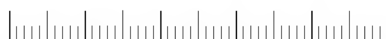
GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE

MÉDECINE ET DE CHIRURGIE



GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

L. LEREBOULLET, Rédacteur en chef



DEUXIÈME SÉRIE — TOME XXVIII — 1891



PARIS

G. MASSON, ÉDITEUR

LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 120

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES SAMEDIS ET PUBLIANT TOUS LES MERCREDIS

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

BULLETIN

Paris, le 2 janvier 1891.

La Réorganisation hospitalière.

Le concours, disions-nous incidemment dans notre article de la semaine dernière, est aujourd'hui en butte à des attaques passionnées et il est de bons esprits d'après lesquels tout concours est nuisible. Cette trituration incessante d'un programme toujours le même vouerait à l'abrutissement le malheureux candidat. En cas d'échec définitif, c'est l'abrutissement non moins définitif. En cas de succès, c'est un essoufflement tel, après cette course au clocher, que le vainqueur consacre plusieurs années à reprendre haleine; après quoi il s'est déshabitué de travailler et il ne songe plus qu'à profiter, en clientèle, d'un titre laborieusement acquis.

A l'appui de ces lamentations, les ennemis jurés du concours tournent les yeux vers les pays étrangers, nous y montrent le recrutement fait au choix, le futur professeur ou chef de service montant d'échelon en échelon grâce surtout à la valeur de ses travaux scientifiques. Et voilà pourquoi, concluent-ils, nous trouvons à l'étranger des hommes de 25 à 30 ans dont le nom est déjà scientifiquement estimé, à l'âge où nos compatriotes sont encore de simples élèves; des chirurgiens de 30 à 40 ans qui sont en pleine activité, en pleine réputation, à l'âge où chez nous ils songent qu'un jour peut-être ils échangeront les loisirs du Bureau central contre ceux d'un service chirurgical à Bicêtre ou à Ivry.

Ceux qui formulent ces critiques absolues sont des produits du concours : ils seraient sans doute marris que l'on prît au pied de la lettre leurs sévères appréciations. Nous-même, nous en sommes issu et dès lors on ne peut vraiment pas nous demander de nous proclamer abruti à perpétuité. Mais nous pensons que dans ces doléances il y a du vrai, beaucoup de vrai, et notre expérience du concours du Bureau central est encore assez récente pour que nous puissions nous souvenir des principaux désirs exprimés par la plupart des concurrents.

Déclarer que tout concours est nuisible tse à notre sens, un excès. Il s'est passé à Vienne, il y a quelques mois, une histoire fort instructive à cet égard : dans un des principaux hôpitaux, un chevalier d'industrie, muni d'un faux diplôme, a pu se faire nommer 2e assistant. S'il n'avait pas été poursuivi pour escroquerie, petit poisson serait peut-être devenu grand. Or, il paraît que le personnage en question ne savait pas un mot de médecine. Avec le système actuellement en vigueur dans nos hôpitaux, un abus de ce genre est complètement impossible.

Mais faisons abstraction de cette erreur sans contredit exceptionnelle. Même sans elle, nous penserions que, jusqu'à un certain âge, le concours a quelques avantages. Commencer dès sa jeunesse à faire des recherches originales, c'est fort bien pour quelques hommes de génie, et l'on prétend que certains savants de premier ordre étaient médiocrement instruits sur ce qui ne touchait pas directement à leur propre production. Le fait est exact, mais nous croyons qu'il est rare, et de ce que Pascal aurait, d'après la légende, inventé étant enfant je ne sais plus combien des propositions d'Euclide, il ne s'ensuit pas qu'il soit mauvais de forcer les futurs géomètres, quelque transcendants qu'ils doivent devenir dans l'avenir, à apprendre comme les autres écoliers la géométrie élémentaire et classique.

Laissons donc le génie de côté — aussi bien le génie se révélera-t-il toujours, malgré tous les obstacles — et ne nous occupons que du simple talent. Celui-là est, nous l'accordons, plus délicat, et en le contrariant à ses débuts on risque de l'anéantir. Mais est-ce le contrarier que de forcer un jeune homme intelligent, distingué, à doubler ses dons naturels d'une solide instruction? Faire tout reposer sur la seule mémoire, c'est, sans doute, primer souvent les « bêtes à concours ». Mais exiger la preuve que cette mémoire a été exercée, c'est préparer une production scientifique originale de plus grande valeur. Il est fort beau de faire des découvertes : mais encore est-il bon de ne pas découvrir tous les jours le Panthéon! Or, qui ne connaît, en France ou à l'étranger, certains écrivains féconds mais légers dont les découvertes multiples ne prouvent que l'ignorance? car nous poserons en principe que la mauvaise foi scientifique n'existe pas dans notre profession.

Conspuer avec excès la mémoire, c'est, nous le craignons, favoriser avec excès l'ignorance, si cette ignorance est maniée avec un certain art. Mais, par contre, le

système actuel prête largement le flanc à la critique et on ne saurait approuver la méthode qui consiste à forcer un homme à ressasser pendant des années les mêmes matières, à concourir jusqu'à 35, jusqu'à 40 ans en étant obligé à chaque fois de répéter les mêmes exercices, à apprendre exclusivement l'art de « mettre une question sur ses pieds » et de faire une leçon d'un quart d'heure sur un malade avec une prudence telle qu'on puisse « être tenu » si le jury y met de la complaisance.

De tout ceci résulte qu'à nos yeux le concours est un stimulant utile tant qu'il s'adresse à des jeunes gens qui ont besoin d'*apprendre*, qu'il devient nuisible quand il contraint des hommes faits à *repasser*. Dès lors la vérité apparaît, comme toujours, dans le juste milieu, à égale distance de l'exagération actuelle et de la suppression complète.

Le concours actuel du Bureau central se compose de deux séries d'épreuves, dites d'admissibilité et d'admission. Chacune de ces séries comporte une épreuve théorique, de mémoire par conséquent. En outre, l'admissibilité une fois acquise n'est pas définitivement acquise : l'année suivante il faut tout recommencer de l'α à l'ω et on risque même de n'être plus admissible.

Il est un point sur lequel on est à peu près d'accord : rendre l'admissibilité définitive. Mais, cela fait, on n'aura accompli qu'une réforme illusoire si on ne la complète pas :

1° En réunissant les deux épreuves théoriques, écrite et orale, dans la série d'admissibilité, et en n'en demandant plus pour l'admission.

2° En limitant le nombre des concours auxquels on aura droit pour tenter la chance de l'admissibilité.

3° En employant les admissibles comme assistants dans les services de chirurgie, en les laissant s'arranger à l'amiable avec les chefs de service.

4° En limitant la durée de leurs fonctions pour assurer un recrutement régulier. Trouver le chiffre voulu est affaire à l'administration.

Mais, ces admissibles, comment les nommer chirurgiens des hôpitaux? Après un concours pratique, basé sur l'examen des titres scientifiques et sur des épreuves cliniques, répondent certains réformateurs, et c'est sensiblement l'esprit des projets de M. Huchard en médecine, de M. Chaput en chirurgie.

Or, ici nous croyons qu'on peut être plus radical et simplement supprimer le concours d'admission en le remplaçant par une élection faite par tous les chirurgiens des hôpitaux au fur et à mesure des besoins. D'après ce qu'on nous raconte, cette proposition ne tardera pas à être émise, en médecine comme en chirurgie, et nous avouons qu'elle nous séduit.

En médecine, on lui fait une objection sérieuse : l'assemblée des médecins ne pourra guère juger, pièces en main, la valeur pratique des candidats, qui doivent cependant être avant tout des praticiens; il faut tenir compte, certainement, des titres scientifiques, mais il ne faut pas ne tenir compte que d'eux. En chirurgie, cette objection tombe : un admissible instruit qui aura été assistant pendant 4 ou 5 ans prouvera aisément s'il est ou non apte à exercer la chirurgie, et si, par surcroît, à son bagage opératoire il joint quelque mémoire d'ordre réellement scientifique, il lui sera facile de démontrer qu'il n'est pas seulement un théoricien. Au lieu qu'avec le système actuel, c'est seulement après sa nomination qu'il peut acquérir l'instruction pratique.

Pour terminer, nous donnerons un argument d'ordre plus humain que chirurgical. Avec des jurys de sept membres ayant à nommer 2 ou 3 candidats, les fameuses « combinaisons » dénoncées par M. Huchard sont faciles; et puisque vote il y a, plus les votants sont nombreux par rapport au nombre des élus, et plus les « combinaisons » deviennent difficiles. D'autant que, pour conserver son prestige, le corps hospitalier, solidairement responsable des élections, aura intérêt à choisir d'abord les sujets distingués.

A. BROCA.

REVUE GÉNÉRALE

Des attaques de délire hystérique.

On désigne sous le nom d'*attaques de délire hystérique* des accès aigus d'excitation délirante qui surviennent quelquefois, chez les hystériques, à titre d'équivalent clinique des attaques convulsives complètes et régulières.

Elles se présentent sous plusieurs formes différentes dont les principales sont : 1° les attaques de manie hystérique; 2° les attaques de délire hallucinatoire; 3° les attaques de délire ecmnésique.

I

DES ATTAQUES DE MANIE HYSTÉRIQUE

Tous les accès de manie aiguë se ressemblent. Quelles que soient leurs causes, ils sont toujours caractérisés par la surexcitation du corps et de l'esprit, par l'agitation désordonnée des membres, par les clameurs incohérentes. Les malades qui en sont atteints crient, chantent, rient, gesticulent à tort et à travers, déchirent leurs vêtements, injurient leurs gardiens, et cela, sans suite, sans discernement, comme s'ils étaient poussés par un besoin automatique et irrésistible d'activité.

La manie hystérique ne diffère guère de la manie simple ou de la manie épileptique que par son étiologie. Elle survient habituellement chez des hystériques invétérés ou chez des sujets prédisposés à l'hystérie, à la suite de grands ébranlements psychiques, particulièrement de violentes frayeurs. Elle est beaucoup plus commune chez les femmes que chez les hommes (1). Dans quelques cas, elle se reproduit périodiquement, avec une désespérante régularité, à chaque époque menstruelle. Nous en avons un exemple très net chez une jeune femme qui, depuis plus d'un an, vient passer chaque mois une huitaine de jours à l'hôpital, dans le service de M. le Dr Lande, parce qu'elle a, tous les vingt-huit ou trente jours, un accès aigu de manie hystérique. Voici le résumé de son histoire :

Maria X..., âgée de vingt-sept ans, est fille d'un alcoolique incorrigible et sœur d'une hystérique à grandes attaques.

Réglée à onze ans, elle a eu à quatorze ans une paraplégie qui a persisté pendant deux années. De seize à dix-neuf ans, elle a joui d'une bonne santé.

En 1880, pendant qu'elle était en convalescence d'une indisposition sans gravité, sa sœur renversa par mégarde

(1) On l'observe aussi chez les enfants et particulièrement chez les jeunes *garçons*. (Voyez à ce sujet : Paul Blocq, *Hystérie maniaque infantile*, Paris 1890.)

une lampe à pétrole dans sa chambre. Le pétrole répandu sur le plancher s'enflamma; le feu prit aux rideaux du lit, et Maria, qui avait précisément ses règles en ce moment, se vit tout à coup entourée de flammes. Elle se précipita affolée dans la rue, en proie à un accès de délire si violent qu'on fut obligé de la placer dans un asile d'aliénées. Au bout de neuf jours l'agitation délirante se calma. Maria revint dans sa famille. Mais, depuis cette époque, elle n'a jamais vu reparaître ses règles, et tous les mois elle est en proie à un accès de manie hystérique accompagnée d'exsudation sanguine des paupières (1). Chaque accès dure trois ou quatre jours. Il débute par une modification dans le caractère. La malade, habituellement vive et irritable, devient indifférente et « douce comme un agneau ». C'est alors qu'elle vient à l'hôpital où, connaissant ses habitudes, on prépare les appareils de contention qui ne tarderont pas à devenir nécessaires. Le lendemain, en effet, le délire maniaque éclate. Il est d'une excessive violence. La malade crie, s'agite et prononce pendant des heures entières, avec des gestes tragiques et des attitudes outrées, des phrases incohérentes. Vient-on à s'approcher d'elle, elle vous crache à travers et son délire augmente de violence. Souvent elle se jette avec fureur sur les personnes qui se trouvent à sa portée. Ce qu'elle dépense de forces pendant ces accès est inimaginable. Si elle n'est pas solidement camisolée lorsque le délire débute, il faut appeler cinq ou six personnes vigoureuses pour la maintenir. Elle crie et chante souvent à pleine voix pendant quarante-huit heures consécutives, sans prendre une minute de repos. Quand l'accès est terminé, elle n'a aucun souvenir de ce qui s'est passé pendant sa durée.

Vous pouvez considérer ce cas comme un exemple typique de manie hystérique à attaques périodiques.

II

DES ATTAQUES DE DÉLIRE HALLUCINATOIRE

Ce qui caractérise le délire maniaque, c'est l'activité exagérée et incohérente du corps et de l'esprit; ce qui domine dans le délire hallucinatoire, c'est l'hallucination. L'hallucination peut être également bruyante dans l'un ou dans l'autre de ces deux états morbides; mais dans le premier, elle est incohérente et pour ainsi dire automatique, tandis que, dans le second, elle est provoquée et dirigée par des hallucinations ou des illusions sensorielles.

Les attaques de délire hallucinatoire sont plus fréquentes, chez les hystériques, que les attaques de manie.

Elles sont connues depuis fort longtemps.

Sauvage raconte, dans sa *Nosologie méthodique*, l'histoire de la femme d'un médecin de Rivesaltes, qui eut des accès de délire après avoir été vivement impressionnée, pendant la période menstruelle, par les procédés d'un homme grossier :

« Cette dame, âgée seulement de vingt-quatre ans, était devenue sujette, à partir de ce jour, à un état maladif singulier qui revenait périodiquement, augmentait sous l'influence de chaque nouvelle émotion et dont les accès duraient pour l'ordinaire une demi-heure ou une heure environ. Cette malade, dit Sauvage, était tout à coup privée de sentiment comme dans la catalepsie avec délire; mais il existait ici cette différence que depuis le commencement jusqu'à la fin de l'accès elle ne faisait que rêver, de parler entre les dents, de faire beaucoup de gestes et d'indiquer par des signes extérieurs la nature des idées dont son âme était affectée. Elle se tenait assise sur son lit, et, s'imaginant voir son ennemi dans la personne d'un chirurgien qui avait été appelé dans son appartement, elle sauta sur lui. Elle se fâchait et s'emportait contre son ombre qu'elle apercevait sur le mur, vis-à-vis de son lit, poursuivant avec ardeur cette image qu'elle voyait suivre les mouvements de la chandelle. Elle ne voyait ni n'entendait son mari quand il lui adressait la parole, et de quelque façon qu'on la piquât elle ne donnait aucun signe de sensibilité. Ces accès revinrent pendant un mois... (1) ».

Il s'agissait bien évidemment, dans ce cas, d'attaques de délire hystérique hallucinatoire.

Habituellement, les hallucinations se rapportent à des événements qui ont antérieurement frappé l'imagination des malades. « Le délire hystérique, dit Briquet, est toujours une simple réminiscence des pensées qui ont occupé les malades hors l'état d'attaque (2). » Sous cette forme absolue, la règle établie par Briquet est peut-être contestable. Mais il est certain que, dans beaucoup de cas, les hallucinations qui entretiennent ce genre de délire, ne sont que des reviviscences d'impressions. Des faits que nous avons eus récemment sous les yeux confirment cette assertion. Une de nos hystériques, Pauline T..., a eu, il y a quelques semaines, une attaque de délire aigu dans laquelle elle croyait voir un fou qui sautait autour d'elle et la menaçait de la voix et du geste. Or, avant l'explosion du délire, Pauline avait vu mettre en cellule un malade atteint de *delirium tremens*.

Quelques jours plus tard, une phthisique vint à mourir dans la salle 7. Jeanne M... assista à son agonie et vit emporter le cadavre. Elle en fut très émue, et le jour même elle eut une agitation délirante des plus violentes, dans laquelle elle était obsédée par la vision d'une morte qui grimaçait au pied de son lit et étendait vers elle ses membres décharnés.

Le délire hallucinatoire étant, en quelque sorte, la représentation psycho-sensorielle intensive des impressions qui ont vivement ému les malades, il est clair que s'il se reproduit à des intervalles éloignés, son objet doit varier avec les émotions dominantes du moment. C'est en effet ce qui arrive et ce que démontre très nettement l'observation d'une de nos malades dont l'histoire mérite d'être rapportée avec quelques détails.

Elisabeth R..., âgée de trente-cinq ans, est née d'un *père* extrêmement violent et d'une *mère* qui est morte phthisique très peu de temps après lui avoir donné le jour.

Dès son bas âge, elle a présenté des symptômes non douteux de nervosisme. Elle était continuellement agitée, capricieuse, émotive. Elle avait souvent des attaques de vers (?).

Depuis l'âge de seize ans, elle est sujette à des accidents hystériques, au nombre desquels figurent des attaques de délire qui seront décrites dans un instant, et à de grandes attaques convulsives qui ont tous les caractères des attaques hystériques complètes et régulières.

Dans les intervalles de ces attaques, Elisabeth a une hémianesthésie sensitivo-sensorielle gauche, avec ovarialgie du même côté. Les champs visuels sont rétrécis concentriquement, surtout celui du côté gauche. Le réflexe pharyngien est aboli.

La pression de l'ovaire gauche est spasmogène quand la malade est au repos, et spasmo-frénatrice quand elle est en convulsions.

(1) Les détails relatifs à cette exsudation sanguine périodique sont rapportés dans la thèse de M. Mangon sur l'*Hématidrose*, Bordeaux, 1886.

(1) Cité par Calmeil, *De la folie*, etc. Paris, 1845, t. II, p. 463.

(2) Briquet, *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie*. Paris 1853, p. 430.

Il n'a pas été fait de tentatives d'hypnotisation.

Je ne fais que signaler ces divers symptômes pour arriver tout de suite à la description des attaques de délire.

Ces attaques ont eu jusqu'à présent trois formes différentes. Au début, la malade se croyait entourée de flammes; plus tard, elle se crut menacée par des animaux gigantesques; aujourd'hui, elle se figure être en présence d'un certain M. Alexandre dont elle repousse les obsessions. Ces transformations du délire s'expliquent par des événements dont il convient d'indiquer la succession et les rapports avec les attaques de délire.

a) En 1869, Elisabeth, alors âgée de seize ans, était pensionnaire d'un orphelinat de Paris. Elle était depuis quelque temps émotive, capricieuse, énervée, mais elle n'avait jamais eu d'accidents hystériques bien caractérisés. Un jour la maîtresse de sa classe fit une leçon sur les volcans. Elle racontait comment la ville d'Herculanum avait été engloutie par des torrents de lave, quand tout à coup, Elisabeth, effrayée par ce récit, perdit connaissance et eut une grande attaque de nerfs. Cette attaque fut suivie d'une longue période de délire dans laquelle la malade croyait être enveloppée par du feu. Elle s'élançait vers les portes et les fenêtres pour échapper aux flammes. On fut obligé de l'envoyer à l'asile Sainte-Anne, où elle resta trois semaines en proie à une agitation délirante des plus violentes. Elle raconte à ce sujet un détail sur lequel il importe d'attirer votre attention: elle affirme que, lorsqu'on l'enfermait dans l'obscurité, le délire cessait comme par enchantement et qu'il se reproduisait aussitôt qu'on la plaçait dans un lieu éclairé. Vous verrez tout à l'heure le parti que nous avons tiré de cette observation.

En sortant de Sainte-Anne, Elisabeth rentra dans sa famille et, pendant huit mois, elle eut régulièrement à chaque époque menstruelle une attaque de délire de trois jours de durée, dans laquelle elle se croyait toujours entourée de flammes. Puis son état s'améliora et, pendant les années qui suivirent, les attaques de délire devinrent de plus en plus rares. Elle se plaça en 1872 comme femme de chambre et resta trois ans dans la même maison sans avoir d'accidents sérieux. Une seule fois elle s'éveilla en sursaut au milieu de la nuit en criant bruyamment au feu. Mais elle n'eut pas de véritable accès de délire, car elle s'aperçut très vite de son erreur.

b) En 1874 elle se lia avec un ouvrier horloger nommé Alexandre et quitta ses maîtres pour aller vivre librement avec son amant. En 1875 les amoureux allèrent voir jouer une féerie qui faisait courir tout Paris, *le Tour du monde en 80 jours*. Au tableau qui représente la grotte des serpents, Elisabeth fut prise d'épouvante: elle quitta sa place et eut dans les couloirs du théâtre une attaque convulsive suivie d'une période de délire aigu durant laquelle elle se croyait menacée par des animaux monstrueux. A partir de ce moment, elle eut pendant dix-huit mois consécutifs des attaques de délire très fréquentes, dans lesquelles elle se voyait toujours entourée par des serpents gigantesques et menacée par des animaux fantastiques.

c) En 1882 Alexandre dut quitter Paris. Il annonça un jour à sa maîtresse que ses parents l'obligeaient à revenir au Havre et qu'il fallait se séparer. Naturellement, Elisabeth fut profondément impressionnée par cette nouvelle; elle eut des attaques de nerfs et aussi des attaques de délire. Mais, dans ces dernières, au lieu d'être terrorisée comme autrefois par la vue de flammes ou d'animaux menaçants, elle se figurait voir Alexandre et lui reprochait vivement de l'avoir abandonnée. Pendant les premiers mois qui suivirent la séparation, les attaques de délire se reproduisirent un grand nombre de fois. Plus tard elles diminuèrent de fréquence et d'intensité, et Elisabeth n'en avait pas eu une seule depuis un an, quand il y a trois jours elle fut prise d'une agitation des plus violentes, à la suite de la visite d'une de ses amies qui lui annonça à brûle-pourpoint le mariage d'Alexandre.

Depuis ce moment, elle croit être auprès de son ancien amant et lui adresse des reproches sur sa conduite. « Va-t'en, misérable! dit-elle, va-t'en! Va trouver ta femme. Je ne veux plus te voir. Laisse-moi tranquille. Ne me touche pas, etc. » En même temps elle pleure, s'agite, se recule avec des gestes tragiques comme si elle voulait repousser son amant. Si on l'interpelle vivement, elle répond avec indifférence aux questions qu'on lui pose et recommence aussitôt après ses divagations, ou bien elle parle à ses interlocuteurs dans les mêmes termes qu'elle parlerait à Alexandre si celui-ci était réellement devant elle... A la religieuse venant lui offrir son repas, elle dira par exemple: « Je ne comprends pas que tu viennes m'offrir à manger. Garde ton pain pour ta femme. Je n'ai plus besoin que tu t'occupes de moi, » etc.

Il n'a pas été facile de faire cesser ce délire bruyant, qui était une cause de désordre dans la salle et mettait tout le service en révolution. J'ai voulu tout d'abord hypnotiser la malade et lui suggérer de ne plus penser à Alexandre; mais je n'ai pu arriver à provoquer le sommeil hypnotique par aucun moyen, bien qu'à l'état ordinaire Elisabeth soit facilement hypnotisable par la fixation du regard et par la pression de diverses zones hypnogènes.

J'ai essayé de lui donner une potion au chloral, j'ai tenté de lui faire respirer du chloroforme; mais il a fallu renoncer à ces moyens, car la pauvre femme, se figurant que j'étais Alexandre et que je voulais l'empoisonner, s'agitait comme une possédée et criait à l'assassin en m'adressant les reproches les plus violents. J'allais donner l'ordre de la camisoler et de la mettre en cellule, quand je me souvins de ce qu'elle nous avait précédemment raconté sur la façon dont on calmait autrefois son délire en l'enfermant dans une chambre obscure. L'idée me vint de lui fermer les paupières et je fus stupéfait du résultat. Tant que la malade avait les yeux fermés, elle restait tranquille et répondait raisonnablement aux questions qu'on lui posait. Aussitôt que ses paupières étaient relevées, elle recommençait à délirer. Je m'aperçus même qu'il suffisait de tenir l'œil gauche (côté hémianesthésié) fermé pour obtenir le calme, et depuis lors Elisabeth vit tranquille, au milieu de ses compagnes, avec un bandeau épais sur l'œil gauche. Vous voyez qu'avec ce bandeau protecteur elle ne présente aucun symptôme d'agitation délirante; mais aussitôt qu'on l'enlève, le délire reparaît avec la même violence et les mêmes caractères qu'hier. Cependant le temps passe et j'espère qu'avant peu nous verrons arriver la fin de cette attaque qui dure déjà depuis trois jours.

Dans le cas très remarquable que nous venons d'étudier, les hallucinations se rapportent toujours à un seul événement de la vie de la malade. Dans d'autres cas, les hallucinations n'ont pas cette fixité. Elles se succèdent précipitamment, de telle sorte que la plupart des faits saillants de l'existence antérieure des sujets sont évoqués par des images sensorielles de nature très variée. Les malades passent alors de la joie à la tristesse, de l'expansion à la stupeur; leur visage exprime tour à tour la terreur, la compassion, le mépris, la haine, l'amour. Leur délire est désordonné, mais il est toujours commandé et dirigé par les hallucinations, et ces hallucinations se rapportent toujours à des événements réels de la vie passée.

Dans tous les cas, il n'y a pas d'élévation notable de la

température du corps, et après avoir duré un laps de temps variant de quelques minutes à quelques heures, l'agitation délirante s'apaise; sans laisser après elle de troubles permanents de l'intelligence. Les malades ne conservent même pas le souvenir des hallucinations auxquelles ils ont été en proie durant l'accès, de telle sorte que ces hallucinations ne deviennent jamais l'origine de systématisations délirantes durables.

III

DES ATTAQUES DE DÉLIRE ECMNÉSIQUE.

On observe quelquefois dans les attaques de délire des troubles de la mémoire et de la personnalité se rapportant au phénomène de l'ecmnésie.

L'*ecmnésie* est une forme d'amnésie partielle dans laquelle le souvenir des événements antérieurs à une certaine période de la vie est intégralement conservé, tandis que le souvenir des événements postérieurs à cette période est totalement aboli.

Si cette définition est exacte, le phénomène de l'ecmnésie doit donner lieu à des modifications psychiques dont il est possible de se faire une idée en réfléchissant au rôle que joue la mémoire dans le fonctionnement des facultés intellectuelles.

Supposez un instant qu'un sujet, âgé de trente ans, perde subitement le souvenir de tout ce qu'il a connu et appris dans les quinze dernières années de sa vie. Par le fait même de cette amnésie partielle, il se produira dans l'état mental du sujet une transformation radicale. Il parlera, agira, raisonnera comme il l'eût fait à l'âge de quinze ans. Il aura les connaissances, les goûts, les sentiments, les mœurs qu'il avait à l'âge de quinze ans. Au point de vue mental, ce ne sera plus un adulte, mais un adolescent.

Ces déductions se trouvent pleinement confirmées par l'observation clinique et, dans ces derniers temps, une de nos hystériques, Albertine M..., a été à plusieurs reprises en état de délire ecmnésique.

Cette malade est sujette depuis plusieurs années tantôt à des attaques convulsives, tantôt à des attaques de sommeil, tantôt enfin à des attaques de délire. Ces dernières s'annoncent par une période d'auras très pénibles. La malade devient triste, sombre, rêveuse; puis elle se plaint de tiraillements d'estomac, de hoquets, de soubresauts musculaires; enfin elle sent une boule qui se détache des profondeurs du flanc gauche, fait plusieurs tours dans le ventre et remonte vers la région du cœur en déterminant une suffocation angoissante très vive. Aussitôt après, le délire éclate : Albertine commence à parler à haute voix. Tout d'abord, ses propos paraissent incohérents; mais, en les écoutant avec attention, on ne tarde pas à reconnaître qu'ils se rapportent à un enchaînement logique d'idées. Si l'on éprouve quelquefois des difficultés à en saisir le sens, c'est que la malade s'adresse dans son délire à des personnages imaginaires dont l'observateur ne peut entendre les réponses. Cependant il est rare qu'avec un peu de patience, on ne découvre pas bientôt le mot de l'énigme. En général, le délire roule sur un des faits qui ont antérieurement frappé l'esprit de la malade. Quelquefois Albertine se croit avec son ancien amant, alors qu'elle avait vingt-deux ou vingt-trois ans. D'autres fois, elle s'imagine être avec une jeune fille de ses amies qu'elle a connue à seize ans. Dans une de ces dernières attaques que nous avons pu observer en détail, parce qu'elle s'est produite sous nos yeux à l'hôpital, elle se figurait être à la campagne, chez sa nourrice, à l'âge de sept ans, occupée à garder une vache.

Quelle que soit la scène évoquée dans le délire, les phénomènes caractéristiques de l'ecmnésie se montrent, chez notre malade, avec une remarquable netteté (1). Je citerai, pour en donner la preuve, quelques-unes des constatations que nous avons faites récemment dans l'attaque où Albertine croyait être occupée à garder la vache de sa nourrice, comme elle le faisait autrefois quand elle avait sept ans.

Après avoir éprouvé toute la série des auras qui précèdent habituellement l'explosion de ses attaques de délire, la malade se mit à marcher lentement, en se baissant de temps en temps, comme si elle eût ramassé des fleurs sur le bord d'une route. Puis elle s'assit par terre en fredonnant une chansonnette. Quelques instants après, elle fit le geste de fouiller vivement dans sa poche et commença à jouer aux osselets, non sans interrompre souvent sa partie pour parler à sa vache. Nous l'interpellâmes à ce moment, et elle, croyant avoir affaire aux gamins du village, nous offrit aussitôt de partager ses jeux. Il fut impossible de lui faire comprendre son erreur. A toutes les questions que nous lui posions relativement à sa vache, à sa grand'mère, aux habitants du village, elle répondait avec la naïveté d'une enfant, mais avec une imperturbable précision. Si, au contraire, nous lui parlions des événements dont elle a été témoin ou acteur dans le courant de son existence, après l'âge de sept ans, elle paraissait fort étonnée et ne comprenait rien à nos propos.

Je dois signaler ici deux particularités qui ne manquent pas d'importance. Jusqu'à l'âge de douze ans, Albertine est restée dans un petit hameau de la Charente, au milieu d'une famille de pauvres paysans qui connaissaient à peine le français. Elle-même ne parlait à cette époque que le patois de la Saintonge; ce n'est que beaucoup plus tard qu'elle a appris le français. Aussi, pendant toute la durée de l'attaque de délire dont je cherche à rappeler les principaux épisodes, elle s'exprimait en patois, et si nous la priions de parler français, elle répondait invariablement, et toujours en patois, qu'elle ne connaissait pas la langue des « messieurs de la ville ».

La seconde particularité n'est pas moins curieuse. A l'âge de sept ans, Albertine n'avait pas encore eu d'accidents hystériques, et, selon toute sa vraisemblance, elle n'avait pas encore d'hémianesthésie ni de zones hystérogènes. Or, pendant l'accès de délire ecmnésique dont nous nous occupons, sa sensibilité cutanée était normale, aussi bien du côté gauche que du côté droit, et toutes ses zones spasmogènes et hypnogènes avaient perdu leur action, sauf la zone ovarienne gauche dont la pression énergique eut pour effet immédiat d'arrêter le délire.

J'ajouterai que, revenue à son état normal, la malade n'avait aucun souvenir de ce qu'elle avait fait et dit pendant toute la durée de l'attaque.

Je ne crois pas que le délire ecmnésique ait été étudié jusqu'à présent avec le soin qu'il mérite. Cependant, on trouve çà et là dans la littérature médicale quelques observations qui paraissent se rapporter à son histoire. Carré de Mongeron parle à plusieurs reprises d'un *état surnaturel d'enfance* qu'il aurait constaté sur plusieurs convulsionnaires de Saint-Médard, même d'un âge très mûr et d'un caractère très grave et très sérieux.

« On voit tout à coup, dit-il, un air enfantin se répandre sur leur visage, dans leurs gestes, dans leur ton de voix, dans l'attitude de leur corps, dans toutes leurs façons d'agir, et quoique leurs convulsions leur fassent faire alors des mouvements à la manière des enfants par rap-

(1) Voyez à ce sujet : Blanc-Fontenille, *Etude sur une forme particulière de délire hystérique* (*délire avec ecmnésie*). Th. doct. Bordeaux, 1887.

port aux termes dont ils se servent et à la façon simple, innocente et timide avec laquelle ils énoncent leurs pensées; néanmoins, cet instinct leur fait souvent dire bonnement des vérités très fortes... (1) ».

Ne semble-t-il pas logique de supposer que cet *état surnaturel d'enfance* n'était autre chose qu'une forme de délire ecmnésique analogue à celle dont Albertine M... nous a fourni des exemples si nets?

M. Paul Richer raconte, dans son magnifique ouvrage sur la grande hystérie, un fait qui me semble passible de la même interprétation. Il s'agit d'un jeune garçon de dix-huit ans qui, en sortant du collège, se laissa séduire et enlever par une étoile de café-concert. Ses parents, informés de sa fugue, vinrent l'arracher de force aux douceurs d'une liaison qu'ils considéraient comme dangereuse et le firent reconduire au lycée. L'amoureux ne fut pas satisfait de ce dénouement. Il eut des crises nerveuses et, quelques jours plus tard, des attaques de délire hystérique dans lesquelles il se croyait au café, auprès de sa maîtresse. Il était impossible, dit M. Richer, de le rappeler à la notion exacte du monde extérieur, de lui faire comprendre qu'il était à l'infirmerie du lycée. Il prenait les personnes qui lui parlaient pour le patron, les garçons ou les habitués du café-concert; puis subitement il s'arrêtait, écoutait attentivement, tendait la tête avec une expression de béate admiration et fredonnait, en battant la mesure, les airs à succès de son idole. Il est évident que dans ces moments-là il se figurait entendre sa chanteuse, qu'il avait oublié les circonstances à la suite desquelles il avait été obligé de la quitter et qu'il était en proie à un accès de délire ecmnésique bien caractérisé (2).

Certains épisodes de l'observation du nommé Louis V..., hystérique célèbre dont j'ai déjà raconté l'histoire à propos des variations de la personnalité, doivent recevoir la même explication.

En somme, le délire ecmnésique ne paraît pas être très rare. On en trouve quelques exemples dans les auteurs anciens et modernes, et il est probable qu'on en trouverait bien davantage, si l'attention des observateurs avait été attirée depuis plus longtemps sur ses caractères spéciaux (3).

P. Pitres.
Doyen de la Faculté de médecine de Bordeaux.

TRAVAUX ORIGINAUX

Des localisations médullaires,

Par M. le Dr G. H. Roger

De nombreuses recherches cliniques et expérimentales ont établi qu'il existe, à la surface du cerveau, des régions dont l'excitation détermine des contractions musculaires. Ce n'est pas à dire qu'à chaque muscle corresponde un groupe spécial de cellules nerveuses; il semble au contraire que les centres corticaux soient organisés de manière à tenir sous leur dépendance l'ensemble des faisceaux musculaires qui agissent synergiquement; autrement dit, de l'écorce partent des conducteurs qui se distribuent de façon que chaque amas cellulaire puisse commander à un mouvement coordonné. Mais, pour aller du cerveau aux muscles, ces conducteurs doivent traverser des relais médullaires, représentés par les cellules des cornes antérieures; dès lors on est conduit à se demander s'il existe dans la moelle des centres organisés sur le même type que ceux du cerveau, c'est-à-dire si l'on doit admettre des localisations comparables à celles qu'on décrit au niveau de l'écorce. Dans cette hypothèse, les centres médullaires entreraient en jeu sous l'influence d'une excitation provenant tantôt du cerveau (acte volontaire), tantôt de la périphérie (acte réflexe); on comprendrait ainsi comment l'acte réflexe peut reproduire des mouvements analogues à ceux qui sont sous la dépendance de la volonté.

La question a été posée depuis longtemps et étudiée par Müller, Engelhart, Poletti, Harless. Ces auteurs ont opéré sur des grenouilles et sont tous arrivés à des résultats concordants. Il y aurait, pour les mouvements des membres antérieurs, un centre situé entre la deuxième et la troisième vertèbres cervicales; son excitation déterminerait l'adduction; l'excitation du reste de la moelle provoquerait l'extension. Mais ce sont les mouvements des membres postérieurs qui ont été le mieux étudiés; deux centres spéciaux ont été tout d'abord découverts: l'un, présidant aux mouvements de flexion, siégerait entre la première et la cinquième vertèbres cervicales; l'autre, étendu de la quatrième vertèbre à la partie terminale de la moelle, tiendrait sous sa dépendance les mouvements d'extension. Pour mettre ces centres en évidence, les physiologistes que nous avons cités opéraient d'une façon très simple: ils excitaient la moelle au moyen d'une aiguille et, suivant le point où portait l'irritation, ils voyaient se produire un mouvement déterminé.

Le résultat en lui-même est parfaitement exact et n'a pu être mis en doute; mais la conclusion qu'on a voulu en tirer a été vivement attaquée par Schiff et surtout par Vulpian. D'après ces savants, l'irritation des parties postérieures de la moelle porte directement sur les nerfs des membres; tous ces nerfs sont excités et, les extenseurs l'emportant sur les fléchisseurs, il en résulte un mouvement d'extension. Si la piqûre des parties antérieures donne un résultat différent, c'est que l'excitation médullaire est douloureuse et détermine un mouvement de fuite, débutant par la flexion.

Il nous semble facile de répondre à cette objection; sur un certain nombre de grenouilles, nous avons coupé la moelle transversalement, au-dessous du bulbe et, dans quelques cas, nous avons détruit l'encéphale; de cette façon on supprime toute perception douloureuse. Si l'on vient alors à exciter la moelle soit avec une aiguille, soit, ce qui est préférable, au moyen d'un courant faradique, on constate que les résultats ne sont pas modifiés: flexion des membres postérieurs quand l'excitation porte entre la deuxième et la quatrième vertèbres cervicales, extension au-dessous.

Dans ces conditions, nous avions évidemment aboli les réactions douloureuses et nous avions évité les erreurs d'interprétation attribuables aux mouvements volontaires; mais le résultat n'était pas complètement démonstratif; l'excitation, telle que nous l'avons pratiquée, porte sur tout l'ensemble de l'axe médullaire et par conséquent sur les conducteurs de la moelle: on peut supposer qu'elle agit directement sur les faisceaux de substance blanche allant de l'écorce aux cellules. L'expérience réfute donc l'opinion de Vulpian, mais ne suffit pas à établir l'existence dans la moelle de centres coordinateurs des mouvements.

La meilleure méthode, pour mettre ces centres en évidence, consiste à les exciter, non pas directement, mais indirectement, par l'intermédiaire du système nerveux périphérique; c'est-à-dire à étudier les divers

(1) Carré de Mongeron, cité par Calmeil, *De la folie*, etc. Paris, 1845, t. II, p. 390.
(2) Paul Richer, *Études cliniques sur la grande hystérie ou hystéro-épilepsie*. 2e édition, Paris, 1885. Obs. XIII, p. 229.
(3) Leçon recueillie par le Dr E. Bitot, chef de clinique.

réflexes qui se passent dans la moelle. Bornons-nous aux membres postérieurs où l'expérimentation est plus aisée.

Sur une grenouille, on coupe la moelle au-dessous du bulbe, et on détermine une irritation sensitive au niveau de la face plantaire d'une des pattes; par exemple on y applique une excitation faradique. Aussitôt l'animal retire le membre par une brusque flexion. Ce réflexe, qui est connu de tout le monde, se traduit par un mouvement analogue à celui que produirait une grenouille normale.

Si maintenant, on met la moelle à nu, et qu'on la sectionne par petites tranches, en allant d'avant en arrière, on verra que le réflexe sera d'autant plus long à se produire et d'autant moins énergique qu'on aura détruit une plus grande quantité de l'axe médullaire; quand on aura coupé la moelle au niveau de la quatrième vertèbre, souvent le mouvement de flexion n'aura plus lieu et sera remplacé par un mouvement d'extension. Si l'on attend un peu et qu'on laisse l'animal se remettre, le réflexe habituel se produira; mais si l'excitation continue, la flexion primitive fera bien vite place à une extension secondaire. Coupons maintenant une nouvelle rondelle de la moelle, de façon à arriver au niveau de la cinquième vertèbre, l'excitation électrique ne déterminera plus de mouvement de flexion; elle amènera un autre réflexe, que l'on peut désigner sous le nom de réflexe d'extension; si l'opération a été faite assez vite et si on a opéré sur une grenouille bien vivace, on verra qu'une forte excitation électrique, portant sur la plante d'un des pieds, amènera une extension des deux membres postérieurs. C'est un réflexe qu'on pourrait appeler illogique, puisque, loin de soustraire la partie irritée, il la rapproche de l'excitant et l'applique davantage sur l'électrode.

On peut donc admettre, comme l'a fait justement M. Gad, qu'il existe d'une part des arcs réflexes de grande longueur; c'est le réflexe de flexion, et, d'autre part, des réflexes courts, présidant aux mouvements d'extension. Quand la partie antérieure de la moelle est détruite, les réflexes longs ou réflexes de flexion sont devenus impossibles; toute excitation ne pourra mettre en jeu que le centre extenseur qui seul n'a pas été extirpé.

On a tenté de pousser plus loin l'analyse physiologique et de préciser la situation de quelques centres médullaires. C'est ce qu'a fait Sirotinin dans des recherches poursuivies au laboratoire de Ludwig. Cet expérimentateur opère sur des grenouilles; il met la moelle à nu et, au moyen de la méthode unipolaire, en soumet les différentes parties à des excitations punctiformes. Le mouvement produit est complexe; mais il existe certains points de la moelle dont l'irritation détermine tel mouvement plus facilement que tout autre. Sirotinin est arrivé ainsi à établir les localisations suivantes : le centre de l'iléo-psoas siège entre la troisième et la quatrième vertèbres; celui du demi-tendineux au niveau de la cinquième et celui des gastro-cnémiens s'étend au-dessous. Ces faits confirment et complètent les résultats auxquels on arrive par l'étude des réflexes.

Nous pouvons donc conclure qu'il existe chez la grenouille des centres médullaires dont les uns président aux mouvements de flexion des membres postérieurs et les autres aux mouvements d'extension de ces mêmes membres.

De pareilles localisations peuvent-elles être admises chez les mammifères?

Nous n'avons pas trouvé, dans les auteurs, une expérience répondant complètement à cette question. Mais la solution peut être entrevue dans les recherches où on a étudié les effets de l'excitation des racines antérieures. Les observations publiées sur ce sujet par P. Bert et Marcacci et par Forgue et Lannegrâce démontrent que chaque racine concourt à l'innervation d'un groupe musculaire déterminé; les filets moteurs, émanés à un niveau, se distribuent à des masses musculaires agissant synergiquement dans un mouvement coordonné; la distribution nerveuse, au niveau des racines, est en rapport, non avec la distribution anatomique des nerfs qui en émanent, mais avec la fonction des muscles auxquels ils se rendent. On est donc conduit à supposer qu'il existe dans la moelle une systématisation fonctionnelle.

Nous espérons pouvoir revenir, plus tard, sur l'étude des centres coordinateurs de la moelle chez les mammifères; pour aujourd'hui nous avons voulu simplement établir l'état actuel de la question, en résumant les principaux travaux publiés et en faisant connaître les quelques expériences de contrôle que nous avons faites. Si on veut rapprocher ces faits de ceux qui démontrent l'existence dans la moelle de centres présidant aux mouvements fonctionnels des organes, on arrivera à conclure que l'étude des localisations médullaires mérite d'être poursuivie au double point de vue expérimental et clinique.

Parésie des membres supérieurs et inférieurs guérie par des frictions d'huile phosphorée chez une alcoolique, par M. le Dr Le Diderder (de Lorient).

J'ai fait sur ce sujet un grand nombre de recherches bibliographiques depuis le dictionnaire en 30 volumes jusqu'au dictionnaire encyclopédique des sciences médicales de Dechambre et Lereboullet.

J'ai constaté que ce médicament, réputé incendiaire par tous les auteurs, est délaissé dans la pratique, surtout en France. Les résultats de M. Dujardin-Beaumetz dans l'ataxie locomotrice n'ont donné aucun résultat. Je n'ai pu me renseigner ni sur le mode d'emploi auquel avait recours cet habile clinicien, ni à quelle époque de la maladie il a été essayé.

J'ai été engagé à y recourir par les travaux de Hammond de New-York et aussi par la recommandation qu'en fait M. le professeur Hayem à propos de la scoliose dans son dernier volume des Médications, 1888.

M. Hayem cite le nom de Couerbe. Je n'ai pas lu l'ouvrage de ce dernier, mais je me suis toujours souvenu qu'il avait constaté que la quantité de phosphore dans le cerveau des aliénés était en moins grande quantité que dans les cerveaux des non-aliénés.

Mme D..., 48 ans, a toujours joui d'une bonne santé. Elle a eu quatre enfants, dont deux morts très jeunes. Les deux autres se portent bien. Aucune tare syphilitique, ni rhumatismale. Depuis 5 ans, elle s'est laissée aller à boire de l'eau-de-vie qu'elle consommait en cachette et dont les doses ont été en croissant. L'état général subissait au moral et au physique une déchéance parallèle.

Le 15 novembre 1889, elle s'affaissa sur elle-même sans pouvoir se relever. Il fallut la porter et la mettre au lit.

Mandé près d'elle le lendemain, je constatai l'état suivant.

Elle est pelotonnée sur elle-même, couchée sur le côté gauche, la tête fléchie sur la poitrine, et les membres inférieurs en complète flexion des cuisses et des jambes. La face pâle, l'intelligence émoussée, sans céphalalgie. La sensibilité de la peau est exagérée; — elle veut sans cesse être changée de place et on ne peut la toucher sans lui faire pousser des cris. — Elle ne peut se servir de ses membres, il faut la faire boire, comme pour changer de place, il faut l'y transporter.

Elle se plaint d'engourdissement aux mains et aux pieds. Le pouls à 100, régulier. Les voies respiratoires saines, ni toux ni oppression. Soif prononcée, mais elle vomit souvent; pas de diarrhée. Le ventre est très sensible au toucher, à la

pression et douloureux surtout à l'épigastre; léger météorisme. Les fonctions de la vessie et du rectum sont restées normales. Elle se plaint de souffrir du dos et surtout de la région lombo-sacrée. La pression et la percussion tout le long des vertèbres provoquent de la douleur. Prescription : Eau froide par petites doses. Lait et bouillon à de longs intervalles toutes les trois heures. Ces deux aliments sont vomis en partie.

Potion à prendre par cuillerée à bouche toutes les heures :

Sous-nitrate de bismuth	3,00
Bicarbonate de soude	2,00
Extrait thébaïque	0,05
Sirop d'écorces d'oranges	40,00
Eau	110,00

Cet état persista jusqu'à la fin de décembre ; j'ajoutai à ce qui précède : Eau de Seltz, frictions sur le dos de la racine des cheveux à la région sacrée, des frictions de baume de Fioraventi avec un tiers de teinture de noix vomique. Enfin j'appliquai de chaque côté de la colonne vertébrale des ventouses scarifiées.

En janvier l'amélioration se manifestait, mais avec une très grande lenteur. Les vomissements après s'être effacés finirent par cesser, l'alimentation put être reprise, mais avec ménagement. Sans être agitées les nuits se passaient sans sommeil, malgré l'usage de l'extrait thébaïque. Je leur substituai les piqûres de morphine à 0,02 ; ce moyen donnait un grand calme mais peu de sommeil. L'hyperesthésie de la peau avait diminué, mais elle céda à l'usage de la morphine. Les membres reprirent lentement du mouvement, les bras faisaient tous les mouvements habituels, mais elle ne pouvait pas manger seule, il lui fallait de l'aide. Les cuisses étaient en partie défléchies et les jambes aussi. Elle pouvait les mouvoir au lit.

Pendant février et mars je fis le long du rachis l'application des pointes de feu, chaque fois nous obtenions une amélioration dans les mouvements des membres.

Vers la fin d'avril elle put manger seule ; les mouvements s'accentuaient de plus en plus, elle était levée chaque jour, d'abord sur un canapé, puis sur un fauteuil. L'appétit et le sommeil étaient revenus.

Du 20 avril au 12 mai, les mouvements s'accentuant, nous essayâmes à bien des reprises, chaque jour, de la faire tenir sur ses jambes, mais en vain, malgré sa bonne volonté. Dès que les supports cessaient, elle s'affaissait, sans pouvoir faire aucune résistance.

J'essayai à deux reprises l'électricité, sans aucun résultat.

Dans ces conditions, je pensais à recourir à l'action du phosphore ; mais ne voulant pas m'exposer à troubler les voies digestives, je rejetai toute préparation interne. D'ailleurs les doses possibles sont tellement minimes, qu'elles sont lentes à produire un effet appréciable. Je fis préparer de l'huile phosphorée suivant la formule du Codex. L'huile d'amandes douces est fortement bouillie pour l'obtenir décolorée, puis le phosphore est dissous à 1 0/0 au bain-marie.

Le 12 mai nous commençons les frictions. Elles sont faites matin et soir pendant 5 minutes sur toute la longueur du rachis, depuis la racine des cheveux jusqu'au sillon des fesses.

Le 16 mai je trouve la malade debout, faisant quelques pas sans soutien, sans appui.

Je fus émerveillé de ce résultat. Je ne l'espérais ni si rapide ni si complet. Je n'avais qu'à persévérer.

Après un mois je fis suspendre. Cette formule n'occasionna ni douleur, ni rougeur à la peau. Elle n'était désagréable que par son odeur. Je n'eus d'ailleurs aucun accident pouvant être attribué à l'usage du phosphore.

L'amélioration acquise se maintint en progressant. En juin elle descendait seule un escalier d'un étage et se promenait dans une cour au soleil.

A la fin de juin elle put se rendre à Sainte-Anne d'Auray (44 kilomètres). Le trajet de sa demeure à la gare, 600 mètres, fut pénible ; il fallut s'arrêter 4 fois. Ce pèlerinage ne laissa qu'une légère fatigue, dissipée après 48 heures.

Le 12 juillet je fis reprendre les frictions. L'amélioration, qui n'avait pas fléchi, reprit une marche ascendante. Aujourd'hui 12 octobre la santé générale est parfaite. La marche devient de plus en plus facile et plus prolongée. Elle peut faire 2 kilomètres sans se reposer et sans fatigue.

Les facultés intellectuelles qui n'avaient été qu'émoussées ont repris leur activité. Il ne reste de ce côté que la mémoire un peu moins solide qu'autrefois.

Les extrémités ont repris leur sensibilité et leur adresse tactile et cependant les doigts et les orteils sont encore le siège de fourmillements.

Malgré ces légers désidérata, je puis conclure à une guérison complète.

J'espérais pouvoir obtenir une analyse des urines pour apprécier les doses de phosphates éliminées. Mais je me suis heurté à une difficulté que je n'ai pu surmonter.

Je suis réduis au fait clinique et que je crois démonstratif.

En me servant de l'huile phosphorée, j'espérais atteindre les cellules nerveuses dont la désintégration était manifeste. Il fallait tenter de les atteindre dans leur période de rénovation, Il fallait y ajouter un élément dont la dose était insuffisante. Le résultat a répondu à cette attente.

L'emploi du phosphore sur une grande étendue de la peau et pendant un mois durant a été fait sans aucun inconvénient soit local, soit général.

Je n'ai pour apprécier les doses absorbées que le résultat clinique.

Il est difficile de s'arrêter devant un résultat et l'on est tenté de pousser plus loin l'expérimentation, surtout quand elle est complètement inoffensive.

Aussi l'ai-je employée depuis, d'abord chez un chef de bataillon en retraite, âgé de 64 ans. Ce malade avait toujours joui d'une bonne santé jusqu'en mai 1889. Il fut pris subitement d'une aphasie incomplète avec une légère déviation de la commissure droite, et un peu d'affaiblissement du membre supérieur.

Tous ces signes suivirent une marche décroissante et s'éteignirent. Le traitement consista en l'usage de l'iodure de potassium à petites doses soutenues. A la suite, les membres inférieurs avaient perdu de leurs forces. La marche était faible et il fallait souvent s'asseoir. Les frictions à l'huile phosphorée sur le dos rendirent leur activité aux membres affaiblis et le fait acquis persiste encore longtemps après la suspension des frictions. Tous les auteurs sont d'accord sur la persistance du sucre dans le sang chez les diabétiques. Ce sucre n'est pas brûlé et ce vice dépend du système nerveux. Cette opinion est générale. J'ai donc essayé sur trois diabétiques les frictions phosphorées. J'ai dosé les quantités de sucre des urines avant de commencer et j'ai recommencé après l'usage des frictions pendant un mois.

La quantité de sucre n'avait pas varié. Je n'ai rien obtenu de ce côté. Le seul bénéfice a consisté dans une augmentation de la force musculaire, qui surtout chez l'un d'eux avait subi une forte dépression.

De tout ce qui précède je puis donc conclure que le phosphore en frictions agit sur les nerfs du mouvement et point sur les autres.

Les phénomènes secondaires du diabète sont très variés et le plus souvent très pénibles. Ils sont toujours en rapport avec une augmentation de sucre dans les urines.

Contre ces aggravations j'ai toujours réussi au moyen du bromure de potassium.

Pour les premières, j'arrivais vite à les faire disparaître par des doses modérées de bromure. Mais les récidives nécessitaient des doses beaucoup plus fortes, Néanmoins le bromure ne m'a jamais fait défaut. J'ai donc ajouté du brome à l'huile phosphorée et j'attends les résultats.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Spasmes musculaires (Ueber tonische und clonische Muskelkræmpfe), par Unverricht (*Deutsches Archiv für klinische Medicin*, 1890, 46e vol., 5e et 6e fascicules, p. 413). — On peut ranger en 4 groupes les théories proposées sur la production des accès épileptiques par excitation de l'écorce : 1° théorie rigoureusement corticale (Luciani) ; 2° théorie médullaire ; 3° théorie cortico-médullaire qui attribue les convulsions à l'écorce et le tonus aux ganglions sous-corticaux ; 4° théorie de Rosenbach qui identifie les accès provoqués par le territoire sous-cortical avec l'épilepsie essentielle. L'auteur adopte à cet égard une théorie mixte entre les deux premières. D'autre part, on considère les spasmes cloniques et toniques comme des formes d'un même état, différant seulement par le degré : ainsi les spasmes faibles seraient du tremblement, plus forts ils deviendraient le clonus, plus intenses encore le tonus. Ziehen pense que le clonus dépend de l'écorce, et le tonus de la substance sous-corticale, et il invoque à l'appui que des excitations faibles, — n'atteignant que l'écorce, — produisent le clonus, et les excitations fortes, — gagnant les parties sous-corticales, — déterminent le tonus. Il se base aussi sur ce fait, que les territoires musculaires privés des centres corticaux qui leur correspondent ne présentent que du tonus, et enfin que les spasmes cloniques disparaissent par l'ablation des centres corticaux. L'auteur critique tous ces arguments, car, si les remarques de Ziehen s'accordent en partie avec ses propres conceptions sur le mécanisme de l'accès, elles sont discutables en ce que ce dernier admet une double origine aux spasmes cloniques et toniques de l'accès épileptique. Un spasme considéré cliniquement comme tonique peut résulter d'une impulsion physiologiquement clonique et réciproquement. Si l'écorce détermine plus facilement des convulsions cloniques, cela tient à ses associations cellulaires, alors qu'au contraire les faisceaux sous-jacents qui, eux, transmettent isolés la flexion ou l'extension, produisent plutôt le tonus. Mais ces conséquences ne tiennent pas, en réalité, à une différence foncière du spasme lui-même dont l'origine reste une semblable excitation interprétée, pour ainsi dire, d'une façon autre en apparence.

Etude clinique de l'action exercée par la grippe de 1889-90 sur le système nerveux, par Bidon (*Revue de médecine*, août et octobre 1890, p. 839). — A part quelques observations originales plus ou moins complètes, rien à noter dans les conclusions qui n'ait été exposé dans notre revue publiée ici sur le même sujet. (V. *Gazette hebdomadaire*, n° 23, p. 267).

Stroma fibreux de la névroglie (Zur Pathologischen Histologie des Neurogliafasergerüsts), par Weigert, (*Centralblatt für allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie*, vol. 1, 1890, p. 730). — L'auteur, qui a découvert un procédé de coloration électif pour la névroglie, s'est proposé de rechercher quel était le rôle joué par la névroglie dans les scléroses de la moelle. Il remarque qu'il n'a pu constater la différence anatomique qu'ont voulu établir Déjerine et Letulle entre la maladie de Friedreich et les autres scléroses de la moelle. On sait que ces auteurs ont prétendu que la maladie de Friedreich se distinguait des autres scléroses en ce qu'elle était constituée par une sclérose névroglique pure. Pour Weigert, dans la maladie de Friedreich dans le tabès vulgaire, dans la sclérose en plaques, dans la sclérose latérale amyotrophique, dans les dégénérescences secondaires, la prolifération névroglique est identique dans sa nature. Partout il s'agit de cette même névroglie caractéristique que l'on considère comme d'origine ectodermique. Ces conclusions, qui confirment, du reste, celles de Achard, montrent le peu de fondement de la théorie formulée par Déjerine et Letulle, théorie que nous-même avons combattue.

Névrite traumatique (A case of traumatic neuritis illustrating the medico-legal value of electricity in diagnosis), par W. Broaddus Pritchard (*New-York medic. journal*, 1er novembre 1890, p. 489). — A la suite d'un traumatisme de l'épaule, il subsiste chez le sujet des douleurs vives dans le moignon, et quelques légers troubles de la sensibilité. La motilité elle-même est peu atteinte. Or, les symptômes étant surtout d'ordre subjectif, il était difficile, le malade réclamant des dommages-intérêts, de se prononcer sur ce cas. L'examen électrique montrant la présence de la réaction de dégénérescence, permit de diagnostiquer une névrite du circonflexe, et de trancher le doute de l'expert.

MÉDECINE

Autonomie de la rubéole (Selbstständigkeit der Rœtheln), par Widowitz (*Wien. med. Presse*, 1890, n° 45, p. 1775). — Ce n'est pas sur la bénignité de l'affection, par rapport à la sévérité des rougeoles, qu'il faut baser une différenciation. Un argument beaucoup plus puissant est tiré de ce fait que la rubéole ne confère pas l'immunité pour la rougeole. Mais les cas de beaucoup les plus frappants sont ceux où le développement successif des deux affections se fait dans des conditions et des limites qui excluent l'idée d'une affection unique récidivée. L'auteur a eu l'occasion d'observer une épidémie de famille où trois enfants eurent la rubéole, puis, neuf ou douze jours après, la rougeole. Outre les différences objectives entre les deux affections, l'idée d'une rougeole récidivée *chez 3 enfants* dans les mêmes conditions serait déjà singulière. Mais l'intervalle entre les deux processus morbides est incompatible avec ce qu'on connaît des rougeoles récidivantes qu'un intervalle de plusieurs semaines sépare toujours, d'après Kaposi, de la première atteinte. L'auteur aurait pu ajouter que la question des récidives vraies et incontestables de la rougeole est peut-être à revoir.

Viabilité du bacille typhique dans l'organisme humain (Lebensfæhigkeit der Abdominaltyphusbacillen im menschlichen Kœrper), par Orlow (*Deut. med. Woch.*, 1890, n° 48, p. 1086). — Cette question a suscité dans ces derniers temps d'intéressantes recherches d'où il appert que l'infection typhique ne finit pas avec le retour de la courbe thermique à 37°. L'auteur a eu l'occasion d'observer un fait des plus rares qui met bien en relief quelques-uns des points relatifs à la biologie du bacille d'Eberth : longue persistance de ce microbe à l'état actif dans l'organisme, localisation ostéo-périostique, réaction des tissus ambiants sous la forme d'un tissu de granulation. Le cas se rapporte à une jeune fille de 22 ans qui, à la suite d'une fièvre typhoïde d'intensité moyenne, présenta des signes d'ostéo-périostite du tibia droit. L'affection fut traitée par l'incision et les produits prélevés dans le foyer morbide montrèrent des bacilles d'Eberth parfaitement vivants et virulents. L'affection évoluait 6 mois et demi après la cessation de la fièvre typhoïde. La convalescence et les suites de la fièvre typhoïde, déjà si chargées d'accidents graves, s'éclairent encore d'une vive lumière par les faits de ce genre, de même que la pathologie des ostéo-myélites. L'auteur se demande si le *tissu de granulation* développé autour des colonies du bacille typhique ne peut constituer un terrain favorable pour le développement ultérieur de la tuberculose.

Action du naphtol sur la toxicité des urines dans la dothiénentérie, par A. Marotte (*Lyon médical*, 30 novembre 1890, p. 429). — Le naphtol abaisse rapidement la toxicité urinaire, qui se maintient abaissée sans aucune élévation à la guérison. Ce résultat est dû à ce que le naphtol stérilise l'intestin. Il diffère de celui obtenu avec les bains froids avec lesquels la toxicité urinaire est augmentée ou avec l'antipyrine qui ne fait que masquer la présence des toxines urinaires, de sorte qu'elles s'éliminent en grande quantité dès qu'on cesse son emploi.

Diagnostic bactériologique de la fièvre typhoïde (Sul valore diagnostico della ricerche batteriologiche nel tifo addominale), par F. Stagnitta (*La Riforma medica*, 17 et 18 octobre 1890, p. 1431 et 1436). — Les recherches bactériologiques ne peuvent que très exceptionnellement être utiles au diagnostic de la fièvre typhoïde : en effet, l'examen microscopique et les cultures du sang de la rate et du sang veineux donnent généralement des résultats négatifs; les résultats positifs des cultures des fèces n'ont aucune valeur, car les bacilles n'y apparaissent que tardivement et demandent un certain temps pour se développer sur les milieux de cul-

ture; lorsque ces cultures échouent, cela ne suffit pas à faire rejeter l'existence de la fièvre typhoïde.

Murmure présystolique dans l'insuffisance aortique (Presystolic apex murmur due to aortic regurgitation), par LEES (*Amer. Journ. of medic. Sciences*, novembre 1890, p. 460). — Quatre cas d'insuffisance aortique sans rétrécissement mitral dans lesquels on entendait à la pointe un bruit présystolique, constitué par un murmure et non par un roulement comme dans le rétrécissement mitral.

Thymus et tumeurs malignes primitives du médiastin antérieur, par LETULLE (*Archives générales de médec.*, décembre 1890, p. 641). — La loge supérieure du médiastin antérieur est le siège de prédilection des cancers primitifs du médiastin. Abstraction faite des tumeurs ganglionnaires, ces cancers primitifs se développent aux dépens du thymus ou de ses débris atrophiques. L'origine embryogénique du thymus explique parfaitement les diverses variétés de cancers primitifs nés à ses dépens (cancers d'origine conjonctive, carcinomes épithéliaux, épithéliomes pavimenteux, etc.).

CHIRURGIE

Quelle est actuellement la méthode la meilleure et la plus pratique d'asepsie opératoire, par KUMMER (*Rev. méd. de la Suisse Romande*, 20 oct. 1890, tirage à part). — On sait aujourd'hui que les tissus vivants réagissent contre les microbes, et que les antiseptiques, à côté d'effets utiles, ont un effet nuisible, qui consiste à diminuer ou même supprimer cette réaction défensive. Aussi tend-on de plus en plus à préférer, en principe, l'asepsie à l'antisepsie, sauf pour les plaies infectées. Le meilleur stérilisateur est actuellement la vapeur d'eau sous pression courante, mais dans la pratique la simple ébullition dans l'eau suffit pour désinfecter; mieux encore, l'eau salée qui bout à 101° permet de tuer en quelques minutes des spores qui résistent pendant 2 heures à l'ébullition simple. Kummer remplace les éponges par des tampons; il emploie des drains de verre. Pour désinfecter la peau de l'opéré et de l'opérateur, le sublimé est ce qu'il y a de mieux; peut-être l'auteur exagère-t-il quand il conseille de rincer ensuite ces parties à l'eau bouillie pour éviter toute pénétration de sublimé dans la plaie.

Etat des ovaires dans les myomes utérins (Zur Frage über die Veræenderungen der Ovarien bei Fibromyoma uteri), par POPOW (*Centrabl. f. Gynæk.*, 1890, n° 49, p. 881.) Dans un travail fait sous l'inspiration de M. le prof. Lebedeff (de St-Pétersbourg), Popow a étudié sur 40 ovaires, les modifications de cet organe dans le cas de fibrome de l'utérus. Les ovaires provenaient de 20 femmes laparotomisées dont : 1 âgée de 25 à 30 ans; 5 de 30 à 35 ans; 6 de 35 à 40 ans; 6 de 40 à 45 ans; 2 au-dessus de 45.

L'examen histologique des pièces a permis à l'auteur de formuler les conclusions suivantes : Les ovaires présentent toujours des modifications qui sont marquées tantôt à la surface, tantôt dans le tissu interstitiel, tantôt dans le parenchyme de l'organe. Les lésions interstitielles sont les plus fréquentes; le tissu conjonctif est proliféré. Ce processus, tantôt uniformément étendu sur toute la surface corticale, tantôt formant de petits îlots à l'intérieur du parenchyme, tantôt développé en même temps à la périphérie des vaisseaux et des terminaisons nerveuses, est caractérisé par l'épaississement des parois vasculaires, le rétrécissement consécutif de leur lumière, l'épaississement du périmètre et l'atrophie de fibres nerveuses isolées. Les follicules de l'ovaire participent de deux façons au processus : ou bien ils présentent un accroissement considérable, l'ovaire entre en dégénérescence kystique; ou bien ils s'atrésient. Cette atrésie s'observe aussi bien sur les follicules primitifs que sur les follicules de Graaf. Le même processus existe dans la dégénérescence kystique où, en rapport avec le volume de follicules distendus, on trouve comme résultat de l'atrésie des corps de différentes dimensions (corps blancs), semblables à ceux qu'on rencontre à la place des corps jaunes. La particularité principale de ces corps blancs (corpora albicantia) consiste en l'absence de cellules vitellines, bien que dans certains cas on puisse rencontrer, à la périphérie ou au centre, des amas de pigment témoignant de l'hémorrhagie qui s'est faite dans la cavité du follicule de Graaf. La substance médullaire de plusieurs ovaires était excessivement vasculaire.

Quelques faits d'atrésie utérine consécutive à la cautérisation par le crayon de chlorure de zinc, par BOURSIER (*Journal de Médecine de Bordeaux*, 30 novembre 1890, p. 169). — Le crayon cylindrique de chlorure de zinc introduit dans la cavité utérine ne s'adapte nullement à la forme de cette cavité; certaines parties, telles que les cornes utérines, sont donc à peine touchées, tandis que d'autres régions plus étroites, comme l'orifice interne du col, sont en contact trop énergique avec le cylindre médicamenteux. D'où une action plus intense du caustique à ce niveau, une escharre trop profonde, qui peut donner naissance à une cicatrice circulaire dont la réaction amènera l'atrésie de l'utérus. M. Dubarry relate à ce point de vue deux observations intéressantes concernant, l'une une femme de 36 ans, l'autre une femme de 33 ans, qui, toutes deux, furent traitées d'une métrite par le crayon. Chez toutes les deux, les règles se supprimèrent, mais aux époques menstruelles se produisirent des douleurs très vives; à l'examen on trouva une atrésie complète à l'orifice interne du col. La première des deux femmes consentit à une opération suivie de dilatation graduelle de l'orifice. Les règles reparurent. Dans une observation de Durand, il se produisit à la suite d'un semblable traitement une atrésie plus grave, car elle siégeait au voisinage du fond de la cavité utérine et son traitement était, par suite, bien plus difficile.

Cependant, on ne doit pas condamner complètement cette méthode. Il faut seulement ne pas l'appliquer à tort et à travers; il faut, comme le demande Polaillon, « qu'on choisisse les cas et qu'on gradue les doses autant que possible ». Il faut, en outre, employer des crayons moins volumineux et, d'autre part, avoir recours à une dilatation préalable bien faite de la cavité utérine et surtout produire une dilatation progressive méthodique de l'utérus après la chute de l'escharre.

De l'attitude du membre inférieur dans la psoïte suppurée, de sa signification pronostique, par MICHEL GANGOLPHE (*Lyon Médical*, 23 novembre 1890, p. 393). — 1° Dans la psoïte suppurée la flexion de la cuisse peut faire défaut soit au début de l'affection, soit après l'ouverture du foyer;

2° Dans certains cas le pied se place dans l'éversion, touche au plan horizontal par toute l'étendue de son bord externe. Cette attitude, causée par la destruction de la capsule, comporte un pronostic à peu près fatal.

3° La destruction complète du psoas-iliaque par la suppuration peut, après guérison, ne laisser aucun trouble appréciable dans le fonctionnement du membre inférieur.

Note sur un signe précoce de cancer de l'utérus, par CH. AUDRY (*Lyon Médical*, 23 novembre 1890, p. 406). — Ce signe précoce, indiqué par M. Laroyenne, est le suivant : Toutes les fois que, dans une surface suspecte du col ou de la cavité cervicale, on pourra enfoncer l'ongle et ramasser quelques débris de tissus, on est autorisé a affirmer la nature épithéliomateuse de la maladie. C'est un signe uniquement destiné à différencier le col cancéreux au début des différents cols de la métrite chronique. Au toucher, ces derniers apparaissent tantôt durs et tantôt mous; mais dans aucun cas, on ne retrouvera la possibilité de faire pénétrer l'ongle dans la muqueuse et d'en ramener des lambeaux.

DERMATOLOGIE

Chancres syphilitiques extra-génitaux (Note on extra-genital syphilitic contagion), par A. COOPER (*The Lancet*, 25 octobre 1890, p. 866). — L'auteur rapporte 6 cas de chancres extra-génitaux qu'il a observés dans l'espace d'un an; quatre de ces chancres ont des localisations banales pour ainsi dire : région sous-ombilicale, langue, lèvre supérieure, narine; deux autres sont plus extraordinaires : l'un par son siège sur le cou, en arrière de la mâchoire inférieure, chez un homme de 39 ans; l'autre qui occupait le sein par l'âge du patient, une petite fille de 2 ans et demi; Cooper ne donne pas de détails sur les causes de la localisation de ces deux chancres; ce n'est

peut-être pas dépasser les bornes permises à une hypothèse que de croire que, venant chacun d'un sujet appartenant à un sexe différent, ils avaient tous deux un même mécanisme, facile à reconstituer; en tout cas, ces deux faits méritent une place honorable dans le cadre des chancres extra-génitaux.

La contagiosité de la lèpre, par F. Forné (*Archives de médecine navale et coloniale*, septembre 1890, p. 161). — Intéressant mémoire basé sur l'observation, que l'auteur a communiquée récemment à l'Académie de médecine (Voir *Mercredi médical*, 1890, p. 200), du premier Européen ayant contracté la lèpre à la Nouvelle-Calédonie. Il y a actuellement, dans notre colonie, 6 Européens qui y sont devenus lépreux. A propos de ces faits, l'auteur rassemble la plupart des observations qui viennent à l'appui de la contagiosité de la lèpre et arrive à la conclusion, aujourd'hui admise par presque tous les observateurs compétents, que cette maladie se transmet par contagion.

Plomb dans la peau des saturnins (Bleinachweis auf der Haut Bleikranker), par Miura (*Berl. klin. Woch.*, novembre 1890, n° 44, p. 1006). — L'auteur a examiné à la clinique de Gehrardt 14 peintres ou saturnins notoires au point de vue de la démonstration du plomb dans la peau; il employait le sulfure d'ammonium en faisant intervenir la cataphorèse électrique. La peau était mécaniquement nettoyée avant l'opération, d'une façon très soignée. Or l'exploration fut toujours négative, soit immédiatement après le nettoyage, soit le lendemain.

En opérant simplement sans détersion mécanique, on mettait le plomb en évidence surtout aux doigts, aux mains, aux avant-bras, beaucoup moins ou pas du tout sur les parties habituellement couvertes.

Il faut donc conclure que la présence du plomb dans les téguments tient non pas à une élimination, mais au simple dépôt externe. En conseillant aux ouvriers qui manient le plomb un lavage soigné avec du tartrate d'ammoniaque, avant chaque repas et à la fin de la journée, on réduira presque à rien les chances d'intoxication saturnine.

OPHTHALMOLOGIE

Strabisme névropathique, par Valude (*Arch. d'ophth.*, 1890, t. X, p. 326). — L'existence du strabisme comme tare de dégénération est aujourd'hui bien établie; il est fixe, congénital, comparable au pied-bot. Outre ce strabisme névropathique, il faut citer le strabisme hystérique spastique; il est passager, c'est un symptôme de l'attaque hystérique. L'auteur a en vue une autre variété de strabisme qui survient chez des sujets amétropes (cause prédisposante) en raison de leur état nerveux (cause occasionnelle). Il conclut: 1° Le strabisme vrai, dit concomitant, n'est pas dû à la seule amétropie; la névropathie en constitue un facteur important, quelquefois prépondérant. 2° Il est bien des strabismes amétropiques simples où l'amétropie est seule en cause. Il est aussi des strabismes névropathiques purs, où les malades sont emmétropes. Mais il est encore une classe de strabiques, et la plus nombreuse, dans laquelle l'influence de l'amétropie et celle de la névropathie se compensent. 3° Le strabisme amétropique pur est justiciable de l'opération et de la correction optique; celle-ci seule peut le faire disparaître s'il est alternant et surtout intermittent. Quand à l'amétropie se joint la névropathie comme cause du strabisme, il faut ajouter un traitement approprié à l'intervention plus haut signalée.

Pour l'auteur, la névropathie ici en cause ne serait qu'un nervosisme banal transmis des parents aux enfants.

Cécité corticale (Ueber Rindenblindheit), par P. Fœrster (*A. v. Græfe's Archiv*, 1890, t. XXXVI, p. 94). — Un homme à l'âge de 39 ans, fut atteint d'hémianopsie droite complète, avec déviation de la limite du champ visuel de quelques degrés du côté hémianopsié. Cinq ans après il présenta de plus une hémianopsie gauche complète, il ne lui restait qu'un champ visuel central très réduit (de 3 à 5 degrés de diamètre), mais pourvu d'une bonne acuité visuelle ($v = 1/3$). La mémoire topographique du malade ainsi que le sens chromatique avaient disparu. Les pupilles réagissaient encore un peu et le fond de l'œil était normal.

L'auteur conclut de son cas: 1° que la déviation de la limite du champ visuel, en cas d'hémianopsie, ne tient pas à ce que le centre de la rétine est constitué par des fibres des deux bandelettes optiques, mais à ce que le centre cortical de la vision centrale est probablement mieux vascularisé que la partie restante des lobes occipitaux; 2° que l'hémianopsie double n'occasionne pas toujours l'abolition complète de la fonction des deux moitiés du champ visuel des deux yeux; 3° que l'écorce des lobes occipitaux préside aux appréciations topographiques acquises, soit par le sens visuel, soit par le toucher, soit par le sens musculaire, soit par la description; 4° que pour la distinction des couleurs, la fonction d'un petit district de l'écorce ne suffit pas. Le sens chromatique est plus facilement aboli par un trouble de la nutrition des éléments corticaux que l'appréciation des formes des plus petites lettres; 5° que la destruction de l'écorce des lobes occipitaux n'occasionne pas l'atrophie des nerfs optiques.

Note sur un cas de paralysie du moteur oculaire externe et du facial avec atteinte de l'orbiculaire des paupières compliquée d'hémiplégie du même côté, par Parinaud et G. Guinon (*Nouvelle iconographie de la Salpêtrière*, 1890, n° 5, p. 223). — Le titre de l'observation rend un compte suffisant des symptômes présentés par la malade, jeune fille de 24 ans, qui sont sans doute en rapport avec la présence de tubercules localisés, l'un sur le trajet intraprotubérantiel des fibres unissant le noyau de l'abducteur à celui du moteur oculaire commun, l'autre dans la région motrice corticale.

BIBLIOGRAPHIE

La cure radicale des hernies, particulièrement chez les enfants, par le Dr B. Félizet, chirurgien de l'hôpital Tenon. — Paris, G. Masson, 1890.

M. Félizet vient de faire paraître sur la cure radicale des hernies, envisagée surtout chez l'enfant, une brochure fort bien éditée, avec des dessins artistiquement agréables à voir. Mais, pour le dire sans ambages, la partie scientifique est bien moins de notre goût.

M. Félizet pense — ce en quoi il a raison — que grâce à l'antisepsie la cure radicale des hernies est devenue parfaitement légitime et que même chez l'enfant elle a des indications formelles. Mais son but est surtout de décrire un procédé opératoire dont il est l'inventeur, pour lequel toutefois nous ne nous sentons pas une inclination toute particulière. D'après M. Félizet, la dissection du sac est une manœuvre longue, difficile, où l'on se perd facilement au milieu des lambeaux d'une séreuse déchirée; elle devient au contraire très aisée si l'on distend la poche avec un petit ballon de caoutchouc. On incise donc le sac et par cette incision on insinue ce ballon piriforme, la pointe dirigée en haut, dans le canal inguinal. Le ballon à ce moment est vide, mais il est muni d'un tube, également en caoutchouc, par lequel on pourra l'insuffler après qu'autour du tube on aura rétréci par la suture l'incision du sac. Le sac est ainsi transformé en une « tumeur artificielle » dont on peut disséquer la paroi avec une « minceur pelliculaire ». Cette complication opératoire ne nous séduit pas beaucoup, car ce ballon ne nous semble pas devoir faciliter l'asepsie. Nous ne prétendons pas qu'il l'empêche, car on peut le faire bouillir dans l'eau, mais nous trouvons qu'il la complique et dès lors nous ne l'essayerons que le jour où nous n'aurons pas pu mener à bien la dissection par le procédé ordinaire. Or nous avons disséqué une quarantaine de hernies inguinales sur le cadavre, nous en avons opéré une trentaine sur le vivant, étranglées ou non étranglées: toujours nous avons pu décortiquer avec l'ongle le mince feuillet du sac, disséqué de bas en haut, jusque dans le ventre, et cette dissection dure quelques minutes si l'intestin n'est pas adhérent, s'il n'y a pas un diverticule propéritonéal, contre lequel le ballon de M. Félizet serait impuissant. Il en est ainsi même pour les hernies congénitales — à peu près les seules que l'on opère parmi les hernies inguinales — parmi lesquelles, d'ailleurs, il faut comprendre les hernies funiculaires situées dans la gaine du cordon. Et c'est encore là un point sur lequel nous querellerons

M. Félizet, pour qui la hernie testiculaire seule serait congénitale. Or nous affirmons que les enveloppes, et par conséquent l'opération, sont identiques pour les hernies péritonéo-funiculaires et pour les hernies péritonéo-vaginales. Mais M. Félizet n'a pas cherché, sans doute, à faire des études anatomiques et anatomo-pathologiques précises ; nous n'en voulons pour preuve que les planches de sa brochure. Prenons les planches I et II : l'intestin y est séparé du testicule par un sac, et néanmoins la légende porte : *hernie inguinale congénitale, avant l'opération*. Or le caractère anatomique de la hernie congénitale testiculaire est précisément que rien n'est interposé entre l'intestin et la vaginale testiculaire. Ne serait-ce donc pas une hernie funiculaire descendue jusqu'au testicule ? Bien exceptionnelle, alors, car dans ces conditions presque toujours le fond du sac passe en arrière du testicule et non pas en avant de lui, même lorsque en haut il est en avant du cordon. D'autre part la hernie congénitale funiculaire ou testiculaire est sous la fibreuse commune, c'est-à-dire dans la gaine du cordon : on ne s'en douterait pas à voir le dessin.

A. BROCA.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Thèses des Facultés

PARIS

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES PARALYSIES ALCOOLIQUES, par CARPENTIER (27 décembre 1890).

I. — La paralysie alcoolique, d'après les faits que nous avons recueillis et d'après nos observations personnelles, a une prédilection marquée pour le sexe féminin.

II. — Elle atteint surtout les individus qui font usage de liqueurs contenant des essences. L'absinthe est la plus répandue, puis viennent le vulnéraire, l'anisette, le vermouth, le bitter, et en général toutes les boissons qu'on désigne sous le nom d' « *apéritifs* ».

Cette intoxication par les essences se révèle par des signes spéciaux, et en particulier par une hyperalgésie souvent généralisée, par l'exagération du réflexe plantaire, par des douleurs extrêmement vives dans les membres inférieurs.

III. — La paralysie alcoolique occupant les membres inférieurs d'une façon symétrique est de beaucoup la plus fréquente ; mais elle peut se limiter aux membres supérieurs et parfois atteindre les quatre membres. Dans des cas très avancés, on peut observer une atrophie généralisée du système musculaire.

IV. — Les lésions du côté des yeux sont multiples : l'amaurose par atrophie de la pupille se rencontre dans quelques circonstances.

V. — Le pronostic dépend surtout de la durée de la paralysie. Une amélioration très sensible et même la *restitutio ad integrum* est possible quand le début du mal est peu éloigné.

VI. — Le diagnostic doit être fait :

1° Quand il n'existe que des phénomènes paralytiques;

2° Quand il existe aussi des troubles de la coordination ou pseudo-tabes.

a) Quand la paralysie existe seule avec : les paralysies arsénicale, saturnine, mercurielle, par le sulfure de carbone.

b) Quand il s'y ajoute des troubles moteurs avec : l'ataxie locomotrice vulgaire, les pseudo-tabes de la diphthérie, de la variole, de l'intoxication mercurielle, le pseudo-tabes des névropathes.

DES ENTOZOAIRES DE L'ENCÉPHALE, par SZCZYPIORSKI (décembre 1890).

M. Szczypiorski a résumé son travail sur les entozoaires de l'encéphale par les conclusions suivantes :

Les parasites vésiculaires qu'on a trouvés jusqu'à présent dans l'encéphale sont les cysticerques et les échinocoques.

On observe : 1° les cysticerques ladriques et 2° les cysticerques inermes.

A l'état frais ils sont toujours reconnaissables par la structure ondulée de leur vésicule caudale. Ils siègent à la périphérie de l'encéphale.

Les échinocoques sont plus rares ; ils constituent généralement un kyste unique rempli de liquide et de vésicules filles. Ils se fraient un chemin à travers les trous et les os du crâne. Leur siège habituel est le parenchyme.

L'héxacanthe de ces parasites pénètre dans l'encéphale par la voie vasculaire sanguine. Il est introduit dans le tube digestif dans les aliments.

Généralement les kystes à échinocoques sont caractérisés par : la céphalée persistante, l'épilepsie et les paralysies partielles mais durables, la démence croissante, la marche progressive, le début à l'âge de 20 à 30 ans, la durée de 2 à 3 ans.

Les cysticerques par : la marche irrégulière; le début à l'âge de 40 à 50 ans, l'épilepsie passagère par accès, les contractures, les vomissements, les troubles psychiques, la céphalalgie intermittente, la durée depuis quelques mois jusqu'à 12 ans et plus. Souvent ils passent inaperçus.

La terminaison habituelle est la mort, qui souvent survient subitement.

Traitement prophylactique : expulsion du tænia; examen de la viande de boucherie; application des mesures d'hygiène à la campagne.

Traitement curatif : trépanation, incision de la tumeur apparaissant sur le crâne.

Dans la majorité des cas le traitement ne peut être que symptomatique.

LYON

DE L'INTERVENTION CHIRURGICALE DANS LES PÉRITONITES TUBERCULEUSES GÉNÉRALISÉES ET LOCALISÉES, par ADRIEN PIÉ.

Chez l'adulte, la péritonite à forme fibreuse avec ou sans épanchement, guérit quelquefois. par le seul traitement médical ; elle guérit plus souvent chez l'enfant. La péritonite à forme ulcéreuse ne guérit qu'exceptionnellement, et chez l'enfant seulement. La forme granulique est fatale.

L'intervention chirurgicale ne paraît guérir que les formes fibreuses et en particulier la variété ascitique, mais elle guérit cette forme plus sûrement que le traitement médical. L'intervention doit être précoce.

L'intervention est contre-indiquée dans les formes ulcéreuse sèche et granulique. Elle est contre-indiquée, même dans la forme ascitique, par des lésions pulmonaires avancées.

L'asepsie est de rigueur dans le traitement chirurgical de la péritonite tuberculeuse.

L'occlusion intestinale au cours d'une péritonite tuberculeuse est une indication d'urgence de laparotomie.

La laparotomie agit, dans la forme ascitique, en provoquant une évolution fibreuse des tubercules.

Pour guérir la pelvi-péritonite tuberculeuse, et prévenir la généralisation au péritoine et à toute l'économie, il faut enlever les annexes. Mais il est difficile de diagnostiquer la nature tuberculeuse de la salpingite.

VARIÉTÉS

Nécrologie. — On nous annonce de Strasbourg la mor du professeur Wieger. Après de brillantes études et plusieurs années consacrées à se perfectionner dans les recherches d'histologie et de physiologie expérimentale, Wieger avait été nommé agrégé en 1850 et professeur de pathologie interne en 1865. Son érudition, l'originalité de son enseignement et son expérience clinique lui avaient valu une haute situation dans le monde médical alsacien. Malheureusement, comme plusieurs de ses collègues, il ne publia qu'un petit nombre de travaux personnels. Après la guerre de 1870 il se sépara de son ancien maître et ami Schützenberger qui essayait de fonder une faculté autonome réunissant tous ceux que l'amour du sol natal empêchait de se rendre à Nancy et, seul parmi les professeurs de l'ancienne faculté, il accepta une chaire à l'Université allemande, où il professa la pathologie générale et de clinique des maladies cutanées.

AVIS

MM. les Abonnés de la France à la Gazette hebdomadaire et au Mercredi médical qui n'auraient pas renouvelé leur abonnement avant le 10 janvier prochain sont prévenus que, à moins d'ordre contraire, une quittance leur sera présentée à partir du 15 janvier, augmentée de 1 franc pour frais de recouvrement.

Un mandat collectif, *sans frais de présentation quand la somme atteindra 50 francs,* **sera présenté le 15 janvier à ceux de nos clients qui reçoivent en même temps plusieurs des recueils édités par la maison.**

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Imp. des Arts et Manufactures, 12 rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES SAMEDIS ET PUBLIANT TOUS LES MERCREDIS

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

RÉDACTEUR EN CHEF : Dr L. LEREBOULLET. — SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION : Dr A. BROCA.

BULLETIN

Paris, le 9 janvier 1891.

Académie de médecine. — **Mort de M. Baillarger.**

La première séance de l'année 1891 a été levée en signe de deuil, après que l'Académie eut applaudi le discours prononcé sur la tombe de Baillarger par notre ami F. Frank. On lira au *Bulletin* ce savant éloge, du doyen de la section d'anatomie et de physiologie. Tous ceux qui n'ont connu ni l'homme, ni son œuvre, ni les éminents services qu'il a rendus comprendront, grâce à ce résumé de sa vie cientifique, la perte que viennent de faire l'Académie et le corps médical.

La *Gazette hebdomadaire* a voulu, elle aussi, rendre à la mémoire de celui qui fut l'un de ses amis de la première heure un tribut personnel d'estime et de regrets. On trouvera plus loin (p. 23) la notice qu'a bien voulu nous adresser notre collaborateur A. Ritti et le discours si touchant de M. le Dr Blanche.

— Au début de la séance, les allocutions traditionnelles qui s'échangent à l'occasion de la transmission des pouvoirs présidentiels ont été chaleureusement applaudies. Après avoir, pendant dix-huit mois, dirigé les délibérations de ses collègues avec une distinction, une fermeté et un zèle auxquels M. Tarnier a rendu hommage, M. le président Moutard-Martin a résumé leurs travaux dans un discours excellent. Il a su rappeler, non sans une discrète critique, l'émotion qui s'est emparée tout récemment du monde médical à l'occasion d'une découverte prématurément annoncée. Il s'est rendu l'interprète autorisé des espérances que doivent garder tous ceux qui ont foi dans l'avenir des travaux commencés à l'Institut Pasteur.

L'insistance avec laquelle le nouveau président, M. Tarnier, a promis de poursuivre la réalisation de vœux bien souvent exprimés devant les ministres compétents et de promesses trop souvent illusoires a été non moins applaudie. Notre éminent maître sera-t-il plus heureux que ses prédécesseurs ? Ceux qui suivent d'un peu près les discussions du budget en douteront avec nous. Ils approuveraient peut-être le projet qui nous a été soumis bien des fois déjà et qui consisterait à ouvrir une souscription entre les membres de l'Académie ses correspondants, ses lauréats... et les candidats futurs. Les fonds nécessaires à l'édification d'un monument plus digne de l'Académie de médecine seraient peut-être aussi aisés à recueillir que ceux qui ont permis la reconstruction du palais de la Légion d'honneur ou l'érection des hôtels où siègent la Société de Géographie, la Société d'Acclimatation et tant d'autres Compagnies savantes.

L'importation des viandes américaines et l'actinomycose.

Au moment où les progrès de l'hygiène tendent à faire disparaître les maladies les plus meurtrières et où, en raison même de l'évolution qu'elles subissent, les grandes épidémies du commencement de ce siècle vont en s'atténuant progressivement, nous trouverions-nous exposés à subir de nouvelles infections et à connaître bientôt, de très près, une maladie d'origine alimentaire qui n'existait, jusqu'à ce jour, tout au moins en France, qu'à l'état de curiosité anatomo-pathologique ? Telle est la question qui se pose aux hygiénistes et aux administrateurs au moment où les renseignements les plus alarmants nous viennent d'Amérique.

M. le professeur Grandeau, directeur de la station agronomique de l'Est, s'est fait tout récemment (1) l'interprète des craintes que font naître les progrès de l'actinomycose à Chicago et les procédés arbitraires décrétés en Amérique pour exporter des viandes malsaines et frapper avec une rigoureuse sévérité l'importation de nos produits. Avant de suivre le savant professeur du Conservatoire des Arts et métiers dans l'exposé des faits qu'il signale à l'attention des pouvoirs publics et des consommateurs, rappelons en quelques mots ce que nous savons de l'actinomycose.

Caractérisée par la présence dans les tissus d'un para-

(1) L'actinomycose et la santé publique, extrait du *Journal d'agriculture pratique* (Décembre 1890).

site végétal découvert par Lebert, considéré par Robin comme une concrétion cristalloïde du pus, bien étudié et bien décrit par Sébastiano Rivolta (1868) et Perroncito (1875), l'actinomycose a été étudiée chez l'homme (1) par Israël en 1878 et Ponfick en 1879. Elle se présente sous forme d'abcès développés dans les parties supérieures du cou surtout au niveau de l'angle de la mâchoire. Ce sont des collections purulentes aplaties, étalées, ne donnant naissance au début qu'à une fausse fluctuation. Peu à peu cependant la peau rougit, devient violacée, livide, puis s'ulcère. L'ulcération apparaît alors fongueuse, jaunâtre ou violacée, donnant naissance à un pus mal lié, séreux, contenant de nombreux *grains jaunes*, gagnant bientôt en profondeur, détruisant les muscles, altérant les os au niveau desquels se développent des ostéophytes, déchaussant les dents qui tombent et venant enfin s'ouvrir dans la cavité buccale.

L'examen anatomique du foyer morbide et des trajets fistuleux et surtout l'analyse histologique des grains jaunes qui caractérisent la maladie ne laissent aucun doute sur sa nature. On trouvera dans l'ouvrage de MM. Cornil et Babès toutes les indications nécessaires pour pouvoir reconnaître l'actinomycose. On y étudiera aussi, d'après les travaux de Firket, de Babès, de Canali, etc., les diverses formes cliniques qu'elle peut présenter.

Sa transmissibilité du bœuf à l'homme ne semble pas douteuse. L'Académie de médecine l'a déclaré à l'occasion d'un important travail de M. Mondereau. Les dangers que ferait courir à la santé publique l'introduction en France de viandes altérées par l'actinomyces sont aussi redoutables que ceux qui ont nécessité la prohibition du porc salé trop souvent infecté de trichines. Or, il y a quelques mois (mars 1890), M. G. Brown, vétérinaire de King's College, signalait l'arrivage sur les côtes anglaises d'un chargement de bœufs américains sur lesquels *quarante* ont été trouvés atteints d'actinomycose à un état avancé. Il est évident que ces animaux, s'ils étaient livrés à la consommation, provoqueraient des accidents analogues à ceux qu'on observe assez fréquemment en Allemagne et surtout en Amérique. A Chicago, en effet, aucune précaution n'est prise, ou du moins une surveillance tout à fait illusoire est exercée en vue de contrôler la qualité des viandes. Celles-ci sont envoyées aux wagons réfrigérants pour être distribuées et vendues sur les différents marchés ou bien livrées aux chaudières des maisons de conserves pour être expédiées à l'étranger, après avoir été déclarées saines par les inspecteurs des viandes. Mais il n'existe à Chicago que deux inspecteurs seulement et il arrive en moyenne aux abattoirs de cette ville 10,000 bœufs et plus de 20,000 porcs par jour. Quelle garantie peut donner une inspection de ce genre? C'est ce que demandait récemment M. Max Leclerc; c'est ce que demande après lui M. Grandeau. Or, le *bill Edmunds*, ratifié par le président des Etats-Unis et rendu exécutoire depuis le 30 août dernier, stipule les représailles les plus rigoureuses dans le cas où les États européens refuseraient d'admettre que le visa des inspecteurs de Chicago (qui ont à examiner chacun 15,000 animaux par jour) suffit pour affirmer que les viandes américaines exportées sont saines. Il dit expressément, en effet :

Art. 5. — Quand le président aura la conviction que d'injustes restrictions (*descriminations*) sont apportées par un Etat étranger à l'importation ou à la vente, dans ledit Etat, de produits des Etats-Unis, il peut ordonner que *tels produits de cet Etat qu'il lui plaira de désigner* ne seront pas admis à l'importation dans les Etats-Unis.

Cet ordre, publié sous forme d'ordonnance, désignera la date à laquelle cette mesure sera mise en vigueur, et à partir de cette date, l'importation des produits dénommés dans ladite ordonnance sera illégale. Le président peut abroger, modifier, abolir ou prolonger son ordonnance selon qu'il le juge nécessaire dans l'intérêt public.

Et d'autre part il déclare (art. 2) qu'il est interdit d'importer aux Etats-Unis des produits alimentaires falsifiés ou malsains, ou des vins, des spiritueux ou des bières falsifiées..... et que toute personne qui importera ces produits sera punie d'une amende maximum de 5180 fr. et d'un emprisonnement maximum d'un an, sans préjudice de la confiscation des produits importés.

Enfin l'art. 4 est plus topique encore et mérite d'être cité textuellement :

Art. 4. — Quand le président aura de sérieux motifs de croire qu'un pays étranger importe ou va importer aux Etats-Unis des produits alimentaires ou des boissons qui, destinés à la consommation de l'homme, sont falsifiés au point d'être dangereux pour la santé et le bien-être des habitants des Etats-Unis, il peut suspendre l'importation desdits produits originaires du pays dont il s'agit pendant tout le temps qu'il croira nécessaire pour empêcher l'entrée de ces produits. Pendant toute la période fixée, il sera illégal d'importer aux Etats-Unis aucun des articles originaires des pays indiqués dans l'ordonnance et dont l'importation aura été suspendue.

Après avoir cité et commenté ce singulier document, M. Grandeau se demande quelle réponse fera l'Europe aux prétentions inouïes du bill Edmunds. Espérons, avec lui, que, soucieuse de la santé publique, la France organisera une vérification sérieuse des denrées alimentaires et notamment des viandes de Chicago et que, le jour où, à leur arrivée dans nos ports, l'inspecteur sanitaire les jugerait malsaines, rien ne saurait empêcher le gouvernement d'appliquer à son tour l'art. 4 du bill Edmunds et de proscrire toute introduction d'animaux et de produits animaux atteints de maladies infectieuses et contagieuses.

L. Lereboullet.

REVUE GÉNÉRALE

Indications de l'opération de Porro.

Depuis la renaissance de l'opération césarienne conservatrice (1882), l'opération de Porro qui, pendant près de six ans (1876-1882), avait presque complètement supplanté la méthode classique, a vu de jour en jour se resserrer son champ d'action au point de n'être plus, pour beaucoup d'accoucheurs, qu'une sorte de pis aller. Les partisans de la césarienne conservatrice n'eurent, pour déconsidérer rapidement l'amputation utéro-ovarique, qu'à comparer les résultats de la méthode de Sænger pendant la période postérieure à 1882 à ceux de sa rivale à partir de 1876. Tandis que la première donnait des chiffres de

(1) Voy. Cornil et Babès. *Les Bactéries*. F. Alcan, 1890, 3e édition, 2e vol., p. 331.

mortalité oscillant autour de 10 0/0, la seconde restait sous le coup de la statistique de Godson : 86 morts sur 162 cas, soit 53 0/0. D'où la conclusion que l'opération de Porro ne devait plus guère avoir d'autres indications que les mauvais cas dont la méthode conservatrice ne voulait pas charger ses relevés. Il en résulta tout naturellement un nouvel élément de discrédit pour la méthode radicale et le triomphe facile de la méthode conservatrice.

I

E. Truzzi vient récemment d'en appeler de cette condamnation sommaire du procédé cher à son maître Porro (1). Il fait remarquer très justement que les perfectionnements apportés à la technique de la laparotomie, et la diffusion des pratiques antiseptiques, qui ont contribué à la splendide statistique de la césarienne conservatrice moderne, ont également, dans ces dernières années, notablement amélioré le pronostic de l'opération radicale; que l'on doit par suite, pour se faire une opinion, confronter les résultats des opérations rivales pendant la même période; qu'enfin et surtout il faut cesser de comparer la statistique intégrale de l'opération de Poero, surchargée de tous les cas désespérés, à la statistique des conservateurs qui n'interviennent que dans des circonstances ultra favorables.

Pour répondre à ces désidérata, Truzzi fait le relevé des opérations de Porro pratiquées en Italie du 1er octobre 1884 au 31 décembre 1889 : 56 opérations ont donné 37 guérisons et 19 morts (dont 14 par péritonite; 2 par shock; 1 par collapsus; 2 par occlusion intestinale), soit une mortalité totale de 39,9 0/0.

Mais en étudiant ces 56 observations on remarque que dans 12 cas l'état de la parturiente était désespéré avant toute intervention, de sorte que la mortalité opératoire proprement dite ne serait en définitive que 15,9 0/0. Or, pour la période 1876 à 1884, la mortalité expurgée de la même façon était de 36,36 0/0 et, pour la seule Italie, de 42,5 0/0.

Si cette statistique de Truzzi prouve que la léthalité de l'opération radicale s'est considérablement abaissée, elle tend aussi à nous confirmer dans l'idée que la méthode de Porro offre encore une gravité plus grande que l'opération césarienne avec suture (10,7 0/0 d'après Léopold).

Mais qu'est-ce que le relevé de Truzzi? Une collection d'observations disparates, empruntées à 28 opérateurs différents et recueillies dans les milieux les plus dissemblables, depuis la salle de la maternité modèle jusqu'à la chaumière italienne. Qu'y a-t-il là de comparable à la statistique de Dresde à l'aide de laquelle nous avons essayé naguère de nous faire une idée sur la valeur actuelle de la césarienne moderne? Ce qu'il faudrait, c'est comparer les résultats des deux opérations rivales dans le même milieu, entre les mains du même opérateur. Et nous pouvons le faire dès maintenant à l'aide de deux statistiques précieuses : celle de Breisky (2) et celle de Léopold (3).

II

La statistique de Breisky, publiée par son assistant Piskacek, comprend 11 opérations de Porro sans un insuccès et 6 opérations conservatrices avec deux décès (septicémie). Les conditions sont ici les mêmes pour les deux opérations qui toutes deux ont leurs indications propres, déterminées à l'avance. L'une n'est pas le débarras de l'autre. Nous verrons tout à l'heure quelles sont ces indications spéciales. Retenons seulement ces chiffres qui déjà ont leur éloquence.

Léopold nous donne mieux encore, car chez lui l'opération de Porro hérite des seuls cas dont ne veut pas la méthode conservatrice. Or, tandis que la mortalité de celle-ci est 10,7 0/0, il n'a perdu aucune des sept femmes qu'il a traitées par la méthode radicale. Et nous assistons à ce spectacle, inattendu pour ceux qui continuent à vivre sur la statistique de Godson, qu'en présence de ces chiffres les partisans de la césarienne avec suture se voient, à l'heure actuelle, dans la nécessité de défendre cette dernière contre les empiétements de l'amputation utéro-ovarique naguère encore tant décriée. « Des 7 femmes qui ont subi l'opération de Porro (avec traitement extra-péritonéal du pédicule, celà va sans dire), aucune n'est morte. A cette léthalité nulle correspond une mortalité de 10,7 0/0 dans la césarienne conservatrice. Mais ce serait une grosse faute d'en conclure que l'opération de Porro mérite la préférence. » Et Münchmeyer s'évertue à montrer, par l'analyse des causes de mort (voyez notre article précédent in *Gazette hebdomadaire* du 3 août 1890) que, tout compte fait, la mortalité opératoire dans les deux méthodes est égale à 0.

Aussi, pour maintenir la supériorité de la conservatrice, c'est à d'autres arguments qu'il est obligé d'avoir recours. Si les résultats immédiats des deux opérations sont les mêmes, les suites sont à l'avantage de la méthode qui conserve l'utérus et les annexes. Après celle-ci la femme peut redevenir grosse; d'autre part la cicatrisation demande moins de temps (3 semaines environ, au lieu de 6 dans l'opération de Porro). Et c'est tout. Car pour les autres inconvénients dont on persiste à charger l'amputation utéro-ovarique, aucune des opérées de Dresde ne les a ressentis jusqu'à présent; l'éventration ne paraît pas plus fréquente qu'à la suite des autres laparotomies.

Néanmoins Münchmeyer se croit autorisé à conclure : « Pour peu qu'elle soit possible, c'est la césarienne conservatrice qu'il faut préférer; l'extirpation de l'utérus n'est indiquée que dans les cas où sa conservation entraînerait un danger pour la femme. » De même Léopold écrivait en 1888 : « L'extirpation est toujours un périlleux pis aller qui doit être notre dernière ressource pour les utérus infectés. » Pour préciser davantage, Münchmeyer cite le passage suivant de Zweifel : « L'opération de Porro est à sa place là où l'opération normale avec suture n'est plus possible, c'est-à-dire quand l'utérus est infecté; quand l'écoulement lochial serait empêché par une obstruction vaginale ou par toute autre cause; quand l'utérus est le siège de grosses tumeurs (fibrômes) qui rendraient peut-être plus tard une nouvelle opération nécessaire »; et il ajoute à ces trois indications l'ostéomalacie et l'inertie utérine absolue au cours d'une césarienne conservatrice.

Telles sont, d'après l'école de Dresde, les limites actuelles du champ d'action de l'opération de Porro.

A cela les élèves de Breisky répondent que l'opération de Porro doit supplanter l'opération conservatrice dans d'autres cas encore, par exemple pour les bassins viciés par une cause autre que l'ostéomalacie, chaque fois que le diamètre promonto-pubien minimum est inférieur à 7 centimètres (étant donné bien entendu que la patiente

(1) Ulteriore contributo allo studio della operazione Porro. Milan, 1890, in-8°, 56 p.

(2) Ludwig Piskacek. — Die Indicationstellung des Kaiserschnittes nebst casuistischen Beitrægen zur Porro'schen und Sænger'schen Kaiserschnittmethode. Vienne, 1889, in-8°, 32 p.

(3) G. Münchmeyer (assistant de Léopold). — Beitrag zum Kaiserschnitte, etc. *Arch. für Gynäkologie.* T. 37, 2e partie, p. 312, 1890.

réclame la section césarienne). Ce qui revient à dire que l'opération de Porro doit devenir l'opération de choix dans tous les cas où la section césarienne permet seule d'espérer, pour le présent et pour l'avenir, l'extraction d'un enfant viable. Il ne resterait plus à la méthode conservatrice que les indications relatives.

Voici leurs arguments:

L'opération de Porro, avec traitement extra-péritonéal du pédicule, offre aujourd'hui plus de chances de succès que la césarienne normale avec suture; d'abord parce qu'elle ne laisse pas dans la place une cause possible de septicémie; en second lieu parce qu'elle met l'opérée à l'abri des hémorrhagies tardives (une des opérées de Léopold a succombé de ce chef). On pourrait ajouter qu'au lieu de se voir contraint d'attendre le début du travail, l'opérateur peut intervenir à son heure, au cours de la grossesse et vers la fin, ce qui, si l'on en croit les observations de Werth, Treub, van der Meij et Cullingworth (1), est une conduite dangereuse dans la césarienne conservatrice.

En admettant même, avec Münchmeyer, que les chances immédiates des deux méthodes soient égales, que reste-t-il à l'avantage de la conservatrice?

Avant tout et surtout la possibilité d'une grossesse ultérieure. Or, remarque l'école de Vienne, c'est vous laisser acculer pour l'avenir, puisque le rétrécissement est absolu, à une nouvelle césarienne du succès de laquelle vous ne pouvez pas répondre.

Et d'ailleurs les femmes opérées par la méthode conservatrice redeviennent-elles donc si aisément enceintes? Consultez la statistique; elle répond que depuis huit ans, depuis 1882, sur 170 femmes opérées par la nouvelle méthode, 5 seulement ont récidivé. Et si ces chiffres s'améliorent par la suite, est-il donc si certain que cette grossesse ultérieure soit sans danger? Michaelis n'a-t-il pas montré que sur 12 cas d'opération césarienne conservatrice, il y eut six fois rupture de l'utérus à la grossesse suivante? Krukenberg, dont le relevé porte sur un nombre d'observations plus considérable, mentionne 13 cas où la rupture se produisit au niveau de la vieille cicatrice et fut suivie du passage du fœtus dans la cavité péritonéale. Quatre fois la rupture eut lieu pendant la seconde moitié de la grossesse; 9 fois, pendant le travail. Tous les enfants ont succombé. Dans 5 cas la cicatrice se disjoignit, mais le fœtus demeura dans l'utérus. Enfin 3 fois il y eut rupture non dans la cicatrice même, mais en un autre point et une fois dans son voisinage immédiat.

Mais, dira-t-on, il s'agissait d'opérations césariennes non suivies de suture de l'utérus. C'est vrai. Pouvez-vous cependant avec vos cinq observations d'utérus suturés redevenus gravides, affirmer que les utérus suturés se comporteront mieux qu'après la césarienne sans suture? Rappelez-vous que Birnbaum a vu une femme subir 5 fois la césarienne avec suture et que chaque fois l'on observe, à la partie inférieure de la cicatrice utérine, un soulèvement, en forme de vessie, du péritoine par un épanchement sanguin, signe manifeste de l'imminence d'une déchirure dans le champ cicatriciel (2). Admettons qu'avec les sutures modernes la cicatrice soit plus solide, il reste cette dernière objection qu'il n'y a pas comme cause de rupture que l'amincissement de la paroi au niveau de la vieille cicatrice. Il semble qu'il faille faire jouer un rôle aux adhérences de l'utérus à la paroi abdominale antérieure, adhérences entraînant des distorsions de la paroi utérine avec formations diverticulaires prédisposant à la rupture. Or ces adhérences utérines sont loin d'être exceptionnelles après la césarienne conservatrice moderne, puisque sur les 20 premiers cas de la clinique de Dresde on put les constater 12 fois et que Breisky les a notées 2 fois sur 4. Une fois même il se fit une fistule utéro-abdominale qui ne se ferma qu'après l'ablation de toutes les sutures d'argent.

En résumé, pour Piskacek, l'opération de Porro est indiquée: chaque fois qu'il y a indication absolue à la section césarienne; dans les cas de conjugué vrai inférieur à 7 centimètres, quand la mère se prononce contre la crâniotomie de l'enfant vivant; lorsque l'extraction d'un enfant vivant, désirée par la mère, est impossible par les voies naturelles obstruées par des fibrômes non énucléables. Au-dessus de 7 centimètres seulement ou en cas de fibrômes énucléables, si l'opération est réclamée par la mère arrivée au terme de la grossesse, il faut conserver l'utérus et les annexes. S'il y a grossesse ultérieure, l'accouchement prématuré provoqué avec ou sans opérations complémentaires par les voies naturelles, pourra en effet être mis à contribution.

III

Si donc nous voulons passer en revue les indications principales de l'opération de Porro, nous devons les classer en deux catégories: les indications non discutées et celles qui le sont encore.

Pour ces dernières, nous venons d'exposer les arguments invoqués de part et d'autre. C'est au lecteur d'y chercher sa voie.

Voyons maintenant les indications non discutées.

1. Cas dans lesquels il y a infection certaine ou probable de l'utérus.

C'est là pour les partisans de la césarienne conservatrice l'indication la plus ordinaire. Des sept observations de Léopold il en est trois qui rentrent dans ce groupe. Une seule fois il y avait infection bien caractérisée; dans les deux autres il y avait doute; mais, dit Münchmeyer, c'eût été jouer la vie de la patiente que de vouloir conserver l'utérus. « Il vaut mieux, en pareil cas, renoncer aux chances de grossesse ultérieure — qui après tout ne sont pas grandes — que de risquer une expérience hasardeuse. Avec une conformation du squelette aussi pitoyable que celle qui existait dans les deux cas en question (bassin plat rachitique généralement rétréci à un haut degré; conjugué vrai de 5 1/2 à 6 — bassin plat rachitique généralement rétréci; conjugué vrai de 5 1/2), on a, ainsi que le dit très bien Braun, le droit de soustraire les femmes aux dangers d'une grossesse ultérieure. » Voilà une concession dont pourraient arguer les partisans de l'opération de Porro pour les cas de rétrécissement absolu.

2. Sténoses et atrésies du col et du vagin; obstruction du canal génital par une tumeur n'appartenant pas à l'utérus, ou lui appartenant mais n'étant pas énucléable.

On se propose ici, par l'ablation de l'utérus, de se mettre à l'abri des accidents qui pourraient, avec l'opération conservatrice, résulter de l'obstacle à l'écoulement des lochies. Dans cette catégorie rentrent les fibromes enclavés et non énucléables qui pourraient gêner l'écoulement lochial. On sait toutefois que, si la grossesse amène une forte hypertrophie de la tumeur, il n'est pas rare de voir celle-ci subir une régression marquée après l'accouchement. Aussi Sænger estime qu'il est préférable, en

(1) *Lancet*, 17 mai 1890.

(2) Voyez encore à ce sujet: Kufferath, *Bulletin de la Société belge de Gynécologie et d'Obstétrique*, 1889, n° 1.

dehors de la menace de rétention lochiale, de se limiter d'abord à la césarienne conservatrice pour les gros fibrômes à large base rétro-utérins ou rétro-cervicaux et de remettre à plus tard l'opération du fibrôme. Si l'on pratique l'amputation utéro-ovarique, il faut que le moignon se compose de tissu utérin sain.

S'agit-il de fibrômes non enclavés mais non énucléables et y a-t-il lieu de penser qu'ultérieurement la laparotomie serait nécessaire, c'est encore à l'opération de Porro qu'il faut donner la préférence.

3. *Inertie utérine insurmontable au cours d'une opération conservatrice.*

Léopold s'est vu dans un de ses cas obligé d'enlever pour cette cause un utérus déjà suturé qu'il s'apprêtait à réintégrer dans la cavité abdominale. Plusieurs observations du même genre ont été publiées dans ces derniers temps et certains auteurs, Schauta par exemple, se sont demandé s'il ne fallait pas accuser de cette inertie la constriction par le tube de caoutchouc. Nous avons vu, dans un article précédent, quelles précautions Léopold recommandait de prendre pour éviter cet inconvénient de la ligature élastique provisoire.

4. *Cancer de l'utérus.*

Lorsque le cancer de l'utérus devient une indication à l'opération césarienne, celle-ci doit être radicale chaque fois que l'ablation de l'utérus est possible. On se met ainsi plus sûrement à l'abri de la rétention des lochies et de la septicémie par nécrobiose des masses cancéreuses. Ce n'est que dans les cas où l'ablation de l'utérus est impossible, lorsque le cancer remonte si haut que l'on ne peut ni placer la ligature élastique ni faire un moignon, qu'on se résigne à laisser l'utérus en place, mais il faut alors le suturer avec un soin tout particulier.

Sutugin (1), dans une note récente, arrive aux mêmes conclusions. Des recherches qu'il a faites il résulterait que jusqu'ici, sur 18 cas opérés par la méthode conservatrice moderne, il y a eu 11 morts. Il va de soi qu'on a d'autant plus de chances avec la méthode radicale qu'on opère de meilleure heure. Jusqu'à nouvel ordre c'est à l'opération de Porro pure qu'il faut avoir recours. L'opération de Bischoff (hystérectomie totale par la voie abdominale, opération de Freund sur l'utérus gravide à terme) n'a pas encore enregistré un seul succès. Zweifel a proposé récemment une modification qui n'a pas suffisamment fait ses preuves. J'indiquerai brièvement en quoi elle consiste en traitant du manuel opératoire.

5. *Bassins viciés par ostéomalacie.*

Dès 1882 Sænger mentionnait, en la faisant suivre d'un point d'interrogation, cette indication de l'opération de Porro. Depuis lors, de nombreuses observations ont montré que la stérilisation des femmes ostéomalaciques avait une influence remarquablement favorable sur l'affection osseuse, et que la plupart des opérées par la méthode de Porro avaient pu, au bout de peu de temps, reprendre leurs occupations domestiques (Fehling (2)). L'école de Vienne a contribué plus qu'aucune autre par ses observations à établir les avantages de l'opération radicale dans ces cas.

(1) Operative Behandlung des Gebærmutter Krebses wæhrend der Schwangerschaft und Geburt. *Zeitschr. für Geburtsh. u. Gyn.* T. 19; 1re partie, p. 97, 1890.

(2) Ueber Wesen und Behandlung der puerperalen Osteomalakie. *Arch. f. Gyn.*, T. 39, 2e partie, 1890, et *Congrès international de Berlin.*

Piskacek montre que la proposition de Wiedow de faire à la fois la castration et la césarienne conservatrice, n'est justifiée que par la croyance erronée où sont encore quelques accoucheurs que la méthode conservatrice donne de meilleurs résultats et est plus facile à exécuter que l'opération de Porro. Après avoir assisté à 28 opérations césariennes dont 18 par la méthode de Porro, il est convaincu que cette dernière ne présente pas de plus grandes difficultés techniques. Pour la même raison, il rejette la double ligature des trompes et la section de celles-ci à l'aide du thermo-cautère de Paquelin.

Dans un prochain article nous étudierons la technique qui a donné à Léopold et à Breisky 18 succès sur 18 opérations.

H. Varnier.

CORRESPONDANCE

Extirpation du pancréas. Diabète sucré expérimental.

Dans une note présentée à la *Société de biologie* (25 oct. 1890) j'ai annoncé, après Von Mering et Minkowski, que l'*ablation totale* du pancréas amenait constamment et immédiatement la production du diabète sucré chez les animaux. J'ai cité, à ce propos, les recherches de M. Nicola de Dominicis. Cet expérimentateur vient d'écrire récemment un article dans ce journal sur l'extirpation du pancréas. J'y suis taxé d'inexactitude dans le compte rendu que j'ai donné des expériences du professeur de Naples et dans bien d'autres citations encore. Voyons en quoi j'ai été inexact. J'ai écrit, à propos des expériences de M. de Dominicis, que « dans beaucoup d'entre elles le diabète ne s'est pas montré, et que, dans la plupart des autres, la glycosurie n'est apparue que fort longtemps après l'opération. » Ces affirmations étaient basées sur le travail suivant : *Studii sperimentali intorno agli effeti della Estirpazzione del pancreas negli animali. Diabete mellito sperimentale, pel prof. N. de Dominicis* (*Estratto dal giornal Intern. delle scienze mediche. Anno XI, Naples* 1889). Les expériences détaillées dans ce mémoire sont au nombre de 14. On peut y voir que dans les expériences I, II, V, le sucre n'est apparu à aucun moment dans les urines, après l'extirpation du pancréas. Pour l'expérience III, l'auteur laisse la question douteuse. Dans les expériences VI, VIII, X, XII, la glycosurie s'est montrée, mais très longtemps après l'extirpation (1 mois ou plus). Dans une seule expérience (expérience XI) le sucre est apparu dès le début, comme cela s'est toujours produit dans mes propres expériences et dans celles de Von Mering et Minkowski. D'après cela, n'étais-je donc pas en droit d'avancer ce que j'ai écrit? Dans l'article inséré dans un numéro précédent de ce journal, M. de Dominicis nous donne une statistique nouvelle de ses expériences : c'est tout ce que je puis lui concéder. Cependant, même dans le relevé qu'il en fait, l'auteur nous apprend que sur 34 animaux ayant subi l'extirpation du pancréas, 13 n'ont jamais eu de glycosurie.

Si, après l'extirpation du pancréas, la glycosurie peut se montrer ou manquer, on conviendra que ce phénomène perd beaucoup de sa valeur. Mais il n'en est rien, selon moi. Après l'*extirpation totale* du pancréas, le *diabète sucré* (je ne dis pas la glycosurie) s'est toujours produit dans mes expériences, et la glycosurie était telle, qu'elle entraînait fatalement la mort au bout d'un temps fort court. Voici, du reste, l'exposé concis d'une expérience qui pourra donner une idée exacte de ce que l'on observe : Chien adulte, poids 15 kilogr. Extirpation totale du pancréas le 19 juillet 1890. Dès le lendemain, glycosurie. Le tableau suivant indique les quantités d'urine, les poids de sucre et d'urée en grammes excrétés en 24 heures, pour une nourriture mixte de pain et de viande, à partir du troisième jour après l'opération.

Jours	Quantité d'urine de 24 h.	Poids d'urée (m. gr.) de 24 h.	Poids de sucre (m. gr. de 24 h.
3e	450	13,2	23,8
4e	500	14,4	47,5
5e	575	17,4	51,9
6e	350	12,1	22,4
7e	1700	61,8	113,7
8e	850	22,7	51,1
9e	875	19,2	64,3
10e	800	25,2	55,2
11e	550	13,2	30,6
12e	250	6	1
13e	550	11,7	traces
14e	400	9	traces
15e	800	25	0
16e	mort	3 août	

En comparant ces résultats avec ceux qu'a obtenus M. de Dominicis, on verra quelles différences nous séparent. On comprend que les animaux maigrissent à vue d'œil et succombent très vite à un tel diabète, qui est absolument comparable au diabète sucré dit maigre ou consomptif, chez l'homme. Je n'ai obtenu jusqu'à présent qu'un seul cas où la survie ait été très longue; mais il est remarquable que, dans cette expérience, la glycosurie cessa au bout de quelques jours pour reparaître un mois après. Cette expérience est détaillée longuement, ainsi que plusieurs autres, dans un mémoire qui doit paraître prochainement dans les « Archives de médecine expérimentale ».

Pourquoi donc M. de Dominicis n'a-t-il pas constamment observé la glycosurie après l'extirpation du pancréas? Je ne puis le comprendre qu'en admettant que, dans les cas où le phénomène ne s'est pas produit, l'extirpation n'a pas été totale. J'ai, en effet, observé, conformément, du reste, aux expériences de Von Mering et Minkowski, qu'il suffit de laisser dans l'abdomen un fragment minime de la glande pour que le diabète sucré ne se produise pas. Je continuerai à admettre que la glycosurie se montre constamment et immédiatement après l'extirpation du pancréas, tant que je n'aurai pas observé un fait contraire; en tout cas, les expériences que je fais actuellement ne font que me confirmer dans mon opinion.

Dans les expériences de M. de Dominicis où la glycosurie fit défaut, l'auteur observa néanmoins les autres symptômes du diabète, polyphagie, etc., augmentation dans l'excrétion de l'urée et des sels de l'urine. La maladie pouvait alors, d'après lui, être rapprochée du diabète insipide. Cette assimilation est-elle bien justifiée? Les troubles résultant de l'extirpation du pancréas doivent être distingués en deux ordres : 1° les troubles digestifs résultant de l'absence du suc pancréatique dans l'intestin; 2° ceux qui relèvent de la suppression d'une fonction inconnue de la glande, suppression amenant la production du diabète sucré. Je suppose qu'on extirpe seulement la tête du pancréas adhérente au duodénum; le suc pancréatique n'arrivera plus dans l'intestin; les troubles digestifs se montreront, mais le diabète sucré ne sera pas produit. Pourtant on observera un amaigrissement progressif, de la polyphagie et, de ce fait, une augmentation de l'urée et des sels dans l'urine. On ne pourra pas dire pour cela que l'animal soit diabétique, car tous ces symptômes relèvent simplement de l'absence d'un suc digestif dans l'intestin. Je suis convaincu cependant que dans l'*extirpation totale*, les troubles digestifs et la polyphagie ne sont pas suffisants pour expliquer l'augmentation dans l'urine des principes solides (autres que le sucre) et en particulier l'augmentation énorme de l'urée. Mais je tenais à montrer que la distinction des phénomènes n'était pas suffisamment faite par M. de Dominicis. J'ai remarqué que lorsqu'on extirpe tout le pancréas sauf un petit fragment, n'ayant aucun rapport avec l'intestin, l'amaigrissement ne se produit que lentement, mais qu'il devient très rapide si on extirpe le fragment restant, de façon à occasionner le diabète sucré. J'établirai plus tard ces faits par les courbes comparatives de la perte de poids par jour, des animaux auxquels on n'extirpe le pancréas que partiellement, de façon à supprimer ses connexions avec l'intestin sans amener le diabète, et de ceux qui subirent l'extirpation totale et devinrent réellement diabétiques. Ce qui paraît ressortir des expériences faites jusqu'à présent, c'est que le pancréas est une glande double : 1° une glande digestive; 2° une glande vasculaire sanguine. La fonction nouvelle du pancréas qui est en rapport avec la glycogénie s'exerce par les connexions vasculaires de la glande et il n'y a pas à faire intervenir, pour l'expliquer, la fonction digestive de l'organe.

Les théories émises pour rendre compte du diabète pancréatique n'ont pas jusqu'ici grande valeur, parce qu'elles ne sont pas appuyées sur l'expérimentation. On peut néanmoins en émettre quand on se propose de les vérifier par l'expérience; mais il n'est point permis d'en avancer qui soient contraires aux faits. C'est pourquoi j'ai dit que M. de Dominicis avait eu le tort d'attribuer le diabète à la dénutrition résultant des troubles digestifs qui sont la suite de l'extirpation du pancréas et je n'ai rien à rétracter, puisque cet auteur rejette cette erreur, sous une autre forme, dans son récent article, quand il dit qu'il a des raisons de penser « que la cause du diabète doit être une espèce d'auto-intoxication, résultant des substances produites dans cette maladie par *les troubles de la digestion*, consécutifs à l'extirpation du pancréas. » Or il me paraît très bien démontré que le diabète ne se produit pas quand on supprime simplement le pancréas au point de vue digestif (ligature des canaux, injection de paraffine dans la glande, ou mieux encore ablation de la tête du pancréas seulement).

Quant à l'autre hypothèse : « un empoisonnement négatif par défaut de quelque chose dans le sang », c'est l'expression plus vague de l'hypothèse de M. le prof. Lépine, qui a dit qu'à l'état normal le pancréas sécrète un ferment destructeur du sucre, de telle sorte qu'après l'ablation de la glande le sucre peut s'accumuler dans l'organisme par défaut de destruction. Ce n'est pas la seule hypothèse plausible, ainsi que je chercherai à l'établir; mais, dans l'état actuel, ces différentes questions sont insolubles, faute d'expériences précises.

Enfin, pour ce qui est de la technique opératoire, M. de Dominicis extirpe purement et simplement le pancréas en un seul temps. C'est là une opération très difficile et je suis étonné qu'elle lui réussisse si souvent. Car j'ai remarqué, ainsi que bien d'autres, que lorsqu'on sépare exactement la tête du pancréas, de la concavité du duodénum, sans en laisser de fragments adhérents, on supprime la vascularisation de cet intestin, ce qui en cause la gangrène. J'ai fait connaître à la Société de Biologie un procédé qui permet d'éviter cette complication et qui ne me donne aujourd'hui que des succès. J'ai indiqué minutieusement dans mon mémoire tous les temps de l'opération, telle que je la pratique; car chaque expérimentateur doit fidèlement décrire les méthodes qu'il emploie.

E. HÉDON,

Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier.

TRAVAUX ORIGINAUX

Nouveau procédé de suture pour l'amputation de Schrœder, par le Dr JEANNEL, professeur à l'école de médecine de Toulouse.

J'ai pratiqué plusieurs fois l'amputation du col, d'après le procédé de Schrœder, pour le traitement de l'endométrite cervicale. J'en ai toujours obtenu les meilleurs résultats. Je crois donc que c'est là une excellente opération.

Or il y a toujours intérêt à simplifier les bonnes opérations; c'est pourquoi, instruit par l'expérience, je viens proposer une modification au procédé de suture des lèvres du col pour l'opération de Schrœder.

On sait que la suture des lèvres du col amputé doit aboutir, en repliant le lambeau cervical sur lui-même à affronter la muqueuse de la portion cervicale, excisée au niveau de l'orifice interne, avec la muqueuse de la portion vaginale transversalement incisée. Pour y parvenir, Schrœder passait un point de suture dont l'anse mordait d'une part sur la muqueuse cervicale et le tissu utérin qui la double et d'autre part sur le bord libre du lambeau. En nouant ce fil, on pliait le lambeau sur lui-même et l'on affrontait forcément les deux muqueuses à réunir.

Mais il faut bien convenir qu'il n'est pas aisé de passer une aiguille et un fil au fond de la plaie utérine à travers la lèvre incisée du canal cervical. Le tissu utérin, la muqueuse se déchirent; l'aiguille trop longue, trop droite, trop grosse, même lorsqu'on emploie celles que propose M. Pozzi, est difficilement piquée et passée en bonne place. La position des points, trois sur une lèvre, trois sur l'autre, exige beaucoup de soins et de temps pour être bien faite.

Ayant éprouvé ces difficultés, j'ai eu l'idée qu'il serait bien plus aisé, plus simple, plus rapide et tout aussi efficace de suturer les deux lèvres à la fois de la façon suivante.

Le col est amputé ou plutôt verticalement excisé à la façon ordinaire; il reste les deux lambeaux ayant un bord vaginal à arête vive et une base utérine; ou encore un bord libre bordé par la muqueuse de la portion vaginale et un bord adhérent avoisinant l'orifice interne.

Exactement au niveau de l'orifice interne à travers toute l'épaisseur de la base de l'un des lambeaux, traversez la portion vaginale avec une aiguille armée d'un fil solide (catgut ou crin de Florence) et sortez la pointe dans la plaie en piquant à bonne distance la muqueuse de l'orifice interne. Tirez l'aiguille, la base du lambeau est traversée par un fil.

Piquez alors l'aiguille suivant un plan vertical, sur la face cruente du lambeau, un demi-centimètre au-dessus du bord libre et sortez à travers la muqueuse sur la face vaginale également à un demi-centimètre ou un centimètre du bord libre de la plaie.

Le lambeau est ainsi traversé à sa base et traversé à son bord par une anse de fil dont la portion libre répond à la surface cruente, les deux chefs étant l'un à la base, l'autre au bord, du côté de la face muqueuse.

Fixez le chef de la base en le saisissant avec une pince à pression, de crainte qu'il n'échappe; puis, avec le même fil et la même aiguille, suivez exactement et symétriquement, mais en sens inverse, le même chemin sur l'autre lambeau; c'est-à-dire piquez sur la muqueuse de la portion vaginale près du bord libre, ressortez sur la face cruente, rentrez à la base en mordant dans l'orifice interne la muqueuse utérine, et ressortez à la base de la portion vaginale. Il en résulte ceci que les deux bords libres des lambeaux sont accrochés dans une anse de fil dont les deux chefs traversent la base des lambeaux au niveau de l'orifice interne. Tirez alors sur ces deux chefs jusqu'à redresser l'anse de fil, c'est-à-dire jusqu'à la supprimer. Nécessairement les lèvres de la plaie, les lèvres des bords libres accrochés, seront attirées vers la base du lambeau, qui se repliera sur lui-même, et la muqueuse vaginale sera affrontée avec la muqueuse cervicale.

D'ailleurs le maintien de cette position, de cette plicature, de cet affrontement sera assuré si, tendant toujours les deux chefs, vous venez les nouer l'un avec l'autre au-devant des lambeaux repliés.

Si vous placez ainsi trois points de suture, l'un médian mordant la muqueuse de l'orifice interne et deux latéraux purement musculaires, si vous assurez la réunion et l'hémostase des angles de la plaie par de simples points ordinaires, vous obtiendrez rapidement et sans peine un très bon affrontement et un col aussi présentable, peut-être même mieux ficelé, que par le procédé classique de suture de Schrœder.

J'en ai fait l'expérience et n'ai eu qu'à m'en louer. Le résultat immédiat est aussi bon que dans l'opération classique; le résultat définitif n'est pas moins parfait, le col reste bien replié; l'orifice bien perméable et bien fait de muqueuse.

Quant à la durée de l'opération, elle est considérablement abrégée.

Tumeur des os du bassin; opération césarienne; guérison, par le Dr de Swiecicki (Posen).

L'assertion de Carl Schrœder, à savoir que « les véritables tumeurs des os du bassin formant un obstacle à l'accouchement sont tellement rares qu'on trouve à peine quelques exemples de ce genre dans la littérature médicale », m'a conduit à publier le cas suivant que j'ai observé dans ma clientèle privée.

Le 3 novembre 1890, je fus appelé par le Dr Jarnatowski auprès d'une femme en couches, la nommée Marie Schwartz, âgée de 32 ans, qui a eu déjà, il y a 10 ans, un accouchement très difficile. Ces temps derniers, elle est devenue enceinte pour la seconde fois. Dès les premiers mois de sa grossesse, elle est allée consulter un médecin pour des douleurs intenses qu'elle éprouvait dans la région du sacrum. En touchant la malade, le médecin aurait constaté une rétroflexion de l'utérus gravide et, comme les essais pour déplacer l'organe ont échoué, il a engagé la malade à « rester couchée pendant plusieurs semaines sur le ventre ». La grossesse a repris son cours normal et est arrivée à terme vers le commencement de novembre. Les douleurs se sont alors manifestées d'une façon régulière, étaient fortes, disparaissaient et revenaient à des intervalles réguliers. Le Dr Jarnatowski, appelé auprès de la malade déjà très affaiblie par les douleurs, fut très étonné de ne pouvoir atteindre, par le toucher vaginal, le col de l'utérus; toutefois il a pu constater l'existence dans le bassin d'une tumeur dure et arrondie. A notre tour nous avons examiné la malade en pratiquant le toucher vaginal et rectal. Les résultats de cet examen furent les suivants : vagin court, large, lubréfié. Le doigt tombe sur une tumeur dure, arrondie, des dimensions d'une tête d'enfant, remplissant la plus grande partie du bassin. Immédiatement derrière la symphyse du pubis se trouvait le col fottement comprimé, les lèvres tuméfiées, les bords minces, tranchants. Les bords limitaient une poche excessivement tendue, donnant au toucher la sensation d'une anse intestinale fortement remplie. Avec beaucoup de peine je suis arrivé à insinuer mon doigt entre les lèvres du col et les membranes, et à sentir un petit segment de la tête de l'enfant qui ballottait facilement.

Examiné à travers les parois abdominales, l'utérus était nettement tendu en longueur et suivant un axe qui se dirigeait de haut en bas et de droite à gauche. Le toucher rectal, pratiqué la malade étant en position genu-pectorale, a démontré que la tumeur était située derrière le rectum, qu'elle était dure, immobile, et paraissait provenir principalement de la région de la symphyse sacro-iliaque droite. Par conséquent le diagnostic pouvait être formulé de la façon suivante : Tumeur des os du bassin développée principalememt dans la région de l'articulation sacro-iliaque droite et remplissant la plus grande partie du bassin. Il existait donc une impossibilité de déterminer l'accouchement par les voies naturelles et il ne restait dès lors qu'à faire l'opération césarienne pour laquelle l'indication était formelle dans le cas présent.

Comme les douleurs devenaient de plus en plus fortes et qu'on pouvait craindre une rupture de l'utérus, on a décidé d'utiliser pour l'opération la seconde pièce du logement de la malade et de la préparer immédiatement. M. le Dr Jarnatowsky administrait le chloroforme, le Dr Kapusciuski fut chargé de fixer les parois abdominales et l'utérus. L'incision de la paroi abdominale, faite sur la ligne médiane, commençait au milieu de l'espace compris entre l'ombilic et le creux épigastrique, et descendait jusqu'à 3 travers de doigt au dessus de la symphyse (l'ombilic a été contourné à gauche); le péritoine a été ouvert au milieu et fendu, entre deux doigts, en haut et en bas; finalement l'utérus gravide a été extrait, avec beaucoup de peine, de la cavité abdominale. Tandis que le Dr Kapusciuski tendait en arrière les parois abdominales et retenait les anses intestinales avec des serviettes préalablement bouillies, j'appliquai autour du col de l'utérus une ligature élastique sans trop la serrer, afin d'éviter la paralysie consécutive des muscles et des vaisseaux, c'est-à-dire l'atonie utérine qui était à craindre avec une constriction prolongée et par trop énergique. Ensuite, avec un bistouri convexe, j'ai incisé sur la ligne médiane, en partant du fond de l'utérus, la paroi antérieure de l'organe; l'incision entama le placenta qui était justement inséré sur cette paroi. Avec

beaucoup de précaution j'ai détaché latéralement, en me servant des doigts, le placenta, et extrait l'enfant. L'enfant et le placenta furent remis à une sage-femme qui coupa le cordon et arriva au bout de quelque temps à faire crier l'enfant déjà presque asphyxié. Malgré la plaie du placenta et la constriction assez lâche du col, l'hémorrhagie utérine fut relativement minime. L'utérus couvert de compresses chaudes s'est si bien contracté après l'extraction de l'enfant que ni mes assistants ni moi n'avons trouvé nécessaire de frotter ou de masser la matrice. Sans avoir nettoyé la cavité utérine avec une solution d'acide phénique à 5 0/0, ni saupoudré avec de l'iodoforme la face interne de l'organe, je me suis mis à suturer aussi exactement que possible la plaie utérine. Les sutures, faites avec de la soie de Turner bien bouillie, traversaient toute l'épaisseur de la paroi utérine ; la présence de la caduque ne me préoccupait pas. J'ai fait en tout 12 sutures profondes et 12 superficielles (mais non point séro-séreuses), à peu près à 1 cm. de distance l'une de l'autre ; les bouts furent liés. Les sutures faites, j'introduisis ma main dans le bassin et trouvai que la tumeur dure, immobile, de dimensions d'une tête d'enfant, provenait de l'articulation sacro-iliaque droite. Il ne pouvait certainement pas, à ce moment, être question d'ablation de la tumeur, bien qu'elle fût très accessible. Pour empêcher l'arrivée trop brusque du sang dans l'utérus, la ligature élastique fut détachée du col très lentement ; ni la plaie utérine ni les points de suture ne donnaient du sang. J'ai replacé l'utérus dans la cavité abdominale et refermé les parois abdominales « *lege artis* » par des sutures qui traversaient le péritoine. La plaie fut saupoudrée d'aristol, couverte d'une longue bandelette de gaze et par-dessus d'une couche d'ouate ; bandage compressif. L'opération a duré 30 minutes.

L'opération a été faite aseptiquement. Par principe je ne me suis pas servi d'éponges. Pour essuyer le sang, j'ai employé quatre tampons de gaze stérilisée. Pendant l'opération je procédais en ménageant les tissus et en évitant autant que possible toute irritation mécanique superflue. Les suites opératoires furent très satisfaisantes, l'écoulement de lochies normal ; seulement, quand, au 6e jour après l'opération, la température monta à 38°4, les sutures furent examinées et on en trouva deux, au niveau de l'angle inférieur de la plaie, qui suppuraient légèrement. La plaie fut nettoyée. Au 9e jour on enleva toutes les sutures de la paroi abdominale. Au 20e jour après l'opération, la malade a pu quitter le lit pour la première fois.

Il s'agissait très probablement dans ce cas d'un enchondrome du bassin. Ces tumeurs, qui se rencontrent souvent sur les parties osseuses, s'ossifient tardivement et d'une façon irrégulière ; or, dans notre cas, la tumeur s'est développée sur l'articulation sacro-iliaque droite. En plus, les enchondromes se développent lentement, mais d'une façon continue. Chez notre malade la tumeur existait déjà, moins volumineuse, il y a dix ans, fait qui est démontré par la marche difficile du premier accouchement et par l'aplatissement du crâne que présentait l'enfant. Au bout de dix ans la tumeur est devenue tellement volumineuse que l'indication de l'opération césarienne était formelle, absolue. La question de savoir si la tumeur (en supposant qu'il s'agit d'un enchondrome) était formée par le tissu cartilagineux proliféré, suivant la théorie de Virchow (1), ou si l'enchondrome provenait, d'après l'hypothèse de Wartmann (2), du tissu conjonctif dont les fibrilles ordinaires se sont transformées en tissu hyalin et les cellules conjonctives en cellules cartilagineuses, reste indéterminée.

Pour la mère, le pronostic dans les cas de tumeurs du bassin est défavorable et la mortalité, suivant Stadfeld (3), serait de 50 0/0 ; le pronostic n'est guère meilleur pour l'enfant, puisque dans ces cas on trouve 40 0/0 d'enfants mort-nés. Quant à l'opération césarienne, elle donnerait dans ces cas une mortalité qui, d'après la statistique de Stadfeld, s'élèverait à 62 0/0. Cette statistique date de 1879, époque à partir de laquelle le pronostic dans les cas d'opération césarienne s'est notablement amélioré (1). Ces temps derniers, l'opération césarienne pour tumeurs du bassin a été pratiquée trois fois, sans compter notre observation. Dans un cas il s'agissait d'une tumeur du bassin développée au niveau du sacrum ; l'opération faite par Kelly (2) a permis de sauver la mère et l'enfant. Dans le second cas opéré avec succès par v. d. Meij (3), la tumeur siégeait sur la face interne de la symphyse ; enfin dans le troisième cas opéré avec succès par O. Christie de Bergen (4), on avait affaire à un ostéo-sarcome développé au niveau de l'articulation sacro-iliaque gauche.

A côté des trois cas que nous venons de rapporter et du mien, ce qui forme en tout quatre, on connaît des cas de rétrécissement du bassin occasionné par des enchondromes kystiques [(Zweifel (5) Bostroem)]. Si l'on se rapportait à la monographie excellente de Schauta sur les anomalies du bassin (6), il faudrait faire rentrer dans la même catégorie les cas de Behm (opération césarienne, mort), Kibin (opération césarienne, mort), Leidig (opération césarienne, mort), Mestenhauser (opération césarienne pratiquée deux fois sur la même personne avec succès pour la mère et l'enfant), Stadfeld (mort au 5e mois de la grossesse), Mernethy (extirpation avec succès, pendant l'accouchement, d'un enchondrome développé sur la paroi postéro-latérale du bassin) et Shekelton (mort par rupture de l'utérus avec perforation). On arrive donc ainsi à réunir en tout 12 cas d'enchondrome du bassin ayant formé un obstacle à l'accouchement et nécessité l'opération césarienne. Dans cinq cas seulement l'opération a permis de conserver la vie à la mère et à l'enfant ; ces cas sont ceux de Kelly, v. d. Meij, O. Christie, Mestenhauser et le mien.

(1) *Charité Annalen*, 1880. V.
(2) Recherches sur l'enchondrome, son histoire et sa genèse. Dissert. Strasbourg, 1880.
(3) Die Geburt bei Geschwülsten des Beckens. *Festschrift dänisch.* Kopenhagen, 1879, et *Centralbl. f. Gynaekol.*, 1880, p. 517.

(1) *Jahresber. für Geburtshilfe u. Gynaekol.*, 1889, p. 294, 295.
(2) *Journ. of Obstetr.*, March 1890.
(3) *Nederl. Tijds der voor Verloskunde en Gyn.*, I, 1.
(4) *Medizin. Revue*. Bergen, janv. 1889.
(5) *Arch. f. Gynaek.*, Bd. XVII, p. 366.
(6) *Müller's Geburtshilfe*. Bd. II, p. 383 et 384. Stuttgart, 1889.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

De la migraine ophthalmique hystérique, par BABINSKI (*Archives de Neurologie*, novembre 1890, n° 60, p. 305). — L'auteur expose en premier lieu les conditions que doit remplir à son avis un syndrôme quel qu'il soit pour qu'on puisse établir certainement que ce syndrôme dépend de l'hystérie. Il faut à cet égard que ce syndrôme ait quelques-uns des attributs de l'hystérie, par son apparence, son évolution, son étiologie, l'influence exercée par le traitement, les renseignements fournis enfin par l'expérimentation sur les hypnotiques. La suggestion ne serait, en effet, susceptible de reproduire parfaitement que les manifestations hystériques. Il se base alors sur ces données, pour démontrer que les 4 observations de migraine ophthalmique qu'il a rencontrées peuvent être légitimement rapportées à l'hystérie.

Rétrécissement mitral et hystérie chez l'homme, par GIRAUDEAU (*Arch. génér. médec.*, novembre 1890, p. 538). — Quatre observations de rétrécissement mitral chez l'homme, accompagné d'accidents hystériformes : les faits de ce genre ne sont pas rares, et cette coïncidence ne semble pas être inconnue ; d'ailleurs, étant donnée la fréquence des troubles névropathiques chez la femme atteinte de rétrécissement mitral, il n'y a rien d'étonnant à ce qu'ils se présentent aussi chez l'homme chez lequel l'hystérie est si fréquente.

Un cas de myxœdème, par Pullilianitch (*Meditsinskoé Obozrienié*, 1890, t. XXXIV, n° 18, p. 494). — Cas de myxœdème tout à fait type (bouffissure et œdème dur de la face, sensation de froid même en été, parole embarrassée, comme empâtée, apathie, impossibilité de sentir le corps thyroïde, etc.), survenu chez une femme de 36 ans à la suite d'un chagrin violent.

Un cas de méningite cérébro-spinale traité par l'iodol, par V.-J. Soubbotine (*ibid.*, p. 495). — L'auteur rapporte l'histoire d'un jeune homme de 18 ans atteint de méningite cérébro-spinale et guéri à la suite d'un traitement par l'iodol (à 0 gr. 30 toutes les 3-4 heures) continué pendant une dizaine de jours.

MÉDECINE

Pronostic de la cirrhose hépatique, par G.-A. Schapiro (*Vratch*, 1890, nos 45 et 46, p. 1016). — Après avoir fait l'historique de la question et résumé les travaux démontrant la multiplicité et l'importance des fonctions du foie pour l'organisme animal, l'auteur rapporte l'histoire détaillée d'un cas de cirrhose hépatique datant de 5 ans et considérablement amélioré. Il insiste sur ce fait que par notre thérapeutique nous devons tâcher d'obtenir les deux résultats suivants : d'une part, contribuer au meilleur fonctionnement des parties du foie non encore affectées (régime, surtout régime lacté ; calomel et peut-être aussi iodure de potassium) et, d'autre part, activer le développement de la circulation collatérale (bains chauds, compresses chaudes sur l'abdomen et même cataplasmes, massage).

Anémie pernicieuse par le bothriocephalus latus, par N. Ketcher (*Bolnitchnaïa Gazetta Botkina*, 1890, n° 43, p. 1019). — L'auteur rapporte une observation positive probante sur ce point souvent contesté. Il s'agit d'une femme de 47 ans entrée à l'hôpital avec des symptômes types d'anémie pernicieuse (fièvre, augmentation des globules blancs, poïkilocytose, macro et microcytose, oligochromémie, coloration ictérique de la peau, moelle osseuse rouge lymphoïde, tissu graisseux sous-cutané conservé). Dans les matières fécales, il y avait des œufs de bothriocéphale en grand nombre. Le traitement vermifuge améliore l'état général. C'est surtout sur le sang que ce traitement exerce une influence favorable : le nombre des globules rouges est triplé en peu de temps (de 393,600 jusqu'à 1,156,800 pour 1 cc.). Mais malgré cette amélioration temporaire la malade continua à péricliter et la mort survint 40 jours après son entrée.

Action du tabac sur les fonctions de l'estomac et l'acidité de l'urine, par N.-S. Idan-Pouchkine (*Vratch*, 1890, n° 48, p. 1091). — L'auteur a fait des observations sur 7 fumeurs bien portants sous tous les rapports. L'observation se divise en deux périodes : une de 3 jours pendant laquelle les sujets ne fumaient pas et l'autre pendant laquelle ils continuaient à fumer comme d'habitude. Il examina la quantité du suc gastrique, son acidité, sa richesse en acide chlorhydrique (au moyen des méthodes ordinaires : tropéoline, violet de méthyle, papier de Congo et réactif de Günzburg), la quantité des peptones, du ferment de la présure, les propriétés digestives du suc gastrique, l'absorption de l'estomac (capsule gélatinée d'iodure de potassium) et la force motrice de l'estomac (procédé d'Ewald par le salol) ; enfin l'acidité de l'urine. Il a constaté que le tabac, tout en augmentant la sécrétion du suc gastrique, diminue en même temps son acidité, et parallèlement la quantité de l'acide chlorhydrique, ses propriétés digestives et la quantité de ferment de la présure s'abaissent. Ces modifications du suc gastrique persistent encore le lendemain après la suppression du tabac. Au contraire, l'absorption de l'estomac et sa motilité sont un peu activées par le tabac. Quant à l'acidité de l'urine, le tabac n'exerce sur elle aucune influence.

Microbes de l'infection palustre aiguë et chronique chez les oiseaux et l'homme, par V.-J. Danilewsky (*Vratch*, 1890, n° 47, p. 1063). — Il y a déjà plusieurs années, l'auteur émettait l'hypothèse que les microbes que l'on rencontre dans l'infection mélanique chronique des oiseaux sont identiques à celui de l'homme. Cette opinion est corroborée par ses nouvelles recherches démontrant qu'on peut provoquer chez les oiseaux une forme aiguë de l'infection palustre dont la marche se rapproche beaucoup de celle de l'homme (fièvre, anorexie, parfois convulsions, etc. ; durée 4 à 6 jours ; ordinairement rétablissement complet, mais aussi quelques cas d'issue fatale). L'organisme trouvé dans le sang rappelle par sa forme et son développement la plasmodie sanguine de l'homme. Les différences remarquées entre ces deux protozoaires s'expliquent aisément par la constitution différente du sang de l'homme et des oiseaux qui ne peut manquer d'imprimer son cachet sur le caractère du parasite. Pour plus de sûreté il faudrait encore entreprendre des inoculations du parasite des oiseaux à celui de l'homme et réciproquement : mais jusqu'à présent l'auteur n'a pas encore eu l'occasion de faire cette contre-épreuve décisive. Mais il continue ses recherches.

CHIRURGIE

Ostéomyélite et pyohémie, par L. Alexandroff (*Bolnitchnaïa Gazetta Botkina*, 1890, nos 40-42, p. 347). — L'auteur a observé un garçon de 10 ans chez qui, à la suite d'une contusion, se développa une ostéomyélite aiguë de l'extrémité supérieure du tibia. Ce foyer osseux fut trépané, mais l'état général était déjà trop compromis et la mort survint le lendemain. A l'autopsie on trouva des foyers hémorrhagiques et purulents dans le poumon, une périchondrite suppurée. Ces foyers ne semblent pas plus récents que celui du tibia et l'auteur, les croyant contemporains, admet une véritable pyohémie primitive. L'intérêt de cette distinction est d'ailleurs médiocre, car en tout cas c'est sans doute par la voie sanguine, après avoir pénétré par une porte inconnue, que les microbes ont été charriés jusqu'au foyer tibial, si c'est là qu'ils ont été primitivement localisés par la contusion.

Polype de l'orifice supérieur de l'œsophage, par J.J. Schendrikowsky (*Meditsinskoé Obozrienié*, t. XXXIV, 1890, n° 19, p. 615). — Jeune homme de 19 ans présentant un polype fibreux du volume d'un œuf de pigeon au niveau de la base de l'épiglotte, sur la partie gauche du pharynx, juste au commencement de l'œsophage ; la tumeur occupe l'orifice supérieur de l'œsophage et comprime la paroi postérieure gauche du larynx, d'où des accès de suffocation. Un peu au-dessus de cette tumeur principale on remarque au laryncoscope une petite tumeur (du volume d'un pois), reliée à la première par ses vaisseaux. Traitement : trachéotomie préalable et ablation de la tumeur principale par l'écraseur de Sacré. Suites opératoires les plus simples : guérison complète après 1 mois ; en même temps disparition de la petite tumeur laissée dans l'œsophage. Examen microscopique : polype fibreux.

Aiguille à tricoter retirée de l'estomac, par N. E. Kouckeff (*Meditsinskoé Obozriénié*, 1890, t. XXXIV, n° 19, p. 618). — Paysan de 20 ans ayant avalé une aiguille à tricoter : vomissements, puis douleurs intenses à la région stomacale s'exaspérant au moindre mouvement ; abcès de la grosseur de la paume de la main situé dans le tissu sous-cutané au-dessus de l'ombilic. On incise l'abcès : il sort du pus, mais on n'y trouve pas l'aiguille. Après quelques jours, laparotomie : l'aiguille (longue de 18 cm. et de 2 mm. de diamètre) occupe le diamètre antéro-postérieur de l'estomac et touche par un bout la paroi antérieure de l'estomac et par l'autre sa paroi postérieure. Guérison complète.

Cholécystotomie pour une dilatation énorme de la vésicule biliaire. Guérison, par N. A. Polakoff (*Meditsinskoé Obozrienié*, t. XXXIV, 1890, n° 20, p. 679). — Garçon de 11 ans présentant une tumeur prenant naissance à la partie supérieure droite de l'abdomen, ayant repoussé les intestins à gauche et en bas et provoquant des accès intenses de suffocation. Le développement de cette tumeur fut très rapide (en 6 mois). Pas de troubles du côté de la miction, ni douleur à la pression ; pas d'ictère et coloration normale des masses fécales. Diagnostic : kyste de la vésicule biliaire. Cholécystotomie : issue d'un liquide jaune verdâtre, épais, huileux, contenant des flocons blanchâtres. Drainage. Guérison après un mois. Ce qui rend cette observation intéressante, c'est le volume du kyste de la vésicule biliaire ; il contenait 4 litres 1/2 de liquide.

Gangrène symétrique des jambes, par T. R. Grubert (*Vratch*, 1890, n° 43, p. 976). — Homme de 23 ans atteint de typhus exanthémique, chez lequel on constata des douleurs à la jambe gauche dès le deuxième jour après son entrée à l'hôpital (huitième jour de la maladie); la jambe droite ne s'est prise que plus tard. Marche de la maladie : syncope locale d'abord, puis asphyxie locale et enfin gangrène sèche (momification). Amputation des deux jambes; guérison. Le cas est surtout remarquable en ce que la gangrène ne s'est pas arrêtée aux orteils (comme c'est le cas ordinaire), mais est montée des deux côtés jusqu'aux jambes (ce qui est assez rare).

THÉRAPEUTIQUE

De l'action de quelques nervins sur la circulation cérébrale, par A.-E. Chtcherbak (*Vratch*, 1890, n° 44, p. 991). — Les expériences entreprises sur des chiens ont eu pour but d'étudier les modifications que présente la circulation cérébrale sous l'influence de la morphine, du chloral, du bromure de potassium et du bromure de sodium et de s'assurer si elles sont dues au changement de calibre des vaisseaux cérébraux eux-mêmes ou à la quantité variable de sang envoyée par le cœur dans les artères du cerveau. Pour mesurer la vitesse du courant sanguin dans le cerveau, l'auteur s'est servi du photohémotachomètre du professeur Tsiboulsky.

Voici les résultats obtenus :

I. *Morphine.* — Introduite à la dose de 0 gr. 010, 0 gr. 012 pour 1 kg. d'animal, la morphine augmente d'abord la vitesse du courant sanguin du cerveau, pour le ralentir ensuite pendant toute la durée du sommeil. L'accélération du courant sanguin est exclusivement due à l'influence du médicament sur le pneumogastrique et, par suite, augmentation de l'énergie cardiaque (absence de la première période après la section du pneumogastrique), tandis que la deuxième période (ralentissement) dépend, d'une part, de l'affaiblissement de l'énergie cardiaque et, d'autre part, du rétrécissement des artères cérébrales.

II. *Chloral.* — A la dose de 0 gr. 14, 0 gr. 4 pour 1 kg. d'animal (injection intra-veineuse) ou de 0 gr. 2 (administration par la bouche), le chloral diminue d'abord la vitesse du courant sanguin (pendant une minute et demie) pour l'augmenter ensuite assez notablement; enfin (après une ou deux heures), survient un nouveau ralentissement. Dans toutes ces trois périodes, les vaisseaux encéphaliques sont dilatés. Les modifications de la vitesse dépendent exclusivement de l'énergie cardiaque : affaiblie dans la première période, elle se relève dans la deuxième pour s'abaisser de nouveau dans la troisième période. La section du pneumogastrique ne change en rien la succession et les caractères de ces trois périodes. L'écoulement du sang veineux dans la deuxième période n'allant pas de pair avec l'hyperhémie cérébrale, il en résulte un certain degré de stase sanguine.

III. *Bromure de potassium.* — A la dose de 0 gr. 1 (dans les veines) ou de 0 gr. 6 (dans l'estomac) pour 1 kg. d'animal, le bromure de potassium provoque d'abord (pendant 20 à 30 minutes) l'accélération du courant sanguin, suivie ensuite de son ralentissement très prononcé (durée : 2 à 3 heures). Ces périodes restent telles quelles après la curarisation et la section des pneumogastriques. Donc, les différences dans la vitesse dépendent exclusivement des modifications dans l'activité cardiaque et nullement du calibre des vaisseaux cérébraux. Variations parallèles dans l'écoulement du sang veineux.

IV. *Bromure de sodium.* — Suivant qu'il est introduit dans les veines ou dans l'estomac, son influence sur la vitesse du courant sanguin est diamétralement opposée : accélération dans le premier cas (suivie seulement à la longue de ralentissement) et ralentissement dès l'abord dans le deuxième. La pression sanguine restant la même dans les deux cas, il faut admettre que les variations contraires dans la vitesse n'ont rien à faire avec des modifications dans le système circulatoire, mais dépendent tout entières des modifications dans les propriétés physiques du sang : le bromure de sodium injecté dans les veines attire avidement l'eau des tissus, d'où dilution du sang, diminution du frottement et accélération de la circulation; au contraire, introduit dans l'estomac, il a pour conséquence l'épaississement du sang, donc augmentation du frottement et ralentissement. La plausibilité de cette explication est démontrée par ce fait que le chlorure de sodium, qui jouit à peu près des mêmes propriétés physiques que le bromure, exerce absolument la même influence sur la vitesse de la circulation : accélération quand il est injecté dans la veine et ralentissement quand on l'introduit dans l'estomac.

BIBLIOGRAPHIE

Précis d'hygiène appliquée, par M. le Dr E. Richard, médecin principal de l'armée. — Paris, O. Doin, 1891.

Tant de personnes aujourd'hui parlent d'hygiène et si peu l'appliquent autrement qu'à la manière dont M. Jourdain faisait de la prose, qu'un livre portant le titre qui précède ne peut être que le bien-venu. L'on pourrait même s'étonner que de tels ouvrages soient aussi rares, si l'on ne savait combien ils sont difficiles à écrire et surtout à composer; car il y faut éviter le double écueil de la banalité et de l'insuffisance.

Les exposés dogmatiques, les discussions doctrinales, c'est aux traités proprement dits qu'il faut les demander; on y apprend l'hygiène, on s'y imprègne de ses tendances et l'on sait alors se tracer une ligne de conduite pour les multiples applications qu'elle emprunte aux diverses sciences. La littérature médicale française possède heureusement de remarquables ouvrages de ce genre, qui peuvent entrer victorieusement en comparaison avec leurs similaires de l'étranger. Nous n'oserions en dire autant de la plupart des ouvrages plus élémentaires, et en particulier de ceux qui traitent des applications de l'hygiène. C'est pourquoi la tentative de M. Richard comble une lacune dont il était grand temps de ne pas nous laisser en quelque sorte le monopole.

Il n'y a que bien peu d'années, il est vrai, que l'hygiène préoccupe en France l'opinion publique et qu'elle a cessé d'être l'objet des méditations et, disons-le franchement, des découvertes de quelques rares savants, ingénieurs et architectes, médecins, administrateurs. Les discussions des Sociétés et des Congrès ont peu à peu vaincu l'indifférence des pouvoirs publics et diverses manifestations, telles que des Expositions spéciales, ont donné à ce mouvement un essor qui ne paraît pas près de se ralentir.

Le seul danger peut-être qu'on puisse redouter, c'est que ce mouvement n'éprouve dans sa marche des hésitations et même qu'il ne suive quelquefois des directions hasardées, en raison de l'esprit de système dont pourraient s'inspirer quelques-uns et de l'absence d'éducation spéciale de la plupart de ceux qui sont obligés ou se croient obligés de s'en occuper. Car, ainsi qu'il arrive trop souvent, on met volontiers, en hygiène comme pour autre chose, la charrue devant les bœufs. Il est incontestable que les développements que l'hygiène a pris dans ces derniers temps dans notre pays n'ont pas été précédés — ils ne sont pas même encore suivis — de semblables efforts en faveur de la généralisation de l'enseignement et de l'éducation hygiéniques; l'un et l'autre sont restés limités à un trop petit nombre de personnes.

Tous ceux qui parcourront l'ouvrage de M. Richard pour y trouver les notions pratiques dont ils ont besoin s'étonneront de la manière élégante, complète et facile, dont les problèmes de l'hygiène peuvent être résolus aujourd'hui. Comme l'Exposition dite de la caserne Lobau et certaines parties spéciales de l'Exposition de l'an dernier, il sera une révélation pour la plupart des techniciens qui, ignorants des progrès de l'industrie sanitaire, s'ingénient à trouver des solutions souvent inconsidérées pour les problèmes les plus simples. La voie tracée par les Anglais a été depuis quelques années suivie par nos constructeurs avec l'ingéniosité et la perfection de métier qu'on connaît à nos artisans, si bien qu'il n'est pas aujourd'hui d'appareils sanitaires répondant à un besoin déterminé dont on ne puisse trouver en France le meilleur exemple, la disposition la plus favorable. C'est là un immense progrès qui permet d'espérer que dans un avenir assez prochain les installations et les travaux de salubrité pourront être plus fréquents. Il appartient aux hygiénistes, et tout particulièrement aux médecins, de le comprendre et, en se préoccupant moins des doctrines et des théories, d'entrer plus résolument dans la voie pratique pour laquelle l'industrie a fait tant d'efforts si heureux.

Tel est assurément le but qu'a poursuivi M. Richard ; il en est bien peu parmi nous qui fussent mieux qualifiés que lui pour entreprendre une semblable tâche ; passionné pour les études d'hygiène, il n'a cessé, dans ses divers postes, dans les comités, dans son enseignement, de témoigner brillamment d'une grande sagacité et d'une grande hardiesse de jugement, ainsi que d'une érudition très étendue. Ce sont ces diverses qualités que l'on retrouve dans son excellent livre.

Divisé en six parties, il traite successivement de l'éloignement et de la destruction des matières usées, de la propreté corporelle et de la désinfection, de la propreté de l'air, du chauffage et de la ventilation, de la construction et de l'aménagement des hôpitaux, et de la préservation des matières alimentaires. Une telle répartition des matières de l'hygiène surprendrait au premier abord dans un livre didactique et l'on pourrait se demander si la dernière partie, par exemple, ne pourrait pas précéder les autres, surtout celles qui en sont plutôt les conséquences; mais ici, dans une série successive de descriptions, il importe peu. Il suffit de constater que ces descriptions sont complètes, très au courant des progrès de la science et de l'industrie et qu'elles ont pour lien commun, comme idée directrice, une notion très nette, très précise et absolument justifiée des réelles conditions de l'hygiène. Ce livre marque une époque ; il servira de guide aux générations qui, plus heureuses que leurs aînées, pourront vraiment dégager les applications de l'hygiène des indécisions et des errements qui témoignent d'une éducation jusqu'ici trop superficielle. Nous comptons que de rapides éditions permettront de le tenir constamment au courant des progrès qu'il aura pour une bonne part concouru à développer et à divulguer.

A.-J. MARTIN.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Thèses des Facultés

PARIS

SUR LA RIGIDITÉ DU COL DE L'UTÉRUS PENDANT LE TRAVAIL DE L'ACCOUCHEMENT, par J.-L. TOLEDO (24 décembre 1890).

Elève de Pinard et de Champetier de Ribes, l'auteur étudie avant tout la rigidité physiologique et il conclut que la plupart du temps la dilatation ne s'est pas effectuée non pas parce que le col n'était pas dilatable, mais parce qu'il n'était pas dilaté. Il conseille les injections d'eau très chaude et la patience, au besoin, le ballon dilatateur de Champetier de Ribes. Quelquefois la rigidité est spasmodique, cas auquel il faut employer les calmants (chloroforme, chloral, opium). C'est fréquent quand on abuse de l'ergot de seigle. La rigidité pathologique, mieux connue (cicatrices, formations kystiques, syphilis), est brièvement étudiée.

ETUDE SUR LES RUPTURES INTRA-PÉRITONÉALES DES KYSTES HYDATIQUES DU FOIE (ÉPANCHEMENTS DE LIQUIDE HYDATIQUE ET DE BILE DANS LE PÉRITOINE, par MAUNY (7 janvier 1891).

Les ruptures intra-péritonéales des kystes du foie ne s'accompagnent le plus souvent que d'accidents légers, à moins que le liquide épanché ne soit infecté. Le mélange de bile au liquide hydatique ne constitue pas une gravité mortelle, comme on l'admettait jusque dans ces derniers temps. La bile, non diluée par un liquide quelconque, déversée dans le péritoine à la suite de rupture des voies biliaires, ne détermine elle-même aucun accident fâcheux, si elle est aseptique. Le liquide épanché dans le péritoine pouvant devenir septique dans la suite, par communication avec les voies biliaires, il faudra intervenir. La laparotomie est la seule méthode de choix, avec toilette, drainage de la cavité péritonéale et asepsie rigoureuse pendant toute la durée du traitement.

HUILE DE CHAULMOOGRA ET ACIDE GYNOCARDIQUE, ÉTUDE CHIMIQUE ET THÉRAPEUTIQUE, LEUR EMPLOI DANS LE TRAITEMENT DE LA LÈPRE, par L. ROUX (12 décembre 1890).

L'huile de chaulmoogra semble le meilleur médicament que l'on puisse employer contre la lèpre, mais son administration présente de sérieuses difficultés. L'acide gynocardique paraît jouir des mêmes propriétés que l'huile de chaulmoogra d'où il est retiré.

L'acide gynocardique à la dose de 3 grammes représente 3 fois le maximum d'huile toléré par les malades. Très facilement toléré par l'économie, il paraît même exciter l'appétit et favoriser la nutrition. La dose primitive ne doit pas être supérieure à 50 centigrammes. Son usage longtemps prolongé ne présente aucun inconvénient. Il peut remplacer l'huile de chaulmoogra dans le traitement de la lèpre.

L'huile de chaulmoogra et l'acide gynocardique modèrent la marche envahissante de la lèpre, font disparaître certains symptômes avec une rapidité remarquable, mais ne guérissent pas le malade qui reste lépreux, comme le syphilitique reste syphilitique toute sa vie.

LYON

LA CATARACTE CHEZ LES JEUNES SUJETS, par DOLARD.

Les cataractes des jeunes sujets s'observent fréquemment. C'est la forme molle que l'on a le plus souvent l'occasion d'étudier chez les enfants et les adolescents. Au contraire, parmi les cataractes congénitales, la cataracte zonulaire est sans contredit la plus fréquente.

Il est de la plus haute importance, lorsqu'on se trouve en présence d'un malade que l'on soupçonne atteint de cataracte, de faire le diagnostic précis de la nature, de l'étendue, du siège exact de la lésion, afin de n'intervenir qu'à bon escient et par le procédé opératoire le plus favorable à chaque cas.

Lorsqu'on a affaire à une cataracte congénitale, il faut intervenir de bonne heure, le plus tôt possible, afin d'éviter à l'enfant tous les inconvénients d'une mauvaise éducation optique (myopie, strabisme, mystagmus).

Chez les tout jeunes enfants, il faut faire l'extraction après une chloroformisation complète; n'appliquer comme pansement qu'un simple bandage; confier le jeune opéré aux soins de sa mère ou d'une personne qui lui est familière, dans le repos et le calme le plus complets. Chez les enfants un peu plus âgés, le pansement après l'opération ne diffère en rien de celui que l'on fait chez l'adulte.

On fera généralement une pupille optique dans les cas de cataracte zonulaire. Si l'on était obligé de pratiquer l'extraction complète, il faudrait se souvenir qu'on a fréquemment affaire alors à de gros noyaux, et que l'incision cornéenne doit être en rapport avec le volume présumé du cristallin opacifié.

La kérato-kystitomie supérieure est le procédé de choix pour l'extraction des cataractes molles des jeunes sujets. Si la brèche faite à la capsule par la pointe du couteau lancéolaire n'est pas suffisante, on a toujours le temps de l'élargir avec le kystitome.

En général, chez les sujets opérés de bonne heure après l'apparition de la cataracte, les résultats optiques sont infiniment supérieurs à ceux obtenus chez les malades depuis longtemps atteints d'opacité cristallinienne : on peut s'en assurer en parcourant les observations que nous avons rapportées et où nous avons soigneusement noté l'âge des malades et l'acuité visuelle prise 15 jours, 1 mois, 1 an, 2 ans, 3 ans, etc., après l'opération, suivant les cas.

VARIÉTÉS

Nécrologie. — Le Dr Jules Baillarger.

La psychiatrie française vient de perdre un de ses plus illustres représentants, l'Académie de médecine un de ses membres les plus distingués, son doyen par l'âge et par la date de sa nomination : M. le Dr Jules Baillarger est mort, âgé de 82 ans, laissant un nom honoré dans la science qu'il a enrichie de ses découvertes, et estimé de tous ceux qui l'ont connu, pour l'honorabilité de sa vie, l'élévation de son caractère et son amour du bien.

Notre cher et honoré maître, médecin honoraire de la Salpêtrière, était un des rares survivants des nombreux élèves d'Esquirol. C'est à l'école de ce clinicien incomparable, alors médecin en chef de la maison de Charenton, qu'il trouva sa véritable vocation ; il apprit non seulement à observer l'aliéné, mais à l'aimer, à s'intéresser à lui, à rechercher ce qui peut améliorer son sort si misérable, à le guérir, et, une fois guéri, à lui épargner des rechutes souvent inévitables par suite des soucis de l'existence. M. Baillarger a conservé toute sa vie la forte empreinte de l'enseignement de son premier maître; il lui en garda toujours une profonde reconnaissance, et dans une occasion solennelle — à l'inauguration de la statue d'Esquirol — il a exprimé avec une éloquence émue ses sentiments pour celui qui avait guidé ses premiers pas dans la science. Fait curieux, les traits principaux du portrait qu'il a tracé de son maître, sont aussi ceux qui le caractérisent lui-même. Comme Esquirol, M. Baillarger « ne portait dans ses études d'autre passion que » celle de la vérité, et sa vie tout entière a été consacrée à » l'observation ». C'est cette observation constante, mais aussi

d'une rare sagacité, qui lui a permis de faire ses nombreuses découvertes en médecine mentale. Est-il nécessaire de les rappeler toutes ? Il n'est pas un médecin qui ne connaisse la *mélancolie avec stupeur* et la *folie à double forme*, qu'il a si nettement distinguées des autres types de folie, et dont il a donné une description magistrale; aliénistes et psychologues ont largement puisé dans ses mémoires sur les suggestifs, sur les *hallucinations*, ce symptôme morbide si important que, le premier, Esquirol a si nettement distingué des *illusions*. Il est impossible d'étudier la *paralysie générale* sans trouver à chaque page des indications de ces travaux; que de faits il a élucidés, que de signes il a découverts, que d'idées il a semées, qui, tous, nous permettent de de nous rendre un compte plus exact de cette terrible maladie qui fait aujourd'hui de si nombreuses victimes! A ses recherches sur l'hérédité de la folie, sur le crétinisme, sur tant d'autres points encore de la médecine mentale, quel est le médecin aliéniste qui ne les ait lues et relues, qui n'ait été frappé de cette rigueur et de cette exactitude dans l'observation, de la clarté d'exposition si lumineuse et si simple! Et cependant il s'agit là de sujets très complexes, prêtant aisément aux généralités, au vague dans l'expression, aux subtilités métaphysiques. L'esprit net et précis de M. Baillarger était fait pour porter la lumière sur ces questions si délicates; et c'est là la caractéristique de son talent, auquel s'applique si justement cette pensée de Sophie Germain: « La grande supériorité n'est que le moyen de considérer les » choses difficiles sous un point de vue où elles deviennent » faciles, où l'esprit les embrasse et les suit sans efforts ».

M. Baillarger a beaucoup écrit, et ses œuvres, qu'il a récemment recueillies et publiées, sur l'instance de ses amis et de ses élèves, forment deux volumes compacts dont nous rendrons compte prochainement. Mais, comme Esquirol, il « n'a pas seulement beaucoup écrit : il a été un praticien » d'une grande habileté et d'une remarquable sûreté de juge» ment. Personne mieux que lui ne savait prendre sur les ma» lades une influence rapide et sûre; personne n'avait au » plus haut degré le talent de s'emparer de leur confiance. »

Chez lui le cœur était à la hauteur de l'intelligence: il aimait à faire le bien. Que d'infortunes il a soulagées! que de faits nous pourrions citer et qui sont arrivés à notre connaissance par des voies indirectes; car jamais, quelque intime qu'on fût avec lui, il ne nous mettait dans l'intimité de ses bienfaits.

Il avait au plus haut point le sentiment de la solidarité professionnelle; il considérait comme un devoir de la famille médicale de venir au secours d'un de ses membres dans la détresse. S'inspirant de cette idée généreuse, il fonda l'Association mutuelle des médecins aliénistes de France. Grâce à son activité infatigable pour le bien, grâce aussi à son nom, justement aimé et vénéré, il sut grouper autour de lui tous ses collègues des asiles d'aliénés; et depuis un quart de siècle que cette Association est fondée, elle a marqué chaque année de son existence par de nombreux bienfaits.

A l'exemple de son illustre maître, M. Baillarger aimait à s'entourer d'élèves. S'il a contribué aux progrès de la science par ses travaux et par son enseignement à la Salpêtrière, il savait aussi entretenir parmi ses disciples une activité féconde. « Il leur indiquait des sujets de recherches, les aidait » de ses conseils, les soutenait contre les difficultés. » Jusque dans les dernières années de sa vie, il appelait à lui les jeunes, leur communiquant son amour pour la science, pour l'observation clinique, pour les recherches désintéressées. Contrairement à ce qui se passe d'habitude, il ne regardait guère en arrière; beaucoup a déjà été fait, disait-il, mais beaucoup reste à faire. Dans son ardent amour du progrès, il nous faisait entrevoir ce que l'avenir promet pour l'amélioration de l'assistance des aliénés, pour la thérapeutique des maladies mentales, etc.; sa conversation ne tarissait pas sur de tels sujets.

M. Baillarger était un vieillard fin et spirituel, ayant conservé tout l'enthousiasme de la jeunesse pour les problèmes scientifiques et professionnels; son enthousiasme était communicatif et il n'est personne qui ne se sentît plus d'ardeur pour le travail après l'avoir entendu. Il conserva cette activité intellectuelle et même sa mémoire jusqu'au dernier jour de sa longue et heureuse existence. Tous ceux qui l'entouraient, l'estimaient et l'aimaient; sa nombreuse famille, ses amis, ses disciples, en voyant son intelligence toujours en éveil, si vive et si pénétrante, lui promettaient encore de longs jours, lorsque le 31 décembre 1890, au soir, après une indisposition qui semblait guérie, il s'éteignit sans agonie. Cette fin que rien n'a troublée a été vraiment, comme dit le poète, le soir d'un beau jour.

ANT. RITTI.

Les obsèques de M. Baillarger ont eu lieu le dimanche 4 janvier 1891, au milieu d'une affluence considérable de médecins. L'Académie de médecine était officiellement représentée par M. Tarnier, son président, par son secrétaire perpétuel, M. Bergeron, et par son secrétaire annuel, M. Féréol, et par tous les membres de la section d'anatomie et de physiologie dont M. Baillarger faisait partie. Sur sa tombe, trois discours ont été prononcés : par M. François-Franck, au nom de l'Académie de médecine; par M. Blanche, vice-président de l'Association mutuelle des médecins aliénistes, au nom de cette Association; et par M. Bouchereau, président de la Société médico-psychologique, au nom de cette Société.

Nous reproduisons ci-après l'excellent discours de M. Blanche, qui nous fait connaître en M. Baillarger l'homme charitable et bienfaisant:

Paroles prononcées sur la tombe de Monsieur Baillarger, le 4 janvier 1891, par M. le Dr Blanche, vice-président de l'Association mutuelle des médecins aliénistes de France.

Messieurs,

Vous venez d'entendre l'éloge du médecin, du savant; je vais maintenant vous parler de l'homme. Je serai bref, quoiqu'il y eût beaucoup à dire, mais M. Baillarger était d'une modestie sincère, et je veux respecter ce sentiment si rare. — Toute sa vie, d'ailleurs, peut se résumer ainsi : travail et charité. — Travail : vous connaissez son œuvre dont on peut dire qu'il est considérable; charité : vous savez moins comme il était bon, car s'il songeait constamment à faire le bien, il songeait tout autant à cacher le bien qu'il faisait. La liste serait longue de toutes les infortunes qu'il a soulagées, et, en apprenant sa mort, combien de gens ont pleuré leur bienfaiteur, filles de savants pauvres qu'il avait établies en les dotant, vieillards, veuves, dont il avait assuré l'existence, jeunes médecins à qui il avait payé leurs frais d'études et qu'il avait pourvus d'une situation qui garantissait leur avenir. Sans parler de toutes les sociétés charitables auxquelles il souscrivait largement; et parmi ces sociétés, il en est pour lesquelles sa libéralité était inépuisable. Il avait eu le premier la pensée du patronage des aliénés sortis guéris de la Salpêtrière et de Bicêtre, et c'est lui qui a créé l'Association mutuelle des médecins aliénistes de France, association dont il était le fondateur et le Président perpétuel, et au nom de laquelle je lui apporte ici le témoignage de la reconnaissance des nombreuses familles de médecins d'asiles auxquelles cette association distribue depuis près de vingt ans des sommes qui mettent les infirmes et les veuves à l'abri de la misère et qui permettent d'élever les enfants sans ressources.

Et son dévouement aux malades! Quel souvenir on conserve à la Salpêtrière de sa douceur inaltérable, de sa bienveillance, ainsi que de son courage et de son abnégation pendant la terrible épidémie de choléra en 1849!

Hommage de respect et d'affection à l'homme de cœur, en même temps qu'au savant, car la bonté et la charité laissent, autant que les plus beaux travaux, un souvenir impérissable.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Imp. des Arts et Manufatures, 12 rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES SAMEDIS ET PUBLIANT TOUS LES MERCREDIS

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

BULLETIN

Paris, le 16 janvier 1891.

La prophylaxie des maladies transmissibles à Paris

Nous publions plus loin (page 36) les nouvelles instructions sur les précautions à prendre contre la variole, la fièvre typhoïde et la diphthérie, dont le Conseil d'hygiène publique et de salubrité de la Seine propose l'adoption à M. le préfet de police. Elles sont destinées à remplacer celles que les commissaires de police étaient chargés de remettre lorsqu'ils étaient prévenus d'un cas ou plus souvent d'un décès dû à l'une de ces maladies. Il y avait d'ailleurs longtemps que l'insuffisance de ces instructions était reconnue et il faut savoir gré à M. Dujardin-Beaumetz d'avoir accepté avec beaucoup de dévouement et rempli avec une grande sagacité, la tâche ingrate et difficile de les réviser en tenant compte des opinions, anciennes et nouvelles, en présence.

Les instructions actuelles, qu'un arrêté préfectoral ne tardera sans doute pas à sanctionner, débutent fort heureusement en insistant, en quelques mots précis, sur le but spécial que doit envisager la prophylaxie applicable à chacune de ces maladies. Puis elles énumèrent les mesures préventives, telles que le transport, l'isolement du malade, la désinfection des objets lui ayant servi ou des matières excrétées et celle des locaux.

Quelle que soit la simplification des moyens prophylactiques proposés, quand on les compare à ceux qui étaient jusqu'ici officiellement recommandés, il est à craindre que beaucoup de personnes n'hésitent encore au milieu des précautions multiples qui leur sont conseillées. Dans les logements riches, elles paraîtront toujours compliquées; dans les logements pauvres, elles seront difficiles à réaliser, parce qu'on y manque de la plupart des objets matériels nécessaires. Nous nous sommes, au surplus, déjà expliqué sur ces points dans un travail récent (1890, p. 576) et nous ne saurions qu'y renvoyer.

Ce qu'il importe le plus d'obtenir en ce moment, c'est que l'exécution des mesures prophylactiques soit autant que possible facilitée aux particuliers. C'est pourquoi nous persistons à penser que dès qu'un cas d'une affection transmissible vient à être connu de l'autorité sanitaire, il faut que celle-ci apporte elle-même tous les moyens matériels d'exécution, qu'elle donne les conseils, qu'elle vienne chaque jour en aide à la famille du malade laissé à domicile, en enlevant les matières et objets contaminés dans des récipients spéciaux, qu'elle soit enfin une aide dévouée, compétente et régulière, et non une entrave par des exigences inconsidérées.

Mais pour obtenir un tel résultat, il faudrait une organisation sanitaire, «autonome, compétente et responsable», suivant l'expression consacrée, organisation qui fait complètement défaut aujourd'hui à Paris. Car la prophylaxie des maladies transmissibles ressortit à deux administrations quelque peu rivales, la préfecture de police et la préfecture de la Seine, et leurs agents s'empressent d'ignorer à qui mieux mieux dans la pratique ce que l'une ou l'autre réalise. Nous possédons, par exemple, des voitures de transport pour les malades, dépendant de l'une et de l'autre, différentes, bonnes ici, mauvaises là; des établissements de désinfection insuffisants comme installation, desservis par un personnel également insuffisant à bien des égards et qui n'appartient pas à l'administration qui peut exiger la désinfection, etc. Tous ces services sont incohérents; il est grand temps de leur donner une organisation régulière, qui puisse inspirer confiance aux médecins et aux familles.

A.-J. MARTIN.

REVUE GÉNÉRALE

Anatomie descriptive des circonvolutions cérébrales.

Bien des fois nous avons parlé anatomie à nos lecteurs ! mais nous avions pour excuse que nous cherchions à en tirer immédiatement des applications chirurgicales. Aujourd'hui, c'est avec de l'anatomie descriptive pure que nous osons les importuner ; et, qui plus est, avec une des-

cription devenue bien banale, celle des circonvolutions cérébrales.

C'est qu'il vient de paraître sur la topographie crânio-cérébrale un ouvrage recommandé à l'attention du public par le nom de son auteur: M. le Dr Poirier, agrégé d'anatomie, chef des travaux anatomiques à la Faculté. C'est presque de la science officielle ; c'est en tout cas celle qui fera loi aux examens, partiellement au moins. Or, dans sa description succincte des circonvolutions, nous pensons que M. Poirier a laissé glisser quelques inexactitudes.

Nos lecteurs voudront bien ne pas croire que nous les renvoyons à l'école en leur apprenant des rudiments d'anatomie: ils seraient d'ailleurs bien excusables d'ignorer lorsqu'un chef des travaux anatomiques de la Faculté de Paris se trompe. Voici donc, avec dessins à l'appui, la description que nous croyons bonne. Nous mettrons soigneusement en note les passages où M. Poirier se trouve en désaccord scientifique avec nous (1).

I

Pendant longtemps on a proclamé que les circonvolutions du cerveau humain étaient aussi irrégulières que celles de l'intestin grêle, et c'est à peine si l'on décrivait comme parties fixes la scissure de Sylvius et le sillon de Rolando. Quelques saillies, cependant, frappaient l'œil par une disposition un peu spéciale, et on les désignait par une appellation dont le seul but était d'être pittoresque : ainsi la circonvolution du crochet ou de l'hippocampe, le gyrus rectus, etc.

Grâce à l'anatomie comparée, on a reconnu que tout était fixité là où on croyait naguère que tout était variabilité, et la description des circonvolutions cérébrales est devenue d'une simplicité extrême, grâce aux travaux de Gratiolet, de Paul Broca, de Pansch, de Bischoff, etc.

Mais cette simplicité n'est réelle que si on se sert d'une nomenclature fixe, si on n'applique le même nom générique qu'à des saillies ou à des anfractuosités ayant la même valeur morphologique. Or cette fixité de nomenclature n'est pas encore suffisamment adoptée ; on parle encore de scissure parallèle et de sillon de Rolando; et le résultat de ces appellations mal réglées est de faire agir la mémoire là où devrait agir le raisonnement.

Soit un vertébré très inférieur : son cerveau est lisse, aucun pli n'en accidente la surface. Elevons-nous dans l'échelle des êtres, et peu à peu nous verrons se dessiner des saillies et des anfractuosités. Examinons un fœtus humain à différents âges, et nous constaterons ce plissement progressif, de plus en plus compliqué. C'est que le cerveau, vésicule creuse à surface primitivement lisse, est actif par son écorce surtout; plus l'animal est perfectionné et plus sa surface corticale est étendue. Or, à volume égal, les anfractuosités augmentent la surface. Le cerveau, en somme, est à l'étroit dans la boîte crânienne et sa surface se plisse pour s'agrandir.

Ces plissements ne sont pas livrés au hasard et, en étudiant à la fois l'anatomie comparée et le cerveau du fœtus, on voit d'abord apparaître quelques anfractuosités primordiales, séparant l'un de l'autre des départements primitivement lisses. Ces anfractuosités de premier ordre sont les *scissures*; les grands départements qu'elles circonscrivent sont les *lobes*.

Mais ces départements principaux ne restent pas lisses. Un degré de perfection de plus et ils se plissent à leur tour. De là les *circonvolutions*, entre lesquelles sont les *sillons*.

(1) Ces notes ne sont pas extrêmement nombreuses. Mais elles ne concernent que la face externe, seule étudiée par M. Poirier.

Ce n'est pas encore tout. Les circonvolutions, elles aussi, peuvent se trouver à l'étroit et se plissent soit suivant leur longueur, soit suivant leur épaisseur. C'est là ce qu'on appelle les *plis de complication*, et les anfractuosités correspondantes doivent être nommées *incisures*.

Le plissement suivant la longueur fait décrire à la circonvolution un véritable méandre: ce *pli d'inflexion* contourne une *incisure continue*, c'est-à-dire directement branchée sur le sillon ou la scissure voisins. Le plissement suivant l'épaisseur divise en deux la crête de la circonvolution, et entre ces deux *plis de subdivision* se trouve une *incisure isolée*.

Mais si les choses en restaient là, les lobes, les circonvolutions ne seraient pas en communication directe les uns avec les autres. Pour assurer la solidarité des divers départements cérébraux il y a des *plis de communication*, et ces plis sont de deux ordres. Les uns, *plis de passage*, vont de lobe à lobe, franchissant par conséquent les scissures; les autres, *plis de communication*, unissent entre elles deux circonvolutions d'un même lobe, franchissant par conséquent les sillons. Ces plis de communication sont superficiels ou profonds. Dans le premier cas ils interrompent à la surface l'anfractuosité qu'ils traversent; dans le second cas, ils sont cachés au fond de cette anfractuosité et ne sont visibles que si on écarte ses lèvres.

Souvent on emploie le terme de *lobule*. Mais il faut savoir que ce terme n'a aucune valeur morphologique. On s'en servait autrefois pour désigner certaines régions qu'on croyait pouvoir individualiser anatomiquement. Aujourd'hui on ne doit l'attribuer qu'à certaines parties de circonvolutions dont la physiologie tend à faire un tout.

En appliquant rigoureusement cette nomenclature, la description de l'écorce cérébrale devient d'une grande clarté. Entrons donc dans cette description, et, pour aller du simple au composé, commençons par les lobes et les scissures.

II

Les lobes du cerveau sont au nombre de six. En avant est le *lobe frontal*, visible sur les trois faces de l'hémisphère; en arrière de lui est le *lobe pariétal*, qui apparaît à la face externe et à la face interne; situé au-dessous des deux précédents, le *lobe temporal* appartient à la face externe et à la face inférieure, au niveau de laquelle il va jusqu'à la grande fente de Bichat. En arrière du lobe pariétal et du lobe temporal, le *lobe occipital*, accessible sur ses trois faces, constitue la pointe postérieure de l'hémisphère, comme le lobe frontal en constitue la pointe antérieure.

Ces quatre lobes sont de beaucoup les plus importants en pratique. Mais entre le lobe frontal et le lobe temporal écartons la scissure de Sylvius : au fond apparaît le *lobe de l'insula*. Enfin, l'anatomie comparée nous conduit à appeler *lobe limbique* ce que classiquement on nomme circonvolution du corps calleux, circonvolution située autour du corps calleux, à la face interne de l'hémisphère.

Tels sont les lobes. Pour en prendre une connaissance exacte, il faut étudier leurs limites, c'est-à-dire les scissures.

Les scissures sont au nombre de sept : la scissure de Sylvius, la scissure de Rolando, la scissure sous-frontale, la scissure sous-pariétale, la scissure calcarine et les scissures occipitales interne et externe.

La *scissure de Sylvius* ne doit pas être décrite à la face inférieure de l'encéphale : pour des raisons tirées de l'anatomie comparée (et sur lesquelles on nous permettra

de ne point insister), il ne faut la faire commencer qu'en dehors de la racine blanche externe du nerf olfactif. De là, après un très court trajet, elle apparaît à la face externe où, légèrement oblique en arrière et en haut, elle s'incurve en *S* italique, pour se terminer par une queue ascendante. Au-dessus d'elle sont les lobes frontal et pariétal ; au-dessous est le lobe temporal. Sa lèvre supérieure est donc constituée, en avant, par une circonvolution frontale. Or cette circonvolution décrit deux méandres ou plis d'inflexion, et de là deux incisures continues, dites branches de la scissure de Sylvius, l'une antérieure et horizontale, l'autre postérieure et verticale (1). Et cette dernière, en relation avec la fonction du langage articulé, est l'apanage à peu près exclusif de l'homme.

La *scissure de Rolando*, fort postérieure chez l'homme, sépare les lobes frontal et pariétal à la face externe de l'hémisphère. Elle est isolée, en bas, de la scissure de Sylvius par un *pli de passage fronto-pariétal inférieur*, constant et presque toujours superficiel. De là, très oblique en haut et en arrière, elle gagne le bord sagittal de l'hémisphère; mais avant de l'atteindre, elle devient presque antéro-postérieure sur une petite étendue. Là elle est arrêtée par le *pli de passage fronto-pariétal supérieur*, toujours superficiel. Dans ce trajet, cette scissure n'est pas rectiligne, mais présente deux concavités postérieures séparées par une forte convexité postérieure. Entre ces deux *genoux* de la scissure, le pied de la deuxième circonvolution frontale fait une vigoureuse saillie.

La *scissure sous-frontale* — que classiquement on appelle sillon calloso-marginal — se voit à la face interne de l'hémisphère entre le lobe limbique (ou circonvolution du corps calleux) et le lobe frontal situé au-dessus d'elle. Elle commence un peu en avant du bec du corps calleux, et, après un court trajet d'arrière en avant, se réfléchit autour du genou du corps calleux pour se porter en arrière et en haut, vers le bord supérieur de l'hémisphère. Elle parvient à ce bord un peu en arrière de la scissure de Rolando, le dépasse et empiète sur la face externe, restant séparée de la scissure de Rolando par le pli de passage fronto-pariétal supérieur. Elle est interrompue dans son parcours par deux plis de passage fronto-limbiques.

La *scissure sous-pariétale* sépare, à la face interne de l'hémisphère, le lobe pariétal du lobe limbique. Elle est fort nette chez les mammifères inférieurs, mais chez l'homme elle se réduit à une petite anfractuosité horizontale située entre la circonvolution du corps calleux et ce que l'on appelle le lobule quadrilatère. C'est que chez l'homme le lobe pariétal a perdu beaucoup de sa prédominance, de son individualité, il se fusionne en avant et en arrière avec le lobe limbique par deux larges colonnes : les plis de passage pariéto-limbiques antérieur et postérieur) presque toujours superficiels. De la sorte la scissure sous-pariétale se trouve largement séparée de la scissure sous-frontale, et sans le secours de l'anatomie comparée on méconnaîtrait volontiers l'importance morphologique de cette anfractuosité en apparence insignifiante.

Un peu plus en arrière que le lobe pariétal, la circonvolution du corps calleux se termine en une pointe qui s'infléchit en bas et en avant pour aller se jeter sur la circonvolution dite de l'hippocampe. Ce pli de passage temporo-limbique sépare constamment de la grande fente de Bichat une scissure que Gratiolet avait baptisée *scissure des hippocampes*, parce qu'elle cause, dans le plancher de la corne occipitale du ventricule latéral, la saillie du petit hippocampe et parce qu'il avait cru pouvoir la conduire jusque dans la fente de Bichat, contre le grand hippocampe. Gratiolet avait méconnu le pli de passage temporo-limbique, profond chez le singe qu'il avait examiné. Mais superficiel ou profond, ce pli existe toujours, et la scissure qui nous occupe n'a dès lors rien à voir avec le grand hippocampe. Elle est seulement en relation avec le petit hippocampe, ou ergot de Morand, ou *calcar avis* dans la nomenclature ancienne, et de là le nom de *scissure calcarine* que lui a imposé Huxley. Cette scissure est d'abord horizontale entre les lobes limbique et pariétal en haut, temporal et occipital en bas. Puis elle se recourbe en une concavité inférieure, pour devenir sillon entre deux circonvolutions du lobe occipital.

Cette scissure et le sillon qui la continue constituent la queue et la branche inférieure de ce que l'on a appelé vicieusement la scissure en Y, la branche antéro-supérieure de l'Y étant formée par la *scissure occipitale interne*, presque verticale à la face interne de l'hémisphère entre le lobule quadrilatère et le cuneus de la terminologie ancienne, c'est-à-dire entre le lobe pariétal et le lobe occipital.

La scissure occipitale — ou perpendiculaire — interne mord fortement sur le bord supérieur et la face externe de l'hémisphère. Puis, chez l'homme, toute démarcation apparente cesse entre la face externe des lobes pariétal et occipital. Mais appelons à notre secours l'anatomie comparée, comme pour la scissure sous-pariétale. En descendant l'échelle des êtres, nous voyons apparaître une *scissure occipitale externe*, très nette, au fond de laquelle sont cachés deux plis de passage profonds pariéto-occipitaux. Que ces plis deviennent à la fois larges, superficiels, flexueux, et la scissure sera masquée. Or c'est précisément ce qui arrive chez l'homme, sauf quelques cerveaux exceptionnels où, les plis (ou un seul d'entre eux) étant profonds, la scissure occipitale externe reprend sa netteté simienne (1).

Nous connaissons maintenant les scissures de l'écorce cérébrale, c'est-à-dire les frontières des lobes. Nous pouvons pousser plus loin et étudier la constitution de chacun de ces lobes.

III

Le *lobe frontal* est celui dont la connaissance exacte importe le plus au praticien. Comme nous l'avons dit plus haut, il apparaît sur les trois faces de l'hémisphère, dont il constitue le pôle antérieur. Il a donc trois faces : interne, inférieure, externe. La face inférieure porte le nom de *lobule orbitaire*. Il est limité en arrière par la scissure de Rolando, en bas et en dehors par la scissure de Sylvius, en bas et en dedans par la scissure sous-frontale; à la face inférieure, il va jusqu'à la vallée de Sylvius — que classiquement on appelle première partie de la scissure de Sylvius. Il est formé de quatre circonvolutions, dont une est transversale, bordant en avant la scissure de Rolando, dont les trois autres sont longitudinales, se continuant par leur pied avec la première.

La circonvolution transversale s'appelle *frontale ascendante* (F°). Elle communique avec la pariétale ascendante par les deux plis de passage déjà mentionnés et, parvenue à la face interne de l'hémisphère, s'épanouit en un *lobule ovalaire*, classiquement *lobule paracentral*. Mais cette dernière dénomination provient d'une erreur anatomique, qui consiste à attribuer ce lobule aux deux

(1) M. Poirier appelle ces incisures « deux rameaux ou sillons ». P. 9, ligne 24).

(1) M. Poirier n'hésite cependant pas à déclarer (p. 9. ligne 37) que la scissure occipitale externe sépare « très nettement le lobe pariétal du lobe occipital. » Il est vrai que p. 11, ligne 19, il ne trouve plus là qu'une séparation « partielle », mais p. 12, ligne 7, elle redevient « nette ».

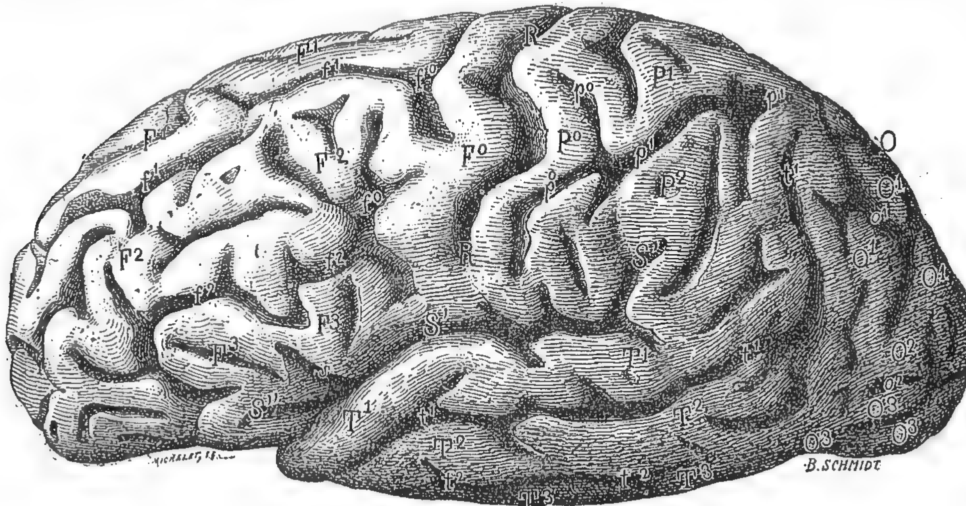


Fig. 1. Cerveau schématique, face externe.

F^1, F^2, F^3, 1re 2e et 3e circonvolutions frontales. F^0, circonv. frontale ascendante. P^0, circonv. pariétale ascendante. P^1, P^2, 1re et 2e circonv. pariétales. O^1, O^2, O^3, 1re, 2e, et 3e circonv. occipitales. T^1, T^2, T^3, 1re, 2e et 3e circonv. temporales. R, R, scissure de Rolando. O, s. occipitale. S', s. de Sylvius. S'', branche antérieure de la s. de Sylvius. *s*, branche ascendante de la s. de Sylvius. f^1, f^2, 1er et 2e sillon frontal. f^0, sillon prérolandique. p^0, sillon postrolandique. p^1, sillon pariétal. o^1, o^2, 1er et 2e sillon occipital. t^1, t^2, 1er et 2e sillon temporal.

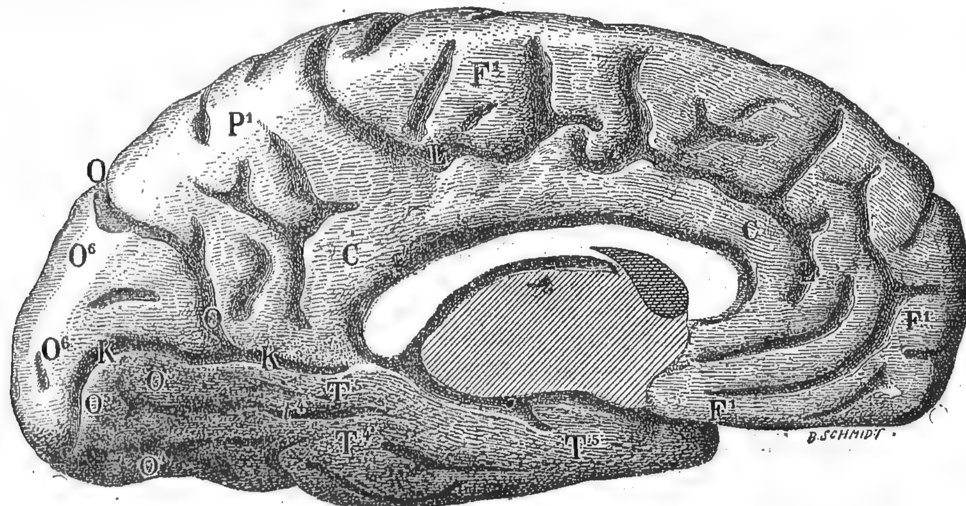


Fig. 2. Cerveau schématique, face externe.

C, C, circonv. du corps calleux. L, L, scissure sous-frontale. *l*, scissure sous-pariétale. O, scissure occipitale externe. F^1, lobule ovalaire de la première circonv. frontale. P^1, lobule quadrilatère formé par la face interne de la première circonv. pariétale. K, s. calcarine. t^4, sillon temporal. O^5, lobule sous-occipital. O^6, lobule occipital interne ou *cunéus*. T^4, T^5, circonvolutions temporales.

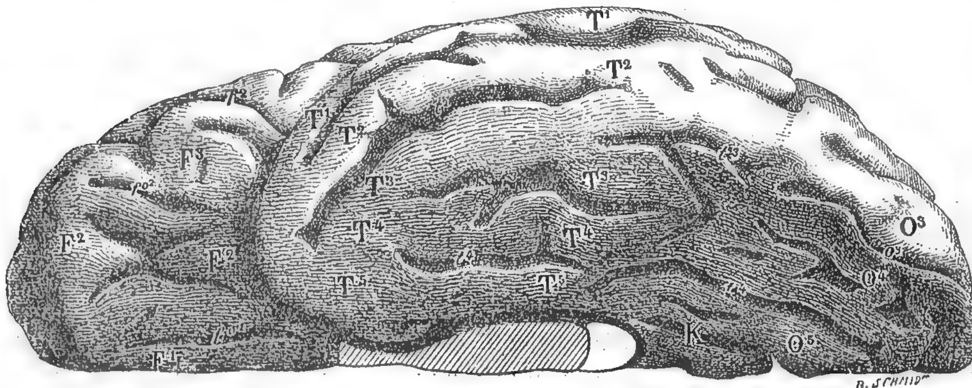


Fig. 3. Cerveau schématique, face inférieure.

T^1, T^2, T^3, T^4, T^5, circonvolutions temporales; t^1, t^2, t^3, t^4, sillons temporaux (pour les autres lettres, voir les figures précédentes).

circonvolutions ascendantes (ou centrales), alors qu'il dépend de la seule frontale et envoie simplement un mince pli de passage à la pariétale ascendante (1). Le lobule ovalaire est nettement limité en avant par une *incisure pré-ovalaire* de la scissure sous-frontale.

Du bord antérieur de la frontale ascendante partent trois circonvolutions à peu près horizontales, appelées, de haut en bas, première, deuxième et troisième. Leur insertion à la frontale ascendante porte le nom de *pied*.

La *première frontale* (F^1) forme la partie antérieure du bord supérieur de l'hémisphère. A la face interne, avec des plis et des incisures variables, elle forme ce qui est au-dessus et en avant de la scissure sous-frontale. A la face externe, elle représente une saillie à peu près rectangulaire qui se recourbe sous la pointe antérieure du cerveau et, arrivée ainsi à la face inférieure, se rétrécit en une mince bande antéro-postérieure, l'ancien *gyrus rectus*.

La *deuxième frontale* (F^2) est, à la face externe, parallèle à la première. Comme elle, elle se réfléchit à la pointe de l'hémisphère pour passer au lobule orbitaire et là elle s'élargit de façon à constituer, à elle seule, à peu près tout ce lobule, sous forme d'une surface au centre de laquelle existe une anfractuosité assez variable, l'*incisure en H*, faussement appelée sillon en H.

La *troisième frontale* (F) borde la scissure de Sylvius. Elle naît en regard du pli de passage fronto-pariétal inférieur et se porte en avant, n'apparaissant à la face inférieure que sur les confins de la partie antéro-externe du lobule or-

(1) C'est peut-être cette idée que M. Poirier cherche à exprimer par la phrase suivante : « Elle (la scissure de Rolando) est formée en haut par le pli de passage fronto-pariétal supérieur sur la face interne de l'hémisphère, où elle forme le lobule paracentral. » (P. 8, lignes 5 à 7.)

bitaire. Très développée chez l'homme, elle décrit deux méandres autour des deux incisures ou branches de la scissure de Sylvius. L'angle compris entre ces deux branches s'appelle le *cap*.

Ces circonvolutions présentent des plis de subdivision dont l'intérêt est jusqu'à nouvel ordre médiocre. Entre elles sont des sillons qu'interrompent des plis d'anastomose variables, superficiels ou profonds. Dans les autres lobes également, ces plis de complication ne nous arrêteront pas davantage (1).

Le *lobe pariétal* comprend trois circonvolutions : une ascendante et deux longitudinales, appelées première et deuxième, en partant du bord supérieur de l'hémisphère.

La *pariétale ascendante*, parallèle à la frontale ascendante, borde en arrière la scissure de Rolando. Comme cette scissure, elle est divisée en trois portions : une supérieure, convexe en avant (genou supérieur de la scissure); une moyenne, fortement concave en avant, où s'enfonce le pied de la 2e frontale, entre la 1re et la 2e pariétales ; une inférieure, convexe en avant (genou inférieur de la scissure).

La *première pariétale* naît par un large pied. Elle s'épanouit à la face interne pour y constituer le *lobule quadrilatère*, dont nous avons suffisamment parlé à propos de la scissure sous-pariétale. A la face externe (où on l'appelle lobule *pariétal supérieur*) elle a une forme triangulaire et se termine en arrière par une pointe, au dessous de la queue supéro-externe de la scissure occipitale interne. Cette pointe se continue, bout à bout, avec la première circonvolution occipitale, et c'est là le *premier pli de passage pariéto-occipital*, qui vient interrompre et masquer la scissure occipitale externe, sans cela continue avec l'occipitale interne.

La *deuxième pariétale* (dite *lobule pariétal inférieur*) naît par un pied plus étroit, en regard du pli de passage fronto-pariétal inférieur. Elle longe la moitié postérieure de la scissure de Sylvius et envoie par son bord inférieur un pli de passage qui se jette sur l'extrémité postérieure de la première temporale, entourant la queue de la scissure de Sylvius d'une courbe qu'il est classique d'appeler *lobule du pli courbe*. C'est le *premier pli de passage pariéto-temporal*. Plus loin, la deuxième pariétale s'élargit par en haut, à mesure que la première pariétale s'amincit; ou plutôt elle décrit un long méandre à convexité supérieure, dans lequel se prolonge le premier sillon temporal, celui qu'on a élevé, bien arbitrairement, à la dignité de scissure parallèle. L'anse postérieure de ce méandre se jette sur la deuxième temporale, après avoir envoyé une bifurcation antéro-postérieure qui va à la deuxième occipitale. Cette bifurcation constitue le *deuxième pli de passage pariéto-occipital*, qui interrompt, presque toujours superficiel, la scissure occipitale externe. Le méandre qui entoure la queue de ce que l'on appelle scissure parallèle (1er sillon temporal) porte le nom de *pli courbe* : c'est, en réalité, le *deuxième pli de passage pariéto-temporal* (2).

Entre les deux circonvolutions pariétales est un sillon — souvent appelé scissure inter-pariétale — qui, d'abord oblique en haut et en arrière, redescend entre les deux plis de passage pariéto-occipitaux pour se continuer en T avec ce qui représente la scissure occipitale externe.

Le *lobe temporal* est formé de *cinq circonvolutions* longitudinales, qui partent d'une pointe antérieure commune.

La *première* et la *seconde* se voient à la face externe. Nous avons déjà indiqué leurs connexions avec la scissure de Sylvius, le sillon parallèle et la deuxième pariétale (lobule du pli courbe et pli courbe). La seconde se continue encore en arrière avec la seconde occipitale. De même il y a fusion en arrière entre la *troisième* (bord externe de l'hémisphère), la *quatrième* et la *cinquième temporales* (face inférieure) et les circonvolutions occipitales correspondantes. Aussi les comprend-on souvent dans une description commune sous le nom de circonvolutions temporo-occipitales. La cinquième temporale est la *circonvolution de l'hippocampe* ou *circonvolution de crochet*. Elle est séparée du pédoncule cérébral par la fente de Bichat. Elle est unie à la circonvolution du corps calleux par le pli de passage temporo-limbique, dont il a été question à propos de la scissure calcarine.

Le *lobe occipital*, qui n'est peut-être pas décrit encore avec toute la précision anatomique désirable, est formé de six circonvolutions qui se fusionnent au pôle postérieur du cerveau. Il y en a trois à la face externe : on les groupe sous le nom de *lobule sus-occipital*. La première et la seconde se continuent avec la première et la seconde pariétales; la seconde envoie également une bifurcation à la seconde temporale. La troisième prolonge la troisième temporale (1). C'est à la face inférieure, dans le lobule *sous-occipital*, qu'il faut chercher la quatrième et la cinquième occipitales, continuation de la quatrième et de la cinquième temporales. Il y a enfin à la face interne une sixième circonvolution occipitale, sous forme d'un triangle à sommet postérieur, le *cuneus*, compris entre les deux branches de la prétendue scissure en Y. Le sommet de ce triangle est uni à la circonvolution du corps calleux par un *pli de passage profond, cunéo-limbique*.

Le *lobe de l'insula*, enfin, est situé au fond de la scissure de Sylvius. Il est composé de circonvolutions en éventail qui vont se jeter, véritables plis de passage, sur les lobes voisins. Deux se rendent à la face profonde de la troisième frontale, au cap et au pied; un va à la base de la frontale ascendante; un autre à la base de la pariétale ascendante.

*
* *

La description qui précède, nous l'avons déjà publiée, à peu près textuellement, en 1888, dans la *Gazette des hôpitaux* (n° 75, p. 694 et suiv.). Elle ne nous appartient nullement : c'est simplement celle que Paul Broca a

(1) C'est faute sans doute d'avoir des notions exactes sur les plis de subdivision que M. Poirier écrit : « La deuxième frontale, très large, est parfois dédoublée par un sillon peu profond ; il existe alors quatre circonvolutions frontales insérées sur la frontale ascendante. » (P. 10, lignes 27, 28 et 29.) Signalons plus loin (p. 10, lignes 36 et 37) la confusion des plis de passage et des plis d'anastomose : « Des sillons, interrompus parfois par des plis de passage, séparent les circonvolutions du lobe frontal. »

(2) M. Poirier semble oublier les plis de passage temporo-pariétaux quand il écrit : « La scissure de Sylvius, qui sépare les lobes frontal et pariétal, placés au-dessus d'elle, du lobe temporo-occipital placé au-dessous... » (P. 9, lignes 13 et 14.) Il les oublie encore quand il nous dit que « les circonvolutions du lobe temporal se continuent en arrière avec celles du lobe occipital. » (P. 11, lignes 15 et 16). C'est absolument faux pour la 1re temp., et à moitié faux pour la 2e. De même le sillon parallèle ne se termine pas « dans le lobe temporal » (p. 11, ligne 14), mais entre le pli courbe et le lobule du pli courbe, c'est-à-dire dans le lobule pariétal, puisque c'est le 2e pli de passage qui entoure sa queue. On accordera, en tout cas, que la description suivante manque de précision : la deuxième pariétale « suit d'abord la scissure de Sylvius, puis elle décrit deux grandes sinuosités qui coiffent, l'une la queue recourbée de la scissure de Sylvius, l'autre la fin du sillon parallèle ». (P. 11, ligne 33.) Des plis de passage, pas un mot.

(1) M. Poirier écrit (p. 12, lignes 9 et 10) que les trois circonvolutions de la face externe du lobe occipital « continuent en arrière les temporales ». Nous avons vu que ce n'est vrai que pour la 3e et en partie pour la 2e. Mais pour cette dernière, le point de beaucoup le plus important est le 2e pli de passage pariéto-occipital. Or s'il est dit, p. 10, ligne 2, que la scissure occipitale externe est interrompue par deux plis de passage, en arrivant à la description du lobe pariétal on ne trouve plus que « le pli de passage » (sans nombre) à propos de la 1re pariétale (p. 11, ligne 31) et en effet il n'en est pas mentionné à la 2e pariétale. Voilà qui explique, peut-être, la netteté de la scissure occipitale externe.

donnée dans ses cours, dans un mémoire — posthume et malheureusement incomplet — sur le cerveau schématique. Nous avons cherché à la vulgariser, parce que, pièces en main et dessins sous les yeux, nous l'avons trouvée exacte, plus claire que ses devancières et plus facile à retenir. Nous y revenons aujourd'hui parce que le moment ne nous semble pas venu « de changer tout cela » et de modifier la place et le nombre des lobes et des plis de passage, avec l'aisance de celui qui logeait le foie à gauche et la rate à droite.

A. Broca.

TRAVAUX ORIGINAUX

La composition du remède de Koch.

(Traduit d'après le mémoire publié par Koch, le 15 janv. 1891, dans la *Deutsche medicinische Wochenschrift*, n° 3, p. 81.)

Nous avons retardé notre numéro de 24 heures pour donner une traduction qui ne fut pas la simple reproduction de celle qui a été publiée dès jeudi soir dans les journaux politiques.

Depuis la publication que j'ai faite, il y a deux mois, des expériences entreprises par moi et sous ma direction sur un nouveau moyen de guérison de la tuberculose, de nombreux médecins ont eu entre les mains le remède et ont pu se rendre compte par eux-mêmes de ses propriétés.

Autant que j'en puis juger par les publications qui ont paru à ce sujet et par les lettres qui m'ont été adressées, mes assertions ont en général été pleinement confirmées.

On est unanime sur un point : le remède exerce une action spécifique sur les tissus tuberculeux, et en conséquence sa propriété de réaction, à la fois très sûre et très subtile, peut être utilisée pour déceler les lésions latentes et pour établir le diagnostic lorsque par les moyens de la clinique ordinaire les caractères sont restés douteux.

En ce qui concerne la vertu curative du remède, la plupart des auteurs constatent que, malgré le temps relativement court depuis lequel le moyen est mis en œuvre, une amélioration plus ou moins considérable s'est produite chez beaucoup de malades; on a même constaté dans des cas assez nombreux une guérison complète.

On a dit, sans doute, que le remède peut être dangereux dans les cas trop avancés; cela, il était aisé de le supposer *a priori*. On a ajouté qu'il donne un coup de fouet au processus tuberculeux et qu'il est dès lors nuisible; mais je ferai remarquer que les assertions de cette nature sont en somme assez peu nombreuses.

Moi-même, j'ai eu, depuis six semaines, l'occasion de faire des expériences nouvelles sur environ 150 malades affectés de tuberculose, du caractère le plus varié, à l'hôpital de la ville et à l'hôpital Moabit. J'ai étudié de la sorte la vertu curative et la valeur diagnostique du remède; je ne puis dire qu'une seule chose, c'est que tout ce que j'ai vu en ces derniers temps concorde avec mes observations antérieures et que je n'ai rien à modifier dans l'exposé que j'ai déjà présenté.

J'en viens maintenant au point sur lequel on a le plus discuté : sur la divulgation du mode de préparation du remède.

Aussi longtemps qu'il ne s'est agi que de vérifier l'exactitude de mes assertions, on n'avait pas besoin de connaître la composition du remède, pas plus que la façon dont il était fabriqué.

Au contraire, les contre-expériences devaient paraître d'autant plus impartiales que l'on était moins renseigné sur le remède lui-même.

Mais, après que les contre-expériences ont eu lieu — et je pense qu'elles ont eu lieu dans des conditions suffisantes — et ont fait connaître le mode d'action du remède, il est maintenant de mon devoir d'étudier autant que possible les principes qui ont permis de le produire, attendu que les principes qui m'ont guidé s'appliquent aussi à d'autres maladies. Il va sans dire que, pour ces études scientifiques complètes, il est nécessaire d'avoir une connaissance exacte du remède. C'est pourquoi je considère que le moment est venu de fournir les indications nécessaires à ce sujet.

Mais, avant d'entrer dans le détail du remède lui-même, j'estime qu'afin d'arriver à mieux comprendre la façon dont il opère, il est bon d'indiquer brièvement de quelle façon j'ai été amené à sa découverte.

Lorsqu'on inocule un cochon d'Inde bien portant avec de la culture pure de bacilles de la tuberculose, la plaie se cicatrise et la plupart du temps paraît entrer en voie de guérison pendant les premiers jours. Ce n'est qu'après dix ou quatorze jours qu'il se forme un nodule dur qui s'abcède, s'ouvre et s'ulcère, et bientôt l'infection générale cause la mort de l'animal.

La plaie ulcéreuse se comporte d'une façon toute différente quand l'animal inoculé est déjà atteint d'une infection tuberculeuse, et pour faire cette démonstration, la meilleure manière consiste à prendre des animaux qui ont été déjà inoculés avec succès quatre ou six semaines auparavant.

Lorsqu'on opère de la sorte, la petite plaie produite par l'inoculation se cicatrise aussi au début, mais il ne se forme pas de nodule. Seulement, dès le lendemain ou le surlendemain, des modifications particulières se produisent au point où a eu lieu l'inoculation. Cette partie de la peau devient dure, prend une couleur plus sombre; ce phénomène ne se localise pas au point d'inoculation, mais s'étend aux environs sur une surface dont le diamètre varie de 5 millimètres à 1 centimètre. Le jour suivant, il est de plus en plus évident que la peau ainsi modifiée est nécrosée; elle finit par tomber et il reste une ulcération peu creusée qui, d'habitude, guérit rapidement et d'une manière définitive sans qu'il se produise d'engorgement dans les ganglions lymphatiques dont elle est tributaire.

Les bacilles de la tuberculose en culture agissent donc sur la peau du cobaye sain d'une tout autre manière que si le cobaye est tuberculeux. Mais cette action n'exige pas que les bacilles soient vivants; elle se manifeste encore avec les cultures où on les a tués. Et peu importe la manière dont on les a tués : j'ai d'abord tué ces bacilles en les soumettant assez longtemps à une basse température, puis j'ai constaté qu'il en est de même par l'ébullition ou par l'action de certains corps chimiques.

J'ai poursuivi l'étude de ce phénomène particulier de toutes les manières possibles : j'ai reconnu ensuite que les cultures pures et mortes de bacilles de la tuberculose, desséchées puis pulvérisées et mises en suspension dans l'eau, peuvent être injectées en grande quantité sous la peau des cobayes sains, sans déterminer autre chose qu'une suppuration locale. Je ferai même remarquer, puisque nous nous trouvons en présence d'un des problèmes controversés de la bactériologie, que c'est un des moyens les plus simples et les plus sûrs de se procurer des suppurations dépourvues de bacilles vivants.

Les cobayes tuberculeux sont, au contraire, tués par l'injection de très petites quantités de cultures ainsi dissoutes dans l'eau, dans un espace de temps qui varie de 6 à 48 heures, suivant l'importance de la dose.

Mais maintenant, diminuons les doses. La dose qui ne suffit plus à tuer l'animal peut déterminer une nécrose étendue de la peau dans la région du point d'inoculation. Si l'on dilue encore davantage la solution, de manière qu'elle soit à peine trouble, l'effet curatif apparaît, car non seulement les animaux restent en vie, mais une amélioration remarquable dans leur état ne tarde pas à se produire lorsqu'on continue les injections, avec des intervalles de repos d'un à deux jours. La plaie ulcéreuse déterminée par l'inoculation diminue et finit par se cicatriser, ce qui ne s'était jamais produit dans les cas relatés jusqu'ici; les ganglions lymphatiques engorgés diminuent, les conditions de l'alimentation s'améliorent. Le processus morbide s'arrête, s'il n'est pas arrivé à une période trop avancée et si l'animal ne meurt pas d'épuisement.

Les principes d'une méthode de guérison de la tuberculose étaient contenus dans ces résultats.

Pour l'utilisation chez l'homme de pareilles solutions de bacilles tuberculeux tués, on rencontre cette difficulté que les bacilles morts ne sont pas résorbés, ou éliminés d'une autre manière, au point où on a fait les injections, mais qu'ils y restent longtemps sans modification, déterminant des suppurations plus ou moins considérables.

Ce qui, dans ces expériences, agit sur le processus tuberculeux et le guérit, doit donc être une substance soluble qui est dissoute jusqu'à un certain point dans les liquides de l'économie, et est assez promptement emportée par la circulation des liquides organiques, tandis que les éléments qui causent la suppuration paraissent rester dans les cadavres des bacilles tuberculeux ou du moins se dissoudre très lentement.

Il s'agissait donc de réaliser hors de l'organisme animal le processus qui se produit dans l'organisme au cours des expériences précédentes et d'extraire, si cela était possible, des bacilles tuberculeux la substance curative pure.

Ce travail a exigé beaucoup de peine et de temps; mais j'ai enfin réussi à extraire, en faisant agir une solution de glycérine de 40 à 50 0[0, la substance curative contenue dans les cultures des bacilles de la tuberculose.

Une fois en possession de ces liquides, j'ai fait de nouvelles expériences sur des animaux et finalement sur des hommes. J'ai remis de ces liquides à d'autres médecins pour qu'ils fissent aussi, de leur côté, des expériences.

Le remède dont on se sert dans le nouveau procédé employé pour guérir la tuberculose est donc un extrait de cultures pures de bacilles tuberculeux, traitées par la glycérine à 50 0[0.

Naturellement l'extrait contient, non seulement la substance curative, provenant des bacilles tuberculeux, mais aussi toutes les autres substances contenues dans la culture qui sont solubles dans la glycérine à 50 0[0 : c'est pourquoi on y trouve une certaine quantité de sels minéraux, de matières colorantes et d'autres substances extractives inconnues.

La solution peut, il est vrai, être assez facilement débarrassée de quelques-unes de ces substances; en effet, la substance curative est insoluble dans l'alcool absolu, et l'on peut la précipiter en traitant de la sorte l'extrait glycériné. Puis on la reprend par la glycérine. En agissant ainsi, on ne l'obtient pas pure, il est vrai, mais encore combinée avec d'autres substances extractives également insolubles dans l'alcool.

Il est également possible de se débarrasser des matières colorantes, de manière à obtenir une substance sèche et incolore, qui contient le principe actif sous une forme beaucoup plus concentrée que la solution primitive dans la glycérine.

Cette purification de l'extrait dissous dans la glycérine n'offre d'ailleurs aucun avantage dans la pratique, car les substances que l'on fait disparaître n'ont aucune action sur l'organisme humain, de sorte que la purification augmenterait inutilement le prix du remède.

On ne peut jusqu'ici émettre que des hypothèses au sujet de la composition de la substance active; elle me semble être un dérivé des substances albuminoïdes et se rapprocher de ces dernières; elle n'appartient pas au groupe de ce qu'on appelle les toxalbumines, car elle supporte les hautes températures et traverse facilement et rapidement la membrane du dialyseur.

La quantité de substance contenue dans l'extrait paraît être minime. Je l'évalue à moins d'un pour cent.

Nous sommes donc, si mon hypothèse est exacte, en présence d'une substance dont l'effet sur les organismes atteints de tuberculose dépasse de beaucoup en puissance celui qui a été reconnu jusqu'à présent aux médicaments agissant avec le plus d'énergie.

On peut, naturellement, faire différentes hypothèses sur la façon dont le remède produit son effet spécifique sur les tissus tuberculeux. Sans vouloir prétendre que mon explication soit la meilleure, je me figure que les choses se passent de la manière suivante :

Les bacilles de la tuberculose, en se développant dans des tissus vivants, produisent, de même que les cultures artificielles, certaines substances qui influencent les éléments vivants se trouvant dans leur voisinage et produisent sur les cellules des effets qui diffèrent les uns des autres, mais sont tous nuisibles.

Parmi ces substances, il y en a une qui, concentrée jusqu'à un certain degré, tue le protoplasme vivant et le modifie tellement qu'il passe à l'état que le Dr Weigert a appelé la nécrose de coagulation.

Le bacille trouve alors dans le tissu devenu nécrotique des conditions de nutrition tellement défavorables qu'il ne peut plus se développer et finit quelquefois par périr.

C'est de cette façon que je m'explique un phénomène frappant, à savoir que l'on trouve de nombreux bacilles dans les organes devenus tuberculeux depuis peu, par exemple dans la rate et le foie remplis de granulations grises chez le cobaye. Les bacilles, au contraire, sont rares ou manquent complètement lorsque la rate, énormément hypertrophiée, se compose presque entièrement de substance blanchâtre caséeuse, c'est-à-dire se trouvant à l'état de nécrose par coagulation, comme cela a lieu souvent lorsqu'on laisse mourir naturellement les cobayes rendus tuberculeux.

C'est pourquoi un foyer bacillaire unique ne peut pas déterminer la nécrose à une grande distance; car, dès que la nécrose a atteint une certaine étendue, la croissance du bacille s'arrête, et avec elle la production de la substance qui détermine la nécrose.

Il se produit ainsi une sorte de compensation réciproque, qui fait que le développement des bacilles isolés demeure tout à fait restreint, ainsi qu'on peut le voir dans le lupus, dans les ganglions scrofuleux, etc.

En pareil cas, la nécrose ne s'étend habituellement qu'à une partie des cellules lesquelles, en se développant ultérieurement, prennent la forme particulière des cellules géantes; j'adopte à ce point de vue l'explication donnée d'abord par M. Weigert, sur la production des cellules géantes.

Supposons donc que l'on puisse augmenter artificiellement la proportion de la substance qui détermine la nécrose dans les tissus qui entourent les bacilles : la nécrose se produirait sans doute sur une plus grande étendue, et les conditions de nutrition deviendraient beaucoup moins favorables que d'habitude pour les bacilles. Les tissus nécrosés commenceraient alors en

grande partie à se désagréger, à se détacher et à entraîner à l'extérieur, là où cela est anatomiquement possible, les bacilles qu'ils renferment; les restes des bacilles seraient suffisamment contrariés dans leur développement pour qu'ils meurent beaucoup plus rapidement que dans les circonstances ordinaires.

L'action du remède me semble précisément consister dans la production de ces phénomènes; il contient une certaine quantité de la substance qui détermine la nécrose, et qui, lorsque la dose est suffisamment élevée, attaque, même dans l'organisme sain, certains éléments anatomiques, probablement les globules blancs ou les éléments qui s'en rapprochent, de manière à déterminer une fièvre accompagnée d'un cortège de symptômes tout à fait particuliers.

Mais, dans l'organisme tuberculeux, une quantité beaucoup plus petite suffit à provoquer en des régions spéciales, celles où se développent des bacilles tuberculeux et qui ont déjà été imprégnées par ces bacilles de la substance qui détermine la nécrose, une nécrose plus ou moins étendue des cellules, ainsi que les phénomènes généraux consécutifs liés à cette nécrose.

On peut ainsi expliquer sans difficulté, au moins provisoirement, l'influence spécifique exercée par ce remède, employé à des doses parfaitement définies, sur les tissus tuberculeux. On comprend bien, en outre, comment il est possible d'augmenter ces doses, d'arriver rapidement à l'accoutumance. On conçoit, enfin, qu'il y ait là une action curative et cette action est incontestable bien que nous nous trouvions jusqu'à présent dans des conditions qui ne sont qu'en partie favorables (1).

(1) Il reste sans doute encore, pour les cas les plus heureux, à juger la durée de la guérison. Je ferai remarquer que parmi les malades désignés dès, le début, comme guéris, il en est deux qui ont été soumis à des examens ultérieurs à l'hôpital de Moabit. Chez ces malades, depuis trois mois les symptômes fonctionnels ont complètement disparu et depuis ce temps on ne trouve plus de bacilles dans leurs crachats.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

La chirurgie des troncs artériels.

Les résultats de l'antisepsie en chirurgie artérielle ont modifié les pratiques anciennes : l'hémorrhagie secondaire, naguère encore de si désastreuse fréquence, avait inspiré des règles, des préceptes aujourd'hui négligés par beaucoup, défendus par quelques-uns. Aussi a-t-il paru utile d'établir, par une étude approfondie, les règles nouvelles ou modifiées qui actuellement sont applicables à la chirurgie des troncs artériels.

Quel lien doit-on employer? Faut-il sectionner entre deux ligatures l'artère liée dans sa continuité? En appliquant le fil, doit-on le serrer au point de diviser les tuniques internes des vaisseaux, ou bien doit-on s'appliquer à les mettre simplement en opposition sans les rompre? La ligature par la méthode d'Anel, pour la cure des anévrysmes, doit-elle être préférée à la ligature par la méthode de Hunter? — Tel est le sujet venu en discussion à la réunion annuelle de l'association médicale anglaise, tenue à Birmingham, en juillet dernier.

Dans une communication remarquable, *Timothy Holmes* a donné une étude critique très complète de la question.

Le lien — aujourd'hui que les plaies se réunissent par première intention — doit remplir diverses conditions : il doit être solide et de composition uniforme; assez souple pour qu'on le puisse facilement nouer, et assez ferme pour que le nœud ne se défasse pas; ne pas causer d'irritation; quelques chirurgiens demandent qu'il soit assez souple, ou assez plat, ou assez large pour oblitérer l'artère sans en diviser la tunique interne.

La soie réunit toutes ces conditions : toutefois, si le plus souvent elle est si peu irritante qu'elle s'enkyste elle-même dans les tuniques artérielles ou s'y désagrège, parfois elle provoque de la suppuration, s'élimine au dehors, et en ce cas détermine la section complète de l'artère. Le fort catgut est très commode et donne d'excellents succès : mais sa composition artificielle est parfois douteuse, et lorsqu'il a subi l'action de l'acide chromique, le nœud est encore souvent éliminé. L'aorte du bœuf donne des ligatures qui sont préférables au catgut, mais les tendons de la queue du kangourou réunissent les meilleures conditions de commodité et de sécurité, et réalisent le lien de choix.

Doit-on, en appliquant une ligature, la serrer au point de briser les tuniques internes et moyennes de l'artère, ou bien doit-on seulement arrêter la circulation avec le moins de violence possible, sans léser les tuniques internes, ainsi que l'enseignait Hunter? De nos jours, divers chirurgiens ont eu recours à ce dernier mode opératoire, et ont tenté d'oblitérer l'artère à l'aide d'un processus analogue à la réunion par première intention.

Autrefois la ligature coupait le vaisseau et était éliminée : aujourd'hui on emploie des liens qui se résorbent. Or, la division des tuniques internes empêche-t-elle le lien d'être absorbé ou encapsulé? C'est que le chirurgien est d'autant plus sûr d'éviter l'hémorrhagie secondaire que la réunion des tuniques artérielles sera plus rapide : et en évitant tout trouble — élimination du nœud, ou autre complication — autour de la ligature pendant les premières heures ou les premiers jours après l'opération, on réalise la condition la plus importante pour assurer cette union rapide.

Ballance et Edmunds (*Med. chir. Transact.*, 69e Vol.) ont montré par leurs expériences qu'il n'était point nécessaire pour oblitérer des artères d'en diviser les tuniques internes, et que le caillot n'était point, lui non plus, indispensable; et Barwell, chez un homme, a lié avec succès la sous-clavière et la carotide en évitant de léser les tuniques internes, et Holmes a lié la sous-clavière, la carotide, la fémorale, sans qu'il se soit formé de caillots.

On ne peut cependant refuser que le caillot soit une garantie contre l'hémorrhagie, et il y a de fortes raisons pour croire que la division des tuniques internes est, elle aussi, une garantie pour le patient. — De plus, il est difficile de modérer à point la striction exercée par le fil, et, si le lien n'est pas serré, le nœud a tendance à se relâcher, d'où obligation de faire une nouvelle opération. Aussi, Holmes admet-il qu'une ligature fortement serrée donne plus de sécurité, sans exposer à aucun accident.

Abernethey, considérant que les grosses artères, à la surface d'un moignon, ne s'ulcéraient pas, tandis qu'après une ligature dans la continuité, l'ulcération était fréquente, ce qu'il attribuait, en grande partie, à l'état de tension du vaisseau en ce dernier cas, avait proposé de couper l'artère entre deux ligatures.

L'expérience a montré que ce procédé ne mettait pas à l'abri de l'hémorrhagie secondaire, et exposait même à l'hémorrhagie primitive lorsque la ligature venait à glisser — sans qu'aucun avantage vînt compenser ce dernier risque. Bien plus, avec le procédé d'Abernethey, le traumatisme est plus grave, puisqu'on doit dénuder l'artère sur une plus grande longueur, la dissection plus étendue rend aléatoire la réunion par première intention, enfin — plusieurs faits cliniques en témoignent — on s'expose à contusionner la veine satellite et à y déterminer une phlébite, ce qui peut, avec l'oblitération du tronc artériel, entraîner la gangrène.

On a proposé récemment de revenir à la méthode d'Anel pour la cure des anévrysmes poplités, et Savory qui la préconise (*Med. chir. Transact.*, déc. 1886), la croit applicable dans bien des cas.

Généralement, après la ligature de l'artère fémorale dans le triangle de Scarpa, pour anévrysme poplité par exemple, on a noté l'oblitération de l'artère à la partie liée ainsi qu'au siège de l'anévrysme; la partie intermédiaire reste libre et souvent sans caillot : un cercle collatéral développé au niveau de chacun de ces deux points oblitérés rétablit la circulation. L'oblitération de l'artère tout entière est exceptionnelle : elle ne s'observe guère que sur les vaisseaux tels que la carotide, l'iliaque commune ou externe qui ne donnent aucune branche importante entre l'anévrysme et la ligature. L'opération es

alors assez semblable à celle d'Anel. Mais s'il existe une branche collatérale, elle se développe aussitôt et le tronc artériel reste perméable.

La circulation collatérale s'établit rapidement, et dans quelques rares cas a été suffisante pour causer un échec dans le traitement de l'anévrysme.

La question se limite donc à ceci : Le risque de la réapparition des pulsations dans le sac après l'opération de Hunter, l'emporte-t-il sur l'opération plus grave d'Anel, dans laquelle on est exposé à trouver l'artère malade près de la poche anévrysmale?

M. W. Savory incline vers la méthode d'Anel, et fait remarquer que c'est la méthode suivie pour les anévrysmes de l'axillaire. Sans doute, objecte Holmes, mais on n'a pas le choix, et l'opération est fort meurtrière du fait des altérations du tronc artériel au point lié.

En examinant quel est, de ces deux procédés, celui qui assure le mieux la guérison, on voit que chacun compte des succès : mais les anévrysmes poplités, qui doivent être traités par la ligature, ne s'observent, en somme, que rarement, et la proportion est grande des succès par la méthode de Hunter et par la compression ; aussi faudra-t-il de nombreuses années pour qu'une autre méthode puisse établir sa supériorité de par l'expérience.

M. Savory ne dit pas à quels cas s'applique mieux la méthode d'Anel. Aux cas les plus simples ? Mais si l'opération d'Anel est facile, ces cas sont presque tous guéris par le procédé de Hunter. — Aux tumeurs à augmentation rapide et contenant de petits caillots ? Pour ces cas, on se rallie assez unanimement à l'opinion de Broca qui croit qu'un léger courant sanguin à travers la tumeur après la ligature de Hunter est favorable à la solidité du caillot. — Aux anévrysmes volumineux ? Mais l'opération d'Anel est alors surtout dangereuse.

Alors même qu'il y a récidive, il n'est point établi que l'opération de choix soit la ligature d'Anel. La méthode d'Antyllus, aujourd'hui que les plaies guérissent vite et que les ligatures sont inoffensives, est très défendue par Annandale et bien d'autres chirurgiens : cependant ses dangers paraissent plus grands que ceux de la ligature de l'artère poplitée.

Quant à l'hémorrhagie secondaire, elle est devenue très rare, surtout lorsque la ligature est appliquée selon la méthode de Hunter ; si elle se produisait, une compression soigneusement adaptée l'arrêterait. Si l'hémorrhagie vient subitement, si une ligature s'est desserrée, le traitement est subordonné aux circonstances : lier à nouveau dans la plaie, amputer, lier les collatérales qui apportent le sang, etc. — mieux vaut prévenir l'hémorrhagie, qu'avoir à la combattre.

Pour les ligatures, *Benneth May* n'emploie pas la soie, il préfère le catgut : mais avec ce lien, rapidement résorbé, il est essentiel de diviser les tuniques internes du vaisseau lié. Si on veut conserver l'intégrité des parois artérielles, il faut avoir recours à des substances plus résistantes, l'aorte du bœuf par exemple. Le catgut ordinaire, dans une plaie aseptique, donne des résultats parfaits, tandis que le catgut chromique est souvent éliminé et n'a par suite aucun avantage sur la soie ; dans une plaie qui suppure, mieux vaut employer un lien plus résistant que le catgut. Le tendon de kangourou est excellent même pour les plus gros troncs. — En principe, pour la cure des anévrysmes poplités, la méthode de Hunter est préférable à celle d'Anel.

M. W. Thompson admet que, pour obtenir l'occlusion de l'artère, il n'est pas besoin que les tuniques internes soient divisées : ainsi, une tumeur qui comprime une artère peut en déterminer l'oblitération. Lorsqu'on lie une artère pour un anévrysme, si même la ligature était absorbée trop rapidement et si le vaisseau recouvrait sa perméabilité, on aurait eu encore les bénéfices d'une occlusion temporaire, peut-être une guérison complète. Mais pour procéder ainsi, il faut que la portion du vaisseau comprise dans la ligature soit saine, — or, on opère pour anévrysme, consécutif à une lésion artérielle, un malade dont tout le système artériel est plus ou moins dégénéré.

Dans une ligature serrée, on divise les tuniques moyenne et interne, et on étrangle la couche externe : on compte, pour le succès, sur l'évolution complète du processus de guérison. Survienne un accident, le patient est perdu. Du moment qu'on peut oblitérer une artère sans diviser ses tuniques, la ligature fortement serrée, qui détermine des lésions de parois artérielles, ne peut se justifier.

Pour les gros troncs qui doivent être complètement divisés, la soie est le meilleur lien.

Pour lier les artères dans la continuité, W. Thompson a employé avec succès l'aorte du bœuf : dans un fait de ligature du tronc innominé, le lien ne divisa pas les tuniques et ne ferma pas complètement le vaisseau, car on put constater la persistance d'un petit canal au centre de la ligature. Cela explique la fréquence des hémorrhagies secondaires au point lié, lorsqu'on a employé des liens arrondis, surtout s'ils ont dû être éliminés. Sur un gros vaisseau, en effet, il est difficile de déterminer l'occlusion sans diviser les tuniques internes : aussi une ligature large est-elle un plus sûr garant de succès. Quant à la section de l'artère entre la double ligature, elle est à rejeter.

M. Daniel Harrison emploie le catgut qui lui a donné d'excellents résultats : il trouve l'aorte de bœuf trop élastique, cause d'erreur pour apprécier le degré de striction ; *M. Henry O. Marcy* préfère le tendon de kangourou, dont les fibres sont parallèles et très résistantes, *M. T. Parkes* emploie indifféremment soie ou catgut ; *M. A. Prichard* n'emploie que la soie.

M. Herbert W. Page communique deux faits d'anévrysme double : le premier malade avait un anévrysme des deux fémorales, à l'origine du canal de Hunter : il fut traité par la ligature d'un côté, les manipulations externes de l'autre : il a guéri complètement. Le second malade était atteint d'anévrysme des deux ploplitées : il eut la fémorale liée du côté droit, et guérit d'un anévrysme gros comme un marron : du côté gauche, existait un anévrysme compliqué d'inflammation et d'altération des vaisseaux de la jambe : on dut pratiquer l'amputation.

Enfin, *M. T. R. Bartlett* rapporte deux cas dans lesquels il lia l'iliaque externe pour hémorrhagie secondaire après ligature de la fémorale ; les deux malades ont guéri.

De cette discussion, semblent ressortir les enseignements suivants :

Les tendons de la queue du kangourou sont des liens excellents : résistants, souples, résorbables ; le catgut est également très bon : peut-être sa résorption est-elle trop rapide, et pour cela doit-il être rejeté des plaies qui suppurent ; le catgut chromique, la soie sont trop fréquemment éliminés ;

La striction forte divisant les tuniques internes reste encore le moyen le plus sûr d'obtenir l'oblitération du canal artériel ;

La section entre deux ligatures d'une artère liée dans la continuité ne présente aucun avantage et expose à des dangers ;

La méthode de Hunter pour le traitement des anévrysmes poplités est préférable à la méthode d'Anel.

Maubrac.

REVUE DES JOURNAUX

OPHTHALMOLOGIE

Emploi des pulvérisations dans le traitement des ophthalmies, par Bedoin (*Bull. de Thérap.*, 1890, n° 15, p. 502). — 1° Beaucoup d'ophthalmies aiguës ou chroniques de causes variées, intéressant soit la conjonctive oculaire ou palpébrale, soit la cornée, sont susceptibles d'être très favorablement traitées par des pulvérisations de solutions médicamenteuses appropriées. 2° Parmi ces solutions, celles qui semblent les plus efficaces sont les suivantes : *a*) pour les conjonctivites aiguës, les solutions d'acide borique à 1/30 ou 1/40, les solutions de sulfate de zinc ou de cuivre (doses des collyres usuels) ; *b*) pour certaines conjonctivites chroniques, pour les blépharites ciliaires et pour les kératites avec taies, les solutions iodées à doses croissantes (dose initiale : teinture d'iode 1, iodure de potassium 4, eau distillée 200). 3° L'instrument à employer peut être le pulvérisateur modèle Richardson ou un pulvérisateur à vapeur comme celui de Lucas-Championnière. 4° Certaines pulvérisations agissent par voie substitutive, déterminent des réactions locales passagères assez intenses parfois, qui semblent jouer un rôle dans l'effet thérapeutique attendu, mais qui peuvent être très modérées, surtout au point de vue de la douleur, par des instillations préalables de

cocaïne (à 1/20 ou à 1/10). Dans certaines de ces ophthalmies et principalement dans les kératites avec persistance de symptômes inflammatoires aigus, il semble prudent ou du moins utile d'attendre, pour commencer les pulvérisations, la disparition ou la diminution notable des phénomènes d'acuité. 5° L'emploi des pulvérisations iodées peut, dans certains cas, déterminer accidentellement, par suite de l'action vésicante de l'iode, l'apparition d'une conjonctivite pustuleuse, d'ailleurs bénigne, qui oblige à interrompre le traitement pendant quelque temps.

Tuberculose oculaire, par Van Duyse (*Ann. d'oculist.*, t. CIV, juillet-août 1890, p. 5). — L'auteur a observé trois sujets atteints de tuberculose de l'iris avec lymphangite uvéale; deux ont guéri, le troisième ayant succombé à une tuberculose pulmonaire. Van Duyse donne un examen anatomique et histologique assez complet de l'œil malade. Dans un second chapitre relatif à la guérison de la tuberculose irienne, l'auteur étudie la papillite concomitante de l'irido-cyclite tuberculeuse, sa pathogénie; les affections locales de l'iris peuvent guérir et être confondues avec les tubercules vrais ou granulomes tuberculeux de l'iris : gommes hérédo-syphilitiques et lymphômes. Il rapporte des observations de tuberculose de l'iris guérie et discute la granulie de l'iris.

NEUROPATHOLOGIE

Ataxie tabétique (Ueber einen Fall von tabischer Ataxie mit scheinbar intacter Sensibilitæt), par Goldscheider. (*Berl. klin. Woch.*, 15 nov. 1890, n° 46, p. 1053). — L'auteur attire l'attention sur ce fait que les procédés employés habituellement pour constater les altérations de la sensibilité sont fréquemment insuffisants. Pour se rendre un compte exact de ces troubles, il faut se servir des appareils ou des procédés qui permettent de reconnaître les minima de l'anesthésie et de la perte du sens musculaire. On peut démontrer ainsi que dans tous les cas où il existe de l'incoordination, celle-ci dépend toujours d'une anesthésie plus ou moins prononcée. A l'appui de ces affirmations, l'auteur présente une femme atteinte d'une ataxie très accentuée dont la sensibilité paraît indemne, et ne révèle ses altérations qu'alors qu'on les recherche par des procédés plus délicats. Il accepte, en somme, l'expression de Leyden, qui fait toujours dépendre l'ataxie de l'anesthésie et montre que les cas de Rumpf ne contredisent pas cette hypothèse.

Asthme essentiel chez les névropathes, par E. Brissaud (*Revue de médecine*, 10 déc. 1890, n° 12, p. 961). — L'auteur a eu l'occasion d'observer un certain nombre de faits dans lesquels l'asthme essentiel ne représentait qu'un phénomène épisodique, ou, si l'on veut, une détermination locale et temporaire de la diathèse nerveuse. S'autorisant de ces observations, et de quelques autres recueillies dans les auteurs, se basant aussi sur la nature franchement spasmodique des crises d'asthme, sur la soudaineté de leur apparition, sur leur origine émotive, il pense que l'hérédité nerveuse joue un rôle pathogène prépondérant dans l'étiologie de l'asthme. Les faits démontrent, de plus, que si l'on doit considérer l'asthme comme une affection purement nerveuse, en d'autres termes comme une névrose vaso-motrice et sécrétoire, un grand nombre d'asthmatiques n'ont jamais eu d'autre manifestation nerveuse que leur asthme. Il résulterait de cette notion, entre autres conséquences, que les différences à l'aide desquelles on a cru pouvoir distinguer l'asthme essentiel de la dyspnée hystérique « pseudo-asthmatique » n'apparaissent plus que comme des différences de plus ou de moins, tout à fait insuffisantes pour distraire les dyspnées hystériques de l'étude de l'asthme proprement dit.

Hypnotisme (Some practical considerations on the nature and induction of the hypnotic state), par L. Corning (*Med. Record*, 8 nov. 1890, n° 19, p. 510). — Après avoir décrit les procédés employés par Liébault, Luys, etc., l'auteur s'élève contre l'opinion de Bernheim qui prétend que l'hypnotisme peut guérir des maladies organiques. Le rôle thérapeutique de l'hypnotisme est assez mince, et cela d'autant plus que peu de sujets sont hypnotisables. Il est à remarquer que l'auteur admet la possibilité des crimes par suggestion.

MÉDECINE

Innervation des glandes stomacales chez le chien, par J.-P. Pavloff et E.-O. Schumova-Simanovska (*Vratch*, 1890, n° 41, p. 929). — Le système nerveux influence-t-il l'activité des glandes stomacales? Tandis que la médecine admet explicitement cette action nerveuse, les physiologistes la nient absolument. Les expériences des auteurs démontrent que ce sont les médecins qui ont raison dans ce cas. Voici leur manuel opératoire : 3 à 4 semaines après avoir établi chez le chien une fistule stomacale, ils font l'œsophagotomie et donnent alors à l'animal de la viande par la bouche (ce qu'ils appellent *pseudo-alimentation*, les aliments tombant par le bout coupé de l'œsophage). Ils ont fait en tout jusqu'à 20 expériences sur 7 sujets. Or, toutes les fois qu'ils introduisaient des aliments par la bouche, le suc gastrique sécrété se montra plus acide, ses propriétés digestives furent notablement accrues et le résidu fixe augmenta à son tour. Ce réflexe n'est pas dû à l'excitation des splanchniques, leur section n'étant suivie d'aucune modification dans les caractères du suc gastrique sécrété. Au contraire, les nerfs pneumogastriques étant coupés des deux côtés, la pseudo-alimentation reste sans influence aucune sur le suc gastrique. De plus, l'excitation du bout périphérique du pneumogastrique coupé provoque de nouveau la sécrétion d'un suc gastrique acide et doué de propriétés digestives très accusées. Il s'ensuit donc que la sécrétion des glandes stomacales, comme celle de la glande sous-maxillaire et du pancréas, se trouve sous la dépendance du système nerveux.

Contribution à l'étude de la glycosurie pancréatique, par A.-M. Lervin (*Vratch*, 1890, n° 40, p. 907). — Les expériences de Mering et de Minkowski sur le diabète pancréatique, et, d'autre part, celles de Thiel d'après lesquelles les oiseaux restent constamment réfractaires à tous les moyens ordinairement employés pour produire le diabète expérimental (excepté la phlorizine), ont amené l'auteur à s'assurer si l'on peut provoquer chez les oiseaux, par l'extirpation du pancréas, le diabète, ou, du moins, de la glycosurie. Il opéra sur des pigeons (7 fois) et des oies (4 fois). Les résultats furent toujours négatifs : pas de trace de sucre dans l'urine. Il est vrai que chez les pigeons il ne réussit que 3 fois (sur 7) à faire l'ablation *totale* du pancréas. Mais des recherches de Mering et de Minkowski il résulte que l'extirpation de 9/10 de la glande est toujours suivie des mêmes effets que l'extirpation totale : or, la partie de la glande laissée chez les pigeons était toujours inférieure à 1/30 de son poids total (0 gr. 06, 0 gr. 07 sur 2 gr.-2 gr. 2).

Hémiatrophie progressive de la face, par N. M. Popoff (*Meditsinskoé Obozrienié*, 1890, t. XXXIV, n° 22, p. 867). — Fille de 25 ans, sans hérédité nerveuse, chez laquelle, dès l'âge de 17 ans, le côté droit de la face était toujours plus pâle que du côté opposé. A 21 ans on s'aperçut que ce côté devenait plus faible; l'amaigrissement de la région temporale droite aurait d'abord été passager, puis il devint permanent et s'étendit petit à petit à tout le côté droit de la face et même au trapèze et au muscle sous-épineux du même côté. Plus de troubles de la sensibilité; les organes des sens fonctionnent normalement; les pupilles réagissent à la lumière et à l'accommodation. Pas de réaction de dégénérescence bien prononcée (réaction électrique plus énergique qu'à l'état ordinaire). L'auteur envisage ensuite l'étiologie et la pathogénie de l'hémiatrophie faciale. D'après lui, il faut considérer au moins trois formes différentes : d'abord l'hémiatrophie faciale de cause périphérique (traumatisme, etc.), que l'on peut mettre à côté des paralysies périphériques du reste du corps avec atrophie consécutive. Puis viennent les hémiatrophies à la suite des lésions intra-crâniennes (hémorrhagies, etc.), comprimant le trijumeau à divers endroits, d'où la diversité très grande des phénomènes cliniques que l'on observe dans ces cas. Enfin il n'est pas douteux que quelques cas d'hémiatrophie faciale aient pour cause des lésions vasomotrices (cas de Seeligmuller, etc.). C'est dans ce dernier groupe que l'auteur range son cas. D'abord l'hémiatrophie fut précédée de pâleur du côté correspondant de la face, et tout à fait au début le creux formé par les muscles atrophiés aurait apparu et disparu à plusieurs reprises, ce qui est en faveur de son origine vasomotrice. De plus, l'hémiatrophie n'est pas limitée à la face, mais intéresse aussi le trapèze et le sous

épineux du côté droit. Enfin la fille ne fut réglée qu'à l'âge de 22 ans, ce qui, au dire des gynécologistes, serait dû au développement incomplet des vaisseaux superficiels de la cavité utérine.

CHIRURGIE

Inflammation et suppuration (Die Bacterienproteine und deren Beziehung zur Entzündung und Eiterung), par H. Buechner (*Centralbl. für Chirurgie*, 1890, n° 50, p. 953). — Les produits de l'activité chimique des bactéries, les ptomaïnes, les toxines, les toxalbumines, sont des poisons nervins et, à l'exception de la cadavérine et de la putrescine, ne possèdent pas de propriétés pyogènes et sont sans action sur les leucocytes, comme cela résulte d'un travail et des expériences faits en commun avec Lange et Rœmer (*Berlin. klin. Wochenschrift.*, 1890, n° 47). Comment expliquer dans ces conditions la nature inflammatoire et fébrile de la plupart des processus infectieux et la suppuration infectieuse?

Les recherches de Nencki, qui datent de 1880, et les travaux plus récents de Büchner (*Berlin. klin. Woch.*, 1890, n° 30), démontrent que les bactéries renferment dans leur corps, dans le plasma, une substance chimique, une *protéine*, qui possède des propriétés pyogènes très intenses et, en même temps, une action attractive manifeste sur les leucocytes. L'injection sous-cutanée de cette substance provoque une inflammation « chimique », sans bactéries; cette inflammation présente tous les caractères de l'érysipèle, et la lymphangite ne manque pas.

Renfermée dans le corps de la bactérie, la protéine n'est mise en liberté et, par conséquent, capable d'agir que par la mort et la destruction du micro-organisme. Ce fait résulte de l'examen des préparations microscopiques, mais certaines expériences le prouvent également. Ainsi, dans le charbon des rongeurs, la présence dans le sang d'une quantité innombrable de microbes vivants ne provoque nulle part de leucocytose inflammatoire, tandis que l'injection des cultures atténuées ou stérilisées provoque une suppuration abondante.

Jusqu'à présent on a pu isoler (les cultures pures sont traitées avec une solution faible de potasse, filtrées ensuite et la protéine précipitée par l'acide acétique ou chlorhydrique) la protéine de 7 espèces de bactéries. La protéine présente toutes les réactions des corps albuminoïdes et se rapproche de la caséine végétale.

Du reste les expériences faites avec de la *caséine du gluten* ont démontré que cette substance possède les mêmes propriétés que les protéïnes provenant des bactéries.

Du chloroforme dans la trachéotomie, par P. Geffrier (*Rev. de chir.*, décembre 1890, p. 965). — Malgré la discussion de la Société de chirurgie (1887), la Revue critique de Broca et Hartmann (*Rev. de chir.*, 1887), la thèse de Panné (1888), la chloroformisation pour la trachéotomie n'est pas encore adoptée dans les hôpitaux d'enfants de Paris. C'est incontestablement un tort. Geffrier est de cet avis, et il publie 86 observations où il a anesthésié les enfants. Le chloroforme n'est pas plus dangereux que dans les autres opérations, pourvu qu'on tienne compte des *contre-indications* qui sont : 1° absolues (asphyxie avancée, prostration par intoxication); 2° relatives (cyanose accentuée sans gêne de l'expiration); cyanose légère avec gêne de l'expiration). La cyanose légère sans gêne de l'expiration n'est pas une contre-indication. Le chloroformisateur devra être expérimenté. En cas d'alerte, on cessera immédiatement l'anesthésie et on opérera. Au total Geffrier compte : 53 cas où le chloroforme a été bien toléré; 17 où il a été assez bien toléré; 17 où il a été mal toléré (mais l'auteur est de parti pris sévère dans ses appréciations). Il n'en résulte pas d'inconvénient ultérieur, puisque Geffrier n'a que 22 décès sur 88 opérations, ce qui est une excellente statistique.

Étude sur les contusions de l'abdomen par coup de pied de cheval, par Moty (*Rev. de chir.*, nov. 1890, p. 878). — L'auteur relate neuf observations inédites, dont une est un succès personnel de la laparotomie, l'intestin étant rompu. D'une étude soigneuse il conclut que les coups de pied de cheval dans l'abdomen se compliquent dans un tiers des cas de lésions intestinales (par éclatement, par écrasement, par arrachement). Il pense que la perforation peut souvent être diagnostiquée si on tient compte de la douleur vive et immédiate; il faut alors faire d'urgence la laparotomie. Mais en cas de doute il n'admet pas la laparotomie exploratrice. On peut avoir des succès même quand il y a déjà début de péritonite. Le pronostic d'une contusion de l'abdomen doit toujours être réservé pendant un mois, à cause des complications secondaires possibles.

BIBLIOGRAPHIE

Traité de chirurgie, publié sous la direction de MM. S. Duplay et P. Reclus. T. III. Maladies des os, des articulations, du crâne et du rachis, par MM. Poncet, Nélaton, Quénu, Lagrange, G. Marchant et Kirmisson. Paris, G. Masson, 1890.

Le chapitre des tumeurs des os, qui n'avait pu trouver place dans le dernier volume, commence le tome III du Traité de chirurgie qui renferme les maladies des articulations, les maladies du crâne et les maladies du rachis.

M. Nélaton dans l'étude des luxations se fait remarquer par la clarté de ses descriptions et nous recommandons particulièrement la lecture des chapitres intitulés : Luxation de l'épaule, Luxation de la hanche et Luxation de la mâchoire. Nul n'était mieux placé que M. Nélaton pour étudier les luxations anciennes et cette question intéressante est traitée d'une façon complète.

M. Lagrange avait à exposer les arthrites infectieuses et inflammatoires. Il s'est bien acquitté de cette tâche délicate et s'est étendu sur l'étude des ankyloses, sujet qui, depuis sa thèse, lui est particulièrement connu.

Les arthropathies nerveuses, les arthrites sèches et les corps étrangers articulaires sont dus à la plume de M. Quénu. Ce sont des questions un peu ingrates; certaines d'entre elles sont pour ainsi dire des nouvelles venues dans le domaine chirurgical. Leur lecture nous a montré les qualités que nous avons déjà signalées dans tous les chapitres écrits par M. Quénu.

Les maladies des régions commencent, bien entendu, par celles du crâne, confiées à M. Gérard Marchant. C'est une étude très complète et qui détachée ferait un volume important. Il est impossible de donner en passant l'analyse d'un travail aussi considérable; on le lira avec le plus grand fruit.

C'est M. Kirmisson qui a écrit les maladies du rachis. Chacun connait la compétence de M. Kirmisson dans la chirurgie de la colonne vertébrale et on n'aura qu'à lire les chapitres traitant du spina bifida et de la scoliose pour s'en convaincre et pour connaître les idées nouvelles émises sur ces sujets. Nous y avons vu avec plaisir les appareils qui fonctionnent aux Enfants-Assistés pour le traitement de la scoliose, ainsi que des reproductions de photographies qui font partie de la collection de M. Kirmisson.

Nous ajouterons une remarque importante : les trois volumes parus ont vu le jour à la date annoncée. Nous sommes dorénavant assurés que la publication sera terminée dans les délais fixés.

Eugène Rochard.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

La grippe et la dengue, étude des épidémies de 1889 à Smyrne, par W. Chasseaud, Paris, O. Doin, 1890.

L'auteur compare les épidémies de dengue et de grippe au point de vue de leur propagation dans les divers quartiers de la ville de Smyrne. Tandis que la dengue, importée dans un quartier, y est restée un certain temps cantonnée et ne s'est propagée que lentement aux quartiers voisins, la grippe a envahi rapidement toute la ville sans distinction de quartiers. Celle-ci serait, d'après l'auteur, disséminée par l'air et se propagerait avec une rapidité trop grande pour qu'on puisse l'attribuer à la contagion. Cependant il remarque que l'infection arrive toujours dans un pays par importation; lente à se manifester d'abord, infectant successivement les malades par contagion au début, elle se transmet plus tard par l'air dont le rôle ne devient, toujours d'après l'auteur, apparent que vers la fin. Ce mode de raisonnement est-il de nature à satisfaire les épidémiologistes? Nous en doutons, car il est précisément de règle que le mode de propagation d'une maladie ne peut se déduire que de l'observation des premiers cas, les conditions de transmission devenant plus obscures et plus complexes dans leur déterminisme à mesure que le nombre des cas augmente.

NOUVEAUX ÉLÉMENTS DE PATHOLOGIE EXTERNE, publiés par le professeur A. BOUCHARD (de Bordeaux). Tome II, fasc. 2. Maladies des régions. Paris, Asselin et Houzeau, 1890.

Ce fascicule, très volumineux, termine le *Traité* dont M. Bouchard a entrepris la publication. Il comprend les maladies de la poitrine, de l'abdomen, des voies urinaires, des organes génitaux de l'homme et de la femme, des membres supérieurs et inférieurs. Les collaborateurs de M. Bouchard pour ce volume sont : MM. Boursier, M. Denucé, Piéchaud, Pousson et Villar, agrégés à la Faculté de Bordeaux.

VARIÉTÉS

Prophylaxie de la variole, de la fièvre typhoïde et de la diphthérie.

Le Conseil d'hygiène et de salubrité du département de la Seine vient, sur le rapport de M. Dujardin-Beaumetz, de soumettre à l'approbation de M. le Préfet de police des instructions sur la prophylaxie de la variole, de la fièvre typhoïde et de la diphthérie. Ces instructions peuvent se résumer comme il suit :

Variole. — La variole est une maladie éminemment contagieuse; la vaccination et la revaccination sont les seuls moyens de prévenir et d'arrêter les épidémies de la variole.

Les cas de variole seront déclarés au commissariat de police du quartier pour la ville de Paris ou à la mairie dans les communes du ressort de la préfecture. L'administration assurera l'isolement ou le transport du malade et la désinfection du logement contaminé.

Si le malade ne peut recevoir à domicile les soins nécessaires, s'il ne peut être isolé, notamment si plusieurs personnes habitent la même chambre, il doit être transporté dans un établissement spécial; les chances de guérison sont alors plus grandes et la transmission n'est pas à redouter. Le transport devra toujours être fait dans une des voitures spéciales mises gratuitement à la disposition du public par l'administration. Dans le cas où le malade n'est pas transporté, il doit être isolé. Il sera placé dans une chambre séparée où pénétreront seules les personnes qui le soignent; son lit sera placé au milieu de la chambre; les tapis, tentures et grands rideaux seront enlevés. Le malade sera tenu dans un état constant de propreté.

Les personnes appelées à donner des soins à un varioleux devront être revaccinées; elles se laveront les mains avec une solution de sulfate de cuivre faible (à 12 grammes par litre d'eau), toutes les fois qu'elles auront touché le malade ou les linges souillés; elles devront aussi se rincer la bouche avec de l'eau bouillie; elles ne mangeront jamais dans la chambre du malade; elles devront avoir des vêtements spéciaux et les quitter en sortant de la chambre.

Tous les objets (linge, draps, couvertures, objets de toilette, etc.) ayant été en contact avec le malade, doivent être désinfectés. Cette désinfection sera obtenue à l'aide de solutions de sulfate de cuivre. Ces solutions seront de deux sortes : les solutions fortes (50 grammes par litre) serviront à désinfecter les linges souillés; les faibles (12 grammes 50 par litre) serviront au lavage des mains et des linges non souillés.

Les commissaires de police tiennent gratuitement à la disposition du public des paquets de 25 grammes destinés à faire les solutions. On mettra deux de ces paquets dans un litre d'eau pour préparer les solutions fortes et un paquet dans deux litres pour les solutions faibles. Les linges souillés seront trempés et resteront deux heures dans les solutions fortes. Aucun des linges, souillés ou non, ne doit être lavé dans un cours d'eau. Les linges non souillés seront plongés dans une solution faible. Les habits, les literies et les couvertures seront portés aux étuves municipales publiques de désinfection. Le malade ne doit sortir qu'après avoir pris plusieurs bains.

La désinfection des locaux est faite gratuitement par des désinfecteurs spéciaux. Pour obtenir cette désinfection, il suffit de s'adresser, à Paris, au commissaire de police du quartier. Un médecin délégué est chargé de vérifier l'exécution des mesures prescrites ci-dessus.

Fièvre typhoïde. — Le germe de la fièvre typhoïde se trouve dans les déjections des malades; la contagion se fait à l'aide de l'eau contaminée par ces déjections ou par tout objet souillé par elles. En temps d'épidémie de fièvre typhoïde, l'eau potable doit être l'objet d'une attention toute particulière; l'eau récemment bouillie donne une sécurité absolue. Cette eau doit servir à la fabrication du pain et au lavage des légumes. Avant de manger, il faut se laver les mains avec du savon. Les habitudes alcooliques, les excès de tout genre et surtout les excès de fatigue, prédisposent à la maladie.

De même que pour la variole, les cas de fièvre typhoïde doivent être déclarés au commissariat de police du quartier, à Paris, ou à la mairie, dans la banlieue. Le transport du malade et son isolement se font dans les mêmes conditions que ceux des varioleux.

Il est de la plus haute importance que les déjections du malade, ainsi que les objets souillés par elles, soient immédiatement désinfectés. Pour désinfecter les matières, on versera dans le vase destiné à les recevoir un demi-litre de la solution forte (préconisée pour les varioleux). On lavera avec cette même solution les cabinets d'aisances et tout endroit où ces déjections auraient été jetées et répandues. Aucun des linges souillés ou non ne doit être lavé dans un cours d'eau. Les linges souillés seront trempés et resteront deux heures dans les solutions fortes. Les linges non souillés seront plongés dans une solution faible. Les habits, les literies et les couvertures seront portés aux étuves municipales publiques de désinfection.

Diphthérie. — La diphthérie est une affection éminemment contagieuse; son germe est contenu dans les fausses membranes et les crachats; il se transmet surtout à l'aide des objets souillés par les produits de l'expectoration. Ces objets, quand ils n'ont pas été désinfectés, conservent pendant des années leur pouvoir infectieux.

L'isolement et la désinfection sont les seules mesures efficaces de préservation. En temps d'épidémie, tout mal de gorge est suspect; le germe de la diphthérie se développant surtout sur une muqueuse déjà malade, appeler de suite un médecin. Les cas de diphthérie doivent aussi être déclarés au commissariat de police de Paris et à la mairie dans la banlieue.

Le malade doit être tenu dans le plus grand état de propreté. On évitera tout ce qui pourrait provoquer l'excoriation de sa peau : vésicatoires, sinapismes, etc. Il est indispensable d'éloigner immédiatement toute personne qui ne concourt pas au traitement du malade et surtout les enfants. Les personnes qui soignent le malade éviteront de l'embrasser, de respirer son haleine et de se tenir en face de sa bouche pendant les quintes de toux. Si ces personnes ont des crevasses ou de petites plaies, soit aux mains, soit au visage, elles auront soin de les recouvrir de collodion. Elles se laveront les mains avec une solution de sulfate de cuivre faible (12 grammes par litre d'eau), toutes les fois qu'elles auront touché le malade ou les linges souillés. Elles devront aussi se rincer la bouche avec de l'eau bouillie. Elles ne mangeront jamais dans la chambre du malade. Pour la désinfection, comme ci-dessus.

Nécrologie. — Le 10 janvier 1891, le corps médical de Varsovie éprouvait une perte cruelle par la mort de M. le prof. Szokalski (Victor), ophthalmologiste distingué, ancien chef de clinique du Dr Sichel, secrétaire perpétuel de la Société de Varsovie, fondateur d'une Caisse médicale de secours, auteur de travaux importants en chirurgie et en ophthalmologie.

— Nous avons aussi le regret d'apprendre la mort de notre vénéré confrère M. le Dr Lombard, ancien médecin en chef des Sourds-Muets, officier de la Légion d'honneur.

Livres déposés au Bureau du Journal

Guide Rosenwald. Annuaire de statistique médicale et pharmaceutique pour l'année 1891, contenant la liste des docteurs, officiers de santé, pharmaciens, etc., de Paris et des départements classés par quartiers, rues et localités, etc., etc. Paris, L. Rosenwald, éditeur, 13, passage Saulnier, à Paris.

Agenda médical pour 1891, entièrement refondu et contenant : 1° un Mémoire thérapeutique du médecin praticien par M. Constantin Paul; 2° un mémoire obstétrical par M. Pajot; 3° un formulaire magistral par M. Delpech; 4° une notice sur les stations hibernales de la France et de l'étranger par M. de Valcourt, plus un calendrier à deux jours par page et la liste des membres du corps médical, des facultés de France, des Écoles militaires et navales, des Sociétés savantes, etc. Paris, Asselin et Houzeau. Prix br. 1 fr. 75; cart. à l'angl. 2 fr. Divisé en 6 cahiers, 3 fr. Pour les portefeuilles, prix divers de 3 fr. 50 à 9 fr.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Imp. des Arts et Manufatures, 12 rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES SAMEDIS ET PUBLIANT TOUS LES MERCREDIS

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

RÉDACTEUR EN CHEF : Dr L. LEREBOULLET. — SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION : Dr A. BROCA.

COMITÉ DE RÉDACTION

MM. E. BRISSAUD, G. DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, A. GILBERT, A. HÉNOCQUE, A.-J. MARTIN, A. PETIT, P. RECLUS

BULLETIN

Sur la nouvelle communication de Koch.

A M. le Dr Lereboullet, directeur de la *Gazette hebdomadaire*.

Mon cher maître,

Après avoir pris connaissance de la dernière communication du professeur Koch, je prends la liberté de vous transmettre l'impression que cette lecture m'a laissée, bien qu'elle ne puisse avoir pour vous, je le sais d'avance, qu'un intérêt secondaire, et qu'elle doive différer assez peu de celle que vous aurez éprouvée vous-même et peut-être déjà communiquée à vos lecteurs.

Koch semble dire que le premier soupçon qu'il aurait eu d'un certain principe d'immunité contenu dans la sécrétion du bacille tuberculeux, il l'aurait pris dans ce fait que la deuxième inoculation sur un cobaye déjà en évolution tuberculeuse ne donnait plus lieu qu'à un processus local fruste et facilement cicatrisable. Ce fait paraît en opposition avec d'autres expériences, tentées, il est vrai, chez des lapins par Martin, Parrot et Falk. Mais la différence dans les espèces d'animaux suffit peut-être pour expliquer cette contradiction; et c'est une contradiction de même ordre que notre ancien maître M. le professeur Straus a rencontrée chez les chiens et chez les solipèdes dans ses recherches sur la vaccination contre la morve.

D'ailleurs, dans l'espèce humaine, ce n'est pas la première fois qu'on a remarqué et dit que les personnes qui avaient eu des tuberculoses locales cutanées ou ganglionnaires (écrouelles) paraissaient jouir, une fois guéries, d'une certaine immunité contre les tuberculoses ultérieures. Et depuis lors, les remarquables expériences de Grancher et Martin ont mis tout à fait hors de doute l'existence d'un principe soluble d'immunité, et ils en ont fait le point de départ d'une médication préventive, en s'inspirant des procédés d'atténuation de M. Pasteur. Ils n'ont pas dit, il est vrai, s'ils avaient isolé ce principe soluble vaccinal, et s'ils en avaient obtenu les mêmes résultats qu'avec les microbes atténués.

C'est sans doute dans la même direction d'études que Koch a été amené à se servir de la matière résiduelle des microbes tuberculeux. D'après les procédés de culture de Koch, on sait que cette matière n'est pas diluée dans des bouillons, dont on puisse l'extraire par évaporation ou précipitation, et où l'on puisse au besoin par filtration la séparer de ses microbes générateurs. Elle est mêlée à des milieux solides de culture, et il faut pour s'en servir dessécher, puis triturer ces milieux et mêler ainsi tout ensemble microbes, milieux et produits sécrétés, qu'on dissout ensuite dans un véhicule liquide. C'est ce liquide vecteur que Koch a expérimenté. Il devrait être à son minimum d'action virulente ou vaccinale, s'il faut s'en rapporter à une conception de Metchnikoff, qui considère le principe d'immunité comme étant souvent le déliquium des cadavres de microbes.

Quels résultats Koch en a-t-il obtenus sur des animaux sains, au point de vue de l'immunité et de la vaccination préventive? Il ne le dit pas, bien que ses premières expériences aient dû être dirigées dans ce sens. Il se contente de dire qu'il n'y a eu, au foyer de l'injection, qu'une suppuration locale, et pas de réaction générale.

En revanche, il nous apprend que chez les cobayes déjà tuberculeux, l'injection, même à faibles doses, amène en peu de jours l'évolution fatale; mais qu'à doses plus faibles encore et répétées à quelques jours d'intervalle, loin de produire la mort, elle amène peu à peu la régression du processus tuberculeux, et l'amélioration de l'état général.

Dès lors, c'est un nouvel ordre de faits qui commence. Il ne s'agit plus d'une médication préventive (qu'il recherchait certainement, dont il ne parle plus aujourd'hui, mais dont il parlait dans sa première note), mais d'un traitement curatif.

Malheureusement Koch glisse vite sur cette amélioration, dont il semble, d'ailleurs, restreindre la portée, en disant que l'animal guérit si..... « s'il ne meurt pas de l'épuisement précédemment provoqué », et peut-être, ajoutons-nous, si le liquide d'injection n'a pas contribué à exagérer cet épuisement en provoquant des lésions nouvelles.

Il en était une, tout au moins, que Koch devait tout d'abord conjurer, parce qu'elle sautait aux yeux et était visiblement accusatrice. C'est la suppuration et le sphacèle locaux au foyer de l'injection. Koch s'en est préservé, après de nombreuses et louables recherches, en enrobant pour ainsi dire la substance active dans la glycérine et en rendant ainsi son contact moins direct et moins offensant pour les tissus sous-cutanés.

C'est cette solution extractive glycérinée que Koch livre aujourd'hui aux expérimentateurs.

Koch, il est vrai, attribue à la glycérine un autre rôle, puisque d'après lui elle ne dissoudrait pas et laisserait ainsi de côté le principe nécrogène et suppuratif de sa lymphe. Mais il ne dit rien de la contre-expérience faite avec ce produit résiduel; et ce qui nous fait croire à notre explication et à la simple dissimulation du produit par la glycérine au foyer d'injection, c'est qu'il se retrouverait, une fois remis en liberté dans le sang, avec toute sa puissance dégénérative.

Cette puissance d'ailleurs ne se ferait pas sentir également, selon une règle générale, sur tous les tissus ni tous les individus. Elle s'exercerait spécialement sur les tissus frappés déjà d'une certaine déchéance, sur ceux en particulier où l'incitation morbide commençante est devenue semblable à sa propre action, et s'en trouve dès lors pour ainsi dire prolongée. Nous voulons parler des tissus tuberculeux et des tissus lépreux (Kaposi, Max Joseph, Babès), qui ont avec ceux-ci plus d'une analogie. Mais est-ce une raison pour que le conflit qui en résulte soit réellement un effort curatif? Koch reste à cet égard dans son optimisme des premiers jours et affirme encore l'excellence curative de son remède; de telle sorte qu'on ne peut plus dire qu'il avait eu la conscience de livrer au public son remède incomplet, et qu'il avait dû céder, avant le terme fixé par lui, à une pression venue d'en haut.

Il laisse volontairement de côté et traite de quantité négligeable et isolée les déceptions survenues pourtant de tous les côtés, les récidives après des améliorations apparentes et passagères, les morts hâtives qui ne se comptent plus, les généralisations dans des cas de simples tuberculoses locales, les aggravations en dépit des injections répétées, les ulcérations et les sphacèles étendus, qui témoignent de tout autre chose que de la guérison, et dont Virchow, Baumgarten viennent d'apporter les preuves autopsiques irrécusables.

Et malheureusement il n'y a pas que les tissus tuberculeux qui se laissent entamer par ce produit incendiaire. Là même où les tubercules font défaut, qu'il s'agisse des épithéliums rénal, alvéolaire, de l'endothélium des vaisseaux, de l'endocarde, de la plèvre, des méninges..... partout ce produit peut porter la destruction et la mort. D'ailleurs, si Koch n'en convient pas, il en fait l'aveu implicite, quand il dit que sa lymphe « à dose suffisamment élevée, attaque, même dans l'organisme sain, certains éléments anatomiques, probablement les globules blancs ou les éléments qui s'en rapprochent ».

Et c'est avec la conscience de ce fait sans doute que Koch a essayé, vainement il est vrai, de faire l'analyse de son extrait glycériné, et d'en isoler les éléments constitutifs. Il n'a pu en séparer que des produits sans action sur les organismes vivants et que les matières colorantes (1). Le principe phlogogène, qui est d'ailleurs la raison d'être de la lymphe, y reste attaché, et masque ses autres propriétés possibles, ses propriétés vaccinales, par exemple. Dès lors, on doit se demander non pas si ses essais doivent être continués, mais si son emploi ne doit pas être interdit tant que sa composition actuelle ne sera pas modifiée.

De tout ceci naît donc l'impression d'un grand effort scientifique, longtemps soutenu, et qui à ce titre commande le respect, mais qui n'a pas atteint son but. D'ailleurs l'illustre savant est de ceux qui ne se lassent point et peuvent prendre d'éclatantes revanches. Il appartient, d'autre part, à nos savants français de ne pas se laisser distancer dans une carrière qui reste encore ouverte à l'émulation de tous.

Dr Ricochon (de Champdeniers).

(1) Nous ferons remarquer à notre distingué correspondant que Koch dit avoir isolé, d'une façon relative il est vrai, le principe actif, mais que cet isolement n'a pas d'intérêt pratique. Voy., à cet égard, la *Gazette*, p. 31. — N. D. L. R.

REVUE GÉNÉRALE

Des délires hystéro-hypnotiques provoqués.

L'hypnotisme permet de faire, en quelque sorte, l'étude expérimentale de la folie. On peut, en effet, provoquer, chez les hystériques hypnotisables et suggestibles, des hallucinations sensorielles, des obsessions psychiques, des impulsions irrésistibles; on peut paralyser leur volonté, transformer leur personnalité, pervertir leur jugement, déterminer des accès de manie ou de mélancolie, produire de toutes pièces le délire des persécutions ou le délire des grandeurs, créer, en un mot, de véritables aliénations mentales artificielles.

L'analyse détaillée de ces vésanies expérimentales présenterait certainement beaucoup d'intérêt, mais elle exigerait une longue série de recherches que je ne suis pas en mesure d'entreprendre aujourd'hui. Je me bornerai, pour le moment, à étudier une partie très limitée de ce vaste sujet, en présentant quelques courtes considérations sur une forme particulière des délires hystéro-hypnotiques, à laquelle conviendrait assez bien, ce me semble, le nom de *délires mono-idéiques*.

I

Lorsque vous dites à une personne hypnotisée et suggestible : « Demain, à telle heure, vous accomplirez tel acte déterminé, » cette personne, une fois réveillée, vaque à ses occupations ordinaires. Elle paraît jouir de toutes ses facultés. Elle n'a aucun souvenir conscient de ce que vous lui avez dit. Et cependant, quand arrive l'heure convenue, elle éprouve un désir impérieux d'accomplir l'acte suggéré. Au moment où ce désir émerge des profondeurs de l'inconscient et s'impose à la volonté du sujet, celui-ci est, ou semble être, parfaitement éveillé. Il a les yeux ouverts, les mouvements libres, la sensibilité normale. Son entendement n'est troublé que dans la limite de la suggestion. Il a un délire partiel, une véritable monomanie, qui persiste généralement jusqu'à ce que l'acte ait été exécuté. Puis tout rentre dans l'ordre; le sujet reprend sa vie normale, sans se rappeler ce qu'il vient de faire.

Cet oubli de l'accomplissement des actes suggérés dans ces conditions, a une telle importance qu'il me paraît utile de le démontrer par un exemple concret. Hier, j'ai dit à Emma B..., préalablement endormie : « J'aurai besoin de vous demain matin à l'amphithéâtre. Quand vous entrerez dans la salle, vous irez vous placer bien en face de moi et vous me ferez trois grandes révérences avant de vous asseoir. » La malade, réveillée aussitôt après, a vaqué depuis ce moment à ses occupations habituelles. Nous allons la faire venir, et je serais bien surpris si elle n'exécutait pas rigoureusement l'ordre qu'elle a reçu. La voilà qui franchit le seuil de la porte. Je la prie de s'asseoir, mais elle n'écoute pas. Elle se dirige vers l'hémicycle, s'arrête devant moi, fait trois grandes révérences et va prendre place sur la chaise qui lui est destinée. Je lui demande maintenant pourquoi elle s'est livrée à cette pantomime, et elle répond avec assurance qu'elle n'a rien fait d'anormal, qu'elle n'a salué personne, qu'elle s'est assise tranquillement sur sa chaise aussitôt qu'on le lui a dit.

Les choses se passent exactement de la même façon lorsqu'au lieu de suggestions d'actes on donne au sujet des suggestions d'hallucinations à échéances. Une expérience vous en fournira la preuve. J'ai dit hier à Paule C..., placée en état cataleptoïde : « Demain matin, je vous ferai venir à l'amphithéâtre des cours. En y arrivant, vous verrez dans la salle une douzaine d'oiseaux qui,

après avoir volé un moment dans tous les sens, s'échapperont par les fenêtres. » On va chercher la malade... Elle entre et s'écrie aussitôt : « Oh! ces oiseaux! comme ils sont jolis! Il faut les attraper. Fermez vite les fenêtres... Trop tard... Il sont tous partis. » Cela dit, elle va s'asseoir le plus naturellement du monde, et si nous lui demandons de nous décrire les oiseaux dont elle vient de parler, elle répond qu'elle ne sait pas du tout ce que nous voulons dire, qu'elle n'a pas vu d'oiseaux et qu'elle ne comprend pas notre question.

L'état psycho-physiologique dans lequel se produisent les épisodes délirants analogues à ceux dont vous venez de voir deux exemples, diffère à la fois de l'état de veille normal et des états hypnotiques francs; c'est pourquoi je propose de lui donner le nom d'*état paraphronique* (1).

Il se distingue de l'état normal : 1° par la concentration subite et involontaire de la pensée sur une idée parasite surgissant tout à coup sans qu'aucune association en explique la genèse; 2° par la perte du souvenir des actes accomplis sous l'influence de cette idée ou des hallucinations provoquées par la suggestion initiale.

Il se sépare des états hypnotiques francs : 1° par l'absence de phénomènes somatiques, 2° par l'impossibilité dans laquelle se trouve l'expérimentateur d'effacer la suggestion initiale et d'en donner de nouvelles tant que dure le délire provoqué. Je puis vous donner tout de suite la démonstration objective de cette dernière assertion. J'endors Paule C... en pressant une de ses zones hypnogènes, et quand elle est en état cataleptoïde je lui dis : « Lorsque vous serez réveillée, vous verrez sur les murs de l'amphithéâtre deux magnifiques tableaux représentant des batailles; » puis, je comprime une de ses zones hypno-frénatrices. En ce moment, Paule C... a les apparences de l'état de veille normal. Elle paraît jouir de toutes ses facultés. Elle répond sans hésitation aux questions qu'on lui pose, mais elle contemple avec étonnement les murs de l'amphithéâtre. Je lui demande :

— Que regardez-vous donc avec tant d'attention?

— J'admire, répond-elle, ces beaux tableaux que je n'avais jamais vus.

— Mais il n'y a pas de tableaux. Vous vous trompez.

— Comment, il n'y a pas de tableaux? Vous voulez vous moquer de moi. Je les vois bien ces deux grands tableaux. Ils représentent des batailles. Regardez donc ici, ces chevaux, ces canons, ce groupe de morts et de blessés. Et là, voyez ce général qui donne des ordres. »

Nous aurons beau lui affirmer que les murs de l'amphithéâtre sont blancs, nous perdrons notre peine; elle verra les tableaux jusqu'à ce qu'après l'avoir endormie de nouveau nous ayons effacé la suggestion que nous lui avons donnée.

Cette résistance aux suggestions nouvelles établit une ligne de démarcation très tranchée entre l'*état paraphronique* et l'*état de crédulité ou de veille somnambulique*. Dans les deux cas, les sujets ont l'aspect extérieur de gens éveillés et même très éveillés; ils jouissent de toute la liberté de leurs mouvements; leurs muscles ont conservé le tonus normal; leur sensibilité n'est pas modifiée; les phénomènes somatiques de l'hypnose font complètement défaut. Mais dans l'état de crédulité ou de veille somnambulique tel qu'il a été décrit par MM. Emile Yung (2), Liégeois (3), Ch. Richet (4), Bernheim (5), Beaunis (1), de Rochas (2), Delbœuf (3), Forel (4), Morselli (5), etc., les sujets acceptent toutes les suggestions données, tandis que dans l'état paraphronique les suggestions ne sont pas acceptées. Dans ce dernier état, les malades ont un délire partiel, mono-idéique, dont rien ne peut les détourner. Subjugués par une sorte de fascination psychique qui domine leur activité, ils restent indifférents à tout ce qui ne se rapporte pas à l'objet de ce délire. Pour le faire cesser, il faut endormir de nouveau les sujets et effacer, pendant le sommeil, la suggestion provocatrice donnée antérieurement pendant le sommeil.

II

L'*état paraphronique* peut être provoqué chez certains sujets par la fixation de l'attention sur une idée quelconque au moment de la production de l'hypnose artificielle. Exemple : Je fais approcher Jeanne M..., qui est en ce moment-ci à l'état de veille normal, et je lui parle du Diable. « Il est horrible, lui dis-je; il a des doigts crochus, des dents pointues, des cornes sur la tête, une fourche à la main. » Et pendant que je fais cette description, je presse légèrement une des zones hypnogènes de la malade. Aussitôt Jeanne, qui avait écouté jusque-là mes paroles sans paraître très émue, pousse un grand cri. Une terreur profonde se peint sur son visage. Elle voit là, devant elle, un diable menaçant, avec une bouche hideuse, un sourire féroce. Que lui veut-il, cet être affreux? Il va sans doute la prendre, l'emporter!... Il est manifeste que Jeanne est en proie à une hallucination fortement objectivée, comme le sont d'ordinaire les hallucinations hypnotiques. Cependant, elle n'est pas dans l'état hynotique ordinaire, et la preuve, c'est que l'hallucination persiste malgré les suggestions contradictoires. Je dis à la malade : « Vous vous trompez, ce n'est pas un diable qui est devant vous, c'est un singe. » Vains efforts. Le diable est toujours là. Jeanne ne voit que lui, ne pense qu'à lui, ne parle que de lui. Pour faire cesser l'hallucination, il faut réveiller la malade par la compression de l'ovaire gauche, ou la placer en état cataleptoïde par la pression plus énergique d'une de ses zones hypnogènes. Si on la réveille, la vision s'évanouit sans qu'il en persiste aucun souvenir; si on l'endort plus profondément, l'hallucination obéit aux lois ordinaires des hallucinations hypnotiques : il suffit d'un mot de l'expérimentateur pour la transformer ou la faire disparaître.

Ces observations démontrent que, chez certains sujets facilement hypnotisables, on peut provoquer par la fixation de la pensée sur un objet quelconque, au moment de la production de l'hypnose artificielle, un délire plus fixe que le délire hypnotique vulgaire, puisqu'il ne peut être modifié par suggestion et que pour le faire cesser il faut ou bien réveiller les sujets qui en sont atteints ou bien les plonger dans une phase plus profonde du sommeil hypnotique. Ce délire a tous les caractères des délires mono-idéiques provoqués, et l'état dans lequel il se produit est l'*état paraphronique*.

On pourrait peut-être expliquer de la façon suivante le mécanisme de sa genèse : Lorsqu'une idée est fortement

(1) De παραφρονεσις, délire.

(2) Emile Yung, *Le sommeil normal et le sommeil pathologique*. Paris, 1883.

(3) Liégeois, *De la suggestion hypnotique dans ses rapports avec le droit*. Paris, 1884.

(4) Ch. Richet, *De la suggestion sans hypnotisme* (*Société de biologie*, 1884).

(5) Bernheim, *Suggestion à l'état de veille* (*Revue médicale de l'Est*, Nancy, 1883; *Journal de thérapeutique*, 1883; *Société de biologie*, 1884. — *De la suggestion dans l'état hypnotique et dans l'état de veille*. Paris, 1884.

(1) Beaunis, *Le somnambulisme provoqué*. Paris, 1886, p. 158.

(2) A. de Rochas, *L'état de crédulité* (*Revue scientifique*, 12 février 1887).

(3) Delbœuf, *La prétendue veille somnambulique* (*Revue philosophique*, 1887).

(4) Forel, *Der Hypnotismus*, Stuttgard, 1889.

(5) Enrico Morselli, *Contributo critico-sperimentale alla fisiopsicologia della suggestione. Sui fenomeni di credulita per suggestione non ipnotica nella persone sane* (*Rivista di filosofia scientifica*, septembre 1889.)

gravée dans l'esprit d'un sujet soumis à une action hypnogénique graduelle, elle s'objective avant que tous les symptômes du sommeil artificiel soient produits, et elle persiste avec son objectivation puissante tant que le sujet n'est pas tout à fait endormi. Les chimistes ont remarqué que certaines combinaisons se produisent plus facilement quand les corps sont à l'état naissant. On pourrait, dans une certaine mesure, interpréter de la même façon les phénomènes qui nous occupent en disant que, dans certains cas, le délire mono-idéique est un symptôme de l'état naissant du sommeil hypnotique.

III

Le délire ecmnésique doit être considéré comme une variété des délires mono-idéiques dont nous venons d'analyser les caractères et d'indiquer les principaux modes de production. Il peut être provoqué comme eux, soit par des suggestions à échéances, soit par la fixation de l'attention des sujets, au moment de l'action des procédés hypnogènes, sur une période déterminée de leur vie passée. Exemples :

1° J'endors Albertine M..., et je lui dis : « Quand vous serez réveillée, vous aurez douze ans. Vous serez placée à Blaye, chez M. X... (1). » Puis je la réveille en pressant sur une de ses zones hypno-frénatrices, et je lui demande :

« — Qu'avez-vous fait ce matin, Albertine ?

— Monsieur, répond-elle, me prenant pour son ancien maître, j'ai balayé le magasin, j'ai fait votre chambre, je vais aller maintenant porter à déjeuner au garçon qui est sur le quai. Mais, auparavant, je vais mettre de l'ordre ici. »

Et elle se met, en effet, à essuyer les chaises et les tables de l'amphithéâtre. Parlons-lui des événements qui se sont passés depuis l'époque où elle était au service de M. X... ; elle ne comprendra rien à notre langage, et pour la faire revenir à l'appréciation exacte des réalités, nous serons obligés de la faire sortir de l'état paraphronique dans lequel elle se trouve, en comprimant fortement son ovaire gauche.

Remarquez bien qu'il ne s'agit pas ici d'une suggestion hypnotique simple. Si nous disions à la malade pendant qu'elle est à l'état cataleptoïde : « Vous avez douze ans, » elle parlerait, pleurerait et agirait comme une enfant de douze ans; mais il nous suffirait de lui dire : « Vous avez maintenant quatre-vingts ans, » pour qu'elle se mît aussitôt à parler, à penser et à agir comme un vieillard. La suggestibilité, dans l'état d'hypnotisme franc, est indifférente ; toutes les suggestions sont acceptées sans résistance ; l'expérimentateur peut changer à volonté les penchants, les sentiments, la personnalité du sujet hypnotisé. Dans l'état paraphronique, au contraire, les suggestions ne sont pas acceptées, et le délire persiste immuable tant que dure l'état paraphronique, malgré tous les efforts qu'on peut faire pour le modifier.

2° Albertine étant actuellement revenue à l'état de veille normal, je lui parle de l'époque où, à l'âge de sept ans, elle gardait les vaches de sa mère-nourrice. Elle rappelle ses souvenirs relatifs à cette période de sa vie ; elle nous décrit les qualités et les défauts des animaux dont elle avait la surveillance. Pendant qu'elle se complaît dans ce récit, je presse une de ses zones hypnogènes. Aussitôt elle tombe en état paraphronique, et nous assistons à une scène de délire ecmnésique tout à fait semblable à celles que nous avons eu maintes fois l'occasion d'observer dans les attaques de délire spontané de la même malade. Elle croit être sur le bord d'une route ; ses bêtes broutent paisiblement ; elle les surveille et les empêche de pénétrer dans les champs où elles ne doivent pas entrer. A ce moment, sa personnalité a subi le phénomène de réversion qui accompagne l'ecmnésie. Notre malade a six ou sept ans ; elle ne se rappelle rien de ce qu'elle a appris depuis l'époque où elle passait réellement ses journées à garder les vaches de sa mère-nourrice. Cette scène de délire durera jusqu'au moment où nous ferons cesser l'état paraphronique en comprimant l'ovaire gauche de la malade.

Ces deux expériences prouvent bien que le délire ecmnésique peut être provoqué par les mêmes procédés que les délires mono-idéiques simples dont il n'est, en somme, qu'une variété.

IV

Les faits que nous venons d'étudier fournissent l'explication d'un certain nombre de phénomènes qui se montrent assez souvent dans le cours du somnambulisme naturel ou artificiel.

a) Autant qu'on peut en juger par la description des auteurs qui ont été témoins des grandes épidémies de démonopathie, le délire des possédées avait les caractères des *délires mono-idéiques*. Les malades étaient prises tout à coup, en entrant dans les églises, en voyant approcher les exorcistes, en entendant le son des cloches, etc., d'une agitation délirante accompagnée ou non de convulsions. Elles parlaient au nom du diable qui était censé avoir pris possession de leur être. Elles proféraient des blasphèmes, injuriaient les prêtres, étonnaient les personnes de leur entourage par le cynisme de leurs propos et revenaient sans cesse sur les mêmes sujets, malgré les objurgations des personnes qui cherchaient à donner un autre cours à leurs pensées. Si elles eussent été dans l'état somnambulique vulgaire, le rôle des exorcistes eût été des plus simples : à la première injonction, le délire démoniaque se serait évanoui et la possédée aurait accepté sans résistance toutes les suggestions possibles. Du moment qu'elles persistaient dans leur systématisation délirante, c'est qu'elles n'étaient pas dans l'état somnambulique complet. Tout porte à croire qu'elles étaient en état paraphronique. Vivant dans une société où les préoccupations religieuses occupaient une place considérable et où les superstitions étaient d'autant plus enracinées qu'elles étaient plus grossières, les malheureuses hystériques avaient toujours l'esprit hanté par la crainte du diable. Quand elles s'endormaient, elles étaient dominées par cette crainte, et, au lieu d'avoir des attaques de sommeil somnambulique vrai, elles avaient des attaques de délire mono-idéique provoqué par la fixation constante de leur attention sur les sujets religieux qui les obsédaient.

b) Nos études fournissent également l'explication d'un phénomène très curieux du somnambulisme provoqué : le phénomène de la *possession magnétique*.

Il arrive assez souvent que les sujets hypnotisés ne sont en rapport qu'avec leur hypnotiseur. Ils ne voient que lui, n'entendent que lui, ne répondent qu'à lui, et pour qu'une autre personne puisse entrer en communication avec eux, il faut que cette personne soit touchée ou tout au moins désignée à leur attention par l'hypnotiseur.

En tant que fait, ce phénomène de la possession magnétique n'est pas contestable. Il a été signalé par les anciens magnétiseurs, par de Puységur, Deleuze, l'abbé Faria, le général Noizet (1), etc. M. Liébeault le donne

(1) A l'âge indiqué, la malade était en effet placée à Blaye, chez un marchand de quincaillerie et d'objets de bazar. Elle n'est restée que quelques mois à son service.

(1) « Le somnambule qui répond aux questions de la personne

comme un des symptômes caractéristiques d'une des phases du sommeil artificiel. Mais la plupart des auteurs modernes s'abstiennent d'en parler, probablement à cause de l'impossibilité dans laquelle ils se trouvent d'en donner une explication acceptable.

En réalité, il n'a rien de merveilleux. On peut, chez certains sujets, le produire à volonté, par les mêmes procédés qui servent à provoquer les délires mono-idéiques. Dites au sujet que vous allez hypnotiser de penser fortement à vous, parlez-lui des services que vous lui avez rendus ou de ceux que vous pouvez lui rendre, et pressez doucement une de ses zones hypnogènes; dans un bon nombre de cas, cela suffira pour déterminer la possession magnétique.

La preuve qu'il s'agit bien là d'un phénomène de *mono-idéisme provoqué*, c'est qu'on peut tout aussi aisément mettre le sujet en possession d'une tierce personne, en fixant son attention sur cette personne au moment où on exécute la manœuvre hypnogène. Il importe peu, du reste, que la personne en question soit présente ou absente. Si elle est présente, le sujet ne voit qu'elle, n'entend qu'elle, et n'obéit qu'à elle; si elle est absente, il pense à elle et n'écoute pas les ordres qui sont donnés, même par son hypnotiseur.

Ce phénomène de la possession magnétique peut également se produire dans certains cas d'auto-hypnotisation, dans lesquels la concentration de la pensée au début du sommeil, — c'est-à-dire la condition la plus ordinaire de la production des délires mono-idéiques, — se trouve réalisée. M. Beaunis raconte incidemment dans ses études sur le somnambulisme provoqué l'observation d'une dame à laquelle il avait dit en quittant Nancy : « Quand vous voudrez vous endormir, vous n'aurez qu'à dire en prononçant mon nom : Endormez-moi. » Le procédé réussit à merveille. La dame s'endormait quand elle le désirait; mais, une fois endormie, elle n'était en rapport avec aucune des personnes présentes; elle n'entendait pas leur voix, elle n'écoutait pas leurs ordres, elle ne songeait qu'à M. Beaunis (1).

En fait, cette dame était en état de délire mono-idéique provoqué, et les détails de l'expérience rendent parfaitement compte de la production de ce délire.

Prof. Pitres (de Bordeaux) (2).

qui l'a endormi est ordinairement sourd pour toutes les questions qui viendraient d'autre part et pour le bruit qui se fait autour de lui, quelque fort qu'il puisse être. Il n'existe pas de fait mieux constaté que celui que j'énonce ici. Tous les magnétiseurs l'ont reconnu. On le trouve consigné dans les ouvrages de MM. de Puységur et Deleuze, ainsi que chez tous les écrivains qui ont parlé du somnambulisme. Enfin, je l'ai vu moi-même vingt fois chez l'abbé Faria et je l'ai vérifié sur le somnambule prussien dont il a été question dans le chapitre précédent... Un second fait non moins certain, non moins connu que le premier, est celui-ci : qu'il suffit qu'une personne quelconque soit touchée par le magnétiseur, qu'il la fasse toucher par le somnambule, ou même qu'il la désigne à son attention pour que, dès ce moment, toutes les questions qu'elle pourra lui faire soient entendues. » (Général Noizet, *Mémoire sur le somnambulisme et le magnétisme animal*. Paris, 1854, p. 97.)

(1) Beaunis, *op. cit.*, p. 28.

(2) Leçon recueillie par M. le Dr E. Bitot, chef de clinique à l'hôpital *Saint-André de Bordeaux*, clinique de M. le professeur A. Pitres.

Anatomie des circonvolutions cérébrales.

A Monsieur Lereboullet,
rédacteur en chef de la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*.

Monsieur,

J'ai l'honneur de vous prier de bien vouloir insérer la lettre qui suit :

Le dernier numéro de la *Gazette hebdomadaire* (17 janvier 1891) contient un long article de M. Broca sur « l'anatomie descriptive des circonvolutions cérébrales». L'auteur y annonce dans son premier paragraphe l'intention de rectifier les inexactitudes et les erreurs que j'ai commises dans mon travail sur la topographie crânio-encéphalique : il croit faire œuvre juste en rectifiant les inexactitudes et les erreurs commises par le Chef des travaux anatomiques de la Faculté; et prenant à partie le court résumé que je donne de la morphologie des circonvolutions cérébrales de la face externe dans mon travail sur la topographie crânio-encéphalique, il prétend mettre en garde contre les erreurs d'une « science presque officielle ».

A son avis, il y a péril en la demeure et l'instruction anatomique des élèves qui me sont confiés est en danger. Je ne suis point, vous le comprenez, de son avis; et je prétends démontrer que son avis n'est pas le bon.

Le premier et le dernier paragraphe de l'article me sont consacrés; ils contiennent des affirmations et surtout des insinuations; la critique que M. Broca considère comme scientifique est présentée dans 6 notes rejetées au bas des pages. Je prendrai, l'une après l'autre, chacune de ces notes; les reproduisant pour y répondre.

Note 1. « Ces notes ne sont pas nombreuses, mais elles ne concernent que la face externe, seule étudiée par M. Poirier. »

Il n'y a rien à dire; cela est plutôt de bon présage; donc, voyons venir.

Note 2. « M. Poirier appelle ces incisures « deux rameaux ou sillons ».

J'ai dit en effet : « dès son apparition sur la face externe, la scissure de Sylvius émet deux rameaux ou sillons produits par le plissement de la troisième frontale; l'un de ces sillons est vertical, l'autre horizontal; la partie de la troisième circonvolution comprise entre ces deux sillons a reçu de Broca (Paul) le nom de *Cap*. »

Sans doute les mots « rameaux et sillons », surtout le dernier, sont très mauvais, puisque M. Broca (Auguste) le dit; désormais je les remplacerai par celui de « branches » qui convient davantage, faisant toutefois observer qu'ils sont assez ordinairement employés.

Note 3. «M. Poirier n'hésite pas à déclarer (page 9) que la *scissure* occipitale externe sépare *très nettement* le lobe pariétal du lobe occipital. Il est vrai que page 11 il ne trouve plus là qu'une *séparation partielle*, mais page 12 elle redevient *nette*. »

Et voilà comme avec des mots, intentionnellement glanés çà et là, on peut faire... pendre un homme. En tout cas, on l'oblige à rétablir son texte. Le voici :

« En suivant d'avant en arrière, à partir de la scissure de Rolando, le bord de la scissure inter-hémisphérique, on rencontre, un peu avant d'arriver à l'extrémité postérieure de l'hémisphère, un sillon profond, mais court, *véritable encoche* : c'est la scissure pariéto-occipitale ou perpendiculaire externe (occipitale externe de quelques auteurs) qui sépare très nettement le lobe pariétal du lobe occipital. Cette scissure, très accusée chez les singes, où elle sépare complètement les lobes, est toujours interrompue chez l'homme *par deux plis de passage allant du lobe pariétal au lobe occipital*. La conformation simienne a été, mais très rarement, observée chez l'homme. »

« J'ai eu l'occasion de rencontrer cette anomalie une fois, sur un hémisphère gauche : la scissure pariéto-occipitale se prolongeait au-dessous du pli courbe jusqu'à la scissure de Sylvius, dont elle était toutefois séparée par un *double pli de passage*; l'hémisphère droit était normal. J'ai présenté ce cerveau à la Société d'anthropologie. »

Et je continuerai de dire que les lobes pariétal et

occipital sont séparés *très nettement* par une encoche, bien que ladite encoche n'opère sur la face externe qu'une séparation *partielle*, puisqu'elle est interrompue par un double pli de passage. Aurais-je le regret d'apprendre à M. Broca qu'une séparation peut être *nette et partielle à la fois?*

Comme il est aisé de confondre les gens, par la sélection appliquée à leurs textes! J'ajoute que M. Broca laissera entendre plus loin que j'ignore les plis de passage dont je viens de parler. Moi qui pensais que M. Broca m'aurait eu quelque reconnaissance d'avoir trouvé et présenté une pièce, assez rare en somme, et qui venait bien à l'appui des théories émises et démontrées par son père, notre grand Broca.

Note 4. « C'est peut-être cette idée que M. Poirier cherche à exprimer par la phrase suivante : « elle est fermée en haut par le pli de passage fronto-pariétal supérieur sur la face interne de l'hémisphère où elle forme le lobule paracentral. »

Sans doute la phrase est incorrecte ; il me semble toutefois qu'elle est intelligible lorsqu'on veut bien ne pas la séparer du passage ainsi conçu : « La scissure de Rolando, obliquement dirigée de haut en bas et d'arrière en avant, sépare le lobe frontal du lobe pariétal ; elle est située dans le tiers moyen de l'hémisphère. Sortie de la scissure inter-hémisphérique, elle se dirige en bas et en avant, légèrement sinueuse, et s'arrête un peu au-dessus de la scissure de Sylvius. Le pli de passage fronto-pariétal inférieur la ferme en bas ; elle est fermée en haut par le pli de passage fronto-pariétal supérieur sur la face interne de l'hémisphère où elle forme le lobule paracentral. » J'aurais dû dire : « qui, sur la face interne de l'hémisphère, forme ce lobule paracentral. »

Et voilà la critique scientifique de M. Broca !

Note 5. « C'est faute sans doute d'avoir des notions exactes sur les plis de subdivision que M. Poirier écrit : « la deuxième frontale, très large, est parfois dédoublée par un sillon peu profond; il existe alors quatre circonvolutions frontales insérées sur la frontale ascendante » — Signalons plus loin la confusion des plis de passage et des plis d'anastomose. « Des sillons, interrompus parfois par des plis de passage, séparent les circonvolutions du lobe frontal ».

Il eût été certainement mieux de dire que la deuxième frontale est parfois dédoublée par un pli de subdivision peu profond, au lieu d'un sillon peu profond.

Mais il ne s'agit ici, je le répète et j'ai soin d'en avertir le lecteur dans ma préface, que d'un « court résumé de la morphologie des circonvolutions de la face externe ». Que devrai-je penser et dire de M. Broca qui, dans deux articles spéciaux, destinés à faire loi sur l'anatomie des circonvolutions, ne signale même pas le fait du dédoublement de la deuxième circonvolution ? (1).

Note 6. « M. Poirier semble oublier les plis de passage temporo-pariétaux quand il écrit : « la scissure de Sylvius qui sépare les lobes frontal et pariétal, placés au-dessus d'elle, du lobe temporo-occipital placé au-dessous... »

Que mon bienveillant collègue se rassure, je n'oublie par les plis de passage. Je n'en parle pas, voila tout, parce que dans un « court résumé » on ne peut parler de tout. — Je répète à M. Broca qu'il ne s'agit que d'un « court résumé », que j'ai eu soin d'en avertir le lecteur, que je ne puis pas avoir la prétention d'être complet et que M. Broca fait à ce court résumé en le critiquant minutieusement un honneur dont le motif m'échappe.

Je continue la note 6 :

« M. Poirier oublie encore les plis de passage quand il nous dit « que les circonvolutions du lobe temporal se continuent en arrière avec celles du lobe occipital ». C'est absolument faux pour la 1re temp. et à moitié faux pour la 2me... »

J'ajoute : et vrai pour les trois autres ; mais mon prétendu oubli a navré le cœur de mon collègue, car dans sa note septième et dernière il revient sur le même sujet, faute de mieux, et il répète :

« M. Poirier écrit que les trois circonvolutions de la face externe du lobe temporal continuent en arrière les temporales, etc., etc. »

Sans doute j'ai dit et écrit cela, et je l'écrirais encore : le fait est vrai d'une manière générale; tous les auteurs le signalent en termes généraux, identiques à ceux dont je me suis servi. Et M. Broca (lui-même) ne l'exprimerait pas autrement. Que dis-je, il l'exprime beaucoup mieux et avec plus de force, disant : « Le lobe temporal comprend cinq circonvolutions qui partent d'une pointe antérieure commune. La première et la seconde se voient à la face externe (1); nous avons indiqué leurs connexions avec la scissure de Sylvius, le sillon parallèle et la seconde pariétale. La seconde se continue encore avec la seconde occipitale. De même il y a fusion en arrière entre la troisième, la quatrième, la cinquième temporale (face inférieure) et les circonvolutions occipitales correspondantes. *Aussi les comprend-on dans une description commune, sous le nom de circonvolutions temporo-occipitales.*

Et c'est l'auteur qui ne voit pas la troisième temporale sur la face externe du cerveau, qui me blâme d'avoir avancé dans mon court *résumé* cette formule générale et classique que les circonvolutions occipitales continuent en arrière les circonvolutions temporales; alors que plus haut j'ai insisté sur les plis de passage (allant du lobe pariétal au lobe occipital), qui ferment la scissure perpendiculaire externe !

Ici finissent les notes critiques de M. Broca. On a pu juger de leur force. Je demande à ceux qui auront la patience de lire son article et mon court résumé de juger. Et je ne crains pas le verdict.

Je constate que mon court résumé, accessoirement traité dans un travail consacré à l'étude de la topographie crânio-encéphalique, soumis à une critique aussi autorisée que sévère, présente jusqu'à trois dénominations impropres, quoique employées par les classiques, et une erreur évidente de mot, et que la même critique a été impuissante à y découvrir une seule erreur de fait. C'est peu, si l'on considère que je n'avais pas à ma disposition les notes de Broca (Paul).

La parade au premier paragraphe annonçait mieux que cela (2).

Le dernier paragraphe est intéressant à lire : il permet de juger l'esprit qui a présidé à la rédaction de l'article entier. Mais il est d'ordre extra-scientifique, à mon avis; c'est affaire à traiter entre M. Broca et moi.

Veuillez agréer, Monsieur le rédacteur en chef, l'expression de mes sentiments confraternels.

PAUL POIRIER.
Professeur agrégé de la Faculté,
chef des travaux anatomiques, chirurgien des hôpitaux.

(1) Vérification faite, il se trouve que c'est moi qui ai raison. Le sillon peu profond qui dédouble parfois la 2e frontale, mérite bien le nom de sillon, de préférence à celui de pli de subdivision que M. Broca prétend imposer. En effet il résulte des travaux de Hervé que F^2 est formé par la fusion de deux circonvolutions séparées chez les singes inférieurs. F^2 représente donc en réalité deux circonvolutions. M. Broca, qui invoque si souvent l'anatomie comparée, eût bien fait de ne pas l'oublier en cette circonstance. — Il préfère déclarer (page 29, ligne 5) que « ces circonvolutions (frontales) présentent des plis de subdivision dont l'intérêt est jusqu'à nouvel ordre médiocre. — Médiocre paraîtra dur.

(1) J'oserai avancer que l'on voit aussi partie de la troisième !

(2) Que si M. Broca désire que je me livre à un travail analogue sur son article original et ayant la prétention de faire loi, je me fais fort de le montrer plusieurs fois en contradiction flagrante avec les règles qu'il a lui-même posées. — Je ne trouve ce jeu ni amusant, ni intéressant ! — A quelles querelles nous sommes descendus !

CORRESPONDANCE

Mon cher rédacteur en chef,

Ma réponse à la rectification de M. Poirier sera courte :

1° M. Poirier accorde que sa rédaction pour le lobule paracentral n'est pas la perfection même. Nous lui accorderons par compensation que notre critique sur la rédaction relative à la scissure occipitale externe n'a pas d'importance.

2° Nous n'insisterons pas sur tout ce qui est plis d'anastomose, de subdivision : cela n'intéresse pas l'anatomie grossière que seule M. Poirier et moi visions dans nos articles. Quant à la théorie de la fusion des deux frontales, elle a été, je le sais, soutenue par Hervé (dans sa thèse), et d'ailleurs elle n'est pas admise par tout le monde.

3° L'opposition ingénieuse de Broca (Paul) à Broca (Auguste) pour les sillons, rameaux, branches ou incisures de la scissure de Sylvius semblerait faire croire que la nomenclature *branches* et *incisures* est spécialement de Broca (Auguste). Elle est de Broca (Paul) (*Revue d'anthrop.*, 1883, réimprimé in *Mémoires d'anthrop.*, t. V, p. 733 et 734; voy. aussi p. 692 et 620).

4° Je n'ai nulle part contesté l'intérêt de la pièce présentée par M. Poirier sur une anomalie des plis de passage pariéto-occipitaux, en faveur d'une théorie soutenue plus par Gratiolet que par « le grand Broca », assez grand pour qu'on le dépouille sans crainte de ce qui ne lui appartient pas.

5° M. Poirier est trop optimiste en affirmant qu'il n'a commis aucune *erreur de fait*. Ces erreurs ne valent pas qu'on pende un homme, mais elles existent :

a Le sillon parallèle (premier temporal) ne se termine pas « dans le lobe temporal », mais entre le pli courbe et le lobule du pli courbe, lesquels sont, jusqu'à présent, attribués au lobe pariétal.

b La scissure de Sylvius ne limite pas en haut le lobe « temporo-occipital »; temporal, oui; occipital, non.

c Cela n'existerait que si la première temporale se continuait avec une des occipitales, comme M. Poirier se déclare prêt à l'imprimer de nouveau, mais comme cela n'est pas, puisque le lobule du pli courbe appartient au lobe pariétal.

M. Poirier dit que M. Broca (lui-même) exprime avec force cette continuité temporo-occipitale; oui pour les 3e, 4e et 5e temporales, mais pas du tout pour la 1re et à moitié pour la 2me. Et quant à la 3e temporale, j'aime à croire qu'en copiant ma phrase M. Poirier a oublié, par mégarde sans doute, la parenthèse (*bord externe de l'hémisphère*), qui eût atténué cependant l'effet d'une riposte de M. Poirier.

6° Voilà pourquoi (même sans parler du pli courbe et de la 2e temporale) nous persistons à croire qu'il est fâcheux, même dans un court résumé, de ne pas donner quelques notions sur les plis de passage temporo-pariétaux.

7° Nos deux articles n'ont nullement la prétention d'être *originaux* et de *faire loi*. Nous avons déclaré d'une façon expresse (*Gazette*, p. 29) que cette description ne nous appartenait en rien. Notre seul but a été de vulgariser, avec bien des défaillances sans doute, la nomenclature de notre père, car nous la croyons bonne; et, d'ailleurs, sur ce point nous sommes d'accord avec M. Poirier qui l'a adoptée dans ses grandes lignes.

8° Telle est la réponse à la rectification scientifique de M. Poirier. D'autre part, des amis communs nous apprennent que notre honorable contradicteur s'est trouvé profondément froissé par notre dernière phrase. Si quelqu'un a pu supposer que le membre de phrase « de changer tout cela » a été mis par nous entre guillemets pour qu'on l'attribuât à M. Poirier, nous déclarons que notre pensée n'a jamais été telle, quoique le guillemettage eût pu le faire croire; nous avons cru pouvoir ne pas citer la source d'une boutade de Molière.

M. Poirier, dans sa brochure, n'annonce de recherches personnelles que sur la topographie crânio-cérébrale et n'a nulle part émis la prétention d'avoir rien changé à la description des circonvolutions. Si notre rédaction laisse croire autre chose, nous le regrettons vivement, d'autant que si nous avons relevé ces erreurs, c'est moins à cause de leur importance, qui est très minime, que parce qu'elles émanaient d'un auteur dont la compétence anatomique est justement appréciée.

A. Broca, Chirurgien des hôpitaux.

TRAVAUX ORIGINAUX

Origine et nature microbiennes non spécifiques de l'hépatite suppurée (1), par le Dr L.-E. Bertrand, médecin principal de la marine, ancien professeur aux écoles de médecine navale.

Expliquer, par la pénétration et la pullulation des microbes ordinaires du pus dans le foie, la genèse des abcès hépatiques, tel est le but que je poursuis en écrivant ce mémoire.

La bactériologie ayant prouvé que la suppuration est un processus *fonction* de micro-organismes, on pourrait dire qu'à l'heure actuelle, un tel problème est réductible à ces deux questions élémentaires : constater la présence des microbes pyogènes dans le foie abcédé; — déterminer les voies qu'ils ont suivies pour y parvenir.

Où serait, en effet, l'illogisme du raisonnement qui nous porterait à croire que ces microbes sont capables d'effectuer, dans le foie, la besogne pathologique à l'accomplissement de laquelle ils sont reconnus suffisants partout ailleurs, par exemple dans le tissu cellulaire sous-cutané ?

Mais en procédant ainsi, en ne sortant pas du domaine de l'anatomie pathologique, on s'exposerait à n'aboutir qu'à une démonstration incomplète. C'est pourquoi j'utiliserai toutes les preuves et demanderai encore à l'expérimentation et à la clinique les arguments qu'elles peuvent fournir.

J'espère obtenir, par ce moyen, une série de données que j'examinerai tout d'abord en traitant de l'hépatite suppurée à un point de vue très général; je rechercherai ensuite comment et en quoi elles s'appliquent aux nombreuses variétés étiologiques de cette inflammation du foie. Ce sera ma conclusion.

I. — *Anatomie pathologique.*

En 1886, l'hépatite *métastatique* avait été l'objet de quelques recherches, et, déjà, MM. Cornil et Babès (1), étudiant au microscope les îlots jaunâtres d'un foie criblé d'abcès pyohémiques, avaient vu « les capillaires plus ou moins remplis, par places, de micrococci agglomérés en masses zoogléiques », quand MM. de Gennes et Kirmisson (2), les premiers, si je m'en rapporte à mes notes bibliographiques, eurent l'occasion de recourir à l'analyse bactériologique dans l'hépatite à *grands* abcès.

Dans deux cas mortels d'abcès du foie survenus, l'un au cours d'une dysenterie d'origine coloniale (Guadeloupe), l'autre à la suite d'un traumatisme compliqué de pleurésie et terminé par pyohémie, ils ont trouvé des diplocoques et des microcoques en chaînettes dans le pus et les parois des abcès hépatiques, après traitement des pièces par la méthode de Gram.

Les mêmes microbes existant dans le produit du raclage des ulcérations intestinales et les tuniques de l'intestin pour le premier; dans le pus d'un abcès périsplénique, le liquide purulent des ventricules cérébraux et le pus d'abcès formés dans la substance cérébrale pour le second, MM. de Gennes et Kirmisson ont conclu à la genèse de l'hépatite par un mécanisme identique dans les deux cas et émis l'opinion que, dans l'abcès dysentérique, les micro-organismes pathogènes provenaient de l'intestin.

Le travail de MM. de Gennes et Kirmisson est un document dont on ne saurait contester ni l'intérêt ni l'importance; mais il ne nous apprend rien sur la signification du microbe ou des microbes auxquels, à juste titre, ce me semble, ces auteurs ont rapporté la suppuration hépatique, puisqu'ils ne les ont pas isolés par la méthode des cultures et, qu'en bactériologie, tout le monde est d'accord, aujourd'hui, pour considérer la forme des éléments bactériens comme une caractéristique insuffisante.

(1) Ampliation d'une note présentée à l'Ac. de Méd., le 13 mai 1890. — Rapport de M. J. Rochard, 1er juillet 1890.

(1) *Les Bactéries*, Paris, 1886.
(2) Arch. gén. de méd., septembre 1886.

De ce côté, par conséquent, la difficulté restait entière. Il fallait, pour la résoudre et achever d'élucider le mécanisme étiologique, arriver à établir : ou la spécificité des micro-organismes observés, démonstration qui n'est pas faite, ou leur nature pyogène, notion acquise et prouvée.

En 1887, un médecin d'Alexandrie, le Dr Kartulis, a publié un mémoire (1) où il rapporte à un agent spécifique qui serait l'amibe du côlon (*amaeba coli*), la genèse de la dysenterie tropicale et de l'hépatite suppurée qui la complique si souvent. Mais il y signale, en même temps, des microbes pyogènes rencontrés dans les abcès hépatiques de toute provenance, et cette constatation, bien que l'auteur me paraisse ne lui avoir attaché qu'une importance secondaire, mérite d'être notée.

Les recherches du Dr Kartulis (2) ont porté sur 20 abcès du foie, dont 9 idiopathiques et 11 d'origine dysentérique.

Pour les premiers, il a trouvé une fois des microcoques dans le pus, et, six fois, en a retiré, par culture, du *staphylococcus pyogenes aureus*. Dans les cas terminés par la mort, lorsque l'examen a eu lieu, on a rencontré des microcoques dans les vaisseaux capillaires de la membrane pyogénique.

Quant aux abcès *dysentériques*, la culture du pus a donné : une fois, le *bacillus pyogenes fœtidus*, et, une fois, le *staphylococcus pyogenes aureus*.

Dans 8 cas examinés après la mort, l'*amibe* du côlon (*amibe dysentérique*) a été vu dans les débris de la membrane pyogénique et la substance intacte du foie.

Chez la plupart des sujets, on a trouvé des microcoques dans les vaisseaux capillaires.

En 1888, après des travaux entrepris à l'occasion d'une épidémie de dysenterie *nostras* (Toulon, 1887) et poursuivis avec le concours de mon élève M. Albot pour la partie microbiologique, de M. le pharmacien de la marine Lalande pour la partie chimique, j'ai montré (3) qu'il existe, dans l'intestin affecté de dysenterie grave : 1° des *microbes pyogenes* (staphylococcus aureus ou albus) pullulant dans les selles et infiltrant les tissus ; 2° des *ptomaïnes*.

Cette double constatation et cette circonstance que des symptômes de rectite et de diarrhée avec ténesme se déclarèrent chez ceux qui opéraient l'extraction des alcaloïdes putrides mentionnés, me firent adopter comme rationnelles les conclusions ci-dessous :

« De ce fait d'observation qui, ayant l'homme pour sujet, doit, à mon sens, prévaloir contre les résultats négatifs de l'expérimentation animale, n'est-il pas permis d'inférer que la matière des selles exhale, plus ou moins mélangées à des gaz infects, des *ptomaïnes volatiles* qui, absorbées par la muqueuse respiratoire et éliminées par l'intestin, irritent cet organe au passage et ouvrent la porte aux microbes de la fermentation putride et de la suppuration ?

Ces microbes, pour la plupart, grouillent dans les liquides de l'intestin normal ; il n'est pas impossible que les autres y arrivent importés accidentellement par les aliments ou les boissons. Inoffensifs quand la surface de la muqueuse est intacte, ils deviennent peut-être pathogènes quand ils la trouvent entamée.

Il est certain, comme nous l'a montré l'examen histologique, qu'on rencontre des microbes dans la partie profonde des tuniques intestinales enflammées et ulcérées par la dysenterie.

Il est possible que ces parasites fassent septique et gangreneuse l'inflammation du gros intestin.

La dysenterie est, en effet, une *recto-colite*, comme la fièvre puerpérale est une *métro-péritonite*, une *lymphangite*, une *phlébite* utérines. C'est une phlegmasie, avec quelque chose de plus que l'irritation néoplasique : une phlegmasie *infectieuse*.

S'il est exact, comme je le pense, que les micro-organismes dont nous avons trouvé de nombreux spécimens dans les matières alvines, contribuent au mécanisme du processus dysentérique, il est probable qu'au *staphylocoque* revient la plus large part de cette pathogénie.

C'est le microbe du *furoncle*, de l'*ostéo-myélite* et du *phlegmon diffus*. Or les analogies sont grandes entre la physiologie pathologique de la *furonculose* et celle de la *dysenterie*, affection dans laquelle les ulcérations intestinales ne reconnaissent pas toutes pour cause la *folliculite suppurée ;* car bien souvent elles succèdent à l'élimination d'une escharre (ulcérations *nécrobiotiques*).

Quand Pasteur eut découvert le *staphylococcus pyogenes aureus* dans la moelle osseuse enflammée, il dit que l'*ostéo-myélite est le furoncle de la moelle des os* (1).

Si la présence du staphylocoque dans les selles dysentériques était bien réellement *constante* et *pathogène*, pourquoi, faisant allusion à la nature des lésions et non pas seulement à leur apparence, comme dans la fièvre typhoïde nommée *dothiénentérie*, n'aurions-nous pas le droit de dire que la *dysenterie est la furonculose* de l'intestin ? »

Présentées, tout d'abord, dans leur thèse de doctorat par quelques-uns de mes élèves, ces conclusions, je dois le dire, ont trouvé peu de crédit ; mais, vraiment, plus je les examine, moins j'y découvre l'hérésie qui pourrait les faire condamner.

Des gaz infects qui, engendrés par la putréfaction de matières animales et plus ou moins chargés de ptomaïnes, s'éliminent par l'intestin et l'irritent au passage, c'est à peu près, si je ne me trompe, le mécanisme de la diarrhée dite d'amphithéâtre. L'analogie que j'ai signalée entre le processus furonculeux et la nécrobiose qui prépare certaines ulcérations dysentériques dues à l'élimination d'un véritable bourbillon n'est pas, non plus, si contestable et peut-être conviendra-t-on que le microbe qui détermine, dans le tissu cellulaire sous-cutané, des lésions inflammatoires gangreneuses, puisse provoquer, dans l'intestin, des altérations de même nature. Au surplus, fallût-il admettre que, dans le tube digestif frappé de dysenterie, les staphylocoques pyogènes coïncident et opèrent avec un bacille spécifique, la part d'action pathologique qu'on aurait à leur reconnaître resterait considérable, puisqu'on pourrait leur attribuer les escharres de la muqueuse et la suppuration de la sous-muqueuse intestinale. Ces *associations microbiennes* (2) sont communes en pathologie et personne, actuellement, ne les conteste.

Quant à la formule terminale, celle qui assimile la dysenterie à une furonculose de l'intestin, elle est, on vient de le voir, la reproduction pure et simple d'une expression de Pasteur à propos de l'ostéo-myélite : je n'ai fait que l'adapter au processus dysentérique.

Mais il est temps de couper court à cette digression et de poursuivre l'exposé des arguments anatomo-patholo-

(1) *Zur Aetiologie der Leberabscesse*, etc. (Centralblatt für Bakteriologie und Parasitenkunde, II, n° 25.

(2) D'après le compte-rendu de la *Lancet* du 24 décembre 1887 : *Organisms in dysentery and hepatic abscess.*

(3) *Relation d'une épidémie de dysenterie*, etc., adressée *manuscrite*, à l'Ac. de méd. le 28 février 1888, publiée par les Arch. de méd. nav. et tirée à part, 1888. — Rapport de M. A. Ollivier, 1890. — Thèses de *le Scour*, Montp. 1888. *Roux*, *Fraissineng*, Montp., 1888. *Porée*, Bordeaux, 1888. *Mignotte*, Montp. 1889.

(1) « Si j'osais m'exprimer ainsi, je dirais que, dans ce cas tout au moins, l'ostéo-myélite a été un furoncle de la moelle des os. » (Pasteur.)

(2) V. Hericourt, *Revue de méd.*, 1887, p. 995. Cornil et Babès, Congrès de Berlin, 1890.

giques qui doivent appuyer les propositions émises dès les premières lignes de ce mémoire.

En 1889 (1), ignorant les recherches du Dr Kartulis, j'ai adressé à l'Académie de médecine une note relative à la présence du *staphylococcus pyogenes* dans le pus d'un abcès dysentérique du foie. Des cultures en divers milieux nous avaient permis de l'extraire et de l'obtenir à l'état pur. L'étude histologique de coupes décolorées par la méthode de Gram nous avait montré, nettement, dans les parois de l'abcès et le tissu hépatique à distance du foyer, des microcoques isolés ou groupés en diplocoques et en grappes.

Vers le milieu de la même année (mai-juin), le *Bulletin de la Société anatomique* a publié une remarquable observation d' « *abcès multiples du foie consécutifs à une typhlite ulcéreuse* » recueillie, dans le service de M. le professeur agrégé Chauffard, par M. Souques,interne des hôpitaux. L'analyse bactériologique a porté : du vivant du malade, sur du pus hépatique obtenu par ponction ; après sa mort, sur le contenu des abcès du foie et les produits du raclage des ulcérations intestinales. Les pièces ayant été colorées au violet méthyle, l'examen a donné comme résultats : pas de micro-organismes spéciaux ; pas de bacilles ; pas de streptocoques ; microcoques isolés ou en points doubles ; quelques staphylocoques.

Mais le mémoire de M. Souques ne contient aucune indication qui nous permette de croire que des cultures méthodiques aient été pratiquées ; c'est la même lacune que nous avons relevée dans la partie bactériologique du travail de MM. de Gennes et Kirmisson.

Enfin, tout dernièrement (1890), le Dr Kartulis a repris, toujours au point de vue pathogénique, la question des hépatites suppuratives, dans un nouveau mémoire (2) où, après avoir annoncé que des micro-organismes se rencontrent dans le pus des abcès qu'il appelle *idiopathiques*, comme dans les abcès *dysentériques*, il conclut que la seule différence qui existe entre les uns et les autres est la présence d'*amibes* dans ceux-ci et leur absence dans ceux-là.

Microbes pyogènes dans les selles et les tissus de l'intestin au cas de dysenterie; — microbes pyogènes dans le pus et les parois des abcès hépatiques, avec ou sans amibes; — micro-organismes dans les vaisseaux capillaires du foie, tels sont, en résumé, les renseignements que nous fournit l'anatomie pathologique.

(1) 19 mars.
(2) Ueber tropisch Leberabcesse (*Arch. f. path. anat. u. phys.* CXVIII Heft 1), d'après l'analyse de la *Revue des sciences méd.* du 15 juillet 1890.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Des mouvements pupillaires dans la période algide du choléra, considérés au point de vue du pronostic, par M. Coste (*Revue de médecine*, décembre 1890, n° 12, p. 986). — Dans la période algide du choléra asiatique, l'état apparent des pupilles, que celles-ci soient normales, contractées ou dilatées, ne saurait exercer aucune influence sur le pronostic. Il n'en est pas de même de la conservation ou de l'abolition du réflexe pupillaire. Dans le premier cas le pronostic est favorable, dans le second cas le pronostic est toujours fatal. Telle est la conclusion que tire l'auteur des 127 observations qu'il a recueillies à ce point de vue dans son service de l'hôpital du Pharo à Marseille, pendant l'épidémie cholérique de 1885.

Cas de zona des nerfs maxillaire supérieur et maxillaire inférieur, par Picot (*Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*, 1890, n° 48, p. 516, n° 50 et n° 51, p. 552). — A l'occasion d'un cas de zona de la face, survenu spontanément en apparence, chez une jeune fille de 17 ans, l'unité aux branches des nerfs maxillaires supérieur et inférieur, et qui se termina au bout de 15 jours par la guérison, l'auteur expose diverses considérations sur le zona. Il semble bien s'agir dans cette affection d'une névrite des terminaisons nerveuses, produite, dans les cas de zona spontané, par une maladie générale infectieuse dont la localisation s'est faite particulièrement sur les organes nerveux.

Névrite périphérique dans la paralysie générale (Ueber peripherische Neuritis im Verlaufe der Dementia paralytica, nebst Bemerkungun über die Complication dieser Letzeren mit Imbecillitæt), par Pick (*Berl. klin. Woch.*, 24 novembre 1890, p. 1081). — Deux cas de paralysie générale compliqués de paralysie atrophique des péroniers, avec steppage dans un cas, font croire à l'auteur qu'il ne s'agit pas d'une coïncidence fortuite, mais que les névrites périphériques, sont, comme dans le tabès, sous la dépendance de la maladie centrale. — Autopsie dans le premier cas.

Syringomyélie (Beitrag zur Casuistik der Syringomyelie, par G. Marwedel (*Münch. med. Woch.*, 1890, n° 46, p. 810). — Le cas rapporté est remarquable par l'abolition de la sensibilité au tact dans quelques parties du corps, et par une atrophie assez prononcée du membre inférieur gauche. La maladie a duré 43 ans, et a débuté par des panaris multiples.

Comédie de l'hypnose (Die Comœdie der Hypnose), par Fuchs (*Berl. klin. Woch.*, 17 nov. 1890, n° 46, p. 1073). — L'auteur critique en particulier certaines expériences retentissantes qui ont été faites dans un pays voisin, et montre que la plupart du temps dans ces expériences l'hypnotiseur a été la dupe de ses deux sujets. Tant lorsqu'il s'est agi d'action des médicaments à distance que de prétendue phonographie hypnotique, la tromperie a été patente pour un observateur attentif.

Recherches cliniques sur la pellagre (Alcune ricerche cliniche sulla pellagra), par Roncoroni. (*Giornale della R. Academia di Medicina di Torino*. Année VIII, octobre 1890, n° 9-10, p. 766.) Résultats condensés de l'examen qu'a pratiqué l'auteur de 15 pellagreux. La plupart sont dans un tel état de déchéance psychique que l'examen de leur intelligence est très limité. Sur 5 des malades capables de répondre, 3 ont accusé l'influence héréditaire : du reste l'examen anthropologique (l'auteur est un élève du Dr Lombroso) a révélé des tares sur 12 des sujets. Les réflexes tendineux étaient exagérés dans 7 cas, normaux dans 1, faibles dans 2, diminués d'un côté et exagérés de l'autre dans 2 cas, abolis dans les 2 derniers cas.

MÉDECINE

Contribution à l'action diurétique du sucre de lait, par Küanowsky (*Vratch*, 1890, nos 42 et 44, p. 952). — L'auteur a essayé la lactose sur 4 sujets bien portants et 6 cardiaques, à la dose quotidienne de 100 gr. dans un litre d'eau. Tantôt il soumettait en même temps les malades à un régime sévère (méthode de G. Sée), tantôt il les laissait au régime ordinaire. Les résultats obtenus furent très médiocres : sur 4 sujets bien portants, augmentation de l'eau de l'urine de 1,20 0/0, 5,94 0/0 et 21,08 0/0; échec sur le quatrième; sur 6 cardiaques, la diurèse ne fut augmentée que chez 3 (de 15,32 0/0, 8,17 0/0), tandis que chez les 3 restants elle fut même diminuée (de 2,54 0/0, à 16,89 0/0). Il conclut donc que le sucre de lait est un diurétique incertain, n'agissant pas sur le cœur, provoquant parfois des troubles gastro-intestinaux. De plus, le régime de G. Sée est très mal supporté par les malades.

Gomme de la capsule surrénale et de la moelle épinière, par Kahlmeyer (*Bolnitchnaïa Gazetta Botkina*, 1890, n° 44-45, p. 1059). — Femme de 48 ans entrée à l'hôpital avec une tumeur abdominale douloureuse, et douleurs fulgurantes dans les membres inférieurs. Plus tard parésie des deux membres, mouvements cloniques de la jambe droite, incontinence d'urine et de matières fécales, diminution des réflexes rotuliens, paresse de la pupille, décubitus et enfin mort. A

l'autopsie on trouve des lésions gommeuses de la capsule surrénale droite et de la moelle lombaire à droite. Les cellules ganglionnaires des cornes antérieures présentent des lésions très accusées : leur protoplasma est rempli de granulations pigmentaires jaunes et le noyau se colore très mal. Les capsules surrénales étant très riches en nerfs, il est assez probable que la localisation des gommes dans la capsule droite et la région lombaire de la moelle du même côté n'est pas une coïncidence fortuite, mais vient à l'appui de l'opinion d'après laquelle les capsules surrénales ont des connexions intimes avec le système nerveux central.

Amblyopie par le sulfure de carbone, par GALLEMAERTS (*Ann. d'oculist.*, sept.-oct. 1890, p. 154). — Affection très rare, observée chez un ouvrier chargé du trempage d'objets en caoutchouc dans le sulfure de carbone; survenue une première fois après huit mois de travail, elle disparut en huit jours, puis reparut au bout de quatre mois. Le malade présente de la gêne de la marche par affaiblissement musculaire et du côté de l'œil une légère insensibilité de la conjonctive, un scotome central sans lésion appréciable, une diminution de l'acuité visuelle. Enfin, on constate encore un affaiblissement considérable de l'ouïe.

Cette affection est regardée comme curable pourvu que le malade soit soustrait aux vapeurs de sulfure de carbone et qu'il soit soumis à un traitement général reconstituant. Les injections sous-cutanées de sulfate de strychnine sont également indiquées.

Recherches sur la toxicité urinaire dans l'impaludisme, par ROQUE et LEMOINE (*Revue de médecine*, novembre 1890, p. 926). — Les agents du paludisme fabriquent dans le sang une grande quantité de produits toxiques qui s'éliminent pour la plus grande partie par les urines. Cette élimination présente son maximum d'intensité immédiatement après l'accès; elle est favorisée et augmentée par le sulfate de quinine. La gravité de l'accès et certaines formes pernicieuses sont en rapport inverse de la quantité de toxines éliminées, et semblent par conséquent être sous la dépendance d'altérations du rein et du foie. La disparition des accès est probablement en rapport avec la quantité de produits toxiques éliminés, en ce sens qu'une décharge urotoxique plus intense que les précédentes semble précéder la fin de la maladie.

Epithélioma du pancréas (O Karcinomech mikteru), par J. HLAVY (*Sbornik Lékarsky*, tome IV, fasc. I, 1890, p. 156). — Observation d'un cas de tumeur de la queue du pancréas; il s'agit d'un carcinome développé aux dépens des cellules de revêtement du canal de Wirsung. Dans d'autres cas, Hlavy a déjà constaté cette origine du cancer du pancréas.

Leucocythémie et grossesse (Some further remarks upon the influence of leukæmia upon pregnancy and labor), par C. CAMERON (*Amer. Journ. of medic. Sciences*, novembre 1890, p. 479). — La leucocythémie n'empêche pas la grossesse et la naissance à terme d'un enfant bien portant; mais elle produit souvent l'accouchement avant terme ou oblige à provoquer l'accouchement; elle est d'ailleurs aggravée par la grossesse. Malgré l'existence d'hémorrhagies diverses (épistaxis, hémathémèse, melæna), il n'y a pas nécessairement d'hémorrhagies utérines pendant ou après le travail. La leucocythémie a quelquefois une influence défavorable sur la sécrétion lactée.

DERMATOLOGIE

Les myomes cutanés (Contribuzione allo studio del leiomyoma cutis), par A. PASSALACQUA (*La Riforma medica* 17 novembre 1890, p. 1580). — Femme de 32 ans ayant depuis 12 ans une tumeur située au-devant du tiers supérieur de la crête du tibia qui, du volume d'une cerise, avait fini par acquérir le volume d'un œuf de poule; la peau est à ce niveau intacte et de coloration normale. Après ablation, on constate que la tumeur est entourée d'une sorte de capsule conjonctive qui envoie des prolongements dans son intérieur; elle est formée de faisceaux de fibres musculaires lisses entrecroisés dans divers sens et séparés par places par du tissu conjonctif fibrillaire. La tumeur paraissait développée aux dépens de la couche musculaire profonde de la peau (myomes dartoïques de E. Besnier).

Des déterminations cutanées de la blennorrhagie, par L. PERRIN (*Ann. de Dermat.*, octobre et novembre 1890, p. 773 et 859). — La blennorrhagie peut exceptionnellement provoquer des éruptions qui sont polymorphes, scarlatiniformes ou rubéoliformes; ces éruptions n'ont aucun caractère spécifique, aucun caractère objectif constant et exclusif qui permette de les distinguer des érythèmes survenus sous l'influence d'autres causes externes ou internes. La pathogénie des érythèmes survenant dans le cours de la blennorrhagie est complexe : les uns ne sont que de simples coïncidences et sont dus à des causes banales, les autres dérivent directement de la blennorrhagie ou des balsamiques. Les éruptions dues à la blennorrhagie, sans aucune intervention médicamenteuse, ne sont pas dues à la présence du gonocoque (aujourd'hui contestée) dans le sang, ni à une infection secondaire d'origine uréthrale; ce sont ordinairement des érythèmes angio-nerveux dont la blennorrhagie a provoqué la production par action sur le système vaso-moteur. Quant aux balsamiques, ils ne semblent déterminer d'éruptions que quand le terrain a déjà été préparé par la blennorrhagie.

CHIRURGIE

Du mécanisme des luxations doubles de l'astragale, par V. ROCHET (*Revue d'orthopédie*, juillet et novembre 1890, p. 269 et 401). — Ce mémoire contient une étude expérimentale fort complète des luxations de l'astragale : Rochet a réussi à reproduire les énucléations en avant, en arrière, en dedans et en dehors : il décrit en détail l'appareil imaginé pour ses expériences, ainsi que les résultats qu'il a obtenus. Puis, rapprochant ses résultats expérimentaux des indications étiologiques contenues dans les observations cliniques, il a ainsi pu élucider le mécanisme parfois obscur de ces lésions.

Ces énucléations demandent pour se produire une force énorme et des sujets jeunes, vigoureux, dont les os soient résistants : sans cela, la violence extérieure s'épuise dans des fractures, des écrasements, et ne luxe pas l'astragale.

La force nécessaire à la production de ces luxations est le plus souvent un choc brusque (chute sur les pieds) portant sur l'extrémité du tibia et transmis de haut en bas par cet os à l'astragale : celui-ci glisse sur le calcanéum incliné dans tel ou tel sens par une certaine attitude préalable du pied, rompt le ligament interosseux astragalo-calcanéen, et se luxe. Cette force admise, qui est la vraie cause efficiente de l'énucléation, pour que la luxation ait lieu, il faut que la jambe et le pied soient l'un par rapport à l'autre dans une attitude spéciale, autre que celle de la station debout normale : il faut que l'astragale puisse glisser sur ses facettes calcanéennes rendues obliques dans tel ou tel sens par l'attitude préalable du pied : les différentes attitudes du pied (extension, adduction, etc.) déterminent le sens dans lequel se fait la luxation.

En outre, des mouvements de torsion (rotation de la pointe du pied en dedans ou en dehors sur la jambe immobilisée ou inversement) se combinent fréquemment avec les attitudes élémentaires déjà signalées pour favoriser la luxation.

Dans quelques cas fort rares, la force qui actionne l'astragale frappe directement cet os et le luxe dans tel ou tel sens. Les luxations de l'astragale s'accompagnent souvent de fractures non seulement des os voisins, mais de l'astragale lui-même : dans ce dernier cas généralement un seul fragment se luxe, l'autre reste en place.

Du nombre des séances dans la lithotritie, par GUYON (*Annales des mal. des organes génito-urinaires*, décembre 1890, p. 713). — Dans cette leçon, le professeur Guyon montre que chez les calculeux atteints de cystite, dont la vessie est douloureuse, irrégulière, du fait des modifications consécutives à l'hypertrophie de la prostate, et qui, de plus, est infectée, l'acte essentiel de la lithotritie en une seule séance, — le broiement parfait — devient difficile ou laborieux. La cystite devient même cause de déformations nouvelles pouvant arriver à dissimuler ou empêcher d'atteindre, non seulement des fragments ou des petits calculs, mais des pierres volumineuses. Ces malades ont donc besoin de plus d'une séance : on peut les grouper en trois catégories : 1° ceux dont la vessie, bien qu'infectée et atteinte de cystite, est peu douloureuse et peu déformée; 2° ceux qui, tout en ayant une vessie présentant ces conditions, ont des calculs

très volumineux ou très nombreux : pour les sujets de ces deux catégories, une séance prolongée suivie d'une vérification à quelques jours d'intervalle, sera suffisante; enfin, dans la 3e catégorie, sont les malades dont la vessie est très sensible, quels que soient d'ailleurs le volume et le nombre de leurs pierres : pour ces sujets, on s'attachera à faire dans une première séance tout ce qu'il est possible au point de vue du broiement et de l'évacuation, et l'on fera autant de séances ultérieures qu'il sera nécessaire, séances d'ailleurs fort bien tolérées. En principe, toutes les fois qu'une perquisition minutieuse et méthodique peut être contrariée par le mauvais vouloir de la vessie, la nécessité d'une séance ultérieure doit être acceptée. Le calcul extrait, il faut s'opposer à sa reproduction : le professeur Guyon en étudie soigneusement les moyens, asepsie de la vessie, acidité de son contenu chez les calculeux phosphatiques, etc.

OPHTHALMOLOGIE

De la chorio-rétinite centrale et de la choroïdite disséminée et de leur traitement par les injections hypodermiques de sublimé, par Darier (*Ann. d'oculist.*, sept-oct. 1890, p. 150). — L'auteur signale deux formes de chorio-rétinite centrale ; l'une aiguë est guérie promptement et rapidement par des injections sous-cutanées de sublimé; l'autre chronique plus rebelle est cependant justiciable du même traitement, toujours sans addition d'iodure de potassium. Dans les lésions choroïdiennes myopiques, les injections ne réussissent pas aussi bien; mieux vaut employer les pilules de un centigramme de bichlorure (30 pilules en un mois, puis un mois de repos) et les injections de pilocarpine tous les deux jours.

BIBLIOGRAPHIE

Traité clinique des maladies du cœur, par le Dr P. Duroziez, ancien chef de clinique de la Faculté de Paris, 1891. G. Steinheil.

Elève de Bouillaud, M. Duroziez a fait de l'étude du cœur le but constant de ses recherches cliniques, et, à diverses reprises déjà il a fait connaître, dans des articles de journaux ou des monographies, ses opinions personnelles relatives à plusieurs sujets de pathologie cardiaque. C'est aujourd'hui un travail d'ensemble, réunissant et complétant ses publications antérieures, qu'il présente au public médical.

Est-ce bien, à proprement parler, un Traité des maladies du cœur ainsi que l'indique le titre choisi par l'auteur ? Ce sont plutôt des leçons, des causeries si l'on veut, sur la pathologie du cœur, des artères, des veines, et même du liquide sanguin, dans lesquelles on trouve émis une série d'aphorismes ou de propositions, plutôt qu'une description régulièrement conduite et complète de la symptomatologie et de l'évolution morbide dans chaque cas particulier. Il est évident que l'auteur, préoccupé de certaines questions plus intéressantes à son gré, plus contestées peut-être, s'est attaché à les traiter d'une façon spéciale, énonçant, avec une grande liberté d'allure, une grande originalité d'exposition, sa manière de voir sur chacune d'elles, et a été amené ainsi à laisser de côté d'autres parties du même sujet.

Quoi qu'il en soit, c'est un livre qui renferme des chapitres intéressants, des pages où l'on voit nettement paraître la grande expérience de l'auteur sous forme d'un scepticisme de bon aloi, ou de sages conseils pratiques. Si l'étudiant ne trouve pas dans cet ouvrage les descriptions dogmatiques qui lui sont nécessaires pour apprendre les éléments de la pathologie cardiaque, du moins le médecin qui possède déjà des notions suffisantes sur les affections du système circulatoire pourra lire avec intérêt et profit la plupart des chapitres qui le composent, et qui résument de consciencieuses études et de patientes recherches.

Tout le monde connaît les publications antérieures de M. Duroziez sur le rétrécissement tricuspidien, le rétrécissement mitral, le double souffle intermittent crural de l'insuffisance aortique, la symphyse cardiaque, l'action thérapeutique de la digitale; autant de chapitres que l'on retrouve au cours du livre, parmi beaucoup d'autres d'un intérêt non moins direct, et auxquels on regrette parfois que l'auteur n'ait pas accordé plus de développements.

Dans une première partie se trouvent condensées les notions principales d'anatomie descriptive et topographique, et de physiologie du cœur. La seconde partie est consacrée à la pathologie cardiaque et au traitement des maladies du centre circulatoire : les chapitres qui nous ont paru, à la lecture, renfermer le plus d'enseignements précis, tout en conservant une originalité qui est le caractère général de cet ouvrage, sont ceux qui traitent des lésions combinées, du grand cœur rhumatismal. Nous laissons du reste à l'auteur la responsabilité de l'interprétation qu'il fournit de certains souffles liquidiens, du *souffle* péricardique, des souffles que d'autres qualifient d'extra-cardiaques tout en mettant, comme le réclame M. Duroziez dans « des sacs séparés », les bruits analogues mais d'origine ou de nature différentes; enfin nous constatons, en passant, que M. Duroziez attribue « le bruit de galop à la perception du mouvement de l'oreillette ». Discuter ces divers points ne saurait être entrepris ici, et nous entraînerait trop loin.

Ajoutons, en terminant, que le style de M. Duroziez est clair, précis, coupé en phrases brèves que l'œil et l'esprit saisissent facilement, aussi recommandons-nous la lecture de son livre comme agréable et instructive.

André Petit.

Leçons sur les maladies mentales par B. Bal, (Paris, Asselin, et Houzeau, édit., 1890).

Ainsi qu'il le rappelle dans sa préface, l'auteur a introduit un certain nombre de modifications, ou plutôt d'addenda à cette seconde édition de son traité. Nous signalerons notamment le chapitre consacré à l'exposé comparatif des diverses classifications proposées par les aliénistes, et l'appendice où est traitée la folie dite des dégénérés. La définition adoptée par M. Ball pour caractériser l'aliéné ne nous semble plus guère cadrer avec les données actuelles de la science. Baser la notion d'aliénation sur celle de la responsabilité, c'est lui reconnaître un substratum bien hypothétique, la mesure de la responsabilité morale étant un postulat dont la science a démontré l'impossibilité. Il est vrai que l'auteur laisse percer en plus d'un endroit les idées téléologiques dont il semble s'être inspiré, bien que sa conception dualistique de l'état physique et de l'état moral contraste évidemment avec le cas qu'il paraît faire des recherches anatomo-pathologiques. Il est vrai, d'autre part, que les plus récentes découvertes dans ce sens n'ont pas dans ce volume la place que leur intéret mérite, place usurpée à notre avis par la mention d'observation du même ordre déjà anciennes et dont le temps n'a pas sanctionné la hardiesse anatomique. Le volume n'en est pas moins extrêmement attrayant, écrit qu'il est avec une élégance de forme remarquable qui fait admirablement valoir les saillies spirituelles dont il est plein.

Paul Blocq.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Nature et traitement du tabes dorsal (Ueber Wesen und Behandlung der Tabes dorsalis), par Strümpell. Tir. à part, München, Verlag von Lehmann, 1890.

L'auteur attire tout d'abord l'attention sur ce fait que le tableau clinique montre qu'il s'agit bien d'une maladie systématique du système nerveux central, intéressant non seulement la moelle épinière, mais encore le cerveau et les nerfs périphériques. Il n'y a pas à s'étonner que les lésions anatomo-pathologiques ne soient pas toujours identiques, puisque les symptômes varient eux-mêmes à l'infini et qu'on pourrait presque étudier dans le tabes toute la pathologie nerveuse. Quant à l'étiologie, M. Strümpell se range à l'opinion de M. le prof. Fournier d'après qui la syphilis jouerait un rôle prépondérant sinon exclusif dans la pathogénie du tabes, mais cependant il ne faudrait pas induire de là que le tabes est une lésion syphilitique en soi. Ce serait plutôt une intoxication post-syphilitique, consécutive à l'action de ptomaïnes élaborées par les microbes de la syphilis, ce qui rend compte suffisamment de l'insuccès du traitement spécifique dans cette maladie. Cette hypothèse est d'accord au surplus avec les caractères systématiques

des lésions, puisqu'on sait que différents poisons agissent de préférence sur certaines parties du système nerveux. On peut ajouter aussi que la fréquence dans le tabes des crises viscérales consolide encore cette théorie, car ces accidents rappellent ce qui se passe dans les cas d'intoxication. Quant au traitement, on doit savoir que certains cas très rudimentaires restent tels pendant toute la durée de la maladie, que beaucoup d'accidents disparaissent aussi spontanément, et qu'enfin toute cause d'affaiblissement du système nerveux est capable d'aggraver l'état des sujets. M. Strümpell se prononce pour le traitement spécifique, au début du moins, pour deux raisons : d'une part, si le mercure et l'iode sont impuissants contre le tabes une fois constitué, ils peuvent agir indirectement en empêchant la pullulation des bacilles et leurs sécrétions nocives; d'autre part, le tabes reconnaissant la syphilis comme étiologie, il est admissible qu'il coïncide avec d'autres lésions directement syphilitiques du système nerveux. Dans plusieurs cas, du reste, l'amélioration rapide obtenue par le traitement spécifique reconnaît cette interprétation.

De la transfusion du sang de chèvre comme traitement de la tuberculose, par G. Bertin et J. Picq. (Extrait de la *Gazette médicale de Nantes*, 1890.)

Les auteurs rapportent le résultat d'expériences dans lesquelles ils ont transfusé du sang de chèvre à des lapins qui avaient reçu une injection intra-péritonéale de produits tuberculeux : ceux des animaux qui n'ont pas succombé aux suites de la transfusion ont résisté à la tuberculose et, lorsqu'on les a sacrifiés, ils ne présentaient aucune trace de lésions tuberculeuses, alors que des lapins témoins non transfusés offraient des lésions viscérales tuberculeuses. Les auteurs sont disposés à faire la transfusion de sang de chèvre aux phthisiques qui voudraient bien s'y soumettre.

La méthode antiseptique chez les anciens, par Anagnostakis, Athènes, 1889.

M. Anagnostakis vient, dans une étude intitulée : « La méthode antiseptique chez les anciens », de montrer que le traitement antiseptique imaginé par Hippocrate avait expressément pour but de s'opposer à la pourriture des plaies. Les anciens prenaient toutes les précautions aseptiques, sans en excepter l'eau stérilisée. Hippocrate avait même enseigné un ordre méthodique, savoir :

1° Laver la plaie avec du vin échauffé; pour les opérations oculaires, remplacer le vin par une légère solution de sel;

2° Essuyer la plaie avec un linge propre;

3° Onctionner la surface traumatique avec du goudron ou une solution de cuivre mélangée de substances aromatiques et amères;

4° Réunir les bords de la plaie (suture, serre-fines);

5° Saupoudrer avec des substances antiseptiques (cuivre, aromes, résines, etc.);

6° Recouvrir la plaie d'un emplâtre au goudron;

7° Enduire les parties environnantes de cérat, pour les soustraire à l'air;

8° Appliquer des compresses imbibées de vin;

9° Assurer le tout avec un bandage de toile propre.

C'est bien là une *méthode antiseptique*, celle-là même qui est de nos jours *perfectionnée*, grâce à l'immense progrès de la physique et de la chimie.

Thèses des Facultés

PARIS

Des affections a pneumocoques indépendantes de la pneumonie franche, par Boulay (22 janvier).

Le pneumocoque est un des microbes pathogènes les plus répandus. Le poumon n'est qu'une des nombreuses voies qu'il est susceptible d'emprunter pour pénétrer dans l'organisme. Chez l'homme, comme chez certains animaux, il ne produit pas constamment une réaction inflammatoire au niveau de son point d'entrée dans l'organisme : il semble que le poumon lui-même puisse échapper à cette réaction locale. Aussi, dans maintes circonstances, la porte d'entrée du microbe reste-t-elle indéterminée. Le pneumocoque peut s'attaquer d'emblée à tous les organes, presque à tous les tissus, sans avoir préalablement séjourné dans le poumon. La multiplicité et la fréquence des affections qu'il engendre, la gravité de quelques-unes d'entre elles en font un micro-organisme dangereux. Toutefois sa malignité est relative. Bien que le pneumocoque soit un des microbes les mieux étudiés, sa banalité, ses mœurs ubiquitaires, son polymorphisme, ses écarts subits de virulence laissent encore bien des points obcurs dans l'étude des affections liées à sa présence.

Les pleurésies purulentes, par Courtois-Suffit. (22 janvier).

L'auteur a fait une étude d'ensemble sur les pleurésies purulentes pour montrer que, selon le microbe causal, la gravité, la thérapeutique diffèrent. Comme formes pures, il passe en revue trois variétés bien connues aujourd'hui dues au pneumocoque, au streptocoque, au bacille de la tuberculose. La suppuration par le seul bacille de Friedlænder est possible, mais rare et peu connue; la bénignité semble comparable à celle de la pleurésie à pneumocoques. Il y a une observation probante seulement pour le bacille d'Eberth. Enfin, pour le staphylocoque seul, les observations sont douteuses. Mais le staphylocoque est souvent associé au steptocoque, et cela nous conduit aux suppurations mixtes où le streptocoque s'allie au pneumocoque, au bacille de la tuberculose. Dans les pleurésies gangreneuses et putrides, c'est encore le streptocoque qui cause la suppuration. La putridité est produite par des organismes de la saprémie.

VARIÉTÉS

Intérêts professionnels. — Un docteur en médecine est appelé auprès d'un malade qu'il visite trois fois; après la troisième visite, il prévient l'entourage du malade que la situation de ce dernier est désespérée et que, par suite, il ne croit pas devoir prolonger des visites inutiles. Au nom du malade, on n'insiste pas, on fait appeler un autre confrère. Le malade guérit. M. le docteur X..., ayant réclamé vainement au malade les honoraires à lui dus pour les trois visites qu'il avait faites, a assigné ce client devant la justice de paix du canton de St-Denis (Seine). A l'audience du 21 novembre dernier, M. Deleau, juge de paix, a rendu le jugement suivant :

Attendu que le docteur X... réclame à V... neuf francs pour trois visites;

Attendu que V... ne conteste ni le nombre ni le prix de ces visites; qu'il prétend seulement que X..., qui avait commencé à lui donner des soins, n'avait pas le droit de ne pas les continuer, et qu'en renonçant à venir le voir il renonçait aux honoraires de ses premières visites;

Attendu qu'il résulte des explications des parties que le docteur X..., après la troisième visite, croyant la situation de V... désespérée, avait averti qu'il ne jugeait plus utile de revenir, qu'il y a dans ce fait une délicatesse de conscience que V... paraît méconnaître et à laquelle il faut rendre hommage;

Attendu, en droit, que le ministère du médecin n'est pas obligatoire, sauf en certains cas prévus par le Code d'instruction criminel et le Code pénal; que X... avait donc le droit de ne pas continuer ses visites chez V...; qu'on ne peut même pas dire qu'il ait refusé ses services, puisque V... ne l'a pas redemandé; que, dans ces circonstances, la demande de X... est pleinement justifiée; — Par ces motifs, condamne V... à payer au docteur X... neuf francs pour les causes sus-relatées, avec intérêts et dépens. (*Semaine médicale.*)

Livres déposés au Bureau du Journal

De l'intervention chirurgicale dans les *péritonites tuberculeuses* généralisées et localisées, par le Dr Adrien Pic, ancien interne des hôpitaux de Lyon, préparateur de médecine opératoire à la Faculté. Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris, 1890, 1 vol. gr. in-8° de 261 pages. 5 fr.

De certaines pratiques qui portent atteinte à la santé des enfants du premier âge. — *Des immersions* dans les sources d'eau froide, par le Dr Armand Laurent, médecin-chef à l'Hôtel-Dieu, ex-médecin en chef des asiles d'aliénés, etc. Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris, 1890, 1 vol. gr. in-8° de 75 pages. 2 fr. 50

L'électricité, la castration ovarienne et l'hystérectomie, par le docteur Richelot. Lecrosnier et Babé, éditeurs, 23, place de l'Ecole-de-Médecine ; in-8°. 1 f. 50

Chirurgie infantile clinique et observations, par les docteurs Charan et Gevaret, 1 vol. in-8° avec fig. dans le texte. Lecrosnier et Babé, éditeurs, 23, place de l'Ecole-de-Médecine 10 fr.

Du rhumatisme noueux, polyarthrite déformante chez les enfants, par le Dr Diamantberger, in-8° avec figures et planches. Lecrosnier et Babé éditeurs, 23, place de l'Ecole-de-Médecine. 4 fr.

De la tuberculose, quelle est la part de l'hérédité et de la contagion dans le développement de cette affection, par Jules Meyer, médecin stagiaire au Val-de-Grâce. Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris, 1890, 1 vol. gr. in-8° de 98 pages. 2 fr. 50

Note sur la *Fièvre intermittente* chez les enfants à Paris, par le Dr E. Périer, membre de la Société de médecine pratique, de la Société française d'hygiène, de la Société médico-pratique, de la Société médicale de l'Elysée, etc. Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris, 1890, 1 vol. gr. in-8° de 12 pages. 1 fr.

L'hygiène des petits enfants, par le Dr Poumageot, médecin consultant aux eaux de Bains-les-Bains (Vosges). Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris, 1890, 1 vol. in-18° de 56 pages. 1 fr. 50

Précis d'embryologie adaptée aux sciences médicales, par P. Gilis, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier. Préface de M. le professeur Mathias Duval. G. Masson, éditeur, 120, boulevard Saint-Germain. — Un volume in-18°, de la bibliothèque Diamant, avec 175 figures dans le texte. Cartonné toile anglaise, tranches rouges. 6 fr.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Imp. des Arts et Manufatures, 12 rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES SAMEDIS ET PUBLIANT TOUS LES MERCREDIS

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

RÉDACTEUR EN CHEF : Dr L. LEREBOULLET. — SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION : Dr A. BROCA.

COMITÉ DE RÉDACTION

MM. E. BRISSAUD, G. DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, A. GILBERT, A. HÉNOCQUE, A.-J. MARTIN, A. PETIT, P. RECLUS

BULLETIN

Paris, le 30 janvier 1891.

Académie de médecine : **A propos de la vaccination obligatoire et de la prophylaxie de la variole.**

Le 3 mai 1881, il y a près de dix ans, l'Académie de médecine a adopté, sur le rapport de M. Blot, par 46 voix sur 67 votants, contre 19 voix et 2 bulletins blancs, les résolutions suivantes :

« L'Académie pense qu'il est urgent et d'un grand intérêt public qu'une loi rende la vaccination obligatoire. Quant à la revaccination, elle doit être encouragée de toutes les manières et même imposée par des règlements d'administration, dans toutes les circonstances où cela est possible, notamment par les pouvoirs municipaux, partout où les médecins des épidémies et les conseils d'hygiène leur auront signalé la nécessité de cette obligation. L'Académie émet, en outre, le vœu que l'isolement des varioleux, surtout dans les établissements hospitaliers, soit imposé par des mesures législatives. »

A cette époque, l'Académie émettait son avis motivé sur la proposition de loi déposée par M. Henri Liouville à la Chambre des députés; aujourd'hui l'intervention de M. Léon Le Fort prévient le dépôt prochain d'un projet gouvernemental qui comprend nécessairement la vaccination obligatoire parmi les mesures sanitaires qu'il a pour but d'introduire définitivement dans nos habitudes administratives et sociales. Il ne paraît pas douteux que l'opinion de l'Académie puisse se prononcer dans un sens différent à dix ans d'intervalle et tout fait supposer que le nombre des opposants à la vaccination obligatoire sera considérablement diminué. En effet, les arguments en faveur de cette mesure se sont multipliés depuis cette époque : la nécessité du certificat de vaccine pour l'entrée dans les écoles et les administrations, la vaccination et la revaccination dans l'armée ont instruit la population de ses bienfaits et de sa facilité d'exécution ; la substitution du vaccin animal au vaccin humain n'a pas moins modifié la manière de voir de la plupart de ses adversaires. Nous ne voyons plus parmi ceux-ci que ceux qui, soit partisans résolus de la vaccine, soit opposants systématiques, rejettent son obligation légale comme incompatible avec les droits imprescriptibles de la liberté individuelle. Une telle considération ne se discute pas d'ordinaire ailleurs que dans les réunions des politiciens ou des économistes où, comme nous l'avons entendu dire par un éminent orateur dans une illustre assemblée, « l'on ne fait que de la théorie et le moins possible de pratique ». Aussi est-il singulièrement piquant de voir ce sujet débattu entre médecins, qui se demandent pendant plusieurs séances si une médication préventive, d'une efficacité et d'une innocuité unanimement reconnues et acquises, peut être imposée à des gens qui, sans elle, sont constamment en danger pour eux-mêmes et pour ceux avec lesquels ils vivent. Le droit à la liberté va-t-il jusqu'à permettre de négliger le devoir d'être utile et de ne pas nuire à ses semblables ? La liberté individuelle peut-elle être illimitée dans une société dont le degré de civilisation est précisément marqué par les atteintes généreusement et judicieusement portées, d'un accord presque général, à cette liberté ? Mais tout cela est affaire de sentiment, d'opinion, d'orientation individuelle, si l'on veut, et c'est, par suite, matière à dissertations qui seront closes prochainement par un nouveau vote.

Nous ne savons si l'Académie tiendra aussi à donner son opinion sur les autres mesures prophylactiques dont il est si souvent question au cours de ces débats. On nous permettra de le désirer, car ce serait à la fois un encouragement pour les hygiénistes qui préparent, au milieu de grandes difficultés, la future législation sanitaire de notre pays, et ce serait pour le corps médical un guide précieux dans les circonstances actuelles. Faut-il donner à l'isolement et à la désinfection la préférence sur la vaccination obligatoire? cela importe moins que de poser le principe même des deux premières de ces mesures ? Car pour la variole les exemples abondent qui montrent que la vaccination leur est incontestablement supérieure ; nous n'en voulons pour preuve que ce qui se passe actuellement à Bruxelles, ville où les mesures sanitaires sont prises avec beaucoup de soin et d'empressement depuis longtemps, où la vaccination est assez

développée : depuis le 20 mars dernier, on y a compté 49 décès de variole, alors que les années précédentes il y en avait eu à peine quelques-uns; parmi ces 49 décès un seul a frappé une personne vaccinée mais non revaccinée; l'épidémie a été apportée par un prisonnier venant de Liège; si bien que le service d'hygiène et l'Académie de médecine y réclament avec une grande insistance la vaccination obligatoire.

L'isolement et la désinfection, ainsi que la déclaration médicale dont ils sont le corollaire obligé, sont aussi de plus en plus admis par le corps médical. Mais celui-ci aidera sans arrière-pensée à leur adoption et à leur mise en pratique, il ne témoignera plus aucune résistance, lorsqu'il se trouvera en présence d'une organisation administrative qui tienne compte de ses intérêts légitimes, qui l'associe à son œuvre sans qu'il puisse même la soupçonner de s'imposer à lui et qui lui permette de percevoir la rémunération légitime des services qu'elle lui demandera de rendre. Ici le problème est difficile et compliqué, parce que nous sommes en pleine évolution sociale et politique : nous nous accoutumons lentement à des institutions libres qu'il faut introduire dans nos mœurs, plus lentement encore au partage de la puissance publique en présence d'un régime administratif qui a été formé et qui est toujours adapté à un pouvoir sans responsabilité effective. C'est pourquoi, partout où il devient indispensable de remplir de nouveaux devoirs, une confiance réciproque s'impose. Voyez quelles difficultés éprouvent le «caporalisme prussien» et même le «libéralisme anglais», pour employer les expressions académiques en cours, à faire accepter ces mesures. Et c'est encore là où le libéralisme, au moins apparent, domine, que l'inertie individuelle est le moins développée! En France la tâche est relativement plus facile à remplir; d'abord parce que les exemples étrangers, même lorsqu'ils ont été inspirés par nous-mêmes, sont de nature à nous décider et parce que plus que partout ailleurs nous aimons à collaborer aux affaires publiques.

Est-il donc si difficile d'obtenir l'information officielle, la vaccination, l'isolement et la désinfection en cas de variole? Oui, si la première de ces mesures n'est pas immédiatement suivie des autres et si celles-ci ne sont pas confiées à des mains exercées et compétentes; oui encore si la paperasserie administrative y trouve une nouvelle cause d'accroissement et si les médecins ne rencontrent pas dans l'administration compétente qui en serait chargée une aide, un conseil empressé et au besoin un défenseur dévoué? Non, si, comme dans beaucoup de localités étrangères et françaises, la prophylaxie suit de près l'information et si, dans la pratique, tous les tempéraments sont apportés à la rigueur forcée des lois. Encore celles-ci doivent-elles répondre vraiment à l'état des mœurs et défendre ceux qui leur sont sujets contre tous les arbitraires. Il faut qu'elles encouragent les initiatives, n'entravent aucune bonne volonté; à ce prix elles pourront réprimer énergiquement l'incurie et le mauvais vouloir. C'est ainsi que s'établit d'une manière durable la politique sanitaire d'une grande nation.

A.-J. MARTIN.

REVUE GÉNÉRALE

Parotidite à pneumocoques.

Je veux attirer aujourd'hui l'attention sur un malade très intéressant tant au point de vue clinique qu'au point de vue pathologique.

C'est un homme de 49 ans, garçon de magasin, entré le 18 décembre dernier dans notre service et couché au n° 19, salle Velpeau.

Jusqu'en 1870 sa santé fut parfaite; à cette époque il contracta une bronchite intense, de longue durée, qui lui a laissé depuis lors une prédisposition à s'enrhumer avec la plus grande facilité.

Le 15 décembre, 3 jours avant de venir réclamer nos soins, il était entré dans le service de notre collègue M. Laboulbène, pour une affection pulmonaire aiguë. Il allait beaucoup mieux le 18, quand survint brusquement un gonflement de la région parotidienne gauche. C'est alors qu'on nous l'adressa.

En l'examinant le 19 au matin, nous avons constaté, dans la région parotidienne, un gonflement énorme dont les limites sont difficiles à préciser en raison de l'œdème surmontant une tuméfaction profonde, œdème qui occupe la moitié de la face, et envahit même la paupière droite.

La peau est rouge, mais outre l'œdème, on constate, dans la profondeur, un empâtement très dur, rénitent, sans fluctuation. Les douleurs spontanées sont vives, irradiées à la face, et quand on explore la tumeur, les douleurs provoquées sont également intenses. En outre, et comme conséquence du siège de cette affection, les mouvements de la mâchoire sont difficiles, bien que pourtant notre homme puisse suffisamment ouvrir la bouche pour que l'exploration en soit possible. J'ajoute que la fièvre est intense : le thermomètre marque 40° le soir.

Le diagnostic n'est pas difficile, il s'agit d'une phlegmasie aiguë, caractérisée par les quatre symptômes ordinaires: rougeur, gonflement, chaleur et douleur. On peut même préciser le diagnostic et dire que c'est une parotidite aiguë.

A peine en effet pourrait-on la confondre avec les oreillons qui causent un œdème considérable de la même région. Mais cet œdème, cette tuméfaction est le plus souvent bilatéral, les deux côtés sont pris simultanément ou l'un après l'autre. Enfin, c'est un œdème, rien de plus. La douleur à la pression est presque nulle; j'en dirai autant de la douleur spontanée, bien loin aussi de présenter le degré d'acuité qui existe chez notre malade. La résolution a lieu spontanément et ne se fait pas attendre. Ici, au contraire, la suppuration existe déjà, comme nous allons le voir.

Pourrait-on penser à une arthrite aiguë de l'articulation temporo-maxillaire? On a dit que la confusion était possible. Dans ces cas, l'examen a dû être bien superficiel, car le gonflement est plus localisé, quel que soit l'œdème qui accompagne l'inflammation. Les mouvements du maxillaire sont complètement abolis et les douleurs sont extrêmes quand on cherche à mobiliser l'article.

Enfin il reste l'adéno-phlegmon de la région parotidienne, région assez riche en ganglions lymphatiques, qui, atteints d'inflammation aiguë, pourraient donner lieu à de la rougeur avec gonflement, œdème et douleur, symptômes analogues à ceux que nous avons ici. Je ne le crois pas, car la simple adénite — on ne peut supposer que tous les ganglions soient pris en même temps — se circonscrit à un ou deux points très nets. Mais la marche surtout en est différente. On ne voit pas un adéno-phlegmon, si énorme qu'il soit, donner lieu, en quelques

heures, à un gonflement qui envahisse la moitié de la face.

Ainsi, chez notre malade, le diagnostic ne saurait être douteux.

Je dois cependant vous signaler quelques cas d'adénite confondue avec la parotidite aiguë. Les deux affections paraissent quelquefois coexister; l'adénite étant l'origine de la parotidite. Mais, encore une fois, à cause de la marche il faut admettre que nous sommes bien en présence d'une véritable parotidite aiguë.

Ce diagnostic se confirme par un symptôme capital et pathognomonique : je veux parler de l'écoulement de pus par le canal de Sténon.

La parotidite canaliculaire de Chassaignac, variété dans laquelle la glande est surtout atteinte, est un véritable catarrhe purulent des canalicules glandulaires. L'orifice du canal de Sténon, qui se trouve au voisinage de la 2e molaire supérieure, laisse s'écouler du pus quand on comprime la glande. C'est là une forme spéciale de parotidite, car au début c'est l'élément glandulaire qui est le siège de l'inflammation. Le tissu cellulaire est pris à son tour. La parotidite est primitive; il survient ensuite de la péri-parotidite, si je puis m'exprimer ainsi.

Quelle en est la cause?

On rencontre quelquefois des parotidites de cause externe, parotidites traumatiques, consécutives soit à des traumas extérieurs, soit à la lithiase salivaire, sorte de traumas internes. Ces deux formes sont tout à fait comparables l'une à l'autre. Ici ce n'est pas le cas.

D'autres fois on a affaire à des inflammations secondaires, appelées jadis parotidites métastatiques, critiques ou encore infectieuses, car on avait remarqué qu'elles surviennent presque toujours après les maladies infectieuses.

Si nous les énumérons, il faut placer en première ligne la fièvre typhoïde et le typhus. Dans ce dernier, la parotidite est assez fréquente pour qu'on l'ait comparée au bubon de la peste.

Viennent ensuite le choléra, les fièvres éruptives, variole, rougeole, scarlatine; la fièvre paludéenne, la diphthérie, la dysenterie, la pyémie, la fièvre puerpérale, et certaines maladies dont le caractère infectieux a été démontré par les récentes recherches de bactériologie : la pneumonie, la pleurésie et la péricardite.

Or, chez notre malade, en recherchant son histoire, nous avons appris que, quelques jours avant le début de l'affection qui nous occupe, il avait été pris de malaise avec courbature, céphalalgie, frisson brusque, intense qui avait duré une heure, accompagné de point de côté.

Le 14, jour de son entrée en médecine, on a constaté une pneumonie gauche, caractérisée par des crachats rouillés et tous les signes sthétoscopiques ordinaires. Les recherches bactériologiques ont même montré que c'était une pneumonie à pneumocoques. Enfin il y avait de l'albumine dans l'urine.

En trois ou quatre jours, la défervescence s'est faite, brusquement, régulièrement, s'accompagnant de râles de retour. Dès le soir même, le malade s'est plaint d'un gonflement de la région parotidienne. M. Claisse, l'interne du service, a diagnostiqué une parotidite aiguë et fait passer le malade dans le service de clinique.

En résumé, il s'agit donc d'un malade atteint de pneumonie franche à pneumocoques, qui, immédiatement après la défervescence, a eu une parotidite aiguë, déjà suppurée quand il nous est arrivé.

Dans l'énumération, que nous avons faite tout à l'heure, des maladies infectieuses qui se compliquent de parotidite, je signalais la pneumonie. C'est pourtant là un fait assez rare, bien qu'il se trouve noté dans tous les ouvrages classiques. Je n'ai pas à ce sujet de statistique personnelle, mais, en consultant celle de Jürgensen qui porte sur 5,738 cas de pneumonie, il n'est signalé que 6 fois.

Comment comprendre le développement de ces parotidites?

Je ne vous dirai pas toutes les hypothèses émises à ce sujet. Avant les recherches bactériologiques récentes, le plus grand nombre des auteurs pensaient que les parotidites étaient dues à la propagation directe des lésions existant dans la bouche, propagation se faisant par le canal de Sténon, comme, dans la blennorrhagie, l'inflammation se propage par les vésicules séminales et le canal déférent à l'épididyme. Ils se basaient, pour appuyer cette hypothèse, sur l'état de la langue, des lèvres et des gencives, auquel on a donné le nom d'état fuligineux.

Mais ce n'était qu'une explication incomplète. Les résultats bactériologiques ont permis d'expliquer mieux la propagation et la nature de cette propagation, du moins dans la pneumonie à pneumocoques.

En 1881, Pasteur avait constaté dans la salive l'existence de micro-organismes qui, injectés à des lapins ou à des souris, les tuaient à très bref délai. Le fait resta un peu dans l'oubli.

Friedlænder (1882), Talamon (1883), Frænkel (1884) et surtout, dans ces dernières années, mon élève Netter, ont repris ces recherches et trouvé dans la salive de certains individus, en particulier de ceux atteints de pneumonie, le pneumocoque de Frænkel.

Ce micro-organisme, que je ne vous décrirai pas longuement, se présente quelquefois isolé et sous forme de chaînettes, mais le plus ordinairement réuni deux à deux, ce qui lui a valu son nom de diplocoque. Ces deux cocci, qui fixent fortement les couleurs d'aniline, sont entourés d'une capsule gélatineuse difficile à colorer, et qui donne au pneumocoque sa forme en grain de blé ou de flamme de bougie.

Ce microbe acquiert dans certains milieux de culture une virulence extrême, virulence qu'il perd facilement et rapidement, au bout de 7 jours suivant Netter, date qui correspond à la défervescence habituelle de la pneumonie.

Un point curieux de son histoire : ce n'est pas seulement chez les individus atteints de pneumonie qu'on retrouve le pneumocoque; vingt fois sur cent, Netter a décelé sa présence chez les individus sains, soit dans la bouche, soit dans les voies respiratoires supérieures, nez et pharynx.

Il ne nous suffit pas de connaître son existence, il faut savoir comment, inoffensif dans certaines conditions, il devient virulent et pénètre dans l'économie. On se trouve ici en présence de cette notion de pathologie générale : ou bien, c'est parce qu'il devient d'une abondance extrême; ou bien parce qu'il pénètre dans un organe qu'il trouve dans de mauvaises conditions vitales; ce peut être aussi de ces deux façons à la fois.

Ce micro-organisme, qui existe normalement dans la salive, peut s'introduire dans les voies respiratoires largement ouvertes. S'il rencontre le poumon sans défense, il s'y développe. C'est là la théorie de la pneumonie.

Mais il peut aussi, par l'intermédiaire de la trompe d'Eustache, donner lieu à une suppuration de la caisse dont le caractère infectieux a été démontré par Netter, c'est l'otite à pneumocoques.

D'autres fois il gagne les sinus, les méninges : coryza et méningite de la base à pneumocoques (Netter).

La salive déglutie le conduit dans les voies digestives, mais le suc gastrique a probablement sur lui une action nocive. Les accidents qu'il cause sont rares : pourtant la péritonite à pneumocoques peut avoir cette origine.

Il reste enfin les inflammations parotidiennes, faciles

à expliquer par la pénétration du microbe dans le canal de Sténon. Là, trouvant l'organe dans des conditions particulières, il se cultive, se multiplie et la parotidite à pneumocoques éclate.

Notre attention devait donc être attirée sur ce point et *a priori* il y avait lieu de supposer que cette parotidite pouvait être causée par le pneumocoque, puisque cet homme avait été atteint d'une pneumonie à pneumocoques.

Aussi avais-je annoncé qu'on trouverait très probablement ce micro-organisme dans le pus et la suite a donné raison à cette opinion. Recueilli, avec les précautions d'usage, à sa sortie du canal de Sténon et par l'incision que nous avons faite dans un but thérapeutique, le pus, examiné par M. Cazin, chef du laboratoire, contenait des pneumocoques de Frænkel.

Mais ici il faut revenir un moment en arrière et compléter l'histoire clinique de notre malade. Nous nous étions arrêté le 19 au matin, après avoir fait ce diagnostic de parotidite à pneumocoques. La marche de cette affection a été ce qu'elle est habituellement. Elle suppurait déjà par le canal de Sténon, bien qu'il n'y eût pas de fluctuation évidente. Au bout de quelques jours, il s'est fait une ouverture dans le conduit auditif externe. Le lendemain une collection se formait au-dessous du lobule de l'oreille: nous l'avons ouverte au bistouri. En avant du tragus, troisième poche purulente ouverte spontanément. Enfin nous avons été amené à faire une dernière incision dans laquelle nous avons placé un drain.

Différents lobes ont donc suppuré séparément, formant des poches purulentes isolées.

Le 24 décembre et le 6 janvier, à deux reprises différentes, M. Cazin a répété ses recherches bactériologiques et a fait des inoculations de pus à des souris. Ces animaux sont morts au bout de deux et trois jours. Les souris ont été trouvées farcies de pneumocoques dans tous leurs organes, foie, rate, reins.

Il est possible qu'une grande partie des parotidites dites critiques soient des parotidites à pneumocoques, et dorénavant il ne faut pas laisser passer ces cas, même en dehors de tout état inflammatoire des voies respiratoires, sans faire l'examen bactériologique du pus.

Il n'existe dans la science que deux cas de parotidite à pneumocoques où les recherches bactériologiques aient été faites d'une façon complète: l'un appartient à M. Toupet et a été publié dans un mémoire de MM. Besançon et Lancereaux (*Arch. de méd.*, sept. 1886); l'autre est dû à un médecin italien, Testi (*Riforma medica*, 1889).

Le pneumocoque a été aussi recherché dans l'urine de ce malade, mais ni l'examen direct, ni les cultures ou les inoculations n'ont pu révéler sa présence.

D'une façon générale, le pronostic des parotidites infectieuses est grave. Aussi les avait-on appelées *critiques* dans la mauvaise acception du mot. La suppuration, qui survient fatalement, s'accompagne parfois d'accidents sérieux. Il peut survenir des fusées purulentes, pénétrant sous les aponévroses du cou, jusque dans le médiastin. J'ai signalé une variété d'abcès rétro-pharyngien dû au pus qui s'accumule en arrière de la loge amygdalienne. Les suppurations profondes et profuses peuvent entraîner la destruction du nerf facial quand la gangrène se met de la partie. Il en résulte une hémiplégie faciale incurable. On peut aussi voir survenir des thromboses des veines jugulaires, surtout de l'interne, des hémorrhagies graves par ulcération des gros vaisseaux traversant la région, des otites purulentes, et je ne parle pas ici de l'ouverture d'un foyer dans le conduit auditif externe, mais dans la caisse où la destruction des organes délicats qu'elle contient amène la surdité. Enfin dans certains cas la gravité est extrême, les méninges et le cerveau sont envahis. Une des causes les plus fréquentes de mort était autrefois la pyémie. Si le pronostic doit être considéré aujourd'hui comme un peu moins mauvais, cela tient à ce que nous avons fait, avec l'antisepsie, disparaître cette redoutable complication.

Pour ce qui est du traitement, il faut d'abord établir ce point que l'on ne doit pas compter sur la résolution. Nous épargnerons donc à nos malades les moyens mis en usage dans les cas où on cherche à l'obtenir : émissions sanguines, vésicatoires, etc., etc.

On trouve dans certains auteurs le précepte des incisions prématurées.

Comme tous les traitements systématiques, celui-ci a été vivement combattu, mais, à mon sens, pas comme il aurait dû l'être. Absurde dans certains cas, il peut devenir utile dans d'autres.

Les parotidites se présentent, en effet, sous deux formes distinctes.

Dans la première, l'inflammation reste cantonnée dans l'élément glandulaire, c'est un catarrhe purulent de la glande; le tissu conjonctif est pris secondairement. Je ne tiens pas précisément à cette dénomination : elle a pourtant l'avantage de fixer dans l'esprit une forme distincte. Dans cette forme, la suppuration se fait par foyers multiples, on pourrait dire que chaque lobe suppure isolément. Il se fait autant de collections purulentes que de lobes. Que ferait dans ce cas une incision longue et précoce? Elle n'empêcherait pas un lobe placé à quelque distance de suppurer et de s'ouvrir à côté d'elle.

Sachez donc attendre, et incisez successivement chaque foyer. Notre malade peut servir d'exemple de cette première forme.

Dans la seconde, l'élément glandulaire est bien aussi le point de départ de l'inflammation, mais le tissu périglandulaire en devient bientôt le siège principal. C'est une espèce de phlegmon diffus de la région. La grande dureté de la région glandulaire, la menace de gangrène due à la compression extrême de ces tissus distendus par un gonflement énorme, la possibilité de la destruction du facial avec hémorrhagie, thromboses et fusées purulentes, font comprendre qu'en faisant une longue et profonde incision du tissu cellulaire en avant de l'oreille on rend un réel service au malade. On surveillera en même temps avec attention la marche de la suppuration et on évitera par une incision rapide les fusées purulentes.

Il va sans dire qu'il faut faire une antisepsie rigoureuse non seulement de la plaie, mais aussi de la bouche autant que possible.

J'ajoute en terminant que l'on surveillera l'état général du malade, qu'on le soutiendra par des toniques, par une bonne alimentation (1).

Prof. S. DUPLAY.

TRAVAUX ORIGINAUX

De l'influence de la fièvre sur le bacillus coli communis, par MM. L. BARD, agrégé, médecin des hôpitaux de Lyon, et P. AUBERT, pharmacien en chef de l'hospice de l'Antiquaille.

Un certain nombre de travaux ont été consacrés à l'étude des microbes qui se rencontrent à l'état normal dans les cavités naturelles de l'organisme, mais, indépen-

(1) Cette leçon, recueillie par M. Chavane, interne du service, a été revue pour nous par M. le prof. Duplay, qui nous l'a envoyée. Nous savons qu'elle a déjà paru dans la *Semaine médicale*, avant même que M. Duplay n'eût revu cette rédaction et ne nous l'eût adressée. Nous la publions néanmoins, car il est bon que l'on trouve quelque part la rédaction officielle d'un fait important.

damment de la recherche des microbes pathogènes, on ne s'est guère préoccupé d'étudier les modifications secondaires que les maladies peuvent déterminer sur les microbes normaux. Convaincus que ces modifications peuvent constituer une cause d'erreur assez grave dans la détermination des espèces pathogènes, nous nous sommes proposé de rechercher quelle pouvait être l'influence des phénomènes pathologiques et, en premier lieu, des températures fébriles sur les microbes qui sont nos commensaux habituels; au double point de vue, d'une part, des changements que cette modification du milieu pouvait apporter dans la concurrence vitale des diverses espèces, et, d'autre part, des modifications biologiques qui pouvaient en résulter pour chacune des espèces capables de s'accommoder à ces conditions nouvelles d'existence,

Nos recherches, qui ont porté en premier lieu sur les micro-organismes des matières fécales, nous ont donné des résultats intéressants qui pourront, au premier abord, paraître assez inattendus. Nous nous proposons uniquement ici de résumer brièvement les premiers résultats acquis, nous réservant de consigner par la suite dans un mémoire plus développé les détails précis de nos observations et de nos expériences.

Pour étudier l'influence des températures fébriles, sans avoir à redouter l'intervention directe d'un microbe pathogène, nous avons choisi un malade, du service de notre collègue M. Weill, atteint de tuberculose pneumonique, sans phénomènes intestinaux, et présentant, depuis plusieurs semaines, une température constamment élevée. L'affection avait débuté trois semaines avant l'entrée du malade à l'hôpital; la température était au-dessus de 39° dès l'entrée et n'est jamais descendue depuis au-dessous de ce chiffre, dépassant souvent 40°.

Un premier examen des matières fécales a été fait 21 jours après l'entrée du malade à l'hôpital. L'ensemencement a été fait aussitôt après l'émission; la culture, dans de la gélatine peptone sur plaques de Koch, nous a donné d'emblée une culture à peu près pure de colonies non liquéfiantes. Celles-ci répondaient à deux aspects seulement, les unes superficielles, étalées, demi-transparentes, à bords sinueux; les autres profondes, arrondies, plus opaques, se montrant au microscope constituées par des anneaux concentriques granuleux de coloration alternante.

Après onze jours, aucune colonie liquéfiante n'avait paru, les plaques furent sacrifiées, après des prélèvements faits sur les diverses variétés de colonies. L'examen microscopique montra que toutes étaient constituées par un même bacille court et très mobile; les ensemencements ultérieurs en tubes d'Esmarch montrèrent qu'on se trouvait en présence d'un seul micro-organisme, que son développement ultérieur sur la gélatine, sur la pomme de terre et sur la gélose fuchsinée par le procédé de Gasser permit de caractériser comme le *bacillus coli communis* (1).

Un deuxième ensemencement des matières fécales du même malade, fait onze jours après le premier, cette fois directement sur gélatine enroulée en tubes d'Esmarch, nous donna encore une culture pure de *bacillus coli communis*, sans aucune colonie liquéfiante. Les diverses cultures provenant de ces ensemencements directs ou secondaires ont été présentés à la *Société des sciences médicales de Lyon* dans sa séance du 14 janvier.

Une recherche semblable, faite quelques jours après, sur un second malade du service de l'un de nous, également tuberculeux pulmonaire à haute température moins prolongée et sans phénomènes intestinaux, nous a donné des résultats similaires, mais avec des cultures un peu moins pures d'emblée que celles du premier malade.

Comme on ne peut accuser le *bacillus coli communis* d'être l'agent pathogène de la tuberculose de nos malades, les observations précédentes démontrent que son développement exclusif et que la disparition des espèces rivales sont simplement la conséquence de la maladie elle-même. On peut seulement se demander quel est le mécanisme de l'influence de cette dernière, et si l'on doit incriminer la température fébrile ou la diète que la fièvre emporte avec elle. Il importe tout d'abord de remarquer que nos tuberculeux n'étaient nullement soumis à une diète spéciale; pour trancher directement cette question, nous avons mis en culture les selles d'un nourrisson de deux mois et celles d'une malade apyrétique maintenue à la diète lactée depuis plusieurs semaines pour une néphrite chronique; nous avons pu constater dans les deux cas la présence du *bacillus coli communis* très abondant, mais accompagné d'un assez grand nombre d'autres colonies.

En second lieu, nous avons étudié l'influence du chauffage prolongé à 39° dans des bouillons ensemencés avec des selles normales. Sans entrer dans le détail de ces expériences, qui nous entraînerait trop loin, nous pouvons dire que l'action du chauffage dans les limites fébriles est manifeste et fait sentir son action beaucoup plus rapidement que nous ne l'avions supposé.

Nous avons d'abord choisi intentionnellement des malades à fièvre élevée et prolongée, il nous reste à déterminer maintenant à partir de quelle durée et de quelle élévation la température fébrile commence à exercer cette influence élective, de même qu'à préciser les modifications biologiques que cette température imprime au bacille lui-même, comme nous avons déjà pu le constater. Nos expériences sur ce point ne sont pas encore assez avancées et assez précises pour que nous puissions en indiquer dès aujourd'hui les conclusions.

Quoi qu'il en soit d'ailleurs, la pullulation du *bacillus coli communis* à l'état de culture pure dans les selles des fébricitants est par elle-même un fait d'une grande importance, d'une part parce qu'il montre l'influence singulièrement élective de la fièvre sur les micro-organismes saprophytes des cavités naturelles, et d'autre part parce qu'il doit inspirer les doutes les mieux motivés sur le rôle pathogène que sa présence lui a fait attribuer dans quelques affections fébriles des voies digestives ou de leurs annexes.

L'année dernière, Rodet et Roux, ayant étudié les matières fécales de deux typhiques pendant la période d'état, avaient obtenu d'emblée des cultures pures du *bacillus coli communis*, comme nous venons de le faire chez nos tuberculeux; ils en avaient conclu que ce bacille avait été l'agent pathogène de la fièvre typhoïde de leurs malades. Nos observations, en montrant que ce bacille se comporte de la même façon chez les tuberculeux fébricitants que chez les typhiques, démontrent au contraire que son développement à l'état de culture pure dans les matières fécales est le fait de la maladie au lieu d'en être la cause.

Les conclusions qui précèdent ne s'appliquent encore qu'au *bacillus coli communis*, mais si l'identité de ce dernier avec le bacille d'Eberth-Gaffky soutenue par Rodet et Roux (1) se vérifie, il y aura tout lieu de penser que la présence du bacille d'Eberth chez les typhiques est elle-même un fait secondaire à la température fébrile.

(1) Toutefois les caractères des cultures sur pomme de terre et sur gélose fuchsinée se rapprochaient beaucoup plus de ceux que les auteurs assignent au bacille d'Eberth que de ceux qu'ils décrivent au *bacillus coli*. Nous signalons simplement le fait sans y insister aujourd'hui.

(1) Société de biologie, février 1890.

Origine et nature microbiennes non spécifiques de l'hépatite suppurée (1), par le Dr L.-E. BERTRAND, médecin principal de la marine, ancien professeur aux écoles de médecine navale.

(*Suite*).

II. — *Expérimentation.*

Dans le but de vérifier si les microbes pyogènes peuvent, en pénétrant dans le foie, y déterminer des abcès, j'ai entrepris, au mois de mai 1890, une série d'expériences où je me suis efforcé de varier, autant que possible, les voies d'introduction des bactéries.

Les résultats obtenus ont été très différents selon les conditions expérimentales.

Expérience n° 1 (24 mai). — Lapin de 1. k. 100. Foie délimité par la percussion. Injection intra-hépatique de quelques gouttes d'une culture pure de *staphylococcus pyogenes albus*, provenant du pus d'un panaris et délayée dans de l'eau distillée stérilisée. L'injection est poussée profondément, à la base de l'hypochondre droit : le corps de pompe de la seringue hypodermique a été lavé à l'alcool et séché avec soin, l'aiguille a été flambée.

26 *mai*. — L'animal boite du membre antérieur droit. Cette boiterie est très accusée le 28.

29. — Apathie. Se déplace difficilement et se laisse prendre sans chercher à s'enfuir.

30. — Tumeur fluctuante à la partie postéro-inférieure de l'hypochondre droit.

Le lapin est sacrifié le 31. Autopsie immédiate :

Abcès volumieux de la paroi thoracique latérale droite, étendu du rebord des fausses côtes à l'aisselle : pus *blanc de lait*. Fausses membranes blanches sur la plèvre pariétale et viscérale droites. Les deux poumons, exsangues, ont une couleur blanchâtre.

Au niveau du point où la paroi du thorax a été perforée par l'aiguille, le diaphragme est exulcéré et recouvert de pus. Ces lésions correspondent directement à un *abcès hépatique* de la grosseur d'un pois chiche, siégeant à la face externe du lobe droit et à un centimètre environ de son bord inférieur. Pus *blanc de lait*. Décoloration semi-lunaire du parenchyme hépatique autour de l'abcès.

Pas de pus dans les *reins*. *Pancréas* volumineux avec aspect lobulaire très marqué; lobules indurés.

Le lobe droit du foie est recueilli dans l'alcool absolu.

Bactériologie. — On a ensemencé, avec le pus de l'abcès hépatique, un tube d'agar-agar ; avec le pus de l'abcès thoracique, une tranche de pomme de terre.

Le 5 juin, le tube d'agar-agar montre une belle culture de *staphylococcus piogenes albus*; la pomme de terre s'est recouverte de *staphylococcus aureus* au point d'inoculation.

Des coupes du foie traitées, le 2 juin, par la méthode de Gram, après une immersion de 15 minutes dans l'acide osmique au centième, et montées dans le baume, laissent voir, dans la masse purulente et la zone limitante, des microcoques isolés, libres ou incorporés aux globules pyoïdes, groupés en diplocoques, en chaînettes et en grappes très petites.

Le lapin étant sujet à un parasitisme spécial qui développe, dans son foie, de petites tumeurs plus ou moins semblables à des abcès, je me suis assuré, avec le contrôle de M. le pharmacien en chef Bavay, que ni le pus ni le foie ne contenaient de *coccidies* (coccidia oviformis).

Histologie (note de M. le Dr Fontan, médecin principal, professeur d'anatomie à l'école de Toulon). — « A la surface du foie, existe une cupule qui a suppuré. Au-dessous de la couche pyogénique qui en forme le fond, on aperçoit une petite crevasse intra-hépatique remplie par un coagulum d'un brun grisâtre.

Les coupes ont porté sur le foie au delà des lésions et sur la région de l'abcès. Ces dernières, les plus importantes, ont intéressé tantôt la capsule suppurée seule, tantôt la crevasse sous-jacente.

1° *Cupule*. Elle est tapissée par une couche de tissu embryonnaire, en voie d'organisation conjonctive, affectant déjà la forme fasciculée, avec fibrilles, cellules fusiformes et vaisseaux munis au moins d'une gaine endothéliale. Ce tissu correspond évidemment à la prétendue membrane pyogénique des anciens. Au fond, cette couche s'arrête brusquement au contact des cellules hépatiques à peine comprimées. Quelques-unes de celles-ci sont emprisonnées dans le tissu conjonctif nouveau et quelques traînées embryonnaires s'infiltrent pareillement dans le tissu hépatique voisin. Cependant, la limite des deux tissus est assez nette. A *la surface*, pus et détritus granuleux.

2° *Crevasse*. — Dans la couche sous-jacente à la cupule suppurée, on trouve un caillot contenu dans une déchirure traumatique du tissu hépatique. C'est là le foyer même de l'injection. Il ne contient pas de pus, mais seulement du sang coagulé et altéré.

Les limites de cette cavité sont formées de cellules hépatiques troubles, opaques, dont le noyau ne se colore plus et qui souvent tombent en détritus. Ce sont des cellules mortes ; mais pas de pus dans l'anfractuosité et pas de zone inflammatoire à l'entour. La vraie suppuration s'est effectuée à la surface.

3° *Au delà des lésions*, le tissu du foie est généralement sain. On y distingue seulement des traînées inflammatoires qui, partant de l'abcès, rayonnent et s'épuisent dans les parties saines.

Ces traînées occupent surtout les espaces péri-lobulaires. Les cellules embryonnaires font parfois une gaine aux vaisseaux, mais on ne voit ni endophlébite, ni thrombose. »

Expérience n° 2. — Lapin d'un mois. Chloroforme : anesthésie très pénible. Longue incision (trois travers de doigt) sur la ligne blanche ; le péritoine est ouvert sur la sonde cannelée.

On pousse dans un vaisseau mésaraïque, sans ouvrir l'intestin, deux gouttes d'une culture de *staphylococcus pyogenes albus* délayée dans de l'eau distillée stérilisée. Le péritoine et la paroi abdominale sont recousus au catgut sur un double plan de sutures. Baudruche et collodion.

Le lapin meurt dans la soirée. A l'autopsie, pratiquée le lendemain, foie d'aspect normal ; gros intestin distendu par une grande quantité de liquide. Il s'est fait évidemment une thrombose mésaraïque.

Expérience n° 3 (29 mai). — Lapin d'un mois. Injection rectale d'environ un demi-centimètre cube d'ammoniaque au tiers, immédiatement après laquelle injection d'une culture délayée de *staphylococcus albus* (le quart du contenu d'une seringue de Pravaz ordinaire), dans le cæcum, par ponction directe.

30 mai. — Le lapin mange et saute comme s'il n'avait subi aucun traumatisme.

1er juin. — Diarrhée ; tout l'arrière-train est souillé de matières fécales liquides. Mort dans la nuit.

Autopsie, le 2 :

Ecchymose sous-cutanée au niveau de la ponction abdominale.

Rectum entièrement vide, rétracté et d'une pâleur fibroïde.

Côlon rempli d'une purée verdâtre fétide : face interne très vascularisée et parsemée de petites taches rouges. *Cæcum* plein d'une purée couleur pois, fortement injecté. Nombreuses arborisations vasculaires dans l'*intestin grêle*.

On ne peut retrouver la trace de la ponction du cæcum.

Le *foie*, volumineux, est criblé, à l'intérieur, de granulations blanches et molles ressemblant à des abcès miliaires. L'examen microscopique du contenu de ces petits foyers purulents montre qu'en réalité, le foie est farci de *coccidies*.

Les *reins* et les *poumons* sont sains. Des cultures pratiquées en agar-agar et sur pomme de terre, avec la matière blanchâtre des granulations signalées plus haut, avortent complètement.

Expérience n° 4 (31 mai). — Lapin d'un mois. Pas d'anesthésie. Incision médiane, abdomino-péritonéale, de 3 centimètres. On saisit l'anse du cæcum qui se présente dans la plaie. Injection *intra-pariétale* d'une culture de *staphyloccus albus* en dilution aqueuse ; l'intestin est refoulé. Double plan de sutures au catgut. Lavage antiseptique ; baudruche et collodion.

Aucun incident à noter depuis l'opération.

Le 6 juin, la plaie abdominale est complètement fermée.

On sacrifie l'animal.

Un peu de pus concret dans le plan des sutures pariétales. *Péritoine* normal. Tache blanche au niveau de la région

cæcale ponctionnée : Pas de pus. *Foie* remarquablement sain.

M. le Dr Fontan a bien voulu, sur ma demande, reprendre ces expériences. Il m'a adressé, à ce sujet, une note que je transcris :

« *Expérience A.* — Jeune chien. Culture de *staphylococcus aureus* en dilution dans l'eau distillée bouillie; quatre gouttes sont injectées dans la partie postérieure du foie, après percussion.

Aucun trouble fonctionnel. — Autopsie le troisième jour : Un point grisâtre sur le foie fait retrouver immédiatement le lieu de la piqûre. A la coupe, on aperçoit une déchirure longue de 6 mm. et large de 2, contenant un petit caillot brun, adhérent. Autour de cette crevasse, le tissu est pâle et induré.

Une culture faite avec une particule de ce coagulum donne du *staphylococcus aureus*.

Histologie. — L'épanchement sanguin est formé d'un réticulum fibrineux, mêlé de globules rouges ratatinés et de beaux globules blancs. Ceux-ci augmentent de nombre à mesure qu'on se rapproche du bord de l'hémorrhagie.

Sur les bords du caillot, on distingue de petits îlots de globules de pus, enfermés dans de petites cavités. Ces globules sont libres, sans aucune substance fibrineuse ou fibrillaire interposée. Ce sont donc *de petits abcès*. Dans le tissu hépatique voisin, on trouve des cellules du foie, grandes, nettes, nucléaires, saines, entremêlées de nids de cellules embryonnaires. Ceux-ci occupent surtout le voisinage des veines périlobulaires. Tantôt ces cellules sont seulement infiltrées dans la tunique externe de la veine dont la lumière contient un peu de sang sans thrombose ; tantôt il y a thrombose et la virole embryonnaire est complète, le thrombus chargé de leucocytes fusionnant presque avec les nids embryonnaires extérieurs.

Ailleurs, les traînées embryonnaires pénètrent dans les lobules dont elles bouleversent la configuration en remplissant les espaces lacunaires. En somme, la propagation du tissu embryonnaire se fait toujours le long des vaisseaux.

Les canalicules biliaires se distinguent très nettement au voisinage du foyer hémorrhagique.

On les reconnaît à leur finesse, à la minceur de leur paroi anhiste, aux flexuosités angulaires qu'ils forment autour de chaque cellule. Ils sont distendus par une substance translucide à peine jaunâtre; cet aspect ne se voit que dans une zone très limitée autour de l'hémorrhagie.

Quant aux cellules hépatiques, tandis que celles qui sont éloignées de la région sont grosses, nettes, nucléaires, nucléolaires, granuleuses, plus près elles se tassent, s'aplatissent, s'allongent, tout en conservant leur noyau de volume normal.

Bactériologie. — Des coupes fines pratiquées au niveau des mêmes points, traitées par l'alcool absolu, colorées au violet de gentiane et décolorées par la méthode de Gram, montrent, dans le tissu hépatique, des microcoques disséminés ou disposés en diplocoques. Rares dans le centre du caillot, ils se rencontrent surtout dans les mailles marginales du réticulum fibrineux, au niveau des régions où l'on a constaté l'existence de vrais foyers purulents. Dans le tissu ambiant, les micro-organismes abondent parmi les cellules embryonnaires.

Expérience B. — Chien. Injection dans le foie, à travers la paroi, de quelques gouttes d'une culture mixte de *staphylococcus piogenes aureus* et *albus*. — Aucun incident pathologique. Autopsie le 8me jour : foie absolument sain.

Expérience C. — Jeune chien de moyenne taille. 1er août. Laparotomie. Quelques gouttes d'une culture diluée de *staphylococcus aureus* sont injectées dans une veine mésaraïque. Thrombus immédiat avec œdème; légères frictions sur la veine. En outre, injection de quelques gouttes de la même culture dans la paroi d'une anse intestinale.

Le 8 août, le chien, qui n'a présenté aucun phénomène anormal, est sacrifié.

Veine *mésaraïque* saine. *Foie* d'aspect généralement sain, sauf quelques points grisâtres, opalins, ressemblant à des tubercules miliaires, presque tous situés au voisinage de la capsule de Glisson.

Histologie. — Ces points grisâtres ont tout l'aspect de tubercules crus. Ils sont formés d'une masse embryonnaire enchatonnée dans un cercle de cellules fusiformes courbées. On distingue deux ou trois cellules géantes au centre de chaque amas. Les vaisseaux y sont oblitérés. Ces tubercules siègent, en général, le long des veinules-porte; par ailleurs, le foie est sain.

Bactériologie. — Pas de microbes. Pas de bacilles tuberculeux.

Expérience D. — Le 15 septembre, on injecte quelques gouttes d'une culture de *staphyloccoccus aureus* dans la veine-porte d'un chien, à 3 cent. du foie, après laparotomie. Autopsie, le 23 : pas de péritonite; pas de pyléphlébite. Foie entièrement sain.

Expérience E. — Le 15 septembre, le bord inférieur du foie, chez un chien, est mis à nu par une incision de la paroi; on y injette quelques gouttes d'une culture de *staphylococcus aureus*. Autopsie le 22.

Sur la région piquée, légère couche fibrineuse, transparente, sans adhérence. Au milieu de cette couche, un point jaune qui est le point de piqûre. Pas d'abcès visible à l'œil nu. Une culture faite avec le suc de ce point jaune demeure stérile.

Histologie. — La capsule de Glisson est épaissie. Elle a perdu son endothélium péritonéal et comprend : une couche superficielle infiltrée d'exsudat fibrineux et une couche profonde, embryonnaire, touchant au tissu hépatique, et y envoyant quelques traînées inflammatoires. Au point piqué existe une brèche, dans la capsule de Glisson et dans le foie. Cette brèche est remplie d'un caillot fibrineux, décoloré, solide, finement réticulé, adhérent par ses bords dans sa partie profonde, friable et granuleux vers la surface. Des globules blancs y sont disséminés; mais il n'y a, nulle part, d'amas de leucocytes ou de foyers purulents.

Expérience F. — 18 septembre. — Un chien est laparotomisé et reçoit, dans sa veine-porte, quelques gouttes d'une culture diluée de *staphylococcus aureus*. Dès le soir, on s'aperçoit qu'il est malade et, notamment, qu'il est très faible des pattes de devant. Il est atteint de fièvre et de diarrhée; le flanc droit est très sensible à la pression. Mort le 27 septembre.

Autopsie :

Toute la région costale droite correspondant au foie, depuis le sternum jusqu'à la ligne axillaire postérieure, est infiltrée de pus. Les neuvième et dixième côtes, ainsi que leurs cartilages, sont nécrosés et baignent dans un pus crémeux. Ce pus, ensemencé, donne une belle culture de *staphylococcus aureus*.

Il n'y a aucune trace de suppuration ni dans le péritoine ni dans la plèvre qui sont sains, ni dans aucune autre région du corps.

La plaie du ventre est cicatrisée; la veine-porte est intacte.

Mais, à la face inférieure du lobe médian du foie, on remarque une saillie brune, circulaire, large comme une pièce de cinq francs et soulevant la capsule de Glisson de 6 à 8 millimètres. Cette saillie est remplie d'une bouillie compacte, couleur chocolat, qui s'écoule difficilement, étant formée de tissu hépatique dissocié par un caillot déjà ancien qui a subi diverses transformations. Par places, il est blanc, fibrineux, les globules sanguins étant complètement détruits; ailleurs il est formé de globules bien nets, épanchés depuis peu de temps. En d'autres points, des amas denses de leucocytes semblent préparer des foyers purulents. Mais on n'y voit pas de pus à proprement parler.

Autour de ce foyer, les vaisseaux sont thrombosés. En somme, il y a là, manifestement, un infarctus.

Bactériologie. — Le raclage de cet infarctus n'a fourni aucun staphylocoque à l'examen microscopique immédiat; les cultures en sont restées stériles. »

Les expériences que j'ai relatées peuvent être réparties en deux groupes : 1° *Injection directe et traumatique de microbes pyogènes dans le tissu du foie.* — Nous avons eu, ici, deux *succès* (expériences 1 et A) et deux *insuccès* (expériences B et E). Les premiers mettent hors de doute, fait important et nouveau, que les micro-organismes du pus, introduits dans le tissu hépatique, *peuvent* en amener l'inflammation suppurative. Les seconds qui, en toute circonstance, ne sauraient prévaloir, montrent que cet effet n'est pas constant et que la pénétration desdits microbes dans le foie, même avec

effraction de son parenchyme, ne suffit pas toujours à le faire suppurer; soit qu'imprégné de bile, le tissu hépatique constitue, pour les bactéries, un terrain de culture défavorable; soit qu'il ne retienne bien la greffe parasitaire et ne la laisse prospérer qu'après avoir été modifié dans sa circulation et sa nutrition par un ensemble d'influences que nous aurons à examiner. — 2° *Expériences dans lesquelles on a cherché à reproduire divers modes pathogéniques qui sont probablement en jeu dans l'hépatite dysentérique, où ils aboutissent au transfert des microbes pyogènes par la veine porte.* — Les résultats, dans ce groupe, ont été *douteux* (expériences C et F) ou *négatifs*. Quelques-uns de ceux-ci nous permettent de conclure que des microbes peuvent, par la veine porte, traverser le foie sans s'y arrêter et circuler ensuite dans l'organisme, sans que des accidents soient la conséquence immédiate ou prochaine de cette diffusion.

III. *Clinique.*

La clinique établit:

1° Que des abcès hépatiques, ordinairement multiples et petits, surviennent, parfois, en conséquence de lésions suppuratives siégeant en divers points du corps, hors de la zone du système porte (plaies des membres et, fait singulier, plus souvent encore, plaies de tête); donnée fondamentale, classique, dans l'histoire de la pyohémie ou infection purulente;

2° Que l'hépatite suppurée peut suivre des solutions de continuité analogues aux précédentes et affectant le tube digestif, dans le territoire porte (plaies opératoires et inflammations ulcératives);

3° Qu'il existe une relation étiologique incontestable entre la dysenterie et les abcès du foie; la dysenterie, contrairement aux prétentions surannées de l'école d'Annesley, étant la maladie initiale, dans l'immense majorité des cas; accompagnant l'hépatite plus rarement et, plus rarement encore, lui succédant, si tant est même que dans ces circonstances, on n'ait pas pris pour une dysenterie de première évolution la recrudescence aiguë d'une dysenterie chronique.

La géographie médicale nous montre, d'autre part, que les deux maladies ont la même distribution et que toutes les régions tropicales où l'hépatite est endémique, sont des pays à dysenterie.

4° Que l'hépatite suppurée n'est pas la seule manifestation pyogénique qu'il soit possible d'observer au cours de la dysenterie et, qu'avec ou sans abcès du foie, il peut y avoir complication de cette maladie intestinale par des abcès multiples sous-cutanés ou par la furonculose, ce type des affections à staphylocoques.

Les observations qui suivent sont des exemples de cette association pathologique.

Obs. I. — *Dysenterie chronique et furonculose.* — M.., soldat d'infanterie de marine, entré à l'hôpital Saint-Mandrier le 19 janvier 1889.

Rapatrié du Tonkin, par le *Bien-Hoa*. Atteint de dysenterie chronique: selles en purée claire, avec grumeaux blancs. Degré prononcé d'anémie et d'amaigrissement. Poids 44 kil. 800.

On note une poussée *furonculeuse* confluente sur les épaules et la partie postérieure du thorax. Une éruption analogue s'est produite, chez ce malade, il y a quatre mois, au début de sa dysenterie.

Le reste de l'observation ne présente rien de remarquable. L'état des selles s'améliore; les matières deviennent moulées, au bout d'une quinzaine de jours. *Exeat* avec un congé de convalescence, le 28 février. Poids 52 kilos.

Obs. II. — *Dysenterie chronique et abcès multiples sous-cutanés.* — R.., soldat d'infanterie de marine; entré à Saint-Mandrier, le 18 mai 1888. Vingt-deux mois de séjour en Cochinchine et au Cambodge. Flux intestinal chronique, depuis quatre mois. Selles liquides (une dizaine dans les vingt-quatre heures), entraînant d'abondantes mucosités mais ne contenant pas de sang. Abdomen légèrement ballonné.

Abcès sous-cutanés au niveau de l'extrémité inférieure de l'humérus droit, à la base de l'hémithorax du même côté, et derrière l'oreille gauche.

23 *mai*. Incision de l'abcès situé à la partie inférieure du bras; pus sanguinolent. Lavages au bichlorure.

25. L'abcès qui pointe derrière l'oreille gauche est ouvert au thermo-cautère. Drainage, lavage et pansement antiseptiques.

28. L'abcès du bras est tari: celui de l'oreille continue à suppurer.

1er *juin*. L'abcès situé à la base de l'hémithorax droit est ouvert au thermo-cautère; il s'en écoule une assez grande quantité de pus. Drain. Lavages phéniqués.

Pendant ce temps, la diarrhée s'est peu modifiée; il n'y a plus, il est vrai, que trois ou quatre selles dans la journée; mais les déjections restent liquides.

8. Les abcès ne donnent plus de pus. Le malade accuse des douleurs à la partie postérieure de la cuisse gauche.

Une tumeur fluctuante apparaît à ce niveau. On l'incise, le 6 juillet. Ecoulement abondant de pus rougeâtre. Lavages et pansement au bichlorure.

9 *juillet*. On note un décollement d'environ 10 cent. au tiers supérieur de la cuisse gauche. Drainage. Lavages et pansements au bichlorure.

A partir de ce moment, la situation devient meilleure. La suppuration diminue de jour en jour, puis cesse complètement; aucune collection purulente nouvelle ne se forme et la dysenterie s'amende.

Le malade est en voie de guérison, le 31 octobre, quand il reçoit son *exeat*. Notons, en terminant, que, malgré tous ses abcès, il n'a pas eu un seul jour de fièvre, depuis son entrée à l'hôpital.

Obs. III. — *Dysenterie chronique à crises subaiguës; — intercurrence de furonculose et d'abcès sous-cutané; — poussées inflammatoires hépatiques; — abcès du foie vidé par les bronches.* — M. X... officier d'infanterie de marine:

1° Entrée à l'hôpital de Toulon, service de M. le médecin en chef Thomas, le 7 septembre 1886, pour anémie paludéenne contractée à Madagascar. *Exeat* le 13 du même mois; congé de convalescence.

2° Entrée le 21 janvier 1889, service de M. le directeur Bérenger-Féraud.

Cet officier a contracté la dysenterie en Annam où il vient de faire un séjour de vingt mois. Il est anémié et amaigri. Les selles sont constituées par des matières fécales plus ou moins consistantes, mêlées d'un peu de sang et d'abondantes mucosités (rectite).

De 6 à 8 selles, environ, dans les vingt-quatre heures. Besoins impérieux d'aller à la garde-robe.

Le foie déborde légèrement les fausses côtes; cependant, pas de douleurs à l'hypochondre droit. Rate quelque peu hypertrophiée. Appétit conservé. Pas de dyspepsie. Pas de fièvre. Diurèse normale.

A la région sus-hyoïdienne, *tumeur* du volume d'un œuf de pigeon, mobile, résistante, peu douloureuse à la pression; son début remonterait à un mois. Pas d'engorgement ganglionnaire.

Régime lacté. Œufs; crèmes de riz; manne, 15 grammes. Lavements boriqués.

24 *janvier*. Sulfate de soude 10 grammes.

25. Sulfate de soude 20 grammes.

26. Lait; œufs; crèmes de riz; fromage de Gruyère. Lavement: alun 1 gr.; eau 100 gr.

28. Toujours un peu de sang et de mucosités dans les selles. Même régime et poisson. Lavement: alun 2 gr.

7 *février*. Amélioration notable. Les selles ne contiennent plus de sang; encore quelques mucosités. 2 lavements: tanin 0 gr. 50; eau 100 gr.

8. Selles moulées.

12. Ponction exploratrice dans la tumeur, avec l'aiguille d'une seringue de Pravaz; pus crémeux avec quelques stries de sang.

Aucun incident jusqu'au 9 mars. Pendant ce temps, le trai-

tement de la rectite est poursuivi au moyen des purgatifs salins et de lavements astringents (tanin) ou cathétériques (nitrate d'argent à 1 0/0).

9 *mars.* Léger mouvement fébrile, le soir, depuis quelques jours. *Exanthème prurigineux* (urticaire ?) sur tout le corps, notamment à la face interne des cuisses, des jambes et des bras.

11. Temp. du soir : 38°,2.

12. Temp. : mat. 37°,3 ; soir 37°,3. Selles diarrhéiques striées de sang. Bain alcalin. Sulfate de quinine. Lavement au nitrate d'argent.

13. Selles d'aspect bilieux, striées de sang et chargées de mucosités. *Eruption furonculeuse* confluente, sur toute la région abdominale. T. : mat. 37°,4 ; s. 37°,8.

15 et 16. Mêmes évacuations alvines.

17. Selle diarrhéique *purulente.*

20. Douleurs à l'hypochondre droit. T. : s. 38°,2.

21. Même état. Selles liquides avec sang et mucosités. T. : s. 38°,5. Tisane albumineuse. Pot. : ipéca pulv. 2 gr. ; eau 120 gr. : pot. : sirop diacode 40 gr. pour la nuit. Lavements émollients boriqués.

22. La douleur de l'hypochondre droit persiste ; son maximum d'intensité est au niveau de la vésicule biliaire. T. : m. 37°,7 ; s. 38°,5.

Pot. : ipéca 8 gr. ; eau 100 gr. Injection hypodermique de chlorhydrate de morphine.

23. Nuit assez calme. Selles bilieuses sanguinolentes. Même potion à l'ipéca. Lavement avec sulfibenzoate de soude.

24. Selles liquides ne renfermant plus de sang .T. : m. 37°,3 ; s. 37°,6.

25. Aspect des selles : *purée de lentilles.* T. : m. 36°,9 ; s. 37,5.

30. Mêmes selles.

31. Trois selles pâteuses.

2 *avril.* Une selle presque moulée.

13. Selle moulée. Régime à volonté avec bière aux repas.

17. Vin de Bordeaux.

24. *Exeat.* Congé de convalescence.

3me entrée le 16 mai 1889.

Toujours anémié et portant encore des traces de l'éruption furonculeuse du mois de mars dernier. De 4 à 5 selles dans les vingt-quatre heures ; matières fécales pâteuses mêlées d'un peu de sang ; pas de ténesme. Inappétence. *Foie douloureux et débordant les fausses côtes* de plusieurs centimètres. *Toux* légère ; expectoration presque nulle. *Rien à l'auscultation de l'appareil respiratoire et du cœur.* Fonctions urinaires normales. *Exeat* le 20 mai.

4me entrée le 23 juillet 1889.

Rectite persistante ; petits accès de fièvre vespérale irrégulière.

25. T. : m. 37°,4 ; s. 38°,1. *Eruption scarlatiniforme* occupant toute la surface cutanée et suivie de desquamation trois ou quatre jours plus tard. Bouillon dégraissé ; jus de viande ; crèmes de riz. Tisane albumineuse. Ipéca pulv. 1 gr. 50 en 3 paquets. 2 lavements boriqués.

26. T. : m. 37°,4 ; s. 37°,4.

27. T. : m. 37°,5 ; s. 38.

28. T. : m. 37°,2. Selles moulées sanguinolentes.

9 *août.* Les déjections sont devenues liquides et ont pris l'aspect lavure de chair. Elles entraînent quelques scybales. La dysenterie est combattue, successivement, sans grand succès, par les purgatifs salins, le calomel et l'ipéca. On prescrit, pendant quelques jours, 2 gr. de salol en 4 paquets.

25. 2 *abcès furonculeux* à la face palmaire de la main droite ; un *abcès* de même nature au niveau de l'éminence thénar.

Depuis deux jours, *expectoration de pus sanguinolent couleur abricot.*

27. Léger coma. Tremblottement de la voix. Cyanose de la face.

29. T. : m. 39°,1 ; s. 38°,8.

30. T. : m. 38°,5 ; s. 38°,6.

Mort le 31 août 1889.

(*A suivre.*)

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Quelques cas de grande hystérie traités avec succès par l'hydrothérapie, par Bonamaison (*Montpellier médical*, 16 janvier 1891, n° 2, p. 57). — L'auteur rapporte plusieurs observations de grande hystérie traitées et guéries par l'isolement et l'hydrothérapie, qui ne présentent d'autre intérêt que de figurer de nouveaux exemples de la parfaite similitude qui existe entre tous les cas de grande hystérie quelle que soit la région où on les observe.

Syphilis du système nerveux (Syphilis of the nervous system), par Fisher (*The journal of nervous and mental diseases*, janvier 1891, n° 1, p. 11). — La syphilis peut affecter les divers départements du système nerveux central et périphérique, soit directement, soit indirectement par l'intermédiaire des os et des vaisseaux. La syphilis vertébrale serait plus rare que la syphilis crânienne.

Traitement de la sciatique (The modern treatment of sciatica), par W. Broaddus Pritchard (*American journ. of med. sc.*, janvier 1891, n° 1, p. 23). — L'auteur attire l'attention sur ce fait qu'il existe 2 sortes de sciatique : sciatique névralgie et sciatique névrite. Le traitement doit être approprié à chaque variété. Pour la névralgie les analgésiques conviennent, tandis que pour la névrite on aura surtout recours à l'électricité. En tout cas, l'auteur conseille l'immobilisation du membre à l'aide d'un appareil dans les cas de névrite.

Nystagmus (On the nystagmus), par Gordon Norrie (*Lancet*, 13 décembre 1890, p. 1264). — L'auteur se prononce pour l'origine nerveuse du nystagnus, contrairement à l'opinion qui fait dépendre ce symptôme d'un trouble musculaire. Il invoque à l'appui un certain nombre de cas dans lesquels le nystagnus ne se produisait que lorsque le malade regardait de l'œil faible, et néanmoins le nystagnus était bilatéral. Il note aussi l'extrême fréquence de ce signe au cours des maladies nerveuses.

Tic convulsif et coprolalie (On the form of convulsive tic associated with coprolalia), par William Osler (*Medical News*, 20 décembre 1890, p. 646). — Il s'agit d'une fille de 13 ans atteinte d'une maladie des tics classique avec coprolalie, écholalie, etc., qui sert à l'auteur de base à son travail, qui reproduit en les confirmant les données établies sur ce sujet par M. Charcot.

Névrite multiple (Multiple neuritis), par Magie Finny (*Dublin journ. of medic. science*, janvier 1891, n° 1, p. 1). — Ce travail relate plusieurs observations de polynévrites, de causes diverses : dans un des cas, on a noté de l'exagération des réflexes et la miction involontaire. Les autres ne présentent qu'un intérêt secondaire.

Névralgie ciliaire traumatique (Ein Fall von Neuralgia ciliaris traumatica. Beseitigung durch Galvanocaustik), par Eversbusch (*Münch. med. Woch.*, 23 décembre 1890, n° 51, p. 901). — Un ouvrier, à la suite d'un accident, reçoit un éclat d'aiguille dans l'œil, et continue à souffrir de douleurs intenses, même après l'extraction du corps étranger. L'examen ophthalmoscopique est négatif. Après beaucoup de traitements infructueux, l'auteur pratique la galvano-caustique profonde dans la région du nerf ciliaire, qui est suivie de guérison.

Simulation dans les névroses traumatiques (Bemerkungen über Simulation bei Unfall-Nervenkranken), par J. Mœbius (*Münch. medic. Woch.*, décembre 1890, n° 50, p. 887). — M. Mœbius proteste avec énergie contre la proposition de Seeligmüller d'interner les traumatisés dans des asiles spéciaux où ils seraient soumis à une observation pour établir la réalité des affections dont ils se plaignent et où on les punirait sévèrement en cas de simulation, quitte à les dédommager en cas d'erreur de diagnostic. Pour ce qui le regarde, l'auteur n'a jamais vu de simulation, à proprement parler. On peut constater, il est vrai, de l'exagération dans la description des phénomènes, mais un médecin instruit et bien au courant de la nosographie de l'hystérie et de la neurasthénie ne s'y trompe pas. En effet, ce qui mettra sur

tout à l'abri de toute erreur de diagnostic, c'est la connaissance approfondie de ces espèces morbides, dont tous les traumatisés sont plus ou moins atteints. La prétendue névrose traumatique n'est, en réalité, qu'une association d'hystérie et de neurasthénie; or, ces deux névroses présentent certains signes objectifs qu'il est impossible de simuler : l'exagération et l'inégalité des réflexes, l'atrophie musculaire, les secousses fasciculaires, les modifications des réactions électriques et les diverses altérations vaso-motrices et trophiques. D'autres signes ne peuvent être simulés, mais peuvent être exagérés : tels sont les troubles de la sensibilité. Quant aux signes subjectifs, un médecin instruit pourra toujours les reconnaître, grâce à leurs caractères de similitude. Il est vrai que certains malades guérissent dès que des indemnités leur sont accordées, mais on sait l'influence des réactions de l'état mental dans ces deux maladies. On n'oubliera pas, enfin, que la simulation par elle-même est déjà une maladie. En somme, ce travail constitue la confirmation la plus éclatante de toutes les idées émises sur ce sujet par M. Charcot et ses élèves.

MÉDECINE

Elimination urinaire dans la néphrite et l'ictère (Ausscheidung der Ætherschwefelsaüren bei Nierenentzündung] und Icterus), par Biernacki (*Centralb. für medic. Wissensch.*, n° 49, p. 881, et n° 50, p. 898, décembre 1890). — Les phénomènes de fermentation qui se produisent dans l'intestin peuvent être jusqu'à un certain point influencés par le régime et appréciés dans leur importance par le coefficient de l'élimination urinaire. L'auteur a étudié chez 7 sujets bien portants l'influence que la diététique exerce sur cette élimination et sur les fermentations digestives. Celles-ci sont favorisées par l'ingestion d'aliments riches en albumine; mais il faut remarquer que l'albumine végétale est sur ce point plus défavorable, sans doute à cause de sa digestibilité moindre et son absorption tardive. Le lait joue un rôle inverse. Dans la néphrite, les putréfactions intestinales augmentent; mais il est à remarquer que si l'on aide au fonctionnement gastrique par des prises d'acide chlorhydrique au repas, la toxicité urinaire baisse. Dans certains faits de néphrite hémorrhagique, l'élimination de l'acide sulfurique total était plus élevée qu'à l'état normal. L'absence d'apport de la bile dans l'intestin favorise les fermentations et se traduit par l'augmentation de l'acide sulfurique combiné dans l'urine. Il faut noter que l'administration du calomel (0,3 à 0,5 par jour) n'a produit aucune action désinfectante du contenu intestinal.

Action des antipyrétiques (Wirkung der Antipyretica), par Podanowsky et Popoff (*Wien. medic. Pres.*, décembre 1890, n° 52, p. 2058). — Les auteurs tirent de leurs expérimentations les conclusions suivantes. L'abaissement de température produit par les sels de quinine, par la résorcine et la thalline tient à une action de ces substances sur certains centres thermo-régulateurs situés dans les parties antérieures du cerveau; quand celles-ci ont été isolées du reste de l'organisme, de fortes doses des susdits antipyrétiques restent sans influence sur la température centrale. Le mécanisme de cette action s'explique par un rôle modérateur de ces centres, que les antipyrétiques ont d'abord pour effet d'exciter, dans un premier temps : par là s'explique, par exemple, que l'antipyrine et le chlorhydrate de quinine élèvent tout d'abord la production de chaleur. Le fait que la plupart des antipyrétiques sont incapables de modifier la température cutanée et la vasodilatation périphérique, chez des animaux à centres vasomoteurs fonctionnant régulièrement, confirme l'existence d'un centre vaso-moteur spécial dans le cerveau antérieur, qui aurait pour fonction d'augmenter la déperdition de chaleur dans le cas où la calorification est anormalement augmentée.

Asparagine dans l'alimentation (Asparagin für die Ernæhrung), par Weiske (*Centralbl. f. medic. Wissensch.*, décembre 1890, n° 52, p. 945). — L'auteur a tiré de ses études physiologiques les déductions suivantes : chez les herbivores, l'asparagine joue le rôle d'un véritable aliment d'épargne pour les albuminoïdes et peut dans certaines conditions suppléer l'apport d'albumine; mais cet effet ne se produit nullement chez les carnivores ni les omnivores. Les conclusions de l'auteur avaient été combattues par Kœnig; mais il les confirme et les établit définitivement par ses nouvelles recherches.

Fièvre typhoïde et bains froids (The treatment of enteric fever, with special reference to the method of Brand), par Wilson (*Medic. News*, Philadelphie, 6 déc. 1890, p. 588). — Sur 50 malades atteints de fièvre typhoïde, 10 ont été traités pour des raisons diverses par les anciennes méthodes; il en est mort un, âgé de 33 ans, entré à l'hôpital à la fin de la deuxième semaine, et ayant déjà eu une hémorrhagie intestinale; les 40 autres ont été baignés et ont tous guéri après une moyenne de 42 bains.

Complications cardiaques du rhumatisme blennorrhagique (Cardiac complications in gonorrhœal rheumatism), par R. Mac Donnell (*Amer. Journ. of medic. Sc.*, janv. 1891, p. 1). — Sur 37 cas de rhumatisme blennorrhagique, l'auteur a constaté 4 fois des signes physiques d'affection cardiaque chez des sujets qui n'avaient jamais eu de rhumatisme aigu auparavant. Dans un de ces faits, un homme qui avait eu deux blennorrhagies accompagnées toutes deux de rhumatisme, avait un souffle systolique de la pointe qui ne se propageait dans aucune direction. Un autre malade avait eu la scarlatine dans son enfance. Un autre avait eu à la troisième semaine de sa blennorrhagie une arthrite suppurée et en même temps un souffle systolique de la pointe. Le quatrième cas est celui d'un homme atteint d'endopéricardite aiguë et de pleurésie à la cinquième semaine d'une blennorrhagie accompagnée depuis quatre jours de légères douleurs dans les genoux. Aucun de ces faits n'est suffisamment démonstratif.

Réaction chlorhydrique du contenu stomacal (Salzsæurenachweis im Mageninhalt), par Boas (*Centralb. f. kl. Med.*, déc. 1890, n° 51, p. 943). — Le nombre des réactifs proposés par les différents auteurs prouve l'insuffisance de chacun d'eux dans certains cas particuliers. La phloroglucine-vanilline (Günzburg), le carbonate de chaux (Léo), le violet de méthyle (Salkowski), ont tous à leur actif quelques résultats contradictoires. L'auteur, qui a recommandé la résorcine, s'efforce de préciser à nouveau les termes de la question. On est trop souvent parti de conditions artificielles, au lieu de se fonder sur les faits physiologiques. Toute expérience est non avenue, si elle ne vise le contenu gastrique même. Or, tant qu'on n'aura pas établi qu'avec un suc gastrique physiologique, l'un des réactifs *sûrs* peut rester en défaut, ou inversement, il y a lieu de faire des réserves sur les résultats dits contradictoires. Du reste, l'auteur est le premier à reconnaître que, si l'épreuve à la ph.-vanilline et la résorcine *dans les faits positifs* indique l'intégrité de la sécrétion gastrique, le manque de réaction ne permet pas de conclure à une incapacité sécrétoire utilisable pour le diagnostic. On a reproché à l'épreuve résorcinique d'avoir ses résultats faussés par l'intervention de produits de combustion : il suffira, pour éviter l'erreur, d'évaporer lentement, au besoin sur un bain-marie.

CHIRURGIE

Rupture du canal de Sténon (Luftgeschwulst der Wange, Zerreissung der Stenon'schen Ganges), par Deichmüller (*Berl. kl. Woch.*, 29 décembre 1890, n° 54, p. 1226). — L'auteur fut consulté le 9 juillet par un verrier de 19 ans, sans antécédents sauf des extractions dentaires, pour une tumeur qui s'était formée dans la joue 14 jours auparavant, trois semaines après que, ayant eu à souffler des verres plus pesants, il avait cherché « à souffler avec la bouche », c'est-à-dire en distendant les joues d'une manière exagérée. La tumeur, occupant la région du canal de Sténon droit, était sonore, élastique. L'orifice buccal du canal était un peu large, gonflé; une sonde y entra et se mut à l'aise dans la poche aérienne. Après échec de l'injection iodée, Deichmüller fit l'incision large et le drainage déclive (vers l'angle de la mâchoire) et la guérison était obtenue le 10 août. Le malade a repris son métier sans inconvénient.

Pathogénie des kystes de l'épididyme, par P. Poirier (*Rev. de chir.*, 10 nov. 1890, p. 861). — Après avoir cru à la théorie de la rétention et avoir insisté devant la *Société anatomique* (1890, p. 368) sur la dilatation de diverticules des

voies d'excrétion du sperme, Poirier, ayant fait des études plus complètes, admet aujourd'hui qu'il s'agit de kystes d'abord non spermatiques; ils grandissent et les vasa efferentia, étalés sur eux, s'y rompent à un moment donné. C'est donc là une des théories anciennes. Le point nouveau, c'est que Poirier nous montre comment, d'abord libre, la tête de l'épididyme se soude peu à peu au testicule, et, à son sens, des loges séreuses, enclavées si ce processus est par places incomplet, sont l'origine des kystes en question.

Traitement des anévrysmes (Aneurysm, its cure by inducing the formation of White thrombi within the sac), par Macewen (*Lancet*, 22 nov. 1890, p. 1086). — Macewen pense que les caillots fibrineux sont seuls capables d'amener la guérison et que d'autre part ils ne se forment pas aux dépens des caillots cruoriques. Ils se déposent, en strates, lorsque la paroi est enflammée légèrement et a perdu son endothélium; puis ils s'organisent. De là le précepte, pour les anévrysmes inaccessibles à la ligature, d'irriter la paroi. A cet effet, Macewen préconise l'acupuncture, avec de longues aiguilles qu'on laisse en place 12, 24, 48 heures même ; la pointe va irriter la poche. On fait de la sorte plusieurs séances au besoin. Sur 4 malades traités ainsi (anévrysmes de la crosse aortique et de la base du cou), il y a eu un décès et trois améliorations nettes.

Prostatectomie (Two cases of prostatectomy), par W. White (*Med. news*, 13 déc. 1890, p. 628). — La première observation est celle d'un homme de 68 ans, chez qui les accidents avaient débuté 16 ans auparavant et pendant 4 ans avaient nécessité le cathétérisme évacuateur, d'où cystite purulente et calcul phosphatique volumineux. Ce calcul fut extrait par la taille hypogastrique (avec ballon rectal) et à cette occasion les bosselures saillantes de la prostate furent réséquées. Mort en quelques jours. Les deux reins étaient désorganisés. En présence d'une cystite aussi ancienne, l'auteur reconnaît que l'intervention la plus simple eût été la meilleure. L'autre opéré, homme de 43 ans, avait également une cystite purulente et fut taillé (voie hypogastrique) pour un calcul phosphatique. Un noyau volumineux (histologiquement un fibromyome) fut énucléé avec les ongles. Le malade guérit et tous les symptômes vésicaux ont disparu.

Trépanation du rachis pour mal de Pott (Spinal caries, pressure, paraplegia, resection of laminæ), par Page (*Lancet*, 6 décembre 1890, t. I, p. 1210). — Cette observation est celle d'un homme de 20 ans qui fut pris de mal de Pott, 2 mois après une chute sur la région dorsale. Les premiers signes de paraplégie datent de la fin de 1888; en avril 1889, elle était complète. Il y avait une gibbosité allant de la 5e à la 10e dorsale. Trépanation le 30 juillet 1889; toutes les lames étaient soudées entre elles. On trouva une carie des corps, inaccessible par la voie postérieure. L'amélioration obtenue par l'opération fut à peu près nulle, mais ultérieurement l'application d'un corset plâtré fut suivie d'une amélioration notable.

Occlusion intestinale (Acute intestinal obstruction by internal strangulation, laparotomy, cure), par E. J. Cave (*Lancet*, 6 décembre 1890, t. II, p. 1213). — La laparotomie a été heureuse chez cet homme de 55 ans, opéré au 3e jour d'un étranglement à début aigu. L'intestin grêle était étranglé par une bride insérée à l'ombilic et dont les connexions profondes n'ont pu être déterminées. D'après l'insertion à l'ombilic, l'auteur admet que c'est un reliquat du conduit vitellin.

Rupture de l'artère axillaire (Rupture of the axillary artery, ligature, amputation at the shoulder joint, recovery) par Carthe Davey (*Lancet*, 27 décembre 1890, t. II, p. 1380). — Un homme de 42 ans fut trouvé ivre dans la rue et, d'après l'absence de pouls radial et l'œdème de tout le membre supérieur, on diagnostiqua une rupture, de cause inconnue, de l'axillaire. Incision sous-claviculaire, évacuation de caillots, ligature des deux bouts rompus (qui ne saignent pas). Au cours de l'opération, on blesse la veine axillaire, qu'il faut lier. Les jours suivants, la circulation ne s'est pas rétablie. Au 4e jour, désarticulation de l'épaule. Le malade a guéri.

BIBLIOGRAPHIE

I. — **Salpingites et ovarites**, par O. Terrillon, Paris, O. Doin, 1891.

II. — **Traité des suppurations pelviennes chez la femme**, par Pierre Delbet, prosecteur à la Faculté de médecine, Paris, G. Steinheil, 1891.

Il y a deux manières de faire un livre utile. Dans l'une, un auteur d'une expérience éprouvée fait part au public de ses opinions personnelles, appuyées sur une pratique prolongée. Dans l'autre, l'écrivain s'attache à prendre connaissance de tout ce qui a été écrit d'important sur la matière et, faisant intervenir le sens critique plus que l'expérience personnelle, établit le bilan de la science sur un point déterminé. Ce travail de bibliographie et de critique était naguère fort en honneur parmi les maîtres, et c'est à lui que nous devons en grande partie l'œuvre de Malgaigne. Mais aujourd'hui les chirurgiens de quelque renom y répugnent pour la plupart, et pour avoir une œuvre complète, il faut associer le labeur d'un jeune à l'expérience d'un clinicien consommé. Voilà pourquoi, dans cette analyse, nous mettons côte à côte le livre de M. Terrillon et celui de M. Delbet. Aucun des deux ne peut suffire à qui veut prendre une connaissance parfaite des suppurations pelviennes chez la femme. Etudiés parallèlement, ils se complètent à merveille.

I. — Le livre de M. Terrillon est le type de ceux où l'auteur est appelé à parler surtout de son expérience personnelle, et, dès sa préface, M. Terrillon prend soin de nous en avertir. L'historique et la bibliographie sont très réduits, de parti pris. Ce n'est donc pas là un traité, au sens propre du mot. Le morceau de résistance, c'est l'exposé des quatre-vingt-huit observations où M. Terrillon est intervenu chirurgicalement. Ces observations sont relatées en détail à la suite des chapitres précédents qui en sont, en somme, le commentaire. Aussi ne s'étonnera-t-on point que l'étude de la thérapeutique, et surtout de la thérapeutique opératoire, occupe presque la moitié du volume; que M. Terrillon s'y étende avec soin sur les procédés pratiques dont il se loue, sur les indications du lavage et du drainage, sur les accidents consécutifs à l'opération, etc. Toutes ces particularités, nous ne pouvons les indiquer ici : cela nous forcerait à dépasser les limites d'une analyse. Au reste, la chose est inutile, car nos lecteurs sont tenus au courant, par le compte rendu de la *Société de Chirurgie*, des principales idées de M. Terrillon sur ce sujet. Ils savent qu'il est chaud partisan de l'intervention opératoire; qu'il se rallie alors franchement à la laparotomie suivie de l'extirpation aussi complète que possible, en ne se rabattant sur le drainage simple que comme pis aller. Ce qu'ils nous demanderont, sans doute, c'est l'exposé général de la statistique et des résultats définitifs. Nous leur dirons donc que la mortalité opératoire a été de 5 sur 88, et là, la gravité n'existe guère que pour les salpingites suppurées, rompues au cours de l'opération. Quant aux résultats définitifs, nous trouvons : 64 femmes rétablies en moins de 3 mois; 16 rétablies en 8 à 18 mois; 5 seulement présentant encore quelques troubles. Il y a là un enseignement qui, nous le répétons, ne peut nous être fourni que par les chirurgiens d'expérience. A cet égard, nous avions enregistré avec plaisir le mémoire de M. Bouilly au congrès de Berlin. C'est aujourd'hui M. Terrillon que nous avons à remercier pour son intéressante publication.

II. — Aux antipodes de ce livre se place celui de notre distingué collègue Pierre Delbet. Notre laborieux ami n'est pas encore à même de nous donner le résultat de ses recherches cliniques, de ses opérations personnelles. Mais il s'est imposé une tâche tout autre et, par son accomplissement, nous aura rendu grand service. Il y a quelques semaines, nous avons longuement résumé dans la *Gazette* un des principaux chapitres de ce volume important, et l'on a pu juger ainsi dans quel esprit l'ouvrage est conçu. On y trouvera deux choses : des investigations anatomiques patientes, consciencieuses et intelligentes, trois qualités qui ne sont pas toujours réunies; des investigations bibliographiques précieuses par leur étendue et par leur précision.

Une objection surgira immédiatement pour cette deuxième partie. C'est, dira-t-on, une œuvre de compilation, et l'auteur

est trop jeune pour que ses appréciations critiques soient toutes bien justifiées. Pourvu que quelques-unes le soient, l'œuvre n'aura pas été inutile.

Mais surtout nous félicitons hautement M. Delbet de ses études anatomiques et anatomo-pathologiques. On a beaucoup discuté, on discute encore, sur les suppurations pelviennes. Salpingites, phlegmons, lymphangites, adénites, parmi toutes ces variétés laquelle est la plus fréquente, et les salpingites sont-elles dues à une propagation muqueuse ou à une infection lymphatique? On a sur ces points beaucoup disserté, on a constaté quelques faits exacts; mais bien souvent on a trop généralisé. Aussi Delbet a-t-il été bien inspiré quand, désireux d'étudier les suppurations pelviennes, il a commencé par examiner attentivement l'anatomie normale de la région, et il nous donne une description importante des aponévroses pelviennes, de la cavité de Retzius, du ligament large et des pédicules vasculaires des organes du petit bassin. Appuyé sur cette base solide, il a pu montrer les variétés anatomiques des suppurations pelviennes, et, autant qu'on en peut juger par la seule anatomie pathologique, établi pour les diverses collections des indications thérapeutiques un peu spéciales, principalement pour la voie par laquelle il faut les aborder. Nous accorderons qu'ici l'auteur entre parfois dans le domaine de la théorie. Mais au moins c'est de la théorie rationnelle et anatomique, faite par un jeune chirurgien instruit et distingué. Aussi croyons-nous pouvoir prédire que son œuvre restera.

A. BROCA.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

CHIRURGIE INFANTILE, CLINIQUE ET OBSERVATIONS, par E. CHARON et G. GEVAERT. Paris, Lecrosnier et Babé, 1891.

Ce volume est simplement la réunion d'observations détachées sur diverses maladies chirurgicales infantiles; ou plutôt succession dans un ordre quelconque, si bien que des faits comparables se trouvent dispersés. Ainsi pour les hernies inguinales, par exemple. C'est déjà là une critique assez sérieuse. Mais surtout nous n'avons pas trouvé d'aperçus bien nouveaux dans ces observations, leçons cliniques et mémoires réimprimés.

RECUEIL DE FAITS CLINIQUES (1883-1886), par H. BERNHEIM et P. SIMON (de Nancy). 1 vol. in-8°, Paris, 1890, O. Doin, éditeur.

Ce volume n'est autre que la reproduction d'articles déjà publiés dans la *Revue médicale de l'Est*, par le Dr P. Simon, à propos d'observations recueillies dans le service de M. H. Bernheim. Ce sont, pour la plupart, des observations cliniques accompagnées de courtes réflexions et qui pourront être utilisées pour des recherches ultérieures; telles sont une série d'observations de fièvre typhoïde, de cardiopathies, de ramollissement cérébral, etc. Quelques articles plus détaillés sur le cancer du poumon, la cyanose, l'ictère grave, le cancer primitif des voies biliaires, les tumeurs du cervelet, l'intoxication diabétique, les formes de l'insolation, l'emploi de l'antipyrine dans le rhumatisme articulaire et l'antifibrine complètent ce volume riche en faits particuliers; mais en raison même de ce que ces articles sont de simples reproductions d'articles déjà publiés et sont très fragmentés, ils échappent à une analyse détaillée.

Thèses des Facultés

PARIS

DE LA RÉSECTION DU BORD INFÉRIEUR DU THORAX POUR ABORDER LA FACE CONVEXE DU FOIE, par CANNIOT, 28 janvier.

Il existe en avant une partie du bord inférieur du thorax qui n'est pas doublée à sa partie profonde par la plèvre pariétale. Cette partie, entièrement cartilagineuse, peut être réséquée sans blesser aucun organe important et sans ouvrir le cul-de-sac pleural. Cette opération a été conçue et exécutée par M. le professeur Lannelongue pour des péri-hépatites tuberculeuses. Elle comprend des indications plus étendues; elle permet d'aborder les abcès et les kystes de la face convexe du foie et, d'une façon générale, tous les abcès sous-phréniques.

L'incision sera faite au bistouri, à deux centimètres au-dessus du rebord costal. Elle commencera à 3 cent. du sternum pour finir à l'union de la 10e côte et de son cartilage. Le rebord costal sera isolé et réséqué avec le costotome de Collin. La partie enlevée comprendra les 10e, 9e, 8e et quelquefois 7e cartilages costaux et les espaces correspondants. S'il s'agit d'un abcès péri-hépatique, celui-ci sera facilement abordé après la résection du rebord thoracique. Intervient-on pour un kyste hydatique, il faudra, après l'avoir découvert, le ponctionner, l'inciser et le suturer à la paroi. Pour les abcès du foie, on se conduira de la même façon, seulement ici la suture précédera l'ouverture large.

Cette résection ne gêne pas la respiration. Elle permet d'explorer la face convexe du foie mieux que ne le font les incisions transpleurales.

TRAITEMENT DU CAL VICIEUX AVEC CHEVAUCHEMENT PAR L'OSTÉOTOMIE OBLIQUE, par G. SARDOU, 28 janvier 1891.

Dans les cas de fractures consolidées vicieusement avec déviation angulaire et chevauchement des fragments, les méthodes de traitement actuellement les plus employées, l'ostéoclasie et l'ostéotomie transversale, linéaire ou cunéiforme, peuvent corriger la déformation et la part de raccourcissement qui en est la conséquence, mais sont impuissantes à rendre au membre malade la longueur que le chevauchement lui a fait perdre. La méthode de M. Hennequin permet au contraire, pourvu toutefois qu'il n'y ait pas eu de perte de substance osseuse, de restituer à l'os fracturé la plus grande partie ou même la totalité de la longueur du raccourcissement dû au chevauchement, tout en ramenant les fragments dans l'axe normal. Il est donc indiqué d'y avoir recours toutes les fois que, une intervention ayant été résolue, l'examen du malade a permis de constater l'existence d'un chevauchement.

Cette méthode consiste dans l'emploi d'un ensemble de procédés opératoires et contentifs, variables suivant les cas, et ayant pour objet :

a. De sectionner l'os au niveau du cal suivant une ligne dont l'obliquité sera calculée d'après la longueur du raccourcissement à corriger.

b. De faire glisser les deux fragments l'un sur l'autre en pratiquant une extension continue intensive et proportionnée au résultat que l'on recherche.

c. D'assurer leur redresssment et leur contact jusqu'à consolidation par l'extension aidée d'autres moyens : gouttière crurale, coussins d'ouate, attelles, fil de rappel, position du membre.

Les résultats obtenus dans les quelques cas où cette méthode a été employée sont assez satisfaisants pour légitimer son adoption toutes les fois qu'elle sera indiquée.

DE L'ULCÈRE PERFORANT DU DUODÉNUM, par A. LE RENARD, 29 janvier 1891.

I. — Le duodénum comme l'estomac présente deux formes d'ulcère : l'une foudroyante, l'autre chronique.

II. — De même que l'ulcère chronique du duodénum, tout en se rapprochant beaucoup de celui de l'estomac, présente quelques signes différentiels, de même l'ulcère perforant du duodénum présente quelques particularités symptomatiques qui peuvent aider à le distinguer cliniquement d'une perforation stomacale ulcéreuse, l'étiologie et la pathogénie restant les mêmes pour les deux affections.

III. — Les symptômes de l'ulcère perforant duodénal se réduisent presque toujours à ceux d'une péritonite par perforation, survenant brusquement sans trauma, ni symptômes prémonitoires.

IV. — Cependant il arrive parfois que des symptômes dyspeptiques légers peuvent faire soupçonner la présence d'une ulcération duodénale qui peut devenir perforante à bref délai.

V. — Dans le premier cas le traitement sera celui de la péritonite par perforation, c'est-à-dire presque entièrement chirurgical.

VI. — Dans le second on aura recours à un traitement médical sévère en prévision d'une perforation.

VII. — Le traitement chirurgical variera, suivant que la péritonite est suraiguë ou simplement aiguë ou subaiguë, de la laparotomie avec toilette entière du péritoine à de simples incisions abdominales.

VIII. — Dans la péritonite par perforation du duodénum due à un ulcère, l'issue est, à quelques rares exceptions près, toujours fatale, malgré le traitement ou plutôt parce que celui-ci n'a pu être appliqué, le malade n'étant pas en état de supporter une opération.

Livres déposés au Bureau du Journal

Du chimisme stomacal (Digestion normale ; dyspepsie), par M. G. Hayem, professeur à la Faculté de médecine de Paris, et J. Winter, préparateur du Laboratoire de thérapeutique à la Faculté de médecine. G. Masson, éditeur, boulevard Saint-Germain. Un volume in-18°, cartonné toile anglaise. 4 fr.

Méthode de traitement de la tuberculose du professeur Koch. Mise à la portée du grand public, traduite de l'allemand, avec autorisation de l'auteur, par E. Tutzscher, avec un portrait de R. Koch. 1 volume in-12. Paris, 1891. W. Hinrichsen, éditeur.

Sur les agents et les méthodes de désinfection, par le Dr J. Geppert, de l'Institut pharmacologique de Bonn, traduit de l'allemand avec autorisation de l'auteur 1 volume in-8°, Paris, 1891, W. Hinrichsen, éditeur.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Imp. des Arts et Manufactures. 12 rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES SAMEDIS ET PUBLIANT TOUS LES MERCREDIS

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

RÉDACTEUR EN CHEF : Dr L. LEREBOULLET. — SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION : Dr A. BROCA.

COMITÉ DE RÉDACTION

MM. E. BRISSAUD, G. DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, A. GILBERT, A. HÉNOCQUE, A.-J. MARTIN, A. PETIT, P. RECLUS

BULLETIN

Paris, le 6 février 1891.

La réorganisation hospitalière.

La *Société médicale des hôpitaux* tient de moins en moins séance scientifique et de plus en plus elle allonge les comités secrets où elle discute sur les propositions de M. Huchard et autour d'elles.

La semaine dernière — et la convocation avait été faite par lettres spéciales portant mention de l'ordre du jour — elle a voté la résolution suivante, dont nous donnons le texte exact :

« Les médecins des hôpitaux sont autorisés à se faire assister, pour leur service de consultations, à leur choix et sous leur responsabilité personnelle, par un médecin du Bureau central, par un admissible au Bureau central ou par un ancien interne, concurrent actuel au Bureau central et agréé par l'Administration. »

Il y a quelque contradiction entre l'adoption de ce texte et la première discussion dont nous avons parlé, le jour où M. Besnier avait dû se replier en bon ordre, mais la solution aujourd'hui admise est en principe et en pratique incontestablement la meilleure.

D'une part, et voilà pour le principe, elle ne fait pas appel à un concours de plus. D'autre part, et voilà pour la pratique, elle met l'administration en droit d'exiger que la consultation soit toujours et partout régulière et soignée.

Ce n'est pas tout : parmi ces docteurs par lesquels on peut « se faire assister » sont inscrits les médecins du Bureau central ! C'était là, on s'en souvient, qu'on avait d'abord rencontré une opposition en apparence irréductible. A mesure qu'on a discuté, l'opposition a diminué et le débat, confus à l'origine, où s'étaient heurtés des intérêts contradictoires, s'est de semaine en semaine éclairci. On a reconnu que l'on était forcément amené à autoriser les chefs de service âgés et occupés à « se faire assister » par de jeunes docteurs « que vous nommerez assistants, si vous voulez », a dit un membre, si nos renseignements sont exacts; puis ce même membre a constaté que, pendant la presse des vacances, ces « assistants » seraient tout désignés pour faire le remplacement. Mais quels eussent été les services les premiers pourvus de la sorte? Ceux des chefs âgés et occupés, c'est-à-dire les meilleurs. Ainsi, les médecins du Bureau central n'auraient plus eu, ou à peu près, un seul de ces services agréables et recherchés? Poser la question de la sorte — et logiquement elle devait arriver à se poser ainsi, nous l'avons dit dans nos articles précédents — c'était la résoudre : et une fois de plus l'intérêt particulier a fait triompher l'intérêt général.

A. BROCA.

REVUE GÉNÉRALE

Le traitement des déviations de la cloison nasale.

I

Les fosses nasales sont isolées l'une de l'autre par une cloison ostéo-cartilagineuse formée par le vomer, la lame perpendiculaire de l'ethmoïde et le cartilage quadrangulaire. Théoriquement cette cloison doit être verticale et symétrique : en fait, cette rectitude constitue l'exception et l'asymétrie de la cloison est des plus communes. Il n'y a, pour en juger, qu'à consulter les statistiques assez nombreuses dans lesquelles l'examen de la cloison a été fait. Theile, sur 117 crânes examinés, trouvait une asymétrie de la cloison dans 73,5 0/0. Zuckerkandl rencontrait cette déviation 140 fois sur 370, soit 37,8 0/0. Morell Mackenzie, procédant à l'examen de la collection du collège royal de Londres, notait, sur 2152 crânes examinés, 1657 modifications du squelette dans un sens ou dans un autre. Le Dr Rosenthal (1) arrive à des chiffres à peu près concordants; sur 2018 crânes appartenant au musée de la Société d'anthropologie, le total des déformations de la cloison oscille entre 50 et 75 0/0, suivant les races et les pays. Les crânes parisiens lui donnent un relevé de 146 déviations sur 312; des Russes et Slaves, 71 sur 119, des nègres, 69 sur 223, etc.

Ces chiffres, déjà élevés, ne comprennent que les dé-

(1) Des déformations de la cloison du nez (*Thèse de Paris*, 1888).

viations ou déformations portant sur la cloison osseuse, puisqu'il s'agit de statistiques faites sur des collections anatomiques. Le cartilage de la cloison est le siège fréquent de déformations ou épaississements; concomitantes de déformations osseuses, liées intimement avec celles-ci, elles peuvent en être parfois complètement indépendantes. C'est un appoint à la fréquence des déviations du nez en général. L'examen sur des têtes fraiches ou sur le vivant ne donne cependant pas de résultats statistiques sensiblement différents. Rosenthal trouve 111 déviations sur 179 examens de cadavres entiers, ce qui concorde avec le relevé qu'il a fait sur des crânes français. Par contre, Lœwenberg ne compte que 1 déviation sur 7 et Haymann arrive d'autre part à ne constater que 9 fois une cloison normale sur 250 malades, venus le consulter pour des affections nasales.

Ces écarts, assez prononcés, tiennent évidemment à des interprétations plus ou moins spécieuses de ces déformations du nez. Telle déviation, insignifiante aux yeux d'un examinateur et insignifiante en réalité pour le sujet qui en est porteur et qui n'en éprouve aucun malaise, telle déviation, dis-je, sera comptée par un autre dans ses relevés.

Pour apprécier le bien fondé de cette observation, j'ai examiné au hasard deux cents personnes, les unes souffrant de la gorge et du nez, d'autres, et c'est la majorité, bien portantes et ne présentant rien d'insolite en apparence du côté des fosses nasales. Sur ces 200 cas, j'ai noté 167 fois une déviation plus ou moins prononcée de la cloison, depuis un mince épaississement du cartilage jusqu'à des éperons volumineux, des flexions obstruant la fosse nasale ou des saillies exostosiques du vomer. Mais si, ne m'arrêtant pas au fait brutal d'une cloison, qui n'avait pas la minceur et la rectitude anatomiquement désirables, je cherchais la proportion de cas où la déviation, petite ou grosse, venait former un obstacle, gêner la respiration, où cette déviation constituait un trouble pathologique et eût nécessité une intervention, je n'en trouvais plus que 34, soit à peu de chose près la proportion donnée par Lœwenberg.

Ces détails de statistique n'ont du reste qu'une importance spéculative; ils démontrent cependant la fréquence de cette lésion et l'intérêt qui s'attache, en raison des troubles persistants auxquels elle donne naissance, à un traitement méthodique et radical.

II

Il est difficile d'établir entre les différentes formes qu'affectent les déviations de la cloison une classification bien nette. Il existe en effet presque autant de variétés que de cas et, d'un nez à l'autre, la difformité n'a que de vagues points de ressemblance. On peut cependant admettre trois types principaux : 1° les déviations angulaires, en éperons; 2° les déviations horizontales, portant sur la partie supérieure ou sur la partie inférieure au voisinage du plancher; 3° les déviations sigmoïdes, en forme de S, faisant une saillie plus ou moins convexe dans le haut, d'un côté, dans le bas, dans l'autre narine.

Le type de déviation portant sur la partie inférieure est certainement le plus fréquent, qu'il s'agisse d'une saillie angulaire ou arrondie ou d'une déviation prolongée dans presque toute l'étendue du septum cartilagineux.

Les éperons sont le plus habituellement situés dans le tiers antérieur de la fosse nasale, et au voisinage du plancher, le plus souvent sur la lame cartilagineuse. Tantôt, très limités, à arête vive, à forme conique, prismatique, ils représentent le type d'un véritable éperon de navire; tantôt à base large, à surface émoussée, ils offrent au contraire une série de dépressions, une sorte de surface irrégulière. Si la saillie s'étend en longueur, elle forme sur toute la partie interne de la fosse nasale un relief proéminent, à bord plus ou moins émoussé, se reliant à la partie verticale de la cloison par un plan demi-courbe. Si la saillie osseuse occupe toute la longueur du septum, elle devient généralement plus mince vers la partie postérieure du nez et très souvent son extrémité libre se recourbe en forme de crochet plus ou acéré (Moure).

D'après Woakes, les déviations portent surtout sur la cloison cartilagineuse; c'est en effet le cas plus fréquent, surtout quand la saillie est limitée. Mais la partie antérieure du vomer participe aussi, dans une certaine mesure, à la formation de ces saillies, quand elles s'étendent à la partie postérieure ou quand elles siègent en haut, au-dessus du plan inférieur de la fosse nasale.

Fréquemment, la déviation en saillie dans une fosse correspond à une dépression dans la fosse nasale opposée. La cloison, dans ce cas, n'a subi qu'un déplacement dans sa verticalité et la voussure est compensée par la concavité dans l'autre narine. Mais ce n'est pas toujours le cas. Ces éperons, ces lames en relief sont constitués souvent par un épaississement du cartilage, par une sorte d'ecchondrose avec néoformation proliférative des tissus; la preuve en est dans les cas de saillie double de chaque côté où la cloison est en quelque sorte encastrée dans une base épaissie et formant relief et obstacle dans les deux narines.

L'origine de ces déviations a été rapportée à des traumatismes survenus dans l'enfance (Bosworth, Zuckerkandl). Quelques auteurs admettent qu'elles sont d'origine congénitale et dues à des troubles dans l'égalité de développement des diverses cavités et parties constituantes de la face (Chassaignac, Duplay, Berger). D'autres enfin admettent qu'elles surviennent spontanément sous l'influence de lésions inflammatoires du nez. On a fait jouer un certain rôle au rachitisme (Lœwy), à la syphilis (Trélat), à la scrofule.

Il est difficile, à mon avis, d'être exclusif et, suivant les cas, il y a lieu évidemment d'admettre d'une façon tout hypothétique, il est vrai, l'intervention de tel ou tel facteur. Zuckerkandl admet, d'après ses recherches, que la cloison n'est jamais déviée avant l'âge de sept ans; il suffit, pour réfuter cette assertion trop exclusive, de lui opposer les observations faites avant cet âge, trois ans et cinq ans (Bosworth, Bresgen, Chatellier). D'autre part, la fréquence des chutes, des coups sur la face dans le jeune âge, plaide fort en faveur d'un traumatisme léger et insignifiant sur le moment, mais pouvant amener, avec l'âge, la croissance ou des inflammations répétées, une lésion de plus en plus prononcée. Si l'on envisage les modifications du squelette qui accompagnent souvent ces déviations, forme ogivale de la voûte palatine, on sera porté à admettre la théorie de Duplay qui trouve dans la difficulté d'accroissement de la cloison cartilagineuse, resserrée entre des reliefs osseux supérieur et inférieur, la raison des inflexions plus ou moins variées qu'on peut observer.

J'ai omis à dessein de parler, dans cette courte revue, des obstacles créés par des déformations du squelette, portant sur la partie postérieure du nez, à la voûte, déformations constituées par des traumatismes graves, fractures, effondrement, etc., apportant au passage de l'air et aux fonctions respiratoires un trouble plus considérable que les simples déviations. Ces cas ne rentrent pas dans la catégorie dont je m'occupe ici et nécessitent un tout autre mode d'intervention que celui qui est applicable aux saillies ostéo-cartilagineuses, que j'étudie plus loin.

III

A quelque théorie que l'on s'arrête sur l'origine de la déviation, il importe peu. La lésion existe. A quoi reconnaîtrons-nous qu'elle constitue une modalité pathologique, qu'elle nécessite un traitement, une opération?

J'ai dit plus haut, à propos de l'examen que j'avais fait d'un certain nombre de ces cas, que la majeure partie de ces déviations, tout en constituant une anomalie à la règle anatomique, une modification de la rectitude des formes, n'impliquait pas pour cela l'existence d'une lésion sujette à intervention. La déviation de la cloison ne réclame en effet un traitement que lorsqu'elle vient gêner le sujet en créant un obstacle permanent au passage de l'air, en entretenant une inflammation chronique de l'arrière-cavité des fosses nasales, du pharynx, de la trompe, lorsqu'en un mot elle constitue un état pathologique.

Il n'est pas nécessaire d'insister sur l'importance de la perméabilité des fosses nasales. La respiration doit normalement s'exécuter par le nez, pour assurer au courant d'air introduit dans les cavités pulmonaires un certain degré d'échauffement et d'humidité. Quel que soit l'obstacle qui amène le rétrécissement des fosses nasales, quand ce rétrécissement entrave la fonction, qu'il siège dans le pharynx sous forme de tumeurs adénoïdes, dans le nez sous forme de polypes, de tumeurs, de corps étrangers, cet obstacle doit être levé. Il en est de même quand la cause réside dans une difformité de la paroi.

Pour les rhinites chroniques, l'indication de lever l'obstacle s'impose, car l'inflammation subsistera tant que les sécrétions muco-purulentes ne pourront être enlevées régulièrement par des irrigations nasales, absolument impossibles ou tout au moins fort difficiles et pénibles à supporter avec cette obstruction. La pharyngite ne cédera de même que lorsque le malade aura pu, grâce à la reprise de la respiration nasale, cesser de dormir la bouche ouverte, provoquant une irritation persistante surajoutée à la cause originelle. Dans les catarrhes auriculaires, les inflammations de la trompe, il en est de même. De plus, le cathétérisme est, dans ces conditions, sinon impossible, souvent fort difficile et douloureux. Lœwenberg a insisté avec juste raison sur les difficultés apportées à cette petite opération par la présence d'éperons et de déviations de la cloison. Un certain nombre de troubles réflexes, névroses réflexes nasales, n'a d'autre cause que l'irritation entretenue par la saillie venant parfois jusqu'au contact de la muqueuse du cornet inférieur. Enfin, il sera indiqué, dans certains cas, d'obvier à l'étroitesse de la fosse nasale, en faisant disparaître la saillie anormale, pour faciliter l'ablation de corps étrangers ou de tumeurs polypeuses (Garel). En un mot, l'indication d'intervenir repose sur les données suivantes : obstacle plus ou moins complet déterminant ou entretenant un état pathologique. C'est, on le comprend, affaire de degré, et c'est à l'observateur de juger sainement de la réalité des conditions maladives créées par cet obstacle.

IV

Le fait que les déviations de la cloison ne sont pas le plus souvent de simples inclinaisons d'une paroi cartilagineuse mince et relativement souple, indique que le traitement doit être chirurgical. Le plus souvent, en effet, la paroi est épaissie, doublée, triplée de volume, sans parler de ces excroissances sous forme de crêtes, de véritables éperons. Ce n'est guère que chez les jeunes enfants ou dans des conditions particulières et rares, chez les sujets plus âgés, qu'on peut observer ces déviations simples, dans toute l'acception du mot. Dans ces cas, en effet, le redressement peut être obtenu à l'aide d'agents compresseurs : les bougies plus ou moins résistantes; les tamponnements avec l'ouate ou la gaze, l'éponge préparée, les tiges de laminaria, ont été tour à tour essayés avec plus ou moins de succès. Michel, renouvelant un procédé qui n'était pas nouveau, conseille les manipulations digitales. Il y a cent cinquante ans, Quellmalzt avait déjà préconisé ce moyen (1), mais des procédés aussi simples n'ont qu'une efficacité médiocre.

Il n'en est pas de même des redresseurs imaginés par Jurasz, Delstanche, de Saint-Germain; quand la résistance à vaincre n'est pas trop considérable, ces compresseurs donnent des résultats relativement satisfaisants, mais ce n'est pas sans d'assez vives douleurs. Les cas susceptibles de guérison complète par ces moyens simples sont relativement rares et les tentatives que l'on a faites chez l'adulte n'ont pas toujours donné de bons résultats. La meilleure preuve que ces agents sont insuffisants dans bien des cas est la multiplicité des instruments imaginés pour faciliter ce redressement, depuis l'emporte-pièce de Blandin jusqu'aux perforateurs variés des Américains, le perforateur étoilé de Steele, Seiler, les perforateurs de Jarvis, Asch, etc.

En réalité, il s'agit là véritablement, non plus d'agents orthopédiques, mais d'une véritable opération chirurgicale. La lenteur et l'insuffisance des redresseurs devaient en effet conduire à une solution sanglante, plus ou moins douloureuse, mais au moins rapide et durable.

Le procédé de Blandin, perforation à l'aide de l'emporte-pièce de la cloison sur le point en saillie, constitue le plus simple; fort douloureux, il laisse une brèche irréparable, ne remédie pas toujours à l'insuffisance de la perméabilité de la fosse nasale. Cette perforation de la cloison n'a pas de dangers au point de vue de la stabilité de la voûte du nez, elle n'est pas très visible, mais il y a là cependant une petite question d'esthétique qui n'est pas négligeable. Modifiant le procédé un peu brutal et sommaire de Blandin, Adam proposait de faire un redressement forcé en brisant la résistance par une fracture préalable au moyen d'une pince-forceps de grande puissance et maintenant le redressement obtenu par un clamp compresseur. Nos confrères d'Amérique utilisent, dans une large mesure, et avec des modifications de détail inhérentes à chaque opérateur, ce procédé mixte. Dans une discussion récente à l'Association laryngologique américaine, à propos d'une méthode un peu similaire, proposée par le Dr Asch (2), plusieurs membres de la Société se sont montrés favorables à cette opération ou à celles qui reposent sur un principe analogue. M. Asch redresse la cloison après sections horizontales à l'aide d'une sorte de cisailles.

Chassaignac est un des premiers qui aient bien indiqué la ligne de conduite à suivre en préconisant l'ablation par tranches de la saillie cartilagineuse, après détachement préalable de la muqueuse pituitaire. D'autres chirurgiens, après lui, s'ouvrirent un passage avec la gouge, le ciseau, et dans certains cas d'exostose, de saillies fort dures où le procédé de Bosworth ne peut être applicable, c'est en somme un des meilleurs. P. Berger a publié récemment deux observations où il a obtenu par le ciseau d'excellents résultats.

Ce sont là des procédés sanglants, de véritables opérations; je ne parle pas de la douleur, car ces opérations ne

(1) Quellmaltz. Programma de narium earumque septi incurvatione. 1750, Lipsiæ.

(2) Asch. Deviation of the septum nasal. (*New-York med. journ.*, 20 décembre 1890.).

sont guère praticables sans le secours d'une anesthésie complète. Mais l'hémorrhagie est sérieuse, peut nécessiter le tamponnement des cavités nasales. C'est une opération relativement importante à proposer au malade. A ce titre la modification ingénieuse imaginée par Bosworth a rendu de grands services. Le professeur de Bellevue-College a eu, on le sait, l'idée de détacher avec une fine scie les déviations et saillies en éperon de la cloison. La scie, conduite horizontalement sous la partie saillante et au point que l'on veut réséquer, est manœuvrée, les dents tournées en haut de préférence, pour éviter que le sang ne vienne masquer le trajet à parcourir et, en quelques minutes, le promontoire est détaché. Mais il s'agit là encore d'une opération avec effusion sanguine, parfois abondante; de plus, dans certains cas, le passage de la scie est fort difficile. Les sinuosités de la saillie, leur volume, leur rapprochement des cornets, peuvent rendre parfois cette manœuvre un peu délicate. Bosworth a cependant traité par la section à la scie un grand nombre de déviations de la cloison, 166, d'après le relevé paru dans la dernière édition de son ouvrage, sans avoir eu jamais d'accident ni d'hémorrhagie grave. Je reconnais à ce procédé de sérieux avantages sur les méthodes antérieures, mais je l'ai abandonné pour l'emploi de l'électrolyse, qui me paraît devoir être la méthode de choix dans la plupart des cas.

Quand l'éperon est petit, ou la crête bien saillante, on peut, du reste, obtenir un résultat aussi complet et aussi rapide avec une fine cisaille. Ruault a imaginé dans ce but des pinces coupantes très ingénieuses et qui permettent d'enlever en une séance et sans grandes douleurs la partie exubérante. Mais il faut, comme je le dis, une saillie en lame peu épaisse ou un éperon peu volumineux pour que la prise soit parfaite.

Je ne mentionne que pour mémoire la destruction par le galvano-cautère, préconisée par Voltolini et qui a été souvent employée avant qu'on ne connût l'instrument de Bosworth et le procédé électrolytique. Il faut de très petites saillies cartilagineuses, peu gênantes dès lors pour le malade, pour que le galvano-cautère puisse donner un résultat satisfaisant, sans crainte d'accidents. Il est difficile, en effet, de limiter d'une façon précise l'action de l'agent thermique; l'action est lente, si on ne veut pas risquer une destruction trop étendue.

Le procédé qui tend aujourd'hui à se substituer dans la plupart des cas aux méthodes sanglantes, est la destruction par l'électrolyse. Préconisé par Miot, Garel, il a fait l'objet d'un rapport détaillé du Dr Moure au Congrès de Berlin (1) et a donné entre les mains de ces opérateurs et de bon nombre d'autres, des résultats parfaits. Je l'ai, pour ma part, employé déjà bien des fois et je n'ai eu qu'à m'en louer, tant au point de vue de la bénignité du moyen que du complet dégagement de la cavité nasale. Comme le dit Moure, par cette méthode on agit aussi énergiquement ou aussi faiblement qu'on le désire et, grâce à la cocaïne, l'opération se fait à peu près sans douleur.

Je n'insisterai pas sur les dispositions spéciales à prendre pour cette opération. On les trouvera décrites longuement dans les travaux parus sur ce sujet, notamment dans le rapport de Moure. Comme préliminaire, j'ai soin, et c'est une règle pour toute opération intra-nasale, de faire pendant les quelques jours qui précèdent des pulvérisations intra-nasales avec la solution boriquée à 2 0/0 chaude; ces pulvérisations enlèvent les mucosités, nettoient les cavités nasales et suppléent à l'impossibilité, dans bien des cas, de faire un lavage plus complet avec la douche de Weber ou tout autre appareil d'irrigation nasale. L'anesthésie est obtenue par des badigeonnages avec la solution de cocaïne à 5 ou 10 0/0. Je me permettrai de faire remarquer en passant que l'action anesthésiante de la cocaïne m'a paru augmentée dans une très large mesure quand j'ajoutais à la solution de cocaïne une petite proportion de solution phéniquée à 5 0/0. L'effet irritant de l'acide phénique facilite-t-il l'absorption de la cocaïne, ou l'action légèrement anesthésique de ce corps s'ajoute-t-elle à celle de la cocaïne? je ne saurais me prononcer sur le comment et pourquoi. Toujours est-il que, grâce à ce petit moyen, j'ai pu employer dans le nez des solutions beaucoup plus faibles avec des résultats d'insensibilisation tout aussi complets.

L'anesthésie obtenue, on enfonce l'aiguille à 5 à 6 millimètres du bord de la saillie, bien horizontalement, bien au centre, si l'on doit ne mettre qu'une aiguille, à la partie supérieure si on veut en mettre plusieurs, si, surtout, on veut user de la méthode dipolaire. Les aiguilles peuvent être indifféremment en platine ou en acier; les dernières ont le désagrément d'être cassantes, de s'oxyder au pôle positif, mais elles ne plient pas quand la partie à pénétrer est un peu dure.

On peut, en effet, avoir recours soit à la galvano-puncture monopolaire, soit à la galvano-puncture dipolaire. Dans le premier cas, l'électrode indifférente est appliquée sur le bras (Miot), l'avant-bras, ou mieux encore sur une partie plus rapprochée du point à détruire, le cou (Garel), la région supérieure du dos (Moure). Cette électrode doit être de très large surface. Le professeur Bergonié, qui a fixé d'une façon très complète, dans les opérations pratiquées par Moure, les constantes électriques, emploie une électrode de 200 centimètres carrés, 10 sur 20; cette électrode est formée d'une lame de cuivre recouverte par laminage sur ses deux faces d'une mince feuille de platine; elle est protégée sur ses bords par un ourlet isolant de caoutchouc, et rembourrée par plusieurs doubles de gaze hydrophile. En dehors de sa grande surface, elle présente l'avantage d'être inoxydable. Elle est reliée au pôle négatif, pendant que l'aiguille est mise en relation avec le pôle positif. Contrairement à ce dispositif, Miot et Garel appliquent dans cette méthode monopolaire, l'électrode négative dans le nez, le pôle positif étant relié à l'électrode du bras et du cou.

Dans la méthode dipolaire, les deux pôles positif et négatif sont reliés à chacune des aiguilles enfoncées dans la partie déviée, et bien isolées l'une de l'autre, le pôle positif portant toujours sur l'aiguille qui est implantée dans la partie la plus dure ou la plus épaisse. M. Thilly, dans une thèse récente (Lyon, 1880), décrit sous le nom de procédé de Garel une application de la méthode dipolaire.

Cette dernière méthode est préférable à la galvano-puncture monopolaire, en raison du plus faible circuit du courant, de la quantité moindre d'électricité nécessaire et de la tolérance par le malade. Tandis que, dans la méthode monopolaire, il faut avoir recours à une force électro-motrice de 50 volts environ, il suffit pour la méthode dipolaire d'une force de 20 volts. Si l'effet électrolytique, au niveau de l'aiguille négative, est en effet beaucoup moins prononcé qu'autour de l'aiguille positive, cet effet n'est cependant pas nul et vient s'ajouter à l'effet produit par l'aiguille positive (Bergonié). Un point important est de bien graduer le courant; les intensités nécessaires ne doivent pas dépasser en général, pour que la réaction ne soit pas trop pénible, 15 à 20 milliampères, la durée des séances ne se prolongeant pas au delà de 12 à 15 minutes.

En calculant d'après ces données, que je résume très brièvement, la quantité d'électricité capable de détruire une déviation moyenne de la cloison, Bergonié trouve

(1) Moure, *Bull. Medic.* 28 déc. 1890. Miot, *Rev. de laryngol.* n° 5, 1888. Garel, *Cong. int. de laryng. de Paris*, 1889.

que cette quantité oscille autour du chiffre de dix-huit coulombs pour la méthode monopolaire et de 16 coulombs pour la méthode dipolaire.

Je disais plus haut que cette dernière devait avoir la préférence, en raison de la réaction moindre produite sur le malade. Avec la méthode monopolaire, l'opéré se plaint en général de sensations douloureuses dans les dents, la face, dans la sphère du trijumeau. Ces douleurs sont fugaces, et disparaissent en général avec l'interruption de la séance; dans un cas pourtant je les ai vues persister près de trois jours, provoquant une véritable névralgie. Il est vrai que le malade s'était fait aurifier une dent la veille et ne m'en avait soufflé mot. Ces réactions douloureuses, dues aux dérivations du courant dans les nerfs sensitifs, sont à peu près nulles avec la méthode dipolaire, les courants dérivés étant très faibles en raison du rapprochement des deux pôles.

Si l'on ajoute à cette sensation plutôt désagréable que douloureuse, quelques gouttes de sang au moment du retrait des aiguilles, un degré léger de rhinite consécutive, on aura, je crois, indiqué tous les inconvénients de la méthode. Ils ne peuvent peser bien lourdement dans la balance. Ajoutons-y cependant parfois la nécessité de plusieurs séances si la saillie à détruire est volumineuse ou très étendue. Pour cette seconde, il est nécessaire d'attendre le détachement complet des eschares, la cicatrisation de la plaie; on pourra juger d'une façon plus précise de l'étendue des parties restant à détruire. Le malade n'est pas dans l'obligation, comme après une des autres opérations, d'avoir la cavité nasale bourrée d'un tampon antiseptique, obturée plus hermétiquement qu'avant l'intervention par le pansement. Le procédé est simple et les résultats définitifs ne le cèdent en rien aux procédés de résection.

J'incline donc à penser, d'après ma propre expérience, confirmant d'une façon absolue les résultats indiqués, que l'électrolyse doit être regardée, dans la plupart des cas, comme la méthode de choix pour les déviations de la cloison nasale. Est-ce à dire qu'il faille proscrire d'une façon absolue, pour les cas de ce genre, la résection avec la scie de Bosworth, avec les cisailles, les pinces coupantes? je serais sur ce point moins absolu que quelques-uns de mes confrères. En face de saillies peu volumineuses, chez un malade non pusillanime, une résection donnera en quelques minutes une désobstruction parfaite, une cure radicale au prix d'une douleur supportable, mitigée encore par la cocaïne, d'un écoulement de sang dont on peut facilement se rendre maître et d'une plaie dont la guérison n'est ni bien compliquée ni bien longue; mais il faut, je le répète, de petites saillies, et ce n'est pas en général le cas ordinaire, puisqu'il faut, comme indication préliminaire, que la lésion constitue un obstacle réel aux fonctions de la respiration nasale. Le redressement forcé, avec ou sans fracture préalable, me semble pouvoir être avantageusement remplacé dans la plupart des cas par l'électrolyse. Quant aux méthodes plus complexes, elles s'adressent, comme je l'ai dit, à des lésions qui ne sont plus, à proprement parler, des déviations de la cloison.

A. Cartaz.

TRAVAUX ORIGINAUX

Origine et nature microbiennes non spécifiques de l'hépatite suppurée, par le Dr L.-E. Bertrand, médecin principal de la marine, ancien professeur aux écoles de médecine navale *(Suite et fin).*

Comment interpréterons-nous les faits qui viennent d'être rapportés?

Nous reconnaîtrons, tout d'abord, dans cette réunion de la furonculose, de la suppuration sous-cutanée, de la dysenterie et de l'hépatite, autre chose qu'une coïncidence de hasard; car c'est une combinaison qui n'est pas très rare en pathologie exotique, et j'en ai, pour ma part, observé plus d'exemples que je n'en ai relaté.

Nous admettrons ensuite, étant donné le résultat de l'examen bactériologique des selles et des tissus dans la dysenterie, que l'intestin est le réservoir où le sang est venu puiser les microbes pyogènes pour les transporter dans le foie et les répandre sous la peau.

Cette migration microbienne, venue du tube digestif, me paraît vraisemblable non seulement dans la dysenterie (1), mais encore dans plusieurs autres circonstances pathologiques (2) où elle pourrait expliquer ce fait clinique découvert par M. Bouchard : la guérison et la prophylaxie de la furonculose par l'antisepsie intestinale (3)!

J'ai montré, par nos expériences, que le foie peut ne pas retenir les microbes injectés directement dans le système porte; à plus forte raison comprendrait-on que quand ces bactéries, charriées par le sang, ont donné lieu à des abcès du foie, le surplus de leurs colonies, franchissant la barrière hépatique, pût aller faire suppurer d'autres tissus ou d'autres organes.

Ainsi se trouverait constituée, à un moment de l'évolution dysentérique, comme une infection générale dont le point de départ serait l'intestin et dont l'économie chercherait à se débarrasser par la voie cutanée; sorte de crise (4) comparable à celle qui survient dans la variole, à la fin de la dessiccation, quand les microbes pyogènes, ces auxiliaires certains d'une bactérie spécifique probable, n'ayant pas été éliminés en totalité par les pustules, sont entraînés au dehors par des abcès sous-cutanés.

C'est, dans nos colonies tropicales, un adage populaire que les éruptions de furoncles sont un signe de santé. La paradoxale rigueur d'une semblable formule est, évidemment, inacceptable. Mais, en son exagération, elle recèle, peut-être, une part de vérité; et je ne trouve pas invraisemblable que les lésions cutanées de la furonculose représentent des émonctoires, des soupapes de sûreté qui, en laissant échapper les staphylocoques pyogènes entrés dans la circulation, préserveraient l'organisme du danger des suppurations internes.

L'étude préliminaire que nous devions entreprendre est achevée. Essayons, maintenant, d'interpréter le mécanisme étiologique des divers modes de l'hépatite.

L'inflammation suppurative du foie est *primitive* ou *secondaire*. Je commence par celle-ci dont la pathogénie est la plus nette, et, sous réserve de compléter la série,

(1) Elle y rappelle, par son mécanisme, certaines infections *secondaires* de la fièvre typhoïde. V. Bruhl, *Note sur un cas de f. typh. avec nécrose symétrique des deux cartilages aryténoïdes et abcès du poumon* (*Gaz. hebd.* du 13 juill. 1890). — C'est, au reste, à propos de la fièvre typhoïde que M. Bouchard écrit : « Il faut compter peut-être aussi avec des infections secondaires résultant de la migration d'agents infectieux vulgaires de l'intestin, à la surface des plaies intestinales, jusque dans le sang et les tissus où leur pullulation est favorisée par le défaut de résistance de ceux-ci. Ce sont peut-être ces agents infectieux vulgaires aussi émigrés qui causent certains abcès, la furonculose, les anthrax. (*Leçons sur les auto-intoxications dans les maladies*, p. 204.)

(2) Nombreuses sont les conditions qui semblent devoir permettre au staphylococcus pyogenes, microbe de la bouche (Vignal), et même du canal cholédoque (Netter), de pénétrer dans l'intestin et d'y multiplier. Cette question sera reprise au sujet de l'hépatite primitive.

(3) A rapprocher du traitement de cette même furonculose par les purgatifs, vieille prescription empirique usitée encore aujourd'hui. L'interprétation ci-dessus lui est parfaitement applicable.

(4) V. Nicaise. *Adénite cervicale sub-aiguë d'origine intestinale.* Rev. de chirurg., septembre 1890 : « L'adénite était une sorte de phénomène critique qui débarrassait l'organisme du poison dont il était infecté. »

j'y prends, arbitrairement, deux types : l'hépatite métastatique et l'hépatite dysentérique.

Les abcès dits *métastatiques* du foie représentent la plus commune des localisations viscérales de l'infection purulente. Leur genèse par les microbes du pus me paraît si peu contestable que je n'insiste pas sur ce point et m'en tiens à ces citations d'un livre qui fait autorité en la matière, le *Traité des Bactéries* de MM. Cornil et Babès :

« La *pyémie*, maladie infectieuse générale fébrile, caractérisée anatomiquement par la formation d'abcès métastatiques, est due à l'absorption et au transport par le sang des micro-organismes qui se trouvaient dans le lieu primitivement affecté (1) ».

— « L'examen du sang dans la pyémie a permis d'y découvrir des micro-organismes. C'est ainsi que Pasteur et Doléris ont trouvé des microcoques en forme de chapelets (streptococcus) dans le sang des femmes atteintes de pyémie puerpérale... Nous avons nous-mêmes rencontré dans la plupart des pyémies, dans le sang et dans les organes, le streptococcus du pus, le *staphylococcus aureus* ou le bacille saprogène n° 1. On peut penser que dans toute pyémie, le sang contient, en quantité plus ou moins grande, les micro-organismes spéciaux d'où est partie l'infection purulente (2) ».

— « D'après Baumgarten, les abcès métastatiques seraient ordinairement causés par le streptococcus; *nous les avons vus habituellement, au contraire, en relation avec le staphyloccus* (3) ».

Dans l'hépatite *dysenterique*, les ulcérations intestinales représentent autant de brèches qui rendent possibles et même faciles, le passage des microbes pyogènes et leur transfert jusqu'au foie, par les branches de la veine-porte. Or le *staphylococcus pyogenes* est un élément des selles et des tissus dans la dysenterie grave, et nous savons qu'on le rencontre dans le pus des abcès dysentériques du foie, les parois de ces abcès, les vaisseaux capillaires et les territoires hépatiques où la suppuration commence.

Voilà, si je ne me trompe, d'assez sérieux arguments pour la thèse que je soutiens et je me demande quelle preuve il faudra trouver encore, quand j'aurai rappelé les liens étiologiques de la dysenterie et de l'hépatite ou quelle objection il faudra combattre. En tout cas, on me permettra de déclarer nulle celle-ci : le staphylocoque pyogène est une bactérie absolument vulgaire et banale ; il y a trop loin du furoncle à la dysenterie et à l'hépatite, pour que toutes ces lésions puissent lui être attribuées.

Mais, sans qu'il soit nécessaire d'indiquer à nouveau certaines analogies de physiologie pathologique, ce microbe du furoncle est également celui de l'ostéomyélite, du phlegmon, de l'infection purulente, toutes conditions morbides qui méritent qu'on les considère.

Au reste, en son plus humble état, sans s'être montré tout d'abord autre chose qu'un microbe de furoncles, il peut provoquer, dans l'organisme, les plus graves altérations, comme le prouve une observation (4) qu'a publiée M. Chambard et dont voici le résumé :

Homme de 35 ans ; alcoolisme chronique et paralysie générale des aliénés; anthrax du dos ; pansements à l'iodoforme ; Extension de l'anthrax. Pneumonie. Mort.

Autopsie : Méningo-encéphalite systématique. Pneumonie double, lobulaire, caséeuse. *Staphylococci* dans les coupes du poumon; *staphylococci* dans le pus de l'anthrax.

(1) Edit. de 1886, p. 329; édit. de 1890, t. I, p. 459.
(2) Edit. de 1890, p. 461.
(3) *Ibid.*, p. 486.
(4) *Contribution à la théorie infectieuse de la furonculose*, etc. Progrès méd., 1887, n°s 31, 32, 33.

De là ces conclusions de M. Chambard : « M..., atteint d'une dermatite infectieuse, d'un anthrax, a donc succombé à une pneumonie infectieuse de même nature que l'affection cutanée, due au transport et à la localisation dans les poumons, par des voies et un mécanisme encore fort obscurs, d'un microbe morphologiquement identique à celui que l'on avait constaté dans la manifestation initiale de la furonculose. Ce microbe n'est, d'ailleurs, à nos yeux, nullement spécifique; c'est le parasite des suppurations localisées, c'est un staphylococcus (1)... »

Mais pourquoi tant discuter, puisque l'expérimentation démontre que quelques gouttes d'une culture de staphylocoque pyogène, injectées dans le foie, peuvent y donner lieu à des abcès?

Depuis longtemps déjà, l'idée d'assimiler le processus de l'hépatite dysentérique à celui des abcès métastatiques de l'infection purulente obsède les esprits les plus sensés. Très contestable à l'époque où Budd cherchait à faire prévaloir la théorie de la phlébite mésaraïque comme cause exclusive des suppurations dysentériques du foie, cette hypothèse a trouvé un point d'appui relativement solide quand la doctrine de l'embolie a triomphé avec Virchow : l'explication microbienne de l'infection purulente et la découverte des mêmes micro-organismes dans les deux espèces d'abcès, semblent devoir lui donner définitivement gain de cause.

Les différences qui existent généralement, sous le rapport du nombre et du volume, entre les abcès métastatiques et les abcès dysentériques, ne sont que des caractères distinctifs de second ordre. On serait d'autant moins fondé à s'en faire un argument contre l'identité de leur mécanisme, qu'il n'est pas rare de voir, dans l'hépatite dysentérique, le même foie présenter, avec une, deux, ou plusieurs *grandes* cavités purulentes, *une foule de petits* abcès, et qu'on peut citer des observations d'abcès multiples du foie, du cerveau, des poumons et des reins, engendrés par la dysenterie.

La relation ci-après, publiée dans les *Archives de médecine militaire* (2), par le Dr Dubujadoux, est, quant à ce dernier point, tout à fait significative.

« *Abcès du foie et du cerveau consécutifs à une dysenterie. Infection purulente.* » (Résumé).

B... 25 ans, cultivateur de profession, soldat au 3e zouaves, incorporé depuis trente-six mois. A contracté la dysenterie au Tonkin. Congé de convalescence de six mois. Rentré, depuis cinq mois, à son régiment, en Algérie.

La dysenterie n'a pas reparu; mais les fonctions digestives ne s'accomplissent pas comme auparavant, quoique le sujet ne puisse dire en quoi ces fonctions seraient troublées. Arrivé, par étapes, à Tébessa, le 23 novembre 1887, parti de Sétif dans les derniers jours d'octobre.

Entre Sétif et Constantine, le détachement a été assailli par une forte tourmente de neige au milieu de laquelle deux hommes ont péri.

De Constantine à Tébessa, plusieurs accès de fièvre. Toux et point de côté, à droite, le 24. Reçu à l'ambulance, le 26 novembre au matin. Pouls à 100. Température : 38°,1.

Sujet bien musclé, mais face fatiguée; pommettes plaquées de rouge brique; teint pâle un peu jaunâtre; teinte sub-ictérique légère des conjonctives.

Muqueuses décolorées. Langue nette à la pointe; recouverte, à la base, d'un enduit blanchâtre assez épais.

Pas de vomissements ni de nausées; inappétence; soif vive; selles normales.

Point de côté à droite, sans scapulalgie ; toux fréquente et sèche. Foie volumineux, débordant, d'un travers de doigt, les fausses côtes (matité verticale sur la ligne mamillaire : 15 cent.); le côté droit semble, à la vue, un peu plus large

(1) Ibid., n° 33, p. 117.
(2) 1889, t. XIII, p. 279.

que le côté gauche. Respiration calme et régulière (22). A l'auscultation, rien d'anormal du côté gauche; à droite et à la base, en arrière, respiration affaiblie; vibrations égales des deux côtés.

Rate augmentée de volume (matité verticale : 13 cent.). Pas d'ascite.

Urines peu colorées; pas d'albumine; pas de sucre; pas de pigment biliaire; coloration pelure d'oignon par l'acide sulfurique; très peu d'indican. Mélanémie.

L'accès de fièvre du 26 se termine, dans la nuit, par des sueurs assez abondantes.

Le 2 décembre, on note, pour la première fois, quelques frottements à la base du poumon droit, en arrière.

Le 3, les frottements pleuraux sont plus marqués et toujours avec des vibrations fort nettes.

Le 5, la zone de matité s'est accrue. En arrière, l'étendue des frottements a augmenté. La respiration est obscure à la base et les vibrations sont diminuées.

Fièvre par accès, irréguliers depuis l'entrée du malade jusqu'au 3 décembre; réguliers (tierces) du 3 au 11 décembre.

A partir du 11, apyrexie. La respiration reparait à la base du poumon droit; les frottements sont moins prononcés.

Le 18 décembre, convulsions épileptiformes, suivies d'un coma qui persiste une partie de la journée. Pas de miction. — La nuit, émission de 4 litres d'urine.

19. Céphalée et stupeur. Petite quantité d'albumine dans l'urine.

23. Plusieurs attaques convulsives.

Paralysie progressive, à dater du 26.

Coma le 28 au matin. Décès à 8 heures du soir.

Autopsie :

Foie énorme (4 k. 225 gr.), adhérent au diaphragme. Dans le lobe droit, *deux abcès* dont le plus volumineux contient 1,070 grammes de pus chocolat.

Les deux feuillets de la *plèvre* droite sont soudés en arrière, dans leur tiers inférieur et à la face diaphragmatique, par un exsudat fibrineux, hémorrhagique, mou, facile à déchirer. Pas de liquide épanché. Le lobe supérieur contient *quatre abcès pyohémiques*, disséminés à sa surface, et un *cinquième* caché au fond de la scissure interlobulaire. *Petits infarctus* au sommet gauche en arrière.

Rate relativement peu volumineuse; coloration violacée. *Taches blanchâtres purulentes* sur la face antérieure du *rein* gauche. Les deux reins sont volumineux et congestionnés.

L'*intestin* n'a pas été examiné. *Abcès volumineux* de l'*hémisphère cérébral* droit. Aspect piqueté du *cervelet*.

Nous avons, maintenant, à rechercher comment, dans l'hépatite dysentérique, est effectué le passage des micro-organismes pyogènes, de l'intestin dans le foie, à travers le système porte.

Nous avons vu que le Dr Kartulis a signalé la présence du staphylococcus pyogenes dans les abcès hépatiques de toute provenance, et que, pour lui, l'*amibe du côlon* serait le seul élément différentiel qu'il conviendrait de reconnaître, sous le rapport pathogénique, entre l'hépatite suppurée issue de la dysenterie et celle qu'il appelle *idiopathique*.

« En effet, pour les abcès dysentériques, Kartulis établit d'abord le fait suivant : dans les ulcérations intestinales déterminées par la dysenterie, on trouve de nombreuses amibes. Celles-ci ne remplissent pas seulement le fond et les bords de l'ulcère; mais elles pénètrent encore dans toutes les couches de la paroi intestinale. Ce sont surtout les capillaires de la couche sous-muqueuse qui en contiennent en quantité notable, de telle sorte qu'en se déchirant, ils sont le point de départ de nouvelles pertes de substance. De là, les amibes vont plus loin et parviennent dans les origines de la veine-porte et jusque dans le foie. Ajoutons que les amibes incorporent non seulement des micro-organismes, mais encore des détritus du tube digestif. Aussi voit-on des amibes, pleines de micro-organismes ou privées de ces derniers, dans les ramifications de la veine-porte au milieu des lobules hépatiques. Malgré la fréquence des micro-organismes dans le foie, Kartulis ne pense pas qu'ils donnent naissance aux abcès, puisque les ulcères intestinaux de la tuberculose et de la fièvre typhoïde ne sont presque jamais accompagnés d'abcès hépatiques. Ce sont les amibes qui joueraient le rôle essentiel dans la genèse des abcès hépatiques de la dysenterie. En s'accumulant dans les vaisseaux du foie et en les déchirant, les amibes amèneraient la lésion du tissu hépatique qui aboutirait à l'abcès (1). »

Je regrette de n'avoir pu lire les deux mémoires de Kartulis; car, relativement à la façon dont il convient de comprendre la pathogénie qu'il propose, j'en suis réduit aux conjectures. Par le fait, deux suppositions sont permises : ou le document ci-dessus est l'exacte expression de la pensée de l'auteur et nous devons admettre qu'il refuse aux microbes pyogènes toute influence sur les suppurations dysentériques du foie, opinion en désaccord formel avec les données les plus positives de la bactériologie et de l'expérimentation ; ou bien Kartulis prétend seulement que les amibes fraient la voie aux microbes pyogènes et s'en font les véhicules, proposition à discuter.

Qu'il soit bien établi, tout d'abord, que je ne conteste nullement l'exactitude des faits annoncés. Ce que je crois criticable et me permets de critiquer, c'est l'interprétation qu'on en donne et la signification qu'on leur attribue.

L'*amaeba coli* a été vu, dans la dysenterie aiguë ou chronique, par un grand nombre d'observateurs : Lewis et Cuningham à Calcutta; Lœsch à Saint-Pétersbourg; Grassi, Calandruccio en Sicile; Normand à bord de l'*Armide*, dans la station des mers de Chine; Kartulis, Koch en Egypte; Massintin à Kiew, etc. (2). Mais toutes ces constatations ne prouvent point que les amibes soient la cause de la dysenterie.

D'autre part, les expériences de Lœsch qui injecte, à trois ou quatre chiens, des selles diarrhéiques chargées d'amibes, matière complexe où, si les résultats sont positifs, les composants les plus divers peuvent être incriminés, ne sont pas démonstratives.

Tant que la question en sera là et qu'on n'aura pas fourni de preuve plus péremptoire, sans insister d'ailleurs sur cet argument que l'amibe existe à l'état normal dans l'intestin de plusieurs espèces animales (3), on aura le droit de prétendre que ce parasite n'est nullement spécifique dans la dysenterie et qu'il s'y rencontre au même titre que le *paramecium coli* ou autres animalcules qui grouillent dans les liquides de l'extrémité inférieure du tube digestif.

Cette dernière objection, remarquons-le, n'est pas applicable au staphylocoque, de qui, même s'il n'était que l'auxiliaire d'un microbe spécifique, l'on pourrait toujours faire dépendre certains désordres élémentaires ressortissant au processus général de la dysenterie, tels que la nécrobiose et la suppuration intestinales.

Quant à l'intervention des amibes, comme agents provocateurs directs de l'hépatite ou vecteurs des microbes pyogènes dans le foie, je n'hésite pas à dire qu'elle n'est pas nécessaire, en admettant qu'elle soit réelle; car l'hépatite peut survenir en conséquence de lésions du tube digestif à l'évolution desquelles les volumineux parasites précités sont censés ne prendre aucune part :

(1) *Rev. des sciences méd.*, 15 juillet 1890, p. 137.

(2) V. *pour la bibliographie* : R. Blanchard, *Les animaux parasites introduits par l'eau dans l'organisme*. Rev. d'hygiène et de police sanitaire, septembre 1890.

(3) Indifférent dans les circonstances habituelles, il pourrait, en effet, devenir pathogène, certaines conditions de milieu se trouvant réalisées.

ulcérations gastriques (1); — *circonstances chirurgicales* (2), telles que cautérisation d'un cancer du rectum, incision d'une fistule à l'anus, opération d'une hernie étranglée et suppuration de l'épiploon; — taxis prolongé dans un cas de chute du rectum; — extirpation d'hémorrhoïdes; — *typhlite* (3); — *fièvre typhoïde* (4), etc.

Kartulis a parfaitement senti que là est le côté faible de son argumentation. Aussi insiste-t-il sur la rareté de l'hépatite suppurée au cours ou à la suite de la fièvre typhoïde et de la tuberculose intestinale. Mais que, dans ces circonstances, la complication hépatique soit fréquente ou non, c'est un point secondaire pour la question qui nous occupe : il suffit qu'elle soit possible. Au reste, la constatation, faite par Kartulis lui-même, des staphylocoques pyogènes dans les abcès du foie idiopathiques comme dans ceux qui procèdent de la dysenterie, montre bien que ces microbes n'ont pas besoin d'être charriés par l'amibe du côlon, pour parvenir jusqu'au foie.

Y pénétrèrent-ils seuls? Je ne sais jusqu'à quel point il est permis de le prétendre; mais il est à présumer que, dans la plupart des cas, ce sont les leucocytes qui les transportent. Ce que nous savons du rôle des globules blancs dans les processus microbiens rend cette hypothèse très acceptable, d'autant plus que, quand on examine au microscope des coupes d'abcès du foie traitées par la méthode de Gram, on trouve le tissu hépatique infiltré de leucocytes chargés de granulations qui sont restées colorées et, en dernière analyse, semblent s'être comportées, vis-à-vis des réactifs, comme de véritables microcoques (5).

Cette interprétation est celle que proposait M. Rendu, il y a déjà plusieurs années, alors qu'il écrivait (6) : « Il est probable, quoique non encore démontré, que les leucocytes servent de véhicule à des ferments organisés qui, transportés dans le parenchyme hépatique, y pullulent et y deviennent les agents les plus actifs de la suppuration. »

C'est, certainement, dans la pathogénie de la variété d'hépatite primitive à laquelle les Anglais donnent le nom de *tropicale*, que la spécificité se réfugiera, si elle est enfin bannie de l'histoire étiologique des autres abcès du foie. Là, en effet, cette hypothèse est plus forte que partout ailleurs, parce que nulle part l'obscurité n'est aussi grande. Mais voyons s'il n'est pas d'autre explication.

Rappelons, pour n'y plus revenir, que le staphylocoque pyogène existe au sein des abcès qui n'ont pas la dysenterie pour origine; c'est un fait mis hors de doute par les recherches de Kartulis.

Pour que, dans ces conditions d'inflammation primitive ou réputée telle, le foie suppure, il faut, d'abord, que le tissu hépatique ait subi, dans sa circulation et sa nutrition, des changements pathologiques (7) qui lui permettent de fixer et de cultiver les micro-organismes du pus. Ces altérations sont l'œuvre plus ou moins promptement réalisée, des modificateurs appelés causes *prédisposantes* et *occasionnelles* (influences météoriques, régime vicieux, alcoolisme, etc.).

Il est, en second lieu, indispensable que les parasites pyogènes puissent atteindre le foie et y élire domicile. Or deux routes leur sont offertes : les *voies biliaires*, à l'entrée desquelles le staphylocoque a été trouvé, tout état pathologique faisant défaut (1), et le *système porte*, plus difficile à gagner, mais plus fréquemment suivi, sans doute, puisque, dans les examens pratiqués par Kartulis, les vaisseaux capillaires du foie se montraient remplis de micro-organismes.

Comment ce dernier trajet pourrait-il s'effectuer?

Rien n'empêche le staphylocoque de passer, des voies biliaires, dans l'intestin. Ce même microbe, d'autre part, habite la cavité buccale d'un grand nombre de sujets et on le compte parmi les micro-organismes habituels de la carie dentaire. Dégluti avec la salive, il serait certainement détruit par l'acidité normale du suc gastrique; mais il peut franchir l'estomac, cette réaction étant changée par la dyspepsie catarrhale qu'il est si commun de rencontrer au début de l'hépatite.

Parvenu dans l'intestin d'une façon ou de l'autre, le staphylocoque pourra poursuivre jusqu'au foie, s'il trouve pour s'insinuer dans les tissus de l'intestin et le système vasculaire, une fissure, une exulcération ou toute autre solution de continuité dont la muqueuse peut être le siège sans qu'une dysenterie ou une diarrhée en résultent nécessairement et s'imposent à l'attention dn médecin ou du malade.

La littérature médicale nous offre plus d'un exemple d'hépatite suppurée survenue selon ce mode, c'est-à-dire chez des sujets dont les évacuations alvines avaient toujours semblé physiologiques et à l'autopsie desquels on rencontrait cependant des ulcérations de l'intestin (2).

D'ailleurs, il est parfois très difficile de décider, au simple examen macroscopique, si la muqueuse intestinale est ou n'est pas ulcérée et d'interpréter, comme il convient, certaines colorations qui correspondent peut-être à des cicatrices pigmentées, reliquat d'ulcérations déjà anciennes (3). Ces espèces de stigmates ont dû être méconnues dans bien des cas, et, certainement, plus d'une hépatite a pu passer pour primitive, sans l'être réellement.

L'explication qui précède est respectueuse des droits de la pathologie traditionnelle, tout en tenant compte des enseignements de la bactériologie. Si elle considère le microbe comme un élément de pathogénie primordial et nécessaire, elle ne fait pas abstraction de l'organisme et de l'organe dans lesquels doit s'accomplir l'évolution parasitaire.

C'est qu'en effet, les découvertes modernes et la doctrine panspermiste qui en a été la conséquence, sont loin d'avoir renversé l'étiologie classique; elles l'ont même moins bouleversée qu'on n'aurait pu le croire tout d'abord et n'ont fait qu'en changer les termes. Sur le terrain

(1) Louis. *Recherches anat. path.* Paris, 1826. — Andral. *Clinique méd.* t. II, 1834.

(2) Dance, Cruveilhier, Jackson, cités par Laveran in *Traité des maladies et épidémies des armées.* 1875, p. 129.

(3) Westermann. *De hepatitide suppurativa.* Dissert. inaug. Berlin, 1867. Souques. *Bull. de la Soc. anat.* mai-juin, 1889.

(4) Louis. *Recherches sur la fièvre typhoïde*, 1841. Frerichs. *Traité des maladies du foie.* Murchinson. *La fièvre typhoïde*, 1878. Delaire. *Abcès du foie consécutif à une fièvre typhoïde. Gaz. des hôp.* 1869, n° 111. Chater. *Britsh med. journal*, nov. 1873. Buckling. *Fælle von Leberabcess.* dissert. inaug. Berlin, 1868. Bokai. *Abcès du foie consécutif à la fièvre typh. Pester. med. chir. Presse* n° 20, 1881. Homolle, art. fièvre typh, du Dr de Jaccoud, t. XXXVI.

C'est avec intention que, dans l'énumération ci-dessus, je n'ai pas mentionné la dysenterie *nostras*; car elle a la même pathogénie que la dysenterie des pays chauds.

(5) Bertrand. *De la cholérrhagie qui suit l'incision des abcès du foie.* Obs. VI. *Rev. de méd.*, mars 1890.

(6) Art. Foie du *Dict. Encyclopédique*, p. 38.

(7) Lesions qui correspondent à ce que les Anglais appellent *torpeur du foie*, état complexe, fait de congestion sanguine, de stase biliaire et peut-être aussi de stéatose.

(1) Netter. *Présence normale de deux microbes pathogènes (staphylocoque et bacille court) dans le cholédoque. Soc. anat.*, 29 octobre 1887.

(2) Hilton Fagge. *Transact. of the Path. Soc. of London*, 1871, t. XXI, p. 235. — Vayssière. *Bull. de la Soc. anat.*, 1873, p. 803.

(3) « Pour affirmer qu'un intestin n'est pas ulcéré, il faudrait en examiner très minutieusement toute la surface sous un verre grossissant; il faudrait en outre s'assurer au microscope que les plaques ardoisées ou pigmentées ne recèlent pas quelque érosion; il faudrait enfin avoir reconnu, toujours au microscope, que cet intestin ne contient ni cicatrice ni nécrobiose; car la cicatrice, c'est l'ulcération d'hier, et la nécrobiose l'ulcération de demain. » (Bertrand et Fontan. *De l'Entéro-colite chronique endémique des pays chauds.* Paris, Doin, 1887, p. 108).

étiologique, l'accord n'est pas impossible entre la tradition et le progrès; revenue de ses premiers entraînements, la médecine actuelle est forcée de le reconnaître (1).

Les abcès *traumatiques* du foie, deuxième variété de l'hépatite primitive, relèvent probablement du même mécanisme et admettent, eux aussi, cette double condition : perturbation nutritive qui prépare le parenchyme à la culture microbienne et, en toute circonstance, dérive du traumatisme; infection hépatique par les micro-organismes du pus, que les bactéries se soient introduites directement dans le foie, avec le corps vulnérant, ou à sa suite, s'il s'agit d'une plaie pénétrante; qu'elles se soient mêlées au sang des vaisseaux superficiels, si la blessure consiste en une plaie tégumentaire; ou que, venues de l'intestin, soit par la veine porte soit par les canalicules biliaires, elles n'aient fait que répondre à l'appel du territoire hépatique altéré, si c'est une simple contusion.

Quant aux autres modes suppuratifs que je dois signaler encore pour terminer cette étude (hépatite par corps étrangers des voies billiaires, tels que calculs, ascarides lombricoïdes, douves, etc.; ou granulations purulentes de l'angiocholite capillaire), tout renseignement tiré de la bactériologie nous fait défaut. Mais, peut-être estimera-t-on qu'on ne force pas les analogies en admettant, une dernière fois, que les microbes pyogènes ont obéi à l'attraction de l'irritation nutritive subie par l'organe hépatique, si même, dans quelques cas, ces bactéries n'ont pas été transportées par certains de ces corps étrangers, les ascarides par exemple.

Après avoir considéré l'hépatite suppurative sous tous ses aspects étiologiques, concluons qu'il est possible de réduire le rôle des micro-organismes dans cette maladie à la simple intervention des microbes pyogènes.

Au contraire de la doctrine du parasitisme spécifique, la pathogénie que je propose comporte moins d'hypothèses que de données positives: elle ramène au même mécanisme toutes les variétés d'abcès du foie, avec cette condition différentielle que la voie suivie par les microbes est tantôt le système biliaire, tantôt le système sanguin et, dans celui-ci, tantôt les artères hépatiques si l'entrée microbienne s'est faite par la circulation générale, tantôt les vaisseaux-porte si c'est par l'intestin que l'infection a commencé (2).

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Contribution à l'étude des voies centrales optiques, par Karel Kuffner (*Sbornik Lekarsky*, 1890, t. IV, fascic. 1, p. 67). — Chez une femme de 68 ans, démente et presque totalement sourde, dont l'hémianopsie droite était probable, on a trouvé à l'autopsie : dans le lobe occipital gauche un ramollissement du cunéus, des circonvolutions occipitales, de la circonvolution occipito-temporale, et du bourrelet du corps calleux. Histologiquement il existait une dégénérescence descendante des radiations optiques de Gratiolet, du pulvinar, du bras antérieur du corps quadrijumeau, du tubercule bijumeau antérieur, du corps genouillé externe et une diminution de volume du corps genouillé interne. Les bandelettes optiques restaient intactes. Il est à remarquer que, contrairement aux doctrines récentes, il existait dans le tubercule bijumeau antérieur un amaigrissement des fibres blanches du stratum zonale et de la couche blanche superficielle, et de plus une dégénérescence de la capsule du corps genouillé interne. Ce dernier fait plaide en faveur de la doctrine de Meynert qui intercale le corps genouillé interne dans la sphère des faisceaux optiques.

(1) V. Kelsch, *Fièvre typhoïde dans les milieux militaires. Revue d'hygiène*, 20 septembre 1890, p. 826 et 827.

(2) Cornil et Babès, *op. cit.*, éd. de 1886, p. 340; — de 1890, p. 485.

Sur la circulation cérébrale, par de Bœck et Verhoogen (*Journal de médecine de Bruxelles*, 5 novembre 1890, n° 21, p. 1). — Les auteurs ont étudié les troubles produits dans la circulation cérébrale sous l'influence de l'asphyxie, des injections hypodermiques d'éther, et des injections intra-veineuses de morphine. Ils ont eu recours pour cela à un dispositif spécial, et en particulier aux sondes thermo-électriques. Ils ont conclu de leurs expériences que, pendant la vie, il se produit des modifications dans la répartition du sang qui se distribue au cerveau. Ces modifications affectent l'organe dans son ensemble ou dans chacune de ses parties, concordant ou non avec les variations de la pression artérielle générale. Dans l'empoisonnement par l'acide carbonique, la pression sanguine s'élève rapidement, l'écoulement cérébral devient beaucoup plus abondant, les circulations de la base et de l'écorce deviennent toutes deux plus actives. A la suite d'injections sous-cutanées d'éther, la pression sanguine s'élève lentement; l'écoulement cérébral augmente peu à peu; le sang irrigue plus abondamment toutes les parties de l'organe; mais ces phénomènes sont plus lents à se produire et moins accusés que dans l'asphyxie. L'injection intra-veineuse de morphine abaisse la pression sanguine; l'écoulement cérébral ne subit pas de modifications, mais il y a anémie de l'écorce, hyperémie de la base.

Contribution à l'étude de la chorée molle, par P. Simon (*Revue médicale de l'Est*, 15 décembre 1890, n° 24, p. 743). — L'auteur, qui ignore tous les travaux publiés sur ce sujet depuis la thèse d'Ollive, en 1883, où il a puisé ses indications bibliographiques, rapporte une observation assez incomplète, remarquable toutefois par l'analgésie générale constatée dans le sujet, et par la longue durée — 3 ans — des accidents, faits qui permettent de douter de l'exactitude du diagnostic qui n'est même pas discuté.

Un cas d'ophthalmoplégie externe, par Chaltin (*Archives médicales belges*, décembre 1890, 6e fascicule, p. 376). — Le sujet, âgé de 49 ans, est atteint depuis 22 ans d'une paralysie de tous les muscles moteurs de l'œil, en dehors du releveur de la paupière supérieure qui a conservé une partie de ses fonctions, et surtout du constricteur de la pupille et du muscle ciliaire demeurés intacts. Il se serait agi d'une paralysie bulbaire antérieure localisée, et sans tendance progressive. Pas d'autopsie.

MÉDECINE

Ascite chyleuse (Zur Casuistik der chylœsen Ascites), par le Dr H. Reichenbach (*Arch. f. path. Anat.*, déc. 1890, t. CXXIII, p. 183). — M. L., 53 ans, bien bâti, ordinairement bien portant, se présente chez le professeur Ebstein, au mois de mars 1890. Depuis l'été passé, il a remarqué que ses ganglions inguinaux ont commencé à se tuméfier; en plus, depuis trois semaines, il a été pris de dyspnée. A l'examen, on trouve : tuméfaction des ganglions inguinaux, épanchement liquide dans la cavité abdominale et la plèvre droite; pas de tumeurs; catarrhe des voies respiratoires. Diagnostic : lymphome malin. L'ascite augmentant de plus en plus, on fit deux ponctions de la cavité abdominale : la première, faite le 14 mai, donna issue à 10 litres d'un liquide crémeux; la seconde, 4 jours après, permit de retirer encore 5 litres 1/2. Le 24 mai, on est obligé de ponctionner la plèvre droite, d'où l'on retire 2 litres 1/2 de liquide chyliforme. Le malade mourut le 6 juin. L'autopsie n'a pu être faite.

L'examen du liquide fournit les résultats suivants :

Liquide crémeux, opalescent à l'état de dilution, de réaction alcaline, laissant déposer une couche légèrement colorée en rouge et renfermant un caillot volumineux de fibrine, gélatiniforme.

Sous le microscope, on trouve des bactéries, des cellules épithéliales et des cellules rondes, des hématies et des granulations animées de mouvements moléculaires très vifs, granulations qui, examinées par le professeur Orth, sont reconnues pour des granulations graisseuses.

Au point de vue chimique, le liquide renferme 3,27 0/0 d'albumine, 0,45 0/0 de graisse; les cendres provenant de la

calcination de 100 ccm. de liquide, renferment 0,030 parties solubles et 0,7098 insolubles. Les premières se composent de phosphate acide de chaux; les secondes, qui ne paraissent pas renfermer de potassium, contiennent du sodium et des acides carbonique, sulfurique, phosphorique et chlorhydrique.

Un autre cas, observé presque en même temps par le professeur Ebstein, complète, en quelque sorte, l'observation précédente. Chez ce malade, qui présentait les mêmes phénomènes que le malade précédent, on a constaté encore pendant la vie l'existence des tumeurs dans l'abdomen, le médiastin, la plèvre. Par la ponction, on retira à plusieurs reprises du liquide chyliforme qui ne fut pas examiné en détail. A l'autopsie, on trouva des lymphomes multiples dans le mésentère, l'épiploon, les ganglions rétro-péritonéaux, et un épanchement chyliforme dans le péritoine et les plèvres. L'examen microscopique a démontré qu'il s'agissait de lymphomes et qu'il n'y avait pas de bacilles tuberculeux.

L'exsudat chyliforme est dû, dans les cas rapportés par l'auteur, comme dans ceux appartenant à d'autres observateurs, à la compression des chylifères par la tumeur. Si le liquide ne renfermait que 0,45 0/0 de graisse au lieu de 0,9 0/0 qu'on trouve dans le chyle normal, ceci s'explique par ce fait que le liquide se composait non seulement de chyle, mais aussi de liquide transsudé des veines comprimées.

Ascite chyleuse, par Mollien (*Gaz. méd. de Picardie*, novembre 1890, p. 166). — Une femme de 58 ans, toujours bien portante, s'aperçut que son ventre grossissait; six mois après, ponction fournissant 6 litres de liquide chyleux. Le liquide se reproduisit, sans altération de l'état général, et une seconde ponction en donna 7 litres. Le ventre alors palpé, on n'y trouva aucune tuméfaction anormale. Le liquide, blanc laiteux, opaque, se divise en deux couches par le repos; réaction faiblement alcaline, odeur d'acide sulfurique; ne se coagule pas spontanément; précipité abondamment par la chaleur, l'acide nitrique; ne s'éclaircit pas quand on l'agite avec le chloroforme et l'éther. Au microscope, outre des leucocytes, des hématies, on voit une grande quantité de corpuscules réfringents de petit diamètre, presque punctiformes.

Sur les lésions dites urémiques de l'intestin (O tak zvanych uraemickych zmenach ve streve), par Hlavy (*Sbornik Lékarsky*, tome IV, fasc. 1, 1890, p. 101). — Les lésions intestinales décrites par Treitz ne peuvent être désignées sous le nom d'urémiques, car elles peuvent exister sans urémie; elles méritent mieux le nom de brightiques. Dans les formes pseudo-membraneuses, il y a constamment une thrombose des vaisseaux sanguins de la muqueuse et de la sous-muqueuse et une infiltration inflammatoire considérable dans leur voisinage; cette thrombose est due au mal de Bright lui-même; elle ne se produit pas après les injections intra-veineuses d'urée ni après l'application de carbonate d'ammoniaque sur la muqueuse, ni après les injections intraveineuses d'urine concentrée par évaporation. En résumé, l'opinion de Treitz n'est pas fondée, et tout ce que le carbonate d'ammoniaque peut faire, c'est de déterminer des hyperémies intestinales et des hémorrhagies punctiformes.

Cancer primitif des capsules surrénales sans maladie d'Addison (Dva prvotné Karcinomy nadledvinek bez nemony Addisonovy), par J. Styrr (*Sbornik Lékarsky*, tome IV, fasc. 1, 1890, p. 84). — Deux cas de cancer mélanique des deux capsules surrénales : dans l'un, il n'y avait pas de métastases dans les autres organes; dans l'autre, il y avait des lésions secondaires dans tous les ganglions médiastinaux et rétro-péritonéaux, et de petites tumeurs métastatiques dans le foie et dans le rein gauche. Pas de pigmentation cutanée, ni d'autres symptômes de maladie d'Addison.

CHIRURGIE

Cholécystectomie (A successful cholecystectomy for impacted gall-stones and intra-mural abcess of gall-bladder), par Danson (*Med. News*, 6 décembre 1890, p. 597). — Une femme de 30 ans, hystérique, accusa un jour dans une crise une douleur abdominale sourde et au bout de quelque temps on lui trouva dans l'hypochondre droit une tumeur dont la ponction fournit un liquide bilieux. La fièvre survenant, on se décida à opérer, le 23 juin 1890. Incision sur le bord du grand droit; cholécystectomie sans particularité opératoire Le seul point intéressant est d'ordre anatomique : la paroi enflammée était très épaissie (2 cent.) et contenait un abcès rompu dans la cavité de la vésicule. Guérison, après du melæna.

Cholécystotomie (Cholecystotomy for gallstones performed on the strength of symptoms without physical signs), par Mayo Robson (*Lancet*, 10 janvier 1891, p. 79). — Cette opération a été pratiquée sur un homme de 29 ans, sujet depuis 12 mois à des crises douloureuses intenses, sans qu'on eût jamais constaté d'ictère ou d'hypertrophie du foie. Mais la cholécystotomie, faite le 19 juin, permit d'extraire un calcul de la vésicule et 5 du canal cystique. La vésicule était trop petite pour être suturée à la paroi abdominale, et l'on se servit de l'épiploon pour établir un canal, dans lequel on mit un drain. Guérison.

Une seconde observation est celle d'un homme de 50 ans, opéré de même pour des crises douloureuses sans ictère.

Mayo Robson pense que bien des douleurs abdominales, de cause méconnue, sont dues à des coliques hépatiques sans ictère et sont justiciables de la cholécystotomie.

Inoculations de tétanos, par Peugniez et Maljean (*Gaz. méd. de Picardie*, novembre 1890, p. 168). — Ces inoculations sont intéressantes à un point de vue spécial. On a en effet discuté sur la virulence du bulbe chez les tétaniques; c'est parmi les faits positifs que se rangent les expériences de Peugniez et Maljean. Le bulbe de lapin infecté fut, lui aussi, virulent.

Plaies de l'intestin (Report of a case of gunshot wound of the abdomen, with three mesenteric and sixteen intestinal wounds; abdominal section, recovery), par A. B. Miles (*Med. News*, 27 décembre 1890, t. LVII, n° 66, p. 680). — Un homme de 24 ans jouant avec un pistolet du calibre 32 reçut la balle dans le ventre, entre l'ombilic et le pubis. Une demi-heure après il fut opéré. Par bonheur son intestin était vide : depuis quelques jours, légèrement indisposé, le blessé s'était mis à peu près à la diète. Rien d'épanché dans le ventre, que du sang en abondance. Le chirurgien sutura trois perforations mésentériques et 16 perforations de l'intestin, nombre énorme expliqué, dit l'auteur, par la vacuité de l'intestin. L'intervention dura deux heures. Le 5e jour, selle spontanée. Exeat au bout de 37 jours.

Note sur un cas d'arthrite purulente consécutive à une pneumonie avec présence du pneumocoque dans le pus, par L. Picqué et A. Veillon (*Arch. de méd. exp.*, 1891, p. 68). Un homme de 36 ans eut en avril une pneumonie grave et dès le 4e jour présenta des signes d'arthrite du genou. L'arthrite empira, suppura, le malade entra à l'hôpital le 4 juin et succomba le 9 malgré des débridements multiples. Les os étaient atteints. Le pus, recueilli par les incisions, contenait *à l'état de pureté* le diplocoque de Talamon-Frænkel. C'est à joindre aux faits semblables de Foa et Bordoni-Uffreduzzi, Weichselbaum, Monti, Belfanti, Ottmann et Samter (voy *Gazette*, 1890, n° 18 p. 214). Gabbi et Puritz ont observé une périarthrite pneumococcique, l'articulation étant saine (*Centr. f. Bact.*, 1890, n° 51); Gabbi a réussi à provoquer des arthrites expérimentales.

BIBLIOGRAPHIE

Hypnotisme. Suggestion. Psychothérapie. Etudes nouvelles, par le Dr Bernheim. Oct. Doin, Paris, 1891.

Ce nouveau livre forme, comme le dit l'auteur, le complément de celui qu'il a publié en 1886, sous le titre : *De la suggestion et de ses applications à la thérapeutique*. M. Bernheim y aborde la doctrine psychologiste de la suggestion et cherche à montrer comment les faits expérimentaux déjà connus sont éclairés par cette doctrine.

L'ouvrage est donc divisé en deux parties : la première consacrée aux conceptions théoriques, la seconde à l'exposé des faits eux-mêmes.

Avant que d'entreprendre l'analyse de la première partie,

nous devons déclarer au préalable que, bien que l'auteur se dise à plusieurs reprises en désaccord complet avec les idées émises sur le même sujet par M. le professeur Charcot — dont nous avons l'honneur d'être l'élève — nous ne discuterons pas ici les deux opinions adverses. Ce serait sortir du cadre restreint d'une simple analyse critique, et de plus le parallèle auquel nous faisons allusion vient d'être tracé très remarquablement, il y a peu de temps, par notre ami le Dr Babinski (1). Ajoutons que l'argumentation formulée dans « Grand et petit hypnotisme » est restée sans réponse. M. Bernheim n'y fait même aucune allusion dans sa publication actuelle, parue cependant postérieurement au mémoire de M. Babinski.

La doctrine que propose M. Bernheim est simple, trop simple même, pourrions-nous dire. La suggestion, nous est-il affirmé, est la clef de tout. Les phénomènes — somatiques et psychiques — dits hypnotiques, ne sont que des produits de suggestibilité; le sommeil hypnotique lui-même n'est qu'un état psychique particulier susceptible d'être provoqué — par la suggestion — et qui met en activité ou exalte à des degrés divers la suggestibilité.

Qu'est-ce donc que cette omnipotente suggestion ? C'est « *l'acte par lequel une idée est introduite dans le cerveau et acceptée par lui*. »

Nous pourrions déjà faire observer, avec apparence de raison, que la définition *conçue en ces termes* n'en est pas une. Elle ne définit rien, en effet, car elle s'applique à la totalité des spéculations de l'esprit. Toutes les perceptions, dont nous sommes susceptibles, sans exception, équivalent en réalité a des *idées introduites dans notre cerveau et ac eptées par lui*. Le fait même qu'une idée est introduite dans le cerveau entraîne nécessairement que celui-ci l'a acceptée. A moins d'être sourd, ou de se boucher les oreilles, on ne peut pas ne pas entendre un bruit. Mais c'est là, admettons-le, une querelle de mots; sans doute cette définition ne doit-elle pas être prise *à la lettre* et c'est d'idées introduites dans le cerveau et acceptées par *le sujet* qu'il s'agit.

Eh bien, même avec ce correctif, la définition de M. Bernheim — et par suite, comme on le verra, la doctrine qui en découle — ne nous semble pas admissible en toutes ses conséquences.

Pour nous, la suggestion suppose, de toute nécessité, certaines conditions inhérentes 1° à l'idée présentée à l'esprit du sujet, 2° à l'état psychique du sujet lui-même.

De ces premières conditions — celles qui tiennent à l'idée proposée — M. Bernheim ne parle pas. Il est cependant difficile de soutenir que toute idée, quelle qu'elle soit, par ce fait seul que présentée à l'esprit elle a été agréée, constitue une suggestion.

Qu'on me dise, par exemple : « M. Carnot est président de la République. » — Ai-je été suggestionné parce que j'ai répondu affirmativement? Cependant, d'après la définition de M. Bernheim, ce serait là un exemple de suggestion. — Que je prie de prendre un siége la personne qui vient me voir; l'ai-je suggestionnée parce qu'elle s'est assise ?

Ne poursuivons pas plus loin la série, qu'on pourrait faire innombrable, de ces exemples; il est de sens commun que, pour qu'on puisse parler de suggestion, il est nécessaire que l'idée proposée revête — soit par rapport à tous, soit par rapport au sujet seul — des attributs particuliers. Il faut en effet que cette idée, au moment où elle est présentée, soit, ou contraire à la réalité objective, ou au moins non conforme aux perceptions actuelles du sujet.

On s'en rendra compte, pour peu que nous rappelions les exemples précités, en leur donnant alors ces attributs. — Je serai évidemment suggestionné si j'accepte cette idée que « M. Thiers est actuellement président de la République. » — De même sera suggestionné le malade que j'ai supposé, si, lui ayant dit qu'il lui était impossible de s'asseoir, cet acte lui demeure interdit par cela seul.

Pour ce qui concerne la 2e condition de la suggestion — celle qui a trait à l'état psychique du sujet — elle nous paraît capitale, en ce sens que c'est cet état psychique et non pas la suggestion, qui doit plutôt occuper la première place dans une théorie de l'hypnotisme. Prétendre que la suggestion crée la suggestibilité n'a pas plus de signification que d'admettre, par exemple, que la contraction crée la contractilité musculaire. Il n'existe pas plus de suggestion sans suggestibilité, qu'il ne se développe de contraction sur un muscle privé de contractilité. Tout n'est donc pas dans la suggestion, mais mieux dans la suggestibilité, c'est-à-dire dans *l'état psychique spécial* des sujets.

Au surplus, M. Bernheim est obligé lui-même d'en convenir implicitement: « Pour que l'idée devienne suggestion, dit-il, il faut qu'elle soit acceptée par le sujet. Elle l'est dans une certaine mesure, grâce à *la crédivité* inhérente à l'esprit humain. Mais, à *l'état normal*, celle-ci est limitée, *la crédivité qui fait la suggestion est modérée par le contrôle* cérébral. » Mais alors, si c'est la *crédivité* qui fait la suggestion, ce n'est plus la *suggestion* qui *fait la crédivité*. La suggestion n'intervient que secondairement, et même elle ne peut intervenir que si la *crédivité exagérée*, anormale, pathologique, disons le mot, le permet.

Cette *crédivité*, ou *suggestibilité*, qui ne se trouve pas ou ne se trouve du moins qu'à un degré infime à l'état normal, peut exister soit momentanément, soit d'une façon permanente, constituant en tout cas le signe d'un état anormal de l'esprit: dissociation ou désagrégation mentale.

Or, si l'on remarque que, de l'aveu de M. Bernheim, « les hystéries franches avec strangulation, grandes crises, anesthésie, sont le plus souvent *très suggestibles* », on comprendra que le rapprochement s'impose entre l'état de suggestibilité et l'état d'hystérie. D'autre part, sachant que l'exercice de la suggestion développe la suggestibilité, on ne s'étonnera pas du danger que peuvent faire courir les manœuvres de suggestion.

Après ces remarques générales, nous signalerons dans le livre de M. Bernheim, certaines observations sur lesquelles il se base pour attribuer à la suggestion les phénomènes somatiques de l'hypnose, sans raison convaincante à notre avis. Dans la catalepsie, par exemple, l'auteur pense que les membres restent immobilisés par suite d'une *suggestion par le geste* : mais, l'action de la pesanteur ne réalise-t-elle pas une *suggestion aussi puissante* dans un sens contraire ? Pourquoi, de plus, existerait-il dans des cas analogues tantôt de la catalepsie, tantôt de la contraction, tantôt de la flaccidité?

Le sommeil hypnotique, que nous obtenons très fréquemment, nous ne le contestons pas, par l'emploi de la suggestion, peut être aussi déterminé sans son intermédiaire, bien qu'en pense M. Bernheim, et par des procédés purement physiques. Des exemples très démonstratifs en ont été fournis à la Salpêtrière, et M. Bernheim lui aussi, en observateur impartial, rapporte des faits dans lesquels la suggestibilité — caractère capital de l'hypnose — a été déterminée par des désordres organiques : ramollissement cérébral, fièvre typhoïde (p. 106, 108). — Pour notre part, nous avons observé un exemple probant d'hypnose sans suggestion, il y a 10 ans, à une époque où nous ignorions la plupart des choses de l'hypnotisme. Mais l'auteur, lui-même, ne nous offre-t-il pas un fait de cette catégorie ? « Un jour, dit-il en parlant de Mme Grille, — en fixant une cuiller elle était tombée en extase hypnotique. » (P. 154).

Nous ne pouvons passer sous silence l'accusation formulée par M. Bernheim contre M. Charcot, à savoir que « l'attaque de grande hystérie que la Salpêtrière donne comme classique, est une *hystérie de culture* ». Les faits plaident cependant assez éloquemment en faveur de la réalité des observations de M. Charcot. Nous ne pouvons les citer ici; nous nous bornerons à rappeler entre autres que nous voyions il y a quelques jours une série de photographies instantanées prises par le professeur Rummo, et représentant les diverses phases d'attaques hystériques observées chez des malades de Naples, qui reproduisaient exactement les attitudes et les gestes des grandes hystériques de la Salpêtrière (1).

Quant à l'hypothèse proposée par M. Bernheim que dans certains cas, le médecin pourrait bien, au cours de son examen, avoir suggéré à son malade l'hémi-anesthésie sensitivo-sensorielle, qu'il note ensuite, l'observation I qui nous est fournie à l'appui est discutable pour deux raisons en particulier. Tout d'abord, la suggestion n'a porté que sur la sen-

(1) Babinski, *Grand et petit hypnotisme*. — *Archives de névrologie*, n° 49, et 50.

(1) Il s'agit d'un atlas photographique.

sibilité à la douleur, et cependant la sensibilité au tact et surtout le sens musculaire étaient abolis. De plus cette hémianesthésie, créée, nous dit-on, par la suggestion, ne disparut pas par le même procédé, du moins immédiatement, et persista encore quelques jours !

En réalité, la suggestibilité d'abord, la suggestion ensuite jouent un rôle considérable, mais non pas exclusif, dans la production des phénomènes hypnotiques.

Cette tendance à la généralisation qu'accuse M. Bernheim, est surtout marquée lorsqu'il en arrive à faire intervenir la suggestion dans l'affaire Bompard. Tout a été dit déjà sur ce sujet, et nous n'y revenons que pour répondre à l'un des arguments de l'auteur à l'aide de données que nons tenons d'une source autorisée. Pourquoi l'accusée s'est-elle livrée ? « Une scélérate habile, sachant se conduire, experte en l'art de tirer son épingle du jeu, n'aurait pas accepté cette dernière suggestion ! » La vérité est que Gabrielle raconta le crime à M. Garanger, à sa façon, en *s'innocentant* et en affirmant sa non-culpabilité; que celui-ci crut à cette histoire et l'engagea, dans son intérêt, à aller la dire à la préfecture. Résidant en France, ne risquait-elle pas, en effet, d'être arrêtée un jour ou l'autre, et comme elle se serait cachée, sa culpabilité paraîtrait avérée malgré ses dénégations, tandis qu'en se rendant spontanément chez le procureur, elle avait l'espoir de le tromper, comme elle l'avait fait avec M. Garanger, et de se tirer ainsi complètement d'affaire. C'est donc dans son intérêt que ce dernier l'a conseillée, et qu'elle a cru agir. Elle s'est conduite en tout cela en scélérate habile, bien qu'elle n'ait pas réussi.

En ce qui concerne les faits de psychothérapie, n'oublions pas que M. Bernheim a eu soin de nous prévenir que la méconnaissance de la suggestion peut conduire à des erreurs au point du vue de l'examen des malades : rappelons-nous aussi « que la suggestion est une thérapeutique presque exclusivement fonctionnelle ». Nous serons alors conduit à nous demander, à la lecture d'un certain nombre d'observations, si les malades qui nous sont présentés comme améliorés ou guéris, n'ont pas simplement déclaré au médecin, *par suggestion*, leur amélioration et leur guérison ? Disons aussi que quelques observations étiquetées « névrose traumatique » se rapportent aisément à l'hystérie, comme une grande partie des faits de ce genre (1). Beaucoup de malades enfin n'ont pas été suivies pendant un temps assez long pour qu'on puisse parler de guérison. En somme, en dépit de quelques succès indiscutables du professeur de Nancy, la psychothérapie doit être encore réservée dans ses applications.

Paul Blocq.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Transactions of the American dermatological Association. New-York, 1890.

Le fascicule de l'Association dermatologique américaine renferme les discussions qui ont eu lieu à la session de septembre dernier. Le *Mercredi médical* a donné en temps voulu le compte-rendu des plus importantes de ces communications (1890, p. 544).

Signalons, en plus de celles qui ont déjà été résumées, les travaux de Taylor, Corlett et Brousen sur le prurit, celui de Bowen sur la tuberculose cutanée, de Diehring sur la dermatite herpétiforme, de Jackson sur le traitement du lupus vulgaire par l'électrolyse, de Allen sur le traitement de l'érysipèle, etc. Ce nouveau fascicule prouve que l'Association dermatologique américaine, qui compte déjà 14 ans d'existence et qui s'est signalée par d'importantes publications, continue à être un centre actif de production scientifique.

(1) Une des observations de l'auteur, dans laquelle il pense avoir eu affaire à une *myélite*, ressemble assez à un cas d'*astasie-abasie* ainsi qu'on en jugera par les lignes suivantes : « Il y a des *myélites* curables qui peuvent être amendées par la suggestion, rapidement; vous avez vu à la clinique un *enfant*, qui, à la suite d'une pneumonie datant de quinze jours, était devenu paraplégique, avec exagération des réflexes tendineux. *Il pouvait remuer les jambes dans son lit, mais ne pouvait se tenir debout seul ni avancer les membres quand on le soutenait. Après une seule séance de suggestion*, il pouvait un peu se tenir debout et faire quelques pas étant légèrement soutenu. En 4 jours il était presque guéri. » (P. 232.) — P. B.

Symptômes oculaires de la paralysie générale (An analyse of some of the ocular symptoms observed in so called general paresis), par Ch. A. Olliver. (Extrait des *comptes-rendus de la Société ophthalmologique américaine*, Philadelphie).

Les troubles sensoriels en rapport avec la dégénération plus ou moins grande du nerf optique et l'affaiblissement de la circulation rétinienne, consistent en une vision faible, directe et excentrique des formes et des couleurs. Les symptômes moteurs sont représentés par l'inégalité et la faiblesse des contractions de l'iris déterminant l'inégalité pupillaire. Les altérations particulières de la nutrition, telles que les amas de pigment, les troubles et les altérations de la choroïde indiquent les dégâts causés par l'irritation de l'organe. C'est pourquoi les observations de l'auteur sur l'appareil oculaire rendent très probable que ces troubles ne représentent que l'expression périphérique et l'un des nombreux signes de la perte graduelle de l'énergie nerveuse qui caractérise cette maladie.

Thèses des Facultés

PARIS

Indications et contre-indications de l'énucléation du globe oculaire, par A. Fage (29 janvier 1891).

Les complications post-opératoires ne constituent pas une contre-indication générale de l'énucléation du globe oculaire, opération qui, faite avec antisepsie, est bénigne dans ses suites, prompte dans ses résultats, sûre pour l'avenir, et compense amplement par ces avantages les inconvénients résultant de la mutilation et inhérents au port d'une pièce artificielle.

Pour les corps étrangers et les parasites, il est préférable d'énucléer lorsque les lésions produites sont considérables et que les tentatives d'extraction ont échoué; lorsque l'organe est perdu, douloureux et menaçant pour son congénère; mais l'extirpation de l'œil est surtout urgente lorsque des troubles sympathiques viennent à éclater. Dans les autres cas l'énucléation est contre-indiquée.

Dans les traumatismes et les plaies, il y a lieu d'énucléer lorsque la blessure est si grave que tout espoir de conserver un organe utile est perdu; lorsque, la vision étant abolie, l'œil renferme un corps étranger, persiste à être douloureux et détermine de l'ophthalmie sympathique. On devra rigoureusement s'abstenir d'énucléer, toutes les fois que, par un traitement antiseptique énergique (désinfection et cautérisation de la plaie, injections intra-oculaires de sublimé, etc.), il est possible de conserver l'œil et la vision.

Les yeux perdus par irido-choroïdite, glaucome grave, hydrophthalmie, staphylôme opaque, leucome cicatriciel adhérent, etc., devront être énucléés chaque fois qu'on ne parviendra pas à calmer les douleurs dont ils sont le siège, quand ils sont difformes et gênants, et qu'ils déterminent un retentissement sympathique sur l'œil sain. L'énucléation est formellement contre-indiquée lorsqu'il est possible de conserver l'organe et la fonction à l'aide d'une opération partielle, sclérotomie, iridectomie ou irido-capsulotomie.

Dans la panophthalmie, l'énucléation doit être pratiquée du moment où les tentatives faites pour enrayer l'infection ont échoué. Elle peut être faite en pleine panophthalmie, même avec propagation au tissu cellulaire de l'orbite, à condition que la suppuration ne s'étende pas plus loin. L'énucléation doit être repoussée chaque fois qu'il y a une infection généralisée de l'organisme, ou qu'il existe un état dyscrasique grave.

En tant que traitement préventif de l'ophthalmie sympathique, l'énucléation est une excellente opération, qui peut être considérée comme radicale, et qu'il est prudent d'appliquer à tous les yeux perdus, déformés, douloureux et amaurotiques. En tant que traitement curatif, elle peut être employée, à condition que les accidents soient encore au début et que l'œil sympathisant soit privé de toute vision. Dans le cas contraire, elle doit céder la place à un traitement antiseptique général et local (frictions mercurielles, désinfection des plaies, injections intra-oculaires de sublimé, etc.).

L'énucléation est contre-indiquée pour les tumeurs bénignes de l'œil, à moins que leur extirpation soit impossible, qu'il existe des douleurs vives et une perte irrémédiable de la vision. Il y a encore contre-indication pour les tubercules guérissables par le traitement médical ou par l'excision simple, et même pour certaines tumeurs malignes de la surface extérieure du globe, lorsqu'elles sont petites, limitées et que l'état général est bon. Dans le cas contraire, on devra recourir à l'énucléation, tant qu'il n'y a pas généralisation. Mais l'opération ne peut être efficace qu'à la condition d'être complète et d'être faite dès les premiers stades de développement du néoplasme : à la troisième période elle n'a déjà plus qu'un but palliatif.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Imp. des Arts et Manufactures, 12 rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES SAMEDIS ET PUBLIANT TOUS LES MERCREDIS

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

RÉDACTEUR EN CHEF : Dr L. LEREBOULLET. — SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION : Dr A. BROCA.

BULLETIN

Paris, le 13 février 1891.

La délivrance gratuite des médicaments aux indigents dans les établissements d'assistance.

Il existe en France un grand nombre d'établissements d'assistance, hôpitaux, hospices, bureaux de bienfaisance, dispensaires, maisons de secours, etc., dans lesquels des médicaments sont distribués gratuitement aux malades dont l'indigence est constatée. Cette distribution est faite tantôt par des pharmaciens diplômés, tantôt par des « personnes vouées au service des indigents et non munies d'un diplôme de pharmacien » ; quelquefois, dans ce dernier cas, ces personnes sont placées sous la surveillance d'un pharmacien des hospices et hôpitaux; le plus souvent il n'en est rien. Et l'on conçoit qu'il en soit ainsi, si l'on veut bien constater que 33,421 communes sont, en France, dépourvues de pharmacies et que 2,700 seulement en possèdent une ou plusieurs; un quart de nos cantons n'en a pas, un autre quart n'en a qu'un. Dans certains départements, le nombre des pharmaciens est absolument insuffisant; dans la Lozère il y en a 9, et la Lozère compte 24 cantons, dont 16 sont sans pharmacies; les Hautes-Alpes comptent 11 pharmaciens et 24 cantons sur lesquels 20 cantons n'ont pas de pharmaciens; dans le Morbihan, sur 37 cantons, 23 n'ont pas de pharmaciens; dans le Finistère, sur 43 cantons, 22 n'ont pas de pharmaciens, etc., etc. Si bien, comme vient de le faire remarquer M. Brouardel dans un rapport au Conseil supérieur de l'Assistance publique, que si les médicaments ne peuvent être délivrés que par un pharmacien diplômé, dans les trois quarts de la France il sera impossible de fournir des médicaments aux indigents ni d'assurer le fonctionnement des établissements d'assistance qu'il est si désirable de voir se multiplier.

Or, la Cour de cassation a récemment déclaré, d'une manière formelle, à la requête du syndicat des pharmaciens de Rouen, que « la délivrance des médicaments est interdite à toute personne non munie d'un diplôme, que cette personne soit attachée ou non à un service public ». Le gouvernement, menacé dans ses projets d'organisation de l'assistance, s'est ému; le comité consultatif d'hygiène publique de France, sur le rapport de MM. Regnauld et Napias, puis le Conseil supérieur de l'Assistance publique, sur le rapport de M. Brouardel, ont émis l'avis ci-après :

« Les médicaments préparés par les pharmaciens des hôpitaux ou des bureaux de bienfaisance peuvent être distribués gratuitement dans les hôpitaux, hospices, bureaux de bienfaisance, dispensaires, maisons de secours, sous la surveillance et la responsabilité de ces pharmaciens, aux malades privés de ressources. La nomination des personnes chargées de ces distributions a lieu sur la présentation du pharmacien; elle est soumise à l'agrément du préfet. »

Cet avis a été adopté par le gouvernement, qui l'a repris sous forme de projet de loi; il a été également proposé à la sanction parlementaire par M. Ricard; il est cependant rejeté par la commission de la Chambre des députés qui s'occupe de reviser la législation sur l'exercice de la pharmacie. Celle-ci demande seulement, comme on l'a essayé dans quelques grandes villes, que les médicaments fournis aux indigents soient toujours distribués par des pharmaciens, mais à des prix spéciaux, déterminés par un règlement d'administration publique. Ce système peut être acceptable là où la population est nombreuse et les ressources de l'assistance considérables; il y est encore très onéreux; il est impraticable sur la plus grande partie du territoire.

Aussi le projet gouvernemental mérite-t-il toute l'attention du Parlement. Le corps médical ne peut que l'appuyer énergiquement; car, seul, il permet de remédier aux abus dont se sont si justement plaints jusqu'ici les pharmaciens et les médecins; de plus, il offre aux malades des garanties de compétence indiscutables, pour peu que, dans la pratique, le gouvernement y tienne sérieusement la main; il prend garde, enfin, aux ressources toujours trop restreintes de la bienfaisance privée et publique.

A.-J. MARTIN.

REVUE GÉNÉRALE

Traitement des abcès cérébraux d'origine non traumatique.

Le chirurgien n'a point à s'occuper des abcès cérébraux liés aux infections générales : telles les collections métastatiques de la pyohémie; tels aussi ces abcès observés chez des malades atteints d'affections thoraciques, de gangrène pulmonaire, de pneumonie, de vieilles bronchiectasies, d'empyème pleural ; la collection n'est jamais unique, et cette multiplicité des foyers est une contre-indication sans appel : Bergmann (1) l'a discuté et établi. Chez un enfant qui présenta des symptômes fébriles tour à tour attribués à une scarlatine et à une dothiénentérie, Terrillon (2) a ouvert par le trépan un abcès cérébral: l'enfant était aphasique, frappé de monoplégie brachiale, et montrait au niveau de la fosse temporale une tuméfaction fluctuante. L'incision de l'abcès extérieur étant demeurée sans effet, Terrillon enleva une couronne osseuse, d'ailleurs dépériostée par l'inflammation, vers la partie inférieure de la frontale ascendante ; la dure-mère épaissie, tomenteuse, violacée, fut raclée; à la troisième ponction avec l'aiguille Dieulafoy, on donna issue à une cuillerée de pus verdâtre et crémeux, et l'incision de l'abcès fut complétée par le bistouri conduit sur l'aiguille : la cavité fut nettoyée avec des tampons d'ouate portés sur des pinces. En dépit de la rétrocession des phénomènes paralytiques, l'enfant succomba au cinquième jour. — Les abcès tuberculeux échappent encore à notre action opératoire; leur multiplicité est la règle, et les cas de Wernicke et Hahn (3), de Frænkel (4), demeurent l'exception : c'étaient de vrais abcès que ces opérateurs ont évacué, et leur qualité tuberculeuse n'a été démontrée que par l'étude de la membrane et la coloration bacillaire.

Les abcès consécutifs à une suppuration des os du crâne, surtout ceux qui se rattachent à l'otite moyenne, constituent l'espèce chirurgicale la plus intéressante. Au cours d'une ostéomyélite crânienne, d'un néoplasme perforant et ulcéré de la voûte, d'une affection suppurée des cavités nasale ou orbitaire, des abcès profonds peuvent se collecter dans le cerveau, parfois indépendants et sans intermédiaire avec le foyer dont ils dérivent : il y a là un point pratique à retenir. Bergmann a trouvé, dans deux cas de tuberculose perforante de la voûte, une collection purulente cérébrale sous-jacente : malheureusement, comme il l'observe, le siège trop fréquent de ces foyers secondaires en des régions indifférentes du cerveau, front ou occiput, fait qu'ils sont plutôt une découverte d'autopsie que d'opération. — Barker (5) estime que, cinquante fois sur cent, les abcès cérébraux sont liés à l'otite moyenne suppurée; Barr (6) renchérit et grossit encore ce coefficient étiologique.

Un malade atteint d'otorrhée ancienne, éprouve dans les environs de l'oreille une douleur fixe intolérable ; le soir, il frissonne et fait de la fièvre ; il s'assoupit et se déprime ; ces phénomènes coïncident avec une diminution de l'écoulement purulent. Il faut d'urgence examiner l'oreille au spéculum : on trouvera d'habitude le tympan crevé par la vieille suppuration; s'il est imperforé, s'il bombe, opaque et grisâtre, on l'incisera. Quand les accidents ne cèdent point à la myringotomie et au nettoyage antiseptique de l'oreille moyenne, il y a lieu de trépaner la mastoïde, suivant les règles classiques, et d'assurer le drainage. Il n'est point inutile de prescrire en même temps le sulfate de quinine et l'aconit qui sont souvent venus à bout de névralgies rebelles chez les otorrhéiques. Devant la persistance des accidents, on soupçonnera un abcès du cerveau.

Il s'agit d'abord d'établir l'existence du pus, en foyer circonscrit et accessible : car il est inutile de trépaner un malade qui va mourir de méningite ou de thrombose des sinus. L'invasion brusque au cours d'une otite aiguë, la fièvre vive, la névrite optique, le cri encéphalique, l'aggravation rapide, l'opisthotonos céphalique, suffiront à écarter le bistouri des méningitiques. De même, l'induration douloureuse des ganglions fera craindre une thrombose des sinus : et, encore, cette complication n'a pas retenu quelques opérateurs étrangers, comme Salzer (1), Lane (2), Ballance (3), qui, après trépanation mastoïdienne, trouvant une collection purulente, ont, avec succès, lié la jugulaire interne au-dessous du thrombus, enlevé le magma purulent, lavé et drainé.

Bergmann catégorise suivant trois ordres les symptômes de l'abcès cérébral : ceux qui se rapportent à la suppuration ; ceux qui résultent de l'excès de pression intra-crânienne ; ceux qui se rattachent aux localisations cérébrales. Or, pour les abcès d'origine auriculaire qui siègent hors de la zone motrice, les symptômes localisés restent muets : si, dans le cas de Wernicke, l'hémianopsie a guidé le trépan de Hahn vers le lobe occipital, si Schede (4) a tenu compte de la cécité verbale pour diagnostiquer un abcès du lobe temporal, ce ne sont là que des renseignements exceptionnels et insuffisants. Il est rare qu'un abcès du lobe temporal étende ses symptômes à l'aire motrice; cependant Mac Ewen (5) a trépané un abcès temporo-sphénoïdal qui avait déterminé de l'aphasie, de la paralysie de la troisième paire, des muscles du bras et de la face ; l'opéré de Tuffier (6) présentait aussi des symptômes dans la zone motrice. Le lobe temporal étant le centre de l'ouïe, on a pensé utiliser cette donnée, et, dans le cas d'otite unilatérale, pouvoir tirer quelque conclusion d'une surdité siégeant du côté opposé. Faible indice, ainsi que l'ont objecté Bergmann et Broca : la bilatéralité de l'otite est fréquente, deux fois sur trois, nous dit Barr ; et, partant, la surdité bilatérale en dehors de tout abcès cérébral s'observe dans la même proportion. L'aphasie fournit une plus sûre indication : dans le cas de Horsley et Ferrier (7) elle permit de conclure à un abcès siégeant dans le tiers antérieur du lobe temporal et comprimant la scissure de Sylvius : ce que la trépanation confirma. Chez l'opéré de Jordan Lloyd (8) qui était moribond au moment de l'intervention, elle était le seul symptôme de localisation; nous la retrouverons mentionnée chez les opérés de Schede, de Barker, de Greenfield.

Restent les signes de suppuration et d'hypertension intra-crânienne : mais combien encore ils sont insignifiants et variables! dit Bergmann. L'hyperthermie

(1) Von Bergmann, *Die chirurgische Behandlung der Hirnkrankheiten. Archiv. für klin. Chir.*, t. XXXVI, p. 764-65.
(2) Terrillon, *Communication à la Société de Chirurgie*, 3 juillet 1889.
(3) Wernicke et Hahn, *Idiopathischer Abscess des Occipitallappens durch Trepanation entleert. — Virchow's Archiv*, Bd. LXXXVII, p. 335.
(4) A. Frænkel. *Uber den tuberculosen Hirnabscess. Deutsche med. Wochenschrift*, 1887, n° 18.
(5) Barker, *Proc. Roy. med. and surg. society*, 1885, 48, p. 347.
(6) Barr, *British med. journ.*, 1887, vol. I, p. 723.

(1) Salzer, *Société impér. et royale des médecins de Vienne*, juin 1890 (Voy. *Mercredi*, n° 25, p. 307).
(2) Lane, *British med. journal*, mai 1889 et 28 juin 1890. (Voy. *Mercredi*, n° 28, p. 344).
(3) Ballance, *Société méd. de Londres*, 31 mars 1890 (Voy. *Mercredi*, p. 168).
(4) Schede. *In* Truckenbrodt, *Zeitschrift für Ohrenheilkunde*, 1886, Bd. XV, p. 186.
(5) Macewen, *British med. journ.*, 11 août 1888.
(6) Tuffier, *Société de Chirurgie*, juillet 1889.
(7) Ferrier et Horsley, *Lancet*, 10 mars 1888.
(8) Jordan Lloyd, *British med. journal*, 20 avril 1889.

vespérale, la céphalalgie fixe prolongée, ne sont pas des symptômes constants et décisifs : on signale le ralentissement du pouls, mais la veille de l'opération le malade de Greenfield (1) battait 112 pulsations; on mentionne l'inégalité pupillaire, mais tandis que l'opéré de Barker (2) avait la pupille rétrécie du côté de l'otite, celui de Greenfield la présentait dilatée; on parle de stase papillaire, « Staungspapille », mais Barker et Greenfield ont été seuls à l'observer. Parfois, on insiste sur la présence d'un point douloureux, dont la position concorde avec l'abcès temporal présumé : mais Horsley et Ferrier ne croient point à la valeur de ce signe, car il peut exister à une grande distance de la lésion. Ainsi, Hulke cite un cas d'abcès du cervelet dans lequel le point douloureux était juste au-dessus du conduit auditif; dans un autre cas, la douleur était à l'occiput, et l'abcès dans le lobe temporo-sphénoïdal.

Il en faut conclure, avec Bergmann, que ce n'est pas l'existence de tel ou tel de ces symptômes qui permettra au chirurgien d'affirmer la présence d'un foyer dans le cerveau, mais bien leur ensemble et leur combinaison. Au surplus, l'anatomie pathologique vient ici au secours des localisations cérébrales en défaut : elle nous montre que la zone des abcès auriculaires est une région constante. Hormis de rares exceptions, leur domicile habituel est, ainsi que l'a formulé Bergmann, le lobe temporal ou un hémisphère cérébelleux. Barr a réuni 76 cas d'abcès d'origine auriculaire comprenant 55 abcès temporaux, 13 cérébelleux, 4 occupant les deux sièges à la fois, 2 situés dans la protubérance et 1 dans le pédoncule : et, dans tous ces cas, l'abcès occupe le côté correspondant à l'oreille malade. Voici encore quelques considérations pratiques qu'a développées Bergmann : les lésions de la face supérieure du rocher entraînent plus souvent un abcès temporal; l'empyème des cellules mastoïdiennes détermine de préférence la suppuration de la fosse inférieure du crâne et des hémisphères cérébelleux; et encore l'observation récente de Milligan et Hare (3) montre l'inconstance de cette règle. Chez l'enfant l'abcès temporal est plus fréquent; chez l'adulte, l'abcès cérébelleux devient dominant.

Il s'ensuit donc que, pour le chirurgien, lorsque l'existence d'un foyer lié à l'otite est établie, son siège est déterminé; ce n'est qu'un diagnostic de probabilité, mais il faut s'en tenir satisfait : on trépane au lieu d'élection, c'est-à-dire de fréquence maxima. Ou bien, il faut des symptômes bien décisifs pour que l'opérateur s'éloigne de cette zone habituelle : si Tuffier (4) a appliqué sa couronne de trépan dans la région de la frontale ascendante, c'est que son opéré, porteur d'un orifice fistuleux au niveau de la mastoïde droite, présentait une monoplégie brachiale gauche et une légère parésie de la jambe du même côté; si Bergmann (5), opérant un jeune malade de Trautmann atteint d'otite droite, a ouvert l'occipital vers l'angle de la suture lambdoïde, c'est qu'il y avait à ce niveau un point fluctuant qu'on incisa, et sous lequel l'os apparut rugueux. Il est manifeste encore que s'il persiste quelque part, et surtout au voisinage de la mastoïde, une fistule, on trépanera à ce niveau, et on se guidera sur le trajet intra-osseux : ainsi ont opéré Schœndorff (6) qui est arrivé sur le pus en élargissant à la cuiller et à la mèche le canal fistuleux, et Ceci (7) qui l'a agrandi au ciseau.

(1) Greenfield, *Brit. med. journ.*, 12 févr. 1887, p. 317.
(2) Barker, *The British med. journ.*, 11 déc. 1886.
(3) Milligan et are, *Abcess of the cerebellum following chronic otitis media.* (*British med. Journ.*, p. 231, 1890.) (Voy. *Mercredi*, n° 6, p. 62).
(4) Tuffier, *Loco citato.*
(5) Von Bergmann, *Loco citato*, p. 806, 807.
(6) Schœndorff, *Archives de Langenbeck.* Bd. XXXI, p. 316.
(7) Ceci, *Ascesso intercranico. — Clin. chir. della Università di Genova*, 1886.

En pareil cas, il y a lieu de les imiter et de suivre le chemin frayé par le pus : d'autant que ces trajets succèdent le plus souvent à une trépanation de la mastoïde, restée sans effet suffisant, et qu'il ne s'agit que d'approfondir l'intervention.

A part ces indications exceptionnelles, le trépan ne doit point sortir de l'aire habituelle des abcès. Macewen propose une première ouverture à 6 centimètres au-dessus du méat, et une contre-ouverture déclive ; mais Bergmann lui objecte que l'ouverture simple assure un drainage suffisant. Wheeler ouvre le crâne à la hauteur du méat auditif, en avant de la verticale qui divise en deux parties égales la mastoïde ; Hare le perfore au-dessus du conduit auditif ; Bergmann place son trou de trépan un peu en avant et au-dessus de l'angle postéro-inférieur du pariétal : sur une ligne allant du méat auditif à la protubérance occipitale externe, il mène, à 4 centimètres en arrière du méat, une perpendiculaire de 4 ou 5 centimètres, et place la couronne à son extrémité. Barker localise la région de ces abcès en un cercle de trois quarts de pouce de rayon, dont le centre serait à un pouce et demi en haut et en arrière du méat auditif. Chauvel propose, pour découvrir et ouvrir le lobe temporal, le procédé suivant : mener une ligne horizontale qui, partant de la commissure palpébrale externe, rase le bord supérieur du pavillon de l'oreille ; deux lignes verticales sont élevées l'une devant l'autre derrière le pavillon ; placée à égale distance de ces deux verticales, avec son centre sur la ligne sus-auriculaire, la couronne perfore le crâne dans une partie mince de l'écaille temporale, en arrière de la division de la méningée.

En réalité, quand on expérimente ces divers tracés, on voit qu'ils ne sont point notablement divergents ; ce sont, en somme, des zones « subintrantes » ou très voisines qui ne s'éloignent pas de l'aire mastoïdienne ou des portions très contiguës du temporal squameux et de l'encoignure pariétale. Le chirurgien doit conserver assez de « latitude » pour faire dévier un peu son trépan, suivant qu'il doit ouvrir une collection temporale ou cérébelleuse. C'est ainsi qu'il se portera plus en avant, choisira les repères de Barker, de Chauvel, si les troubles aphasiques lui révèlent un abcès siégeant à la partie antérieure du lobe temporo-sphénoïdal et une compression de la circonvolution de Broca ; il avancera et élèvera encore sa couronne de trépan, si les symptômes se sont étendus au territoire psychomoteur : nous avons cité l'exemple de Tuffier ; plus récemment, Sænger et Sick (1) ont enlevé, au niveau de l'écaille temporale et de l'angle antéro-inférieur du pariétal, un morceau osseux de 6 centimètres sur 5, pour ouvrir un abcès d'origine auriculaire qui avait déterminé de l'aphasie et de la parésie de la face et du membre supérieur droit. — Au contraire, si la souffrance du cervelet se révèle, ainsi que Bergmann l'a observé, par une céphalalgie occipitale, des vomissements intenses, des vertiges, de l'hésitation dans la marche, l'opérateur reculera son trépan vers la partie postérieure de la mastoïde, vers l'occipital. Dans les cas douteux, Barker recommande de mettre à nu le trou mastoïdien : si on voit une gouttelette de pus autour de la veinule qui sort de ce trou, ou sous le périoste, c'est que l'inflammation s'est propagée à l'étage postérieur de la base, et qu'il s'agit d'un abcès cérébelleux. Au surplus, quoi qu'en ait dit Bergmann qui redoute fort la hernie du cerveau, on a le loisir d'ouvrir largement le crâne, à l'imitation d'Horsley et Keen, surtout si l'on s'éloigne de la fosse cérébelleuse, bornée de périlleux sinus.

La couronne osseuse une fois enlevée, il peut arriver

(1) Sænger et Sick, *Aphasie durch Gehirnabscess. Trepanation, Heilung. Deutsche med. Wochenschrift*, n° 10, p. 186, 1890.

que l'on voie s'écouler le pus: il s'agit alors d'une collection purulente entre la dure-mère et le crâne : cela est arrivé à Schœndorff, à Bergmann qui a ouvert au niveau du sinus longitudinal une collection sus-dure-mérienne d'origine auriculaire, à Lane (1), qui a évacué récemment deux abcès extra-dure-mériens, gratté la méninge et la membrane pyogénique qui la recouvrait. Ne savons-nous pas que ces fusées sous la dure-mère décollée sont une des voies de propagation de l'inflammation, et Rothholz (2) n'a-t-il point trouvé, dans un cas d'abcès cérébelleux lié à une otite, toute « une chaîne de suppuration » allant de la cavité tympanique vers l'arrière-fosse du crâne, en suivant le facial ? — Dans la majorité des cas, l'abcès est profond, sous-méningé, intra-cérébral : avant d'aller plus loin on examinera la dure-mère : elle est parfois fongueuse ; le signe de Roser-Braun est à consulter; Greenfield, Bergmann, Ferrier et Horsley ont trouvé la dure-mère immobile et sans pulsations; c'est, en somme, un bon indice de l'abcès sous-jacent.

Reste à chercher l'abcès profond : c'est avec l'aiguille tubulée de Pravaz ou un trocart fin de Dieulafoy que l'on fera cette exploration. Il ne faut point redouter ces ponctions; on les orientera en divers sens; Spitzka en a démontré l'innocuité : ayant trépané un malade pour un abcès cérébral supposé, il fit trois ponctions qui restèrent sans résultat; trois mois après, à l'autopsie, Spitzka ne put découvrir aucune trace du passage des aiguilles. Lorsque le pus a été découvert, le trocart sert de guide au bistouri pour le débridement : Barker s'est servi de pinces, introduites fermées puis écartées, pour agrandir l'incision; c'est un procédé moins hémorrhagique. La cavité sera lavée avec une solution peu offensive pour les éléments nerveux : un drain de caoutchouc sera poussé dans la cavité et restera à demeure jusqu'à ce que l'écoulement soit tari. C'est là une prescription formelle : Barker, par exemple, veut supprimer dès le neuvième jour le drain; aussitôt la température s'élève et l'état général s'altère; on remet le drain que l'on supprime sans danger sept jours plus tard; Horsley l'a enlevé le treizième jour, Greenfield le dix-huitième.

C'est là une intervention toujours grave; mais elle l'est d'autant plus, comme l'observe Bergmann, qu'on la retarde trop. Avec l'antisepsie et les progrès de la technique, nous avons le devoir de devancer la période où le diagnostic devient indubitable, mais où la gravité des symptômes frappe d'impuissance notre trépanation : Bergmann n'a-t-il point opéré un malade en plein coma, avec un pouls à peine sensible, et une respiration si défaillante qu'il fallut pratiquer la respiration artificielle? Ce malade a succombé, c'était à prévoir. Et cependant Macewen a trépané au trentième jour un enfant très déprimé, somnolent, atteint de parésie faciale et de ptosis; six semaines après, il sortait guéri. Avec une intervention précoce, on verra se multiplier les succès : Schede, Schœndorff, Barker, Greenfield, Bergmann, Horsley, Mac Ewen, Lloyd, Sænger et Sick ont guéri leurs opérés; en 1887, au congrès de l'Association médicale britannique, Pratt disait avoir sauvé par le trépan six opérés sur huit et Wheeler quatorze sur seize.

P. Reclus et E. Forgue.

---

(1) Arbuthnot Lane, *Two cases of subdural Abcess.* (*Brit. Med. Journ.*, p. 1301, juin 1890.)

(2) Rothholz, *Zeitschrift für Ohrenheilkunde*, 1883, Bd XIV, p. 184.

TRAVAUX ORIGINAUX

De l'homme tétanifère.

Par M. le Prof. Verneuil.

L'étude du bacille de Nicolaïer et de ses toxines d'une part, et la recherche d'un vaccin ou d'un remède antitétanique de l'autre, absorbent tellement à l'heure présente l'activité des travailleurs que la partie clinique est pour le moins fort négligée et que les bonnes observations restent toujours rares.

Je suis le premier à reconnaître que les expérimentateurs ont, en fort peu de temps, fait faire à la question un pas immense, mais je crois que le rôle des cliniciens n'est point fini, et que pour arriver à une connaissance complète du tétanos, il faudra longtemps encore associer les travaux de laboratoire à l'observation minutieuse des malades. J'espère que les deux observations qu'on va lire, prises récemment dans mes salles et simultanément soumises au contrôle de la microbiologie, montreront quel appui se prêtent les deux grandes méthodes et quel parti on peut tirer de leur combinaison.

Et d'ailleurs, trouvât-on un vaccin ou un spécifique, que la tâche du médecin ne serait pas terminée; en effet le tétanos est relativement si rare, qu'on ne songera jamais à vacciner préventivement contre lui, comme on le fait pour la variole. Quant au remède, fût-il réellement puissant, tout porte à croire qu'il échouerait parfois, étant donnés les cas où l'infection foudroyante indique l'extrême activité du poison et ceux où le spécifique serait, par force majeure, administré trop tard ou dans des conditions individuelles détestables.

C'est pourquoi, tout en accueillant avec reconnaissance les moyens de guérir, quand ils seront découverts, nous devons chercher avec plus d'ardeur peut-être les moyens de prévenir le mal : marche qui a d'ailleurs si bien réussi pour la septicémie, l'érysipèle et la pyohémie, lesquels ont presque disparu sans qu'on ait à proprement parler découvert l'agent microbicide spécial à leur opposer. Or, la prophylaxie ne se fait qu'avec une connaissance profonde de l'étiologie et de la pathogénie, qui s'acquiert surtout par l'observation des malades.

Que mes collaborateurs si nombreux et si dévoués continuent donc à m'aider soit en publiant directement, soit en m'adressant des faits soigneusement recueillis, et, avec le concours assuré des bactériologistes, nous arriverons pour le moins, connaissant l'ennemi, à élever entre nous et lui un rempart protecteur.

Et maintenant, rentrons dans le sujet,

A priori, l'homme, comme la terre, le cheval, leurs produits et les objets infectés par ces produits, peut être tétanifère en gardant les apparences de la santé, puis à un moment donné devenir tétanigène pour son semblable aussi bien d'ailleurs que pour lui-même.

En effet, on ne voit pas pourquoi cet homme, en contact avec divers corps : terre cultivée, poussière de foin, cheval et ses excrétions, harnais, voitures et toutes choses équines chargés de virus tétanique, ne recélerait pas celui-ci à son tour.

« En y réfléchissant, disent MM. Cornil et Babès, on voit combien sont multiples les occasions de contamination par la terre: les mains des cultivateurs, jardiniers, garçons d'écurie, palefreniers, cavaliers, en sont tachées et contaminées une partie du jour s'ils n'ont pas des soins absolus de propreté. Un blessé ou la première personne qui touche une plaie, peut y porter des fragments de terre. On comprend même à la rigueur qu'une plaie par arme à feu puisse donner le tétanos quand le projectile a traversé des vêtements souillés eux-mêmes par la terre, comme

cela arrive toujours aux soldats en campagne qui couchent sur le sol et qui ont de la boue à leurs vêtements. »

Si on est en droit, comme je le pense, d'appliquer au cheval et à ses annexes, si souvent tétanifères, ce qui vient d'être dit de la terre et de ses produits, on admettra que chez les gens, et ils sont nombreux, exposés au contact permanent avec les équins et les choses équines, fréquente doit être la contamination de la peau, des mains, des pieds, et aussi des vêtements imprégnés si souvent de l'odeur pénétrante et tenace de l'écurie et du fumier. Et si on conclut également du cheval à l'homme, on ne regardera pas comme impossible l'infection des sécrétions et excrétions de ce dernier.

Examinons jusqu'à quel point les faits légitiment ces hypothèses.

La propriété tétanigène de la salive équine est démontrée par les cas de tétanos développé chez l'homme à la suite des morsures de cheval. M. Capitan a prouvé que la salive tétanifère du lapin inoculée à ce même animal pouvait le rendre tétanique. Qui donc empêcherait la salive humaine, tétanifère à l'occasion, d'être tétanigène pour un autre homme et même pour celui qui la porte en sa bouche sans s'en douter? On s'expliquerait alors le fait malheureusement bien sommaire qu'a bien voulu me communiquer M. le Dr Fouqué, de Vannes.

« Il y a 8 ou 10 ans, m'écrivait cet honorable confrère, j'ai vu dans ma clientèle civile un débitant de boissons probablement alcoolique qui mourut de tétanos à la suite d'une morsure profonde faite à l'annulaire gauche par un autre homme. (*Revue de chirurgie*, 1889, Obs. CCLXIII.)

On comprendrait encore comment le tétanos humain a pu se montrer assez souvent après la carie et l'extraction des dents, les amygdalites, une morsure de la langue (Jobert, *Dict. encycl.*, art. *Tétanos*, p. 722), une blessure de la gorge par arête de poisson (Larrey, *même article*, p. 725), c'est-à-dire après des plaies qui doivent être bien difficilement souillées directement par la terre, le fumier, le cheval, etc.

En regard des cas de tétanos survenus chez un cheval atteint de fièvre typhoïde (Domayron) et chez un autre après une entérite catarrhale (Chicoli, de Palerme), on peut placer la mention faite par mon ami Morvan d'une couturière qui, arrivée au déclin d'une fièvre typhoïde, fut atteinte de tétanos rapidement mortel (1).

Quelques auteurs ont rangé les affections vermineuses parmi les causes du tétanos; mais sans doute faute d'observations concluantes l'hypothèse n'a pas fait fortune. Elle deviendrait pourtant fort acceptable si les matières fécales humaines étaient trouvées parfois tétanifères.

Voici une observation qui m'a donné à réfléchir. Il y a quelques mois, à Biarritz, je recueillis trois échantillons de terre qui, d'après les points où je les prenais, ne me paraissaient guère capables d'être tétanifères. Pour deux d'entre eux, en effet, l'inoculation faite par M. Sanchez Toledo resta négative; mais il en fut autrement dans le troisième, qui donna le tétanos à un lapin, puis de ce lapin à un rat. Or, j'avais pris cet échantillon au bas de la façade de l'hôtel d'Angleterre. sur un petit rocher en forme d'île reliée à une sorte de boulevard par un pont suspendu d'une vingtaine de mètres de long, sur lequel les promeneurs seuls passaient. Le rocher était à son sommet recouvert de terre, d'herbe et d'arbrisseaux. Je recueillis la terre sur un petit mamelon haut de 2 mètres environ; les piétons ne le foulaient pas, mais déposaient à sa base des déjections alvines, alors séchées par le soleil et adhérentes, mais qui en cas de vent auraient bien pu mêler leurs débris à la poussière du sol et les déposer sur un niveau plus élevé.

En attendant que des recherches directes nous disent si les fèces de l'homme peuvent être quelquefois tétanifères, on peut croire que le cas est rare, d'abord parce que nous ne mangeons ni foin, ni paille, ni avoine infectés, parce que les légumes qui pourraient l'être: salades, radis, carottes, navets, pommes de terre, poussant dans le terreau ou la terre fumée, ne sont mangés qu'après lavage ou cuisson; et enfin parce que, malgré leur fréquence, les opérations sanglantes pratiquées sur l'anus sont, autant que je sache, fort rarement compliquées de tétanos.

Pour en finir avec les sécrétions et excrétions humaines, et avec le rôle qu'elles peuvent jouer dans la pathogénie du tétanos (en exceptant la sueur, sur laquelle nous reviendrons), il semble qu'elles ne peuvent être tétanifères qu'autant qu'elles ont été infectées par les ingesta et qu'en conséquence celles qui ne sont point en contact avec l'extérieur ne sauraient jamais l'être.

S'il en est ainsi, le sperme, le lait, l'urine ne se chargeraient point de virus tétanique.

Je n'ai rien à dire du sperme; mais j'ai lu je ne sais où qu'une nourrice ayant été atteinte de tétanos, on s'assura que son lait n'avait pas de quatité nocive.

D'autre part, l'urine serait également innocente, si l'on en juge par l'extraordinaire rareté du tétanos après les opérations et blessures de l'appareil urinaire. Cette quasi immunité m'avait frappé déjà; mais j'en ai été convaincu bien plus encore quand, après m'être adressé directement au professeur Guyon, j'ai reçu de mon éminent collègue et ami la lettre suivante :

« Je suis entré à Necker en juillet 1867. J'ai fait depuis tout ce qu'on peut faire sur les appareils urinaires et je puis compter mes opérations par centaines. Or, après les actes chirurgicaux les plus compliqués et les plus douloureux, après les accidents les plus graves d'intoxication urineuse, je n'ai jamais rien vu qui ressemblât de près ou de loin au tétanos. J'ajoute que les recherches bactériologiques que notre ami commun Clado a inaugurées et qui se sont multipliées à l'infini dans mon laboratoire n'ont jamais montré parmi les nombreux microbes de l'urine rien de pareil au bacille de Nicolaïer. Vos prévisions sont donc entièrement justifiées par ma pratique.

« Il n'est pas sans intérêt de remarquer que jusqu'au mois d'avril dernier mon service s'est composé de deux salles de chirurgie générale et d'une salle pour les maladies des voies urinaires. Or le tétanos s'est montré parfois dans les deux premières, jamais dans la troisième. » (2 novembre 1890.) (1).

Mais j'ai hâte de sortir de la quasi-hypothèse pour présenter des faits établissant enfin que l'homme peut être tétanifère par sa surface extérieure et par les objets appliqués sur elle. J'ai déjà admis et j'admets plus que jamais qu'un chirurgien qui vient de soigner un tétanique peut communiquer la maladie à un autre blessé (plusieurs médecins m'ont fait à cet égard leur *mea culpa*) comme je n'hésite point à croire que jadis j'ai moi-même, hélas! transmis plus d'une fois l'érysipèle, la septicémie et la pyohémie.

(1) Dans son intéressant travail sur le tétanos traumatique survenu dans le cours d'une fièvre typhoïde (*Arch. de méd. et de pharm. milit.*, juin 1890, p. 464), M. le Dr Belhomme rapporte deux cas où le tétanos et la fièvre typhoïde se sont associés, fait curieux prouvant simplement que les deux maladies microbiennes ne sont pas incompatibles, mais ne rentrant pas dans le cadre de la présente étude, la fièvre typhoïde n'ayant point ici ouvert la porte au tétanos.

(1) J'ai publié dans la *Revue de chirurgie* la note suivante, d'après M. Boris qui ne donne pas d'indication bibliographique : « Enfant de 14 ans, taille périnéale sans antisepsie (elle était alors inconnue), mort de tétanos dans la quinzaine qui suit. » Clot-Bey aurait également observé le tétanos après la taille.

Ces mentions sont trop concises pour qu'on puisse rien conclure en ce qui concerne l'origine de l'infection, venant peut-être du chirurgien, de l'hôpital, des instruments ou de la peau du patient.

J'admets aussi qu'une personne quelconque, mais surtout un médecin, dont les mains ont été en contact avec un cheval non tétanique mais simplement tétanifère, peut infecter la blessure de son semblable, comme dans les cas que j'ai cités (*Académie de médecine* et *Revue de Chirurgie*) et dans cet autre qu'a récemment rapporté M. le Dr Pichevin dans la *Médecine Moderne* (6 novembre 1890).

J'admets enfin qu'un homme ainsi devenu tétanifère n'est pas dangereux seulement pour ceux qu'il approche, mais peut se donner à lui-même le tétanos par auto-inoculation, soit en se blessant en un point où la peau est imprégnée de virus (région palmaire ou plantaire), soit en touchant avec ses mains impures une blessure siégeant en quelque point du corps que ce soit.

Voyons maintenant les faits :

M. le Dr Joly, de Neufchâtel (Seine-Inférieure), m'adresse la note suivante :

Caron, maréchal ferrant, 40 ans. Le 29 juillet 1885, médius gauche broyé dans l'engrenage d'une machine à percer le fer. L'amputation partielle du doigt, pratiquée le jour même, n'empêche pas le tétanos de se développer dans le délai ordinaire à la fin du 6e jour.

Il est presque impossible de ne pas admettre dans le cas présent la souillure de la peau du doigt due au contact avec un cheval tétanifère et antérieure à la blessure. En effet, la machine à percer le fer n'était vraisemblablement pas tétanifère. D'autre part, la plaie contuse n'a certainement été inoculée ni par le cheval, ni par la terre pendant les quelques heures écoulées entre sa production et sa suppression par amputation. Enfin, l'inoculation a certainement eu lieu au moment même de la blessure, puisque le tétanos a éclaté comme de coutume après six jours pleins (1).

L'observation suivante montre avec quel soin il faut dans certains cas rechercher le virus, le point par où il a pénétré dans l'économie, et le mécanisme de cette pénétration.

J. V.... 23 ans, charretier, alcoolique, bonne constitution, entre à l'Hôtel-Dieu le 13 juin 1890 pour une lésion traumatique du pied gauche.

Le 5, ayant déjà au gros orteil une légère plaie causée par un clou de sa chaussure, il est blessé de nouveau par le passage d'une roue de voiture sur la pointe du pied.

Lorsque nous le voyons le 13, huit jours après l'accident, nous constatons l'existence à la face plantaire de l'orteil d'un abcès superficiel mais assez étendu ; douleur légère; ni lymphangite ni adénite, point de fièvre. On nettoie le pied, on incise l'abcès et on panse au sublimé.

Le 15 au matin, sans cause appréciable, trismus; le 16, raideur du cou, opisthotonos ; température 36° 6.

Le 17, dysphagie, contracture légère de la paroi abdominale, quelques crises douloureuses, 37° 6.

Le 18, aggravation manifeste. Crises plus fréquentes et plus fortes; la température dépasse 38°.

Le 19, embarras de la respiration ; mucosités bronchiques; signes d'asphyxie ; pouls très fréquent, température 39° 4.

Mort dans la matinée du 20 avec 42° de température.

Autopsie interdite.

Il est superflu de dire qu'aussitôt le trismus reconnu, on institua un traitement très actif: localement, lotions fréquentes et pansement avec le sublimé; isolement, obscurité, silence; enveloppement et immobilisation dans le coton; à l'intérieur, chloral à haute dose, injections de morphine, une légère amélioration constatée le 17 ne continua pas et la mort survint 5 jours après le début des accidents.

(1) Je ferai remarquer que l'amputation, bien que presque immédiate, n'a pas empêché le développement du tétanos, contrairement à l'espoir qu'on fonde sur la suppression rapide du foyer virulent. A la vérité, on pourrait expliquer cet insuccès en admettant que la peau infectée au niveau de la plaie contuse, l'était également un peu plus haut, c'est-à-dire à l'endroit de l'amputation et qu'ainsi la plaie opératoire a pu être infectée à son tour.

A défaut d'autopsie, je relaterai le résultat très curieux de l'examen bactériologique de l'orteil blessé, fait dans le laboratoire du professeur Straus par M. Sanchez Toledo, qui a bien voulu me remettre la note suivante :

« Le 18 juin, le malade vivant encore, on inocule un lapin à la base de la queue avec la sérosité et le produit du raclage de la plaie provenant de l'ouverture de l'abcès du gros orteil. L'inoculation reste négative; l'animal est en parfaite santé six semaines après; d'autres inoculations faites huit jours plus tard avec des fragments pris sur le même orteil, six jours après la mort, ne provoquent pas davantage le tétanos.

En revanche, M. Sanchez Toledo a l'idée d'insérer sous la peau d'un lapin l'ongle de cet orteil à moitié décollé, sale et plein de détritus poussiéreux. Cette fois on voit au 5e jour se développer un tétanos typique. L'examen bactériologique et microscopique, les cultures et de nouvelles inoculations confirment l'existence du bacille de Nicolaïer dans la plaie où l'ongle avait été inséré. »

Il y a ici plusieurs questions à résoudre : d'abord l'origine du virus. On ne peut songer, bien entendu, à une contagion directe par le cheval ni par la terre; j'écarterai de même l'un des agents vulnérants, c'est-à-dire la roue de voiture qui, n'ayant point entamé l'empeigne du soulier, n'a pas eu de contact immédiat avec l'orteil. Le blessé étant charretier, ses chaussures en contact continuel avec des matières souvent tétanifères : fumier, sol de l'écurie, excréments équins, etc., pouvaient certes bien être tétanifères à leur tour, et tétanifères aussi les clous qui faisaient saillie à leur intérieur. Mais la peau des pieds, en contact habituel avec ces chaussures infectées, pouvait à coup sûr leur emprunter le virus et le garder à l'état latent dans ses plis, en particulier dans les sillons péri- et sous-unguéaux (1), en un mot être tétanifère aussi.

D'où deux hypothèses pathogéniques :

1° Blessure de la peau saine par le clou virulent ou inoculation de cette blessure par la chaussure infectée, c'est-à-dire *hétéro-inoculation*.

2° Blessure de la peau tétanifère par un agent vulnérant inerte, c'est-à-dire *auto-inoculation*.

La solution serait assez facile s'il n'y avait eu qu'une plaie; mais on en compte deux, différant par leur siège, leur nature, leur époque. La première en date porte sur la face plantaire du gros orteil : elle est légère, car le blessé continue à marcher ; la seconde, survenue quelques jours après, atteint la face dorsale de la phalange unguéale ; elle est également minime. Le malade entre à l'hôpital non à cause d'elle, mais pour un abcès plantaire consécutif évidemment à la piqûre du clou.

Cet abcès est ouvert par une simple incision, sans lavage spécial du foyer; l'ouverture est recouverte d'un pansement simple au sublimé. Le tétanos éclate deux jours après cette ouverture, soit dix jours après le trauma unguéal, second en date.

Mais par laquelle des deux blessures le virus s'est-il introduit ? C'est ici que les recherches bactériologiques interviennent pour éclairer ce point fort douteux.

Le produit du raclage de la plaie plantaire fait le 18, en pleine période de tétanos, puis plus tard encore après la mort, ne montra point de bacille de Nicolaïer et ne donna que des cultures stériles. Les inoculations pratiquées avec le même produit et avec des parcelles de peau de l'orteil ne provoquèrent pas davantage le tétanos; donc la plaie plantaire ne saurait être accusée. A la vérité, cette plaie a été pansée avec le sublimé, qui paraît avoir une action parasiticide évidente sur le bacille tétanique ;

(1) On sait quelle juste importance on attache en chirurgie antiseptique au nettoyage rigoureux et minutieux des ongles des opérateurs.

Mais le pansement a été superficiel et n'aurait guère pu stériliser les parois assez étendues de l'abcès.

En revanche l'inoculation semble avoir eu lieu par l'autre plaie résultant du décollement partiel de l'ongle. Je conviens qu'on n'en a pas fait l'examen direct; mais l'ongle détaché et inséré sous la peau a fait naître un tétanos typique et dans le foyer d'inoculation on a trouvé cette fois le virus réinoculable. Or, si l'ongle était virulent, il est permis de croire à la virulence de la plaie d'où il a été extrait et d'attribuer cette virulence à la crasse malpropre qui souillait l'ongle susdit avant son décollement. D'où cette conclusion, « que notre homme était tétanifère, qu'il portait son poison antérieurement, et l'aurait pu porter indéfiniment sans danger si la contusion de la phalange unguéale n'était venue ouvrir la porte à l'infection. »

J'accorde que l'exploration laisse encore une lacune et qu'il aurait fallu examiner le clou de la chaussure et l'intérieur de la chaussure elle-même pour savoir si l'un ou l'autre ou les deux à la fois n'étaient pas tétanifères.

Les observations qui suivent montreront toute l'importance de cette réserve.

Rovida Pietro, 11 ans, menuisier, s'enfonça, le 6 janvier, dans le talon droit, un petit clou de son soulier, qui fut aussitôt retiré par sa mère; on fit un pansement quelconque sur la plaie et le blessé continua son travail en portant le même soulier sans chaussette ni bandage. Il survint au point blessé une petite vésicule dont la rupture donna issue à une goutelette de pus. Le 15 janvier, symptômes tétaniques surtout marqués aux membres inférieurs. Mort le 18.

L'examen microscopique du derme voisin de la petite plaie ne donna aucun résultat; mais deux lapins auxquels on inocula des fragments de ce derme furent pris de tétanos mortel, et d'autres animaux inoculés en série avec le tissu provenant de la région inoculée présentèrent les mêmes phénomènes.

Recherchant le lieu et le moyen d'infection, les auteurs procédèrent de la façon suivante: Comme le sujet s'était blessé dans une scierie, et qu'il y avait encore passé une grande partie de la journée après la blessure, ils se crurent autorisés à inoculer la terre de cette scierie et en particulier de l'endroit où se trouvait le plus souvent le jeune garçon. Un lapin inoculé avec cette terre fut pris de tétanos mortel.

Quant au moyen d'infection, ils le trouvèrent dans le soulier du jeune blessé.

Ce soulier était percé au talon et à la pointe, permettant ainsi a la terre et à l'eau d'y pénétrer facilement.

A l'intérieur du soulier, au point en rapport avec la plaie et dans les parties voisines, se trouvait une couche de terre d'un millimètre d'épaisseur et de plusieurs centimètres de diamètre; dans les premiers jours on voyait encore un peu de sang au point correspondant au clou vulnérateur.

On fit avec cette terre des inoculations et des cultures et avec ces cultures des inoculations nouvelles; toutes furent tétanifères, et l'examen microscopique y démontra la présence du bacille de Nicolaïer (1).

Voici un second cas qui présente avec le premier de grandes analogies:

A..., 30 ans, constitution moyenne, bonne santé habituelle, factotum et comptable dans une maison de commerce, habite alternativement Paris et une commune de la banlieue. A la campagne, il va tous les jours à l'écurie, où il soigne un cheval et une vache; à la ville, il attelle et conduit le plus souvent la voiture; il est donc en rapport constant avec les animaux et le fumier.

Le 14 septembre, s'amusant à tirer des oiseaux par un temps humide, il se blesse au pied avec une carabine de petit calibre chargée de menu plomb. Le coup fait balle, traverse le cuir épais de l'empeigne et crée, au niveau de la face dorsale de l'articulation métatarso-phalangienne du 3e orteil droit, une plaie de 12 millimètres de diamètre, taillée comme à l'emporte-pièce, mais qui ne traverse pas le pied de part en part, aucune solution de continuité n'existant à la face plantaire.

L'hémorrhagie est minime, et les douleurs peu intenses n'empêchent pas le blessé de marcher encore quelque temps dans les champs pour regagner la maison.

Les jours suivants, il se soigne très imparfaitement et, malgré la défense de son médecin, M. le Dr Serpaggi, qui a bien voulu me donner des détails sur ce cas, ne garde pas le repos absolu.

Le 22, c'est-à-dire le 8e jour, le trismus se déclare. M. Serpaggi prescrit le chloral et la morphine, mais l'installation est si défectueuse à la campagne et les soins si insuffisants que le 25 il fait transporter en tapissière à Paris le blessé roulé dans des couvertures et couché sur des matelas. Le voyage dure près de 3 heures, fatigue beaucoup le malade, qu'on couche enfin à l'Hôtel-Dieu dans mes salles, où je viens le voir à 8 heures du soir.

En attendant mon arrivée, l'interne du service avait nettoyé le pied avec soin et appliqué un pansement à l'iodoforme. Le traitement du tétanos fut institué aussitôt, mais, malgré tous nos soins, sur lesquels je me propose de revenir dans un article spécial, la mort survint 30 heures après l'entrée du malade à l'hôpital.

A l'autopsie faite, et pour cause, très incomplètement, on constata l'intégrité de la rate, du foie et des reins. En revanche, les poumons présentaient les lésions suivantes:

Congestion intense et généralisée avec taches ecchymotiques à la surface et infiltrations sanguines limitées dans la profondeur. Les coupes laissent écouler une sérosité roussâtre et révèlent l'existence de nombreux petits abcès de la grosseur d'une tête d'épingle.

Il était fort intéressant de faire l'examen bactériologique de ces petits foyers et d'y rechercher, en particulier, les bacilles tétaniques. Sous ce rapport, le résultat fut négatif; on ne découvrit que des streptocoques sans mélange de pneumocoques. A la vérité, on ne trouvait pas dans ces poumons les lésions microscopiques ordinaires de la pneumonie, mais bien seulement une congestion intense et des abcès miliaires.

L'examen de la plaie fait après la mort a permis d'y reconnaître fort nettement des bacilles de Nicolaïer en petite quantité et mélangés à d'autres microbes.

Au point de vue clinique, ce fait ne présente rien de bien intéressant, mais il n'en est pas de même des origines et de la pathogénie. Je vais donc rechercher successivement l'agent, l'époque et le mécanisme de la contagion.

A... habite une maison où il y a un cheval qu'il soigne, qu'il attelle, qu'il conduit, et il se trouve en contact fréquent avec les harnais, la voiture, etc. L'origine équine directe ou indirecte pourrait donc être invoquée, mais, pour la démontrer, il aurait fallu constater que le cheval ou ses accessoires étaient tétanifères. Or ce point n'était pas établi expérimentalement, et l'eût-il été, on aurait encore mal compris la contagion au sens littéral du mot. En effet, la plaie du pied, une fois produite, n'avait jamais été en contact avec l'animal pas plus qu'avec les objets en rapport avec lui, puisque le blessé était resté dans sa chambre et presque toujours couché.

L'origine tellurique semble tout d'abord plus admissible. L'accident en effet avait eu lieu en plein champ; la blessure siégeait au pied, c'est-à-dire dans une région reposant sur le sol et qui le toucha même un certain temps, le blessé ayant regagné la maison à pied. Dans le trajet, la terre aurait donc pu souiller la plaie: mais là, surgissait une nouvelle difficulté, résultant de l'examen de la chaussure.

La charge, très peu volumineuse d'ailleurs, avait perforé l'empeigne sur la face dorsale, au niveau de la ligne métatarso-phalangienne. Or le cuir, très épais, était revenu sur lui-même au niveau de la perforation, à ce point qu'il fallait y regarder de près pour découvrir cette dernière. Il y avait de plus une chaussette entre la peau et le soulier, de sorte qu'il était difficile de comprendre comment la

(1) *Contributo sperimentale alla eziologia del tetano traumatico*, par les Drs Dell'acqua et Parietti, *Riforma medic.*, mars 1889.

terre aurait pu traverser toute cette filière pour se mettre en contact avec la blessure. L'origine tellurique était donc très imparfaitement établie (1).

Les renseignements jusque-là ne m'avaient guère éclairé. Heureusement j'avais d'autres éléments d'information.

Grâce à l'obligeance de M. le Dr Serpaggi, je reçus les trois échantillons suivants :

A. — Crottin de cheval, pris dans la cour, sur le tas de fumier;

B. — Terre recueillie dans le champ, à l'endroit même où l'accident avait eu lieu;

C. — Terreau provenant du raclage du sol de l'écurie.

D'après les recherches et les examens de M. Sanchez Toledo, l'inoculation du crottin *A*, fit périr l'animal en 3 jours sans symptômes tétaniques. L'examen microscopique minutieux du pus de la plaie ne montra point le bacille de Nicolaïer.

L'inoculation de la terre *B*, sous la peau du dos d'un lapin le fit mourir de septicémie le 4e jour sans symptômes tétaniques. Le pus de la plaie ne renfermait pas de bacilles; en revanche, réinoculé à un autre cobaye, il le tue en 36 heures d'œdème malin (avec vibrions septiques).

Le terreau de l'écurie *C*, est inséré le 21 sous la peau du dos d'un lapin qui le 24 présente de la contracture des membres inférieurs, puis le 25 du trismus, de l'opisthotonos, de la dyspnée, des convulsions, et enfin meurt le 26. Le pus soigneusement examiné présente de nombreux microbes parmi lesquels de fins bacilles sporulés en tête d'épingle; ce même pus inoculé à un rat blanc le rend rapidement tétanique.

Ce résultat avait son importance. Les origines équine et tellurique directes étaient définitivement mises hors de cause. En revanche, le virus tétanique existait dans la maison même où habitait le blessé et dans l'écurie où il entrait et séjournait chaque jour. Toutefois on n'entrevoyait guère la façon dont le terreau de cette écurie aurait pu inoculer la plaie du pied avec laquelle il n'avait jamais été en contact. Force était donc de trouver un agent de transmission intermédiaire. Par bonheur, la découverte était proche.

Ayant eu la bonne fortune de lire l'observation rapportée plus haut, de MM. Dell'Acqua et Parietti, j'avais eu soin, quand on était venu me demander d'admettre cet homme dans mes salles, de réclamer la bottine du côté blessé (plus tard j'ai demandé l'autre, que malheureusement on n'a pas pu retrouver). Grâce à cette idée, toutes les obscurités de la pathogénie se dissipèrent comme par enchantement.

Ayant parlé plus haut de l'empeigne, je vais décrire actuellement la semelle. Elle avait environ un centimètre d'épaisseur, mais était usée au niveau de la ligne métatarso-phalangienne, à ce point qu'au centre d'une perte de substance cratériforme de près de 6 centimètres de diamètre, elle présentait une perforation complète d'au moins 7 à 8 millimètres, à travers laquelle les matières répandues sur le sol pouvaient pénétrer librement dans l'intérieur de la chaussure et se mettre en contact immédiat ou médiat avec la plante du pied. (Au moment de l'accident, notre homme avait une chaussette que j'avais réclamée également, mais qui avait été lessivée et ne pouvait plus m'être utile.)

On se représente bien la disposition d'une semelle formée de plusieurs couches de cuir, et à l'état d'usure; elle semble alors, au niveau de la perforation, formée d'anneaux inégaux, écartés les uns des autres et à bords amincis, tranchants et dentelés. Or, dans les interstices de ces plans superposés on trouva des couches de terre présentant çà et là jusqu'à 2 millimètres d'épaisseur; une couche pareille, plus mince, et plus large encore, tapissait la surface interne de la semelle en contact avec le pied.

Je divisai cette chaussure en deux moitiés symétriques renfermant chacune une moitié de la perforation. M. Berretta examina la terre et les macérations de fragments de la semelle et y trouva sans difficulté le bacille de Nicolaïer. M. Sanchez Toledo ayant reçu l'autre partie, inocula le 25, sous la peau d'un lapin, un fragment de la semelle encore couverte de terre. L'animal mourut de tétanos le 29. Le pus de ce lapin est inoculé à un rat blanc qui est enlevé au 3e jour.

Avec ces constatations bactériologiques, l'histoire de ce cas se reconstitue d'elle-même.

Le sol de l'écurie était tétanifère.

Le poison tétanique pris à cette source en contact continuel avec la semelle de la bottine a rendu celle-ci tétanifère jusque dans les interstices créés par l'usure.

De plus, trouvant la voie libre, il pénétra jusque dans son intérieur et se mit en contact médiat ou immédiat (la chaussette ne constituait sans doute pas un rempart efficace, bien au contraire) avec la peau du pied, laquelle devint tétanifère jusque sur sa face dorsale inclusivement.

La blessure survenue en ce point s'inocula immédiatement, quoiqu'elle ait été bientôt soustraite au contact de la chaussure et de la chaussette.

Le tétanos éclata à la date réglementaire, entre le 7e et le 8e jour.

Le fait en lui-même peut, je crois, se passer de commentaires, étant aussi clair, aussi simple, aussi concluant que la meilleure expérience de laboratoire.

Je me permettrai seulement une courte remarque.

Par sa peau et par sa chaussure, cet homme était doublement tétanifère; de plus, le poison et la personne étaient quasi inséparables, de façon que si la blessure du pied avait été faite par un agent vulnérant quelconque, fût-il exempt de toute impureté, dans une saison quelconque, été ou hiver, sous une latitude quelconque, près du pôle ou de l'équateur, et dans un lieu quelconque, fond d'une mine, sommet de la Tour Eiffel, ou pont d'un navire, le résultat eût été le même, et toujours il se fût agi d'un tétanos traumatique à origine équine évidente, malgré l'invraisemblance apparente de la supposition.

J'espère que ces dernières observations trouveront mes contradicteurs un peu moins incrédules. En tout cas, il me sera permis d'exiger que les faits négatifs qu'ils m'opposeraient soient recueillis, commentés, détaillés avec autant de soin que ceux sur lesquels j'appuie mes convictions.

Je viens de citer quatre faits relatifs, deux à la virulence latente de la peau des mains et des pieds, et deux autres à celle des chaussures. Et non seulement je me ferais fort de grossir considérablement ce chiffre restreint avec les observations que j'ai réunies ou qui me viendront sans aucun doute; mais encore je suis fort disposé à reconnaître la virulence latente en d'autres régions de la peau et en d'autres parties des vêtements; ce qui expliquerait certains faits d'une interprétation encore difficile. Tel, celui-ci, par exemple, qui m'est communiqué par M. le Dr Ansaloni, de Selles-sur-Cher :

Un jeune homme de 21 ans est atteint de hernie inguinale droite étranglée depuis plus de 24 heures. Tous les moyens de réduction ayant échoué, on pratique la kélotomie séance tenante.

Le 6e jour, l'opéré allait bien; les selles étaient rétablies, la plaie était réunie par première intention; en un mot tout semblait terminé, lorsque sans cause connue survinrent dans

(1) Je mets hors de cause naturellement l'agent vulnérant lui-même, c'est-à-dire les grains de plomb qui n'étaient vraisemblablement pas tétanifères.

la région de l'aine droite des soubresauts de plus en plus fréquents. Le lendemain, le trismus confirma l'invasion du tétanos.

Malgré l'obscurité, l'immobilité et le chloral à hautes doses, la mort arriva trois jours plus tard.

Or ce garçon, depuis plus de deux ans conducteur d'omnibus, faisant son service de sept heures du matin à dix heures du soir, était en contact continuel avec les chevaux.

Il est donc fort probable que ses vêtements et sa peau étaient imprégnés des émanations du cheval ou du fumier. De tous les points de la surface du corps, le scrotum est certainement l'un de ceux dont l'asepsie complète est fort difficile à obtenir; c'est pourquoi, il est admissible que la plaie de la kélotomie, ayant porté sur une région en état de virulence latente, s'est inoculée séance tenante, d'où l'apparition du tétanos sept jours après.

Peut-être aussi la peau ou la chemise étaient tétanifères chez une jeune fille dont le père était charretier et qui fut prise de tétanos (dont elle guérit du reste) pour s'être planté une aiguille dans la cuisse. (Dr Lejeune, de Meursault.)

Je ne multiplierai point les observations, ce qui pourtant me serait facile, mais je pense que l'hypothèse de la peau ou des vêtements tétanifères devra être examinée toutes les fois que le tétanos se développera chez des sujets exposés par leur profession au contact des êtres vivants ou des corps bruts fréquemment souillés par le virus tétanique.

Comme on le voit, la pathogénie du tétanos humain s'éclaire peu à peu à la lueur des faits cliniques et expérimentaux. Cependant bien des points restent encore à élucider. J'en examinerai quelques-uns dans un prochain et dernier article.

De la réceptivité du lapin pour la vaccine, par MM. L. Bard, agrégé, médecin des hôpitaux de Lyon, et A. Leclerc, vétérinaire de l'Institut vaccinal municipal de Lyon.

Il semble qu'on ait cru pendant longtemps que les inoculations vaccinales ne réussissaient que sur les espèces bovine et chevaline, à en juger par l'absence d'études sur l'évolution de la vaccine sur d'autres espèces animales. L'année dernière, Hervieux a fait connaître à l'Académie de médecine la réceptivité de la chèvre pour le vaccin jennérien et en a fait l'étude. Il y a deux ans, M. le professeur Gailleton a inoculé avec succès la vaccine à un lapin dans sa clinique de l'Antiquaille, mais il n'a pas publié cette observation et, d'ailleurs, n'a pas poussé plus loin ses recherches. L'un de nous, désirant entreprendre sur la vaccine des expériences spéciales qu'il n'y a pas lieu de signaler aujourd'hui, bien qu'elles soient déjà commencées, et se trouvant arrêté par les difficultés pratiques d'installation et les frais élevés que comportent les expériences faites sur le veau, nous avons repris les recherches ébauchées par M. Gailleton, avec l'intention d'examiner la possibilité d'obtenir chez le lapin une vaccine légitime.

Nous avons pu constater que cet animal possède pour la vaccine une réceptivité parfaite, comme on pourra en juger par les détails qui suivent. Nous avons inoculé, en deux séries, quatre lapins, âgés de 3 à 4 mois, avec du vaccin de veau; la première série avec de la pulpe vaccinale glycérinée ayant 18 jours de préparation, et la seconde avec du virus frais recueilli au 5e jour sur un veau de l'Institut municipal. Comme on le fait toujours quand on emploie la pulpe vaccinale, nous avons procédé par scarifications; dans chaque série, un lapin a été inoculé à l'oreille et un second sur la peau du dos, après rasage préalable des lieux d'inoculation.

Chez tous les lapins, l'inoculation a été suivie de succès; et même toutes les piqûres ont réussi sauf une seule chez un lapin vacciné sur le dos et appartenant cependant à la série du virus frais. Nous n'avons constaté que des différences peu marquées dans l'évolution des pustules entre les deux séries, toutefois l'éruption a été un peu plus copieuse sur les lapins inoculés avec le virus frais que sur ceux inoculés avec la pulpe conservée.

Par contre, nous avons relevé une différence assez accusée dans chaque série entre l'éruption des lapins inoculés à l'oreille et celle des lapins inoculés sur le dos; nous avons constaté que l'évolution des piqûres de l'oreille présentait un retard de près de 24 heures sur celle des piqûres du dos, et de plus, qu'elles restaient plus petites et renfermaient moins de liquide, tout en présentant un aspect aussi caractéristique. Cette différence entre ces deux régions, qu'on pourrait attribuer à la température moins élevée des parties périphériques, nous paraît résulter plutôt de ce fait que la peau de l'oreille, plus fine et plus délicate, réalise une prolifération moins active que celle des autres régions.

L'évolution de la vaccine a présenté chez tous nos animaux des caractères identiques et parfaitement comparables à ceux qu'on observe chez le veau. Dès le second jour, apparaît une légère congestion au voisinage des scarifications; le 3e jour, leurs bords deviennent un peu rouges et un peu saillants; le 4e jour, on constate un liséré gris, blanchâtre, très net, en même temps que la saillie s'accuse et prend la forme vésiculeuse; le 5e jour, la vésicule s'accroît rapidement, elle s'ombilique et prend l'aspect caractéristique; les boutons sont prêts pour la cueillette. Ils présentent un fluide vaccinal très abondant relativement au volume des pustules; le vaccin du lapin est proportionnellement beaucoup plus riche en lymphe liquide que celui du veau, dont la pulpe est, par contre, plus abondante : par ce caractère il se rapproche davantage du vaccin humain, mais sa lymphe est un peu plus riche en fibrine que celle de ce dernier.

De même que chez le veau, on constate dès le troisième jour un gonflement modéré des ganglions superficiels voisins, qui atteint son maximum le 4e jour pour décroître ensuite. L'état général ne paraît pas touché, et le rétablissement est rapide sans aucune altération de la santé, du moins avec le petit nombre d'inoculations, variant de 3 à 6, que nous avons pratiquées à chaque lapin. Cependant le thermomètre permet de constater que la température s'élève, comme chez le veau, de 1 degré à 1° 1/2 au stade d'éruption (la température normale du lapin est de 39° environ). Comme chez le veau, la fièvre débute le 3e jour, atteint son maximum le 4e, et tombe dès le 5e jour avec le développement complet des vésicules.

Nous avons constaté directement, ce qu'il était facile de prévoir, qu'une première vaccination confère l'immunité.

L'évolution des pustules était assez caractéristique par elle-même pour qu'on ne pût pas les confondre avec une inflammation banale, et pour qu'on pût être sûr de la légitimité du vaccin ainsi obtenu; néanmoins, pour lever tous les doutes, nous avons reporté sur le veau le vaccin récolté au 5e jour dans les pustules de deux lapins et nous avons obtenu des pustules vaccinales parfaitement caractérisées et légitimes. Celles-ci ont servi à leur tour à préparer une pulpe glycérinée qui, reportée sur un enfant de 6 ans non encore vacciné, a déterminé 3 belles pustules sur 3 inoculations.

Il n'est pas douteux dès lors que le lapin possède une

réceptivité parfaite pour la vaccine, reste seulement à savoir dans quelle mesure cette propriété peut être utilisée, et c'est ce que nous nous proposons de déterminer par de nouvelles expériences. Il est déjà certain tout d'abord, et c'était là le but premier de notre recherche, que le lapin peut être employé dans les laboratoires comme sujet d'expérience dans les études sur la vaccine; c'est là pour les expérimentateurs un résultat d'une certaine importance, puisqu'il met à leur disposition un réactif incomparablement meilleur marché et plus commode que le veau et que la chèvre.

De même on pourra se servir du lapin pour contrôler le degré de conservation ou d'activité d'un vaccin suspect; enfin dans quelques cas particuliers on sera heureux de recourir à lui comme vaccinogène. Sans doute il ne paraît pas appelé à remplacer le veau dans les Instituts vaccinaux importants, où celui-ci rachète par l'abondance de la récolte qu'il fournit les difficultés et les frais de son utilisation; par contre, le lapin, qu'on trouve partout facilement, pourra rendre des services, dans certaines conditions particulières, aux médecins isolés, au moment d'une épidémie, à une troupe en campagne ou en marche, partout où il sera difficile de se procurer, d'emmener ou d'alimenter un veau comme vaccinogène. Peut-être même la richesse relative du vaccin du lapin en lymphe liquide permet-elle d'espérer une conservation plus prolongée que celle du vaccin du veau et comparable à celle du vaccin humain, ce qui pourrait encore offrir quelques avantages dans des cas spéciaux.

On ne saurait opposer au vaccin de lapin les dangers de transmission de la tuberculose, d'abord parce qu'on sait combien ces dangers sont douteux en pareil cas, ensuite parce que le lapin, moins sensible à la tuberculose expérimentale que le cobaye, est assez rarement atteint de tuberculose spontanée, enfin parce qu'il sera toujours possible, là comme pour le veau, de n'utiliser le vaccin recueilli qu'après s'être assuré par l'autopsie de l'absence de toute affection transmissible.

Pour compléter cette étude, il importe de préciser le degré de récepticité du lapin pour les vaccins affaiblis ou peu virulents, tels que le vaccin humain conservé, la pulpe de veau anciennement préparée, et surtout la poudre vaccinale de l'armée mise en réserve pour la mobilisation; il est nécessaire également d'étudier l'influence sur l'activité du vaccin des passages successifs de lapin à lapin suffisamment prolongés. Nous ferons connaître par la suite les résultats encore incomplets de cette seconde série d'expériences.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Acromégalie (Ein Fall von Akromegalie in Folge von Schreck), par Pel (*Berl. klin. Woch.*, n° 3, p. 53). — Fille de 25 ans qui à la suite d'une frayeur intense accuse des douleurs de tête, des bourdonnements d'oreille et des paresthésies localisées aux extrémités des doigts et des orteils. Il existe une dépression psychique manifeste. Peu de temps après elle s'aperçoit que ses mains et ses pieds grossissent considérablement; ses règles se suppriment. Enfin 18 mois plus tard on constate que les pieds, les mains et même la partie inférieure des avant-bras et des jambes sont extrêmement augmentés de volume, sans déformation; la tête est plus grosse, sa forme est devenue oblongue; le nez est plus large, les lèvres, surtout la supérieure, épaisses. De plus, les 2 rotules, la crête iliaque les clavicules sont hypertrophiées. La langue, les oreilles, les ongles, le thymus restent normaux. La glande thyroïde est petite. Il y a de l'hyperhidrose. Réactions électriques normales; réflexes et sensibilité indemnes. D'après l'auteur, le diagnostic d'acromégalie s'impose : à cette occasion, il n'adopte pas l'opinion de Marie sur l'influence pathogénique de l'hypertrophie de la pituitaire, car, dans un cas d'acromégalie probable chez un garçon de 14 ans, l'autopsie a révélé un gliome de l'hémisphère gauche, sans altération de la pituitaire.

Paralysie isolée avec atrophie du nerf sus-scapulaire (Isolirte periphere Læhmung des Nervus suprascapularis mit Atrophie), par Bentzler (*Deutsche med. Woch.*, 18 décembre 1890, n° 51, p. 1189). — Les cas de paralysie isolée du nerf sus-scapulaire sont très rares, on n'en connaît guère que 4 dus à Hoffmann, Sperling, et Bernhardt. Celui de l'auteur a trait à un soldat de 22 ans, qui souffrit sans cause apparente de douleurs de l'épaule droite avec irradiations dans le membre correspondant, et faiblesse de ce membre. Il y avait impossibilité de lever ce membre dans la direction antéro-postérieure sans l'aide des muscles accessoires. Les sous et sus-épineux sont très atrophiés et présentent la réaction de dégénérescence partielle. Tous les autres muscles du moignon sont indemnes, en particulier le deltoïde et le petit rond. L'absence de causes est à noter; ce cas vient à l'appui de l'opinion de Duchenne d'après laquelle le sus-scapulaire élève le bras et le porte en avant et en dehors.

Sur un cas de paralysie conjuguée de la sixième paire, par Paul Blocq et G. Guinon (*Arch. de méd. expér.*, janvier 1891, n° 1, p. 74). — Sujet âgé de 52 ans, présentant une hémiplégie gauche et complète, sans participation de la face, des vertiges et des sensations d'entraînement à gauche. A l'autopsie on trouve des tubercules de l'étage inférieur du lobe droit de la protubérance englobant le noyau de la sixième paire. L'examen histologique permet de délimiter très exactement la localisation des néoplasmes, représentée par des figures.

Hyperhidrose unilatérale de la face et altérations du nerf facial (Ueber der Zusammenhang der Hyperhidrosis unilateralis faciei mit pathologischen Zustænden des Facialis), par Windscheid (*Münch. med. Woch.*, décembre 1890, n° 50, p. 882). — L'auteur rapporte 3 cas de paralysie faciale dans lesquels l'hyperhidrose du même côté augmente ou diminue parallèlement à la paralysie. Dans le premier cas, l'hyperhidrose disparaît complètement après la guérison de la paralysie, tandis que dans le troisième cas, où existait une paralysie faciale ancienne avec secousses fibrillaires, l'hyperhidrose resta telle quelle. Ces observations sont tout à fait contraires à celles de Straus et Bloch, d'après qui la sueur est tout à fait abolie dans les cas de paralysie, et ne commence à reparaître qu'avec l'amélioration de la maladie.

Bromuration et antisepsie intestinale, par Ch. Féré (*Nouvelle iconographie de la Salpêtrière*, 1890, n° 6, p. 249). — A l'aide d'observations probantes, l'auteur montre que certaines épilepsies que n'influencent pas des doses quotidiennes de bromure de potassium de 4 à 8 grammes, peuvent s'améliorer si on élève à 12 ou 15 grammes les doses du même médicament. A ces doses élevées, des accidents de bromurisme et, en particulier, des éruptions cutanées viennent souvent faire obstacle au traitement. Dans bon nombre de cas où ces accidents sont inutilement combattus par les mesures ordinaires, l'antisepsie intestinale réalisée par l'administration quotidienne du naphtol et du salicylate de bismuth peut supprimer ces accidents et, par conséquent, être un adjuvant utile du traitement.

MÉDECINE

Propriétés bactéricides du sérum humain (Wirkung des menschlichen Blutes auf pathogenen Microorganismen), par R. Stern (*Zeit. f. klin. Med.*, t. XVIII, p. 46, 1890). — L'auteur a fait porter ses recherches sur le sang humain et sur quelques sérosités pathologiques (épanchements pleurétiques et péritonéaux, hydrocèles, phlyctènes suite de brûlure).

Le sérum humain détruit rapidement la virulence du comma-bacille du choléra, un peu moins celle du bacille d'Eberth, beaucoup moins celle du pneumo-bacille de Friedlænder.

Les sérosités pathologiques possèdent la même propriété et sensiblement au même degré. Cette propriété varie suivant les espèces et les individus. Il est remarquable qu'une infection actuelle (fièvre typhoïde, pneumonie) ne la modifie pas notablement.

La bactéridie du charbon, le bacille de Lœffler, le streptocoque et les staphylocoques pyogènes se développent bien dans les liquides précédents, soit immédiatement après l'inoculation, soit après une certaine période d'inertie.

La propriété bactéricide se perd complètement par un chauffage de 1/2 heure à 60°; les liquides en expérience deviennent alors de bons milieux de culture. Les températures fébriles habituelles (39° à 41°) ne détruisent pas cette propriété : tout au plus baisse-t-elle à 43° ou 44°. Elle persiste en dehors de l'organisme pendant 3 à 5 jours, et ne disparaît complètement qu'au bout de 2 à 4 semaines. Cette propriété n'est pas illimitée; si l'inoculation est trop abondante, après une certaine inertie initiale, il y a germination active.

Diagnostic de la péritonite par perforation dans la fièvre typhoïde, par N. L. Bogoïavlensky (*Meditz. Obozr.*, 1890, t. XXXIV, n° 23, p. 982). — Dans la péritonite typhoïdique par perforation, la seule chance de salut est la laparotomie précoce. Mais presque jamais le diagnostic n'est précoce, les signes donnés comme initiaux par Schuh, Gerhardt, Tchoudowsky, Wagner ne résultant en somme que de l'existence d'une collection hydro-aérique abondante dans le péritoine, alors qu'il est déjà trop tard pour intervenir. Levacheff (*Vratch*, 1890, n° 3) a signalé un bruit de glouglou qui s'est déclaré 8 heures après la perforation et qu'il explique par le passage des bulles de gaz par cette perforation. L'auteur relate un cas où, le malade ayant été apporté à l'hôpital au 5e jour, ce signe existait seul : et l'autopsie démontra en effet une perforation.

La rate et le typhus à rechutes, par J. J. Soudakevitch (*Vratch*, 1890, n° 50, p. 1131). — Metchnikoff a avancé que, pendant l'accès de fièvre récurrente, les spirochètes ne sont pas détruits dans le sang, mais dans la rate, où ils s'accumulent. Soudakevitch a donc inoculé cette maladie à des singes qu'il a vus guérir, qu'il tua et chez lequel il constata en effet que les microbes étaient contenus exclusivement dans les cellules de la rate. Puis, dans une seconde série, il inocula des singes préalablement dératés : ces animaux succombèrent et dans leur sang les spirochetes existaient avec une abondance extraordinaire. Les organes autres que la rate sont donc incapables de détruire ces micro-organismes.

Structure des micro-organismes de la malaria, par L, L. Romanowsky (*Vratch*, 1890, n° 52, p. 1171). — On discute encore pour savoir si ces organismes sont ou non pourvus d'un noyau ; grâce à une technique spéciale, l'auteur a vu nettement ce noyau. Le sang est étalé sur une lamelle, séchée sur une lampe à alcool et mise pendant 45 à 60 minutes dans une étuve sèche à 105-110° C., puis cette lamelle est immergée pendant 24 heures dans une solution fraîche et non filtrée composée de bleu de méthyle saturé (filtré) 2 parties et éosine à 1 0/0, 5 parties (en volume) ; on décolore par l'alcool concentré, puis on examine dans l'eau avec un objectif à immersion. On monte dans le baume xylolé (1 : 3). Sur cette préparation, outre des colorations des globules sanguins sur lesquelles nous n'insisterons pas, on voit le protoplasma des plasmodies en bleu clair et leur noyau en violet. Ce noyau, entouré d'un halo incolore, est formé par un faisceau de granulations ovoïdes et de filaments.

CHIRURGIE

Gangrène pulmonaire et pneumotomie (Pneumotomia per gangrena polmonare), par R. Bastianelli (*Bull. d. Soc. Lancisiana degli Ospedali di Roma*, janv. 1890, p. 35). — Femme de 34 ans, prise de gangrène pulmonaire du côté droit, 4 jours après une ovariotomie. Un mois après le début de la gangrène, résection de 2 fragments de côtes sur la ligne axillaire; incision sur une étendue de 8 centimètres après ponction préalable du poumon ; on arrive sur une cavité à 1 centimètre 1/2 de profondeur après avoir traversé un tissu dur qui donne très peu de sang; après lavage au sublimé puis à la solution borosalicylique et tamponnement avec de la gaze iodoformée, on s'aperçoit que les mouvements respiratoires et les battements du cœur sont suspendus; grâce à la respiration artificielle, ils se rétablissent, mais la malade est paralysée du côté gauche, elle reste dans le coma et succombe 14 heures après l'opération; il y avait une thrombose d'une veine pulmonaire voisine du foyer gangréneux et une embolie de l'artère sylvienne droite.

Ligature de l'aorte abdominale (Ligature of the abdominal aorta for ruptured aneurysm of that vessel; death), par Milton (*Lancet*, 10 janvier 1891, p. 86). — Un Egyptien de 45 ans se plaignait d'une tumeur pulsatile de l'abdomen, s'accompagnant d'une douleur paroxystique intense. Antécédents syphilitiques. Bientôt, il fut évident que cet anévrysme s'était rompu et le malade présenta tous les signes d'une hémorrhagie grave. Le chirurgien fit alors une incision longue de cinq pouces sur la ligne blanche; l'épiploon et les intestins furent repoussés de côté. Une petite incision fut faite dans le péritoine recouvrant l'anévrysme, et le doigt passé à travers put atteindre l'aorte, qui fut alors comprimée; l'aorte fut ensuite liée au-dessus de l'anévrysme. Pas de drainage. Le sang épanché étant derrière le péritoine, on n'y toucha point. L'opération avait duré 12 minutes. Tout battement cessa dans l'anévrysme et les 2 fémorales. Le malade ne vécut que 24 heures après l'opération; il se plaignait de douleurs dans les membres inférieurs.

Anévrysme de l'iliaque externe (Aneurysm of the external iliac artery cured by compression), par Horatio P. Symounds (*Lancet*, 10 janvier 1891, p. 80). — Un homme de 48 ans ressentit une crampe soudaine dans la jambe gauche qui devint ensuite absolument froide et immobile. Douleurs dans la jambe et le pied et quelquefois au niveau du ligament de Fallope; on trouve au-dessus de ce ligament une tumeur pulsatile, de la grosseur d'un œuf. Pas d'antécédents syphilitiques. On adopta le traitement par compression. Le sujet étant anesthésié, on appliqua le tourniquet abdominal de Lister. L'anévrysme cessa de battre et resta ferme et sans pulsation, même quand on eut enlevé l'appareil. Au bout de quelques jours apparurent quelques symptômes de péritonite et d'entérite; puis apparut un gonflement de la parotide gauche, et bientôt de la droite. La température s'éleva un peu et l'urine contint un peu d'albumine. La parotide gauche considérablement tuméfiée présenta de la fluctuation et fut incisée, et la guérison survint. Quant au traitement de l'anévrysme par compression, il avait complètement réussi.

Hernies étranglées et pneumonies (Ueber die nach Lœsung incarcerirter Hernien auftretenden Lungenerscheinungen), par J. Lesshafft (*Ar. h. f. path. An. und. Phys.*, février 1891, t. CXXIII, p. 335). — Güssenbauer a fait faire à son élève Pietrzikowski un travail pour soutenir que les pneumonies, très fréquentes après la kélotomie et le taxis, sont dues à des embolies parties de l'anse étranglée dont les vaisseaux sont thrombosés. De son étude anatomo-pathologique et expérimentale, Lesshafft conclut qu'il n'en est rien : ces pneumonies sont liées aux vomissements et sont des pneumonies par aspiration. D'autre part, il croit que Pietrzikowski exagère considérablement leur fréquence et leur attribue en clinique des symptômes dont la valeur n'est pas bien démontrée.

BIBLIOGRAPHIE

Leçons de gynécologie opératoire, par Vuillet, professeur à la Faculté de médecine de Genève, et Lutaud, professeur libre de gynécologie à l'Ecole pratique. 2e Edition, Paris, A. Maloine, 1890.

Les auteurs de ces leçons de gynécologie opératoire ont chacun signé leur part dans l'œuvre commune et, sauf la leçon XV pour laquelle la mention a été omise, nous savons exactement à la plume de qui sont dues les lignes que nous lisons.

La part de M. Vuillet est incontestablement la plus chirurgicale, et cela se conçoit, car des deux auteurs c'est celui qui est le plus chirurgien. Aussi voyons-nous M. Vuillet, après

une leçon (qui manque un peu de précision) sur l'antisepsie en gynécologie, après des généralités sur les postures d'examen sur le cathétérisme utérin, entrer de plain pied dans l'étude de la dilatation utérine, de l'abaissement de l'utérus. du traitement du cancer et des fibromes. Pour la dilatation, il va sans dire qu'on trouvera surtout exposée la méthode de l'auteur, méthode bien connue de dilatation par les tampons d'ouate iodoformée. Pour les fibromes, le point assez spécial à M. Vuillet est le débridement intra-utérin pour permettre aux tumeurs interstitielles de subir l'évolution polypeuse.

Ainsi, M. Vuillet s'est occupé de la partie qui touche à la grande chirurgie : mais, à notre sens, il est encore resté en deçà de ce que nous espérions d'après le titre de l'ouvrage. Les auteurs, nous le savons, disent dans leur préface qu'ils veulent surtout s'occuper de la chirurgie gynécologique praticable par les voies naturelles et répétable sur des pièces cadavériques adaptées à un mannequin. Mais alors, pourquoi ne pas le dire dans le titre? Le lecteur s'attend à trouver des renseignements précis sur la gynécologie opératoire en général, et il ne trouve rien sur les tumeurs de l'ovaire, à peu près rien sur les myomectomies abdominales, rien sur les maladies des trompes, sur les suppurations et hématocèles pelviennes : il espérait, peut-être, avoir un traité sommaire, court à lire et à repasser, de tout ce qui l'intéresse en gynécologie, et il possède un livre en réalité long, car les sujets traités sont peu nombreux et ne sont que de petite chirurgie. Ce que décrit M. Vuillet est souvent bien décrit, mais nous croyons que ce n'est pas assez concis. Si nous formulons cette critique, c'est parce qu'elle a été formulée déjà par le *Medical Record* (23 août 1890, t. XXXVIII, n° 8, p. 215) et que ce journal américain, bienveillant pour la France, disait que « c'est le type de la prolixité française », que c'est bon seulement pour les étudiants français « habitués à lire une page entière pour acquérir une notion qu'on aurait pu condenser en une phrase. » Nous nous associons à la critique, mais nous protestons hautement contre l'appréciation générale de notre confrère américain, auquel, d'ailleurs, le traité de M. Pozzi vient de donner un récent démenti.

Dans les leçons de M. Lutaud nous ne trouvons guère que trois leçons réellement *opératoires*, l'une sur les opérations d'Emmet et de Schrœder; l'autre sur les fistules génito-urinaires; la troisième sur le traitement opératoire des déviations antérieures. Nous nous plaisons à reconnaître que les descriptions y sont assez claires, mais cela ne suffit pas à nous faire oublier les six leçons sur le traitement de la stérilité. Certes, il y a un peu de tout dans ces leçons, même quelques procédés opératoires. Mais les plus longs développements n'ont rien de chirurgical. Ils sont souvent amusants (pourvu que le lecteur ne soit pas trop prude), empruntés en grande partie à Pajot; mais enfin, celui qui veut se familiariser avec la *gynécologie opératoire* ne demande pas de bien longs développements sur la stérilité, le malthusianisme, etc.

Il y a, certainement, d'assez nombreux dessins dans ce livre, et quelques-uns sont bons, schématiques et clairs; mais il en est quelques autres où nous n'avons pas vu grand'-chose, noirs qu'ils sont et confus, ce qui tient peut-être au tirage défectueux de notre exemplaire.

En résumé, donc, MM. Vuillet et Lutaud ont eu une bonne idée le jour où ils ont cherché à vulgariser les opérations gynécologiques que l'on peut répéter sur des pièces cadavériques adaptées à un mannequin. Ils eussent pu écrire sur ce sujet une brochure de 100 à 150 pages qui eût été concise et utile. Nous craignons qu'elle n'ait pas gagné à être transformée en un volume de 500 pages.

A. Broca.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

De l'opération césarienne, par le Dr Berlin (Paris, O. Doin, 1890).

M. le Dr Berlin termine son travail sur l'opération césarienne par les considérations suivantes :

Théoriquement, la suprématie de cette opération sur toutes les opérations connexes n'est pas discutable.

De plus, à l'heure actuelle, l'opération a été profondément modifiée par Léopold et par Sænger, à tel point que la mortalité a pu descendre à 8 et même 4 0/0.

Mais, pour qu'elle donne ces résultats exceptionnels, il faut qu'elle soit pratiquée avec les méthodes antiseptiques observées dans leur rigueur la plus absolue. On ne peut donc encore transporter cette opération dans la pratique courante.

VARIÉTÉS

Assemblées générales de la Société centrale et de l'Association médicale mutuelle de la Seine.

A la dernière réunion de la Société centrale qui s'est tenue le 1er février dernier, aussi bien qu'à la quatrième assemblée de l'Association fondée par M. le Dr Gallet-Lagoguey, il a été question de l'assurance contre la maladie, de ses bienfaits, de la nécessité d'en étendre le fonctionnement. Par une dérogation aux usages, M. le Président Bucquoy a cru devoir autoriser, à la séance de la Société centrale, M. le Dr Gallet-Lagoguey à défendre les intérêts de l'œuvre qu'il dirige avec tant de dévouement. Chacun a applaudi à cette décision, car notre honorable confrère en a profité pour affirmer une fois de plus que, dans sa pensée, l'œuvre nouvelle de l'assurance contre la maladie pouvait et devait fonctionner en dehors de l'Association générale, c'est-à-dire en ne demandant à celle-ci qu'un appui purement moral.

Dans l'allocution qu'il a adressée dimanche dernier à ses collègues, M. Gallet-Lagoguey signale l'état prospère des finances de l'Association médicale mutuelle et démontre que celle-ci peut vivre et prospérer sans dons ni legs, à la condition que son recrutement soit régulièrement progressif.

Dans ces conditions, il paraît évident que tout médecin habitant le département de la Seine préférera adhérer aux statuts de l'Association médicale mutuelle qui fonctionne régulièrement plutôt que de se faire inscrire comme membre d'une des nouvelles Sociétés dont on demande aujourd'hui la fondation. On comprend donc que les membres de la Société centrale, consultés par le bureau, aient mis peu d'empressement à répondre et se soient en majorité montrés défavorables à toute fondation nouvelle.

De leur côté, revenant sur les idées qu'ils avaient défendues avec tant de vivacité à la dernière séance générale de l'Association, les principaux partisans de la fondation d'une caisse assurance-maladie, reconnaissent aujourd'hui que celle-ci ne doit demander à l'Association générale que son patronage moral, mais qu'elle doit rester absolument en dehors de son fonctionnement et de sa caisse.

Dans de semblables conditions, il paraît évident qu'une association dont les ramifications pourraient s'étendre sur toute la surface de la France aurait quelque chance de réussir malgré les quelques difficultés d'administration qu'elle aurait à surmonter; il suffirait, pour éviter toutes les difficultés que rencontrerait l'Association générale si elle se mettait à la tête d'une œuvre semblable, de supprimer les mots *mutualité* ou *secours mutuel* et de fonder une Société civile analogue par son fonctionnement et son but à la plupart des compagnies d'assurance.

Nous croyons savoir que, jusqu'à ce jour, un grand nombre de médecins hésitent encore alors qu'on leur demande le versement d'une prime relativement considérable. Ces hésitations deviendraient moindres le jour où un nombre considérable d'adhérents feraient partie de la nouvelle œuvre; mais celle-ci, quoi qu'il arrive, devra rester toujours en dehors du fonctionnement administratif et fiscal de l'Association générale. Depuis sa fondation, cette Association est restée une œuvre de bienfaisance exclusivement destinée à venir en aide aux médecins que les infirmités ou la maladie ont rendus incapables de subvenir à leur existence. Elle ne pourrait sans une modification profonde de ses statuts se transformer en une société financière donnant des pensions de droit. La majorité de ses membres paraît d'ailleurs décidée à ne rien permettre dans ce sens.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Imp. des Arts et Manufactures. 12 rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES SAMEDIS ET PUBLIANT TOUS LES MERCREDIS

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

RÉDACTEUR EN CHEF : Dr L. LEREBOULLET. — SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION : Dr A. BROCA.

COMITÉ DE RÉDACTION

MM. E. BRISSAUD, G. DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, A. GILBERT, A. HÉNOCQUE, A.-J. MARTIN, A. PETIT, P. RECLUS

BULLETIN

Paris, le 20 février 1891.

La réorganisation hospitalière.

La *Société des chirurgiens* des hôpitaux s'est réunie deux fois de suite, hier et il y a 8 jours, pour délibérer sur deux questions bien limitées : 1° la création d'assistants, 2° l'organisation des consultations.

Certains membres ont simplement proposé à la Société de voter un texte à peu près identique à celui qu'ont adopté les médecins des hôpitaux et donnant aux chefs l'autorisation de se faire assister par un chirurgien du Bureau central, un admissible au Bureau central ou un ancien interne des hôpitaux agréé par l'administration.

Il s'est passé un phénomène inverse de celui qu'on avait observé au premier vote de la Société médicale des hôpitaux : l'assistance par un chirurgien du Bureau central a été votée à l'unanimité; une grosse majorité, au contraire, s'est prononcée contre l'adjonction possible des futurs chirurgiens du Bureau central.

Le premier vote était prévu : il ne fait que confirmer un état de choses existant en fait et que l'on demande à l'administration de régulariser en droit. Nous avons déjà dit ici que tout chirurgien du Bureau central le désirant trouvait aisément un chef de service dont il devenait en quelque sorte le chirurgien en second à l'amiable, ce qui avait les avantages des anciens chirurgiens en second sans en avoir les inconvénients. Cet assistant régulier était également le remplaçant désigné pendant les vacances; et en fait chacun de nous avait pour premier remplacement (car chacun de nous en a plusieurs) le remplacement de son choix. Cela étant, il est tout naturel qu'on ait reconnu aux chefs de service le droit de se faire « assister et *remplacer* par un chirurgien du Bureau central *à leur choix*. »

Il n'a jamais été question qu'un remplacement pût être confié à un docteur n'appartenant pas au Bureau central. Mais quelques chirurgiens demandaient que l'on eût le droit d'employer dans les services, et en particulier pour la consultation, certains anciens internes et surtout les admissibles au Bureau central. C'est cette proposition qui a été repoussée et nous avouons que nous le regrettons.

Nous ne nous placerons pas, à cet égard, sur le terrain administratif, pour savoir s'il est ou non possible qu'un interne, non docteur, soit chargé d'une consultation. Ce qui nous intéresse le plus, c'est le point de vue chirurgical. Or nous pensons que, dans un service, plus le personnel médical est nombreux, sous la surveillance d'un chef, et mieux le service est fait. De plus, nous répétons ce que nous avons déjà dit il y a quelques semaines : entre le moment où il sort de l'internat et le moment où il est nommé aux hôpitaux, le futur chirurgien des hôpitaux ne met jamais la main à la pâte. Il perd ainsi plusieurs années où il aurait pu apprendre son métier.

On objecte qu'avec ces assistants de première et de seconde catégorie, le rôle de l'interne devient nul; qu'avec tout cela on poursuit la destruction de l'internat. Or notre avis — et c'est celui qu'exposait ici naguère M. Lereboullet — est que l'internat est une des institutions par lesquelles nous sommes supérieurs aux étrangers. Loin de nous, donc, la pensée de l'amoindrir. Le chirurgien *doit* faire opérer ses internes, car c'est le seul moyen de les instruire ; mais il est bien rare qu'un homme âgé et occupé aille servir d'aide à un élève. S'il a le temps, il opère lui-même. L'assistant, au contraire, est bien plus souvent disposé à mettre le bistouri, sous sa surveillance immédiate, dans la main d'un plus jeune que lui. On répondra que l'interne opérera bien en l'absence du chef : mais n'a-t-il pas vraiment intérêt à avoir près de lui un aide plus instruit que lui-même et capable de lui éviter ou de lui réparer des méprises qui pourraient se terminer par mort d'homme? Cette question de responsabilité est grosse et on ne saurait contester tout l'intérêt qu'il y a à sauvegarder la vie humaine. Mais en nous plaçant au point de vue plus spécial du rôle et de l'éducation de l'interne, nous dirons qu'à notre sens un homme intelligent peut apprendre tout seul, mais il apprend plus vite et mieux quand il est guidé.

A. BROCA.

REVUE GÉNÉRALE

Le levier obstétrical combiné avec la traction.

Ainsi que nous l'avons fait pressentir (1), nous avons des remarques à présenter sur l'emploi du forceps au détroit supérieur, tel que nous venons de le décrire. Les figures suivantes, toutes dessinées à la même échelle et conformes à la vérité en ce qui concerne les trois facteurs, bassin, tête, courbure des cuillères, vont nous permettre d'être extrêmement brefs. Pour saisir la tête convenablement en améliorant son inclinaison, il faut la faire remonter considérablement (fig. 1). Et l'on voit sur la figure 2, quelle réduction minima elle doit subir, car la branche postérieure des forceps l'empêche d'utiliser la concavité du sacrum*.

(1) *Gaz. hebd.*, nov. 1888.

Cette réduction devient désastreuse, lorsque le forceps insuffisamment enfoncé est mal appliqué, ou lorsqu'après l'avoir bien placé on l'a laissé glisser. Jugez-en sur la figure 3.

D'autre part, constatez, sur la figure 4, que la *même tête*, dans le *même bassin*, peut descendre avec un peu d'aide sans subir de réduction notable.

La branche postérieure du forceps est nuisible ; c'est elle qui ponte l'excavation sacrée et qui, pendant l'engagement, se fait relever par le périnée, au point de détruire le synclitisme approximatif produit au moment de la prise. L'on recommande avec raison de tirer en arrière, c'est facile, mais cela ne mène pas loin, car le forceps s'oppose à ce que la tête obéisse, à moins qu'il ne scie le périnée jusqu'au delà du coccyx. La figure 6 le fait sauter aux yeux.

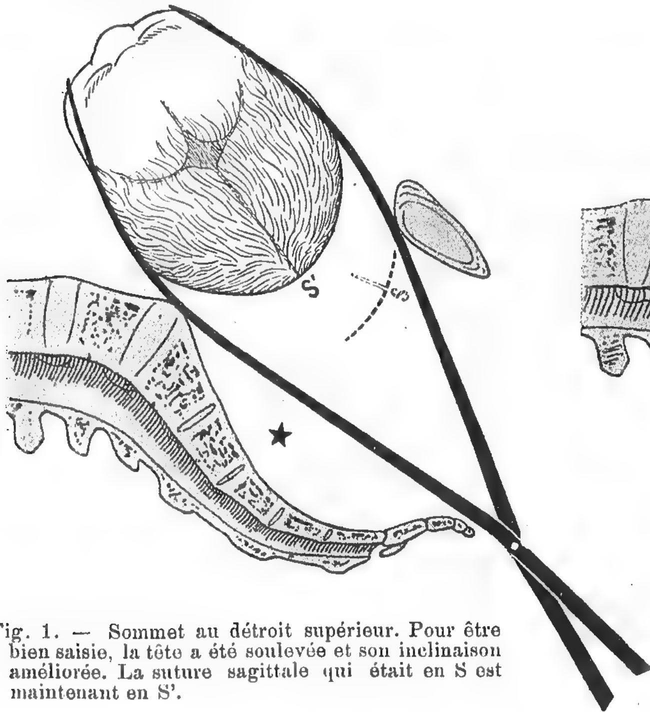


Fig. 1. — Sommet au détroit supérieur. Pour être bien saisie, la tête a été soulevée et son inclinaison améliorée. La suture sagittale qui était en S est maintenant en S'.

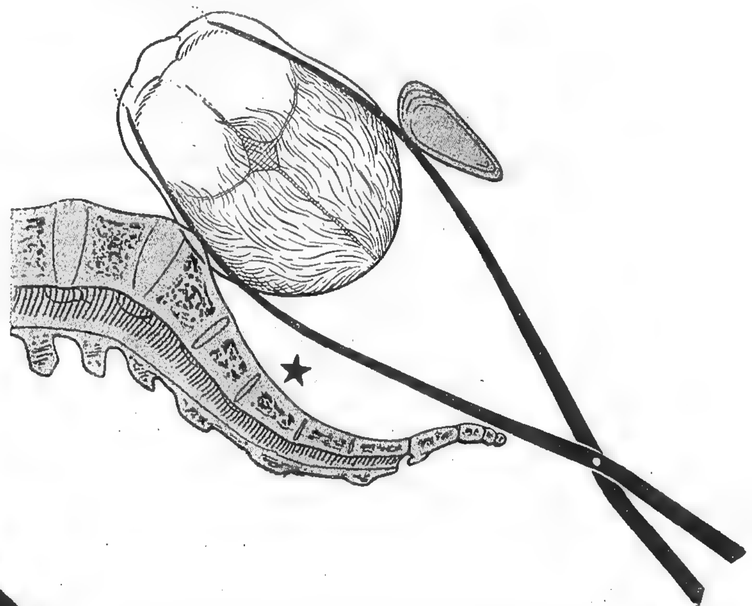


Fig. 2. — Même cas : passage du détroit ; l'on peut juger de l'étendue de la réduction indispensable. Quoique le forceps soit appliqué on ne peut mieux, jusqu'au maxillaire inférieur. L'espace * ponté par la branche postérieure ne peut être utilisé.

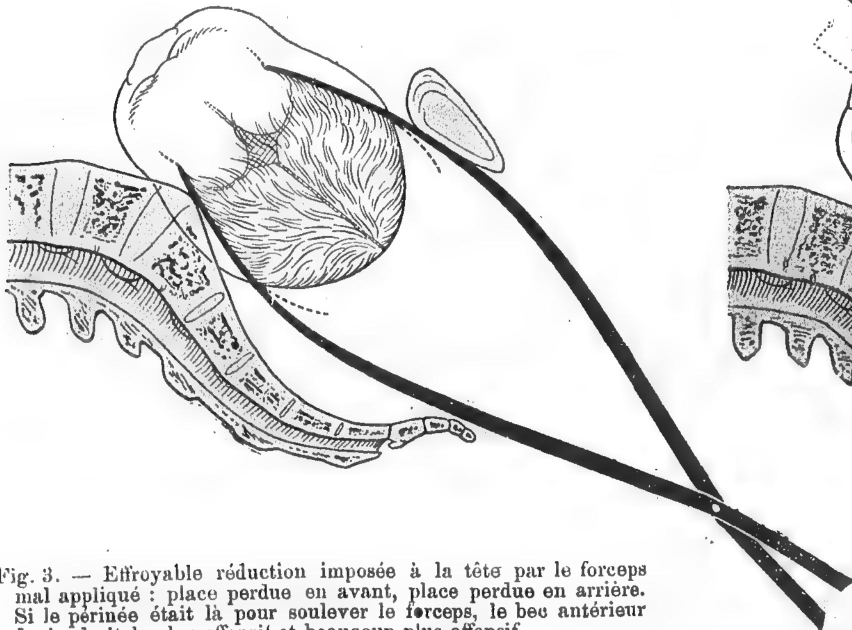


Fig. 3. — Effroyable réduction imposée à la tête par le forceps mal appliqué : place perdue en avant, place perdue en arrière. Si le périnée était là pour soulever le forceps, le bec antérieur deviendrait le plus offensif et beaucoup plus offensif.

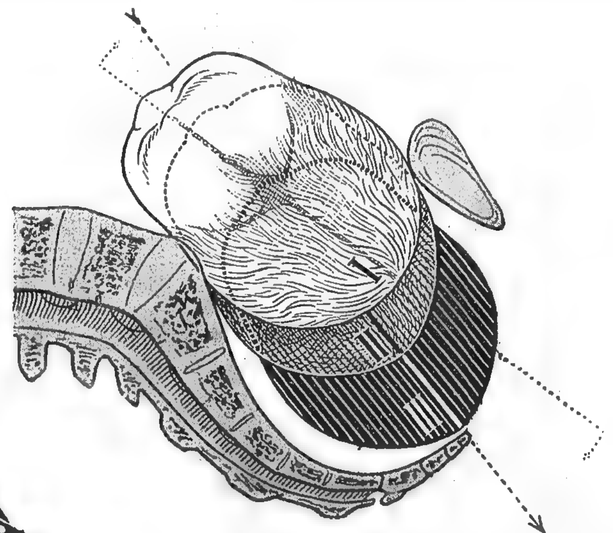


Fig. 4. — La même tête, dans le même bassin, passant le détroit supérieur par un simple changement d'inclinaison de I en II moyennant une légère dépression de la tempe postérieure, — tombant ensuite sans résistance de II en III (Voy. fig. 5).

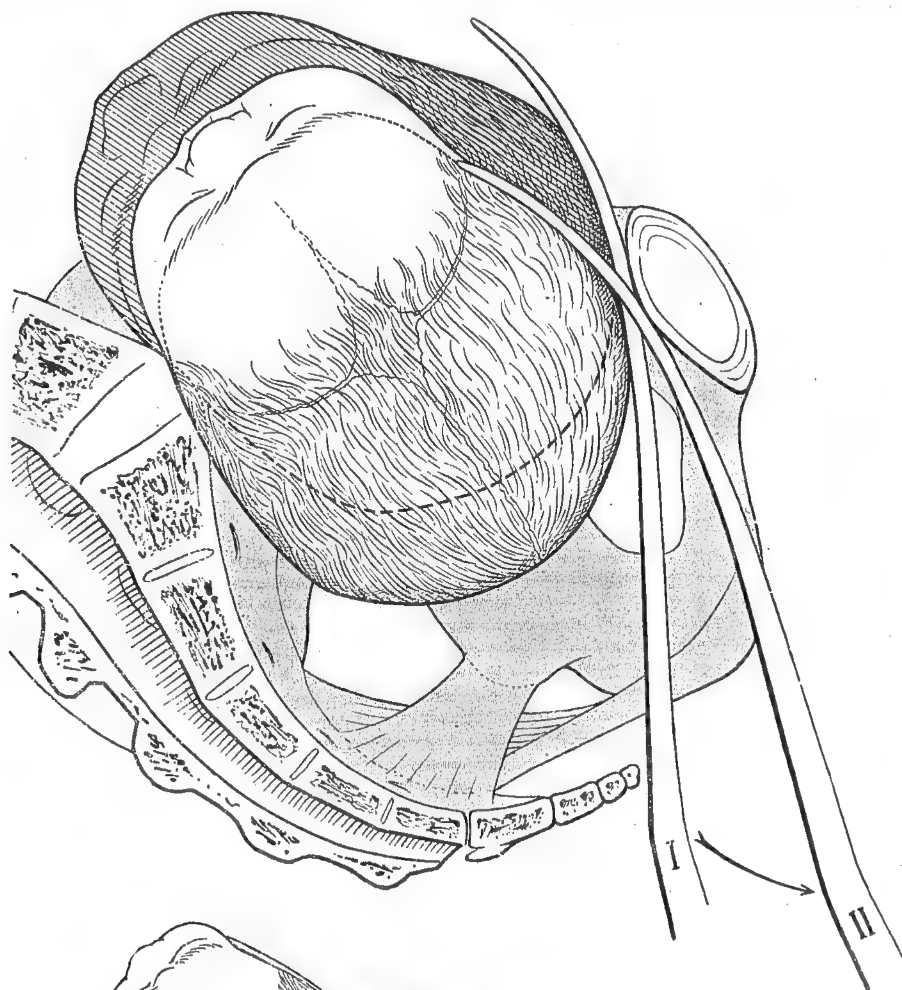


Fig. 5. — Sommet au détroit supérieur, flexion supposée faite, position o-g-*t*. — Tête grise, attitude initiale, pariétal antérieur surplombant le pubis, embrassé par une cuillère de forceps (levier) dont le manche I est fortement rejeté sur le coccyx. Tête blanche, attitude acquise par la traction et le transport, suivant la flèche, du manche I en II : l'engagement est produit, grâce à la dépressibilité de la tempe postérieure.

On s'est rapproché ainsi le plus possible du mécanisme de l'engagement normal spontané qui est le suivant : les contractions utérines agissant sur la tête grise (attitude initiale) déterminent peu à peu son changement d'inclinaison et forcent l'axe de l'ovoïde céphalique, qui d'abord était si loin de concorder avec l'axe de l'excavation, à diminuer sa divergence, à se rapprocher de ce qu'on appelle le synclitisme. Ainsi agit, dans les expériences sur le mannequin, la pression du doigt s'exerçant sur le pariétal antérieur ou celle du levier de la figure ci-contre. L'engagement ainsi mis en voie s'achève par le même mécanisme. A mesure que la dépression de la tempe postérieure par le promontoire s'opère, la bosse pariétale antérieure descend et s'engage : alors la tête est enclavée, comme disaient nos vieux maîtres Smellie, Levret, Baudelocque ; elle semble ne pouvoir ni descendre ni remonter. Brusquement, la bosse pariétale antérieure ayant franchi le détroit, la tête tombe sur le plancher de l'excavation.

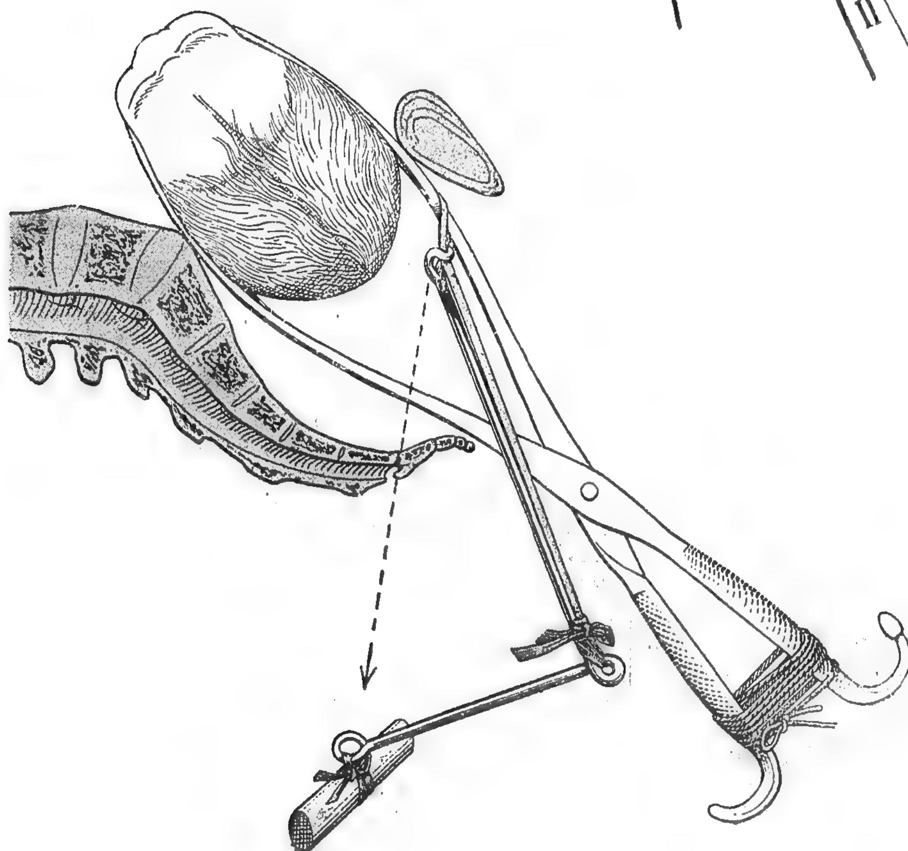


Fig. 6. — Tête au détroit supérieur, saisie au mieux et déjà réduite aux dimensions nécessaires par un forceps de Levret maintenu par un lien constricteur et tiré par un tracteur séparé très simple. La traction est dirigée en arrière comme la flèche, c'est bien; mais cela n'influence en rien l'inclinaison de la tête qui n'est pas libre dans le forceps, esclave lui-même du périnée.

En tirant le plus en arrière possible, l'on fait pour le mieux, l'on permet à la tête tout ce qu'on peut lui permettre pour qu'elle s'engage en se rapprochant du mécanisme de son engagement normal spontané. Ainsi s'expliquent les succès obtenus par cette méthode. Il est néanmoins certain qu'on voudrait pouvoir laisser la tête libre de rectifier complètement son inclinaison initiale, et que le forceps du détroit supérieur est encore à inventer.

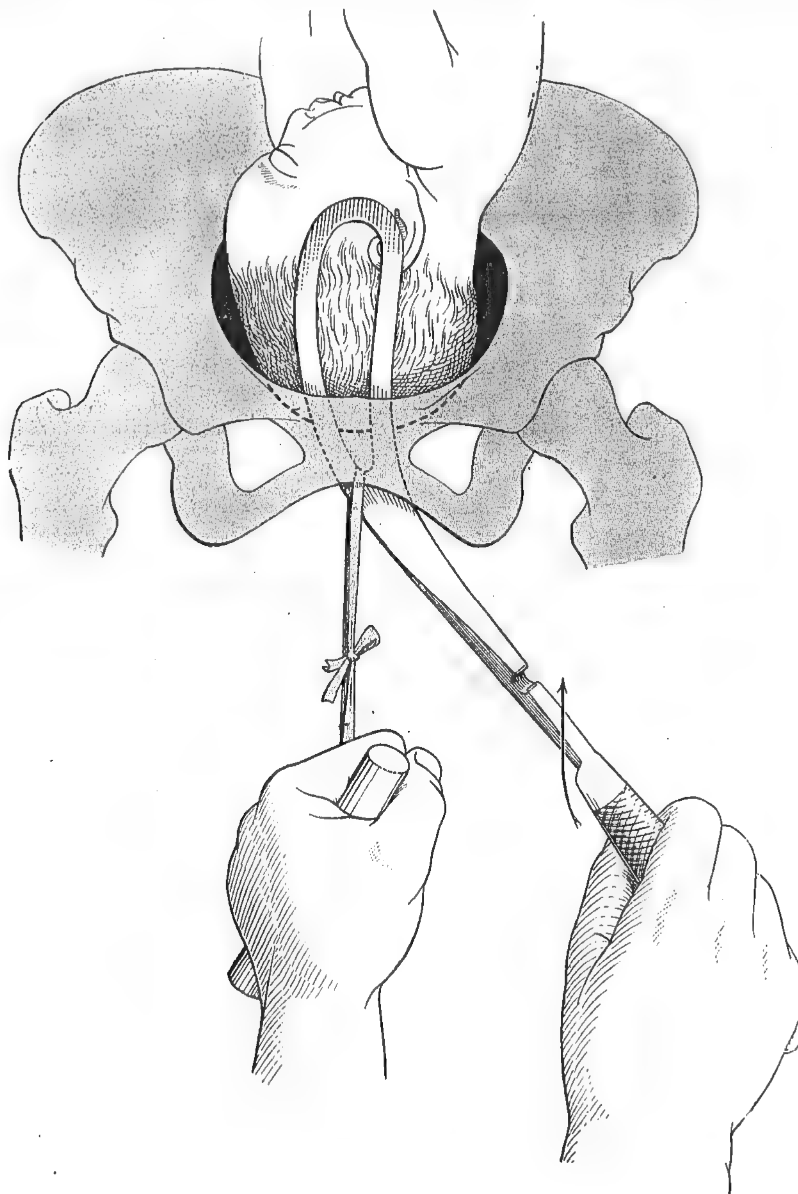


Fig. 6. — Emploi d'une cuillère de forceps comme levier muni d'un ruban tracteur, pour engager la tête dans le détroit supérieur. La main qui tient la branche la relève pour refouler et emboîter la tête : le dos de la cuillère est appuyé derrière le pubis, sa concavité prend le pariétal et ne peut glisser tant que la main relève le manche en le tordant un peu si le forceps est courbé, ce qui est le cas ici. La cuillère agit donc comme levier et comme tracteur : elle tire la tête comme une cuillère à soupe retire un œuf du fond d'un vase étroit et profond où il a cuit.

Il faut une certaine force pour maintenir bien appliquée la cuillère d'un forceps courbe. Mais on peut néanmoins l'employer, à défaut d'une cuillère droite que l'on n'a généralement pas sous la main. S'il est facile à l'accoucheur, muni d'une cuillère droite, de faire levier d'une main pendant qu'il tire de l'autre, il n'en est pas tout à fait de même avec une cuillère courbe : un aide tracteur est utile, car il permet à l'accoucheur de concentrer toute son attention pour empêcher le manche de lui tourner dans la main et la cuillère de déraper.

Que faire, donc? Nos expériences répondent : ne placer que la cuillère antérieure du forceps armée d'un lacs; la maintenir solidement d'une main, afin que la cuillère et son bec fassent levier sur le pariétal antérieur et l'emboîtent, pendant que l'autre main ou un aide tirera sur le lacs. Mais une cuillère de forceps droit serait plus facile à maintenir. Sans doute. Alors le levier? Oui, avec un ruban tracteur en plus (1).

L. H. Farabeuf et H. Varnier.

(1) Extrait d' « *Introduction à l'étude clinique et à la pratique des accouchements*, 480 pages, 362 figures. » Paris, 1891.

TRAVAUX ORIGINAUX

Tentative d'asphyxie par les vapeurs de charbon : Emphysème sous-cutané et hémiplégie hystérique consécutifs, par le Dr Em. Duponchel, professeur agrégé au Val-de-Grâce.

M. le professeur Laveran a communiqué récemment (juillet 1890) à la Société médicale des Hôpitaux une observation d'emphysème sous-cutané, consécutif à une tentative d'asphyxie par les vapeurs de charbon.

Nous venons d'observer un fait du même genre, mais andis que, dans le cas de M. Laveran, l'emphysème avait des proportions considérables et s'étendait depuis la région cervicale jusqu'aux bourses qui étaient fortement ballonnées; dans l'observation qui va être rapportée il s'agissait d'un emphysème peu développé, ne dépassant pas les parties supérieures du thorax et la base du cou. Cette circonstance permet de présumer que l'intoxication par l'oxyde de carbone est susceptible de donner lieu assez fréquemment à une pareille complication. Nous l'aurions en effet probablement méconnue, en raison de la médiocre étendue de l'emphysème, si nous n'avions pas eu l'esprit prévenu par la connaissance d'un fait antérieur; il sera intéressant de la rechercher désormais chez tous les sujets qui auront été exposés à l'action des vapeurs oxycarbonées.

L'explication à laquelle s'est arrêté M. Laveran (ruptures de vésicules pulmonaires, passage de l'air dans le tissu conjonctif du médiastin, puis dans celui du cou) paraît extrêmement plausible. En effet, notre malade, qui pendant les quatre ou cinq premiers jours où il a été observé, évacuait de nombreux crachats spumeux et sanglants, présentait des signes d'auscultation limités au lobe supérieur du poumon droit. Ils étaient particulièrement appréciables à la partie interne de ce lobe, près du bord droit du sternum. C'est à ce niveau que paraissait s'être produite une hémorrhagie pulmonaire, et la rupture de quelques vésicules du poumon pouvait assurément être la conséquence de cette hémorrhagie.

Mais l'observation suivante est intéressante à un autre point de vue, tout différent : immédiatement après la tentative d'asphyxie, il s'est produit chez notre malade une hémiplégie droite, épargnant la face, et un ensemble de troubles nerveux dignes d'être relevés. Nous les commenterons brièvement, après les avoir décrits.

Observation. — S... E..., engagé volontaire dans un régiment d'infanterie, âgé de 19 ans, en permission à Paris, a tenté de se suicider dans les circonstances suivantes : Sa permission était expirée depuis 48 heures, et il se trouvait exposé à une punition disciplinaire d'une certaine gravité ; il s'en exagérait du reste les conséquences, pensant que tout avancement lui serait désormais interdit. C'est pour cette raison qu'il a voulu se suicider. Dans ce but, il a rempli un poêle avec du charbon de bois ; après avoir enlevé le tuyau de ce poêle, il a barricadé la porte de sa chambre, fermé toutes les issues, mis le feu au charbon, puis s'est couché sur son lit en lisant un roman. Il était dix heures du matin quand il a commencé ses préparatifs; vers midi les caractères du livre qu'il tenait à la main ont commencé à se troubler, il a dû le poser ; il ne se rappelle pas autre chose. Quand il a repris connaissance, il était couché dans un lit d'hôpital, il ne sait pas comment il y est venu.— Un rapport de police nous apprend qu'un voisin entendant des gémissements a forcé la porte ; l'heure n'est pas indiquée.

Le sujet a été transporté au Val-de-Grâce pendant la nuit, il a repris connaissance à 2 heures du matin.

La tentative de suicide a eu lieu le 16 décembre 1890. Voici l'état du malade le 17 au matin :

La connaissance est complète; le sujet peut parler et s'expliquer. C'est un homme vigoureux, très musclé; vers l'âge de sept ans il a eu des attaques convulsives ; il appartient à une famille très nombreuse (14 enfants) dans laquelle il n'y aurait, d'après lui, aucune maladie nerveuse.

Il présente des effusions sanguines en divers endroits de la peau, particulièrement à l'avant-bras droit et au niveau de la rotule du même côté ; ces suffusions forment des taches d'un rouge clair. Il se plaint de douleurs au cou et au bras droit; la région cervicale antérieure présente du gonflement; il existe une dysphagie très marquée, les liquides seuls peuvent être avalés. Le malade crache du sang mêlé de spume bronchique. Il est incapable de mouvoir les membres du côté droit, il ne peut même pas les soulever au-dessus du lit ; cette hémiplégie ne porte pas sur la face. La vessie est pleine et paralysée, il faut sonder le malade. Les urines ne renferment ni sucre ni albumine.

Evolution des symptomes. — *Symptômes thoraciques*. — Le crachement de sang a duré quatre ou cinq jours ; il correspondait à une lésion thoracique appréciable à l'auscultation. On entendait dans toute l'étendue du lobe supérieur du poumon droit, en avant et en arrière, des râles sous-crépitants. Ils étaient particulièrement abondants à la partie antérieure, au voisinage du bord droit du sternum. C'est en ce point où la percussion révèle une légère submatité, que paraît s'être produite l'hémorrhagie qui donne lieu au crachement de sang. En appliquant le stéthoscope dans cette région, on s'est aperçu qu'il se produisait une légère crépitation due à de l'emphysème sous-cutané. Ces symptômes thoraciques se sont amendés rapidement ; au bout de huit jours ils avaient à peu près disparu.

Mais, vers le 1er janvier 1891, il s'est produit une sorte de poussée congestive du côté du sommet pulmonaire droit ; elle s'est accompagnée de fièvre, et suivie de l'expectoration d'un gros caillot sanguin, puis tout est rentré dans l'ordre.

Dysphagie et gonflement du cou. — Ces deux symptômes paraissent avoir la même origine et être dus à la pénétration de l'air dans le médiastin antérieur et dans le tissu sous-cutané du cou. Il en est résulté de l'emphysème nettement appréciable à la base du cou, dans la région thyroïdienne et à la partie antérieure et supérieure du thorax. Cet emphysème ne s'étend pas davantage, et disparaît en quelques jours ; on ne peut bientôt plus sentir en pressant la peau les crépitations caractéristiques de l'emphysème. En même temps la dysphagie cesse, le malade peut prendre des aliments solides.

Paralysie de la vessie. — Elle a été complète pendant les quatre premiers jours ; vers le dixième jour il n'a plus été nécessaire de sonder le malade.

Hémiplégie. — L'hémiplégie est le symptôme qui persiste le plus longtemps. A la date du 1er janvier 1891, le malade est encore incapable de se servir du bras et de la jambe droite ; mais l'impuissance motrice ne tarde pas à être moins complète. A partir du 8 janvier, le malade commence à marcher; le 20 janvier les mouvements sont absolument revenus dans le membre inférieur; la progression est cependant un peu gênée encore, en raison d'une douleur qui siège dans l'aine. Pour éviter la production de cette douleur, le malade raidit le membre inférieur droit pendant la marche. A la même époque, le membre supérieur droit a également repris ses fonctions; l'amélioration a été plus tardive, mais elle est aussi plus complète. — La face est restée constamment indemne ; mais elle a présenté des contractures passagères portant en particulier sur le masséter droit. Des contractures ont également existé aux membres du côté droit ; elles ont été très fugitives au membre inférieur et à l'avant-bras, et particulièrement persistantes au niveau de l'épaule. En cet endroit elles ont commencé à la partie postéro-externe, où il existait une contracture difficile à reconnaître au début. En effet, la partie externe du muscle deltoïde était seule contracturée, et l'on distinguait un gonflement mal limité, qui pouvait être pris pour un phlegmon diffus. Les mouvements du membre causaient de la douleur, mais des décharges électriques violentes n'étaient pas perçues quand on appliquait les réophores d'un appareil à courants interrompus sur la région tuméfiée. Ce gonflement s'est étendu, il se modifiait d'un jour à l'autre, et au bout de quelque jours il est devenu certain que l'on avait affaire à des contractures. L'articulation scapulo-humérale a été douloureuse au début, mais il s'agissait d'une simple arthralgie ; en poussant violemment l'humerus de bas en haut, on ne provoquait pas de douleurs.

La paralysie des membres s'accompagnait d'une hémianesthésie du côté droit du corps, hémianesthésie qui portait également sur la face, sur le cuir chevelu et sur la langue.

Les sensations de température sont revenues très rapidement ; la perte de la sensibilité tactile a été persistante, sauf en un point limité de l'avant-bras droit. L'analgésie était complète, elle était cutanée et profonde ; les décharges électriques les plus violentes n'étaient pas perçues du côté droit ; le sujet se plaignait au contraire beaucoup, quand l'un des réophores venait à être appliqué, en un point quelconque du corps, du côté gauche. — Le goût avait disparu sur le côté droit de la langue.

Il convient encore de noter à propos de cette hémiplégie des points douloureux à l'épaule, à l'aine droite, au genou droit ; un rétrécissement du champ visuel du côté droit, lequel n'a pas persisté ; de l'exagération des réflexes tendineux du même côté ; des trépidations épileptoïdes obtenues par la flexion du pied droit ; enfin le phénomène de l'autographisme.

Quand on trace des caractères sur la peau du malade, du côté anesthésié, ils ne tardent pas à se dessiner très nettement, en faisant au-dessus du derme une saillie blanchâtre très perceptible au toucher, et entourée d'une aréole rouge. Le malade ne présente ni tremblements, ni nystagmus, ni autres phénomènes pouvant faire penser à une sclérose en plaques. L'hémiplégie dont il est atteint est de nature hystérique, tous les signes ci-dessus mentionnés s'accordent pour justifier ce diagnostic.

Traitement. — Dès que les symptômes thoraciques ont été améliorés, le traitement n'a plus visé que les complications de paralysie hystérique. Il a consisté surtout dans l'emploi de douches froides, de l'aimant et de l'électricité statique.

Etat du malade le 26 janvier 1891. — A cette date le malade est à peu près rétabli ; il a repris toute la liberté de ses mouvements, les contractures ne se reproduisent plus, mais certains stigmates hystériques persistent, en particulier la douleur de l'aine et le clonus du pied droit ; l'hémianesthésie persiste également, mais elle n'est plus aussi complète, certains points du côté droit du corps ont repris une sensibilité presque normale. Les membres du côté droit ne sont nullement atrophiés ; l'état des forces apprécié au dynamomètre reste encore diminué à droite.

Le 12 février le malade demande à sortir de l'hôpital : il ne présente plus aucun trouble moteur ; les analgésies n'ont pas complètement disparu.

En présence de cet homme que l'on nous amenait complètement paralysé des membres du côté droit, diverses hypothèses pouvaient être émises. On a décrit en effet des hémorrhagies cérébrales, des ramollissements, des névrites périphériques survenant à la suite des intoxications par l'oxyde de carbone.

L'idée d'une hémorrhagie cérébrale était particulièrement acceptable, en raison des hémorrhagies pulmonaires et cutanées qui étaient constatées. Le mécanisme qui les avait occasionnées n'était-il pas susceptible de produire un résultat analogue soit dans la masse cérébrale soit à sa périphérie? Quand la situation du malade s'est améliorée, il conservait encore des contractures du membre supérieur, de l'exagération des réflexes à droite et des trépidations épileptoïdes obtenues par la flexion du pied, de même côté. Ces derniers symptômes pouvaient faire penser à une sclérose descendante du cordon latéral droit. Un observateur non prévenu aurait encore pu se baser sur leur existence et sur la raideur du membre inférieur droit pour penser au tabes dorsal spasmodique. En réalité il s'agissait uniquement d'hystérie : l'hémianestésie sensitive et sensorielle se comprendrait difficilement dans l'hypothèse d'une lésion cérébrale ; elle ne pourrait s'expliquer que par des lésions multiples de l'encéphale. Des névrites n'expliqueraient ni l'insensibilité du côté droit de la face, ni la plupart des autres symptômes. Les contractures n'avaient pas les caractères des contractures post-hémorrhagiques, elles n'ont du reste été suivies ni d'atrophie des muscles, ni de rétractions tendineuses. L'arthralgie de l'épaule, les points douloureux, le rétrécissement du champ visuel, sont des phénomènes de nature hystérique ; l'exagération des réflexes tendineux et le clonus du pied peuvent se rencontrer dans l'hystérie. Enfin l'électricité nous fournissait des renseignements précieux pour le diagnostic.

Rien n'est en effet plus remarquable que l'indifférence des hystériques à l'égard des décharges électriques même les plus violentes, tant que les réophores restent appliqués sur les parties anesthésiées et surtout sur les parties paralysées. Nous ne pensons pas que le phénomène puisse être constaté, à ce degré du moins, dans aucune autre espèce de paralysie. Depuis plus de cinq ans nous recherchons ce signe, et il nous paraît de plus en plus avoir une importance de premier ordre pour le diagnostic différentiel des paralysies. Cette analgésie électrique contraste avec la contractilité électrique, qui demeure normale dans l'hystérie ; elle contraste également avec une sensibilité normale ou même exagérée à l'égard de ces mêmes décharges électriques dans les parties du corps qui ne sont ni anesthésiées, ni paralysées. Notre malade présentait ce dernier contraste d'une façon très nette. Il est en outre très curieux de voir cette analgésie électrique se rencontrer en des points qui sont le siège de douleurs spontanées. On a vu dans l'observation précédente qu'elle existait dans les parties tuméfiées et douloureuses de l'épaule ; cette tuméfaction était telle que l'on pouvait songer à des accidents inflammatoires. Or la constatation de cette analgésie spéciale permettait à elle seule d'affirmer qu'il n'y avait ni arthrite, ni plegmon dans la région. La guérison rapide de notre malade constitue un nouvel argument à l'appui de diagnostic d'hémiplégie hystérique.

Relisant, à l'occasion de ce fait, quelques-unes des observations dans lesquelles on a mentionné des paralysies et des troubles nerveux divers consécutifs à l'intoxication oxycarbonée, nous nous sommes demandé si la plupart n'étaient pas de nature hystérique. Claude Bernard et Bourdon ont vainement cherché à reproduire, chez les animaux qu'ils intoxiquaient par l'oxyde de carbone, des paralysies analogues à celles qu'ils avaient constatées chez l'homme. N'est-ce pas là un argument important, tendant à établir qu'il ne s'agit pas de paralysie de cause organique ?

L'amnésie signalée par M. Laveran dans l'observation à laquelle nous avons fait précédemment allusion est un phénomène fréquemment observé dans l'hystérie. Il existe, du reste, plusieurs observations d'hystérie développée à l'occasion d'un empoisonnement par les vapeurs de charbon. Charcot en a rapporté une (*Leçons du mardi à la Salpêtrière*) dans laquelle l'hystérie se manifestait en particulier par le singulier phénomène de l'astasie-abasie.

Quant au mécanisme par lequel se produisent ces accidents hystériques, il est assurément difficile de l'expliquer. L'oxyde de carbone est l'un de ces nombreux agents provocateurs de l'hystérie, qui ont été énumérés dans la thèse de Guinon, et dont la liste n'est pas encore close. Ce gaz toxique agit à la façon du plomb, de la syphilis, des traumatismes, des émotions morales, de la fulguration, qui, chez des sujets prédisposés, provoquent l'apparition de la névrose.

La prédisposition n'est du reste pas toujours facile à établir, parce que des stigmates hystériques, même très accusés, peuvent rester indéfiniment ignorés des malades et même de leur médecin. Dans le cas que nous venons de rapporter, il est probable que les convulsions survenues à l'âge de sept ans ont constitué une première manifestation de la névrose ; de plus, un homme qui se décide au suicide parce qu'il est en retard de 48 heures pour rentrer à son régiment, peut bien être considéré comme n'ayant pas un système nerveux absolument normal.

Névralgie paludique de la langue avec ulcération,

par M. le Dr Le Diberder (de Lorient).

J'ai fait de minutieuses recherches dans divers auteurs. M. le docteur Bouisson, dans son article *Névralgie de la langue* (1), cite les docteurs Brewer et Breil, mais sans détail ; ces auteurs n'ont point constaté d'altération de la langue. Valleix, qui en fait mention, la considère comme une extension de la névralgie faciale.

Dans son article si remarquable sur les fièvres intermittentes, M. le docteur Léon Collin (2) ne mentionne pas la névralgie linguale.

Aussi j'ai cru intéressant de publier les deux observations qui suivent, parce que j'ai constaté la difficulté du diagnostic sérieux. Les ulcérations de la langue attirent toute l'attention, c'est à elles que d'emblée s'adressent les moyens curatifs. L'insuccès des moyens successivement employés suivant l'indication locale devait nécessairement conduire à en rechercher la cause, soit dans les antécédents, soit dans les signes concomitants.

En suivant cette voie j'ai été conduit à mettre en évi-

(1) *Dictionnaire des sciences médicales* (Dechambre et Lereboullet), t. LIII, page 377.

(2) Léon Collin, t. LII, page 72.

dence l'influence de la malaria; le succès complet du traitement m'a pleinement convaincu.

Madame B..., 65 ans, d'une bonne constitution, veuve depuis 30 ans, a eu trois filles, dont l'une religieuse morte phthisique. Les deux autres, mères de famille, ont toujours joui d'une bonne santé.

Depuis l'âge de 18 ans, Mme B... a été sujette aux névralgies qui occupaient le plus souvent une des régions temporales ou maxillaires. Je l'examine pour la première fois le 24 avril. Elle souffre depuis un mois et demi de douleurs très aiguës à la pointe de la langue.

Celle-ci est profondément altérée dans toute son étendue, c'est-à-dire 5 centimètres. Toute cette partie est rouge et profondément fendillée; ce sont des alvéoles à fond gris et séparés par des languettes de longueur variée. Les plus saillantes mesurent deux centimètres, les autres un peu moins.

Elle ne peut ni parler ni manger. Elle en est réduite à s'alimenter de bouillon et de lait. La bouche constamment pleine de salive qu'elle ne peut avaler, elle bave constamment.

Néanmoins elle a du sommeil pendant la nuit; ce sommeil n'est pas accompagné de sueurs.

Les cautérisations variées qu'elle a subies ont été très douloureuses. Elles n'ont pas arrêté la marche croissante du mal, ni le gonflement, ni la rougeur, ni les ulcérations, ni les proéminences qui se sont prononcées davantage.

Considérant l'influence des moyens employés et surtout ses antécédents, je l'engage à recourir à l'usage de la quinine et à laisser de côté tout autre moyen. Je lui prescris la potion suivante :

Sulfate de quinine	2,00
Acide tartrique	1,00
Alcoolat de menthe	5,00
Sirop de sucre	35,00
Eau	110,00

à prendre le tiers de la potion chaque jour. Deux cuillerées à bouche en une fois le matin et une à midi. Cette médication est suivie exactement.

Le dixième jour, 6 mai, je constate une amélioration. La langue est moins douloureuse, surtout du matin à midi; il y a une rémission marquée qui s'accentue chaque jour. Elle peut boire plus facilement, mais elle ne peut user d'aliments solides. La malade n'a jamais gardé le lit, ni même la chambre. Elle a continué son commerce d'épicerie.

Le 12 mai, seizième jour du traitement non interrompu, l'altération de la langue s'est beaucoup améliorée. Les saillies ont diminué de longueur, les alvéoles qui les séparent se sont comblés.

La facilité à s'alimenter est à peu près complète; les douleurs sont devenues légères. Elle ne bave plus. L'appétit s'est développé. La rémission est devenue une intermittence complète; le malaise ne se fait sentir qu'à la fin de l'après-midi.

Le 22 mai, l'amélioration se complète et on distingue à peine des inégalités très légères à l'extrémité de la langue. La quinine n'a pas été interrompue.

Au commencement de ce traitement je me demandais ce que deviendraient les languettes si prononcées de la pointe de la langue : faudrait-il les exciser ou les ligaturer? J'ai été surpris de les voir disparaître par leur retrait d'une part et la poussée des alvéoles qui les séparaient.

Cette observation est intéressante surtout par le diagnostic qui s'imposait, par les antécédents et l'insuccès de tous les moyens employés localement.

2e *obs.* — M. L. L..., 32 ans, pharmacien, grand, maigre, jouit habituellement d'une bonne santé.

A la fin d'octobre il éprouve dans la journée des malaises qui vont en s'accentuant les jours suivants, l'appétit fléchit, le sommeil est souvent interrompu ou nul. Le matin, sueurs abondantes. Puis au commencement de novembre la face devient le siège d'une éruption furonculeuse qui envahit surtout le menton.

Il attribue son mal à sa profession sédentaire; il prend de l'exercice deux fois par semaine. Il a pris aussi de la quinine, mais irrégulièrement. Ses sorties l'améliorent, mais ne le guérissent pas.

Le 20 décembre il éprouve dans la langue des douleurs aiguës, augmentant le soir; il constate sur le côté droit de la langue, à la partie moyenne et à l'extrémité, deux aphthes qui augmentent d'étendue. Il s'est cautérisé lui-même de son chef; ces cautérisations sont suivies de douleurs atroces persistantes.

Le mal fait des progrès rapides le 22. Il ne pouvait parler qu'avec une grande difficulté. Pour s'alimenter il ne pouvait user que de liquides, lait et bouillon. Le sommeil est nul, et le matin il est baigné dans une sueur profuse.

Je le vois pour la première fois le 25 décembre. Je constate au côté droit et à la pointe de la langue deux aphthes à fond d'un rouge vif; le plus grand mesure 3 centimètres en longueur et 2 en travers.

Celui de la pointe est un peu moins étendu. Les deux ulcérations à fond rouge sont très douloureuses.

Il a grand'peine à parler et à s'alimenter.

Je l'engage à recourir franchement à l'usage de la quinine. Il en prend 1 gr. 40 en trois doses, deux de 0 gr. 50 dans la matinée, la troisième de 0 gr. 40 dans l'après-midi.

Dès la seconde nuit le sommeil est meilleur et la sueur moins abondante.

Le 28, troisième jour du traitement, l'amélioration est très marquée. Il parle et mange avec beaucoup moins de peine. Les sueurs ont cessé la nuit dernière.

L'amélioration s'accentue rapidement. Le 1er janvier il parle franchement et n'éprouve pour manger qu'une gêne supportable.

Il n'est pas possible de contester, dans ce cas, l'efficacité rapide de la quinine. Du reste l'indication était précise et ne pouvait laisser aucune incertitude. Bien que le mal fût constant, il y avait à dater de l'après-midi une exacerbation évidente. De plus, les sueurs profuses de la nuit complétaient le tableau. Enfin la guérison franche, rapide par la quinine ne peut laisser aucun doute sur la nature du mal qui rentre dans le vaste domaine de la malaria.

Je n'ai pris ni le pouls ni la température de mes deux malades, qui passaient leurs journées debout et vaquaient tant bien que mal à leurs affaires.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Localisation dans la couche optique (Localized centres in the optic thalami), par Hugo Engel (*Medical News*, 27 décembre 1890, p. 680). — Homme de 43 ans, atteint quelque temps après une fièvre typhoïde de syphilis. Plus tard, il accuse une céphalée caractéristique et on constate un an après la perte subite de la sensibilité tactile à droite, puis celle du goût et de l'odorat du même côté. Quelques jours après, les mêmes sensibilités furent affectées à gauche. Enfin, il survint une cécité et une surdité doubles. Le malade mourut en état de mal. A l'autopsie, on trouve une gomme siégeant dans le ventricule moyen, empiétant sur la couche optique gauche plus que sur la droite, étendue en avant jus-

qu'aux pédoncules du trigone et en arrière jusqu'au bourrelet du corps calleux. La capsule interne est respectée. L'auteur croit que cette observation plaide en faveur de la théorie de Luys qui place les centres sensoriels dans la couche optique; toutefois, il pense que cette hypothèse devra être modifiée en ce sens que les centres de la vision ne siégeraient pas dans le deuxième noyau, mais plutôt dans le quatrième noyau de la couche optique. Nous ferons remarquer que cette observation est insuffisante, car l'examen histologique fait défaut, et que, d'après le dessin produit par l'auteur, la gomme paraît intéresser la partie postérieure de la capsule interne.

Acromégalie (Ett Fall af Akromegali), par Hugo Holste (*Festkrift fran Pathologisk-Anatomiska Institutes*, 1890, p. 105). — Le sujet est pris à l'âge de 41 ans, deux ans à la suite d'une maladie fébrile accompagnée de douleurs dans les membres. C'est du moins à cette époque qu'on s'aperçut de l'accroissement de volume de toutes ses extrémités. L'examen actuel montre les signes classiques de l'acromégalie. Le malade meurt d'érysipèle. A l'autopsie, glande pituitaire très grossie, de consistance très molle, et néoplasme situé à la place du thymus. L'examen histologique ne montre guère qu'un peu d'augmentation du tissu conjonctif de la pituitaire. L'auteur remarque que dans les 9 cas d'autopsie d'acromégaliques connus, les résultats sont très différents; on ne peut donc encore se prononcer sur la pathogénie. Il ne pense pas non plus, et il invoque à cet égard les recherches anatomiques de A. Broca, que les lésions osseuses de la maladie de Paget et de l'acromégalie soient si différentes qu'on l'a prétendu.

Electricité statique à courants interrompus (The Franklinic interrupted current), par William James Morton (*Medical Record*, 24 janvier 1891, p. 97). — Après une longue et minutieuse description, accompagnée de figures, de ce nouveau procédé, l'auteur conclut que ce traitement est supérieur au traitement ordinaire par l'électricité statique, et qu'il peut rendre des services là où tous les autres traitements électro-thérapeutiques ont échoué. Il s'en distingue, du reste, en ce que l'on n'a pas recours aux étincelles, et que par suite on ne provoque pas de douleurs.

Sur un cas de syringomyélie observé en 1875 et 1890, par Charcot et Brissaud (*Progrès médical*, 24 janvier 1891, n° 4, p. 73). — Le malade dont il s'agit présentait, lors de la première observation, une sorte de paraplégie spasmodique du côté gauche avec faiblesse et tendance à la contracture dans le bras gauche. Quinze ans après, l'hémiplégie gauche persiste et la sensibilité thermique est presque totalement abolie du même côté, alors que la sensibilité cutanée persiste : de plus, l'aspect général de la main gauche présente le type acromégalique et deux doigts portent des cicatrices de panaris. Les auteurs insistent sur l'intérêt du trouble trophique de la main gauche, et sur l'apparition des panaris aux doigts de la même main.

Topographie des lésions spinales au début, par F. Raymond (*Revue de médecine*, 10 janvier 1891, n° 1, p. 1). — A l'occasion d'un cas très intéressant de tabès à marche rapidement mortelle d'une durée de 2 ans, suivi d'autopsie, M. Raymond passe en revue les principaux exemples connus de tabès dorsalis où l'autopsie a pu être faite à une époque relativement peu éloignée du début de la maladie, pour insister sur la distribution des altérations spinales dans ces cas. Il fait également connaître les résultats des recherches de Flechsig sur le développement embryogénique des cordons postérieurs. Il conclut de son étude : que les lésions spinales du tabès dorsalis vrai peuvent exister indépendamment de toute altération des méninges, des racines postérieures et des nerfs périphériques; qu'au début de la maladie, la topographie de ces lésions spinales, quoique sujette à des variations individuelles, présente cependant une grande uniformité — la sclérose étant cantonnée dans la zone radiculaire moyenne (partie médiane du cordon de Burdach); — que le tabès dorsalis vrai est une affection systématique des centres nerveux, dans le sens attribué à ces mots par Flechsig.

Sur les psychoses de l'influenza (Ueber Influenza Psychosen), par Jubrosinski (*Deutsche medicinische Wochenschrift*, 1891, n° 3, p. 89). — Etude basée sur 20 cas de psychoses diverses survenues à la suite de l'influenza, d'où l'auteur conclut que cette complication se montre de préférence dans la convalescence, à l'âge adulte, et chez des sujets porteurs de tares héréditaires nerveuses.

MÉDECINE

Valeur de l'acide camphorique comme agent antisudoral, par Combemale et Dubiquet (*Bull. médic. du Nord*, 28 novembre 1890, p. 585). — L'acide camphorique, déjà proposé par Leu et Dreesmann contre les sueurs des phthisiques, a donné aux auteurs de bons résultats dans un certain nombre de cas, mais non dans tous. Il a sur l'atropine et les autres médicaments usités en pareil cas l'avantage de ne produire aucun trouble des organes digestifs ou de l'appareil cérébro-spinal. On l'emploie en potions, à la dose de 2 grammes par jour.

De la pneumonie érysipélateuse, par A. Duléry (*Arch. de médec. et de pharm. militaires*, décembre 1890, p. 425). — Deux observations : dans l'une, non démonstrative, un homme de 61 ans, atteint de pneumonie à évolution normale, eut à la suite d'un vésicatoire un érysipèle du thorax dont il guérit; il n'est pas question de l'examen bactériologique des crachats. Dans l'autre observation, un homme qui s'était trouvé dans un foyer d'érysipèles, est pris d'une pneumonie qui évolue régulièrement, mais au bout de quelques jours rechute de la pneumonie au cours de laquelle le malade est pris du pharynx, puis de la face; puis nouvelle rechute qui occupe toujours le même poumon et qui entraîne la mort. A l'autopsie, épanchement pleural purulent, péricardite suppurée, hépatisation grise du poumon, dans lequel on constate par l'examen microscopique et par les cultures la présence du streptocoque.

Déplacement des viscères abdominaux (Un caso di grave spostamento dei visceri addominali osservato in una donna di 60 anni), par G. Sperino (*Giornale della R. Accad. di Medic. di Torino*, août 1890, p. 626). — Voici les déplacements considérables des viscères abdominaux que l'auteur met sur le compte de la dilatation de l'estomac produite elle-même par un catarrhe gastrique : estomac situé tout entier à gauche de la ligne médiane, occupant tout l'hypochondre gauche et présentant un grand axe vertical; intestin grêle diminué de près de moitié dans sa longueur et considérablement rétréci dans son calibre; cæcum situé profondément dans l'excavation pelvienne, allant se mettre en rapport avec la face antérieure du rectum; foie situé entièrement à droite de la ligne médiane et arrivant jusqu'à la partie supérieure de la fosse iliaque.

Diagnostic de la phthisie (Zur Diagnostik der tuberkulœsen Lungenaffectionen), par Sticker (*Centralb. f. klin. Med.*, janvier 1891, n° 3, p. 49). — L'auteur a remarqué dès longtemps que l'usage interne de l'iodure de potassium pouvait produire des réactions qui méritent d'être rapprochées de l'action locale de la lymphe de Koch. Des doses quotidiennes de 0,20 centigrammes, administrées pendant un certain temps, peuvent déterminer, dans un foyer tuberculeux commençant non susceptible d'un diagnostic physique précis, des phénomènes de catarrhe congestif local que l'exploration directe peut alors mettre en relief. Il y a plus, et il semble que l'action de l'iodure de potassium aide à l'élimination des produits malades, car on a souvent dans des conditions semblables des crachats bacillifères qui permettent de parfaire le diagnostic. Ceci amène l'auteur à affirmer que le médicament en question pourrait avoir une importance non seulement diagnostique, mais curative, comme cela a déjà été vu par quelques observateurs (G. Sée); c'est surtout dans les phthisies à forme de pneumonie interstitielle chronique que l'iodure pourra rendre des services, la créosote au contraire agissant même dans la pneumonie caséeuse. L'auteur croit que l'iodure de potassium pourra être un utile adjuvant du remède de Koch; on alternera l'emploi des deux moyens.

La propagation de la tuberculose en dehors de l'organisme (Zür Frage nach Verbreitung der Tuberkelbacillen ausserhalb des Kœrpers), par M. T. Schnirer (*Wien. med. Presse*, 1891, n° 1, p. 3). — Schnirer occupé au laboratoire de Weichselbaum par un travail bactériologique, envoie chercher par le garçon une livre de raisin. Le raisin

était tellement poussiéreux que pour le manger Schnirer le fit laver dans un vase. L'eau devint d'un sale repoussant et, pour voir si elle ne contenait pas de germes pathogènes, l'auteur l'inocula à trois cobayes, dans le péritoine. Un des animaux mourut au bout de deux jours, de péritonite; les deux autres succombèrent respectivement au 45e et au 58e jour. A l'autopsie on trouva une tuberculose très nette ayant envahi le péritoine, le foie, la rate et les poumons. L'examen microscopique permit de constater la présence des tubercules.

Le garçon qui apporta le raisin et le marchand qui le vendit n'étaient pas tuberculeux; en plus le premier, qui en somme n'a pas touché le raisin, s'est lavé les mains au savon et au sublimé avant de faire la commission. Le vase dans lequel le raisin a été lavé, et la seringue, étaient stérilisés.

Les bacilles ne pouvaient donc provenir que de la poussière des rues contenant des crachats desséchés de phthisiques. Les recherches dans ce sens doivent être continuées Celles de Cornet ne sont pas très décisives, puisqu'il a fait les recherches sur la poussière des rues, pendant l'hiver, à Berlin où les rues en asphalte sont lavées souvent; en plus il a pris la poussière qui adhère aux maisons. Or Koch a démontré que les cultures de tuberculose exposées pendant trois jours à la lumière, succombent.

Conclusion pratique : 1° les marchands de fruits seront tenus à prendre certaines précautions contre la poussière; 2° les fruits doivent être lavés avant d'être mangés.

Dermatomyosite aiguë (Dermatomyositis acuta), par Unverricht (*Deut. med. Woch.*, janvier 1891, n° 2, p. 41). — Cette affection a une histoire toute moderne, fondée sur une ancienne observation de l'auteur, et sur les faits de Wagner, Hepp, Plehn et Wætzoldt. A l'occasion d'un nouveau fait, l'auteur reprend l'étude de ses principaux caractères. Trois éléments principaux la constituent : une myosite presque généralisée qui épargne cependant certains groupes musculaires (cœur, œil, langue, diaphragme), un œdème cutané et sous-cutané qui se superpose à la myosite et rappelle l'œdème inflammatoire, enfin des éruptions (érythème en plaques, urticaire, taches purpuriques). Les douleurs spontanées sont variables, la sensibilité des muscles à la pression est exaltée. Du reste, le fonctionnement des parties malades n'est pas toujours compromis en proportion de l'intensité des phénomènes objectifs. On observe communément un gonflement de la rate, de la fièvre et différents caractères des états infectieux. L'ensemble rappelle le typhus ou les formes graves de la trichinose, une atrophie musculaire progressive suraiguë. La mort est presque la règle; cependant les cas les plus légers peuvent guérir. Anatomiquement, il s'agit d'un œdème actif avec infiltration leucocytique intense et d'une myosite interstitielle hémorrhagique menaçant même de suppurer. Aucune observation précise ne permet de classer cette infection présumée; l'auteur a seulement quelque tendance à la rapprocher des myosites dues aux grégarines dont Pfeiffer a rapporté des exemples.

Polymyosite aiguë hémorrhagique (Polymyositis acuta hæmorrhagica), par Prinzing (*Münch. med. Woch.*, n° 48, p. 846, décembre 1890). — L'auteur a observé un nouveau fait chez un serrurier de 50 ans. L'allure générale fut la même que dans les cas antérieurement publiés, mais la durée se prolongea plusieurs mois. On explora méthodiquement pendant la vie les appareils nerveux qui furent trouvés intacts; il n'y avait nulle part de sensibilité exagérée des troncs et rameaux nerveux à la pression. Du reste, même dans les préparations histologiques de muscles malades, les filets nerveux paraissaient absolument sains. Mais les fibres musculaires montraient une lésion importante: l'état vacuolaire, visible sur les coupes entravées de préférence. C'est le même état qu'avait noté Cagliari dans un cas analogue. En tenant compte de la signification que Schæffer attribue à la vacuolisation en faveur de la nature myopathique primitive des lésions, cette constatation contribue à fixer la place que doit tenir la polymyosite dans le groupe des affections musculaires primitives, indépendantes du système nerveux.

Deux cas d'adénopathie trachéo-bronchique avec hémoptysies foudroyantes, par A. Aldibert (*Rev. mens. des maladies de l'enfance*, février 1891, p. 69). — Exemples d'une cause rare d'hémoptysies de l'enfance, dans les 2 cas, la rupture vasculaire avait été précédée par l'évacuation d'un abcès ganglionnaire occupant le hile du poumon; dans une observation, la branche rompue de l'artère pulmonaire n'avait subi aucune modification de son calibre, mais les parois étaient friables et ramollies; dans l'autre cas, il y avait une dilatation funiforme du vaisseau dont la paroi était également friable et en outre les autres branches de l'artère pulmonaire présentaient un semis de granulations paraissant être des granulations tuberculeuses.

CHIRURGIE

Traitement du torticolis spasmodique par la section du spinal (The treatment of spasmodic torticolis by excision of spinal accessory nerve), par Southam (*The British med. Journ.*, 31 janvier 1891, p. 222). — Dans les 3 cas qui suivent le torticolis survint sans cause préjudicielle, fut très intense et résista à tous les traitements ordinaires. Dans les 3 cas on fit une incision de 7 à 8 cm. le long du bord antérieur de l'extrémité supérieure du sterno-mastoïdien, et le nerf étant découvert on en réséqua près d'un centimètre, juste au-dessus du point où il pénètre dans le muscle. La tête s'est beaucoup relevée, mais elle n'est revenue complètement droite qu'à la suite des manipulations. 1° Femme de 31 ans, torticolis droit durant depuis 6 mois; 2° Homme 35 ans, torticolis gauche depuis 5 mois; 3° Homme 24 ans, torticolis depuis 3 mois. Les cas 1 et 2 (opérés depuis 18 mois et 6 mois) ont la tête absolument droite; à la suite de fatigue, il y a un peu de tendance au retour du spasme. Dans le cas 3 (opéré depuis un mois), la tête est presque droite. Les cas les plus favorables sont ceux où il y a un spasme tonique confiné au sterno-mastoïdien.

Désarticulation inter-scapulo-thoracique (Amputation of the left upper extremity, together with the outer half of the pectoralis major, the pectoralis minor, subclavius, all the muscles of the scapula, a portion of the serratus magnus, and the entire clavicle and scapulus, Recovery), par Wyeth (*The New-York med. Journ.*, 17 janvier 1891, p. 57.) — Un sujet de 44 ans, marié, entra à l'hôpital le 7 octobre 1890. Neuf mois avant on lui avait enlevé un sarcome de la longue portion du triceps; la plaie guérit par 1re intention. Promptement, il y eut récidive. Le bras ne forme plus qu'une masse indurée, l'œdème s'étendant jusqu'à la main. Les tissus sous le bord externe de la clavicule et une partie de l'omoplate sont envahis. Anesthésie par l'éther. Bande d'Esmarch. Incision sur toute la longueur de la clavicule qui fut désarticulée et enlevée en totalité. Ligature de la sous-clavière, des branches de la thyroïdienne inférieure. Les muscles pectoraux sont coupés au ras de la poitrine. La peau recouvrant l'omoplate fut disséquée et tous les muscles attachés à la partie interne de l'omoplate furent coupés avec des ciseaux. L'omoplate est aussi enlevée. Ligature de la veine axillaire et séparation de l'épaule. Drains en avant, en arrière et latéralement : sutures à la soie. Guérison. Le 1er décembre, il n'y a pas encore de récidive. L'auteur termine par un tableau de 49 opérations.

Albuminurie et traumatisme, par Th. Weiss (*Rev. méd. de l'Est*, 1er février 1891, p. 65). — L'auteur a amputé, pour une arthrite suppurée, le gros orteil d'un homme de 64 ans qu'il croyait bien portant. Il en est résulté de la suppuration, de la gangrène et des accidents septiques mortels. Lorsqu'on a constaté les complications locales, on a examiné les urines et on y a trouvé de l'albumine. Weiss incrimine ici avant tout l'état général du malade : mais il faut faire remarquer que la plaie a sûrement été infectée et que dès lors on ne peut nullement conclure que chez cet albuminurique une opération aseptique eût été mal supportée. Asepsie d'ailleurs fort difficile à réaliser, car Weiss opérait pour une suppuration fistuleuse. (Ce travail, communiqué à la Société de médecine de Nancy le 10 décembre, a été l'objet d'une discussion qu'on trouvera p. 81 de la *Revue*.)

Anévrysme artério-veineux (The treatment of arteriovenous aneurism, with two cases treated by extirpation), par Farquhar Curtis (*Amer. journ. of med. Sc.*, février 1891, p. 142). — Ces deux faits sont relatifs à des anévrysmes poplités, traumatiques (balles de revolver). Dans les deux il y

avait eu, au bout de quelque temps, des troubles trophiques sérieux (ulcères de jambe). L'extirpation a été suivie de succès. L'auteur donne quelques tracés sphygmographiques.

Etiologie du goître (Sull'etiologie del gozzo endemico), par A. Lustig et A. Carle (*Giorn. d. R. Accad. di Medic. di Torino*, août 1890, p. 689). — Toutes les eaux potables et à usage domestique des pays à goître renferment un nombre considérable de bactéries, et parmi celles-ci on trouve constamment et en quantité variable un bacille liquéfiant la gélatine et doué de caractères morphologiques et biologiques spéciaux. En faisant ingérer, en territoire non goîtreux, à des animaux ne provenant pas de pays goîtreux, de l'eau supposée capable de produire le goître, on peut déterminer chez eux une tuméfaction incontestable du corps thyroïde. On ne sait encore si l'eau, débarrassée de tous ses microbes, conserve encore ses propriétés goîtrigènes.

BIBLIOGRAPHIE

Introduction à l'étude clinique et à la pratique des accouchements (Anatomie. Présentations et positions. Mécanisme. Toucher. Manœuvres. Extraction du siège. Version. Forceps), par le professeur L. H. Farabeuf et le docteur Henri Varnier, 1 vol. gr. in-8° de IX-475 pages avec 362 figures. Paris, G. Steinheil, éditeur.

Nous ne saurions mieux faire pour donner à nos lecteurs une idée de ce livre, qui vient de paraître, que d'en reproduire en partie la préface, écrite par le professeur Pinard.

« Conçu dans le dessein principal et modeste de servir de guide pour les manœuvres obstétricales, cet ouvrage s'est agrandi et s'est élevé en se formant. Tel qu'il est devenu, c'est un livre d'enseignement, un livre didactique, écrit par des pédagogues. C'est aussi un exposé de recherches de laboratoire, une œuvre de vérification et de rectification. A côté de chapitres très classiques et très élémentaires, nouveaux seulement par la forme, il s'en trouve beaucoup d'autres d'où l'on pourrait extraire plusieurs mémoires originaux. Les observations anatomiques, les déductions, ont été faites par l'un des auteurs; et par l'autre, soumises à la sanction de la clinique, sous mes yeux.

Ces *préliminaires scientifiques de l'art des accouchements* sont si difficiles à exposer, à comprendre et à retenir que ce n'est point trop d'avoir donné un texte assez clair pour être intelligible sans figures et des figures exactes et démonstratives assez nombreuses pour que le texte semble superflu.

Les figures, ici, jouent un rôle considérable, car si l'on peut décrire une manœuvre avec un certain vague, il n'en est plus de même quand on entreprend de la figurer. Il y a la différence d'une description à un portrait, à un tableau, à un plan, à une carte de géographie. Ces dessins, aussi nombreux, pour ainsi dire, que les pages, tous mathématiquement proportionnés, anatomiquement exacts, sans prétention à l'effet, ne représentent pas de l'à peu près. Ce n'est plus un fœtus de fantaisie, traversant en des attitudes souvent fausses et irréalisables, quelquefois bizarres, un bassin de convention. C'est le fœtus montrant sa forme, ses dimensions, ses changements de diamètre, de direction et d'orientation tout le long de la véritable filière pelvienne surprise, elle aussi, dans toutes les modifications qu'elle subit à tous les temps de l'accouchement spontané ou artificiel.

Indispensable à tout élève ou à tout médecin qui veut aborder et poursuivre avec succès l'étude clinique des accouchements, ce livre rendra au praticien instruit le service de le réconforter en lui remettant sous les yeux des tableaux précis qu'il a dû nécessairement oublier.

Où trouver une description de la Filière pelvi-génitale aussi complète, disons le mot, aussi vraie que celle qui est exposée, décrite, figurée dans la première partie? Ce n'est point sur l'anatomie seulement, on le voit dans les pages qui suivent, c'est plutôt et bien plus sur le fonctionnement de cette filière, que les auteurs ont concentré leurs efforts. De là une description partout approfondie, et en plusieurs points nouvelle du mécanisme de l'accouchement normal et artificiel, quelle que soit la présentation.

Existe-t-il un livre où la conduite à tenir dans l'extraction du siège soit indiquée d'une façon aussi détaillée et parfaite? Je ne le connais pas.

Et les deux grandes opérations obstétricales que tout praticien est appelé à exécuter : la version et le forceps, où s'en trouve-t-il une description semblable? N'est-on point éclairé d'abord par des études expérimentales, conduit ensuite et guidé dans la pratique de l'opération, depuis le début jusqu'à la terminaison?

Si le texte de l'ouvrage a une allure spéciale, si les auteurs n'ont eu qu'un but en l'écrivant : se faire comprendre, frapper l'esprit et les yeux, s'il en est résulté des phrases concises, claires, très imagées, que dirai-je des dessins? Quand on les aura étudiés, on comprendra que M. Farabeuf ait consacré plusieurs années à les concevoir et à les exécuter. Après tant de travail, il peut être satisfait aujourd'hui de l'œuvre pour laquelle il a su s'adjoindre le collaborateur qu'il lui fallait.

Ils nous ont donné un beau livre, scientifique et didactique, unique en son genre, et dont tous ceux qui aiment l'obstétrique leur seront, comme moi-même, profondément reconnaissants. »

A. Pinard.

A text-book of practical therapeutics, par H. Hare, 1 vol. in-8° de 632 pages. Philadelphie, Lea Brothers et Cie, éditeurs.

Réunir dans un même volume de format et de dimensions abordables toutes les notions solidement acquises de la matière médicale et de la thérapeutique, les classer de façon à en rendre la recherche facile, tel est le but que s'est proposé l'auteur de cet ouvrage et il y a, certes, réussi.

Frappé de la tendance qu'ont beaucoup de médecins en Amérique — n'est-ce pas la même chose en France, malgré les louables efforts de nos plus éminents thérapeutes? — à ne pas apprendre l'action physiologique des médicaments, qu'ils considèrent comme un hors-d'œuvre, l'auteur a fait précéder l'étude pharmacologique de chacune des substances médicamenteuses d'un court résumé de son mode d'action physiologique.

Un autre travers des médecins et des étudiants est d'apprendre le traitement de chaque maladie en général, en bloc pour ainsi dire, sans se soucier ni des formes ni de la période de la maladie. On sait avec quelle persévérance, digne d'un meilleur emploi, beaucoup d'étudiants recueillent aux cliniques et ailleurs une série de formules qu'ils entassent dans leurs notes, en marquant simplement le nom de la maladie pour laquelle ils les ont entendu prescrire et sans faire attention aux circonstances diverses qui ont pu guider le médecin dans sa prescription; certains prétendus traités de thérapeutique ne sont que des compilations de formules sans valeur, sans utilité réelle, ne servant qu'à tirer d'embarras un praticien dont la mémoire vient suppléer à une éducation thérapeutique insuffisante et à un manque de sens clinique. On trouve bien dans le livre de M. Hare quelques-unes de ces formules écrites sur trois ou quatre lignes qui se détachent du texte et dominent l'attention du lecteur; mais c'est là l'exception, et l'auteur s'est attaché bien plutôt à indiquer les règles du traitement de chaque maladie à ses différentes périodes et dans ses différentes formes, laissant au médecin le soin de traduire en prescriptions pharmaceutiques les préceptes thérapeutiques qu'il expose. Nous avouons que cette manière de faire nous convient bien davantage et nous félicitons vivement l'auteur de n'avoir que peu sacrifié à cette manie des formules toutes faites.

Pour rendre les recherches plus faciles et pour ne pas s'embarrasser dans une classification que l'état actuel de la science thérapeutique ne permet pas d'établir, M. Hare a purement et simplement adopté l'ordre alphabétique des matières : son livre est de la sorte formé de 2 dictionnaires, l'un comprenant l'action physiologique, l'action thérapeutique et le mode d'emploi de chaque médicament; l'autre donnant le traitement de chaque maladie. En outre, l'auteur étudie dans un chapitre spécial les divers agents thérapeutiques non médicamenteux; dans un court chapitre, il indique les aliments qu'on peut administrer aux malades et les moyens de les préparer. Enfin,

son livre se termine par une liste des doses thérapeutiques des substances médicamenteuses, et par un index donnant pour chaque maladie la liste des médicaments qui peuvent être employés contre elle.

Il n'existe pas, croyons-nous, de traité de thérapeutique à la fois aussi pratique et aussi complet que celui de M. Hare, surtout sous une forme aussi peu encombrante. Aussi ce livre nous semble-t-il devoir jouir d'une vogue méritée en Amérique et en Angleterre. En France, son emploi sera restreint sans aucun doute par la nécessité de transformer en poids français toute la posologie anglaise et de réduire les doses et les formules à nos chiffres usuels : néanmoins, il trouvera sa place dans la bibliothèque de tout médecin qui désire connaître la riche pharmacopée anglo-américaine et ajouter à son arsenal thérapeutique quelques formules imitées de celle ci.

Georges Thibierge.

Les Microbes de la bouche, par le Dr Th. David, directeur de l'Ecole dentaire, chirurgien-dentiste des hôpitaux de Paris, précédé d'une lettre-préface de M. L. Pasteur, avec 113 figures en noir et en couleur dans le texte. Paris, F. Alcan, 1890.

M. David, imbu des doctrines microbiennes, désire les vulgariser parmi les dentistes ; et de plus il veut insister sur ce fait, déjà mis en relief, en particulier, par Netter, par Vignal, que les microbes buccaux sont la cause de bien des infections générales. Non seulement, en effet, les affections dentaires et buccales, avec leurs complications telles que les ostéites, les adénites, sont d'origine microbienne la plupart du temps, mais en outre les microbes, qui sont capables de résider pendant longtemps dans la bouche sans être nuisibles, peuvent être la cause de plusieurs affections générales. Mais on peut détruire les microbes buccaux en les poursuivant sans relâche, minutieusement, à l'aide de solutions antiseptiques, dans les interstices dentaires, les replis de la muqueuse buccale, les cryptes des amygdales, etc., en instituant une hygiène, une thérapeutique appropriées. M. David a raison de penser qu'en agissant de la sorte on préviendrait bien des désordres locaux et généraux, et en faisant ses efforts pour répandre ces idées il a rendu certainement service à l'hygiène et à la prophylaxie.

A. Broca.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Le lait et le régime lacté, par G. Malapert du Peux. 1 vol. in-18. Paris, J.-B. Baillière, éditeur, 1891.

Petit ouvrage de vulgarisation sur le lait, sa composition, ses falsifications et les moyens de les reconnaître, la conservation et la stérilisation du lait et sur les indications du régime lacté : cette dernière partie, un peu écourtée si le livre s'adresse à des médecins, trop détaillée si elle est destinée aux gens du monde, se termine par un court chapitre sur les cures de petit-lait.

L'omphalotome. Un nouvel instrument pour la pratique des accouchements, par Keiffer. (Liège, Vaillant-Carmanne, éditeur, 1890).

L'instrument nouveau est destiné à effectuer commodément la section du cordon ombilical dans les cas où cette opération présente des difficultés, ou demande à être faite très rapidement. L'omphalotome a pour objet de sectionner le cordon en un seul temps, tout en étant manié d'une seule main, et d'être applicable aussi bien sur le cordon extrait qu'à l'intérieur du vagin. Il se compose de deux pinces hémostatiques maintenues parallèles par un système de couteau mobile.

De l'Assistance publique au Havre, par le Dr Gibert, 1891.

M. Gibert termine son travail sur l'Assistance publique au Havre par les demandes suivantes :

1° Etablir sur de plus larges bases la consultation externe;

2° Annexer à chaque hôpital un dispensaire pour soigner les malades de petite chirurgie, les maladies de la peau, ulcères variqueux et toutes les affections médicales qui ne comportent pas l'hospitalisation ;

3° Supprimer le droit des médecins de la ville et des commissaires de police d'envoyer des malades à l'hôpital, sauf le cas d'urgence;

4° Transformer les Bureaux de bienfaisance en dispensaires et organiser avec leur aide le traitement médical à domicile;

5° Provoquer la création d'une société libre de bienfaisance.

Manuel d'électrothérapie gynécologique, par L. Brivois. Paris, O. Doin, 1890.

La première partie du livre est consacrée à l'exposé des principes et des lois importants à connaître en électricité ainsi que de l'outillage médical.

La deuxième partie, entièrement pratique, décrit la technique et les indications de la volta-puncture; de la chimi-caustie intra-utérine (méthode d'Apostoli), enfin de la faradisation de l'utérus.

Congrès international de médecine de Berlin. *Section d'Obstétrique et de gynécologie.* Paris, G. Steinheil, 1890.

Nous annonçons à ceux de nos lecteurs qui s'occupent de gynécologie que les *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique* ont publié en un tirage à part leur compte-rendu de la section d'obstétrique et gynécologie au récent congrès international.

Le choléra, histoire, mesures prophylactiques, symptomes et traitement (El colera, historia, medidas profilacticas, sintomas y tratamento), par E. Betancès. (Paris, 1890, Chaix, édit.).

L'auteur rappelle tout d'abord en quelques lignes l'histoire des 4 épidémies principales qui ont envahi l'Europe, en 1830-1846-1865 et 1884, dont il tire quelques indications sur les mesures préventives et prophylactiques. La maladie régnant endémiquement aux Indes, et se répandant de là en Europe par voie terrestre (Afghanistan, Perse, Russie) ou par voie maritime (mer Rouge et golfe Persique), il est indiqué d'étouffer le mal dans son berceau et d'empêcher sa marche envahissante. Les symptômes comprennent une période prodromique, une période algide et une période de réaction. La première période fait défaut dans les cas foudroyants. A chacune de ces périodes convient un traitement particulier. Des trois méthodes curatives du choléra confirmé, méthode externe révulsive, méthode interne médicamenteuse, méthode chirurgicale par action directe sur le sang, la combinaison des deux premières a donné de meilleurs résultats que la troisième.

Thèses des Facultés

PARIS

Contribution a l'étude des follicules de de Graaf et des corps jaunes, par Gastel

M. Gastel a constaté que les deux sortes d'éléments de l'épithélium germinatif s'invaginent dans les 2 sexes et que, dans le sexe mâle, les ovules primordiaux s'atrophient; mais, pour ce qui regarde le sexe féminin, contrairement à l'opinion classique, il a vu l'atrophie des cellules cylindriques. La granuleuse ne peut donc se former à leurs dépens. Il l'a vue provenir du tissu conjonctif de la façon suivante : par l'observation sur des pièces fixées dans les meilleures conditions, on constate la division par karyokinèse des cellules conjonctives limitant immédiatement la loge ovulaire. Les dérivés de cette prolifération forment une première assise épithéliale qui est l'ébauche de la granuleuse. De la division ultérieure des cellules de cette ébauche, résultent les nombreuses assises de la granuleuse complètement développée, ce qui confirme l'hypothèse de Foulis. Pour M. Gastel tous les corps jaunes sont produits par l'hypertrophie de la *théca* externe du follicule, les cellules que l'on trouve dans cette paroi sont de nature conjonctive et ne sont pas des leucocytes, car elles se divisent par karyokinèse.

Il ne peut se produire de rupture de follicule pendant les deux premiers mois de la gestation, car les follicules ayant une enveloppe conjonctive s'atrophient, et ceux qui n'en possèdent pas subissent un arrêt de développement. La superfétation paraît donc impossible à M. Gastel.

Les infections biliaires (étude bactériologique et clinique), par Dupré.

On peut distinguer les infections biliaires en *infections primitives*, qui apparaissent sans lésions mécaniques antérieures (ictères infectieux) et en *infections secondaires*, qui surviennent à ttre de complications, dans le cours des obstructions mécaniques (angiocholites). Les infections primitives présentent plusieurs formes : la forme légère, la forme grave. Dans l'évolution de chaque forme on peut distinguer 4 périodes : prodromes, invasion, période d'état, déclin, avec rechute possible. Convalescence lente. L'ictère catarrhal prolongé représente la forme chronique de l'infection biliaire primitive. Les infections générales graves, surtout celles qui portent leur action sur l'intestin (fièvre typhoïde), provoquent dans la sécrétion biliaire des perversions (hypocholie) qui favorisent l'apparition d'une infection biliaire deutéropathique. L'infection biliaire, moins fréquente et plus tardive dans les obstructions extrinsèques, complique surtout les obstructions intrinsèques, qui sont dues aux causes suivantes : les parasites, la lithiase, le cancer biliaire. Le principal symptôme des infections biliaires secondaires est la fièvre. Il n'y a pas une infection, mais des infections biliaires, mono ou polybactériennes. L'origine est probablement le plus souvent intestinale.

Les angines de la scarlatine, par H. Bourges.

Les angines de la scarlatine sont érythémateuses, pseudo-membraneuses ou gangréneuses. Les angines pseudo-membraneuses se divisent en précoces ou tardives. L'angine pseudo-membraneuse précoce semblent le plus souvent ne pas appartenir à la diphthérie; l'angine pseudo-membraneuse tardive au contraire paraît être le plus souvent de nature diphthérique. Les examens bactériologiques ont montré que les angines de la scarlatine sont dues à une infection secondaire par le streptocoque pyogène dans les angines érythémateuses, dans presque tous les cas d'angines pseudo-membraneuses précoces, dans quelques cas d'angines pseudo-membraneuses tardives. C'est presque toujours par les amygdales, infectées dès le début de la scarlatine, que pénètrent ces streptocoques qu'on retrouve au cours de la maladie dans toutes les suppurations : otites, phlegmons du cou, pleurésies purulentes, dans les arthrites, les néphrites et les broncho-pneumonies. Donc, pour éviter les complications telles que érysipèles, suppurations, etc., etc., il faut faire de fréquents lavages antiseptiques de la gorge, de la bouche et des fosses nasales, dès le début de la maladie. Il faut isoler les malades atteints d'angine, mais il ne faut pas les envoyer dans les pavillons d'isolement destinés aux diphthériques, car ils auraient grande chance de contracter une maladie qu'ils n'ont pas.

Recherches sur les vaisseaux lymphatiques sous-séreux de l'utérus gravide et non gravide, par V. Wallich.

Sur l'utérus non gravide le système lymphatique sous-séreux paraît constitué par un certain nombre de *réseaux très fins* disposés en mailles, fréquemment anastomosés, depuis les parties les plus superficielles de la couche musculeuse, jusque sous l'épithélium péritonéal, et par des *troncs* situés dans la sous-séreuse auxquels aboutissent les réseaux précédents.

Sur l'utérus gravide, les *réseaux très fins* présentent un volume beaucoup supérieur à celui des mêmes lymphatiques en dehors de la grossesse. Les troncs auxquels ils aboutissent, les uns superficiels, les autres profonds, sont aussi beaucoup plus volumineux.

Quelques bactéries des putréfactions. Contribution a l'étude de la pathogénie des empoisonnements par les viandes putréfiées, par Ch. Mouginet. (Paris, G. Masson.)

1° Les bactéries qui se développent au début de la putréfaction sont des aérobies voisines de l'ancien genre *Bacterium termo*;

2° A un stade plus avancé, c'est-à-dire vers le 3e ou 4e jour de la putréfaction, on trouve des anaérobies facultatifs, surtout le *Bacillus vulgaris* (Proteus vulgaris de Hauser);

3° Ce *Bacillus vulgaris* occasionne certainement une grande quantité d'empoisonnements alimentaires à cause des ptomaïnes qu'il produit;

4° Dans la pathogénie des empoisonnements par viandes putréfiées, on doit faire intervenir les deux facteurs : bactéries et ptomaïnes.

VARIÉTÉS

Etudes classiques et Médecine

De tout temps la *Gazette* a soutenu que l'on devait s'efforcer de donner aux futurs étudiants en médecine une culture littéraire sérieuse : il y a quelques mois à peine, notre rédacteur en chef consacrait à ce sujet des articles importants. A l'appui de cette manière de voir, nous allons raconter ce qui se passe à Lyon.

Pour l'admission à l'Ecole de santé militaire, il y a une composition de français, laquelle, au dernier concours, a révélé que plusieurs concurrents faisaient de Lamarck un Ecossais, considéraient Lavoisier comme un de leurs contemporains et, par compensation, faisaient vivre Darwin à l'époque de Leibniz. Les directeur et sous-directeur de l'Ecole ont été stupéfiés et, avec l'aide d'historiens compétents, ont rédigé un programme littéraire et historique que M. Dujardin-Beaumetz a fait sanctionner par le ministre de la guerre en décembre 1890. Ce programme, qui n'est pas une reproduction de ceux du baccalauréat, cherche à fournir la preuve d'une réelle culture intellectuelle.

Voilà un premier point. Un autre point est qu'à l'*Ecole de Santé* on tâche de remédier, dans la mesure du possible, à cette insuffisance des études classiques des admis. On y fait, régulièrement, des conférences de lettres et d'histoire.

Cet exemple donné par la médecine militaire n'a pas été perdu, et c'est ici que nous voyons l'utilité des *Universités*, où les professeurs des diverses facultés délibèrent en commun des choses de l'enseignement supérieur. L'*Université* de Lyon — qui existe en fait, chacun le sait — a compris la portée de cette indication pour l'instruction des étudiants en médecine de première année. Elle a décidé la création d'un cours d'*histoire des sciences* à partir du XVIIIe siècle, cours subventionné par le ministère et fait par un homme compétent, M. Hannequin. L'ouverture a eu lieu hier jeudi 19 février à la Faculté de médecine. La Faculté de médecine a donc fait une moitié du chemin : la Faculté des lettres a fait l'autre et elle ouvre, pour les étudiants en médecine qui voudront le suivre, un cours d'histoire sur les grandes questions modernes inscrites au programme de l'Ecole de Santé. Ce cours sera fait par M. A. Waddington, maître de conférences, tous les jeudis à partir du 5 mars.

Nous ne nous flattons pas de l'espoir que la foule des étudiants se pressera à ces leçons, inutiles pour apprendre l'art de formuler. A Lyon, cependant, où l'on a fait revivre la vie universitaire, ces conférences auront certainement du succès, et en tout cas les Facultés de médecine et des lettres s'engagent dans une voie excellente. Lyon nous donne, une fois de plus, l'exemple d'un progrès intellectuel.

L'annonce suivante a été proposée ces jours-ci à la Compagnie Générale des Annonces de Paris et refusée par elle :

« Contre un envoi de 750 francs on expédie à domicile, franco port et recommandé, à MM. les Dentistes ou toute personne sachant lire et écrire, un Diplôme de docteur en chirurgie dentaire, d'une Ecole de Philadelphie, ou de toute autre école dentaire semblable des Etats-Unis d'Amérique.

« Pour plus amples renseignements, s'adresser à M. D..., Philadelphia, ou à son agent général, M. H..., Berlin.

« *Nota.* — Sous aucun prétexte, les personnes munies d'un de ces diplômes ne peuvent pratiquer l'art dentaire aux Etats-Unis d'Amérique ou dans le royaume et les possessions anglaises. »

L'idéal de la réclame.

Devons-nous ajouter foi à l'article suivant publié dans un journal d'Omaha? se demande le *Medical Re ord* (31 janvier 1891, p. 144) : — « Hier soir, grande réunion au Théâtre du Peuple, où le grand médecin allemand a fait des opérations fort difficiles en présence d'un public nombreux qui comptait les plus grands médecins d'Omaha. On enleva une tumeur volumineuse de la joue droite de William Villiers, de la salle de billard de l'Hôtel Millard. Cette opération, admirablement conduite, réussit parfaitement; William Villiers ne tardera pas à guérir. On fit également une autre opération exigeant un très grand talent. On opéra d'un strabisme le fils de M. Kiger, âgé de 8 ans. De tels cas demandent la plus grande habileté et une expérience consommée et montrent ce que peuvent faire de tels docteurs. Ces réunions sont donc des plus intéressantes et des plus instructives, même pour les dames. On peut consulter ces illustres médecins dans leur cabinet au « Barher Building ». Opérations et réunions tous les soirs, à 8 heures, au Théâtre du Peuple. Entrée libre. »

Livres déposés au Bureau du Journal

Traité de l'anémie par insuffisance de l'hématose, par le Dr E. Maurel, professeur à l'Ecole de médecine de Toulouse. Librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon, Paris. Un volume in-8° de 350 pages avec figures. Prix : 7 fr.

Recherches expérimentales sur les leucocytes, par le Dr E. Maurel. Librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon, Paris. Deuxième fascicule, in-8° de 135 pages, avec figures. Prix 3 fr. Paru précédemment : le 1er fascicule, in-8°. Prix : 2 fr. 50

Ministère de la marine. Loi, décrets et arrêtés concernant l'institution de l'école du service de santé de la marine et des écoles annexes de médecine navale. Librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon, Paris. In-8° de 65 pages. Prix : 2 fr.

Ministère de la marine. Règlement intérieur de l'école du service de santé de la marine à Bordeaux. Librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon, Paris. In-8° de 20 pages. Prix : 1 fr.

Des abouchements congénitaux du rectum à la valvule et au vagin, par le Dr Paul Puech. Librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon, Paris. Une brochure in-8° de 158 pages, Prix : 3 fr. 50

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Imp. des Arts et Manufactures. 12 rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES SAMEDIS ET PUBLIANT TOUS LES MERCREDIS

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

RÉDACTEUR EN CHEF : Dr L. LEREBOULLET. — SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION : Dr A. BROCA.

COMITÉ DE RÉDACTION

MM. E. BRISSAUD, G. DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, A. GILBERT, A. HÉNOCQUE, A.-J. MARTIN, A. PETIT, P. RECLUS

BULLETIN

Paris, le 28 février 1891.

L'armée et la santé publique.

L'expérience qui se poursuit depuis plusieurs années dans l'armée française est pleine d'intérêt et d'enseignement. Depuis que le service de santé a pu, grâce à M. de Freycinet, ministre de la guerre, affirmer son autonomie et prendre une part de plus en plus considérable à l'amélioration sanitaire du casernement et du régime des soldats, les avantages de cette nouvelle situation ne cessent pas de se multiplier. Si bien qu'aujourd'hui le milieu militaire, loin d'être par son insalubrité et sa grande léthalité une cause de contamination et de danger pour la population civile qui l'environne, a souvent besoin d'être prémuni à son tour contre les chances de maladie et de mort que celle-ci recèle et développe elle-même. Pour mieux dire, l'assainissement des villes, les progrès de l'hygiène générale, doivent aller de pair avec l'amélioration de l'hygiène militaire; c'est, comme on l'a dit maintes fois, une œuvre d'Etat, une œuvre de défense nationale.

Loin de nous la pensée de reprendre cette question et de rechercher dans quelles proportions l'agglomération urbaine et la garnison, la ville et la caserne, influent réciproquement sur l'état sanitaire de chacune d'elles; loin de nous aussi le désir de voir si, après avoir pendant si longtemps attribué à la présence de l'armée, dans des conditions manifestes d'insalubrité et de mauvaise hygiène, les manifestations épidémiques dans les villes, il n'y a pas quelque exagération à retourner complètement le grief. Nous voudrions plutôt montrer comment la tâche des administrations sanitaires, militaires et civiles, est actuellement entreprise et quelles difficultés elle rencontre de part et d'autre.

On n'a pas oublié les rapports dans lesquels M. de Freycinet a exposé, les 16 juin 1889 et 18 février 1890, les principales mesures prises par son administration pour atténuer les ravages de la fièvre typhoïde dans l'armée. Dans un nouveau rapport, en date du 12 février dernier, il fait observer que, grâce à ces mesures, la réduction sur le nombre des cas est en 1890 de moitié sur la moyenne 1886-1887 et, sur le nombre des décès, d'un tiers; soit 3,491 cas au lieu de 6,881 ou 3,390 en moins et 572 décès au lieu de 864 ou 292 en moins.

M. le ministre de la guerre attribue ces résultats d'abord à l'amélioration des eaux potables, puis à la suppression des fosses d'aisances fixes, et enfin, à d'autres causes qui seraient un peu moins importantes, d'après lui, à savoir la propreté corporelle, la diminution du surmenage, la désinfection des casernements, etc. « Une expérience de trois années, dit-il, a démontré que, chaque fois qu'une eau pure a été substituée dans les casernes à une eau contaminée, l'épidémie de fièvre typhoïde qui s'était déclarée n'a pas tardé à diminuer et à s'éteindre entièrement; et, inversement, chaque fois que l'eau, jusque-là bonne, avait été contaminée par suite de circonstances quelconques, la maladie avait bientôt fait son apparition et s'était développée tant que la cause elle-même avait duré. »

Cette conviction a engagé l'administration de la guerre à poursuivre avec une grande activité « l'installation de filtres perfectionnés dans tous les établissements où il n'était pas possible de faire arriver des eaux naturelles d'une qualité irréprochable ». Au 1er janvier 1889, il existait un nombre de casernements représentant 230,000 places disponibles, dans lesquels l'installation de filtres était reconnue nécessaire. Au 1er janvier 1891, ce nombre était tombé à 153,000; il n'est plus actuellement que de 61,000 et il aura disparu à la fin de l'année. Actuellement il existe 18,759 bougies filtrantes, fonctionnant dans 264 établissements. Après quelques tâtonnements, l'installation et l'entretien n'ont plus rien laissé à désirer et la régularité des appareils est devenue parfaite ».

Personne ne saurait regretter cet optimisme officiel, qui n'est jamais si bien de mise que lorsqu'il s'agit de la santé du soldat. Toutefois il est quelques esprits, et non des moins distingués dans les milieux militaires, qui osent penser et dire que le problème de la diminution de la mortalité dans l'armée, voire même pour la fièvre typhoïde, pourrait bien être un peu plus complexe et que l'expérience est encore un peu courte pour pouvoir juger de la valeur exclusive des modifications

apportées aux facteurs typhogènes en cause. M. le ministre de la guerre témoigne lui-même de ces réserves. Après avoir déclaré que la diminution de la fièvre typhoïde a suivi une marche parallèle et inverse à l'accroissement du nombre des filtres, il fait observer toutefois que les cas ont diminué dans une proportion plus grande que les décès. « Cela tient sans doute, ajoute-t-il, à ce que, parmi les eaux remplacées ou améliorées, il s'en trouvait qui contenaient le germe typhique en proportion relativement faible et qui déterminaient peu de cas mortels. Il faut considérer aussi que les soins et précautions de tous genres, qui ont redoublé dans les corps de troupes, sont d'autant plus efficaces que les influences morbides sont moins fortes et qu'il est dès lors plus facile de prévenir les épidémies bénignes que d'arrêter les épidémies meurtrières. » On aimerait assez à connaître en détail ces soins et précautions d'une nature si spéciale et si délicate qu'ils n'auraient qu'une action aussi restreinte; mais on est aussitôt arrêté par l'observation, plus précise et malheureusement toujours justifiée, que le même rapport ne manque pas d'indiquer dans les termes qui suivent : « On ne peut espérer faire disparaître entièrement la fièvre typhoïde de l'armée, parce qu'elle y est journellement introduite par des causes extérieures (arrivée des recrues, des réservistes, alimentation en dehors des casernements, etc.). »

Ce qui n'est pas douteux, quelle que soit l'opinion étiologique qu'on professe, c'est que le service militaire obligatoire n'a pas augmenté la proportion de la morbidité et de la mortalité dans l'armée, soit, comme le croient certains démographes, parce qu'il a diminué le nombre des vieux soldats, toujours plus vulnérables aux maladies, soit, comme l'admet le plus grand nombre des hygiénistes, parce que les conditions sanitaires de l'armée ont été singulièrement améliorées depuis quelques années et à tous les points de vue. En réalité, la mortalité générale de l'armée française subit depuis 1881 une décroissance générale qui se prolonge au delà du terme auquel les décroissances constatées précédemment s'étaient arrêtées; il y a tout lieu de croire que ce bénéfice s'accentuera encore, car il n'a pas été influencé par l'accroissement du nombre des hommes placés momentanément sous les drapeaux.

Il serait plus difficile de savoir si la mortalité de la population française diminue véritablement. Les statistiques l'affirment; mais, même en ne prenant que les chiffres bruts, nous ignorons comment cette mortalité est influencée par la diminution corrélative de la natalité; d'autre part, à vouloir comparer les chiffres proportionnels à la population, on risque de se laisser influencer par les erreurs aujourd'hui reconnues de nos recensements. Quant à notre accroissement physiologique, il témoignerait plutôt de la constance de notre mortalité. C'est cette dernière considération qui nous permet de penser, lorsqu'on fait les mêmes recherches dans les statistiques étrangères, que notre mortalité est en rapport avec les excellentes conditions de notre climat, de notre race, de notre richesse et de nos habitudes; d'où la conséquence qu'il ne tiendrait qu'à nous de diminuer encore cette mortalité par l'assainissement de nos villes, de nos demeures et surtout par le développement des pratiques si bienfaisantes de la prophylaxie publique et de l'hygiène individuelle.

Dans l'armée, cela est relativement facile; le but à atteindre et les moyens pour y parvenir sont presque uniformes partout; la discipline est une aide puissante pour assurer l'exécution de ces moyens. Il n'en est plus de même pour la population civile, où il faut tenir compte des différences de situation, des difficultés matérielles pour chacun et de l'indépendance qu'il faut laisser dans une certaine mesure si l'on veut pouvoir obtenir des résultats nombreux et complets. Nous savons bien que la civilisation des peuples se mesure aujourd'hui à la somme des obligations légalement, librement et judicieusement consenties par la majorité des citoyens; mais c'est précisément la nature et l'étendue de ces obligations qu'il faut ici pouvoir définir et faire apprécier.

Les médecins militaires considèrent, souvent à juste titre, « qu'une caserne, irréprochable d'ailleurs, peut être originellement compromise par les mauvaises conditions hygiéniques de la localité ». (L. Colin.) L'exquise sensibilité de l'organisme du soldat, ce nouveau venu, révèle le fléau local, mais il ne le crée pas. A telle enseigne qu'il est nombre de garnisons où, en présence d'une épidémie déclarée par le service de santé, l'on ne tarde pas à reconnaître qu'elle existait préalablement dans la population civile; elle l'avait passé inaperçue, la déclaration des causes de décès n'étant pas encore généralisée chez nous. D'autre part, l'administration de la guerre aurait avantage à pouvoir connaître l'état sanitaire des localités où il lui faut faire séjourner plus ou moins longtemps les troupes, aussi bien dans l'intérêt des habitants que dans l'intérêt de celles-ci.

Ces divers desiderata reviennent à dire que l'assainissement des agglomérations habitées s'impose en France, en même temps que l'organisation de l'administration sanitaire et l'application des mesures prophylactiques. Il y a longtemps qu'on le dit et qu'on le proclame à toutes les tribunes et dans tous les journaux, et il serait injuste de ne pas reconnaître que des progrès considérables ont été faits dans ce sens; mais ce sont plutôt les particuliers que les pouvoirs publics qui les ont peu à peu réalisés, et, quoique ce soit assurément là une garantie plus grande de leur efficacité et de leur durée, il n'en est pas moins indispensable que ces derniers en assurent aussi la généralisation. La tâche n'est, du reste, pas très aisée.

L'assainissement des villes comporte l'amenée d'eau potable pure en quantité suffisante et l'évacuation des matières usées sans contamination possible de l'intérieur de l'habitation et du sous-sol. Les deux opérations sont connexes; il pourrait y avoir quelque péril et bien des mécomptes dans l'avenir à vouloir en trop séparer l'exécution. Supposons en effet qu'on se borne à amener plus d'eau et surtout de l'eau pure dans une localité, sans modifier en même temps le mode d'enlèvement des vidanges; celles-ci ne tarderont pas à augmenter en nombre; on aura constaté une amélioration sanitaire momentanée, de quelques années peut-être, mais l'infection grandissante du sous-sol et des nappes souterraines constituera, pour une échéance plus ou moins éloignée, une menace nouvelle.

Toutes ces mesures, d'autre part, demandent de l'argent, et les multiples charges que les dépenses militaires imposent à la France commandent une trop grande parcimonie pour l'hygiène dans nos budgets. Encore

faudrait-il que lorsqu'une commune trouve une combinaison financière qui lui permet de réaliser facilement son assainissement, l'Etat, ses fonctionnaires, ses ingénieurs et les entraves de la législation ne vinssent pas retarder, comme à Marseille en ce moment, toute initiative heureuse pendant plusieurs années. Cela fait, il resterait aussi à favoriser toutes les mesures prises par les communes pour développer leur outillage sanitaire, pour pratiquer la vaccination et la revaccination en cas de variole, l'isolement et la désinfection dès les premiers cas, immédiatement signalés à qui de droit, pour toutes les manifestations de maladies transmissibles.

Dans quelques semaines le gouvernement sera à même de déposer un projet de loi, élaboré par le comité consultatif d'hygiène publique de France, dans le but de codifier toutes les dispositions éparses de notre législation sanitaire et, en réduisant celle-ci au minimum, de développer les initiatives locales, de leur apporter l'aide et les encouragements de l'Etat, et de ne faire intervenir celui-ci, dans l'intérêt général, qu'en cas d'impéritie, de négligence ou de mauvaise volonté. Les résultats constatés dans l'armée sont de nature à faciliter l'accueil que ce projet doit trouver auprès des pouvoirs publics. Tout comme la population civile, elle y doit trouver de précieux avantages; il se trouve que son chef, qui a si brillamment autrefois défini les conditions générales de l'assainissement des villes, préside aussi le conseil des ministres où les intérêts généraux du pays sont tous représentés. C'est, nous aimons à le croire, d'un bon augure pour une telle œuvre, dont le corps médical a tant de fois souhaité le succès.

A.-J. Martin.

REVUE GÉNÉRALE

Des altérations du myocarde dans les maladies infectieuses.

A un point de vue général, les altérations du myocarde ont été considérées comme rares, et cela tient en partie à ce qu'elles s'associent habituellement à des phlegmasies endo et péricardiques, qui, par leur appareil symptomatique plus manifeste, accaparent l'attention à leur détriment. Aussi, encore que celles qui surviennent au cours des maladies infectieuses, en particulier, puissent être regardées comme presque constantes, ont-elles peu bénéficié, surtout au point de vue clinique, des progrès accomplis dans ce domaine nouveau de la pathologie.

On leur rapporterait, sans crainte de se tromper, la plupart des anciennes *cardites* aiguës, telles que les comprenaient les médecins de la fin du siècle dernier, et Corvisart en particulier. Certaines formes cependant furent dès longtemps différenciées; tel le *ramollissement* du cœur observé par Stokes dans le typhus.

Un peu plus tard, c'est dans les travaux consacrés à la dégénérescence graisseuse du cœur que l'on trouve mentionnées, comme agents déterminants, et sans qu'il y soit du reste insisté spécialement, la plupart des maladies infectieuses.

Plus récemment, certaines morts subites, survenues inopinément pourrait-on dire, au cours de la variole ou de la fièvre typhoïde, firent diriger les recherches du côté du cœur, et l'on eut alors une notion plus exacte de la part considérable que prenait cet organe dans l'évolution et la terminaison de ces pyrexies. La myocardite des typhiques est ainsi étudiée par M. le prof. Hayem; MM. Desnos et Huchard montrent l'influence de la variole sur l'altération du myocarde. Homolle reconnaît la dégénérescence granulo-graisseuse du cœur dans la diphthérie et attribue à cette lésion les phénomènes de collapsus qui se développent à la dernière période de cette maladie. Goodhart signale enfin la myocardite suppurée à la suite de la scarlatine. D'autre part, on avait noté maintes fois que des abcès du cœur pouvaient survenir au cours de la pyohémie. M. Lancereaux, de son côté, avait étudié les diverses atteintes du même organe sous l'influence de la syphilis.

On voit par ce simple résumé historique que les altérations myocardiques sont nombreuses et variées. On peut, en effet, observer des lésions très différentes, non seulement selon que les infections sont elles-mêmes différentes, mais encore, au cours de l'une seule d'entre elles. Il sera plus facile pour la description de les considérer tout d'abord, soit qu'elles apparaissent comme conséquence d'une pyrexie aiguë, ou bien à la suite d'une maladie infectieuse chronique.

* * *

Toutes les maladies infectieuses aiguës sont capables d'intéresser le myocarde, mais certaines d'entre elles ont pour lui une prédilection marquée. Nous citerons, à cet égard, au premier rang, la fièvre typhoïde. On ne s'en étonnera pas, pour peu qu'on se rappelle combien fréquentes sont les altérations déterminées par la dothiénentérie sur les muscles ordinaires de la vie de relation (Zenker, Hayem), altérations auxquelles celles du myocarde sont en tous points comparables.

La variole affecte aussi le myocarde avec une fréquence notable, soit par l'effet direct des agents infectieux qui lui sont propres, soit indirectement par l'intermédiaire de l'infection pyohémique à laquelle elle a donné naissance. La pyohémie de même que l'infection puerpérale sont parmi les causes les plus constantes des altérations du myocarde dans les maladies infectieuses.

La diphthérie frappe elle aussi le muscle cardiaque avec une réelle fréquence, ainsi que vient de l'établir M. Huguenin dans une thèse récente faite sous l'inspiration de M. le prof. Hayem. On a également observé des lésions du myocarde dans la pneumonie, le typhus, la méningite cérébro-spinale, etc. Que si le rhumatisme articulaire aigu doit être compté au nombre des maladies générales qui éprouvent le plus ordinairement le muscle cardiaque, sa nature infectieuse n'étant pas actuellement scientifiquement établie, il n'est pas encore légitime de le ranger parmi les agents infectieux que nous considérons plus spécialement.

Existe-t-il au cours d'une maladie infectieuse des prédispositions organiques qui justifient la localisation cardiaque ? Il ne paraît pas qu'on ait rien noté de précis dans ce sens, et ce n'est guère qu'en raisonnant par analogie, qu'on pourrait admettre que les lésions antérieures permanentes de l'organe d'une part, ses troubles fonctionnels temporaires, d'autre part, constituent un *locus minoris resistentiæ* déterminant l'élection de l'agent infectieux quel qu'il soit.

* * *

Comme type de description anatomo-pathologique, nous choisirons en premier lieu les altérations du myocarde causées par la *fièvre typhoïde*. Elles sont, en effet, et les

plus fréquentes, et les plus intenses; aussi avaient-elles déjà été vues par Louis.

Dans la plupart de ces cas, le cœur, mou, est flasque au point de ne pas conserver sa forme habituelle. Son tissu a perdu de sa cohésion, est devenu friable, se laissant déchirer avec la plus grande facilité. A la coupe, l'épaisseur des parois est très diminuée; il existe une véritable atrophie de l'organe; de plus, le muscle offre une teinte jaunâtre et feuille morte.

Examinées histologiquement, les fibres musculaires, si leurs lésions ne sont pas extrêmement intenses, paraissent plus ou moins remplies de petites granulations, les unes sombres, les autres plus ou moins claires et réfringentes, qui abondent surtout dans le voisinage du noyau. Réunies en quelques points, elles forment là de véritables séries linéaires, qui font complètement disparaître la striation de la fibre. Celle-ci devient ensuite tout à fait indistincte, et n'est plus représentée que par un contour plus ou moins vague figuré par l'amas des granulations qui la remplacent, lesquelles sont de la variété granuleuse ou graisseuse plutôt que pigmentaire. Dans des cas plus rares on observe la transformation dite vitreuse ou cireuse. Les autres éléments qui complètent le tissu musculaire présentent des lésions phlegmasiques. Le ciment intercellulaire disparaît, d'où la dissociation des fibres-cellules décrite par M. Renaut. Les noyaux cellulaires entrent parfois en prolifération, mais les phénomènes de suractivité se passent surtout dans le tissu interstitiel qui offre une multiplication nucléaire prononcée. Les vaisseaux eux-mêmes sont atteints de lésions d'endartérite.

Il est rare que ces altérations soient généralisées à la totalité du muscle cardiaque; le plus habituellement elles se répartissent inégalement en les diverses régions du cœur, et même en les divers points d'une même fibre, de telle sorte qu'elles risquent d'échapper à un examen insuffisant.

Les altérations du myocarde qu'on observe au cours de la *pyohémie* représentent un autre type assez distinct. Elles sont caractérisées par des abcès intra-musculaires. Ces collections sont d'un volume extrêmement variable, depuis celui d'un grain de mil, abcès miliaire, jusqu'à celui d'un noyau de cerise. Ordinairement le pus se dispose entre les fibres qu'il n'envahit pas et dont il est séparé par une couche de tissu embryonnaire lui figurant une sorte de paroi kystique. Au voisinage de l'abcès, la substance musculaire revêt une teinte sombre et ardoisée, due à de la dégénération pigmentaire. Quant au pus lui-même, il contient en certains cas des débris musculaires, et on y peut déceler les divers micro-organismes de la suppuration. Il arrive que l'abcès aboutit à la transformation caséeuse, ainsi que l'a constaté Fœrster, et subisse ultérieurement l'envahissement calcaire. Toutefois le plus ordinairement, le pus tend à s'évacuer au dehors. Le trajet qu'il se crée est direct ou bien oblique et sinueux, et l'orifice qui le termine décolle parfois une valvule aortique ou auriculo-ventriculaire. Le mélange du pus au sang qui en résulte entraîne la production de foyers métastatiques multiples.

Un troisième type d'altérations myocardiques nous est fourni par la *variole*. Dans cette fièvre éruptive, c'est la forme congestive et hémorrhagique qui domine. Le myocarde est rouge pâle, les fibres musculaires épaissies et granuleuses; quelques-unes d'entre elles présentent, il est vrai, les lésions dégénératives que nous avons déjà mentionnées; mais ce qu'on observe de préférence, ce sont des hémorrhagies interstitielles, disposées sous forme d'îlots ecchymotiques. Le sang épanché ne tarde pas à se coaguler et à se transformer de la sorte en petits noyaux assez compacts, de coloration noirâtre. Il n'est pas rare de constater en même temps des ruptures de fibres musculaires auxquelles M. le professeur Hayem fait même jouer un rôle important dans la pathogénie des hémorrhagies.

La plupart des altérations du myocarde dans les maladies infectieuses se rattachent aisément à l'un ou l'autre de ces trois types ou à leurs combinaisons. Ceux-ci ont eux-mêmes pour caractéristique : des lésions dégénératives dans le premier cas, phlegmasiques dans le deuxième, vasculaires dans le troisième. Nous devons avouer, quoi qu'il en soit, que ces distinctions sont plus schématiques que réelles, chacun de ces types ne représentant, en quelque sorte, que l'élément prépondérant dans l'apparence des altérations.

C'est en ce sens que la diphthérie, la septicémie, la méningite cérébro-spinale, offrent dans leurs localisations cardiaques des désordres qui ressemblent à ceux de la fièvre typhoïde.

***

Quant à leur nature, les lésions produites dans le myocarde par les maladies infectieuses sont essentiellement dégénératives. Cela ne surprendra pas, si l'on se rappelle que, malgré la spécificité de ses fonctions, la texture du muscle cardiaque le rapproche histologiquement, en somme, des autres muscles. Or, chimiquement parlant, l'état d'acidité de la fibre musculaire constitue un véritable obstacle aux envahissements leucocytiques sans lesquels, de l'avis de la majorité des auteurs modernes, il ne peut être question de processus inflammatoire. Mais, la présence de ces éléments témoigne en réalité de la lutte engagée par le parenchyme contre l'agent agresseur. Aussi privée, comme nous l'avons dit, de ces auxiliaires nécessaires, la fibre musculaire reste passivement soumise à l'action des germes, et dégénère dans la plupart des cas.

Les lésions ainsi déterminées sont susceptibles de divers modes d'évolution. Dans bon nombre de cas la déchéance et la destruction des fibres-cellules est définitive, mais en d'autres, il survient un stade de régénération qui aboutit à une réparation plus ou moins complète. Parfois les phénomènes de phlegmasie interstitielle persistent, tout en s'atténuant, et ce peut être là l'origine d'une sclérose du cœur. Enfin, dans les cas d'abcès, les cavités qui résultent de l'évacuation du pus sont aussi l'origine d'un anévrysme du cœur. La formation de semblables anévrysmes est également déterminée par les hémorrhagies interstitielles et les ruptures musculaires que nous avons signalées. Leur siège dans la région de la pointe permet de les différencier des anévrysmes valvulaires.

La pathogénie des altérations du myocarde ne reconnaît ici aucun procédé qui lui soit spécial; on en est donc réduit à invoquer, par analogie, soit l'action physique des microbes pathogènes sur les éléments cellulaires, soit l'action chimique des produits solubles sécrétés par les mêmes microbes.

Mais, ces altérations sont-elles primitives ou secondaires? sont-elles dues à l'extension anatomique, par contiguïté, des phlegmasies des membranes séreuses qui revêtent le myocarde, ou bien répondent-elles à une invasion directe des agents pathogènes introduits par la circulation? Non seulement ces deux mécanismes sont l'un et l'autre admissibles, mais encore il est à supposer que l'endocardite coexistante, agissant par voie physiologique cette fois, par dystrophie comme on a dit, détermine des dégénérations qui ne dépendent pas de l'agent infectieux lui-même. N'est-ce pas là ce qui se passe no-

tamment dans ces cas d'endocardite où s'observe de l'endartérite avec thrombose des petits vaisseaux?

***

On pense bien que des désordres intenses, comme ceux que nous venons d'exposer, n'évoluent pas sur un organe aussi essentiel à la vie que l'est le cœur, sans qu'il s'ensuive en clinique un appareil symptomatique des plus graves.

Il est de fait que, très souvent, au cours des maladies infectieuses, la mort succède aux lésions du myocarde : c'est avec beaucoup de vraisemblance qu'on leur a attribué la mort subite dans la fièvre typhoïde et dans la variole en particulier.

Toutefois ces lésions pouvaient demeurer latentes pendant assez longtemps, et cette éventualité se produit de préférence précisément dans ces mêmes cas où les malades succombent brusquement.

On a noté, on doit le dire, comme symptômes fonctionnels, des sensations anormales de compression ou de douleur siégeant à la région précordiale, mais ce sont là de faibles indices, qui perdent encore de leur valeur, noyés qu'ils sont au milieu des signes de l'état général où se trouvent habituellement les sujets.

Les phénomènes objectifs ont beaucoup plus de poids, ceux que fournit en particulier l'exploration du pouls. Celui-ci devient fréquent, faible, petit, et souvent intermittent. Ce sont surtout ces intermittences qui sont caractéristiques; les pulsations se reproduisent par série de deux ou trois comme dans le rythme de la digitale.

Les bruits normaux du cœur diminuent d'intensité, le premier bruit, plus altéré encore que le second, peut disparaître complètement. Le choc précordial est mal senti, et ressemble plus ou moins à une ondulation. On a cité enfin comme une altération fréquente du rythme l'*embryocardie* (Huchard-Gillet) ou rythme fœtal. Bien que l'arythmie domine, on constate parfois un bruit de souffle. Ce souffle, qui a été désigné par Stokes sous le nom de souffle fébrile, serait probablement, selon M. le professeur Potain, un souffle extra-cardiaque. Il a pour caractères : son timbre grave, son siège un peu au-dessus de la pointe, son moment plutôt médio-systolique que systolique. De plus, il est variable, car il se modifie sous l'influence des mouvements de la respiration, et des changements d'attitude du malade. Skoda l'avait attribué à la paralysie des muscles papillaires, mais il semble plutôt pouvoir être rapporté à la dilatation paralytique des cavités ventriculaires. (Liebermeister).

La dyspnée est la conséquence nécessaire de l'obstacle apporté à la circulation. L'état général se ressent pour sa part des complications cardiaques, et on observe des phénomènes de collapsus. Souvent aussi, c'est par des syncopes répétées, de plus en plus menaçantes, que se traduit l'état du myocarde.

Telle est l'apparence clinique que revêtent les lésions du myocarde, dans la majorité des cas; le tableau ne s'en modifie pas moins selon que, par exemple, l'ouverture d'un abcès ou la formation d'un anévrysme entraînent des lésions valvulaires, car celles-ci se manifestent alors par les signes qui leur sont propres.

***

L'évolution clinique est en rapport avec celle des altérations. Dans beaucoup de cas, c'est la mort subite, précédée ou non des symptômes précurseurs. Dans la fièvre typhoïde où cette terminaison est relativement moins rare, on voit le malade pâlir subitement, ébaucher quelques petits mouvements convulsifs, puis s'affaisser et mourir subitement, en un quart de minute, sans cri, sans plainte.

D'autres fois, la terminaison n'est pas fatale; dans la variole, par exemple, il arrive de constater quelques-uns des signes qui indiquent l'atteinte du cœur, vers la fin de la période du suppuration, signes qui se modifient ultérieurement.

Si les altérations sont intenses, la durée des accidents est courte, mais il n'en est plus ainsi dans les cas où les premières lésions sont les prodromes, en quelque sorte, de la lente évolution d'une sclérose du cœur.

La terminaison se fait donc par la mort ou par la guérison, ou enfin les altérations du myocarde persistent en se transformant.

Il suit de là que le pronostic est le plus souvent très grave. Lorsque dans la variole ou la diphthérie ou surtout la fièvre typhoïde on voit le cœur faiblir, de la dyspnée avec angoise apparaître, enfin des syncopes répétées se produire, on aura raison de redouter la terminaison mortelle.

Le diagnostic de la localisation myocardique ne se fait guère que par exclusion; ce n'est en effet qu'en l'absence de lésions valvulaires que l'on est en droit de rapporter les signes observés à la dégénération du myocarde. Cependant, il est permis d'être plus affirmatif lorsqu'on a affaire à la fièvre typhoïde, puisqu'on n'ignore pas l'extrême rareté des déterminations valvulaires dans cette maladie. Les signes diagnostiques auxquels on attribuera le plus de valeur sont les syncopes répétées, l'affaiblissement et surtout l'intermittence du pouls, enfin la disparition du premier bruit du cœur.

***

Ce n'est donc qu'à titre de complications, complications graves, il est vrai, et très souvent mortelles, qu'interviennent les altérations du cœur dans les maladies infectieuses aiguës. Il n'en est plus tout à fait ainsi, en ce qui concerne les infections chroniques. Là, les altérations du cœur acquièrent parfois une véritable autonomie, ainsi que celles de la syphilis en offrent un excellent exemple.

Outre la syphilis, on peut compter, au nombre des infections chroniques qui entraînent des altérations du myocarde, la tuberculose pulmonaire et l'impaludisme.

Il est vrai que, pour ce qui a trait à ces deux dernières maladies, on est en droit de se demander, si ce n'est pas indirectement en quelque sorte, et par le fait de la cachexie, de la déchéance générale de tous les tissus de l'organisme, qu'est affecté le myocarde. Il ne s'agirait plus là alors que d'un procédé banal, et qui n'a rien de spécifique. On remarquera, en effet, que dans ces derniers cas, ce sont des lésions peu spéciales qu'on rencontre le plus souvent. On n'observe guère que de l'atrophie simple du muscle, ou de la dégénérescence graisseuse, qui se distingue de celle des formes précédentes, par sa lente évolution, et par le peu d'intensité des phénomènes phlegmasiques du tissu interstitiel.

En ce qui concerne la syphilis, il n'en est plus ainsi. Celle-ci frappe le cœur par deux procédés qu'a distingués M. Lancereaux sous les noms de myocardite interstitielle et de myocardite gommeuse : les deux formes peuvent du reste coexister sur le même organe.

La myocardite interstitielle siège de préférence sur le ventricule gauche; elle se caractérise par l'apparition de traînées blanchâtres de tissu sclérosé parsemé parfois de petits nodules jaunes, qui tranchent sur la coloration générale du muscle, donnant ainsi une apparence que M. Lancereaux a comparée à celle des intersections

aponévrotiques du muscle grand droit de l'abdomen. Le tissu conjonctif de nouvelle formation, composé de fibrilles et de cellules, se continue habituellement avec le tissu conjonctif situé sous l'endocarde; il est assez vasculaire, et paraît reconnaître pour origine la trame conjonctive du muscle. Il aboutit à une sclérose véritable, bien qu'il subisse en certains points la transformation graisseuse.

Quant aux tumeurs gommeuses, on les a vues siéger sur les parois des deux ventricules, et dans la cloison interventriculaire. Elles s'y montrent sous la forme de petites masses rondes, grosses comme un pois, de consistance plus ou moins ferme et parfois caséeuse. A la coupe elles sont de couleur jaunâtre à la périphérie, plutôt brunâtre au centre, et sont entourées d'une sorte de membrane d'enveloppe conjonctive, circonscrite elle-même par une zone de myocardite interstitielle. Ces gommes se ramolliraient en de certaines circonstances, et alors, selon Oppolzer, elles se conduiraient comme des abcès, c'est-à-dire qu'elles s'ouvriraient dans le ventricule pour donner naissance à des embolies multiples.

Il n'existe pas, à la vérité, de tableau symptomatique qui appartienne en propre aux lésions que nous venons d'exposer. Les conséquences qu'elles entraînent se manifestent au médecin par les mêmes signes cliniques que nous avons décrits précédemment: faiblesse, irrégularité et intermitences du pouls, affaiblissement du choc précordial, tendances syncopales, accès dyspnéiques, etc. Leur marche est extrêmement lente; elles durent des mois et des années. La terminaison, nécessairement fatale, se fait par une syncope, si c'est à la cardiopathie que le malade succombe. Le pronostic, bien qu'il soit grave, doit cependant être atténué, en raison de la longue survie compatible avec les accidents. Dans quelques cas, on aurait pu diagnostiquer la myocardite syphilitique, en se fondant non seulement sur la connaissance d'antécédents spécifiques avérés, mais surtout sur la présence de tumeurs gommeuses en d'autres organes.

***

Le traitement des altérations du myocarde dans les maladies infectieuses variera nécessairement selon qu'il s'agira d'une maladie infectieuse aiguë ou chronique. Dans le premier cas, on ne disposera que de moyens directs peu efficaces; aussi les efforts thérapeutiques devront-ils viser surtout la maladie principale. Toutefois, on aura recours pour stimuler la tonicité du cœur aux injections hypodermiques de caféine et d'éther, ainsi qu'à l'administration de la digitale.

Dans les cas de maladies infectieuses chroniques, l'emploi de l'iodure de sodium à doses faibles et longtemps prolongées, s'il s'agit de myocardite plutôt que de dégénération, sera particulièrement indiqué.

Paul Blocq.

TRAVAUX ORIGINAUX

Amputations congénitales et aïnhum,

par le professeur U. Trélat
(leçon recueillie par le Dr Pierre Delbet (1).

Messieurs,

Vous savez tous qu'on voit parfois naître des enfants qui manquent d'une partie ou de la presque totalité d'un membre. Parmi ces malformations, il en est de deux espèces différentes. Dans certains cas, il s'agit d'un arrêt de développement. Le bourgeon destiné à former un membre ne s'est pas développé ou s'est incomplètement développé. Les enfants qui présentent ces malformations appartiennent à la catégorie des monstres ectromèles. Je les laisse absolument de côté; ce n'est pas d'eux que je veux vous entretenir; et si j'en ai parlé, c'est uniquement pour vous mettre à l'abri d'une confusion, qu'on n'a pas toujours su éviter.

Dans d'autres cas, la portion du membre qui existe est normale, régulièrement conformée, bien développée; mais le membre est incomplet. Il manque un ou plusieurs doigts, le tiers inférieur de la jambe, quelquefois toute la jambe et une partie de la cuisse. Il semble que, dans le ventre de la mère, le membre déjà formé ait subi une véritable mutilation. On dirait qu'il a été sectionné et cela presque toujours dans la continuité d'un segment, jamais peut-être au niveau d'une articulation. Cette apparence de mutilation est d'autant plus manifeste que sur l'extrémité du moignon on voit une sorte de tissu fibreux, d'apparence cicatricielle. On ne peut se défendre de l'impression que le fœtus a subi avant la naissance une mutilation, une amputation : aussi a-t-on donné à ces malformations le nom d'amputations congénitales.

Mais il faut bien que vous sachiez, Messieurs, que les cas typiques dont je me suis servi pour définir les lésions sont en somme rares. Il est peu fréquent que l'exérèse soit réalisée, que l'amputation soit complète. Le plus souvent, elle reste partielle; elle est en quelque sorte commencée, mais non achevée. Toutes les parties du membre existent, de sa racine jusqu'à son extrémité; mais à un certain point, on trouve un étranglement annulaire, un sillon bien marqué, comme un commencement de séparation qui n'a pas été complétée. La profondeur du sillon varie, mais il est toujours étroit. Souvent il paraît superficiel, parce que ses bords formés par la peau viennent au contact, et en masquent le fond. Mais si on écarte ces bords, on voit que le sillon s'enfonce bien plus loin qu'on ne le supposait d'abord, et que la partie inférieure du membre ne tient à la supérieure que par un pédicule étroit. J'ai à peine besoin de vous dire que le segment du membre qui est situé au-dessous de ce sillon présente habituellement des modifications, souvent considérables, sur lesquelles je reviendrai plus loin avec quelque détail. Pour vous donner une idée de l'ensemble de ces lésions, je vais vous citer un fait fort intéressant que j'ai observé autrefois à Necker.

Observation. — Bouton, cordonnier, âgé de vingt-trois ans, entre, le 15 novembre 1881, dans mon service à Necker, pour un ulcère au pied droit.

Ce jeune homme porte, à chaque jambe, un sillon constricteur, siégeant à 12 centimètres environ au-dessus des malléoles. Il est aussi atteint de diverses lésions aux deux pieds.

Commémoratifs. — Bouton s'est toujours connu ainsi; les sillons constricteurs lui paraissent restés au même point depuis la première enfance. A une époque reculée, vers l'âge de sept ou huit ans, croit-il, il a perdu deux orteils du pied droit, lesquels sont tombés spontanément. Il affirme bien n'avoir subi aucune opération chirurgicale. Sauf à l'époque où il perdit ces orteils, Bouton a toujours bien marché. Il fait des courses assez longues, sans se fatiguer, et jouit d'une bonne santé générale.

Le père de ce jeune homme, que j'ai pu interroger, confirme les renseignements fournis par son fils. Le mal est congénital et c'est, dit le vieillard, un don de famille; il eut un autre enfant, une petite fille, qui n'a pas vécu et qui avait une main mal faite au bout d'un bras trop court. Un troisième enfant âgé aujourd'hui de huit ans est chétif, mais il n'a pas de malformations. Lui-même et la mère du jeune homme ne présentent non plus rien de semblable.

Etat actuel. — *Jambe droite* : sillon circulaire profond, disposé comme un bracelet, c'est-à-dire perpendiculaire

(1) Cette leçon fait partie d'un volume de clinique, actuellement sous presse, publié par les élèves de notre regretté maître.

à l'axe du membre, siégeant à 11 centimètres des malléoles, étranglant le membre jusqu'aux os sur lesquels la peau est immédiatement appliquée. Ce sillon est assez large à sa surface, tandis qu'au fond il devient presque linéaire. Il ressemble à l'empreinte que l'on produirait en appliquant une ligature serrée, faite d'une forte ficelle et dont on écarterait les bords. La circonférence au fond du sillon est de 16 centimètres, tandis qu'elle est également de 23 centimètres à un travers de doigt au-dessus et au-dessous du sillon. A la saillie du mollet, la circonférence est de 26. Toute la portion du membre située au-dessus du sillon est absolument saine quoique légèrement amaigrie. Au-dessous, l'extrémité de la jambe est renflée brusquement comme certaines bouteilles à goulot court. Ce développement est dû aux tissus mous : la peau ne paraît pas épaissie, elle est fine et blanche, et la partie présente une mollesse souple analogue à celle des lipômes. Les os sont masqués par cette couche molle et, en les palpant au niveau des malléoles, on s'aperçoit qu'ils ont diminué de volume; au-dessous des malléoles le gonflement cesse peu à peu et le pied, petit, présente une peau fine qui semble presque collée sur le massif osseux. Le pied est cylindrique, et le malade (qui est cordonnier) sait fort bien qu'il chausse de ce côté un soulier plus étroit. Il n'y a dans toute cette région ni varice, ni aucune inégalité des téguments. Seule la face plantaire présente des épaississements épidermiques manifestes et deux ulcérations. Ces ulcérations, qui se sont fait jour sous des phlyctènes, offrent tous les caractères du mal perforant plantaire.

Enfin les orteils manquent presque complètement; il reste une phalange du gros orteil, une phalange probablement incomplète des deux orteils suivants et aucun autre vestige des deux derniers qu'une sorte de durillon épidermique marquant leur place; sur tous ces moignons, on ne distingue pas de cicatrice.

Jambe gauche. — Sillon circulaire peu profond, plus prononcé au niveau du péroné, auquel la peau amincie adhère, formant en arrière une simple dépression sous laquelle on sent que les muscles ont conservé à peu près leur épaisseur et leur liberté. La jambe entière est bien conformée et les mensurations que je vais donner plus bas indiquent une juste proportionnalité des formes.

Le pied est aussi bien formé. Le muscle pédieux fait une forte saillie et l'on sent dans les mouvements volontaires tous les tendons jouer normalement.

Le gros orteil présente un raccourcissement équivalent à la perte de la phalangette. Il porte un moignon informe et à l'extrémité une cicatrice étoilée.

Les mensurations comparatives des deux membres pelviens donnent les chiffres suivants :

	Droite	Gauche
Cuisse (épaisseur)	40	42
Saillie du mollet	26	29
Circonférence (dessus du sillon)	23	21
— (au fond du sillon)	16	18,5
— (au-dessous du sillon	23	19
Cou-de-pied	23	24

Il y a donc une atrophie musculaire de tout le membre inférieur droit, qui n'est que masquée par le renflement de la région étranglée. En outre, il y a une certaine diminution de longueur de la portion de la jambe sous-jacente au sillon par rapport au segment semblable du côté gauche. Ce raccourcissement, qui se complète aussi par un degré d'atrophie difficile à évaluer du côté du pied, provient manifestement d'un arrêt de croissance des os.

Le jeune homme ne porte aucune autre malformation aux membres supérieurs, rachis, etc., etc.

J'ai observé deux autres cas de brides congénitales. Je vous fais grâce des détails de ces deux faits. Les figures que je mets sous vos yeux me dispensent de toute description. Toutefois j'attire votre attention sur la malformation du pied qui est très manifeste dans la figure 2.

Vous voyez, Messieurs, en quoi consistent ces amputations congénitales : des sillons circulaires, profonds, qui étreignent un segment de membre, y déterminent des troubles trophiques et quelquefois amènent la séparation complète d'une partie du membre. Voilà quelle est la physionomie de l'affection. Jusqu'à présent, je vous en ai présenté deux formes : dans l'une, l'amputation est consommée lors de la naissance; dans l'autre, l'enfant a un ou plusieurs sillons. Il me reste à vous indiquer une troisième forme, rare, mais importante. Parfois les sillons, qui existent lors de la naissance, semblent dans les premières années de la vie augmenter de profondeur. Y a-t-il augmentation réelle de la profondeur du sillon, par suite de la rétraction de la bride qui le forme ? Y a-t-il plutôt une simple apparence due à la croissance des parties voisines du sillon ? Je ne chercherai pas à le dire, car je ne vois aucune raison de ne pas admettre que les deux phénomènes se produisent simultanément; quoi qu'il en soit, il peut arriver que l'amputation, incomplète lors de la naissance, se complète pendant les premières années de la vie. Ces faits, je vous l'ai dit, sont rares, mais très importants, car ce sont eux qui ont été cause d'une confusion très regrettable, ce sont eux qui ont servi à rapprocher les amputations congénitales de l'aïnhum.

Qu'est-ce donc que l'aïnhum ? C'est une affection qui frappe les nègres, particulièrement les nègres d'Afrique, surtout les hommes et seulement dans l'âge adulte. Elle porte exclusivement sur le petit orteil et se caractérise symptomatiquement de la manière suivante : sur la face interne et inférieure de la racine du petit orteil, paraît une dépression un peu moins que demi-circulaire, qui correspond juste au sillon digito-plantaire (fig. 4). Rien autre chose à ce moment que ce petit sillon; aucune ulcération, aucun phénomène inflammatoire, aucune douleur, qui attirent l'attention du malade. Peu à peu le sillon s'étend vers la face dorsale, puis vers la face externe et finit par envahir toute la circonférence de l'orteil. Ce dernier, étranglé par sa base, grossit peu à peu, jusqu'à atteindre un volume triple de celui qu'il présente d'ordinaire. Le sillon se creuse de plus en plus ; pour en voir le fond il faut écarter ses bords ou imprimer à l'organe des mouvements de latéralité. L'orteil subit un mouvement de rotation qui porte sa face dorsale en dehors. A mesure que l'affection progresse, il devient plus mobile, on peut l'incliner dans tous les sens, le faire tourner sur lui-même ; par sa mobilité, il embarrasse la marche ; et il finit par tomber spontanément, si un coup de couteau ou de ciseau ne l'a pas détaché.

Voilà, Messieurs, quels sont les caractères symptomatiques de l'aïnhum, tels qu'ils ont été décrits pour la première fois en 1867, par le Dr Da Silva Lima (de Bahia) (1), j'insiste sur ces caractères : maladie spéciale à certaines races nègres, maladie de l'adulte, se localisant aux petits orteils dont elle produit l'amputation spontanée. J'insiste sur ces caractères pour les bien opposer à ceux des amputations congénitales. Ces dernières existent dans toutes les races, elles peuvent porter sur tous les membres, aussi bien le membre supérieur que le membre inférieur, sur tous les segments de membres : doigts et orteils, avant-bras et jambes ; cuisse et bras ; le processus qui les produit débute toujours pendant la vie intra-utérine. Dans les deux affections, le résultat ultime est une amputation spontanée, produite par un sillon dont je laisse pour le moment la cause et la nature indéterminées. Mais vous voyez qu'à part ces deux caractères, l'existence du sillon et la terminaison par amputation spontanée, les deux affections diffèrent complètement. Cependant on est arrivé à les confondre.

Pour vous montrer comment cette confusion s'est établie peu à peu, je vais vous faire l'histoire des publi-

(1) Da Silva Lima, *Etude sur l'aïnhum* (*Archives de médecine navale*, 1867, t. VIII, p. 128).

cations qui ont successivement paru sur l'aïnhum et qui ont peu à peu altéré et transformé la conception que Da Silva Lima nous avait donnée de cette maladie. Le premier travail qui parut après celui de Da Silva Lima fut celui de Collas, médecin de la marine (1). Cet auteur déclara avoir observé l'aïnhum sur des sujets de race hindoue. Ce seul fait aurait une importance considerable, puisqu'il prouverait que l'aïnhum n'est pas spécial aux races nègres. Mais le travail de Collas n'est rien moins que probant. Les malades qu'il a observés avaient peut-être une lèpre dactylienne, comme le dit l'auteur, mais certainement pas l'aïnhum, car ils ont présenté des phlyctènes, des ulcérations, de la gangrène, choses qu'on ne voit jamais dans l'aïnhum.

En 1876, Moncorvo de Figueiredo rapporte une observation d'aïnhum remarqué chez un nègre d'Afrique (2). C'est une observation type qui rentre absolument dans le cadre tracé par Da Silva Lima. Vient ensuite une observation de Corre publiée dans la *Revue médico-chirurgicale* de Buenos-Ayres en 1877. Les caractères symptomatiques sont bien ceux de l'aïnhum ; mais l'observation présente deux points importants : le sujet était un nègre, mais non pas un nègre d'Afrique, un nègre de la Réunion ; et, fait plus important, ce n'était pas le cinquième orteil, mais le quatrième, qui était atteint.

En 1877, Pereira-Guimaraes publie quarante observations. Toutes ont été recueillies chez des nègres d'Afrique ; il s'agit d'aïnhum légitime ; un seul point important, c'est que deux fois Pereira-Guimaraes a constaté l'aïnhum à la fois sur le quatrième et le cinquième orteil. Je passe sur une observation douteuse de Corre, dont Brassac a fait excellemment la critique dans les *Archives de médecine navale*, en décembre 1879. Il s'agissait probablement, chez ce malade, d'un commencement de lèpre.

Vous voyez, Messieurs, que jusqu'ici, à part une ou deux exceptions peu importantes et du reste explicables, tous les faits observés, et ils sont nombreux, cadrent parfaitement avec la description de Da Silva Lima, L'aïnhum apparaît bien comme une entité morbide, spéciale à certaines races, spéciale aux adultes, se localisant presque toujours sur le cinquième orteil, atteignant exceptionnellement le quatrième.

C'est alors que parut, en décembre 1879, dans les *Archives de médecine navale* un travail du Dr Guyot, médecin de la marine, qui ne tendait à rien moins qu'à détruire le type créé par Da Silva Lima et si bien établi par les observateurs que je viens de citer. Ce travail a jeté dans toute cette question une confusion lamentable. Il contient un certain nombre d'observations recueillies à la Nouvelle-Calédonie, publiées sous le titre d'aïnhum et qui ne lui appartiennent certainement pas. Qu'y voyons-nous en effet? Un enfant de deux ans qui présente des sillons sur plusieurs doigts et orteils. Un enfant de quatre semaines qui a également, sur les doigts et les orteils des deux mains et des deux pieds, des sillons ou même des amputations spontanées. Une femme de vingt ans qui présente plusieurs amputations congénitales, dont l'une s'est parachevée seulement vers l'âge de seize ans. Voilà ce que Guyot a donné comme exemples d'aïnhum, et le Dr Fontan, qui a écrit un article très documenté sur *la question de l'aïnhum*, déclare que ces faits suffisent à prouver que l'aïnhum peut être congénital ; c'est à peu près comme si l'on disait que les amputations congénitales sont une maladie de l'adulte. Qu'est-ce que les faits de Guyot ont donc de commun avec l'aïnhum véritable? Absolument rien, Messieurs. Les faits ont été observés dans une race où l'aïnhum n'a jamais été constaté. Ils ont tous une origine manifestement congénitale. Ce n'est pas seulement le cinquième et le quatrième orteil, ce ne sont pas seulement les orteils, mais les doigts, qui sont atteints successivement ou en bloc ; en outre se trouvent sur la jambe de certains malades des sillons constricteurs en tout semblables à ceux que je vous ai décrits comme caractéristiques des amputations congénitales. Prendre de telles lésions pour celles de l'aïnhum, c'est, je n'hésite pas à le dire, faire une erreur de diagnostic. Il s'agissait, à n'en pas douter, d'amputations congénitales.

Cependant, le mémoire de Guyot me paraît avoir eu une importance considérable dans l'histoire de ces questions. C'est depuis sa publication qu'on a tenté d'identifier ces deux affections, à mon avis très différentes : les amputations congénitales et l'aïnhum. Cette identification, d'abord vicieusement basée sur une erreur clinique, on a tenté de l'appuyer ensuite sur la pathogénie et l'anatomie pathologique, ce qui me conduit à vous donner quelques indications sur ces deux chapitres de la question.

Les amputations congénitales sont depuis longtemps connues, et depuis longtemps on a cherché à interpréter leur mécanisme. Je vous fais grâce, Messieurs, des premières explications enfantées par l'imagination des ignorants et qui fait jouer un rôle indéterminé, mais prépondérant, aux pensées de la mère pendant la grossesse à la vue de gens mutilés, etc... Vous n'ignorez pas que c'est ainsi qu'on a cherché à expliquer toutes les malformations congénitales, et aujourd'hui même les croyances de ce genre sont encore solidement établies dans le peuple.

La première interprétation scientifique des amputations congénitales a été donnée par Montgomery en 1832. Cette interprétation, je n'hésite pas à la considérer comme bonne et je m'y rallie pleinement. Elle consiste à dire que les amputations congénitales sont produites par des brides de formation accidentelle, qui enserrent le membre du fœtus et l'empêchent par leur inextensibilité de se développer au point comprimé. C'est une observation de Watkinson, qui avait conduit Montgomery à cette théorie. Un enfant était né au septième mois avec la jambe gauche amputée immédiatement au-dessus du cou-de-pied. Le pied fut trouvé intact dans les eaux de l'amnios.

Cette théorie s'est trouvée confirmée par des faits d'une précision telle qu'ils ont la valeur d'une démonstration absolue. Je vais vous indiquer rapidement les principaux. Dans un cas de Crédé, le fœtus portait plusieurs sillons sur le bras et les doigts. Des doigts du milieu partait un filament très mince, long de 13 centimètres, flottant librement par son autre extrémité dans le liquide amniotique. Dans un cas de Follin, cité par Roger à la Société médicale des Hôpitaux en 1852, on voit, « sur un fœtus de 22 centimètres et demi, une bride partie du placenta entourer un des pieds, et de là se porter sur une main autour de laquelle elle s'enroule. Sur un autre fœtus plus âgé, un pied est séparé de la jambe à laquelle il était appendu par un long filament. et l'autre jambe est entourée d'une bride, qui a seulement tracé un sillon circulaire ». Zagorski a communiqué en 1833, à l'Académie des Sciences de Saint-Pétersbourg, un fait plus frappant encore. Le fœtus était anencéphale et présentait plusieurs autres malformations. La jambe droite était amputée à peu près en son milieu ; une bride transversale partie du moignon gagnait la jambe gauche et s'enroulait autour d'elle, en y faisant un profond sillon. Sur le milieu de cette bride, entre le moignon de la jambe droite et le sillon de la jambe gauche, était appendue une petite masse, qui

(1) Collas, *Note sur la maladie décrite sous le nom d'aïnhum, observée chez les Hindous* (*Archives de médecine navale*, t. VIII, p. 357).
(2) Moncorvo de Figueiredo. *De l'aïnhum* (*Archives de médecine navale*, t. XXVI, p. 127).

n'était autre que le pied droit. Dans un fait de Béraud, on voyait une bride née du sommet de la tête venir s'enrouler autour de la partie inférieure de la jambe gauche, où elle avait déterminé un profond sillon. Je pourrais vous citer encore les observations de Levret, de Charles Bleeck, rapportées dans l'excellent article de M. Duplay.

Ces faits, Messieurs, me paraissent avoir une très grande valeur. On y voit l'agent de la mutilation, la bride; on y voit ses effets, le sillon léger, le sillon profond, l'amputation complète; on y voit le segment amputé encore suspendu à la membrane amputante. Il me semble que la démonstration est complète.

On peut se demander quelle est l'origine de ces brides. Montgomery les attribuait tout simplement à un épaississement de lymphe plastique; on admet aujourd'hui qu'elles ont une origine amniotique. L'existence de ces brides est indiscutable; leur origine n'est qu'un point secondaire de la question; je n'y insiste pas, mais je veux vous signaler un autre ordre de faits, bien plus rares, et fort curieux. Dans certains cas, ce ne sont pas des brides pathologiques, c'est le cordon ombilical qui, en s'enroulant autour du membre, l'étreint et amène la formation d'un profond sillon. Il semble étrange que la striction exercée par le cordon puisse être suffisante pour produire un sillon sur un membre, sans être assez considérable pour empêcher la circulation dans les vaisseaux, ce qui amènerait la mort du fœtus par asphyxie. Ce fait a cependant été constaté avec une précision qui ne laisse rien à désirer. Le mémoire de Debout, publié en 1868 par la Société de Chirurgie, en renferme des exemples indéniables. M. Hillairet a communiqué, en 1856, un fait remarquable à la Société de Biologie. Chez un fœtus de trois mois, le cordon, après avoir contourné le flanc droit en creusant entre les côtes inférieures et la hanche une gouttière profonde, remontait le long du dos, où il avait également laissé un sillon comme trace de son passage, et allait s'enrouler autour du cou. La striction avait produit une amputation presque complète de la tête, qui n'était réunie au tronc que par un pédicule épais d'un millimètre et demi. En 1868, le D[r] Piachaud a montré, à la Société médicale du canton de Genève, un fœtus de quatre mois environ, chez lequel l'enroulement du cordon autour de la jambe droite avait déterminé la formation d'un sillon très prononcé, au-dessous duquel le membre était sensiblement atrophié.

En somme, l'action du cordon a été nettement constatée : mais je ne crois pas qu'au point de vue de la fréquence, on puisse la mettre en parallèle avec celle des brides, que je considère comme la cause ordinaire des amputations congénitales.

Je vous ai déjà dit, Messieurs, que telle n'était pas l'opinion de tous les chirurgiens. Parmi ceux qui se sont sérieusement occupés de la question, aucun n'a pu nier l'existence de ces brides. Mais certains ont admis que les amputations congénitales pouvaient être produites par plusieurs processus différents, comme M. Lannelongue, en 1882, dans son article des *Archives générales de médecine*, comme M. Horteloup, dans sa communication du 19 octobre 1887, à la Société de Chirurgie; d'autres ont mis en doute le rôle des brides comme Bar, en 1882, dans son article des *Annales de tocologie;* d'autres enfin ont nié ce rôle pour rapprocher les amputations congénitales de l'aïnhum. C'est ce qu'a fait le D[r] Fontan, dans son mémoire des *Archives de médecine navale* (1882), et M. Reclus, dans un article de la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*.

Quels faits, quels raisonnements peut-on invoquer contre la théorie de Montgomery, en faveur de l'hypothèse qui assimile les amputations congénitales à l'aïnhum?

Avant d'en arriver à ce point, qui est véritablement le nœud de la question, je dois vous dire quelques mots des lésions histologiques de l'aïnhum et des opinions qui règnent sur la nature de cette affection. — Pour ce qui est des lésions histologiques, je laisserai complètement de côté les examens qui ont été faits au Collège de France, par M. Suchard. Ce n'est pas, Messieurs, que je mette en doute la compétence de cet histologiste distingué. Mais son examen a porté sur les pièces de M. Guyot. Or, je vous l'ai déjà dit, j'ai la conviction que ce sont des pièces d'amputations congénitales. En tout cas, il s'agissait de lésions ayant une origine intra-utérine : ce sont donc des cas litigieux. Les prendre pour type d'aïnhum et déclarer ensuite que les amputations congénitales sont en tout semblables à cette affection, ce serait faire une pétition de principe au premier chef. Je m'appuierai donc seulement sur les examens histologiques de Wucherer, le premier en date, sur ceux de Schüppel, de Cornil, d'Estor. Malheureusement, ce qu'on a surtout étudié, c'est le segment amputé, dans lequel on ne rencontre que des lésions secondaires. Le sillon lui-même, qui est la caractéristique de la maladie, n'a été étudié qu'une seule fois par Estor.

Dans le segment amputé, on ne trouve au niveau de la surface d'amputation aucun vestige d'os. La première phalange, vous vous rappelez que c'est du petit orteil qu'il s'agit, a complètement disparu. La deuxième phalange est d'ordinaire diminuée de volume; son extrémité postérieure est dépourvue de cartilage. La troisième phalange est intacte : ni dans l'os, ni dans le tissu cellulaire, en aucun point de ce segment amputé, on ne trouve de pus. La peau est peu altérée. Les tissus sous-cutanés, tissu conjonctif, tendons, ligaments sont partiellement ou presque complètement transformés en tissu adipeux. L'artère collatérale interne du doigt n'a pas été retrouvée, l'externe seule persisterait. Les os raréfiés ne présentent aucune autre altération. En somme, on trouve tout simplement une atrophie, une dégénérescence adipeuse des parties par défaut de nutrition. Mais il ne faut pas dire avec Wucherer que la maladie consiste en une atrophie ou dégénérescence des parties. En effet, cette dégénérescence, ce n'est pas la lésion initiale, c'est une simple conséquence du défaut de nutrition. On la trouve parfois avec les mêmes caractères dans les amputations congénitales. Dans les deux maladies, il existe un sillon constricteur qui étreint le membre et trouble la nutrition de tout le segment situé au-dessous de lui. Quoi d'étonnant à ce que les mêmes lésions se produisent dans ce segment? Mais cette ressemblance des altérations du membre amputé autorise-t-elle à assimiler les deux maladies l'une à l'autre? En aucune façon. car, je vous le répète encore, ces lésions sont secondaires; elles n'ont rien de caractéristique. Ce qui est important, c'est la nature, c'est la cause du sillon; c'est là ce qu'il nous faut étudier.

Estor est le seul histologiste à ma connaissance qui ait examiné le sillon. Il y a trouvé des faisceaux fibreux circulairement disposés, qui paraissaient avoir leur point de départ, écoutez bien ceci, Messieurs, dans un durillon corné. Ce durillon est fort important. Jamais on n'en a trouvé de semblable dans les amputations congénitales. Il est fort possible qu'il soit l'origine du sillon, ce qui expliquerait assez bien pourquoi l'aïnhum est une maladie d'adultes, et d'adultes qui marchent pieds nus. Toutefois, je m'empresse de le reconnaître, cet examen unique ne permet pas de tirer des conclusions bien fermes.

Quelle est la nature de l'aïnhum? Lannelongue, Fontan, Reclus, le considèrent comme une forme de sclérodermie, une sclérodermie annulaire, suivant l'expression de Fontan. Nos connaissances sur la sclérodermie d'une

part, sur l'aïnhum d'autre part, sont bien sommaires pour qu'on puisse discuter cette question avec fruit. Cependant, Messieurs, il y a des objections qui se présentent tout de suite à un esprit non prévenu. Dans la sclérodermie, on n'observe jamais de sillon; or le sillon est justement le phénomène primitif et caractéristique de l'aïnhum. Dans la sclérodermie, les doigts sont amincis, effilés, parcheminés, la peau est collée sur les os. On observe justement le contraire dans l'aïnhum : le doigt se renfle, ces masses de tissus adipeux s'accumulent sous la peau. Enfin, la sclérodermie est une affection régulièrement progressive, qui ne s'arrête guère dans sa marche. Au contraire, l'aïnhum est une maladie essentiellement locale, qui frappe exclusivement le cinquième orteil, très rarement le quatrième, et qui, une fois l'amputation consommée, s'arrête pour ne plus reparaître. Ces différences me paraissent fondamentales, et je m'étonne qu'on ait pu, malgré elles, tenter d'assimiler l'aïnhum à la sclérodermie. J'ajoute que dans cette assimilation, on ne tient aucun compte de ce durillon corné, c'est-à-dire de nature épidermique, qui a été observé par Estor et qui pourrait bien être l'origine de tout le mal.

(*A suivre*).

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Hémiatrophie faciale et origine des nerfs trijumeaux (Bidrag till Kænnedomen om Hemiatrophia facialis samt Nervi trigemini Ursprung), par Homen (*Festkrift fran Pathologisk-anatomiska Institutet*, 1891, p. 37). — Le seul cas de ce genre suivi d'autopsie est jusqu'ici celui de Mendel : le cas rapporté par l'auteur est de nature aiguë, l'atrophie faciale qui existait chez un homme de 39 ans n'avait été constatée que 6 mois avant la mort. L'atrophie portait sur la moitié gauche de la face, et la partie antérieure correspondante de la langue. Il existait en outre une anesthésie complète de toute la zone d'innervation du trijumeau gauche, et une ulcération de la cornée du même côté. A l'autopsie, on constata un endothéliome gros comme une noisette à la base du crâne, comprimant le ganglion de Gasser. La partie périphérique du nerf trijumeau est dégénérée, de même que son trajet intra-bulbaire, mais les noyaux d'origine ne paraissent pas atteints, sinon peut-être le noyau sensitif.

Il est probable que l'affection reconnaissait pour cause la compression exercée sur le nerf par la tumeur. L'auteur, rappelant que dans les altérations nerveuses consécutives aux amputations le processus atrophique est limité aux fibres sensitives, pense que dans ce cas de compression il en a été de même. Aussi pourrait-on penser que la lésion très avancée de la racine ascendante plaide pour la nature sensitive, de même que le peu d'altération de la racine descendante montre sa nature motrice.

Syringomyélie non gliomateuse associée à la maladie de Basedow, par Joffroy et Achard (*Arch. de méd. expér.*, 1er janvier 1891, n° 1, p. 90). — Les auteurs concluent de l'étude du cas qu'ils ont observé, que le diagnostic de la syringomyélie est encore aujourd'hui parfois impossible. Les symptômes de cette lésion peuvent disparaître au milieu de la complexité de certains faits cliniques, et d'autre part, il y a des cas frustes dans lesquels les signes donnés comme pathognomoniques ne sont pas suffisants pour permettre le diagnostic. Au point de vue anatomique, il y a des cas dans lesquels les lésions ne sauraient être rapportées à une tumeur gliomateuse, et dans un certain nombre de cas les altérations vasculaires témoignent de la participation d'un processus inflammatoire au développement des lésions syringomyéliques justifiant la dénomination de myélite cavitaire déjà proposée par les auteurs dans un travail antérieur.

Deux cas de sciatique spasmodique, par Lamy, (*Progrès Médical*, 10 janvier 1891, n° 2, p. 28). — Observations de 2 malades du service de M. Brissaud, atteints de sciatique avec déviation du rachis du côté malade : scoliose homologue selon la nomenclature de ce dernier auteur, produite par spasme musculaire. Le spasme a été annoncé aux malades par des sensations de roideur du membre au début. Plus tard, des trépidations et des secousses sont apparues.

L'auteur émet l'hypothèse que ces sciatiques spasmodiques pourraient bien avoir une nature différente de la sciatique vulgaire, dont elles se distinguent par la multiplicité des déterminations névralgiques, la présence de points douloureux rachidiens plaidant en faveur de l'origine spinale, et la tendance aux récidives.

Sciatique (Sciatica neuralgia or neuritis), par L. Harrison Mettler (*Medical News*, 10 janvier 1891, p. 42). — L'étiologie de la sciatique (trauma, maladies infectieuses, etc.), sa symptomatologie (douleurs surtout au toucher, atrophie, réaction de dégénérescence, etc.), de même que le traitement, plaident en faveur de la sciatique névrite plutôt que de la sciatique neuralgie.

Délires aigus (Acute delirium, probably an infectious process), par J. Hendrie Lloyd (*Medical News*, 31 janvier 1891, p. 122). — (Remarks on acute delirium), par J. Chapin (*ibid.* p. 125) (A case of acute delirium), par G. Tull (*ibid.*, p. 127). — Après avoir rapporté la symptomatologie et l'histoire du délire aigu ainsi que chacun l'observation d'un cas de ce genre terminé par la mort, les auteurs sont enclins à considérer le délire aigu comme de nature infectieuse, et produit par l'absorption de toxines d'origine microbienne. Cette vue est surtout confirmée par ce fait que très souvent ce délire aigu est consécutif à des pyrexies. L'un de ces auteurs rapporte même un cas où la maladie infectieuse est survenue à la suite d'un délire aigu.

Poliomyélites et polynévrites, par Paul Blocq et Marinesco (*Nouv. iconogr. de la Salpêtrière*, n°s 4, 5 et 6, 1890). — Il existe des formes morbides dont l'expression clinique correspond exactement à la maladie décrite par Duchenne sous le nom de paralysie spinale antérieure aiguë et subaiguë de l'adulte. Ces formes sont en réalité, selon les prévisions de cet auteur, sous la dépendance de lésions des cornes postérieures de la moelle. On observe, d'autre part, des complexus symptomatiques plus ou moins analogues aux précédents au point de vue clinique, et dont l'évolution peut même entraîner la confusion du diagnostic, qui ne reconnaissent pas pour cause des lésions appréciables de la moelle épinière. On ne peut affirmer absolument, dans certains de ces derniers cas, que les désordres soient liés à la présence des névrites périphériques qu'on y constate. Il y a lieu, selon les auteurs, de supposer que les centres cérébraux dont la participation au processus est attestée par les signes cliniques, jouent un rôle pathogène dans les cas de ce genre. Il ne paraît pas possible actuellement de fixer d'une façon certaine les rapports qu'affectent entre elles les paralysies amytrophiques des poliomyélites et des polynévrites. L'hypothèse adoptée par Blocq et Marinesco est celle d'une lésion de l'arc neuro-musculaire — cellules cérébrales motrices, cellules ganglionnaires de la moelle, nerfs moteurs, muscles — par un agent pathogène se localisant plus moins intensivement sur les diverses parties de cet appareil.

MÉDECINE

Un cas d'ostéo-arthropathie hypertrophiante d'origine pneumique, par G. Rauzier (*Revue de méd.*, janvier 1891, p. 30). — Observation très détaillée d'un homme mort à l'âge de 34 ans qui avait toujours eu les extrémités des membres très volumineuses, mais qui depuis 5 ans, à la suite d'une pleurésie purulente, avait vu se développer des tuméfactions des genoux et des cous-de-pied avec hypertrophie des orteils et des doigts; le type clinique était absolument celui décrit par P. Marie et très différent de l'acromégalie; l'auteur adopte pleinement les idées de P. Marie au sujet du rôle des affections pleuro-pulmonaires dans le développement de ces lésions : son malade, atteint de pleurésie purulente 9 ans avant sa mort, avait toujours conservé une fistule pleurale malgré une résection costale.

Contribution à l'étude des lésions du pancréas dans le diabète, par Lemoine et Lannois (*Arch. de mé-

decine expériment. et d'anat. path., janvier 1891, p. 33). — Dans trois cas de diabète répondant à la forme décrite cliniquement par Lancereaux sous le nom de diabète pancréatique, Lemoine et Lannois ont constaté, malgré l'absence de toute lésion macroscopique du pancréas, une sclérose de cet organe. La sclérose occupe les espaces interacineux et intercellulaires et a pour point de départ le système vasculaire, notamment les systèmes veineux et lymphatique; elle ne s'accompagne que de lésions peu prononcées des canaux excréteurs et est très différente de celle que l'on obtient expérimentalement par la ligature du canal de Wirsung. D'ailleurs par la ligature de ce canal on n'obtient pas la glycosurie. Ces faits viennent à l'appui de la théorie de Lépine, d'après laquelle la cellule pancréatique a une fonction double comme la cellule hépatique, les ferments digestifs sortant de la cellule par l'extrémité dirigée vers le canal excréteur et le ferment glycolytique sortant par le pôle en rapport avec les vaisseaux.

Sur un cas d'adénie infectieuse due au staphylococcus pyogenes aureus, par G. Roux et M. Lannois (*Revue de médec.*, 10 décembre 1890, p. 1010). — Dans un cas à marche rapide accompagnée de fièvre intense, les auteurs ont constaté la présence d'un microbe qui, d'après les caractères de ses cultures et le résultat de son inoculation aux animaux, devait être considéré comme le staphylococcus pyogenes aureus, bien que ses caractères soient un peu différents de ceux qu'il présente habituellement. Les auteurs concluent qu'on doit séparer en deux groupes les différentes affections des ganglions comprises sous le nom de pseudoleucémie ou d'adénie, le premier de ces groupes comprenant les lymphosarcômes et le second les adénites infectieuses. Vraisemblablement les adénites infectieuses doivent elles-mêmes être divisées en plusieurs variétés, probablement produites par des agents pathogènes différents. Dans le cas observé par les auteurs, il est probable que c'est aux différences morphologiques et biologiques présentées par le staphylococcus pyogenes aureus qu'il faut attribuer ses propriétés nouvelles grâce auxquelles il y a produit des hypertrophies ganglionnaires simples au lieu d'aboutir à la formation du pus.

Note sur les hématuries d'origine extra-rénale dans la fièvre typhoïde, par A. Létienne (*La Médecine moderne*, 18 décembre 1890, p. 977). — On peut, au cours de la fièvre typhoïde, observer des hématuries de provenance pyélitique ou vésicale. Ces hémuturies se produisent sans prodromes, sans troubles fonctionnels notables; elles ne se répètent pas à chaque miction, sont ordinairement d'abondance modérée et n'influencent la température que si elles sont très abondantes; lorsqu'elles ne sont pas accompagnées d'une autre anomalie ou complication, elles n'ont pas d'influence fâcheuse sur la maladie.

CHIRURGIE

Anévrysme intra-crânien (A case of intra-cranial aneurysm successfully treated by ligation of the common carotid artery; remarks), par Puzey (*Lancet*, 14 février 1891, p. 368). — Un fermier de 37 ans entre à l'hôpital, le 2 mai 1889. Bonne santé antérieure. Il est tombé de cheval il y a 14 mois et le côté gauche de la tête a été frappé. Semi-coma pendant un jour ou deux. Le lendemain il entend dans sa tête un bruit qu'il compare à celui d'une machine à vapeur et se produisant juste au-dessus de son oreille gauche. Les deux yeux sont enflés. On perçoit en effet un fort bruit anévrysmal au-dessus de son oreille gauche, bruit qu'on fait disparaître en comprimant la carotide gauche. Il existe de la diplopie, l'œil gauche ne pouvant suivre les mouvements du droit. On fait le diagnostic d'anévrysme intra-crânien. Le 5 mai 1889, M. Puzey lie la carotide primitive gauche. Le malade ne perçoit plus le bruit qui le gênait tant. Guérison. M. Puzey croit qu'il s'agit là d'une rupture de la carotide dans le sinus caverneux.

Occlusion intestinale (Intussusception in a child nine months old; abdominal section; recovery; remarks), par Howard Marsh (*Lancet*, 14 février 1891, p. 367). — L'enfant, âgé de 9 mois, entre à l'hôpital le 8 mai 1890. Il vomit, rend par l'anus quelques mucosités sanguinolentes, mais ne rend pas de matières fécales. L'abdomen est distendu, le pouls faible et le malade tombe dans le collapsus. On sent une tumeur au-dessus de l'ombilic. Laparotomie. Réduction de l'invagination qui avait débuté dans le voisinage immédiat de la valvule iléo-cæcale. Guérison. Cette opération, pratiquée de bonne heure, ne fait pas courir de grands risques au malade et elle réussit très souvent. On est en effet en présence d'une affection bien analogue à un étranglement herniaire; aussi doit-on commencer par un taxis abdominal, mais si celui-ci ne donne pas de résultat, il faut aussitôt avoir recours à l'opération.

Pachydermie vésicale (A case of cystitis, with the formation of a thick epidermal sheet in the bladder; pachydermia vesicæ), par Cabot (*The American Journ. of the medical sciences*, février 1891, p. 135). — Un homme de 40 ans, qui a subi la taille périnéale en 1870, souffre d'une cystite depuis 5 ans, a rendu un calcul en 1889; ses urines sont purulentes, quelquefois sanguinolentes, et contiennent de temps en temps de petites masses papillomateuses incrustées de sels. Le 5 septembre 1889, on fait une cystotomie supra-pubienne; on trouve la paroi postérieure de la vessie jaunâtre, épaisse et recouverte d'une sorte de membrane épaisse qu'on arrive à arracher assez facilement; la surface sous-jacente saigne peu. Drainage de la vessie. Lavages à la solution boriquée. Le malade guérit et put même reprendre ses travaux au bout d'assez peu de temps. La membrane enlevée avait environ 45 cent. q. et de 2 à 3 millim. d'épaisseur. Elle est formée de cellules épidermiques qui, dans les parties profondes, sont rondes et sont entremêlées de papilles et de tissu connectif; superficiellement elles s'aplatissent et, tout à fait à la surface, certaines se soudent entre elles. Cette membrane est de 50 à 100 fois aussi épaisse que la couche épithéliale qui recouvre normalement la vessie. Virchow a décrit une disposition semblable sur la muqueuse du larynx et lui a donné le nom de « pachydermie laryngée ». Cette dernière succède à une irritation persistante de la muqueuse laryngée, et ne survient que dans les points où la muqueuse présente un épithélium pavimenteux. Ici, le fait que le malade a subi la taille, il y a plusieurs années, permet de penser qu'il s'agit là d'une prolifération de l'épiderme de la peau sur la muqueuse de la vessie.

BIBLIOGRAPHIE

Œuvres complètes de J. M. Charcot. — *Hémorrhagie et ramollissement du cerveau. Metallothérapie et hypnotisme. Electrotherapie.* Tome IX. — (Paris, 1890. Lecrosnier et Babé, édit.).

C'est toujours une véritable bonne fortune que l'apparition d'un volume du Maître, et celui que nous venons de lire était particulièrement attendu, en raison de la nature de son sujet principal: l'hypnotisme, qui, plus que jamais, continue à provoquer l'intérêt du corps médical.

Ainsi que nous en prévient M. Bourneville, ce volume comprend trois parties d'inégale importance. La première est consacrée aux maladies de l'encéphale, principalement à l'hémorrhagie cérébrale et à quelques-unes de ses complications immédiates ou lointaines. Dans la seconde partie sont rassemblés les nombreux travaux de M. Charcot sur la métalloscopie, la métallothérapie et l'hypnotisme. Enfin la troisième partie reproduit une leçon de M. Charcot sur l'électricité statique qui se rattache dans une certaine mesure aux sujets traités dans la précédente.

Nous insisterons peu dans cette analyse sur tout ce qui a trait aux hémorrhagies cérébrales; car les faits et les théories qui s'y rattachent sont depuis longtemps devenus classiques; l'intérêt de la publication consiste surtout dans la réunion des divers travaux dans lesquels ont été établies les découvertes de M. Charcot sur ce sujet.

Pour ce qui concerne la seconde partie nous ne pouvons faire mieux que nous associer à ce qu'en dit si justement M. Bourneville. « On verra avec quelle circonspection M. Charcot a entrepris l'étude d'un sujet délaissé, discrédité depuis de longues années et réputé scabreux par les meilleurs esprits. Sur ce point, de même que sur tous les autres, l'enseignement de notre maître repose sur des bases solides, sur des faits

soumis à un contrôle d'autant plus sévère qu'il régnait à leur occasion un scepticisme plus prononcé. Ces faits sont aujourd'hui définitivement acceptés par la très grande majorité des médecins qui se sont occupés d'une façon sérieuse de cette branche de la neurologie. »

La conception de M. Charcot sur l'hypnotisme, qui résulte des divers travaux reproduits dans ce volume, se résume ainsi : On peut provoquer dans certains cas, chez des malades atteints d'hystéro-épilepsie, un état pathologique particulier, *le grand hypnotisme*. Cet état présente des caractères somatiques tels qu'ils permettent de déjouer la simulation; leur constatation établit donc la réalité scientifique des phénomènes. Ceux-ci affectent ordinairement un groupement spécial en trois états : léthargie, catalepsie, somnambulisme. L'hypnotisme ainsi défini et ses manifestations peuvent se développer indépendamment de toute suggestion. On voit que si M. Charcot s'est volontairement borné à l'étude d'une forme très spéciale et même rare de l'hypnotisme, il ne nie en aucune façon ni l'existence de formes différentes, ni l'importance de la suggestion. Il a procédé dans cette étude avec la même méthode clinique, qui, en pathologie nerveuse, lui a donné des résultats que l'on connaît, la *méthode des types*, approfondissant les types parfaits de l'espèce avant que d'en arriver aux variétés indécises.

Dans la circonstance, M. Charcot a laissé de côté les divers états hypnotiques sur lesquels se sont au contraire étendus certains auteurs parce qu'alors l'absence de signes somatiques rendait le terrain moins solide au point de vue scientifique.

Nous ne reviendrons pas ici sur les contestations qui se sont élevées contre les affirmations de notre maître, car dans un appendice joint au livre que nous analysons, et intitulé : *Grand et Petit hypnotisme*, M. Babinski a établi que « les faits hypnotiques que M. Charcot découvrait en 1878, et dont il présentait en 1882 la synthèse à l'Académie des Sciences, n'ont, tant s'en faut, rien perdu de leur réalité et de leur valeur. »

Mais avant de terminer ce qui a trait à cette seconde partie du volume, nous tenons à signaler la lettre-préface où il est traité des dangers des représentations publiques des magnétiseurs, et de la nécessité de leur interdiction. Malgré la valeur des raisons qui ont été formulées à cet égard et l'autorité des auteurs qui ont réclamé ces mesures, prises, comme on le sait, dans la plupart des pays voisins, rien n'a encore été fait en France concernant cette mesure de santé publique.

La troisième partie du livre est consacrée à l'étude de l'emploi de l'électricité statique en médecine. C'est un exposé clair et précis de la méthode et de ses indications, méthode qui, depuis l'époque où cette conférence a été faite, s'est extrêmement répandue, justifiant les espérances qu'on avait fondées sur elle.

En résumé, ce livre continue dignement la série de ses aînés, et cela suffit, croyons-nous, pour en faire l'éloge qu'il mérite.

Paul Blocq.

Traité de chirurgie, publié sous la direction de MM. Simon Duplay et Paul Reclus ; tome IV, par MM. De Lens, S. Duplay et G. Marchant (Masson, éditeur).

Dans la séance du 11 février, M. Paul Reclus a présenté à la Société de chirurgie le tome quatrième du *Traité de chirurgie*, en faisant remarquer que cette œuvre considérable était maintenant arrivée au milieu de sa publication et qu'en moins d'un an, grâce au travail des auteurs, la direction avait pu livrer aux lecteurs quatre volumes de plus de 900 pages.

Le livre qui vient de paraître est dû en grande partie à la plume de M. De Lens qui nous donne un véritable traité des maladies de l'œil et de ses annexes. Il est inutile de faire remarquer la compétence du chirurgien qui traite ce sujet et qui le développe d'une façon complète en terminant par l'intéressante question des tumeurs de l'orbite

Nous trouvons ensuite les maladies de l'oreille et de ses annexes. C'est un des directeurs de l'ouvrage, le professeur Duplay, qui a bien voulu se charger de cette question qu'il étudie en maître. La pratique, les travaux originaux de ce chirurgien lui ont donné depuis longtemps une très grande place dans cette branche de l'art de guérir et rendent la lecture du tome quatrième du *Traité de chirurgie* particulièrement intéressante.

Enfin M. Gérard Marchant termine le volume par l'étude des affections du nez, des fosses nasales, du pharynx nasal et des sinus. Nous y retrouvons les qualités que nous avons déjà pu apprécier dans le tome troisième à propos des maladies du crâne

Le cinquième livre de cet important ouvrage ne se fera certainement pas attendre, montrant, comme ses prédécesseurs, les résultats étonnants auxquels on peut arriver par la division du travail.

Eugène Rochard.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Revue des médicaments nouveaux, par C. Crinon. 2e édition. Rueff et Cie, Paris.

Nous avons déjà dit, il y a quelques mois, lorsque parut la première édition de ce petit manuel, tous les services qu'il pouvait rendre. Son succès si rapide prouve qu'il répondait à un besoin réel. Toutes les notions que l'on y trouve sur la composition, le mode de préparation et l'action thérapeutique des médicaments nouveaux dont une expérience suffisante a prouvé l'utilité sont en effet très claires, très précises et, ce qui vaut mieux encore, très exactes. On le consultera donc toujours avec fruit.

Manuel de chimie clinique, par le Dr Bourget. Rueff et Cie, Paris.

Sous ce titre, M. le Dr Bourget, professeur à la Faculté de médecine de Lausanne, publie un précis de l'analyse des urines, de quelques liquides pathologiques (liquides kystiques, ascitiques, pleuraux, amniotiques), enfin du suc gastrique. On est donc dès l'abord un peu surpris que le contenu de l'ouvrage réponde si imparfaitement à son titre. On s'en console aisément, car le long chapitre (108 pages sur 143) qui traite de l'analyse des urines sera très utile à consulter pour les étudiants et les praticiens. L'auteur y indique non seulement la recherche des éléments normaux et anormaux de l'urine, mais encore celle des éthers sulfo-conjugués et des substances médicamenteuses thérapeutiquement introduites dans l'urine. Par contre, l'analyse des liquides kystiques et des liquides pathologiques (en particulier le liquide pleural) est indiquée bien sommairement. En résumé, le livre de M. le Dr Bourget est un bon petit manuel de l'analyse des urines.

Thèses des Facultés

PARIS

Des manifestations délirantes de l'urémie (folie brightique), par Florant (26 février).

On peut rencontrer, au cours de l'urémie, toutes les manifestations délirantes, depuis le délire le plus simple jusqu'aux folies les mieux caractérisées. Il semble que, dans un certain nombre de cas, le poison urémique suffise à lui seul pour engendrer ces troubles psychiques. Le plus souvent toutefois, il y a délire ou folie parce que, du fait soit d'une prédisposition nerveuse commune, soit d'une prédisposition vésanique, le cerveau se trouve constituer un lieu de moindre résistance; la recherche minutieuse, dans les antécédents héréditaires ou personnels, de l'une ou l'autre de ces prédispositions, est de la plus haute importance au point de vue du diagnostic, du pronostic et du traitement.

De la conduite a tenir dans les cas de dystocie due aux épaules, par Vilpelle (25 février).

Les épaules peuvent être une cause de dystocie qui se manifeste soit avant, soit après l'expulsion de la tête. Lorsque la tête est encore dans l'excavation, la seule indication est une application de forceps, pour en pratiquer l'extraction. Si elle ne réussit pas, la basiotripsie seule pourra terminer l'accouchement. Lorsque la tête est dégagée, si l'enfant est vivant, il faut, pour pouvoir dégager le tronc, engager successivement chaque épaule par des tractions sur la tête ou sur les aisselles, ou mieux en dégageant un seul ou les deux bras. Après la basiotripsie, la manœuvre de Ribemont-Dessaignes, qui consiste à engager successivement les épaules par la déflexion des bras et à exercer des tractions simultanées sur la tête et sur les bras dégagés, est la pratique la meilleure : elle est inoffensive pour la mère et a toujours été suivie de succès, lorsqu'elle a été bien faite. Le procédé de déflexion des bras indiqué par M. Ribemont-Dessaignes, peut s'appliquer aussi bien après la basiotripsie que lorsque l'enfant est vivant. La fracture de l'humérus n'est pas grave.

Dans les présentations du siège, on peut dégager de la même manière les bras relevés et terminer ainsi rapidement l'extraction.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Imp. des Arts et Manufactures, 12 rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES SAMEDIS ET PUBLIANT TOUS LES MERCREDIS

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

RÉDACTEUR EN CHEF : Dr L. LEREBOULLET. — SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION : Dr A. BROCA.

BULLETIN

Paris, le 6 mars 1891.

Sur l'organisation de l'enseignement clinique à l'École de Paris.

L'un des maîtres les plus éminents de la Faculté, l'un de ceux qui, par ses nombreux et remarquables travaux, non moins que par l'exactitude, assez exceptionnelle de nos jours, dont il a toujours fait preuve comme professeur ou comme médecin d'hôpital, a su mériter la reconnaissance et le respect de tous, M. le professeur Potain vient de publier sur l'Organisation de l'enseignement clinique à l'Ecole de Paris une brochure dont nous devons faire connaître les principales conclusions.

Au moment, en effet, où la *Société médicale des hôpitaux* achève la discussion des réformes qu'elle va proposer, sous forme de vœux, à l'administration de l'Assistance publique, il n'était pas mauvais qu'une voix autorisée se fît entendre pour écarter certains projets dont la réalisation serait désastreuse et bien préciser ce qu'il faut demander pour améliorer l'état de choses actuel. C'est ce qu'a voulu faire M. Potain. Après un court historique, qui a pour but de montrer que la question est très ancienne et que notre collègue le Dr H. Huchard a eu le grand mérite de la soulever de nouveau à un moment où l'opinion publique paraît comprendre l'utilité des réformes à accomplir et où « il n'est personne qui ne souhaite l'amélioration de notre enseignement médical, personne qui ne soit disposé à y contribuer de tout son pouvoir », le savant professeur de clinique s'efforce de tracer le programme qu'à son avis il faudra réaliser si l'on veut arriver à perfectionner cet enseignement.

Dans tout centre d'études médicales, nous dit-il, on s'efforce d'une part de former des élèves en les mettant au courant de tout ce que la science contemporaine a accumulé de notions utiles, d'autre part de faire progresser cette science à l'aide des découvertes nouvelles dues à l'incessant labeur de nos maîtres les plus renommés ou de leurs élèves les plus distingués. Ajoutons qu'on peut être excellent vulgarisateur, professeur utile et justement applaudi sans être un savant et que, d'autre part, il arrive parfois que les savants les plus illustres n'arrivent guère à se faire écouter ou comprendre par la jeunesse des écoles.

Or, s'il est impossible de réglementer l'esprit d'investigation ou le génie scientifique, il est au contraire du devoir absolu de l'Etat de tracer aux professeurs chargés d'un enseignement officiel un programme d'études qui permette à *tous* les élèves d'acquérir en quelques années les connaissances nécessaires à un médecin. Nous avons déjà à diverses reprises (Voy. spécialement *Gaz. Hebd.*, 1890, p. 348 et 360) exposé nos idées à ce sujet. Nous n'avons pas à y revenir. Contentons-nous donc de signaler, en y applaudissant, les raisons que fait valoir M. Potain pour demander le maintien des cours théoriques ou dogmatiques. Mais l'essentiel, au point de vue qui nous occupe, est de faire en sorte que les cours complémentaires, confiés aux agrégés, soient distribués de telle manière qu'un étudiant, qui désirerait les suivre tous, puisse arriver, en deux années, à entendre professer la pathologie tout entière. Dans ces cours où, comme le dit si bien M. Potain, on doit se borner à exposer la science faite, — nous ne parlons pas ici, est-il besoin de le dire, de certains cours magistraux analogues à ceux du Collège de France — il convient avant tout de savoir expliquer clairement à l'étudiant ce qu'il doit retenir. Nous admettons donc fort bien que l'instruction des élèves n'ait rien à gagner à la multiplication de cours théoriques ayant un même objet, mais nous persistons à penser que tous ceux qui ont vu le vide se faire dans les amphithéâtres de la Faculté autour de certaines chaires, occupées cependant par des hommes distingués, admettront comme nous que, si les cours étaient payés par les élèves, s'il était possible à ceux-ci de choisir le professeur dont ils voudraient suivre l'enseignement, une plus vive impulsion pourrait être donnée aux cours théoriques de la Faculté. Nous reconnaissons d'ailleurs, avec M. Potain, que la multiplicité des cours libres et surtout la création de nouveaux centres d'enseignement, exclusivement motivée par le désir d'établir une concurrence entre les divers professeurs et, par suite, l'émulation de mieux faire, est une utopie irréalisable.

L'enseignement dogmatique ou théorique ne préoccupe guère d'ailleurs, en ce moment, ni la Société des

hôpitaux ni l'opinion publique. Ce dont on se plaint, à plus juste titre, c'est de l'enseignement clinique. « Faute d'une règle, faute d'organisation, faute d'une entente commune, faute surtout d'une répartition logique des élèves astreints au stage hospitalier », les ressources fournies par les hôpitaux sont en partie perdues pour la majorité des étudiants. Tout le monde est d'accord à cet égard; mais tandis que les uns proposent de confier à d'autres maîtres l'enseignement de la clinique et de charger le Conseil municipal de Paris de fonder une école de médecine pratique (1), ceux qui recherchent, sans parti pris d'hostilité contre la Faculté, les causes réelles de cette déperdition de forces reconnaîtront, avec M. Potain, qu'un enseignement méthodique et progressif est nécessaire pour conduire l'étudiant depuis les éléments de la clinique propédeutique jusqu'aux recherches scientifiques qui se font au laboratoire. « La méthode, la progression régulière sont dans les études cliniques aussi nécessaires que dans les autres, dit M. Potain. On pourrait dire qu'elles le sont davantage, puisqu'il s'agit de faits plus complexes, plus compréhensifs. » Pour instituer cet enseignement méthodique et gradué, M. Potain propose la répartition des élèves par groupes dont le degré d'avancement au point de vue des études médicales soit à peu près égal. Nous serions très disposé à admettre ce projet si nous ne nous sentions ébranlé par les difficultés pratiques qu'il présente. Faisons remarquer tout d'abord que la clinique propédeutique sera souvent mieux enseignée par de jeunes chefs de clinique que par des professeurs titulaires. L'exercice de la médecine exige, en effet, une sorte de préparation manuelle. Sans parler des services de chirurgie où il faut apprendre non seulement à bien faire un pansement, mais encore à savoir reconnaître la fluctuation d'une collection liquide ou l'existence d'une tumeur abdominale, il est indispensable, dans les services de clinique médicale, d'exercer les débutants à pratiquer la palpation, la percussion, l'auscultation, d'abord sur un sujet sain, puis sur un malade atteint d'un épanchement thoracique ou abdominal, ou bien de lésions pulmonaires donnant naissance à des râles crépitants, etc., etc. Sans doute, dans les leçons cliniques où il s'agira de préciser un diagnostic parfois difficile, le professeur devra souvent faire constater les signes physiques que l'élève aura appris à connaître dans ses études antérieures et lui montrer combien leur signification pathogénique est variable suivant les circonstances. Il n'en est pas moins vrai qu'il faudra, au début, pour arriver à bien faire reconnaître tous ces signes physiques, une patience que la satisfaction qu'ils éprouvent le jour où ils commencent à enseigner donne aux *jeunes*, que l'habitude et surtout le désir de rehausser leur enseignement par des aperçus nouveaux et des vues originales enlèvent souvent aux professeurs plus âgés.

Mais ce n'est là qu'un détail. Une objection plus sérieuse nous arrête encore. L'administration de l'Assistance publique doit se préoccuper de bien faire soigner ses malades. A cet effet il lui faut un personnel médical qu'elle trouve en offrant des places d'interne et d'externe qui ne dépendent en rien de la Faculté. Presque tous les étudiants à partir de leur huitième inscription sont ainsi employés dans les services hospitaliers et l'administration doit leur imposer l'obligation de rester dans les services auxquels ils seront attachés aussi longtemps que l'exigera le chef de service. Celui-ci consentira-t-il à terminer sa visite assez tôt pour que ces externes puissent rejoindre le groupe auquel ils appartiennent et assister aux visites hospitalières, aux leçons cliniques, aux interrogatoires des maîtres qu'ils auront choisis ou qui leur auront été imposés ? Pour répondre à ces questions il faudrait, à l'aide de chiffres précis, déterminer quel est le nombre d'étudiants qui ne passent point par l'externat, quels sont ceux qui, pendant plusieurs années, seront retenus dans un service dont le titulaire, pour un motif quelconque, ne participera pas à l'enseignement méthodique et progressif imposé par la Faculté.

Sans insister autrement sur la valeur de ces objections, il importe cependant de reconnaître que, si elle devenait possible, la répartition par groupes des étudiants en médecine pourrait avoir les plus grands avantages au point de vue de leur éducation médicale. Cette répartition, dit M. Potain, serait incompatible avec la rétribution des maîtres par les élèves. Elle serait, en effet, obligatoire comme le sont les exercices pratiques. Or, d'après nos mœurs, l'obligation exige la gratuité de l'enseignement. Ce qui pourrait être réalisé alors qu'il s'agit de cours dogmatiques deviendrait donc impraticable pour les cours cliniques, et le classement des stagiaires ne se ferait que d'après leurs notes de classement. Nous devons avouer que nous préférons laisser plus d'initiative personnelle aux étudiants laborieux et les autoriser à suivre, sauf à les payer directement, les cours cliniques qui leur paraîtraient les plus utiles. Ce ne serait là d'ailleurs qu'une affaire de réglementation assez facile à établir.

Nous reconnaissons également que si, comme le dit M. Potain, seize médecins des hôpitaux suffisaient à assurer l'enseignement clinique tel qu'il le comprend, rien ne serait plus aisé que de recruter ceux-ci. Les quelques objections que nous avons faites au projet de notre éminent maître ne s'adressent donc nullement à la manière dont il comprend l'organisation générale de l'enseignement médical. Avec lui, nous pensons que c'est à la Faculté, c'est-à-dire à l'Etat, de prendre l'initiative des réformes que réclame si instamment l'opinion publique. Que la Faculté s'attache à un titre quelconque tous ceux à qui leur enseignement libre aura donné une juste notoriété ; qu'elle multiplie les sources d'enseignement clinique, en chargeant ses agrégés ou les médecins d'hôpital qui y consentiront à faire *à des heures différentes* des cours cliniques élémentaires ; qu'une organisation méthodique, graduelle et progressive de l'enseignement soit ainsi instituée ; que

(1) Dans un article récent (*Progrès médical*, p. 167), M. Bourneville reproche à la *Gazette* de ne pas faire un historique exact des questions dont elle s'occupe parce que, sans doute, nous n'avions pas cru nécessaire, en analysant succinctement un rapport présenté au Conseil municipal, de rappeler que le directeur du *Progrès médical* est l'un des plus anciens et des plus ardents promoteurs de cette création d'une École de médecine dirigée par « la Ville de Paris ». Nous ne nous arrêterons pas à développer une fois de plus les motifs qui nous font considérer comme très utile la création de laboratoires, de musées et de bibliothèques dans les hôpitaux et comme néfaste l'organisation d'une faculté municipale. Nous pourrions même renvoyer M. Bourneville à ce que Dechambre a écrit sur ce sujet depuis 1853, à ce que nous avons écrit nous-même. Nous pourrions aussi lui rappeler que le *Mercredi médical* a été le premier à insérer sur la question des laboratoires une leçon de M. Cornil, reproduite par divers journaux qui se sont bien gardés d'indiquer la source où ils l'avaient recueillie. Mais à quoi bon insister encore ? Passons, comme dit notre aimable confrère.

l'accès des laboratoires soit largement ouvert à tous les travailleurs, et bientôt, nous en sommes convaincu, un grand progrès sera réalisé.

L. Lereboullet.

REVUE GÉNÉRALE

Les anciennes notions étiologiques et la doctrine microbienne.

Au début des études bactériologiques, l'étiologie des maladies infectieuses a paru réaliser une simplification des plus grandes. Nombre d'auteurs ont pensé qu'il suffisait de connaître le microbe pathogène d'une infection pour savoir, par cela même, la seule et unique cause de l'évolution de cette infection. Cette étiologie, ainsi comprise a été pour beaucoup dans la résistance qu'ont opposée, à l'origine, aux doctrines nouvelles la plupart des médecins. Que devenaient, avec cette façon de concevoir les choses, les notions léguées par la vieille observation? Que devenaient le rôle du froid, de la chaleur; l'influence de l'inanition, du traumatisme, du surmenage, des chocs nerveux, des prédispositions, des diathèses, etc.? Les esprits inquiets ont pu se rassurer. Un examen plus attentif montre que s'il est juste d'admettre, de suivre, de favoriser les idées du jour, il convient également de ne pas faire table rase du passé.

Sans doute, quelques agents pathogènes, ceux qui, à l'exemple de la bactéridie, du bacille, de la morve, de la lèpre, sont nettement différenciés, hautement spécifiques, n'ont pas besoin d'être aidés pour donner naissance aux infections qu'ils engendrent habituellement, et encore à la condition de tomber sur un terrain qui ne se montre point trop réfractaire. Mais l'immense majorité des troubles morbides de tous les instants, les angines, les stomatites, les entérites, les pleurésies, les inflammations bronchiques et pulmonaires, etc., reconnaissent pour germes créateurs des parasites, le plus souvent, habitant notre économie, vivant en commensaux dans les régions de nous-mêmes, qui, suivant Cl. Bernard, continuent à faire partie du monde extérieur. Ces parasites ne deviennent dangereux que s'il leur est permis de se multiplier, de sécréter, de se diffuser. Or ces diverses fonctions ne s'exécutent que dans des circonstances essentiellement multiples et capables cependant d'être ramenées à deux groupes : les conditions qui font fléchir les moyens de défense du terrain, de l'organisme; les conditions qui facilitent l'accroissement en nombre et en virulence des envahisseurs. — Il n'est pas inutile de voir ce que sont quelques-unes de ces conditions.

Le froid est une des causes les plus souvent et les plus universellement invoquées par la vieille médecine. Sous l'influence de cet élément, les vaisseaux cutanés se contractent sans doute par action réflexe; le sang refroidi est chassé des régions externes vers les organes profonds; les globules perdent une partie de leur vitalité. Le froid est à même d'agir localement, en amenant des érythèmes, de la vésication, de la gangrène. Dans d'autres cas, il agit à distance. Plongez dans l'eau glacée une de vos mains, suivant l'expérience de Brown-Séquard, et la seconde se refroidira. L'humidité aggrave cette action. Enfin, quand il existe des hypothermies intenses, comme celles de la retraite de Russie, les résultats sont immédiats.

L'expérience de la poule refroidie de Pasteur a, du reste, montré toute la réalité de l'influence que nous soutenons. Le froid procède sans doute en abaissant la température, mais ce n'est point là le seul résultat de son intervention. Des recherches de Holm ont prouvé que la vie cellulaire de cette poule refroidie, dont nous venons de parler, était entravée; les phagocytes chez elle n'ont pas en toute plénitude leur pouvoir destructeur des germes. Cette explication est en accord avec des observations faites antérieurement par M. Bouchard.

Cet expérimentateur prend une série de lapins vaccinés contre le bacille pyocyanique ; il introduit sous leur peau des cellules de Ziegler, puis injecte, dans ces cellules et tout autour, une culture virulente. Il divise ensuite les sujets en deux catégories: les uns sont attachés et placés dans une atmosphère de 12° à 14°, les autres sont laissés en liberté dans le laboratoire. L'immobilité seule, en dehors de certaines conditions thermiques ambiantes, suffit pour faire baisser très rapidement la température centrale des animaux, température qui de 39° tombe à 34°, 32°, deux à quatre heures après le début de l'expérience. Si, à ce moment on examine les cellules des lapins, on remarque que la diapédèse est extrêmement considérable chez ceux qui n'ont pas été fixés; elle est au contraire médiocre ou nulle chez ceux de la seconde catégorie. Peu importent les idées théoriques que l'on professe, peu importe le prétendu rôle du phagocytisme, ce qui est vrai, car il s'agit là de données tangibles, c'est que plus la résistance du terrain augmente, au moins jusqu'à une limite extrême, plus l'extravasation des leucocytes est abondante dans l'endroit précis où a pénétré le virus.

On a beaucoup moins incriminé la chaleur que le froid. Cependant, la clinique met en cause cet élément, surtout à propos des transitions brusques. L'organisme, dans bien des circonstances, ne ressent les mauvais effets d'une basse température que parce qu'il sort d'une atmosphère relativement surchauffée; les réactions vaso-motrices sont alors plus faciles, plus énergiques. De là, des variations dans la composition chimique des humeurs, dans les transsudations des plasmas, dans la sortie des globules, toutes circonstances importantes dans la matière, comme le démontrent les études de physiologie pathologique. Expérimentalement, on peut mettre en évidence ce rôle de la chaleur. Gibier chauffe des grenouilles et parvient à leur faire contracter le charbon bactéridien. Il se peut que cette aptitude nouvelle soit le résultat d'une modification purement physique, la bactéridie ne végétant que maigrement à des degrés inférieurs; il se peut aussi que des changements chimiques interviennent; il se peut encore que, dans ces conditions nouvelles, les leucocytes n'exercent plus leurs fonctions phagocytiques. Pour une espèce déterminée, il existe une température donnée en deçà et au delà de laquelle les globules sont en souffrance. Si vous refroidissez par trop un animal à sang chaud, vous occasionnez aux cellules blanches le même dommage que si vous élevez dans de fortes proportions la chaleur d'un animal à sang froid; il n'y a pas loin, à quelques égards, entre le mécanisme intime de l'expérience de la poule refroidie et le même mécanisme de l'expérience de la grenouille réchauffée. — Ajoutons que des éléments, les éléments musculaires en particulier, la myosine, d'après Brucke et Kühne, subissent de la part de l'hyperthermie des altérations qui affaiblissent leurs résistances. Il convient de noter aussi que, sous cette même influence, la peau laisse échapper une série de substances toxiques, dont la disparition modifie le milieu de culture.

Les variations de régime amènent des changements suivis par Zasiadko (*Vratsch*, sept. 1890). Mais c'est surtout la privation d'aliments qu'il convient de redouter. Les dangers de ce facteur ont été étudiés avec soin par Canalis et Morpurgo (*Fortschr. med.*, 1er oct. 1890).

Ces auteurs ont réussi, à l'aide du jeûne, à faire con-

tracter aisément aux pigeons le charbon bactéridien; encore faut-il manœuvrer d'une certaine manière. Si les animaux n'ont pas reçu d'aliments depuis six jours et qu'on les inocule, l'infection se développera, à moins, toutefois, qu'on ne donne à manger à la suite de l'introduction du virus. Le procédé qui fournit à cet égard le plus de résultats positifs, est celui qui consiste à soumettre les sujets en expérience à l'inanition, non pas avant, mais après la pénétration des agents pathogènes, même lorsque cette inanition ne commence qu'au bout de quelques journées.

Dans tous les groupes de maladies, on retrouve l'action du traumatisme, action directe ou indirecte, locale ou à distance, etc. Un choc articulaire, chez le goutteux, peut déterminer un accès, et, chez l'hystérique, une paralysie; dans les affections par dystrophie élémentaire autonome, dans les fractures par exemple, le rôle du traumatisme passe du second au premier rang. L'infection subit à son tour son influence. Gamaleïa introduit le pneumocoque dans la trachée d'un mouton; l'animal, le plus souvent, n'en ressent aucun inconvénient, à moins de blesser d'une façon quelconque le conduit respiratoire. Une contusion sur le thorax, avec ou sans plaie pénétrante, a été maintes fois citée à l'origine des pneumonies. On prétend même que ces pneumonies présentent des caractères spéciaux. Les symptômes, a-t-on soutenu, tiennent à la fois de ceux de la pneumonie vraie, franche, aiguë, et de ceux de la broncho-pneumonie. La marche est plus irrégulière. La guérison est moins rare. La violence du traumatisme, comme l'état du blessé, influencent le pronostic. Enfin, la gangrène, la suppuration des viscères de la respiration, seraient moins exceptionnelles que dans les hépatisations spontanées.

Quels que soient les caractères de ces hépatisations, elles n'en sont pas moins dues au pneumocoque; sans lui, il n'est guère possible d'avoir une inflammation fibrineuse; le traumatisme, là comme dans les autres exemples que nous citons, n'est toujours que la cause occasionnelle, celle qui, pour ce cas particulier, intervient en affaiblissant la résistance des tissus, des cellules, en produisant des désordres vaso-moteurs, en changeant le milieu chimique, etc. L'expérience du bistournage dépose encore en faveur de l'importance des causes extérieures. Injectez dans la circulation générale d'un animal sain des streptocoques, des staphylocoques, la plupart du temps il n'en résultera aucun dommage; mais faites précéder ces injections de dilacérations des valvules endocardiques, de cautérisations du péricarde, d'irritations du péritoine, de fractures, d'entorses, et vous pourrez voir survenir des endocardites, des péricardites, des péritonites, des ostéomyélites, des arthrites; il y a longtemps que Max Schuller et d'autres, après lui, ont réalisé traumatiquement des tumeurs blanches, chez des sujets tuberculeux. — Introduisez sous la peau d'un lapin les agents ordinaires de la suppuration, nombre de fois il ne s'ensuivra aucun dommage; le contraire aura lieu, si vous avez distendu les mailles du tissu conjonctif. C'est là une expérience réalisée par M. Bouchard dans le laboratoire et reproduite à chaque instant par la clinique au lit du malade; les érysipèles, les phlegmons des cardiaques, des brightiques, des œdémateux de tout ordre, n'ont, pour une part, point d'autre explication.

Perroud a signalé la fréquence de la tuberculose chez les mariniers du Rhône, c'est-à-dire chez des individus que la vie au grand air semblerait devoir préserver. Or, Perroud attribue cette fréquence de la tuberculose et sa localisation sous-claviculaire, à cette circonstance qu'à tout moment les mariniers dont il parle, font usage d'un instrument, gaffe ou harpie, instrument qui, d'une part, prend son point d'appui sur les bords ou dans le lit du fleuve, et d'autre part sur la partie antérieure de la poitrine. Ne peut-on pas, du reste, considérer l'hémoptysie, ou plutôt l'épanchement de sang, dont une certaine quantité séjourne dans le poumon, comme reproduisant partiellement les conditions du traumatisme, et ne sait-on pas, depuis Morton et quoiqu'on en ait dit, l'influence de cette hémoptysie sur la genèse des granulations spécifiques?

Les accidents qui se produisent à la suite de fatigues excessives ont attiré depuis longtemps l'attention des observateurs. On les a étudiés en particulier sur le gibier couru, et l'on a décrit avec soin les altérations anatomiques que l'on rencontre dans ce cas. Chez l'homme on a rattaché au surmenage diverses manifestations morbides plus ou moins graves: purpura, pseudo-rhumatisme, fièvre mal définie, sans qu'on puisse dire s'il s'agit d'une auto-intoxication par des produits de désassimilation ou d'une infection favorisée par le mauvais état de l'organisme. Il semble en effet que la fatigue diminue la résistance aux maladies microbiennes; si l'on ne peut plus soutenir, avec les anciens vét rinaires, qu'elle suffise à elle seule à créer la morve ou le charbon, on peut admettre qu'elle favorise le développement de ces maladies ou aggrave leur évolution; c'est ce qui ressort assez nettement des intéressantes observations recueillies par Solowieff sur l'homme et sur le cheval. Mais les faits cliniques sont trop complexes pour permettre de dégager clairement ce qui revient au surmenage. Quand les armées en campagne sont décimées par les maladies infectieuses, le travail excessif imposé aux soldats n'est pas le seul facteur étiologique qu'on puisse invoquer, il faut tenir compte des émotions, des privations, de l'encombrement, des mauvaises conditions hygiéniques. Enfin on ne sait guère chez l'homme comment s'est faite l'infection, par quel point de l'organisme a pénétré le virus et surtout quelles étaient son abondance et son activité. — Etant données l'importance et aussi l'actualité du sujet, nous entrerons dans quelques détails, vis-à-vis des recherches entreprises par MM. Charrin et Roger.

Dans une première série d'expériences, ces auteurs ont surmené des cobayes en les faisant courir dans un cylindre mobile sur son petit axe. Au début de leurs travaux, ils se servirent d'un tambour non matelassé; les animaux, en marchant ou roulant sur une toile métallique, se faisaient ainsi de nombreuses écorchures. Or, sur quatre qui furent placés dans l'appareil primitif, un seul résista; les autres, après 24 ou 48 heures, restèrent malades et succombèrent au bout de deux à neuf jours. A l'autopsie, on trouva de nombreux microbes dans le foie et la rate; les cultures faites avec ces organes ou avec le sang, donnèrent des résultats positifs. — Dans un deuxième groupe de faits, cinq cobayes introduits dans la roue garnie de molleton se déchirèrent les pattes; un d'entre eux survécut; les quatre autres moururent dans la semaine; les viscères abdominaux renfermaient des agents pathogènes.

Une troisième catégorie de recherches comprend dix cochons d'Inde, chez lesquels l'examen le plus attentif ne révéla aucune plaie antérieure; leur résistance fut très variable; il en est qui purent marcher pendant neuf et même douze jours de suite. Chez cinq d'entre eux, la recherche microscopique fut négative et les ensemencements stériles; ils avaient donc succombé sans avoir été infectés. Chez les cinq autres, on décèle, au moyen de la culture, des germes, mais ceux-ci devraient être peu nombreux; car deux fois, seulement, il fut possible de constater leur présence avec le microscope. Pour les animaux sans écorchures, il est à supposer que les microbes avaient pénétré par l'intestin. Toutefois, retenons surtout ce ré-

sultat, à savoir que quelques-uns ont succombé sans présenter de parasites.

Poursuivant leurs études, MM. Charrin et Roger ont surmené des rats blancs par le même procédé; ils leur ont ensuite inoculé, soit le charbon bactéridien, soit le charbon symptomatique. Ils sont arrivés à cette donnée, c'est que la fatigue imposée aux animaux infectés avec l'un de ces deux virus favorise considérablement le développement et la généralisation des infections. Toujours, les animaux surmenés ont succombé avant ceux qu'on laissait au repos; souvent même, ils sont morts alors que ces derniers résistaient; parfois on a noté une diffusion, une généralisation plus rapide de la maladie.

Le système nerveux est le grand système dominateur et régulateur des actes vitaux; son dynamisme lui permet de simuler, de favoriser beaucoup de lésions. A l'aide des vaso-moteurs, il ouvre ou ferme les portes qui laissent passer soit les liquides microbicides, soit les éléments figurés. Son action s'étend sur les actes de la nutrition. Quand on parle de son pouvoir trophique, il ne faut pas seulement avoir en vue ces désordres apparents qui frappent la peau, les articulations, les muscles, les os, désordres qui se traduisent par des éruptions diverses, par des arthropathies, des atrophies, des ostéites, etc. Ces lésions assurément affaiblissent les tissus et peuvent permettre aux germes de s'introduire plus aisément, plus rapidement, en plus grand nombre, grâce aux solutions de continuité. Mais cette puissance sur les actes intimes de l'élaboration de la matière porte encore au delà.

Un des principes importants des échanges nutritifs, et en même temps l'un des plus aisés à mettre en évidence, est sans conteste le sucre qui circule à l'intérieur de nos vaisseaux. En franchissant les capillaires, en passant des artères dans les veines, ce sucre diminue de 0,30 à 0,10 cent. pour 1000. Donc une partie est utilisée par voie d'oxydation, de dédoublement ou autre au sein des tissus. C'est là une idée physiologique primordiale, absolument capitale, dont la découverte, souvent attribuée à Cl. Bernard, appartient en réalité à M. Chauveau. Or, M. Bouchard a démontré expérimentalement que des excitations diverses de l'axe cérébro-spinal, des nerfs périphériques, les excitations électriques en particulier, font varier, suivant les réactions des centres et l'intensité du courant, la consommation du sucre. Il en résulte des oscillations dynamiques et statiques dans la composition des humeurs. En outre, les noyaux bulbaires ne tiennent-ils pas sous leur dépendance, pour une part du moins, la polyurie, l'albuminurie, la glycosurie, c'est-à-dire trois grandes modalités de perversion des actes chimiques de notre organisme ? On pourrait ajouter les changements brusques que les vaso-moteurs amènent dans l'apparition ou la suppression de la sueur, changements souvent incriminés dans le refroidissement, dans la genèse du rhumatisme, etc. Les réactions nerveuses ont en somme des aboutissants multiples; elles aboutissent à l'accélération, au ralentissement, à l'inhibition de la vie cellulaire. D'Arsonval a mis en évidence l'arrêt de la nutrition que des décharges électriques sont capables de réaliser.

En poursuivant la démonstration du rôle du système nerveux dans l'infection, nous sommes amenés à rappeler les recherches de Charrin et Ruffer, de Roger, de Féré. Les deux premiers ont vu que la section du sciatique, dans des conditions spéciales, favorisait l'infection pyocyanique. Roger coupe le sympathique et voit l'érysipèle guérir si on inocule l'oreille énervée, et évoluer au contraire sur l'oreille saine. Quand la section porte sur le nerf auriculo-temporal, l'inverse se produit, le streptocoque se développe plus aisément. Ainsi les réactions nerveuses, suivant les cas, aboutissent à des résultats variables. — Poncet a signalé le rôle du coït sur la marche des plaies. On n'ignore pas l'influence de ce choc nerveux sur l'éclosion de l'accès de goutte, sur l'accroissement du sucre. Les émotions, les dépressions morales entrent aussi en ligne de compte. De toutes récentes observations ont montré à Charrin et à Gley que, parmi les sécrétions bactériennes, celles qui avaient action sur les centres vaso-moteurs, celles qui paralysaient les dilatateurs, étaient surtout des principes volatils.

Il est bien évident que nous ne pouvons ici que donner un simple aperçu de quelques-unes des causes secondes de l'infection. Même parmi les éléments étiologiques d'ordre physique, il en est plusieurs, tels que la lumière, la pression, l'hygrométrie, l'ozone, l'électricité, les poussières, etc., que nous avons laissés sous silence. Ces éléments peuvent agir et sur le microbe et sur le terrain.

Pour noter au passage le rôle des maladies humorales, il suffit de rappeler l'influence du diabète qui entraîne, à sa suite, les germes des suppurations des gangrènes, des tuberculoses, etc. — Les intoxications par le plomb, le mercure, l'alcool, quoi qu'on en ait dit, permettent une plus facile multiplication des bactéries. — L'état antérieur d'un organe, d'un système, la variété de la porte d'entrée ont action sur le développement des affections microbiennes. Les néphrites, les hépatites aggravent leur pronostic. Expérimentalement, nous en avons dit un mot, la ligature d'une artère, la section d'un nerf, la congélation d'un viscère, etc., rendent le terrain plus propice à la pullulation des agents pathogènes.

Il serait aisé de multiplier les preuves et de montrer que l'infection suit, accompagne les troubles les plus divers, que ces troubles relèvent de la nutrition, qu'ils dépendent des réactions nerveuses, ou qu'ils soient l'expression de l'intoxication, ou encore de dystrophies élémentaires autonomes, etc. Ce que nous avons dit suffit pour établir que, bien des fois, les micro-organismes ne triomphent que grâce à des interventions préalables. Ces considérations font comprendre la justesse de cette proposition naïve en apparence : « Il est difficile de devenir malade, quand on est réellement bien portant. »

TRAVAUX ORIGINAUX

Amputations congénitales et aïnhum,

par le professeur U. Trélat
(leçon recueillie par le Dr Pierre Delbet (1).

(*Fin*)

Je reviens maintenant aux amputations congénitales pour étudier les objections qu'on a faites à la théorie de Montgomery. L'une des plus importantes est tirée de l'examen histologique du sillon. Dans ce sillon, on trouve l'épiderme très épaissi, mais de structure normale. La peau est amincie; les papilles sont aplaties, à peine indiquées; par places, elles ont complètement disparu. On ne retrouve plus de glandes. Le derme est transformé en une masse de tissu fibreux qui, sur les membres grêles, les doigts par exemple, se continue sans ligne de démarcation avec le périoste. En somme, la peau est altérée, mais elle subsiste; ce qu'on trouve au fond du sillon, c'est encore de la peau, ce n'est pas un tissu de cicatrice. Vous voyez tout de suite le parti qu'ont pu tirer de ce fait les adversaires de la théorie de Montgomery. Il n'y a point de cicatrice, partant il n'y a point eu d'ulcération. Comment expliquer qu'une bride qui enserre un membre au

(1) Cette leçon fait partie d'un volume de clinique, actuellement sous presse, publié par les élèves de notre regretté maître.

point d'y produire un sillon profond, au point même d'en amener la section complète, puisse arriver à un tel résultat sans déterminer d'ulcération, sans détruire la peau si fragile du fœtus? Messieurs, la réponse est facile. Sans doute, si on entourait d'une corde le membre d'un adulte et qu'on serrât cette corde de manière à produire un profond sillon, la peau se couperait et il se ferait une ulcération. Mais ce n'est pas ainsi que les choses se passent dans les amputations congénitales. Lorsque la bride entoure le membre du fœtus, elle ne l'étreint pas à la manière d'une corde serrée. Elle est tout simplement appliquée sur lui et n'exerce aucune striction. Seulement, elle l'empêche de se développer en ce point; c'est plus tard, en raison de l'augmentation de volume des parties voisines, que le sillon se constitue, non pas par enfoncement du point où il se trouve, mais par surélévation des parties qui sont situées au-dessus et de celles qui sont situées au-dessous. Dans ces conditions, il n'y a aucune raison pour qu'une ulcération se forme. Une comparaison tirée d'un fait vulgaire, que vous avez cent fois observé, vous fera mieux saisir ce que je veux dire. Lorsqu'on serre un lien autour d'un arbre adulte, pour le redresser par exemple, il arrive souvent, quelque précaution qu'on prenne, que l'écorce se coupe et qu'il se forme une véritable ulcération. Au contraire, si ce lien a été mis en place quand l'arbre était tout petit, plus tard, quand il se développe, on voit le lien s'enfoncer progressivement sans que l'écorce se détruise. Vous avez tous vu les sillons profonds que les lianes déterminent sur certains arbustes en s'enroulant autour de leur tronc. Vous avez vu des sillons semblables, creusés par les fils de fer avec lesquels les horticulteurs attachent leurs étiquettes et qui, malgré leur finesse, ne coupent pas l'écorce. Cette explication, cette comparaison vous font, j'espère, facilement comprendre pourquoi les brides amniotiques, en s'enroulant autour des membres du fœtus, ne produisent pas, ne doivent pas produire d'ulcération.

On a fait une autre objection qui semble sérieuse. On a vu parfois, je vous l'ai dit, l'amputation se compléter après la naissance. Si, dit-on, la bride était la cause de l'amputation, après la naissance, lorsque la bride n'existe certainement plus, les lésions ne pourraient pas s'aggraver. Elles devraient rétrocéder, sinon tout au moins rester en l'état. Mais, Messieurs, si la bride est la cause du mal, elle n'est pas tout le mal. Lorsque le membre, par suite de son développement excentrique, est venu s'étrangler contre elle, l'irritation qu'elle produit amène des modifications de structure du derme qui se transforme en épais trousseaux fibreux. La bride disparue, les trousseaux fibreux persistent — ils contribuent à enserrer le membre, à l'empêcher de se développer — peut-être même peuvent-ils se rétracter et augmenter le degré de la striction. Et ainsi quand le pédicule circonscrit par le sillon est devenu insuffisant, soit parce qu'il s'est réellement rétréci, ce qui doit n'avoir qu'un petit rôle, soit surtout parce qu'il est de plus en plus disproportionné en raison de l'accroissement des parties, l'amputation spontanée se consomme.

Voilà, Messieurs, les deux principales objections qui ont été faites à la théorie de Montgomery et comment on y peut répondre. Quant aux autres, je les passerai plus rapidement en vue, car elles sont toutes basées sur des arguments *a priori*. On suppose, par exemple, que si la bride était la cause de l'amputation, le segment situé au-dessous du point serré devrait être atrophié; or, on le trouve souvent augmenté de volume. Je vous ai dit déjà, en étudiant les lésions de l'aïnhum, qu'on trouvait aussi dans les amputations congénitales des transformations lipomateuses des tissus sous-cutanés. Ces sortes de lipomes peuvent même acquérir un certain volume. Je ne vois rien là de bien surprenant. Sans doute, s'il s'agissait d'hypertrophie véritable avec intégrité des tissus, il y aurait lieu de s'étonner. Mais une transformation lipomateuse est d'autant moins extraordinaire, qu'on tend aujourd'hui à considérer les accumulations graisseuses comme dues à un ralentissement de la nutrition.

Il a paru, à certains auteurs, qu'il était inadmissible que la striction produite par une bride membraneuse, pût amener la solution de continuité d'un os comme le fémur ou l'humérus. Pour Martin, qui est de ce nombre, il faut qu'à la bride s'ajoute une autre cause, et cette cause ce serait une fracture due à une violence extérieure survenue pendant la grossesse. La réponse à cette objection paraissait toute prête. Elle consiste à dire que la bride agit alors que les os sont encore à la période cartilagineuse. A cette réponse, on a objecté en retour que l'amputation n'avait pas toujours lieu pendant la période cartilagineuse, puisque dans certains cas, comme celui de Watkinson, on a retrouvé les parties amputées et que les cartilages y étaient transformés en os. Dans tout cela, Messieurs, je ne vois que des hypothèses entassées sur des hypothèses. Tout d'abord, quand bien même les parties amputées seraient pourvues d'os, cela ne prouverait pas que la bride ne se soit formée qu'après la période cartilagineuse. Ne peut-on pas admettre que le cartilage a subi la transformation osseuse au-dessous du sillon, sans la subir au point comprimé? Et si l'os était déjà constitué, quand la bride s'est formée, ne peut-on admettre qu'il s'est raréfié, puis résorbé au point comprimé ? Sans doute, il est absurde de supposer qu'il a pu être mécaniquement coupé par la bride, au travers de la peau intacte; mais il est très rationnel de penser qu'il a pu subir des modifications nutritives qui ont amené sa résorption. Ne voyons-nous pas ce phénomène se produire sous l'influence du sillon de l'aïnhum, qui bien qu'ayant une autre origine que celui des amputations congénitales, agit cependant de la même façon?

On a encore objecté que les brides ne pouvaient pas expliquer les sillons multiples qu'on trouve parfois sur plusieurs doigts, et qui ne se correspondent pas les uns les autres. Qu'y a-t-il d'extraordinaire à ce qu'un sillon situé sur le médius, par exemple, ne corresponde pas à un autre sillon situé sur l'annulaire ? les doigts sont mobiles, ils peuvent être saisis dans des positions différentes. Par exemple, dans le cas rapporté par Bar, les sillons situés sur les trois doigts du milieu ne paraissent pas correspondre, mais, comme l'a très bien remarqué l'auteur : « Si on admet que l'annulaire était fléchi pendant la vie intra-utérine, le sillon était situé au même niveau sur ce doigt que celui situé sur le médius et le point auquel était amputé la première phalange de l'index, et si nous voulions entourer par une bride à la fois le médius et l'annulaire, nous produirions des sillons ayant une disposition identique à celle observée dans notre cas. » Il y a donc dans la mobilité des doigts une explication de l'irrégularité des sillons. Et puis pourquoi veut-on que les brides soient régulières? Puisqu'on peut en rencontrer chez le même fœtus sur une jambe et sur un bras, n'est-il pas possible qu'elles enserrent deux doigts voisins à des niveaux différents?

Enfin, il me reste à vous dire qu'on observe parfois, en même temps que des sillons d'amputation congénitale, d'autres malformations, des pieds-bots, ou bien à la main des palmures inter-digitales. Ces palmures diffèrent de la syndactylie ordinaire, qui est produite par un arrêt de développement. Les palmures, au lieu de commencer au niveau de la rainure inter-digitale, comme c'est la règle dans la syndactylie vraie, puisque la séparation des doigts se fait de l'extrémité unguéale à la racine, les palmures, dis-je, unissent seulement la dernière ou les

deux dernières phalanges de deux doigts voisins. Il est bien certain que les palmures de ce genre ne peuvent s'expliquer par un arrêt de développement. Il y a eu, on n'en saurait douter, ulcération puis cicatrisation vicieuse des faces correspondantes de deux doigts voisins. Les adversaires de la théorie de Montgomery ont pensé que les brides amniotiques ne pouvaient expliquer ces ulcérations, et certains auteurs se sont appuyés sur leur existence pour faire des amputations congénitales un trouble trophique d'origine nerveuse. C'est, il me semble, attacher une importance bien exagérée à ces palmures interdigitales, qui sont en somme exceptionnelles. Et puis, ne peut-on supposer que ces ulcérations se sont produites mécaniquement, par frottement de deux doigts étreints par la même membrane, ou bien encore qu'elles sont le résultat de troubles trophiques, mais de troubles trophiques secondaires au sillon ? Ces hypothèses sont très admissibles.

Quant à l'hypothèse qui consiste à faire des amputations congénitales un trouble trophique d'origine nerveuse, je ne vois pas bien sur quoi elle s'appuie. Dans les amputations congénitales, et je me suis attaché à bien vous le faire comprendre dans le courant de cette leçon, il faut distinguer deux ordres de lésions: le sillon, lésion primitive, fondamentale, caractéristique, dont il faut expliquer l'origine et la nature; puis les modifications nutritives qui se produisent dans le segment de membre, en quelque sorte pédiculisé par l'existence du sillon. Les modifications nutritives, qui consistent surtout en transformation adipeuse des tissus sous-cutanés et peut-être, dans certains cas exceptionnels, en ulcérations, sont certainement secondaires ; c'est le sillon qui les engendre, et si vous en voulez une preuve péremptoire, en voici une : le sillon supprimé, les troubles trophiques disparaissent. Voyez ce qui s'est passé dans le fait si intéressant de Reclus.

Chez une fillette de douze mois, une bride circulaire étreignait la partie inférieure de la jambe. « Cette bride avait déjà amené des déformations sérieuses : le pied était plus petit que le pied correspondant, et sur sa face dorsale se constatait un œdème particulier, une sorte d'épaississement lipomateux. » En deux opérations, M. Reclus a enlevé toute la bride, et lorsqu'il a présenté sa malade pour la première fois à la Société de Chirurgie, le 30 janvier 1886, le résultat était saisissant. « Il existe bien encore un peu d'épaississement sur la face dorsale du pied; mais celui-ci est maintenant solide, bien conformé, très développé. Au lieu d'être plus court que le pied déformé correspondant, il est plus long; la marche grâce à lui est facile. » Ces troubles trophiques étaient manifestement secondaires, consécutifs au sillon; il ne faut pas s'appuyer sur leur nature pour en déduire celle du sillon, qui leur a donné naissance. Quant au sillon lui-même, je ne lui vois guère les caractères d'un trouble trophique. Ces troubles ne peuvent être que généralisés ou systématisés. Or là ils ne seraient ni l'un ni l'autre. Bien loin d'être généralisés, ils sont essentiellement locaux. Ils ne sont pas davantage systématisés. Ils n'ont aucun rapport avec les trajets nerveux. Quand un sillon par exemple est situé à la racine de la cuisse, comment comprendre qu'il ait une origine nerveuse, alors que sa partie antéro-interne est située sur le territoire du plexus lombaire, sa partie postérieure sur le territoire du plexus sacré ? Pour toutes ces raisons, je me crois autorisé à rejeter l'origine trophique du sillon des amputations congénitales.

Quelles autres théories a-t-on opposées à celles de Montgomery ? Chaussier, en 1812, a pensé qu'il s'agissait d'un processus gangréneux amenant la chute d'un segment de membre plus ou moins étendu. Cette opinion n'a pas besoin d'être longuement discutée, puisqu'elle ne peut s'appliquer ni aux cas dans lesquels le membre amputé a été retrouvé intact dans les eaux de l'amnios, ni à ceux où il existe seulement un sillon.

Martin en 1858 a dit avoir vu un cas dans lequel une chute d'une femme enceinte avait produit une fracture des os de l'avant-bras du fœtus et une rupture des artères avec épanchement de sang considérable. Consécutivement, l'avant-bras et la main s'étaient mortifiés et l'enfant était né sans bras. C'est là un cas curieux, fort intéressant; mais le processus qui a amené l'élimination du membre n'est susceptible d'aucune généralisation.

Voilà, Messieurs, tout ce qu'on a pu opposer à la doctrine de Montgomery. Seule la théorie nerveuse mérite d'être discutée et, après ce que je vous ai dit, je me crois autorisé à la rejeter. Je conclurai donc en disant :

Les amputations congénitales sont produites par des brides, qui ont probablement une origine amniotique. Ces brides s'enroulent autour des membres du fœtus; elles les empêchent de se développer au point comprimé. Le membre par son accroissement progressif vient s'étrangler contre elles et ainsi se forme le sillon. Au niveau de ce dernier, le derme s'altère, il se transforme en faisceaux fibreux inextensibles, peut-être rétractiles, si bien que l'anneau fibreux, ainsi constitué, évolue pour son propre compte, même lorsque la bride a disparu. Ultérieurement, soit que le sillon augmente de profondeur par la rétraction de l'anneau fibreux, soit que le pédicule devienne proportionnellement plus petit par suite du développement des autres parties du membre, des troubles trophiques se produisent, l'os se résorbe et l'amputation se complète. Les dernières phases de ce processus peuvent se produire, soit avant, soit après la naissance. Mais le sillon et la bride qui l'engendre ont toujours une origine intra-utérine.

Quant à l'aïnhum (1), c'est une maladie différente des amputations congénitales, bien que le processus d'élimination soit analogue. Elle en est différente par l'origine du sillon. Quant à cette origine, nous ne la connaissons pas encore exactement; mais dans l'état actuel des choses on n'est pas autorisé à ranger l'aïnhum dans le groupe des sclérodermies.

Messieurs, je suis heureux de pouvoir terminer ce débat théorique, que vous avez peut-être trouvé un peu long, par des considérations pratiques. Tant que les amputations congénitales ne sont pas consommées, elles ne sont pas au-dessus des ressources de l'art. Rappelez-vous-le bien, la bride fibreuse qui se trouve au fond du sillon est tout, les autres lésions ne sont que secondaires. Enlevez cette bride, et vous verrez toutes les autres lésions s'arrêter ou même rétrocéder. Je vous ai dit quel éclatant succès avait couronné l'opération de M. Reclus. Or cette opération est souvent facile. Souvent on constate que le sillon n'est pas adhérent aux parties profondes; il glisse sur elles. Il en était ainsi dans le cas de Reclus, et la dissection a été très simple. Cet habile chirurgien l'a faite en deux temps dans la crainte de faire subir un traumatisme trop grave à un enfant trop jeune. Sa conduite peut être imitée, c'est à voir pour chaque cas particulier suivant l'âge et la résistance de l'enfant. L'anneau fibreux enlevé, on suture l'un à l'autre les deux bords du sillon, ce qui peut se faire avec la plus grand facilité, et sans tension, les deux bords étant souvent au contact l'un de l'autre par-dessus le fond du sillon. Vous avez donc à votre disposition une opération bénigne, simple

(1) Dans la séance du 23 octobre 1887, à la Société de chirurgie, M. Reclus est revenu sur son opinion première. Il admet que l'aïnhum et les amputations congénitales sont deux maladies distinctes.

et efficace. N'hésitez pas à y recourir toutes les fois que vous vous trouverez en présence d'amputations congénitales incomplètes, surtout si l'anneau fibreux qui forme le sillon est mobile sur les parties profondes.

Contribution au traitement de la septicémie puerpérale, par HÉLIODOR DE SWIECICKI (Posen).

Dans les affections puerpérales, le traitement local nous permet souvent de combattre le foyer infectieux et d'arrêter l'infection consécutive de l'organisme. Mais il n'en est plus de même quand les germes morbides et leurs produits ont pénétré dans la circulation générale et envahi l'organisme. Dans ces cas le traitement rationnel comprend ordinairement l'administration d'alcool en vue de prévenir la faiblesse du cœur et de diminuer, dans la mesure du possible, la décomposition des albuminoïdes pendant la fièvre, une nourriture abondante et les bains tièdes, pour augmenter l'appétit des malades. La question de savoir si cette méthode thérapeutique, indiquée en premier lieu par Runge (1), atteint son but et guérit la malade, est fort difficile à résoudre, d'autant plus que, comme le fait justement observer Olshausen (2), dans la septicémie puerpérale typique avec péritonite diffuse commençante et fréquence excessive du pouls dès le deuxième jour, les bains deviennent inutiles et les avantages de l'alcool très problématiques.

Dans la pyémie, le pronostic est, suivant Olshausen, dès le début moins grave et le plus grand nombre des malades guérit. Tout en ne partageant pas entièrement le scepticisme d'Olshausen envers l'utilité dans ces cas de l'alcool avec lequel j'ai obtenu plusieurs fois des succès éclatants dans la septicémie puerpérale, je dois néanmoins convenir que si l'augmentation de la résistance de l'organisme doit être recherchée dans le traitement de la septicémie puerpérale, il n'est pas moins vrai que dans ce cas on agit seulement par voie indirecte sur les germes morbides qui ont envahi l'organisme. Il ne faut pas non plus oublier que les germes fabriquent des poisons qui transforment la septicémie puerpérale en une véritable intoxication. Le fait est du reste démontré par les recherches très intéressantes de Bourget (3) qui a examiné, au point de vue de la présence des ptomaïnes, les urines de quatre accouchées atteintes de septicémie, de même que le sang et les organes internes dans un cas qui s'est terminé par la mort, et a trouvé que les urines dans ces cas contenaient des bases (alcaloïdes) très toxiques. Ces ptomaïnes toxiques paraissaient se former en grande quantité pendant le stade aigu de l'affection et diminuer progressivement avec la disparition des phénomènes morbides. L'examen des organes au point de vue de la présence des toxines fut particulièrement intéressant. Chez la femme qui a succombé à la fièvre puerpérale, on trouva dans les organes internes des substances toxiques qui par leurs propriétés physiologiques se rapprochaient beaucoup des ptomaïnes de l'urine. Les recherches de Bourget montrent donc que les urines des femmes atteintes de septicémie puerpérale renferment des poisons qui intoxiquent l'organisme et qu'une partie de ces substances toxiques est éliminée par la sécrétion urinaire. Ces expériences concordent du reste avec celles de Bouchard (1), Roux et Yersin (2), qui ont également constaté la présence des poisons chimiques spécifiques dans les urines des malades atteintes de différentes affections fébriles. Seulement la voie rénale n'est pas la seule par laquelle l'organisme infecté se débarrasse du poison. Queirolo (3) (de Gênes) prétend avoir démontré depuis deux ans que dans certaines maladies infectieuses, telles que la fièvre typhoïde, la malaria, etc., les substances toxiques s'éliminaient par la sécrétion sudorale; aussi cet auteur plaide-t-il en faveur de la diaphorèse dans le traitement de ces maladies infectieuses. Si l'on considère l'étendue de la surface cutanée au niveau de laquelle se fait la transpiration, on conçoit que les quantités d'eau (saturée de toxines dans les maladies infectieuses) éliminées par les glandes sudoripares peuvent être considérables. L'organisme infecté peut donc se débarrasser des substances toxiques par deux voies : la voie rénale et la voie des glandes sudoripares. Il est évident que dans ce cas le traitement rationnel de la septicémie puerpérale consiste à utiliser ces deux émonctoires pour arriver à débarrasser l'organisme des substances toxiques qu'il renferme.

Pour désintoxiquer l'organisme on peut avoir recours à la diurèse exagérée qu'on obtiendra par le procédé de Dastre et Loye (4), connu sous le nom d'irrigation de l'organisme. Ces auteurs ont trouvé que l'injection intraveineuse d'une solution de chlorure de sodium à la température du corps est fort bien supportée par les animaux, même si le liquide est en grande quantité, et que l'eau salée ainsi injectée possède une action diurétique manifeste; quelquefois même le liquide injecté est éliminé non seulement par les reins, mais aussi par l'intestin et les glandes salivaires. Jamais, dans leurs expériences, les auteurs n'ont trouvé d'albumine dans l'urine des animaux. Bouchard, Roux et Yersin, qui ont essayé le procédé de Dastre et Loye chez des lapins infectés et des chiens inoculés de morve, n'ont pas obtenu de résultats favorables, en ce sens que les animaux soumis à ces injections intraveineuses succombaient plus rapidement à l'injection que les animaux témoins. Sahli (5) (de Berne) a dernièrement essayé chez les urémiques et typhiques les infusions sous-cutanées de solutions physiologiques de chlorure de sodium. Ces tentatives furent couronnées de succès et tous les malades guérirent. A côté de l'irrigation de l'organisme, il cherchait à obtenir par ces infusions sous-cutanées la dilution du poison contenu dans les liquides et les tissus de l'organisme. Sahli se servait d'une solution stérilisée de chlorure de sodium à 0,7 0/0 renfermée dans le flacon d'Erlenmeyer de capacité d'un litre. Pour faciliter la résorption sous-cutanée du liquide, Sahli faisait plusieurs piqûres dans le tissu cellulaire sous-cutané; en plus la canule de l'injecteur était remplacée par quatre canules capillaires de Southey. En déterminant le résidu sec de l'urine de 24 heures avant et après l'injection, Sahli a pu démontrer que, dans le cas de diurèse exagérée, les tissus de l'organisme se trouvaient réellement « lavés », en ce sens que, le jour qui suit cette irrigation, ils renferment moins de substances spécifiques de l'urine.

Toutes ces observations, ainsi que le fait relevé par plusieurs auteurs (par Schwartz, par exemple), à savoir que les micro-organismes peuvent être éliminés par les reins, et principalement par les vaisseaux glomérulaires, m'ont

(1) *Arch. f. Gynækol.*, 1888, p. 39-52, et *Deuts. med. Wochenschr.*, 1889, nos 7-9.
(2) *Bull. Société de Gynécol. de Berlin*. Séance du 28 juin 1889
(3) Contrib. à l'étude des ptomaïnes et des bases toxiques de l'urine dans la fièvre puerpérale. Thèse, Lausanne, A. Genton et Vidat, 1887.

(1) *Leçons sur les auto-intoxications*, 1887; *Thérapeut. des mal. infectieuses*, 1889; *Eliminat. de certains poisons morb.*, *Archiv. de physiol.*, 1889.
(2) *Annales de l'Instit. Pasteur*, 1888 et 1889.
(3) 3e Congrès de méd. à Rome (20 à 23 octobre 1890).
(4) *Archives de physiol.* 1888, p. 93 et 253.
(5) *Volkmanns Vortræge; innere Medicin*, 1890, n° 5.

conduit à instituer le traitement suivant dans un cas de pyohémie puerpérale survenue le cinquième jour après l'accouchement et caractérisée par des frissons violents et répétés d'une durée de 20 minutes, une fièvre à grandes oscillations et un pouls de 120.

J'ai prescrit à la malade de boire toutes les heures, et plus tard toutes les deux à trois heures, un litre d'une solution physiologique tiède de sel de cuisine. Comme la malade était très faible et ne pouvait ingérer des quantités aussi considérable de liquide, je lui introduisais le liquide directement dans l'estomac, à l'aide d'une sonde stomacale. On sait que l'eau est résorbée presque immédiatement dans l'estomac. Tappeiner (1) et Aurep (2) ont démontré que si dans un estomac dont le pylore est lié ou obstrué, on introduit de l'eau ou de l'eau salée, une *quantité considérable* de liquide disparaît en *fort peu de temps*. La diffusion de l'eau dans les sucs des tissus se produit d'autant plus facilement que l'injection de l'eau dans l'estomac rend le contenu stomacal plus riche en eau que ne le sont le sang et la lymphe. Chez ma malade, la diurèse a notablement augmenté après ces injections, et l'urine est devenue claire, de couleur jaune-paille.

A côté de ces injections intra-stomacales, je faisais deux fois par jour des injections sous-cutanées de 0,01 de pilocarpine. La salivation et la transpiration provoquées par ces injections sous-cutanées duraient environ deux heures; au début, la transpiration survenait en même temps que la salivation, mais plus tard, la première se manifestait quelques minutes après la seconde. Ces pertes de liquide épuisaient tellement la malade qu'on était obligé de lui donner de petites doses d'alcool.

Les résultats de ce traitement (on a introduit en tout 17 litres d'eau salée dans l'estomac et fait 6 injections de pilocarpine à 0,01 centig. chacune) furent des plus manifestes. La malade, qui présentait le tableau typique de la pyémie, a conservé la vie; la fièvre tomba progressivement, les frissons devinrent plus rares, moins intenses et moins longs. Ce dernier fait me paraît présenter un intérêt tout particulier. Si, comme on l'admet, les frissons de la pyémie sont dus à l'accumulation dans le sang des substances « pyogènes », la courte durée et la rareté des frissons dans notre cas, s'expliqueraient peut-être par l'élimination progressive de ces substances par les reins, la peau, etc., peut-être par les glandes salivaires.

Le succès que nous avons obtenu dans notre cas par ce traitement n'est pas encore très probant en faveur de notre méthode thérapeutique. Il faudra l'essayer sur une large échelle et dans des cas graves, avant de porter un jugement définitif. Notre but a été d'attirer l'attention des médecins sur ce traitement et de les engager à l'essayer quand une occasion se présentera.

Je crois que la méthode que je viens d'exposer ne pourra recevoir sa consécration définitive que lorsqu'elle se sera montrée efficace dans des cas graves de septicémie (fièvre élevée avec rémissions peu marquées, pouls petit et fréquent, symptômes cérébraux, etc.). Mais on comprend facilement que l'injection stomacale d'eau salée (3) est indiquée dans les cas de septicémie qui s'accompagnent d'oligurie.

---

(1) *Zeitschrift f. Biologie* XVI, p. 497.
(2) *Arch. f. die gesammte Physiol. v. Pflüger*, 1881, p. 504.
(3) Si l'estomac ne supportait pas l'eau salée, on pourra faire des injections dans l'estomac, le tissu sous-cutané ou même dans les veines.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Changement de l'attitude du corps dans le cours de la maladie de Parkinson, par Bidon (*Revue de médecine*, 10 janvier 1891), n° 1, p. 75). — On sait que les sujets atteints de la maladie de Parkinson présentent un état de roideur musculaire qui les immobilise dans une attitude fixe, qu'ils conservent immuablement, flexion ou extension. Le cas rapporté par l'auteur a trait à un malade souffrant depuis 5 ans, et soudé selon le type de flexion de Charcot, qui à la suite d'une grippe fut immobilisé selon le type d'extension. A quoi tient ce changement d'attitude dont on ne connaissait pas encore d'exemple? M. Bidon croit pouvoir l'attribuer au décubitus dorsal auquel a été soumis son malade en même temps qu'à la dystrophie musculaire causée par la grippe. Nous ne saurions souscrire sans réserve à cette hypothèse, car nous nous souvenons avoir observé des malades de cette catégorie dont l'attitude restait la même malgré un décubitus dorsal, prolongé pendant des années.

Recherches expérimentales de la nature et de la pathogénie des atrophies musculaires consécutives aux lésions des articulations, par S. Duplay et M. Cazin (*Arch. gén. de méd.*, janvier 1891, vol. 1, p. 5). — Quelques auteurs ont déjà entrepris des recherches pour expliquer la pathogénie des amyotrophies consécutives aux lésions articulaires, mais ces recherches n'ont jamais été complètes. Les expériences entreprises par MM. Duplay et Cazin comblent cette lacune. Elles ont consisté à déterminer sur des chiens et des lapins des arthrites aiguës sur l'un des genoux soit par l'introduction de la lame du thermocautère dans la cavité articulaire, soit par l'injection de teinture d'iode ou de nitrate d'argent. Les animaux étaient sacrifiés successivement 4, 6, 8, 11, 13, 18 et 35 jours après le début de l'opération, et l'examen histologique portait sur les muscles, les nerfs, les racines rachidiennes et la moelle. Les seules lésions constatées consistent en l'altération des filets nerveux articulaires paraissant en rapport avec l'inflammation des tissus péri-articulaires. Les auteurs concluent que les amyotrophies consécutives aux lésions des articulations sont constituées par une atrophie simple des muscles, ainsi que cela se trouve déjà indiqué par la plupart des observateurs qui se sont occupés de la question, et que cette atrophie ne peut s'expliquer que par une action dynamique, par un simple réflexe dû à l'irritation des filets terminaux des nerfs articulaires. Cette pathogénie avait du reste été invoquée et défendue par Charcot et Vulpian, mais elle n'avait pas encore reçu la démonstration anatomo-pathologique rigoureuse que lui constitue le présent travail.

De l'abasie et de l'astasie émotives, par J. Seglas (*Médecine moderne*, 1891, p. 24). — Il s'agit d'une neurasthénique prise d'angoisse à chaque tentative de station debout ou de marche, dont l'histoire est comparable à diverses observations de M. Bouveret et de M. Binswanger. Ils ne paraissent pas assimilables à ceux que j'ai catégorisés sous le nom d'astasie-abasie; l'auteur pense en effet que ces troubles ne ressemblent à ce syndrome que par un côté, et se rapprochent plutôt des idées obsédantes analogues à l'agoraphobie ; aussi propose-t-il de les en distinguer sous la dénomination qu'il a employée.

Hypnotisme (Some personal observations upon hypnotism and its employment in certain diseased conditions), par E. Schmidt (*New-York medical journal*, 17 janvier 1891, p. 59). — Après avoir fait l'historique de la question, l'auteur rapporte 4 cas (3 ont trait à des hystériques, 1 à du rhumatisme articulaire aigu), sinon guéris, du moins très améliorés par l'hypnotisme.

De l'obsession dentaire, par Galippe (*Archives de neurologie*, 1891, n° 61, p. 1). — Chez certains sujets prédisposés, certaines obsessions peuvent se produire ayant trait à la langue, aux dents, aux appareils prothétiques, soit à l'occasion de l'exagération d'une disposition anatomique ou d'une sécrétion, soit même sans cause appréciable. Chez d'autres, les

extractions de dents ou la pose de fausses dents entraînent un état nerveux où la préoccupation a pour objet les dents et qu'on peut qualifier, avec M. Charcot, du nom d'obsession dentaire.

MÉDECINE

Diabète insipide d'origine syphilitique, par S. Soukoukchi (*Vratch*, 1891, n° 1, p. 8). — On n'en trouve dans la littérature que deux cas (Demme et Hœsslin). Le cas de l'auteur est remarquable en ce que le diabète fut la première manifestation d'une syphilis ignorée. Le malade (homme de 25 ans) est entré à l'hôpital avec des phénomènes de diabète insipide très accusés (boulimie, soif ardente : jusqu'à 13 litres par jour, urine 6000 cc. environ, poids spécifique 1004, pas de sucre, ni albumine), des douleurs de tête s'exaspérant la nuit et du vertige. Pas d'antécédents spécifiques, ni d'accidents concomitants. Pas de traumatisme d'aucune sorte. On lui prescrit les médications ordinairement usitées dans ce cas : on échoue complètement. Une dizaine de jours après son admission à la clinique, on constate la présence de plaques muqueuses : traitement mixte (mercure et iodure de potassium) continué pendant un mois. Les résultats furent assez lents et le malade sort tout à fait guéri du diabète, de la céphalée et du vertige. L'auteur suppose qu'il s'agit dans ce cas d'un épaississement de l'épendyme du plancher du 4e ventricule et de troubles circulatoires du cervelet et du bulbe par suite d'endartérite.

Glycosurie et diabète (Glykosurie und Diabetes), par Moritz (*Münch. medic. Woch.*, janvier 1891, nos 1 et 2, p. 3 et 27). — L'apparition du sucre dans l'urine ne constitue pas tout le diabète, et la glycosurie légère et temporaire peut se montrer dans une foule de circonstances. C'est surtout à étudier ce point étiologique et à fixer le type morbide de la méliturie simple, que l'auteur consacre son travail. Il étudie d'abord la glycosurie expérimentale, dont le type est le diabète de Cl. Bernard, mais que peuvent produire des influences variées agissant sur le système nerveux central, périphérique ou sympathique, sur la veine porte et le foie, etc. Un autre groupe comprend les glycosuries toxiques expérimentales et spontanées, dont la plus intéressante est la glycosurie consécutive à l'administration de la phloridzine : elle pourrait conduire aisément à la simulation. Enfin, il y a le chapitre des glycosuries physiologiques (nourrices, sujets abusant des aliments sucrés, etc.). Tous ces faits, dûment constatés en se mettant à l'abri des erreurs que comportent les fausses réactions tenant à la présence d'agents réducteurs particuliers (urates, créatine, etc.), établissent la réalité de la méliturie simple transitoire. Mais, il faudrait se garder de voir là un incident toujours banal, qui n'emporte aucun pronostic défavorable. Il est plus vrai de dire que la facilité à produire la glycosurie temporaire et occasionnelle semble indiquer un terrain bien préparé pour le développement ultérieur d'un diabète vrai et complet.

L'auteur passe ensuite en revue les réactions classiques du sucre urinaire, et conseille vivement, dans les cas à résultats incertains, d'en venir à l'épreuve de la fermentation qui est d'une parfaite sensibilité. Il décrit et figure le dispositif instrumental ingénieux qui lui a servi très utilement dans ses recherches.

Complications de la fièvre typhoïde mortelle (Complicationen beim letalen Abdominaltyphus), par Hœlscher (*Münch. med. Woch.*, janvier 1891, nos 3 et 4, p. 43 et 62). — L'auteur a relevé et classé les constatations anatomiques principales dans 2000 nécropsies de fièvre typhoïde, provenant des registres de l'Institut pathologique de Munich. Cette étude très importante montre bien quel rôle relativement restreint jouent par eux-mêmes les processus typhiques dans le mécanisme de la mort, et comment la plus grande partie des accidents relève de causes adjuvantes, le plus souvent d'infections secondaires. En effet, c'est seulement dans 24 0/0 des faits que la fièvre typhoïde entraîne par elle-même la terminaison fatale ; le reste, c'est-à-dire la grande majorité des cas, appartient aux lésions éventuelles surajoutées. Quoique cette étude synthétique ait été faite dans un milieu relativement restreint, on y trouve signalées la plupart des complications connues de la dothiénentérie ; elle en constitue pour ainsi dire une monographie, et montrerait surabondamment, s'il en était besoin, comment la fièvre typhoïde s'affirme la plus complexe des infections aiguës par la multiplicité et la diversité des accidents qu'elle entraîne.

Pilocarpine dans l'éclampsie puerpérale, par M. Strisovert (*Meditsiniskoé Obozriénié*, XXXV, 1891, n° 1, p. 26). — Dans 10 cas d'éclampsie post-puerpérale l'auteur s'est trouvé bien de l'emploi, en injections sous-cutanées, de la pilocarpine en solution aqueuse (0 gr. 06 pour 30 gr. d'eau, à injecter une seringue de Pravaz). Les injections doivent être répétées à chaque nouvel accès jusqu'à que disparaisse le myosis : tant que ce dernier persiste, la malade se trouve dans le danger imminent d'une récidive. Tous les 10 cas ont guéri. La faiblesse du cœur ne contre-indique pas la pilocarpine.

CHIRURGIE

Ligature de la veine fémorale, par A. A. Troïanoff (*Bolnitchnaïa Gazetta Botkina*, 1891, n° 3, p. 73). — L'an dernier, Tseïdler a fait des expériences sur le chien et 2 opérations sur l'homme prouvant que, quoi qu'on en ait dit, la ligature de la veine fémorale n'entraîne pas la gangrène du membre. Troïanoff apporte un nouveau fait, où la veine fémorale fut réséquée en enlevant des ganglions comme complément d'une amputation de la verge pour épithélioma.

Chloroforme et albuminurie, par Y. S. Sokoloff (*Vratch*, 1891, n° 4, p. 100). — L'auteur examina dans ce but 42 sujets dont 3 albuminuriques avant la chloroformisation. Chez les derniers l'albuminurie fut augmentée pendant plusieurs jours après l'opération ; chez les sujets bien portants on put constater la présence de l'albumine dans l'urine pendant 1-14 jours qui suivirent l'intervention opératoire.

Œsophagotomie (Case of œsophagotomy), par Thomas H. Morse (*British med. Journ.*, 21 février 1891, p. 403). — Une femme, âgée de 32 ans, avait avalé un corps étranger. Elle ressentit une douleur localisée à la région gauche du cou, au-dessous du cartilage cricoïde. Une bougie œsophagienne était arrêtée à 18 cm. des dents. Déglutition des solides ou des liquides impossible. Incision de 7 cent. et demi sur le bord antérieur du sterno-mastoïdien gauche et se terminant en bas au niveau de l'articulation sterno-claviculaire. Section de l'omo-hyoïdien. La veine jugulaire et l'artère carotide sont mises à nu sur une longueur de 5 cm. environ. On aperçoit distinctement dans le fond de la plaie l'artère thyroïdienne inférieure horizontalement dirigée et le nerf récurrent montant entre l'œsophage et la trachée. On sent un corps dur dans l'œsophage. Ce dernier est alors attiré et séparé de la colonne cervicale et retourné sur son axe, de manière à pratiquer une ouverture sur sa face postérieure, pour éviter le nerf récurrent. Une petite ouverture fut faite à l'aide de ciseaux et le corps étranger fut enlevé à l'aide d'une pince. La plaie œsophagienne ne fut pas suturée. Suture et drainage de la plaie cutanée. Aucune alimentation par la bouche pendant 3 jours ; lavements nutritifs. Puis peu à peu la malade avala de l'eau, puis du lait. Guérison en 3 semaines. Si l'auteur avait à recommencer, il suturerait la plaie œsophagienne. Le corps étranger était un fragment de côte d'un poulet et mesurait 2 cent. et demi en largeur et près de 4 cent. en longueur.

Péritonite suppurée guérie par la laparotomie (Ueber einen Fall von purulenter Peritonitis geheilt durch Laparotomie), par Henoch (*Berlin. klin. Wochenschr.*, 1891, n° 4 p. 87). — Une fille de 4 ans est prise le 23 décembre 1889 de fièvre (38°,8), vomissements, coliques et diarrhée. Peu de temps après le ventre a commencé à se tuméfier, il survenait des vomissements, et l'enfant a notablement maigri. A l'examen de l'enfant, fait le 24 janvier 1890, on trouve une tumeur fluctuante, des dimensions d'un œuf de pigeon, à 6 centimètres au-dessus de l'ombilic, sur la ligne blanche. La tumeur était couverte par une peau violacée et donnait à la percussion un son mat. Le cœur était un peu repoussé en haut et le choc de la pointe était perceptible dans le 2e et le 3e espaces intercostaux. Peu de fièvre, la température du soir s'élevant à 37°,9. Le 27 on fit une ponction exploratrice qui démontra la présence de pus dans la tumeur. Le pus ne contenait pas de bacilles tuberculeux. Le lendemain le

professeur Bardeleben fit la laparotomie et évacua 2 litres d'un pus liquide mêlé à des caillots. Suites opératoires des plus bénignes; la plaie est complètement fermée le 7 février, et le 10 mars l'enfant quittait l'hôpital.

La nature de cette péritonite reste très problématique. La péritonite dite rhumatismale n'explique pas les faits. L'évolution de l'affection a montré qu'il ne s'agissait pas d'une perforation d'un organe abdominal. Au début on pouvait penser à une tuberculose du péritoine, mais l'absence de bacilles dans le pus et le succès de l'intervention plaident contre l'idée de la tuberculose.

Ce cas prouve une seule chose, c'est que dans certains cas de péritonite il ne faut pas craindre d'avoir recours à la laparotomie.

Hémorrhagie stomacale traumatique (Profuse Magenblutung in Folge einer Verletzung der Magenschleimhaut durch einen Glassplitter), par S. Heilbrun (*Centrabl. f. Chirurg.*, 1891, n° 6, p. 114). — Un homme toujours bien portant est pris, une demi-heure après avoir absorbé un verre de bière, de vomissements de sang rouge mêlé à des caillots. Croyant avoir affaire à une lésion aiguë de la muqueuse stomacale, Heilbrun fait plusieurs lavages d'eau froide et finalement voit sortir avec l'eau teintée en rouge, au milieu des caillots de sang, un morceau de verre pointu, à bords tranchants, de 1 cm. de long sur 2 mm. de large, de la même couleur que le verre de la bouteille. Injection de morphine, lait glacé à l'intérieur, vessie de glace en permanence sur la région stomacale. L'hémorrhagie s'arrête et le malade peut reprendre sa vie et sa nourriture ordinaires, au bout de 8 jours.

L'hémorrhagie a été produite par le morceau de verre avalé par mégarde. Très heureusement, le verre s'est engagé suivant sa longueur dans la lumière de la sonde et a pu être rejeté de cette façon avec le liquide.

OPHTHALMOLOGIE

La glande de l'humeur aqueuse, glande des procès ciliaires ou glande uvée, par Nicati (*Arch. d'ophth.*, 1890, p. 482). — D'après les théories anciennes, l'humeur aqueuse serait sécrétée par des glandes spéciales; elle s'écoulerait du vitreum; elle serait produite par une membrane tapissant les parois de la chambre antérieure en avant de la pupille; elle proviendrait de la surface des procès ciliaires. L'auteur attribue la sécrétion de l'humeur aqueuse à une glande qu'il appelle glande des procès ciliaires ou glande uvée, et étudie comme appartenant à cet appareil glandulaire : 1° un épithélium connu sous le nom de pars ciliaris retinæ ; 2° les attaches de cet épithélium au cristallin ; 3° un réseau capillaire sous-jacent à l'épithélium et qui est une expansion de la membrane chorio-capillaire ; 4° les artères et les veines qui desservent ce réseau (artères ciliaires postérieures courtes et longues, vasa-vorticosa) ; les artères contournent la choroïde ou la traversent très obliquement, tandis que les veines la traversent toutes et d'une façon moins oblique ; 5° un appareil musculaire, le muscle ciliaire ; 6° un système nerveux composé de fibres terminales, sensitives et motrices, d'un plexus ganglionnaire intra-oculaire, des nerfs ciliaires, d'un ganglion ophthalmique et de sa triple origine ; 7° de conduits sécréteurs : le canal godronné, la chambre postérieure, les communications entre eux par les interstices des procès ; 8° le réservoir de l'humeur aqueuse (chambre antérieure) et les voies d'excrétion (puits lymphatiques et espaces lacunaires de l'iris, voies lymphatiques périveineuses).

Topographie de l'ophthalmie phlycténulaire à Montpellier, par Truc (*Montpellier méd.*, t. XVI, p. 159, 1891). — L'ophthalmie phlycténulaire comme l'ophthalmie granuleuse habite les quartiers malsains, attaque les gens malpropres. Les sujets âgés sont beaucoup moins touchés et plus légèrement. L'affection a pour cause générale le lymphatisme et pour cause locale l'infection extérieure.

La prophylaxie consiste à développer l'hygiène urbaine et individuelle, à modifier l'état général (hydrothérapie, bains de mer, antistrumeux) et à éviter l'infection (propreté). Le traitement local comporte l'usage de la cocaïne, l'atropine, le précipité jaune.

BIBLIOGRAPHIE

L'Anatomie des maîtres. — Trente planches reproduisant les originaux de Léonard de Vinci, Michel-Ange, Raphaël, Géricault, etc., accompagnées de notes et précédées d'une *Histoire de l'anatomie plastique* par Mathias Duval et Albert Bical. Paris, maison Quantin, 1891.

Déjà, en annonçant la première livraison de cet important ouvrage (1890, p. 165), puis et surtout en analysant le livre si remarquable que M. le Dr P. Richer a consacré à l'étude méthodique et détaillée de *l'Anatomie artistique* (1890, p. 512), nous avons dit ce que nous pensions des rapports qui doivent exister entre les anatomistes et les artistes, de la nécessité d'études anatomiques sérieuses pour arriver à *toujours* produire des œuvres artistiques vraiment remarquables. Sans doute il ne faudrait pas, comme l'a fait Gerdy dans l'introduction de son *Anatomie des formes extérieures du corps humain*, prétendre qu'on ne peut *voir* la nature et la reproduire avec fidélité sans avoir, soit disséqué dans tous ses détails le corps que l'on prétend représenter, soit parcouru dans toutes ses parties la région dont on a voulu, en la considérant du sommet d'une colline, donner une idée d'ensemble. Ce serait nier l'art grec qui, nous l'avons dit, a souvent reproduit avec une merveilleuse fidélité les muscles les plus variés et cela sans que jamais le sculpteur hellène ait cherché, comme Léonard de Vinci ou Michel-Ange, à en comprendre le fonctionnement, à en deviner les attaches. Mais, d'autre part, les peintres qui, à l'exemple de Michel-Ange, commencent à établir la carcasse de l'œuvre qu'ils entreprennent, c'est-à-dire à en dessiner le squelette, puis, lorsqu'ils se sont assurés de la situation que les mouvements de la figure impriment aux os principaux, s'appliquent à revêtir les os de leurs muscles et enfin les muscles de leur peau, donnant ainsi des reliefs musculaires scientifiquement et, pour ainsi dire, mathématiquement calculés, ont besoin d'être de grands artistes et de bien savoir, par l'observation de leurs modèles ou même par cette sorte d'intuition artistique qui fait le peintre ou le sculpteur, corriger encore ce que l'observation trop rigoureuse des formes anatomiques enlève à l'idéal que l'on doit toujours se proposer. La photographie rigoureusement exacte d'une attitude déterminée ne produira jamais l'effet que recherche et qu'obtient l'artiste désireux de la bien faire ressortir. L'anatomie, qui considère surtout l'arrangement des organes et des tissus, diffère donc de la plastique, qui recherche principalement l'expression. Or l'expression ne dépend pas ou dépend fort peu de la copie minutieuse des détails. Bien au contraire, pour arriver à bien rendre, à bien faire apprécier le modèle en quelque sorte idéal qu'a créé l'imagination de l'artiste, il faut que la valeur de certains traits soit augmentée aux dépens des autres, de telle sorte que, loin d'être calquée sur la figure humaine, l'œuvre de l'artiste reste personnelle.

En résumé, l'anatomie des formes doit être enseignée aux artistes, en vue de leur faire éviter de grossières erreurs, comme par exemple de représenter une saillie anormale d'un os ou d'un muscle, une attitude vicieuse ou une lésion pathologique comme une réalité parce que le modèle « *donne cela* » ; elle doit être apprise avec soin pour leur permettre de se rapprocher de plus en plus du Beau idéal que bien rarement on rencontrera en examinant les modèles d'aujourd'hui. Cette étude ne fera jamais perdre à l'artiste ce qui fait son caractère personnel. « Comme au temps de Raphaël et de Michel-Ange, disent MM. M. Duval et A. Bical, celui qui recherche la grâce saura adoucir les angles et faire prédominer la courbe; celui qui vise à la force, comme Michel-Ange, saura accuser les saillies et briser les contours; tel autre, pour exprimer la grandeur, saura s'attacher aux lignes fondamentales en négligeant quelques détails, comme l'ont fait parfois les sculpteurs grecs. Mais, dans tous les cas, en prenant l'anatomie pour guide, l'artiste saura ne pas sortir de la vérité possible ni même de l'exactitude du sens esthétique; la nature sera toujours sa base immuable, mais il prendra parmi ses aspects possibles celui qu'il comprend et qu'il sent le mieux. »

C'est bien en ces termes qu'il faut conclure. Ceux qui liront *l'Histoire de l'anatomie plastique* qui précède les trente belles planches de ce livre se convaincront de l'utilité des

études d'anatomie artistique. Ceux qui étudieront les planches de l'ouvrage remarqueront le soin avec lequel les artistes éminents qui les ont dessinées avaient étudié la nature. Après l'œuvre magistrale du Dr P. Richer, ce livre, par ses enseignements et par ses exemples, pourra donc rendre de signalés services, et c'est pourquoi nous avons cru devoir le signaler à l'attention des médecins et des artistes.

L. Lereboullet.

Traité de Thérapeutique et de Pharmacologie, par Henri Soulier. Tome Ier, Paris, F. Savy, 1891.

M. Soulier, professeur de la Faculté de médecine de Lyon, vient de publier le tome premier d'un *Traité de thérapeutique et de pharmacologie*. Les lecteurs y trouveront, après une étude des médications, la description des antiparasitaires, des antiseptiques et désinfectants, des antipyrétiques, des anodins, des altérants, des alcaloïdes et pseudo-alcaloïdes, des hypno-anesthésiques, des hypnagogues, des antispasmodiques et des toniques.

Il nous est impossible de donner une analyse même sommaire des nombreux agents thérapeutiques passés en revue dans un ordre méthodique et avec une grande richesse de détails par un auteur qui a eu le grand mérite, dans ses citations, de faire une part équitable aux travaux de notre pays. Disons seulement que les étudiants et les médecins trouveront dans ce nouveau livre un exposé suffisamment complet de l'état actuel de la thérapeutique et qu'ils attendront avec impatience la publication des volumes qui doivent compléter celui qui vient de paraitre.

A. Gilbert.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Cliniques chirurgicales de l'Hotel-Dieu de Marseille, par le Dr L. Villeneuve. Paris, F. Alcan, 1891.

Les chirurgiens tendent de plus en plus à publier leur statistique intégrale et, comment le dit M. Terrier dans une courte préface, c'est là une excellente coutume. Elle seule permet aux opérateurs de chercher à restreindre de plus en plus la part, malheureusement inévitable, de la septicité, en se rendant compte chaque année des progrès accomplis. M. Villeneuve ne se borne pas à cela et sa brochure se termine par des observations plus ou moins détaillées suivant l'importance du sujet.

Traité élémentaire d'anatomie médicale du système nerveux, par Ch. Féré, médecin de Bicêtre. 2e Edition, Paris, Lecrosnier et Babé, 1891.

Lorsque a paru la première édition de cet ouvrage, il y a quelques années, il était aisé de prédire le succès de ce livre incontestablement utile. L'événement n'a pas démenti ces prédictions et le livre en est à sa 2e édition. Il a gardé ses allures générales de manuel pratique, complet et succinct; mais l'auteur y a développé, avec raison, certains chapitres sur des faits anatomiques qui n'ont pas encore reçu d'applications pratiques.

Thèses des Facultés

PARIS

De la protection du périnée pendant le passage du tronc, après le passage de la tête, par Couder (5 mars).

On sait depuis longtemps que le passage du tronc peut endommager un périnée que la sortie de la tête avait laissé intact ou à peine entamé. La cause de cet accident est l'excès constant de la circonférence bi-cubitale sur la circonférence sous-occipito-frontale. Il est possible de réduire la circonférence maxima du tronc à un chiffre égal à la circonférence sous-occipito-frontale en dégageant complètement un bras avant le reste du tronc.

La conduite que l'auteur propose de suivre pendant le sixième temps varie suivant les circonstances :

1° Si une main se présente au niveau du cou, que ce soit l'antérieure ou la postérieure, extraire tout le membre supérieur correspondant en tirant sur cette main;

2° Si l'enfant ne tend pas la main, c'est le bras antérieur qu'il vaut mieux dégager; pour cela, avoir recours à la manœuvre suivante :

A. Abaisser fortement la tête pour dégager le bras antérieur jusqu'auprès du coude.

B. Dégager le coude, l'avant-bras et la main en poussant le coude vers le plan postérieur du fœtus.

C. Relever le tronc pour défléchir l'avant-bras postérieur.

Cette manœuvre est presque toujours indiquée chez les primipares; elle est certainement facile et sans danger; l'auteur la croit avantageuse pour la protection du périnée.

De la luxation congénitale de la hanche, par M. E. Dupré (4 mars).

L'affection désignée sous le nom de luxation congénitale de la hanche est constituée et produite par un arrêt de développement de l'os iliaque. L'irrégularité du développement porte en particulier sur la région cotyloïdienne et fait que la tête du fémur ne peut plus être contenue dans la cavité destinée à la recevoir normalement. Les données anatomo-pathologiques et l'évolution de la maladie tendent à le prouver. Cet état peut ne pas être appréciable chez le fœtus ou chez le nouveau-né, parce que la disproportion entre la tête fémorale et le cotyle n'est pas encore établie ou trop peu accentuée. Les variétés de luxation congénitale de la hanche sont nombreuses.

Cliniquement, on peut en décrire trois types : la variété en arrière et en haut (variété classique); la variété directement en haut; la variété en haut et en avant.

VARIÉTÉS

Association générale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France.

La trente-deuxième assemblée générale se tiendra les 5 et 6 avril prochain dans le grand amphithéâtre de l'Assistance publique (avenue Victoria).

Ordre du jour de la séance du dimanche 5 avril 1891. — La séance sera ouverte à deux heures.

1° Rapport de la commission de recensement des votes relatifs à l'élection du président de l'Association générale des médecins de France;

2° Allocution du président;

3° Exposé de la situation financière de l'Association générale, par M. Brun, trésorier;

4° Rapport sur cet exposé et sur la gestion financière du trésorier, par M. Durand-Fardel, membre du conseil général;

5° Compte rendu général sur la situation et les actes de l'Association générale, pendant l'année 1890, par M. A. Riant, secrétaire général;

6° Election de la commission chargée d'examiner et de classer les demandes de pensions viagères en 1892;

7° Election des membres du bureau dont le mandat quinquennal est expiré : MM. Larrey et Bouchacourt, vice-présidents; M. Brun, trésorier; M. Blache, vice-secrétaire;

8° Présentation de candidat pour le conseil général de l'Association; — et renouvellement partiel du conseil général;

Membres du conseil à renouveler : MM. Cornil, Durand-Fardel, Lereboullet, Leroux, Worms, Bergeron, arrivés au terme de leur exercice.

Les membres du bureau et du conseil sont rééligibles;

9° Première partie du rapport de M. Passant sur les pensions viagères à accorder en 1891.

A sept heures précises le banquet (Hôtel Continental).

Ordre du jour de la séance du lundi 6 avril 1891. — La séance sera ouverte à deux heures.

1° Lecture du procès-verbal de la dernière assemblée générale;

2° Approbation des comptes du trésorier par l'assemblée générale;

3° Deuxième partie du rapport de M. Passant sur les pensions viagères; — Discussion et vote des propositions;

4° Exposé de l'enquête sur la question de l'assurance-maladie;

5° Rapport de M. Motet sur le vœu de la Société des Landes (Etudes des changements et améliorations à apporter à la médecine légale);

6° Rapport de M. Worms au nom de la commission chargée de l'étude des propositions et vœux soumis, par les Sociétés locales, à la prise en considération de l'assemblée générale, pour être l'objet de rapports en 1892.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Imp. des Arts et Manufactures, 12 rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES SAMEDIS ET PUBLIANT TOUS LES MERCREDIS

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

Rédacteur en chef : Dr L. LEREBOULLET. — Secrétaire de la Rédaction : Dr A. BROCA.

COMITÉ DE RÉDACTION

MM. E. BRISSAUD, G. DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, A. GILBERT, A. HÉNOCQUE, A.-J. MARTIN, A. PETIT, P. RECLUS

BULLETIN

Paris, le 13 mars 1891.

Académie de médecine : **La faiblesse d'accroissement de la population française.**

De la longue discussion à laquelle s'est livrée depuis plus de neuf mois l'Académie, vont se dégager, mardi prochain, des conclusions qu'il faut souhaiter aussi limitées, aussi précises et aussi fermes que possible. La Commission en présente une dizaine qui ont pour objet de satisfaire la plupart des opinions émises, sauf en ce qui concerne l'obligation légale de la vaccination et de la revaccination, dont elle n'accepte que la première partie.

Deux ordres bien divers de considérations ont été successivement produits devant l'Académie au cours de ces débats. Tout d'abord, ce sont les facteurs économiques, causes ou effets de la faiblesse d'accroissement de notre population, qui ont été envisagés ; puis sont venues les revendications que l'hygiène élève avec l'espoir de diminuer la mortalité et d'augmenter la durée moyenne des existences. L'Académie a toujours paru peu qualifiée pour s'occuper des multiples conditions que les économistes assignent au développement des peuples ; dans son substantiel rapport M. Rochard a suffisamment montré combien l'accord est difficile sur les doctrines, les principes ou même les conséquences de ces discussions d'écoles, pour qu'on ne regrette pas le silence presque complet des conclusions à leur égard. On peut même s'attendre à ce que l'Académie veuille les laisser tout à fait de côté. Elle pourrait du moins ne pas oublier de signaler la nécessité d'accorder plus de facilités à la naturalisation des étrangers qui tiennent à vivre dans notre beau pays, si nous voulons ne pas trop diminuer le nombre des Français. Le gouvernement est entré dans cette voie depuis qu'a été promulguée la loi du 26 juin 1889 ; si bien qu'en 1890 on a compté de ce chef 18,679 nouveaux Français et l'on peut estimer, d'après un rapport publié hier même, que ce chiffre représente la quantité normale des naturalisations qui pourront être obtenues tant que l'affluence des étrangers dans notre pays continuera de se produire au même degré. Quant aux autres regrets exprimés sur les dispositions de nos Codes qui concernent le régime de la propriété, la recherche de la paternité, etc., ce serait faire œuvre vaine que d'en demander dès maintenant la modification à notre jeune démocratie.

La natalité française décroît, moins, il est vrai, en proportion, que celle des autres grandes nations européennes; mais comme elle a déjà atteint le chiffre où celles-ci ne vont pas tarder à descendre elles-mêmes, il va de soi que la nécessité de diminuer notre mortalité s'impose. Qu'on nous permette de nous étonner que M. Rochard, si compétent en ces matières, n'ait pas donné des preuves formelles de l'influence que l'hygiène exerce à ce sujet ; il en est cependant et qui forcent la conviction, bien qu'on ait comme à plaisir obscurci cette question dans certains milieux économiques par des chiffres hasardés et des statistiques de complaisance. On en tire au moins cette conclusion, c'est qu'il faut apprendre aux particuliers les pratiques de l'hygiène dès leur enfance, faire qu'elles soient pour eux un besoin et qu'ils puissent aider d'eux-mêmes les pouvoirs publics à assurer l'application rationnelle des mesures d'hygiène publique. Une telle association des citoyens et des autorités à cette œuvre sanitaire mérite bien d'être rappelée dans les conclusions d'une discussion aussi prolongée ; d'autant plus qu'elle permettrait de limiter le nombre des obligations qu'il y a lieu de demander énergiquement aux législateurs.

La plupart de ces obligations seraient d'ailleurs d'ordre essentiellement administratif et local ; il est utile d'y laisser place à une certaine initiative, et leur exécution est modifiable avec les progrès de la science. Mais il n'en est plus de même pour la vaccination et la revaccination obligatoires et l'on peut penser que, depuis le 3 mai 1881, l'opinion publique s'est assez souvent et assez clairement manifestée pour que cette fois l'Académie se prononce nettement en faveur de l'une et de l'autre. Les propositions de M. Proust, déjà adoptées par le Comité consultatif d'hygiène publique de France, trouveront également un accueil favorable auprès de ses collègues de l'Académie.

A.-J. Martin.

REVUE GÉNÉRALE

De la compression des nerfs par les cals,

par le professeur U. Trélat
(leçon recueillie par le Dr Pierre Delbet) (1),

Je veux vous entretenir aujourd'hui d'un sujet dont je m'occupe depuis longtemps et qui présente un très haut intérêt tant au point de vue de l'anatomie pathologique et du diagnostic qu'à celui de la thérapeutique chirurgicale : je veux parler des accidents nerveux consécutifs aux fractures. J'ai déjà abordé ce sujet dans une leçon clinique, faite à l'hôpital Necker, en 1882. Je voudrais aujourd'hui, avec les documents nouveaux, qui sont assez nombreux, vous présenter une étude plus complète.

Les accidents nerveux consécutifs aux fractures sont multiples. Certains apparaissent au moment même où la fracture se produit et ne sont qu'une complication, en quelque sorte accidentelle : ainsi, par exemple, quand une balle frappe un nerf en même temps qu'elle fracture un os. Dans d'autres cas, les extrémités plus ou moins aiguës de l'os fracturé, une esquille, dilacèrent ou embrochent un nerf ; ou bien encore, au moment de la réduction, les fragments, surtout s'ils sont multiples, entrainent un nerf qui se trouve pincé entre eux. Ces faits ont été étudiés par Mondan, en 1884 (2). Bien qu'ils soient fort intéressants, ce ne sont pas ceux que je me propose d'envisager. Je veux spécialement étudier les accidents nerveux consécutifs à la formation du cal.

Pour vous donner une idée de ces faits, de leur physionomie clinique, de leur évolution, de leur gravité et aussi de l'efficacité du traitement chirurgical, je commencerai par vous citer deux observations qui me sont personnelles. Dans les deux, il s'agissait de compression du nerf radial, à la suite de fractures de l'humérus. La première date de 1873. Elle a été publiée dans la thèse de Pasturaud (3), dans celle de Paul Martin (4), puis reprise, dans diverses monographies. En quelques mots voici le fait :

Un jeune garçon de huit ans se fracture le bras dans une chute, le 27 août 1873. Au bout de cinq semaines d'immobilisation, la fracture est consolidée. Une certaine raideur du poignet est d'abord combattue par l'exercice, les bains, etc., etc. C'est après seulement qu'on constata la paralysie des extenseurs. On m'adressa l'enfant en novembre de la même année. Le cal était volumineux, difforme par chevauchement des fragments. Quand on explorait cette fracture, au moment où le doigt touchait la saillie inféro-externe du fragment supérieur, juste au-dessous et en avant de l'épicondyle, le petit malade accusait subitement une vive douleur qui ne se reproduisait qu'en ce point précis. L'avant-bras était paralysé et atrophié ; l'enfant était infirme. Il était évident que la paralysie et l'atrophie étaient dues à une compression du nerf radial par le cal. J'allai libérer ce nerf, le débarrasser de sa compression. Peu à peu les mouvements se sont rétablis ; l'avant-bras a repris son volume et sa forme normale. Quelques années après l'opération, le résultat était si parfait que l'enfant devenu jeune homme remportait un prix de gymnastique.

Mon second malade, celui qui m'a fourni l'occasion d'une leçon en 1882, avait quarante ans. En mai 1882, il se fit simultanément une fracture de cuisse, qui guéri sans encombre, et une fracture à l'extrémité inférieure de l'humérus gauche, fracture sus-condylienne à plusieurs fragments, fracture grave, difficile à contenir, avec vaste épanchement sanguin et ruptures diverses ; trois appareils furent successivement appliqués. Au bout d'un mois, quand on enleva le dernier, il y avait dans le coude quelques raideurs, qui ont rapidement disparu ; et, fait plus grave, l'avant-bras était notablement atrophié. On ne tarda pas à constater que les mouvements d'extension de la main et des doigts, que les mouvements de pronation et de supination étaient complètement impossibles. Bref, il existait une paralysie radiale. La compression ouatée, les douches, le massage, l'électricité, ayant été employés sans succès, il devint évident que le nerf radial était comprimé. Comme dans le cas précédent, je me décidai à aller le libérer par une intervention sanglante. L'opération fut faite le 1er juin 1882. Je dégageai le nerf d'un canal ostéo-fibreux qui l'étranglait. Malgré l'échec de la réunion primitive, malgré un phlegmon qui se développa au niveau de la plaie, les mouvements se rétablirent peu à peu. L'amélioration était manifeste, lorsque je présentai le malade à la Société de Chirurgie, le 13 décembre 1882. En janvier 1883, tous les mouvements étaient rétablis.

Vous voyez, Messieurs, la physionomie de ces accidents. A la suite d'une fracture, généralement d'une fracture grave, difficile à contenir, on voit survenir des phénomènes de paralysie, surtout de paralysie motrice. Ce n'est pas au moment même de l'accident que la paralysie se manifeste ; mais plus tard, au bout d'un, de deux ou de trois mois. La paralysie s'aggrave progressivement. Elle frappe les muscles innervés par un même nerf et par un nerf qui a des rapports topographiques intimes avec le siège de la fracture. La paralysie motrice s'accompagne d'atrophie rapide ; des troubles de la sensibilité, des troubles trophiques peuvent survenir, mais cela n'est pas constant. Quoi qu'il en soit de ce dernier point, le malade perd l'usage d'une partie ou de la totalité d'un membre, il devient infirme. Il s'agit donc d'une complication singulièrement grave des fractures. En dehors de l'intervention sanglante, la paralysie est incurable, tous les autres traitements, bains, massage, douches, électricité, échouent. La dégénérescence du nerf, produite par la compression, s'accentue de jour en jour ; et il peut même venir s'y joindre de graves accidents de névrite et de myélite ascendantes. Par contre, l'intervention chirurgicale, sans être très brillante puisque son effet n'est pas immédiat et se fait attendre assez longtemps, est très efficace, je dirai presque toute-puissante, car je ne crois pas qu'on l'ait vue manquer son effet dans aucun des cas où elle a été bien conduite.

Ces accidents de compression des nerfs par les cals ne sont évidemment pas fréquents. Je n'en ai vu que quatre cas dans toute ma carrière chirurgicale. Ils ne sont cependant pas très rares. Dans les deux faits que je vous ai cités, il s'agissait de fracture de l'humérus et de paralysie radiale. Ce sont les cas les plus fréquents, mais n'allez pas croire que ce soient les seuls. Que faut-il pour qu'un nerf puisse être comprimé par un cal ? Tout simplement que ce nerf passe au voisinage d'un os. Or ce rapport de voisinage se trouve réalisé en plus d'un point de l'organisme. Sans doute il n'est nulle part plus intime qu'entre le nerf radial et le tiers inférieur de l'humérus, au niveau de la gouttière de torsion ; mais l'extrémité supérieure de ce même os n'est-elle pas bien rapprochée du plexus brachial ? La clavicule n'est-elle pas bien près de ce même plexus ? Le cubital est accolé aux os dans la gouttière épitrochléenne ; le médian est presque au contact de l'extrémité inférieure du radius. Le sciatique poplité externe con-

(1) Cette leçon fait partie d'un volume de cliniques, actuellement sous presse, publié par les élèves de notre regretté maître.
(2) *Revue de chirurgie.*
(3) Pasturaud, *Etudes sur les cals douloureux*, thèse, 1875.
(4) Paul Martin, thèse, Lille, 1883.

ourne la tête du péroné en la touchant. Le tibial antérieur est logé dans une étroite gouttière, formée par les deux os de la jambe. Que l'un de ces os se fracture, qu'à la suite de cette fracture les fragments chevauchent, qu'il se forme un cal volumineux et les nerfs pourront être comprimés. Ce n'est pas là une supposition gratuite. Vogt a observé une compression du plexus brachial, à la suite d'une fracture du col chirurgical de l'humérus: il y avait une pseudarthose ostéophytique. Berger a publié à la Société anatomique, en 1871, un cas du même genre: le nerf radial était comprimé par le fragment inférieur dévié d'une fracture du col de l'humérus. Polaillon, Dubrueil (de Montpellier), Delens ont publié des faits de compression du plexus brachial par des cals hyperostosiques de la clavicule. Granger cite trois cas de fracture du condyle interne de l'humérus avec paralysie du cubital. Denucé a fait une opération efficace pour un cas du même genre. Paget, Hamilton (1) rapportent des cas de compression du médian à la suite de fractures du radius. Bouilly en a opéré deux cas. Marchand est intervenu avec succès dans un cas de compression et de paralysie du sciatique poplité externe par un cal volumineux de la tête du péroné. Quant aux faits de compression du radial à la suite des fractures du tiers inférieur de l'humérus, ils sont nombreux et ils ont fait l'objet de plusieurs travaux. Tailhe en a rapporté un cas en 1850. En 1864, Ollier fit la première intervention. Je me borne à vous citer les faits d'Ogston, de Tillaux, de Delens, de Paquet (de Lille), de Le Fort, de Polaillon, de Terrier dont vous trouverez la relation dans les thèses de Féréol-Reuillet, de Pasturaud, de Lablanchère (2), de Martin (de Lille), de Boularan (3), dans le travail de Mondan, ou dans les *Mémoires de la Société de Chirurgie*. Un cas d'Israël a été communiqué, en 1874, à la Société de Médecine de Berlin.

Quelles sont les causes, quel est le mécanisme de la compression des nerfs à la suite des fractures? Au point de vue de l'acte opératoire, on trouve deux ordres de faits. Dans certains cas, le nerf est soulevé soit par un cal exubérant, soit par un fragment mal réduit. Il est tendu sur le relief formé par le cal ou par le fragment comme une corde de violon sur le chevalet. Il s'aplatit, s'écrase, s'altère; les tubes se rompent, leur bout périphérique dégénère, de là les troubles fonctionnels. Il s'agit alors, passez-moi le mot, d'une compression par soulèvement. Dans d'autres cas, le nerf est inclus dans le cal, enclavé, comme on dit. On le trouve logé dans un tunnel trop étroit pour le contenir. Ce tunnel peut être entièrement osseux comme dans le cas d'Ogston, dans le second cas d'Ollier, dans les observations de Le Fort et de Terrier; mais c'est l'exception. Le plus souvent le tunnel qui enserre le tube nerveux est ostéo-fibreux. Il est formé d'une gouttière osseuse, recouverte par un pont de tissu fibreux: c'est la disposition que j'ai rencontrée dans les deux cas que j'ai opérés; c'est elle qu'ont observée Tillaux, Delens, Paquet, Polaillon, etc. Enfin, il arrive parfois qu'une esquille embroche le nerf, comme dans un fait rapporté par Ollier.

Vous voyez, Messieurs, qu'on peut distinguer deux grandes causes de compression des nerfs à la suite des fractures: la compression par soulèvement, la compression par enclavement. La compression par soulèvement peut être due soit au cal, soit aux fragments mal ou insuffisamment réduits. La compression par enclavement peut être causée soit par un tunnel osseux, soit par un tunnel ostéo-fibreux.

Ces deux mécanismes ne sont pas réalisés partout avec une égale fréquence. Par exemple l'enclavement du plexus brachial n'a jamais été observé, que je sache, au niveau de la clavicule. La compression, en ce point, est toujours due soit au chevauchement des fragments, soit au volume du cal. Vous en saisissez facilement la raison. L'enclavement est presque impossible, les troncs du plexus étant séparés de la clavicule par le muscle sous-clavier et sa puissante aponévrose d'enveloppe. Mais vous savez combien la contention des fractures de la clavicule est difficile; vous savez combien il est fréquent de voir se former un gros cal à dimensions verticales prédominantes. Quoi d'étonnant alors à ce que les nerfs du plexus soient déplacés, tiraillés ou comprimés entre le cal exubérant et la première côte?

Dans les fractures du col chirurgical de l'humérus, c'est la saillie en dedans du fragment inférieur qui comprime les nerfs du plexus brachial. La compression du médian dans les fractures de l'extrémité inférieure du radius est toujours due à une insuffisance de la réduction ou de la contention. C'est le fragment inférieur qui comprimait le nerf dans le cas d'Hamilton, le fragment supérieur dans le cas de Bouilly. C'est encore le déplacement des fragments qui produit la compression du nerf cubital à la suite des fractures de l'épitrochlée.

C'est le cal qui entre en jeu au membre inférieur pour comprimer le sciatique poplité externe ou le tibial antérieur à la suite des fractures du péroné. Dans le cas d'Heydenreich on trouva sur le péroné un gros cal, qui soulevait le nerf tibial antérieur. Je n'insiste pas sur ce cas. Le nerf était englobé dans du tissu fibreux, et comme la fracture avait été faite par une balle, c'est peut-être le séton produit par la balle qui avait déterminé la formation du tissu fibreux. Mais je puis vous citer un cas personnel qui est tout récent.

Un individu qui s'était fracturé deux fois le péroné du côté gauche à l'âge de seize ans, puis à l'âge de trente-trois ans, est pris de douleurs vives dans la région de la fracture. De temps en temps surviennent des contractures brusques qui immobilisent le pied en extension et durent une minute environ. Ces douleurs, ces contractures décident le malade à entrer à l'hôpital. Il ne présente pas de troubles trophiques, mais les douleurs spontanées, surtout les douleurs qu'on détermine par la pression au voisinage de la fracture, les contractures musculaires, la forme irrégulière du cal, tout me porte à penser que le nerf tibial antérieur est légèrement comprimé ou irrité. J'ai fait l'opération que le malade réclamait avec insistance et j'ai trouvé une sorte d'exostose pleine entre les deux os de la jambe et bien faite pour comprimer le nerf tibial antérieur.

C'est surtout au niveau de l'extrémité inférieure de l'humérus qu'on a observé l'enclavement proprement dit. Dans deux cas, je vous le rappelle, le nerf était emprisonné dans un tunnel complètement osseux; le plus souvent le tunnel est ostéo-fibreux. Mais l'enclavement, bien que fréquent, n'est pas le seul mécanisme de compression qu'on observe dans cette région. Le soulèvement du radial par un cal volumineux a été observé par Israël; Ollier a observé un cas où le nerf était irrité par une esquille ou la pointe d'un fragment.

Je viens d'étudier devant vous la cause et l'agent de la compression; je vais chercher maintenant à préciser le mécanisme intime et la nature des altérations du nerf, qui sont engendrées par cette compression.

Lorsqu'il s'agit de soulèvement par un cal volumineux ou par un fragment mal réduit, le nerf est aplati. Au lieu

(1) Fr. H. Hamilton. *Traité pratique des fractures et des luxations*, traduit sur la sixième édition par G. Poinsot; Paris, 1884.

(2) Lablanchère, *De l'enclavement du nerf radial dans le cal de l'humérus*, thèse de doctorat, Paris, 1880.

(3) Boularan, *Luxations en dehors de l'extrémité supérieure du radius*, Thèse, Paris, 1875.

d'un cordon rond, lisse, régulier, brillant, dont vous connaissez tous l'aspect, on trouve une bandelette mince, une lanière plate, grisâtre, terne et souvent irrégulière. C'est ce qu'a observé Israël dans le cas auquel je viens de faire allusion ; c'est dans cet état qu'on trouve le nerf médian soulevé par les fragments du radius fracturé. Dans ce cas, Messieurs, le mécanisme est facile à comprendre. Le nerf soulevé par le fragment ou par le cal est comprimé, suivant la comparaison souvent employée, comme une corde de violon sur le chevalet. Mais à cette compression, il faut ajouter l'irritation produite par les frottements. Dans chaque mouvement des membres, les nerfs se déplacent. Dans l'état d'intégrité des parties, ils glissent au milieu de tissus lisses, souples, incapables de les léser. Au contraire, dans le cas qui nous occupe, ils frottent contre des surfaces saillantes, irrégulières, et ces frottements entraînent sans doute un léger degré de névrite. Quand le nerf est emprisonné dans un tunnel ostéo-fibreux, on comprend très bien que la rétraction du tissu fibreux arrive peu à peu à comprimer le nerf au point de le désorganiser. Mais lorsque le tunnel est tout entier osseux, ce qui du reste est rare, l'explication devient un peu plus difficile. Ferréol-Rouillet a soutenu, en s'appuyant sur les expériences d'Ollier, que le cal ne comprime pas les nerfs sains englobés par lui. Je suis assez embarrassé, Messieurs, pour formuler une opinion sur ce point particulier. Je ne sache pas qu'on ait jamais observé sur l'homme de nerf complètement englobé par un cal et s'en trouvant bien. Par contre, on a certainement vu des paralysies déterminées par cet enlacement. Est-ce l'apposition de couches osseuses nouvelles, qui peu à peu rétrécit le canal, au point de le rendre trop étroit pour le nerf qu'il contient? Est-ce le frottement auquel le nerf est soumis, qui détermine de la névrite et à sa suite un gonflement qui amènerait une sorte d'étranglement du nerf dans le canal osseux? Je ne suis pas en mesure de le dire.

Lorsque le nerf est soulevé par un cal volumineux, je viens de vous le dire, il est souvent aplati comme une lanière mince. Lorsqu'il est enclavé dans un tunnel ostéo fibreux ou complètement osseux, il reste parfois cylindrique, mais il est rétréci, comme étranglé, et souvent on trouve au-dessus de l'étranglement un renflement volumineux, en forme de ganglion très analogue à ceux qu'on rencontre dans les moignons des amputés. Au point comprimé, le nerf est plus ou moins rouge suivant le degré de névrite, et au lieu de présenter son aspect ordinaire, lisse et brillant, il est irrégulier, de couleur mate; il a l'apparence d'un cordon fibreux, et cette apparence est celle de tout le bout inférieur et des rameaux qui en partent.

Quant aux lésions histologiques, elles sont identiques à celles qu'on observe à la suite de la section des nerfs, avec cette différence toutefois qu'elles sont moins généralisées. Je m'explique : à la suite de la section des nerfs, toutes les fibres du bout périphérique, sauf les fibres récurrentes, qui sont, comme vous le savez, d'autant plus rares qu'on se rapproche davantage de l'origine des nerfs, toutes les fibres du bout périphérique dégénèrent. Au contraire, dans les cas de compression, il est rare que toutes les fibres soient simultanément atteintes; il y en a toujours un certain nombre d'épargnées au moins pour un temps. Mais la nature du processus histologique intime de la dégénérescence est absolument le même, qu'il s'agisse de compression ou de section des nerfs. Au reste, on tend à admettre aujourd'hui que les lésions de la névrite et celles de la dégénérescence wallérienne sont identiques, et on peut les caractériser en disant qu'elles consistent en une transformation régressive des éléments nobles des nerfs, qui reviennent à un type vulgaire. Les noyaux des segments intercellulaires bourgeonnent ; ils fragmentent la myéline, qui cesse de constituer au cylindraxe une gaine continue, et se masse en petites boules séparées les unes des autres. Puis le cylindraxe, comme rongé par les éléments cellulaires en pleine prolifération, est peu à peu détruit.

Vous comprenez, Messieurs, que, dans les cas de compression qui nous occupent, toutes les fibres du même nerf sont bien loin d'être également malades. A côté de fibres entièrement détruites, on en trouve d'autres presque complètement saines. Entre ces deux extrêmes, vous pouvez trouver tous les intermédiaires : certaines fibres dans lesquelles les noyaux commencent seulement à proliférer, d'autres dans lesquelles la myéline est déjà segmentée, etc., etc.

Le degré et l'étendue des lésions dépendent de deux facteurs : d'une part, l'énergie de la compression ; d'autre part, sa durée. J'insiste sur ce dernier point : avec le temps les lésions ne peuvent guère que s'aggraver. Il en découle tout naturellement, au point de vue thérapeutique, qu'il ne faut pas trop retarder le moment de l'intervention.

Lorsque les lésions sont arrivées au dernier degré, lorsque les fibres nerveuses sont détruites, lorsque le cylindraxe est rompu, comment se fait la régénération, sans laquelle la fonction ne saurait se rétablir? Lorsque les fibres nerveuses sont séparées de leur centre trophique, elles dégénèrent, vous le savez. La dégénérescence porte donc sur tout le segment du nerf qui est situé au-dessous du point comprimé. Peut-il se produire dans ce bout périphérique une régénération spontanée, cette régénération qu'on a appelée autogénique? Cette question n'est point tranchée : les physiologistes la discutent encore. Mais si elle a un réel intérêt au point de vue théorique, il n'en est pas de même au point de vue pratique, car, cette régénération, même si elle existe, ne joue certainement qu'un fort petit rôle. C'est dans le bout central, par un processus analogue à celui qui préside à la formation des nerfs chez l'embryon, que se produisent les phénomènes qui amènent la reconstitution du nerf.

L'extrémité du bout central des cylindres sectionnés se divise en deux, trois ou quatre filaments secondaires, qui s'allongent progressivement. Tant que le nerf est comprimé, ces prolongements des cylindraxes ne peuvent suivre le trajet du nerf; alors ils s'enroulent sur eux-mêmes, se pelotonnent de manière à former ces renflements ganglionnaires dont je vous ai parlé. Si on lève la cause de la compression, tous ces prolongements pénètrent dans le bout périphérique du nerf, retrouvent en quelque sorte leur vrai chemin et, s'allongeant peu à peu, ils arrivent jusqu'à l'extrémité du nerf, ils le reconstituent tout entier. C'est donc en somme un nouveau nerf qui se reforme aux dépens du bout central : le bout périphérique sert simplement de conducteur aux cylindraxes. Vous comprenez, Messieurs, qu'un pareil travail réclame un certain temps. Lorsque la destruction du nerf est complète, il faut des mois, des années même pour qu'il se reproduise. Ne vous attendez donc pas en général à voir la paralysie disparaître dès que la compression sera levée. Si on a observé quelquefois une amélioration immédiate après l'opération, c'est que le nerf n'était pas encore détruit. Quant à la rapidité avec laquelle la régénération se produit, elle dépend de deux facteurs : le degré des altérations du nerf et, d'autre part, l'âge des individus. Il a été bien établi expérimentalement que la puissance de régénération des nerfs est beaucoup plus considérable chez les animaux jeunes que chez les adultes et, sous ce rapport, l'homme ne diffère pas des animaux

La physionomie des accidents est assez variable suivant les cas. D'après les faits que j'ai observés moi-même, ou

ceux dont j'ai lu la relation, deux symptômes seulement me semblent constants, la paralysie motrice et l'atrophie musculaire. Ce sont eux qui forment le substratum clinique de l'affection. Tous les autres symptômes du côté de la sensibilité, du côté de la nutrition, sont contingents, accidentels : ils peuvent manquer complètement. Retenez donc, Messieurs, ce fait capital. Ce sont surtout les muscles qui sont frappés, d'abord dans leur contractilité, puis dans leur nutrition.

Analysons d'un peu plus près l'évolution du mal. Le début des accidents est fort variable. Il n'est pas rare que, dès le moment de la fracture, ou pendant la période de réparation, les malades ressentent des douleurs très vives, anormales. Quelquefois, la paralysie paraît au moment même de l'accident. Dans une observation de M. Polaillon, où il s'agissait d'une fracture du tiers inférieur de l'humérus, la main fut paralysée aussitôt après la chute. De même dans un cas d'Israël.

Mais ce n'est pas ainsi que les choses se passent d'ordinaire. On ne remarque rien de spécial lors de l'accident, rien non plus tant que les malades sont sous l'appareil immobilisateur ; c'est tout au plus s'il se manifeste à cette époque quelques douleurs plus ou moins vives, ou quelques fourmillements comme dans le cas de Terrier. Puis quand on enlève l'appareil, on constate l'existence de la paralysie; il en fut ainsi dans mon second cas, dans un fait de Delens et dans bien d'autres. Quelquefois le début de la paralysie est plus tardif encore. La consolidation se fait sans incident. On enlève l'appareil sans constater autre chose que le léger degré d'impotence qui suit toujours l'immobilisation complète et prolongée d'un membre. Le malade est même quelquefois assez bien pour essayer de reprendre son métier, comme dans le cas de Paquet. Puis peu à peu les mouvements s'affaiblissent et sournoisement la paralysie s'installe. C'est ainsi que chez l'enfant que j'ai opéré l'existence de la paralysie n'a été constatée que deux mois et demi après la fracture.

Dans la plupart des thèses et monographies qui ont été écrites sur le sujet en question, on s'est appuyé, pour décrire les troubles de la sensibilité, sur les recherches expérimentales de Vulpian, de Bastien, de Richet, etc. Je suis bien loin de vouloir mettre en doute la valeur de ces expériences, mais je ne crois pas qu'on puisse en utiliser les résultats pour les cas qui nous occupent. Rien n'est plus variable que les troubles de la sensibilité à la suite de la compression des nerfs par les cals. Ces troubles peuvent manquer complètement. Dans le second cas que j'ai opéré, bien que les muscles innervés par le radial fussent complètement ou partiellement paralysés, la sensibilité cutanée était intacte dans toute l'étendue de l'avant-bras et de la main. La même intégrité de la sensibilité a été constatée par d'autres observateurs, surtout lorsque le nerf radial était en cause. Mais, et j'arrive là, Messieurs, à un point très délicat et qui appelle d'autres recherches, l'absence de troubles sensitifs paraît être plus fréquente à la suite des paralysies du nerf radial qu'à la suite des paralysies des autres nerfs. Aussi dans la compression du plexus brachial par les cals claviculaires, il y a presque toujours des douleurs spontanées assez vives, quelquefois de l'hyperesthésie, habituellement une diminution ou une abolition de la sensibilité tactile. De même dans les compressions du cubital à la suite des fractures de l'épitrochlée, de même encore dans les compressions du médian, à la suite des fractures de l'extrémité inférieure du radius.

Il semble donc, Messieurs, que tous les nerfs ne sont pas égaux au point de vue de la sensibilité. Ils diffèrent les uns des autres, puisque les troubles sensitifs sont exceptionnels à la suite de la compression de certains d'entre eux, le radial par exemple, fréquents, habituels même, à la suite de la compression de certains autres, tels que le médian. Eh bien, Messieurs, cette différence est encore plus accusée pour les troubles trophiques que pour les troubles sensitifs. Je ne connais pas d'observation où on ait noté des troubles trophiques manifestes à la suite des compressions du radial, qui sont cependant les plus fréquentes. Au contraire, on en a signalé dans presque tous les cas de compression du médian qui n'ont pas été précocement opérés. Dans le fait de Hilton, cité par Paget, le pouce, l'index et le médius s'ulcèrent. Dans le premier cas de Bouilly, on voit la peau se fendiller; au bout de l'index et du médius se font de petits amas épidermiques comme ceux qui précèdent le mal perforant. Dans la seconde observation du même chirurgien, le malade présentait une ulcération de la face palmaire de la troisième phalange de l'index. A quoi tient cette singulière différence? Certains nerfs ont-ils plus de fibres sensitives, plus de fibres trophiques que d'autres? C'est aux physiologistes à trancher la question.

J'arrive maintenant aux troubles de la motilité, les plus importants et les seuls constants. Vous n'attendez pas, Messieurs, que je vous les décrive par le menu... Les paralysies consécutives aux lésions nerveuses sont aujourd'hui de connaissance vulgaire. Vous connaissez tous les symptômes cardinaux de la paralysie radiale; l'impossibilité des mouvements d'extension de la main et des doigts, des mouvements de pronation et de supination, l'attitude caractéristique que prend la main quand on soulève l'avant-bras. Vous savez qu'à la suite des sections du nerf médian au niveau du poignet, les mouvements du pouce sont en partie supprimés, par paralysie des muscles de l'éminence thénar. Au reste, rappelez-vous l'anatomie, rappelez-vous la distribution des filets nerveux, l'innervation des muscles, et vous pourrez facilement et simplement en déduire les symptômes qu'entraîne l'interruption de la conductibilité des nerfs. Cependant je dois attirer votre attention sur deux faits. La paralysie par compression des nerfs s'accompagne rapidement d'une atrophie assez notable des muscles : fait important, bien qu'il n'ait rien de très particulier. En outre la distribution de la paralysie n'est pas toujours très régulière. Tous les muscles innervés par le nerf lésé ne sont pas toujours également pris. Certains d'entre eux sont encore capables de se contracter, tandis que d'autres sont complètement paralysés. Cette irrégularité dans la distribution de la paralysie cadre bien avec l'irrégularité dans les lésions dont je vous parlais tout à l'heure. Certaines fibres nerveuses, vous disais-je, restent intactes à côté d'autres qui sont complètement détruites; il en résulte tout naturellement que certains muscles conservent encore leur innervation partielle ou totale, tandis que d'autres l'ont complètement perdue. Par suite l'atrophie musculaire est très irrégulière ; comme les lésions du nerf sont progressives, certains muscles, restés d'abord intacts, sont atteints après les autres; et même lorsque toute motilité volontaire a disparu, la contractilité électrique peut être partiellement conservée. Ainsi chez mon second malade, les mouvements volontaires étaient complètement supprimés dans tous les muscles innervés par les filets du radial qui naissent au-dessous de la gouttière de torsion, mais la contractilité électrique avait persisté dans certains d'entre eux. L'extenseur commun des doigts et le court supinateur ne réagissaient pas; au contraire le long supinateur et les radiaux obéissaient encore dans une certaine mesure aux excitations électriques ; il en était de même, mais à un moindre degré, des extenseurs du pouce et de l'index.

Vous comprenez, Messieurs, que ce sont là des notions fort importantes pour le diagnostic. Vous ne devez donc

jamais négliger d'étudier soigneusement la contractilité électrique des muscles paralysés. Cette étude pourra vous révéler un autre signe, qui a été constaté par Israël. Dans son cas, le courant déterminait encore des contractions, tandis que le courant faradique était absolument impuissant. Vous savez, Messieurs, que c'est là ce qu'on a appelé la réaction de dégénérescence. On a voulu tirer de cette réaction de dégénérescence des indications pour le pronostic, particulièrement en ce qui concerne les paralysies faciales. Je ne veux pas entrer ici dans cette question aujourd'hui controversée. Mais je tiens à vous dire que, pour les cas qui nous occupent, cette réaction paraît n'avoir aucune importance, puisque dans le fait d'Israël, où elle a été nettement constatée, les muscles ont parfaitement repris leurs fonctions à la suite de l'intervention chirurgicale.

Le diagnostic de ces compressions des nerfs ne présente vraiment pas de difficultés sérieuses. Les signes de paralysie sont toujours faciles à constater, et il suffit de vérifier si les territoires paralysés sont innervés par un nerf dont la compression est possible, étant donné le siège de la fracture. La paralysie reconnue, il s'agit de savoir si elle est la conséquence directe de la fracture. Les causes d'erreur sont peu nombreuses et faciles à éviter. Quand les symptômes de paralysie se manifestent au moment même de l'accident, on est tenté de se demander si le nerf n'a pas été coupé, broyé, détruit. Mais, Messieurs, l'expérience est là, qui nous apprend que la section, la déchirure des nerfs dans les fractures simples des os des membres ne se rencontre pour ainsi dire jamais. S'il s'agissait de fractures compliquées, de fractures par armes à feu, on pourrait être plus embarrassé. Toutefois, même dans ces cas complexes, un examen minutieux devra conduire au diagnostic. Lorsqu'il s'agit de compressions, la sensibilité est souvent conservée, la paralysie motrice n'est pas complète; certains muscles peuvent encore sous l'influence de la volonté se contracter partiellement, faiblement, mais d'une manière appréciable et c'en est assez pour éliminer l'idée d'une destruction du nerf, car cette dernière entraîne immédiatement une paralysie totale, absolue, de tous les muscles innervés par le nerf détruit.

Lorsqu'on constate les symptômes de paralysie au moment où on enlève l'appareil, on peut être tenté d'incriminer la compression produite par l'appareil lui-même. Mais, ainsi que je le disais déjà en 1882, cette hypothèse ne saurait être de longue durée; car, s'il en était ainsi, la suppression de l'appareil amènerait rapidement la guérison ou tout au moins une amélioration notable de la paralysie. De même s'il s'agissait d'une simple gêne du nerf par les tissus épaissis, indurés, qu'on trouve toujours autour du foyer d'une fracture, la compression, les douches, les bains, le massage, qui amènent rapidement une diminution, puis une disparition de ces indurations, devraient faire cesser en même temps les symptômes de paralysie. Du reste, Messieurs, les compressions par les tissus indurés, en dehors du cal, existent à peine; elles entraînent plutôt une gêne qu'une paralysie et ne sauraient donner le change.

Enfin, quand la paralysie débute seulement après l'ablation de l'appareil, deux mois, trois mois après la fracture, qu'elle augmente à mesure que le cal se forme et durcit, il n'y a plus d'hésitation possible. La marche même des symptômes montre nettement la relation qui lie la compression du nerf à la formation du cal.

Je crois donc, Messieurs, qu'il est en général assez aisé de faire le diagnostic de compression d'un nerf par un cal. Mais est-il possible de pousser le diagnostic plus loin, de distinguer la nature de la compression, de savoir s'il sagit d'un simple soulèvement du nerf ou d'un enclavement? Je ne le pense pas. M. Lablanchère a émis une opinion contraire. Il pense que le diagnostic est possible, et il le base sur un signe dont j'ai omis à dessein de vous parler, parce que j'ai pensé qu'il serait plus intéressant de l'étudier ici. Ce signe, c'est une douleur très vive provoquée par une pression localisée sur le trajet du nerf, au niveau du cal. M. Lablanchère pense que cette douleur ne peut être réveillée quand le nerf est emprisonné, enclavé, et que par suite elle constitue un signe distinctif de la compression simple par une saillie ou une pointe du cal. Je ne puis admettre cette manière de voir; car ce phénomène, douleur vive provoquée par la pression en un point du trajet du nerf, existait chez mon jeune malade de 1873 et se retrouvait de la manière la plus précise chez mon second malade, que j'ai guéri à Necker, et tous deux avaient un enclavement du nerf.

Ce point particulier du diagnostic n'a pas du reste une grande importance, car, qu'il s'agisse de compression ou d'enclavement, la direction de l'intervention doit être la même: il n'y a que des détails à modifier au cours même de l'opération.

Quant à l'opportunité de l'intervention, on ne saurait un instant en douter. Sans menacer en rien la vie, l'affection est d'une extrême gravité, puisqu'elle entraîne l'impotence partielle ou totale d'un membre. Elle est absolument incurable par les seules forces de la nature. Elle tend au contraire à s'aggraver; et on peut même craindre que les lésions n'envahissent le bout central, et qu'il ne se développe une névrite ascendante et même une myélite. Je ne connais pas, à la vérité, de faits où cette marche ait été nettement observée à la suite de la compression d'un nerf par un cal. Cependant, dans un cas qui a été communiqué par Chalot, en 1879, à la Société de Chirurgie, et où il s'agissait d'une compression du plexus brachial à la suite d'une fracture de la clavicule, on voit qu'il suffisait de toucher la pulpe des doigts pour déterminer un spasme du diaphragme. Il est bien probable que, dans ce cas, la moelle présentait un certain degré d'altération; du reste on a vu des névrites ascendantes déterminées par des lésions nerveuses bien moindres que celles qu'entraîne la compression par les cals; il faut donc en admettre la possibilité à la suite de cette dernière.

Mais, si la nature est incapable de guérir cette affection, par contre, comme je vous le disais en commençant, la chirurgie est presque toute-puissante contre elle. En effet, je ne connais pas un seul cas où, à la suite d'une intervention correcte et d'un traitement post-opératoire sagement conduit, on n'ait pas vu la guérison survenir. Le premier malade que j'ai opéré et qui avait le bras paralysé a remporté depuis un prix de gymnastique; c'est assez dire que sa guérison ne laisse rien à désirer. Chez mon second malade, l'amélioration était très manifeste lorsque je l'ai présenté à la Société de Chirurgie six mois et treize jours après l'opération. Trois semaines plus tard, lorsqu'il a quitté l'hôpital, tous les mouvements étaient rétablis. Il en a été de même dans nombre d'autres cas.

Mais il ne faut pas vous attendre à voir la paralysie cesser le jour ou le lendemain de l'opération. En général, le résultat immédiat est nul. Vous comprenez facilement pourquoi. Lorsque le nerf a été profondément altéré par la compression, il ne suffit pas de lever c tte compression, pour que la fonction se rétablisse; il faut encore que le nerf se régénère et cela ne saurait se produire en quelques heures, ni même en quelques jours; il faut des semaines, des mois, parfois des années. Dans mon second cas, l'amélioration n'a commencé qu'au bout de trois mois. Dans le premier cas de M. Bouilly, il en fut de même. Quelquefois même l'altération du nerf semble encore

progresser après l'opération. Dans un cas de M. Terrier, deux mois et demi après l'intervention, la paralysie avait augmenté. Mais au bout d'un an et demi, l'amélioration était manifeste; deux ans et demi après, elle était encore plus nette, et, comme le dit le rédacteur de l'observation : « Malgré l'âge du malade (il avait cinquante-trois ans) et la lenteur de la guérison, elle ne tardera pas à être complète. » Cependant la guérison ne se fait pas toujours attendre aussi longtemps; elle peut même être très rapide. Ainsi, dans un cas de Paquet, où il s'agissait du radial, les mouvements d'extension ont reparu le vingtième jour. Dans un fait d'Ollier, six jours après la libération du radial, l'état de la sensibilité s'améliore, et le quinzième jour, les mouvements d'extension reparaissent. Enfin, dans une observation de M. Tillaux encore plus remarquable, les mouvements d'extension étaient déjà très sensibles le quatrième jour. Messieurs, il n'y a aucune contradiction entre ces faits et ceux que je vous exposais il n'y a qu'un instant. La rapidité de la guérison, du retour des mouvements volontaires, dépend de l'état du nerf au moment de l'opération. La compression peut entraîner des symptômes de paralysie avant que le nerf soit complètement désorganisé. Si on lève la cause de la compression avant que le cylindraxe soit détruit, vous comprenez que la conductibilité nerveuse puisse se rétablir très vite.

Ces faits sont importants; ils nous enseignent qu'il ne faut pas trop temporiser, qu'il faut intervenir dès que le diagnostic est nettement posé, car il y a un réel intérêt à abréger la longue durée de la guérison. En 1882, je me demandais s'il serait prudent de mettre à nu un cal à peine formé, de compliquer un traumatisme par fracture d'un traumatisme chirurgical. Aujourd'hui cette perspective ne m'effrayerait plus; avec la sécurité que donne l'antisepsie, je n'hésiterais pas à intervenir dès que la consolidation est faite, avant que le cal ait accompli son évolution définitive et cela pour ne pas laisser au nerf le temps de se désorganiser, pour obtenir une guérison plus rapide.

Quant à la nature de l'intervention, elle ne saurait être douteuse : c'est à l'intervention sanglante qu'il faut recourir.

Vous pourriez croire que dans les cas où la compression est due à des fragments déplacés ou mal réduits plutôt qu'au cal lui-même, il pourrait être plus simple et tout aussi efficace de faire le redressement du membre par l'ostéoclasie. Ce serait une erreur complète. On n'est jamais sûr de la cause immédiate de la compression. Il est impossible de savoir si le nerf n'est pas englobé dans du tissu fibreux, s'il n'est pas piqué par une esquille. Pratiquer l'ostéoclasie, c'est s'exposer, même dans les cas où elle paraît le plus nettement indiquée, à faire une opération parfaitement inutile. M. Bouilly, sur les conseils de M. Verneuil, a fait une tentative d'ostéoclasie dans un cas où le médian était comprimé par les fragments d'une fracture du radius vicieusement consolidée. Il a parfaitement obtenu le redressement du membre; la déformation ne s'est pas reproduite; mais, longtemps après l'opération, persistait une gêne extrême dans les mouvements du poignet et des doigts; et la sensibilité était restée obtuse. Le but curatif n'a donc pas été atteint; aussi je conclus que c'est à l'opération sanglante qu'on doit recourir. Il faut mettre le nerf à nu, chercher et voir la cause de la compression, la lever après l'avoir trouvée.

Voici quel doit être le plan opératoire. Anesthésie, application de la bande d'Esmarch, qui dans les cas de ce genre rend d'immenses services. Incision large sur le trajet du nerf comprimé; recherche de ce nerf. C'est là un temps délicat qui m'a retenu quelques instants lors de ma première opération, et qui a embarrassé certains opérateurs. Les difficultés viennent de ce que les rapports anatomiques sont changés au voisinage du cal, de ce que le nerf est déplacé. Pour éviter ces difficultés, il faut chercher le nerf, non pas au niveau même du cal, mais à côté de lui, soit au-dessus, soit au-dessous, suivant la région, mais, dans un point où il n'est pas subi de déplacement, où on soit sûr de le trouver à sa place normale. Cette manière de faire rend de grands services; elle nécessite, il est vrai, un agrandissement de la plaie, mais, avec la réunion par première intention, cela n'a que bien peu d'importance.

Le nerf trouvé, on le suit jusqu'au niveau du cal, on peut alors voir quelle est la cause de la compression. Si le nerf est enclavé, il faut d'abord le libérer; le bistouri suffit s'il est logé sous un pont fibreux; mais si le cal est tout entier osseux, il faut faire sauter une de ses parois à la gouge et au maillet. Le nerf libéré, ce n'est point tout, il faut encore niveler le cal, le régulariser, presque le polir. Quand le nerf est simplement soulevé, on fait sauter la partie exubérante du cal et on procède ensuite au même travail de nivellement. Faut-il prendre quelques précautions vis-à-vis du périoste? Certains chirurgiens l'ont réséqué, dans la crainte de voir se faire une nouvelle production osseuse qui pourrait à son tour comprimer le nerf. D'autres l'ont suturé pour séparer en quelque sorte le nerf de l'os. On a même été plus loin dans cette voie. M. Polaillon a fait une suture profonde comprenant des tissus fibreux, peut-être quelques fibres du muscle triceps, pour les interposer entre le nerf et l'os. Ogston a suturé le radial au triceps. Vous comprenez, Messieurs, qu'on ne puisse formuler de règles générales pour de tels détails opératoires. Je n'y ai pas eu recours dans mes deux cas, et mes malades ont parfaitement guéri. Mais il se peut fort bien que, dans certains cas particuliers, ils soient nettement indiqués, et je ne jurerais pas pour ma part de n'y avoir jamais recours. Le principe auquel il faut obéir, et c'est en l'énonçant que je terminerai, c'est de mettre le nerf complètement et définitivement à l'abri des atteintes du cal.

TRAVAUX ORIGINAUX

Résection orthopédique des deux genoux; un seul pansement pour chaque opération; guérison, par le Dr JEANNEL, professeur à l'École de médecine de Toulouse.

La résection du genou est aujourd'hui une opération que tout chirurgien aseptique peut et doit entreprendre sans crainte. La perfection de la technique opératoire et surtout la pureté, la stérilisation absolue des instruments du chirurgien, de la plaie et du pansement permettent même pour les cas pathologiques, d'obtenir des guérisons très simples sans drainage et sous un seul pansement. J'ai pu m'en convaincre comme bien d'autres chirurgiens à la suite d'Ollier et de Bœckel, et je pourrais fournir un contingent respectable de faits à l'appui de la pratique conseillée par ces deux chirurgiens.

Or ce qui est possible pour les cas pathologiques l'est a fortiori, et devient même facile, pour les cas orthopédiques : ici en effet il n'est plus besoin de désinfecter la plaie; on n'ouvre plus une articulation fongueuse ou purulente, on ouvre un article comblé par des brides ostéo-fibreuses qui l'ankylosent, c'est-à-dire par des tissus non microbiens, non infectants. C'est pourquoi la résection orthopédique du genou est devenue une opération courante pour remédier aux ankyloses du genou à angle droit; l'ostéoclasie ou l'ostéotomie restant pour les ankyloses à angle obtus les interventions à choisir.

Ce sont là des faits connus et je ne me permettrais pas d'arrêter l'attention des lecteurs de la *Gazette* sur un cas vulgaire de résection orthopédique ; mais il n'est pas fréquent d'observer des malades ayant subi la résection orthopédique des deux genoux. Ayant eu l'occasion de pratiquer chez une jeune fille cette double opération à moins d'un mois d'intervalle pour chaque membre et n'ayant pu trouver dans la bibliographie à ma portée qu'une seule observation semblable, celle que Lucas-Championnière a relatée à la Société de Chirurgie le 30 juillet 1890, où il s'agissait d'un cas pathologique, j'ai pensé que la narration de mon fait méritait d'être relatée.

Observation. — *Arthropathies ankylosantes multiples ; ankylose des deux genoux à angle dépassant l'angle droit; résection des deux genoux à un mois d'intervalle; guérison facile sans ligature, sans drainage et sous un seul pansement.*

A la fin d'octobre 1889 entrait dans mon service à l'hôpita de Toulouse une jeune fille de 22 ans, V.., Clotilde, atteinte d'ankylose de plusieurs articulations et en particulier des deux genoux qui sont fixés à angles aigus.

L'histoire de cette malade est la suivante :

Pas d'antécédents héréditaires. Dans l'enfance, une fluxion de poitrine à l'âge de 9 ans. Réglée pour la première fois à 14 ans sans difficulté, toujours régulièrement jusqu'au jour où débuta la maladie actuelle, c'est-à-dire jusqu'à 16 ans. A 16 ans les règles se supprimèrent, en même temps apparurent des douleurs très vives dans les reins et tout le long de la colonne vertébrale, douleurs qui ceignaient la taille et se propageaient dans les membres, surtout les membres inférieurs. En même temps s'établissait une douleur dans le genou gauche qui augmenta peu à peu de volume sans jamais être le siège d'une bien grosse tuméfaction. Y eut-il de la rougeur, de la tension? la malade ne peut le dire. En tout cas un rebouteur de grand renom pratiqua des manœuvres violentes de mobilisation, des massages avec des tuiles chaudes. En dépit de tout traitement, la cuisse maigrit et la jambe se fléchit de plus en plus sur la cuisse.

Entre temps, 3 ou 4 mois après le début de la lésion articulaire gauche, le genou droit se prenait d'une façon identique; la jambe droite se fléchissait sur la cuisse; tant et si bien qu'au bout de 6 mois de maladie, les deux genoux étaient fléchis sur la cuisse, fixés sous un angle dépassant l'angle droit. C'est encore au bout de 6 mois de maladie, les douleurs dorsales et lombaires persistant toujours, que les articulations du coud e et du poignet furent atteintes. Les avant-bras restèrent fixés en extension forcée sur les bras : les mains en extension forcée sur les avant-bras ; ceux-ci enfin en pronation. Nous verrons plus loin ce qui subsiste aujourd'hui de ces attitudes.

Bientôt après le cou et les mâchoires furent envahis : la tête s'établit en torticolis droit, c'est-à-dire en rotation du côté gauche et inclinaison vers l'épaule droite; la mâchoire inférieure resta en flexion forcée avec retrait en arrière.

Puis peu à peu, en même temps que réapparaissaient les règles, les douleurs vertébrales disparurent; les douleurs des membres et du cou s'éteignirent; mais il subsista comme traces indélébiles de la maladie les déformations suivantes constatées lors de l'entrée dans le service.

1° Membres inférieurs. — Les articulations coxo-fémorales et les muscles y attenant sont intacts.

Les genoux sont ankylosés à angle dépassant, des deux côtés, l'angle droit; les tibias sont en subluxation en arrière avec rotation légère en dehors. Tout mouvement est impossible à gauche : à droite il persiste un mouvement d'oscillation dans l'article, mouvement très limité et très douloureux du reste.

Les muscles quadriceps fémoraux sont atrophiés, presque disparus : les muscles fléchisseurs sont rétractés, mais il est évident que la ténotomie de leurs tendons ne procurerait aucun mouvement aux articulations enraidies. D'ailleurs pas de tuméfaction articulaire, pas d'épaississement appréciable de la capsule.

Les articulations tibio-tarsiennes sont saines.

Le pied droit est plat et valgus ; le gauche de même, mais à un moindre degré.

Les orteils sont tous, à droite comme à gauche, inclinés en dehors formant avec l'axe des métatarsiens un angle d'environ 45°, ouvert vers le bord externe du pied.

2° Membres supérieurs. — Les articulations scapulo-humérales sont libres. Il existe cependant du côté gauche une certaine gêne dans les mouvements qui sont moins étendus qu'à droite.

Coudes. — Côté droit. — Flexion et extension incomplètes mais encore assez étendues. L'avant-bras est en pronation incomplète; la supination est impossible.

Côté gauche. — Flexion ne dépassant pas l'angle droit; extension incomplète. L'avant-bras est en pronation, la supination est impossible.

Poignets. — Tous les deux sont ankylosés en flexion légère, de telle sorte que l'épiphyse radio-cubitale proémine sur la face dorsale.

Mains. — Les métacarpiens sont, à droite et à gauche, en extension sur le carpe; ils jouissent d'une mobilité restreinte.

Du côté gauche on note sur les doigts, une flexion légère de la phalangette du pouce, pouvant être corrigée volontairement. L'index est déjeté en dedans et repousse les autres doigts, la phalangette y est ankylosée en flexion. Le médius est déjeté vers le bord cubital, la première phalange est fléchie sur le métacarpien; la deuxième est en extension sur la première et la troisième sur la deuxième. L'annulaire et l'auriculaire sont inclinés sur le bord cubital sans déformation.

Du côté droit, le pouce est intact;

L'index incliné sur le bord cubital a ses articulations libres; le médius est incliné vers le bord cubital ; la deuxième phalange est ankylosée à angle droit sur la première. Annulaire et auriculaire inclinés sur le bord cubital.

En règle générale les doigts jouissent de mouvements de flexion à peu près complets, mais ils ne peuvent être portés en extension sur le métacarpe.

Les deux articulations temporo-maxillaires sont atteintes; l'écartement des dents est limité à 1 centimètre, au niveau des incisives. Cependant les masseters ne semblent ni rétractés ni atrophiés.

Les vertèbres sont seulement atteintes dans la région cervicale. La rotation de la tête est impossible. Les mouvements de flexion et d'extension sont conservés. L'inclinaison vers l'épaule droite est possible; vers l'épaule gauche elle est impossible.

En règle générale sont atrophiés sinon parésiés tous les muscles qui seraient capables de redresser les déviations articulaires; c'est-à-dire les extenseurs pour les articulations ankylosées en flexion, les fléchisseurs pour celles qui sont anaylosées en extension, etc., etc.; il serait fastidieux de faire ici l'énumération détaillée de ces lésions.

L'exploration électrique n'a pas été faite.

Pas de trouble de la sensibilité ;

Il y aurait eu au début une hémianesthésie faciale gauche.

Pas de stigmates hystériques.

Les déformations majeures sont évidemment celles des genoux. L'ankylose double est telle que la station assise n'est possible que sur un siège permettant aux jambes de se porter en arrière sous le siège lui-même ; il s'ensuit que la position habituelle et la plus commode est la position couchée ou mieux demi-couchée.

Quant aux membres supérieurs, la malade peut encore en tirer un usage suffisant pour lui permettre le travail à l'aiguille et pour pouvoir se nourrir sans le secours de personne.

L'indication principale était donc de redresser les ankyloses des genoux, pour mettre les membres inférieurs en rectitude et permettre la station debout et même la marche.

L'angle des ankyloses dépassant l'angle droit, je me décidai pour la résection.

Le 6 novembre 1889, je réséquai le genou gauche; incision transversale : extirpation de la rotule; l'articulation était comblée par des adhérences ostéo-fibreuses qui furent sectionnées ; je dus enlever sur chacun des os des tranches osseuses qui en totalité mesuraient une épaisseur de cinq centimètres du côté du fémur et deux vers le tibia pour pouvoir obtenir un redressement parfait du membre.

Pas de ligature, pas de suture osseuse; drainage à l'aide d'une tresse de catgut placée en travers; suture des parties

molles après résection de l'excès de peau du lambeau supérieur.

Pansement fortement iodoformé : immobilisation sur une attelle de Bœckel.

Suites simples malgré de violentes douleurs dans la jambe et le pied. Maximum thermique 38°,2. Premier pansement le 7 janvier 1890. — Ankylose parfaite : suppression des points de suture. Cicatrice complète : appareil silicaté.

Le 2 décembre 1889. — Résection du genou droit.

Opération identique. Suites aussi simples.

Premier pansement le 7 janvier 1890. Ankylose presque complète. Suppression des points de suture : cicatrice complète. Appareil inamovible fait avec du silicate de potasse.

Les appareils inamovibles furent supprimés au bout de 3 mois.

La station debout et la marche permises dix jours après la pose des appareils inamovibles furent d'abord hésitantes et difficiles. La station debout n'était possible qu'avec un appui ; la marche, grâce au soutien de béquilles et d'une infirmière. Peu à peu tout se perfectionna par l'exercice.

Aujourd'hui la station debout est facile et la marche s'opère sans peine même sans le secours de béquilles ni de canne. Toutefois l'usage de béquilles est recommandé par prudence pour éviter les chutes et Cl. V... n'abandonne ses soutiens que lorsqu'elle veut montrer tout ce qu'elle peut faire.

Je ne m'arrêterai pas à discuter la pathogénie de l'affection qui a déterminé des ankyloses, des déformations, et des atrophies musculaires si multiples. Les uns pourront penser au rhumatisme fibreux ; d'autres, et je me range de leur côté, admettront plutôt des arthropathies d'origine médullaire. Je ne veux insister que sur le côté chirurgical et orthopédique de l'observation.

Or, en deux mots, Cl. V..., atteinte d'ankylose des deux genoux à angle aigu, était dans l'impossibilité absolue de marcher ; elle devait garder la station assise et mieux couchée. Elle subit la résection des deux genoux et peut aujourd'hui, un an après la deuxième opération, non seulement se tenir debout, mais marcher, au besoin sans béquille. Elle est si contente, si heureuse de sa nouvelle situation qu'elle proclame que si elle avait un troisième genou elle se ferait opérer ; elle a même pris dans la chirurgie orthopédique une telle confiance qu'elle réclame une opération qui libère sa mâchoire inférieure ankylosée.

Voilà pour le côté orthopédique.

Quant au côté chirurgical, l'intérêt de cette observation me semble résider dans ce fait qu'une même malade a pu, sans le moindre inconvénient, sans la moindre réaction sérieuse, à vingt-cinq jours d'intervalle, subir deux opérations aussi importantes que la résection du genou, qu'elle a pu guérir ses deux genoux réséqués sous un seul pansement sans faire une goutte de pus. Je crois devoir ajouter toutefois une remarque qui mériterait peut-être d'être confirmée, mais qui me semble importante : il me paraît jusqu'ici, d'après les cas de ma pratique, que la résection orthopédique du genou sans ligature ni drainage est suivie de douleurs beaucoup plus vives et plus durables que celles qui suivent la résection pathologique. C'est là un gros inconvénient qu'il serait très désirable d'éviter. La cause en est-elle dans la tension des nerfs poplités résultant du redressement ou bien dans l'épanchement sanguin qui remplit l'article réséqué ? Elle est sans doute dans l'un et l'autre. En tout cas le remède est difficile à trouver : ni la position donnée au membre, ni la médication calmante, morphine, antipyrine, sulfate de quinine, ne réussissent ; le temps seul parvient à rétablir le calme quelquefois au bout de quelques jours, quelquefois au bout de deux ou trois semaines, comme chez Cl. V...

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Sclérose complète des cordons de Goll, et leptoméningite (Complete sclerosis of Goll's columns and chronic spinal leptomeningitis, with degenerative changes in the fibres of the anterior and posterior roots), par F.-W. Mott (*The American journal of the medical sciences*, 1891, n° 1, p. 36). — Homme de 46 ans souffrant de faiblesse et d'atrophie des membres supérieurs et inférieurs avec abolition du réflexe rotulien à gauche, et intégrité de la sensibilité et des sphincters. La mort survint par une tuberculose intercurrente. A l'autopsie, les cordons de Goll sont sclérosés dans toute leur étendue, et la pie-mère est épaissie et contient des fibres des racines antérieures et postérieures dégénérées. Les vaisseaux sont épaissis. Après avoir rapporté plusieurs autres cas de sclérose des cordons de Goll, l'auteur conclut que cette lésion ne produit ni troubles de la sensibilité ni troubles viscéraux, mais a peut-être quelques rapports avec le sens musculaire.

Cécité verbale et hémianopsie latérale droite, par Brunelle (*Bulletin médical du Nord*, 1890, n° 24, p. 633). — Le sujet, âgé de 70 ans, est pris de vertige sans perte de connaissance, et s'aperçoit qu'il lui est impossible de lire. L'acuité visuelle est presque normale, les caractères imprimés ou écrits sont vus parfaitement, mais ne peuvent être interprétés. Il existe des deux côtés une abolition totale de la vision dans toute la moitié droite du champ visuel pour toutes les couleurs. Le malade n'a pas d'agraphie, ni d'aphasie. Il n'existe, de plus, aucun trouble de la motilité ni de la sensibilité. L'auteur pense qu'il s'agit d'un ramollissement cérébral limité dans l'hémisphère gauche à la zone des circonvolutions qui reçoit du sang de l'artère pariétale postérieure (quatrième branche de la sylvienne). En somme, cas typique de cécité verbale avec hémianopsie.

L'ictus émotionnel en médecine mentale, par A. Paris (*Revue médicale de l'Est*, 1891, n° 1, p. 11). — L'ictus émotionnel [est,] d'après l'auteur, la mise en jeu subite et violente de l'impressionnabilité d'un individu à la suite d'un accident quelconque. Diverses observations le conduisent à penser que cet ictus aurait eu une influence assez vive pour que souvent, sous son action puissante, un cerveau fonctionnant bien, soit troublé ou réciproquement. Il peut donc arriver qu'après l'ictus il se fasse dans l'état mental altéré une marche régulière vers la guérison.

Deux cas mortels de syphilis cérébrale, par Audry (*Lyon médical*, 15 février 1891, p. 228). — Dans le premier de ces cas il s'agit d'une femme de 46 ans atteinte d'iritis spécifique, et d'une éruption cutanée, qui fut prise d'une hémiplégie avec légère anesthésie du côté droit, qui mourut après une crise épileptiforme, et à l'autopsie de laquelle on trouva des hémorrhagies méningées et une gomme du volume d'un œuf de pigeon siégeant dans le noyau lenticulaire. Le second cas a trait à un homme de 40 ans, qui eut la syphilis 10 ans avant le début des accidents cérébraux. Le malade était fils d'aliéné, ses troubles consistèrent en des accès maniaques greffés sur un ensemble de symptômes plus ou moins analogues à ceux de la paralysie générale. L'auteur fait remarquer, dans le premier cas, la précocité de la syphilis cérébrale, l'existence d'une gomme du corps strié, et d'une endartérite de la sylvienne ; dans le second cas, il relève l'intérêt de la forme clinique présentée par le malade.

Chorée du larynx (Corea de la Laringe), par Forundarena-Labat (*El Siglo medico*, 1891, n° 1938, p. 104). — Malade âgé de 20 ans, sans antécédents morbides, sans stigmates hystériques, pris à la suite de grippe, de dysphonie avec toux sèche, férine, diurne, se calmant la nuit. Au laryngoscope on constate seulement des alternatives de contraction et de relâchement des cordes vocales. C'est en raison de ces convulsions cloniques que l'auteur pose le diagnostic de chorée du larynx. L'examen du nez montre de l'hypertrophie de la muqueuse : de plus, la cocaïnisation de cette muqueuse fait cesser les spasmes du larynx qui s'exaspèrent, au contraire, si on excite cette muqueuse. Le traitement galvano-

caustique de l'hypertrophie de la muqueuse pituitaire, fut suivi de la guérison des accidents laryngés.

MÉDECINE

Théorie de l'éclampsie (Theorie der Eklampsie), par Herff (*Münch. med. Woch.*, février 1891, n° 5, p. 79). — L'auteur élargit dans cette étude la notion de l'éclampsie et y fait rentrer la plupart des états dits épileptiformes, susceptibles d'être observés dans les deux sexes. La condition prochaine du complexus éclamptique repose sur une hyperexcitabilité spéciale de l'écorce cérébrale, ou des centres sous-corticaux, dans la région psycho-motrice. Cette excitabilité se développe pendant la grossesse, soit en vertu d'une tare héréditaire neuro ou psycho-pathique, soit par des influences acquises, les intoxications (urates, plomb, alcool) ou les infections. Parfois c'est le molimen puerpéral qui est plus spécialement en cause. Mais il est rare qu'il ne soit pas aidé dans son action pathogène par quelque causalité accessoire, par exemple l'intoxication uratique, qui accroît sensiblement, d'après les recherches physiologiques de Landois, l'excitabilité de l'axe bulbo-spinal.

Diagnostic différentiel de l'ulcère simple et du cancer (Differentialdiagnose zwischen Magengeschwür und Magenkrebs), par Kollmar (*Berl. klin. Woch.*, février 1891, n°s 5 et 6, p. 119 et 146). — On se basera surtout, dans ce diagnostic, sur l'âge des sujets, le caractère des douleurs, le mode de l'hémorrhagie, le degré d'acidité du contenu gastrique, la durée de l'affection, l'état de la nutrition générale, la présence ou l'absence d'une tumeur à l'épigastre.

L'ulcère simple se voit d'ordinaire chez les sujets jeunes, de 15 à 20 ans, ou parfois beaucoup plus tard, mais alors à titre de récidive. Le cancer s'observe surtout de 40 à 60 ans. Les caractères différentiels tirés de la douleur sont peu précis : d'une manière générale, les douleurs sont moins aiguës, moins localisées dans le cancer. Les grandes hématémèses appartiennent plutôt à l'ulcère rond. L'hyperchlorhydrie durable parle en faveur de l'ulcère, et l'anachlorhydrie permanente en faveur du cancer. L'évolution est beaucoup plus lente dans l'ulcère rond. Il faut remarquer d'ailleurs qu'on peut assister au développement d'un cancer à la suite de l'ulcère simple. La cachexie, une anémie avec teinte jaune sont plus favorables à l'idée de cancer; cependant les malades, porteurs d'un ulcère, peuvent, à la suite de vomissements graves et d'hémorrhagies, offrir un aspect voisin de la cachexie. C'est la constatation d'une tumeur qui vient souvent lever tous les doutes ; cependant on a vu dans quelques cas l'ulcère simple s'accompagner d'indurations, d'adhérences périgastriques qui en imposaient pour une tumeur (Reinhardt, Bamberger).

Rhumatisme articulaire aigu (Uber acuten Gelenkrheumatismus), par Waibel (*Münch. med. Woch.*, février 1891, n° 5, p. 83). — L'auteur s'attache surtout à l'étude des conditions étiologiques de la polyarthrite rhumatismale. Quoique la nature infectieuse de la maladie soit très probable, l'agent spécifique étant inconnu, force est de s'en tenir aux considérations pathogéniques générales que suggère l'observation des faits. Les conditions cosmiques ont un certain intérêt : le rhumatisme se voit de préférence dans la saison froide et humide. Mais ce n'est peut-être pas tant la possibilité des refroidissements, qui règle ce maximum, que l'habitude de vivre dans des espaces très chauffés et mal aérés, où la valeur bactérienne de l'air augmente rapidement. Ces conditions favorisent également le développement du miasme rhumatismal, ainsi que l'appelle l'auteur, c'est-à-dire une causalité morbide, non directement contagieuse et transportable à l'individu sain, émanant du rhumatisant pour se répandre dans le milieu ambiant et s'y développer avant d'être à même d'impressionner les sujets sains.

Thyroïdite typhique (Strumitis nach Typhus), par Spirig (*Corr. Bl. für schw. Aerz.*, février 1891, n° 3, p. 74). — Chez une jeune femme de 22 ans, se développa pendant la convalescence d'une fièvre typhoïde, vers la 5e semaine, un gonflement inflammatoire douloureux : la malade portait antérieurement un petit goître. La lésion fut reconnue pour un abcès thyroïdien et incisée; il s'écoula une grande quantité de pus très fluide. L'examen bactériologique du pus démontra la présence du bacille d'Eberth et du staphylococcus albus. La guérison fut régulière, et à la suite il ne restait plus vestige du goître.

CHIRURGIE

Colotomie inguinale (Incontinence of fæces, following phagedæna, treated by inguinal colotomy ; relief; remarks), par Lane (*Lancet*, 28 février 1891, p. 486). — Mme B..., 28 ans, célibataire, a eu il y a 9 ans une ulcération syphilitique de la vulve qui bientôt devint phagédénique et envahit le rectum, les petites lèvres, les cuisses. Les orifices vulvaire et anal furent ainsi complètement détruits et il se forma une sorte de cloaque ; on ne distinguait plus l'urèthre, l'urine s'écoulait en partie par le cloaque, en partie par 2 petites fistules situées sur les côtés du cloaque. Les cuisses étaient maintenues légèrement fléchies par la rétraction du tissu de cicatrice qui s'était formé. Il y avait une incontinence complète des fæces qui s'écoulaient dès que la malade faisait un mouvement. On fit la colotomie inguinale. Cinq mois après la malade va bien mieux. Elle porte une ceinture abdominale. L'anus artificiel est ouvert une fois par jour et il n'y a aucun passage de matières par le périnée. La malade a régulièrement ses menstruations qui avaient manqué pendant 8 ans, jusqu'à l'opération.

Rupture du gros intestin (A case of rupture of the large intestine without external wound ; abdominal section ; remarks), par Croft (*The Lancet*, 17 janvier 1891, p. 142). — Un homme de 23 ans a reçu un coup de pied de cheval dans l'abdomen et est dans le collapsus. A la pression, il y a surtout une douleur à gauche. Le malade a quelques vomissements. La température s'élevant graduellement et le malade présentant des signes de péritonite septique, on a recours à la laparotomie. On trouve dans l'abdomen une grande quantité de liquide ; l'épiploon présente une ecchymose et on trouve une rupture du côlon transverse ; cette déchirure a 3/4 de pouce de long. Suture de Lembert. Mort 9 heures après l'opération.

Fracture du pariétal (A case of compound depressed fractura of the right parietal bone over the motor area trephined, and bone replaced), par Bootflower (*Lancet*, 28 février 1891, p. 487). — Un garçon de 14 ans, bien portant, sautant d'un train en marche, tomba sur la tête. On constata une fracture du pariétal, horizontale et située à 7 ou 8 cm. au-dessus de l'oreille droite. Le malade fut bientôt pris d'une attaque épileptiforme ; les deux pupilles se dilatèrent subitement ; des spasmes apparurent dans l'orbiculaire gauche, la bouche et la joue se déviêrent du même côté ; puis le bras gauche, le genou et enfin le côté gauche du tronc furent pris de spasmes semblables. La crise entière dura 3 minutes et les symptômes disparurent dans un ordre inverse à celui de leur apparition. Le sujet resta alors dans un état comateux. On appliqua une couronne de trépan ; la rondelle osseuse enlevée fut placée dans une solution phéniquée chaude. La dure-mère était intacte. La rondelle osseuse fut replacée et le péricrâne ramené au-dessus fut suturé au catgut. La plaie fut suturée à la soie et drainée. Pansement au sublimé. Au réveil du sommeil chloroformique, le malade était parfaitement conscient et ne souffrait aucunement. Guérison complète.

Ablation du lobe gauche cancéreux du foie (Entfernung des linken krebsigen Leberlappens), par Luecke. (*Centrabl. f. Chirurg.*, 1891, n° 6, p. 115). — Un cas de cancer localisé au lobe gauche du foie chez une femme de 31 ans, présentant depuis plusieurs mois les symptômes classiques, tels que tumeur au niveau de l'épigastre, douleurs avec élancements, troubles digestifs, bien que le suc gastrique renferme de l'acide chlorhydrique.

Laparotomie qui met en évidence la tumeur et le lobe gauche du foie, ce dernier se présentant sous forme d'une languette réunie à l'organe par un pédicule assez épais. Le lobe est attiré au dehors et les bords des incisions cutanée et péritonéale suturés de façon à fixer le pédicule qui fut pris dans un lien élastique et entouré par des bandelettes iodoformées. L'opération a été faite le 22 novembre. Le 25 et le 28, on change la ligature élastique en la resserrant davantage; le 1er décembre, le reste du pédicule est sectionné au

thermocautère, et le 22, la plaie étant presque complètement fermée, la malade quitte l'hôpital. La malade fut revue, le 13 janvier 1891; il restait une petite surface granuleuse, mais l'état général ne laissait rien à désirer.

Lücke insiste sur les avantages de la ligature, qui n'expose pas le malade aux hémorrhagies.

GYNÉCOLOGIE

Grossesse et inanition, par J.-V. Sokoloff (*Vratch*, 1891, n° 5, p. 131). — Les expériences de l'auteur furent faites sur des lapines grosses que l'on soumettait à l'inanition plus ou moins prononcée (diminution du taux des aliments jusqu'à 1/2, 1/10, 1/20, 1/30 de leur quantité normale). Il résulte de ces recherches que, dans le cas de grossesse chez les animaux inanitiés, les dépenses personnelles de l'organisme maternel sont réduites encore d'une manière plus prononcée que pendant la grossesse normale. Les femelles grosses résistent plus longtemps à l'inanition que les femelles non enceintes et le poids de leur corps baisse moins que chez ces dernières. Dans la plupart des cas, la grossesse va jusqu'à terme : l'auteur n'a observé qu'un petit nombre d'accouchements prématurés. — La durée du travail est considérablement augmentée : au lieu de 5-17 minutes (durée normale chez des lapines bien portantes), elle atteint 10-48 heures et même davantage. Ce ralentissement du travail est dû, sans doute, à la dégénérescence plus ou moins accusée de la musculature utérine, par suite de l'inanition. — La longueur des petits est ordinairement de 2-5 fois inférieure à la normale. — Le poids du fœtus est aussi inférieur au normal : de 10 gr. pour 100 gr. du poids maternel, il tombe à 0 gr. 15 pour 100 gr. dans le cas de diminution de la nourriture jusqu'à 1/30. La diminution du poids du petit ne commence à se manifester que quand l'alimentation est au-dessous de la moitié de sa quantité initiale et s'accuse au fur et à mesure de l'aggravation de l'inanition et que l'organisme maternel perd davantage de son poids. — La constitution du fœtus s'appauvrit avec l'affaiblissement et l'épuisement de l'organisme maternel : sa peau est remplacée par une membrane gélatineuse, les muscles sont faiblement développées, les os sont souples et mous; les petits ne viennent jamais au monde avec deux incisives supérieures et deux inférieures (comme c'est la règle chez les petits bien portants). — La viabilité des petits est considérablement diminuée : les petits, nés des lapines qui recevaient encore jusqu'à la moitié de leur nourriture ordinaire, sont bien portants; mais dans le cas d'inanition allant jusqu'à 1/10, 1/20, 1/30 du taux normal, les petits sont ou mort-nés ou peu viables et meurent après avoir émis 2-3 respirations rares et profondes. — Quant aux mères, elles meurent après l'accouchement, ou ne se rétablissent qu'avec une grande difficulté. En tout cas, les processus régénérateurs et l'augmentation du poids sont plus lents à se déclarer chez elles que chez les lapines non enceintes, soumises au même degré d'inanition.

OPHTHALMOLOGIE

Thromboses artérielles de la rétine, par Kœnig (*Rec. d'ophth.*, déc. 1890, p. 697). — Sous l'influence de causes diverses (arthritisme, goutte, maladies infectieuses), les cellules de l'endothélium vasculaire se détachent, laissent à jour la couche sous-jacente inégale, d'où le ralentissement du cours du sang et la production d'un coagulum. L'artère centrale est alors thrombosée dans son bout central ou son bout périphérique. Le plus souvent le calibre du vaisseau est interrompu par des portions blanches alternant avec des colonnes sanguines. Quelquefois les coagula sont jaunâtres au lieu d'être blancs. Quand on observe une oblitération complète du vaisseau, c'est que l'allongement et l'organisation du thrombus l'a transformé en cordon blanchâtre. D'ordinaire on voit un petit filet sanguin qui grossit de la papille vers la périphérie en même temps que son liséré blanc s'amincit. Quelquefois des hémorrhagies traduisent des ruptures de l'artère.

La thrombose se forme lentement, aussi les troubles de l'acuité visuelle surviennent progressivement et varient suivant que le tronc artériel ou une branche seule sont altérés.

BIBLIOGRAPHIE

Voyages chez les lépreux, par le Dr Zambaco-Pacha. 1 vol. in-8° de 406 pages. Paris, G. Masson, éditeur, 1891.

Depuis plusieurs années, notre savant confrère de Constantinople poursuit avec ardeur une enquête personnelle sur les lépreux de l'Empire Ottoman et des pays voisins. Il a déjà fait connaître, soit à l'Académie de médecine, soit au Congrès de dermatologie de 1889, quelques-uns des faits intéressants qu'il avait observés ; dans le volume actuel, il ne cherche pas tant à donner une description de la lèpre qu'à faire connaître le lépreux chez lui, si l'on peut appeler un chez lui l'affreux bouge dans lequel croupit le plus souvent le malheureux lépreux des pays d'Orient. On suit l'auteur dans son pèlerinage à la recherche des lépreux à Smyrne, à Jérusalem, aux îles de Chypre et de Candie, dans une foule d'îles de l'archipel en Grèce; presque partout on rencontre avec lui le lépreux objet d'horreur et de répulsion, repoussé dans la léproserie (léprochori), mais venant bien souvent se mêler à la population ou vivant côte à côte dans le léprochori avec de misérables mendiants, on le voit végétant dans une saleté repoussante, devenant complètement apathique et incapable du moindre effort. Il y a dans ces descriptions du lépreux et de son entourage des tableaux d'un réalisme bien frappant et plus d'une curieuse étude de mœurs.

Le Dr Zambaco-Pacha est, en matière de lèpre, un anticontagionniste résolu : l'hérédité de la lèpre est indiscutable, sa contagion n'est pas prouvée et nombre de sujets vivant au milieu des lépreux pendant des années, ou même cohabitant avec eux sont demeurés indemnes. La saleté, le manque de soins hygiéniques, l'alimentation de mauvaise qualité, voilà pour lui les causes vraies de cette horrible maladie. D'ailleurs, dans les pays à lèpre et en particulier en Orient, presque partout, lépreux, habitants sains et médecins, sont opposés à la doctrine de la contagiosité de la lèpre et on n'en cite qu'un petit nombre d'exemples.

L'opinion actuelle de la plupart des dermatologistes français est, on le sait, tout autre : les faits d'importation de la lèpre dans certaines régions jusque-là indemnes, ceux d'exportation par des sujets européens vivant dans de bonnes conditions générales et rapportant la maladie des pays où elle règne, après y avoir été en contact avec des lépreux, comme le père Damien, le fait bien connu du développement de la lèpre par inoculation chez le condamné à mort Keanu sont des preuves irrécusables de la transmissibilité de la lèpre par un mode tout autre que l'hérédité. Ces faits nous paraissent plus probants que l'affirmation de malades intéressés à nier la contagion et à accuser l'hérédité et, malgré tout le regret que nous en éprouvons, nous n'avons pu nous laisser convaincre par le plaidoyer si éloquent de notre savant confrère. Nous rendons d'ailleurs hommage à son dévouement pour les pauvres lépreux d'Orient dont il cherche par tous les moyens possibles à adoucir le sort et auxquels il s'efforce d'attirer la haute et toute-puissante protection du Sultan. Le Dr Zambaco-Pacha a été profondément ému de la misère des lépreux, de la répulsion dont ils sont l'objet, et ce qu'il craint par-dessus tout, c'est que l'affirmation de la contagion de leur maladie ne vienne encore aggraver leur situation. Cette compassion pour les lépreux pourrait avoir des résultats déplorables, si elle allait jusqu'à empêcher l'isolement des malades, seul moyen efficace, croyons-nous, pour empêcher la transmission de la lèpre.

Fort heureusement, et nous le constatons avec une vive satisfaction, notre éminent confrère ne demande pas que les lépreux rentrent ou restent dans la vie commune, et dans son livre, à propos d'un avis que lui avait demandé le prince de Samos, il expose ses idées sur l'isolement des lépreux. Il demande qu'on institue des léproseries à une certaine distance des habitations, conformément aux règles hygiéniques et loin des régions où la maladie sévit endémiquement, que tous les lépreux soient réunis dans ces asiles, qu'ils y soient soumis à un régime alimentaire convenable, à des soins de propreté et à des soins thérapeutiques appropriés, que les enfants des lépreux soient isolés et mis en observation jusqu'à l'âge adulte, c'est-à-dire tant que la lèpre héréditaire peut

se manifester, enfin que le mariage soit interdit aux lépreux.

M. Zambaco-Pacha redoute qu'on aggrave le sort déjà si malheureux des lépreux en les internant dans des léproseries mal tenues et malsaines : la protection du reste de l'humanité ne force pas à maltraiter ces pauvres êtres. L'observation exacte dans tous les pays à lèpre des prescriptions proposées par l'auteur nous paraît suffisante pour faire disparaître entièrement cette maladie et nous nous associons de tout cœur à lui pour demander qu'on les traite comme des hommes et non comme des bêtes. Puisse son intervention si autorisée et son zèle philanthropique parvenir à ce résultat !

Georges Thibierge.

De la malaria, par le Dr E. Pepper, avec une préface du professeur Peter (in-8°, Librairie G. Masson, Paris, 1891).

L'auteur a résumé dans ce volume l'histoire des accidents paludiques qu'il a observés dans sa pratique algérienne : c'est à la fois une étude de géographie médicale et de médecine pratique, qui ne manque pas d'intérêt. Tout ce qui a trait aux descriptions cliniques, aux conditions de l'acclimatement et au mécanisme étiologique présumé des accidents malariques sera lu avec profit. De même, à propos du traitement, l'auteur ne craint pas d'entrer dans le détail, et fait œuvre de praticien. On peut seulement regretter que l'auteur, empêché d'apporter une contribution scientifique personnelle dans la question, juge avec des idées peut-être un peu vieillies ou ménage son adhésion aux patientes recherches des Kelsch et Kiener, des Laveran, etc. Hors cela, on ne peut que louer le mérite d'un praticien qui est en même temps un observateur laborieux.

M. le prof. Peter présente ce livre au lecteur dans une préface où il déploie sa verve habituelle, mais en opposant à la conception parasitaire moderne du paludisme des raisons qui ne sauraient réduire à néant les « consciencieuses recherches » auxquelles il se plaît du reste à rendre hommage.

Girode.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Formulaire de médecine pratique, par le Dr Monin. Paris, Société d'études scientifiques, 4, rue Antoine-Dubois, 1891.

La préface que le professeur Peter a écrite en tête de ce livre pourrait faire croire qu'il est une protestation contre les découvertes biologiques modernes et que l'échec retentissant de R. Koch a tué du coup la microbiologie et ses applications à la thérapeutique. L'avis au lecteur écrit par le Dr Monin est aussi une critique assez ardente de la bactériologie et ne rend pas une justice suffisante aux recherches qui ont rendu possible l'antisepsie intestinale. On le voit à l'article *Fièvre typhoïde* où la méthode antiseptique, si utile cependant, n'est indiquée que pour la fièvre typhoïde infantile. Le formulaire du Dr Monin contient cependant un assez grand nombre de formules utiles. Il renferme de plus une innovation très louable, celle d'une table dosimétrique des médicaments.

Traité de l'anémie par insuffisance de l'hématose ou hypo-hématose, par E. Maurel. 1 vol. in-8° de 350 pages. Paris, O. Doin, éditeur, 1890.

Les deux tiers de ce volume sont consacrés à l'étude du périmètre et de la conformation thoraciques à l'état normal et en dehors de toute lésion pleuro-pulmonaire. Ces pages arides servent de préambule à une étude des troubles produits chez l'enfant et l'adolescent par l'insuffisance de la respiration, laquelle peut tenir à un rétrécissement d'un point quelconque des voies respiratoires (nous engagerons à ce propos l'auteur à ne pas oublier dans une édition ultérieure les végétations adénoïdes du pharynx nasal), à une respiration vicieuse et tout particulièrement au type diaphragmatique, à une altération congénitale ou acquise de la cage thoracique diminuant sa capacité, à une altération du poumon réduisant sa surface. Après un historique où les gymnasiarques tiennent plus de place que les médecins et une description clinique qui ne brille pas par une extrême nouveauté, l'auteur expose le traitement de l'hypo-hématose dans lequel une gymnastique respiratoire fort compliquée tient une place peut-être exagérée.

Thèses des Facultés

PARIS

Contribution a l'étude des abcès pneumoniques, par Albert Frey.

La terminaison par abcès collecté est exceptionnelle dans la pneumonie. Elle s'observe surtout chez les alcooliques, les débilités, les individus qui présentent une vulnérabilité particulière des organes respiratoires (tuberculose, pneumonie antérieure, emphysème, sclérose pulmonaire, bronchite chronique, etc). Ces abcès se révèlent par le rejet de pus au dehors sous forme de vomiques. L'examen anatomique toutefois seul peut décider si ces vomiques purulentes sont bien d'origine pulmonaire ou pleurale. La pleurésie purulente enkystée (emphysème métapneumonique) offre en effet une grande tendance à s'ouvrir dans les bronches. La présence des abcès collectés au sein du parenchyme pulmonaire altéré caractérise une des formes de l'hépatisation grise (hépatisation grise avec suppuration en foyers). L'hépatisation grise avec suppuration en foyers est causée le plus souvent par infection secondaire effectuée par la voie bronchique, par le développement au sein des tissus hépatisés de nouveaux parasites, microbes ordinaires de la suppuration; mais le pneumocoque n'a pas, croyons-nous, dans la formation de ces lésions un rôle passif. Il ne prépare pas seulement le terrain en le rendant favorable à la végétation d'autres microbes pyogènes, il a sa part, même considérable, dans l'évolution suppurative.

De la chromidrose (chromocrinie partielle et cutanée de M. Le Roy de Méricourt), par Fouré.

Au point de vue historique, l'étude de la chromidrose peut être divisée en deux périodes. La première s'arrête au mémoire important de M. Le Roy de Méricourt publié en 1863 ; la seconde comprend les travaux qui ont paru depuis cette époque. Dans la première période, la pathogénie de cette affection reste dans l'ombre ; ce n'est que dans les dernières années que l'on trouve des renseignements sur ce sujet. Le système nerveux paraît être un élément pathogène important de la chromidrose. Laissant de côté les chromidroses simulées, on peut diviser cette affection en chromidrose rouge et chromidrose bleue ou noire. La coloration rouge des sueurs paraît due à la présence d'un microbe chromogène (*micrococcus prodigiosus*). La coloration bleue serait due à l'oxydation de l'indican éliminé par les glandes de la peau.

Du palper abdominal appliqué a la recherche du volume du fœtus par rapport aux dimensions du bassin (palper mensurateur), par Le Cudenner.

Si le palper abdominal était déjà connu depuis de longues années, le palper mensurateur, lui, est une acquisition nouvelle de la science. L'initiateur, ainsi que le vrai propagateur de cette méthode est M. le professeur Pinard. Il restera le plus important, pour ne pas dire l'unique moyen, de diagnostiquer l'époque à laquelle il y aurait urgence de provoquer l'accouchement dans un bassin vicié. C'est un procédé simple, le plus souvent facile, inoffensif, pas douloureux et à la portée de tous ; c'est surtout un procédé précis, sûr, et fidèle dans tous ses renseignements ; c'est à lui qu'on devra *toujours* avoir recours quand on se trouvera en présence d'un bassin rétréci par le rachitisme ; et on n'aura *jamais*, dans les derniers mois de sa grossesse, examiné une femme enceinte convenablement si on n'a pris le soin de pratiquer chez elle le palper mensurateur.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. Charles Champagne, un des internes les plus distingués de l'hôpital Saint-Denis qui vient de succomber, victime du devoir professionnel, aux suites d'une infection purulente. La ville de Saint-Denis tout entière lui a fait de solennelles obsèques.

Livres déposés au Bureau du Journal

Traité élémentaire d'anatomie médicale du système nerveux, par le Dr Ch. Féré, médecin de Bicêtre. Deuxième édition, revue, corrigée et considérablement augmentée, avec 242 figures. Un beau vol. in-8° de 650 pages. Aux bureaux du Progrès médical, 14, rue des Carmes, Paris. Prix : 10 fr.

Etudes de clinique infantile (Hospice des Enfants-Assistés) (1885-1889). Deuxième fascicule, par le Dr Sevestre. Un volume in-8° de 174 pages, avec figures. Aux bureaux du Progrès médical, 14, rue des Carmes, Paris. Prix : 3 fr.

L'asepsie et l'antisepsie à l'hôpital Bichat. Service de chirurgie du Dr Terrier (1883-1889), par M. le Dr Marcel Baudouin, ancien interne à l'hôpital Bichat. Avec une préface et deux introductions de M. le Dr Terrier. Un beau volume in-8° de 220 pages, avec 10 figures et 4 photogravures. Aux bureaux du Progrès médical, 14, rue des Carmes, Paris. Prix : 5 fr.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Imp. des Arts et Manufactures. 12 rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud.

TRENTE-HUITIÈME ANNÉE — N° 12 — 21 MARS 1891

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES SAMEDIS ET PUBLIANT TOUS LES MERCREDIS

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

BULLETIN

Paris, le 20 mars 1891.

L'enseignement clinique dans les hôpitaux de Paris. — Projet de loi relatif à l'exercice de la médecine.

Divers journaux, en particulier *le Temps* (1), ayant annoncé par une note le dernier vote de la *Société médicale des hôpitaux*, je crois devoir préciser dans quelles conditions ce vote a été émis et quelles résolutions il devra provoquer.

J'y suis d'ailleurs engagé par une lettre dans laquelle un des membres les plus autorisés de la Société veut bien m'écrire : « Il n'y a plus, je pense, aucune indiscrétion à divulguer ce qui a été fait. Nous avons voté à une belle majorité (37 voix contre 10) la proposition de M. le professeur Potain, à savoir que, pour réaliser l'enseignement clinique hospitalier, il est désirable qu'il y ait entente entre la Faculté et le corps médical des hôpitaux. » Tel est, en effet, sinon dans son texte (Voir *Mercredi médical* du 18 mars), du moins dans son esprit, le vœu émis par la *Société médicale des hôpitaux*.

Celle-ci, on ne l'a point oublié, avait été saisie de la question des réformes qu'il convient d'apporter à l'organisation des services hospitaliers et à l'enseignement médical par notre collègue M. le Dr Huchard, présentant *en séance publique et en son nom personnel* un travail qu'il avait fait paraître dans la *Revue générale de clinique et de thérapeutique*. Si la *Société médicale des hôpitaux* a cru devoir se réunir *en comité secret* pour discuter le rapport fait au sujet de cette présentation par son secrétaire général M. le Dr Rendu, ce n'est en aucune façon parce qu'elle se considérait comme officiellement chargée d'étudier une série de propositions n'intéressant que le corps hospitalier (médecins, chirurgiens et accoucheurs). C'est uniquement dans le but d'éviter que des discussions parfois un peu vives et des votes sur lesquels on pourrait être appelé à statuer de nouveau, fussent inexactement rapportés et trop tôt discutés par la presse médicale.

Les délibérations qui se sont terminées par le vote émis vendredi dernier ne peuvent donc être assimilées à celles que les médecins, les chirurgiens et les accoucheurs des hôpitaux, consultés par l'Administration de l'Assistance publique, auraient dû prendre d'un commun accord pour soumettre au Conseil de surveillance une série de vœux susceptibles de provoquer immédiatement d'importantes résolutions. La *Société médicale des hôpitaux*, société scientifique, discutant une question d'intérêt général *publiquement* soulevée par l'un de ses membres, a voulu, sans attendre que M. le Directeur de l'Assistance publique eût demandé l'avis *de tout le corps hospitalier* sur des questions précises et préalablement étudiées, bien marquer son désir de voir une réforme, que l'opinion publique réclame depuis longtemps, réalisée par l'entente de tous ceux qu'elle intéresse. C'est à ce titre que nous croyons pouvoir applaudir au vœu qui vient de terminer la discussion.

Dans un précédent numéro (*Gaz. hebd.*, p. 109), nous avons analysé le travail que M. le professeur Potain vient de faire paraître et qui expose, avec l'autorité que donne une longue expérience, tout un programme de l'enseignement clinique. Tout en rendant pleine et entière justice aux généreuses pensées qui ont dicté ce projet, tout en approuvant ses conclusions générales, nous avions fait quelques réserves. Sans revenir sur les détails de l'organisation proposée par M. Potain, nous n'éprouvons aucun embarras à déclarer que la réforme qu'il propose atteindra dans une certaine mesure l'indépendance professionnelle des médecins et des chirurgiens qui, sans appartenir à la Faculté par le titre d'agrégé, accepteraient de faire aux étudiants en médecine un cours officiel. Il est évident en effet que, pour réaliser l'enseignement méthodique et

(1) Qu'il me soit permis de déclarer, pour mettre fin à des commentaires erronés, que je suis absolument étranger à la publication de cette note et que si M. le directeur du *Temps*, auquel me rattache une ancienne et fidèle amitié, veut bien parfois me demander mon avis sur des questions d'ordre exclusivement scientifique et médical, je n'ai jamais pris part à la rédaction des comptes rendus des sociétés savantes.

progressif tel que le comprend M. Potain, tel que cherchera sans doute à l'organiser la Faculté, il faudra que chacun des maîtres qui auront l'honneur de présider à cet enseignement accepte et suive le programme indiqué par la Faculté. Il en résulte que les médecins éminents qui, par leur enseignement libre, ont su de tout temps appeler et retenir autour d'eux un grand nombre d'élèves, hésiteront peut-être avant d'accepter les fonctions que pourra leur offrir la Faculté de médecine. Mais n'est-il pas certain que, comprenant le bénéfice moral qu'elle obtiendra elle-même en s'annexant, à un titre quelconque, tous ceux que leur enseignement libre a justement désignés à l'estime publique, la Faculté de son côté tiendra à leur offrir une situation digne de leur renommée? Ce qu'il faut donc retenir du vœu émis par la *Société médicale des hôpitaux*, c'est un appel adressé à la Faculté mise en demeure dès aujourd'hui de prendre l'initiative des réformes que réclame l'opinion publique. La majorité des médecins des hôpitaux n'a voulu ni créer en face de la Faculté une école rivale, ni même reconnaître au Conseil municipal de Paris l'autorité voulue pour créer des professeurs de clinique et les rémunérer directement. Il ne lui appartenait point d'ailleurs de prendre une autre résolution. Si l'Administration de l'Assistance publique, qui seule avait qualité pour le faire, avait cru devoir demander son avis au Corps médical des hôpitaux, c'est, nous le répétons, à la *Société des médecins du bureau central*, à la *Société des chirurgiens et aux accoucheurs des hôpitaux* qu'elle se serait adressée. Aujourd'hui le vote de la *Société médicale des hôpitaux* ne peut être considéré que comme un vœu. Mais c'est à la Faculté qu'il appartient de reconnaître la signification et l'importance de ce vœu et de rédiger, dans l'intérêt des études médicales, un programme d'enseignement qui réponde aux nécessités de l'heure actuelle. Le jour où ce projet aura été rendu public, le devoir de l'Etat sera de créer les chaires nouvelles reconnues indispensables et, s'il le juge nécessaire, de réclamer à la Ville de Paris une partie des fonds indispensable pour réorganiser l'enseignement clinique hospitalier.

La Chambre des députés vient de commencer la discussion du projet de loi sur l'exercice de la médecine, si longtemps ajournée et qui paraît enfin, après la déclaration d'urgence obtenue par M. le Dr Chevandier, sur le point d'être votée. *La Gazette hebdomadaire* a si souvent (voir 1890, p. 85, 97, 312) commenté les diverses propositions présentées par le Comité consultatif d'hygiène et par la commission parlementaire, qu'il nous paraît inutile d'analyser la discussion qui vient d'avoir lieu. Bornons-nous donc à signaler l'importance des déclarations faites par M. le ministre de l'Instruction publique. Aux applaudissements de la Chambre, M. Bourgeois s'est engagé à maintenir l'existence des Ecoles secondaires de médecine et à faire en sorte que les élèves « y seront retenus pendant tout le temps de leurs études ». Un jury de faculté devra se transporter auprès d'elles pour y faire passer les examens. Nous avons lu plusieurs fois, à *l'Officiel*, le texte des paroles prononcées par M. le ministre de l'Instruction publique et nous avouons que, tout en continuant à approuver le maintien des Ecoles secondaires et la création d'un jury d'Etat ambulant, nous ne comprenons plus par quels procédés on espère arriver à réorganiser l'enseignemen médical dans les Ecoles secondaires de façon à permettre à leurs élèves de ne jamais « se dépayser ». Une autre promesse faite par M. le ministre, celle d'ouvrir une enquête près des Facultés de médecine pour savoir si la création d'un diplôme de docteur ès sciences médicales doit être adoptée, nous a également surpris. Cette enquête a été faite il y a quelques années. Et nous en avons longuement exposé les résultats, consignés dans une série de rapports publiés par le ministère de l'Instruction publique. Faudra-t-il donc recommencer incessamment de nouvelles études sur les mêmes projets? Nous préférons penser que M. le ministre n'a voulu qu'affirmer aux auteurs des divers amendements sa sympathie et son bon vouloir.

Quoi qu'il en soit, les 6 premiers articles du projet de loi ont été votés à l'heure où nous écrivons. Il en résulte que le grade d'officier de santé est supprimé; que les officiers de santé actuellement en exercice continueront à exercer la médecine, mais resteront soumis à l'obligation de se faire assister par un docteur en médecine dans les grandes opérations; qu'un règlement d'administration publique déterminera les conditions dans lesquelles un officier de santé pourra obtenir le grade de docteur en médecine; que l'exercice de la profession de dentiste sera interdit à toute personne non munie du diplôme de docteur en médecine, d'officier de santé, ou d'un brevet de dentiste délivré par le gouvernement; enfin qu'en aucun cas les dentistes qui ne seront ni docteurs en médecine, ni pourvus du brevet de capacité, n'auront le droit de pratiquer l'anesthésie. M. le doyen Brouardel, commissaire du gouvernement, a fait voter par la Chambre ces dernières dispositions, qui différaient du texte proposé par la commission parlementaire.

L. Lereboullet.

REVUE GÉNÉRALE

De l'audition colorée.

Certaines personnes, en entendant un bruit, perçoivent en plus du son une couleur; on dirait que chez elles l'excitation du nerf acoustique est transmise à deux centres nerveux destinés à la perception, l'un des sons, l'autre des couleurs. Chez ces individus, chaque sensation acoustique : bruits, sons musicaux ou voix, peut se traduire par une couleur; il y a alors *audition colorée*.

Un *bruit* quelconque détermine en général une image colorée qui est sombre, grise ou brune, indéterminée pour ainsi dire comme l'excitation sonore qui l'a produite. C'est ainsi que le bruit du canon au loin n'éveille guère qu'une sensation lumineuse sans couleur. Mais, dès que le bruit est intense, la couleur paraît plus claire, sans cependant changer de nuance; s'il devient sifflant et de plus en plus aigu, la sensation chromatique passe tour à tour par le jaune, le gris et le bleu, suivant la cause qui l'a produite (Baratoux). Un sujet observé par Ughetti voyait passer du rouge sombre au rouge le plus vif l'image résultant du sifflet des bateaux à vapeur dont le timbre était aigu et métallique, et du rouge au blanc celle provenant du sifflet des locomotives. Dans ces cas, si la couleur n'est plus unique cela tient à ce que les sif-

flets des machines offrent une grande variation dans leurs modulations. Nüssbaumer encore rapporte qu'une personne percevait une couleur d'autant plus claire que le mouvement de la voiture qui impressionnait ses oreilles était plus rapide. Ici encore le changement de la teinte colorée tenait à une modification du bruit. Enfin, Théophile Gautier, analysant les sensations que lui avait fait éprouver une absorption de haschisch, écrit: « Mon ouïe s'était prodigieusement développée :j'entendais le *bruit des couleurs*. Des sons verts, rouges, bleus, jaunes m'arrivaient par ondes parfaitement distinctes. »

L'influence des *sons musicaux* est plus accusée que celle des bruits vulgaires; elle est aussi plus complexe. Parmi les facteurs principaux qui agissent alors dans la production de la couleur, on note le timbre, la hauteur et l'intensité du son. Tandis que le timbre ne semble pas agir chez tous les sujets, l'intensité et la hauteur du son possèdent toujours un rôle important dans la genèse du phénomène : la première accentue, précise la couleur, l'image devient d'autant plus nette que l'intensité du son augmente; la seconde rend l'image plus claire. L. Hoffmann, dans un ouvrage publié à Halle en 1786, attribue des couleurs aux sons des instruments; le son du violoncelle est bleu indigo, du violon bleu d'outremer, de la clarinette jaune, de la trompe rouge vif, de la flûte rouge kermès, du hautbois rouge rose, du cor de chasse pourpre, du flageolet violet. Les couleurs perçues varient avec les personnes; ainsi un compositeur du nom de Joachim Raff, entre autres teintes attribuées à des sons d'instruments, accordait le bleu d'azur intense à la flûte, le jaune au hautbois, le gris noir au flageolet (Bleuler et Lehmann).

La plupart des sujets se contentent d'accuser des teintes sombres pour les notes graves, claires pour les sons aigus, moyennes pour les notes intermédiaires. Parfois aussi chaque note de la gamme éveille une couleur propre, d'autant plus brillante que la note est plus élevée et d'autant plus sombre qu'elle est plus basse. La nuance toutefois passe de l'une à l'autre d'une manière presque insensible. Ainsi une note diésée est plus brillante que la note naturelle; la note bémolisée est au contraire plus sombre, sans, par suite, qu'il y ait de différence appréciable entre les images colorées de *do* dièse et *ré* bémol, par exemple.

Un accord parfait provoque des mélanges colorés parfaitement fondus, tandis que dans un accord dissonant certaines couleurs prédominent.

Les tons proprement dits n'ont pas généralement d'action sur la coloration de l'image. D'ordinaire on ne constate pas de différence sensible entre les deux tons majeur et mineur d'un même degré de la gamme, pas plus qu'entre un ton donné et ses divers relatifs majeurs et mineurs. Un morceau de musique transposé d'un ton dans un autre devient simplement plus brillant, si le nouveau ton est plus élevé, plus sombre dans le cas contraire. Chez le malade de Pedron toutefois l'accord parfait de *fa* majeur éveillait une image jaune, tandis que celui de *la* mineur donnait une teinte violette.

Enfin, pour certaines personnes, la même mélodie jouée successivement sur plusieurs instruments de timbres variés ne conserve pas la même couleur, mais prend les teintes caractéristiques des timbres des divers instruments.

A la *voix* surtout revient le pouvoir d'éveiller de fausses sensations des couleurs, principalement lorsqu'elle est émise avec une certaine force. Le plus grand nombre des sujets se contente alors d'accuser une teinte sombre pour les voix de basse, brune ou marron pour les voix moyennes, claire pour les voix aiguës de soprano, la teinte variant progressivement avec le degré d'élévation de la voix. C'est là couleur bleue que l'on trouve le plus fréquemment, puis le jaune et le rouge; les voix vertes sont rares. En général, pour chaque voix les variations dans la teinte fondamentale sont dues aux voyelles qui produisent une sensation colorée, d'autant plus brillante qu'elles sont plus élevées dans la série des harmoniques, Ainsi l'*u* produit la couleur la plus sombre, l'*i* et l'*é* les colorations les plus éclatantes, l'*a* et l'*o* des teintes intermédiaires. La couleur propre de chaque voyelle varie, il est vrai, suivant les personnes. Dans son fameux sonnet, Verlaine écrivait :

A noir, E blanc, I rouge, V vert, voyelles...

Sachs par contre, voyait l'*a* rouge vermillon, l'*e* rose, l'*i* blanc, l'*o* orange, l'*u* blanc, et l'on pourrait citer d'autres exemples différents. Quant aux diphthongues, tantôt elles ont une couleur propre : ainsi *ou* est bleu marine ou café, *eu* est jaune; tantôt, quand leur son se traduit par celui d'une voyelle simple, ainsi *ai*, *ei*, *ay*, *ey*, elles fournissent la même couleur que cette dernière. Les consonnes enfin n'ont généralement aucune influence, ou du moins ne réveillent, sauf chez quelques sujets extrêmement sensibles, que des teintes grisâtres, indécises, peu accentuées. Certaines cependant, ainsi l'*s*, modifient la teinte des voyelles précédentes en lui donnant un reflet métallique; d'autres l'épaississent ou l'éclaircissent.

Toutes les lettres ne sont pas actives chez toutes les personnes qui présentent le phénomène de l'audition colorée; quelques-unes seulement éveillent l'idée d'une couleur et par suite donnent aux syllabes et aux mots leur couleur spéciale. Cette dernière est indépendante de la signification des mots; ainsi deux synonymes offrent une teinte différente; le nom d'une couleur véritable n'en prend nullement la teinte. Cependant certains sujets attribuent des couleurs aux chiffres que l'on prononce devant eux. Par exemple 1 est noir, 2 gris bleu, 3 jaune, 4 gris légèrement jaune, 5 chocolat foncé, 6 carmin, 7 bleu, 8 rouge rosé, 9 blanc, 0 jaune. Les nombres composés éveillent une couleur qui résulte de l'assemblage de celles fournies par les chiffres composants. Ainsi 367 est jaune, carmin et bleu. Mais lorsque le nombre est composé d'un chiffre suivi d'un ou de plusieurs zéros, la couleur du premier chiffre apparaît seule, quelquefois teintée de jaune. Ainsi 10 est noir, comme 1; 9, 90 et 900 sont blancs. D'autres personnes donnent encore des couleurs aux noms propres, aux jours de la semaine, aux mois de l'année.

Enfin un observé de A. de Rochas (1), qui parlait plusieurs langues, prétend avoir remarqué que celles-ci doivent leur teinte générale aux sons qui s'y représentent le plus fréquemment. L'allemand, où dominent les consonnes, est pour lui gris-souris, l'anglais gris presque noir, le français gris tournant vers le blanc, l'espagnol est coloré en jaune et en carmin avec teintes vives papillonnantes et à reflets métalliques; l'italien est jaune, carmin et noir avec teintes douces plus harmonieuses.

Une particularité du phénomène de l'audition colorée, dont il est difficile de se rendre compte quand on ne l'éprouve pas soi-même, c'est la localisation de la sensation colorée. En effet tel individu prétend que la lettre *i* par exemple prononcée devant lui éveille dans son cerveau une sensation identique à celle qu'il éprouverait si au lieu de *i* on disait le mot « rouge ». Cette personne n'extériorise pas sa sensation colorée. Par contre, tel autre sujet perçoit une image colorée autour des cordes d'une guitare que l'on pince; tel autre voit s'élever au-dessus du piano l'image colorée produite par le son de

(1) *La Nature*, 1885, n° 626, p. 406.

l'instrument. Celui-ci dans un chant voit une foule de couleurs qui éclatent comme des points autour de la tête des choristes. Il y a donc alors extériorisation de la sensation ; mais alors par quelle voie ? par l'appareil optique ou par l'appareil auditif ? La réponse est encore douteuse. Sans doute, si le sujet regarde la personne qui chante ou l'instrument qui vibre, l'extériorisation peut sembler se faire suivant la direction des éléments rétiniens ; elle se présente en effet sous forme d'atmosphère chromatique au-dessus du chanteur ou de l'instrument. Mais si le sujet regarde dans une direction opposée, la sensation est la même ; le siège de la couleur semble encore être là où le son retentit. L'œil ne serait donc pour rien dans le phénomène, qui intéresserait l'appareil de l'audition ?

Tels sont les faits d'observation relatifs à l'audition colorée ; avant d'en chercher une explication, en raison même de leur étrangeté, il est indiqué d'insister sur leur réalité. A ce propos, le Dr Suarez de Mendoza (1) écrit qu'on ne peut plus mettre en doute la bonne foi et la sincérité des sujets, vu le grand nombre des faits observés (134), l'analogie qu'ils présentent entre eux, malgré les différences de temps, de lieu, des observations ; les diversités de constitution, de tempérament, d'éducation, d'habitudes, des personnes observées, et l'ignorance complète que la plupart avaient de cas semblables. A citer encore comme garantie de bonne foi, la position des sujets, dont plusieurs étaient médecins, avocats, ingénieurs, musiciens ; la surprise de plusieurs en apprenant que ces phénomènes n'étaient pas éprouvés par tout le monde.

Dans son travail tout récent, le Dr Suarez de Mendoza, après avoir critiqué les explications proposées par ses devanciers, conclut que les phénomènes d'audition colorée dépendent : tantôt d'une association d'idées datant de la jeunesse, développée d'une manière consciente ou inconsciente, et dans cet ordre il range les faits de coloration des jours de la semaine, des mois..., tantôt d'un travail cérébral ou psychique dont la nature intime nous échappe, mais qui aurait une certaine analogie avec l'hallucination. Cette opinion se rapproche de celles émises par Perroud (2), Kaïser (3) et Schenkl (4). Perroud voit dans le phénomène de l'audition colorée le résultat d'une simple association d'idées indépendante de toute lésion matérielle, et cette association d'idées est admise par les deux auteurs allemands.

A côté de cette explication d'ordre purement psychique doivent trouver place des explications plus physiologiques proposées tout au moins à titre d'hypothèses par divers auteurs. Cornaz (5) considère l'audition colorée comme un trouble visuel, une sorte d'*hyperesthésie du sens des couleurs ;* ce serait un trouble pathologique, dû à quelque lésion oculaire, trouble voisin du daltonisme (Wartmann) (6), que le Dr Marcé (7), dans sa thèse d'agrégation sur les altérations de la sensibilité, classe entre le daltonisme et l'anorthopsie. Pour Lussana (8) l'origine de la notion des sons et celui de la perception des couleurs résident dans deux circonvolutions contiguës et, chez les personnes douées de l'audition colorée, il existe une anastomose entre ces deux centres. C'est à peu près l'opinion admise par Nuel (1).

D'après ce dernier, les vibrations sonores sont conduites par le nerf optique au centre acoustique ; tant qu'elles ne dépassent pas un certain degré d'excitation, elles se localisent au centre ; mais si celles-ci deviennent plus fortes, elles s'irradient dans les centres voisins qui répondent à l'excitation primitive par une sensation variable avec la partie cérébrale irritée ; c'est ainsi que le centre chromatique pouvant être impressionné, le sujet aura une perception chromatique analogue à celle due à une excitation directement transmise par le nerf optique. Tandis que Pouchet et Tourneux (2) émettent l'hypothèse que certaines fibres nerveuses de l'acoustique aboutissent après un trajet anormal aux centres d'arrivée des fibres optiques, Pedrono (3), Baratoux (4), de Rochas (5), P. Raymond (6), acceptent l'existence de connexions entre les centres cérébraux. L'impression subie par l'expansion terminale du nerf aucoustique ne serait pas portée directement au centre optique par les fibres hypothétiques anormales de Pouchet et Tourneux, elle y arriverait après avoir traversé le centre auditif, grâce à une simple irradiation (Nuel) ou à une transmission par des fibres commissurales (Baratoux, Raymond).

A l'appui de sa manière de voir, Baratoux rappelle que l'on a signalé des transmissions analogues de l'ébranlement nerveux entre les divers centres sensoriels. Qu'on expose des tableaux colorés à une distance telle qu'on ne puisse apercevoir les couleurs qu'avec peine ; si l'on fait entendre un son, les paroles deviennent d'autant plus vives que les sons sont plus élevés. De même l'œil peut lire, au moment de la perception du son, des caractères qu'il ne pouvait d'abord déchiffrer. On observe une influence analogue sur les sens du goût et de l'odorat ; une excitation de l'oreille provoque une exagération de la saveur ou de l'odeur. Réciproquement, les perceptions visuelles augmentent l'ouïe ; le tic-tac de la montre est mieux entendu lorsque les yeux sont ouverts. La vision de certaines couleurs (rouge, vert, bleu et jaune) produisait pour des musiciens de l'opéra de Vienne une élévation du son, tandis que le violet l'abaissait (Urbantschitsch) (7). Enfin la lumière et certaines couleurs influencent aussi les sens de l'odorat, du goût, du toucher, et réciproquement l'excitation directe de ces sens réagirait sur la vision ; toutes observations qui sont à rapprocher de celles faites par Ferré (8) sur l'action dynamogène des sensations.

Rapprochant toutes ces fausses sensations, Suarez de Mendoza les classe en : 1° visuelles (pseudo-photesthésie = πσευδη, fausse, αισθησις, sensation, φως, lumière) ; — 2° auditives (pseudacouesthésie = ακουσμα, son) ; — 3° olfactives (pseudo-sphrésesthésie = οσφρησις, odorat) ; — 4° gustatives (pseudo-gousesthésie = γευσις, goût) ; — 5° tactiles (pseudo-apsiesthésie = αψις, tact). Puis, comme chacune de ces fausses sensations peut être éveillée par des perceptions premières, soit objectives, soit idéales, l'on est en droit d'admettre une série de sous-classes. C'est ainsi que la pseudo-photesthésie, suivant que l'excitation première entre par l'oreille, l'odorat, le goût et le toucher, serait dite d'origine : optique (vision colorée), acoustique (audition colorée), olfactive, gustative, et tactile ; enfin la

(1) L'Audition colorée, étude sur les fausses sensations secondaires physiologiques, Paris, 1890.
(2) *Mém. de la Soc. des sc. méd. de Lyon*, 1863, p. 37.
(3) *Compendium de physiol. optik.*, Wiesbaden, 1872, p. 197, et *Knapp's Arch. f. Augenheilkunde*, octobre 1881, p. 96.
(4) *Prager med. Wochenschr.*, 1881, n° 48.
(5) *Des abnromités congénitales des yeux et de leurs annexes*, Lausanne, 1848, p. 149.
(6) *Deuxièm emémoire sur le daltonisme*, Genève, 1849, p. 16.
(7) Thèse d'agrégation, Paris, 1860.
(8) *Fisiologia dei colori*, Padoue, 1873.

(1) *Rétine. Dict. encycloped.*, 83e volume, p. 24.
(2) *Pièces d'histologie humaine et d'histologie*, 1878, p. 1. 329.
(3) *Annales d'ocutistique*, 1882, 2e semestre p. 224 et loco-citato.
(4) *Revue de laryngologie*, 1883, n° 3, p. 65 et loco-citato.
(5) *La nature*, 1885, p. 274, 306 et 406.
(6) *Gaz. des hôpitaux*, 1889, n° 74, p. 600.
(7) *Deutsch. med. Wochensch.* 1888, n° 44. *Bulletin médical*, 1889, n° 3.
(8) *Soc. de biologie*, 24 juillet 1886.

fausse sensation visuelle peut encore résulter d'une excitation purement psychique.

Faut-il voir dans tous ces phénomènes et en particulier dans l'audition colorée, le plus fréquent de tous, un pas en avant dans l'évolution de l'organisme humain ? Il est aussi difficile de l'affirmer que de le nier, cependant *a priori* il répugne d'admettre comme un progrès ce qui nous paraît n'être encore qu'une confusion d'actes physiologiques normalement distincts.

H. Nimier.

TRAVAUX ORIGINAUX

Cystite bactérienne primitive, par le Dr P. Haushalter, chef de clinique médicale à la Faculté de Nancy.

Lorsque la cystite aiguë ne reconnaît point pour origine une des causes ordinaires qui lui donnent naissance, telles que blennorrhagie, calculs, tubercules, traumatisme, etc., elle est dite primitive, ou bien, si les conditions où elle s'est produite s'y prêtent, on la désigne sous le terme de cystite *a frigore*, cystite rhumatismale : cependant la cystite aiguë primitive, se développant dans une vessie antérieurement saine, est un fait si exceptionnel, que l'on ne se résout à l'admettre que si un examen minutieux du malade autorise à éliminer toutes les circonstances qui appellent le catarrhe vésical. Un cas de ce genre que nous observions récemment à la clinique de notre maître, M. Spillmann, s'offrait avec un tel cortège de symptômes : fièvre élevée, phénomènes nerveux, etc., que l'idée d'une maladie infectieuse nous vint à l'esprit; l'examen bactériologique des urines nous ayant permis d'y découvrir une bactérie pathogène, nous avons cru intéressant de rapporter l'observation ainsi que les recherches auxquelles elle nous conduisit.

Observation. — F... Catherine, 42 ans, femme de ménage: vigoureuse, bien constituée, n'a jamais eu de maladie; son père est mort à 70 ans, sa mère est morte en couches; elle a plusieurs frères et sœurs, tous bien portants; réglée depuis l'âge de 14 ans, elle l'a toujours été d'une façon périodique; mariée depuis 20 ans, elle a eu 5 enfants, dont l'un est mort de diarrhée.

Le 20 novembre 1890, sans cause connue, elle fut prise presque subitement d'envies fréquentes d'uriner; en même temps elle éprouva des frissons, du malaise, et fut obligée de s'aliter; pendant 5 jours, à chaque miction, elle rendit un peu de sang; les mictions étaient très douloureuses, surtout à la fin, et se répétaient presque toutes les dix minutes; dans l'intervalle la malade éprouvait dans le bas ventre des douleurs qui s'irradiaient jusqu'à la région lombaire.

Elle entre le 2 *décembre* à la clinique de M. le professeur Spillmann.

2 *décembre* 1890. — La malade, femme de constitution robuste, se plaint d'une céphalée frontale atroce, qui l'empêche de supporter la lumière du jour.

La température est de 38°,4 le matin, de 39°,8 le soir; le pouls est à 90, assez dépressible.

La malade urine toutes les demi-heures environ, mais avec moins de douleur qu'au début; elle éprouve au-dessus du pubis une douleur profonde qui s'exagère à la pression et s'irradie dans le dos; les urines, dont la quantité est de 1200 cc. pour les 24 heures, et la densité de 1010, après repos dans un vase, sont claires et laissent déposer une couche mince de globules de pus; elles ne renferment pas de sang; on y découvre par la chaleur des traces d'albumine, leur réaction est légèrement acide; elles n'ont aucune odeur spéciale.

La pression du canal de l'urèthre ne fait pas sourdre de pus; le vagin est de coloration normale; seul le col de l'utérus est un peu volumineux et rouge; entre les lèvres du col coule une goutte de pus blanchâtre; dans ce pus, l'examen bactériologique ne permet pas de découvrir de gonocoques; du reste la malade n'a eu antérieurement aucun symptôme de vaginite; son mari, interrogé et examiné par nous, n'a pas eu de blennorrhagie depuis son mariage; elle n'est pas enceinte, et ne l'a pas été depuis plusieurs années. Le toucher vaginal ne révèle rien d'anormal dans le corps de l'utérus ou ses annexes.

Langue étalée, recouverte d'un enduit épais, blanc crayeux; anorexie, soif vive, nausées; constipation; la malade est du reste habituellement constipée. Bruits du cœur nets. Obscurité du son de percussion aux deux bases du thorax, surtout à droite; diminution du bruit respiratoire au même niveau; bouffées de râles sous-crépitants fins à la base droite. Jusqu'à présent la malade n'a subi aucune médication.

3 *décembre.* — T. m. 39°,4. — T. s. 38°,8. — Même état général; céphalée de plus en plus intense; même état de la vessie et des urines. Régime lacté. Salol à l'intérieur.

4 *décembre.* — T. m. 37°. — T. s. 37°,4.— Les douleurs à la miction diminuent; le dépôt purulent des urines ne forme plus qu'une mince couche tapissant le fond du bocal. La percussion et l'auscultation révèlent en arrière une respiration normale.

7 *décembre.* — La température demeure normale. Les envies d'uriner se montrent encore toutes les demi-heures, ou même toutes les heures; mais la douleur à la miction est moins intense; cependant la malade ne peut encore marcher. Céphalée persistante; langue blanche; anorexie.

Entre le 8 *et le* 11 *décembre.* — La température un peu hyponormale oscille entre 36°,4 et 35°,8, pour, le 12, revenir à 37°. Le dépôt purulent des urines n'existe plus qu'à l'état de traces; les urines contiennent des vestiges d'albumine.

Le 11, les douleurs à la miction ont considérablement diminué; mais la céphalée persiste encore, et l'appétit ne renaît pas.

14 *décembre.* — Les douleurs à la miction ont reparu en partie, ainsi que les fréquentes envies d'uriner; les urines contiennent de nouveau un peu de pus; la température est normale. Injections boriquées tièdes intra-vésicales; capsules de térébenthine.

Jusqu'à la *fin de décembre*, les douleurs à la miction durent encore, mais vont en diminuant; le 20 cependant, les urines, limpides, sont normales et ne contiennent plus ni pus, ni albumine; la céphalée s'atténue, l'appétit est faible, la constipation persiste; les bruits du cœur sont mollement frappés, le pouls petit, et la malade lorsqu'elle se lève a des tendances à la syncope.

Au *début de janvier*, l'état général se remonte, l'appétit reparaît, les couleurs renaissent, et le 7 janvier la malade quitte la clinique, ne présentant plus aucun trouble vésical, ni aucune modification des urines.

Examen bactériologique des urines. — Les urines destinées aux recherches bactériologiques étaient recueillies, après lavage du méat au savon et à l'alcool, à l'aide de sondes en verre stérilisées à l'étuve et bouchées à l'ouate; ces sondes étaient conservées dans des tubes stérilisés bouchés à l'ouate, et n'en étaient sorties qu'au fur et à mesure des besoins; lorsque la sonde avait été introduite dans la vessie, et mise en communication par son extrémité libre avec un ballon stérilisé, le bouchon d'ouate qui fermait l'orifice d'écoulement était enlevé.

Sur des lamelles faites avec de l'urine de notre malade recueillie le 4 décembre et le 15 décembre, nous avons décelé, après coloration au violet de gentiane, des bâtonnets analogues à ceux que nous avons reproduits par la culture : ces bâtonnets étaient d'ailleurs assez rares dans chaque préparation.

Culture avec l'urine. L'urine de la malade examinée le 4 décembre et le 15 décembre nous a donné, en culture pure, un microbe identique à lui-même.

Culture sur gélose inclinée. Croissance rapide le long de la strie; le lendemain de l'ensemencement, traînée blanche papuleuse; les jours suivants bande blanche, papuleuse, humide, à bords circinés; au bout de quelques jours, à l'étuve à 37°, la culture finit par couvrir la surface de gélose d'une membrane blanche, lisse, s'enlevant par fins lambeaux avec le fil de platine.

Culture sur gélatine. En stries sur gélatine inclinée, à la

température de la chambre (16°-18°), croissance assez rapide; s'arrête au bout de 8 jours; à ce moment, surface oblongue en forme de massue, d'un blanc nacré, lisse, à bords circinés.

En piqûre, au bout de 8 jours l'aspect de la culture est le suivant : à la surface, petite plaque arrondie, lisse, nacrée; le long de la piqûre, développement en divers sens de petites dentelures à extrémité arrondie; pas de liquéfaction, ou de modification de la gélatine.

Culture dans bouillon. Dans le bouillon peptonifié, le développement est rapide; le second jour le bouillon est trouble.

Culture sur pomme de terre. Sur pomme de terre, la culture, d'abord d'un gris sale, devient bientôt d'un gris brun : au bout de 8 jours, la surface de la pomme de terre est recouverte d'une couche d'un brun sale peu saillante.

Culture dans urine. Ensemencé dans de l'urine normale, dénuée de germes, le microbe se développe bien; le lendemain, l'urine est trouble; 3 jours après l'ensemencement elle rougit encore faiblement le papier de tournesol; 4 jours après l'ensemencement elle est neutre; 8 jours après elle est très légèrement alcaline.

De l'urine de la malade recueillie aseptiquement le 15 décembre, et laissée à la température de la chambre, offre 15 jours après l'aspect d'une urine normale; elle est inodore, de réaction neutre; ensemencée sur gélose elle donne encore naissance au microbe décrit; près de 2 mois après avoir été mise en ballon, cette urine nous donne encore des cultures pures et typiques du microbe.

Morphologie du microbe. Bâtonnets de longueur variable; les uns, les plus longs, assez rares, un peu plus petits qu'un bacille tuberculeux; les autres courts, trapus; d'autres intermédiaires; extrémités arrondies; apparence homogène, sauf quelques-uns les plus longs, présentant, à leur milieu, une zone plus claire, sorte d'étranglement; outre les bâtonnets gros éléments ovoïdes, et éléments arrondis (spores), dans les vieilles cultures : mouvement d'oscillation et de translation.

Le microbe se colore bien au violet de gentiane.

Expériences sur les animaux.—A. *Inoculation du microbe dans le sang.* — Le 8 décembre inoculation dans la veine de l'oreille d'un lapin d'une seringue de Koch de bouillon de culture datant du 4.

Le 9, le lapin est inerte.

Le 10, diarrhée.

Le 11, diarrhée et quelques convulsions.

Le 12, mort.

A l'autopsie on trouve la rate, le foie volumineux, le cœur dilaté; des cultures faites avec le sang et le foie donnent naissance au microbe primitif.

B. *Inoculation du microbe sous la peau.* — 1° Le 19 décembre, inoculation dans l'oreille d'un lapin de 1 cc. d'eau distillée dans laquelle a été agitée une petite parcelle de culture grosse comme un grain de mil.

Le 20, l'oreille est injectée, tombante, ecchymotique, œdémateuse; puis les jours suivants, elle devient noire, se sèche; un sillon d'élimination se forme, l'oreille tombe le 1er janvier; l'animal cesse de grandir, et succombe le 25 janvier; les organes ne présentent rien d'anormal; des milieux nutritifs ensemencés avec les viscères restent stériles.

2° Inoculation dans l'oreille d'un lapin adulte de 1/2 cc. d'eau distillée, où a été délayé un petit fragment de culture : au point d'inoculation se forme un petit abcès gros comme un pois; l'animal se remet.

C. *Inoculation du microbe sur une muqueuse.* — Le 1er janvier, un fil de platine chargé de culture datant du 3 décembre, est introduit dans le vagin d'une lapine; le lendemain, la vulve et la muqueuse de l'entrée du vagin sont rouges, injectées, recouvertes de mucosité purulente; au bout de quelques jours, la guérison se fait.

D. *Inoculation sous la peau de culture filtrée.* — Nous avons vérifié chaque fois, par ensemencement, si les cultures filtrées sur porcelaine sous pression étaient privées de microbes.

1° Le 17 décembre, un fragment de culture, recueilli sur gélose, est mélangé à de l'eau distillée; le liquide, après filtration, est injecté à la dose de 1 cc. dans le tissu cellulaire de l'oreille d'un lapin adulte; le lendemain, le lapin est mort; à l'autopsie, nous trouvons le foie bourré de tumeurs à coccidies; la mort est-elle attribuable à ces tumeurs ou à l'inoculation? Ou plutôt l'inoculation n'a-t-elle pas déterminé la mort chez un lapin dont le foie malade n'était plus à même de détruire les poisons en circulation?

2° Le 19 décembre, injection dans le tissu cellulaire de l'oreille d'un jeune lapin de 1 cc. de bouillon de culture filtré, et privé de germes; pendant plusieurs jours, l'oreille reste œdémateuse, injectée.

3° Le 28 décembre, un fragment de culture, pris sur gélose, est agité un instant dans 1 cc. d'eau distillée; le liquide, après infiltration, est inoculé dans le tissu de l'oreille d'un lapin adulte. Le 1er janvier, l'oreille est épaisse, œdémateuse, un peu bleuâtre; le 2 janvier, l'oreille toujours lourde, tombante, est incisée; les tissus ont l'apparence un peu lardacée, mais ne contiennent pas de pus; un ensemencement fait avec la sérosité de l'oreille, demeure stérile. L'empâtement de l'oreille persiste quelques jours encore, puis disparaît.

Des lapins témoins, inoculés dans le tissu de l'oreille avec des quantités égales d'eau distillée stérilisée, n'ont rien présenté d'anormal.

E. *Inoculation d'urine sous la peau.* — 1° Le 1er janvier, une parcelle de culture est introduite dans un petit ballon d'urine normale recueillie aseptiquement et privée de germes, et elle y est laissée 3/4 d'heure; puis l'urine est filtrée sur porcelaine, sous pression, et le liquide est injecté à la dose de une 1/2 seringue de Koch dans le tissu de l'oreille d'un lapin adulte. Le 2 janvier, l'oreille est un peu œdémateuse à l'endroit injecté; les vaisseaux, vus par transparence, sont plus saillants et plus dilatés qu'à l'état normal.

2° Le 2 janvier, une parcelle de culture est laissée pendant cinq heures dans de l'urine normale; l'urine filtrée est injectée à la dose de 1 cc. dans le tissu de l'oreille d'un lapin adulte; le 3, l'oreille est un peu épaisse, moins transparente, injectée; cet état dure plusieurs jours.

3° Un lapin, dans l'oreille duquel a été injectée une culture filtrée du microbe, ensemencée huit jours auparavant dans de l'urine, n'a pas présenté une réaction locale plus marquée que les lapins inoculés après filtration, avec des urines laissées en contact quelques heures seulement avec des cultures.

Quatre lapins témoins, inoculés dans l'oreille, trois d'entre eux avec de l'urine fraîche aseptique, et le quatrième avec de l'urine aseptique conservée en ballon stérilisé depuis le 12 mars 1890, n'ont présenté aucune réaction au point d'inoculation.

F. *Inoculation dans la vessie de cultures du microbe ou de cultures filtrées.* — Il est important, pour ce qui concerne la vessie du lapin, de ne point considérer comme pathologique ce qui est normal : distendue par l'urine, la vessie peut être mince et transparente comme une séreuse; lorsqu'elle est revenue sur elle-même, ses parois paraissent épaissies, et sa muqueuse semble boursouflée, végétante; mais à cet état de rétraction, elle peut, lorsqu'on l'étale, reprendre sa minceur et sa transparence. D'autre part, l'urine normale du lapin est souvent jaune, trouble : à première vue, elle peut sembler purulente, alors qu'elle est simplement rendue opaque par des sels, le carbonate de chaux en particulier.

Les injections dans la vessie du lapin étaient faites à l'aide de sondes en gomme stérilisée, auxquelles nous ajustions une seringue de Koch.

1° Le 5 décembre, inoculation dans la vessie d'un lapin mâle adulte de deux seringues de Koch de bouillon de culture récent.

Le lapin reste 24 heures sans uriner et sans manger.

Le 7, l'animal a le poil un peu hérissé, il a uriné.

Le 9, il est sacrifié : l'urine recueillie dans la vessie est troublée par des cristaux de carbonate de chaux; elle ne contient ni pus ni albumine; ensemencée sur gélose, elle demeure stérile; la vessie examinée sur coupes histologiques est normale; nous n'y décelons point de bactéries.

2° Le 15 décembre, injection dans la vessie d'un lapin de deux seringues de Koch d'urine recueillie aseptiquement chez la femme malade; un autre lapin est inoculé dans la vessie avec la même quantité d'urine normale. Le 18, les deux lapins bien portants sont sacrifiés; leurs vessies revenues sur elles-mêmes sont épaisses, mais, étalées sur du liège, elles présentent le même aspect normal et la même minceur.

3° Le 19 décembre, injection dans la vessie de deux lapins mâles de bouillon de culture filtrée; le 22 décembre, les lapins bien portants sont tués; leur vessie a l'aspect normal au microscope.

4° Le 2 janvier, dans la vessie d'un lapin mâle, nous introduisons par l'urèthre dans la vessie un fil de platine chargé de culture; le fil est retourné plusieurs fois, puis retiré. Dans la vessie d'un lapin témoin, le fil de platine stérilisé est introduit simplement dans la vessie, et retourné plusieurs fois. Le 3 janvier, la *muqueuse uréthrale du premier est rouge, injectée, tuméfiée;* dans la suite les deux animaux n'ayant présenté aucune modification de leur santé, ont été laissés en vie.

5° Le 20 janvier, dans la vessie d'un lapin mâle, nous injectons 2 cc. d'eau distillée où a été délayé un fragment de culture, puis la verge est liée; à un autre lapin témoin, l'urèthre est simplement lié sans injection préalable.

Au bout de douze heures, les ligatures sont levées; la verge est violemment congestionnée, œdémateuse; mais les animaux ne semblent pas malades, ils mangent et urinent. Le 23, les lapins sont sacrifiés; leur vessie revenue sur elle-même se laisse étaler; leur aspect est semblable; elles ne contiennent pas de pus; l'urine du premier, ensemencée, donne une culture pure du microbe inoculé.

La morphologie du microbe dont nous venons d'énumérer les caractères, ses propriétés biologiques, les modalités de son action pathogène, nous permettent de l'assimiler à la bactérie de la vessie, décrite sous des noms divers par Clado (bactérie septique de la vessie) (1), par Albarran et Hallé (bactérie pyogène de la vessie) (2), par Doyen (bacillus urinæ mollis) (3); c'est presque exclusivement chez des *urinaires* que ces auteurs ont recherché leur bactérie et qu'ils l'ont rencontrée, isolée ou associée à d'autres espèces microbiennes : a-t-elle été trouvée dans la vessie de malades atteints de cystite primitive idiopathique? Nous l'ignorons : en tout cas le fait n'est indiqué nulle part en termes précis.

Les auteurs cités attribuent à l'action de cette bactérie pyogène la majeure partie des accidents que l'on observe chez les urinaires, cystite purulente, pyélonéphrite suppurée, abcès urineux, phénomènes généraux.

Quinze fois, d'après Albarran et Hallé, l'urine des malades renfermait la bactérie à l'état de pureté, et parmi ces urines bactériennes pures, trois provenaient de *cystite spontanée* ou consécutive à des cathétérismes. La bactérie septique peut donc déterminer la cystite spontanée chez des malades atteints d'affections des voies urinaires : il est vrai qu'elle rencontre chez ces malades des organes en opportunité morbide presque constante. Mais que chez un individu dont les organes urinaires sont normaux, il se fasse une modification momentanée dans l'état physiologique de ces organes, qu'à ce moment la bactérie pyogène pénètre dans la vessie, la cystite idiopathique pourra apparaître : ce qui est rare, ce n'est point l'existence de ces modifications passagères des organes urinaires, mais bien probablement l'arrivée de la bactérie à l'instant opportun.

Chez la femme, la connexion étroite des vaisseaux utérins et de ceux de la vessie explique les phénomènes d'ordre congestif, qui se passent dans la vessie pendant les règles, durant la grossesse, dans les métrites, et qui se traduisent souvent par de la dysurie, du ténesme, etc. (Guyon) (4); la constipation habituelle, qui pour Eichhorst (1) peut amener la cystite aiguë, la rétention volontaire des urines agissent sans doute dans le même sens. Les troubles de la circulation dans la vessie ne sont pas l'inflammation : ils lui permettent simplement de s'y fixer, si l'action bactérienne déterminante intervient : peut-être est-ce la constipation opiniâtre de notre malade, qui chez elle a joué le rôle de cause occasionnelle.

Il est difficile de dire d'où vient la bactérie septique de la vessie, et surtout comment elle pénètre dans la vessie, dans les cas où il n'y a pas eu d'intervention opératoire. Peut-être se trouve-t-elle quelquefois à l'état normal dans les premières voies génitales de la femme; F. Widal, chez deux accouchées, n'a trouvé d'autre cause d'une infection puerpérale que la bactérie septique de la vessie.

Dans la vessie malade, la bactérie occupe les parois de l'organe : elle y a été décelée dans un cas sur des coupes histologiques par Albarran et Hallé. Mais elle existe aussi dans l'urine, où elle peut vivre longtemps; nous l'avons décelée par la culture dans de l'urine de notre malade conservée depuis 2 mois en ballon stérilisé. A la température du laboratoire (10°-16°), elle altère à peine l'aspect de l'urine, et ce n'est qu'au bout de plusieurs semaines que celle-ci commence à devenir légèrement alcaline. A la température de l'étuve réglée à 37°, la bactérie se multiplie avec abondance et trouble rapidement l'urine; mais plusieurs jours encore celle-ci conserve son acidité; jamais elle ne prend l'odeur ammoniacale.

La présence de la bactérie dans les parois de la vessie, comme dans le tissu cellulaire, détermine l'exudation de leucocytes : en ce sens elle mérite bien le nom de bactérie pyogène; mais une part de l'inflammation vésicale et des symptômes généraux qui l'accompagnent revient, comme le pensait Clado (*loc. cit.*), aux principes solubles sécrétés par la bactérie.

Nous avons montré plus haut que des cultures filtrées, ou même une émulsion filtrée du microbe avec de l'eau distillée, détermine après inoculation dans le tissu cellulaire de l'oreille du lapin un œdème dur, local, sans suppuration, avec dilatation des vaisseaux de l'oreille : la présence de ces produits solubles dans les parois vésicales amène sans doute des modifications analogues; résorbés par les vaisseaux de la vessie, ces produits peuvent être l'origine d'une partie des symptômes généraux que l'on observe soit dans l'infection urinaire, soit dans la cystite aiguë primitive analogue à celle dont nous avons rapporté l'histoire.

Point n'est besoin pour expliquer les phénomènes généraux de faire intervenir la généralisation du microbe dans l'organisme, bien que celle-ci ait été observée plusieurs fois par Albarran et Hallé, dans 2 cas foudroyants d'infection urinaire en particulier.

Le produit soluble fabriqué par la bactérie n'est point détruit par l'urine : nous avons agité de l'urine avec une culture de la bactérie recueillie sur gélose, puis nous l'avons injectée après filtration sous la peau de l'oreille d'un lapin : nous obtenions ainsi les mêmes effets qu'avec la culture filtrée, infiltration locale des tissus, dilatation vasculaire, alors que l'urine normale aseptique injectée sous la peau à des témoins n'amenait aucune réaction locale : l'expérience a été répétée plusieurs fois.

Il est rationnel d'admettre que les produits solubles contenus dans l'urine des malades, se trouvant en contact avec la surface de la muqueuse vésicale enflammée, sont pour cette muqueuse une cause d'irritation de plus.

Nous n'avons pas réussi, il est vrai, à produire de lésions vésicales chez le lapin en y injectant la culture filtrée; pas plus que Clado, Albarran et Hallé, nous n'avons pu

(1) Clado, Etude sur la bactérie septique de la vessie. Th. de Paris, 1887.

(2) Albarran et Hallé, Note sur une bactérie pyogène et son rôle dans l'infection urinaire. *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1888, t. XX, p. 310.

(3) Doyen, Les bactéries de l'urine. *Bull. de l'Acad. de méd.*, 2 avril 1889.

(4) Guyon, Cystite chez la femme. *Ann. des mal. des organes génito-urinaires,* octobre 1886.

(1) Eichhorst, *Traité de path. interne.* Traduction française, t. II, p. 682.

par l'injection simple de culture pure dans la vessie, amener de cystite; pour se développer, sous l'influence du microbe, celle-ci exige chez l'animal comme chez l'homme des modifications préalables de la circulation. L'injection, suivie de ligature de la verge, a pu, au contraire, d'après les auteurs cités, produire une cystite intense dans quelques cas; nous avons répété cette expérience; mais elle est demeurée sans résultats: nous avons jugé inutile de la renouveler, le rôle pyogène et septique de la bactérie étant connu.

Nous insisterons en terminant sur ce fait que la bactérie pyogène de la vessie peut se rencontrer dans la cystite primitive, indépendante d'une maladie antérieure des voies urinaires, et qu'une partie des modifications qu'elle amène dans la vessie et des symptômes généraux qui accompagnent la cystite, doivent être attribués à l'action des produits septiques fabriqués par la bactérie.

Statistique des opérations pratiquées du 4 juin 1890 au 1er janvier 1891 par le Dr H. Delagénière (du Mans), ancien interne des hôpitaux de Paris.

I. — Opérations pratiquées sur les **yeux** et les **paupières**. 5 opérations, 5 succès opératoires.

1 Cataracte, 1 succès opératoire et pour la vision.

1 Cataracte glaucomateuse, iridectomie, 1 amélioration de la vision.

1 Cataracte traumatique et enclavement de l'iris, iridotomie, 1 guérison.

1 Epithélioma de la paupière inférieure, ablation et autoplastie par le procédé de Burow, 1 guérison.

1 Ectropion, autoplastie par le procédé de Bonnet modifié, 1 guérison.

II. — Opérations pratiquées sur la **tête** et la **face**. 22 opérations, 22 succès opératoires.

1 Fracture du crâne avec enfoncement, trépanation, 1 guérison.

3 Loupes du cuir chevelu, extirpation, 3 guérisons. (Huit loupes ont été enlevées sur ces 3 malades.)

1 Epithélioma du front, extirpation, 1 guérison.

1 Epithélioma de la joue, extirpation, 1 guérison.

1 Kyste sébacé de la joue, extirpation, 1 guérison.

1 Kyste suppuré de la joue, ouverture et curage dans la cavité buccale, 1 guérison.

1 Plaie contuse étendue du front, réunion immédiate, 1 guérison.

2 Tumeurs érectiles du front, extirpation, 2 guérisons.

1 Sarcome juxta-parotidien, extirpation, 1 guérison.

1 Enormes polypes muqueux du nez remplissant tout le pharynx, extirpation, 1 guérison.

1 Enchondrome du nez, extirpation, 1 guérison.

1 Acné hypertrophique du nez, décortication complète du nez, 1 guérison.

1 Kyste du maxillaire supérieur, extirpation, curage de la cavité, 1 guérison.

1 Kyste dentaire du maxillaire inférieur, extirpation, curage, 1 guérison.

2 Becs-de-lièvre compliqués, anciennement opérés, 2 guérisons.

3 Urano-staphylorrhaphies, 3 succès opératoires, mais 2 résultats incomplets.

III. — Opérations pratiquées sur le **cou**. 5 opérations, 5 succès opératoires.

1 Adénite tuberculeuse des ganglions sous-maxillaires et carotidiens, extirpation totale, 1 guérison.

1 Amygdalotomie unilatérale, 1 guérison.

2 Amygdalotomies bilatérales, 2 guérisons.

1 Anthrax phlegmoneux du cou, incisions, drainage, 1 guérison.

IV. — Opérations pratiquées sur le **thorax** et le **sein**. 9 opérations, 9 succès opératoires.

1 Lipome du dos, extirpation, 1 guérison.

4 Tumeurs du sein ulcérées, amputation et évidement de l'aisselle, 4 guérisons.

4 Tumeurs non ulcérées du sein, amputation et évidement de l'aisselle, 4 guérisons.

V. — Opérations pratiquées sur **l'abdomen** et **l'intestin**, 9 opérations, 6 succès opératoires, 3 morts.

2 Rétrécissements cancéreux de l'œsophage, gastrostomie, 1 succès opératoire, 1 mort.

1 Hernie ombilicale engouée, cure radicale, 1 guérison.

1 Hernie ombilicale étranglée, laparotomie et cure radicale, 1 mort.

1 Hernie crurale non étranglée, cure radicale, 1 guérison.

1 Hernie inguinale non étranglée, cure radicale, 1 mort.

1 Epithélioma du rectum, résection par le procédé F. Terrier, 1 guérison.

1 Cancer de l'S iliaque, tentative d'extirpation par la voie sacrée, laparotomie exploratrice, anus iliaque, 1 guérison.

1 Fistule anale, extirpation du trajet et réunion, 1 guérison.

VI. — Opérations pratiquées sur le **bassin**, 2 opérations, 2 guérisons.

1 Vaste trépanation du bassin pour l'extraction d'un séquestre, 1 guérison.

1 Fibro-lipome péricoccygien, extirpation, 1 guérison.

VII. — Opérations pratiquées sur les **organes génitaux de la femme**, 42 opérations, 39 guérisons, 3 morts.

A. — Laparotomies. 14 opérations: 12 guérisons, 2 morts.

3 Kystes de l'ovaire, ovariotomie, 3 guérisons.

1 Kystes hématiques des ovaires, double salpingo-oophorectomie avec raccourcissement intra-abdominal d'un ligament large, 1 guérison.

1 Ovaires kystiques et salpingites, double salpingo-oophorectomie, 1 guérison.

1 Pyosalpingites, double salpingo-oophorectomie, 1 mort.

1 Rétroversion et ovario-salpingites, hystéropexie par le procédé F. Terrier et double salpingo-oophorectomie, 1 guérison.

1 Prolapsus utérin, ovaires kystiques et salpingites, hystéropexie par le procédé F. Terrier et double salpingo-oophorectomie, 1 guérison.

1 Tumeurs malignes des ovaires, double salpingo-oophorectomie, 1 guérison opératoire.

1 Tumeur maligne de l'utérus déjà généralisée, hystérectomie, nettoyage de la cavité pelvienne, 1 mort.

4 Tumeurs fibreuses de l'utérus, hémorrhagies, double salpingo-oophorectomie, 4 guérisons.

B. — Opérations vaginales ou pratiquées par le vagin. 28 opérations, 27 guérisons, 1 mort.

1 Gros corps fibreux sphacélé, énucléation par morcellement, 1 mort.

2 Corps fibreux sous-muqueux, énucléation, 2 guérisons.

1 Corps fibreux sphacélé engagé dans le col, énucléation, 1 guérison.

1 Gros corps fibreux du col, sous-vaginal, extirpation et amputation partielle de l'utérus, 1 guérison.

1 Hypertrophie du col et corps fibreux du col, amputation sus-vaginale, 1 guérison.

2 Polypes muqueux de l'utérus, extirpation, curettage utérin, 2 guérisons.

1 Polype muqueux du col, extirpation, 1 guérison.

3 Métrites hémorrhagiques, curettage de l'utérus, 3 guérisons.

10 Métrites blennorrhagiques ou suite de couches, curettage utérin, 10 guérisons.

1 Métrite et péritonite puerpérale, curettage et tubage utérin, 1 guérison.

1 Epithélioma du col utérin, amputation sus-vaginale, 1 guérison.

1 Epithélioma utérin inopérable, évidement de l'utérus, 1 amélioration.

1 Prolapsus utérin, cystocèle et uréthrocèle; résection de l'urèthre, colporrhaphie antérieure, périnéorrhaphie (procédé de Tait), 1 guérison.

1 Prolapsus utérin et rétroversion, périnéorrhaphie (procédé de Tait), 1 guérison.

1 Bartholinite à répétition, extirpation de la glande de Bartholin, 1 guérison.

VIII. — Opérations pratiquées sur les **organes génitaux de l'homme**, 2 opérations, 2 guérisons.

1 Hématocèle de la tunique vaginale, excision totale de la vaginale, 1 guérison.

Phimosis et végétations énormes, circoncision et excision des végétations, 1 guérison.

IX. — Opérations pratiquées sur les **voies urinaires**, 4 opérations, 4 guérisons.

1 Calcul vésical, taille hypogastrique, 1 guérison.

1 Phlegmon urineux, incisions, drainage, 1 guérison.

2 Rétrécissements de l'urèthre, uréthrotomie interne, 2 guérisons.

X. — Opérations pratiquées sur le **membre supérieur**, 8 opérations, 8 succès opératoires.

1 Adénite tuberculeuse avec trajets fistuleux, extirpation des ganglions axillaires et sous-claviculaires, 1 succès opératoire.

2 Synovites fongueuses du dos de la main et du poignet, excision des gaines des extenseurs, 2 succès.

1 Plaie ancienne de l'avant-bras, réunion secondaire, 1 succès.

1 Fracture compliquée du 4e métacarpien par balle de revolver, ouverture du foyer, extraction de la balle et des esquilles, 1 guérison.

1 Plaie de la main par arme à feu, amputation de deux doigts et d'une phalange, 1 guérison.

1 Phlegmon diffus de l'avant-bras et de la main, incisions, curettage de la gaine des fléchisseurs, 1 guérison.

1 Tuberculose cutanée de l'index, extirpation de la peau malade, 1 succès opératoire, mais récidive précoce.

XI. — Opérations pratiquées sur le **membre inférieur**, 11 opérations, 11 guérisons.

1 Tumeur kystique de la cuisse, extirpation, 1 guérison.

1 Vaste brûlure de la cuisse et de la jambe, rétraction cicatricielle, greffe italienne sur le creux poplité, 1 succès.

1 Brûlure de la cuisse et de la jambe, greffes de Thiersch empruntées à la mère, 1 succès partiel.

1 Séquestre du tibia, évidement de l'os, 1 guérison.

1 Ostéo-arthrite du pied, résection partielle du tarse, 1 succès opératoire.

1 Nécrose de la tête du 1er métatarsien, résection, 1 guérison.

4 Ongles incarnés, excision totale de la matrice, 1er procédé Quénu, 4 guérisons.

(Un des malades a subi une double opération.)

1 Ongle incarné, excision linéaire de la matrice (2e procédé Quénu), 1 guérison.

Ces 119 opérations donnent donc en bloc 6 décès, dont nous allons rechercher la cause. Malheureusement les autopsies n'ont pu être faites et nous sommes borné à de simples hypothèses fondées sur l'étude des symptômes observés.

Parmi les opérations faites sur l'abdomen et l'intestin, nous avons eu trois décès :

L'un des malades, glycosurique, emphysémateux et cardiaque et déjà à demi mort de faim, fut gastrostomisé d'urgence. Il mourut, 12 jours après l'intervention, de cachexie et d'affaiblissement général. Dans ce cas, l'opération ne peut être incriminée.

Une autre malade, atteinte d'une hernie ombilicale étranglée, emphysémateuse et cardiaque, mourut subitement le douzième jour à la suite d'accidents attribués par le Dr Cohin, de Sillé-le-Guillaume, médecin traitant, à une embolie pulmonaire. Ici encore la mort est indépendante de l'opération. La plaie était du reste complètement guérie.

Le troisième malade, aortique, subit la cure radicale d'une hernie inguinale qui s'était étranglée huit jours auparavant. Il mourut subitement, le treizième jour, étant absolument guéri de son opération.

Les trois autres cas de mort se rencontrent dans les opérations pratiquées sur les organes génitaux de la femme.

Il s'agit de deux laparotomies et d'une énucléation de corps fibreux par morcellement.

La première malade mourut de péritonite septique, après l'ablation de deux pyosalpingites.

La seconde succomba quelques heures après l'ablation d'une tumeur maligne de l'utérus déjà généralisée au péritoine et à l'intestin. Cette malade, absolument épuisée, est morte des suites de la perte de sang occasionnée par l'opération.

Enfin, dans le troisième cas, il s'agissait de l'énucléation par morcellement d'un gros fibrome sphacélé. La malade, cardiaque, infectée (elle avait 40° avant l'opération), mourut subitement le douzième jour pendant son pansement, sans doute d'embolie pulmonaire.

Comme on le voit, sur ces 6 cas de mort, deux seulement sont imputables à l'opération. Et parmi ces deux cas, un seul a eu pour cause des accidents septiques.

Les quatre autres décès tiennent à l'état général des malades, tous les quatre cardiaques, et plus ou moins infectés d'avance. Chez trois de ces malades, la mort est survenue subitement.

Je rapprocherai de ces cas de mort subite post-opératoire un cas de mort survenue subitement chez une autre malade, au moment où on allait la chloroformiser pour l'opérer. Il s'agissait d'un cas d'occlusion intestinale causée par compression du rectum, par un corps fibreux intraligamentaire. Là encore, la malade était épuisée et cachectique.

Je ne saurais trop insister sur l'état d'épuisement et de cachexie profonde de la très grande majorité des malades que j'ai à opérer. Le fait est facile à expliquer dans une région où la chirurgie n'est pas encore acclimatée et où des traitements médicaux absolument inefficaces ont été appliqués, pendant de longues années, à des affections purement chirurgicales.

Comme accidents septiques, indépendamment du cas de mort signalé plus haut, je n'ai eu à déplorer qu'un cas de suppuration après l'ablation d'un cancer du sein ulcéré, et un abcès de la paroi chez une malade atteinte d'une hernie ombilicale engouée et dont la peau était ulcérée sur une large étendue. Chez tous mes autres opérés, j'ai toujours obtenu des réunions par première intention.

Au point de vue de la méthode générale, j'ai adopté la manière de faire de M. Terrier, à l'hôpital Bichat, avec quelques modifications insignifiantes dans certains détails.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Influenza et psychopathies (Die Influenza und ihre Einwirkung auf die Psychopathien), par Gauster (*Wiener medizinische Presee*, 1891, n° 4, p. 129 et n° 5, p. 175). — De l'étude de l'épidémie d'influenza survenue l'année dernière dans l'asile confié à sa direction, l'auteur conclut que les sujets atteints de psychoses sont moins susceptibles de contracter l'influenza que les sujets sains. Quant à l'influence de la grippe sur les psychopathes, elle est peu prononcée et ne diffère en rien de celle des autres pyrexies. Sur 108 malades, il n'a observé, en effet, qu'une seule guérison ayant trait à une mélancolie invétérée, qu'un seul accès aigu chez un maniaque; une amélioration s'est montrée passagèrement dans un cas de folie chronique. Il a noté enfin quelques cas de delirium tremens chez les alcooliques.

Suggestion pour traiter la dipsomanie et la narcomanie, par Y. V. Rybalkin (*Vratch*, 1891, n° 2, p. 38). — Dans le premier cas il s'agit d'un homme de 32 ans, avec hérédité similaire (frère du père alcoolique), atteint depuis 5 ans de dipsomanie. Guérison complète après 10 séances d'hypnotisme (3 à 1 jour d'intervalle, 3 à 1 semaine, 3 à 1 mois et 1 après 2 1/2 mois) où on lui avait suggéré de s'abstenir de

toute boisson. La guérison se maintient depuis un an. — Le deuxième cas se rapporte à un homme de 33 ans devenu morphinomane à la suite d'une brûlure très douloureuse. Avant son entrée à l'hôpital il prenait, en injections sous-cutanées, jusqu'à 0 gr. 36 de morphine et 0 gr. 96 de cocaïne par jour. Guérison après 5 séances quotidiennes d'hypnotisme avec suggestion appropriée. Elle ne s'est pas démentie 4 mois après sa sortie.

Quatre cas de névrose traumatique (Vier Fælle traumatischer Neurose nebst Bemerkungen), par E. Roth. (*Berliner klinische Wochenschrift*, 1891, n° 9, p. 227. — Il s'agit de quatre observations de névrose traumatique avec hémi-anesthésie, rétrécissement du champ visuel, état mental mélancolique, etc. On pourrait considérer trois formes de névrose traumatique : tout d'abord, cas où les phénomènes psychiques existent seuls, ensuite, cas où il s'y joint des stigmates hystériques, enfin, cas où on constate de plus des lésions matérielles. Tous les cas ne sauraient donc être rangés avec M. Charcot dans l'hystéro-neurasthénie. Nous devons dire que les observations rapportées sont loin d'être concluantes à cet égard.

Sur l'ophthalmoplégie interne (Ueber Ophthalmoplegia interna), par Julius Donath, (*Wiener medizinis. Presse*, 1891, n° 8, p. 293, n° 9, p. 334). — L'auteur rapporte deux cas dans lesquels il a vu à plusieurs reprises, la paralysie de l'accommodation alterner avec la paralysie de la pupille. Le diagnostic de ces 2 cas n'est pas fait par M. Donath ; il n'a cherché le signe de Westphal que dans un cas où les réflexes persistaient. Aussi conclut-il, non seulement de ses propres observations que de celles déjà publiées, que l'ophthalmoplégie interne est nucléaire, et causée par la syphilis, le tabès et la paralysie générale.

De l'épilepsie partielle sous-corticale, par Duflocq (*Revue de Médecine* 1891, n° 2, p. 102). — Il s'agit d'un sujet âgé de 46 ans, n'offrant d'autres antécédents qu'un traumatisme remontant à 20 ans, et ne s'étant suivi jusque-là d'aucun signe notable. Les accès ont débuté il y a trois jours, ils sont précédés d'aura sous forme de constriction à la gorge, et de sensations de bruit et de douleur dans le côté gauche de la tête. Ils consistent en la rétraction de la langue, la rotation de la tête à gauche ; des convulsions limitées à la moitié gauche de la face d'abord, et s'étendant ensuite au moignon de l'épaule, en figurent la phase essentielle ; une salivation abondante termine enfin la crise qui ne s'accompagne pas de perte de connaissance. Les accès se répètent de 15 à 20 fois ; comme ils semblent progresser et entraîner de l'agitation et de la fièvre, M. Championnière pratique la trépanation. Le malade meurt le soir même. L'autopsie montre un kyste gros comme un bille d'enfant, siégeant dans la substance blanche correspondant à l'extrémité inférieure de la frontale ascendante ; les caractères histologiques sont ceux d'un foyer hémorrhagique ancien. L'auteur, attribuant à ce néoplasme la production des accès, en conclut à l'influence des faisceaux blancs sur la provocation de l'épilepsie partielle. Ce fait ne nous semble pas tout à fait probant à cet égard, pour deux raisons : la première est qu'on ne s'explique pas l'apparition tardive, et l'évolution rapide des accès si l'on n'accuse que cette ancienne lésion ; la seconde est qu'il n'est pas fait mention de l'examen histologique de l'écorce. Quoi qu'il en soit, l'observation de Duflocq est extrêmement intéressante au point de vue des localisations, qu'elle confirme.

MÉDECINE

Dosage des peptones du suc gastrique, par K. N. Pourits (*Vratch*, 1891, n° 3, p. 61). — Les procédés ordinairement employés pour l'analyse quantitative des peptones sont défectueux en ce qu'ils ne permettent pas de séparer complètement les albumines des peptones et ensuite parce que la réaction du biuret laisse trop de latitude aux appréciations. L'auteur propose de se servir de l'acide trichloracétique. En effet cet acide, ajouté un peu en excès à une solution contenant des albumines et des peptones, précipite complètement celles-ci. On filtre et on lave le précipité à l'eau distillée (chaude ou froide). Le liquide filtré chauffé jusqu'à l'ébullition et refroidi rapidement sous un conduit d'eau est filtré de nouveau, et on détermine la quantité d'azote d'après la méthode de Kjeldahl-Borodin modifiée par A. P. Korkounoff et M. G. Kourloff. En multipliant le chiffre obtenu par 6,2, on aura la quantité de peptones cherchée, des analyses nombreuses ayant démontré que les peptones contiennent en moyenne 16 0/0, 226 d'azote. Ce procédé simple permet de doser exactement les peptones contenues dans le suc gastrique.

Influence du lavage de l'estomac sur l'assimilation de la graisse chez les sujets bien portants, par M. Z. Guesselevitch (*Vratch*, 1891, n° 5, p. 140). — Les expériences furent entreprises sur 5 sujets et durèrent chacune 18 jours : 6 jours avant, 6 jours pendant et 6 jours après les lavages faits chaque jour 1/2 heure avant le dîner et continués jusqu'à ce que l'eau ressortît claire. Après s'être assuré que l'eau de lavage ne contenait qu'une quantité négligeable de graisse (0 gr. 032 0 gr. 192 sur 600 gr. en moyenne introduits par l'alimentation), il dosa la graisse des aliments et des fèces. Dans 4 cas l'assimilation de la graisse fut améliorée pendant la période de lavage (augmentation de 0 0/0,815); elle ne fut diminuée que dans 1 cas (de 0 0/0,213). Elle fut aussi activée dans la période qui suivit dans 4 cas (de 7 0/0,085) contre 1 diminution (de 0 0/0,704). On voit donc que l'assimilation de la graisse devient plus énergique par suite du lavage de l'estomac et se maintient plus élevée quelque temps après la cessation de ces lavages.

Lavage de l'estomac contre les vomissements survenant après la narcose chloroformique, par F. L. Lienevitch (*Meditsinskoé Obozrienié*, XXXV, 1891, n° 1, p. 44). — Ayant échoué avec toutes les médications proposées contre les vomissements post-chloroformiques, l'auteur a eu recours avec succès, dans 6 cas d'opérations sur le ventre, au lavage de l'estomac avec une solution de carbonate de soude à 1 0/0. Les résultats dans tous les cas furent excellents : cessation immédiate des vomissements après le lavage de l'estomac (on le continua jusqu'à que l'eau ressortît claire), amélioration de l'état général.

Hémorrhagie maxima compatible avec l'existence, par K.-J. Alexandroff (*Vratch.*, 1891, n° 5, p. 138). — On sait que, dans le cas d'hémorrhagie aiguë, la perte du sang peut atteindre impunément la moitié du sang de l'animal et même au-dessus (jusqu'à 73 0/0, d'après Kandratsky, chez le chien en repos, et peut-être aussi chez l'homme). Mais jusqu'à présent, il est impossible de dire combien de sang on peut retirer petit à petit et à plusieurs reprises, sans mettre en danger les jours du malade. Sous ce rapport, l'histoire de l'auteur est intéressante. Depuis plusieurs années déjà, il est atteint de phthisie avec hémorrhagies plus ou moins abondantes. Or, depuis le 15 novembre 1889 jusqu'au 5 juin 1890, il a perdu en tout jusqu'à 22 kilog. de sang, c'est-à-dire près de 4 fois et demie le poids du sang chez un homme ordinaire. Il y avait des jours où il perdait plus de 1 kilog. ; deux fois même il a perdu plus de 2 kilog. On voit donc jusqu'à quelle proportion énorme peut aller la spoliation du sang dans le cas où l'hémorrhagie ne survient qu'à des intervalles plus ou moins éloignés. En passant, il faut remarquer que l'auteur a retiré le meilleur bénéfice de l'emploi de l'infusion des semences d'ortie grièche refroidie et sucrée avec du miel : il en prenait trois verres par jour. L'ortie, réputée comme bon hémostatique dans la médecine populaire russe, a agi chez l'auteur plutôt comme reconstituant (sommeil tranquille, disparition de la fièvre hectique, amélioration notable de l'appétit).

CHIRURGIE

Note sur un cas de polyarthrite suppurée et de myosites déterminées par le pneumocoque, par P. Boulloche (*Arch. de méd. expérim.*, mars 1891, n° 2, p. 253). — Il s'agit d'un enfant de 5 ans qui succomba, et chez qui les manifestations pulmonaires suivirent de trois jours les accidents articulaires. Il y a déjà sur ce point un travail de Gabbi (*lo Sperimentale*, 1889). L'infection pneumococcique des muscles n'a pas encore été signalée. Les examens bactériologique et histologique ont été faits sous la direction de Netter.

Hystéropexie et grossesse (Zur Frage des Einflusses der Ventrofixatio uteri auf spætere Schwangerschaft), par S. Gottschalk (*Centr. f. Gynæk.*, 1891, n° 8, p. 154). — En confirmation de l'opinion de Küstner, Gottschalk rapporte l'histoire d'une femme de 28 ans, ayant mené autrefois trois grossesses à terme, qui avorta (vers le 5e mois) après une hystéropexie (kyste ovarique et rétroflexion). La délivrance ayant dû être artificielle, l'auteur a pu constater un amincissement considérable de la paroi postérieure de l'utérus, qui, vu l'immobilité de la paroi antérieure (restée épaisse), avait dû supporter à elle seule la dilatation gravidique.

Kyste hydatique du mésocolon (Ein Fall von Echinococcus im Mesenterium des Dickdarms), par O. Schmidt (*Deutsch. med. Wochensch.*, 1891, n° 8, p. 291). — Une femme de 23 ans fut prise trois semaines après l'accouchement de ballonnement du ventre, de métrorrhagies, de ténesme rectal et vaginal. Au toucher vaginal, on sent à travers le cul-de-sac postérieur une tumeur élastique grosse comme deux poings d'adulte à grand diamètre dirigé à gauche. La tumeur paraît porter sur sa face antérieure une autre tumeur plus petite, des dimensions d'un œuf d'oie. Sur le bord droit de la seconde tumeur on sent nettement un petit corps mobile. Diagnostic : kyste intraligamentaire de l'ovaire gauche probablement suppuré. Le 9 juin 1888, laparotomie, et on put constater que la tumeur s'est développée dans le mésocolon descendant et a pénétré entre les deux feuillets du mésocolon transverse. L'énucléation de la tumeur fut des plus pénibles. Pendant ces manœuvres on sectionna par mégarde l'uretère, situé en avant, sur lequel on appliqua séance tenante une ligature provisoire. L'opération une fois terminée, la poche fut suturée à la plaie abdominale. Le bout central de l'urèthre sectionné qui correspondait à la cavité rétro-péritonéale fut délié. Quelque temps après, d'un coup de trocart donné par la plaie extérieure jusque dans la vessie, le trajet de l'uretère fut rétabli.

OPHTHALMOLOGIE

Traitement de la myopie (Operative Behandlung der hœchstgradigen Myopen durch Aphakie), par Fukala (*Arch. f. Augenk.*, Bd XXXVI, Abth. II, p. 230-244, 1890). — Fukala sur 22 yeux myopes de 10 à 20 dioptries a pratiqué la discision du cristallin ; il s'agissait de jeunes gens sans lésions choroïdiennes ni rétiniennes autres que des staphylomes plus ou moins marqués. Dans tous les cas l'acuité visuelle à distance a été très améliorée. Naturellement suivant le degré primitif de la myopie les opérés étaient obligés de porter un verre convexe plus ou moins fort. Quelques-uns sont restés légèrement myopes. Jamais il n'y a eu d'accident. Les avantages de l'opération sont : 1° vision nette à distance ; 2° grossissement des images rétiniennes ; 3° amélioration de l'acuité visuelle à distance qui est multipliée par un facteur variant de 2 à 12 ; 4° l'éloignement du remotum supprime les efforts de convergence et d'accommodation ; 5° rétablissement de la vision binoculaire impossible à cause de la proximité excessive du remotum.

BIBLIOGRAPHIE

Le carcinome à épithélium cylindrique de l'estomac et du gros intestin, avec 12 planches, par G. Hauser. Iéna, G. Fischer. 1890.

Ce travail, paru à la fin de l'année dernière, marquera une des grandes étapes de l'histoire du carcinome. C'est en quelque sorte une seconde édition du livre classique de C. Thiersch sur le carcinome épithélial de la peau, mais ici, comme le titre l'indique, il s'agit de la muqueuse du tube digestif et, de plus, grâce aux meilleures méthodes actuelles d'investigation, l'auteur a pu, dans plusieurs cas, annoncer comme faits accomplis ce que Thiersch n'avait exprimé que sous forme de *pia desiderata*.

Cette étude comprend dix parties :

Les deux premières ont trait à l'historique de la question et à la classification du carcinome en général et du carcinome cylindrique en particulier. Dans la troisième, est étudiée la structure des différents carcinomes du tube digestif. Ce chapitre est l'objet de soins particuliers de la part de l'auteur qui ne se borne pas à l'étude des carcinomes primitifs, mais s'occupe aussi avec grande attention des métastases. Il nous montre comment la tumeur primitive se développe, envahit peu à peu les tissus préexistants ; il nous apprend en même temps comment elle se généralise soit par voie sanguine, soit par voie lymphatique.

La quatrième partie concerne l'histogénèse et cette étude présente un intérêt tout spécial. L'examen a porté sur 45 cas : pour 25 d'entre eux les préparations provenaient d'opérations sur le rectum (17), le côlon transverse (1) et l'estomac (7) et avaient pu par conséquent être fixées dans le sublimé ou l'alcool absolu ; dans les 20 autres cas concernant l'estomac (17), l' S iliaque (1) et le rectum (2), les préparations recueillies à l'autopsie purent être pour la plupart prises aussitôt après la mort, alors que les altérations *post mortem* sont encore insignifiantes. Les résultats obtenus par Hauser ont été ainsi beaucoup plus favorables que ceux de tous les savants qui ont exploré avec lui ce domaine de la pathologie. Aussi a-t-il pu démontrer d'une façon péremptoire que l'évolution de ce carcinome débute par une prolifération des épithéliums glandulaires qui subissent en même temps des modifications morphologiques; ces épithéliums perforent la membrane propre de la glande, pénètrent dans les vaisseaux lymphatiques et, suivant leur trajet, traversent la tunique musculaire de la muqueuse pour arriver enfin dans la sous-muqueuse et s'y répandre dans le réseau lymphatique, formant ainsi les alvéoles carcinomateux. Les cellules du tissu conjonctif ambiant participent aussi plus ou moins à cette prolifération, tandis que les endothéliums des vaisseaux lymphatiques ne sont pas modifiés. Toutes ces observations tirent une valeur considérable du fait que Hauser a réussi, dans la plupart des cas, à saisir ce développement à son premier début, grâce aux figures karyokinétiques qu'il a pu observer aussi nombreuses que bien conservées. Personne aussi bien que lui n'a suivi cette période du développement du carcinome, c'est du moins notre avis. — Tout ce qui vient d'être dit au sujet de l'origine et du développement des tumeurs primitives, s'applique également aux tumeurs secondaires ; de la même façon, il a pu suivre pas à pas leur formation et démontrer leur origine épithéliale par le transport des cellules provenant de la tumeur primitive ; un argument encore plus probant de cette origine découle de la forte division karyokinétique des cellules carcinomateuses, tandis que cette forme de multiplication cellulaire fait presque complètement défaut dans les tissus voisins. Conclusion irréfutable de ces belles recherches : *le carcinome à cellules cylindriques et ses métastases sont toujours de provenance épithéliale.*

La cinquième partie renferme des considérations générales sur le développement initial, l'accroissement ultérieur et la généralisation consécutive du carcinome cylindrique de l'estomac et de l'intestin. Maintes opinions émises sur ce sujet avant Hauser reçoivent ici leur confirmation, parfois avec des développements nouveaux. Le mérite principal de ce chapitre consiste dans la façon dont l'auteur démontre que l'extension du processus carcinomateux dans la muqueuse a lieu par propagation de la modification cellulaire ou, suivant l'expression de Hauser, par dégénérescence carcinomateuse des glandes voisines. Nous avouons qu'avant d'avoir étudié ce travail nous ne partagions pas du tout cette manière de voir, convaincu que nous étions qu'elle manquait jusqu'alors de preuves suffisantes : actuellement nous devons en reconnaître la parfaite exactitude.

Dans la sixième partie, Hauser revient rapidement sur la discussion de ses résultats et des opinions opposées à sa conclusion, à savoir que, tout bien considéré, le diagnostic histologique de cette espèce de carcinome peut être posé alors que le diagnostic clinique est encore impossible, puis il passe à l'étude du diagnostic anatomique.

La septième partie contient des remarques critiques sur l'étiologie du carcinome. Vient en premier lieu une discussion de la théorie de Cohnheim. Puis l'auteur attaque très énergiquement et; selon nous, avec raison, la théorie moderne qui fait du carcinome une maladie infectieuse imputable à des bactéries ou à des psorospermies venant du dehors. Enfin il se prononce en faveur de la théorie de Thiersch qui considère le carcinome comme le résultat d'une

modification de l'équilibre histogénétique qui doit exister entre les épithéliums et le tissu conjonctif, modification qui se ferait aux dépens de ce dernier; à cette rupture d'équilibre Hauser pense que d'autres causes viennent s'ajouter, ainsi une augmentation du pouvoir proliférant de l'épithélium provoquée par une nutrition plus active. Cette suractivité peut être facilitée par des irritations chroniques diverses. D'autre part, les modifications produites dans le tissu conjonctif par des ulcérations ou des inflammations chroniques peuvent provoquer un développement atypique dans le sens d'une formation carcinomateuse. Dans tous les cas, l'auteur regarde comme nécessaires à cette formation des causes multiples agissant simultanément.

La huitième partie relate en détail les observations anatomiques. Vient ensuite, dans le neuvième chapitre, un résumé statistique des cancers du gros intestin et de l'estomac classés d'après l'âge et le sexe, d'après la structure et le siège des tumeurs. En dernier lieu cette statistique tient compte des cas où le carcinome à épithéliums cylindriques est multiple d'emblée et ceux où il se combine avec le carcinome épithélial à cellules pavimenteuses.

La dixième et dernière partie donne l'explication des planches qui font, soit dit en passant, le plus grand honneur à l'auteur et à son éditeur; à leur exactitude et à leur belle exécution on reconnait immédiatement qu'elles ont été entièrement faites d'après nature.

Tous ceux qui étudieront cet ouvrage y trouveront un grand plaisir et une entière satisfaction, nous en sommes convaincu, et cette étude sera indispensable à toute personne qui aura à s'occuper du carcinome en général ou de celui du tube digestif en particulier.

Professeur F. Wilh. Zahn (Genève).

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Hérédité de la phthisie (Erblichkeit der Schwindsucht), par A Riffel (F. Gutsch, Karlsruhe).

C'est en utilisant un matériel statistique considérable et les faits d'une pratique personnelle déjà ancienne et chargée, que l'auteur s'efforce d'élucider la question de l'hérédité de la tuberculose. Il aligne les chiffres, groupe les faits en tableaux, reconstitue avec toute la précision possible les histoires *de famille*, et tire de là cette conclusion, que la phthisie se développe le plus souvent en vertu de la prédisposition héréditaire. Ceci déjà soulève des discussions. Mais quand l'auteur ajoute que le bacille tuberculeux n'intervient dans le poumon qu'au moment où les lésions phthisiques ulcéreuses sont déjà en pleine évolution, il va notoirement contre toutes les idées actuellement reçues en phthisiologie. Il est regrettable que l'auteur ait mis tant de patientes recherches au service d'une cause si difficile à défendre, en présence des notions que nous devons à Villemin, à Koch et à tant de chercheurs.

Cause et nature de la suppuration (Aetologie und Wesen der acuten eitrigen Entzündung), par A. Kronacher (G. Fischer, Iéna, 1891).

Dans cet important travail, l'auteur fait d'abord la critique historique des théories de l'inflammation, en prenant pour base la doctrine de Virchow et de Conheim. Il expose ensuite les modifications que ces théories ont subies par l'intervention de la microbiologie, et abandonnant le terrain de la critique pour faire l'exposé de recherches personnelles, il décrit méthodiquement ce qu'il a observé dans les suppurations expérimentales dues au staphylococcus aureus. La théorie de la phagocytose est passée en revue; sans méconnaître les objections qu'on a faites à cette théorie, l'auteur montre comment ses observations personnelles lui apportent un appoint positif. Un dernier chapitre traite des inflammations suppuratives produites par les irritants chimiques : l'auteur a expérimenté personnellement la térébenthine et l'huile de croton. Deux planches en couleur éclairent ces descriptions qui forment une intéressante contribution à l'étude de cet important chapitre de pathologie générale.

De la zone mitoyenne médico-judiciaire, par le Dr E. Chambard. (Extrait du *Journal de médecine de Bordeaux*, 1890.)

Médecins et juristes envisagent le criminel à deux points de vue bien différents, les premiers voyant en lui un être anormal et malade qu'il faut mettre dans l'impossibilité de nuire, les seconds le traitant comme un coupable qu'il convient de punir. Que convient-il de faire des dégénérés criminels ? Il semble impossible de les placer dans les asiles, et l'on devrait créer pour eux des établissements spéciaux. Telles sont les idées très justes et très humanitaires qu'expose l'auteur dans sa conférence très remarquable à tous égards.

La Grande Encyclopédie, inventaire raisonné des sciences, des lettres et des arts, par une société de savants et de gens de lettres. Tome XI. Paris, Ladmirault éditeur.

L'œuvre dont, à diverses reprises déjà, nous avons signalé l'importance et l'intérêt, se continue avec assez de rapidité pour ne point lasser la patience de ses lecteurs. Le onzième volume que nous venons de recevoir ne termine pas encore la lettre C, et l'ampleur donnée à quelques-uns des nouveaux articles de cette grande Encyclopédie et l'intérêt du plus grand nombre de ceux-ci, feront accepter sans difficulté l'augmentation peut-être assez grande du nombre de volumes primitivement fixé. Dans le dernier paru de ces volumes, un certain nombre d'articles de médecine, en particulier les articles *Choléra*, *Chorée*, *Circonvolution*, *Cœur*, ont reçu d'assez grands développements. Il semble même que plus le travail s'avance et plus la partie médicale dans cette grande Encyclopédie est traitée avec ampleur. Mais ce ne sont pas surtout les articles de médecine que les médecins eux-mêmes iront chercher dans un ouvrage de ce genre. Ils auront surtout plaisir et profit à retrouver à chaque mot, qu'il s'agisse de science pure ou appliquée, d'histoire, de philosophie, de biographie contemporaine, toutes les notions que l'on peut désirer, tous les renseignements qu'il peut être utile de pouvoir retrouver en peu de temps à l'occasion d'un travail que l'on poursuit ou de recherches nouvelles que l'on veut entreprendre.

Conjonctivite infectieuse — (Sur une forme particulière de conjonctivite infectieuse semblant se rattacher à un contage animal), par Sans, Broch. in-8° de 44 p. Paris, 1890.

L'auteur rapporte dix cas de conjonctivite infectieuse dont l'origine animale est tout au moins fort probable; il ne s'agissait point du rouget, mais peut être de la psorospermose musculaire ou d'un germe pathogène non encore déterminé. Plusieurs des malades en question étaient bouchers ou habitaient soit près d'une boucherie, soit dans la maison d'un corroyeur; un dernier enfin était vétérinaire et avait reçu dans l'œil un poil de cheval atteint d'une affection cutanée.

« Le traitement que l'on doit instituer est une antisepsie rigoureuse de la conjonctive au moyen de sublimé, d'iodoforme et surtout des profondes cautérisations au galvano-cautère. »

Les injections de Koch (Las injecciones de Koch), par Gaspar Goedillo Torano (Madrid, 1891, E. Maroto y Hermano, édit.)

Ce petit opuscule est une sorte de réquisitoire plus humoristique que scientifique de la méthode de Koch : aussi, bien qu'il ne manque pas d'un certain intérêt, ne croyons-nous pas avoir ici à insister plus sur son analyse.

Thèses des Facultés

MONTPELLIER

Contribution a l'étude des troubles de la motilité et de la pathogénie du goitre exophthalmique, par Th. Chevalier.

Les troubles de la motilité que l'on observe souvent dans le goître exophthalmique sont, dans certains cas, symptomatiques de la maladie elle-même. Tels sont le tremblement, les accidents épileptiformes, choréiformes, les signes de Græfe et de Stellwag, les parésies musculaires diverses, les paralysies bulbaires (opththalmoplégie externe, en particulier) et l'hyperkinésie cardiaque.

Les symptômes habituels de la maladie de Graves relèvent de paralysies bulbaires nucléaires : la tachycardie est due à la parésie du centre cardio-inhibiteur (pneumogastrique), le goître et l'exophthalmie résultent de la tachycardie et de la paralysie des centres vaso-moteurs. De l'évolution de la maladie, de ses affinités avec les névroses, telles que l'hystérie, l'épilepsie, la chorée, de ses manifestations caractéristiques, de l'étude pathogénique de ses principaux symptômes, on peut conclure que le goître exophthalmique est une affection des centres nerveux supérieurs à siège essentiellement et primitivement bulbaire. Les troubles fonctionnels qui le caractérisent ne restent pas nécessairement limités à la sphère d'action de la moelle allongée; par diffusion, ils peuvent encore intéresser tout l'axe cérébro-spinal. De plus, il est rationnel et légitime de rapporter la cause de tous ces accidents à une intoxication spéciale (provenant de la glande thyroïde) du système nerveux.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Imp. des Arts et Manufactures, 12 rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud.

TRENTE-HUITIÈME ANNÉE · N° 13 · 28 MARS 1891

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES SAMEDIS ET PUBLIANT TOUS LES MERCREDIS

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

RÉDACTEUR EN CHEF : Dr L. LEREBOULLET. — SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION : Dr A. BROCA.

COMITÉ DE RÉDACTION

MM. E. BRISSAUD, G. DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, A. GILBERT, A. HÉNOCQUE, A.-J. MARTIN, A. PETIT, P. RECLUS

BULLETIN

Paris, le 27 mars 1891.

La nouvelle loi sur l'exercice de la médecine.

La Chambre des députés a voté, en deux séances, la loi sur l'exercice de la médecine dont, il y a quelques mois encore, on pouvait redouter l'ajournement indéfini. Avec ceux de nos confrères qui connaissent bien les vœux et les aspirations du corps médical, nous applaudissons à ce vote, en souhaitant que le Sénat imite l'activité de la Chambre et n'apporte point au projet qui va lui être transmis de trop sérieuses modifications.

Nous reproduisons plus loin (p. 155) le texte voté dans la séance du 19 mars de la nouvelle loi dont nous avons résumé les 6 premiers articles dans notre dernier numéro. Nos lecteurs pourront, en le comparant au premier projet Chevandier (1883, p. 846) et au projet du gouvernement (1890, p. 107), apprécier les changements apportés aux rédactions primitives si souvent et si longuement appréciées dans les colonnes de ce journal (1886, p. 117, 134, 202; 1890, p. 97 et 313). Nous n'avons donc point à insister encore pour faire ressortir l'importance des progrès réalisés en ce qui concerne l'exercice de la médecine. Signalons cependant, sans parler de la suppression des officiers de santé, au sujet de laquelle nous nous sommes suffisamment expliqué, quelques innovations de la nouvelle loi. Désormais (art. 11) les internes des hôpitaux nommés au concours et les étudiants dont la scolarité est terminée pourront, sans avoir subi tous les examens, être autorisés à exercer pendant une épidémie ou à remplacer des médecins momentanément empêchés d'exercer. Souvent nous avons demandé qu'un article de loi vînt consacrer ce qui se faisait d'ailleurs assez fréquemment (1), mais ce qui souvent aussi donnait lieu à des difficultés que seul M. le doyen Brouardel parvenait à aplanir.

L'article 16 interdit de la façon la plus absolue, et sans effet rétroactif, l'exercice simultané de la médecine et de la pharmacie, et l'article 29 frappe d'une amende de 100 fr. à 500 fr. ceux qui contreviendraient à cette défense. Des dispositions accessoires, qui seront insérées dans la loi sur l'exercice de la pharmacie, prévoient les cas d'urgence et ceux où le médecin se trouve bien obligé, en l'absence de pharmacien, de délivrer lui-même les médicaments. Un règlement d'administration publique dressera la liste des médicaments que le médecin pourra garder chez lui et qu'il aura le droit de distribuer à ses clients. Si cette liste doit contenir les substances nécessaires pour les pansements, les collyres, les injections hypodermiques, etc., nous comptons sur la fermeté du Comité d'hygiène et du Directeur de l'Assistance publique pour ne pas y ajouter les granules et les spécialités de tout genre que trop de médecins distribuent encore dans leurs cliniques ou leurs consultations privées.

L'article 17 établit que l'action pour les honoraires se prescrira désormais par cinq ans (et non par un an) et que les créances privilégiées du corps médical comprendront « les frais quelconques de la dernière maladie, quelle qu'en ait été l'issue ». Encore un article excellent et qui modifie, dans un sens très favorable, la législation actuelle.

L'article 19 déclare qu'un règlement d'administration publique revisera les tarifs des honoraires médico-légaux et donnera à tous les médecins requis par la justice la qualité d'experts. Nous pouvons ajouter que, grâce aux pressantes instances du bureau de l'Association générale, M. le garde des sceaux a promis de distraire du projet de loi qui a pour objet la revision du code d'instruction criminelle les articles ayant trait à l'élévation, si souvent reconnue nécessaire, du tarif des expertises médico-légales. Si, comme tout permet de l'espérer, on arrive cette année encore à voter le projet qui a revisé le Code d'instruction criminelle, cette élévation des tarifs pourra être accordée le jour où la loi sur l'exercice de la médecine sera appliquée.

Nous n'avons pas à reproduire ici les réserves que nous avons faites à diverses reprises au sujet de la déclaration *obligatoire* des maladies épidémiques. Au point

(1) Pendant l'épidémie de choléra en 1865, étant interne des hôpitaux de Strasbourg et momentanément en villégiature à Woippy (Moselle), j'ai dû soigner un assez grand nombre de malades et, rappelé pour prendre le service des cholériques à l'hôpital de Strasbourg, il m'a été très difficile de me dérober aux instances faites pour me retenir.

de vue de l'hygiène, l'obligation que la loi nouvelle (art. 20) impose aux médecins est excellente; au point de vue du secret médical et de la pratique professionnelle, elle soulève de nombreuses objections. C'est d'ailleurs ce qu'ont reconnu d'un commun accord M. le prof. Brouardel, commissaire du gouvernement, et M. Isambard qui proposait un amendement ayant pour but de bien spécifier que la mention de la cause du décès n'était et ne pouvait être une violation de l'article 378 du Code Pénal. Pour ne pas retarder le vote de la loi, il a été convenu qu'on reviendrait sur ce sujet au moment où serait discutée la loi sur l'hygiène que prépare le gouvernement. Espérons qu'à ce moment satisfaction sera donnée aux intérêts de tous.

Nous arrivons à l'article 30 qui est certainement le plus contestable de cette nouvelle loi. Cet article y a été introduit par voie d'amendement. Il a été motivé, dit son auteur M. Frédéric Grousset, par « un scandale récent » que tous nos lecteurs connaissent et qui n'est autre que la grève des médecins de Rodez. Nous avons dit assez nettement ce que nous pensions au sujet de l'attitude prise alors par nos confrères de l'Aveyron pour avoir le droit de déclarer une fois de plus que, contrairement à l'opinion émise à la Chambre par M. Ducoudray, la question des honoraires est infiniment moins sérieuse que celle de l'exercice de la médecine légale. Nous persistons donc à penser, comme l'a si nettement déclaré M. Brouardel, que tous les médecins ne sont pas compétents en médecine légale et que, sauf les cas de flagrant délit où les magistrats ont parfois besoin de trouver immédiatement un médecin expert, il eût été bien préférable de ne pas laisser aux juges d'instruction et aux procureurs le droit de faire appel à un médecin souvent incompétent. Quoi qu'en ait dit l'honorable M. Grousset, nous regrettons sincèrement le vote émis par la Chambre et nous espérons qu'il sera revisé par le Sénat. Ajoutons que M. Grousset a été appuyé par M. Armand Després qui semble avoir pris la résolution de critiquer à la Chambre tout ce que font ses confrères, aussi bien lorsqu'ils étudient, au point de vue hygiénique, les influences nocives du vin falsifié que lorsqu'ils cherchent à améliorer, par une loi nouvelle, leurs conditions d'existence. La loi sur l'exercice de la médecine, dont le vote, nous en avons la conviction, donnera satisfaction, au moins en partie, à tous les médecins qui ont quelque souci des intérêts professionnels de leurs confrères, a paru détestable à M. le Dr A. Després. S'il avait pris plus souvent la parole, il l'aurait, c'est lui qui le dit, « combattue depuis le premier article jusqu'au dernier ». Sa seule intervention — nous ne parlons pas des interruptions qui lui sont familières — a eu pour résultat de faire admettre que les études médico-légales sont inutiles (exemple tiré du procès Lafarge) et que, « pour l'honneur du corps médical et pour l'honneur de la Chambre », il faut ajourner les projets qui auraient pour objet de relever l'enseignement et l'exercice de la médecine légale et affirmer que, comme au moyen âge, les médecins doivent connaître dans tous les détails tout ce qui concerne leur métier. Hâtons-nous de faire remarquer que l'intérêt des magistrats sera de trouver, comme auxiliaires de la justice, des médecins instruits et expérimentés et que l'article 30 de la loi nouvelle n'aura pas, dans un grand nombre de circonstances, les conséquences funestes que sa rédaction pourrait faire redouter.

Enfin l'article 34 permet de frapper d'une suspension temporaire ou absolue d'exercer le médecin ou le dentiste condamné pour un crime ou un délit autres que les crimes ou les délits politiques. C'est encore là une mesure qu'on ne doit qu'approuver. Qu'il s'agisse de délits ou de crimes de droit commun ou de délits professionnels, le corps médical doit rejeter et condamner ceux que la loi civile a frappés d'indignité.

Nous ne pouvons terminer cet article sans rendre justice aux incessants efforts de M. le Dr Chevandier, rapporteur de la nouvelle loi, et de tous ceux qui l'ont aidé dans la tâche difficile qu'il avait entreprise. Les résultats qui ont couronné leur persistante insistance seraient excellents si le vote de la loi sur l'exercice de la pharmacie avait pu suivre de près celui que nous analysons aujourd'hui. Nous ne pensons pas cependant, comme un de nos confrères (*Bulletin médical*), qu'il faille désespérer. Sans compter que la loi sur l'exercice de la pharmacie puisse être votée cette année, nous espérons que les instances qui vont être faites près des médecins sénateurs décideront le Sénat à adopter assez prochainement la loi sur l'exercice de la médecine. Il suffira, pour en assurer l'exécution, qu'un règlement d'administration publique détermine d'une manière transitoire les mesures nécessaires à en assurer le fonctionnement.

L. Lereboullet.

REVUE GÉNÉRALE

Les recherches microbiennes dans la scarlatine.

Quelque vraisemblable que soit la nature parasitaire des fièvres éruptives, on n'a pu encore arriver à en déterminer les microbes spécifiques. Ce ne sont cependant pas les recherches qui ont fait défaut sur ce sujet, et dès l'origine de la bactériologie, l'étude du contage de la scarlatine, entre autres, a donné lieu à de nombreux travaux. Il nous a paru intéressant d'en grouper les analyses afin de compléter les revues antérieures de MM. Escherich (1) et Guinon (2), ainsi que la thèse de M. Cojan (3).

Nous nous occuperons d'abord des auteurs qui ont tenté d'isoler le microbe spécifique de la scarlatine. Dans un second chapitre, nous passerons en revue les travaux bactériologiques qui s'occupent des infections secondaires dans la scarlatine.

I

Les premières recherches qui ont semblé donner des résultats ont été faites sur le sang des scarlatineux. Mais l'insuffisance de la méthode et de la technique ne permet pas d'accorder une grande valeur à ces études et de s'arrêter aux constatations de microcoques ou de bâtonnets faites dans le sang des scarlatineux successivement par Hallier (4), Coze et Feltz (5), Riess (6),

(1) Escherich : *Centralbl. f. Bacteriol.*, 1887, t. I, n° 13, p. 381.
(2) L. Guinon : *Rev. des mal. de l'enfance.* Sept. 1889, p. 391.
(3) Cojan : Nature et origine animale de la scarlatine. *Th. Montpellier*, 1889.
(4) Hallier : *Jahrbuch für Kinderheilkunde.* N. F. Band II, 1869, p. 169.
(5) Coze et Feltz : Recherches chimiques et exp. sur les maladies infectieuses. Paris, 1872.
(6) Riess : *Archiv für Anatomie und Physiologie von Reichert und Dubois*, 1872, p. 237.

Tschamer (1); dans la sueur par Hofmann (2); dans un ganglion inguinal par Klebs (3); dans l'urine par Eklund (4) et Osterlong (5). Eklund s'excuse de n'avoir pas fait d'inoculation aux animaux « considérant comme « contraire à son devoir de médecin d'exposer à des « affections mortelles, même des animaux ».

Dans la suite, des recherches mieux conduites, portant sur les squames des scarlatineux, donnèrent des résultats qui ne sont guère plus probants. Pohl Pinkus (6), Klamann (7), Finkelnburg (8), isolèrent ainsi des micrococques; mais les descriptions morphologiques, les résultats d'inoculation qu'ils donnent, restent peu précis. Roth (9) a obtenu chez des poules, avec l'épiderme desquamé d'un scarlatineux, de l'oppression et une inflammation ulcérative des paupières. Mais il faut arriver aux travaux d'Edington et de Klein pour trouver des recherches réellement intéressantes sur l'origine de la scarlatine.

C'est dans les squames et dans le sang qu'Edington (10) rechercha le microbe pathogène de la scarlatine. Sept enfants scarlatineux furent choisis comme sujets d'expérience. Dès le second jour ils furent baignés et frottés avec une pommade phéniquée jusqu'au 18e jour de la maladie. A ce moment on entourait une jambe d'une épaisse couche d'ouate stérilisée, qu'on laissait jusqu'au trentième jour, puis on recueillait les squames épidermiques dans des tubes stérilisés pour en cultiver les micro-organismes. On n'obtint de cultures que deux fois sur sept; mais le développement du microbe paraît ralenti par l'action de la pommade phéniquée.

D'après Edington, avant le 30e jour de la maladie, on trouve toujours dans les squames épidermiques un bacille mobile, qui ne se retrouve dans le sang que pendant les deux premiers jours de la scarlatine. Ce bacille, rare dans le sang, contient des spores ovales; il a 2 à 5 de long sur 0 μ d'épaisseur. Il liquéfie lentement la gélatine, formant à sa surface une plaque sèche, épaisse, ridée, sur laquelle se développent plus tard des points brun-jaunâtre, qui sont des amas de spores. Sur pomme de terre on obtient en 24 heures une colonie jaune-citron, qui s'étend très vite en surface et prend au milieu une apparence ridée et une couleur semblable à la croûte de pain. Le sérum sanguin ne paraît pas être un bon milieu de culture pour ces bactéries, qui se développent d'autant plus vite qu'on en fait des ensemencements plus répétés.

L'inoculation au lapin et au cobaye donna lieu à un érythème tantôt localisé, tantôt généralisé, avec desquamation épidermique; ces animaux ne périrent pas. Deux veaux furent aussi inoculés. Le premier eut de la fièvre et mourut au bout de 24 heures. On trouva des congestions viscérales multiples. Le second mourut de péricardite au bout de 5 semaines.

Edington a trouvé, en même temps que ce bacille, les micro-organismes suivants : sarcina lutea, streptococcus rubiginosus, micrococcus capsiformis, diplococcus scarlatinæ, ascobacillus, bacillus fulvus, bacillus arborescens. Deux de ces bactéries, spéciales à la scarlatine, le streptococcus rubiginosus et le diplococcus scarlatinæ, ne

(1) Tschamer : *Centralblatt für Kinderheilkunde*, 1879, n° 23.
(2) Hofmann : *Zeitschrift für Parasitenkunde*, Bd. III, p. 105.
(3) Klebs : *Archiv für experimentelle Pathologie und Pharmacologie*. Bd. IV, 1875. p. 477.
(4) Eklund : *Ann. de dermat.*, Juillet 1882.
(5) Osterlong : *Americ. journ. of med. sc.*, Juillet 1882.
(6) Pohl Pinkus : *Centralblat für medicinische Wissenschaft*, 1883, n° 36.
(7) Klamann : *Allgemeine medic. Central-Zeitung* 1883, n° 102.
(8) Finkelnburg : *Berl. klin. Wochenschrift*, 1887.
(9) Roth : *München. Intelligenzblatt*. I, 1883.
(10) Edington : *Brit. med. journ.*, juin 1887, p. 1262, et août 1887, p. 304.

seraient pas pathogènes. Edington conclut de ses recherches que le bacille qu'il a isolé et décrit est la cause spécifique de la scarlatine.

Malheureusement Smith (1) démontra, peu de temps après, que les squames épidermiques d'une dermite quelconque donnaient naissance à des colonies de micrococoques et de bacilles identiques au prétendu microbe de la scarlatine.

La Société de médecine d'Edimbourg (2) nomma alors une commission pour vérifier les expériences d'Edington. Sur 10 cas, l'examen microscopique du sang ne révéla que trois fois des bacilles; sur 9 cas, l'ensemencement du sang ne fournit que quatre fois des colonies de bacilles, bien qu'il fût fait avant le 3e jour de l'éruption. Les cultures des squames, les inoculations aux animaux ne donnèrent que des résultats négatifs. — Duclaux (3) a dans la suite fait ressortir combien les précautions d'Edington étaient insuffisantes pour aseptiser la peau des scarlatineux en expérience.

D'un autre côté, Klein (4), à propos d'une épidémie de scarlatine à Londres, qui correspondait à la zone de distribution du lait provenant des vaches malades de Hendon, essayait de démontrer que la maladie de ces animaux était bien la scarlatine. Cette maladie des vaches de Hendon était caractérisée par de la fièvre, une éruption de taches rouges sur la croupe de l'animal, avec desquamation trois ou quatre semaines après, mais surtout des ulcérations aux pis, succédant à des pustules.

Klein isola dans les ulcères des pis des vaches des cocci en chaînettes de trois à vingt articles. Les cultures de ce micro-organisme furent inoculées à des veaux. L'un d'eux est mort au bout de 26 jours. Le point d'inoculation était le siège d'un gonflement marqué; les ganglions voisins très tuméfiés. L'autopsie a montré de la péricardite et de la péritonite avec sérosité purulente; le foie hyperémié et augmenté de volume; les poumons en partie hépatisés, à exsudat renfermant une quantité de diplocoques. Le pharynx était rouge et gonflé; la muqueuse de l'intestin grêle pâle et les plaques de Peyer tuméfiées. Le sang du cœur, mis en culture, donna des chaînettes de microcoques. Ces résultats concordaient avec ceux obtenus en faisant les autopsies de deux vaches malades qu'on avait sacrifiées. Puis Klein s'efforça de retrouver son streptocoque chez les enfants atteints de scarlatine. Sur 11 cas, il le constata 4 fois dans le sang de petits scarlatineux. Des souris inoculées avec ce micro-organisme moururent du 7e au 20e jour. Des vaches, inoculées à leur tour, présentèrent les mêmes symptômes et les mêmes lésions anatomiques que ceux que Klein avait constatés sur les vaches inoculées avec les cultures pures du pus de Hendon; leur sang contenait le même streptocoque.

La description des cultures de ce streptocoque ne paraît pas différer sensiblement de l'aspect des cultures du streptocoque pyogène, bien que Klein déclare que leur développement est absolument caractéristique. En tout cas, il n'hésite pas à conclure que la scarlatine humaine peut provenir de la maladie constatée chez les vaches de Hendon.

Crookshank (5) ne tarda pas à déclarer qu'il avait observé

(1) W. Smith : *Brit. med. journ.*, juillet 1887, p. 67.
(2) *Brit. med. journ.*, 15 oct. 1887, p. 830.
(3) Duclaux : *Ann. Inst. Pasteur*, 1887, p. 454.
(4) Klein : *Report of the medical officer of the Local Government Board for* 1885-86, n° 8, p. 90. — *Proceedings of the royal society*, London, vol., XLII, 1887. — *Lancet*, 1887, vol. II, p. 728, — *Brit. med. journ.*, 1887, p. 1342. — *Centralbl. f. Bact.*, Bd. II, p. 276.
(5) Crookshank : *Brit. med. journ.*, décembre 1887, p. 1317 et 1432; janvier 1888, p. 122. — *Centralbl. f. Bakt.*, 1888, Bd. III, p. 781. — *Lancet*, 1887, vol. I, n° 26, p. 1274-75.

à Wiltshire une épidémie analogue à celle de Hendon avec ulcérations et vésicules sur les trayons des vaches malades. Celles-ci contaminaient les vachers et les laitières, qui avaient des gonflements des doigts, recouverts d'ulcérations croûteuses avec lymphangite, mais jamais d'exanthème. D'ailleurs aucun cas de scarlatine n'avait été observé parmi les 300 consommateurs du lait des vaches. En cultivant le pus des ulcères, il avait trouvé un microcoque en chaînettes. Il pense qu'il s'agit de cow-pox.

Klein s'empressa de contester la nature de la maladie observée par Crookshank et les résultats bactériologiques obtenus par lui. Mais Crookshank termina cette polémique en démontrant que le microorganisme regardé comme pathogène de la scarlatine par Klein est le streptocoque pyogène. En nous occupant plus loin des infections secondaires, nous verrons pourquoi on retrouve ce streptocoque dans les organes à la suite de scarlatines malignes, au même titre que Klein le constatait dans le sang des animaux auxquels il inoculait du pus.

Au congrès de Saint-Pétersbourg, Mme M. Raskin (1), après avoir rappelé que les conclusions des travaux de Klein et d'Edington n'étaient plus admissibles, déclare que dans le sang, les organes et les produits de la desquamation furfuracée des scarlatineux, il y a plusieurs espèces de microbes, dont le plus fréquent est bien différent au point de vue morphologique de tous ceux qui sont connus à l'heure qu'il est. Ce micrococcus se trouve en colonies dans les globules blancs du sang et ne se rencontre qu'au début de la maladie. Après la mort par scarlatine, ce coccus a été trouvé dans les viscères (poumons, foie, reins, rate), dans la cavité buccale et dans le derme. Ce microorganisme est pathogène pour les lapins et les cobayes et de plus on le trouve aussi chez eux dans les globules blancs du sang. Ce micrococcus, inoculé aux animaux, n'a pas provoqué la vraie scarlatine.

En résumé, le microbe de la scarlatine reste encore à découvrir.

II

Les résultats ont été plus satisfaisants lorsqu'il s'est agi des infections secondaires, et on est arrivé assez rapidement à isoler dans la scarlatine quelques microbes pathogènes bien définis, dont l'action vient s'ajouter à celle du microbe encore inconnu de cette fièvre éruptive.

Wood et Formade (2), M. Demme de Berne (3), décrivent dans les fausses-membranes de l'angine pseudo-membraneuse de la scarlatine des microcoques qu'ils n'ont pas cultivés.

Litten (4), Bokai (5), dans le pus des arthrites scarlatineuses, aussi bien que sur l'endocarde et les reins, ont trouvé de nombreux microcoques.

Dans son beau mémoire sur la diphthérie, Lœffler (6), dans 5 cas d'angines scarlatineuses pseudo-membraneuses ne trouve le bacille de Klebs que dans un cas. Dans les autres cas les fausses membranes ne renfermaient qu'un microcoque en chaînettes très voisin de celui de l'érysipèle. Il l'a isolé, cultivé et inoculé à des animaux.

Chez un enfant atteint de diphthérie scarlatineuse, de diphthérie cutanée et d'arthrites purulentes, Heubner et Bahrdt (1) ont coloré dans les fausses membranes cutanées, dans le sang et dans le pus, des microcoques en chaînettes, semblables à ceux que Lœffler avait décrits dans l'angine pseudo-membraneuse de la scarlatine.

Max Schüller (2), dans un cas où la scarlatine était compliquée de diphthérie, a trouvé le bacille de Lœffler dans le liquide d'une arthrite, ainsi que le microbe de la pneumonie dans deux cas où la pneumonie compliquait la scarlatine.

Frænkel et Freudenberg (3) rapportent deux cas de scarlatine compliquée d'angine pseudo-membraneuse. Les deux fois la mort survint en pleine éruption. Dans l'un de ces cas il s'agissait d'une fillette de 13 ans, morte au 7e jour de la maladie avec une angine diphthérique grave accompagnée d'engorgement secondaire des ganglions du cou. Dans l'autre cas était survenue une angine diphthérique avec ulcération des amygdales et du larynx. Les ganglions sous-maxillaires, la rate, les reins, le foie donnèrent des cultures de streptocoques identiques au streptococcus pyogenes. Dans le premier cas, ces cultures étaient pures; dans le second, pour lequel les organes n'avaient pu être conservés à l'abri des impuretés, on y constatait d'autres organismes, mais les colonies de streptocoques y étaient de beaucoup les plus abondantes. Bien qu'ils n'eussent pas fait d'examen bactériologique des fausses-membranes de la gorge, ces auteurs admettent que là était le point de départ de cette infection secondaire.

Crooke (4) a trouvé dans les organes d'un scarlatineux des microcoques, des diplocoques, des cocci en chaînettes et des zooglées.

Heubner (5), en rapportant une épidémie de Leipzig, décrit dans les fausses membranes diphthériques de la scarlatine des microcoques et des bâtonnets, qu'il s'est contenté de colorer.

Babès (6), au cours d'une communication à la Société anatomique de Paris, dit incidemment qu'il a trouvé le bacille de Lœffler associé à un streptocoque dans un cas de diphthérie post-scarlatineuse. Plus tard, dans un travail portant sur 24 cas de scarlatine (7), le même auteur a isolé un streptocoque d'un exsudat pleurétique. Il a trouvé parfois, en même temps que ce streptocoque, le coccus encapsulé de Talamon-Frænkel dans des foyers pneumoniques. Enfin dans 14 cas compliqués d'albuminurie avec œdème, il a trouvé dans le rein 13 fois le streptocoque seul ou associé au pneumocoque. Dans les coupes il a trouvé ce streptocoque une fois dans les vaisseaux, à la limite des substances corticale et médullaire, une autre fois dans les glomérules, le tissu interstitiel, les veines, surtout au niveau de leurs courbures, enfin dans les tubes eux-mêmes.

Dans une communication à la Société de médecine interne de Berlin (séance du 6 juin 1887), A. Frænkel (8) cite deux cas de mort au cours de scarlatines graves compliquées de diphthérie; le premier cas s'accompagnait d'une pleurésie à streptocoques; le second d'endocardite et de broncho-pneumonie avec des streptocoques dans tous les organes. D'après lui, la diphthérie de la scarlatine, de la variole et de la fièvre typhoïde

(1) M. Raskin : *Congrès de Saint-Pétersbourg*, 1889. Séance du 22 janvier.
(2) Wood et Formade : *Nation. Board of Health bulletin*. London, 1881.
(3) Demme : *Arch. für Kinderheilkunde*, 1882.
(4) Litten : *Charité Annal.*, T. VII, 1884.
(5) Bokai : *Jahrbuch für Kinderheilkunde*, Bd. XIX, 1883, p. 317 et : Les bactéries et leur rôle, etc., Paris, 1885, p. 537.
(6) Lœffler : *Mittheilungen aus den Kaiserl. Gesundheitsamte*, vol. II, 1884, p. 42.

(1) Heubner et Bahrdt : *Berliner klin. Wochenschr.*, 1884.
(2) Max Schueller : *Archiv fur klin. Chir.*, Berlin, XXXI, p. 276, 287, 1885.
(3) Frænkel et Freudenberg : *Centralbl. für klin. Medicin*, 1885.
(4) Crooke : *Fortschritte der Medicin*, Bd III, n° 20, 1885.
(5) Heubner : *Münchener med. Wochenschrift*, 1886, n° 9.
(6) Babès : *Progrès médical*, 1886, n° 8.
(7) Babès : *Bacteriologische Untersuchung über septische Processe des Kindesalters*. Leipzig, 1889.
(8) Frænkel : *Berlin. klin. Woch.* 21 juin 1887.

serait due au streptocoque. Les fausses membranes n'ont cependant été ni examinées, ni ensemencées.

Mme Marie Raskin (1), dans un important travail de recherches bactériologiques sur les infections secondaires dans la scarlatine, a fait l'examen de 23 cas de scarlatine compliquée. Dans 7 adénites suppurées, elle a toujours trouvé le streptocoque seul. Elle l'a trouvé aussi dans un cas de pleurésie fibrineuse et dans un cas de broncho-pneumonie, plusieurs fois dans le rein, dans 2 cas d'arthrites suppurées et dans un cas d'arthrite séreuse, dans 7 cas d'otite moyenne (de même que Netter) (2), dans les fausses membranes de 3 diphthéries précoces de la scarlatine. Dans le sang elle a retrouvé ce streptocoque 6 fois sur 23. Une fois elle l'a constaté au 5e jour d'une scarlatine avec adénite suppurée et synovite séreuse, mais ne le retrouva plus au 10e jour. Il est bon de dire à propos des examens de fausses membranes que Mme Raskin n'a pas fait d'ensemencement sur sérum. Elle a aussi isolé un autre micrococque et un bacille, qui ne paraissent jouer qu'un rôle peu important. Elle n'a pas inoculé le streptocoque aux animaux.

Parmi les 24 cas de diphthérie examinés par Prudden (3), et il se trouve 3 cas d'angines scarlatineuses dont les fausses membranes ne donnèrent que des streptocoques, des staphylocoques dorés en cultures sur plaques. Il est vrai que dans aucun des 24 cas l'auteur n'a trouvé de bacille de Lœffler. Mais dans un très court article, Kolisko et Paltauf (4) disent que dans 50 cas de diphthérie ils ont toujours trouvé le bacille de Lœffler, tandis qu'ils ne l'ont jamais rencontré dans les angines de la scarlatine ni de la rougeole. Ils ne donnent pas de détail.

Sur 13 cas d'angines pseudo-membraneuses de la scarlatine, Sœrensen (5) sur des coupes d'amygdales n'a pas trouvé de bacilles de Lœffler, mais seulement des amas de micrococci.

En janvier 1889, au Congrès de médecine de Saint-Pétersbourg, Wyssokowitch et Tchernaïeff ont soutenu que l'angine pseudo-membraneuse du début de la scarlatine n'était pas de nature diphthérique.

Heubner dans ses leçons (6) et son élève Lenhartz (7) dans un travail portant sur une observation fort intéressante de scarlatine avec phlegmon du cou, arthrite suppurée et diphthérie, soutiennent la même opinion. Lenhartz a retrouvé un streptocoque, qu'il identifie avec le streptococcus pyogenes, dans les fausses membranes, le pus et tous les organes. Il n'a fait d'ensemencements que sur gélatine et gélose et n'a fait d'inoculation qu'à des souris blanches.

D'Espine et de Marignac (8) ont examiné un cas d'angine scarlatineuse précoce. Les ensemencements sur sérum n'ont pas donné de bacilles de Lœffler, il n'a poussé que des colonies de streptocoques.

Dans son travail sur la broncho-pneumonie, Mosny (9) cite un cas de broncho-pneumonie scarlatineuse, dans lequel le poumon était infecté par le streptocoque pyogène.

(1) Marie Raskin : *Vratch*, 1888, nos 37-44, et *Centralbl. f. Bacter.*, 1889, nos 13 et 14.
(2) Netter : *Ann. des mal. de l'oreille*, 1888.
(3) Prudden : *Am. jo rn. of. med. sc.*, juin 1889.
(4) Kolisko et Paltauf : *Wien. med. Wochenschr.*, 1889, n° 8.
(5) Sœrensen : *Hosp. Eid. Kjobenth.*, 1889, p. 1370-1373.
(6) Heubner : *Sammlung klin. Vortr.*, etc. Leipzig, 1888, n° 322, p. 2920.
(7 Lenhartz : *Jahrbuch für Kinderheilkunde*. Bd XXVIII. Heft 3, n° 4, p. 290.
(8) D'Espine et de Marignac : *Rev. méd. de la Suisse Romande*, n° 1, 1890.
(9) Mosny : Th. Paris, 1891.

En collaboration avec R. Wurtz (1), nous n'avons jamais trouvé dans les angines précoces de la scarlatine le bacille de Klebs recherché par la méthode des ensemencements sur sérum préconisée par Lœffler ainsi que Roux et Yersin. Dans 2 cas d'angines tardives nous l'avons au contraire constaté.

Le seul microbe pathogène qui se trouvât constamment dans les fausses membranes des angines précoces était un streptocoque, très analogue à celui de l'érysipèle et pouvant produire expérimentalement des exsudats pseudo-membraneux sur la muqueuse du bec des pigeons.

Poursuivant ces recherches (2), nous avons obtenu dans 30 cas d'angines scarlatineuses les résultats bactériologiques suivants :

Dans 7 cas d'*angines érythémateuses* nous avons toujours trouvé un streptocoque. Le bacille de Lœffler a été trouvé une seule fois sur 18 cas d'*angines pseudo-membraneuses précoces*. Dans les 17 autres cas, nous avons constamment trouvé un streptocoque. Le bacille de Lœffler a été constaté 3 fois sur 4 dans les *angines pseudo-membraneuses tardives*. Dans le cas unique où il faisait défaut, on trouvait un streptocoque. Chez des *convalescents de scarlatine*, nous avons retrouvé 2 fois ce streptocoque sur 6 cas dans lesquels l'angine était guérie depuis 2 à 5 semaines.

La morphologie de ce streptocoque, les résultats d'inoculation aux animaux qu'on obtient avec lui, permettent de l'identifier au streptococcus pyogenes. Or, depuis les travaux de Hartmann (3), de Winckel (4), depuis les recherches de Doyen (5) de Reims, de Chantemesse et Widal (6) on admet généralement qu'il y a identité entre le streptocoque de l'érysipèle et celui de la suppuration. On est également tenté de rapprocher le streptocoque de l'angine de la scarlatine de celui de l'érysipèle, en présence des faits assez nombreux d'érysipèle compliquant la scarlatine (Lasch (7), Hertzka (8), Triwousse (9), etc.), et surtout de l'observation rapportée par Lenhartz (10) du débris de fausse membrane d'angine scarlatineuse tombant sur une excoriation de la peau de la face du professeur Heubner et donnant lieu à un érysipèle débutant en ce point.

Ce streptocoque, que l'on retrouve si souvent chez les scarlatineux, ne paraît jouer aucun rôle dans l'étiologie de la scarlatine elle-même, car les recherches de Crookshank (11) et de Mme Raskin (12) ont fait justice de l'opinion de Klein (13) sur l'origine de la scarlatine.

C'est par la cavité buccale, où on peut le rencontrer normalement (14), qu'il pénètre le plus souvent chez les scarlatineux. Il y provoque l'inflammation des amygdales et paraît même y donner lieu à la formation de l'exsudat tonsillaire dans les angines pseudo-membraneuses précoces. Cette faculté, qu'a le streptocoque pyogène de développer des fausses membranes, a été reconnue dans les fièvres puerpérales, à forme diphthé-

(1) Wurtz et Bourges : *Arch. de méd. expér.*, 1er mai 1890, n° 3, p. 341.
(2) Bourges : Th. Paris, 1891.
(3) Hartmann : *Arch. f. Hygiene*, Bd VII.
(4) Winckel : *Verh. der deutsch. Gesellsch. für Gyn.*, *I Congr.* p. 78.
(5) Doyen : *Bull. de l'Acad. de méd.*, 27 mai 1888.
(6) Chantemesse et Widal : Identité des streptocoques du pus et de l'érysipèle. *Soc. anat.*, déc. 1888 et Widal. Th. Paris, 1890.
(7) E. Lasch : *Wien. med. Presse*, 1885.
(8) Hertzka Herm : *Archiv für Kinderheilkunde.* Bd VIII, 1887, Heft 4, p. 2 8-292.
(9) Triwousse : *Gaz. des hôp.*, n° 103, 9 septembre 1890.
(10) Lenhartz : *Jahrbuch für Kinderheilkunde*, 1888, p. 308 et 309.
(11) Crookshank : *Brit. med. journ.*, déc. 1887, p. 1317.
(12) Marie Raskin : *Congr. St-Pétersbourg*, 22 janvier 1889.
(13) Klein : Report of the medical officer of the Local government Board for 1885, 1886, p. 90.
(14) Netter : *Soc. de biologie*, 21 juillet 1888.

rique, par Baumgarten (1), puis par Widal (2); mais les amygdales ne sont que la porte d'entrée par laquelle pénètre le streptocoque pyogène pour envahir tout l'organisme (forme pyohémique ou septicémique de la scarlatine) ou se cantonner dans un organe (otites, adénites, arthrites, pleurésies, broncho-pneumonies, néphrites, etc.).

Quant au bacille de Lœffler et au pneumocoque, leur rôle est plus restreint dans la scarlatine; ou du moins ils s'y rencontrent moins souvent que le streptocoque pyogène.

H. Bourges.

TRAVAUX ORIGINAUX

Des lésions de la moelle dans la scoliose de l'enfance (Atrophie unilatérale et asymétrie des cornes antérieures), par le Dr Klippel, chef de laboratoire de la Faculté de médecine.

Les autopsies de trois malades atteints de scoliose datant de l'enfance nous ont montré que cette maladie pouvait s'accompagner de lésions de la moelle, d'une déformation asymétrique des cornes antérieures résultant de l'atrophie ou de l'arrêt de développement de l'un des côtés. Il est manifeste que cette lésion soit en rapport avec la scoliose, non seulement parce qu'elle s'est présentée deux fois sur trois, mais encore, parce que son siège est bien en rapport des lésions périphériques d'atrophie du squelette et des muscles. Elle occupait en effet la corne antérieure de la moelle dorsale dans les deux cas et se continuait dans la région cervicale dans une observation où l'atrophie musculaire se montrait dans cette même région.

Etant donné le rapport qui nous paraît indiscutable de la lésion, il nous restera, après les observations qui suivent, à nous demander s'il s'agit d'une lésion primitive de la moelle avec troubles trophiques de la périphérie, répondant à la scoliose, ou si la lésion de la moelle est secondaire et représente un arrêt de développement, suite possible d'une atrophie des organes périphériques datant de l'enfance.

Obs. I *Scoliose et double pied bot datant de l'enfance. Atrophie et déformation de la corne antérieure gauche de la moelle cervico-dorsale. Atrophie des muscles thoraciques gauches.*

Le nommé Casimir Bab..., 54 ans, tailleur, entré le 6 avril 1887, salle Rostan, n° 20, à Laënnec.

Le malade présente actuellement une scoliose extrêmement prononcée et un double pied bot avec atrophie musculaire et squelettique aux pieds et aux jambes.

Il lui est difficile de préciser l'époque exacte où ces phénomènes se sont produits, mais il paraît certain que ce fut dans les premières années de sa vie. Il sait qu'à l'âge de quatre ans il portait déjà ces infirmités. Il n'a jamais pu marcher sans béquilles et s'en sert encore aujourd'hui. Il est ainsi impossible de savoir s'il a des antécédents pathologiques héréditaires et il ne se souvient pas avoir fait de maladies dans son enfance.

La colonne vertébrale présente deux courbures très accusées suivant le sens latéral : la première présente sa convexité à gauche; elle occupe la partie supérieure de la région dorsale; la seconde présente sa convexité à droite et répond à la région dorsale moyenne et inférieure. Les côtes sont fortement déviées, irrégulières, présentant des angles très saillantes en arrière. Le sternum est repoussé en avant et également dévié. A la palpation, on remarque que les masses musculaires du thorax du côté gauche sont diminuées de volume et cela tant en arrière que sur les parties latérales. Aussi peut-on facilement sentir des saillies et des déviations de squelette de ce côté, à travers les masses musculaires amincies. L'examen électrique donne d'ailleurs des renseignements plus précis sur l'atrophie : sur plusieurs muscles du côté gauche du thorax les réactions électriques sont nulles, tandis que du côté droit elles apparaissent normalement. A la faradisation le muscle trapèze répond également des deux côtés, mais le long dorsal, par exemple, est sans réaction à gauche avec le maximum d'intensité du courant.

La tête est normalement conformée et ne présente pas les signes du rachitisme.

Les membres supérieurs sont assez grêles, mais sans traces de paralysie et sans modification électrique des muscles.

Des deux côtés il y a atrophie musculaire des jambes et pieds bots. Celui du côté gauche est plus marqué que celui du côté droit. Il a des pieds en forme de griffes. Les os sont très grêles, mais parfaitement droits, c'est-à-dire sans signe de rachitisme. Les réflexes rotuliens sont abolis.

L'atrophie musculaire des jambes est complète. Les réactions électriques y sont nulles. Aucun trouble de la sensibilité.

Le développement cérébral est très incomplet et l'intelligence peu développée.

La mort est survenue le 7 juin 1887, au cours d'une fièvre typhoïde compliquée d'hémorrhagies intestinales graves.

Autopsie (8 juin 1887). *Thorax.* — La diminution des muscles du thorax et de l'abdomen montre que du côté gauche ces muscles sont tous très pâles, de coloration blanchâtre ou rosée. Le long dorsal, le rhomboïde, le petit pectoral, les muscles abdominaux antérieurs se présentent sous la forme de lames minces, ayant l'aspect de tissu conjonctif et où l'on ne peut plus reconnaitre l'aspect ordinaire des muscles. Çà et là on voit quelques faisceaux ayant conservé la coloration et l'aspect normal. Ailleurs, c'est un tissu d'aspect conjonctif et adipeux et infiltré de sérosité. Du côté droit l'aspect est normal.

Les muscles intercostaux sont plus pâles à gauche qu'à droite.

La colonne vertébrale présente des courbures prononcées, décrites plus haut. Le tissu vertébral paraît atrophié. Les côtes sont plus étroites à gauche qu'à droite. Le squelette participe à l'atrophie gauche.

Membres supérieurs. — Les muscles ont un aspect normal, peut-être un peu plus grêle à gauche.

Membres inférieurs, — Les muscles des pieds et des jambes sont blancs, et transformés en tissu conjonctif.

Le tibia est rectiligne, mais fort étroit et atrophié. Les muscles sont entourés d'une épaisse couche de graisse, infiltrées d'un liquide gélatineux. Il n'y a pas d'œdème mou, mais seulement une sérosité semblant conpenser la résorption des tissus atrophiés. Les artères et veines fémorales sont très grêles. De même du sciatique surtout à gauche.

Cavité thoracique. — Crosse de l'aorte dilatée avec plaques athéromateuses cartilagineuses.

Le cœur est augmenté de volume avec hypertrophie du ventricule gauche, mesurant deux centimètres d'épaisseur. Le ventricule droit est un peu hypertrophié. La valvule mitrale a de l'épaississement de son bord libre. Les valvules aortiques sont saines. La valvule tricuspide est épaisse à son bord libre.

Adhérences pulmonaires du côté droit avec hépatisation rouge de la base du poumon.

Cavité intestinale. — Signalons la lésion très prononcée et ulcéreuse de l'intestin grêle et du cæcum.

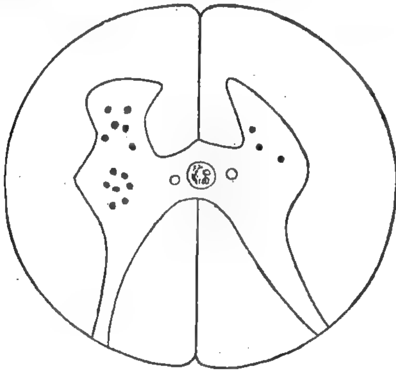
Moelle épinière. — Elle est petite. Les racines cervicales sont égales, mais plus grêles à gauche dans la région dorsale. La coloration des racines gauches est grise, tandis qu'elle est blanche à droite.

Sur les coupes transversales on peut constater à l'œil nu que la partie inférieure de la région cervicale offre une diminution et une déformation de la corne antérieure gauche qui prend une forme triangulaire et qui est plus petite qu'à droite.

Dans la région dorsale la déformation s'accuse encore. Ici sur toute la hauteur la corne gauche est triangulaire, la pointe répondant à l'extrémité antérieure qui est à l'état normal arrondie. Elle est très diminuée de volume.

(1) Baumgarten : *Lehrbuch der pathologischen Mykologie*, 1888.
(2) Widal : Th. Paris, 1889.

Dans cette même portion la région du faisceau pyramidal gauche a une teinte jaune grisâtre diffuse.



A la région lombaire les deux cornes sont sensiblement égales.

Cerveau. — Léger œdème, méninges assez épaisses et congestionnées, se laissant facilement détacher. Pas de ramollissement.

La frontale ascendante et la deuxième frontale gauche sont plus grêles qu'à droite. Le lobe paracentral droit est aussi plus développé.

Examen histologique. — *Membres.* Dans les muscles thoraciques atrophiés (côté gauche) on trouve un tissu conjonctif contenant beaucoup de graisse et remplaçant le tissu musculaire.

Dans les quelques points où l'on rencontre des vestiges de muscles, les fibres y sont fort grêles, mais avec conservation de la situation et des caractères normaux.

Les muscles des membres inférieurs offrent la même lésion histologique.

Nerfs sciatiques. Il y a de la sclérose avec disparition de quelques faisceaux nerveux, mais pourtant, où l'on trouve des fibres nerveuses, elles sont absolument normales et sans dégénérescence.

Moelle cervicale. Sur toute sa hauteur on trouve une atrophie de l'une des cornes antérieures, la gauche, ayant pour résultat une asymétrie entre les deux côtés, une variation dans la forme. D'abord la saillie angulaire latérale qu'on observe normalement dans la région cervicale et qui existe à droite est à gauche beaucoup moins marquée, ce qui fait paraître la corne de ce côté plus allongée. Elle est, de plus, plus étroite que celle du côté opposé d'une manière frappante. On y constate une diminution de volume qui implique atrophie. L'extrémité antérieure de cette même corne est de moitié plus étroite que celle du côté opposé.

La commissure est aussi plus grêle de ce côté et la corne postérieure elle-même n'est pas tout à fait aussi développée. Tous ces faits sont constatables à un faible grossissement permettant d'avoir sous les yeux les deux côtés et de juger par comparaison.

Moelle dorsale. C'est là que la lésion atteint le maximum d'intensité que nous ayons pu observer. A l'état normal, la corne antérieure de cette région se termine par une extrémité large et arrondie. Du côté malade c'est une surface triangulaire qu'on observe, l'extrémité antérieure représentant un angle aigu au lieu d'un segment de circonférence. Et par le fait, la corne considérée en surface a perdu près de la moitié de son volume. La corne postérieure paraît aussi développée de ce côté que de l'autre. Mais en ce qui concerne le groupe de la colonne de Clarke, il est plus petit que du côté droit. La corne du côté sain, bien qu'ayant conservé sa forme normale est cependant atrophiée et plus petite qu'on ne la voit sur d'autres moelles.

De cette diminution de la surface de la corne antérieure gauche résulte naturellement un amoindrissement considérable du nombre des grandes cellules motrices et par conséquent de l'innervation et de la fonction trophique de ce centre. Et cela sur toute la hauteur de la moelle dorsale. On peut constater, en effet, l'absence complète du groupe de cellules qui existe normalement à la partie externe de la corne qui ici a disparu. Il n'y a pas pour cela de cellules surnuméraires ailleurs. Le groupe interne est réduit à trois cellules en moyenne, et en dehors de lui on n'observe que quelques cellules disséminées çà et là. Encore sont-elles petites, grêles, mais ont leur forme habituelle. Elles contiennent passablement de grosses granulations noirâtres ou ocreuses.

Moelle lombaire. Cette portion est en général grêle comme le reste de la moelle, mais des deux côtés les cornes ont même volume et même forme. La symétrie y est conservée. On ne note rien d'anormal avec de très faibles grossissements. Mais en poussant l'étude plus loin, on trouve les particularités suivantes. Des coupes sont faites en série depuis l'extrémité inférieure de la moelle (non compris le filum terminal) en montant jusqu'à la partie inférieure de la moelle dorsale, c'est-à dire de bas en haut de la région lombaire.

Dans ces conditions on trouve :

1° Dans les deux derniers centimètres de la moelle lombaire un aspect normal, c'est-à-dire beaucoup de très grandes cellules.

2° Sur un espace de un centimètre au-dessus des précédents, il n'y a que des débris de cellules et quelques rares cellules disséminées soit à la partie interne, soit à la partie médiane des cornes antérieures. Jamais on ne constate le groupe externe.

3° Dans l'étendue d'un centimètre au-dessus du précédent on constate l'absence des groupes externe et moyen, le groupe interne étant seul conservé.

Plus haut, la moelle présente la colonne de Clarke et l'on est dans la région dorsale.

Ces altérations de la moelle lombaire sont en rapport avec le double pied bot atrophique que présentait le malade, et non plus avec la scoliose.

Observation II. *Scoliose datant de l'enfance. Déformation et asymétrie des cornes antérieures de la moelle dorsale. Cancer du foie. Démence.*

La nommée Sal.., âgée de 49 ans, entrée en 1890 à Sainte-Anne, à la clinique de M. le professeur Ball.

La scoliose est très prononcée. La colonne vertébrale dorsale est déviée latéralement de manière à décrire une courbe dont la convexité regarde à gauche et en arrière. La colonne cervicale décrit une légère courbe à convexité droite. La cage thoracique est irrégulière, les côtes faisant saillie en arrière et étant déprimées en avant. Les masses musculaires sont maigres ainsi que les membres supérieurs. Les jambes sont parfaitement droites et la tête est régulièrement conformée.

Œdème malléolaire. Congestion pulmonaire. Corps thyroïde volumineux et irrégulier.

Foie considérablement augmenté de volume.

L'autopsie faite le 24 mars 1890 montre que les muscles du thorax et du dos sont peu développés et pâles. Les grands pectoraux sont très minces. Les côtes sont surtout irrégulières à gauche, sont très grêles des deux côtés. La moelle paraît amincie. Sur le corps de la région dorsale on peut voir à l'œil nu, mais seulement à un examen attentif, l'asymétrie des cornes antérieures et la déformation qui seront décrites plus loin et rendues évidentes par la loupe et le microscope.

Le cerveau est d'un aspect normal, sans atrophie des circonvolutions et sans athérome de la base.

Dans l'un des poumons il y a une hépatisation bronchopneumonique.

Les valvules aortiques sont légèrement déformées par affaissement et athérôme. Le myocarde est sain.

L'estomac ne présente aucune trace de cancer.

Dans le foie il y a d'énormes noyaux cancéreux, durs, disséminés, ayant le volume d'un œuf de poule, faisant saillie à la surface. D'autres dans l'intérieur du parenchyme sont hémorrhagiques.

Indépendamment des noyaux cancéreux, la surface du foie est irrégulière, présentant des lobules saillants et des îlots graisseux.

Légère ascite.

Rate dure. Reins volumineux, injectés et durs.

L'utérus présente un petit noyau fibreux.

Dans le corps thyroïde il y a des noyaux jaunâtres, et dans le centre de l'un d'eux un kyste.

La moelle examinée au microscope avec un très faible grossissement montre dans la région dorsale, du haut en bas, une

déformation fort analogue à celle constatée dans l'observation précédente, bien qu'elle soit ici à un moindre degré. La corne antérieure gauche est plus petite que celle du côté droit. Sa forme est allongée et triangulaire, son extrémité antérieure se termine par une pointe après avoir présenté latéralement sur le côté extrême un léger renflement. La portion atrophiée peut être évaluée à un tiers de la surface de substance grise. Les vaisseaux sont sains, ainsi que les tubes de la substance blanche. A un fort grossissement on constate que les cellules ganglionnaires qui subsistent dans la portion non détruite de la corne antérieure sont légèrement atrophiées et granuleuses.

Observation III. — *Scoliose datant de l'enfance. Cancer du foie. Pas de lésion de la moelle*

Le nommé X..., 61 ans, entré en avril 1890, salle Larochefoucauld, n° 2, dans le service de M. le professeur Ball, à Laënnec.

La scoliose est marquée par une incurvation de la colonne vertébrale dont la convexité dorsale est à droite. Les épaules sont inégales; les côtes sont très déviées du côté droit, formant en arrière un angle saillant entraînant une déformation thoracique bien nette. Le malade assigne d'une manière approximative l'âge de quinze ans comme début de cette maladie.

Les jambes sont parfaitement droites, la tête est normalement conformée. Il n'y a pas de symptômes de rachitisme des membres ou du bassin.

A l'autopsie (16 avril 1890), on constate bien la déformation thoracique après que le poumon et le cœur ont été retirés. Les muscles du thorax ne présentent pas d'atrophie, mais la musculature est peu développée au thorax, surtout du côté de la déformation costale.

La moelle est petite, grêle, mais normale sur les coupes à la vue. Les cornes des deux côtés sont symétriques et ont leur forme habituelle. Cette constatation est confirmée par l'examen microscopique.

Il existe un cancer très étendu du foie et un petit noyau de même nature, dans l'estomac. Le cœur et l'aorte présentent des traces d'artério-sclérose.

La lésion que nous avons observée dans la moelle peut se résumer en une atrophie unilatérale de la corne antérieure de la moelle dorsale et dans un cas atteignant aussi la région cervicale. Cette atrophie est assez marquée pour entraîner une déformation de la région atteinte et de fait une asymétrie entre les deux côtés de la moelle.

Il est impossible de ne pas voir entre cette lésion de la moelle et l'atrophie musculaire et osseuse de la cage thoracique qui constitue la scoliose une relation de cause à effet.

Seulement on est en droit de se demander si la lésion de la moelle est primitive et commande la scoliose, ou si, au contraire, la scoliose étant préventive, il s'ensuit une lésion de la moelle, en d'autres termes si la scoliose est ici un trouble trophique consécutif à une lésion de la corne antérieure, ou si l'atrophie de celle-ci constitue un arrêt de développement correspondant à une lésion périphérique datant de l'enfance.

A. La lésion de la moelle serait consécutive à la scoliose.

Nous ne pensons pas que l'on puisse admettre que la moelle comprimée par la déformation vertébrale soit lésée dans la forme indiquée plus haut.

L'hypothèse d'un arrêt de développement consécutif est en rapport avec ce que l'on sait des lésions périphériques survenant à un âge où la croissance n'est pas terminée. Rappelons par exemple: les atrophies du névraxe dans les amputations des membres datant de l'enfance (1).

L'étendue et la régularité de l'altération de la moelle semblent favorables à cette manière de voir.

B. La scoliose serait consécutive à la lésion de la moelle

(1) Il y a des observations de Vulpian dans lesquelles il y avait une diminution atrophique de la corne antérieure d'un aspect analogue à celui que nous avons trouvé dans la scoliose.

Il est démontré que bon nombre de maladies de la moelle sont susceptibles de produire la scoliose et de la compter même au nombre de leurs principaux symptômes.

C'est là un argument qui nous paraît très important pour admettre la priorité d'une lésion de la moelle, dans la scoliose de l'enfance, regardée jusqu'ici comme essentielle, soit qu'il s'agisse d'une myélite allant jusqu'à des lésions visibles à l'œil nu comme dans deux de nos cas, soit que l'on doive invoquer des lésions purement fonctionnelles comme dans notre observation III.

On sait que la paralysie infantile compte quelquefois la scoliose au nombre de ses symptômes. Il en est de même de la syringomyélie et de la maladie de Morvan, il en est de même de l'ataxie héréditaire et aussi du tabès dorsal et de l'atrophie musculaire myélopathique dans quelques cas.

De là aucun doute qu'une lésion médullaire puisse entraîner la scoliose à sa suite. Un autre argument pourrait être tiré de la présence du double pied bot chez notre premier malade, cette lésion des os et des muscles des membres étant plus vraisemblablement d'origine centrale.

Néanmoins nous désirons encore nous borner à la simple constatation du fait en ce qui concerne la scoliose de l'enfance.

Nous ajouterons seulement qu'en acceptant la seconde manière de voir on devrait joindre à la scoliose l'épithète de myélopathique de préférence à celle de paralytique. Tous les auteurs, en effet, n'admettent pas que l'insuffisance des muscles puisse logiquement expliquer la déformation thoracique, et nous avons reconnu chez nos malades des atrophies du squelette aussi bien que des muscles.

Mais, quoi qu'il en soit de ces théories pathogéniques, la lésion de la moelle que nous avons constatée siégeant dans les centres d'innervation des muscles thoraciques nous paraît jouer un rôle dans l'insuffisance respiratoire et la dyspnée avec cyanose que présentent souvent les scoliotiques en raison de la diminution fonctionnelle qui doit résulter d'une lésion si étendue de la moelle.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Seconde note sur les hallucinations hémiopiques homonymes (A second note upon homonymous hemiopic hallucinations), par P. Peterson (*The New-York medical Journal*, 1891, 31 janvier, p. 121). — Outre les cas de ce genre qu'il a déjà rapportés, l'auteur analyse des faits qui ont trait à des hallucinations hémiopiques homonymes accompagnant ou précédant l'hémianopsie par lésion organique, dans la migraine, l'épilepsie et dans l'hémiplégie avec hémianopsie. Il se rallie complètement à l'hypothèse de Seguin d'après qui les hallucinations dépendraient d'une excitation plus ou moins prolongée de l'écorce du lobe occipital. Dans les cas de migraine, elles seraient dues à des spasmes des artères qui nourrissent ce lobe, et à l'anémie consécutive. Il croit que cette pathogénie expliquerait les hallucinations dans la folie.

Suspension dans le tabès et quelques autres maladies nerveuses (Ueber Suspensionsbehandlung bei Tabes und anderen Nervenkrankheiten), par J. Hess (*Berliner klinische Wochenschrift*, 1891, n° 5, p. 126, et n° 6, p. 149). — Après avoir fait l'historique de la question, l'auteur rapporte les résultats qu'il a obtenus dans 18 cas, dont 5 tabétiques, 8 neurasthéniques, 1 névralgique, 1 atrophique myélopathique, 1 gastralgique, 1 hypochondriaque, 1 syphilis cérébrale. Dans aucun de ces cas il n'a observé d'amélioration des

symptômes objectifs; les sensations du malade améliorées pendant quelque temps ne tardèrent pas dans la plupart des cas à redevenir ce qu'elles étaient auparavant. Dans quelques cas même l'aggravation des symptômes l'obligea à suspendre le traitement. Cependant il ne juge pas à propos d'abandonner ce traitement dans le tabès, car les autres médications n'ont, elles non plus, aucune prise sur cette maladie.

Franklinisation dans les climats humides (Franklinism in damp climates), par Fletcher Little (*The Lancet*, 14 février 1891, p. 361). — S'étant assuré à la Salpêtrière de l'efficacité de l'électricité statique, l'auteur recommande pour se mettre à l'abri de l'humidité atmosphérique, de se servir constamment de l'appareil de Glæser, de Vienne, qui n'est pas influencé par l'état hygrométrique de l'air. Cet appareil est du reste supérieur aux autres en raison de la constance de sa polarité.

Spasmes cloniques du pharynx. Aérophagie hystérique, par Bouveret (*Revue de Médecine* 1891, n° 2, p. 148). — L'auteur propose de désigner par ce néologisme un syndrome hystérique caractérisé par des mouvements de déglutition rapides, convulsifs, accompagnés de bruit pharyngé, survenant par accès, et entraînant assez d'air dans l'estomac pour y déterminer un véritable tympanisme. Il rapporte à l'appui l'observation d'une malade de 39 ans chez qui ces signes apparurent à la suite d'une attaque il y a un an, et qui est manifestement hystérique.

MÉDECINE

Recherches sur l'influence des virus sur la digestion gastrique, par Hugounenq (*Lyon médical*, 1er mars 1891, p. 289). — Tous les virus sans exception gênent l'action de la pepsine; les plus chargés en alcool, crème de tartre et couleur, sont les plus nuisibles : ces 3 éléments agissent de concert pour ralentir ou arrêter la digestion pepsique. L'acidité des virus normaux est impuissante à provoquer l'action de la pepsine: dans la plupart des cas, elle ne paraît pas l'aider. Diverses substances colorantes (bleu de méthylène, azoflavine, bleu solide et surtout fuchsine), introduites frauduleusement dans les vins, entravent la digestion pepsique; les colorants végétaux (mauve noire, sureau, maki) exercent comme la matière colorante normale du vin une action nuisible. En supprimant une partie de la crème de tartre, le plâtrage enlève au vin naturel un élément qui ralentit l'action de la pepsine in vitro et rend ainsi plus rapide la digestion artificielle; mais cet avantage ne saurait être un argument décisif pour apprécier les effets du vin plâtré sur l'organisme.

Insuffisance motrice de l'estomac (Motorische Insufficienz des Magens), par Silberstein (*Deut. med. Woch.*, février 1891, n° 9, p. 324). — L'auteur s'attache surtout à reprendre l'étude de *l'épreuve du salol* pour en faire la critique et la méthodiser. Ses recherches l'ont conduit à déduire l'insuffisance motrice de l'estomac, beaucoup moins de la date d'apparition de la réaction salicylique des urines, que du moment où cette réaction cesse de se produire. Il a obtenu les résultats suivants. Quand l'estomac est sain, la réaction cesse de se produire après 24 heures. Quand l'estomac est malade, mais a conservé intacte son activité motrice, l'élimination du salol se fait dans les mêmes limites. Dans l'ectasie gastrique, au contraire, l'élimination dure plus longtemps et la réaction existe encore après 30 heures et souvent bien au delà. Il en est de même dans l'atonie gastrique simple, quoique le retard soit en général moins prononcé. L'atonie intestinale concomitante peut agir dans le même sens que l'atonie gastrique, mais elle n'enlève rien de sa valeur à l'épreuve du salol, en tant qu'elle a pour but de fixer la durée totale de l'élimination.

Tuberculose du larynx (Kehlkopftuberculose), par E. Frænkel (*Deut. med. Woch.*, février 1891, n° 9, p. 322). — Quoique l'apport du bacille par la voie sanguine ou lymphatique ne soit pas impossible, presque toujours le microbe entre par la muqueuse, parfois entre les cellules épithéliales saines. Il se multiplie activement seulement dans les parties profondes mieux nourries. La lésion ne prend pas toujours l'aspect du follicule tuberculeux typique : la recherche du bacille est souvent nécessaire pour le diagnostic anatomique. Macroscopiquement, on peut distinguer des formes ulcéreuse, infiltrée, végétante, combinée : il y a de plus les troubles dynamiques, les lésions neuro-musculaires primitives. Il n'est pas impossible que les organismes pyogènes préparent le terrain : plus souvent ils viennent secondairement aggraver les lésions bacillaires, et favoriser les suppurations péri-laryngo-trachéales. En aucun cas, on ne peut préjuger la gravité du processus par la richesse des sécrétions en bacilles. Toutefois il sera souvent utile de prélever directement quelques gouttes de pus pour en faire l'examen bactériologique. L'auteur rapporte un cas de Heryng, où la guérison fut obtenue par le curettage et les applications d'acide lactique.

Chute spontanée d'un grand nombre de papillomes du larynx, par S. Eliasberg (*Meditsinskoé Obozriéné*, XXXV, 1891, n° 1, p. 46). — Les papillomes récidivent très souvent après l'extirpation. Quant à leur chute spontanée et guérison consécutive, on n'en trouve dans la littérature que 3 cas (2 cas d'Oertel et 1 cas de Hunter Mackenzie). Le cas de l'auteur est intéressant surtout en ce que, à deux reprises, on fut obligé d'intervenir chirurgicalement (thyrotomie et extirpation des papillomes siégeant sur les deux tiers antérieurs de la corde vocale gauche et de la commissure antérieure et à la deuxième opération, excision de la corde vocale). Néanmoins les papillomes récidivèrent et, pour parer au danger d'asphyxie, l'auteur pratiqua la trachéotomie : il constata alors que presque tout le larynx était parsemé de papillomes en grand nombre. Or, quelque temps après il remarqua que les papillomes diminuèrent de volume et de quantité, et 2 mois plus tard il n'en resta plus trace. La mère de l'enfant rapporta des morceaux de « chair » expulsés par le malade : l'examen microscopique démontra que c'était des papillomes bien développés. Après cinq mois on retira la canule et l'enfant parle distinctement, quoique d'une voix un peu rauque. La corde vocale gauche est remplacée par un bourrelet de tissu cicatriciel. Les papillomes n'ont pas récidivé depuis.

CHIRURGIE

Arthrite suppurée dans le cours de l'érysipèle, par M. N. Schreider (*Bolnitchnaïa Gazetta Botkina*, 1891, n° 2, p. 41). — On trouve très rarement notée, comme complication de l'érysipèle, l'arthrite suppurée se localisant dans des articulations éloignées des parties affectées du corps. Après avoir fait l'historique de la question, l'auteur rapporte l'observation d'un garçon de 14 ans atteint d'érysipèle de la face, du cou et du membre supérieur droit. Peu de temps après son entrée à l'hôpital se déclara une arthrite suppurée du genou droit, suivie bientôt d'épanchement dans le coude du côté correspondant. Ce dernier se termina par résolution et le malade récupéra tous les mouvements du bras. Au genou, au contraire, on fut obligé de faire l'arthrotomie et le malade sortit avec l'articulation du genou complètement ankylosée malgré le massage longtemps continué. L'injection dans l'oreille d'un lapin d'une seringue de Pravaz de liquide retiré du genou malade fut suivie d'un érysipèle caractéristique. Dans le pus on constata la présence du streptocoque.

Laparotomie dans la péritonite tuberculeuse, par L. N. Varneck (*Meditsinskoé Obozriénié*, XXXV, 1891, n° 1, p. 11). — Il s'agit d'une femme âgée de 23 ans entrée à l'hôpital pour une ascite considérable. Le ventre a grossi depuis un an environ et, malgré deux ponctions et évacuations consécutives, l'épanchement se renouvela bientôt. Ayant posé le diagnostic de péritonite tuberculeuse avec épanchement et dégénérescence des tubes et des ovaires, on pratique la laparotomie. A l'ouverture du ventre, l'auteur constate que toute la partie inférieure du feuillet pariétal du péritoine est parsemé de tubercules; on trouve aussi des tubercules miliaires sur l'enveloppe séreuse des deux tubes et des ovaires, la face postérieure de l'utérus et très peu sur la partie inférieure de l'épiploon. Extirpation des tubes et des ovaires, excision d'une petite portion du péritoine pour l'examen microscopique, lavage à l'eau boriquée (à 1 0/0) et suture de la paroi abdominale. Les suites furent très satisfaisantes ; rétablissement de la malade persistant plus d'un an après l'opération. On ne trouva les bacilles de Koch qu'en très

petit nombre et après des recherches longtemps restées infructueuses. Il est à remarquer que, malgré l'ablation totale et bilatérale des tubes et des ovaires, la femme continua à être réglée tous les mois.

Anévrysme artério-veineux du bras (A case of arterio-veinous aneurysm of the upper extremity), par Kammerer (*The New-York med. Journ.*, 14 février 1891, p. 173). — Un homme de 55 ans a, il y a 26 ans, reçu une balle de revolver qui a pénétré par la partie supérieure de l'avant-bras. Cet homme présenta dans la suite une grosse tumeur à la région moyenne du bras, tumeur sillonnée par la veine céphalique très dilatée; cette masse veineuse dilatée se prolongeait jusqu'à l'aisselle. La pression au niveau de la cicatrice laissée par la balle arrête les pulsations de ces veines dilatées au bras; le pouls radial au contraire persiste malgré cette pression. Le malade meurt. Autopsie : Pendant que l'homme était vivant on avait constaté que la tumeur était parcourue par une artère superficielle. On trouva que celle-ci était une artère cubitale superficielle se détachant au niveau de l'aisselle; au bras elle passe au-devant de l'artère humérale; au milieu de l'avant-bras elle passe sous le grand palmaire. L'artère humérale communique au milieu du bras avec une sorte de sac qui n'est qu'une des veines humérales dilatées et qui se termine brusquement à 5 cm. au-dessus de la communication. On ne trouve du reste pas trace de veine oblitérée se continuant jusqu'à l'aisselle. Le sac d'autre part se prolonge jusqu'au coude ayant au-devant de lui l'artère cubitale superficielle et le nerf médian. Le sang devait suivre le trajet suivant : la plus grande partie du sang de l'artère humérale après sa séparation d'avec la cubitale passait dans la veine humérale, de là dans la médiane céphalique et revenait au cœur par la céphalique. La plus minime partie se rendait à l'avant-bras par les artères radiale et inter-osseuse.

Névralgie faciale (Repeated operations on the same nerve for chronic facial neuralgia), par Edmund Andrews (*The medical News*, 14 février 1891, p. 173). — La névralgie faciale est le plus souvent d'origine périphérique. On admet généralement que dans le cas de névralgie du maxillaire supérieur ou de l'inférieur la cause la plus commune est une mauvaise dent. A la suite de l'inflammation qui se produit autour de la dent, il survient une névrite des petits troncs nerveux, névrite qui se propage aux gros troncs : quelques-unes de ces névrites ne dépassent pas le ganglion de Gasser et envoient des irradiations douloureuses dans la direction des 3 branches principales du trijumeau. Mais dans certains cas la névrite remonte plus haut encore, jusque dans la moelle allongée, et entraîne quelques accidents cérébraux, du reste fort rares. L'auteur a vu dans ces conditions survenir la cécité.

Les anciens chirurgiens ont préconisé, dans le cas de névralgie du dentaire inférieur, sa section à l'émergence du trou mental. Mais plus tard les chirurgiens français s'aperçurent qu'il fallait sectionner les nerfs avant leur entrée dans les canaux osseux et obtinrent ainsi de brillants résultats. Mais bien souvent il y avait des récidives. Il faut traiter ces récidives par des opérations répétées, comme le prouve l'observation suivante :

Une vieille dame, ayant une névralgie au maxillaire inférieur, fut traitée : on lui appliqua une couronne de trépan sur la mâchoire et, avec des pinces, on saisit le nerf dentaire inférieur qu'on arracha sur une longueur de 2 cm. 1/2. Guérison, puis récidive; l'auteur songea alors que le tronc nerveux restant devait être adhérent à la cicatrice de la première opération. Il en pratiqua une seconde exactement semblable sur la cicatrice de l'ancienne, arrachant le tissu fibreux qui avait comblé la rondelle osseuse enlevée sur le maxillaire. La malade fut encore soulagée; mais de nouveau il y eut une récidive; la malade subit ainsi 4 opérations semblables qui toutes furent suivies de disparition de la douleur.

L'auteur a plusieurs autres cas semblables. Ces opérations agissent parce que le tronc restant adhère à la cicatrice et qu'ainsi en arrachant cette dernière on produit une élongation du nerf. On voit donc qu'au lieu de la résection on pourrait pratiquer l'élongation simple du nerf. Il résulte aussi de ce que nous avons dit plus haut que la névralgie serait guérie par l'ablation du ganglion de Gasser. Pour cela on pourrait contourner la mâchoire, gagner le foramen ovale, l'élargir jusqu'à ce qu'il puisse admettre une petite curette avec laquelle on pourrait enlever le ganglion.

BIBLIOGRAPHIE

Mémoires d'ophtalmométrie annotés et précédés d'une introduction, par E. Javal. (In-8°, Librairie Masson, 628 pages, 135 figures. Paris, 1891.)

L'importance de la correction de l'astigmatisme devient de plus en plus manifeste. Chez nombre de sujets, les verres cylindriques seuls sont susceptibles de relever convenablement l'acuité visuelle, et, au dire de certains confrères, leur prescription s'impose, si l'on veut porter remède à des affections de l'œil ou de ses annexes, tout à fait indépendantes, en apparence seulement, de l'astigmatisme. La tâche du praticien du reste se trouve bien simplifiée depuis la construction de l'ophtalmomètre de MM. Javal et Schiœtz; mais, pour faire connaître cet instrument, pour l'introduire dans la pratique courante, il est nécessaire d'un *Manuel d'ophtalmométrie* et nul plus que M. Javal n'a qualité pour l'écrire. Si la rédaction d'une monographie vivement désirée sur le strabisme détourne M. Javal de ce travail, du moins dans le volume qu'il intitule *Mémoire d'ophtalmométrie* il en trace le plan et en accumule les matériaux. Ceux-ci, il les trouve dans ses propres publications antérieures et dans de nombreux mémoires publiés par les ophtalmologistes qui ont fait de l'ophtalmométrie. Leur analyse ne saurait trouver place ici; il nous suffira de dire que, à l'heure actuelle, la lecture du livre de M. Javal s'impose au praticien qui veut apprendre l'astigmatisme, comme au chercheur pour qui ce qui a été vu est peu de chose par rapport à ce qui reste à découvrir en ophtalmométrie.

H. Nimier.

Etudes de clinique infantile (2e fascicule), par le Dr Sevestre. 1 vol. in-8° de 173 pages. Paris, Lecrosnier et Babé, éditeurs, 1890.

Le nouveau fascicule que vient de faire paraître M. Sevestre est presque entièrement constitué par la reproduction de leçons faites à l'hospice des Enfants-Assistés sur le mode de propagation des maladies contagieuses de l'enfance, en particulier de la diphthérie, de la scarlatine et de la rougeole et sur leur prophylaxie. Ce sont là des questions presque entièrement nouvelles, auxquelles les traités de pathologie infantile antérieurs à la période contemporaine, ou bactériologique, ne consacraient que quelques lignes sommaires, renfermant des préceptes quelque peu vieillis ou insuffisants. Les progrès faits dans cette voie grâce aux recherches expérimentales aidées et contrôlées par des études cliniques plus régulièrement dirigées dans ce sens ont permis d'établir des règles précises et de limiter la propagation des maladies infectieuses grâce aux mesures instituées à l'hôpital des Enfants-Malades par le professeur Grancher et à l'hospice des Enfants-Assistés par M. Sevestre. On ne voit plus aujourd'hui ou plus exactement on voit plus rarement les enfants mourir non de la maladie qui les amenait à l'hôpital mais de celles qu'ils y contractaient, suivant une phrase désespérée de mon regretté maître Archambault que M. Sevestre rappelle au début de ses leçons. M. Sevestre expose avec détails, en même temps que les données scientifiques sur lesquelles elles reposent, les précautions à prendre tant à l'hôpital, que dans la pratique privée pour réduire au minimum la contagion des maladies infantiles : ces pages seront lues avec l'intérêt que leur donnent leur utilité pratique, l'autorité de leur auteur et l'élégance de leur style.

Dr Georges Thibierge.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Thèses de Paris.

Contribution a l'étude de la diphthérie, par Ch. Morel.

Il existe un certain nombre d'angines, qui peuvent simuler l'angine diphthéritique. L'examen bactériologique seul en faisant reconnaître dans l'exsudat, le bacille de Klebs-Lœffler permet d'affirmer l'existence de la diphthérie.

Toutes les angines, dans lesquelles l'examen bactériologique ne peut révéler l'existence de ce bacille, sont des fausses diphthéries. Elles paraissent présenter comme caractère clinique commun de ne pas se propager au larynx.

Les lésions viscérales, qu'on observe dans la diphthérie, sont dues à un poison particulier sécrété par le bacille diphthéritique. Ce poison donne lieu à une dilatation très marquée du système vasculaire sanguin, — à une hypertrophie des ganglions lymphatiques, — à des troubles de nutrition dans les organes, surtout dans le foie et dans le rein. — Il reste longtemps dans l'organisme et c'est à lui que sont attribuables les paralysies qu'on observe dans le cours ou dans la convalescence de la diphthérie.

Les suppurations ganglionnaires et les broncho-pneumonies sont dues à des infections secondaires. Le streptococcus pyogenes semble être l'agent le plus important des infections secondaires qui peuvent apparaître dans le cours de la diphthérie.

Etude sur les pleurésies qui accompagnent le rhumatisme articulaire aigu chez l'enfant, par Esther Aschpiz.

Les pleurésies sont fréquentes au cours du rhumatisme articulaire aigu chez l'enfant. Elles surviennent le plus souvent après la péricardite et débutent alors par la plèvre gauche. Elles sont souvent doubles. Ces pleurésies sont presque toujours à épanchement. Quelquefois l'épanchement peut être hémorrhagique. Le début est insidieux, sans frisson, ni point de côté. L'épanchement est très mobile ; il se produit et se résorbe rapidement.

VARIÉTÉS

La nouvelle loi sur l'exercice de la médecine.

Art. 1er. — Nul ne peut exercer la médecine en France, s'il n'est muni d'un diplôme de docteur en médecine, délivré par le gouvernement français, à la suite d'examens subis devant un établissement d'enseignement supérieur médical de l'Etat.

Art. 2. — Toutefois, les officiers de santé reçus antérieurement à la présente loi, et ceux dans les conditions déterminées par l'article 4 ci-après, auront le droit d'exercer la médecine sur le territoire de la République.

Ils seront soumis à l'obligation de se faire assister par un docteur en médecine, hormis le cas d'urgence, dans les grandes opérations chirurgicales et obstétricales.

Un règlement d'administration publique en dressera la liste.

Art. 3. — Un règlement délibéré en conseil supérieur de l'instruction publique déterminera les conditions dans lesquelles un officier de santé pourra obtenir le grade de docteur en médecine.

Art. 4. — Les élèves qui, au moment de la promulgation de la présente loi, auront pris leur première inscription pour l'officiat de santé, pourront continuer leurs études médicales suivant les règles précédemment en vigueur, et obtenir le diplôme d'officier de santé.

Art. 5. — L'exercice de la profession de dentiste est interdit à toute personne qui n'est pas munie d'un diplôme de docteur en médecine, d'officier de santé ou de dentiste délivré par le gouvernement français, à la suite d'examens subis devant un établissement d'enseignement supérieur médical de l'Etat et suivant un règlement d'études délibéré en conseil supérieur de l'instruction publique.

Art. 6. — Le droit d'exercer la profession de dentiste est, par disposition transitoire, maintenu à tout dentiste justifiant, par la production de sa patente, d'une année d'exercice au jour de la promulgation de la présente loi.

Cette tolérance ne donne, dans aucun cas, aux dentistes se trouvant dans les conditions indiquées au paragraphe précédent, le droit de pratiquer l'anesthésie.

Art. 7. — La dispense de brevet prévue par l'article précédent sera également accordée à ceux qui, étant présents sous les drapeaux au moment de la promulgation de la présente loi, justifieront d'au moins un an de pratique comme dentistes dans un régiment ou un hôpital militaire.

Art. 8. — Les sages-femmes ne peuvent pratiquer l'art des accouchements que si elles sont munies d'un diplôme de 1re ou de 2e classe délivré par le gouvernement français, à la suite d'examens subis devant une faculté de médecine, une école de plein exercice, ou une école préparatoire de médecine et de pharmacie de l'Etat.

Le droit de continuer l'exercice de leur profession est maintenu aux sages-femmes de 1re et de 2e classe, reçues en vertu des articles 30, 31 et 32 de la loi du 19 ventôse an XI, ou des décrets et arrêtés ministériels ultérieurs.

Les unes et les autres auront le droit d'exercer leur profession sur tout le territoire de la République dans les conditions de la présente loi.

Art. 9. — Il est interdit aux sages-femmes d'employer des instruments. Dans les cas d'accouchement laborieux, elles feront appeler un docteur en médecine.

Il leur est également interdit de prescrire des médicaments, sauf le cas prévu par le décret du 23 juin 1873 et par les décrets qui pourraient être rendus dans les mêmes conditions, après avis de l'Académie de médecine.

Les sages-femmes sont autorisées à pratiquer les vaccinations et les revaccinations varioliques.

Art. 10. — A partir de la promulgation de la loi, les médecins, les dentistes et sages-femmes venant de l'étranger, quelle que soit leur nationalité, ne pourront exercer leur profession en France qu'à la condition d'avoir obtenu le diplôme de docteur en médecine, ou de sage-femme, ou le brevet de dentiste, dans les conditions prévues aux articles 1, 5, 8.

Des dispenses pourront être accordées par le ministre, conformément à un règlement délibéré en conseil supérieur de l'instruction publique. En aucun cas, elles ne porteront sur plus de trois épreuves.

Art. 11. — Les internes des hôpitaux et hospices français, nommés au concours, et les étudiants en médecine dont la scolarité est terminée, peuvent, sans avoir subi tous les examens, être autorisés à exercer la médecine pendant une épidémie ou à titre de remplaçants de docteurs en médecine ou d'officiers de santé.

Art. 12. — Les étudiants étrangers, qui postulent le diplôme de docteur en médecine visé à l'article 1er de la présente loi, sont soumis aux mêmes règles de scolarité et d'examens que les étudiants français.

Les diplômes et certificats d'études qu'ils ont obtenus à l'étranger peuvent être déclarés par les autorités compétentes équivalents aux diplômes exigés par les règlements pour l'inscription dans un établissement d'enseignement supérieur médical.

Art. 13. — Le grade de docteur en chirurgie est et demeure aboli.

Art. 14. — Les docteurs en médecine, les officiers de santé, les dentistes et les sages-femmes sont tenus, dans le délai d'un mois à à partir du jour où ils ont fait élection de domicile, de faire enregistrer leur titre à la préfecture ou à la sous-préfecture et au greffe du tribunal civil de leur arrondissement.

Le fait de porter son domicile dans un autre département oblige à un nouvel enregistrement du titre, dans le même délai.

Ceux ou celles qui, n'ayant jamais exercé ou n'exerçant plus depuis deux ans, veulent se livrer à l'exercice de leur profession, doivent également, et dans les mêmes conditions, faire enregistrer leur titre.

Art. 15. — Il est établi chaque année dans les départements, par les soins des préfets et de l'autorité judiciaire, des listes distinctes portant les noms et prénoms, la résidence, la date et les lieux de réception des médecins, des dentistes visés par les articles 5 et 6, et des sages-femmes.

Ces listes sont affichées chaque année, dans la première quinzaine de janvier, dans toutes les communes du département. Des copies certifiées en sont transmises aux ministres de l'intérieur, de l'instruction publique et de la justice.

La statistique du personnel médical existant en France et aux colonies est dressée tous les ans par les soins du ministre de l'intérieur.

Art. 16. — L'exercice simultané de la profession de médecin, de sage-femme ou dentiste avec celle de pharmacien est interdit, même en cas de possession des titres conférant le droit d'exercer ces professions. Cette disposition n'a pas d'effet rétroactif (1).

Art. 17. — L'action des docteurs en médecine, des officiers de santé, des dentistes et des sages-femmes pour leurs honoraires se prescrit par cinq ans.

Les créances privilégiées sur la généralité des meubles, stipulées au troisième paragraphe de l'article 2101 du code civil, y figureront désormais dans les termes suivants :

3° Les frais quelconques de dernière maladie, quelle qu'en ait été l'issue.

Art. 18. — A partir de la promulgation de la présente loi, les médecins jouiront du droit de se constituer en associations syndicales dans les conditions de la loi du 21 mars 1884.

Art. 19. — Les fonctions de médecins et chirurgiens experts près les tribunaux ne peuvent être remplies que par des docteurs en médecine, français ou naturalisés français.

(1) Le projet de la commission comprenait en outre les trois paragraphes suivants qui, d'un commun accord entre la commission et le gouvernement, ont été renvoyés au moment où sera discutée la loi sur l'exercice de la pharmacie :

« Toutefois, dans les localités où il n'y a pas de pharmacien, les médecins peuvent livrer des médicaments sur place et en fournir aux malades près desquels ils sont appelés et dont la résidence est éloignée de 4 kilomètres au moins de toute pharmacie, mais sans avoir d'officine ouverte.

« Dans ce cas, ils sont soumis à toutes les obligations résultant pour les pharmaciens des lois et règlements en vigueur, à l'exception de la patente.

« Pour satisfaire aux cas d'urgence, les médecins, même alors qu'une ou plusieurs pharmacies existent dans la localité qu'ils habitent, sont autorisés à avoir chez eux certains remèdes dont la liste sera dressée par un règlement d'administration publique, qu'ils pourront distribuer à leurs malades dans les circonstances prévues par le même règlement. »

Un règlement d'administration publique revisera les tarifs du décret du 18 juin 1811 en ce qui touche les honoraires et vacations des médecins, chirurgiens, sages-femmes, experts et interprètes, les frais de transport et de séjour et la qualité d'experts qu'ils doivent conserver devant les tribunaux.

Art. 20. — Tout docteur, officier de santé ou sage-femme est tenu, sous les peines portées à l'article 27 de la présente loi, de faire à l'autorité publique, son diagnostic établi, la déclaration des cas de maladies épidémiques tombés sous son observation et n'engageant pas le secret professionnel. La liste de ces maladies sera dressée par arrêté du ministre de l'intérieur, après avis conforme de l'Académie de médecine et du Comité consultatif d'hygiène publique de France. Un règlement d'administration publique fixera le mode de déclaration desdites maladies.

Art. 21. — Exerce illégalement la médecine :

1° Toute personne qui, n'étant pas munie d'un diplôme de docteur en médecine ou d'officier de santé, ou qui, n'étant pas dans les conditions stipulées aux articles 6, 7, 8, 9, 10 et 13 de la présente loi, prend part au traitement des maladies ou des affections chirurgicales, ainsi qu'à la pratique des accouchements et de l'art dentaire, soit par une direction suivie, soit par des manœuvres opératoires ou applications d'appareils;

2° Toute sage-femme qui sort des limites fixées à l'exercice de sa profession par les articles 7 et 8 de la présente loi;

3° Toute personne qui, munie d'un titre régulier, sort des attributions que la loi lui confère, notamment en prêtant son concours aux personnes visées dans les paragraphes précédents, à l'effet de les soustraire aux prescriptions de la présente loi;

4° Tout dentiste qui contrevient à l'interdiction édictée par le dernier paragraphe de l'article 6 ci dessus.

Les dispositions du paragraphe 1er du présent article ne peuvent s'appliquer aux élèves en médecine qui agissent comme aides d'un docteur ou que celui ci place auprès de ses malades.

Art 22. — Le délit d'exercice illégal de la médecine, de la chirurgie, de la pratique des accouchements ou de l'art dentaire, sera dénoncé aux tribunaux de police correctionnelle, à la diligence du procureur de la République.

Les médecins, dentistes, sages-femmes, les associations de médecins régulièrement constituées, intéressés à la poursuite, pourront la provoquer et se porter partie civile.

Art. 23. — Quiconque exerce illégalement la médecine est puni d'une amende de 100 à 500 fr. En cas de récidive, l'amende sera de 500 à 1,000 fr. Le coupable peut, en outre, être puni d'un emprisonnement de quinze jours à six mois.

L'exercice illégal de l'art des accouchements ou de l'art dentaire est puni d'une amende de 50 à 100 fr. et, en cas de récidive, de 100 à 500 fr. Un emprisonnement de six jours à un mois peut aussi être prononcé.

Art. 24. — Si l'exercice illégal de la médecine est accompagné d'usurpation du titre de docteur ou d'officier de santé, l'amende sera de 1,000 à 2,000 fr.; en cas de récidive, elle sera de 2,000 à 3,000 fr. et le délinquant sera, en outre, passible d'un emprisonnement de trois mois à un an.

L'usurpation du titre de sage-femme ou de dentiste avec exercice illégal de la profession, sera punie d'une amende de 100 à 500 fr. En cas de récidive, l'amende sera de 500 à 1,000 fr., et, en outre, la peine de l'emprisonnement de six jours à quinze jours pourra être prononcée.

Art. 25. — Est considéré comme ayant usurpé le titre français de docteur en médecine quiconque fait précéder ou suivre son nom de la qualité de docteur en médecine sans en indiquer l'origine, à moins que ce titre ne lui ait été délivré par le gouvernement français.

Art. 26. — Le docteur en médecine ou l'officier de santé qui n'aurait pas fait la déclaration prescrite par l'article 20 sera puni d'une amende de 50 à 200 francs.

Art. 27. — Quiconque exerce la médecine, l'art des accouchements ou l'art dentaire sans avoir fait enregistrer son diplôme dans les délais et conditions fixés à l'article 14 de la présente loi, est puni d'une amende de 25 fr. à 100 francs.

Art. 28. — Pour tous les cas il y a récidive lorsque, dans les cinq années antérieures, le prévenu a été condamné pour un des délits prévus et punis par la présente loi.

Art. 29. — L'exercice simultané de la médecine, de l'art des accouchements ou de l'art dentaire avec la pharmacie est puni d'une amende de 100 fr. a 500 francs.

En cas de récidive, l'amende sera de 500 fr. à 1,000 fr., et les délinquants pourront, en outre, être condamnés à un emprisonnement de quinze jours à trois mois.

Art. 30. — *Tout docteur en médecine est tenu de déférer aux réquisitions de la justice, sous les peines portées à l'article 29.*

Art. 31. — L'article 463 du Code pénal est applicable dans tous les cas prévus par les art. 21, 22, 24, 25, 26, 27 et 29 de la présente loi.

Art. 32. — La présente loi est applicable à l'Algérie et aux colonies, sans préjudice des dispositions spéciales édictées par les lois, décrets et règlements qui visent l'exercice de la médecine sur leurs territoires respectifs.

Art. 33. — Sont et demeurent abrogés : la loi du 19 ventôse an XI, l'art. 27 de la loi de germinal an XI, le troisième paragraphe de l'art. 2101 du Code civil, le dernier paragraphe de l'art. 2272 du même Code en ce qui concerne seulement les médecins, et généralement toutes les dispositions de lois et règlements contraires à la présente loi.

Art. 34. — La suspension temporaire ou l'incapacité absolue de l'exercice de la médecine peuvent être prononcées accessoirement à la peine principale contre tout médecin, officier de santé, dentiste autorisé ou sage-femme, qui est condamné :

1° A une peine afflictive ou infamante;

2° A une peine correctionnelle prononcée pour crime de faux, pour vol et escroquerie, pour crimes ou délits prévus par les art. 316, 317, 331, 332, 334 et 345 du Code pénal;

3° A une peine correctionnelle prononcée par une cour d'assises pour les faits qualifiés crimes par la loi.

En aucun cas, la suspension temporaire ou l'incapacité absolue de la médecine n'est applicable aux crimes ou délits politiques.

Art. 35. — L'exercice de la médecine par les personnes contre lesquelles a été prononcée la suspension temporaire ou l'incapacité absolue de l'exercice de la médecine, dans les conditions spécifiées à l'article précédent, tombe sous le coup des art. 22, 23, 24, 25 et 26 de la présente loi.

Faculté de médecine de Toulouse. — La nouvelle Faculté dont nous avons annoncé la création va être organisée pour la rentrée. Les professeurs et agrégés désignés jusqu'à ce jour pour faire partie du personnel enseignant sont :

Doyen : M. le Dr Caubet, directeur de l'ancienne Ecole.

Professeurs : Clinique médicale : MM. Caubet et Mossé, agrégé, chargé de cours à la Faculté de Montpellier.

Clinique chirurgicale : MM. Jeannel, professeur à l'ancienne Ecole, et Chalot, professeur à la Faculté de Montpellier.

Clinique obstétricale : M. le Dr Crouzat.

Anatomie : M. le Dr Charpy

Histologie : M. le Dr Tourneux, professeur à la Faculté de Lille.

Anatomie pathologique : M. le Dr Tapie, professeur de l'ancienne Ecole.

Médecine opératoire : M. le Dr Labéda, professeur à l'ancienne école.

Pharmacie : M. Dupuy, professeur à l'Ecole de pharmacie.

Chimie et toxicologie : M. le Dr Frébault, professeur à l'ancienne école.

Chargés de cours : Physiologie : M. Meyer, agrégé près la Faculté de médecine de Lille.

Pathologie interne : M. André, docteur en médecine.

Pathologie externe : M. Pénières, ancien agrégé des Facultés de médecine.

Thérapeutique : M. Saint-Ange, docteur en médecine.

Hygiène : M. Guiraud, docteur en médecine.

Clinique des maladies cutanées et syphilitiques : M. Artigalas, agrégé près la Faculté de médecine de Bordeaux.

Clinique ophthalmologique : M. Terson, docteur en médecine.

Matière médicale : M. Brœmer, pharmacien.

Chargé des fonctions d'agrégé : Médecine : MM. Bézy, Maurel et Rémond.

Chirurgie : MM. Secheyron et Vieusse.

Anatomie et histologie : M. Bédart.

Chimie : M. Marre, pharmacien de 1re classe, licencié ès sciences.

Les enseignements de physique, chimie et histoire naturelle de la première année de médecine seront donnés par la Faculté des sciences, à laquelle sont attachés pour cet objet, en qualité de chargé de cours de physique : M. Mathias ; de chimie, M. Destrem ; de zoologie, M. Roule ; de botanique M. Lamie.

— On remarquera que, la première fois, malgré le dernier vote du Conseil supérieur, il est expressément spécifié que la première année de médecine sera consacrée à un enseignement donné par la Faculté des sciences.

Nécrologie. — Mardi ont eu lieu les obsèques de M. Louis, interne en médecine à l'hôpital de la Charité, mort, dimanche dernier, des suites d'une pneumonie dont il avait ressenti les premières atteintes en faisant son service, il y quelques jours à peine. Des discours émus ont été prononcées par MM. Peyron, Brouardel et Chipault, interne de l'hôpital de Charité.

Livres déposés au Bureau du Journal

Etude sur les cysticerques en grappe de l'encéphale et de la moelle chez l'homme, par M. E. Bitot, chef de clinique de Bordeaux, et Jean Sabrazès, interne lauréat des hôpitaux de Bordeaux. Librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon, Paris. In-8° de 60 pages, avec 4 figures dans le texte. Prix : 2 fr.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Imp. des Arts et Manufactures. 12 rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES SAMEDIS ET PUBLIANT TOUS LES MERCREDIS

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

RÉDACTEUR EN CHEF : Dr L. LEREBOULLET. — SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION : Dr A. BROCA.

BULLETIN

Paris, le 3 avril 1891.

La terreur de la variole et la nécessité d'une loi rendant la vaccination obligatoire. — Les projets d'assurances entre médecins contre la maladie.

Nous reproduisons plus loin (p. 167), sans y rien changer, un article que vient de publier le *Petit Marseillais*. Un de nos correspondants, qui veut bien nous envoyer ce document si suggestif, nous fait remarquer avec beaucoup de raison que ce sont précisément ceux qui craignent le plus la variole — et ils sont nombreux même à Marseille où les blanchisseuses refusent souvent le linge des varioleux — qui négligent ou refusent de se faire vacciner. N'est-ce point là un motif de plus pour opposer aux arguments défendus par M. L. Le Fort la nécessité d'une loi rendant la vaccination obligatoire? En vain soutiendra-t-on que cette loi peut devenir vexatoire ou porter atteinte à la liberté individuelle. En vain fera-t-on allusion au « caporalisme allemand ». Ce n'est ni le raisonnement ni la statistique qui parviennent à convaincre des esprits bornés comme ceux qui habitent la Bouilladisse. C'est à l'aide de mesures énergiques et sanctionnées par une loi qu'il faut leur imposer les règlements sanitaires reconnus indispensables. On nous objectera que le malheureux médecin qui vient de succomber à la variole aurait dû, le premier, donner l'exemple de l'obéissance aux préceptes de l'hygiène en se faisant revacciner. La négligence dont il a été victime n'est-elle pas au contraire un argument de plus en faveur des partisans de la loi sur l'obligation de la vaccine? Le jour où les médecins devront, de par la loi, revacciner les habitants des communes rurales, ils ne manqueront pas de commencer par se revacciner eux-mêmes, et, le jour où la loi aura rendu les vaccinations et les revaccinations obligatoires, il n'est point douteux que les mesures nécessaires pourront être prises en vue d'assurer à tous les médecins la possibilité de faire exécuter des prescriptions hygiéniques et prophylactiques dont nul ne songe plus aujourd'hui à nier l'utilité.

L'Association générale des médecins de France va être appelée à discuter une fois de plus la question de l'Assurance contre la maladie, dont nous avons à maintes reprises déjà expliqué les difficultés d'organisation où d'administration. Nous ne pouvons, nous ne voulons point surtout préjuger aujourd'hui le vote de l'assemblée, mais nous croyons intéressant de mettre sous les yeux de nos lecteurs le mémoire dans lequel M. le Dr Durand-Fardel, président de la Société du département de l'Allier, expose, avec l'autorité que lui donne sa longue expérience, combien il sera difficile, à ceux qui voudront fonder une caisse d'assurances dans les départements où les médecins sont peu nombreux et relativement éloignés les uns des autres, de gérer et d'administrer l'œuvre à laquelle quelques-uns de nos confrères attachent une si grande importance. Nul ne saurait nier, en effet, la valeur pratique des arguments développés par M. le Dr Max Durand-Fardel. Le président de la Société de l'Allier ne conteste point l'utilité d'une institution qui aurait pour résultat d'assurer les médecins contre les risques que crée la maladie. Il prouve seulement que cette œuvre ne pourra être organisée que dans les grands centres où les médecins peuvent se réunir, se connaître et se contrôler réciproquement. Nous recommandons l'examen de ce mémoire à la méditation de ceux de nos confrères qui continuent à considérer comme facilement et immédiatement réalisables les vœux qu'ils forment en vue d'organiser une Société d'assurances contre la maladie qui réunirait la majorité des médecins français. Ils ne tarderont pas, nous en avons l'intime conviction, à reconnaître que l'Association générale, en maintenant la lettre et l'esprit de ses statuts, c'est-à-dire en s'efforçant d'éteindre peu à peu le paupérisme médical, aura rendu les plus grands services le jour où le chiffre des pensions qu'elle accorde à ses sociétaires pourra faire considérer celles-ci non comme un secours, mais comme la légitime réparation accordée par l'Assistance confraternelle aux médecins que des malheurs immérités ont réduits à un état de détresse.

L. LEREBOULLET.

Observations sur la question de l'assurance en cas de maladie.

Les observations suivantes, relatives à la question de l'assurance en cas de maladie, se rapportent non au commencement, mais à la fin du sujet, c'est-à-dire non à l'organisation du système, mais à sa mise en pratique. Elles ont été dictées par une expérience de 30 ans de présidence d'une Société active, une des plus nombreuses eu égard à la population, et presque exclusivement rurale, le département de l'Allier ne comptant pas de centre habité par plus de 12 médecins. (120 Sociétaires en moyenne, sur 137 médecins, d'après la statistique actuelle.)

Je supposerai que l'organisation de cette institution est achevée; je supposerai qu'elle n'a troublé en rien nos statuts, que les chiffres établis sur les statistiques de morbidité sont exacts, que la contribution exigée sera suffisante. Je supposerai que les obligations d'assistance que nous avons acceptées n'en seront pas affectées, pas plus les pensions de retraite que les secours à donner aux veuves et aux orphelins, lesquels y tiennent une place considérable et nécessaire. Je supposerai enfin que l'on aura obtenu un nombre d'adhérents suffisant pour assurer la vitalité de l'œuvre.

Il ne s'agit plus que de mettre celle-ci à exécution.

Il m'a semblé que les projets mis au jour ne s'étaient pas préoccupés des questions de responsabilité et surtout de contrôle, qui n'ont pas à jouer ici un rôle moins important que celles auxquelles je viens de supposer une solution satisfaisante.

Trois éléments nécessaires seront mis en jeu dans l'application :

A. En haut, en une caisse centralisée, qu'elle ressortisse à l'Association, ou qu'elle en soit indépendante, ce qui est indifférent pour les considérations qui suivent.

B. En bas, un système de contrôle pour constater les conditions afférentes à l'indemnité.

C. Au milieu, un système intermédiaire entre la détermination de l'indemnité et la caisse payante.

A. Le rôle de la caisse centralisée ne peut être que de délivrer les fonds exigibles pour chaque indemnité, mais doit être de ne le faire que sous la condition d'un contrôle effectif, exigible pour la responsabilité de toute bonne administration, et dont elle aura à déterminer le caractère.

B. La correspondance entre la caisse centralisée et les indemnités à délivrer ne peut appartenir qu'aux présidents des Sociétés locales. A eux reviendra également l'organisation relative à la constatation directe des cas d'indemnité.

Peut-on compter pour ce service délicat et le plus rapproché des éléments de contrôle immédiat, sur les présidents des Sociétés locales ? Il est permis d'en douter. Il suffit pour cela de rappeler le défaut absolu de renseignements fournis sur certaines Sociétés locales, le nombre limité de réponses obtenues sur les questions les plus importantes; l'oubli, quelquefois si onéreux pour la caisse des retraites, de notifications relatives au décès des pensionnaires retraités; et enfin l'impossibilité où l'on est de connaître au juste le nombre des sociétaires et la fortune totale de l'Association, ces deux éléments capitaux de son existence.

Le rôle des présidents des Sociétés locales ne doit pas être seulement de transmettre à la caisse centralisée les demandes d'indemnité. Ils auront une autre obligation, plus active et plus délicate, celle d'établir dans leur circonscription, et sous leur propre responsabilité, un système de contrôle satisfaisant. Se mettront-ils tous en mesure de satisfaire à cette condition capitale, et sur laquelle roule tout entière la mise en pratique de l'institution, alors qu'ils ne savent tous se conformer aux légères exigences dont je viens de rappeler l'inexécution ?

Je supposerai cependant que tous se montreront à la hauteur de ces exigences nouvelles, et qu'ils s'efforceront d'établir le contrôle nécessaire pour constater successivement : 1° le droit à l'indemnité; 2° l'expiration de ce droit.

C. C'est surtout ici que vont apparaître les difficultés.

Il est hors de question que l'on puisse s'en rapporter directement aux déclarations de l'intéressé.

Il est donc nécessaire de recourir à des *enquêteurs*. Où les prendra-t-on ?

Créera-t-on dans les diverses circonscriptions, départementales, d'arrondissement ou cantonales, une classe de fonctionnaires officieux ?

S'adressera-t-on aux confrères les plus voisins ? Si deux médecins occupent une même localité, seront-ils chargés de contrôler leur santé mutuelle ? Si le médecin malade est isolé, le fera-t-on visiter par les confrères les moins éloignés, distants quelquefois de plusieurs kilomètres ? Ajoutera-t-on ainsi à leurs déplacements si multipliés, surtout en temps d'épidémie ou de saison défavorable, des déplacements de vérification, au sujet de la maladie ou de la guérison d'un confrère ?

Attribuera-t-on à ces déplacements une indemnité qui viendrait écorner le fonds, déjà si exactement mesuré aux nécessités prévues ?

Quelle autorité *efficace* présidera à la mise en mouvement de ces instruments de contrôle ?

Et quelle sera pour ceux-ci la base ferme de ce même contrôle ? Quelle est la mesure précise de cette incapacité professionnelle qui doit se compter rigoureusement par journées ? Car sans un compte rigoureux, c'en sera bientôt fait de la Caisse centralisée. On a proposé pour étalon le fait de la pratique extérieure et même de la pratique à domicile. Mais est-ce qu'on ne voit pas tous les jours des médecins malades quitter leur lit, et risquer leur vie même, pour aller porter au loin un secours urgent ? Et ne serait-ce pas encore une discipline inhumaine que d'interdire au médecin cloué sur son lit, par une maladie ou par un accident, les conseils qu'on viendrait réclamer auprès de lui ?

Voilà une série de questions qui toutes réclament une solution précise.

Il est d'autres considérations qu'il n'est pas permis de passer sous silence.

Il est impossible de ne pas tenir compte des rapports, quelquefois de camaraderie intime, quelquefois d'un caractère tout opposé, qui peuvent exister entre des confrères qui habitent la même localité ou des localités voisines.

Dans une ville, quelque étendue qu'elle soit, la centralisation crée des conditions d'existence tout opposées à la dispersion qui est la règle dans les campagnes, et, par suite, des mœurs quelque peu différentes. Là, le fait de la vie rapprochée impose aux relations personnelles une sorte de déférence sociale que la campagne, avec ses rapports trop immédiats, ou ses séparations absolues, ne pratique pas au même degré.

Ici, les désaccords, les malentendus, les rivalités sont tout autres et revêtent un tout autre caractère, pour toutes les professions; et il serait inutile d'insister sur ce qu'y introduisent les rapports plus directs et plus journaliers, souvent plus grossiers, du public avec la profession médicale.

Et ce contrôle réciproque, que vous inviterez les confrères à exercer ou à subir, ne sera-t-il pas quelquefois plus compromettant que favorable au point de vue confraternel, stérile s'il est relâché, origine de contestations, et peut-être d'enquêtes troublantes, s'il est ponctuel ?

Je n'insisterai pas davantage sur ce sujet. Je n'aurais rien à apprendre à ceux qui connaissent la vie des campagnes; et ceux qui y sont étrangers devront, s'ils veulent y réfléchir, se faire quelque idée des différences matérielles et psychologiques que je viens de signaler.

Que surtout les uns et les autres ne craignent pas de regarder et de voir les choses, non comme elles devraient être, mais comme elles sont.

Est-ce à dire que ces difficultés doivent être partout et toujours insolubles ? Je l'ignore. Il se peut que, dans quelques milieux, un consentement général, un élan vers une institution dont le caractère est si bienfaisant dans son but, permette d'établir une organisation satisfaisante.

Mais il ne faut pas ignorer qu'il ne s'agit pas ici d'une organisation actuelle, mais d'une organisation d'avenir; que les bonnes volontés auxquelles on fera appel devront avoir en quelque sorte un caractère de pérennité dans leur succession, que l'on ne peut admettre dans l'avenir ni négligences, ni défaillances, ni oublis ; que ce sont les générations futures qu'on engage, non par une institution fixe et à rouages définitivement construits, mais par une institution dont les éléments, ou pour mieux dire les instruments, seront mobiles, changeant incessamment, et soumis à toutes sortes de circonstances et de vicissitudes.

Il y a donc ici une grosse part d'inconnu, ou au moins

d'incertain dans laquelle on ne peut engager une institution telle que l'Association générale des médecins de France, sans compromettre gravement son crédit et sa solidité.

Que ceux qui se sentent mus par une conviction généreuse et soutenus par un entourage sympathique à leurs propres convictions essayent, parmi les conditions favorables qu'ils rencontreront ou qu'ils sauront créer. Si le succès couronne leur entreprise, s'ils réussissent à surmonter ou à démentir les difficultés que d'autres auront prévues ou redoutées, c'est alors qu'il sera permis à l'Association générale des médecins de France de grouper ces tentatives éparses et de les couvrir de sa centralisation.

Dr Max Durand Fardel,
Membre de l'Académie de médecine,
Président de la Société de l'Allier.

REVUE GÉNÉRALE

Les progrès de la topographie crânio-cérébrale. Applications à la trépanation du crâne.

La *trépanation du crâne* est bien vieille, puisqu'on en retrouve les traces jusque chez les Troglodytes de la préhistoire. — Pourquoi l'homme préhistorique trépanait-il? Etait-ce par superstition, et enlevait-il une rondelle au crâne d'un guerrier redoutable ou d'un « sorcier » qui décidait des événements, pour s'en servir d'amulette et acquérir la valeur du premier ou la « vision » du second? Trépanait-il, au contraire, dans un but chirurgical, dans celui, par exemple, de chasser le « malin esprit » de la cervelle d'un épileptique?

Quoi qu'il en soit, l'ancienne médecine n'a pas méconnu la valeur de la trépanation. Hippocrate, et les Romains plus tard, avaient leur trépan qui, pourtant, était tombé bien bas lorsqu'au moyen âge, Guy de Chauliac et Ambroise Paré le remirent en honneur. Si l'on en croyait même l'illustre auteur des « Deux Diane », A. Paré n'aurait pas méconnu ses applications dans la thérapeutique des abcès intra-crâniens consécutifs aux suppurations de l'oreille, puisqu'il aurait voulu essayer ce grand moyen sur la personne même de François II, l'infortuné époux de la belle Marie Stuart.

Mais ce n'est pas de cette vieille chirurgie du crâne que nous voulons nous occuper. Celle qui nous intéresse, c'est la chirurgie contemporaine, c'est la chirurgie nouvelle ; c'est de la trépanation guidée par les localisations cérébrales que nous voulons parler.

Aujourd'hui, on ne discute plus guère sur les localisations cérébrales, et la chirurgie, de plus en plus audacieuse à mesure qu'elle devient plus inoffensive, ne borne plus son action, comme naguère encore, aux traumatismes crâniens : elle ouvre les abcès consécutifs au traumatisme ou à l'otite moyenne suppurée, va à la recherche des épanchements intra-crâniens, enlève les tumeurs du cerveau, guérit l'épilepsie jacksonienne, tente la cure de l'épilepsie vraie, et ne craint même plus de réséquer une partie de la voûte du crâne (crâniectomie) pour tenter l'amélioration de l'idiotie chez les microcéphales, ainsi que le faisait tout récemment le professeur Lannelongue. Mais comme le guide du chirurgien trépanant est déduit de la nature des symptômes de paralysie ou d'excitation que présente le malade, la connaissance exacte de la topographie crânio-cérébrale devient indispensable au chirurgien, puisque c'est seulement avec elle qu'il pourra atteindre à coup sûr tel point désigné de l'encéphale dont la lésion détermine les phénomènes morbides localisés ou généralisés mentionnés plus haut. Or, la chirurgie du cerveau est appelée, croyons-nous, à un trop grand avenir, pour que le chirurgien néglige les armes de précision que met dans ses mains la topographie crânio-cérébrale.

Nombreux sont les procédés de topographie crânio-encéphalique qui ont été proposés. Le premier en date paraît avoir appartenu à Gratiolet; c'est le *procédé des moules intra-crâniens*. Après le procédé de Gratiolet est venu celui de P. Broca ou *procédé des fiches* (1861), qui fit faire un pas décisif à la question de la trépanation *scientifique*. En 1868, Bischoff renouvelait le procédé de Broca qui, en entrant en Allemagne, changeait de nom! — En 1873, on voit apparaître les *procédés graphiques*, celui de Heftler, élève du professeur Landzert, *procédé des normas crâniennes*, et celui du professeur Turner, *procédé des aires crâniennes*. — En 1875, Féré, outre qu'il employait le procédé de P. Broca pour rechercher les régions de l'écorce, se servait encore du *procédé des coupes de cerveaux congelés* pour déterminer la situation relative des parties profondes du cerveau. A la suite sont venus les procédés d'Ecker (1876), d'Anderson et Makins (1889), de Dana (1889), le *procédé géométrique* de S. Müller (1889), puis enfin ceux de Zernov (1890), de P. Poirier, et le *procédé de l'autogravure du cerveau* de Ch. Debierre. — Nous avons essayé de donner une idée des procédés d'Anderson et Makins, et de Dana (1), le lecteur pourra trouver celui de S. Müller, élève du professeur Burckhart, dans la thèse de R. L. Le Fort (2). Nous ne nous arrêterons pas au procédé de Müller parce qu'il nous paraît trop compliqué, et que nous voulons présenter exclusivement au lecteur une méthode pratique rapide, sûre et applicable par tout le monde, non seulement sur le cadavre, ce qui n'atteindrait pas le but cherché, mais sur le malade ou blessé couché sur la table d'opération.

Pour déterminer la *ligne rolandique* autour de laquelle sont groupés les principaux centres sensitivo-moteurs, on se servait ou l'on se sert encore du procédé de P. Broca-Championnière, que chacun connaît et sur lequel pour cette raison nous ne nous attarderons pas. Mais ce procédé manque de précision, et celui que les Allemands emploient à la suite de Bergmann, Merkel, etc., ne vaut pas mieux. P. Poirier (3) détermine l'extrémité supérieure de la scissure de Rolando, en prenant la moitié, plus 2 centimètres, de la distance naso-inienne, à partir du sillon naso-frontal. Voilà qui est bien, car nous avons démontré pour notre part (4) que l'extrémité de la scissure de Rolando siège au 54/100e de la ligne glabello-iniaque. Pour découvrir l'extrémité inférieure, P. Poirier conseille d'élever une perpendiculaire sur l'arc zygomatique passant juste au devant du tragus (dépression pré-auriculaire), et de prendre 7 cent. sur cette ligne : ce point correspond au niveau cherché. Pour notre compte, il nous paraît plus simple et plus exact de tracer la « ligne rolando-zygomatique » en réunissant l'extrémité supérieure de la scissure de Rolando préalablement déterminée au milieu de l'arcade zygomatique, et de déterminer ensuite la « ligne orbito-lambdoïdienne » qui correspond à la direction générale de la scissure de Sylvius : un point pris sur la ligne rolando-zygomatique à 10 ou 15 mill. au-dessus de la ligne orbito-lambdoïdienne donne juste l'extrémité inférieure de la scissure. Pour obtenir le trajet général de la scissure, c'est-à-dire la « ligne rolandique », il suffit de réunir les deux points extrêmes de la scissure. On y arriverait encore facilement à l'aide de notre instrument, le « goniomètre

(1) Ch. Debierre, *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, p. 254, 1890.

(2) R. L. Le Fort, *La topographie crânio-cérébrale. — Applications chirurgicales.* (Thèse de Doctorat, Lille, 1890).

(3) P. Poirier, *Topographie crânio-encéphalique. — Trépanation.* — Paris, 1891, p. 36.

(4) Ch. Debierre, *in* Thèse Le Fort, p. 52-54.

céphalique », si l'on se rappelait que « l'angle rolando-sagittal » est en moyenne de 65°, et que la longueur de la scissure est d'environ 10 centimètres (1).

La détermination de la « ligne sylvienne », c'est-à-dire du trajet de la scissure de Sylvius, est des plus simples, qu'on se serve du « plan naso-lambdoïdien » de Poirier, ou du « plan orbito-lambdoïdien » de Debierre-Le Fort plus facile à dessiner : cette ligne suit la branche oblique de la scissure dans une étendue de 4 à 6 centimètres et son milieu siège à 6 centimètres au-dessus du trou auditif externe.

L'apophyse orbitaire externe est toujours facile à sentir, le lambda est situé de 65 à 70 mill. au-dessus de l'inion, le tracé de la « ligne orbito-lambdoïdienne » ne présente donc aucune difficulté.

Une fois les *lignes rolandique* et *sylvienne* tracées, peu de points de l'écorce cérébrale échapperont à une détermination extemporanée. Prenons pour exemples les centres sensitivo-moteurs les plus importants et les mieux connus.

Une couronne de trépan appliquée à la partie supérieure de la ligne rolandique découvrira le *centre moteur du membre inférieur*, puisque ce centre siège dans le tiers supérieur des circonvolutions rolandiques et le lobule paracentral. Une autre trépanation faite au tiers moyen de la même ligne, mais portée cependant un peu en avant, mettra à jour le *centre du membre supérieur*, puisque ce centre se trouve sur la circonvolution frontale ascendante en regard du pied de la 2e frontale longitudinale. — Une autre couronne appliquée juste en avant de celle-ci mettrait à nu le *centre de la mémoire motrice graphique* (agraphie), car ce centre est placé dans la racine de la 2e frontale. Appliquez-vous une autre couronne au niveau de l'extrémité inférieure de la même ligne, vous découvrez les *centres des mouvements de la face et de la langue*, c'est-à-dire qu'en trépanant juste au-dessus de l'entrecroisement des lignes rolandique et sylvienne, vous découvrez à la fois les centres des mouvements de la face et de la langue, puisque le centre de la face siège à la partie inférieure des deux circonvolutions rolandiques, et celui de l'hypoglosse sur la racine de la 3e frontale, immédiatement en arrière du centre de la mémoire motrice des mots. Une couronne contiguë à celle-ci et placée en avant (sur la ligne orbito-lambdoïdienne, à 4 cent. en arrière de l'apophyse orbitaire externe) découvrirait conséquemment le pied de la circonvolution de Broca, *siège de la mémoire motrice verbale* (aphasie). — Veut-on découvrir le *centre de la mémoire visuelle verbale* (surdité verbale), on trépanera au-dessus de l'intersection (angle antéro-supérieur) des plans orbito-lambdoïdien et rolando-astérique, puisque ce centre occupe la partie antérieure de la circonvolution pariétale inférieure gauche, c'est-à-dire le lobule du pli courbe. — La « ligne rolando-astérique » est facile à tracer, car l'astérion se détermine toujours sans difficulté. Voulez-vous, au contraire, mettre à jour le *centre de la mémoire auditive verbale* (surdité verbale), placez le trépan dans l'angle ouvert en bas et en arrière que forme la rencontre des lignes zygomato-rolandique et orbito-lambdoïdienne. Enfin, sachant que le *centre visuel* siège dans la région du pli courbe et de la 6e occipitale (cunéus), on le découvrira aisément en trépanant : 1° sur la ligne orbito-lamdoïdienne, à 20 mill. en arrière de la ligne rolando-astérique (pli courbe); 2° dans l'angle de séparation des lignes lambdoïdo-astérique et inio-lambdoïdienne (cunéus ou 6e occipitale)

Dans le cas où l'on soupçonnerait un abcès du lobe temporal (siège de prédilection de ces abcès), on portera le trépan entre le trou auditif et la ligne sylvienne, plus exactement à 3 centimètres au-dessus du méat. Aujourd'hui que la *ponction des ventricules avec drainage consécutif* semble renaître de ses cendres, on peut se demander si *l'hydrocéphalie* n'est pas susceptible d'être traitée par ce moyen. Les observations récentes de Mayo-Robson (1), de A. Broca (2) semblent plaider en faveur de ce traitement. Si on s'y résout, le meilleur moyen est de trépaner à 4 cent. environ au-dessus du méat auditif : on arrive ainsi sur la 2e circonvolution temporale à travers laquelle on passe un trocart dans la corne sphénoïdale du ventricule latéral.

Dans toutes ces circonstances, il faut ménager les sinus et l'artère méningée moyenne. On évitera d'ouvrir le sinus longitudinal supérieur, en trépanant toujours à une certaine distance (15 à 20 mill.) de la ligne sagittale ; le sinus latéral siégeant sur le trajet de la ligne glabello-iniaque latérale, au niveau de son tiers postérieur, on l'évitera sûrement lorsque l'on voudra découvrir le cervelet en portant le trépan à 12 ou 15 mill. au-dessous de cette ligne. Dans les trépanations de la région rolandique, on passe en arrière de la branche antérieure de l'artère méningée moyenne et du sinus sphéno-pariétal de Breschet. Pour éviter le sinus latéral dans la trépanation de l'apophyse mastoïde, il est nécessaire d'ouvrir l'apophyse dans sa moitié antérieure à la hauteur du méat. C'est aussi le meilleur moyen pour pénétrer dans dans l'antre mastoïdien, ainsi que l'ont établi les travaux de Politzer, Bezold, Duplay (4), Ricard (3), etc. — Si, par accident, la ligature de l'artère méningée moyenne devenait nécessaire, la situation de cette artère bien établie par les recherches de Vogt, Marchant, Wisemann, Jacobson et de mon élève R. L. Le Fort, commande de suivre le conseil formulé en ces termes par P. Poirier : « Sur l'apophyse zygomatique, à égale distance du bord postérieur de l'apophyse montante du malaire et du conduit auditif, élevez une perpendiculaire, trépanez sur cette perpendiculaire à 4 ou 5 centimètres au-dessus de l'apophyse », et vous tomberez sur l'artère.

Je ne veux pas m'étendre davantage sur cette intéressante question de chirurgie opératoire, car je ne puis m'arrêter sur les accidents de la trépanation, mais je ne puis terminer sans ajouter un mot des résultats et de la technique de la trépanation.

Les cas de guérison des monoplégies ou de convulsions à la suite de la trépanation ne se comptent plus. Si au lieu d'être une esquille, comme c'est le cas le plus ordinaire, « l'épine » est un épanchement sanguin, par suite de la rupture de l'artère méningée, la symptomatologie d'une part (paralysies ou convulsions), la trépanation guidée par la topographie crânio-cérébrale de l'autre, vous conduiront sur le « corps du délit », vous enlèverez le caillot qui comprime le cerveau, vous lierez l'artère coupée et vous aurez des succès comme Nancrède (24 sur 100) et Bergmann (20 sur 22). Une tumeur des os, des méninges ou du cerveau, une plaque de méningite, un abcès, etc., donnent-ils lieu à des phénomènes analogues, vous obtiendrez les mêmes succès. Une esquille, un corps étranger, déterminent-ils de l'épilepsie traumatique, presque toujours localisée, et dont le « signal » commence toujours au même point, trépanez, et comme Echeverria vous aurez 93 guérisons et 18 améliorations sur 145 cas, comme Walsham 65 guérisons sur 82 malades, comme

(1) Ch. Debierre, *Note sur la topographie crânio-cérébrale. — Un nouveau procédé, un nouvel instrument* (Assoc. franç. pour l'avanc. des sciences, Limoges, 1890).

(1) Mayo-Robson, *Assoc. médicale britannique*, Birmingham, 1890, et *Sem. médicale*, p. 273 1890.

(2) A. Broca, Rev. de Chirurgie, p. 41 1891, *Mercredi médical*, p. 94, 1891, et *Rev. des maladies de l'enfance*, p. 189, mars 1891.

(3) S. Duplay, *Arch. gén. de médecine*, 1878.

(4) Ricard, *Gaz. des hôpitaux*, n° 23, p. 205, 1889.

Briggs 26 guérisons sur 30 opérations, comme Horsley enfin, 33 guéris sur 43 opérés.

Je ne parlerai ni des soins avant ou pendant l'opération. ni de la taille des lambeaux, pas davantage de l'ouverture du crâne ou de la dure-mère, mais je reposerai cette question, après beaucoup d'autres : Doit-on réappliquer, dans la trépanation du crâne, les rondelles? Ollier et Poncet rejettent cette pratique; d'autres y sont favorables. A l'heure qu'il est, le mieux, je crois, est d'imiter Wagner (1) et ses compatriotes, qui ne font plus la trépanation classique, mais la *résection temporaire du crâne* en coupant d'un seul coup les téguments jusqu'à l'os dans une incision en fer à cheval, autrement dit en faisant une section circulaire avec ménagement d'un pédicule cutané. A la suite, on peut entailler le crâne à la gouge et au maillet et en détacher une rondelle qui reste entièrement adhérente aux téguments que l'on renverse comme un volet. L'opération finie, on rabat ce pont ostéo-tégumentaire et le trou est bouché.

L'adoption de cette méthode nous dispensera de répondre à la question que nous avions posée.

Ch. Debierre.

(1) Wagner, *Centralbl. f. Chirurgie*, no 47, 1889.

TRAVAUX ORIGINAUX

De l'antisepsie dans la chirurgie à la campagne et des moyens de la réaliser dans les grandes opérations qui exposent particulièrement à la suppuration, par le docteur Armand Chaintre, ex-interne des hôpitaux de Lyon.

A l'heure actuelle, après la révolution qu'ont opérée dans la chirurgie l'antisepsie et l'asepsie, les perfectionnements apportés aux nouvelles méthodes sont tels, qu'il paraît rester bien peu de pas à faire, eu égard au chemin déjà parcouru. Il suffit, pour s'en convaincre, de visiter les salles d'opération construites ces dernières années, où l'asepsie obtenue au prix de minutieuses précautions a permis aux chirurgiens de s'engager si loin dans la voie des interventions.

Les ambulances militaires, elles-mêmes, ont subi de sérieuses réformes, et leur matériel a été adapté, autant que faire se pouvait, aux exigences de la nouvelle méthode. Reste à étudier l'influence des nouvelles doctrines sur une troisième partie de la chirurgie, plus humble et plus modeste, celle qui s'exerce à la campagne, et que tout médecin doit compter dans ses attribu butions.

A la série déjà longue des opérations dites d'urgence, vient s'ajouter celle des opérations pratiquées sur des malades dont l'état de santé ne permet pas un voyage, si court qu'il soit ou qui refusent obstinément leur transport. Dans ce dernier cas, il y a toujours pour le médecin sinon nécessité absolue, du moins nécessité morale d'intervenir. D'autre part, certaines opérations, telles que les amputations, tendent de plus en plus à être rayées du cadre de la chirurgie, et remplacées par des interventions plus longues, et plus défavorables au point de vue de l'infection ; nous voulons parler des résections.

Comment le praticien peut-il réaliser, avec les faibles ressources dont il dispose, à la campagne, une antisepsie ou une asepsie suffisantes pour mettre sa conscience à couvert dans les cas où il est obligé d'intervenir? Certes les ouvrages ne manquent pas, où il pourra puiser tous les renseignements désirables, mais au milieu des difficultés de la méthode, que l'on amoncelle comme à plaisir devant ses yeux, trouvera-t-il une manière de faire à la fois sûre et pratique? En sortant des grands hôpitaux, où il aura vu les précautions presque infinies prises par ses maîtres pour assurer l'asepsie dans leur opérations ne se dira-t-il pas qu'il y a là un idéal auquel il ne saurait arriver? Du découragement à l'abstention il n'y a qu'un pas.

Nous avons maintes fois entendu répéter par notre maître, M. le professeur Ollier, que bien souvent le chirurgien avait à se préoccuper de faire de l'asepsie ou de l'antisepsie à bon marché; et ce n'est pas là une des moins utiles leçons que nous ayons reçues de lui. A la campagne, faire de l'antisepsie, coûte la plupart du temps fort cher, et constitue une bien lourde charge pour des malades peu fortunés. Il est facile de répondre qu'à la campagne, le malade échappe aisément à l'infection, et que tant de précautions, tant de minuties, sont parfaitement inutiles. Mais combien de fois n'avons-nous pas vu, dans les hôpitaux de Lyon, des malades venus de la campagne avec les signes d'une gangrène gazeuse, plus rarement d'une infection purulente? L'infection puerpérale, c'est là un fait indéniable, fait infiniment plus de ravages à la campagne que dans les maternités des grands hôpitaux; en dehors des pansements, que l'on peut justement appeler pansements sales, on s'est trop souvent cru à l'abri, lorsqu'on avait lavé une plaie avec un peu de solution phéniquée, ou qu'on l'avait légèrement saupoudrée d'iodoforme. Ce sont encore là des moyens insuffisants; ce qu'il faut à la campagne comme à la ville, c'est appliquer rigoureusement les règles de la méthode antiseptique en tenant compte de ses exigences que l'on ne peut toujours satisfaire, en cherchant à la rendre aussi économique que possible. Comme nous le disait M. Ollier, des précautions, du sublimé et de l'iodoforme, tout cela ne coûte pas fort cher et suffit pour faire d'excellente chirurgie.

Nous avons eu occasion d'appliquer, un certain nombre de fois, les enseignements de notre maître, et après en avoir obtenu d'excellents résultats, nous nous sommes décidé à les publier, pour montrer avec quelle simplicité de moyens, on peut réussir dans des opérations regardées jusqu'à ces derniers temps comme faisant partie du domaine de la chirurgie d'hôpital. Nous aurions pu citer des observations d'extirpation de tumeur (cancer du sein, sarcome de l'aisselle, cancer de la face) (1): mais comme toutes ces opérations sont le type de celles où l'on doit obtenir facilement des réunions immédiates, nous avons préféré ne citer que des observations d'interventions sur les os, dont le danger les a rendues si longtemps la bête noire de la chirurgie.

Pied bot varus équin congénital. — Résection de l'astragale. — Amélie Jeanne, enfant assistée, âgée de 10 ans. Pied bot congénital du côté droit, en varus équin. L'équinisme n'est pas très prononcé, mais en revanche le varus est extrêmement marqué. L'enfant marche sur le bord externe et la face dorsale du pied ; elle porte sur la face dorsale du pied au niveau de la partie moyenne du cinquième métatarsien un énorme durillon assez sujet à s'enflammer. La rétraction des téguments du bord interne du pied ne paraît pas très marquée : en revanche les déformations osseuses sont assez prononcées : l'astragale a basculé, et fait saillie à la face externe du pied : elle est à la fois subluxée en dehors et en avant. Le creux sous-malléolaire externe est presque effacé, tandis qu'on trouve une dépression bien plus sensible qu'à l'état normal au-dessous de la malléole externe.

Il est assez difficile d'obtenir des renseignements précis

(1) Il va sans dire que dans des cas de ce genre nous avons obtenu des réunions immédiates sans une goutte de pus. Dans plusieurs de ces cas, nous n'avons pas fait de drainage.

sur l'enfant: la déformation paraît cependant s'être accentuée progressivement, depuis deux années surtout.

L'opération est pratiquée le 26 septembre 1890, à l'hospice de Moulins-Engilbert, avec l'aide de nos amis les docteurs Thirault, Martin et Nuguet. Anesthésie au chloroforme. Section sous-cutanée du tendon d'Achille, après laquelle on fait des tentatives de redressement manuel, dont il est bientôt facile de constater l'inefficacité. Après avoir pris avis de nos confrères, nous nous décidons à faire l'ablation de l'astragale. Application de la bande d'Esmarch et nettoyage antiseptique soigneux de la région.

Incisions de M. Ollier pour l'ablation de l'astragale. Incision externe de 5 à 6 centimètres. Incision interne très petite en raison de la situation anormale qu'occupe l'astragale. Il suffit que cette dernière incision laisse passer un détache-tendon pour détacher le ligament deltoïdien. Les rapports étant assez notablement changés, nous sommes obligés de procéder lentement à l'ablation de l'os. La résection est faite suivant toutes les règles de la méthode sous-périostée. Après l'extraction nous recouvrons la plaie d'une lanière de gaze iodoformée et nous essayons de remettre le pied en bonne position. Le redressement ne nous paraissant pas parfait, nous enlevons, à l'aide du ciseau et du marteau, la tubérosité antérieure du calcanéum, ainsi que l'a récemment proposé M. Nélaton (*Bull. de la Soc. de chirurgie*, 1890). Le pied se redresse alors aisément. Sutures au crin de Florence. Comme nous avons affaire à une région non infectée, et comme les précautions prises nous paraissent de nature à écarter tout danger de suppuration, nous plaçons de chaque côté un petit drain en os décalcifié que nous coupons à ras des sutures. Pansement à l'iodoforme, après un lavage très léger au sublimé. Attelle plâtrée dans laquelle on met le pied en parfaite position.

Les suites de l'opération ont été très simples. Pas de fièvre, pas de douleurs. 25 jours après l'opération, la réunion est complète; les drains ont complètement disparu, sauf un tout petit fragment que l'on sent au niveau de la cicatrice du côté interne.

A l'heure actuelle, la petite malade marche; on attend pour la faire sortir de l'hôpital qu'elle ait reçu son appareil.

Nous n'insistons ni sur le détail du manuel opératoire, ni sur le résultat fonctionnel de cette intervention, pas plus que de celles dont on lira plus bas les observations. Nous avons soumis à l'examen de M. le professeur Ollier les photographies et les empreintes plantaires de nos opérés; il a paru satisfait du résultat obtenu. Le seul qui nous paraisse intéressant à faire ressortir, est l'absence absolue de suppuration et la réunion immédiate avec résorption complète des drains.

Pied bot varus équin.— Opération de Phelps.— Guillot Jean, âgé de 11 ans, de Comagny (Nièvre). Il fut atteint à l'âge de six mois (c'est la date indiquée approximativement par la famille) d'une paralysie infantile, dont il est difficile de préciser la durée. L'enfant commença à marcher à l'âge de trois ans; il marcha assez bien pendant deux ans, puis le pied commença à se dévier. Depuis deux ans, la marche est devenue très difficile; l'enfant est obligé de s'appuyer sur une canne. Nous l'examinons pour la première fois, le 15 juillet 1890. Le pied gauche est en varus équin assez prononcé; l'équinisme est surtout marqué. Les muscles de la jambe sont très manifestement atrophiés. Seul le triceps sural conserve encore un peu de relief; les péroniens latéraux sont les muscles les plus atteints par l'atrophie. Le pied droit a de la tendance à se mettre en varus; néanmoins dans la station debout, sa forme est satisfaisante. Il y a également de l'atrophie des muscles de la jambe correspondante. Nous proposons à la famille une opération qui est acceptée.

L'opération est pratiquée le 24 juillet à l'hospice de Moulins-Engilbert (Nièvre), avec l'aide de MM. le docteur Lemoine et Toussaint, interne des hôpitaux de Lyon. Anesthésie au chloroforme. Section sous-cutanée du tendon d'Achille suivie de tentatives de redressement manuel. L'équinisme est corrigé, mais il nous est impossible même avec des manœuvres de force d'obtenir la correction du varus. On applique alors la bande d'Esmarch. Incision de Phelps sur le bord interne du pied. Comme après la section de la peau et de l'aponévrose, le redressement ne paraît pas suffisant, on sectionne les ligaments de l'articulation astragalo-scaphoïdienne, de façon à faire bâiller celle-ci.

Pansement iodoformé, sans lavages antiseptiques; application d'une attelle plâtrée sous laquelle il est aisé de faire le redressement. Pas de douleurs à la suite de l'opération.

Le 25 août, on enlève l'attelle plâtrée; le pansement est très légèrement taché de sang au niveau de l'incision. Réunion complète de la plaie; cicatrice non douloureuse. Par prudence on applique une seconde attelle plâtrée; le pied est complètement redressé; l'équinisme n'est cependant pas complètement corrigé; le pied ne possède pas en effet ses mouvements complets de flexion. Par suite de retards apportés à la confection d'un appareil, le petit malade a repris sa vie habituelle trois mois après l'opération seulement. Il porte maintenant un appareil à deux tuteurs latéraux. On essaie à l'heure actuelle de combattre l'atrophie de ses muscles à l'aide des frictions et du massage.

Résection du premier métatarsien et du premier cunéiforme pour ostéo-arthrite tuberculeuse. — Colette (Jean), 11 ans, berger, habitant Lusy (Nièvre). Antécédents de famille impossibles à connaître. Antécédents du sujet ne donnant aucun renseignement au point de vue de la tuberculose.

Ostéite tuberculeuse du premier métatarsien remontant à deux ans, pendant l'été de l'année 1887 (il est difficile d'avoir des renseignements exacts). Douleur pendant la marche, gonflement de la partie antérieure du bord interne du pied. Au bout de quelques mois, abcès qui s'ouvre à peu près au niveau de l'articulation du premier cunéiforme et du premier métatarsien. Deux mois plus tard nouvel abcès situé à la face dorsale du pied, et qui s'ouvre dans l'espace séparant le premier métatarsien du second. Ces deux abcès ont laissé à leur suite des fistules. Le malade est entré alors à l'hospice de Lusy, où il a été soigné par des bains antiseptiques et des pansements iodoformés.

Au mois d'août 1889, M. le docteur Nuguet nous prie de l'examiner. Nous constatons alors un gonflement considérable du bord interne du pied. La peau est tendue, rouge et enflammée. Les deux fistules dorsale et interne laissent suinter un pus séreux, mal lié. En y introduisant un stylet, des deux côtés, on tombe dans une cavité osseuse, rempli de fongosités qui saignent facilement. Le premier métacarpien en son entier est presque doublé de volume. Les douleurs sont peu vives, la marche n'est cependant possible qu'avec une béquille.

L'état général du petit malade est peu satisfaisant, il a un peu maigri et tousse. L'examen des poumons ne révèle aucun signe de tuberculose. Pas d'albumine dans les urines. Pas de fièvre.

Opération pratiquée à l'hospice de Moulins-Engilbert Nièvre), avec le concours de nos amis les docteurs Thirault, Lemoine et Nuguet. Anesthésie au chloroforme. Bande d'Esmarch. — Incision sur le bord interne du premier métatarsien. Détachement du périoste avec le détache-tendon d'Ollier. Pour plus de facilité, on sectionne le premier métatarsien en son milieu pour enlever séparément les deux moitiés. L'articulation avec le premier cunéiforme est remplie de fongosités: ce dernier paraît également malade, et on peut aisément y enfoncer un stylet. On prolonge l'incision en arrière, en barrant son extrémité par une seconde incision verticale de débridement et on enlève le premier cunéiforme en ménageant soigneusement sa gaine périostique. Raclage des fongosités avec la curette. Cautérisation au thermo-cautère. Après enlèvement de la bande d'Esmarch, hémorrhagie assez abondante au niveau de la fistule du dos du pied, provenant d'une artère lésée par la curette, probablement une collatérale du gros orteil. On l'arrête avec le thermo-cautère. Drainage à la gaze iodoformée. Points de suture aux angles de la plaie.

Suites opératoires très simples. Le Dr Thirault, qui avait bien voulu soigner le malade, continua les pansements au sublimé et à l'iodoforme. Deux mois après, le malade quittait l'hôpital complètement guéri, et dans un état général excellent. Nous l'avons revu, un an après, au mois de septembre 1890. Il est berger, et reste presque toute la journée debout sans fatigue. Bien qu'excellent au point de vue fonctionnel, le pied opéré présente néanmoins les déformations suivantes. Bord interne du pied diminué de longueur. Le premier orteil est manifestement en retrait, et bascule légèrement en haut.

Ostéo-arthrite tuberculeuse du genou. Résection du genou. — Blanchet (Amélie), âgée de 41 ans, habitant Comagny

(Nièvre). Son père est mort tuberculeux à l'âge de 66 ans. Elle-même, à l'âge de 20 ans, a été atteinte d'un mal de Pott qui a duré trois ans, sans donner lieu à aucun abcès, mais ayant déterminé des douleurs en ceinture et une parésie du membre supérieur telle que la malade ne pouvait marcher. A l'heure actuelle, il persiste une gibbosité très prononcée portant sur trois apophyses épineuses dorsales.

A l'âge de 25 ans, survinrent les signes d'une arthrite fongueuse tibio-tarsienne. Celle-ci a donné lieu à deux abcès qui ont suppuré pendant deux ans : le pied est ankylosé en équinisme : on trouve deux cicatrices adhérentes à l'os sur la face dorsale du pied, au niveau du col de l'astragale, et sous la malléole externe.

La malade a toujours eu une santé très précaire : elle tousse tous les hivers, sans avoir cependant jamais eu d'hémoptysie. Il y a cinq ans (elle avait alors 36 ans), elle ressentit des douleurs diffuses dans l'articulation du genou, se manifestant de préférence au niveau de la rotule. Puis survint de la tuméfaction : les douleurs augmentèrent surtout pendant la nuit : la marche restait cependant possible. Un an ou deux après le début de l'affection (les souvenirs de la malade sont à ce sujet peu précis), la jambe commença à se fléchir sur la cuisse, de façon à gêner considérablement la marche. Depuis six mois la malade n'a pas quitté le lit.

Nous la voyons pour la première fois le 15 juillet 1890. La tuméfaction du genou est extrêmement prononcée et très douloureuse. Tous les culs-de-sac sont effacés et donnent au doigt la sensation mollasse, caractéristique des fongosités. Nulle part on ne sent de fluctuation. Bien que la pression soit partout douloureuse, on trouve un point maximum au niveau du plateau tibial sur la face interne. La jambe est fléchie sur la cuisse, formant avec elle un angle de 120° environ. Le tibia est manifestement subluxé en arrière.

L'examen attentif des poumons donne des résultats négatifs au point de vue de la tuberculose. Rien au cœur. Pas d'albumine dans les urines. L'état général est extrêmement mauvais, l'appétit nul, l'émaciation très prononcée.

L'opération est pratiquée le 30 juillet 1890 à l'hospice de Château-Chinon (Nièvre) (1), avec l'aide de MM. le docteur Lemoine, ancien interne des hôpitaux de Lyon, médecin de l'hospice, Toussaint, interne des hôpitaux de Lyon, et du personnel de l'hôpital.

Anesthésie au chloroforme. Bande d'Esmarch. Résection du genou, faite en suivant les règles indiquées par M. le professeur Ollier. Incision de Moreau. Après l'incision, l'articulation s'ouvre d'elle-même ; les ligaments latéraux sont en effet presque totalement détruits. On ne trouve pas de pus, mais l'articulation est complètement remplie de fongosités molles d'un blanc grisâtre livide, présentant des points caséeux. Nous nous efforçons de conserver la collerette périostique surtout sur les parties latérales comme le recommande M. Ollier. Section du fémur à la scie, à 4 centimètres environ de hauteur ; à ce niveau l'os paraît sain. Puis section du tibia, à 2 centimètres environ en dessous du plateau : mais on s'aperçoit que le trait de scie passe au milieu d'une caverne osseuse, du volume d'un gros pois, remplie d'un pus caséeux, et nous détachons une seconde languette osseuse d'un centimètre par un nouveau trait de scie. Nettoyage très soigneux des fongosités que l'on enlève soit avec des ciseaux courbes, soit à l'aide de la curette. En arrière des deux surfaces osseuses, on résèque obliquement les deux surfaces de section à l'aide d'un davier-gouge, pour éviter une compression possible de l'artère poplitée. Dans l'espoir d'une réunion sous un seul pansement, nous nous décidons à ne pas faire de suture osseuse.

Rien de particulier à signaler dans la fin de l'opération, hémorrhagie insignifiante arrêtée par la compression et par deux ligatures au catgut. En raison du mauvais état général de la malade, on n'emploie que très peu d'iodoforme. Nous pratiquons en arrière et de chaque côté les incisions de décharge par lesquelles nous passons un faisceau de crin de Florence destiné à drainer le creux poplité. Un drain en caoutchouc dans le cul-de-sac supérieur, un autre à chaque extrémité de l'incision. Sutures au crin de Florence. Pansement à la gaze iodoformée. Attelle plâtrée.

La malade, un peu affaiblie après l'opération, est complètement remise sur le soir. Suites opératoires très simples. L'appétit est revenu, les douleurs sont nulles. La température oscille assez régulièrement entre 37°,5 et 38°. Un soir seulement elle a atteint 38°,5.

Je renvoie la malade 46 jours après. Sa santé est bien meilleure, elle a engraissé. On ouvre son pansement, sans trouver une seule goutte de pus : les pinces de pansement sont seulement tachées par un peu de sérosité jaunâtre présentant l'odeur de l'iodoforme. Cependant l'ankylose n'est pas suffisamment solide, et avec l'aide du Dr Lemoine, nous appliquons une nouvelle attelle plâtrée, après avoir enlevé tous les drains, et placé un pansement très léger.

Un mois après, M. Lemoine lui permettait de sortir de l'hospice avec un bandage silicaté. Nous avons revu notre malade le 18 novembre, trois mois et demi après l'opération : le membre était en excellente position, l'articulation était solide. Néanmoins, par prudence, nous ne lui avons permis de marcher qu'après lui avoir appliqué à nouveau un léger bandage silicaté.

Les précautions à prendre pour faire de l'asepsie dans une intervention sont, il faut le reconnaître, bien difficiles à assurer dans la chirurgie de campagne. Autoclaves, étuves, tout cela constitue un matériel qui de longtemps ne sera pas celui du praticien. Dans un article publié l'année dernière par le *Bulletin médical* sur les ambulances en temps de guerre, M. Chaput reconnaît qu'un autoclave y serait chose plus embarrassante peut-être qu'utile.

L'asepsie nous échappe donc à la campagne théoriquement, mais pratiquement nous pouvons obtenir une propreté chirurgicale qui la touche de bien près. Si nous y joignons une antisepsie faite prudemment, mais avec rigueur, nous aurons ainsi réparé les brèches par lesquelles l'ennemi pourrait entrer dans la place.

Dans une étude sur les antiseptiques et plus spécialement l'iodoforme, M. Reynier faisait dernièrement remarquer que les antiseptiques favorisent puissamment l'asepsie. Le milieu où l'on opère à la campagne est évidemment septique, mais il l'est infiniment moins que celui des grands hôpitaux. Joindre l'antisepsie à un à peu près d'asepsie, c'est tout ce qu'il est possible de faire, et c'est en même temps, nous le croyons du moins, largement suffisant.

Pour ce qui regarde l'asepsie de la région à opérer, il est facile de la faire partout, lavage au savon, brossage soigneux, lavage au sublimé. Une question plus importante est celle des instruments : pourvu que l'on soit muni d'instruments à manche fixe et en métal, il suffit, pour en assurer la désinfection, de les laisser un quart d'heure dans l'eau bouillante.

S'ils ont servi précédemment à opérer un malade infecté, nous les faisons bouillir une demi-heure dans une solution phéniquée à 25 ou 30 0/00. Quant aux instruments mousses, présentant des renflements ou des griffes, nous avons l'habitude de les flamber.

Pour l'irrigation des plaies, toutes les fois que la région le permet, il vaut mieux se servir du sublimé en solution à 1 pour 1000 dans de l'eau bouillie qui a l'avantage d'être très peu coûteux. Dans certains cas, si l'on est sûr de la désinfection de ses mains et de ses instruments, on peut, comme l'ont conseillé un certain nombre de chirurgiens, se passer presque complètement de lavages.

Comme nous le disions plus haut, les pansements antiseptiques à la campagne coûtent fort cher : aussi doit-on les réduire le plus possible. En conservant de la gaze iodoformée découpée dans un bocal de verre désinfecté, gaze

(1) Il est à remarquer que, depuis plusieurs années déjà, notre ami M. Lemoine, médecin de l'hospice de Château-Chinon, applique les règles de la méthode antiseptique, dans une salle d'opérations très bien installée qui lui a permis de faire bon nombre d'interventions avec succès. Il a pratiqué plusieurs arthrotomies sans avoir de suppuration. Nous sommes heureux de le remercier ici du concours qu'il nous a prêté.

que l'on ne doit toucher qu'avec des mains propres, on a à sa disposition une première couche de pansement que l'on fixe par une bande.

Pour ce qui regarde les autres matériaux de pansement, nous nous servons de ouate fine et de gaze ordinaire que nous soumettons à une ébullition prolongée dans une solution de sublimé. Nous préparons de même les tampons qui nous servent d'éponges, et nous conservons le tout dans de simples boîtes de fer-blanc, que l'on désinfecte en y faisant brûler une petite quantité d'alcool.

On obtient ainsi un pansement qui n'a que l'inconvénient de coûter de la peine à celui qui le prépare, mais qui présente en revanche l'avantage de revenir à très bon marché. C'est du reste ainsi, croyons-nous, que se trouve composé le paquet de pansement distribué à chaque soldat en campagne. Des bandes de toile qui ont passé par une lessive très forte et par la solution de sublimé paraissent suffisantes pour la contention du pansement. Si l'on ajoute à cela la précaution de ne se servir que de cuvettes en porcelaine soigneusement ébouillantées pour y placer les instruments, les tampons et les objets de pansement, on peut opérer dans des conditions sinon d'asepsie, du moins de propreté presque absolues. On a bien dit, il est vrai, que les solutions antiseptiques préparées avec de l'eau bouillie contenaient encore des microbes : nous n'aurions donc jamais qu'un semblant d'asepsie. Qu'importe, s'il est suffisant? Il est juste de faire remarquer que leur nombre est alors extrêmement diminué; ne pourrait-on pas admettre que l'ébullition prolongée soit aussi un modificateur puissant de leur vitalité et partant de l'action nocive qu'ils peuvent exercer? Ce ne serait plus détruire les microbes, mais bien les rendre inoffensifs. C'est évidemment là une hypothèse, mais une hypothèse qui mériterait d'être confirmée. Nous avions eu un instant l'intention de faire rechercher, par de plus compétents que nous, si des matériaux de pansement ainsi préparés pouvaient encore donner naissance à des cultures. Mais cette étude nous eût entraîné trop loin, et serait sortie des bornes d'un sujet que nous avons voulu traiter au point de vue de la pratique seulement.

Au cas où, malgré toutes ces précautions, on redouterait encore l'infection, rien n'empêche de soumettre à l'ébullition des milieux antiseptiques plus concentrés, tels qu'une solution de sublimé à 3 ou 4 pour 1000, ou une solution phéniquée à 50 pour 1000.

En résumé, en traitant ses instruments par le flambage et l'ébullition, en employant l'eau bouillie, le sublimé et l'iodoforme, en demandant enfin à soi-même comme à ses aides une rigoureuse propreté, on se place dans des conditions largement suffisantes pour faire, sans crainte de danger, de la chirurgie à la campagne. Et nous terminerons par ces mots de M. Lucas-Championnière dont l'autorité fait foi en pareille matière. Après avoir parlé des notions et des qualités que demandent les nouvelles méthodes : « Le chirurgien pourvu de ces notions et de ces qualités, dit-il, doit pouvoir faire sa chirurgie partout. »

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Maladie de Basedow et automatisme alcoolique, par P.-N. Lachtchenko (*Archiv psychiatrii, neurologhii i soudebnoï psychopathologhii*, XVII, 1891, n° 1, p. 94). — Homme de 44 ans, avec hérédité nerveuse très chargée du côté maternel (grand'mère hystérique, mère hystérique et maladie de Basedow, cousin idiot et de temps en temps manie aiguë, cousine excentrique et moral insanity). Souffre dès l'enfance d'hystérie et de neurasthénie très accusée (incapacité du travail intellectuel, fatigue, douleur à la colonne vertébrale, etc.). Ne buvait ordinairement que 4 ou 5 fois par an « pour s'oublier ». A 32 ans maladie de Basedow très prononcée. De temps en temps attaques d'hystérie. Une fois tentative de suicide. A eu des malheurs avec sa femme. Est placé dans l'asile pour qu'on y examine son état intellectuel après tentative de meurtre sur son beau-frère. On constate des stigmates d'hystérie (rétrécissement du champ visuel, dyschromatopsie, goût émoussé, anesthésie et par places hyperesthésie, etc., et des reliquats de goître exophthalmique. De l'analyse de l'histoire de l'assassinat il résulte que le malade était ivre et qu'il ne se rappelle rrien de ce qui se passait alors jusqu'à son arrestation. — Il nous semble plutôt qu'il s'agit là d'automatisme hystérique. Le malade à proprement parler n'était pas alcoolique, tandis que l'hystérie est incontestable chez lui.

Un cas de « Paramyoclonus multiplex », par P. Simon (*Revue médicale de l'Est*, 1891, n° 4, p. 113). — Le nombre des cas de cette affection n'est encore que de 31 observations auxquelles il convient de joindre la suivante : Enfant de 11 ans né de père alcoolique, atteint depuis 3 ans, à la suite d'un traumatisme, de secousses brusques analogues à des secousses électriques dans tous les muscles du corps, y compris ceux de la face. Les secousses sont variables comme fréquence et intensité, sont influencées par la volonté, provoquées artificiellement par le chatouillement et la percussion, et cessent enfin pendant le sommeil profond. La station, la marche, l'élocution sont troublées à des degrés divers, en raison des contractions. L'auteur remarque surtout la participation de la face, l'influence du sommeil et la tonicité des contractions établie par un tracé. La suggestion hypnotique, employée thérapeutiquement a échoué, bien qu'elle ait été appliquée par M. Liebault pendant un mois.

Sur la réapparition du réflexe rotulien au cours du tabès (Ueber das Wiederersheinen der Sehnenreflexe bei Tabes Dorsalis), par Goldflam (*Berliner klinische Wochenschrift*, n° 8, p. 203). — Deux cas de tabes préataxique (S. de Westphall, douleurs lancinantes, troubles urinaires, S. de Robertson) présentent une réapparition du réflexe rotulien, à la suite d'attaques apoplectiques. Dans un cas ce ne fut que du côté hémiplégique, dans l'autre des deux côtés. Pas d'autopsie. Après en avoir rapporté d'autres observations (Debove, Fournier, Riehen, etc.), l'auteur suppose que le signe de Westphall ne dépend pas d'une interruption intraspinale de l'arc réflexe, mais plutôt d'une action inhibitoire exercée par la dégénération de la zone radiculaire sur le pouvoir réflexe de l'axe spinal. On s'expliquerait ainsi que dans les cas de lésion du cerveau où le pouvoir réflexe de la moelle est augmenté, cette inhibition deviendrait insuffisante, et les réflexes réapparaîtraient.

Lésion de l'isthme de l'encéphale, avec remarques sur l'ophthalmoplégie et l'ataxie post-hémiplegique (Disease of the Mild-Brain Region, with special reference to ophtalmoplegia and a note on post-hemiplegic ataxia), par Sachs (*The American Journal of the medical Sciences*, mars 1891, p. 233). — Dans ce mémoire l'auteur s'appuyant sur ses observations démontre que tous les cas d'ophthalmoplégie partielle externe ou interne ne sont pas attribuables à de la poliencéphalite supérieure, mais que dans quelques cas il s'agit de tumeurs intéressant le cervelet et les tubercules quadrijumeaux ou surtout de lésions syphilitiques affectant les nerfs eux-mêmes. En d'autres termes, l'ophthalmoplégie externe aussi bien qu'interne ne serait pas exclusivement nucléaire. L'une des observations (la 4°) se rapporte à un cas d'ataxie post-hémiplégique dans lequel l'autopsie ne montra qu'une lésion pédonculaire : M. Sachs pense donc que ce signe dépend d'un défaut de coordination entre les deux moitiés de l'axe cérébro-spinal, et par suite d'un excès d'énergie d'un côté sur l'autre.

Observations cliniques sur l'innervation et le mécanisme musculaire du larynx (Klinisches über die Innervation und den Muskelmechanismus des Kehlkopfes) par Neuman (*Berliner klinische Wochenschrift*, 1891, n° 6,

p. 141). — Les anatomistes et les médecins pensent que le crico-thyroïdien, seul des muscles du larynx, est innervé par le laryngé supérieur; Exner, s'appuyant sur des expériences, émet l'opinion que tous les constricteurs sont innervés par les deux nerfs laryngés (supérieur et inférieur). M. Neuman rapporte 2 observations dont l'une suivie d'autopsie qui démontrent péremptoirement que la double innervation n'est pas juste, du moins par rapport à l'homme. Dans le premier cas, il s'agit d'un homme de 35 ans, avec situation cadavérique de la glotte, chez lequel l'autopsie montra les nerfs laryngés inférieurs ainsi que les muscles qu'ils innervent dégénérés, tandis que les crico-thyroïdiens et le laryngé supérieur étaient indemnes. Dans le second cas, la section du laryngé supérieur avait entraîné la paralysie du seul crico-thyroïdien.

MÉDECINE

De la phthisie pulmonaire parmi les soldats en service, par O.-V. Heylich (*Vratch*, 1891, n° 8, p. 222). — Sur 1920 soldats soi-disant bien portants dont il a examiné les crachats, il a constaté des bacilles tuberculeux chez vingt-trois hommes en service. Le plus grand nombre des phthisiques fut trouvé parmi les hommes de haute taille, habitants des villes (artisans et ouvriers) et qui avaient déjà passé plusieurs années sous les armes. Pour prévenir la propagation de la tuberculose dans l'armée (l'auteur la croit contagieuse), il faut de toute nécessité examiner tous les soldats, à intervalles plus ou moins rapprochés, au point de vue de la phthisie.

Extrait de Brown-Séquard dans le traitement de la phthisie pulmonaire, par M. K. Ziénetse (*Vratch*, 1891, n° 9, p. 241). — L'auteur injecta l'extrait de testicule de chien à quatre hommes atteints de phthisie plus ou moins accusée. Dans tous ces cas l'injection fut suivie d'élévation de la température, de l'augmentation passagère de l'énergie cardiaque et d'action calmante (diminution de la toux et sommeil plus tranquille); parfois aussi on nota l'influence excitante de cette émulsion sur l'appareil neuro-musculaire (force dynamométrique un peu élevée). Elle n'agit nullement sur le processus morbide de la phthisie (2 morts). L'injection est absolument inactive sur des sujets bien portants. L'auteur s'est assuré que l'injection de lait (stérilisé aussi bien que cru) provoque aussi l'élévation de la température chez des phthisiques. Il attribue donc la fièvre observée après l'injection à des phthisiques des liquides de Koch et de Brown-Séquard au fonctionnement anormal des centres régulateurs de la chaleur. — Dans un cinquième cas de Khelmowsky le liquide de Brown-Séquard provoqua les mêmes phénomènes sus-mentionnés, à l'exception toutefois de l'élévation de la température qui manqua complètement.

Sur le diabète (Studien zum Diabetes), par Posner et Epenstein (*Berl. kl. Woch.*, février 1891, n° 8, p. 200). — Les auteurs ont fait quelques recherches de contrôle sur la méthode de E. Luther qui consiste à mettre en évidence le sucre urinaire au moyen de l'acide sulfurique et du naphthol α. Cette méthode est très sensible et s'emploie à froid: elle est très pratique en clinique. Il est vrai que les corps albumineux, certaines hydrates de carbone autres que le sucre, et quelques substances contenues normalement dans l'urine peuvent donner une réaction analogue : mais on écarte cette cause d'erreur en diluant l'urine à 1/20, cette dilution ne laissant place que pour une réaction tenant à la glycose même. On procède de la façon suivante. On dépose une goutte du liquide à examiner au fond d'un tube à essai de petit calibre, on ajoute une goutte d'une solution chloroformique de naphthol α, on mêle le tout avec 1 c.mc. d'eau. On laisse couler le long du verre avec une pipette 1/2 cent. c. d'acide sulfurique concentré qui gagne le fond : un bel anneau violet apparaît au contact de l'acide et du mélange précédent. Il est nécessaire d'opérer avec une propreté rigoureuse. La réaction ne se produisant qu'avec une proportion minima de glycose de 0,02 0/0, on peut, à l'aide de dilutions successives, faire servir la méthode à l'analyse quantitative. La réaction tient à la mise en liberté du furfurol.

Nodules infectieux (Bedeutung des Lymphknotengewebes), par Meyer (*Fort. der Med.*, février 1891, n° 4, p. 143). — Dans cette revue critique, l'auteur s'est efforcé d'interpréter *les amas lymphoïdes* qu'on rencontre si communément dans les maladies microbiennes et qu'on a souvent désignés sous le nom de nodules infectieux. Suivant l'auteur, ces nodules ont essentiellement pour but, chez les vertébrés, de protéger les espaces sanguins contre l'invasion des microparasites. Cela est surtout bien visible quand les microbes tendent à s'introduire par une surface tégumentaire. L'hyperplasie régionale du tissu adénoïde peut créer une immunité relative contre l'infection pouvant se faire par les réseaux d'origine correspondants. Enfin il n'est pas impossible que l'hyperplasie généralisée du tissu lymphoïde soit précisément un mode réactionnel de l'organisme contre certaines infections, et la condition d'une immunité relative.

Note sur le purpura à streptocoques au cours de la méningite cérébro-spinale streptococcienne; transmission du purpura de la mère au fœtus, par V. Hanot et C. Luzet (*Arch. de méd. expérimen.*, novembre 1890, p. 772). — Observation très importante d'une femme prise rapidement à la fin de sa grossesse d'une méningite cérébro-spinale accompagnée d'une éruption purpurique prédominant sur les membres inférieurs; mort en 4 jours; au deuxième jour de la maladie, accouchement d'un enfant un peu macéré qui n'offre pas d'éruption purpurique, mais dont les viscères (thymus, péricarde, plèvres) sont le siège d'un piqueté hémorrhagique. Les liquides et les viscères de la mère et du fœtus renferment des streptocoques. A l'autopsie de la mère, méningite cérébro-spinale suppurée.

Mort subite par rupture spontanée de l'aorte, par Martin Durr (*Arch. génér. de médec.*, janvier et février 1891, p. 148 et 302). — La rupture spontanée de l'aorte s'observe le plus souvent au dessus de 60 ans, elle peut survenir sans effort ou à la suite d'un effort faible, plus rarement à la suite d'un effort violent. La mort peut être subite ou survenir lentement en un ou deux temps, ce qui est le plus fréquent. Le siège le plus fréquent de la rupture est l'origine de l'aorte, puis sa portion ascendante ; le plus souvent il y a épanchement soit dans la plèvre soit plus fréquemment dans le péricarde. La cause la plus ordinaire est l'athérome de l'aorte; très rarement le vaisseau est sain; le cœur est le plus souvent hypertrophié, l'état des valvules variable. Le diagnostic précis semble impossible avant l'autopsie.

DERMATOLOGIE

Epidémie de trichophytie de la cuisse (An épidemie of tinea trichophytina cruris), par Stelwagon et Stahl (*Medic. News.* Philadelphie, 28 février 1891, p. 239). — Récit d'une épidémie de trichophytie cutanée occupant la cuisse, et parfois la région axillaire, développée il y a 2 ou 3 ans à l'hôpital de Philadelphie dans le personnel médical : un médecin résident fut d'abord atteint seul pendant 6 ou 7 semaines, puis presque simultanément la maladie atteignit 18 médecins de la même division, plusieurs autres fonctionnaires et plusieurs infirmières. Les auteurs attribuent la transmission de la maladie au transport par les chemises, le linge des divers sujets atteints ayant été lavé dans la même buanderie à l'aide des mêmes machines. N'y aurait-il pas plutôt eu transport direct de spores trichophytiques d'un sujet à l'autre, par un mécanisme que rend facile à comprendre la simultanéité du développement de la maladie chez des médecins résidents et chez des infirmières ?

Pelade (Alopecia areata, its pathology and treatment), par R. Crocker (*Lancet*, 28 février et 7 mars 1891, p. 478 et 533). — Crocker distingue 4 formes de pelade : 1° pelade généralisée aboutissant rapidement à la chute de tous les poils du corps, quelquefois accompagnée de chute des ongles, 2° pelade caractérisée par une ou plusieurs taches alopéciques développées au siège d'un traumatisme ou sur le trajet d'un nerf; 3° pelade à taches alopéciques multiples mais peu étendues, à surface déprimée, souvent accompagnées d'une diminution marquée de la sensibilité; 4° pelade classique avec plaques alopéciques plus ou moins larges, généralement peu nombreuses. Les 3 premières formes, beaucoup moins fréquentes à elles trois que la quatrième, reconnaissent pour origine une altération nerveuse, tandis que la quatrième est contagieuse et parasitaire. Les différents parasites que l'on a décrits dans

la pelade sont des parasites sans valeur. Pour Crocker, la pelade contagieuse n'est qu'une forme de trichophytie, qui se développe chez les adultes à l'exclusion des formes ordinaires de la trichophytie, et qui peut également s'observer chez certains enfants, tandis que d'autres sont atteints de trichophytie banale. La preuve est, d'après lui, dans ce fait que la pelade s'observe souvent chez des sujets ayant été en contact avec des sujets atteints de trichophytie; de plus, la fréquence de la pelade, dans les différents pays, est en rapport direct avec celle de la trichophytie; il pense que, si l'on recherchait la trichophytose dans les cas de pelade au début, on le trouverait constamment, et de fait il a trouvé dans quelques cas des amas de spores à l'extrémité profonde des cheveux.

CHIRURGIE

Péricardite purulente (Remarks on the treatment of purulent pericarditis), par Samuel West (*The British med. Journ.*, 21 février 1891, p. 404). — M. Brunner, faisant allusion aux cas de péricardites purulentes relatés par Rosenstein et par l'auteur, et qui sont les deux seuls ayant guéri complètement par opération, dit qu'il est difficile d'admettre que dans un temps aussi court le péricarde ait été comblé par un tissu de granulations, comme on pourrait le croire par analogie avec la cavité pleurale. Une pareille analogie ne peut être invoquée. Dans la péricardite, en effet, dès qu'on a évacué le liquide, les deux feuillets du péricarde se mettent en contact intime, circonstance des plus favorables pour une adhésion rapide. Cette rapidité d'adhésion est du reste démontrée par le cas suivant: il s'agit d'un cas de pyohémie consécutif à une chute; il se forma un abcès dans l'épaule gauche, puis un autre dans la cuisse droite; une pleurésie purulente se forma à gauche et fut ponctionnée deux fois. Puis on incisa, mais on ne trouva plus de liquide; mais on trouva le péricarde distendu et il fut ouvert; du pus s'en échappa; l'enfant mourut au bout de 14 jours. A l'autopsie on trouva les deux feuillets du péricarde adhérents sur toute la partie droite et sur la plus grande partie de la face postérieure; en bas et en avant l'adhérence n'était pas encore faite. On voit donc qu'en 14 jours les deux feuillets étaient devenus adhérents sur la plus grande partie de leur étendue. Les dangers d'une intervention chirurgicale dans le cas de péricardite ont été fort exagérés. Le seul danger est de blesser le cœur; ce qu'on peut éviter facilement. Les ponctions exploratrices sont bien plus dangereuses. Il faut évidemment faire le diagnostic avec le plus grand soin; or il n'est pas toujours facile de savoir si on a affaire à une péricardite ou à une hypertrophie du cœur. Mais, même dans ce dernier cas, une incision exploratrice aseptique est sans danger. On peut laver le péricarde.

Occlusion intestinale (Intestinal obstruction caused by tumour; ileostomy; disappearance of tumour; subsequent enterorraphy; recovery), par Smith (*Lancet*, 21 mars 1891, p. 646). — Lionel L..., 25 ans, depuis 7 semaines a des douleurs abdominales et des vomissements. A l'examen du ventre on trouve une aire de matité de 5 cm. de large un peu au-dessus de l'épine iliaque antérieure et supérieure gauche. A ce niveau on sent une tumeur que perçoit aussi le doigt introduit dans le rectum.

Opération le 5 juin 1889 sous le chloroforme. Incision abdominale commençant à 4 cm. au-dessous de l'ombilic et ayant 5 cm. de longueur. On trouve le péritoine pariétal épaissi et vascularisé surtout à gauche. Une ponction faite dans la tumeur montre qu'elle est de nature solide. Une anse distendue de l'iléon touchant la tumeur est fixée à la plaie abdominale; on se propose ainsi de l'ouvrir ensuite. Pansement au lint boriqué. Le lendemain on ouvre l'intestin et on y introduit une sonde en caoutchouc. Le malade va bien, et plusieurs fois le contenu intestinal sort par cette sonde. L'abdomen n'est plus distendu; il n'y a plus ni douleurs ni vomissements. La tumeur devient alors très nette et est très aisée à sentir. Mais bientôt on la voit diminuer graduellement, puis on n'en peut plus sentir aucune trace. Le malade va beaucoup mieux. On résolut alors de fermer l'intestin; on détruisit les adhérences entre l'intestin et le péritoine pariétal et on sutura l'intestin avec des sutures de Lembert. Guérison. On ne peut savoir quelle a été la nature de la tumeur; elle avait d'abord paru maligne, elle ne l'était sûrement pas, comme l'a prouvé la suite; sûrement aussi elle n'était pas stercorale ou d'origine inflammatoire.

Cancer de l'utérus chez une femme à terme (Carcinoma colli uteri als Geburtscomplikation), par H. Lœhlein (*Centralb. f. Gynœk*, 1891, n° 10, p. 193). — Femme en travail, 4 grossesses antérieures normales. Légère métrorrhagie au quatrième mois de la cinquième grossesse; la métrorrhagie s'est arrêtée spontanément et ne s'est reproduite qu'il y a 8 jours sous forme d'hémorrhagies à répétition.

A l'examen de la malade on trouve un néoplasme des dimensions d'un œuf d'oie, limité à la paroi postérieure du col et ne remontant pas au-dessus du promontoire; vagin normal; dilatation de l'orifice de 3 cm. se faisant surtout aux dépens de la paroi antérieure du col.

Le travail avançant lentement et l'enfant étant vivant, on prépare tout ce qui est nécessaire pour l'opération de Porro. Mais la dilatation du col devenant suffisante pour l'application du forceps, on retire un enfant vivant, pesant 2,500 grammes.

Les suites des couches furent normales, mais l'involution utérine se faisant très lentement, on se décide à faire, 18 jours après l'accouchement, l'extirpation totale de l'utérus. L'opération fut laborieuse, les suites opératoires un peu accidentées, mais la guérison n'en fut pas moins complète.

Torsion des pédicules des tumeurs de l'ovaire (Das Gesetzmæssige in der Torsionspirale torquirter Ovarialtumorstiele), par O. Kustner (*Centralb. f. Gynaek.*, 1891, n° 11, p. 209). — Kustner a remarqué que dans les tumeurs pédiculées de l'ovaire (11 cas) la torsion du pédicule a une direction régulière presque constante, déterminée par le siège de la tumeur: la spirale de torsion des pédicules se dirige de gauche à droite dans les tumeurs gauches et de droite à gauche dans les tumeurs droites (comme terme de comparaison, le tire-bouchon dont la spirale est dirigée de gauche à droite). L'explication de ce phénomène doit être cherchée d'après Kustner dans les mouvements péristaltiques de l'intestin.

Quand la tumeur quitte l'excavation et pénètre dans l'abdomen, elle refoule la masse intestinale qui vient se loger entre la paroi postérieure de l'abdomen et la tumeur, un peu à gauche quand il s'agit des tumeurs de l'ovaire droit, un peu à droite quand on a affaire à des tumeurs gauches. Les mouvements péristaltiques qui se répètent plusieurs fois par jour dans l'intestin se transmettent à la partie postérieure et médiane de la tumeur qu'elles font tourner d'arrière en avant. Comme ces mouvements imprimés à la tumeur se répètent pendant des mois et même des années, on comprend qu'à la fin on puisse trouver une torsion de 360°. Le déplacement continuel de la tumeur se communique au pédicule qui présentera une spirale à gauche dans les tumeurs du côté droit et une spirale à droite dans les tumeurs gauches.

BIBLIOGRAPHIE

Les virus, par S. Arloing, Paris. Alcan, 1891.

Le livre de M. Arloing nous semble arriver à propos pour combler une importante lacune. Jusqu'ici les auteurs des traités de bactériologie se contentaient de décrire successivement les différents microbes connus; M. Arloing se place à un point de vue plus élevé; il étudie la physiologie générale des virus. Ici une définition est indispensable: que faut-il comprendre exactement sous le titre de virus? D'après M. Arloing, ce terme doit s'appliquer aux agents figurés, capables d'agir sur les animaux à dose infinitésimale: les virus modifient les milieux organiques de façon à les rendre impropres à la vie élémentaire: ils se comportent comme des ferments et se différencient des simples parasites qui n'agissent que par leur nombre. Ainsi définis, les virus sont représentés par les microbes pathogènes, c'est-à-dire par des végétaux inférieurs qui doivent prendre rang parmi les algues.

M. Arloing, en étudiant la morphologie générale des microbes, leurs cultures, leurs sécrétions, nous montre combien il est difficile d'assigner aux différentes espèces des caractères

précis : tout est variable chez ces êtres : leur forme, leurs fonctions se modifient dans maintes circonstances : l'aspect de leurs cultures sur les milieux artificiels varie à chaque instant. Prendre un critère unique pour la détermination spécifique, c'est s'exposer à des erreurs volontaires; on ne peut assimiler ou différencier deux espèces qu'en s'appuyant sur l'ensemble de leurs caractères; c'est pour avoir oublié ce précepte, sur lequel insiste si justement M. Arloing, qu'on a encombré la science d'une foule de microbes dont l'individualité n'est nullement établie.

L'auteur examine ensuite de quelle façon les virus pénètrent dans le corps des animaux; il étudie les divers modes de contagion, les différentes portes d'entrée; puis il nous fait assister à la lutte qui s'engage entre l'organisme envahi et le microbe envahisseur. Il nous montre le mécanisme de cette lutte qui aboutit tantôt à la mort de l'animal, tantôt à sa guérison. Mais un agent pathogène n'a pas le pouvoir de déterminer fatalement une maladie, l'animal peut être à l'abri de son action, et M. Arloing est ainsi conduit à nous présenter l'histoire de l'immunité naturelle et de l'immunité acquise : il discute avec soin les différentes théories émises et résume d'une façon fort intéressante les travaux publiés sur la phagocytose et sur les propriétés bactéricides des humeurs.

Le livre se termine par l'étude de l'atténuation des virus et de la vaccination. C'est là, comme on sait, une question éminemment française, à laquelle se rattachent les noms de Pasteur, Chauveau, Toussaint, Arloing. L'auteur nous fait connaître les principales méthodes employées pour transformer les virus en vaccins et nous montre les beaux résultats obtenus par les inoculations préventives contre le charbon, le charbon symptomatique et la rage. Enfin, dans un appendice, M. Arloing soumet à une critique impartiale la méthode de Koch, qui agit surtout sur les tuberculoses locales, c'est-à-dire sur les tuberculoses atténuées. Nous ne saurions trop recommander la lecture de ce chapitre qui met à sa véritable place la découverte du savant allemand.

Nous n'avons pas la prétention d'avoir donné dans ces quelques lignes l'analyse complète du livre de M. Arloing. C'est un ouvrage qui s'adresse également au physiologiste, à l'hygiéniste et au médecin; il sera lu par tous ceux qu s'intéressent aux progrès de la bactériologie. On y trouvera une analyse exacte et un choix judicieux des principaux travaux publiés dans ces dernières années; on y trouvera surtout une note personnelle qui ne se rencontre que dans l'œuvre de ceux qui sont adonnés depuis longtemps aux recherches de laboratoire et qui se sont illustrés par d'importantes découvertes. Inutile d'ajouter que le livre est aujourd'hui au courant de la science; nous sommes persuadé que les éditions se succéderont assez vite pour l'empêcher de vieillir.

Roger.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Thèses de Paris.

L'Anthropologie criminelle et la responsabilité médico-légale, par Emile Dortel.

Le criminel né, tel que l'a conçu et décrit Lombroso, n'existe pas : aucun caractère anthropologique nettement défini n'a pu lui être reconnu. Des anomalies par lesquelles il a cru pouvoir se distinguer, il n'en est aucune de premier ordre qui soit congénitale, comme l'exigerait la théorie. Les caractères psychiques, loin de préexister à la criminalité, sont au contraire pour la plupart la conséquence de la vie de prison ou de la pratique du crime. Le criminel n'est ni un fou, ni un épileptique. Mais le crime peut être un épiphénomène dans la vie des fous, des épileptiques, des êtres sur qui pèsent des tares de déchéance variables, ou même des êtres indemnes de toute tare. Certaines influences en favorisent l'évolution sans en être la condition nécessaire. La responsabilité varie suivant le nombre, la gravité et l'âge des tares. Mais l'expert doit, pour la juger, n'affirmer que des choses exclusivement médicales, et placées décidément en dehors de toute controverse.

De l'hygroma trochantérien, par J.-B. Petit.

Le tissu cellulaire péri-trochantérien renferme des bourses séreuses en nombre variable, dont deux principales : la bourse trochantérienne du fascia lata ou bourse antérieure : circulaire, située entre la face externe du grand trochanter et le fascia lata, cette cavité n'existe pas chez tous les sujets; la bourse trochantérienne du grand fessier ou bourse postérieure. Elle est elliptique, située entre le bord postérieur du grand trochanter et le tendon du grand fessier; on la rencontre constamment. L'inflammation de ces cavités survient à la suite d'un traumatisme ou sous l'influence d'une maladie diathésique ou infectieuse : rhumatisme, tuberculose, etc. Le liquide épanché est quelquefois séreux, le plus souvent purulent. Son évacuation spontanée ou provoquée est suivie de la production d'une fistule de durée indéfinie. Cette affection est surtout remarquable par les troubles qu'elle occasionne dans les fonctions du membre inférieur, troubles qui rappellent ceux que l'on observe dans la deuxième période de la coxalgie et par les altérations qu'elle est capable de provoquer dans le tissu osseux du grand trochanter. Une intervention chirurgicale est nécessaire pour obtenir la guérison. L'extirpation de la poche et l'incision suivie de grattage sont les procédés de choix.

Néoplasmes primitifs des nerfs des membres, par Peret-Gilbert.

L'anatomie pathologique rejette absolument le terme de *névrome*. Les tumeurs primitives des nerfs des membres sont en grande majorité des tumeurs bénignes; ce sont des fibromes, des myxomes, des sarcomes ou des combinaisons de ces espèces anatomiques. L'épithélioma primitif est très rare; il est le plus souvent secondaire par propagation. Les tumeurs des membres qu'on a décrites sous le nom de *névromes myéliniques* et *amyéliniques* n'existent pas. Dans les fibromes, les éléments fibreux peuvent avoir pour point de départ, soit le névrilème, soit les gaines fasciculaires. Dans le premier cas la tumeur est latérale et refoule à la périphérie les filaments nerveux qui restent sains. Dans le deuxième, la lésion peut être localisée à un seul filament nerveux : le néoplasme est alors circonscrit, encapsulé, facilement énucléable. D'autres fois le processus hypertrophique se généralise et le nerf peut être envahi dans sa totalité. Cette dernière forme de tumeur constitue une contre-indication à l'intervention. De tous les procédés opératoires, l'énucléation est la méthode de choix. La résection sera tentée en dernière ressource.

La grippe et l'aliénation mentale, par Albert Leledy.

Au même titre que les autres maladies infectieuses, la grippe peut être l'occasion d'une psychopathie, qui peut survenir aux diverses périodes de la maladie. Cette folie est susceptible d'affecter toutes les formes du délire vésanique; elle n'a pas de symptomatologie spéciale. La grippe peut être tantôt cause occasionnelle, tantôt cause déterminante, tantôt cause adjuvante, mais ell ne saurait jamais être regardée comme cause essentielle. L'aliénation est due à des altérations dans le cerveau produites par des troubles de la nutrition, de la circulation et par les toxines de l'agent infectieux. Le début est souvent brusque, et il n'existe aucune corrélation entre la gravité des symptômes et l'apparition du délire. La durée est d'autant plus courte et la guérison d'autant plus fréquente que la prédisposition est moins accusée. Chez les aliénés on a constaté peu de cas de grippe. Rarement la maladie aiguë a guéri des psychoses. En général, les aliénés, plus calmes et plus lucides pendant la maladie, retrouvaient leur délire au sortir de la convalescence. Le traitement n'a rien de spécial. Les psychoses de l'influenza peuvent donner lieu à des expertises médico-légales. Dans ces cas l'irresponsabilité s'impose.

VARIÉTÉS

Terrorisés par la peur de la variole.

LE DOCTEUR DE LA BOUILLADISSE MORT VICTIME DE SON DEVOIR PROFESSIONNEL

Il y a environ dix-huit mois, un jeune docteur en médecine, M. Dromart, alla s'établir au village de la Bouilladisse, à quelques kilomètres de Marseille, près d'Aubagne. Jusqu'à ce moment la population de cette commune avait été dépourvue de praticien et devait aller chercher secours, pour ses malades, à Roquevaire ou dans les localités environnantes. C'était une lacune qui disparaissait et l'avènement était d'autant plus appréciable qu'il répondait au vœu, dès longtemps exprimé, de près de 2,000 habitants.

M. Dromart ne tarda pas à se marier à la Bouilladisse et il en fit son pays d'adoption en épousant une demoiselle de l'endroit. Tout était donc pour le mieux dans le plus charmant des villages.

Or, voilà quelques semaines qu'une épidémie de variole s'abattit sur la Bouilladisse et, les unes après les autres, une vingtaine de personnes furent atteintes. La frayeur dans le

pays fut grande, car, nulle part ailleurs plus que là, cette maladie, assurément redoutable, ne produit plus grande impression.

Aucun de ceux qui furent contaminés ne mourut cependant et, il faut le dire, les soins et le dévouement du docteur Dromart contribuèrent, dans une large mesure, à assurer ce résultat.

Mais il devait payer cher son surmenage, le pauvre docteur, et un jour vint où il fut terrassé à son tour par le mal dont il avait contracté les germes au chevet d'un de ses clients.

Le médecin malade ! Mais alors, tout le pays allait succomber !...

Ce fut alors une véritable panique. Chose triste à dire, les proches de M. Dromart n'eurent pas assez d'énergie pour s'y soustraire. Hélas ! on ne raisonne pas avec la peur.

Le vide s'était fait autour du malade auprès duquel demeura cependant son oncle, à l'abnégation duquel nous rendons très volontiers hommage. Celui-ci ne pouvant suffire à la tâche appela auprès de lui deux gardes-malades qu'on fit partir de Marseille.

Cela dura ainsi quinze grands jours pendant lesquels la population terrifiée s'éloignait en tremblant de la maison où agonisait lentement M. Dromart. On ne passait plus sur le trottoir qui longeait sa porte !...

Bientôt même les gardes-malades se virent refuser l'entrée des magasins où ils allaient s'approvisionner ! Après l'épicier, le boucher : le boulanger ensuite !

— Que voulez-vous, dirent-ils à l'oncle, qui allait plus spécialement chez eux, si vous continuez à venir, les pratiques ne viendront plus dans la crainte de vous rencontrer !...

Et il fut convenu qu'on leur apporterait ce dont ils auraient besoin sur un coin de leur porte où ils pourraient le prendre. On fit ainsi, et durant ces longs jours, la maison du « variolé » fut alimentée de la sorte. Encore étaient-ce les plus hardis qui s'en chargeaient. L'eau même qu'on allait puiser pour eux était prestement déposée sur le trottoir avec les précautions les plus rapides...

Enfin, vendredi soir, à 8 heures, le dénouement fatal se produisit et, après avoir, dans la journée, reçu les derniers sacrements que M. le curé de la paroisse n'hésita pas à lui apporter, M. Dromart expira !

Ce fut alors bien autre chose !

Qui allait, en effet, mettre en bière et inhumer le défunt?

— Les parents sont partis, disaient les habitants, nous n'avons pas à être plus vaillants qu'ils ne l'ont été eux-mêmes !

M. le maire, assez sagement, d'ailleurs, ordonna l'inhumation pour le lendemain matin, 5 heures, et les premières heures du jour furent consacrées à faire prévenir le fossoyeur. Or, il faut aller le chercher à Auriol !

Entre temps, M. le curé était mandé. Il arriva... tout sommeil cessant.

Mais le fossoyeur ne pointa guère que vers 7 heures.

Autour de la maison, le vide plus grand que jamais! Personne ! Il y avait cependant M. le docteur Fallen, de Roquevaire ; M. Camoin, le pharmacien de cette localité ; l'oncle du défunt et deux gendarmes ! Le corps, mis en bière, on le descendit à grand' peine !

On s'aperçut alors que le fossoyeur avait oublié d'apporter un drap mortuaire et, dépouillé de tout ornement, dans la nudité navrante des planches de sapin mal jointes, le cercueil fut placé sur une charrette. Quatre hommes ne se trouvèrent pas pour le porter jusqu'au cimetière !

Lorsque le cortège s'ébranla cependant, — un gendarme conduisant un cheval par la bride, — deux nouveaux personnages s'y joignirent... suivant à plus de cent mètres de distance.

On ne peut se figurer rien de plus désolant que cette cérémonie. Au cimetière, le corps fut déposé dans un tombeau et les braves gendarmes durent aider le fossoyeur dans sa funèbre corvée.

Et c'est ainsi que sous l'empire d'une frayeur inexplicable toute une population a rendu hommage (!!!) à la mémoire d'une victime du devoir professionnel !

On ne raisonne pas avec la peur, disions-nous nous-même en commençant, mais un pareil abandon est inexcusable et méritait une protestation ! C'est au nom de la civilisation que nous la faisons entendre, au nom du corps médical tout entier. Bien persuadé, d'ailleurs, que cela n'attiédira pas son zèle. Les médecins nous ont habitués à trop d'abnégation d'eux-mêmes pour que nous en doutions.

Il est bon de dire cependant à quel point les braves habitants de la Bouilladisse ont poussé leur appréhension et les deux exemples suivants en donneront une idée.

Un des deux hommes qui suivaient le corps de M. Dromart est un maçon. La veille, devant aller faire quelques réparations chez un propriétaire de l'endroit, il y avait apporté ses outils. Or, ce dernier ayant appris que le maçon avait accompagné le défunt, et dans la crainte de se trouver en contact avec lui, les déposa devant sa porte que l'ouvrier trouva fermée quand il se présenta pour travailler !

Mais voici qui est plus fort encore. De la maison mortuaire, le corps a été porté en terre sans passer par l'église. M. le curé, envers qui nous en avons exprimé l'étonnement, nous a textuellement répondu :

— Si le corps de M. Dromart avait passé par la paroisse, la chapelle eût été déserte, pour un service solennel qui a eu lieu dans la matinée. Vous aurez une preuve de la terreur qu'inspirent les maladies contagieuses à notre brave population, si vous savez que certaines de mes pénitentes ne feront pas leurs Pâques cette année parce qu'elles n'osent pas venir se confesser à moi qui ai administré M. Dromart !... Et M. le curé a ajouté : « Mais de cela, je vous prie de n'en rien dire ! »

Qu'il nous pardonne de ne pas avoir gardé le secret, l'exemple est trop typique pour qu'il n'ait pas les honneurs de la publicité.

Il n'y a cependant que trente kilomètres de Marseille à la Bouilladisse !

Gaspard Galy.

(*Petit Marseillais* du 26 mars).

Collège de France — M. François-Franck, suppléant de M. Marey, reprendra son cours (second semestre) le mercredi 8 avril, à 3 heures et demie, salle 7, et le continuera les mercredis et vendredis suivants à la même heure.

Il traitera de la *physiologie pathologique de l'innervation du cœur et du mode d'action de quelques poisons cardiaques*.

Légion d'honneur. — Sont promus au grade de commandeur : M. le Dr Peter, professeur à la Faculté, membre de l'Académie de médecine ; M. le Dr Labbé, chirurgien des hôpitaux, membre de l'Académie de médecine.

Distinctions honorifiques. — Par arrêté en date du 25 mars 1891, le ministre de l'intérieur, sur l'avis conforme du comité de direction des services de l'hygiène, a décerné des médailles d'honneur en argent et en bronze aux personnes ci-après désignées, pour le courage et le dévouement dont elles ont fait preuve au cours de l'épidémie cholérique qui a sévi en Syrie en 1890 :

SYRIE

Médaille d'argent.

M. le docteur Pasquinoli, médecin à Aïn-Tab, chef du dispensaire des pères de la Terre-Sainte.

Médailles de bronze.

M. le docteur Abraham Khaouly, de la faculté de Beyrouth, médecin à Tripoli.

MM. Fathallah Daham, Zaki Sabbagh, Simon Moyal et Charles Duba, étudiants en médecine de la faculté de Beyrouth, désignés, sur leur demande, pour aller donner leurs soins aux cholériques de la ville de la Tripoli et des environs.

Par arrêté du ministre de l'instruction publique et des beaux-arts, en date du 1er avril 1891, la chaire de littérature française de la faculté des lettres de Poitiers est déclarée vacante.

Un délai de vingt jours, à partir de la présente publication, est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

Par arrêté du ministre de l'instruction publique et des beaux-arts, en date du 1er avril 1891, un concours pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale à l'école de plein exercice de médecine et de pharmacie d'Alger s'ouvrira le 9 novembre 1891 devant la faculté de médecine de Montpellier.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant*.

Paris. — Imp. des Arts et Manufactures, 12 rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE
PARAISSANT TOUS LES SAMEDIS ET PUBLIANT TOUS LES MERCREDIS
LE MERCREDI MÉDICAL
JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

BULLETIN

Paris, le 10 avril 1891.

Association générale des médecins de France.
Trente-deuxième séance annuelle.

Les journées des 5 et 6 avril 1891 ont été bonnes pour l'Association générale des médecins de France. Malgré les tentatives faites en vue de semer la discorde, sinon de préparer une scission, entre ses membres; en dépit de l'envoi fait à toutes les sociétés locales d'une circulaire écrite en termes aussi peu modérés que peu conformes à l'équité, et rédigée en vue de jeter le discrédit sur le Bureau de l'Association, la majorité des délégués a répondu par deux votes de confiance aux questions qui lui étaient posées. Il ne nous convient plus dès lors d'insister sur les causes multiples qui ont servi de prétexte à d'injustifiables accusations. Partisan déterminé de la concorde et de l'union qui jusqu'à ce jour ont fait la force de l'Association générale et qui continueront à assurer le succès des œuvres qu'elle cherche à faire progresser, nous préférons nous borner à un compte-rendu fidèle de la dernière assemblée.

La session de 1891 s'est ouverte sous la présidence de M. le professeur Lannelongue, qui remplaçait notre cher et vénéré président M. H. Roger, celui dont le nom, comme l'a dit éloquemment M. Riant, se retrouve « dans toutes les manifestations de notre œuvre, à chaque page de son histoire, au premier rang de ses bienfaiteurs, toujours zélé, témoignant, en toutes circonstances, de la jeunesse de son cœur et de l'ardeur de son affection pour l'Association générale ». C'est à la presqu'unanimité des suffrages que M. le Dr H. Roger a été réélu, et c'est dans les termes les plus touchants qu'il a écrit pour remercier ses collègues. Tous ceux-ci ont signé l'adresse qui portait au président quatre fois réélu l'hommage de leur respect et les vœux que chacun forme pour le rétablissement complet et définitif de sa santé. Ainsi que l'a dit M. de Ranse, cette expression unanime des sentiments de tous les membres de l'Association aura pour effet d'adoucir les souffrances, de relever les forces et de hâter la convalescence du président de l'Association.

Avec une discrétion et une réserve qui ont été remarquées, M. le vice-président Lannelongue s'est abstenu de prononcer au début de la séance le discours traditionnel, de même que M. le baron Larrey, qui présidait le banquet, n'a tenu qu'à faire ressortir le regret que causait l'absence du président général de l'Association. Mais, durant le cours de ces deux séances, M. le professeur Lannelongue a montré un tact, une fermeté et une autorité auxquels on doit certainement les résultats obtenus et qui lui méritent la reconnaissance de tous ceux qui placent les intérêts généraux qu'il avait à défendre au-dessus des passions qui pouvaient agiter les débats.

Le rapport sur la situation financière a été lu par le trésorier « incomparable » qui a administré la fortune de l'Association « avec un soin, une vigilance, un talent et une générosité qu'il appartenait à M. Brun seul de pouvoir, pendant une période de trente années, mettre au service de ses collègues. » Ces paroles de M. Riant ont été accueillies par des applaudissements unanimes. Les chiffres que nous citons plus loin, d'après le rapport du secrétaire général, démontrent éloquemment combien ces témoignages de gratitude sont mérités. Le conseil général, sur la proposition de la Commission des pensions, a décidé de fixer à 285,000 francs la somme à disposer pour 19 pensions que l'on propose de voter, ce qui porte à 93 le nombre des médecins pensionnés par l'association. Les donateurs qui, cette année encore, ont contribué à augmenter le fonds social sont MM. Henri Roger — Abadie — Brun — Bucquoy — Burdel (Vierzon) — Cazeneuve (Lille) — Cordès (Genève) — Demange (Nancy) — Dreyfous — Fatou (Lorient) — Hameau (Arcachon) — Hugot (Laon) — Lannelongue — baron Larrey — Legrand — Leroux (Versailles) — Lereboullet — Leroy-Dupré (Bellevue) — Millard — Marjolin (René) — Pamard (Avignon) — Penard (Rochefort) — Penard (Versailles) — Pfeiffer — Marjolin (Georges) — Wickham (Georges), et la Société médicale du XVIe arrondissement municipal de la ville de Paris.

Le rapport de M. Durand-Fardel concluait, comme ceux des années précédentes, à l'approbation des comptes du trésorier et à de chaleureux remerciements qui ont été votés par acclamation.

Jamais, depuis que nous assistons à la lecture du *Compte-rendu général sur la situation et les actes de l'Association*, il ne nous avait été donné d'entendre un rapport aussi bien pensé, aussi bien écrit, aussi suggestif que celui dont M. le secrétaire général Riant a donné lecture. Jamais non plus ce rapport n'a été écouté avec tant d'attention ni applaudi avec une aussi unanime reconnaissance. Nous avons déjà cité quelques-unes des phrases de cet éloquent exposé des travaux accomplis au sein du conseil général. Ce que n'a pu ajouter M. le Dr Riant, c'est le zèle et le dévouement qu'il a mis lui-même, comme M. H. Roger, comme M. Brun, comme plusieurs autres membres du Conseil général, qui en font partie depuis de longues années, au service d'une institution qui exige, de la part de ceux qui ont assumé la lourde charge de la diriger, un labeur des plus écrasants. Les nouveaux venus, ceux qui, comme nous-même, n'ont eu le plus souvent qu'à imiter les exemples et à écouter les conseils autorisés de leurs devanciers, savent rendre pleine et entière justice à ces témoignages incessants d'un dévouement absolument désintéressé à l'œuvre commune — et c'est là le motif qui nous a engagé à protester contre les insinuations dirigées contre le Bureau de l'Association générale. Nous ne saurions donc trop recommander la lecture du rapport général lu dans la séance du 5 avril 1891.

Nous devons, ne pouvant rappeler ici le tribut de regrets offert par M. Riant à la mémoire des membres que l'Association a perdus, citer ce qu'il dit au sujet du développement progressif de l'Association « qui ne cesse de s'affirmer par ses bienfaits et trouve chez ses représentants d'ardents apôtres dont le zèle ne se dément pas. » Trois cent quinze nouveaux confrères se sont fait inscrire pendant l'année 1890 et ce chiffre suffit à lui seul à calmer les inquiétudes de ceux qui craignent que les hommes et les bonnes volontés ne viennent à manquer un jour.

Le bilan des différentes Caisses de l'Association s'élève, en fin d'exercice, aux chiffres suivants :

Capitaux de la Caisse générale	Fr. 90,000	»
Caisse des pensions viagères.	1,411,807	»
La Société centrale et les Sociétés locales . .	1,061,602	»
Total. . . .	2,563,409	»

En outre, les rentes qui appartiennent à ces différentes Caisses, en supposant qu'elles fussent capitalisées à 4 0/0, représenteraient un total d'environ 210,000 fr., ce qui porterait l'ensemble des capitaux de l'Association à 2,774,409 fr.

D'autre part, voici la liste des secours donnés, sous différentes formes, par l'Association, dans le dernier exercice :

La Caisse des pensions viagères a servi, après la dernière Assemblée générale, 87 pensions, dont 86 de 600 francs, et une pension de 300 francs de rente. En outre, les secours accordés par la Société centrale et les Sociétés locales à des sociétaires, veuves ou filles de sociétaires et à des personnes étrangères à l'Association forment un total d'environ 57,885 fr.

De l'énoncé de ces chiffres, je ne veux, dit M. le Dr Riant, tirer que deux conclusions :

Nos bienfaiteurs ne se relâchent pas de leur générosité : d'autre part, nos pensions sont toujours en grande faveur, car les demandes augmentent chaque année, dans une proportion qui ne saurait manquer de vous frapper.

Après avoir cité, parmi les plus généreux donateurs, MM. Lannelongue, Millard, Marjolin et surtout M. le président H. Roger dont la bienfaisance est inépuisable, « j'estime, ajoute le secrétaire général de l'Association, qu'une œuvre où l'on voit de tels exemples fait honneur à ceux qui la servent si noblement et à tous les associés s'efforçant, de près ou de loin, d'imiter de tels modèles. Je ne demanderai pas à nos dix-neuf nouveaux pensionnaires de demain leur opinion sur l'utilité de l'Association. Ils n'hésitent pas à l'apprécier, et ceux mêmes qui, parmi nous, rêvent davantage et voudraient hâter le couronnement d'un édifice déjà si parfait dans ses premières assises, le reconnaîtront : l'œuvre qui peut faire cela dans une année n'a point perdu son temps ! »

M. le Dr Riant a voulu faire plus encore. Après avoir montré que l'Association ne faillit point à sa tâche lorsqu'elle se charge de la défense non plus seulement des intérêts matériels, mais aussi des intérêts moraux de la profession médicale, il a tenu à établir dans un tableau d'ensemble, la récapitulation des sommes accordées chaque année, depuis la fondation de l'œuvre, sous forme de secours ou de pensions d'assistance. On y voit que depuis l'année 1861, jusqu'à la fin de l'année 1890, l'Association générale des médecins de France a distribué en secours une somme de 1,041,006 fr. 58 ; en rentes viagères constituées chaque année 122,100 fr. Encore faut-il remarquer que ce chiffre n'indiquant que la rente constituée chaque année, mais non la totalité de ce que reçoivent les pensionnés de l'Association, qui touchent leur indemnité pendant 4 ou 5 ans, il faudrait multiplier les sommes totales indiquées par 4 ou 5 pour indiquer exactement les sommes reçues par l'ensemble des pensionnés.

Et après cet exposé si suggestif, M. le Dr Riant, envisageant un avenir sans doute assez prochain, ne manque pas d'affirmer que l'on pourra faire plus encore non seulement pour éteindre le paupérisme médical, mais encore en vue de le prévenir. Après avoir nettement déclaré qu'il ne faut rien précipiter, rien livrer à l'aventure, parce qu'il s'agit non d'entreprendre, mais de réussir :

« Jamais l'Association, dit en terminant M. le secrétaire général, n'a été plus attentive aux bruits du dehors, aux aspirations du corps médical ; nul — qu'on le sache bien — n'attache plus d'intérêt que nous aux conceptions et aux formules modernes de la mutualité et de la solidarité professionnelles.

« Forte de sa charte si large, si libérale, forte de l'union de ses huit mille associés, notre Œuvre a toujours dans ses voiles ce souffle de jeunesse et de générosité qui, depuis trente-deux ans, n'a jamais cessé de la porter en avant. Ayez donc confiance et ne doutons pas que, grâce à notre sagesse, elle n'arrive à concilier la sécurité et le respect des engagements pris, avec la satisfaction des légitimes espérances du corps médical. »

Dans son *Rapport sur les pensions viagères*, M. le Dr Passant rappelle que toutes les pensions demandées en temps utile ont pu être accordées, mais il insiste sur la nécessité de hâter, dans les sociétés locales, l'établissement des dossiers que le conseil général doit recevoir à temps pour remplir les formalités nécessaires, et aussi sur les inconvénients que peuvent présenter, au point de vue des finances de l'Association, les retards apportés par quelques trésoriers à informer le conseil du décès des pensionnés.

Souhaitons, dit notre honorable collègue, que tous nos confrères, jeunes et vieux, comprenant les devoirs de la solidarité en même temps que leurs propres intérêts, considèrent comme un honneur d'être affiliés à l'Association. Ils viendront à nous quand vous leur direz, que sauvegardant nos intérêts moraux et professionnels, nous venons en aide à nos sociétaires mis dans l'embarras par une maladie, une gêne passagère ; que nous donnons des secours temporaires et renouvelables à leurs veuves et à leurs enfants momentanément sans ressources ; qu'à ceux de nos membres qui, après une vie laborieuse et digne, pendant laquelle ils n'ont pu fixer la fortune, se voient réduits définitivement à l'impuissance par l'âge où les infirmités, vous accordez des pensions viagères. Ils diront avec vous qu'on ne peut faire plus de bien en exigeant si peu.

Dans la séance du 6 avril venait en discussion l'*Exposé de l'enquête sur la question de l'Assurance en cas de maladie*. Le titre de ce second rapport indiquait bien qu'il n'était que le complément de celui qui avait suscité, en 1890, une discussion si animée et des dissentiments plus apparents que réels. L'an dernier, en effet, l'on demandait à l'Association générale de créer, d'administrer et de gérer une caisse d'assurances ayant pour but de donner à tous ceux qui verseraient une cotisation déterminée à l'avance le *droit absolu* d'obtenir, en cas de maladie, une indemnité fixe. Le rapporteur de la Commission nommée en vue d'étudier les vœux émis par les sociétés de la Gironde et de l'Oise avait pu à ce moment déclarer que le Conseil général ne pouvait assumer une aussi grave responsabilité et que la création d'une société de ce genre devait être tentée et poursuivie en dehors de l'Association. Depuis l'année dernière, sur la proposition de M. le docteur Hameau, un projet de règlement qui, sans compromettre en rien l'autorité morale de l'Association non plus que la fortune qu'elle avait acquise, « laissait à chaque société locale le soin d'organiser et d'administrer le service de l'indemnité-maladie », donnait pleine et entière satisfaction aux vues exprimées au nom du Conseil général. Il paraissait dès lors assez naturel de soumettre à toutes les sociétés locales ce projet de règlement, de les inviter à l'étudier et à déclarer, après discussion, si elles étaient disposées à l'accepter. Sans doute une question préjudicielle restait à résoudre. L'Association générale pourrait-elle *légalement* accepter le patronage de cette institution nouvelle ? Œuvre de bienfaisance, destinée à accorder des secours ou des pensions viagères aux médecins que des malheurs immérités ont réduits à un état de détresse, pourrait-elle être autorisée à créer, parmi ceux de ses membres qui accepteraient de verser une cotisation supplémentaire, une fédération nouvelle donnant à tous ses adhérents un droit absolu à une indemnité fixe ? Il nous avait paru et nous croyons encore que l'on obtiendrait plus facilement une réponse favorable si l'on se trouvait en mesure de présenter au Conseil d'Etat et à M. le ministre de l'intérieur une liste assez nombreuse de médecins décidés à adhérer fermement aux statuts de l'œuvre nouvelle. C'est pourquoi, sans entrer dans les détails d'une organisation dont le travail de M. le Dr Durand-Fardel (*Gaz. hebd.*, 1891, p. 158) démontrait si nettement les difficultés, nous avions proposé de ne poser aux membres de l'Association qu'une seule question. Il nous paraissait évident qu'un seul motif peut retenir aujourd'hui les médecins hostiles au principe de l'assurance contre la maladie : la nécessité de verser une cotisation relativement élevée en vue du résultat qu'ils prétendent atteindre.

La discussion qui a eu lieu lundi dernier fit voir que la question *de droit* devait primer toutes les autres. Cette question, nous la discuterons prochainement, en publiant dans la *Gazette* une étude juridique sur les droits des associations du genre de la nôtre. L'assemblée des délégués, éclairée par les déclarations très précises et très explicites de Me Morillot, l'un de nos conseils judiciaires, convaincue du danger que présenterait en ce moment une requête adressée en vue d'apporter à nos statuts une modification compatible avec l'adoption des projets qu'elle avait à discuter, confiante dans le dévouement désintéressé et le zèle de son conseil général, a décidé de surseoir à toute nouvelle enquête, à toute étude de détails avant d'avoir acquis la certitude qu'une caisse d'indemnité-maladie pourrait *légalement* être créée parmi les membres de l'Association. Il appartient dès lors aux dignitaires de l'Association, à ceux dont l'autorité est indiscutée, de faire les démarches nécessaires pour éclairer les partisans de l'assurance-maladie sur leurs droits et les moyens à employer pour les faire valoir. Jusqu'à ce qu'une réponse précise et indiscutable puisse être donnée au nom des « *pouvoirs publics* », aucune nouvelle étude des projets d'assurance contre la maladie ne peut être entreprise avec utilité. Si les pressantes démarches qui vont être faites viennent à aboutir à quelque résultat utile, il conviendra de hâter l'adoption par les sociétés locales des chiffres de cotisation supplémentaire proposés par la Société de la Gironde et d'élaborer ensuite un projet de règlement qui réponde à toutes les questions que soulève l'organisation d'une caisse d'indemnité contre la maladie. Si les réponses du ministre de l'Intérieur et du Conseil d'Etat sont négatives, il faudra rechercher si la constitution d'une Société civile indépendante de l'Association des médecins de France, mais créée entre ses membres et avec son patronage moral, ne pourrait être tentée.

Le vote de confiance accordé par l'assemblée au Conseil général aura donc pour résultat de faire aboutir, s'il est possible qu'elle se réalise, l'œuvre à laquelle plusieurs sociétés locales attachent une réelle importance, et c'est pourquoi nous avons applaudi au vote qui a mis fin aux enquêtes qui, depuis deux ans, ont donné des résultats si difficiles à interpréter.

L'assemblée a approuvé ensuite les conclusions d'un rapport de M. J. Worms relatif aux vœux exprimés par diverses sociétés locales. Parmi ces vœux il en était d'une réalisation difficile ; il en était d'autres auxquels les résolutions déjà votées ont donné satisfaction. Nous comprenons et nous approuvons les motifs de ceux qui, dans les sociétés locales, demandent la mise à l'étude des questions qui les intéressent. La vitalité de l'Association ne peut que gagner aux débats que soulève cette étude. Nous comprenons moins ceux de nos confrères de la presse qui, sans avoir pris connaissance des dossiers, sans consulter les annuaires de l'Association, sans se préoccuper des intérêts qu'elle doit avant tout sauvegarder, soutiennent que le rejet de propositions inacceptables, est une fin de non-recevoir opposée aux idées de progrès.

Le rapport de M. le Dr Motet, dont les conclusions ont

été unanimement approuvées, démontre bien ce qu'il faut d'expérience et de savoir pour discuter ces questions d'ordre spécial qui exigent, pour être résolues dans l'intérêt de tous, des connaissances approfondies. A diverses reprises déjà nous avons, au sujet de la réorganisation de la médecine légale, exposé des vues qui diffèrent fort peu des conclusions adoptées par l'assemblée. Notre savant confrère, M. le Dr Motet, n'a pas eu de peine à démontrer que pour remplir dignement la haute mission sociale qui peut être confiée à un médecin-expert, il faut que celui-ci ait fait des études sérieuses, qu'il ait suivi un enseignement spécial qui lui donnera les connaissances qui seront sa sauvegarde et son appui. Au moment où l'on va autoriser les contre-expertises, mettre en face les uns des autres des médecins appelés à défendre des intérêts contraires, n'est-il pas urgent que tous les médecins qui pourront être exposés à être requis comme experts aient reçu une instruction spéciale ? Et le jour où un diplôme nouveau affirmera leur compétence et leur autorité, n'est-il point permis d'espérer que l'article 30 de la loi récemment votée par la Chambre des députés, article contre lequel nous avons énergiquement protesté, restera le plus souvent sans application préjudiciable à l'intérêt général de nos confrères ? Tels sont les motifs qui nous permettent d'espérer que l'on saura, dans un avenir prochain, tenir grand compte des conclusions du rapport de M. Motet, qui ne sont autres d'ailleurs que celles d'un rapport analogue fait à la Société de médecine légale par M. Brouardel. Ces conclusions sont les suivantes :

1° Il y a lieu de créer, dans chacune des Facultés de médecine de France, un enseignement, supérieur de médecine légale.

Cet enseignement, qui sera complet dans le cours d'une année, aura pour sanction, après examen, un diplôme spécial délivré par M. le Ministre de l'Instruction publique.

2° Les médecins-experts, appelés à déposer devant les Cours et les Tribunaux à l'occasion des opérations médico-légales auxquelles ils auront procédé, seront toujours considérés comme experts et ne seront jamais assimilés aux témoins.

3° Dans l'intérêt de la bonne administration de la justice, pour la dignité de la profession médicale, il devra être procédé à une revision équitable du tarif de 1811, en ce qui regarde les expertises médico-légales.

Nous sera-t-il permis, en terminant ce compte rendu, d'insister une fois encore sur les services que peuvent rendre au corps médical les médecins éminents qui, comme MM. Brouardel et Motet, ont étudié au point de vue historique et critique et savent exposer avec une si parfaite clarté les questions médico-légales les plus difficiles à résoudre ou ceux qui, à l'exemple de M. Riant, consacrent de longues heures chaque jour au service des intérêts moraux et matériels de la profession ? Et n'est-il pas permis d'espérer que l'assemblée des délégués saura toujours, comme elle vient de le faire, rendre justice à leur concours si dévoué et si utile, au lieu de se laisser émouvoir par les critiques des impatients ou des utopistes qui les entraîneraient dans les voies les plus dangereuses ?

L. Lereboullet.

REVUE GÉNÉRALE

Sur un cas de syringomyélie avec panaris analgésiques (*Type Morvan*).

Messieurs, vous avez sans doute entendu parler fort souvent dans ces deux dernières années de la syringomyélie et de la maladie de Morvan, deux formes nosographiques récemment introduites dans la clinique neuropathologique, et vous n'ignorez certainement pas les discussions qui se sont élevées à propos de ces deux états morbides sur la question de savoir s'ils doivent représenter deux maladies autonomes parfaitement séparées l'une de l'autre, malgré les analogies extérieures qui peuvent les rapprocher, ou s'il s'agit là au contraire tout simplement d'une seule et même affection. Dans ce cas le groupe morbide dit maladie de Morvan ne serait plus qu'un épisode, une forme, une variété de la syringomyélie.

Il est devenu évident à un moment donné que seule l'anatomie pathologique pouvait fournir au problème une solution définitive. Elle a parlé, et, à mon avis, d'une façon péremptoire, dans le sens de la doctrine unitaire. C'est à mon collègue M. Joffroy qu'est dû cet important résultat. Il a montré, en effet, dans deux autopsies successives, l'une publiée en juillet 1890 dans les *Archives de médecine expérimentale*, l'autre le 5 mars 1891, à la *Société médicale des hôpitaux*, que la symptomatologie assignée à la maladie de Morvan peut relever tout entière des lésions spinales de la syringomyélie. Cela me paraît être désormais une querelle vidée. Il n'y a pas deux maladies distinctes : il n'y en a qu'une, et la maladie de Morvan, comme je le disais tout à l'heure, représente seulement, tout originale qu'elle puisse paraître cliniquement, une forme atypique de la maladie syringomyélique.

Mais, peut-être se trouve-t-il encore des non-convaincus, des récalcitrants, des incrédules ; aussi ne sera-t-il pas inutile d'insister sur l'étude des cas qui, en attendant la consécration de nouvelles autopsies, conduisent à constater que cliniquement les symptômes syringomyéliques et ceux qu'on attribue à la maladie de Morvan peuvent se trouver sur un même sujet, combinés de façon à former un mélange inextricable.

Le cas que je me propose d'étudier aujourd'hui avec vous est justement un exemple de ce genre. Il établit en quelque sorte la transition entre les deux maladies qu'on dit distinctes. Parmi les partisans de la dualité, les uns diront qu'ils y voient tous les caractères de la syringomyélie, les autres que les traits distinctifs de la maladie de Morvan y sont très accentués. Pour nous, il s'agit seulement d'un cas de syringomyélie anormale, atypique et remarquable par la prédominance de certains symptômes, et en particulier de troubles trophiques, qui n'entrent qu'à titre d'éléments relativement rares, exceptionnels, dans le tableau du type clinique : syringomyélie. Voilà ce que nous chercherons à établir.

Mais, pour bien mettre ce cas en lumière, il nous faut prendre un chemin détourné et vous rappeler, d'un côté ce qu'on entend par la syringomyélie, et de l'autre côté en quoi consiste le groupe symptomatique dit maladie de Morvan. Ainsi seulement vous pourrez apprécier les analogies, les points de rapprochement et aussi les différences, arguments de la discussion.

*
* *

Un mot d'abord relativement à l'anatomie patholo-

gique de la syringomyélie (1). C'est une lésion fort originale, qu'on a autrefois considérée comme un pur objet de curiosité anatomique, mais qui aujourd'hui a acquis une grande importance clinique. Ce résultat est dû, vous le savez, aux travaux de deux collègues allemands, M. Schültze de Bonn, et M. Kahler de Vienne.

Le grand caractère de la lésion, son originalité réside surtout dans son siège. Elle affecte de se limiter tout d'abord à la substance grise; débutant en général en arrière du canal central, qui se trouve souvent respecté, envahissant ensuite de préférence les cornes postérieures, tantôt symétriquement, tantôt unilatéralement, puis les cornes antérieures, soit par propagation histologique, soit par compression, tantôt les cordons latéraux, tantôt les postérieurs ou encore les deux à la fois ne tardent pas à participer à la lésion.

Celle-ci, au point de vue histologique, n'est pas toujours la même. Le plus souvent, quant à présent, il s'agit de gliomatose; cependant il peut y avoir processus myélitique déterminant la formation d'une cavité: myélite cavitaire, comme l'appelle M. Joffroy. En somme, peu importe pour le moment; un trait commun aux diverses lésions, c'est la fonte du tissu malade et la formation consécutive d'altérations cavitaires qui détruisent systématiquement, comme dans une expérience analytique admirablement réussie, les diverses régions de la substance grise. Soit dit en passant, la formation d'une cavité n'est peut-être pas nécessaire; c'est la destruction de l'élément nerveux dans telle ou telle région qui importe surtout; mais supposons qu'il y ait destruction complète, et que l'expérience, si l'on peut ainsi parler, ait été poussée à son terme ultime.

Peut-on, d'après la connaissance de telles lésions, nettement localisées, prévoir, en se fondant sur nos connaissances empruntées, tantôt à la physiologie expérimentale tantôt à l'anatomo-clinique, ce que seront les symptômes? Oui incontestablement, cela se peut faire jusqu'à un certain point. Les symptômes à prévoir seront de deux ordres: 1° intrinsèques, en tant qu'ils relèveront de la substance grise; 2° extrinsèques s'ils dépendent de l'extension des lésions aux faisceaux blancs. Les symptômes intrinsèques peuvent être dits poliomyéliques — antérieurs, postérieurs et médians. Les poliomyéliques antérieurs sont ceux qui proviennent de l'altération des cornes antérieures. A cet égard nous savons par l'histoire de la paralysie infantile spinale et des atrophies musculaires spinales progressives, qu'ils consistent en de l'atrophie musculaire.

Pour ce qui concerne les symptômes poliomyéliques postérieurs, on n'ignorait pas que les cornes postérieures servent de conducteur aux sensibilités à la douleur et à la sensibilité thermique, tandis que la sensibilité au tact, d'après Schiff, passerait par les faisceaux postérieurs; or, précisément c'est l'histoire anatomo-clinique de la syringomyélie qui tend à démontrer que les choses sont à cet égard telles qu'on les avait supposées. Quant aux symptômes dits médians, il reste à leur actif les troubles trophiques si accusés dans la syringomyélie. Mais quel est le département exact de la substance grise qui en est le point de départ anatomique? On peut en accuser, par élimination, les régions commissurales, les colonnes de Clarke ou encore peut-être les cornes moyennes? Mais sur ce dernier point tout reste encore bien hypothétique.

Sans insister davantage sur ces préliminaires, j'esquisserai maintenant la symptomatologie du type clinique fondamental de la syringomyélie, telle qu'elle a été donnée par les initiateurs en la matière.

1) Voir les Leçons du Mardi, t. II.

1° Symptômes parétiques amyotrophiques. Il s'agit d'atrophie musculaire analogue à celle du type Duchenne-Aran, avec secousses fibrillaires, sans exagération des réflexes, d'une évolution symétrique et lente.

2° Troubles de la sensibilité. C'est parmi ceux-ci que se range ce signe capital que j'ai proposé d'appeler la dissociation syringomyélique. Il n'est pas spécifique, car on le peut rencontrer par exemple dans l'hystérie et dans la lèpre; mais, combiné à l'atrophie musculaire généralisée progressive dans de certaines conditions, il forme un ensemble caractéristique, surtout s'il s'y joint des troubles trophiques. Les troubles de la sensibilité sont distribués par segments, et ils ne portent ni sur le sens musculaire ni sur les appareils sensoriels. La syringomyélie, à l'instar de la sclérose en plaques et d'autres lésions centrales organiques du système nerveux, peut, il importe de le remarquer, se compliquer d'hystérie; la névrose ajoute alors ses symptômes propres à ceux de la maladie organique et c'est probablement ainsi qu'il faut interpréter la présence assez fréquemment constatée du rétrécissement concentrique du champ visuel dans la syringomyélie (1).

3° Troubles trophiques. On sait qu'on range sous cette dénomination les lésions cutanées, sous-cutanées, ligamenteuses, osseuses, en tant qu'elles relèvent d'une altération dynamique ou organique des centres nerveux ou des nerfs périphériques. Ressortissent à cette catégorie les éruptions bulleuses, la bouffissure et l'œdème blanc ou bleu des extrémités (Roth et Remak), le faux phlegmon, l'altération connue sous le nom de Glossy-skin, les escharres, et le panaris analgésique (semblable à celui décrit par Morvan) pour ce qui concerne la peau et le tissu cellulaire sous-cutané.

Les fractures spontanées, les arthropathies (semblables à celles des tabétiques), la scoliose, enfin une déformation spéciale des mains rappelant par quelques apparences l'acromégalie de Marie et qu'on pourrait appeler *cheiromégalie* (2), tels sont les troubles trophiques osseux et ligamenteux qu'on rencontre le plus communément dans la syringomyélie. Pour ce qui est des symptômes extrinsèques ou leucomyéliques, selon qu'ils représentent l'altération des faisceaux latéraux ou postérieurs, ils se rattachent, ceux-là au type paraplégie spasmodique, ceux-ci au groupe tabétique.

*
* *

Telle est en raccourci la forme typique de la syringomyélie. Mais, de même que dans les autres grandes affections bulbo-spinales (le bulbe est envahi dans la syringomyélie par la voie de la racine ascendante de la 5e paire), il fallait s'attendre à voir intervenir ici les

(1) Les recherches entreprises à la clinique sur l'existence du rétrécissement du champ visuel dans la syringomyélie ont conduit aux résultats suivants.

Le rétrécissement fait défaut: 1° dans 6 cas du service; 2° dans le cas de Charcot-Brissaud; 3° dans 5 cas de Roth; 4° dans 2 cas d'Hoffmann, soit 15 cas. Le rétrécissement est signalé 1° dans un cas de Roth; 2° dans 7 cas de Déjerine et Tuilant; 3° dans un cas d'Oppenheim — soit 9 cas, dont il faut défalquer les 2 cas de Roth et d'Oppenheim où il y a association évidente d'hystérie et de syringomyélie. En résumé, on trouve 15 cas de syringomyélie sans rétrécissement, et 9 cas de syringomyélie avec rétrécissement, ainsi décomposés: 2 cas où le rétrécissement relève manifestement de l'hystérie, 7 cas de syringomyélie où la concomitance de l'hystérie n'est point mentionnée (Déjerine); parmi ces cas se trouve signalé le nommé Schw..., autrefois marchand de journaux à l'Odéon, ancien malade de la Salpêtrière, qui n'avait pas à l'époque où il était à la clinique le champ visuel rétréci, ainsi que cela est mentionné très explicitement sur les registres du service d'ophthalmologie (Voir *Progrès médical*, février 1891, articles de MM. Guinon et Raichline; Charcot et Brissaud, *Progrès médical*, 24 janvier 1891; Hoffmann, *Innere Medicin*, n° 8, p. 186 et 189, 1891).

(2) Voir Charcot et Brissaud, *Prog. médical*, 24 janvier 1891.

formes atypiques, anormales, frustes, par dégradation du type, ou par adjonction de symptômes extrinsèques.

Ces formes frustes et anormales n'ont pas encore, comme la sclérose en plaques, leur histoire régulière. On connaît cependant déjà des cas asymétriques, où la maladie se présente sous forme de monoplégie, d'autres où le début se fait par l'apparition de phénomènes extrinsèques: hémiplégie spasmodique, puis plus tard, 15 ans après seulement, se dévoilent les caractères propres à l'affection syringomyélique (Charcot et Brissaud); on peut citer des cas dans lesquels les troubles trophiques occupent le premier plan, l'amyotrophie et la parésie ne jouant qu'un rôle effacé. Ainsi les arthropathies, la cheiromégalie, le panaris analgésique multiple enfin, comme cela se voit dans le cas actuel, pourront dans l'appareil symptomatique tenir le premier rang.

En somme, vous le voyez, les troubles spéciaux de la sensibilité sont seuls les symptômes vraiment fixes, c'est le point de repère qui marque la cause syringomyélique des accidents, et sans la présence de ce symptôme, qui cependant, ainsi que nous l'avons relevé, n'est pas absolument spécifique, toute la clinique de la syringomyélie serait dans le désarroi.

* * *

Rappelons maintenant en quelques mots en quoi consiste le syndrome de Morvan. La syringomyélie sortait à peine des limbes, lorsque M. Morvan, en 1883, découvrait une affection particulière qu'il désignait sous le nom de parésie analgésique avec panaris des extrémités supérieures. L'affection, d'abord unilatérale, mais pouvant avec le temps envahir l'autre côté du corps, occupe un des membres supérieurs, en commencant par l'extrémité. A la suite de douleurs rhumatoïdes prodromiques, il se produit une faiblesse et une atrophie plus ou moins prononcée du membre. Ces troubles moteurs sont toujours accompagnés de troubles de la sensibilité. Mais ceux-ci diffèrent de ce que l'on voit dans la syringomyélie en ce qu'il n'y a pas dissociation. Le tact serait perdu toujours, lui aussi, dans la maladie de Morvan; ce serait là un caractère fondamental, dernier retranchement des partisans de la dualité.

On fait valoir en outre les faits suivants : rares dans la syringomyélie, les panaris analgésiques seraient la règle dans la maladie de Morvan. Dans l'un et l'autre cas d'ailleurs il s'agit de panaris indolores (1), multiples, graves en ce sens qu'ils aboutissent souvent à la mutilation. — Aux précédents symptômes, se surajoutent assez fréquemment des arthropathies, la scoliose qui figurent aussi, vous le savez, dans le cadre de la syringomyélie. Il est impossible, et M. Morvan le reconnaît lui-même, de ne pas constater les grandes analogies qui rapprochent le « panaris analgésique » de la syringomyélie. Mais, malgré tout, soutient M. Morvan, il n'y a pas identité, et dans la clinique les deux affections peuvent être distinguées l'une de l'autre par l'existence de l'anesthésie totale dans un cas et la dissociation dite syringomyélique dans l'autre (1).

Quelques auteurs ont renchéri sur ce thème. M. Morvan reconnaît, lui, théoriquement, pour substratum anatomique de la maladie par lui décrite une lésion spinale centrale occupant surtout la substance grise de la moelle cervicale. Les névrites constatées plusieurs fois ne seraient là que consécutives à la lésion centrale. Mais sans tenir compte de la révélation d'une lésion spinale cervicale nettement reconnue dans une autopsie de M. Gombault (Société des hôpitaux, 8 mai 1889), les auteurs auxquels je faisais allusion tout à l'heure ont émis l'avis que la maladie de Morvan, marquée anatomiquement par des névrites périphériques primitives, n'était autre qu'une affection de nature infectieuse ou toxique, spéciale vraisemblablement à de certaines régions de la Bretagne, par exemple, où M. Morvan en a, à lui seul, recueilli une vingtaine de cas. Mais on a fait remarquer que le syndrome de Morvan, doué de tous les cacactères cliniques essentiels qu'on lui prête, s'est rencontré un peu partout, en dehors de la Bretagne : à Reims, par exemple, à Tubingue, à Moscou, etc.

L'hypothèse de la maladie de Morvan, névrite périphérique endémique, à l'exemple de la lèpre, se trouve par là déjà ébranlée, mais on peut faire valoir bien d'autres arguments encore qui tendent à établir que, maladie de Morvan et syringomyélie, c'est tout un.

Et d'abord le grand argument tiré de la différence des troubles de la sensibilité n'est pas aussi absolu qu'on l'avait cru. D'un côté, en effet, il y a parfois, dans la syringomyélie typique, des plaques où l'anesthésie se montre totale, non dissociée, et, d'un autre côté, il est avéré que certains cas reconnus comme des types de panaris de Morvan ont présenté cependant la dissociation syringomyélique (cas de Broca, Dayot). Le malade que je vais étudier avec vous représente justement un type du panaris analgésique, bien que chez lui la dissociation soit des plus accusées. On ne saurait donc faire de la présence ou de l'absence d'anesthésie totale une marque caractéristique absolue.

Le caractère non symétrique des affections à l'origine dans le syndrome de Morvan n'est pas, lui non plus, significatif; car, il y a, comme nous l'avons dit, des syringomyélies unilatérales et monoplégiques.

Le panaris multiple analgésique, enfin, n'est pas extrêmement rare, comme accompagnement de la syringomyélie la plus classique : on pourrait aisément en citer plusieurs exemples où les panaris analgésiques multiples ont entraîné la perte d'une ou de plusieurs phalanges.

Voilà d'assez bonnes raisons, je pense, pour être conduit à penser que le syndrome de Morvan ne répond pas à une maladie autonome, mais représente seulement un épisode de la syringomyélie; épisode très important sans aucun doute, très original, digne incontestablement en nosographie d'une mention particulière, et certes cette conclusion n'enlèvera rien, absolument rien, au grand mérite de M. le Dr Morvan.

Mais, ainsi que je l'ai fait pressentir, c'est l'anatomie pathologique qui devait porter le dernier coup à la doctrine de l'unité. Une première autopsie faite par M. Gombault dans un cas de M. Prouff diagnostiqué par M. Morvan n'a pas été décisive. Elle a montré cependant qu'en outre des névrites constatées dans ce cas, il existait une lésion centrale dans la moelle cervicale, conformément aux prévisions de M. Morvan. En raison du mauvais état des pièces, on n'a pas pu constater si, oui ou non, il existait une lésion cavitaire. Les deux autopsies que nous devons à M. Joffroy ont un tout autre caractère (1).

Dans la première, la malade, que j'avais observée pendant longtemps dans mon service, avait présenté dans la vie une série de panaris mutilants, ayant déformé 3 doigts d'une des mains et 2 de l'autre. Chez elle l'anesthésie portait sur tous les modes, sans dissociation. L'examen microscopique fit reconnaître dans la moelle l'existence d'une syringomyélie gliomateuse typique. La

(1) On sait que dans la description de Morvan les panaris sont souvent douloureux à l'origine.

(2) Voir sur la maladie de Morvan la leçon de M. Charcot (*Progrès médical*, 15 et 22 mars 1890, p. 201 et 225). P. B.

(1) Joffroy Achard *Arch. de médecine expérimentale*, 1er juillet 1890 et *Société médicale des hôpitaux*, 27 février 1890.

seconde autopsie n'a pas été moins démonstrative. La malade présentait de son vivant, sur une main, un pouce amputé et une mutilation des 3 premiers doigts, le tout suite de panaris; seul, l'auriculaire avait conservé les apparences de l'état normal. Cette fois encore, l'examen « *post mortem* » mit en évidence les lésions classiques de la syringomyélie.

Il ne paraît pas nécessaire, je pense, de pousser plus loin la discussion, après tout ce qui précède. Il est devenu clair que, de par la clinique comme de par l'anatomie pathologique, syringomyélie et maladie de Morvan ne font qu'un. Toutefois, en raison de leurs caractères spéciaux, certaines formes de la syringomyélie devront être vraisemblablement signalées à part, et parmi elles il en est une qui, entre toutes, méritera d'occuper le premier plan. Il ne sera que juste de la désigner du nom de l'observateur pénétrant et habile qui a su la faire sortir du chaos et lui donner la vie clinique. Je vous proposerai, en conséquence, d'appliquer à cette forme la dénomination de syringomyélie, type Morvan (1).

* * *

Nous voici maintenant, par tout ce qui précède, placés en mesure de bien mettre en valeur le cas que nous avons sous les yeux.

C'est un nommé H..., âgé de 26 ans, dont l'histoire détaillée se trouve dans une leçon fort importante publiée par M. le Dr Le Fort (2) sous le nom de panaris syringomyélique avec un dessin représentant la main gauche du malade avant l'opération qu'il a dû subir et qui a consisté dans la désarticulation du médius.

Vous pouvez à première vue constater les mutilations qu'a subies le malade à la main gauche. Deux doigts seulement sont restés indemnes; les 3 autres — dont l'un, le médius, est absent par suite de l'intervention chirurgicale — ont été le siège de panaris graves, et ces panaris dans leur évolution, remarquez-le bien, n'ont produit aucune douleur.

Les incisions diverses qu'on a pratiquées, l'opération même de la désarticulation, n'ont pas été le moins du monde douloureuses. C'est bien par conséquent du panaris analgésique, suivant la description de Morvan, qu'il s'est agi ici.

Voici, au surplus, comment les choses se sont passées. A l'âge de 22 ans, apparaît un panaris de l'index gauche, qu'on incise, et qui laisse à sa suite de l'ankylose de la plupart des articulations, ainsi qu'une déformation du doigt. A 23 ans, il survient sur l'avant-bras une éruption furonculeuse (?) qui fut suivie de cicatrices blanchâtres. A 24 ans, se montre un panaris de l'auriculaire, entraînant la chute de l'ongle, et nécessitant une incision qui ne fut pas douloureuse. Enfin à 25 ans (en 1890) un panaris du médius fit perdre la phalangette; la phalangine étant à son tour gravement menacée, le malade demande à être amputé. C'est alors qu'on pratiqua la désarticulation de la jointure métacarpo-phalangienne. Tous ces panaris se sont produits sans cause occasionnelle appréciable, et sans douleur, je le répète. Il existe d'ailleurs une paréso-analgésie du membre tout entier.

Cependant on peut noter quelques troubles trophiques qui dépassent un peu le cadre tracé à la maladie de Morvan. Telles sont les trois escarres spontanées qui ont évolué sur l'avant-bras et sur le bras, et dont il porte encore les marques indélébiles. De plus, l'application du thermomètre porté à une certaine température, laisse des plaques rouges assez persistantes; ce qui n'a pas lieu dans les parties correspondantes du côté sain, enfin le tégument de l'avant-bras et de la main gauche est violacé, et sa température est abaissée.

Jusqu'ici tout ou à peu près est conforme à la description de M. Morvan. Mais si nous examinons de près les troubles de la sensibilité, sur toute l'étendue de ce membre parético-analgésique, nous relevons tous les caractères qui appartiennent à la syringomyélie; partout en effet la sensibilité au contact est parfaitement conservée, tandis qu'il y a de la façon la plus nette analgésie, et thermo-anesthésie (1). Donc, de par la nature des troubles de la sensibilité et la limitation monoplégique des symptômes, c'est d'un cas de syringomyélie monoplégique avec parésie et amyotrophie (2) très peu prononcée qu'il s'agirait ici; Tandis que la présence des panaris multiples se rapporte, comme vous voyez, à la description de Morvan.

Il ne me reste plus pour compléter l'observation qu'à vous faire remarquer chez le sujet l'existence fort nette d'une scoliose. Vous n'ignorez pas que la scoliose appartient aussi bien à la syringomyélie classique qu'au type Morvan.

* * *

Quelle est, Messieurs, la conclusion à tirer de tout ceci? c'est qu'à mon sens, vous l'avez compris, nous sommes en présence d'un cas bien propre à démontrer cliniquement la légitimité de la doctrine de l'unité. En somme, il s'agit là d'un cas de syringomyélie présentant quelques phénomènes atypiques, mais restant douée cependant de ses attributs fondamentaux. La présence, la prédominance même dans le tableau clinique des panaris analgésiques ne change rien au fond des choses. Ce sera le cas ou jamais de désigner l'état morbide dont souffre notre malade sous le nom de syringomyélie type Morvan.

On peut jusqu'à un certain point se figurer le siège et l'étendue des lésions qui dans ce cas ont présidé à la production des phénomènes cliniques : lésions de la corne grise postérieure gauche dans une certaine étendue en hauteur à la région cervicale; lésion légère et très limitée de la corne antérieure correspondante; lésions enfin des régions encore mal connues qui dans la substance grise centrale président à l'évolution des troubles trophiques.

Mais d'autopsie, Messieurs, il n'est nullement question en ce moment; la vie n'est point menacée. Que pouvons-nous faire en faveur de ce pauvre garçon? nous devons en son absence vous parler en toute sincérité. Le voilà, hélas! à l'âge de 26 ans, mutilé, infirme; sans doute la maladie pourra s'arrêter dans son évolution et peut-être pourrons-nous contribuer à amener ce résultat. Mais en pareille matière, «ce qui est fait ne saurait se défaire»; je crains bien que notre malheureux malade, désormais incapable de tout labeur régulier, ne se voie réduit, pour ne pas mourir de faim, à exercer quelque métier interlope, et à implorer, tôt ou tard, la protection de l'Assistance publique.

J. M. Charcot (3).

(1) Voir aussi au sujet des rapports entre le syndrome de Morvan et la syringomyélie, outre la revue de M. Achard (*Gazette hebdomadaire*, 1890, n° 43, p. 504), un intéressant travail tout récemment paru de M. Bernhardt : Ueber die sogennante Morvans'che Krankheit (*Deutsche medicinische Wochenschrift*, 1891, n° 8).

(2) *Mercredi médical*, 30 décembre 1890.

(1) Il n'existe pas chez ce sujet de rétrécissement du champ visuel.

(2) On a constaté sur les muscles de l'éminence thénar de la main affectée les signes de la réaction de dégénération.

(3) Leçon recueillie par M. le Dr Paul Blocq et revue par le professeur.

TRAVAUX ORIGINAUX

Pronostic et traitement des pleurésies purulentes, par A. Guillemain, interne des hôpitaux, aide d'anatomie à la Faculté.

Sous l'influence des découvertes bactériologiques de ces dernières années, l'étude de la pleurésie purulente est entrée dans une voie nouvelle, et la constatation dans les épanchements purulents de la plèvre de microbes divers a montré, comme la clinique l'enseignait d'ailleurs depuis longtemps, qu'il n'y avait pas une, mais des pleurésies purulentes. Elles se distinguent par leur mode d'évolution, leur pronostic et aussi par le traitement qu'elles réclament. A quoi tient cette variabilité de forme de la pleurésie purulente?

Les anciens faisaient jouer au terrain sur lequel se développe la maladie un rôle qu'il a encore aujourd'hui. Ainsi l'empyène sera plus bénin chez un sujet vigoureux, que chez un débilité, un cachectique.

L'âge n'est pas sans avoir d'influence : il est de notion vulgaire que chez l'enfant la pleurésie purulente guérit vite et cela quel que soit le mode de traitement. Elle est au contraire beaucoup plus rebelle chez l'adulte.

Enfin la pleurésie primitive est moins grave que la secondaire, qui survient dans le cours ou la convalescence de certaines maladies infectieuses (pneumonie, typhoïde, scarlatine, érysipèle, infection puerpérale, etc.). Les différentes causes que nous venons d'énumérer entrent en ligne de compte dans le pronostic de la pleurésie purulente, mais pour une part relativement faible. Le principal rôle revient aux microbes en jeu.

Quels sont donc ces microbes? Point de la plus haute importance, car c'est suivant les espèces microbiennes qui les engendrent que l'on classe aujourd'hui les pleurésies purulentes. Nous croyons qu'il faut diviser, comme le fait dans son excellent mémoire notre collègue Courtois-Suffit (1), les pleurésies purulentes en deux groupes suivant que dans le liquide épanché on trouve un seul ou plusieurs microbes.

Dans le premier groupe, appelé encore formes pures de l'empyène, nous trouvons cinq variétés :

La pleurésie purulente à bacilles de Koch ou tuberculeuse (2), d'ordinaire précédée ou suivie de lésions pulmonaires. Elle a une évolution spéciale, un pronostic tout particulièrement grave et un traitement sur lequel nous n'avons pas à nous étendre ici. — La pleurésie gangréneuse, engendrée par les organismes saprogènes de la putridité (Netter (3) Duncan Ogston, Rosenbach), ne nous arrêtera pas davantage.

Restent les pleurésies purulentes aiguës proprement dites, dans lesquelles on trouve 3 types qui sont, par ordre de gravité décroissante :

1° La pleurésie purulente à streptocoques;
2° La pleurésie purulente à staphylocoques;
3° La pleurésie purulente à pneumocoques.

La pleurésie à streptocoques a été étudiée par Frænkel (4), Widal (5), Rémond et Courtois-Suffit (6), Vignalou (7). Le microbe s'y montre à des états variables de virulence, ce qui explique les diverses modalités cliniques qu'elle peut revêtir. Presque toujours secondaire, elle a un début lent et insidieux, une fièvre à oscillations irrégulières qui est le type de la fièvre de suppuration. L'empyème donne issue à un pus jaunâtre, liquide, épais, sans odeur, dont la quantité varie entre 500 grammes et 1 litre (Courtois-Suffit). Ce qui caractérise cette variété, c'est la reproduction incessante du liquide après l'évacuation, surtout si elle a eu lieu par ponction. Pronostic grave. Mortalité 25 0/0. Le malade est souvent emporté par une infection purulente généralisée.

Les pleurésies purulentes à staphylocoques sont rares. Rosenbach, Frænkel en ont observé des cas. Il semble que ce soit surtout le staphylocoque qui agisse quand, à la suite d'une ponction malpropre, une pleurésie séreuse devient purulente (Marfan) (1). D'après les quelques cas observés, on peut dire que, comme gravité, elle tient le milieu entre la forme précédente et la pleurésie à pneumocoques.

Cette dernière, appelée encore pneumo-pleurésie (Woillez), pleurésie métapneumonique (Gerhardt), a été bien décrite par Lænnec et Andral. Elle a été dans ces temps derniers l'objet de nombreux travaux parmi lesquels il faut citer ceux de M. Netter (2) qui est parvenu à en élucider la nature (3). Elle est beaucoup plus fréquente chez l'enfant que chez l'adulte et c'est ce qui explique en partie la bénignité relative des pleurésies purulentes à cet âge. C'est une pleurésie à grand épanchement qui varie entre 3 et 6 litres. Le pus en est épais, verdâtre, crémeux et visqueux, sans odeur (Netter). Elle a une tendance manifeste à l'enkystement, à la vomique et à l'établissement d'une fistule pleuro-bronchique; mais, ce qui frappe surtout dans cette maladie, c'est la bénignité du pronostic comparée à celle des autres variétés de pleurésies purulentes. La mort ne s'observe guère que dans la proportion de 10 0/0. Cette bénignité, dit Netter, s'explique très bien par ce fait que l'on a affaire à des microbes spécifiques différents de ceux de la suppuration ordinaire; en effet, le pneumocoque ne produit pas de lésions profondes, sa vie est de courte durée dans le corps humain comme dans les tubes à culture.

Le deuxième groupe des pleurésies purulentes ou à formes mixtes est produit par l'association de deux ou d'un plus grand nombre de microbes qui peuvent infecter simultanément ou successivement (inf. secondaire) la cavité pleurale. On a observé les associations suivantes : pneumocoque et streptocoque, pneumocoque et staphylocoque, pneumocoque streptocoque et staphylocoque, streptocoque et bacille de Koch, etc. On comprend que ces associations microbiennes puissent faire varier l'évolution de la pleurésie; néanmoins il est bien établi que dans ces cas le pronostic est celui du microbe le plus grave. De là nous pouvons tirer un enseignement pratique de la plus haute importance : il est relatif au traitement de la pleurésie purulente : Quand on a une pleurésie purulente à microbe bénin, on doit éviter par tous les moyens possibles l'infection secondaire qui augmentera fatalement la gravité de la maladie. Précisons par un fait : un malade a une pleurésie à pneumocoques (c'est précisément le cas de notre observation); si nous l'inoculons par une faute d'antisepsie quelconque, ce sera avec du staphylocoque ou du streptocoque, microbes plus graves que le pneumocoque. Nous aurons donc transformé notre pleurésie en une autre moins facile à guérir.

De ceci il résulte que le meilleur traitement de l'empyème à pneumocoques sera celui qui exposera le moins à l'infection secondaire. Quel est-il? C'est ce que nous

(1) Courtois-Suffit. Des pleurésies purulentes, th. de Paris, 1891.
(2) Kelsch et Vaillard. *Arch. de Physiologie*, 1886.
(3) Netter. *Société médicale des hôpitaux*, mai 1890.
(4) Frænkel. *Centralblatt für Bakt.*, 1887. *Berliner klin. Woch.*, 1888.
(5) Widal. Thèse de Paris, 1889.
(6) Remond et Courtois-Suffit. *Gaz. hôp.*, mars 1890.
(7) Vignalou. La pleurésie à streptocoques, th. de Paris, 1891.

(1) Marfan. Etiologie et diag. des pleurésies purulentes. *Gaz. des hôp.*, 1889.
(2) Netter. *Société anatomique*, 1887 et *loco citato*
(3) Chesseret. Des pleurésies métapneumoniques, th. de Paris, 1889.

allons essayer de rechercher, voulant considérer ici le traitement de la pleurésie métapneumonique, la seule qu'il nous ait été donné d'observer et de guérir.

Et tout d'abord convient-il de la traiter? Il est certain qu'abandonnée à elle-même elle peut guérir, et cela de deux façons:

Par résorption. M. Netter en a observé un cas chez un enfant de 3 ans.

Par vomique : c'est là une terminaison fréquente de la pleurésie métapneumonique. Quand il y a vomique faut-il s'en tenir là et abandonner la maladie à elle-même? Non. Il y a, certes, des guérisons surtout chez l'enfant; mais elles sont aléatoires et il peut survenir des accidents graves. Témoin le malade dont le professeur Jaccoud (1) a rapporté l'observation dans une récente clinique. Il était porteur depuis près d'un an d'une pleurésie à pneumocoques qui se vidait par intervalles dans les bronches; or, à un moment donné, au lieu de continuer à suivre cette voie, le pus fusa dans la région lombo-abdominale, le périnée, le scrotum, il perfora la vessie et s'évacua en partie par l'urèthre. Tous ces accidents eussent été évités par un empyème précoce.

Et d'ailleurs un malade qui a des vomiques n'est-il pas dans les meilleures conditions pour infecter son épanchement? N'a-t-il pas une fistule pleuro-bronchique et par conséquent une cavité pleurale en communication directe avec l'air extérieur? Pour toutes ces raisons nous croyons que, malgré la vomique, il faut toujours opérer : c'est ce qui a été fait chez notre malade.

L'évacuation étant décidée, quel moyen emploierons-nous? Quel est celui qui nous mettra le mieux à l'abri de l'infection secondaire? Choisirons-nous la ponction aspiratrice ou l'empyème? La question du traitement de la pleurésie à pneumocoques a été mise récemment à l'ordre du jour de la Société médicale des hôpitaux (2) et après une longue série de discussions, on décida que la ponction était préférable à l'empyème. Seuls, MM. Bucquoy et Laveran s'élevèrent contre cette manière de voir. « Pour l'empyème métapneumonique ne renfermant que « des pneumocoques, il suffira de faire une ou plusieurs « ponctions (Netter). Dans les cas moyens le plus souvent « la ponction suffit, la thoracotomie n'est pas nécessaire « et, à tout prendre, il vaut mieux 2 ou 3 ponctions qu'un « empyème » (Courtois-Suffit). Quels sont donc les arguments que l'on fait valoir en faveur de la ponction?

Elle est, dit-on, plus simple et plus facile. Il faudrait s'entendre sur ce que l'on comprend par simplicité opératoire; car, selon nous, il est beaucoup plus compliqué de faire 13 ponctions successives avec le Potain (cas de M. Fernet) que de faire une incision dans un espace intercostal et d'y mettre un drain. Est-elle au moins d'une exécution plus facile? Non : c'est n'être pas chirurgien, c'est avoir peur du bistouri que de parler ainsi.

Arrivons à sa seconde qualité et voyons si elle la possède. Expose-t-elle moins que l'empyème aux infections secondaires? Elle y expose davantage; car les mains de l'opérateur et le champ opératoire étant les mêmes dans les deux cas, les instruments seuls diffèrent. Eh bien, nous croyons qu'il est plus difficile de rendre aseptique un aspirateur, ses tubes et ses aiguilles, qu'un bistouri et une sonde cannelée.

Par contre, nous reconnaissons à la ponction un grand défaut : elle ne permet ni d'évacuer complètement le pus, ni d'en assurer l'écoulement quand il se reproduit. Et d'ailleurs pourquoi faire une exception en faveur des abcès de la plèvre? Pourquoi ne pas les traiter comme ceux des autres régions? Est-il jamais venu à l'idée d'un chirurgien d'évacuer par aspiration le contenu d'un abcès chaud de l'aisselle ou d'ailleurs? Donc, pour nous résumer, nous dirons : dès qu'une pleurésie purulente à pneumocoques est reconnue par la ponction exploratrice, il faut toujours et le plus tôt possible faire l'empyème.

Quel que soit le moyen évacuateur, faut-il désinfecter la cavité pleurale par des lavages?

Dans la discussion à la Société médicale, l'avis à peu près unanime a été qu'il fallait laver. Les uns (Netter, Laveran, Debove) se contentent d'un seul lavage après l'opération, imitant en cela la pratique de MM. Immermann (1), Bouveret (2), Hache (3), Le Dentu (4). Les autres (Fernet, Juhel-Renoy) (5), veulent des lavages quotidiens avec le chlorure de zinc, l'acide borique, ou mieux le naphthol et le sublimé. Il est bien entendu que chaque lavage doit être suivi d'une large irrigation à l'eau bouillie pour enlever l'agent antiseptique qui pourrait être résorbé et causer des accidents. Seul, M. Bucquoy (6) s'éleva contre cette pratique, apportant quatre observations de pleurésies purulentes, dont une mixte (streptocoques et staphylocoques) guérie sans un seul lavage. L'argument qu'on invoque en faveur des lavages, c'est que, les microbes infiltrant les parois de l'abcès (Netter), il faut pour les tuer les mettre en contact avec un agent microbicide.

Que les pleurésies purulentes et, en particulier, celle à pneumocoques, puissent guérir avec des lavages, nous ne le contestons pas; mais les cas que l'on a présentés eussent peut-être guéri aussi bien sans eux. C'eût été une simplification et partant une amélioration du traitement. N'est-il pas de règle aujourd'hui de s'abstenir de laver les abcès chauds?

Nous croyons, en nous appuyant sur notre observation personnelle, pouvoir résumer dans les conclusions suivantes le traitement de la pleurésie purulente à pneumocoques qui est en tout semblable à celui d'un abcès chaud :

1° Empyème aseptique dès que la maladie est reconnue;

2° Drainage, à l'aide d'un ou mieux de deux gros drains introduits jusqu'au fond de la cavité pleurale;

3° En principe, ne pas faire de lavages. N'y avoir recours que s'il y a des indications spéciales, telles que rétention du pus, fièvre.

Observation. — *Pleurésie purulente à pneumocoques. Empyème sans lavages.* — Guérison en 35 jours.

Le nommé Courtinat Claude, charretier, âgé de 32 ans, entre le 6 février 1891 dans le service de M. le Dr Thibierge au bastion 36. Rien de tuberculeux dans les ascendants. Variole à 23 ans.

Début brusque le 26 décembre 1890 : au lever, le malade a ressenti un violent point de côté à droite; il est allé à son travail, mais il a dû le suspendre dans le courant de la journée et s'aliter. Il appelle un médecin qui diagnostique une congestion pulmonaire et applique une série de vésicatoires. Etat général mauvais, amaigrissement rapide (15 kilogr.).

20 janvier. Vomique suivie de 2 ou 3 autres.

A l'entrée au bastion 36, M. Thibierge constate une voussure de la moitié droite du thorax qui est immobile. Œdème de la paroi surtout marqué au niveau de l'angle de l'omoplate. Par la palpation, abolition des vibrations dans les deux tiers inférieurs du côté droit, matité dans la même étendue, et absence du murmure respiratoire. Au sommet du poumon

(1) Jaccoud, Clinique, in *M[illegible]di médical*, 1890, p. 85.
(1) *Société médicale des hôpitaux*, 1889, 1890, passim

(1) Immermann, *Congrès de Vienne*, 1890, et *Deutsche med. Woch.*, 1887.
(2) Bouveret, *Traité de l'empyème*, 1888.
(3) Hache, *Société de chirurgie*, 1890.
(4) Le Dentu, *Académie de médecine*, 31 mars 1891.
(5) Juhel-Renoy, *Soc. méd. des hôp.* et *Bulletin méd.*, 1889 p. 207.
(6) Bucquoy. *Soc. méd.* et *Académie de médecine*, 31 mars 1891.

droit, la respiration est amoindrie : elle est au contraire exagérée dans le poumon gauche. Une ponction faite avec l'aspirateur de Potain évacue 1 litre de pus louable : elle n'est pas continuée à cause d'un accès de dyspnée qu'a le malade. — Les cultures faites par M. Netter avec ce pus ont donné du pneumocoque pur.

M. Thibierge, jugeant qu'un empyème est nécessaire, envoie immédiatement le malade à l'hôpital Bichat, dans le service de notre excellent maître M. le Dr Terrier, où nous le recevons le 11 février (1).

12 février. Vomique abondante suivie de pneumothorax : il y a de la succussion hippocratique.

Le 13 février, le malade étant chloroformé, M. le docteur Broca pratique la pleurotomie avec notre aide.

Une incision de 5 cent. est faite dans le huitième espace et sur le prolongement de la ligne axillaire. Il s'écoule une assez grande quantité de pus vert, bien lié, peu grumeleux, non fétide. Pansement à l'iodoforme. Deux gros drains très longs vont jusqu'au fond de la cavité ; le 14 au matin, va bien, a beaucoup moins toussé la nuit qu'avant l'opération, respire mieux, crachats peu abondants, a vomi une fois, 37°5.

15. Même état, 37°.

16. Ne crache presque plus, dort bien, commence à manger avec appétit.

16 au 22. Le malade continue à aller bien ; son pansement est changé tous les jours.

22 au 28. — Pansement tous les deux jours.

2 mars. Raccourcissement des drains ; jusqu'au 10 pansement tous les trois jours.

10 mars. Enlèvement des drains.

20 mars. Guérison. La plaie cutanée est cicatrisée.

23 mars. Le malade quitte l'hôpital après avoir été soumis à l'examen de M. Thibierge qui constate un peu de submatité à la base droite. Le poumon droit respire un peu moins bien que le gauche, mais ne présente ni craquements, ni râles. Le malade a repris à peu près son embonpoint habituel.

La température, qui était à 38° avant l'empyème, est tombée à la normale aussitôt après et s'y est maintenue jusqu'à la guérison.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Paraplégie flasque par compression de la moelle, par Babinski (*Archives de médecine expérimentale*, 1er mars 1891, n° 2, p. 1). — L'auteur rapporte deux observations de compression de la moelle, l'une par tuberculose des vertèbres, l'autre par infiltration purulente des méninges, dans lesquelles l'axe spinal ne présentait que des lésions à peine appréciables, et où cependant il avait existé pendant la vie une paraplégie flasque avec abolition des réflexes. Il conclut de son étude que la compression de la moelle peut, sans produire de lésions appréciables de l'organe, donner lieu à une paraplégie très intense et même complète susceptible de se prolonger plusieurs mois. Lorsque dans une paraplégie flasque d'une durée qui dépasse quelques semaines, consécutive à une compression de la moelle, la flaccidité ne peut être attribuée à une lésion occupant une partie quelconque de l'arc des réflexes tendineux, qu'elle n'est pas due non plus à la destruction d'une portion de la moelle dans toute sa largeur, il est permis, jusqu'à nouvel ordre, de croire que la moelle n'est pas altérée ou ne l'est que très légèrement. Il y a lieu d'admettre que cette variété de paraplégie, abstraction faite des circonstances extrinsèques, comporte un pronostic relativement bénin. Quand l'état général du malade ne s'y oppose pas, l'intervention chirurgicale semble particulièrement indiquée dans les cas de ce genre.

Contribution à l'étude de l'œdème bleu hystérique, par Boix (*Nouvelle iconographie de la Salpêtrière*, 1891, n° 1, p. 65). — Homme de 35 ans ; éprouve en 1888 des crampes douloureuses dans la main droite, puis une parésie du même bras avec œdème et anesthésie ; en 1890 nouvelle attaque d'œdème qui dure 3 mois. Ultérieurement de nouvelles attaques se produisent d'un œdème dur et violacé avec abaissement de la température locale, et contracture du membre. Le malade présente du reste tous les stigmates de l'hystérie, ce qui, étant données les allures du trouble local, suffit à établir le diagnostic. L'auteur fait remarquer : la variabilité de coloration, la consistance élastique, et les variations de la température locale de l'œdème.

Un cas de surdité hystérique (A case of hysterical deafness) par Wurdermann (*Medical News*, 1891, 14 février, p. 186.) — Une jeune fille atteinte de syphilis héréditaire, présentant la triade d'Hutchinson vient consulter l'auteur pour une otite suppurée. La surdité persiste après la guérison de l'otite, et l'on constate qu'elle s'accompagne d'anesthésie du conduit auditif externe. De plus, il existe de l'hypoesthésie du genou, du pied et des mains. Le traitement électrique (courants continus) entraîne la guérison.

De l'influence des excitations sensitives et sensorielles dans les phases cataleptique et somnambulique du grand hypnotisme par Guinon et Wœtke, (*Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, 1891, n° 1, p. 77). — Si, sur des sujets placés dans la phase cataleptique du grand hypnotisme, on interpose devant les yeux des verres diversement colorés, on détermine ainsi des hallucinations variables avec la couleur. Dans la période somnambulique, au contraire, la même manœuvre ne provoque rien de ce genre.

Aphonie nerveuse datant de quatre semaines guérie par la suggestion pendant le sommeil hypnotique, par E. Muller (*Gazette médic. de Strasbourg*, 1891, n° 2, p. 19). — Sujet âgé de 30 ans, ayant présenté autrefois des crises d'aphonie durant d'habitude une huitaine de jours. La crise actuelle date de 4 semaines : les divers traitements, expectorants, inhalations, courants continus, ayant été institués sans résultats, l'auteur pratiqua l'hypnotisation par la fixation d'une olive de métal, et suggéra la guérison, qui s'opéra, et était encore entière 10 jours après.

Mutisme hystérique, par A.-A. Davydoff (*Archiv psychiatrii, neurologhii i soudebnoï psychopathologhii*, XVII, 1891, n° 1, p. 79). — Homme de 24 ans, qui parle en chuchotant, tombe dans la cour de l'hôpital : hémiplégie gauche (la face est intacte) et mutisme absolu. Rétrécissement du champ visuel, dyschromatopsie pour le rouge et le vert du côté gauche, anesthésie pharyngienne, ne sent pas le salé et l'acide. Sensibilité au tact émoussée à gauche (pour les attouchements légers), sensibilité à la douleur très diminuée du même côté (tout à fait abolie sur le sein et le bras). La paralysie disparaît petit à petit et la parole revient aussi graduellement. Le malade a commencé à prononcer les mots en chuchotant, la parole à voix haute n'est devenue possible que beaucoup plus tard. Il raconta alors qu'il avait eu déjà deux attaques de mutisme il y a quelque temps. Pas d'hérédité nerveuse. — L'auteur se range à l'avis de Charcot d'après lequel le mutisme hystérique diffère de l'aphasie motrice ordinaire en ce que le malade est hors d'état de pousser même des cris et que les fonctions intellectuelles restent absolument intactes.

MÉDECINE

Pneumothorax par perforation sans inflammation suppurative (Pneumothorax ohne eitrige Entzündung), par Zahn (*Virch. Arch.*, février 1891, t. CXXIII, fasc. 2, p. 197). — L'auteur ramène à quatre chefs principaux les cas spontanés de cet ordre : A. Pneumothorax suite de rupture d'une vésicule pulmonaire emphysémateuse (il existait dans un cas de l'œdème thoracique sans suppuration) ; B. Pneumothorax par rupture de bulles d'emphysème interstitiel, l'air suivant pour s'épancher une voie plus détournée ; C. Déchirure de la plèvre pulmonaire de dehors en dedans au voisinage d'anciennes adhérences et sans emphysème antérieur ; D. Rupture suite d'atrophie de la plèvre pulmonaire.

La plupart de ces faits ont été observés chez l'homme adulte, et presque toujours le pneumothorax s'était produit

(1) Nous devons toute la première partie de cette observation à l'obligeance de notre collègue et ami Diriart, interne de M. Thibierge.

à l'occasion d'un violent effort. L'absence de complications inflammatoires et suppuratives est attribuée à juste titre à la filtration par le poumon même de l'air épanché, et à l'absence d'introduction de microbes nocifs dans la cavité pleurale.

Sur le béribéri (Pathologie der Kakke), par Miura (*Virch. Arch.*, février 1891, t. CXXIII, p. 280). — L'auteur a noté d'abord un phénomène respiratoire assez étrange : dans certaines formes graves du béribéri, on voit se produire sur la paroi thoracique une rétraction inspiratoire qui court suivant les espaces intercostaux à la manière d'une onde de contraction, et cela de préférence à la fin de l'inspiration. Il s'agit sans doute d'une activité compensatrice des muscles intercostaux, en rapport avec la parésie du diaphragme.

Chez d'autres malades, on observait une accélération considérable du pouls à la période d'état, un ralentissement non moins caractérisé à la convalescence, une parésie des muscles expirateurs avec impossibilité de tousser, de la dyspnée attribuable à des causes diverses (parésie du diaphragme, rétraction des poumons, dilatation du cœur, complications pleuropneumoniques).

Une mention spéciale est faite aux accidents de paresthésie et d'anesthésie, surtout ceux qui occupent la lèvre inférieure, le menton et la langue.

Hypertrophie congénitale du cœur (Angeborne Hypertrophie des Herzens), par Rheiner (*Virchow's Archiv*, janvier 1891, t. CXXIII, p. 112). — Entre les anomalies cardiaques congénitales, l'une des plus rares est l'hypertrophie, dont le mécanisme est encore obscur malgré les recherches de Rauchfuss, Mayer, Hénoch, Beneke. L'auteur a eu l'occasion d'observer un enfant de 3 mois, bien constitué, mais dyspnéique depuis la naissance ; l'examen de la poitrine ne fournissait aucun renseignement topique sur la cause de cette dyspnée. L'enfant mourut subitement au milieu d'une attaque éclamptique ébauchée. A l'autopsie, on trouvait une hypertrophie cardiaque considérable, un véritable *cor bovinum* infantile pesant 170 grammes ; il existait dans le ventricule gauche une sorte de diaphragme pathologique, vestige d'une inflammation fœtale éteinte, qui était susceptible d'amener une insuffisance avec rétrécissement de l'orifice mitral. Pendant la vie, aucun bruit morbide n'avait pu faire soupçonner cette lésion. Il semble hors de doute qu'il s'agit ici d'une endocardite fœtale, conformément à la doctrine de Rokitansky.

De l'action thérapeutique de l'élévation de la température dans les affections infectieuses chroniques, par K. Paolinoff (*Meditsinsksé Obozriénié*, XXXV, 1891, n° 3, p. 287). — L'influence favorable de la fièvre dans les maladies infectieuses aiguës fait croire à l'auteur que l'élévation de la température serait douée d'action thérapeutique dans les maladies infectieuses chroniques où l'organisme est trop affaibli pour lutter victorieusement contre l'agent pathogène. La fièvre en activant l'énergie vitale des tissus les rend plus aptes à repousser l'envahissement des microbes. C'est de cette manière qu'il explique l'amélioration des symptômes locaux dans la phthisie à la suite des vésicatoires volants. On pourrait aussi essayer la méthode fébrogène dans la syphilis, pendant l'incubation de la rage et la cachexie malarique. Il est assez probable que l'action de la lymphe de Koch est due en grande partie à la réaction fébrile provoquée par elle, d'où son échec dans la phthisie aiguë. En effet, dans ce dernier cas, l'organisme est trop épuisé par la fièvre déjà existante pour supporter un nouvel accroissement de l'énergie des échanges. Dans les maladies chroniques, au contraire, l'activation de l'énergie cellulaire ne peut que rendre des services signalés au malade.

Maladie de Raynaud (A contribution to the diagnosis of Raynaud's disease), par Jacobi (*New-York medic. journ.*, 7 février 1891, p. 143). — Intéressant mémoire dans lequel l'auteur insiste avec juste raison sur la rareté des faits de gangrène symétrique répondant véritablement à la pathogénie indiquée par Raynaud (spasme vasculaire). On ne peut admettre cette pathogénie qu'après avoir éliminé toutes les autres causes de la gangrène et encore risque-t-on de voir, comme dans un cas de Jacobi, apparaître plus tard des signes de néphrite interstitielle dont l'existence prouve que la gangrène attribuée d'abord au spasme vasculaire était due en réalité à l'artério-capillarite de Gull et Sutton. Quand on a éliminé l'existence d'une lésion grossière et généralisée des artères, il faut encore penser à la syphilis qui peut produire des lésions des petites artères et déterminer la gangrène symétrique : Jacobi rapporte une nouvelle observation dans laquelle la gangrène devait être attribuée à cette cause.

CHIRURGIE

Hernie étranglée (Einige Bemerkungen über Darmgangræn bei Herniotomien), par H. Lindner (*Berl. klin. Wochenschr.*, 1891, n° 11, p. 277). — Dans un cas de hernie inguinale étranglée chez un homme de 64 ans, où à l'ouverture du sac on trouva l'intestin gangrené dans une étendue de 2 cent. et demi et présentant à ce niveau une perforation des dimensions d'une tête d'épingle, l'auteur, pour éviter l'anus contre nature, procéda de la façon suivante : il fit de chaque côté, le long de la portion gangrenée, deux plis et sutura par une double suture les deux rigoles qui de cette façon contenaient la partie gangrenée. L'intestin fut ensuite réduit, le sac réséqué, la plaie abdominale suturée comme à l'ordinaire. La réunion se fit par première intention et le malade guérit peu de temps après.

L'auteur rapporte ensuite un autre cas de hernie crurale étranglée chez une femme de 40 ans. La hernie parut brusquement sous l'influence d'un effort de toux. Le taxis ayant échoué et les phénomènes d'étranglement commençant à se manifester, on pratique l'opération et on tombe sur l'intestin normal, mais dont il fut impossible de dire exactement s'il s'agissait d'une paroi intestinale ou d'un diverticulum. La réduction ne put s'opérer que par pression sur un paquet intestinal situé au-dessus du ligament de Pougart. L'intestin une fois rentré dans la cavité abdominale, il se produit par l'anneau crural un écoulement d'un liquide séro-purulent. On fait séance tenante la laparotomie et on tombe sur l'appendice vermiculaire perforé dans deux endroits. On résèque l'appendice, et on suture la plaie après avoir fait la toilette du péritoine. La femme meurt 14 jours après l'opération, après avoir présenté un érysipèle de la face. A l'autopsie on trouve des foyers de péritonite suppurée qui certainement existaient déjà avant l'opération. Ce qui est curieux dans ce cas, c'est que la gangrène et la perforation ne se sont pas faites au niveau des parties étranglées, mais bien sur les parties situées au-dessus de l'étranglement.

De l'hystéropexie abdominale antérieure dans le prolapsus utérin, par S. V. Ther-Mikaéliantse (*Vratch*, 1891, n° 9, p. 245). — L'auteur se prononce plutôt pour la suture à la paroi abdominale antérieure de la paroi postérieure de l'utérus (avec antéflexion consécutive) que de la paroi antérieure. Il donne comme raison de cette préférence l'absence, dans le premier cas, des fossettes latérales où pourraient venir s'engager des hernies ; de plus, la pression intra-utérine ne s'exerçant que sur la paroi postérieure de l'utérus, les ligaments utéro-sacrés en sont déchargés d'autant. Toutes les fois que ces ligaments étaient perceptibles au toucher et facilement attaquables du côté du la cavité abdominale, il les raccourcissait bilatéralement pour les rendre plus aptes à remplir leurs fonctions normales.

Corps étranger du vagin (Zur Casuistik der Fremdkœrper in der Vagina), par C. Habit (*Wien. med. Presse*, 1891, n° 10, p. 373). — Histoire d'un pessaire spécial, pessaire de Breisky, oublié pendant 5 ans dans le vagin d'une femme de 63 ans, et retiré à l'aide d'une pince spéciale, sorte de forceps, recommandée par l'inventeur du pessaire.

Trois opérations césariennes, par D. O. Ott (*Vratch*, 1891, n° 8, p. 221, et n° 9, p. 245). — Dans le premier cas l'opération césarienne est pratiquée pour un fibromyome énorme occupant presque tout le petit bassin et empêchant la sortie de l'enfant. Castration, le fibromyome étant inopérable. Le tamponnement de l'utérus par l'iodoforme n'a pas prévenu l'hémorrhagie consécutive ; l'auteur conseille, dans des cas analogues, de faire la ligature en bloc de toutes les parties de l'utérus dont les vaisseaux donnent ; 7 mois après l'opération, le fibromyome n'a que peu diminué le volume. Dans le 2e cas, il s'agit d'un bassin rachitique très rétréci. Les suites opératoires furent normales.

L'enfant à terme se développe bien. — Chez la dernière femme, avec un bassin atrophique justo-minor l'opération de Porro fut exécutée pendant l'éclampsie. Mort 60 heures après d'urémie. A l'autopsie on constate une néphrite parenchymateuse aiguë. L'enfant est bien portant.

Valeur antiseptique de l'iodoforme (Sul valore antisettico dell'iodoformio), par Sirignano (*Revista clinica e terapeutica*, janvier 1891, p. 10). — L'auteur a déposé sur divers milieux de culture l'iodoforme pur ou mélangé à des produits virulents. L'iodoforme provenant directement ou ayant séjourné dans les salles de malades ne fournit pas de colonies microbiennes. La poussière recueillie sur les fenêtres d'une salle d'hôpital mélangée d'iodoforme; le pus additionné d'iodoforme, les cultures des staphylocoques blanc, citron et jaune du streptocoque pyogène et du bacille charbonneux auxquelles on a ajouté de l'iodoforme donnent lieu au développement des colonies microbiennes, alors même que le mélange avec l'iodoforme est fait depuis 70 jours. Les cultures du vibrion cholérique additionnées d'iodoforme ont perdu leur virulence au bout de 3 jours.

BIBLIOGRAPHIE

Clinique chirurgicale par U. Trélat, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris, etc. Leçons publiées par les soins de M. Pierre Delbet, avec le concours de MM. Arrou, Barette, Berthaud, Boraud, Boucheron, A. Broca, Cartaz, Coudray, Demoulin, Dupré, Lyot, G. Marchant, Morot, Ory et Reclus, Petit-Vendol, Potherat, A. Pozzi, Vignard, Walther. Préface de M. Paul Segond. Deux vol., Paris, J.-B. Baillière, 1891.

Lorsqu'il y a un an, à peu près jour pour jour, une mort prématurée nous a ravi Ulysse Trélat, c'est notre rédacteur en chef qui a voulu rendre lui-même hommage à la mémoire du maître éminent et trop tôt disparu. C'est mon tour aujourd'hui, non plus pour un article nécrologique, mais pour une analyse bibliographique, car il vient de paraître deux volumes résumant l'enseignement de ce professeur si remarquable, de ce chirurgien si habile et si perspicace.

C'était pour Trélat un projet depuis longtemps caressé que de publier ainsi des volumes de clinique; car il se rendait bien compte que là il pourrait employer toutes les ressources de son esprit sagace, mais trop primesautier pour s'astreindre à la confection d'un livre de longue haleine. Certes, il avait des sujets de prédilection, et ses importantes études sur la staphylorrhaphie en font foi. Mais il aimait surtout à se laisser aller au hasard de la clinique. Il savait cependant se garder des leçons improvisées et la plupart du temps il parlait sur des malades qu'il avait examinés longtemps et à plusieurs reprises, sur lesquels il avait étudié et réfléchi : et c'était alors un régal que d'entendre ces leçons d'une clarté extrême, où l'on était séduit et frappé par le geste en même temps que par l'originalité de l'expression.

Pour rendre avec fidélité cette parole imagée, il fallait la plume de Trélat lui-même, et dans les deux volumes que nous avons reçus les quelques leçons qu'il a revues font regretter qu'il n'ait pas pu les revoir toutes. Mais si la forme a perdu de son attrait, le fond n'en reste pas moins, et nombre de ces cliniques seront utiles à ceux qui désirent étudier le diagnostic chirurgical et les indications thérapeutiques qui en résultent. La tâche était difficile pour les rédacteurs de ces volumes; la plupart du temps il s'en sont tirés à leur honneur, et on leur pardonnera quelques défaillances en raison de la pieuse pensée qui les a guidés.

Ces rédacteurs, je m'honore d'en être, pour une part bien faible sans doute, mais suffisante pour que je puisse me compter parmi les élèves d'un maître que j'ai estimé, d'un homme que j'ai aimé.

On lui a parfois reproché certaines aspérités de caractère, mais elles étaient souvent plus apparentes que réelles, et lui-même, dans la leçon qui sert d'introduction au premier volume, se peint à merveille : « Il m'est arrivé en plus d'une occasion, nous dit-il, de profiter, en maugréant quelque peu, de succès que je croyais impossibles ou improbables, obtenus par d'autres chirurgiens. J'ai réformé mon jugement, et je me suis vite rangé du côté du succès. » Voilà pourquoi Trélat était estimé et aimé de ses élèves : il discutait librement avec eux, sans les écraser de son autorité, et il ne s'inquiétait pas d'avoir été convaincu d'erreur par un plus jeune que lui. Voilà pourquoi il avait hardiment adopté les idées nouvelles et, qui mieux est, les pratiques nouvelles de l'antisepsie. Si l'on joint à cela ses rares qualités d'érudition, d'investigation, de compréhension et d'exposition, on conçoit qu'à sa mort on n'ait pas seulement salué en lui un représentant éminent d'une chirurgie passée, mais qu'à bien des égards sa place reste encore vide parmi nous.

Mais je me laisse entraîner et j'oublie que j'avais à faire seulement une annonce bibliographique : on m'excusera d'avoir saisi cette occasion, tardive, pour parler d'un homme qui m'avait toujours témoigné une affection presque paternelle.

A. Broca.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Thèses de Paris.

Contribution a l'étude de la muqueuse intestinale. Remarques sur les villosités, par Ovide Benoit. Thèse Doctorat, Paris 90-91.

1° Contrairement à l'opinion des auteurs classiques, on n'aperçoit pas, à la surface de la muqueuse de l'intestin grêle du chien, la moindre trace d'orifices glandulaires. Cette surface est exclusivement constituée par l'extrémité des villosités qui se présente avec l'aspect d'un pavage mosaïque;

2° Les villosités du chien sont toutes semblables les unes aux autres, elles ont la même longueur, la même forme, le même volume; aucune d'elles ne dépasse le niveau des autres. Elles se touchent latéralement, n'étant séparées que par des espaces intervilleux linéaires au fond desquels s'ouvrent les glandes de la muqueuse.

Les villosités peuvent être courtes et massives, à bords plissés, ou longues et minces à bords rectilignes.

Leur forme est celle d'un pentagone sur les coupes perpendiculaires.

Sur certaines coupes on surprend l'abouchement des glandes dans les espaces intervilleux.

Nous avons fait des constatations analogues sur divers animaux : chats, cobayes, lapins. Nous n'avons pu vérifier la structure de l'intestin de l'homme en raison de la difficulté qu'on rencontre pour l'autopsie des condamnés à mort;

3° Les coupes obliques ont servi à perpétuer l'erreur classique sur la morphologie des villosités. Il existe d'ailleurs de fausses villosités liées à un travail de destruction de la muqueuse et qui s'observent comme résultat des altérations cadavériques, et consécutivement à l'étranglement herniaire, la diarrhée et la péritonite.

Etat actuel de l'Assistance publique au Havre, par le Dr F. Leprévost. Paris, A. Coccoz, 1891.

M. Leprévost, dans son étude sur l'Etat actuel de l'Assistance publique au Havre, s'élève contre l'opinion de M. Gibert qui propose un système de secours à domicile. D'après M. Leprévost, l'état actuel n'est pas aussi mauvais qu'on le prétend : les admissions à l'hôpital sont en effet l'objet d'un contrôle sévère; elles sont confiées aux médecins et chirurgiens-adjoints et, seulement en cas d'urgence absolue, aux internes, lesquels ont tous au moins 16 inscriptions de doctorat. En aucun cas la signature des médecins de la ville et des commissaires de police n'ouvre la porte de l'hôpital. Pour M. Leprévost, ce qui fait défaut, c'est une coordination entre les services médicaux des bureaux de bienfaisance et des hôpitaux; aussi la fusion des deux administrations est-elle désirable. De plus, les bureaux de bienfaisance de chaque quartier devraient être reliés téléphoniquement au bureau du directeur des hôpitaux qui lui-même communiquerait par le téléphone avec les médecins du Bureau de bienfaisance.

De cette façon, un malade faisant demander un médecin à un bureau quelconque, celui-ci en aviserait immédiatement le directeur de l'Assistance, lequel informerait le médecin desservant le quartier habité par le malade. Le médecin, après avoir examiné le malade, délivrerait une ordonnance. Si le médecin estime que, soit en raison de la nature du mal, soit à cause de l'insalubrité du logement, le malade doit être hospitalisé, il adressera au bureau voisin une note qui de là sera transmise au directeur. Un interne de garde, dit interne du Bureau de bienfaisance, serait spécialement désigné pour aller examiner le malade à hospitaliser.

M. Leprévost termine en approuvant M. Gibert quand il désire la création au Havre d'une Société de charité.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Imp. des Arts et Manufactures, 12 rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES SAMEDIS ET PUBLIANT TOUS LES MERCREDIS

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

RÉDACTEUR EN CHEF : Dr L. LEREBOULLET. — SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION : Dr A. BROCA.

COMITÉ DE RÉDACTION

MM. E. BRISSAUD, G. DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, A. GILBERT, A. HÉNOCQUE, A.-J. MARTIN, A. PETIT, P. RECLUS

BULLETIN

Paris, le 18 avril 1891.

Les traditions d'humanité de la médecine française.

L'un des organes les plus autorisés de la presse étrangère, la *Berliner klinische Wochenschrift*, publie, à la date du 6 avril dernier (p. 359), une lettre adressée à notre éminent collègue M. Ernest Besnier par le prof. Dr Lewin.

Cette « lettre ouverte » qui nous semble devoir être attribuée à un malentendu ou tout au moins à une interprétation inexacte des idées si nettement exprimées par le savant médecin de l'hôpital Saint-Louis, mérite quelques réflexions. Aussi croyons-nous utile d'en reproduire textuellement les parties principales.

Lettre ouverte à M. le prof. Ernest Besnier, à Paris.

Monsieur et très honoré confrère,

Quand j'ai eu l'honneur et le plaisir, en 1888, de faire votre connaissance personnelle, j'ai constaté — non sans une profonde satisfaction — que vous étiez bien l'homme que je m'étais figuré d'après la renommée brillante que vous ont faite des travaux devenus classiques. Je trouvais non seulement un spécialiste éminent du plus grand savoir, mais aussi un savant habitué à regarder au delà de sa spécialité, à ne rien ignorer des progrès réalisés dans les autres branches de la médecine et dans les sciences accessoires.

Je fus charmé aussi d'une qualité à laquelle vous donnez une forme des plus aimables : le sentiment de l'humanité cordiale que vous apportez dans le traitement des malades même les plus pauvres. Certainement, si quelqu'un a le droit de parler du respect de la vie humaine, d'amour désintéressé de l'humanité, c'est vous.

Mais ce droit ne saurait s'étendre sans restriction à tous les médecins français; on ne saurait surtout le regarder comme un droit exclusif, comme *une gloire exclusive de la médecine française*; vous le faites pourtant, à ma douloureuse surprise, dans votre travail d'ailleurs si remarquable : « *Du traitement de Koch dans le lupus* » (1), avec ces paroles non justifiées : « Je crois simplement me conformer aux traditions d'humanité et de respect de la vie humaine qui sont une des gloires les plus pures de la médecine française. »

Ni le passé ni le présent ne vous y autorisait. Les médecins allemands auraient-ils vraiment manqué d'humanité, de respect de la vie humaine dans le traitement des malades et des blessés ? Il vous serait difficile d'en fournir la preuve.

Mais peut-être vis-à-vis des blessés d'une nation avec laquelle nous avions à faire une guerre au couteau? (*Kampf bis aufs Messer*)? vis-à-vis des blessés français ? Les lettres reconnaissantes de vos compatriotes traités par des médecins allemands pour des blessures en partie très graves sont un témoignage que vous ne sauriez récuser.

Les efforts récents de la médecine pour calmer les souffrances de l'homme seraient-ils exclusivement français?.....

Bien plus... la convention de Genève pour les soins à donner aux blessés sur les champs de bataille et aux malades n'a pas été créée par un Français, mais par le Belge Durant après qu'il eut vu l'aspect terrifiant du champ de bataille de Solférino ; et c'est une princesse allemande, l'impératrice Augusta, qui s'est élevé à elle-même un monument impérissable par la concentration des diverses associations de la Croix-Rouge. A côté de ces hauts témoignages, il y a malheureusement ce fait regrettable que les Français ont souvent ignoré, trop souvent même violé la convention de Genève dans la guerre franco-allemande.

Mais si je refuse à la médecine française le droit exclusif à la réputation d'humanité dans le traitement des malades; à vous, très honoré collègue, je ne conteste par personnellement cette réputation ; je la reconnais au contraire avec joie, et c'est dans ce sens que je vous tends la main par-dessus les frontières qui nous séparent, pour une action commune dans le domaine de la philanthropie efficace, réelle.

Prof. Dr G. LEWIN.

Après avoir cité, pour y applaudir avec tous ceux de nos confrères qui connaissent M. Ernest Besnier, les paroles que lui adresse le professeur de Berlin, il nous sera bien permis de faire remarquer que M. le Dr Lewin n'a pas compris l'article de notre collègue. Précisons. M. le Dr Ernest Besnier a cru devoir, à l'exemple de tous les médecins français qui considéraient le docteur Koch comme un savant aussi estimable que laborieux et expérimenté, entreprendre dans son service clinique une série de recherches destinées à juger la valeur d'une

(1) Voir *Mercredi médical*, p. 79.

médication qui avait été prématurément proclamée comme un remède souverain des manifestations locales de la tuberculose. Ses essais consciencieusement poursuivis, avec une méthode dont la rigueur scientifique n'a pas été imitée partout, l'ont amené à cette conclusion que les injections de la lymphe de Koch, *dont nous ignorons encore la composition exacte et le mode de préparation*, pouvaient devenir dangereuses et que, le plus souvent, elles n'étaient pas plus efficaces que d'autres procédés plus inoffensifs.

M. E. Besnier en a conclu que, le premier devoir du médecin étant de ne point nuire aux malades confiés à ses soins, il fallait, provisoirement au moins, interrompre des expériences qui, les journaux allemands nous l'ont appris, ont trop souvent été désastreuses. Son exemple ayant été suivi par *tous* les médecins français, il était en droit d'ajouter que ces sages réserves s'imposaient à ceux qui se conforment aux traditions d'humanité et de respect de la vie humaine « *qui sont une des gloires les plus pures de la médecine française* ». En quoi ces paroles pouvaient-elles blesser la susceptibilité du professeur Lewin ? Où a-t-il trouvé, dans le travail de M. E. Besnier, le mot *exclusif?* Ceux qui connaissent notre éminent collègue ne savent-ils point qu'il n'a jamais songé qu'à rendre pleine et entière justice aux travaux, au talent, au caractère de tous les médecins, quelle que soit leur nationalité, qui, avec lui, font passer l'intérêt et le bien-être de leurs malades avant toute autre considération ? Ceux qui ont lu le travail, auquel M. Lewin rend du reste pleine et entière justice, s'étonneront avec nous de l'interprétation qui lui est donnée et surtout des considérations extra-scientifiques dont il a été l'occasion.

Nous ne croirions donc point nécessaire d'insister à ce sujet si nous ne trouvions dans la lettre que nous venons de reproduire une insinuation qui nous cause à nous aussi « une douloureuse surprise ». Rappelant la guerre de 1870, M. le professeur Lewin déclare que les Français ont ignoré souvent et même violé la convention de Genève. Celui qui a écrit cette phrase aurait beaucoup de peine, nous en sommes convaincu, à prouver que les Français ont bombardé des hôpitaux, incendié des bibliothèques, détruit des ambulances et emprisonné des médecins, alors que nous pourrions, en rappelant ce qui s'est passé à Strasbourg aussi bien qu'à Metz et sans doute ailleurs, citer bien des faits précis démontrant jusqu'à l'évidence que des mesures aussi violentes qu'inutiles et contraires aux sentiments d'humanité qui avaient prédominé dans d'autres guerres ont été ordonnées par l'état-major de l'armée allemande. Nous préférons reconnaître que, durant les six semaines qui ont suivi la capitulation de Metz, alors que notre devoir de médecin militaire nous obligeait à soigner les nombreux blessés et malades qui restaient confiés à nos soins, nous avons trouvé la plupart des médecins en chef de l'armée victorieuse très empressés à faciliter la tâche si laborieuse et si pénible qui nous était imposée et très disposés à oublier qu'ils étaient nos maîtres pour ne songer qu'à nous considérer comme des confrères. Mais après avoir affirmé que, dans tous les pays, les médecins vraiment dignes de la haute mission qu'ils sont tenus de remplir font passer les questions d'intérêt général, qu'il s'agisse de science ou d'humanité, avant les questions politiques, il doit nous être permis de maintenir, comme on l'a dit souvent, que, si la science n'a pas de patrie, le médecin en a une et qu'il est toujours en droit de faire ressortir ce qui fait l'honneur et ce qui caractérise l'esprit de la nation à laquelle il appartient.

L. Lereboullet.

REVUE GÉNÉRALE

Traitement de l'encéphalocèle et du spina-bifida.

I. — Encéphalocèle.

« Que peut faire la chirurgie pour ces hernies congénitales du cerveau ? Bien peu de chose en vérité, déclarait Prescott Hervett, en sa remarquable monographie : avec l'incertitude de nos moyens de diagnostic, la chirurgie des encéphalocèles et des hydrencéphalocèles se réduit à presque rien. Peu de chirurgiens voudraient entreprendre de lier, d'inciser ou d'enlever ces tumeurs. Cela s'est fait; mais toujours à la suite d'une erreur de diagnostic. » A l'heure actuelle, sous l'influence de quelques heureux exemples opératoires, grâce surtout à la revision de l'anatomie pathologique de ces tumeurs que le travail tout récent de Berger (1) a le mérite d'inaugurer, les indications et les règles thérapeutiques semblent ici devoir se modifier radicalement. Il était légitime, d'après les idées jusqu'à présent acceptées, de reculer devant l'excision d'une portion herniée d'un des organes encéphaliques, distendue ou non par la sérosité. Il devient rationnel de tenter cette ablation, s'il est établi que dans les encéphalocèles, dans certaines du moins, c'est une véritable tumeur exencéphalique qu'on retranche, c'est une néoplasie, un « cérébrome », un « encéphalome », à la constitution duquel prennent part les enveloppes méningées épaissies et hyperplasiées; des parties nerveuses incluses, déviées du type histologique normal, pouvant participer à la structure des diverses parties de l'encéphale sans appartenir directement à aucune d'elles. En d'autres termes, ce n'est pas une hernie du cerveau normal qu'on retranche, c'est un néoplasme herniaire qu'on enlève; c'est une protubérance exencéphalique qu'on supprime, ectopique dès l'origine, et non secondairement déplacée, partant, à peu près exclue du fonctionnement cérébral, et ayant perdu droit de domicile dans le crâne.

Cette réforme anatomo-pathologique n'est point la seule ; l'antisepsie est venue, et avec elle la sécurité opératoire ; d'autre part, la chirurgie de ces dernières années nous a habitués à traiter sans crainte la substance cérébrale, d'autant que ces encéphalocèles siègent presque exclusivement en des zones indifférentes de l'encéphale. Aussi ce chapitre thérapeutique est-il aujourd'hui simplifié : abstention ou ablation sont les deux seules alternatives. Aux temps où, sous l'influence du travail de Spring, régnait dans les classiques la démarcation entre les méningocèles pures et les encéphalocèles vraies, il était admis que le traitement opératoire s'adressait aux premières surtout : la ponction, la compression, les injections iodées leur étaient réservées, Nous savons maintenant, et Berger y a insisté, que « dans la grande majorité des faits, l'insuffisance des caractères différentiels laisse le diagnostic hésitant » ; ni le volume, ni l'étroitesse du pédicule, ni la transparence, ni la mollesse mi-fluctuante,

(1) Berger, *Considérations sur l'origine, le mode de développement et le traitement de certaines encéphalocèles* (*Revue de Chirurgie*, avril 1890, p. 269-321).

ni la réductibilité ne permettent d'établir la nature exacte des parties contenues dans la tumeur. La ponction et la compression sont rejetées comme insuffisantes; les injections iodées sont périlleuses par leur diffusion : si l'on veut intervenir, il faut extirper.

Ce n'est donc point sur cette distinction anatomique, cliniquement impossible à établir, que se baseront les indications. Ce qu'il faudrait connaître, ce serait l'import nce de la masse encéphalique contenue dans la tumeur, son siège originel, ses connexions ; mais, à ce point de vue, le diagnostic ne nous fournit que des ressources précaires. Horsley (1) eut recours aux courants induits pour déterminer la portion d'encéphale incluse dans la tumeur ; de la déviation conjuguée des yeux du côté de l'excitation, il conclut à la présence des tubercules quadrijumeaux dans la partie procidente, et le vérifia à l'autopsie. C'est peut-être un renseignement diagnostique à utiliser ; mais ne faut-il pas craindre les diffusions? En réalité, au point de vue des indications thérapeutiques, nous ne reconnaissons, avec Berger, que deux variétés parmi les tumeurs de cet ordre : celles qui sont d'un petit volume, qui ne déterminent pas d'accidents et ne paraissent pas s'accroître ; et celles que leurs dimensions exposent aux injures extérieures et qui augmentent manifestement de volume. » — Aux premières conviennent et suffisent la contention et la protection sous un appareil : on a vu maints exemples de malades, porteurs d'encéphalocèles petites et stationnaires, atteindre un âge avancé. Il est vrai que, parmi les survivants, quelques-uns sont imbéciles, frappés de convulsions et de paralysie; on peut se demander, avec Berger, si ce triste avenir cérébral ne pourrait pas justifier « une opération pratiquée à une époque où l'on peut espérer l'occlusion complète de l'orifice osseux qui donne passage au pédicule de la tumeur ». — Cela nous paraît subordonné à la viabilité de l'enfant, aux tares congénitales concomitantes, au désir des parents, au siège de la tumeur : nous opérerions plus volontiers et de meilleure heure une encéphalocèle frontale, plus directement influente sur le développement intellectuel de l'enfant ; Hutchinson, tout en formulant qu'en pareilles tumeurs le chirurgien doit « retenir sa main », acceptait déjà l'intervention dans la forme frontale.

Les tumeurs de la deuxième catégorie ne laissent pas l'embarras du choix ; elles sont mortelles et autorisent toute tentative opératoire. Encore ne faut-il point toucher aux enfants condamnés à une mort prochaine par d'autres tares congénitales, par un spina-bifida, par un bec-de-lièvre compliqué, par une éventration ombilicale, par une tumeur d'un volume excessif, où semble s'être développé un second cerveau extra-crânien : nul n'imitera Bühring (2) extirpant consciencieusement une énorme encéphalocèle et « croyant avoir affaire à une tête surnuméraire chez un enfant bicéphale »! De pareilles ectopies encéphalique sont incompatibles avec la vie, incompatibles aussi avec l'opération.

Faut-il opérer précocement ou retarder l'intervention? En faveur de l'opération tardive, nous avons trouvé un fait remarquable : Solly (3) opéra, à l'âge de vingt-sept ans, un homme que Astley Cooper, Abernethy et Key avaient refusé d'opérer dans sa jeunesse : la comparaison du dessin de la tumeur à ces deux âges montrait une réduction manifeste de son volume. Mais ce n'est pas généralement le cas : plus tard peuvent apparaître des troubles cérébraux ; la fente osseuse n'a plus de tendance à l'occlusion ; aussi, la plupart des opérateurs sont-ils intervenus de bonne heure. Alberti (1) a tenté l'opération quelques jours après la naissance ; parmi les opérés de Kœnig (2), nous trouvons une fillette de quatorze jours, un enfant de onze jours, une autre de cinq semaines : les trois sont morts d'ailleurs de complications septiques, et Hildebrand insiste sur la difficile antisepsie à cet âge et dans cette région : c'est une raison pour reculer l'intervention, d'autant qu'il s'agit là de dissections assez sanglantes et que le nouveau-né ne résiste pas aux fortes dépenses sanguines. L'enfant opéré par Périer (3) n'avait que vingt-huit jours, et il a guéri ; mais ceux de Jessop (4) et de Berger (5) avaient six mois ; la fillette traitée par Sklifassowski (6) avait atteint le neuvième mois : et il nous paraît prudent d'attendre au moins le second semestre, époque à laquelle l'enfant aura fait ses preuves de viabilité et de résistance, à moins de tumeurs rapidement croissantes, à enveloppes amincies, tendues, menacées de rupture. Au surplus, ici comme ailleurs, il ne s'agit point de délais fixes : c'est de l'état général de nutrition, de la vigueur native, des conditions ambiantes de milieu et de soins que l'on s'inspirera.

Le mode opératoire a été nettement réglé par Périer et Berger : sa simplicité et la garantie qu'il donne contre l'issue du liquide céphalo-rachidien le recommandent; de plus, il satisfait pleinement à cette condition essentielle de toute cure radicale, « l'extirpation complète du sac poussée jusqu'au niveau et même au-dessus de l'orifice qui donne passage à la hernie ». — L'enfant est anesthésié ; la région a été rasée, savonnée, désinfectée avec soin : de part et d'autre du pédicule de la tumeur, on trace et dissèque rapidement deux lambeaux latéraux, ne comprenant que la peau, et dont on fait l'hémostase attentive. Il ne faut point attendre et s'attarder à reconnaître un sac ayant l'apparence de la dure-mère : c'est souvent une couche épaissie, hypertrophique, d'aspect gélatiniforme, lacunaire ou kystique, qui représente les enveloppes méningées méconnaissables.

Cette notion est capitale : dans le deuxième fait relaté par Hildebrand (7), n'est-il pas arrivé à un excellent opérateur, à Kœnig, de trouver, après incision cutanée « une masse analogue aux lobes antérieurs du cerveau recouverts de leur pie-mère, avec leurs sillons et leurs circonvolutions normalement configurées »? Kœnig, ne pouvant se décider à retrancher une aussi notable portion de l'encéphale, laissa l'opération inachevée et sutura les lambeaux. A l'autopsie, on découvrit que ce qu'on avait pris pour une procidence du cerveau était une masse composée d'un tissu très mou et vasculaire, du volume d'une pomme, au centre de laquelle pénétrait une minime portion du lobe antérieur de l'hémisphère cérébral droit ; Hildebrand la compare à un « gliome télangiectasique : c'était en somme un néoplasme, presque tout entier extra-cérébral, et dont l'ablation n'eût en rien gêné le fonctionnement du cerveau.

Sklifassowski a proposé d'inciser le sac et de réduire son contenu ; mais il n'a point adopté cette pratique dans l'opération qu'il a faite : c'est s'exposer à une copieuse issue de liquide céphalo-rachidien ; au surplus, les encé-

(1) Horsley, *Brain*, p. 22 , 1884.
(2) Bühring, *Wochenschrift für die praktische Heilkunde*, janvier 1884.
(3) Solly, XLe vol. des *Med. Chir. Society's Transactions.*

(1) Alberti, *Centralblatt für Chirurgie*, n° 24, 1888.
(2) Kœnig, in Hildebrand, *Zur operativen Behandlung der Hirn und Ruckenmarks Brüche* (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, 1888, t. XXVIII, p. 438-457).
(3) Périer, *Académie de Médecine*, 2 avril 1889.
(4) Jessop, *Méningocèle* (*British med. Journal*, t. II, p. 1297, 1882).
(5) Berger, *loco citato*, p. 270.
(6) Sklifassowski, *Protokolle der Chirurgischen Gesellschaft zu Moskau*, n° 13, 1881.
(7) Hildebrand, *loco citato*, p. 441-442.

phalocèles véritables sont irréductibles. — Donc, on préférera marcher droit sur le pédicule du sac méningé, et l'isoler jusqu'à ce qu'on sente le contour entier de l'orifice osseux. « Au ras de cet orifice, on traverse le pédicule avec une aiguille mousse armée d'un fil de catgut double qui permet d'étreindre le pédicule dans l'orifice osseux lui-même, au moyen de deux ou de plusieurs ligatures entre-croisées, disposées en chaîne. Toute la partie du sac qui déborde la ligature est alors enlevée d'un coup de ciseaux, et l'on ramène sur la surface de section du pédicule les lambeaux qu'on suture au crin de Florence. » Pas de drainage; un pansement salolé-ouaté recouvre le crâne de l'enfant; le pansement doit être très soigneusement compressif, et l'on comprend combien le maintien en est malaisé chez les tout jeunes qui se démènent, crient et se souillent. Il ne faut point oublier qu'en pleine ère antiseptique et dans un service bien tenu, Kœnig a perdu par l'infection ses trois opérés; que ceux de Marshall, de Carreras et de Marion sont morts de même : c'est de là surtout que vient le danger.

II. — SPINA-BIFIDA.

Le spina-bifida est, dans quelques cas, spontanément curable, soit que le pertuis de communication de la poche s'oblitère, soit que la fenêtre vertébrale se ferme : il reste alors un kyste isolé qui subit une rétraction progressive. Parfois, il arrive qu'une rupture spontanée de la poche en évacue le contenu : ce peut être pour la tumeur un accident salutaire, mais l'antisepsie la plus rigoureuse devra s'observer pour parer à la méningite. Dans un cas relaté par Davidson (1), un spina-bifida de la quatrième et de la cinquième lombaires se rompit au troisième jour de la naissance. Une éponge bien désinfectée fut engagée en bouchon dans la fissure osseuse afin d'empêcher la déperdition du liquide cérébro-spinal; la plaie se cicatrisa et la guérison survint. Il est une autre façon de curabilité naturelle : le spina-bifida s'abcède, se vide et subit la rétraction inodulaire ; ainsi du malade de Cheever (2) et de l'adolescent observé par Hutchinson (3); mais, en vérité, c'est, pour le patient, jouer un jeu dangereux.

D'autre part, des cas bien observés démontrent la compatibilité avec la vie d'un spina-bifida persistant. Calender en a vu un chez un vieillard âgé de 74 ans, et ne provoquant que des troubles fonctionnels médiocres de la vessie, du rectum et des extrémités inférieures. Le malade de Smith était un homme dans la force de l'âge qui ne souffrait point de symptômes paralytiques et s'acquittait très normalement de ses fonctions de mari. Holms a traité pour un calcul vésical un homme de quarante-trois ans atteint de spina-bifida.

Si l'on considère cette curabilité spontanée et cette compatibilité avec l'existence de certains spina-bifida d'une part, et, de l'autre, si l'on tient compte de la léthalité qui assombrit nos interventions contre ce mal, on verra que notre chirurgie doit être prudente. Toutefois, n'oublions pas que sur 98 enfants non opérés, on note : 28 morts dans la première semaine, 5 dans la deuxième, 1 dans la troisième, 3 après un mois, 5 après six mois, 3 après un an, 20 après cinq ans. Nous accordons que ceux qui ont succombé dans le premier ou dans le deuxième septénaire étaient pour la plupart de véritables monstres condamnés à mort par d'autres difformités. Mais pour ceux qui ont dépassé la troisième semaine, on peut admettre qu'une intervention était rationnelle. Aussi, lorsqu'il ne s'agit pas de ces larges « éventrations » vertébrales qui s'accompagnent d'hydrocéphalie et de pieds-bots accentués lorsque l'enfant est d'ailleurs bien conformé, qu'il a dépassé la troisième semaine et présente des troubles médullaires qui vont s'accentuant chaque jour, le chirurgien est autorisé à intervenir.

Il n'y a pas à compter sur la ponction simple. Elle est inefficace et dangereuse. Günther a poussé l'opiniâtreté jusqu'à ponctionner un spina-bifida soixante-dix fois en moins de vingt semaines. Young s'est arrêté à la trente-cinquième ponction, et Vacca Berlinghieri à la vingt-septième, mais seulement parce qu'une méningite emporta son malade. La compression est aussi infidèle comme résultat, et l'on doit être incrédule sur l'efficacité des couches de collodion que quelques-uns ont vantées. L'application d'une pelote concave sur la tumeur, ou d'un pansement ouaté compressif, ce sont des palliatifs applicables seulement lorsque l'absence de symptômes médullaires permet d'espérer la guérison spontanée.

Les injections ont été longtemps redoutées : « Qui osera, écrivait Velpeau, porter le premier la teinture d'iode dans un spina-bifida, sachant que l'inflammation des méninges peut devenir rapidement mortelle? » Brainard le tenta et parut réussir. A sa suite, plusieurs chirurgiens français et étrangers s'y hasardèrent. Mais quelques catastrophes, comme celles de Serres (1) et de Maisonneuve, discréditèrent la méthode. Actuellement la teinture d'iode est dépréciée et l'on accorde la préférence à la solution iodo-glycérinée de Morton.

La solution de Morton est ainsi formulée : iode 0 gr. 6 ; iodure de potassium 1 gr. 8 ; glycérine 30 grammes. On attend, pour opérer, que l'enfant ait atteint sa deuxième ou troisième semaine : on ponctionne au trocart fin dans une région cutanée saine; il faut fuir ces points où la peau se couvre d'arborisations vasculaires serrées, ceux où elle est amincie, violacée, malade. On n'évacue que 4 à 12 grammes de liquide; et, pendant qu'un doigt appuyé au voisinage de la fente vertébrale s'efforce d'en faire l'occlusion, l'on injecte, suivant la spaciosité du sac, de quelques gouttes à quelques grammes, généralement 2 à 4 grammes. La tumeur se tend, s'indure et même rougit. Il est rare qu'une injection suffise : cependant Voigt dit avoir guéri en huit jours, après une injection de 1 gr. 8 de solution de Morton, un spina-bifida de la grosseur d'un œuf de poule. Mais le plus souvent il faudra réitérer l'injection : d'après les conseils de Morton, on poussera, au bout de trois à quatre semaines, une nouvelle quantité de liqueur iodo-glycérinée.

Voici le bilan de cette méthode tel que Morton (2) le traçait en 1887 : sur 71 cas de spina-bifida, 35 ont été guéris, 4 ont été enrayés et sont restés stationnaires, 5 n'ont point été modifiés; il y a eu 27 décès. Et la mort peut être la suite rapide de l'injection. Mark Lenz voyait son petit malade succomber vingt-quatre heures après l'opération ; Burton (3) injecte chez un enfant nouveau-né 2 grammes de la solution de Morton dans une grosse tumeur dorso-lombaire : au troisième jour, l'enfant meurt dans des convulsions. Quand cela ne va pas si loin, des collapus causent parfois de très sérieuses alertes. Ackworth (4) voit, dix minutes après l'injection de 2 grammes de liqueur, un enfant nouveau-né tomber en syncope. Quelques observations mentionnent une terminaison

(1) Davidson, *Glasgow med. Journ.*, février 1887.
(2) Cheever, *Boston med. Journal*, mars 1879, p. 381.
(3) Hutchinson, *Med. Times and.*, *Gaz* 1879, p. 439.

(1) In Debout, *Bull. gén. de thérapeutique*, 1858, t. LIV, p. 248 et 301.
(2) Morton, *The treatment of spina-bifida by a new method*, London, 1887.
(3) Burton, *British med. Journ.*, 13 mars 1875.
(4) Ackworth, *British med. Journ.*, 17 avril 1875.

curieuse : la mort par hydrocéphalie après guérison du spina-bifida traité par l'injection. Ainsi des enfants opérés par Howard Davis (1) et par Smith (2). Chez ce dernier, l'hydrocéphalie ne se développa qu'au bout de un an et demi et aboutit en six mois à la mort.

Le procédé de Morton, s'il est efficace dans la moitié des cas, n'est donc point sans péril et on s'explique bien ses dangers : tel spina-bifida contient dans sa cavité la moelle et d'importantes branches nerveuses sur lesquelles l'iode aurait parfois de graves effets. Puis dans les fissures vertébrales larges, le liquide injecté peut fuser au loin. Si, au contraire, l'orifice de communication est étroit, si même, comme on l'a observé, les méninges rachidiennes forment à son niveau une véritable valvule, on comprendra que l'inflammation oblitère le pertuis communicant et ferme au liquide cavitaire cette porte du rachis.

Aussi le traitement de Morton n'est-il applicable qu'aux spina ne contenant ni moelle ni cordons nerveux importants, aux spina finement pédiculés et à étroite fente vertébrale. S'il est facile dans la pratique de contrôler cette dernière condition, le diagnostic de l'inclusion nerveuse est au contraire obscur. Sans doute on redoutera cette complication, surtout pour les tumeurs lombaires ou dorso-lombaires qui souvent sont des méningo-myélocèles, tandis qu'à la région cervicale, on a plus de chance de n'avoir affaire qu'à des méningocèles pures ; mais il s'en faut que cette règle soit constante. La production de symptômes médullaires graves par la compression de la poche ; une ombilication particulière de la tumeur qui déprime sa surface et traduit, suivant Virchow, l'insertion médullaire sur sa paroi, son opacité partielle et sa base large, voilà des signes qu'un chirurgien doit consulter avant d'intervenir ; mais ils ne sont point absolus.

Lorsqu'on soupçonne une inclusion nerveuse importante et une large baie fissuraire des vertèbres, il semble que, depuis l'antisepsie, le mode d'intervention le plus inoffensif soit d'inciser la peau suivant le grand axe de la tumeur ; libérer le sac constitué par la hernie méningée ; l'ouvrir, reconnaître les éléments nerveux, les dégager si possible, réséquer la portion exubérante du sac après l'avoir fermé au niveau de son pédicule par une suture de quelques points au catgut ; suturer, par-dessus, les muscles et la peau en couchant un bout de drain entre le plan cutané et le plan méningé. — Car, avec nos habitudes d'intervention au plein jour opératoire, il ne saurait plus être question de tous ces procédés aveugles qui s'efforçaient d'éviter l'incision cutanée : compression avec des clamps, ligature élastique. Si Laroyenne (3) a eu un succès avec cette dernière, Polaillon (4) a dû la supprimer au deuxième jour, car la compression déterminait des contractures. Ces méthodes ont l'inconvénient de n'agir que par le sphacèle lent de la poche, d'exposer aux complications septiques, de laisser après elles une surface qui met longtemps à cicatriser ; mais leur plus grand tort est d'être aveugles et d'entraîner la destruction des parties nerveuses incluses ; elles doivent disparaître devant les opérations clairvoyantes qui voient ce qu'elles font, et font ce qu'elles veulent.

A la période préantiseptique, Dubourg et Newbiging avaient déjà rapporté huit excisions de spina-bifida suivies de succès. La littérature contemporaine nous en fournit d'encourageants exemples. Klein (5) relate l'observation d'un corroyeur de vingt ans porteur d'un spina-bifida de la région sacrée, mais n'en ayant été incommodé que vers la puberté. La tumeur s'accrut : il survint de la parésie dans le membre inférieur droit, de la boiterie, une paralysie des sphincters anal et vésical. Geschell incisa cette tumeur longue de 15 centimètres, en examina les parois, et, n'y trouvant aucun élément nerveux, sutura sa base et extirpa le sac : malgré une gangrène des bords cutanés, le malade quittait l'hôpital deux mois après, très amélioré au point de vue de la rétention urinaire et fécale. — Sinclair (1) a réussi l'extirpation d'un spina-bifida lombaire chez un enfant de trois mois. Whitehead (2), chez une femme de vingt-sept ans qui portait un spina-bifida sacré de 12 pouces de diamètre, a réalisé la cure radicale du sac, abcédé à la suite de ponctions successives. Hildebrand (3) a relaté cinq excisions de spina-bifida, dont trois sont des succès : Ewans (4), Hurd (5), ont communiqué des interventions heureuses ; Bayer (6) a eu deux guérisons sur cinq opérations. — Donc, à l'heure présente, il est légitime d'inciser le sac d'une « méningo-myélocèle », de réduire les éléments nerveux, de suturer le pédicule comme nous l'avons réglé pour les encéphalocèles, et d'exciser au delà de la suture. L'intervention n'est pas sans périls, puisque deux des opérés de Kœnig ont succombé à une méningo-myélite : l'antisepsie doit être scrupuleuse. Ullmann (7), Bayer ont vu leurs patients devenir hydrocéphales : c'est une raison pour attendre la soudure des sutures crâniennes.

L'antisepsie aidant, on a voulu faire mieux, fermer la fissure vertébrale par une opération ostéoplastique. En 1883, Mayo Robson (8), le premier à tenter cette ostéoplastie rachidienne, ne paraît pas avoir réussi ; Hayes (9) opéra d'un spina-bifida une fillette de neuf semaines et demie : il fendit le sac, l'excisa, le ferma par une suture au catgut, et fit, à la surface des méninges ainsi réunies, un semis de 20 fragments de périoste de lapin. La plaie se réunit par première intention, à l'exception d'une fistulette qui laissa écouler de la sérosité cérébro-spinale et qui s'oblitéra d'ailleurs dix jours après. Onze semaines plus tard, la tumeur est réduite de moitié et on sent profondément sous la peau une plaque résistante.

Dollinger (10) eut à traiter une fillette de cinq ans qui avait au-dessus du sacrum une tumeur de 36 centimètres de circonférence : l'enfant pouvait à peine marcher : une contracture spasmodique des muscles du mollet portait le pied en équinisme ; elle urinait par regorgement et perdait ses selles d'une façon inconsciente, Dollinger fendit le sac sur toute sa longueur, et trouva un orifice de communication large d'à peu près 1 centimètre. Par ce pertuis passait un cordon nerveux épais de 3 à 4 millimètres, et quelques autres plus minces. Dollinger enleva tout le sac, divisa les nerfs tout proche du canal de communication et sutura le moignon de dure-mère qui bouchait l'orifice vertébral. Une fois le sac fermé, Dollinger aviva les bords de l'orifice vertébral qui étaient entourés des insertions tendineuses des muscles sacro-lombaires, et

(1) Howard Davis, *The Lancet*, 18 mai 1879.
(2) Smith, *The Lancet*, août 1884.
(3) Laroyenne, *Bulletin de la Soc. de Chirurgie de Paris*, 1875, p. 434.
(4) Polaillon, *Bulletin de la Soc. de Chirurgie de Paris*, 1875, p. 434.
(5) Klein, *Zur Casuistik der Spina-bifida. Diss. inaug. Nürnberg*, 1885.

(1) Sinclair, *The Dublin journ. of med. Sciences*, p. 199, mars 1886.
(2) Whitehead, *Médic. chir. transactions*, LXVII, p. 127.
(3) Hildebrand, *Deutsche Zeitschrift für Chir.*, XXVIII, p. 458, 1888.
(4) Ewans, *New-York med. Journ.*, 25 août 1888.
(5) Hurd, *Therapeutic Gazette*, t. XIII, n° 10, 1888.
(6) Bayer, *Prager med. Wochensch.*, 1889, n° 10 ; 1890, n° 5.
(7) Ullmann, *Société des médecins de Vienne*, 27 juin 1890.
(8) Mayo Robson, *British med. Journal*, 24 mars 1883.
(9) Hayes, *A successful operation after the method of Robson* (*The New-York med. Record*, juin 1884).
(10) Dollinger, *die osteoplastische Operation der Hydrorachis* (*Wiener med. Wochenschrift*, n° 46, p. 1555, 1886.)

sectionna ces muscles jusqu'à l'os, de façon à créer une plaie opératoire ovalaire étendue à 3 centimètres en haut et en bas du trou osseux. Deux coups de ciseaux entamèrent aux trois quarts les rudiments d'arc vertébral que présentait la cinquième lombaire. Dollinger en acheva la rupture, les poussa l'un vers l'autre sur la ligne médiane et les y sutura. Un autre plan de suture réunit l'avivement musculaire : la peau fut ramenée par-dessus. Un mois après, l'enfant quitta le lit : elle est actuellement très agile et peut retenir 100 à 150 grammes d'urine. — Senenko (1) a imité Dollinger. Après la mise à nu du sac, il a taillé sur les parties latérales de la fente vertébrale deux petits lambeaux renfermant des lames osseuses de deux centimètres, et constitués par la partie rudimentaire des lames; les deux fragments furent amenés au contact sur la ligne médiane : quatre mois après, la surface correspondante présentait une résistance osseuse uniforme. — Ces résultats sont encourageants : c'est pour des spinas lombaires, largement communicants, chez des enfants bien développés, à lames rudimentaires capable d'être portées au contact, que cette méthode ostéoplastique trouvera sa plus nette indication.

E. Forgue et P. Reclus.

TRAVAUX ORIGINAUX

Le traitement des suppurations pelviennes et des lésions inflammatoires des annexes par l'hystérectomie vaginale, par S. Pozzi, professeur agrégé, chirurgien de l'hôpital Lourcine-Pascal.

Une opération nouvelle trouve toujours des partisans nombreux. Elle a, d'abord, pour elle tout le prestige de l'actualité, l'apparence séduisante du progrès : il faut joindre à ces éléments certains de succès, au moins momentané, la ferveur de ses apôtres, et, souvent, comme dans le cas présent, leur autorité et leur talent. On a donc mauvaise grâce à résister, d'emblée, à l'entraînement, et l'on s'expose à faire figure de réactionnaire. Telle est pourtant l'attitude que je n'ai pas craint de prendre récemment à la Société de chirurgie, après le brillant plaidoyer de mon ami Segond en faveur de l'hystérectomie vaginale appliquée aux suppurations pelviennes, selon la pratique de M. Péan. A la vérité, peu de nos collègues ont poussé aussi loin que ces deux chirurgiens les conséquences logiques de la méthode nouvelle. Mais comme plusieurs — et non des moins compétents — ont cru devoir lui faire des concessions assez importantes; comme, enfin le silence des sceptiques ou des timides a passé pour une sorte d'acquiescement, j'ai pu être représenté comme le seul adversaire résolu et irréconciliable de la méthode.

Je crois devoir m'expliquer sur cette attitude, et justifier, comme je pourrai, une réserve qui peut paraître excessive.

Je ne dissimulerai point que, dès le début, la méthode de Péan m'a inspiré de grandes défiances. Elle me paraissait, dans son ensemble, et avec son extension fatale à toutes les lésions des annexes, dépourvue de sanction physiologique, ou, pour mieux dire, en désaccord avec la physiologie qui nous apprend que si l'*utérus est fonction de l'ovaire*, pour employer un langage mathématique, la réciproque n'est nullement vraie. Mais l'empirisme, quelque grossier qu'il puisse paraître, nous a souvent amené à de véritables découvertes. J'ai donc fait taire mes présomptions : j'ai suivi avec grande attention les débats, j'ai étudié et comparé les résultats publiés, j'ai été voir M. Segond pratiquer l'opération, et je l'ai moi-même faite à deux reprises, (avec un plein succès opératoire). Ma conviction est demeurée la même : je considère l'hystérectomie, appliquée au pyosalpinx, comme très inférieure à la laparotomie. De plus, je crois qu'une pareille pratique ferait entrer dans une voie fort dangereuse la chirurgie des annexes de l'utérus.

I

En effet, il importe essentiellement de faire remarquer quelle est la portée de la communication de M. Segond. Il l'a intitulée : *Traitement des suppurations pelviennes par l'hystérectomie*; mais, en réalité, il est facile de voir par sa pratique comme par celle de M. Péan, dont il suit les traces, combien cette donnée première a été rapidement dépassée. En fait, il s'agit dans ce débat de la substitution pure et simple de l'hystérectomie, traitement indirect, à la laparotomie, traitement direct dans *toutes les lésions inflammatoires de l'ovaire et des trompes*. Comment en serait-il autrement, puisque, une fois sur quatre au moins, il est impossible, par l'examen clinique, de dire que l'on a affaire à un pyo-salpinx plutôt qu'à un hémato-salpinx, à un hydro-salpinx, à une salpingite parenchymateuse, à une dégénérescence poly-kystique de l'ovaire, ou même à un petit kyste du ligament large? On a donc été conduit, par une suite d'erreurs de diagnostic inévitables, à étendre considérablement le champ opératoire. Après avoir entrepris l'hystérectomie pour des suppurations supposées, on est tombé sur des collections séreuses ou même sur des inflammations chroniques interstitielles des annexes. Les femmes ayant guéri *quand même*, on s'est enhardi jusqu'à ériger en principe ce qui n'avait, sans doute, été d'abord qu'un accident.

Je ne veux tirer aucune présomption fâcheuse de cette origine un peu fortuite de la méthode. Je désire seulement qu'on ne paraisse pas en restreindre les applications en théorie plus qu'on ne le fait en pratique. Ceux mêmes qui, à l'exemple de M. Reclus, ne voudraient pas appliquer la méthode en dehors des suppurations pelviennes, seront *en fait*, et vu les difficultés du diagnostic, constamment entraînés au delà de ces limites.

On doit donc nettement poser ainsi la question : L'hystérectomie est-elle préférable à la laparotomie dans le traitement des lésions inflammatoires des annexes, suppurées ou non?

Trois arguments principaux ont été tour à tour invoqués : 1° *l'absence de cicatrice;* 2° *la gravité moindre;* 3° *l'efficacité supérieure.*

Je demande la permission d'intervertir l'ordre de ces facteurs dans mon argumentation. En effet, le premier, qui a trait à la beauté des opérées, doit nous toucher infiniment moins que les deux autres qui intéressent leur vie. Et cependant, qui aurait prétendu que cette *question cosmétique* n'occupe pas la principale place dans l'opinion du public et n'influe pas outre mesure sur les chirurgiens?

Le problème que nous essayons de résoudre ne perdrait-il pas la majeure partie de son intérêt si cette question, en apparence accessoire, n'en faisait pas partie intégrante? Nous aurons donc à y revenir, mais seulement à la place qu'il convient de lui assigner.

II

Examinons d'abord la nouvelle méthode au point de vue de l'*efficacité.*

(1) Senenko, *Centralblatt für Chirurgie*, n° 25, p. 444, 22 juin 1889.

Certes, on ne saurait mettre en doute que les malades atteintes de lésions inflammatoires des annexes guérissent par le traitement indirect de la castration utérine; mais guérissent-elles mieux ou même aussi bien que par l'ablation directe des parties malades ? C'est surtout ici qu'il est important d'établir la distinction que j'ai formulée au début, et de remarquer que l'hystérectomie est appliquée d'une part aux suppurations pelviennes, d'autre part aux autres lésions non suppurées des trompes et des ovaires.

A. — *Efficacité de l'hystérectomie pour pyosalpinx et abcès pelviens.* — Mon excellent collègue Bouilly a déjà insisté avec raison sur les diverses catégories qu'il convient d'établir dans les suppurations des annexes, et il a distingué les petites collections, les grosses collections et les tumeurs à fistules multiples. Ces considérations de volume et d'ouverture spontanée me paraissent beaucoup moins importantes que la question d'adhérence de la poche. Au point de vue opératoire, j'établirai la classification suivante :

1° Poches libres;
2° Poches libres mais énucléables (fistuleuses ou non);
3° Poches très adhérentes non énucléables (avec ou sans fistule).

Par la laparotomie, il est possible d'enlever complètement les lésions dans les deux premières catégories qui comprennent l'immense majorité des cas. Par l'hystérectomie, on ne peut même pas constamment parvenir à enlever les poches entièrement libres ou très faiblement adhérentes, et, chez un très grand nombre de malades, on est obligé de se contenter d'ouvrir ou même d'abandonner à la déhiscence spontanée des poches fortement collées au bassin, qu'un laparotomiste exercé aurait certainement décortiquées. Il reste donc dans le ventre, après la guérison opératoire, des résidus de tissus pathologiques plus ou moins infectés. Une expérience, qui n'est pas encore de bien longue durée, semble, nous dit-on, avoir démontré que ces résidus sont résorbés, ou tout au moins tolérés. Mais qui oserait assurer que de pareils résultats sont définitifs, et que le *microbisme latent* ne se réveillera pas un jour dans ces débris de pyosalpinx comme on le voit renaître après des mois et des années dans de vieux séquestres invaginés ?

Je le répète, ces deux premières catégories de pyosalpinx à poche libre et à poche adhérente énucléable, constituent la presque totalité des cas que nous avons à traiter et dans ces cas-là la laparotomie est à la fois bénigne et toute-puissante. Il importe même de faire remarquer que la possibilité de tout enlever par la laparotomie se rencontre même chez des malades où, avant l'ouverture du ventre, on eût hésité à l'affirmer. J'ai plusieurs fois pu traiter ainsi des cas où l'utérus était complètement enclavé dans le petit bassin et où les culs-de-sac étaient entièrement remplis par des tumeurs donnant la sensation dite du *vagin de carton.* Dans certains de ces faits, il y avait une fistule dans le vagin ou dans le rectum. Après avoir ouvert le ventre, j'ai pu décortiquer les poches purulentes. Toutes ces malades ont guéri. Si l'on vient à pratiquer le toucher vaginal aussitôt après avoir énucléé les poches, on est tout surpris de retrouver les culs-de-sac entièrement souples, et l'on peut se convaincre que la sensation de dureté ligneuse, primitivement observée, était due au fait même de l'adhérence intime. Il y a là, en somme, un phénomène de *plastron vaginal* analogue au plastron abdominal. On ne doit donc nullement considérer *a priori* ces cas de pyosalpinx compliqués de pelvi-péritonite comme au-dessus des ressources de l'extirpation complète par l'abdomen et je suis surpris, je l'avoue, du pronostic excessivement grave que leur attribuent certains de mes collègues.

Reste, à la vérité, un certain nombre de faits d'*abcès pelviens* où l'extirpation de la poche est impossible, même lorsqu'on manœuvre à l'aise par l'ouverture abdominale; mais ils sont excessivement rares. J'en ai trouvé, en deux ans, 3 sur 39, et M. Bouilly 3 sur 30, ce qui fait une proportion de 1 sur 10. Or, toutes ces malades ont parfaitement guéri par la laparotomie après nettoyage de la poche, lavage et tamponnement iodoformé de Mikulicz. La guérison peut donc être obtenue par la laparotomie même dans ces cas difficiles, quoiqu'elle soit peut-être alors moins rapide et moins assurée. En outre, la laparotomie seule permettra de reconnaître avec certitude les poches énucléables de celles qui ne le sont pas.

On a beaucoup parlé des lésions incurables résultant d'*ouvertures fistuleuses*, qui ont transformé le plancher pelvien en une « éponge purulente ». Il y a là quelque exagération. Il ne faudrait pas se laisser abuser par une figure de rhétorique. Les fistules ouvertes, soit dans le rectum, soit dans le vagin, soit à l'abdomen, sont assurément une complication; mais elles sont beaucoup moins graves qu'on ne pourrait le penser *a priori.* Je les ai toujours vues se fermer spontanément après la laparotomie qui a permis, soit d'enlever en totalité le pyosalpinx, soit de nettoyer et de tamponner antiseptiquement l'abcès pelvien. J'ai l'habitude, lorsqu'il existe ainsi des fistules, de faire, après l'opération, le drainage du péritoine, alors même que toute la poche a été enlevée. Ce drainage, quoi qu'on en ait dit, est parfaitement efficace par la boutonnière abdominale, lorsqu'on se sert de gaze iodoformée qui attire les liquides par sa capillarité, à la manière d'une mèche de lampe. Lorsque des fistules persisteront après un pareil traitement, ce ne pourraient être que des fistules anciennes résultant d'une opération incomplète ou des fistules nouvelles provenant de l'infection des fils. Pour ces dernières, le seul traitement rationnel est d'aller à la recherche du fil infecté, au fond du trajet, par le curettage d'abord, puis par une incision. Pour les fistules entretenues par un ancien foyer juxtà-utérin incomplètement détergé, on pourra hésiter entre une laparotomie nouvelle, un débridement suivi de tamponnement par le vagin. Comme *ultima ratio*, j'admets enfin un large drainage par l'hystérectomie. Telle est même, à mes yeux, la seule indication de celle-ci; je la considère donc comme une dernière ressource pouvant être pratiquée *secondairement* après une laparotomie qui aurait donné un résultat incomplet. Je diffère en cela de mon collègue Bouilly, qui semble disposé à la pratiquer d'emblée dans les cas de pyosalpinx fistuleux. En effet, combien de fois n'est-il pas possible dans ces derniers, après la laparotomie, d'enlever la totalité des lésions, et d'assurer ainsi, bien mieux que par le traitement indirect, une guérison définitive? Consentir, comme M. Bouilly, à faire, même chez ces malades, l'hystérectomie d'emblée, c'est entre-bâiller une porte qui, je le crois, doit rester fermée, de peur qu'on n'y fasse passer trop de lésions, mieux guérissables autrement.

On ne doit pourtant pas se méprendre sur ma pensée. Certes, je ne conteste point qu'on ne puisse guérir les suppurations pelviennes par la méthode de M. Péan; mais il y a plusieurs manières d'amener la guérison d'une même maladie, et il faut toujours choisir la plus efficace et la moins grave. C'est ainsi qu'on peut guérir les métrites en amenant l'atrophie de l'utérus par la castration : ce traitement a été prôné en Amérique; je préfère pourtant le curettage aidé des opérations sur le col. On

peut aussi guérir le pyosalpinx par l'hystérectomie; je préfère l'ablation des trompes.

B. *Efficacité de l'hystérectomie pour les lésions inflammatoires non purulentes des annexes.* — Tout ce qui précède n'est relatif qu'à la moindre partie du débat. En réalité, c'est surtout contre d'autres lésions des annexes qu'on a pratiqué et qu'on pratiquera le plus souvent l'hystérectomie. Les hydro-salpinx, les hémato-salpinx, les ovarites kystiques, les petits kystes ligamentaires juxtà-utérins et jusqu'aux salpingites catarrhales avec dégénérescence scléro-kystique des ovaires, peuvent simuler à s'y méprendre la suppuration des trompes, pour peu qu'il s'y soit ajouté un certain degré de pelvi-péritonite ou périmétro-salpingite. C'est à toutes ces lésions indistinctement qu'on a appliqué l'hystérectomie.

Est-il besoin d'insister sur ce qu'une pareille pratique a de téméraire? Danger d'enlever l'utérus à une femme dont les annexes ne sont irrémédiablement malades que d'un côté; danger de laisser des trompes ou des ovaires malades adhérents aux parois pelviennes; telles sont les deux principales raisons qui me font repousser alors l'hystérectomie. Je sais bien que l'on prétend ne l'entreprendre jamais que lorsqu'on s'est assuré que la lésion est bilatérale; mais, même en supposant qu'un chirurgien, quelque exercé qu'il soit, n'est pas exposé à se tromper sur l'existence d'une double lésion, quel est celui qui pourrait oser préciser exactement sa nature? Il m'est arrivé de faire la laparotomie en croyant à une double salpingite kystique, et de me trouver en présence de lésions avancées d'une trompe, d'un côté, et de lésions très légères ou même nulles des annexes, de l'autre côté. De ce côté-là, la tuméfaction qu'avait révélée l'examen clinique était formée soit par un petit kyste du ligament large, soit simplement par une infiltration séreuse autour d'une salpingite catarrhale. J'ai pu alors me borner à enlever les annexes d'un côté seulement où la lésion le rendait nécessaire, respectant celle de l'autre côté, et conservant, par suite, à la femme sa fécondité.

La guérison est-elle plus définitive avec l'hystérectomie? On a insisté sur les douleurs qui subsistent après l'ablation des annexes. Cet accident ne se présente guère que lorsqu'on a enlevé des organes peu altérés chez des femmes nerveuses et dysménorrhéiques (opérations de Battey). Encore est-il de règle de voir l'amélioration se produire tardivement; j'en ai eu des exemples nombreux. Mais on peut affirmer que l'extirpation des annexes gravement altérées et en particulier suppurées, est toujours suivie d'une guérison complète lorsqu'elle a été accomplie avec une rigoureuse asepsie. Il serait presque permis de formuler cet aphorisme : une oophoro-salpingotomie donne des résultats d'autant plus complets qu'elle est pratiquée pour une lésion plus grave. Que peut-on opposer à ces résultats nombreux et précis, établis par une expérience de plusieurs années? — Quelques faits tout récents dont on se plaît à proclamer la guérison plus parfaite que les guérisons *complètes* dues à la laparotomie et un vain appel à l'avenir, sans valeur pour le présent.

Que dire de ce dernier reproche qui a été encore adressé à l'ablation des annexes, à savoir que cette opération laisse subsister la métrite avec ses inconvénients, leucorrhée, hémorrhagie? On a fort exagéré les accidents, en réalité très rares et qui disparaissent très vite par l'atrophie de l'utérus qui suit la castration. S'ils persistent, on en est du reste quitte pour pratiquer la petite opération supplémentaire du curettage. Je n'ai jamais été obligé d'y avoir recours que lorsque la lésion était notoirement blennorrhagique. Par contre, j'ai vu fréquemment une leucorrhée très abondante cesser d'emblée après l'ablation des annexes malades, comme si elle était uniquement entretenue par une sorte d'excitation réflexe. L'exemple le plus frappant que j'aie observé de ce fait provient d'une malade que j'ai soignée avec M. le professeur Fournier. L'écoulement purulent était chez elle d'une telle abondance qu'il paraissait impossible de ne pas l'attribuer à un pyosalpinx se vidant dans l'utérus. Les annexes, enlevées par la laparotomie, ne présentèrent pourtant pas trace de pus, et seulement une agglomération de kystes folliculaires des ovaires avec une salpingite parenchymateuse hypertrophique très adhérente. Le soir même de l'opération apparut, comme cela est fréquent en pareil cas, une légère métrorrhagie qui dura quatre jours. Au bout de ce temps, tout écoulement fut totalement supprimé.

III

La *gravité* de l'opération indirecte par le vagin est-elle moins grande que la gravité de l'ablation directe des lésions par la voie abdominale? Telle est la partie la plus importante du débat. C'est aussi la plus difficile à trancher.

Il y a deux manières de juger la question : le *raisonnement* et l'*expérience*. Certes on ne saurait attribuer une valeur prépondérante aux raisons théoriques; il est cependant impossible de ne pas les prendre en considération. En lisant le récit des opérations d'hystérectomies, et surtout en les voyant exécuter dans les cas fréquents où l'utérus ne s'abaisse pas, on ne peut s'empêcher d'établir un parallèle tout à l'avantage de la laparotomie. D'un côté, des manœuvres s'exécutant à l'aise, un large accès donné par l'ouverture abdominale vers les parties malades; le toucher pouvant toujours, au besoin, s'aider de la vue avec les ressources supplémentaires de la position déclive et de l'éviscération. De l'autre, des tâtonnements inévitables au fond d'une cavité étroite et profonde pour peu que l'utérus s'abaisse difficilement et que la femme présente un notable embonpoint; une hémostase toujours incertaine est livrée à la bonne fortune d'une première mise en place des pinces; le danger de ne pouvoir parvenir à atteindre les lésions lorsqu'elles sont placées trop haut ou trop en avant, et que le champ opératoire est encombré de pinces qu'on court le risque de déplacer.

Quoi qu'il en soit, le raisonnement doit céder le pas devant l'*expérience* représentée par la statistique.

Pour que celle-ci ait quelque valeur, il faut que les séries proviennent d'opérateurs ayant une compétence reconnue, et qu'elles portent sur un chiffre d'une certaine importance. Nous pouvons, à ce double titre, comparer les résultats obtenus par M. Bouilly et par M. Segond. Le premier sur 33 laparotomies *pour pyosalpinx* a eu quatre morts; le second, sur 23 hystérectomies *pour pyosalpinx et autres lésions des trompes et des ovaires*, a eu quatre morts. On le voit, la supériorité reste à la laparotomie, et elle s'accuserait bien davantage sans doute si M. Bouilly avait joint à ses pyosalpinx ses autres lésions ovario-tubaires, ou, inversement, si M. Segond avait éliminé ces dernières.

Enfin voici le résultat de ma propre expérience durant les deux dernières années. Du 1er février 1889 au 10 mars 1891, j'ai opéré 39 pyosalpinx et abcès pelviens; plusieurs de ces derniers étaient du nombre de ces pelvi-péritonites où MM. Segond et Reclus nous représentent le bassin comme une éponge purulente, une sorte de *noli me tangere* où l'on ne doit pas songer à la laparotomie. Sur ces 39 faits, j'ai eu 3 morts; encore 2 de ces cas malheureux sont-ils survenus coup sur coup récemment, si bien que si j'avais arrêté ma statistique

au 1er mars, j'aurais eu 37 succès et 1 seule mort. Toutes les guérisons ont été complètes et paraissent définitives. Si l'on compare ce résultat à ceux obtenus par M. Segond, on constate déjà leur supériorité. Mais elle s'affirme encore mieux, si, au lieu de me borner aux suppurations pelviennes, je réunis tous les faits de lésions inflammatoires des annexes traitées par la laparotomie et où, d'après la pratique de mon contradicteur, l'hystérectomie eût été infailliblement pratiquée. J'y joint, puisque l'ablation de l'utérus a été appliquée à ces cas-là, et serait même, d'après ses partisans, spécialement indiquée alors, les faits de simple ovarite scléro-kystique sans tumeur et où l'extirpation des annexes n'a eu pour but de combattre que la douleur ou la dysménorrhée. La liste ainsi complétée comprend les cas suivants, dans cette même période de vingt-cinq mois (que j'ai citée à la *Société de Chirurgie*).

Depuis le mois dernier où j'ai fait ma communication sur ce sujet à la Société de Chirurgie, j'ai opéré 3 pyosalpinx, 2 hémato-salpinx dont un suppuré et l'autre compliqué d'une énorme hématocèle, 2 ovarites polykystiques volumineuses et 1 ovarite scléro-kystique.

Salpingites parenchymateuses (1)............	19
Hydro-salpinx..............................	3
Hémato-salpinx.............................	3
Ovarites scléro-kystiques..................	12

Toutes ces opérations ont été suivies de guérison, à l'exception d'une seule. Il s'agissait d'un hémato-salpinx consécutif à une grossesse tubaire et compliquée d'hématocèle. L'utérus, très friable, avait été déchiré par la rupture des adhérences et j'avais dû terminer l'opération par l'hystérectomie abdominale.

En somme, en réunissant tous ces faits, on obtient pour une période de vingt-six mois 84 opérations avec 80 guérisons et 4 morts; et dans la grande majorité pourtant, on a eu affaire à des cas compliqués, où des adhérences très fortes fixaient les annexes malades. La proportion des guérisons surpasse de beaucoup celles qu'a obtenues M. Segond par l'hystérectomie pour sa série de faits analogues. Or il est plus scientifique, sinon aussi généreux, de tenir compte des résultats acquis que des résultats espérés.

Je viens d'envisager la *gravité du procédé* opératoire. Je désire maintenant dire quelques mots de la *gravité de la méthode* qui substitue d'une façon générale, dans la maladie des annexes, l'intervention indirecte par le vagin à l'intervention directe par la voie abdominale.

Il y a, je crois, un très gros danger à pousser dans cette direction les malades et les praticiens. La laparotomie est une opération de contrôle qui permet de rectifier à temps les incertitudes ou les erreurs du diagnostic. L'hystérectomie, par contre, est une opération de certitude, qui suppose l'infaillibilité du diagnostic. Ici point d'incision exploratrice; le premier coup de bistouri entraîne la perte fatale de la fécondité. Certes, je sais bien que ceux qui prônent actuellement une pareille méthode offrent par leur science et leur honorabilité les plus hautes garanties. Mais qu'il me soit permis d'indiquer, avec toute la réserve nécessaire, qu'il faut parfois compter, même dans notre profession, avec un certain nombre de personnalités peu instruites, ou insuffisamment scrupuleuses. Pour de tels opérateurs, la laparotomie offre toujours, heureusement, une condition très défavorable; elle comporte avec elle la confirmation du diagnostic ou tout au moins l'indication chirurgicale, et nécessite ce qu'on pourrait appeler l'*absolution opératoire*. Rien de pareil avec la nouvelle doctrine de l'hystérectomie appliquée aux salpingites; le vagin est un gouffre où s'enseveliront sans vérification et sans enseignement possibles les plus impardonnables erreurs. Puisse la vulgarisation de cette méthode, qui bénéficie déjà de l'engouement inhérent à toutes les nouveautés, ne pas multiplier les interventions graves et les mutilations irréparables faites par des opérateurs trop enhardis sur des femmes trop rassurées!

(1) Je donne ce nom aux salpingites interstitielles hypertrophiques, caractérisées par le grand épaississement des parois avec l'oblitération complète du pavillon. Tous ces faits me paraissent le reliquat d'anciens pyosalpinx : on trouve toujours ces trompes excessivement adhérentes aux parois pelviennes : l'ovaire, généralement fusionné avec elles, est polykystique. Le nom de salpingite catarrhale me paraît devoir être réservé aux trompes légèrement et récemment enflammées sans oblitération du pavillon.

IV

Le dernier avantage de l'hystérectomie que l'on a fait valoir est celui de l'*absence de difformité*. A vrai dire, quoiqu'on n'ait pas donné à cet argument le premier rang, il l'occupe dans les préoccupations du public. Il n'est certes pas de chirurgien qui consentît à sacrifier la sécurité à la beauté du ventre de sa malade; mais, il n'est presque pas de femmes qui ne fassent le raisonnement inverse; aussi de quel poids n'est pas auprès d'elles cet argument purement plastique!

Réduisons-le d'abord à ses véritables proportions. Il ne s'agit point ici d'une longue incision du ventre analogue à celle qui succède à la laparotomie pour une grosse tumeur, kyste de l'ovaire ou corps fibreux. La section que l'immense majorité des chirurgiens pratique actuellement, à l'exemple de Lawson Tait, est toute petite, juste suffisante pour laisser passer la main, et après la guérison la ligne cicatricielle n'excède pas celle d'une incision d'abcès ou d'une ligature d'artère. L'immense majorité de mes cicatrices pour pyosalpinx, a de 5 à 7 centimètres, et pas une dépasse 9 centimètres. Elle présente 7 centim. dans un cas où j'ai été obligé de sortir de l'abdomen l'S iliaque adhérente au pyosalpinx et de la disséquer sur un lit de compresses, aux ciseaux et au thermo-cautère (1). De plus, si l'on prend soin de suturer par étages les plans abdominaux suivant le procédé que j'ai le premier préconisé, il y a plus de quatre ans, on obtient une cicatrice absolument linéaire et résistante qui dispense du port ultérieur d'une ceinture; on n'a à craindre avec elle ni éventration, ni entéroptose. L'importance chirurgicale de la cicatrice est alors tout à fait hors de cause, et au point de vue esthétique on ne saurait véritablement pas prononcer ici le mot de *difformité*.

Cherchons uniquement à établir quelle est l'opération la meilleure. Le jour où il sera démontré, comme je le crois, que l'hystérectomie est plus dangereuse et moins efficace que la laparotomie dans le traitement des maladies des annexes, il n'est sûrement pas un de nous qui mette ces considérations capitales en balance avec une question de coquetterie.

Traitement des tuberculoses ganglionnaires par les injections d'huile créosotée à haute dose,

par M. Burlureaux, professeur agrégé au Val-de-Grâce.

Nous avons présenté à la dernière séance de la Société française de dermatologie (2) un appareil permettant de faire facilement et sans danger des injections hypodermiques de doses considérables d'huile, soit simple, soit créo-

(1) La nommée Four... (Thérèse), opérée à Pascal le 28 février 1891. J'ai montré cette femme avec une série d'autres opérées, au dernier Congrès de chirurgie.

(2) Voir *Mercredi médical*, 25 mars 1891, p. 132.

sotée. Cet appareil porte notre nom associé à celui de notre collaborateur le Dr Guerder : nous avons dit toute la part qui revenait à M. le Dr Gimbert de Cannes dans la méthode qui devrait porter son nom.

Nous avons relaté avec détails, dans cette même communication, les effets locaux des injections d'huile, leur indolence quand l'opération est conduite avec la lenteur voulue et leur innocuité absolue quand la préparation de créosote est irréprochable. Nous voulons aujourd'hui en indiquer l'action thérapeutique dans la tuberculose ganglionnaire. Déjà en 1889 nous avions signalé, dans un travail sur les maladies contagieuses du soldat qui nous a valu *ex æquo* le prix de médecine militaire (1), les bons effets de la créosote à haute dose injectée sous la peau. Nous l'avons employée, disions-nous, « dans 3 cas, où les adénites du cou étaient si volumineuses et si profondes, qu'elles avaient fait reculer des chirurgiens hardis devant l'intervention radicale, et les 3 malades se sont très bien trouvés du traitement sous-cutané. » Actuellement, nos études datent de 2 ans, et nous sommes de plus en plus convaincu de l'efficacité de la méthode : aux trois observations ci-dessus mentionnées, nous pourrions en ajouter 5 autres, non moins démonstratives, que l'on peut ainsi résumer. Des adultes, atteints d'adénites du cou trop volumineuses pour que l'intervention chirurgicale soit à conseiller, peuvent être en 2 mois, en moyenne, débarrassés de leurs adénites, sans suppuration et sans accidents.

Citons à titre d'exemple les trois observations suivantes.

Un de nos malades, détenu de la prison de Bicêtre et que MM. Legroux, Gimbert, Bouchard et Barthélemy ont successivement vu dans notre service, a pu être débarrassé d'adénites cervicales volumineuses après un traitement de 6 mois; il a consommé par la peau 4 kilogrammes 200 d'huile créosotée, a engraissé de 4 kilos 500, tout en étant soumis à des conditions hygiéniques peu favorables.

Un jeune homme vient me voir le 4 janvier, porteur d'adénites cervicales multiples, datant de 2 mois et assez développées pour que le médecin de l'école de Châlons, à laquelle il appartient, ait cru devoir le renvoyer dans sa famille. L'état général est bon : je le soumets pendant un mois et demi à l'hygiène la plus scrupuleuse, à la suralimentation, à l'huile de morue, aux bains sulfureux, et je n'obtiens aucun résultat utile. Je me décide alors à prier M. le Dr Guerder de vouloir bien le soumettre aux injections d'huile créosotée, et dès la neuvième injection, c'est-à-dire dès le neuvième jour du traitement, on pouvait constater une diminution de moitié du volume des ganglions.

Aujourd'hui, après avoir fait 25 injections, on peut constater que les ganglions ont presque disparu, et que ceux qui sont encore perceptibles sont facilement isolables et ne sont plus entourés de cette gangue, qui, au début, les unissait les uns aux autres, pour former une masse continue. L'état général du jeune homme n'a pas non plus périclité; son appétit déjà bon s'est exagéré ; ses forces ont encore augmenté ainsi que son poids. En décembre 1890, il était de 153 livres ; au moment où nous avons commencé le traitement créosoté, il était descendu à 144, et le voici remonté à 161.

Notons qu'il n'a pas eu un seul jour de fièvre ; que les injections ne l'ont jamais empêché de faire les grandes promenades que nous lui prescrivions. En résumé, 83 grammes de créosote, incorporés à 1165 grammes d'huile, donnés en 25 injections, ont eu plus d'efficacité que ne l'auraient eu, dans le même espace de temps, les interventions chirurgicales les plus hardies, ou l'usage des bains de mer, ou même des eaux de Salies-de-Béarn.

Un autre malade est un garde républicain qui, à la suite d'une otite chronique, a vu apparaître, au milieu de février 1890, une tumeur sur le côté droit du cou, dont nous avons pu apprécier l'augmentation rapide. Le 6 mars, elle était considérable, ainsi que le représente la photographie ci-jointe ; elle était évidemment formée par un paquet ganglionnaire énorme, qu'aucun chirurgien n'aurait osé aborder ; son évolution rapide pouvait faire craindre, d'autre part, une suppuration à brève échéance. En tout cas, tout porte à croire qu'elle était destinée à avoir une régression des plus lentes. Or, un traitement de 22 jours a suffi pour la faire presque disparaître ; on peut en effet actuellement constater : 1° qu'il n'y a plus de saillie appréciable à la vue ; 2° que le palper permet d'isoler trois ganglions, nettement circonscrits, peu volumineux, non douloureux ; que toute gangue circonvoisine a disparu. Or cet homme a pris en 22 jours, par la peau, 1130 grammes d'huile créosotée, c'est-à-dire 75 grammes de créosote parfaitement pure, soit 3 gr.4 par jour ; notons qu'il n'a jamais eu le moindre accident, pas de fièvre, jamais d'urines noires, et qu'il a pu constater lui-même une telle amélioration, dès les premières injections, qu'il a retardé spontanément le départ pour un congé de convalescence qui lui était proposé, enfin qu'il a supporté sans la moindre récrimination les petits inconvénients inséparables de toute intervention, c'est-à-dire, dans l'espèce, la longue durée de la piqûre, et les légères douleurs qu'elle occasionne quand l'injection est faite trop vite. Le poids de ce malade a augmenté de 6 livres.

Nous n'avons pas d'observations relatives à d'autres tuberculoses superficielles, et nous serions très désireux de voir la méthode expérimentée chez les malades atteints de lupus.

(1) *Arch. de méd. et de pharm. militaires*, avril 1890.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Astasie et abasie (Astasia and abasia with the presentation of a case), par Hammond (*Medical Record*, 28 février 1891, p. 261). — Une femme sans hérédité nerveuse ni antécédents hystériques, ayant toutefois présenté quelques accès d'aphonie passagère, est prise d'une affection ainsi caractérisée. Au lit elle peut exécuter tous les mouvements possibles, mais dès qu'elle est levée on remarque qu'en marchant, elle met toujours le pied gauche en avant, tirant le pied droit après. Lui dit-on de placer le pied droit le premier, tout son corps pivote autour de ce pied, et après une révolution complète elle tombe à terre. En même temps le corps présente des alternatives de flexion et d'extension du bassin sur les cuisses. Assise ou couchée, elle peut mouvoir normalement les deux jambes bien qu'un plus grand effort lui soit nécessaire pour mouvoir le membre droit. Réflexes normaux, sensibilité, et réactions électriques normales. Dans la marche à 4 pattes les mêmes phénomènes se produisent. L'auteur pense qu'il s'agit du syndrome décrit par Blocq sous le nom d'astasie-abasie : mais il croit que trois observations seulement en ont été publiées après le mémoire de cet auteur. Or, les cas de ce genre rassemblés dans la thèse récente de Cahen sont au nombre de 40. De plus, M. Hammond critique la comparaison proposée par Blocq avec l'agraphie, se basant sur ce que l'agraphie n'est pas influencée par la position ; mais la notion de position si importante pour l'abasie n'a rien à faire avec l'agraphie ; il n'en reste pas moins exact qu'il s'agit dans les deux cas de la perte d'une fonction. Pour M. Hammond, enfin, il s'agissait de perte du sens musculaire : toutefois on ne s'expliquerait pas alors que le sens musculaire perdu pour

la marche normale réapparaisse pour d'autres modes de progression.

Note sur un cas de polynévrite infectieuse aiguë, par Havage (*Revue de médecine*, 1891, n° 2, p. 138). — Polynévrite infectieuse aiguë de cause indéterminée, peut-être grippale, début par une période de fièvre et de phénomènes généraux mal caractérisés, avec prédominance de la rachialgie; paralysie envahissant les quatre membres, les extenseurs du tronc, les muscles de la face, et un muscle oculo-moteur; albuminurie aiguë, marche rapide, guérison.

Aphasie sensorielle. Cécité des mots avec hémianopsie (A case of sensory aphasia. Word-blindness with hemianopsia), par Osler. (*American journal of the medical sciences*, mars 1891, p. 219). — Ce cas est intéressant, par l'association de la cécité des mots avec une lésion de la région pariéto-temporale, par la paraphasie qui accompagne cette altération, par l'existence de l'hémianopsie homonyme droite. Il s'agit d'un homme de 72 ans, non syphilitique, qui s'aperçut tout à coup qu'il ne pouvait plus lire son journal. A l'examen on constate une cécité des mots complète : le malade n'est pas agraphique, il peut très bien écrire, mais n'arrive pas à lire ce qu'il a écrit. Il existe en même temps de la paraphasie, et une hémianopsie droite homonyme. Ultérieurement survient une monoplégie brachiale droite, avec parésie du membre inférieur du même côté et déviation de la tête à gauche. A l'autopsie, on constate un ramollissement siégeant dans l'hémisphère gauche et occupant les circonvolutions supramarginales et la circonvolution angulaire (pli courbe), la partie postérieure de la première et de la deuxième temporales, ainsi que les deux circonvolutions adjacentes qui unissent la première temporale au lobe pariétal. Le ramollissement gagne le centre ovale sous-jacent jusqu'au ventricule latéral. La substance grise et blanche du lobe occipital est intacte.

MÉDECINE

Le charbon des poules (contribution à l'étude de l'immunité), par K. Wagner (de Saint-Pétersbourg), (*Annales de l'Intitut Pasteur*, 1890, n° 10). — Wagner a étudié sur des poules les conditions d'immunité contre le charbon.

On sait que, dans les conditions ordinaires, les poules ne contractent pas le charbon. Mais l'organisme de l'animal ne constitue pas un milieu impropre au développement des bacilles. En examinant à des intervalles rapprochés des fils chargés de spores ou les cultures de bactéridies charbonneuses introduites dans la chambre antérieure de l'œil, ou dans le tissu cellulaire sous-cutané ou dans le sang (procédé d'ensemencement des organes), on trouve que les bacilles ont conservé leur virulence pendant un certain temps (12 à 24 heures) et se sont bien développés. Seulement, à partir du moment où les leucocytes s'accumulent en nombre suffisant au point d'inoculation, la multiplication des bactéries s'arrête, le nombre de celles qui ont atteint un développement complet diminue, tandis que celui des phagocytes contenant des bacilles augmente jusqu'à disparition des bactéridies. Il en résulte que, dans les conditions normales, l'immunité des poules contre le charbon repose sur l'activité fonctionnelle des leucocytes qui arrivent à détruire les bactéridies introduites dans l'organisme.

Mais chez les poules réfrigérées artificiellement soit par l'immersion dans l'eau froide, soit par l'administration des antipyrétiques, de l'antipyrine par exemple, l'activité fonctionnelle des leucocytes est diminuée d'une façon considérable. L'émigration des phagocytes aux points d'inoculation est entravée, la phagocytose moins intense, de sorte que les bacilles se développent en grand nombre et arrivent à envahir l'organisme. L'abaissement de la température en lui-même ne joue pas de rôle important, car les mêmes résultats peuvent être obtenus par l'administration du chloral qui, tout en entravant l'activité des leucocytes, n'abaisse pas la température de la poule.

En se basant sur ses expériences (46 poules), Wagner arrive à la conclusion que la poule peut être atteinte de charbon et succomber lorsqu'elle est privée du concours salutaire des leucocytes.

De l'influence de la quinine sur la formation du tissu de granulations, par V. J. Sokoloff (*Bolnitchnaïa Gazetta Botkina*, 1891, n° 6, p. 153 et n° 7-8, p. 189). — Les recherches de l'auteur se rapportent à l'action de la quinine introduite dans l'organisme de l'animal (injection dans le voisinage de la plaie) ou en application locale (morceau de sureau imbibé de quinine placé sous la plaie cutanée). Les résultats obtenus (chez les lapins) sont identiques dans les deux cas. Les muscles blessés et dans le voisinage de la plaie ne subissent pas la dégénérescence vitreuse, ni la nécrose de coagulation. On ne remarque pas de cellules polynucléaires (cellules du pus), mais seulement des cellules mononucléaires. Les figures karyokinétiques se montrent plus rapidement (dès le 2e jour) que dans les expériences de contrôle, mais en revanche disparaissent aussi plus avant, les filaments de chromatine sont moins nombreux, mais plus épais. Les cellules des granulations sont en masse plus compacte que dans le tissu cicatriciel des animaux qui ne recevaient pas de quinine. L'auteur attribue l'influence favorable de la quinine sur la régénération des tissus à son action antiseptique et antiphlogistique (diminution du nombre des leucocytes émigrés hors des vaisseaux).

CHIRURGIE

Epilepsie traumatique (Case of traumatic epilepsy; trephining; recovery; remarks), par Cant (*Lancet*, 7 mars 1891, p. 542). — C. C..., 34 ans, avait reçu un coup de pied de cheval sur la tempe et la joue droites; il n'y eut pas de fracture. Le malade guérit très bien de sa plaie, mais au bout de peu de jours, il demanda à être de nouveau admis à l'hôpital parce qu'il présentait des attaques épileptiformes. Il paraissait du reste en bonne santé, n'avait point de paralysies et avait ses réflexes conservés. Il eut bientôt de 7 à 8 attaques par jour. Le 29 octobre le malade perdit connaissance plusieurs heures de suite. Toutes les précautions antiseptiques étant prises, on appliqua une couronne de trépan en arrière de la suture coronale; à l'ouverture de la dure-mère une grande quantité de liquide s'échappa; on enfonça une aiguille dans le cerveau, en prévision du cas où une collection purulente ou autre s'y fût formée; mais on ne trouva rien. Guérison complète, disparition des attaques.

Cet exemple prouve qu'il est utile d'opérer dans le cas d'épilepsie traumatique.

Ovarites et salpingites (Conservative treatment of adherent but functionally active ovaries and Fallopian tubes), par Butter-Smythe (*The Lancet*, 21 février 1891, p. 424). — Dans bon nombre de cas, à l'ouverture de l'abdomen, on trouve que les ovaires ou les trompes ne sont que partiellement adhérents et ne sont pas autrement malades; souvent en effet c'est l'adhérence seule qui provoque des douleurs. Dans ce cas pourquoi pratiquer l'ablation de ces organes ? La destruction des adhérences suffit pour guérir la malade. L'auteur donne trois observations où cette pratique a réussi.

Hernie cérébrale (A case of hernia cerebri accompanied by motor paralysis; partial recovery), par Creagh (*The Lancet*, 21 février 1891, p. 423). — Un jeune Hottentot, âgé de 17 ans, fut amené avec une fracture comminutive du pariétal gauche. On retira 12 fragments osseux formant ensemble par leur absence une ouverture de 6 cm. sur 3 cm. La dure-mère était déchirée et la substance corticale du cerveau faisait hernie. Ligature d'une branche de la méningée. On ramène le péricrâne et la peau sur la plaie sans la suturer; pansement phéniqué. On renouvelle les pansements chaque jour : au bout de 2 jours, on constate une abolition totale des mouvements volontaires dans le bras droit et la jambe du même côté. La lésion cérébrale était sur une perpendiculaire au conduit auditif externe et à 12 cm. de ce dernier. La lésion cérébrale correspond à la partie postérieure de la circonvolution frontale supérieure, à la partie supérieure de la frontale ascendante, de la pariétale ascendante, et à une partie des circonvolutions pariétales supérieures. Cet ensemble correspond au centre des mouvements des membres du côté droit. L'état général du patient est adynamique et le malade n'exprime que très difficilement ses idées. Plus tard survinrent des convulsions épileptiformes; puis de la paralysie du sphincter anal. On enleva alors un peu de substance cérébrale gangrenée. Amélioration du sujet. Le lendemain on constate à travers la plaie une hernie cérébrale de la grosseur d'une

noix; puis elle augmente et est de la grosseur d'un œuf de poule; il y a une hémiplégie droite; la hernie cérébrale augmente encore; œdème oculaire. On traite cette tumeur par la compression: elle diminue graduellement; l'hémiplégie disparaît partiellement.

Cure radicale du varicocèle (On the effect of the division of certain constituents of the spermatic cord in the radical cure of varicocele and other operations upon the vitality of the testicle), par Bennett (*Lancet*, 7 mars 1891, p. 532). — Dans la *Lancet* du 9 février 1889 (p. 261), l'auteur a indiqué une nouvelle méthode pour l'opération du varicocèle. Un point essentiel de l'opération est le suivant : les tissus du scrotum étant incisés, on applique deux ligatures sur le paquet de tissu cellulaire qui contient le plexus veineux spermatique, après toutefois avoir écarté le canal déférent, puis on coupe entre les deux ligatures. Or on enseigne d'ordinaire que dans une telle opération l'artère spermatique est réclinée avec le canal déférent et échappe ainsi à la section qui ne porte que sur le canal déférent. D'après M. Bennett, il n'en est rien; l'artère est toujours comprise dans les ligatures et par suite toujours sectionnée. Lorsque en effet on récline en dehors le canal déférent, l'artère n'est point déplacée et ne suit point ce dernier; elle demeure, au contraire, au contact du plexus veineux, ou même, ce qui est fréquent dans le cas de varicocèle, au sein même de ce plexus.

On admet généralement que la division de l'artère spermatique entraîne la gangrène du testicule. M. Bennett soutient qu'il n'en est rien et cite plusieurs observations qui prouvent que, l'artère spermatique étant sectionnée, le rameau funiculaire de l'épigastrique suffit encore à l'apport du sang. Il est probable que l'idée erronée qui avait cours à ce sujet provient de ce qu'avant l'antisepsie on a, par défaut de propreté, eu plusieurs cas de gangrène du testicule.

BIBLIOGRAPHIE

Traité descriptif des maladies de la peau. Symptomatologie et anatomie pathologique, par MM. le Dr Henri Leloir et Emile Vidal. 3e livraison, G. Masson, éditeur.

La troisième livraison du magnifique ouvrage de MM. Leloir et Vidal est des plus importantes. Elle contient la description de l'érythème desquamatif scarlatiniforme récidivant, auquel les auteurs donnent le nom de dermatite scarlatiniforme généralisée récidivante, de la dermatobia noxialis, de la dermatolysie, des dermatoneuroses, de la dermatite herpétiforme de Duhring à laquelle ils donnent le nom de dermatose herpétiforme récidivante, des variétés infantiles de cette affection qui s'observent dans l'enfance et dans la grossesse, de l'ecthyma et de l'eczéma.

Ce sont surtout ces deux derniers articles que nous recommandons à l'attention des dermatologistes. Le chapitre de l'ecthyma est une monographie des plus complètes et des plus savantes de cette dermatose. Dans celui de l'eczéma, les auteurs, comme nous l'avions déjà fait nous-même dans notre ouvrage sur le traitement des maladies de la peau, tendent à s'affranchir de l'influence allemande pour en revenir à une conception plus clinique et plus médicale de cette maladie. Ils en séparent avec nous les dermites artificielles eczématiformes, la dysidrose, l'ecthyma, l'impetigo, le lichen de Willan et Bateman, les dermites parasitaires eczématiformes. Ils décrivent l'eczéma séborrhéique d'après Unna, et, malgré quelques réserves, acceptent sa conception de cette forme morbide.

Les planches qui sont annexées à ce fascicule comprennent de superbes coupes d'érythème polymorphe, de nombreuses préparations de favus de toute beauté, enfin l'histologie complète des périfolliculites suppurées en placards, et celle de la folliculite des rattacheurs.

Ce troisième fascicule continue donc dignement la série si brillamment commencée par les deux premiers : en voyant le soin minutieux que les auteurs et l'éditeur apportent à cette publication, on comprend qu'elle ne puisse guère être plus rapide, je ne saurais cependant m'empêcher de répéter que les dermatologistes appellent de tous leurs vœux la prompte terminaison de cet ouvrage capital.

L. Brocq.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

De la tuberculose chirurgicale. Suites immédiates et éloignées de l'intervention. Traitement pré et post-opératoire, par le Dr P. Thiéry, prosecteur à la Faculté.

Du travail de M. Thiéry appuyé sur plus de 200 observations personnelles il résulte que les affections tuberculeuses chirurgicales qui sont d'une fréquence extrême, ne sont en réalité que des localisations périphériques d'une infection générale.

Ces tuberculeux n'ayant pas de tendance à guérir spontanément, il faut opérer. Les *suites immédiates* des interventions sont bonnes et d'autant meilleures que l'opération est complète, que la lésion est de date récente, qu'il n'y a pas encore tuberculose pulmonaire. Le siège de la lésion et la nature de l'intervention étudiés pour chaque catégorie de lésions influent sur la valeur du résultat. On ne doit pas faire d'opérations incomplètes; les suites immédiates sont grevées d'accidents, tels que récidive immédiate, aggravation de lésions pulmonaires antérieures, méningite tuberculeuse, généralisation. Les *suites éloignées* sont beaucoup moins bonnes, les succès thérapeutiques rares, l'amélioration de l'état général passagère, la guérison des lésions pulmonaires exceptionnelle.

L'échec thérapeutique, la récidive locale, circonvoisine, ascendante ou à distance, aggravation ou reprise ou apparition d'accidents pulmonaires, sont à craindre.

Ces suites éloignées varient suivant qu'il y a lésions pulmonaires, suivant le siège, la variété de chaque lésion, suivant l'opération choisie : il y a pour chaque variété une opération de choix.

L'abortion de la tuberculose par l'excision de la localisation primitive est une exception, si même elle existe.

Les lésions pulmonaires qui existent à l'opération aggravent le pronostic sans contre-indiquer l'intervention, si elles ne sont pas d'un degré avancé.

Il y a lieu d'instituer un traitement pré-opératoire et post-opératoire qui doivent s'adresser à la désinfection du foyer local et à la stérilisation de l'organisme; ce traitement consiste dans l'administration intus et extra de l'iodoforme et dans l'émigration des opérés à la campagne et à la mer.

Nous ne pouvons qu'indiquer les principaux points de ce travail, dont chacun est longuement traité dans un chapitre spécial.

VARIÉTÉS

Association des médecins de la Seine. — L'assemblée générale annuelle de l'Association des médecins de la Seine aura lieu dimanche prochain 19 avril à deux heures, dans le grand amphithéâtre de la Faculté, sous la présidence de M. Brouardel.

Ordre du jour : Lecture du compte-rendu de l'année 1890 par M. Barth, secrétaire général.

Elections d'un président et deux vice-présidents.

Tirage au sort des membres de la Commission générale.

Hôpital Tenon. — M. Richelot, chirurgien de l'hôpital Tenon, commencera des conférences de clinique chirurgicale et de gynécologie le lundi 20 avril 1891, à 10 heures, salle Richard Wallace, et les continuera les lundis suivants à la même heure.

Hôpital Saint-Louis. — Service de M. Ernest Besnier. — Pendant les mois d'avril, mai, juin. — *Lundi*, 9 h. 1/4, Salle et Laboratoire Alibert, clinique dermatologique et syphiligraphique. — *Mardi*, 9 h., Laboratoire Alibert, Policlinique : opérations dermatologiques (Lupus, Acnés, etc.). — *Mercredi*, 9 h. Laboratoire Alibert, Policlinique : Maladies du système pilaire; Dermatophyties. — *Vendredi*, 8 h. 1/2, Consultations externes.

Livres déposés au Bureau du Journal

Traité de l'anémie par insuffisance de l'hématose, par le Dr E. Maurel, professeur à l'Ecole de médecine de Toulouse. Librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon, Paris. Un volume in-8° de 350 pages avec figures. Prix : 7 fr.

Recherches expérimentales sur les leucocytes, par le Dr E. Maurel. Librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon, Paris. Deuxième fascicule, in-8° de 135 pages, avec figures. Prix 3 fr. Paru précédemment : le 1er fascicule, in-8°. Prix : 2 fr. 50

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Imp. des Arts et Manufactures, 12 rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES SAMEDIS ET PUBLIANT TOUS LES MERCREDIS

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

RÉDACTEUR EN CHEF : Dr L. LEREBOULLET. — SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION : Dr A. BROCA.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Paris, le 24 avril 1891.

Traitement des suppurations pelviennes par l'hystérectomie vaginale préliminaire.

L'article que contenait le dernier numéro de la *Gazette hebdomadaire* est d'une argumentation trop solide, il émane d'une plume trop autorisée pour que nous ne sentions pas la nécessité d'y répondre. Aussi demandons-nous aux lecteurs de revenir sur ce sujet, tout actuel d'ailleurs et d'une utilité pratique incontestable.

I

Les suppurations pelviennes ne se présentent pas sous un type unique : il en existe de nombreuses variétés qui peuvent exiger une thérapeutique différente. Aussi était-il nécessaire d'établir une division, et dans la discussion récente de la Société de chirurgie chacun a apporté la sienne. Mais ces classifications se valent et j'accepte, pour plus de simplicité, celle que nous propose M. Pozzi. Avec lui donc je considérerai trois cas : les annexes enflammées sont très adhérentes et non énucléables; elles sont adhérentes mais encore énucléables; elles sont libres ou du moins très peu adhérentes aux parois et aux organes du petit bassin.

Pour la première catégorie de faits, lorsque les trompes et l'ovaire enflammés ont provoqué, dans les feuillets péritonéaux voisins, la formation de néomembranes épaisses qui les agglomèrent en une masse indistincte creusée de cavités purulentes, l'accord est unanime : tous les orateurs de la Société de chirurgie ont déclaré que l'opération de choix est l'hystérectomie vaginale préliminaire, et, parmi eux, M. Bouilly, dont on connaît l'expérience et la prudence, a été très catégorique sur ce point. Pour notre part, nous déclarerions volontiers que, dans ces cas extrêmes, il n'y a pas de parallèle à établir, pas de balance à faire entre diverses interventions de valeur à peu près égale, il n'y a qu'une opération possible : l'hystérectomie.

Si M. Pozzi, seul parmi nous, tient encore pour l'extirpation ou, à son défaut, pour l'ouverture large des collections purulentes et leur drainage à la Mikulicz, c'est, je m'imagine, que, malgré sa pratique fort étendue, il n'a pas vu encore ces « pachypelvipéritonites » auxquelles nous faisons allusion. Nous en avons observé quatre et leur souvenir, qui me hantait, a décidé de ma conversion immédiate dès que la technique de Péan m'a été révélée par la pratique de mon ami Paul Segond. J'avais essayé de l'extirpation, de la large ouverture et du drainage que préconise M. Pozzi, et notre échec fut complet, puisque, de nos quatre opérées, une seule a survécu et encore avec une fistule intarissable sur la ligne blanche, au-dessus du pubis; les trois autres sont mortes, l'une de l'opération, les deux autres des suppurations prolongées que mon intervention n'avait pu tarir.

Je ne reviendrai pas sur ces faits que j'ai déjà communiqués à la Société de Chirurgie; je rappellerai seulement que, dans un cas, je pratiquai l'extirpation des annexes après avoir ouvert cinq ou six poches purulentes énormes; les ovaires et les trompes furent bien amenés au dehors, mais au prix de déchirures assez étendues de leurs parois friables; un saignement continu, une hémorrhagie inquiétante survint et pour l'étancher il fallut avoir recours non à un drainage, mais plutôt à un tamponnement véritable à la gaze iodoformée; au troisième jour, notre opérée était morte. Dans les trois autres cas, on ne pouvait même songer à tenter l'extirpation : des fausses membranes, épaisses en certains points de plus de trois centimètres, englobaient les annexes et doublaient les anses intestinales d'une couche rigide. Les cloisons, qui séparaient les diverses poches, furent détruites et la cavité unique fut désinfectée et drainée. Mais il restait un large cloaque que ne put remplir la poussée des intestins immobilisés par leur blindage de néomembranes; la suppuration recommença bientôt et sa persistance provoqua, chez deux de nos malades, des dégénérescences amyloïdes des reins et du foie.

Certes la mort n'est pas toujours la conséquence de ces interventions, — insuffisantes lorsqu'elles ne sont pas dangereuses, — et nous avons dit qu'une de nos laparotomisées vivait encore malgré sa fistule persistante. Il est même des cas moins graves, sans doute, à poches purulentes moins volumineuses, à fausses membranes moins épaisses, où la cicatrisation complète peut être obtenue par l'ouverture large et le drainage iodoformé. Pozzi et Bouilly nous disent en avoir guéri chacun trois par cette méthode, mais, outre que ces cas n'avaient pas, nous osons l'affirmer, l'étendue et la gravité des nôtres, qu'ils n'étaient pas vraiment incurables comme nos vieilles pachypéritonéo-salpingites, la guérison a dû être bien précaire ou obtenue bien lentement pour que Bouilly trouve que, en pareille occurrence, l'hystérectomie eût été préférable.

En vérité, elle doit l'être! Les collections purulentes du petit bassin ont, pour centre, l'utérus; à droite et à gauche on peut trouver les trompes et les ovaires abcédés, en arrière le cul-de-sac de Douglas distendu, au-dessus des poches qui soulèvent les intestins protégés par l'épaisseur des néo-membranes. Lorsque, par le morcellement, l'utérus est enlevé, on a, pour ainsi dire, fait disparaître la clef de voûte et toute la substruction s'écroule; pour prendre une autre image, chère, dit-on, au promoteur de la méthode, on retire « la bonde » qui ferme toutes les collections; elles se vident et les poches tendent à revenir sur elles-mêmes par rétraction inodulaire ou sous la poussée incessante des intestins. Il se peut que l'extirpation de la matrice n'ait pas ouvert toutes les cavités, mais si quelque foyer échappe au doigt du chirurgien, la déhiscence spontanée ne tarde pas à survenir et assure la guérison.

Les pachy-pelvi-péritonites ne sont pas les seules variétés de lésions où l'hystérectomie se présente comme l'opération nécessaire : certaines salpingites scléreuses, où les annexes, petites, sont perdues dans une coulée plastique, adhèrent intimement à l'utérus et aux ligaments larges dont on ne saurait les séparer. Bouilly, je crois, a justement insisté sur cette forme où la laparotomie resterait impuissante et qui est justiciable de la seule hystérectomie. Je viens de me trouver en présence d'un cas de ce genre, et, bien que certaines circonstances spéciales, la grande étroitesse du vagin, la friabilité de l'utérus, son immobilité dans le petit bassin, l'impossibilité de l'abaisser vers la vulve aient rendu l'opération fort difficile, nous avons obtenu un remarquable succès. En dix jours la guérison était effectuée, sans que nous ayons eu à noter le plus léger incident.

Il s'agit d'une jeune femme déjà laparotomisée, il y a un an, pour une collection pelvienne consécutive à une fausse-couche de deux mois; le pus avait été évacué et la guérison paraissait acquise, lorsque des douleurs intenses reparurent, et une tuméfaction notable à droite et à gauche de l'utérus. La bilatérabilité indiscutable des lésions, leur ancienneté, l'immobilité de la matrice preuve évidente de l'existence d'adhérences vieilles et solides, me firent opter pour l'hystérectomie. Lorsque je dégageai le fond de l'organe après le morcellement, une poche assez volumineuse vida son pus dans le vagin; j'essayai alors d'énucléer l'ovaire et la trompe dont je voyais les extrémités saisies par les pinces qui étreignaient le ligament large; mais toutes nos tentatives furent vaines, car le tissu scléreux des organes faisait corps avec celui des néo-membranes. Pourquoi d'ailleurs eussions-nous insisté? la cavité purulente avait été ouverte et les annexes privées de leurs vaisseaux nourriciers et de leurs nerfs ne pouvaient plus que s'atrophier rapidement.

En résumé, nous pensons que dans ces cas, dans ces ovaro-salpingites scléreuses, adhérentes à l'utérus et aux ligaments larges avec lesquels elles font corps, la seule opération possible est l'hystérectomie vaginale; si elle n'enlève pas toujours les annexes malades, elle en détruit du moins les nerfs et les vaisseaux et provoque l'atrophie certaine de l'organe. Même intervention pour les pachy-pelvi-péritonites à suppurations diffuses : ouvrir et drainer les cavités purulentes est une méthode vraiment trop illusoire, essayer d'extirper les néo-membranes est trop dangereux; aussi recourra-t-on d'emblée à l'hystérectomie dont les états de services, dans cette variété de suppurations pelviennes, sont déjà assez beaux pour qu'on rejette le programme vraiment trop compliqué de M. Pozzi : la laparotomie d'abord et puis, en cas d'échec et « comme dernière ressource », l'hystérectomie vaginale. Pourquoi s'exposer à faire deux opérations, puisque l'expérience a démontré qu'une seule était suffisante?

II

Jusqu'ici aucune objection précise n'est encore formulée contre l'hystérectomie vaginale; la grande majorité des chirurgiens l'acceptent pour cette première catégorie de faits, et si M. Pozzi la repousse, il nous donne pour unique raison que, la laparotomie lui ayant suffi dans tous les cas de sa pratique, il n'a pas eu à chercher au delà. Mais les accusations se précisent dès que nous touchons au deuxième groupe, à ces poches adhérentes, fistuleuses ou non, mais énucléables. La laparotomie les extirpe, tandis que « chez un très grand nombre de malades, nous dit M. Pozzi, les hystérectomistes se contentent d'ouvrir, ou même d'abandonner à la déhiscence spontanée, des poches fortement collées au bassin et qu'un laparotomiste exercé aurait certainement décortiquées. Il reste donc dans le ventre, après guérison opératoire, des résidus de tissus pathologiques plus ou moins infectés. »

Cette objection aurait un grand poids, mais elle n'est pas fondée et c'est grâce à une confusion regrettable qu'elle revient sans cesse dans l'argumentation de la plupart de nos contradicteurs: certainement, dans la première catégorie de faits, dans ce que nous avons à plusieurs reprises déjà appelé la pachy-pelvi-péritonite suppurée, on laisse des néo-membranes, des exsudats et même les débris des annexes; mais si l'on se contente d'ouvrir les abcès, c'est pour cause : leur adhérence est telle que laparotomistes et hystérectomistes s'arrêtent devant les mêmes impossibilités ou devant les mêmes dangers; la décortication aurait pour conséquence la rupture de vaisseaux volumineux, la déchirure de la vessie, du rectum, de l'S iliaque ou des anses de l'intestin grêle; sous ce rapport laparotomie et hystérectomie sont égales; l'une et l'autre abandonnent dans le ventre « des résidus infectés », mais avec cette différence, tout à l'avantage de l'hystérectomie, que le drainage de celle-ci en débarrasse bien plus facilement l'organisme que le drainage de celle-là.

Comme les hystérectomistes ouvrent les poches sans les extirper dans les lésions du premier groupe, on en a conclu qu'ils les laissent aussi dans les lésions du deuxième groupe; il n'en est rien et l'hystérectomie permet, aussi bien que la laparotomie, l'énucléation partielle ou totale des foyers. Je pense même que, dans les cas habituels, chez les femmes à vagin large, la décortication est plus facile par le procédé de Péan. En vérité, on exagère les facilités de l'ablation des annexes après ouverture du ventre, et lorsque M. Pozzi oppose : « les manœuvres s'exécutant à l'aise, un large accès donné par l'ouverture abdominale vers les parties malades, le toucher pouvant toujours au besoin s'aider de la vue......... aux tâtonnements inévitables au fond d'une cavité étroite et profonde pour peu que l'utérus s'abaisse difficilement et que la personne présente un notable embonpoint, une hémostase toujours incertaine et livrée à la bonne fortune d'une première mise en place de pinces, le danger de ne pouvoir atteindre des lésions trop hautes dans un champ opératoire encombré de pinces qu'on court le risque de déplacer », il me paraît tout simplement opposer aux cas faciles de la laparotomie, les cas difficiles de l'hystérectomie.

J'ai qualifié, à la Société de Chirurgie, l'hystérectomie d'opération « facile »; j'ai eu tort et l'expression a trahi ma pensée; je voulais dire que, toutes choses égales d'ailleurs, je trouvais cette intervention délicate, plus facile que la laparotomie dans les cas correspondants. J'ai opéré, à trois jours de distance, deux ovaro-salpingites

suppurées, dont les lésions étaient presque « superposables », aussi semblables vraiment que la clinique peut le permettre; la première fut traitée par la laparotomie; l'énucléation des annexes d'un côté s'est faite sans trop grande difficulté, mais de l'autre la décortication a été longue, pénible, hérissée de dangers; deux poches purulentes ont été ouvertes dont il a fallu garer le péritoine et les anses intestinales emmêlées dans les doigts, glissantes et toujours prêtes à envahir le champ opératoire, j'allais en aveugle au fond du cul-de-sac de Douglas, n'ayant pour guide que mes doigts, car le toucher, pour s'aider de la vue, aurait eu besoin «des ressources supplémentaires de la position déclive et de l'éviscération », mais cette manœuvre n'avait point et n'a pas encore pénétré dans la pratique. Un lambeau de la trompe trop friable est resté adhérent au fond de l'utérus et ce débris infecté a nécessité un drainage. La malade a guéri, mais moins simplement et peut-être moins complètement que la seconde.

Pour celle-là j'eus recours à l'hystérectomie vaginale : la matrice était mal abaissable et le morcellement offrit quelque difficulté, d'autant qu'une de mes pinces hémostatiques dérapa et j'eus pendant quelques instants tous les ennuis d'une hémorrhagie; mais une pince nouvelle tarit l'écoulement et, l'utérus une fois enlevé, je vis les annexes malades envahir, pour ainsi dire, le champ opératoire et prendre la place de l'organe extirpé; des kystes séreux volumineux furent ouverts, dont le liquide s'écoula au dehors par le vagin; puis leurs poches flasques et vides, attirées par une pince, vinrent avec l'ovaire scléreux et la trompe droite, dilatée par le pus, et semblable à une petite outre. A gauche les adhérences avec le ligament large et les parois du petit bassin sont fort solides: j'introduis la main par la vulve et, du bout du doigt, je décortique lentement la poche purulente qui, trop amincie en un point, crève, mais dont le contenu s'évacue facilement par déclivité et sans contact avec les anses intestinales. Je pratiquai donc plus aisément et avec un danger moindre d'inoculation, une décortication aussi complète que dans la laparotomie précédente.

On peut donc énucléer, extirper, décortiquer par la voie vaginale aussi bien que par la voie abdominale. Je crois même que l'hystérectomie préliminaire est, en réalité, plus simple. Elle le serait moins que nous la préférerions encore, car elle nous offre plus de sécurité; lorsque le drainage est rendu nécessaire par la rupture de quelques poches ou l'adhérence intime de quelques débris infectés, les conditions en sont bien supérieures à celui qu'il faut établir après la laparotomie. Le premier ouvre un accès large et déclive, et amène forcément les sécrétions au dehors; le deuxième se fait par une boutonnière étroite, par une sorte de goulot laissé par le chirurgien en un point de l'incision abdominale, et les liquides doivent remonter par capillarité le long des mèches de gaze iodoformée. Evidemment ce drainage est bon, mais l'autre est infiniment meilleur. Et puis, combien moins grandes seront les chances d'infection!

On a prétendu à ce sujet que l'hystérectomie vaginale est l'opération des gens « à mains sales », qui craignent d'infecter le péritoine de leurs ongles sertis des colonies microbiennes. A cette heure on sait, Dieu merci, se laver les mains, la technique en est aussi précise qu'efficace; mais les polémistes qui ne craignent pas de recourir à cet argument, n'ignorent point que, dans les extirpations de pyo-salpingites, l'infection peut se faire en dedans, par la rupture d'une poche, et qu'il faut un grand soin, une attention extrême, des précautions multipliées pour protéger, contre l'irruption intempestive d'un liquide septique, les anses intestinales qui bordent le champ opératoire. Certes, dans l'immense majorité des cas, les laparotomistes savent se garder de se ranger, mais combien plus simplement, dans l'hystérectomie vaginale; les abcès sont situés au-dessous des intestins et le pus tombe directement dans le vagin pour s'écouler au dehors.

Ces avantages, s'ils ont la valeur que nous leur attribuons, devront se traduire, dans la pratique, par de plus grands succès opératoires. Nous le croyons, mais la démonstration brutale en serait difficile. Elle serait faite si nous pouvions invoquer les relevés de M. Péan qui, sur soixante hystérectomies vaginales préliminaires, aurait eu soixante succès. Mais ces chiffres, s'ils ont été publiés, ne sont pas, que je sache, accompagnés d'observations; aussi l'appui que nous fournirait cette statistique se dérobe. Nous n'avons donc que le tableau de M. Segond qui compte trente-sept opérations avec trente-deux succès et cinq morts; nous pourrions avec nos faits, avec ceux de Terrillon, de Peyrot, de Larabrie, de Nélaton, etc., porter ce chiffre à près de cinquante en augmentant d'autant la colonne des succès, sans charger celle des morts. Mais ces relevés, faits de pièces et de morceaux, sont sans valeur et nous nous en tenons à la statistique de Segond. Elle est des plus encourageantes et nous ne doutons pas que, sous peu, l'innocuité de l'hystérectomie sera proclamée par tous les chirurgiens. Mais nous nous garderons d'insister, car nous devons reconnaître avec M. Pozzi « qu'il est plus scientifique de tenir compte des résultats acquis que des résultats espérés ».

III

Nous n'oserions être aussi affirmatif pour le traitement des lésions du troisième groupe, celui des salpingites peu volumineuses probablement sans adhérence aux parois du bassin. Il est certain que, en pareil cas, une incision de quelques centimètres sur la ligne blanche permet d'introduire deux doigts jusqu'à la trompe, de la retirer, après avoir déchiré quelques adhérences molles s'il en existe, de lier le pédicule et d'extirper l'organe malade. Une prompte guérison est la suite à peu près obligée de cet acte opératoire aussi simple que rapide. L'hystérectomie vaginale, bien que facile alors, puisque l'utérus abaissable peut, pour ainsi dire, être « cueilli » à la vulve, est certainement plus compliquée et, pour la pratiquer alors au détriment de la laparotomie, il faut produire de nouveaux arguments.

M. Segond nous en présente deux:

Le premier ne nous touche guère : l'utérus devient, après l'ablation des annexes, un organe inutile; il peut même être nuisible, car il est souvent atteint d'endométrite que ne guérit pas toujours la salpingectomie. Le fait est exact et nous avons opéré récemment une malade que nous avait confiée le professeur Tarnier : la castration bilatérale pour des trompes remplies de pus fut suivie d'un beau succès, mais une leucorrhée abondante n'en persista pas moins et, au contraire de ce qu'on observe d'habitude, l'écoulement ne s'était pas spontanément tari au bout d'un mois. Nous avons alors eu recours au curettage pour compléter la guérison. Nous tenons donc l'argument pour exact, mais il est d'un poids en vérité bien médiocre, d'abord parce que la persistance de cette leucorrhée est infiniment rare, ensuite parce qu'il suffit pour la guérir d'une intervention des plus simples.

Le second argument nous semble plus recevable : la laparotomie nécessite une incision abdominale dont la cicatrice dépare le ventre; l'hystérectomie vaginale enlève les annexes par une voie naturelle et le tégument ne subit aucune altération. C'est là une considération

de quelque poids pour une jeune femme et je dois dire que mes deux opérées, dont la plus âgée n'a pas plus de vingt-trois ans, y ont prêté une attention d'autant plus grande qu'elles devaient sacrifier beaucoup aux exigences d'une profession peu avouable. J'opterais donc chez une jeune femme pour une opération un peu plus compliquée, pourvu toutefois qu'elle soit aussi bénigne et aussi efficace, si elle assure le bénéfice, quelque léger que nous le considérions, d'un ventre sans vestige d'incisions : je traduirai cette idée par cette formule :Toutes choses égales d'ailleurs, je préfère pas de cicatrice à une cicatrice quelque dissimulée que la fassent nos sutures actuelles.

Mais ici intervient une objection que la plupart des orateurs de la Société de chirurgie ont développée et sur laquelle M. Pozzi revient avec une juste insistance : dans les cas récents et légers, lorsque les désordres sont peu avancés, il est difficile d'affirmer la nature de la lésion et son degré de gravité ; l'hystérectomie vaginale ne nous expose-t-elle pas alors à enlever, non des salpingites suppurées, mais des hémato-salpynx, des hydro-salpinx, des dégénérescences scléro-kystiques, de simples salpingites catarrhales ? Ne nous expose-t-elle pas surtout à enlever les deux trompes et les deux ovaires lorsque les annexes d'un seul côté sont vraiment atteintes ? La laparotomie, « opération de contrôle », nous eût permis de reconnaître notre erreur et l'utérus avec un des deux ovaires aurait été conservé pour la fonction ; la femme n'eût pas perdu sa fécondité.

Qu'on puisse se tromper sur la « nature » de la lésion et confondre une salpingite suppurée avec un hémato-salpinx, un hydro-salpinx, une dégénérescence kystique, une salpingite parenchymateuse, le fait m'importerait peu si les lésions sont bilatérales et les organes absolument perdus pour la fonction. Si j'étais sûr, absolument sûr, de la perte irrémédiable de la fécondité, j'aurais recours à l'hystérectomie vaginale et non à la laparotomie, car ce n'est pas la présence du pus qui légitime l'opération, mais bien la bilatéralité et la gravité des désordres. Malheureusement il est aussi difficile, dans les cas récents, de reconnaître la gravité et la bilatéralité des lésions que d'affirmer leur nature, et l'argument demeure avec toute sa force. « Il m'est arrivé, dit M. Pozzi, de faire la laparotomie en croyant à une double salpingite-suppurée et de me trouver en présence de lésions avancées d'une trompe d'un côté et de lésions très légères ou même nulles des annexes de l'autre côté. J'ai pu alors me borner à enlever les annexes du côté seulement où la lésion le rendait nécessaire... »

Nous n'avons pas la prétention d'être plus précis dans nos diagnostics et ces erreurs possibles nous commandent une extrême réserve. Mais, pour notre part, nous nous désintéresserions presque du débat, car dans cette troisième catégorie de faits, lorsque les lésions sont encore récentes et peu étendues, nous nous abstenons, le plus souvent, d'une intervention chirurgicale ; nous mettons la malade au repos ; nous curettons et nous drainons l'utérus, s'il y a lieu ; nous avons recours aux irrigations vaginales biquotidiennes, surtout aux lavements à la température à 55° et qui doivent être gardés pendant une demi-heure au moins. Et dans quelques cas, rares il est vrai, mais fort remarquables, nous avons pu éviter la laparotomie. Je dis : la laparotomie, car dans ces cas à diagnostic difficile, lorsqu'on ne peut pas affirmer que les ovaires et les trompes des deux côtés sont perdus pour la fonction, c'est à elle que nous aurions recours. « Elle est une opération de contrôle qui permet de rectifier à temps les incertitudes et les erreurs de diagnostic, tandis que l'hystérectomie est une opération de certitude qui suppose l'infaillibilité du diagnostic. »

Nous ne voudrions donc pas substituer l'hystérectomie vaginale à la laparotomie et l'une et l'autre conservent pour nous leurs indications précises. La dernière raison pour laquelle M. Pozzi rejette en bloc l'hystérectomie et la repousse même dans les cas où ses collègues les plus compétents l'accueillent avec faveur, c'est qu'il faut se garder « d'entre-bâiller une porte qui doit rester fermée, de peur qu'on n'y fasse passer trop de lésions guérissables autrement ». Et cette idée le poursuit, car il y revient par trois fois et il ajoute : « le vagin est un gouffre où s'enseveliront, sans vérification et sans enseignement possibles, les plus impardonnables erreurs. » Certes, nous savons ce que « des personnalités peu instruites ou insuffisamment scrupuleuses » peuvent faire des meilleures opérations. Mais en vérité. pourquoi marquer ces craintes, trop justifiées, hélas ! plus pour l'hystérectomie que pour la laparotomie au nom de laquelle on a extirpé tant de trompes et tant d'ovaires sains ? Je m'imagine qu'avant longtemps un mémoire ne sera que trop nécessaire sur « les abus de l'hystérectomie vaginale dans les suppurations pelviennes », mais, qu'on ne l'oublie pas ! il aura été précédé de la juste thèse de M. Pichevin sur « les abus de la castration chez la femme. »

Nous avons toujours protesté et, plus que jamais, nous protestons contre les « interventions graves » mal indiquées et les « mutilations irréparables » lorsqu'elles ne sont pas formellement nécessaires. Mais notre protestation vise une tendance et non telle ou telle intervention qui vaudra toujours ce que vaut le chirurgien qui l'applique. Aussi cet argument ne saurait nous toucher pour l'hystérectomie et je résumerai cet article par les conclusions que je soumettais à la Société de chirurgie et qui se rapprochent fort de celles de M. Segond :

1° Dans les pelvi-péritonites anciennes, et pour les ovaires scléreux, adhérents à l'utérus, perdus dans une gangue épaisse de néo-membranes résistantes, nous n'avons qu'une opération à pratiquer : l'hystérectomie vaginale préliminaire.

2° Dans les doubles ovaro-salpingites volumineuses, nous préférons — comme plus facile et plus sûre — l'hystérectomie à la laparotomie, qui cependant a donné d'excellents résultats.

3° Enfin, dans les lésions récentes ou légères, lorsqu'il n'est pas démontré que les annexes des deux côtés ont perdu leurs fonctions, on aura recours à la laparotomie qui, seule, permet d'établir, sur un diagnostic indiscutable, les indications précises de l'extirpation.

Paul Reclus.

TRAVAUX ORIGINAUX

Lèpre anesthésique et syringomyélie.

A Monsieur le Dr G. Thibierge, médecin des hôpitaux de Paris.

J'ai lu avec le plus vif intérêt et, l'avouerai-je, avec la plus grande satisfaction, votre importante communication faite à la Société médicale des hopitaux tout dernièrement, sous le titre de *Cas de lèpre systématisée nerveuse avec troubles sensitifs, se rapprochant de ceux de la syringomyélie.*

Cette communication émanant d'un si bon observateur et d'un spécialiste si distingué ne laisse que de me faire espérer que jugeant les questions concernant la lèpre, sans idées préconçues, mais avec justesse et impartialité à mesure que le hasard les soumet à vos études sagaces, vous finirez, mon très honoré confrère et ami, par ne plus être aussi hostile à l'interprétation

naturelle des faits nombreux attentivement observés sur les rives du Bosphore.

Dans ma dernière publication sur la lèpre en Orient (*Voyages chez les lépreux*), j'ai émis la pensée, — timidement pour commencer, car c'est bien oser que de remonter le courant si impétueux et si entraînant de l'opinion des grands maîtres, — que la lèpre est beaucoup plus commune qu'on ne le pense, qu'à Paris même on coudoyait très souvent des lépreux, et qu'enfin il se pourrait bien que la maladie de Morvan et la syringomyélie ne fussent que des cas de lèpre modifiée par la civilisation, le climat et surtout les conditions hygiéniques dans lesquelles vivent les habitants de la France, conditions essentiellement différentes de la saleté sordide et de l'alimentation PUTRIDE des habitants misérables des diverses localités lépreuses d'Orient. Car, encore une fois, je ne m'occupe que de la lèpre en Orient et je n'ai dit que ce que j'ai vu. J'ai même prononcé le mot de lèpre *fruste* dans le sens donné par notre illustre Charcot, d'une manière si juste et si savante, dans une de ses dernières leçons à la Salpêtrière.

Veuillez, en effet, comparer les observations publiées par le Dr Morvan, sous le nom de *Panaris analgésique*, à quelques-unes de nos observations de *lèpre mutilante*, relatées dans ma dernière publication et me dire, en conscience, si vous y trouvez cliniquement des différences qui autorisent à ne pas les placer, les unes et les autres, sous une dénomination unique. On voit, dans les unes comme dans les autres, des troubles vaso-moteurs, des panaris multiples se terminant par des mutilations successives des doigts, de l'anesthésie, des troubles tropho-nerveux variés, etc., etc. Tout est absolument identique, jusqu'à leur reproduction par le dessin, dans la nouvelle entité morbide et dans l'affection préhistorique considérée, bien à tort, comme ayant entièrement disparu de l'Europe centrale.

Je soutiens que, si les malades du Dr Morvan étaient observés dans un pays où la lèpre sévit endémiquement, personne n'aurait songé à créer une maladie nouvelle. Ce qui ne doit diminuer en rien le grand mérite de notre confrère d'avoir été le premier à attirer l'attention sur des faits qui passaient inaperçus en France.

Les premières études du Dr Morvan dataient déjà d'un certain nombre d'années, — elles ont été consignées dans la *Gazette hebdomadaire* de 1883, — lorsqu'une maladie observée par les Drs Joffroy et Dejérine, en France, — car, bien que relatée déjà dans le livre d'Olivier d'Angers, elle passa inaperçue — vint réclamer aussi un nouveau chapitre dans la pathologie médicale. J'ai désigné la syringomyélie, affection remarquable aussi par les atrophies musculaires, les perturbations de la sensibilité, les troubles tropho-nerveux variés, etc.

De sorte que nous voilà en présence de trois maladies qui se ressemblent de manière à se confondre et qui sont de fait confondues : la lèpre tropho-nerveuse, ou anesthésique, que j'appelle maladie de Danielssen, du nom du célèbre léprologue qui l'a le premier décrite — car dans toutes les variétés de la lèpre il y a des troubles tropho-nerveux et des anesthésies — plus deux entités morbides de nouvelle création : la maladie de Morvan et la syringomyélie.

Or, j'affirme que cette dernière aussi, la syringomyélie, tout aussi bien que la maladie de Morvan, aurait été désignée sous le nom de lèpre, si elle avait été observée dans une localité lépreuse, par tout médecin ayant l'expérience voulue pour reconnaître la lèpre. Car vous venez de nous donner, mon cher confrère, une démonstration péremptoire de ce que je ne cesse de répéter, que la lèpre peut être méconnue par les médecins les plus éminents. Puisque le malade qui fait le sujet de votre intéressante communication a parcouru nombre de services nosocomiaux de Paris, et a été l'objet de diagnostics variés sans qu'on ait songé à la lèpre. Et qui sait combien d'autres lépreux se sont trouvés dans le même cas ?

Mais suivons l'évolution de la science. A mesure que les cas se sont multipliés et que le nombre des observateurs favorisés par le sort pour étudier la syringomyélie s'est accru, l'opinion que la maladie de Morvan et la syringomyélie ne font qu'une seule affection a prévalu de plus en plus. Il a été donné à un distingué observateur, le Dr Joffroy, d'en fournir la démonstration par une autopsie pratiquée par lui-même à la Salpêtrière, autopsie qui lui permit d'arriver à la *conclusion que la maladie de Morvan est une des formes cliniques de la syringomyélie*. Et le Dr Gombault, qui s'est également occupé de la question, prenant part à la discussion suscitée au sein de la SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX (en juillet 1890), a adhéré à cette manière de voir en disant *qu'il y a plutôt différence de degré que de nature entre la syringomyélie et la maladie de Morvan*.

D'ailleurs l'identité de la maladie de Morvan et de la syringomyélie a été soutenue aussi avec talent par le Dr Achard (1).

Or il est évident, selon nous, que ce premier point est nettement établi, que la maladie de Morvan et la syringomyélie ne font qu'une seule et même chose ; conclusion clinique à laquelle on arrive en comparant et en méditant les cas attribués à diverses époques à l'une et à l'autre de ces affections par les premiers observateurs et par ceux qui leur ont succédé. — Enfin, mon cher et savant confrère, dans votre communication à la SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX, vous établissez un rapprochement entre la lèpre systématisée (que je désigne sous le nom de lèpre de Danielssen) et la syringomyélie, sans aller cependant jusqu'à en déclarer l'identité. Je vous en rends mille grâces ; et j'espère bien qu'à mesure que de nouveaux cas se présenteront à votre observation sagace, vous vous inclinerez de plus en plus vers cette fusion.

Ces trois états morbides censés constituer trois types distincts sont tellement similaires, leur processus évolue d'une manière si identique, leur symptomatologie est si pareille, jusqu'à la dissociation des divers modes de la sensibilité, — dont on a voulu à tort faire la caractéristique de la syringomyélie — que je défie qu'on indique un seul symptôme qui ne soit commun à toutes les trois et qui puisse servir de pierre de touche dans leur différenciation. La symétrie des lésions, la présence des troubles trophiques variés, la nature des désordres sensitifs, phénomènes communs à toutes les trois, reconnaissent certes pour cause une lésion médullaire ; et toutes les théories et explications proposées par les divers auteurs à propos de la maladie de Morvan et de la syringomyélie sont également applicables à la lèpre (2).

Quant à la scoliose, il a été reconnu qu'elle ne constitue pas un symptôme constant. Elle n'offre donc pas une grande valeur à notre point de vue.

Selon l'illustre professeur de la Salpêtrière, les taches pigmentaires et l'origine du malade ou bien son séjour prolongé dans un pays à lèpre, suffiraient pour établir le diagnostic différentiel, et pour faire dire qu'il y a lèpre, et non syringomyélie.

(1) *Gazette Hebdomadaire* du 25 octobre 1890.

(2) Joffroy, Dejérine, Gombault, Lancereaux, Debove, Morvan, Achard, Reboul, Broca, Hanot, Roth de Moscou, Guinon et Dutil, Rouff, etc. Il ne faut pas oublier non plus que les mots névrites infectieuses ou toxiques ont été prononcés à propos de la maladie de Morvan et de la syringomyélie.

Mais parmi les nombreux lépreux que j'ai observés en Orient, atteints de la variété dite anesthésique ou tropho-névrosique (de Danielssen), la plupart ne présentent aucune pigmentation. De sorte qu'il deviendrait absolument impossible de les distinguer, cliniquement, d'avec les malades syringomyélitiques.

Resteraient donc l'Anatomie pathologique et la Microbiologie pour trancher définitivement la question.

Si la moelle épinière des malades que j'observe en Orient présentait les mêmes lésions que ceux des Drs Déjérine et Joffroy, ce serait un grand point acquis. C'est ce dont je m'occupe actuellement. Je possède déjà une moelle épinière provenant d'un individu qui fut atteint, depuis plus de vingt ans, de la lèpre mutilante, ressemblant à la maladie de Morvan comme deux gouttes d'eau. J'attache la plus grande importance à cet examen et je me ferai grand plaisir de vous faire part du résultat de mes recherches, si vous le voulez bien.

Si le résultat nécroscopique était pareil à celui qui a été constaté par les Drs Déjérine et Joffroy, il nous resterait encore le témoignage de la microbiologie qui, espérons-le, saura trancher la question en s'accommodant, bien entendu, des faits cliniques.

Je ne sache pas que les malades du Dr Morvan et ceux des Drs Joffroy et Déjérine aient été étudiés à ce point de vue. Il incombe donc à ces savants confrères de nous éclairer sur ce point essentiel. Dans tous les cas, les malades atteints de la maladie de Morvan, de syringomyélie et de la maladie de Danielssen ne me paraissent pas présenter, jusqu'à présent, cliniquement des différences suffisantes pour autoriser leur classement dans trois casiers distincts, et leur diagnostic différentiel, cliniquement parlant, est impossible dans une localité lépreuse. Ce qui me paraît le plus légitime, toujours au point de vue de l'observation clinique, c'est de les considérer comme ne formant qu'une seule entité morbide dont les victimes présentent quelques légères modifications sous l'influence du climat et des conditions hygiéniques, comme je l'ai déjà dit plus haut.

En terminant votre importante communication, vous dites, mon cher et savant confrère, qu'il faut aujourd'hui compter avec la lèpre dans le diagnostic des maladies cutanées et amyotrophiques, et que l'on a tort de considérer la lèpre comme une maladie exceptionnelle dans le climat de Paris.

Je vous remercie de tout cœur d'avoir bien voulu confirmer ce que j'ai déjà dit soit à l'Académie dans ma communication en août 1889, soit dans ma dernière publication : *Voyages chez les lépreux*.

Je suis porté à croire qu'en évaluant, avec MM. Hardy, Besnier et Leloir, le nombre des lépreux importés et errants dans Paris, au chiffre approximatif de cent, vous vous trouvez bien au-dessous de la vérité. Et ce qui se passe en France doit exister dans toute l'Europe.

Permettez-moi enfin, mon cher et savant confrère, de vous exprimer mon grand étonnement et de vous demander une explication au nom et dans l'intérêt de la science que vous desservez avec tant de zèle et de succès.

Comment, vous admettez qu'un seul et malheureux Chinois, débarqué aux îles Sandwich, a contaminé les habitants d'Honolulu d'une manière si rapide et si funeste que, dans l'espace d'une vingtaine d'années, la lèpre, inconnue jusqu'alors dans ce pays, y compte actuellement plus de *cinquante mille victimes;* et vous ne réclamez point l'isolement de ces centaines de lépreux ambulants de Paris, qui vont partout : aux hôpitaux où ils séjournent pendant des années dans les salles communes, comme le sujet de votre communications, aux hôtels, aux théâtres, comme nombre de Brésiliens, dans les lycées même, comme l'a déclaré à l'Académie notre vénérable maître, le professeur Hardy, avec son consentement et sans qu'il le regrettât dans la suite. Et vous ne vous récriez pas contre ces foyers nombreux de contagion? Vous n'émettez même pas la moindre inquiétude pour notre chère et bonne ville de Paris, ni pour l'univers entier! Car outre les Parisiens, il y a toujours une population flottante de près de 250,000 étrangers appartenant à toutes les nationalités.

Il y aurait donc, en colportant le contage, de quoi infecter toute l'Europe, grâce à vos lépreux circulant librement dans Paris, et nous reporter au moyen âge avec ses vingt mille léproseries! Comment se fait-il, mon très cher et honoré confrère, qu'étant ultra-contagioniste vous ne disiez pas un seul mot à propos de cette promiscuité si dangereuse?

C'est que, doué de cet esprit clinique français par excellence qui impose silence à toutes les théories, lorsqu'il s'agit de la clinique, vous n'avez trouvé ni dans vos cartons, ni dans l'expérience de nos plus célèbres spécialistes, un seul fait de transmission de la lèpre à un Parisien par ces cent, que sais-je, peut-être deux ou trois cents lépreux, étrangers ou français, ayant longtemps habité dans une localité lépreuse, qui circulent aux quatre coins de la capitale du monde.

Votre silence à ce sujet autorise à vous attribuer la conviction qu'une maladie excessivement contagieuse dans certains pays, ne l'est point dans d'autres. On n'attraperait pas la lèpre en France, malgré les relations continuelles et les plus intimes avec les lépreux. Mais ces mêmes Français réfractaires à la contagion de la lèpre chez eux, l'attraperaient par sa contagion excessive dans les foyers lépreux.

Je suis très heureux, mon cher et savant confrère, de vous voir ainsi abonder absolument dans mon sens, du moins en grande partie. Car j'ai soutenu pour Constantinople ce que vous admettez tacitement pour Paris, à savoir que la lèpre n'y est pas contagieuse. Pourquoi donc refuseriez-vous aux Constantinopolitains cette immunité, cette non-réceptivité que vous accordez aux Parisiens? Car, encore une fois, il ressort de la lecture de votre remarquable travail que vous ne craignez pas le moins du monde la contagiosité de la lèpre à Paris. C'est là déjà une grande concession que vous me faites, ce dont je vous exprime toute ma reconnaissance.

Nous voilà donc d'accord, en nous fondant sur les bases de la plus stricte logique. Nous avons ouï dire, vous et moi, que la lèpre est contagieuse aux îles Sandwich et aux Antilles; mais il ne vous a pas été donné, pas plus qu'à moi, de constater un seul exemple de contagion, malgré les nombreux lépreux qui sillonnent journellement les rues de Paris et de Constantinople, en communication permanente et intime avec tous les habitants des deux capitales. Ne refusez donc pas cruellement à notre ville ce seul point de contact avec votre belle capitale. Tenons-nous-en là pour le moment et attendons les faits probants qui se passeraient sous nos yeux. Admettons, quant à présent, que la propagation de la lèpre est avant tout une question de climat, comme c'est aussi l'avis de notre illustre et vénéré maître, le professeur Hardy.

Admettons ensemble, d'ores et déjà, en jugeant par ce qui se passe sous nos yeux, que, dans tous les cas, cette contagiosité a été exagérée outre mesure, puisque sur plusieurs centaines de ménages mixtes qui vivent dans les relations les plus intimes, enfantant pendant 10 et 15 ans, nous n'avons pas vu un seul exemple de transmission de la lèpre d'un conjoint à l'autre qui reste indemne jusqu'à la fin d'une longue existence (1).

(1) Je me propose de publier sous peu un travail sur les lépreux ambulants de Constantinople.

La science d'observation prime toutes les théories, et la clinique ne peut être asservie par aucune d'elles. Mille pardons de la longueur de cette lettre, mais votre communication si importante, mon cher confrère et savant ami, est appelée par son retentissement et par les qualités éminentes de son auteur à révolutionner la science.

Je n'ai donc pu m'empêcher de vous en féliciter longuement et de m'en réjouir.

Veuillez agréer, etc.

Zambaco.

A Monsieur le Dr Zambaco-Pacha,
Correspondant national de l'Académie de médecine de Paris.

Très cher et éminent confrère,

La lettre que vous m'avez fait l'honneur de m'adresser me cause une grande confusion.

D'abord, vous avez jugé avec trop de bienveillance, et cela sans doute à cause de la précieuse amitié dont vous m'honorez, la communication que j'ai faite à la Société médicale des hôpitaux à propos d'une simple présentation de malade.

Ensuite, je ne me crois pas qualifié pour discuter avec vous, si compétent en matière de lèpre, les questions que vous abordez dans votre aimable missive.

Néanmoins, puisque vous m'y invitez d'une façon pressante, je ne puis me dispenser de vous exposer en toute franchise les réflexions que me suggère votre lettre.

La première question que vous abordez est celle de l'assimilation de la lèpre, d'une part, avec la syringomyélie et la maladie de Morvan, d'autre part.

Sans aucun doute, le syndrome auquel notre savant confrère le Dr Morvan (de Lannilis) a attaché son nom est le plus souvent — il est peut-être actuellement téméraire de dire toujours — la traduction de la syringomyélie : les autopsies de mon maître le Dr Joffroy le prouvent suffisamment et M. Charcot a prêté l'appui de son autorité à l'opinion que vous soutenez.

Sans doute aussi ces deux états morbides ont une grande analogie clinique avec certaines formes de lèpre, de maladie de Danielssen si vous préférez; mais il serait peut-être prématuré de soutenir leur identité nosologique.

L'asphyxie des extrémités, la sclérodactylie, certaines névrites périphériques, voire quelques formes de lupus érythémateux des extrémités, offrent entre elles des analogies tout aussi frappantes sans avoir d'autre caractère commun que leur siège même aux extrémités : il y a pour les *acropathies* (excusez ce néologisme) une formule clinique qui les résume sans que leurs termes pathogéniques soient nécessairement identiques.

De plus, les sujets atteints de maladie de Morvan ou de syringomyélie n'ont jamais, que je sache, présenté de tubercules lépreux au niveau de leurs téguments. C'est là un fait capital; mais il est permis de faire valoir d'autres arguments.

Les syringomyéliques ne parviennent pas, quelque longue que soit l'évolution de leur maladie, à cet état de cachexie que vous décrivez avec tant de vigueur en maints passages de vos *Voyages chez les lépreux*. J'ajouterais, si j'avais affaire à un contagionniste en matière de lèpre, que ces mêmes malades ne paraissent pas avoir eu d'occasion de contracter la lèpre par contagion, pas plus d'ailleurs qu'ils n'ont eu d'ascendants lépreux.

Cet argument n'ayant pas sans doute à vos yeux une valeur péremptoire, je vous ferai encore remarquer que le Dr Morvan, dans la Basse-Bretagne, où il a observé de nombreux cas de paréso-analgésie, n'a jamais rencontré de cas de lèpre.

L'anatomie pathologique peut encore fournir une présomption contre cette assimilation. Il y a bien dans la syringomyélie des lésions des nerfs périphériques, mais ce sont des lésions assez banales ; elles ne se traduisent ni cliniquement ni nécroscopiquement par la présence de ces nodosités qui ont une si grande importance dans la névrite lépreuse.

Quelques-uns de ces arguments, je m'empresse de l'ajouter, perdraient singulièrement de leur valeur le jour où un observateur autorisé comme vous constaterait constamment, à l'autopsie des lépreux, des lésions de syringomyélie ; la simple constatation du bacille lépreux, à l'autopsie d'un sujet atteint de syringomyélie en dehors des pays à lèpre, les réduirait à néant.

Pour ce qui est de la contagion de la lèpre, il s'agit, me semble-t-il, d'une question très difficile à résoudre d'une façon absolue dans l'état actuel de la science. La transmission de cette maladie réclame des conditions diverses d'hygiène publique et privée, d'habitation, d'alimentation, de propreté, de richesse ou mieux de misère qui ne se trouvent pas réalisées partout à un degré suffisant. Personne, je crois, ne saurait contester à l'heure actuelle que cette transmission est fonction de milieu.

Vous avez conclu de mon silence sur ce point que je ne redoutais pas, à Paris, le contact d'un lépreux au point de vue de la transmission de sa maladie. Je m'empresse d'abonder dans votre sens. Non certes, je n'ai jamais ouï dire, ou plutôt personne n'a jamais dit qu'aucun des lépreux qui vivent à Paris ait jamais transmis par contagion — non plus du reste que par hérédité — la maladie dont il était atteint. Comme l'a fait remarquer mon éminent maître M. Besnier, il n'y a pas de cas authentique de lèpre nostras. Et cela est vrai, non seulement pour Paris et pour toutes les grandes villes de France, mais encore pour l'Allemagne tout entière.

Aucun de mes maîtres ni de mes collègues n'a eu jusqu'ici à se repentir d'avoir laissé aux lépreux qu'il avait à soigner la libre pratique dans les conditions d'hygiène, de propreté, de non-promiscuité que comportent nos habitudes contemporaines. Est-ce à dire que jamais il ne surviendra de fait qui ébranle cette confiance ou qui la fasse cesser? Je l'espère fermement, mais je n'oserais m'en porter garant.

Doit-on conclure de là que, hors de France, cette transmission ne peut pas se faire ? Vous avez, mon bien cher confrère, pendant votre carrière si bien remplie, vu passer devant vos yeux un nombre considérable de galeux dont vous avez examiné les lésions avec le soin que vous mettez en toutes choses. Avez-vous pour cela contracté la gale ? Non, sans doute. Et, cependant, niez-vous la contagion de la maladie acarienne?

Des familles entières sont atteintes de gale, me direz-vous, tandis que jamais personne n'a vu des familles entières de lépreux. Assurément ; mais il n'en est pas moins vrai qu'un simple contact banal ne suffit pas à faire contracter la gale et que ce contact, pour être contagionnant, doit avoir lieu dans les conditions que nous savons tous. Pourquoi ces conditions nécessaires n'existeraient-elles pas, *mutatis mutandis*, pour la lèpre?

Comme, en France, nous ne voyons pas la lèpre se propager sous nos yeux, nous sommes obligés de nous en rapporter aux assertions de ceux qui observent dans les pays à lèpre et à l'observation des malades qui nous arrivent de ces mêmes pays. Or, nos confrères de certains de ces pays ont observé des faits qui, d'après les détails circonstanciés qu'ils nous donnent, ne peuvent s'expli-

quer que par la contagion : ces faits, vous les connaissez comme moi et il n'est même pas nécessaire de vous les rappeler. Quant aux lépreux d'importation que nous voyons à Paris, ils ont tous été en relations étroites et prolongées avec les sujets atteints de lèpre ; c'est ainsi que mon maître M. Besnier a vu plusieurs religieuses devenir lépreuses après avoir été attachées à des léproseries, et que le père Damien a contracté la lèpre dans les mêmes conditions.

Vous affirmez, mon cher et savant confrère, que vous n'avez jamais vu la lèpre se transmettre par contagion dans les pays où vous l'avez étudiée avec tant de sollicitude, à Constantinople en particulier. Vous signez pour votre ville une sorte de patente nette, en spécifiant que la lèpre ne s'y transmet pas par contagion, de même qu'elle ne se transmet pas à Paris.

Tous ceux qui vous connaissent ont en votre sagacité clinique et en votre esprit scientifique une trop grande confiance pour mettre en doute vos affirmations; tous savent aussi que, si jamais il se présentait à votre observation un fait attribuable à la contagion, vous n'auriez pas plus de difficulté à en reconnaître l'existence que votre maître Ricord à confesser la virulence des accidents secondaires de la syphilis.

D'ailleurs, très cher confrère et éminent ami, comment pourrions-nous discuter longtemps sur ce sujet? Les questions d'étiologie n'ont d'importance pratique que par la sanction qu'elles donnent aux mesures de prophylaxie. Or, vous demandez seulement pour les lépreux l'isolement dans des conditions d'hygiène et d'humanité que personne ne peut refuser, au lieu de la séquestration presque pénitentiaire que quelques-uns voudraient leur imposer. Il faudrait un triste courage pour ne pas applaudir, malgré quelques divergences théoriques, aux efforts que vous ne cessez de faire pour appliquer aux lépreux de votre beau pays des réformes analogues à celles que Pinel a obtenues pour les aliénés.

Veuillez agréer, etc.

Georges Thibierge.

Suites immédiates et éloignées des traumatismes de la tête.

Un traumatisme qui atteint le crâne et le cerveau détermine des accidents immédiats de gravité très variable; puis plus tard, à une époque indéterminée, parfois fort éloignée, alors qu'on eût pu croire la guérison complète, surviennent souvent des accidents, fort dissemblables de ceux observés aussitôt après le traumatisme, et cependant en relation causale directe avec lui.

Dans sa thèse, récemment soutenue à la Faculté de Lyon, M. Tellier vient de donner une étude générale « des suites éloignées des traumatismes du crâne, et de leur traitement par la trépanation ». Avant d'exposer ici ce travail sur les accidents tardifs, nous étudierons d'après les leçons de Battle (*Lancet*, juillet 1890), quelques-uns des accidents qui suivent immédiatement ces mêmes traumatismes.

Un ensemble de 168 cas de fracture de la base du crâne, recueillis par Battle, a donné 54 décès contre 114 guérisons. L'examen du tableau de ces cas montre que la fracture atteint par ordre de fréquence la fosse moyenne (70 cas avec 14 décès), puis la fosse antérieure (28 cas avec 7 décès); viennent ensuite les fractures s'étendant à la fois aux deux fosses moyenne et antérieure (23 cas avec 3 décès), et enfin les fractures qui atteignent la fosse postérieure : ces dernières d'un pronostic beaucoup plus sombre — ainsi, 21 fractures siégeant dans la fosse postérieure donnent 10 décès, et 16 fractures s'étendant à la fois aux fosses moyenne et postérieure donnent 11 décès. — Relevons quelques observations intéressantes : deux faits de fracture s'étendant d'un côté à l'autre, à travers la fosse moyenne, séparant le crâne en deux portions isolées ; des fractures de l'apophyse clinoïde antérieure, de la petite aile du sphénoïde, de la voûte du tympan.

Le symptôme hémorrhagie est longuement étudié : sans affirmation catégorique, on peut admettre en général qu'une hémorrhagie immédiate, profuse et continue, par l'oreille, est un signe important de fracture de la fosse moyenne, d'une fracture passant à travers la caisse, et compliquée de rupture de la membrane du tympan ainsi que de quelques vaisseaux au voisinage du rocher. Mais cette hémorrhagie est loin d'être constante lors d'une fracture de la fosse moyenne : Battle a observé 8 faits dans lesquels aucun écoulement par l'oreille ne fut constaté, et cependant à l'autopsie on trouva une fracture de la fosse moyenne : mais le trait de fracture respectait la portion du temporal contenant l'appareil de l'ouïe.

L'écoulement aqueux par l'oreille, après les fractures, reconnait une pathogénie multiple : Battle cite de nombreuses observations à l'appui des modalités un peu spéciales de ce symptôme, sans pouvoir fournir de formule nette au point de vue du diagnostic ou pronostic.

Le sang épanché dans le tissu cellulaire de l'orbite est un signe de fracture de la fosse antérieure de la base du crâne : sa valeur diagnostique dépend de son siège (sous-conjonctival, palpébral), et non de sa quantité. Cependant ce signe n'est pas constant dans les fractures de la fosse antérieure, et de plus il n'est pas pathognomonique : ainsi, dans un cas de fracture de la petite aile du sphénoïde, une ecchymose parut 10 heures après l'accident ; une fracture isolée de l'apophyse clinoïde antérieure s'accompagna d'ecchymose sous-conjonctivale dès le premier jour; et même, dans les fractures de l'os malaire, du maxillaire supérieur, le sang peut s'épancher dans les paupières, la conjonctive (1 cas de Holmes).

Dans les traumatismes de la tête, les lésions des nerfs crâniens se traduisent par des troubles en rapport avec la fonction du nerf intéressé; Battle cite de nombreuses observations, et plus récemment, Deroubaix (Académie de médecine de Belgique, 27 décembre 1890) a donné une étude complète des phénomènes consécutifs aux lésions des nerfs crâniens, en particulier des nerfs qui sont atteints dans les fractures du rocher : après un traumatisme de la tête, alors qu'il n'existe point d'autres symptômes de fracture, il est nécessaire de rechercher les paralysies du voile du palais, de la luette, la dysphagie, etc., qui indiquent une lésion d'un pétreux, du nerf de Jacobson, du facial, etc., parfois seuls signes d'après lesquels se puissent porter le diagnostic de fracture de la base et le pronostic.

Voici un autre point intéressant — la névrite optique et sa cause dans les traumatismes crâniens — bien étudié par Battle, d'après 17 faits dont 12 consécutifs à une fracture du crâne, 4 à une commotion cérébrale et un consécutif à une blessure par balle de revolver. Cette névrite peut être le résultat d'une inflammation propagée des membranes du cerveau, d'origine traumatique : mais, la méningite doit alors être bien localisée, car la température reste, en ces cas, ordinairement normale; il est plus probable que bien souvent le processus inflammatoire est déterminé par une contusion du cerveau au voisinage du nerf optique et se communique à ces nerfs ou à leurs enveloppes : on sait, en effet, combien est fréquente la contusion des parties inférieures des lobes frontaux quand la fracture siège dans l'étage postérieur du crâne, et c'est dans ces cas (les observations de Battle le confirment) que l'on rencontre le plus fréquemment la névrite optique consécutive aux fractures de la base.

Il est encore un autre phénomène important, observé parfois après un traumatisme de la tête, en dehors de plaie des téguments et sans infection, — c'est l'hyperthermie. Voici 14 observations dans lesquelles on a noté ce trouble thermique : 13 fois on a fait l'autopsie, et, si ce n'est les lésions du cerveau résultant directement du trauma, jamais on n'a constaté de méningite ou d'autre cause évidente de cette élévation de température. Or, pour tous les cas, les lésions étaient essentiellement les mêmes — contusion avec attrition de la substance cérébrale à la base de l'encéphale, — variant bien légèrement de siège et d'étendue, et produite par contre-coup. D'après cela, il semble bien que cette hyperthermie dépende de la lésion du cerveau et non point d'accidents inflammatoires.

Si, dans les 3 jours qui suivent un traumatisme de la tête, le patient passe de l'état d'inconscience ou de demi-conscience

à un état comateux plus prononcé, ou bien, si, après une période de retour à l'état conscient, il survient du coma, — et avec le coma une température de 39°,5 ou au-dessus — ces signes indiquent un état de contusion et lacération cérébrale le plus souvent produit par contre-coup, et compliqué d'hémorrhagie venant de la partie du cerveau qui a été contuse. C'est sur les lobes frontaux ou temporo-sphénoïdaux que cette lésion se rencontre dans la plupart des cas, et cette localisation est surtout fréquente lorsque le traumatisme a atteint la partie postérieure de la tête.

Lorsque le traumatisme a atteint un des côtés de la tête, si une hémorrhagie méningée se déclare, et à sa suite du coma, on n'observe point dans tous les cas d'élévation de la température : lorsque l'hyperthermie survient, elle indique, ou bien que l'hémorrhagie s'est faite sous la dure-mère, ou bien, si le sang est épanché entre la dure-mère et la boîte osseuse, que la substance cérébrale a été contuse et lacérée, ce qui assombrit le pronostic.

Pour 54 malades dont la cause de la mort est connue, Battle relève : shock, 10 cas; hémorrhagie arachnoïdienne, 4 cas; contusion cérébrale avec lacération et hémorrhagie, 32 cas; méningite tardive (2e semaine), 3 cas; septicémie, 1 cas. — Plus de la moitié des fracturés meurt donc du fait de lésion du cerveau et d'hémorrhagie : mais le caillot intra-crânien reste surtout dangereux, la vie étant compatible avec de graves désordres de la substance cérébrale.

Les suites éloignées des traumatismes du crâne comprennent les troubles qui surviennent après le premier mois qui a suivi l'accident. Ces troubles sont moteurs, sensitifs, sensoriels, ou mentaux.

Les troubles moteurs sont constitués par des accidents convulsifs et paralytiques dont l'existence est liée à des lésions de l'écorce cérébrale en relation plus ou moins évidente avec le traumatisme. L'intervention chirurgicale est indiquée dans tous les cas, à moins de signes de dégénérescences secondaires (contractures) : elle doit chercher à découvrir et à faire disparaître l'agent causal de l'irritation corticale : et cet agent est, soit une esquille qu'il faudra relever, exciser, etc., soit un foyer hémorrhagique ancien, soit un abcès siégeant entre la dure-mère et la paroi osseuse ou dans la substance cérébrale, et qu'il faudra évacuer. L'agent causal des troubles moteurs peut être aussi une méningo-encéphalite ayant entraîné des cicatrices de la dure-mère, qu'il faudra inciser, ou même exciser : quant aux cicatrices intéressant la substance cérébrale elle-même, il faut n'y toucher qu'avec prudence et quand elles ne sont pas étendues. Parfois enfin on a rencontré et enlevé des tumeurs (kystes, gliômes, etc.), qui semblaient consécutives au traumatisme : l'intervention ne semble pas en ces cas avoir été suivie de beaucoup de succès.

Presque toujours, lorsque les blessés présentaient des troubles dans le domaine de la motilité, la trépanation a été suivie de guérison définitive ou le plus souvent d'amélioration manifeste. Elle est le seul traitement rationnel des accidents qui sont dus à une lésion irritative, inflammatoire, etc., de la substance corticale.

Les troubles sensitifs ou sensoriels ne relèvent pas en général de l'intervention chirurgicale. Cependant la céphalalgie persistante et localisée pourrait être une indication du trépan.

On peut aussi constater, plus ou moins longtemps après un traumatisme crânien : 1° des troubles des facultés intellectuelles, changement du caractère, arrêts du développement, perte de la mémoire, etc. ; 2° des troubles pathologiques permanents : la paralysie générale, l'épilepsie, la démence confirmée. Pour les cas du premier groupe, la trépanation peut être discutée et quelquefois elle doit être pratiquée. Elle est inoffensive et souvent suivie d'amélioration plus ou moins durable.

L'intervention paraît contre-indiquée dans la paralysie générale d'origine traumatique, étant données les rémissions souvent fort longues qu'on rencontre dans cette maladie : on ne serait autorisé à intervenir que si le malade présentait des phénomènes congestifs du côté de l'encéphale. Dans l'épilepsie d'origine traumatique, tous les chirurgiens conseillent la trépanation qui est le seul traitement rationnel de l'affection.

Dans les cas de démence confirmée, on doit intervenir et trépaner si l'on trouve une cicatrice, une fistule, etc.; l'état de ces malades autorise toute tentative rationnelle de leur rendre la raison.

Quant à l'hystéro-traumatisme, qui peut être une des suites éloignées des traumas du crâne, il ne paraît point justiciable de l'intervention chirurgicale, du moins pour le moment actuel.

Telles sont, résumées, les conclusions de la thèse de M. Tellier, où nous trouvons groupés pour une étude générale d'ensemble, les nombreux travaux publiés sur ce sujet, tout d'actualité, aujourd'hui que l'examen de ces faits a conduit à une thérapeutique active, déjà bien des fois couronnée de succès.

Maubrac.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Aphasie (aphasia), par Holmes (*New-York medical journal*, 7 mars 1891, p. 269). — Dans ce mémoire, l'auteur se borne à résumer l'état actuel de la question de l'aphasie, en l'illustrant par deux schémas. Cet exposé est du reste incomplet.

Essai historique sur la faculté du langage, par E. Bouisson (*Montpellier médical*, 16 mars 1891, p. 255). — Plaidoyer qui revendique pour Dax la découverte de Broca, sans y ajouter d'arguments nouveaux, ni autres que ceux qu'a exposés et réfutés Bernard dans sa remarquable thèse sur l'aphasie, à laquelle il suffira de se reporter.

Paralysie puerpérale et albuminurie (Paralysi puerperali ed albuminuria), par P. Villa (*Gazetta medica Lombarda*, 1891, n° 9 et n° 10, p. 97). — Bien que l'obscurité dans laquelle est enveloppée la question de l'albuminurie gravidique rende difficile de parler des conséquences qu'elle peut entraîner, on peut retenir que l'albuminurie est une cause fréquente de paralysie puerpérale. Le mécanisme d'action de l'albuminurie doit être recherché dans la production de lésions matérielles des centres nerveux. Il ne paraît pas exister de corrélation dans l'intensité de l'urémie et la persistance des paralysies.

Sur l'astasie-abasie, par Thyssen (*Archives de Neurologie*, 1891, n° 61, p. 58, n° 62, p. 209). — L'auteur ayant eu l'occasion d'observer un certain nombre de cas d'astasie-abasie, a refait une étude synthétique de ce syndrome, et pris position dans la discussion qu'a soulevée dans ces derniers temps sa pathogénie. Il a remarqué que l'astasie-abasie pouvait survenir lentement et frapper des adultes entachés de tares nerveuses héréditaires. Il propose de diviser le syndrome en 5 variétés commandées par les différences qui existent entre les observations publiées. Au point de vue pathogénique, il adopte enfin la théorie proposée par le prof. Charcot et Paul Blocq, et qu'a combattue le prof. Binswanger. L'astasie-abasie serait une paralysie fonctionnelle émotive, et non un trouble anxieux analogue à l'agoraphobie.

MÉDECINE

Mal de mer (Seekrankheit), par Rosenbach (*Berl. klin. Woch.*, mars 1891, nos 10 et suiv., p. 260). — Quelques-unes des conditions favorisantes sont aujourd'hui bien connues. Le tangage éveille le mal de mer plus vite et plus violemment que le roulis, auquel on s'accoutume rapidement : les deux combinés provoquent au contraire le malaise maximum. Celui-ci augmente quand on s'éloigne du centre du bateau. Dans les canots à la rame, on est généralement moins exposé : mais les canots à la voile un peu longs marchant vent arrière sont ceux dont le séjour est le plus mal supporté. Une ingestion modérée d'aliments et de boissons alcooliques est un bon préservatif. Le décubitus horizontal est favorable, de même que le séjour sur le pont. Avec du calme et de l'énergie on retarde et atténue l'apparition du mal. Parfois, surtout chez les femmes, le mal de mer est engendré par un pur travail psychique, par la peur surtout. Ailleurs le malaise se lie à la trémulation des hélices. Enfin, bien souvent il y a un mélange de perturbations physiques et psychiques qui s'associent pour

produire les formes intenses avec faiblesse, sueurs, angoisse, dyspnée, vomissements, palpitations, pouls arhythmique, vertiges permanents. En ce qui concerne l'explication pathogénique de cet état singulier, les uns préfèrent la théorie psychique où la conscience de la perte d'équilibre joue le principal rôle, d'autres la théorie mécanique qui invoque l'équilibre instable des organes encéphaliques et abdominaux; enfin quelques-uns font intervenir surtout les perturbations circulatoires, qui entraînent les troubles anémiques ou hyperémiques dans le contenu des cavités splanchniques.

Pseudo-leucémie splénique (Reine lienale Pseudo-Leukæmie), par Degle (*Wien. med. Presse*, mars 1891, n° 11, p. 416). — C'est la rareté relative des cas de pseudo-leucémie splénique *pure* qui engage l'auteur à rapporter le cas actuel. Il s'agit d'une femme de 40 ans ayant souffert d'une chlorose grave à l'époque de la puberté, ayant eu 10 enfants et nourri régulièrement au sein huit d'entre eux, enfin débilitée par différentes maladies et par des privations. Elle se présentait à l'auteur avec les signes d'une anémie intense, un teint blanc-jaunâtre, une hypertrophie de la rate énorme, cet organe descendant jusqu'au ligament de Poupart. L'examen du sang dénotait : absence de leucocytose, hypoglobulie, hématies pâles, quelques macrocytes. Le diagnostic s'imposait donc. Il est à remarquer que les premiers symptômes de l'affection en cause étaient apparus d'une façon tout à fait précise pendant les premiers mois de la dernière ou dixième grossesse.

Présence de l'oxyhémoglobine dans la bile (Auftreten von Oxyhæmoglobin in der Galle), par Stern (*Virchow's Arch.*, janvier 1891, t. CXXIII, fasc. 1). — Le foie joue un rôle important dans la transformation du pigment hématique dont il fait de la bilirubine. Déjà Vossius, Wertheimer et Meyer avaient montré que, dans certaines conditions, l'hémoglobine déborde et passe en nature dans la bile. L'auteur a confirmé ces données par l'expérimentation en opérant sur le lapin. L'injection intra-veineuse de grandes quantités d'hémoglobine, ou d'agents capables de suractiver la destruction globulaire détermine l'hémoglobinurie et le passage de l'hémoglobine dans la bile : si les doses sont moins fortes, le dernier fait se produit seul. Dans le charbon et la diphthérie du lapin, les mêmes altérations globulaires ont lieu spontanément, et le passage de l'hémoglobine dans la bile a lieu communément, ainsi que l'indique la recherche spectroscopique méthodique; car la couleur de la bile ne peut pas être modifiée. L'auteur a encore observé la même hémoglobinocholie dans certaines maladies humaines, diphthérie, typhus, tuberculose aiguë, enfin dans l'asystolie où la stase hépatique, les destructions globulaires, les pigmentations sont si prononcées.

Pneumonie septique du néo-né (Septische Pneumonie beim Neugebornen), par Lubarsch et Tsutsui (*Virchow's Arch.*, janvier 1891, t. CXXIII, fasc. 1). — A l'autopsie d'un nouveau-né mort en quarante-huit heures avec des phénomènes de subictère, cyanose, hypothermie, diarrhée putride, les auteurs trouvent une pleuro-pneumonie gauche avec hépatisation de tout un lobe. L'étude bactériologique du poumon leur a permis d'isoler un micro-organisme de forme bacillaire, que sa mobilité, ses réactions, ses caractères de culture, son influence pathogène chez les animaux (cobayes, lapins, pigeons, souris blanches) tendent à rapprocher du bacille que Gærtner a décrit dans l'entérite infectieuse causée par l'ingestion de viandes avariées. Les auteurs font cependant quelques réserves sur cette identification à cause de la différence des conditions étiologiques, et de la difficulté qu'il y a encore à grouper dans une classification ferme les formes bacillaires intestinales appartenant au groupe du typhus de Hueppe. Quoi qu'il en soit, ce fait intéressant constitue une importante contribution à la pathologie infectieuse du nouveau-né.

Résorption des graisses et ictère des néo-nés (Kreislauf des Fettes durch Leber, und Beziehung zum Icterus neonatorum), par Rosenberg (*Arch. von Virchow*, janvier 1891, t. CXXIII, fasc. 1, p. 17). — Avec Virchow, l'auteur admet qu'une partie des graisses digestives peut parvenir au foie et à la vésicule biliaire, soit après absorption par les chylifères et apport par la circulation générale, soit à la suite d'immigration portale directe. Mais ses expériences lui ont montré que la vésicule ne résorbe pas cette graisse : celle-ci au contraire forme au réservoir biliaire un enduit protecteur qui empêche l'absorption de la bile pendant son séjour prolongé dans la vésicule. Comment tirer de là une interprétation de l'ictère des néo-nés? Pendant la vie intra-utérine, la sécrétion biliaire est presque nulle et le contenu de la vésicule insignifiant : pas de menace de résorption dans la vésicule. Dès les premiers repas l'afflux biliaire se produit et comme la vésicule n'est pas encore pourvue de son enduit adipeux protecteur, il peut se faire un peu de résorption jusqu'au moment où la digestion et l'absorption régulières des graisses fournissent à la vésicule la protection qu'elle a chez l'adulte.

CHIRURGIE

Cancer de l'utérus chez une femme enceinte (Cancer of the cervix uteri with coexisting pregnancy; vaginal hysterectomy; recovery), par Taylor (*Medical Record*. 28 février 1891, p. 259). — Madame L. O'y, 41 ans, réglée à 14 ans, mariée à 24 ans, a eu six enfants et deux fausses couches. Elle est un peu pâle et a quelques douleurs dans le bassin, mais l'état général paraît bon. On trouve l'utérus volumineux : le fond se fait sentir au-dessus du pubis; le col est extrêmement dur et la palpation bi-manuelle montre que l'utérus en entier forme un tout inflexible. Au spéculum on voit que le col est allongé, présente des nodosités et une coloration rouge vif; l'ensemble a les caractères d'une tumeur maligne. La femme ne se considérait pas comme étant enceinte; aucune modification du côté des seins, le volume de l'utérus peut être dû à la tumeur; les règles font défaut. On lui explique qu'il est possible qu'elle soit enceinte, mais que dans ce cas la marche naturelle de la grossesse entraînera la mort.

Le 4 juin 1890, on pratique l'hystérectomie vaginale. En isolant l'utérus en avant, on fit une déchirure de la paroi vésicale. Par l'incision faite en arrière du col, on introduisit une éponge pour maintenir les intestins dans la cavité abdominale. Le ligament large était très élevé et le doigt ne put retenir son bord supérieur; mais le doigt fut introduit à travers le ligament large du côté gauche et avec des ciseaux on fit une ouverture en avant à travers le péritoine au niveau de la pointe du doigt servant de guide et on compléta la séparation de l'utérus et de la vessie. On lia alors le ligament large. On libéra le côté droit de l'utérus comme on l'avait fait pour le côté gauche. L'utérus put alors être enlevé ainsi que l'ovaire et la trompe du côté gauche, tandis que les annexes du côté droit avaient été laissées en place et liées en même temps que le ligament large du même côté. Il y eut une hémorrhagie assez intense qu'on arrêta du reste par des pinces qu'on laissa ensuite en place.

L'opération dura une heure un quart. La malade supporta assez bien l'opération. Pendant 20 heures les urines furent sanglantes. La dernière pince fut enlevée 60 heures après l'opération. La malade put quitter l'hôpital au bout de 20 jours. Elle se porte très bien actuellement.

L'examen de la pièce enlevée montra bien que, comme on l'avait pensé, il s'agissait d'un carcinome de l'utérus. L'utérus contenait en outre un fœtus d'environ 2 mois.

Rupture de l'utérus pendant l'accouchement terminée par la guérison (Ueber glücklich verlaufener Fall von Uterusruptur), par Carl (*Deuts. med. Wochenschr.*, 1891, n° 10, p. 362). — Dans un cas de rupture de l'utérus pendant l'accouchement, chez une V pare, Carl a réussi à retirer par la déchirure l'enfant qui avait passé en entier dans l'abdomen et dont les pieds étaient logés au niveau de la rate. Pour faire cette version intra-abdominale, l'auteur a passé sa main à travers la déchirure du col et du vagin, a pénétré dans l'abdomen et saisi le pied de l'enfant, sur lequel il exerça une forte traction. Pour faire sortir la tête, il a fallu exercer des pressions très violentes à travers la paroi abdominale. L'enfant et le placenta une fois retirés, on lava la vulve avec une solution antiseptique et on plaça un drain dans l'abdomen à travers la déchirure de l'utérus. Le lendemain, temp. de 40°. On retire le drain, et on se contente d'appliquer des compresses tièdes sur le ventre et d'administrer de l'opium à l'intérieur. La femme a guéri au bout de 3 semaines.

Traitement de l'ostéomalacie par la castration (Zur Frage der Behandlung der Osteomalacie durch Kastration), par Hofmeier (*Centralb. f. Gynæk.*, 1891, n° 12, p. 225). — Hofmeier rapporte un cas de castration chez une fille de 30 ans atteinte d'ostéomalacie avec marche très douloureuse, presque impossible. La malade a complètement guéri et a pu reprendre ses occupations. L'examen microscopique a montré que les ovaires étaient atteints d'atrophie simple.

L'auteur admet, faute de mieux, que l'ostéomalacie est une tropho-névrose réflexe dont le point de départ se trouve dans les ovaires (théorie de Fehling). Chez la malade en question, l'étiologie de l'affection n'a pu être élucidée. Il en a été de même dans le cas de Truzzi où la malade, une fille ostéomalacique vivant dans de bonnes conditions hygiéniques, a été guérie par la castration.

Hypertrophie de la tonsille linguale (Die Hypertrophie der Zungentonsille und ihre Behandung), par M. Schæde (*Berlin. klin. Wochenschr.*, 1891, n° 13, p. 325). — L'hypertrophie de la partie linguale de l'anneau lymphatique de l'isthme de la bouche (Kœlliker) est une affection encore assez fréquente. Ce qu'il y a de particulier dans cette affection c'est son caractère diffus (Swain), l'hypertrophie des glandes isolées étant très rare.

L'auteur rapporte cinq cas de cette affection. Dans tous les cas la partie hypertrophiée arrivait au contact avec la luette et les malades se plaignaient d'avoir la sensation d'un corps étranger dans le cou et la langue. Les follicules hypertrophiés se présentent sous forme de petites tumeurs grosses comme une lentille, sphériques, lisses, rougeâtres. Tous les malades ont été guéris par l'ablation des parties hypertrophiées faite au moyen du galvano-cautère.

Fracture du crâne par arme à feu; lésions multiples et indépendantes, par Hache (*Union médicale du Nord-Est*, janv. 1891, p. 11). — L'auteur présente un crâne d'Arabe qui reçut un coup de revolver de 11 mm. au moment où il était courbé en deux. Le coup a été tiré à une distance de 4 mètres. Le projectile a perforé l'occipital gauche, de sa ligne médiane au milieu de l'espace qui s'étend de la bosse occipitale externe à la suture lambdoïde, traversé la dure-mère juste au point d'abouchement du sinus latéral gauche dans le pressoir d'Hérophile, pénétré dans les centres nerveux au niveau de la partie la plus postérieure du lobe occipital, gauche, lésé l'extrémité postérieure du vermis supérieur, détruit le vermis inférieur, sectionné le bulbe et les artères vertébrales au niveau de l'entre-croisement des pyramides, déchiré la dure-mère au niveau de l'apophyse ovontoïde sans léser les os et les ligaments et, enfin, a été retrouvé dans la fosse cérébelleuse droite où il a éraillé la face inférieure du lobe cérébelleux correspondant.

La mort a été instantanée.

Du côté de la boîte crânienne, cette balle a produit au point d'application une perforation de l'occipital et produit à distance des fractures indépendantes de l'occipital, des deux voûtes orbitaires, de l'ethmoïde et de l'unguis droits.

OPHTHALMOLOGIE

Traitement du décollement de la rétine, par David Websters (Nines cases of detachment of the retina treated by operation (*New-York med. Journ.*, 21 mars 1891, p. 326). — L'auteur rapporte neuf cas de décollement de la rétine traités par la ponction avec le couteau de Græfe; deux malades furent opérés des deux yeux le même jour, chez deux l'on intervint deux fois après un intervalle de 8 jours et de 2 mois. La cocaïne suffit comme anesthésique et grâce aux précautions antiseptiques il ne survint de réaction sérieuse que dans deux cas. De règle on enlevait chaque jour le pansement pour faire un examen ophthalmoscopique. Le patient gardait le lit tantôt quelques jours, tantôt plusieurs semaines, il s'agissait de personnes entre 30 et 69 ans dont six avaient subi sans succès un traitement médical prolongé.

Les résultats obtenus sont trop variables pour qu'il soit permis de conclure à l'efficacité de la méthode employée.

— Emerson (A contribution to the study of the treatment of retinal detachment, *ibid.*, p. 330). — Cette étude est basée sur l'observation de 21 cas de décollement rétinien chez 9 femmes et 11 hommes, dont l'âge variait de 20 ans à 65. Six étaient myopes, neuf hypermétropes ou emmétropes; l'affection existait depuis 2 jours dans un cas, et depuis 2 ans dans d'autres. Le traitement varia suivant les cas; il dura de une à sept semaines. Sur les 21 cas, 8 fois la rétine reprit sa position et la vision se rétablit suffisante; une fois on avait eu recours à la compression, une fois au séjour au lit avec des injections quotidiennes de pilocarpine, dans les six autres cas heureux on avait combiné ces deux modes de traitement.

— Oren D. Pomeroy (The treatment of retinal detachment by injections of pilocarpine in the recumbent position, *ibid.*, p. 333). — Cinq observations de décollement rétinien traité avec bénéfice par les injections de pilocarpine et le repos au lit.

BIBLIOGRAPHIE

Nouveaux éléments de pathologie et de clinique chirurgicales, par Fr. Gross, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Nancy, J. Rohmer et A. Vautrin, professeurs agrégés à la Faculté de médecine de Nancy, t. II, Paris, J.-B. Baillière, 1891.

Il y a quelques mois, nous avons annoncé dans la *Gazette* le premier volume de cet ouvrage. Il y a quelques semaines, nous avons reçu le second, comprenant l'étude des maladies du cou et du tronc, c'est-à-dire du rachis et de la moelle, de la poitrine, de l'abdomen, de l'anus et du rectum.

Les éléments de MM. Gross, Rohmer et Vautrin sont incontestablement un bon livre. Les auteurs se sont attachés à donner des descriptions complètes, avec des bibliographies capables d'aider les chercheurs. De plus — et c'est en cela que leur livre mérite surtout l'éloge — ils ont donné à la thérapeutique et à la description des procédés opératoires une place plus grande qu'on n'a coutume de le faire dans nos manuels classiques français. A la mode allemande, ils ont résolument scindé la pathologie chirurgicale générale et la pathologie spéciale, c'est-à-dire la pathologie des régions. Ils nous annoncent, pour plus tard, la pathologie générale; et dans la pathologie spéciale qu'ils nous donnent aujourd'hui ils s'occupent assez longuement de médecine opératoire. Nous complimenterons encore les auteurs de la rapidité avec laquelle les deux premiers volumes se sont suivis : cela nous donne bon espoir pour la prochaine terminaison de l'ouvrage entier.

Ces qualités nous permettent de prédire le succès de ces *Éléments*, de leur prévoir peut-être une édition ultérieure, et, cela étant, nous nous risquons à adresser aux auteurs quelques critiques de détail. Quelques points, en effet, nous semblent devoir être revisés, où M. Gross et ses collaborateurs n'ont pas suffisamment rompu avec des habitudes classiques mais surannées. Pourquoi nous dire, par exemple, que les kystes thyro-hyoïdiens sont reconnus aujourd'hui pour être des hygromas de la bourse séreuse de Boyer, alors qu'au contraire les recherches modernes ont à peu près radicalement ruiné cette théorie? Pourquoi continuer à énumérer les « goitres aériens » parmi les « tumeurs du corps thyroïde » et les décrire une seconde fois parmi les maladies du larynx et de la trachée — à leur vraie place cette fois? L'étude du goître, d'ailleurs, contient quelques imperfections, et nous avons regretté de n'y point voir analysé le mémoire aujourd'hui fondamental de Wœlfler; de n'y point voir indiqués les divers procédés de la thyroïdectomie partielle et leurs indications selon l'état anatomique de la tumeur. Enfin, la bibliographie n'est peut-être pas toujours choisie de la façon qui nous semble la meilleure et, pour continuer à argumenter sur le corps thyroïde, dans l'étude de la cachexie strumiprive, nous aurions aimé à voir indiqués les travaux initiaux de Reverdin (*Revue de la Suisse Romande*, 1883), de Kocher (*Archives de Langenbeck*, 1883), au lieu d'analyses plus ou moins brèves des mémoires, moins importants de Bruns, Savill, Trombetta, Kocher (1886) d'après la *Semaine médicale* ou la *Revue de chirurgie*. Mais ces critiques, nous le répétons, ne sont que de détail et n'enlèvent pas grand chose à la valeur réelle du livre que nous annonçons.

Puisque nous avons parlé de bibliographie, nous terminerons par une critique qui ne s'adresse qu'aux éditeurs. Dans ces bibliographies, la partie matérielle est insuffisamment surveillée par eux. Ici les sources sont précédées du sacramentel

mais inutile *in*, supprimé ailleurs : supprimez-le partout ou nulle part. Il faudrait aussi uniformiser les divisions par les points et les virgules. Cela ne gêne sans doute en rien la grande majorité des lecteurs, mais c'est à cela que se reconnaissent les livres édités avec quelque préoccupation artistique.

A. Broca.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Thèses de Paris.

Traitement du spina bifida, par Bellanger.

La conduite du chirurgien en face d'un spina-bifida de nouveau-né est dictée par l'état de la tumeur. Si la tumeur est ulcérée, près de se rompre, intervenir de suite. S'il n'y a pas d'accidents menaçants, attendre que l'enfant ait pris des forces. En face des mauvais résultats donnés par l'expectation, il n'y pas de contre-indication admissible, il y a seulement des conditions inhérentes à l'enfant ou à la tumeur qui font que l'intervention se présente sous des auspices plus ou moins favorables. La ligature, l'excision sans ouverture exploratrice du sac sont des procédés aveugles, n'ayant sur l'excision avec ouverture préalable aucun avantage et exposant à des résections nerveuses qui peuvent être désastreuses.

Deux méthodes seulement doivent être conservées : les injections d'iode, l'excision après ouverture et exploration du sac.

L'excision convient certainement mieux que l'injection aux grosses tumeurs, à celles qui communiquent avec le canal vertébral par un large orifice ; ce qui devra pourtant faire choisir l'une ou l'autre de ces méthodes, c'est cette considération que l'excision nécessite une antisepsie rigoureuse ; si on ne peut en répondre, il faut choisir l'injection qui est alors moins dangereuse. Dans la grande majorité des cas il est impossible de savoir à l'avance si le sac renferme des éléments nerveux et si ces éléments doivent être conservés ou si on peut les exciser impunément. Cette incertitude impose l'ouverture exploratrice du sac. S'il n'y a pas d'éléments nerveux, excision et suture. Si le sac en renferme, dissection, refoulement dans le canal vertébral, excision du sac, et suture isolée des méninges de la peau. Si la dissection est impossible, il existe assez de cas dans lesquels la résection de nerfs de toute dimension n'a été suivie d'aucun effet fâcheux, pour qu'on soit autorisé à tout couper sans être taxé d'une témérité excessive.

Les opérations ostéoplastiques sont un perfectionnement intéressant, mais elles ne sont pas encore assez nombreuses pour qu'on puisse les juger. Si l'opération a été courte, on pourra les tenter, autrement leur nécessité n'est pas assez démontrée pour faire prolonger outre mesure une opération qui a déjà été longue.

Etiologie de la tuberculose chez les enfants, par Boitterlin.

La tuberculose chez les enfants est plus fréquente qu'on ne le croyait jusque dans ces dernières années. Elle est un facteur important de la mortalité infantile. Cette fréquence est due aux influences héréditaires, d'une part ; à la contagion, d'autre part. Il y a deux sortes d'hérédités : l'hérédité du germe, l'hérédité du terrain. L'hérédité du germe, incontestable chez les enfants, paraît néanmoins peu fréquente. L'hérédité du terrain est admise généralement.

Ce ne sont pas seulement des parents tuberculeux qui donnent naissance à des enfants tuberculisables, mais tous ceux qui ont subi une déchéance organique quelconque. Les Spartiates et les Romains devaient avoir peu d'enfants tuberculeux. La cause de contagion la plus particulière aux enfants est l'alimentation artificielle par le lait de vaches phthisiques. Une hygiène bien comprise, dans des appartements suffisamment aérés, permettrait certainement de voir réduit le nombre des enfants tuberculeux. La tuberculose est la compagne de la misère.

Contribution a l'étude de l'hystérie d'origine hérédo-alcoolique, par L. Camuzet.

Au terme habituellement employé d'hystérie alcoolique, il convient de substituer celui d'*hystérie absinthique*, le mot d'absinthisme désignant l'ensemble des effets produits par les boissons contenant des essences. L'absinthisme est héréditaire, mais l'hérédité ne se produit pas forcément sous la forme convulsive. L'étude des observations ne prouve pas qu'une tare névropathique, autre que celle résultant de l'absinthisme, soit nécessaire pour la transmission héréditaire des accidents. Outre les stigmates physiques et psychiques de l'hystérie ordinaire, on retrouve dans l'hystérie hérédo-alcoolique les attaques convulsives de la petite hystérie. Les grandes attaques d'hystéro-épilepsie, avec succession régulière des phases, sont au contraire exceptionnelles.

Les cauchemars et l'hypéresthésie des extrémités sont des phénomènes à peu près constants. Le tremblement alcoolique peut être héréditaire, ainsi que les pituites.

Les injections intra-utérines chez les nouvelles accouchées, par R. Getten.

Facilité, *innocuité*, *utilité* des injections intra-utérines : telles ont été les conclusions de Joanny Rendu dans son intéressante thèse de 1879. Certes, nous sommes partisan déterminé des injections intra-utérines : mais, nous les réservons *dans la pratique ordinaire* pour les cas de *nécessité* bien reconnue, nous dirons presque *absolue*. Nous les considérons comme une médication puissante, très énergique, et surtout *curative*. Nous croyons imprudent, dans l'immense majorité des cas, de laisser l'appréciation des indications et l'application de l'injection intra-utérine à la spontanéité de la sage-femme. Pour nous, l'injection intra-utérine n'est *utile* qu'autant qu'elle est *nécessaire*. L'*innocuité* de l'injection intra-utérine n'est vraie que dans la main d'un médecin prudent et circonspect, ou déjà rompu à la manœuvre. Enfin, l'injection intra-utérine n'est rendue *facile* que par la connaissance exacte de toutes les minuties que réclame un manuel opératoire si délicat.

VARIÉTÉS

Association des médecins de la Seine. — L'assemblée annuelle de l'Association des médecins de la Seine s'est tenue dimanche dernier à deux heures, dans le grand amphithéâtre de la Faculté, sous la présidence de M. Brouardel. En ouvrant la séance, le Président a rappelé les efforts tentés de tous côtés en vue d'améliorer les conditions d'existence des médecins. Trop souvent imprévoyants, ceux-ci négligent de se faire inscrire comme sociétaires d'œuvres charitables dont ils espèrent ne jamais avoir besoin. « Tous au contraire, dit M. Brouardel, ne pourrions-nous pas citer d'épouvantables exemples frappant les heureux de la profession, les obligeant, eux ou leurs veuves, de solliciter les secours de la caisse de l'Association? Les faits isolés sont malheureusement plus persuasifs que l'exposé de l'ensemble des misères de l'année. D'autres confrères sont tout aussi imprévoyants, et pourtant ils n'ont connu de la vie médicale que les luttes, les désillusions et les fatigues ; en négligeant de s'inscrire parmi nos adhérents, ils acceptent l'avenir dans sa cruelle perspective, sans faire un effort ni pour eux ni pour leur famille. »

Tous ceux qui ont écouté, aux séances mensuelles de l'Association, le douloureux exposé des rapports lus par les membres de la Commission administrative s'associeront au président de l'Association des médecins de la Seine pour faire appel au bon vouloir de tous ceux de nos confrères qui ne font point encore partie de cette Société si utile. Bien que son but soit identique à celui de l'Association générale, bien qu'elle ne puisse se fondre avec celle-ci, nous ne saurions trop engager les médecins de la Seine à s'inscrire tout à la fois sur les deux listes. Comme l'a dit M. Brouardel, toutes les œuvres qui éveillent l'esprit de solidarité et de prévoyance ne peuvent être hostiles les unes aux autres; il importe au contraire qu'elles s'entr'aident mutuellement. Rien ne saurait être négligé pour éteindre le paupérisme médical. — Le rapport de M. le Dr Barth, secrétaire général, établit que les recettes de l'année ont été de 95,851 francs, dont 17,732 fournis par les cotisations, 44,485 par les dons et legs et le reste par le revenu des fonds placés. A l'aide de ces ressources, l'Association a secouru 4 sociétaires, 54 veuves ou familles de sociétaires, 30 personnes n'ayant pas appartenu à l'Association. Trois pensions viagères de 1,200 francs ont été accordées à des sociétaires âgés ou infirmes. Le total des secours s'est élevé à 43,800 francs. Le fonds de réserve s'est accru de 49,166 francs.

L'assemblée a réélu comme président M. Brouardel et comme vice-présidents MM. Blanche et Guyon.

Cours de clinique thérapeutique. — M. le Dr Dujardin-Beaumetz a commencé ses conférences à l'hôpital Cochin, le mercredi 22 avril, à neuf heures et demie, et les continuera les mercredis suivants.

Le lundi, à neuf heures et demie, conférences sur l'électricité médicale et la bactériologie, par les Drs Bardet et Dubief, chefs de laboratoire.

Le vendredi, à neuf heures et demie, leçons de séméiologie médicale par MM. Raoult et Thuilant, internes du service.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Imp. des Arts et Manufactures. 12 rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES SAMEDIS ET PUBLIANT TOUS LES MERCREDIS

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

RÉDACTEUR EN CHEF : Dr L. LEREBOULLET. — SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION : Dr A. BROCA.

BULLETIN

Paris, le 1er mai 1891.

La Société de la Croix Rouge en France et en Allemagne.

L'article que nous avons consacré récemment (p. 181) à l'appréciation de la « lettre ouverte » écrite par le Dr Lewin (de Berlin) à notre cher et savant collègue le Dr Ernest Besnier a motivé de la part de nos lecteurs une série de communications qui nous obligent à insister encore sur l'injustice des insinuations dirigées non seulement contre les médecins, mais encore contre les officiers de notre armée. Nous ne reproduirons point les récits que plusieurs de nos correspondants nous envoient, non sans y ajouter des arguments irréfutables qui démontrent jusqu'à l'évidence que la maxime : « La Force prime le Droit » a été appliquée dans toute sa rigueur par les compatriotes du Dr Lewin. Notre confrère et ami le Dr Eloy a déjà rappelé l'assassinat du Dr de Baudre et du Dr Morin, ainsi que le pillage de l'ambulance des mobilisés de Saône-et-Loire. Nous ne pouvons mieux faire que de renvoyer au n° 16 de la *Revue générale de clinique et de thérapeutique* ceux qui voudraient relire le récit authentique de quelques-uns des méfaits commis, au mépris des immunités que devait conférer aux médecins la *Convention de Genève*, par l'État-major de l'armée prussienne. Mais nous devons une mention spéciale à la lettre que veut bien nous adresser M. le Dr Colleville (de Reims) et à l'historique de la Croix Rouge qu'il a écrite il y a un an.

M. le Dr Lewin, qui affirme « que les Français ont souvent ignoré, trop souvent même violé la Convention de Genève pendant la guerre franco-allemande », ne connaît lui-même ni les origines de cette Convention, ni la nationalité de celui qui l'a fait adopter par tous les gouvernements européens. La Convention de Genève, dit-il, « n'a pas été créée par un Français, mais par le Belge Durant. » Or chacun sait que ce n'est pas un Belge, mais bien le Génevois Dunant qui a écrit le *Souvenir de Solférino*, après avoir en 1856 publié un volume contre l'Esclavage. C'est un Français, M. Léonce de Canezove, qui, en 1869, a écrit, bien avant le Dr Lueder, un ouvrage contenant le texte des notes diplomatiques de toutes les correspondances échangées à propos des conventions de 1863 et de 1864. « C'est la France, dit M. Colleville, qui a précédé toutes les nations de l'Europe dans la voie de la charité pour l'organisation des secours à donner aux blessés militaires.

« La première idée un peu générale de préserver les blessés des horreurs des représailles, du massacre, du pillage ou de l'abandon, en déclarant les hôpitaux inviolables en temps de guerre, remonte à l'an 1743 (1). Elle est due au maréchal français, duc de Noailles et au comte Stair. Elle doit être regardée, selon M. Dunant, comme un premier jalon de l'idée de *neutralisation générale* dont il n'appartient à personne de revendiquer la priorité. » Viennent ensuite de Chamousset, intendant général, Peyrilhe, Percy, Larrey, qui le premier créa les ambulances volantes, et enfin, mais après tous les Français que nous venons de citer, Wasserfuhr, médecin de régiment du royaume de Prusse, qui furent les précurseurs de M. Dunant. C'est en 1859, pendant la guerre d'Italie et après le combat de Montebello, que l'empereur Napoléon III, « voulant diminuer autant qu'il dépendait de lui les maux que la guerre entraîne après elle et donner l'exemple de la suppression de rigueurs inutiles, » décida le 28 mai que tous les prisonniers blessés seraient rendus à l'ennemi sans échange dès que leur état leur permettrait de retourner dans leur pays. Et c'est cette décision, dictée au chef de l'armée par les médecins militaires français, qui, aussi bien que la vue du champ de bataille de Solférino, décida M. Dunant à proposer la neutralité internationale des blessés en temps de guerre.

Je reconnais, pour l'avoir constaté à Metz, qu'après la capitulation de nos places fortes, les médecins en chef de l'armée allemande ont donné aux chefs de service des hôpitaux militaires français toutes facilités pour accorder des sauf-conduits aux militaires blessés qui encombraient alors les ambulances, mais ils ajoutaient que ces sauf-conduits ne seraient délivrés qu'à ceux qui se trouvaient hors d'état de reprendre du service pendant six mois au

(1) *Historique de la Croix Rouge*, par le Dr Colleville. Lecture faite à l'Académie nationale de Reims le 13 juin 1890.

moins. On était donc plus généreux pendant la guerre de 1859. Mais, il importe de l'affirmer, c'est à Dunant (de Genève) qu'appartient le mérite d'avoir organisé la conférence de 1863. Aussitôt après la dissolution de cette assemblée, Dunant se rendit à Paris pour obtenir la création d'un comité central français et celui-ci, par l'organe de M. Drouyn de Louys, ministre des affaires étrangères, recommanda à tous les cabinets de l'Europe le projet d'un congrès diplomatique (22 avril 1864). Lorsqu'il fut question de réunir ce congrès, l'invitation adressée aux gouvernements par le Comité international de Genève fut appuyée par la France et rédigée avec son patronage. Lorsque l'assemblée se fut dissoute, le Dr Lueder, professeur de droit à l'Université d'Erlangen, reconnut « que les Français ont exercé sur les débats une influence et une prépondérance décisives. » Si donc les Drs Lœffler et Bœger (de Berlin), Palasciano (de Naples) et Basting (des Pays-Bas) ont eu, avec M. Dunant, l'honneur de faire adopter les propositions qui ont eu pour résultat la neutralisation des ambulances et des hôpitaux, il convient de constater que la France n'est jamais restée ni indifférente ni étrangère au mouvement d'opinion qu'avait soulevé M. Dunant. Il faut aussi déclarer que c'est à la France *seule* qu'appartient le mérite d'avoir fait participer les marins aux bienfaits de la neutralité.

Nous ne contestons point que la première organisation régulière de la Société de secours aux blessés ait été due à l'Allemagne pendant la guerre de Bohême en 1866; nous ne nions point davantage que l'organisation des services sanitaires n'ait été parfaite durant la guerre de 1870; mais nous pouvons affirmer que la France a fait, elle aussi, son devoir et que si l'imprévoyance et l'impéritie de son gouvernement ont laissé les services administratifs aussi mal organisés parfois que les services militaires, jamais du moins aucun attentat n'a été commis; jamais aucun détachement militaire, aucun corps mobilisé n'a violé les règles de l'humanité soit en pillant une ambulance, soit en fusillant des médecins. Il doit, dès lors, nous être permis de repousser avec indignation, non les critiques que l'on a pu adresser à l'organisation de notre armée et à l'impéritie de ses chefs, mais bien les insinuations qui tendraient à faire croire que la France a pu méconnaître « les traditions d'humanité » qui ont toujours fait sa gloire et qu'elle s'honore et s'honorera toujours de maintenir, quelle que puisse être la force que lui donneront le patriotisme de ses soldats et l'énergie croissante des officiers qui les dirigent aujourd'hui.

L. Lereboullet.

REVUE GÉNÉRALE

De la tuberculose nasale.

La tuberculose de la muqueuse nasale a été longtemps regardée comme une manifestation absolument exceptionnelle. Une observation que je publiai il y a quatre ans (1) me fournit l'occasion de rechercher les cas anaogues; c'est à peine si je pus en rassembler une quinzaine. Encore ce chiffre comprenait-il six observations, toutes récentes, de Schæffer et Nasse (1) sur les tumeurs tuberculeuses du nez. Depuis cette époque peu éloignée, les observations se sont multipliées et divers travaux sont venus mettre en lumière ce point de pathologie. Je citerai parmi les plus importants, en France, les thèses de Boutard (2), Olympitis (3), Raulin (4), les observations de Luc (5), Tenneson (6), la revue de Plicque (7); à l'étranger, les observations Jüffinger (8), de Hajek (9), Hahn (10), Michelson (11), la thèse de Mertens (12), une communication de Capart (13) à l'Académie de médecine de Belgique. J'ai de mon côté observé six autres cas de tuberculose ulcéreuse du nez. Le relevé de ces nouveaux faits joint à ceux que j'avais pu rassembler antérieurement donne plus de 80 cas qui permettent d'établir d'une façon assez précise les signes généraux de cette localisation.

La tuberculose nasale ne peut plus assurément passer pour une lésion bien rare, puisque en quatre années l'examen, réparti, il est vrai, sur un grand nombre de malades (3 cas sur 303 maladies du nez, Ferreri) (14) a fourni plus de 60 observations. Mais tout est relatif et sur l'ensemble des diverses localisations du bacille tuberculeux la muqueuse nasale vient encore ou peu s'en faut (l'œil excepté) au dernier rang. La statistique de Willigk qui trouvait un cas de tuberculose du nez sur 476 autopsies de tuberculeux, celles de Frænkel, Schmalfuss sont un peu modifiées par l'apport des faits nouveaux, probablement parce que les examens rhinoscopiques sont plus fréquents et mieux faits; mais la répartition établie par Bryson Delavan ne serait guère changée si l'on prenait un contingent d'observations plus élevé qu'il ne l'a fait.

Sur 114 cas de tuberculose buccale, le laryngologiste américain compte (15):

Langue	51 cas
Pharynx	24 —
Bouche	22 —
Voile du palais	8 —
Amygdales	4 —
Cavité nasale	5 —

A coup sûr la proposition change, si l'on fait entrer en ligne de compte le lupus primitif ou secondaire des fosses nasales. Le lupus est assurément, comme l'ont prouvé les documents nombreux rassemblés par l'Ecole de dermatologie française, une manifestation tuberculeuse, mais c'est une forme spéciale, une tuberculose lente qui diffère à bien des points de vue des lésions que j'avais étudiées dans mon premier travail. L'infection, sous cette forme, devient fréquente, à titre primitif, aussi bien que secondaire, par propagation du revêtement cutané au revêtement muqueux.

Hahn a rencontré, sur 380 cas de lupus observés à la clinique de Doutrelepont, 114 cas de lupus nasal, et l'examen que j'ai pu faire d'un assez grand nombre de ma-

(1) Cartaz. *France médicale*, 1887.

(1) Schæffer et Nasse (*Deut. med. Wochenschrift*, 14 avril 1887).
(2) Boutard. De la tuberculose nasale (*Thèse de Paris*, 1889).
(3) Olympitis. Tuberculose de la muqueuse nasale (*Thèse de Paris*, 1890).
(4) Raulin. Du lupus primitif de la muqueuse nasale (*Thèse de Paris*, 1890).
(5) Luc. (*Arch. de laryngologie*, février 1889).
(6) Tenneson. (*Ann. de dermatol.*, X, 3).
(7) Plicque. La tuberculose des fosses nasales (*Ann. mal. de l'oreille*, décembre 1890).
(8) Juffinger. (*Soc. des méd. de Vienne*, 1888).
(9) Hajek. (*Int. klin. Rundschau*, 1889).
(10) Hahn. (*Deut. med. Wochensch.*, n° 23, 1890).
(11) Michelson. (*Zeit. f. klin. Medicin*, XVII).
(12) Mertens. (*Thèse de Wurtzbourg*, 1889)
(13) Capart. (*Bull. Acad. de méd. de Belgique*, IV, n° 12).
(14) Ferreri. (*Malattie nasali*, Milan, 1889).
(15) Delavan. (*New-York med. journ.*, 14 mai 1887).

lades lupiques confirme à peu de chose près les chiffres de cette statistique.

*
* *

Comment expliquer cette rareté de l'infection quand il s'agit de tuberculose proprement dite et cette fréquence, au moins relative, quand on a affaire au lupus? La pituitaire semble présenter aux chances d'inoculation par apport direct ou indirect les conditions les plus propices; fréquence d'inflammations aiguës ou chroniques, légères exulcérations provoquées par le doigt, par des sécrétions muco-purulentes, les portes d'entrée sont nombreuses et l'on ne voit se greffer que rarement le bacille. Faut-il croire, avec Koch, que les cils vibratiles suffisent à rejeter le bacille; que l'épithélium pavimenteux stratifié, dans les points où la muqueuse ne présente pas de cils vibratiles, soit, comme le pense Michelson, un obstacle suffisant à la pénétration du microbe? Serait-ce l'abondance de la sécrétion muqueuse qui l'entraîne quand il a été apporté avec les poussières dont les fosses nasales protègent les voies respiratoires proprement dites? Les phénomènes de phagocytose sont-ils sur ce point suffisamment prononcés pour détruire, avant toute action délétère, le bacille ennemi? Tout autant de points dont l'interprétation ne me paraît rien moins que facile. La muqueuse nasale est le réceptacle de nombreux microbes qui végètent dans ce milieu, inoffensifs et désarmés, jusqu'au jour où une lésion occasionnelle vient modifier les conditions de l'économie et leur permettre d'entrer en activité. Le bacille tuberculeux n'est pas du nombre, au moins d'après les recherches de Wright, Hajek et les examens nombreux faits sur les sécrétions dans l'ozène.

Au surplus, ces explications tombent devant ce fait que la muqueuse nasale est fréquemment le siège de lupus; dès lors la pénétration du bacille est donc facile au moins sous cette forme, et les cils vibratiles, l'épithélium pavimenteux n'arrêtent pas l'envahissement progressif. Faudrait-il supposer que l'infection ne se produit que dans un organisme déjà mal défendu, comme dans le lupus; que la muqueuse offre, dans ces cas, un terrain de culture approprié qui ne se rencontrerait pas dans le plein état de santé? La chose est possible. N'est-il pas plus raisonnable d'admettre que ces lésions si différentes dans leur évolution, lupus et tuberculose proprement dite, tuberculose des muqueuses respiratoire et digestive ou tuberculose cutanée, dépendent de conditions biologiques, différentes du même bacille, plutôt peut-être que de sa rareté? Ce sont des points que je me contente de signaler en passant.

Ce qu'il y a de sûr, c'est qu'à part de très rares cas de tuberculose primitive du nez, toutes les observations ont été relevées chez des sujets porteurs de lésions pulmonaires plus ou moins avancées. Dans ces conditions, je suis porté à croire que l'infection de la pituitaire se fait souvent par inoculation, soit par les crachats ou parcelles de crachats rejetés dans les efforts de toux, soit par l'imprégnation des mouchoirs qui servent à essuyer à la fois la bouche et le nez. Cette opinion est soutenue par Capart et, lors des essais si tristement célèbres de la tuberculine, Baginsky (1) a publié un cas où l'inoculation s'était produite par un mouchoir infecté.

Volkmann croit que l'envahissement de la muqueuse nasale est souvent consécutive à des lésions osseuses préexistantes. Ce serait là, d'après le chirurgien allemand, une cause fréquente d'ozène et la source possible d'ulcérations de la pituitaire. Je crois, pour ma part, cette évolution assez rare. Les lésions osseuses ont été signalées exceptionnellement et dans presque tous les cas la lésion ulcéreuse de la cloison paraissait produite par les progrès de l'ulcération de la muqueuse.

Tangl (1) a déterminé expérimentalement la tuberculose nasale chez des lapins et des cobayes par inoculation directe, et Hayer (2) a vu survenir entre autres lésions, à la suite d'une injection de culture de bacilles dans la veine jugulaire d'un lapin, des tubercules de la muqueuse de la partie supérieure de la cloison. Les voies d'entrée peuvent être multiples : infection venue du dehors par les poussières, l'inoculation directe par le doigt, un linge, infection venant du sujet lui-même déjà atteint de lésions pulmonaires.

*
* *

Sous quelle forme se manifeste la tuberculose nasale? Il est difficile d'établir une classification bien nette et bien définie; suivant le degré d'évolution, suivant l'époque à laquelle le malade se présente à l'observation, il peut exister des modifications très variables: une petite érosion qui a pu être le point de départ d'une ulcération plus étendue n'a pas grands caractères spécifiques : la tumeur peut ne former qu'une petite masse molle, légèrement diffluente, sans symptômes bien tranchés; il peut enfin se surajouter, et c'est le cas ordinaire, des signes de rhinite chronique qui enlèvent à la lésion tout aspect typique.

Ces variétés d'aspect peuvent former autant de lésions spéciales et c'est en se rattachant à ces nombreuses modifications, qui sont moins des formes distinctes que de simples phases évolutives de la maladie, que Olympitis a décrit des formes ulcéreuse, caséeuse, polypoïde, abcès sous-muqueux, etc. A moins de vouloir décrire autant de variétés que de cas observés, il faut se restreindre à un cadre plus sommaire.

On peut ranger sous deux formes les manifestations de la tuberculose proprement dite : l'ulcère et la tumeur. La granulation miliaire, point de départ de l'ulcération, n'a pas été observée, que je sache, à l'état isolé. A cette période, le malade ne se préoccupe guère d'un état qui n'attire son attention par aucun signe et la lésion, même à un examen bien fait, peut à coup sûr passer inaperçue. C'est cependant la première étape, comme on a pu s'en assurer dans quelques cas où l'on constatait, à côté de l'ulcère, ce semis granuleux, si bien décrit par Trélat dans la tuberculose de la langue.

L'ulcération, assez souvent unique, siège d'ordinaire sur la cloison, ou sur le sillon qui relie la muqueuse du plancher de la narine à la cloison; quelquefois sur les cornets, à l'extrémité postérieure des cornets moyen et inférieur, comme dans un cas de Capart.

D'une étendue qui varie d'une pièce de cinquante centimes à un franc, l'ulcération a une forme plus ou moins arrondie, ovalaire. Le fond est d'un gris rougeâtre pâle, recouvert par un peu de muco-pus visqueux et coloré ou par des croûtes en général peu épaisses, qui laissent, en se détachant, suinter quelques gouttes de sang. Des amas caséeux sont fixés sur certaines anfractuosités de l'ulcère, tandis que sur d'autres se voient en relief de fines granulations grisâtres, représentant des tubercules miliaires non encore ramollis (Riehl). D'autres fois le fond est plat, peu excavé, blanchâtre et comme gélatineux, et de ce fond émergent de petites saillies arrondies, brillantes, plus colorées (Besnier).

Les bords de l'ulcération sont tantôt saillants, formant parfois un léger bourrelet rougeâtre, tantôt franchement déchiquetés et constitués par de petits décollements, des sortes de dentelures. A la périphérie ou dans le voisi-

(1) *Soc. de méd. berlinoise*, 14 janv. 1891.

(1) *Cent. f. allg. Path.*, 1er déc. 1890.
(2) Heryng. *Curatilité de la phthisie du larynx*, p. 17.

nage on peut voir un semis de petits points jaunâtres, tubercules en voie d'évolution qui s'exulcèrent et donnent naissance à de petites ulcérations minuscules qui représentent la première phase de l'affection. Dans deux de mes observations, on pouvait constater à la périphérie de l'ulcération ces granulations caractéristiques. La muqueuse du pourtour est souvent mollasse, à tendance fongueuse ; on peut voir aussi un réseau télangiectasique de formation récente (Tenneson), indice d'une inflammation à tendance envahissante.

Les parties voisines sont quelquefois envahies simultanément, ou par extension partie de la muqueuse nasale. C'est ainsi qu'on peut voir la tuberculose pharyngée (Millard, Luc) du voile du palais, de la langue, évoluer en même temps que la lésion du nez. Le Dentu (1) a constaté, dans un cas de tuberculose du maxillaire supérieur, des lésions des fosses nasales. Il existait des ulcérations recouvertes d'exsudats grisâtres, à surface réfringente, sur les cornets moyen et supérieur.

La douleur est en général peu marquée et c'est à titre d'exception que je vois signalé dans le travail de Capart que l'affection est très douloureuse. Il n'existe pas ici, en effet, les causes qui rendent si sensibles les lésions ulcéreuses de la langue, du larynx ou du pharynx. En dehors des signes fournis par l'examen, d'un peu de sécrétion séro-sanguinolente, de la gêne provoquée parfois par l'accumulation des croûtes, l'affection ne se trahit par aucun signe subjectif bien particulier. Aussi, quand les granulations miliaires font défaut, le diagnostic, d'après la seule lésion locale, est-il fort difficile.

Il n'en est pas de même de la seconde forme où la tuberculose se présente sous l'aspect d'une véritable tumeur (Schæffer, Riedel, Kœnig, Hicquet, Hahn). Il existe alors des troubles respiratoires, de l'enchifrènement proportionnels au volume de la tumeur; dans un cas de Hahn, la fosse nasale gauche était remplie comme par un volumineux polype, de même dans les observations de Kikusi, Juffinger, dans celles de Hicquet, Capart, où elle refoulait la cloison du côté opposé.

C'est presque toujours à la partie antérieure de la cloison que se développe la tumeur. Sessile ou à large pédicule, d'un rouge pâle, elle présente souvent une surface irrégulière, bosselée; sa consistance est tantôt molle, fongueuse, tantôt dure et assez résistante. A la surface on peut voir dans certains cas des altérations plus ou moins profondes, conduisant le stylet sur un tissu fongueux, caséeux, véritable abcès froid en régression. La tumeur peut être bilatérale; on trouve alors de chaque côté de la cloison une tumeur rénitente donnant la sensation de ganglion ramolli (Hicquet) avec ou sans communication. La cloison n'est pas toujours perforée.

L'examen de ces tumeurs pratiqué après ablation a montré tous les caractères des productions tuberculeuses : épithélium épaissi, cellules géantes et bacilles plus ou moins nombreux.

La marche de la tuberculose, sous ces deux formes, est insidieuse ; l'ulcération s'étend progressivement, mais lentement. La tumeur appelle l'attention par la gêne qu'elle apporte à la respiration nasale plutôt que par tout autre symptôme. Dans plusieurs de ces cas, la lésion ne s'accompagnait d'aucune manifestation, au moins appréciable, du côté de la poitrine. Il est juste de dire que certaines de ces tumeurs semblent plutôt des tumeurs lupiques que des tumeurs tuberculeuses proprement dites (Bresgen). Le pronostic est donc moins sombre, puisque l'ablation peut donner des chances de guérison radicale. Il n'en est pas de même des ulcérations qui sont toujours ou à peu près accompagnées de lésions pulmonaires, dont la gravité laisse bien dans l'ombre cette lésion locale. J'ai observé cependant un cas où l'ulcération nasale semblait absolument primitive; aucune lésion du pharynx, du larynx, aucun signe appréciable à l'auscultation plusieurs fois répétée. Je traitai cet ulcère par le raclage, les applications d'acide lactique; la guérison fut complète; dix-huit mois plus tard, le malade me revenait avec des signes très nets de tuberculose pulmonaire : il n'y avait aucune récidive du côté du nez.

(1) Congrès de la tuberculose, p. 573.

Je serai bref sur la seconde forme de tuberculose nasale, le lupus. Celle-ci est connue depuis longtemps et appartient plus au domaine de la dermatologie, en raison de sa fréquente concomitance avec le lupus de la face. Le plus souvent le lupus de la muqueuse nasale est secondaire et survient, par extension du lupus de la lèvre, de la face, de l'aile du nez, par propagation à la muqueuse de la lésion du revêtement cutané. Fréquemment aussi, au dire de Kaposi, il est primitif. On trouvera dans les travaux de Moinel (1), de Cozzolino (2) et dans la thèse récente de Raulin un exposé complet de cette question.

Les variétés pourraient être nombreuses si l'on s'attachait à décrire, comme autant de formes différentes, les diverses phases d'évolution du lupus. Au début, il peut, pendant des années, se révéler par des ulcérations avec sécrétions muco-purulentes, produisant des amas de croûtes et simulant parfois l'eczéma chronique. Les nodules primitifs mettent souvent longtemps à s'étendre, à se transformer, à former ces surfaces bourgeonnantes, hypertrophiques, qui apparaissent comme de véritables tumeurs, remplissant plus ou moins les fosses nasales. De la granulation simple, des ulcérations isolées ou multiples jusqu'à ces tumeurs proliférantes, mollasses, bombées, fongueuses, on peut observer toutes sortes de phases intermédiaires ou d'états mixtes qui ne forment qu'un processus unique et suffisamment caractéristique. Aussi est-ce un peu trop d'après l'analyse des quelques faits qu'il avait rassemblés que Raulin a conclu qu'il n'y a, à proprement parler, qu'une forme de lupus de la muqueuse nasale, la forme hypertrophique. C'est aussi d'une façon trop exclusive qu'il admet, comme siège presque constant du début des lésions, la partie antérieure de la cloison. Schmiegelow a publié deux cas où les végétations lupiques avaient débuté sur le cornet moyen et sur le cornet inférieur; j'ai moi-même observé un cas très net de lupus isolé avec lésions localisées au cornet inférieur et au méat moyen et je crois qu'on pourrait sans peine trouver d'autres faits similaires. Cozzolino est plus dans le vrai, en admettant que le lupus peut partir d'un point quelconque des fosses nasales.

***

A quelque variété que l'on ait affaire, la marche de la tuberculose nasale est lente ; l'extension se fait progressive et continue, si l'on n'intervient, mais elle se fait en général sans les brusques transitions que l'on observe du côté du larynx et du poumon. Elle est comparable, dans son évolution, à la tuberculose cutanée et diffère, à ce point de vue, notablement de la tuberculose pharyngée. On n'a pas observé encore, au moins à ma connaissance, les formes de tuberculose miliaire aiguë qui, en quelques semaines, transforment l'isthme du gosier en un véritable ulcère fongueux, étendu à tous les coins de l'arrière-gorge. Il n'existe pas du reste, et c'est peut-être là une des raisons de l'évolution torpide des lésions, de causes qui amènent du côté du pharynx et du larynx une irri-

(1) Moinel, Du lupus scrofuleux des fosses nasales (Thèse de Paris 1877).

(2) Cozzolino (*Arch. italiani di laringologia* (VI, 1 et 2).

tation pour ainsi dire constante, mouvements de déglutition, passage de la salive, des aliments. Le passage de l'air par le nez ne provoque ni douleur, ni irritation susceptibles d'aggraver le mal.

Le diagnostic serait, dans bien des cas, assez délicat, si l'on n'avait, en dehors de l'examen bactériologique, les lésions de l'appareil respiratoire pour éclairer sur la nature de la lésion. Il est rare, en effet, que la tuberculose nasale ne s'accompagne pas de manifestations du même ordre, plus ou moins avancées, du côté de la poitrine. Les cas de tuberculose proprement dite primitive sont, je l'ai dit, extrêmement rares. Dans la forme ulcéreuse les granulations typiques, gris jaunâtre, les tubercules miliaires font souvent défaut; les symptômes d'irritation de voisinage, de gonflement de la muqueuse, les croûtes qui remplissent le nez ou cachent l'ulcération rendent souvent le diagnostic difficile. Dans maintes lésions, les ulcérations professionnelles entre autres, certaines lésions de la syphilis, l'embarras est grand pour se prononcer d'après le seul examen rhinoscopique. Toutes les ulcérations, en effet, de quelque nature qu'elles soient, n'ont pas à leur début, quand elles sont de très petite étendue, de caractères bien définis. Les rhinites chroniques, sans tare spécifique, offrent à certaines périodes, sous les croûtes, l'amas de mucosités qui remplissent la cavité nasale et qui forment ces bouchons d'un blanc grisâtre, des exulcérations, des entailles de la muqueuse dont la nature est difficile à déterminer. On pourra songer à la nature tuberculeuse en présence d'une ulcération anfractueuse, à bords mous, à fond jaunâtre, entouré d'une zone vasculaire veineuse récente.

Pour les tumeurs tuberculeuses, le diagnostic est encore plus délicat et l'on ne pourra souvent que soupçonner la nature exacte, s'en référant à l'examen histologique pour trancher la question. Je ne parle pas des polypes muqueux dont la différenciation, sauf de rares exceptions, est assez simple, mais certaines tumeurs malignes, au début, peuvent parfaitement simuler les tubercules bosselés ramollis de la cloison. Comme pour les ulcérations, ces tumeurs s'observent plus fréquemment chez des sujets atteints de lésions d'autres organes. Il est donc très important d'examiner avec le plus grand soin l'état du larynx, du poumon, des testicules; une lésion peu avancée peut n'avoir pas attiré l'attention du sujet et fournir cependant une indication très précieuse pour le diagnostic.

Il reste enfin le critérium de la bactériologie. Qu'on recueille un peu des sécrétions, qu'on racle le fond ou les bords de l'ulcère, qu'on soumette les tumeurs à l'examen histologique, et la réponse précise sera donnée par la présence des bacilles. Cette preuve peut manquer alors même que la lésion est bien de nature bacillaire. On sait avec quelles difficultés on arrive, dans le lupus, à constater la présence du microbe pathognomonique; il peut en être de même pour les ulcérations peu étendues du nez, pour certaines tumeurs. Il sera nécessaire, dans ce cas, de recourir à une méthode plus décisive, aux inoculations.

* * *

Quel traitement doit-on mettre en œuvre contre cette affection? La localisation assez circonscrite de la lésion donnerait certainement aux méthodes d'abrasion, de cautérisation quelques chances de succès, si le plus souvent ces ulcérations ne se rencontraient parallèlement avec des lésions beaucoup plus graves, plus étendues et bien moins accessibles du côté de l'appareil respiratoire ou des voies digestives. Ces conditions de généralisation tuberculeuse rendent un peu illusoire toute tentative thérapeutique et Hajek estime, d'après une observation intéressante, que la multiplicité des foyers donne peu d'espoir de succès. Dans ce cas, une ulcération nasale grattée et pansée à l'acide lactique se cicatrise; un mois plus tard apparaît sur le bord de l'ancien ulcère une tumeur tuberculeuse que l'on extirpe. La plaie guérit, mais il y a récidive sur place quelques semaines plus tard.

Ce n'est pas une raison pourtant de rester inactif. En détruisant sur un point le processus infectieux, on a l'avantage de voir diminuer au voisinage les chances d'infection par infiltration, propagation ou inoculation. Dans plusieurs observations (Hahn, Luc, observation personnelle), la lésion locale a été guérie et si les lésions voisines ont malheureusement continué à évoluer, la suppression d'un des foyers d'infection a certainement contribué à modérer la rapidité de la déchéance organique. Dans quelques rares circonstances la guérison a été radicale (Ferreri). Le traitement doit donc être poursuivi avec soin, d'autant qu'il est des cas où les lésions des autres appareils sont susceptibles d'être amendées ou modifiées.

Pour atteindre sûrement les limites de la lésion, il faut une intervention chirurgicale. Les voies naturelles me semblent suffire dans la plupart des cas, et je ne trouve pas dans les observations publiées de faits qui justifient une opération préliminaire, comme on est obligé d'y recourir pour les tumeurs malignes. Quand la lésion est à ce point étendue, quand elle atteint la totalité des fosses nasales, je serais partisan d'un traitement purement palliatif, convaincu qu'on imposera au malade une opération inutile, en raison des récidives rapides. S'il s'agit de tumeurs, une large ouverture, par l'incision latérale dans le sillon naso-jugal, par l'incision médiane ou par tel autre procédé peut à la rigueur être nécessaire. Capart est, je crois, le seul qui y ait eu recours et je ne comprends pas bien qu'il recommande cette méthode d'une façon générale.

La méthode de choix dans les ulcérations tuberculeuses doit être, comme pour la plupart des tuberculoses locales, l'ablation par le raclage, l'éradication par la curette tranchante; raclage large, profond, dépassant notablement les limites de l'ulcère. L'anesthésie est obtenue très complètement par l'application pendant dix minutes d'un tampon d'ouate hydrophile imbibé d'une solution de cocaïne phéniquée au cinquième (1). Si la lésion est étendue et profonde, l'anesthésie chloroformique est infiniment préférable. Une fois l'ulcère bien détergé, bien gratté, la surface sera cautérisée à l'acide lactique pur ou au galvano-cautère, si cette surface ne présente pas trop d'anfractuosités. Le chlorure de zinc déliquescent constitue également un excellent caustique. On appliquera alors un tampon d'ouate imprégné de vaseline à l'antipyrine et au salol qui forme un antiseptique et un hémostatique parfaits. Hahn emploie l'acide pyrogallique à 10 0/0, Ferreri l'éther iodoformé, Michelson conseille le menthol et l'acide chromique. Tous ces agents caustiques donnent de bons résultats; pour moi je donne la préférence à l'acide lactique et je trouve de grands avantages à transformer d'un coup la lésion par une opération radicale. Chez un sujet pusillanime, on pourra avoir recours aux cautérisations galvaniques répétées, aux badigeonnages avec l'acide lactique mitigé à 40 ou 60 p. 100 et aux pansements avec le salol ou l'iodoforme appliqués au moyen d'un insufflateur, de façon à former sur toute la surface de la plaie une couche épaisse.

Pour les tumeurs, l'ablation à l'anse galvano-caustique ou à la curette, si elles sont de petit volume, devra être suivie du grattage du point d'implantation et d'un

(1) Chlorhydrate de cocaïne, 2 grammes.
Acide phénique, 0,50 centigrammes.
Eau distillée, 10 grammes.

pansement similaire à celui des ulcérations. Il est inutile d'insister sur les précautions antiseptiques qui doivent précéder et accompagner ces interventions chirurgicales (lavages antiseptiques à la solution phéniquée ou au sublimé), non plus que sur la question de traitement médicamenteux et hygiénique le plus apte à relever l'état général.

A. Cartaz.

TRAVAUX ORIGINAUX

Un mot sur le chlorure d'éthyle comme anesthésique local, par Fernand Montfort.

Depuis longtemps j'ai eu l'occasion d'étudier l'action d'un froid intense dans les petites opérations chirurgicales — et surtout le parti que pourrait retirer la chirurgie des affections de la bouche de ce moyen physique. — Mes premières observations ont trait aux pulvérisations d'éther faites à l'aide de l'appareil de Richardson. Malgré le peu d'action de ce corps, j'ai constaté dans le cours de mes observations quelques cas où la sensibilité était atténuée. Un grand nombre de substances ont été proposées pour provoquer une anesthésie locale suffisante. Je ne mentionnerai que la cocaïne et l'électricité. De tous ces moyens, le froid est celui qui a donné les meilleurs résultats. Or le froid peut être obtenu soit au moyen de glace, de chloroforme ou d'éther, soit à l'aide des mélanges réfrigérants.

La peau en présence d'un corps qui s'évapore perd de sa chaleur, et cela en raison directe de l'intensité de l'évaporation. Le Dr Redard (de Genève), qui s'est beaucoup occupé de l'anesthésie locale, a étudié d'une façon très complète l'action du chlorure d'éthyle sur les téguments.

L'éther chlorhydrique s'obtient le plus facilement par l'action de l'acide chlorhydrique sur l'alcool à une température de 125° (procédé de M. Monnet).

Le chlorure d'éthyle a tout d'abord été expérimenté à l'aide de tampons de coton imbibés de ce corps et mis en contact avec les parties à anesthésier. D'après Wagner, il ne survient qu'un léger froid, mais nullement une anesthésie suffisante. Ce n'est que depuis peu et d'après les indications du professeur Redard que le chlorure d'éthyle se trouve contenu dans des tubes ayant la forme d'une éprouvette ordinaire, et terminés par une pointe effilée en tube capillaire.

La peau sur laquelle a été projeté le chlorure d'éthyle devient peu à peu d'un rouge vif, puis on voit se former des petits points blancs qui se réunissent bientôt pour former une plaque blanchâtre, plus ou moins intense et qui indique le degré d'insensibilité. L'anesthésie se prolonge pendant une ou deux minutes. Pendant ce laps de temps, les piqûres, les cautérisations légères, les incisions, les scarifications, ne sont pas ressenties, et ne produisent autre chose qu'une sensation vague du toucher. Le sens du tact est donc parfaitement conservé (Wagner).

La rapide évaporation du chlorure d'éthyle absorbe la chaleur de la peau ou de la muqueuse; il en résulte de l'ischémie avec modification dans la nutrition, troubles de l'innervation et insensibilité.

Le chlorure d'éthyle donne les meilleurs résultats dans les petites opérations chirurgicales de la cavité buccale, soit ouverture d'abcès, de kystes, extraction de dents, dans le traitement des épulis, dans les différentes stomatites où l'emploi du thermo-cautère est indiqué, en un mot dans toute opération dont la durée ne dépasse pas 1 ou 2 minutes. Pour les extractions de dents, je fais aujourd'hui les pulvérisations directement sur la muqueuse, en ayant bien soin de *la sécher d'une façon complète*.

Au bout de quelques secondes, la muqueuse devient absolument blanche. Si l'on veut obtenir une insensibilité parfaite, il faut que cette coloration s'étende jusqu'au niveau supérieur des racines. Si les pulvérisations ont été bien dirigées, si la muqueuse a été séchée complètement, la douleur n'existe jamais. Le malade n'accuse qu'un léger picotement dû à l'action du froid, mais la douleur de l'extraction est toujours nulle.

Je ne citerai que quelques observations très courtes.

Obs. I. — Elève de l'Ecole polytechnique : gros abcès à la voûte palatine, provoqué par les racines d'une grosse molaire. Pulvérisations, pendant quarante secondes; extraction des trois racines. Cet élève m'a déclaré qu'il a senti le contact du davier, mais sans douleur. L'abcès a été ensuite ouvert à l'aide du thermo-cautère.

Obs. II. — M. K... Kyste simple au niveau de l'alvéole, pulvérisations d'un seul tube de chlorure d'éthyle à la surface. Incision, raclage. Aucune douleur.

Obs. III. — Panaris suppuré du pouce droit, phalange nécrosée. Le jet du chlorure d'éthyle promené quelques instants sur le trajet des nerfs collatéraux a produit une insensibilité suffisante pour permettre la désarticulation de la phalange, le raclage du foyer et la suture sans manifestation douloureuse notable. (Observation de M. Reverdin.)

Obs. IV. — Mlle P..., 20 ans. Extraction de la deuxième grosse molaire. Adhérence considérable de la dent avec l'alvéole. Insensibilité poussée très loin. Aucune douleur.

Ces quelques observations suffisent. Toutes les fois que j'ai eu à employer le chlorure d'éthyle, j'en ai toujours été très satisfait.

Conclusions : Le chlorure d'éthyle, en pulvérisations sur la peau ou sur les muqueuses, y détermine l'insensibilité, au bout de très peu de temps.

Cette insensibilité peut être mise à profit dans toutes les opérations de petite chirurgie et en particulier pour les opérations de chirurgie dentaire.

L'anesthésie ne dure guère plus de deux minutes, mais elle a toujours lieu.

Le chlorure d'éthyle est d'une innocuité absolue.

Hémorrhagie cérébrale.

Affaiblissement intellectuel. — Aphasie. — Cécité verbale. — Agraphie. — Accès épileptiformes. — Hémiplégie gauche. — Paralysie du facial supérieur. — Foyers hémorrhagiques anciens, symétriques, au niveau du pli courbe. Vaste hémorrhagie cérébrale droite. Destruction des faisceaux sous-jacents aux circonvolutions motrices. Lésions de la capsule externe et du noyau lenticulaire, Communication à la *Société anatomique* par le Dr Paul Sérieux, médecin-adjoint à l'Asile de Vaucluse (Seine-et-Oise).

Mélanie M..., âgée de 47 ans, couturière, est entrée à l'asile de Vaucluse le 4 mars 1891. Pas d'autres maladies antérieures que la variole. Il y a deux ans elle a été prise pour la première fois d'une attaque apoplectique. En décembre 1890 est survenu un second ictus, et en janvier 1891 un troisième, à la suite duquel la malade est restée quelque temps aphasique, répondant : « oui, monsieur » à toutes les questions. Simultanément s'était montré un affaiblissement notable de la vue; elle ne reconnaissait plus ceux qui l'entouraient, bien qu'elle pût encore se diriger (cécité psychique ?).

Actuellement l'intelligence et la mémoire sont affaiblies ; la malade a grand'peine à répondre aux questions les plus simples : elle cherche en vain son nom. La langue est déviée à gauche; la parole est embarrassée. Il existe un certain degré d'aphasie motrice : quand on demande à M... de nommer les objets qu'on lui présente, il lui faut se reprendre avant de

prononcer le mot d'une façon correcte; elle dit ainsi: *crayeur*, *crayonne* avant de dire *crayon*. On lui présente une bougie, elle dit *crayon*. Echolalie par moments. Il existe également de la cécité verbale; la malade, qui peut se diriger, n'arrive pas à lire les mots imprimés; mais elle peut épeler, non sans quelques erreurs, les lettres (R au lieu de V, etc.). M... fait plusieurs tentatives inutiles pour écrire. La sensibilité est diminuée à droite. Malgré son état d'affaiblissement intellectuel, M... se rend compte jusqu'à un certain point de son état; elle est triste, larmoyante, se lamente sur sa situation. Affaiblissement musculaire généralisé, plus accusé du côté droit. La malade dit avoir été paralysée du côté gauche, puis du côté droit. La marche est possible.

Trois semaines après son entrée, le 8 avril, M... est frappée d'un accès épileptiforme avec déviation de la bouche à gauche. Hémiplégie gauche consécutive.

9 *avril*. — Persistance de l'hémiplégie. Déviation conjuguée de la tête et des yeux à gauche. Vomissements continuels. M... répond aux questions, mais ne peut tirer la langue. Diminution de la sensibilité du côté gauche. Ce qui attire surtout l'attention, c'est l'existence d'une *paralysie faciale gauche complète :* effacement du sillon naso-labial et des rides du côté gauche. *Paralysie de l'orbiculaire des paupières* du même côté; l'œil reste constamment à découvert. A l'ophthalmoscope, aspect trouble de la pupille gauche dû à une neurorétinite. Pupille droite saine.

10. — Persistance de la paralysie du facial supérieur. Conjonctivite et kératite de l'œil gauche que ne protègent plus les paupières. Etat demi-comateux. T. M. 39°1.

12. — Mort à la suite d'un nouvel accès épileptiforme. T. M. 38°6.

Autopsie. — *Crâne*. — Persistance de la suture métopique. Pas d'exostoses.

Méninges. — Dure-mère très distendue, épaissie, adhérente sur presque toute l'étendue de la scissure inter-hémisphérique. Du côté de l'hémisphère droit, pachyméningite interne avec exsudat fibrineux jaunâtre peu épais au niveau de la zone motrice. La dure-mère est unie par des adhérences très résistantes à la couche corticale de la partie postérieure du lobule pariétal inférieur gauche. Celle-ci est ramollie et correspond à un foyer hémorrhagique central.

Pas d'œdème des méninges.

Cerveau. — Hémisphère droit. — Congestion intense avec suffusions sanguines au niveau de la scissure de Sylvius. Les méninges se décortiquent facilement; il n'existe pas d'adhérences. Les rameaux les plus fins de la sylvienne sont le siège de plaques athéromateuses. La surface convexe de l'hémisphère présente au niveau de la partie postérieure de la première temporale un foyer de ramollissement qui parait être secondaire à une hémorrhagie de la substance blanche sous-jacente.

Ce qui frappe surtout à l'inspection de l'hémisphère, c'est l'effacement des sillons au niveau des circonvolutions rolandiques. La couche corticale est distendue, fluctuante, amincie et même rompue par places; au niveau de ces pertes de substance produites artificiellement pendant l'enlèvement de l'encéphale, des caillots ayant l'aspect de gelée de groseille font hernie. Pas de lésions au niveau de l'insula. Les coupes de Pitres montrent avec netteté les régions envahies par l'hémorrhagie.

Coupe préfrontale. — Piqueté hémorrhagique de la substance blanche (apoplexie capillaire).

Coupe pédiculo-frontale. — La tranche de l'hémisphère obtenue par cette coupe forme la paroi antérieure du foyer hémorrhagique. Les faisceaux du centre ovale correspondant à la partie externe de F^1, à F^2, F^3 sont recouverts de caillots d'un sang noir. La substance blanche sous-jacente est déchiquetée, ramollie, creusée d'anfractuosités, sillonnée par des lambeaux de substance cérébrale. Elle présente en outre deux pertes de substance dues aux prolongements antérieurs du foyer au niveau de F^1 et F^3. Le noyau coudé et la capsule interne sont intacts, mais le pied de la couronne rayonnante est détruit par l'hémorrhagie. Au niveau de la capsule externe et du segment externe du noyau extra-ventriculaire il existe un caillot de la grosseur d'un pois. La substance blanche sous-jacente à F^2 et F^3 est semée de petits foyers d'apoplexie capillaire.

Coupe frontale. — Toute la partie du centre ovale comprise entre la couche corticale et les noyaux gris centraux, c'est-à-dire les deux tiers supérieurs de la coupe sont détruits et remplacés par un vaste caillot qui a sectionné le pied de la couronne rayonnante. Le foyer se prolonge à la partie inférieure de la coupe entre l'insula et le noyau lenticulaire, détruisant sur les trois quarts de leur hauteur la capsule externe, l'avant-mur, et entamant la partie externe du noyau.

Coupe pariétale. — La moitié supérieure de cette coupe est également détruite en totalité. Le caillot qui la remplace se prolonge de même à la partie inférieure entre le putamen et l'insula. La substance blanche des parois de la cavité est criblée d'innombrables petits foyers hémorrhagiques.

Coupe pédiculo-pariétale. — Mêmes lésions. — Une *coupe* faite au niveau de la partie postérieure du lobe pariétal. montre 1° la terminaison cunéiforme du grand foyer hémorrhagique précédent; 2° au niveau du lobule du pli courbe, du lobule pariétal inférieur et de la partie postérieure de T^2, un kyste de couleur ocreuse, de la grosseur d'une noix, entouré d'une zone de ramollissement secondaire, et correspondant à une hémorrhagie de date ancienne.

En somme l'hémisphère droit, outre le foyer hémorrhagique ancien du lobule pariétal inférieur, est creusé d'une énorme excavation remplie de caillots, de date toute récente, et s'étendant, d'arrière en avant, de la partie moyenne du lobe pariétal au delà des pieds des frontales, et de haut en bas de la couche corticale grise jusqu'au niveau de la scissure de Sylvius et des noyaux centraux. L'hémorrhagie a détruit, outre les faisceaux du centre ovale correspondants, la substance blanche comprise entre le noyau extra ventriculaire qui est entamé, et l'insula.

Hémisphère gauche. — Ramollissement du corps calleux. Pas de lésions de l'arachnoïde et de la pie-mère. Symphyse de la dure-mère et de la substance cérébrale au niveau du pli courbe. Le lobe pariétal présente en outre à sa partie moyenne un foyer de ramollissement très étendu, qui entoure un kyste de la grosseur d'une mandarine, rempli d'une bouillie rougeâtre. Pas de lésions macroscopiques de F^3 et de l'insula. Pas d'adhérences.

Coupe de Flechsig. — Les deux tiers antérieurs de la surface inférieure de cette coupe ne présentent rien de particulier, à part quelques petits foyers hémorrhagiques capillaires dans la partie antérieure de la capsule interne. Mais le tiers postérieur est presque complètement détruit par une hémorrhagie déjà ancienne dont le foyer, de la grosseur d'une noix, a subi la transformation kystique. Ce kyste est entouré d'une zone de ramollissement. La lésion correspond au lobule pariétal inférieur, à la partie postérieure de T^1, et à la partie antérieure du lobe occipital. Sur la coupe on constate la destruction de tous les faisceaux du centre ovale compris entre la corne occipitale du ventricule latéral et la substance grise (section du faisceau sensitif et des radiations optiques).

Dans le segment supérieur de l'hémisphère obtenu par la coupe de Flechsig on trouve un autre foyer volumineux creusé dans le lobe pariétal, déjà signalé plus haut en étudiant la convexité du cerveau.

En somme l'hémisphère droit présente deux foyers hémorrhagiques anciens, avec transformation kystique, qui ont détruit les faisceaux du centre ovale correspondant au lobe pariétal, à la partie postérieure des T^1 et T^2, et à la partie antérieure du lobe occipital.

Ventricules latéraux. — Quelques granulations épendymaires.

Mésocéphale. — Pas de lésions du cervelet, de la protubérance, ni du bulbe.

Cœur. — 480 gr. Hypertrophie considérable du ventricule gauche. Pas de lésions des orifices. Rares plaques d'athérome au niveau des valvules sigmoïdes.

Poumons. — Emphysème. Congestion intense.

Foie. — Décoloré. Graisseux.

Reins. — Petits. Adhérences de la capsule par places. Atrophie de la substance corticale.

Réflexions. — Nous ne signalerons que pour mémoire la coexistence d'un certain degré de néphrite interstitielle et de l'hypertrophie du cœur avec l'hémorrhagie cérébrale. Nous voulons surtout attirer l'attention sur l'existence de ces quatre foyers hémorrhagiques d'âge diffé-

rent, répondant à quatre ictus successifs, dont le dernier, mortel, a été dû à la rupture d'une artère striée externe. Le siège de ces divers foyers permet d'interpréter dans une certaine mesure la symptomatologie exposée ci-dessus. L'affaiblissement intellectuel s'explique non seulement par les lésions multiples et très étendues répandues dans les deux hémisphères, mais encore par les lésions artérielles diffuses, cause première des hémorrhagies.

Les troubles de la vue qui ont été très accusés, la cécité verbale peuvent, en l'absence de lésions ophthalmoscopiques doubles, être rattachés aux foyers hémorrhagiques symétriques qui ont détruit le lobule pariétal inférieur, le pli courbe, les radiations optiques ainsi que la partie antérieure du lobe occipital.

Nous avons constaté l'absence de lésions des F^2, F^3 et PA du côté gauche. Il semble donc que l'agraphie, l'aphasie et l'écholalie doivent être attribuées à la destruction des centres sensoriels visuel et auditif ou des faisceaux qui en émanent (pli courbe, partie postérieure de T^1). Cette intégrité des circonvolutions motrices doit être rapprochée d'une observation de M. Déjerine dans laquelle le malade atteint de cécité verbale et d'agraphie n'a présenté qu'un foyer de ramollissement exactement limité au pli courbe (1).

La diminution de la sensibilité à droite relève des lésions étendues qui ont détruit la plus grande partie des faisceaux du centre ovale situés en arrière de la pariétale ascendante (entre autres, destruction du faisceau sensitif).

Pour ce qui est de l'hémiplégie gauche et des attaques épileptiformes, rappelons la destruction totale des fibres de la couronne rayonnante du côté droit qui émanent des zones motrices.

La déviation conjuguée de la tête et des yeux à gauche est d'accord avec la loi de Grasset : dans les lésions d'un hémisphère le malade regarde ses membres convulsés s'il y a excitation.

La paralysie du facial supérieur est, on le sait, un phénomène très rare dans l'hémiplégie ; les mouvements de l'orbiculaire restent habituellement indemnes. Dans trois cas analogues au nôtre (*paralysie complète de l'orbiculaire palpébral;* Huguenin, Chvostek, Hallopeau) il existait une hémorrhagie intéressant surtout le noyau lenticulaire. Le Pr. Dieulafoy admet que les fibres du facial supérieur, nées en un point indéterminé de l'écorce cérébrale, traversent le noyau lenticulaire et se rendent de là au pédoncule sans passer par la capsule interne. Dans notre cas l'hémorrhagie avait non seulement détruit une grande partie du centre ovale, mais encore lésé la capsule externe et la partie externe du noyau lenticulaire.

Hémiplégie gauche avec hémianesthésie complète et hémianopsie gauche, Communication à la Société anatomique, par M. MORAX, interne des hôpitaux.

Mme M..., âgée de 68 ans, est entrée en décembre 1888 dans le service de M. Joffroy à la Salpêtrière. Elle présentait depuis deux ans une hémiplégie gauche survenue assez rapidement sans qu'au début il y ait eu d'accidents apoplectiformes. La malade avait senti son côté gauche faiblir et en vingt-quatre heures la paralysie du bras et de la jambe gauches était complète. Depuis quelques années la malade était sujette à des éblouissements avec sensation de vertige mais elle n'avait eu ni perte de connaissance, ni céphalalgie. D'autre part on ne retrouve dans ses antécédents ni affection aiguë, ni syphilis, ni affection cardiaque pouvant mettre sur la voie de la nature étiologique de la lésion. La malade reste chez elle jusqu'à l'époque où elle entre à la Salpêtrière. A cette époque elle présente une hémiplégie gauche complète rendant la marche impossible et confinant la malade au lit. Il est même très difficile de la faire asseoir sur son lit. Le membre inférieur gauche est absolument immobilisé et la malade ne peut lui imprimer aucun mouvement. Du côté du bras il existe encore quelques très faibles mouvements. La force dynamométrique est nulle alors que du côté opposé la malade donne une pression de 18° au dynamomètre Mathieu. Les mouvements de la tête sont conservés. La face est relativement peu intéressée. La commissure gauche est légèrement asymétrique. La langue est un peu déviée à gauche. La contraction isolée ou associée des muscles orbiculaires des paupières s'exécute bien des deux côtés. La contracture secondaire qui est apparue quelques semaines après le début de l'hémiplégie a été en s'accentuant et actuellement elle est très accusée. La cuisse est légèrement fléchie sur le bassin, la jambe fait avec la cuisse un angle de 40° et le pied est dévié en varus équin peu accusé. Du côté du membre supérieur on constate la flexion des doigts dans la paume de la main, une légère inflexion du poignet avec pronation de l'avant-bras. Celui-ci est à demi fléchi sur le bras.

Les différents segments du membre sont immobilisés dans leur position par la contracture. Il existe un léger degré d'atrophie musculaire du côté paralysé. L'exagération des réflexes tendineux et la trépidation épileptoïde sont très accusées du côté gauche. La percussion la plus légère, le simple frottement de la région plantaire déterminent des contractions cloniques dans tout le membre. Lorsqu'on percute les muscles on voit se produire une contraction musculaire très intense. L'examen de la sensibilité a révélé une hémianesthésie complète limitée au côté gauche et ne dépassant pas la ligne médiane. Cette hémianesthésie a existé dès le début de l'hémiplégie au dire de la malade. Elle ne sentait plus ni sa jambe ni son bras gauche. La piqûre la plus intense, le pincement le plus énergique ne déterminent aucune sensation alors qu'ils provoquent la trépidation épileptoïde. La sensibilité au froid et à la chaleur sont complètement abolies. La malade ne sent ni le contact, ni la pression du côté gauche. Mais l'anesthésie intéresse aussi le sens musculaire et le sens articulaire. La notion de position des membres du côté gauche n'existe en aucune façon, la torsion des articulations ne détermine aucun phénomène douloureux, de telle sorte que l'hémianesthésie observée réalise en tous points l'hémianesthésie hystérique la plus complète. Cette anesthésie intéresse le côté gauche de la face. Sur les muqueuses on retrouve dans la moitié correspondante une anesthésie complète de la sensibilité gauche ; par contre les sens spéciaux sont différemment atteints. Le goût est affaibli. La malade ne ressent pas l'amertume du sulfate de quinine du côté gauche. La piqûre de la moitié de la langue ne provoque aucune sensation. L'odorat est conservé. L'ouïe est normale à droite, un peu diminuée à gauche. La sensibilité conjonctivale est abolie à gauche et le réflexe cornéen est un peu diminué. On observe en outre un phénomène intéressant qui à lui seul suffirait pour écarter l'idée d'hémianesthésie hystérique, nous voulons parler de l'hémianopsie gauche. La perception visuelle était abolie dans toute la moitié gauche du champ visuel des deux yeux ; mais comme on l'observe dans les cas du même genre, la ligne de perception passait un peu en dehors du centre de fixation, de sorte que la malade n'accusait aucun trouble hémiopique et, d'ailleurs, aucun trouble visuel. Il n'existait pas de rétrécissement dans la moitié droite du champ visuel. Les membranes profondes de l'œil et le nerf optique ne présentaient aucune altération.

La malade était devenue gâteuse dès le début de l'hémiplégie et l'était restée depuis lors. Son état mental quoique un peu affaibli était relativement assez bien conservé. Il n'existait pas de troubles aphasiques.

Tous ces symptômes persistèrent sans modification jusqu'à la mort, qui fut causée par une broncho-pneumonie à la suite de l'influenza, au mois de décembre 1889. L'hémianopsie et l'hémianesthésie totale furent encore constatées méthodiquement quelques semaines avant la mort.

AUTOPSIE. — Le crâne et la dure-mère n'offrent rien de spécial. Le liquide sous-arachnoïdien est en quantité un peu plus abondante qu'à l'état normal. La pie-mère est épaissie surtout au niveau de l'hémisphère droit. On constate immédia-

(1) Déjerine. — Sur un cas de cécité verbale avec agraphie suivie d'autopsie. *Société de Biologie*, 21 mars 91.

tement un vaste foyer de ramollissement occupant toute la région centrale de la face convexe de l'hémisphère; en ce point la pie-mère est blanchâtre, opalescente. Ce foyer est déprimé et la substance cérébrale y est transformée en une masse jaunâtre, molle mais cohérente. Il s'étend en arrière presque jusqu'à l'extrémité du lobe occipital; en haut, il intéresse la moitié inférieure des circonvolutions motrices et en bas il a détruit la face supérieure et toute la moitié postérieure de la première temporale. La cause de ce ramollissement est due à la thrombose de l'artère sylvienne athéromateuse à deux centimètres de son orifice carotidienne.

Sur une coupe horizontale de l'hémisphère droit on voit que la lésion a détruit non seulement la substance corticale, mais aussi la substance blanche sous-jacente. La capsule externe et la portion périphérique du noyau lenticulaire sont désorganisées. Le faisceau sensitif est atteint en arrière du carrefour sensitif.

En ce point toute la substance blanche qui est située entre le prolongement corne occipitale du ventricule latéral et la face convexe de l'hémisphère est détruite, de telle sorte de tout le faisceau de fibres se rendant au lobe occipital et au lobule pariétal inférieur est interrompu à ce niveau. Cette interruption existe non seulement au niveau de la coupe de Burdach, mais encore au-dessus et au-dessous. Ce dernier point nous paraît surtout important pour l'explication de l'hémianopsie.

Au niveau des pédoncules cérébraux, de la protubérance du bulbe et de la moelle on constate une dégénérescence secondaire très manifeste du faisceau pyramidal.

Cette observation nous a paru surtout intéressante au point de vue clinique. Il est rare en effet de rencontrer une hémianesthésie d'origine organique réalisant aussi parfaitement le type de l'hémianesthésie hystérique complète, à part les troubles oculaires. Ceux-ci ont consisté non en une amblyopie comme cela s'observe toujours dans l'hystérie et quelquefois dans les lésions centrales, mais en une hémianopsie gauche que nous croyons devoir mettre sur le compte de l'interruption du faisceau des fibres pédonculaires directes se rendant à la substance corticale du lobe occipital et cheminant entre le prolongement occipital du ventricule latéral et la face convexe de l'hémisphère. Chez une hémiplégique-hémianesthésique que nous avons observée, les troubles oculaires faisaient défaut. A l'autopsie nous avons constaté l'existence d'un foyer hémorrhagique qui avait détruit le noyau lenticulaire, le carrefour sensitif, respectant le faisceau de fibres pédonculaires directes de Huguenin, c'est-à-dire l'étage inférieur et postérieur des fibres sensitives de la couronne rayonnante.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Les fonctions du cerveau : Doctrine de l'Ecole italienne par J. Soury. (*Archives de Neurologie*, n° 51, p. 337, n° 52, p. 28, n° 54, p. 360, n° 58, p. 78 et 167, n° 61, p. 24, n° 62, p. 220). — La doctrine des localisations fonctionnelles du cerveau, telle qu'elle résulte de l'ensemble des travaux italiens, est essentiellement éclectique, s'efforçant de concilier la part de vérité que contiennent les théories contraires. Les différentes aires fonctionnelles de l'écorce cérébrale, outre un territoire propre, possèdent aussi des territoires communs, zones d'irradiation où ces centres se confondent. L'écorce est le siège des fonctions psychiques les plus élevées, mais peut être suppléée en partie par les ganglions de la base. Les variétés morphologiques des éléments nerveux de l'écorce n'apprennent rien sur leurs fonctions; c'est dans la nature des prolongements nerveux, et dans celle de leurs connexions anatomiques que se trouve à cet égard le seul critérium. Toutefois on peut considérer deux types de cellules répondant à la motilité et à la sensibilité, leur réunion dans les différentes zones de l'écorce montre que les fonctions de motilité et de sensibilité ont un siège anatomique commun. Il n'existe pas de transmission nerveuse directe isolée, soit centripète, soit centrifuge, entre deux cellules ou deux groupes de cellules nerveuses centrales et périphériques. La communication a lieu non par l'anastomose des prolongements directs des cellules nerveuses, mais au moyen d'un vaste réseau diffus constitué par les ramifications ultimes des cylindres-axes des deux espèces de fibres. Les organes nerveux musculo-tendineux de Golgi sont les organes périphériques du sens musculaire. L'activité cérébrale entraîne des variations thermiques de l'organe : le travail cérébral est donc une forme de l'énergie et par suite l'intelligence a des équivalents chimiques, thermiques et mécaniques.

Tubercules cérébraux (Ein Fall von Hirntuberkeln mit Zwangsbewegung), par Ewald (*Berl. klin. Woch.* n°, 10 p. 26). — Le cas a trait à un garçon de 17 ans, atteint de tuberculose miliaire aiguë, chez lequel on constata des mouvements consistant en ce que la main gauche se rejetait immédiatement sur le dos dès qu'elle n'était pas maintenue par la main droite. En même temps survenaient dans les doigts des mouvements de flexion et d'extension plus ou moins analogues, mais plus brusques que les mouvements athétosiques. Le malade offre de plus une hémiparésie gauche. M. Ewald fit le diagnostic de tubercules occupant la partie externe de la couche optique et la partie postérieure de la capsule interne : l'autopsie confirma le diagnostic, mais montra de plus un tubercule occupant la partie supérieure de la frontale ascendante droite, et quelques autres petits tubercules disséminés en divers points de la convexité.

Hypnotisme (The consequences of an experiment with hypnotism), par J. Solow (*New-York medical Journal*, 14 mars 1891, p. 300). — Un homme de bonne santé habituelle, après trois essais d'hypnotisation pratiqués sans mobile scientifique, est pris de convulsions avec raideur des muscles, de délire passager, etc. Cet état dure avec des alternatives de mieux et de pis pendant 3 semaines à peu près. Dans les derniers temps la température s'éleva. La guérison survint au bout de ce temps. L'auteur pense qu'il s'agit d'une inflammation légère de la région frontale du cerveau déterminée par les manœuvres d'hypnotisation, et souhaite que ces procédé soient réglementés par une loi, et interdits dans les cas où un but thérapeutique ou scientifique n'est pas poursuivi.

Sur l'artérite médullaire syphilitique, par Lancereaux (*Semaine médicale*, 11 avril 1891, p. 149). — Lancereaux rapporte une série d'observations cliniques de syphilis médullaire se traduisant par une paraplégie survenant brusquement un ou deux ans après l'apparition du chancre et persistant ordinairement jusqu'à la mort du sujet. Il attribue ces faits à une artérite oblitérante analogue à celle qui se développe parfois au niveau de l'artère sylvienne dans le cours de la syphilis, mais n'en rapporte aucune autopsie démonstrative.

Syphilis de la moelle épinière (Studier œfver Rygmærgssyfilis), par M. Moeller (*Nordiskt medic. Arkiv.*, 1890, Bd XXII, n° 22). — Outre les lésions inflammatoires et les lésions gommeuses, il faut décrire dans la syphilis médullaire une forme d'artérite non accompagnée de lésions inflammatoires du tissu nerveux, aboutissant à l'oblitération de l'artère et à la production de foyers de ramollissement dégénératif de la moelle : l'auteur rapporte la première observation connue d'artérite syphilitique pure de la moelle avec examen histologique : les lésions portaient uniquement sur l'endartère et respectaient les couches externes du vaisseau.

MÉDECINE

Rhumatisme hyperthermique sans phénomènes cérébraux (Fall von hyperpyretischem Gelenkrheumatismus ohne cerebrale Symptome), par C. Rosenthal (*Deut. med. Wochenschr.*, mars 1891, n° 11, p. 395). — On s'accorde à reconnaître que l'hyperthermie intervient comme un facteur de premier ordre dans le rhumatisme cérébral. Les plus hautes températures observées oscillent en général entre 42° et 44°. Dans un cas de Quincke, le thermomètre indiquait une élévation se prolongeant après la mort et marquait au bout de 40 minutes 44°,7 dans le vagin. Le fait le plus extraordinaire est celui de Teale, où plusieurs thermomètres bien contrôlés accusaient une température de plus de 50°.

Dans l'observation rapportée par l'auteur, l'hyperthermie était moins excessive, et le thermomètre marquait seulement 44°2. Mais ce qui donne à ce fait une physionomie tout à fait spéciale, c'est que, malgré une pareille hyperthermie, on n'observait aucun phénomène cérébral anormal jusque vers la fin, à tel point qu'on eût aisément pu faire une erreur de pronostic. Ce fut une heure seulement avant la mort que la conscience jusque-là nette se perdit. L'auteur, du reste, ne peut fournir aucune interprétation valable de cette singulière perturbation dans la thermogénie.

Anévrysme aortique (Aneurysma des Aortenbogens). par Krœnig (*Deut. med. Woch.*, mars 1891, n° 11, p. 396). — Le cas a été observé chez un homme de 35 ans, non alcoolique, mais syphilitique depuis 13 ans. Les premiers symptômes se manifestèrent du côté du larynx et cela d'une manière brusque, par de l'enrouement allant bientôt à l'aphonie. A l'examen direct, on trouvait la corde vocale gauche en position cadavérique, et l'on pouvait dans les examens ultérieurs assister à l'atrophie progressive de cette corde. Il y avait, en même temps, une compression de la bronche gauche avec suppression du murmure vésiculaire et retrait inspiratoire du côté correspondant. On notait enfin des signes de compression de l'artère pulmonaire avec dilatation du cœur droit, et stase cave inférieure et portale. L'intérêt de ce fait réside surtout dans la brusquerie du début des accidents, et la grande vraisemblance de l'étiologie syphilitique, d'autant plus que cette syphilis avait été assez peu traitée.

Pulsation trachéale dans les anévrysmes thoraciques (The diagnostic value of the physical sign « tracheal tugging » in thoracic aneurysm), par R. Macdonnell (*Lancet*, 7 et 21 mars 1891, p. 535 et 650). — Lorsqu'on place un malade atteint d'anévrysme dans la position verticale, en lui faisant fermer la bouche et redresser complètement la tête, on sent distinctement les pulsations de l'aorte communiquées aux doigts placés de chaque côté du cartilage cricoïde. Ce signe, indiqué par Oliver, ne se rencontre jamais que dans le cas d'anévrysme, lorsque l'anévrysme occupe une position telle qu'il presse d'avant en arrière sur la bronche gauche ou sur la partie de la trachée qui lui est immédiatement adjacente. Il peut être le seul signe physique dans certains cas d'anévrysme. Il ne s'observe que lorsque la lésion porte sur l'arc transverse de l'aorte; la pression directe d'une tumeur sur l'aorte ne suffit pas à le produire.

Myxœdème crétinoïde (Sporadic cretinism), par Bailton (*Brit. medic. Journ.*, 28 mars 1891, p. 694). — Observations des deux frères, nés en Angleterre de parents anglais, présentant les attributs de la cachexie pachydermique à un degré relativement faible. L'auteur, se basant sur ces deux cas dans lesquels les pseudo-lipomes sus-claviculaires faisaient défaut et sur la suppression fonctionnelle du corps thyroïde dans les deux affections, admet que le crétinisme sporadique et le crétinisme endémique ne présentent pas d'autre caractère distinctif que celui exprimé par ces qualifications.

Recherches bactériologiques sur la salive des enfants atteints de rougeole, par H. Méry et P. Boulloche (*Rev. mens. des malad. de l'enfance*, avril 1891, p. 154). — Le pneumocoque et le streptocoque se rencontrent bien plus fréquemment dans la salive des enfants atteints de rougeole que chez les enfants sains. Les accidents broncho-pulmonaires de la rougeole n'apparaissent presque jamais que chez les enfants dont la salive contient le streptocoque ou le pneumocoque, et à l'autopsie on peut suivre le microbe pathogène reconnu dans la salive depuis les voies aériennes supérieures jusqu'aux petites bronches. Il en résulte la nécessité de pratiquer dans le cours de la rougeole une antisepsie buccale aussi rigoureuse que possible.

Documents pour servir à l'étude anatomo-pathologique de la lèpre, par Damaschino (*Arch. de médec. expérim.*, mars 1891, p. 213). — Deux autopsies de lèpre mixte. Dans l'une, les poumons renfermaient des cavernes et des granulations grises et jaunes qui présentaient les caractères microscopiques de la tuberculose; elles renfermaient à la fois un grand nombre de bacilles ayant tous les caractères des bacilles lépreux et quelques bacilles isolés ou réunis par petits groupes et ayant les dimensions des bacilles tuberculeux; l'inoculation du tissu pulmonaire aux cobayes détermina leur mort par tuberculose.

CHIRURGIE

Un cas d'empyème de l'antre d'Highmore dû au streptocoque, par Luc (*Arch. de laryngologie*, 1891, n° 2, p. 78). — Les suppurations de l'antre d'Highmore se trouvent presque toujours en relation avec la carie des deux dernières grosses molaires. Or dans le cas que publie Luc, il s'agit d'une femme atteinte d'empyème de l'antre d'Highmore consécutivement à un érysipèle de la face, chez laquelle les dernières grosses molaires étaient dans un état parfait, les petites tombées avec leurs racines depuis plus de deux ans, et la canine saine. On ne pouvait donc songer à une infection par les dents. En effet, le pus de la cavité recueilli pendant l'opération et examiné plus tard par M. Ledoux-Lebard, contenait exclusivement des streptocoques de l'érysipèle.

La malade a guéri par les lavages boriqués et le tamponnement iodoformé de la cavité trépanée.

Au point de vue clinique, on pouvait dans ce cas constater certaines particularités : le pus n'était pas fétide, ne contenait pas de grumeaux et la suppuration post-opératoire fut plus longue que dans les cas ordinaires.

Dans un autre cas d'empyène de l'antre d'Highmore par carie dentaire, le pus contenait ; 1° des staphylocoques ; 2° des diplocoques ; 3° de longs filaments composés de courts articles; 4° des bacilles isolés; 5° des microcoques plus ou moins volumineux.

L'aiguille aimantée comme moyen diagnostique (Die Magnetnadel als diagnostisches Hulfsmittel in der Chirurgie), par Landmann (*Deutsch. med. Wochenschr.*, 1891, n° 13, p. 468). — L'auteur rapporte un cas dans lequel il a pu démontrer, en se servant d'une pile électrique avec un courant de 120 ampères, l'existence d'un corps étranger métallique dans la seconde phalange d'un doigt. L'incision faite au point indiqué a permis d'extraire un morceau de fer de 3 cgr. La petite plaie a guéri par première intention.

Rupture de la gaîne du muscle grand adducteur (A case of rupture of the sheath of the adductor longus muscle), par J.-B. Hamilton (*Medical News*, 11 avril 1891, p. 409). — Un homme tomba dans un escalier, il y a 2 ans, la jambe et la cuisse en extension forcée. Il sentit une vive douleur et dut se mettre au lit. Il a déjà été traité. A son entrée à l'hôpital on sent une tumeur à la partie interne de la cuisse droite ; elle augmente quand le malade est debout et diminue quand il est en repos et couché. Le diagnostic étant en suspens on se décida à opérer ; on trouva une tumeur n'ayant aucune connexion avec l'abdomen et faisant partie du muscle grand adducteur, lequel faisait hernie à travers sa gaîne rompue. On se garda d'enlever cette tumeur de peur de rendre le malade impotent. La plaie guérit très bien et le malade put marcher la cuisse fortement bandée. Au moment de l'accident l'intervention chirurgicale eût permis de faire la suture de la gaîne déchirée.

Corps étranger du larynx (Retention of a foreign body in the larynx for thirty-eight years), par Ravenel (*Medical News*, 2 mars 1891, p. 325). — Un homme de 45 ans, à l'âge de 7 ans mit une épingle dans sa bouche ; elle passa tout d'un coup dans le larynx, s'accusant par une douleur fort aiguë qui se calma bientôt. Il n'éprouva absolument rien jusqu'à il y a 14 ans. Sa voix se voila alors et une petite toux apparut. Enfin le 29 janvier dernier, dans un effort de toux il rendit un corps étranger dans un bouchon de mucus, c'était l'épingle aspirée 38 ans plus tôt. Quelques jours après on pratiqua l'examen laryngoscopique qui ne révéla que 2 petites régions enflammées bien circonscrites, situées juste en arrière de l'ouverture des ventricules de Morgagni ; on peut donc conclure que l'épingle est restée dans le larynx transversalement située et enfouie par ses deux extrémités dans la partie postérieure des ventricules.

Laparotomie pour kystes hydatiques du foie (Un caso di asportagione di due voluminose cisti d'echinococco del fegato), par G. Bendaudi (*La Riforma medica*, 2 avril 1891, p. 880). — Observation d'une femme de 27 ans, chez laquelle

deux ponctions donnèrent issue, l'une à du liquide clair hydatique, l'autre à un liquide citrin, un peu trouble. Après incision des téguments parallèlement au rebord costal, le foie fut incisé sur une longueur de 20 centimètres et à une profondeur de 8 millimètres; il s'écoula du liquide clair et des vésicules hydatiques; une ponction faite avec un trocart à travers la paroi de ce premier kyste donna issue à un liquide citrin; une incision faite avec un bistouri conduit le long du trocart et suivie d'une hémorrhagie abondante qui s'arrêta par l'emploi des pinces, donna issue à une large membrane kystique en voie de dégénérescence et à de nombreux petits kystes. Après lavage à l'eau boriquée, mise en place d'un drain pénétrant jusque dans le kyste profond, le foie fut suturé à la paroi abdominale. La malade eut de la fièvre les jours suivants, il y eut par la plaie un écoulement de bile d'abord assez abondant, puis plus modéré. Au bout de 6 mois, la cavité kystique persistait encore, mais très réduite, et l'état général était satisfaisant.

Cancer de l'intestin grêle (Un caso di cancro del digiuno con considerazioni diagnostiche), par C. Pulli (*La Riforma medica*, 2 avril 1891, p. 868). — Observation d'un homme de 25 ans, qui, après avoir eu une diarrhée passagère et des douleurs dans l'hypochondre gauche, en même temps que trois tuméfactions dures occupant la région gauche et supérieure de l'abdomen, succomba au bout de 5 mois de maladie. A l'autopsie on trouva 3 tumeurs échelonnées sur les 65 premiers centimètres du jéjunum, l'une d'elles formant une masse du volume d'une tête de fœtus à terme, adhérente à l'épiploon et au côlon descendant. L'auteur fait remarquer que le diagnostic différentiel du cancer de l'intestin grêle et du cancer du gros intestin repose non sur le siège et l'absence de mobilité, qui peuvent être identiques dans les deux cas, mais sur l'absence de troubles de défécation qui se rencontrent dans le cancer du gros intestin et font défaut dans le cancer de l'intestin grêle.

OPHTHALMOLOGIE

Ophthalmie sympathique (Periodical attacks of sympathetic ophthalmia for ten years, due to a bullet wound; removal of the eye with the bullet, followed by cessation of the attacks), par Randolph (*Medical News*, 4 avril 1891, p. 379). — M. M., 31 ans, reçut une balle dans l'œil, il y a environ 10 ans. Le malade resta sans subir aucune intervention; de temps en temps il avait de violentes douleurs avec de longs intervalles de bonne santé. Il y a 3 ans, il eut une attaque douloureuse très violente dans l'œil blessé et en même temps apparurent dans l'autre œil des signes d'ophthalmie sympathique. Photophobie et larmes profuses. Au bout d'une semaine tout rentra dans l'ordre; deux ans plus tard les mêmes accidents reparurent.

Il y a un mois les accidents reparurent encore : l'œil gauche est complètement perdu et très douloureux. L'œil droit présente de la conjontivite et une kératite superficielle limitée. L'iris n'est pas malade; le fond de l'œil est également sain. L'auteur fit l'énucléation de l'œil blessé et trouva la balle au niveau de la jonction du nerf optique du globe oculaire.

L'auteur n'a pu faire de recherches microbiologiques. Dès que l'opération fut faite, l'autre œil guérit parfaitement sans traitement. D'après l'auteur, cette ophthalmie sympathique était provoquée non pas par des micro-organismes, mais par l'irritation ciliaire entretenue par la présence de l'œil malade.

Paralysie traumatique des nerfs de l'œil (A case of traumatic paralysis of the adducent and oculo-motor nerves), par D'Œnch (*Medical Record*, 4 avril 1891, p. 402). — Un jeune homme de 16 ans vient, dans les ténèbres, se heurter sur une tige métallique qui produisit une blessure peu profonde à la partie interne de la paupière supérieure. Presque aussitôt après, il s'aperçut qu'il avait de la diplopie. L'œil lésé se mouvant de dedans en dehors dépassait à peine la ligne médiane; le mouvement de l'œil en haut était aussi très limité. Une amélioration survint progressivement et le sujet fut complètement guéri au bout de deux mois. Il est probable qu'il s'agit là d'une paralysie passagère produite par une hémorrhagie et disparaissant quand celle-ci fut résorbée.

Résection du nerf optique, par Rohmer (*Rev. med. de l'Est*, 1891, p. 52). — M. Rohmer a pratiqué deux fois la résection du nerf optique chez deux malades atteints d'iridocyclite spontanée dans un cas, traumatique dans l'autre. Les deux opérés ont éprouvé un soulagement immédiat des douleurs très vives qu'il ressentaient avant l'intervention. Mais sans préjuger quel sera le résultat éloigné de l'intervention, on doit constater que, en raison du mauvais aspect des yeux conservés, un œil de verre serait préférable.

Syphilis oculaire, par Badal (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 29 mars 1891, p. 379)). — Chez quatre malades atteints de chancre palpébral, observés depuis qu'il est à Bordeaux, M. Badal a constaté l'absence de tous accidents secondaires, mais il redoute pour eux les accidents tertiaires tardifs. Badal rapporte encore le cas d'une jeune femme qui, avec des accidents syphilitiques divers : rupias, exostoses, iritis, présente une gomme de la sclérotique ou plutôt du tissu épiscléral au voisinage de la cornée.

Arrachement du nasal externe dans les cas de corps étrangers de l'œil, par Badal (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 29 mars 1891, p. 380). — B. rapporte un nouveau succès dû à l'arrachement du nasal externe pratiqué contre des douleurs orbitaires vives chez un ouvrier qui avait reçu un grain de plomb dans l'œil. Toutes les fois qu'il le peut, il substitue cette intervention à l'énucléation du globe et dans vingt cas, dont certains remontent à huit et dix ans, cette pratique lui a réussi. Toutes les fois qu'il est possible de surveiller les blessés, on peut surseoir à l'énucléation.

BIBLIOGRAPHIE

L'asepsie et l'antisepsie à l'hôpital Bichat, service de chirurgie de M. le Dr Félix Terrier (1883-1889), par Marcel Baudouin, ancien interne de l'hôpital Bichat, préface et introduction de M. Félix Terrier, professeur agrégé à la Faculté de médecine, avec 10 figures dans le texte et photogravures hors texte. Paris, 1890. *Progrès médical* et E. Lecrosnier et Babé.

La chirurgie a été, depuis vingt ans, révolutionnée par l'antisepsie, et cependant il est malheureusement trop certain que les doctrines admises en théorie sont bien souvent négligées dans la pratique. Trop souvent le chirurgien ne se dit pas à lui-même qu'il est directement responsable de la moindre goutte de pus fabriquée par un malade opéré pour une lésion primitivement aseptique. Cette goutte de pus, aujourd'hui presque toujours bénigne, n'a pour seul inconvénient que d'allonger de quelques jours la réunion, obtenue cependant par première intention dans presque toute l'étendue de la plaie. Qu'est-ce que cela, après une cure radicale de hernie, pour un chirurgien élevé à l'époque où l'on mourait de pyohémie après l'opération de l'ongle incarné? Ce que c'est que cela? C'est un incident. Mais, qu'on y prenne garde, de temps à autre l'incident dégénère en accident et l'on voit reparaître, par-ci par-là, un décès d'origine septique dans des cas où l'infection a sûrement été apportée par l'opérateur. Certes, ce serait friser l'utopie que de se déclarer à l'abri de ces surprises, le chirurgien le plus aseptique en a quelquefois. Mais elles seront rares si au moindre incident il s'accuse d'une faute et cherche quelle a été cette faute.

Pour réduire de plus en plus les erreurs, au bout desquelles se trouvent des vies humaines, il faut deux choses : une installation; des soins minutieux constants. Et cette installation devra être faite à aussi peu de frais que possible. A l'hôpital tout au moins, le chirurgien doit s'ingénier à être ménager des deniers des pauvres. Peu à peu on a fait de grands progrès dans cette voie. Des salles d'opérations peu dispendieuses ont été aménagées par M. Championnière à Paris, par M. Maunoury à Chartres. Aujourd'hui M. Marcel Baudouin nous décrit en grands détails, avec dessins à l'appui, l'installation de M. Terrier à l'hôpital Bichat.

Cette installation est suffisante, mais elle est loin d'être

parfaite, surtout pour la répartition des malades infectés et non infectés. Ces critiques, M. Terrier le premier se les est adressées en indiquant l'an dernier ses idées — que nous avons fait aussitôt connaître à nos lecteurs — sur l'organisation idéale d'un service de chirurgie. Elles se heurtent, il est vrai, pour le moment au moins, à des impossibiliiés matérielles, mais c'est en les formulant avec insistance qu'on se rapprochera peu à peu du but.

Dans le service de M. Terrier, la part laissée aux accidents septiques est très petite, malgré la promiscuité regrettable des malades suppurants et des non suppurants. On s'en rend compte en lisant les statistiques que notre cher maître publie chaque année à la Société de chirurgie et que M. Baudouin a réunies à la fin de sa brochure. Mais c'est grâce à des précautions incessantes qu'on parvient à ces résultats. Ces précautions, d'ordre purement matériel, M. Baudouin les décrit une à une, nous montrant ce que doivent être l'asepsie et l'antisepsie pour le matériel chirurgical, pour le chirurgien et ses aides ; nous expliquant, région par région, comment on doit préparer un malade que l'on doit opérer. C'est à ce point de vue que son livre sera d'une utilité réelle aux praticiens, pour leur bien apprendre que le choix d'un antiseptique importe moins que la manière de s'en servir ; et que, par exemple, après s'être lavé les mains *secundum artem*, il faut songer à ne pas les essuyer après son tablier ou à ne s'en point servir pour se gratter la barbe.

A. Broca.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Thèses de Paris.

Des difficultés du diagnostic des fibromes de la paroi postérieure de l'utérus dans le travail de l'accouchement, par Marquézy.

Il n'est pas rare d'observer des faits de dystocie se manifestant soit par des présentations vicieuses, soit par des troubles dans l'engagement au moment du travail et qui sont dus à la présence de fibromes siégeant sur la paroi postérieure de l'utérus. De toutes les variétés de fibromes, quant au siège, il n'en est pas dont le diagnostic offre plus de difficultés que ceux situés sur la paroi postérieure de l'utérus. Les fibromes de la paroi postérieure sont intra-pelviens ; intra et extra-pelviens. Les fibromes de la paroi postérieure offrent des signes de présomption, de probabilité et de certitude. Les signes de présomption sont : les présentations vicieuses, les mutations fréquentes de présentation. La situation élevée de la présentation, le retard dans l'engagement pendant le travail, la protusion des parties fœtales au-dessus et en avant du pubis. La flexion exagérée du sommet avant l'engagement. Les signes de probabilité, sont la constatation en présence des symptômes que nous venons de signaler : de l'absence d'une viciation pelvienne ou d'une grossesse gémellaire, de l'existence de petits fibromes disséminés sur la paroi antérieure de l'utérus, des troubles ménorrhagiques antérieurs à l'accouchement. Les signes de certitude, sont la connaissance du fibrome avant la grossesse et au moment du travail, *toucher intra-utérin*. Les fibromes intra-pelviens sont souvent accessibles par l'exploration vaginale et rectale ils échappent au palper abdominal. Les fibromes intra et extra-pelviens se diagnostiquent dans leurs connexions et leurs dispositions anatomiques par le toucher et le palper, les fibromes extra-pelviens se reconnaissent accessoirement par le palper et principalement par le toucher manuel intra-utérin. Dans les cas où les moyens d'exploration à l'aide de la main ne sont pas suffisants, tels ceux où l'excavation est obstruée par une masse pathologique qui n'est pas le fœtus et dont la nature solide ou liquide est douteuse, la difficulté du diagnostic pourra ordinairement être levée par la ponction, qui devient alors un mode de traitement dans les cas de tumeur liquide.

VARIÉTÉS

Société médico-psychologique.

La Société médico-psychologique a tenu sa séance solennelle, le lundi 27 avril, sous la présidence de M. Bouchereau, médecin en chef à l'asile Sainte-Anne

Le *prix Esquirol*, d'une valeur de 200 francs, plus les œuvres d'Esquirol, a été, sur le rapport de M. Arnaud, décerné à M. Bonnet, interne de l'asile d'aliénés de Villejuif (Seine), pour son mémoire manuscrit intitulé : *Contribution à l'étude de la paralysie générale chez l'homme et plus particulièrement dans ses rapports avec la syphilis et l'alcoolisme*.

Le *Prix Belhomme*, d'une valeur de 800 francs, avait pour sujet *De la vision chez les idiots et les imbéciles*. Deux mémoires ont été envoyés. Sur le rapport de M. Pichon, le prix a été décerné à MM. Marie et Bonnet, internes des asiles de la Seine; une mention honorable a été accordée à M. Armand Guibert, interne des hôpitaux.

Le *prix Aubanel*, de 2, 500 francs, destiné au meilleur mémoire sur *la folie chez les vieillards*, n'a pas été décerné. Sur le rapport de M. Collineau, une récompense de 1200 fr. a été attribuée à l'unique travail envoyé, dont les auteurs sont MM. Mabille, médecin directeur, et Lallemant, médecin-adjoint de l'asile d'aliénés de Lafont, près La Rochelle.

La séance s'est terminée par la lecture faite par M. Ritti, secrétaire général, de l'Eloge du Dr Achille Foville, inspecteur général des asiles d'aliénés et secrétaire général de l'Association générale des médecins de France.

Nécrologie. — Nous avons le vif regret d'annoncer la mort de notre et ami ancien collaborateur le Dr Joseph Michel, chevalier de la Légion d'honneur, décédé le 24 avril dernier, dans sa 45e année.

Interne des hôpitaux au moment où fut déclarée la guerre de 1870, J. Michel s'engagea comme simple soldat dans les tirailleurs algériens, assista à la bataille de Wissembourg où son régiment fut en partie détruit, puis, comme sous-officier de zouaves, prit part aux campagnes de la Loire et de l'Est. Grièvement blessé, il fut décoré de la médaille militaire sur le champ de bataille de Coulmiers. A peine guéri il reprit du service, assista à la bataille de Villersexel, fut nommé sous-lieutenant au 4e zouaves et, en cette qualité, fit la campagne de Kabylie ; puis il revint à Paris terminer ses études médicales. Sa thèse de doctorat, dans laquelle il étudiait les *arthropathies survenues dans le cours de l'ataxie locomotrice*, fut très remarquée. Il publia ensuite diverses revues et analyses critiques dans la *Gazette Hebdomadaire*.

Bientôt il se donna tout entier à ses occupations professionnelles. Son caractère aimant et enthousiaste, son dévouement absolu, l'empressement et le zèle qu'il mettait au service de ceux qui faisaient appel à ses services, lui avaient valu, en effet, surtout dans le monde artistique et littéraire, une brillante situation qu'une longue et cruelle maladie a prématurément brisée. Ses nombreux amis se sont tous associés au deuil de sa famille.

Congrès pour l'étude de la tuberculose en 1891. — Le deuxième congrès pour l'étude de la tuberculose aura lieu à Paris, du 27 juillet au 2 août 1891, sous la présidence de M. Villemin.

Voici les questions mises à l'ordre du jour :

1° De l'identité de la tuberculose de l'homme et de la tuberculose des bovidés, des gallinacés et autres animaux ;

2° Des associations bactériennes et morbides de la tuberculose ;

3° De l'hospitalisation des tuberculeux ;

4° Prophylaxie de la tuberculose humaine et animale ;

5° Des agents capables de détruire le bacille de Koch, non nuisibles pour l'organisme, au point de vue de la prophylaxie et de la thérapeutique de la tuberculose humaine et animale.

Livres déposés au Bureau du Journal

Traité de l'anémie par insuffisance de l'hématose, par le Dr E. Maurel, professeur à l'Ecole de médecine de Toulouse. Librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon, Paris. Un volume in-8° de 350 pages avec figures. Prix : 7 fr.

Recherches expérimentales sur les leucocytes, par le Dr E. Maurel. Librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon, Paris. Deuxième fascicule, in-8° de 135 pages, avec figures. Prix 3 fr. Paru précédemment : le 1er fascicule, in-8°. Prix : 2 fr. 50

Etude sur les cysticerques en grappe de l'encéphale et de la moelle chez l'homme, par M. E. Bitot, chef de clinique de Bordeaux, et Jean Sabrazès, interne lauréat des hôpitaux de Bordeaux. Librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon, Paris. In-8° de 60 pages, avec 4 figures dans le texte. Prix : 2 fr.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Imp. des Arts et Manufactures, 12 rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud.

TRENTE-HUITIÈME ANNÉE N° 19 9 MAI 1891

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES SAMEDIS ET PUBLIANT TOUS LES MERCREDIS

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

BULLETIN

Paris, le 8 mai 1891.

Académie de médecine : **Influence de l'assistance et de l'hygiène sur l'accroissement de la population française.**

Parmi les multiples causes auxquelles la Commission de l'Académie a attribué la faiblesse d'accroissement de la population de la France, il en est plusieurs, et non des moins importantes, au sujet desquelles la Compagnie vient d'émettre une série de vœux qui terminent une partie de ses longues discussions, pendantes depuis près de dix mois. Ces vœux forment tout un programme de réformes administratives, économiques, législatives et même sociales; on nous pardonnera de penser qu'ils ont à la fois les avantages et les défauts habituels de ces sortes de manifestations. Paraissant trop complexes et trop développés, ils risquent d'être accueillis par l'opinion publique avec une faveur insuffisante; par contre, ils ne pouvaient être, en raison même de leur nombre, assez précis dans les détails pour que les pouvoirs administratifs y trouvent des moyens d'action qu'ils hésitent eux-mêmes à mettre en œuvre. Cette impression, l'Académie l'a ressentie elle-même, et c'est notre excuse de la reproduire ici, lorsqu'elle a ajourné son vote et renvoyé à sa Commission plusieurs vœux et propositions d'un ordre très général, qui augmentaient encore la liste des remèdes préventifs précédemment formulés.

Car c'est bien de remèdes et de remèdes préventifs qu'il s'agit; la lenteur d'accroissement de notre population, comparée à celle de de plusieurs nations étrangères, a été nettement signalée et étudiée; comment y remédier? Tel était le problème soumis à l'Académie par la communication de M. Lagneau. A voir l'énumération des solutions proposées, on comprend que la matière médicale est riche, si le formulaire témoigne peut-être d'un peu moins de précision. Comment donc pourra-t-on transporter sur le terrain de la réalisation pratique les déclarations que l'Académie s'est en fin de compte décidée à faire?

Déjà nous avons indiqué toutes les difficultés de modifier, comme elle l'a démontré avec M. Javal, les dispositions de nos lois qui concernent la transmission de la propriété, la répartition des impôts et la recherche de la paternité; que notre législation favorise ou non, par ces dispositions, les restrictions volontaires, l'opinion est encore loin de vouloir suivre les diverses écoles économiques qui discutent sur ces sujets! En dehors de ces questions, tous les vœux émis jusqu'ici par l'Académie sollicitent des mesures d'assistance et d'hygiène. Assistance pour l'élevage de l'enfance, prophylaxie immédiate ou éloignée pour les maladies transmissibles et notamment pour la variole, telles ont été les préoccupation principales de la Commission, tel a été ce qu'il lui a paru plus spécialement utile de retenir dans les nombreux discours dont elle avait à résumer les observations.

Le souci de l'élevage de l'enfance ne pouvait manquer de trouver place dans ces débats; mais si tout le monde a été d'accord pour donner à la loi Roussel toute l'extension qui permette de savoir si la tutelle administrative a décidément quelque effet utile en pareille matière, il n'en a plus été de même lorsqu'il a fallu rechercher les moyens administratifs les plus propres à empêcher les abandons d'enfants, les infanticides et les avortements. Si bien que, de guerre lasse, l'Académie, écoutant la voix conciliante de son président, a adopté une conclusion qui réunit à la fois toutes les opinions émises, quelque dissemblables qu'elles aient été. Demander la création, dans chaque département, de maternités où l'accouchement puisse être absolument secret, de tours et de bureaux ouverts « réunis dans le même local », et l'allocation de secours aux accouchées sans ressources suffisantes, c'est ce que depuis longtemps souhaitent les philanthropes; mais il y a longtemps aussi que les administrateurs, pour trop vouloir à la fois, recueillent d'assez fréquents refus et que les assemblées délibérantes, faute à leur tour de ressources suffisantes, sauraient gré à ceux qui leur apporteraient des propositions simples et limitées. C'est bien là ce qu'exprimait notamment M. Th. Roussel, au cours de la discussion, lorsqu'avec sa compétence et son dévouement si autorisés il montrait l'impossibilité pour l'administration de revenir sur un passé condamné par l'expé-

rience pratique et la nécessité de choisir les solutions les moins coûteuses et les moins compliquées. Nous ajouterions volontiers qu'ici il importe de demander à l'administration le moins possible et de chercher surtout à développer les initiatives privées. Si nos lois protectrices de l'enfance ont encore donné si peu de résultats, si même des esprits très pratiques et très modérés doutent de leur influence sur la diminution de la mortalité infantile en raison de l'abaissement continu et corrélatif de la natalité, c'est assurément au caractère trop exclusivement administratif de ces lois qu'ils rapportent leurs craintes et leurs hésitations. L'administration en effet est souvent assez malhabile à pratiquer l'assistance, et, quand elle y réussit, c'est toujours à plus de frais que l'assistance privée et avec des résultats matériels et moraux insuffisants. Passe encore pour les pays où une oligarchie règne et gouverne; mais chez un peuple où chacun possède lui-même une part de la souveraineté nationale, la répartition équitable des charges, des devoirs et des avantages de l'assistance publique et de l'assistance privée est trop difficile à établir pour qu'il y ait profit à favoriser, par les lois, l'une aux dépens de l'autre.

Parmi les maladies transmissibles dont la commission a voulu signaler les ravages comme l'un des facteurs importants de notre mortalité, elle a donné une place considérable, prépondérante, à la variole, pour laquelle elle n'a pas proposé moins de cinq vœux sur les dix qu'elle soumettait à l'Académie. En comparaison des autres maladies transmissibles, la proportion semblerait peut-être exagérée si l'on ne savait que c'est, de toutes les maladies évitables, celle contre laquelle la prophylaxie est le mieux armée, au moins aujourd'hui, bien que ses victimes soient relativement rares. Le vote, rendu par l'Académie à l'unanimité moins cinq voix, en faveur de l'obligation de la vaccination et de la revaccination, constitue un véritable triomphe pour l'hygiène publique. Il y a quelques années, la savante Compagnie avait hésité; elle s'était prononcée en faveur de la vaccination obligatoire, mais la revaccination avait soulevé plus de critiques; l'accord est fait maintenant dans toutes les sociétés scientifiques et même à la Chambre des députés à en juger par le vote qu'elle a émis il y a dix ans en première lecture; il est permis d'espérer qu'une nouvelle tentative auprès d'elle serait suivie de succès et que la France ne comptera plus parmi les rares nations européennes qui n'ont pas encore adopté cette mesure.

Les victimes de la variole sont relativement rares en France, venons-nous de dire; oui, quand on en compare le nombre à celui des victimes des autres maladies transmissibles endémo-épidémiques, plus ou moins évitables; non, lorsqu'on constate la diminution si considérable, l'absence, pourrions-nous presque dire, de la mortalité variolique dans les pays où l'on pratique la vaccination et la revaccination obligatoires. C'est aussi la diminution de la mortalité par ces autres maladies sous l'influence des mesures d'hygiène privée et publique qui avait engagé la commission à proposer des vœux rappelant l'importance et l'urgence de telles mesures; mais la rédaction de ces vœux a paru soit trop brève soit trop complexe; de plus, des propositions additionnelles ont été déposées en cours de discussion par MM. Léon Le Fort et Dujardin-Beaumetz; l'examen de ces questions a été remis à une séance ultérieure, à la demande de M. Brouardel.

L'influence qu'exerce sur l'accroissement de notre population la mortalité par les affections transmissibles est considérable; les tuberculoses, la fièvre typhoïde, les inflammations intestinales bacillaires, les fièvres éruptives, etc., comptent dans le chiffre des décès pour une part qui s'élève parfois jusqu'au quart et même le dépassent; et cependant toutes ces maladies sont justiciables dans une large mesure de l'hygiène prophylactique. Or, il n'est pas contestable que la protection de la santé publique réclame un certain nombre de précautions, dont les unes sont d'une application immédiate et dont les autres peuvent avoir une échéance plus ou moins éloignée. Elles ont toutes pour but et doivent avoir pour effet de mettre l'homme à l'abri de toutes les causes immédiates ou prolongées de maladie et même de dégénérescence physique anormale; elles comprennent la défense des individus contre les conditions morbides, permanentes ou passagères, des milieux dans lesquels ils sont appelés à vivre.

L'histoire de toutes les épidémies montre qu'elles naissent ou se propagent surtout dans les milieux dits insalubres, c'est surtout là qu'elles exercent les plus grands ravages, qu'elles ont la plus grande durée et qu'elles font le plus de victimes. Accroître la salubrité d'une localité ou d'un pays, c'est tout au moins prémunir cette localité, ce pays, contre la violence des manifestations épidémiques. La science a démontré tout ce que l'on gagne à stériliser l'air, l'eau, le sol, à les rendre impropres à la culture des micro-organismes, causes ou effets des maladies transmissibles, caractéristiques en tout cas de leur pouvoir de propagation. C'est pourquoi il faut, au point de vue pratique, s'occuper à la fois des moyens immédiats et des moyens plus ou moins éloignés d'assurer la prophylaxie des épidémies et des maladies transmissibles. Les premiers se subdivisent comme il suit: l'information officielle des cas de ces maladies, la vaccination pour les maladies dont le vaccin a été jusqu'ici trouvé, l'isolement, la désinfection sous toutes ses formes. Les seconds comprennent les mesures d'assainissement des habitations, les mesures locales de salubrité, les grands travaux d'assainissement et l'organisation de la statistique démographique.

L'on conçoit que l'Académie ait désiré avoir quelque répit avant d'examiner avec soin les propositions qui lui étaient présentées dans ce sens, après les vœux qu'elle venait déjà d'émettre. Le temps n'est plus en effet où l'on pouvait se borner, dans les compagnies savantes, à voter, fût-ce à l'unanimité, des déclarations conformes à cette manière de voir; les renouveler, c'est accroître le nombre déjà considérable des manifestations, jusqu'ici assez platoniques, auxquelles l'hygiène privée et publique a donné lieu dans les assemblées scientifiques. Il faut aujourd'hui des indications précises et topiques; il faudrait surtout pouvoir dire dans quelle mesure et jusqu'à quelle limite les prérogatives de la liberté individuelle doivent être ici respectées ou détruites dans l'intérêt général; telle est la pierre d'achoppement de toutes les réformes tentées pour faire aboutir les revendications de l'hygiène, et l'Académie rendrait un nouveau service si elle envisageait à son tour ce difficile et délicat problème dans une telle disposition d'esprit. En ce moment même le Comité consultatif d'hygiène publique de France élabore un projet de loi pour la protection de la santé publique et, sans vou-

loir divulguer quoi que ce soit des discussions ardues et approfondies auxquelles il donne lieu, nous nous croyons autorisé à penser que l'Académie trouverait sans doute quelque intérêt à ne se prononcer qu'après l'achèvement de ces débats. Il y aurait aussi quelque exagération, et l'on se préparerait peut-être quelques graves mécomptes, si l'on voulait trop imiter sur ces divers points les exemples de l'étranger; chaque peuple a ses usages et sa manière d'entendre la puissance publique, les droits des citoyens; quand bien même les mesures sanitaires y sont prescrites rigoureusement par les lois, leur application est moins aisée et il y a de sérieuses réserves à faire encore sur la généralisation de plusieurs d'entre elles.

Peu de pays, qu'on ne l'oublie pas sont plus favorisés que le nôtre à cet égard par les conditions climatériques et même par le caractère et les mœurs de la population; il n'y a jusqu'ici manqué que cette éducation sanitaire et cette discipline qui ont produit de si heureux résultats chez des peuples moins heureusement favorisés.

Est-il possible d'abaisser d'un dixième le nombre des décès en France? Il semble difficile d'en douter lorsqu'on constate les résultats obtenus par la pratique de l'hygiène privée, le développement des œuvres d'assistance, les mesures ordinaires et exceptionnelles d'hygiène publique. Or, la France, on ne saurait trop le dire, aurait ainsi l'une des plus faibles mortalités réelles parmi les puissances européennes et, son accroissement physiologique lui assurerait de grands avantages à une époque où la loi du nombre est si prépondérante.

A.-J. Martin.

REVUE GÉNÉRALE

Gravité et bénignité dans l'infection.

Il n'est plus nécessaire de discuter longuement pour établir qu'en matière de pronostic de maladie infectieuse, il faut tenir compte à la fois du microbe et du terrain sur lequel évolue ce microbe.

On croyait, au début de la bactériologie, que le nombre des germes importait peu. Les virus, pensait-on, se distinguent des venins par ce fait que, pour eux, la dose est sans importance. A cette manière de voir, l'expérience a donné un démenti, dans une certaine mesure. — M. Chauveau, depuis longtemps déjà, a montré que l'on pouvait vaincre la résistance des moutons algériens vis-à-vis du charbon, en introduisant des quantités suffisantes de bactéridies. Watson-Cheyne a poursuivi des recherches analogues. Bollinger, Gerhardt, ont agi de même pour la tuberculose. Toutefois, nul plus que M. Bouchard n'est entré dans le détail. Il a fait pénétrer dans les veines d'une série de lapins le bacille pyocyanique actif, en quantités variables. Il a vu que non seulement la survie, mais encore l'hyperthermie, l'albuminurie, les divers symptômes, étaient directement proportionnels à ces quantités.

A côté de ce facteur, la qualité du germe tient une place considérable, d'autant que rien n'est mobile comme cette qualité. L'échelle de la virulence est immense. Aujourd'hui une fraction de goutte d'une culture amène la mort; quelques jours après, des centimètres cubes sont insuffisants. Dès lors nous sommes amenés à étudier les conditions, ou plutôt quelques-unes des conditions, car elles sont innombrables, qui sont à même d'actionner cette virulence. Considérons surtout pour le moment les influences d'ordre physique.

La lumière exerce assurément une action des plus importantes sur les fonctions vitales des animaux, comme elle en exerce sur celles des végétaux. On sait la conséquence désastreuse qu'a sur l'organisme l'habitation dans des logements obscurs et privés autant d'air que de clarté. Ce sont ces conditions qui préparent merveilleusement le terrain pour la scrofule et la tuberculose. Malheureusement il est bien difficile ici de séparer le rôle de l'absence ou de l'insuffisance de lumière de celui des autres facteurs qui constituent l'encombrement. Des travaux récents ont en revanche fourni des données plus positives et d'un intérêt immense au sujet de l'effet solaire lui-même sur certains micro-organismes. Duclaux, expérimentant sur le thyrotrix scaber, un des agents de destruction des matières, a constaté que l'action des rayons directs était cinquante fois plus actif pour le tuer qu'une température des plus élevées avec clarté diffuse. Pour la bactéridie charbonneuse, Arloing est parvenu à des résultats analogues. En exposant des cultures de ce microbe au soleil du mois de juillet, il a constaté que les spores avaient perdu leur faculté de germination au bout de 120 minutes, et que le mycelium était détruit après 27 à 30 heures. A l'état de dessiccation, les bactéries pourvues de spores auraient, suivant Duclaux, une résistance bien plus considérable. Au contraire les cocci seraient rapidement anéantis, si on les a desséchés dans un liquide de culture. Cet expérimentateur attribue les vertus antiseptiques de la lumière à la suractivité qu'elle imprime aux oxydations de la matière organique, oxydations plus aisées dans des protoplasmes plus jeunes. Roux, Katz, Oscar, ont étudié la question. Quel que soit le mode d'action de cet agent, il est certain qu'il joue un rôle important dans l'épuration du milieu qui nous entoure. Le soleil est non seulement un grand créateur, il est aussi un grand purificateur.

L'électricité ne paraît point intervenir directement, mais bien grâce aux perturbations chimiques qu'elle met en mouvement. A cet égard les recherches d'Apostoli et de Laquerrière ont peu ajouté à ce que nous savions déjà. Prochownich et Spaeth avaient trouvé, comme Cohn et Bessmer, Mendelsohn, Spilker, que le positif était beaucoup plus bactéricide que le pôle négatif, et que l'effet dépendait, donnée très facile à prévoir, de l'intensité et de la durée du passage. Ainsi un courant de 50 milliampères, passant pendant un quart d'heure, ne tue pas le staphylococcus pyogenes aureus, tandis que ce microbe succombe si, sans prolonger le temps, on a recours à 60 milliampères. Pour détruire les spores du charbon, il faut au moins 200 à 230 de ces éléments, et encore ce courant devra agir durant 1 à 2 heures. S'il ne persiste que 15 minutes, il n'est capable d'avoir action que sur le parasite adulte. Prochownich et Spaeth attribuent cet effet au chlore mis en liberté au pôle positif. On sait que ce corps se dégage dans certaines opérations de galvanothérapie. Les sondes de cuivre utilisées pour la galvanisation de l'utérus sortent recouvertes de chlorure de cuivre; peut-être est-ce aux propriétés antiseptiques de ce sel que l'on doit, à la suite de ces interventions, l'absence fréquente de germes dans les sécrétions du col. Quoi qu'il en soit, l'action spécifique de l'électricité reste à démontrer. Jusqu'à ce jour, on voit plutôt que cette électricité emprunte pour agir, soit des moyens chimiques, soit des moyens thermiques, les courants dégageant du calorique.

Le rôle de la chaleur, aussi bien que celui de l'oxygène, a été maintes fois établi. C'est la chaleur qui tous les jours est employée dans les laboratoires pour produire sur les microbes des degrés divers d'atténuation, plus ou

moins durables, suivant la méthode de Chauveau, et même la mort qui survient entre 100 et 130°. On peut en dire autant de l'oxygène, puisqu'on a recours à l'action de ce gaz pour les vaccins du charbon, du rouget, du choléra des poules. Le froid, quand il atteint des proportions considérables, diminue la virulence des germes, mais il est nécessaire d'avoir des températures bien inférieures à zéro. L'observation le prouve, car, à l'inverse d'une croyance assez répandue, l'hiver est loin d'être toujours un obstacle à la diffusion des épidémies; les grêlons d'ailleurs renferment parfois des micro-organismes. N'oublions jamais l'accroissement de résistance des spores, comparé à la résistance des bactéries en plein développement.

La pression a permis à Chauveau d'obtenir l'atténuation du virus charbonneux par la culture des spores à 9 atmosphères. Que de fois, à tort ou à raison, et plus souvent à tort qu'à raison, l'ozone n'a-t-il pas été incriminé? On l'a mis en cause dans la grippe, depuis Schœnlein, plus tard dans le choléra, etc. Wyssokowicz (Wiesbaden, 1890, *Centralblatt*) a vu ce gaz retarder la croissance des germes du charbon, de la septicémie des souris, du typhus, de l'hépatisation pulmonaire. Ce retard semble attribuable à ce que l'ozone diminue la valeur nourricière de certains milieux. Grâce à ce corps, il y aurait oxydation de quelques principes. De même aussi les pigments seraient altérés; de là une action apparente sur les bactéries chromogènes. L'ozone, comme l'électricité, comme l'acide carbonique, comme le vide, etc., est donc susceptible d'exercer une influence sur la vitalité des micro-organismes du monde extérieur, en particulier sur ceux de l'atmosphère.

Vis-à-vis de la sécheresse, les agents pathogènes se comportent de façons bien différentes. La plupart, comme la virgule du choléra, sont atténués; quelques-uns, le bacille de la diphthérie par exemple, résistent longtemps. Si l'on consulte les dosages des germes par prise d'air, on voit quel rôle jouent l'hygrométrie, l'âge, l'humidité, les vents, l'agitation de l'atmosphère. La pluie lave pour ainsi dire cette atmosphère; après elle, le chiffre des bactéries y diminue, pour aller s'accroître dans certaines nappes et collections souterraines; ce chiffre baisse en automne et en hiver, pour monter en été et au printemps.

Les mêmes conditions qui viennent d'entrer en jeu se retrouvent, lorsqu'il s'agit des liquides ou du sol. Dans l'eau, la teneur en gaz, en substances diverses, la température, le mouvement des molécules, etc., tous ces éléments sont capables, par leurs variations, de peser sur la vitalité des germes. Il n'en est pas autrement pour la terre, principalement pour les couches superficielles relativement pauvres en saprogènes et en acide carbonique, principalement aussi pour les virus telluriques, qui semblent avoir besoin d'accomplir, de temps à autre, dans ces couches, une des phases de leur évolution.

Partout, dans les milieux extérieurs, nous retrouvons des causes propres à exalter ou à abaisser la pullulation et le fonctionnement des bactéries. Ne faut-il pas chercher dans ces facteurs une part au moins de ce que peut être le génie épidémique? Car qu'est-ce donc que ce génie épidémique, si ce n'est une manière d'être, une modalité de la virulence relevant de ces milieux extérieurs? On voit par là que les anciens n'étaient pas si loin de la vérité, ou plutôt d'une partie de la vérité, quand ils rattachaient ce génie épidémique aux conditions cosmiques, climatériques, météorologiques, sur lesquelles insistait Assmann au congrès de Berlin. Le sol, l'air, l'eau, sont d'immenses bouillons de culture, et, comme dans un simple tube ou ballon, l'évolution y subit les influences thermiques, organiques, etc.

Nous laissons de côté l'âge, le temps, les antiseptiques et nombre d'autres données physiques, dynamiques ou chimiques, pour dire quelques mots du second facteur.

Au sujet du terrain, les circonstances capables de jouer un rôle dans le pronostic sont nombreuses. Ainsi la gravité et la bénignité sont placées pour une bonne part sous la dépendance de la nature de la porte d'entrée. D'une manière générale, la voie digestive, quand elle est en parfait état physiologique, est une voie par laquelle l'infection a de la peine à pénétrer. A partir des amygdales, la phagocytose exerce une garde active, les recherches de Ruffer l'ont montré. Si rien ne vient troubler cette phagocytose, s'il ne se produit ni traumatisme, ni ulcération, ni gangrène; si, en outre, l'organisme ne subit aucune des causes banales dont nous avons parlé et dont nous parlerons encore, telles que le froid, la faim, etc., ce moyen de défense peut à la rigueur suffire. Et puis, en dehors de cette garde cellulaire, il y a les protections chimiques.

Les sucs digestifs, le suc gastrique en particulier, sont également de puissants auxiliaires. Que de difficultés la bactéridie n'a-t-elle pas à franchir l'estomac pour aller se greffer dans l'intestin; le charbon intestinal existe, qui pourrait en disconvenir, mais il est inouï. Et le bacille de Koch, voyez sa rareté dans ce même estomac, voyez inversement sa fréquence relative dans l'iléon. L'expérimentation révèle des difficultés analogues; le bacille pyocyanique est à peu près sans danger, si on l'introduit par la bouche. Il ne réalise même pas une affection atténuée capable de vacciner.

On voit au contraire, dans d'autres circonstances, la porte d'entrée, suivant qu'elle est vasculaire ou cutanée, faire qu'un virus sera préservatif ou mortel. C'est l'histoire du charbon symptomatique, de la gangrène gazeuse. Peut-être aussi est-ce l'histoire de certaines résistances, de certaines immunités que l'on constate chez des individus, chez des animaux passant leur vie dans des milieux d'hôpital ou de laboratoire. Pour une très faible part, les substances vaccinantes, ou du moins quelques substances vaccinantes, sont peut-être volatiles, à l'inverse de celles que l'alcool précipite; dès lors, à notre insu, les voies respiratoires peuvent les absorber par doses infimes et répétées. La pathologie humaine nous offre des exemples typiques de ce rôle de la porte d'entrée. La variole congénitale est plus grave que la variole acquise; la première pénètre, au travers du placenta, dans le sang du fœtus; la seconde est obligée, avant d'infecter l'économie, de franchir le plus ordinairement l'arbre aérien. Et la syphilis héréditaire, que de distance entre elle et celle que contracte un adulte! Le chancre ne se voit pas; mais en revanche, accidents secondaires, accidents tertiaires, accidents cutanés, accidents viscéraux, tous, sont confondus. Le virus, qui est entré librement par les vaisseaux, a eu vite fait de tout contaminer; il n'a subi aucune étape dans les ganglions ou autres points préposés à la défense de l'organisme.

Citons encore un exemple expérimental; injectez, comme l'ont fait M. Chauveau et plus récemment M. Straus, le virus vaccin dans les veines d'un animal; il en résultera de la fièvre, des éruptions cutanées plus ou moins diffuses, et non les boutons localisés.

Des maladies de nutrition rendent singulièrement facile l'évolution d'un certain nombre de germes. A cet égard, il n'en est pas de plus connue, de mieux étudiée, que le diabète. *In vitro*, le sucre favorise l'évolution de bactéries déterminées. Dans l'organisme vivant, il affaiblit la vie cellulaire; Bujwid, Ferraro, l'ont établi. Aussi voyez, chez le glycosurique, la marche des anthrax, des phlegmons, des gangrènes, la gravité de la pneumonie, la rapidité de la tuberculose. L'infection n'agit pas autrement. Un enfant termine une rougeole, il prend une

scarlatine et succombe, ou bien guérit et meurt d'une diphthérie.

Les lésions antérieures d'un organe, d'un système, d'un vaisseau, d'un nerf, conduisent aux mêmes résultats. Une puerpérale contractera plus fréquemment une endocardite ulcéreuse, si déjà le rhumatisme a touché ses valvules. Un staphylocoque provoquera aisément la suppuration d'un membre énervé, anémié, œdématié; le streptocoque de l'érysipèle, en pareille circonstance, se greffera avec facilité. Et l'hérédité, l'hérédité tuberculeuse particulièrement, combien ne pèse-t-elle pas sur l'avenir des bronchites, des congestions pulmonaires, des pleurésies! On pourrait en dire autant des chocs, des émotions, des variations thermiques, de l'inanition, des intoxications, etc. De même pour le surmenage. Des rats soumis à une grande fatigue prennent un charbon symptomatique qui d'emblée se généralise.

Citer à l'infini des exemples pris dans les différents groupes morbides ne serait pas chose difficile, d'autant que les procédés favorables à l'infection, aggravant cette lésion, sont le plus souvent fort analogues, qu'il s'agisse de désordres nutritifs, de désordres microbiens, de désordres nerveux, traumatiques, physiques, etc. En somme, on revient toujours à ces conditions primordiales qui résument les autres : large ouverture des barrières protectrices, modification des plasmas ou des vitalités cellulaires.

A. Charrin.

Sur les toxalbumines extraites du bacille diphthéritique, par Wassermann Proskauer (1).

Wassermann et Proskauer, après avoir rappelé que Roux et Yersin ont constaté dans les cultures du bacille diphthéritique la présence d'un poison spécial (*Annales de l'Institut Pasteur*, 1888) qu'ils considéraient comme devant être, à cause de sa manière de se comporter sur les animaux, comme un enzyme ou une diastase, et les recherches de Brieger et C. Frænkel sur les poisons sécrétés par les bactéries pathogènes, exposent leurs propres recherches.

Ils ont expérimenté avec des cultures âgées d'environ trois semaines, faites dans du bouillon ordinaire et rendu seulement légèrement alcalin ou presque neutre, cela étant une condition indispensable pour qu'il s'accumule beaucoup de poison dans le bouillon. Un bouillon de culture préparé de cette façon tue un lapin à la dose de 3 milligrammes. Dans le bouillon additionné de glycérine, le poison s'accumule beaucoup moins, quoique le bacille s'y développe très bien. Ainsi, disent-ils, 6 centimètres cubes de liquide filtré sont sans effet sur un lapin, tandis qu'un peu de bactéries le tue avec rapidité.

La virulence de leur bouillon était constatée de la façon suivante : on inoculait 0,1 centimètre cube de la culture à un cobaye ; cette dose était suffisante pour le tuer en vingt-quatre à trente-six heures, puis on la filtrait à travers le filtre de Kitasato. On constatait l'absence de tous les germes en faisant un ensemencement du liquide filtré sur de la gélose glycérinée et en mettant le liquide filtré dans l'étuve.

Lorsque ces deux essais avaient montré que le liquide de culture était bien stérile, on le concentrait au tiers de son poids à une température de 27-30° environ, puis on lui ajoutait huit à dix fois son volume d'alcool absolu additionné d'un peu d'acide acétique et on séparait par filtration le précipité qui s'était formé au bout de vingt-quatre heures. Le précipité était repris par l'eau et porté dans le dialyseur pendant trois fois vingt-quatre heures. Après, la dialyse était précipitée par l'alcool et le précipité séché dans le vide à 37°.

Par des recherches ultérieures ils constatèrent que si on laisse le précipité qu'on obtient par l'alcool un ou deux jours dans un verre à essai; ce précipité diminue, et que si on reçoit le liquide dans de l'alcool absolu il se forme un nouveau précipité qui diffère très nettement du premier. Cette constatation leur fit voir qu'il y avait donc dans le bouillon de culture deux corps et que ces deux corps différaient l'un de l'autre par leur solubilité dans l'eau alcoolisée. Ils constatèrent, de plus, que ces deux corps dialysaient très lentement, qu'ils donnaient la réaction ordinaire de l'albumine et que l'un seulement avait des propriétés toxiques.

Ces conditions étant connues, ils se sont arrêtés au *modus operandi* suivant :

Ils concentraient par le vide, jusqu'à ce qu'il n'eût qu'un dixième de son volume primitif, une grande quantité de liquide de culture ; la température ne dépassait pas pendant l'opération 30°. Ils plaçaient ensuite le liquide pendant trois fois vingt-quatre heures dans le dialyseur, de cette façon la globuline et la peptone étaient éliminées. La globuline n'a aucun effet sur l'animal,

Le liquide qui était dans le dialyseur était ensuite filtré jusqu'à ce qu'il devînt clair et employé alors pour les opérations futures.

On lui ajoutait alors dix fois son volume d'alcool à 60-70°, additionné de quelques gouttes d'acide acétique. On laissait le précipité se rassembler pendant vingt-quatre heures, puis on le séparait par filtration et on recevait le liquide dans de l'alcool absolu, où il se formait un nouveau précipité.

Les deux précipités étaient redissous dans un peu d'eau, puis traités de même par l'alcool.

Comme ces substances contenaient encore un peu de peptone, on les faisait dissoudre dans un peu d'eau et on leur ajoutait le double de leur volume d'une solution de sulfate d'ammonium. Le tout était porté alors dans le dialyseur dans un courant d'eau jusqu'à ce que tout le sulfate d'ammonium eût disparu. La solution était alors précipitée par l'alcool absolu, le précipité lavé avec de l'alcool jusqu'à ce que la solution aqueuse fût entièrement claire. On détachait le précipité du filtre et on le séchait dans le vide à 37°.

Le corps qui était précipité par l'acool faible se présentait sous la forme d'une poudre fine blanche; celui qui n'était précipité que par l'alcool absolu se présentait comme de gros grains jaunes ou bruns.

Ces deux corps se dissolvaient facilement dans l'eau et tous les deux donnaient les réactions typiques de l'albumine.

Seul le corps blanc présente des propriétés toxiques pour les animaux. Dans les cultures qui sont peu virulentes on trouve surtout le corps jaunâtre ou brunâtre.

Lorsqu'on injecte environ 10 milligrammes du premier corps à des lapins, ceux-ci meurent dans l'espace de trois à quatre jours; la dose de 2 milligrammes les tue en deux semaines; à l'autopsie on trouve une forte dégénérescence graisseuse du foie, une forte hypertrophie des capsules surrénales, souvent de la néphrite ou une forte congestion séreuse avec exsudat dans la cavité pleurale, rarement de l'ascite. Au point de l'injection on rencontre souvent de l'œdème.

Si la culture de laquelle a été extraite la substance est peu âgée, on remarque, disent-ils, que la substance est moins active.

La dose minima pour tuer un animal avec une substance extraite d'une culture de deux mois paraît être,

(1) Ueber die von den Diphtheriebacillen erzeugten Toxalbumine *Deutsche medicinische Wochenschrift*, 23 avril 1891, n° 17, p. 585.)

d'après leurs recherches, de 3 milligrammes par kilogramme de poids de l'animal.

Wassermann et Proskauer se sont alors demandé si le poison qu'ils avaient retiré de leur culture était bien le même que celui qui se trouvait dans le corps d'animaux morts de diphthérie. Pour cela, ils ont enlevé à un animal les poumons, la rate, le foie, les reins et le sang se trouvant dans les gros vaisseaux du thorax. Ces organes furent ensuite, aussi rapidement que possible, placés dans un vase stérilisé avec un mélange de glycérine étendu de 4 parties d'eau pour 6 de glycérine et contenant 0,60 0[0 de sel de cuisine : le mélange était laissé en contact pendant vingt-quatre heures.

Au bout de ce temps, on filtrait la glycérine et le produit filtré était précipité avec de l'alcool absolu. Ce précipité était repris par l'eau, avec laquelle on le laissait en contact pendant vingt-quatre heures. Le liquide, après filtration, était encore coloré faiblement en jaune; on le précipita de nouveau par l'alcool et on le fit redissoudre dans l'eau, jusqu'à ce que toute coloration eût disparu.

On mêla alors le liquide avec le double de son volume de solution de sulfate d'ammonium, on recueillit le précipité qui fut dissous dans aussi peu d'eau que possible et mis à dialyser dans un courant d'eau, jusqu'à ce que tout le sulfate d'ammonium eût disparu.

Le liquide restant sur le dialyseur fut mis ensuite à filtrer dans une bougie de Kitasato ; celui-ci, mêlé avec cinq fois son poids d'alcool, donna un précipité, on reçut le liquide filtré dans de l'alcool absolu, mais celui-ci resta clair.

Il n'y a donc pas ici deux produits comme dans les bouillons de culture.

Lorsque le précipité fut séché à 37° dans le vide, on obtint une fine poudre amorphe en très faible quantité.

Ils inoculèrent à un lapin adulte 1 1[2 à 2 milligrammes de cette substance. Elle ne produisit aucun effet appréciable.

Cependant Wassermann et Proskauer purent reconnaître la nature albumineuse du produit avec la plus grande sûreté : il se dissolvait facilement dans l'eau, il était précipité de sa solution par l'acide acétique, l'alcool, le ferrocyanure de potassium ; les réactifs des alcaloïdes ne donnaient pas de réaction.

Malgré le peu de succès de leurs expériences, pour extraire du corps d'un animal atteint de diphthérie le même produit que celui qu'ils avaient eu avec les bouillons de culture, ces auteurs n'en concluent pas moins que le corps qu'ils ont isolé du corps de l'animal diphthéritique et celui qu'ils ont retiré du bouillon de culture est le même.

Pour le prouver, ils se lancent dans une série de discussions et d'hypothèses. Ils apportent à l'appui de leur opinion le fait que la toxalbumine qu'ils ont isolée est moins active si la culture est très jeune que si elle est vieille.

CORRESPONDANCE

A Monsieur le Dr S. Pozzi, professeur agrégé, chirurgien de l'hôpital Lourcine-Pascal.

Cher ami,

Je viens de lire votre article sur ou mieux *contre le traitement des lésions inflammatoires des annexes par l'hystérectomie* (1) et, je le vois bien, vous restez, hélas! mon adversaire unique et résolu! Me faudrait-il donc renoncer à l'espoir jusqu'ici caressé de vous rendre moins hostile à ma cause? J'aurais tout lieu de le craindre, puisque en dépit de vos deux succès opératoires personnels et malgré votre étude maintenant complète du sujet, vos préventions demeurent aussi vives qu'à la première heure. Et cependant, laissez-moi vous le dire, je ne désespère pas encore! Non point que j'escompte ici l'influence de notre vieille amitié, elle n'a rien à voir en cette affaire, mais les doctrines chirurgicales qui nous guident sont tellement semblables, qu'il me paraît impossible de voir nos divergences se perpétuer, comme à cette heure, radicales et complètes.

J'imagine que vos nombreux succès de laparotomiste sont la cause principale de votre attitude. Vous réussissez trop bien pour admettre qu'on puisse faire mieux, vous vous croyez en droit d'oublier que nombre de nos collègues « *et non des moins compétents* » ne partagent pas votre optimisme et, forcément, vous devenez pour nous incrédule ou même quelque peu injuste. Si telle est ma pensée, je ne puis, vous le comprendrez, renoncer à l'ambition de vous convertir. En tout cas, j'attache une trop grande valeur à vos opinions pour ne pas considérer comme un devoir de toujours discuter vos arguments avec un soin particulier et c'est bien ce que je compte faire avec tous les détails voulus, lorsque mes documents seront plus nombreux.

Pour l'instant, je voudrais simplement relever quelques-unes de vos objections les plus générales et, surtout, vous dire à mon tour que, dans votre travail si précis au point de vue chirurgical, il y a cependant plusieurs « *figures de rhétorique* » (l'expression est de vous) contre lesquelles j'ai le désir bien légitime de mettre en garde ceux qui doivent juger entre nous. Je ne parle pas seulement ici de vos réflexions sur le « *silence des sceptiques ou des timides* » que j'aurais pris « *pour une sorte d'acquiescement* », de votre échappée sur l'*empirisme* qui, « *quelque grossier qu'il puisse paraître, nous a souvent amené à de véritables découvertes* », ou bien encore de vos soupçons sur « l'*origine un peu fortuite de la méthode* ». Ce que je vise particulièrement, ce sont les manifestations de votre effroi lorsque vous songez aux *dangers* que peut avoir *la généralisation du procédé opératoire*.

Si vous voulez bien relire les bulletins de la Société de chirurgie, vous verrez que je n'ai pas plus mis à contribution *le mutisme des sceptiques* que *le silence des timides*, vous reconnaîtrez que le large drainage d'une suppuration pelvienne n'a rien à voir avec « *un empirisme grossier* », vous me concéderez enfin qu'il est singulièrement exagéré de dire que nous avons « *par accident* » préconisé le même traitement dans les affections suppurées ou non suppurées des annexes. Quant à vos alarmes sur « *la gravité de la méthode* », elles sont, à la vérité, fort louables et très éloquentes, mais elles me semblent vraiment excessives.

« *L'hystérectomie*, dites-vous, *est une opération de certitude qui suppose l'infaillibilité du diagnostic... Ici, point d'incision exploratrice; le premier coup de bistouri entraîne la perte fatale de la fécondité.* » — D'accord. Mais, pourquoi vous écrier plus loin : « *Le vagin est un gouffre (!) où s'enseveliront, sans vérification et sans enseignement possibles, les plus impardonnables erreurs. Puisse la vulgarisation de cette méthode, qui bénéficie déjà de l'engouement inhérent à toutes les nouveautés, ne pas multiplier les interventions graves et les mutilations irréparables faites par des opérateurs trop enhardis sur des femmes trop rassurées*»!!! Aurions-nous donc mérité si verte sévérité? Ne vous semble-t-il pas que l'amour de la forme comme celui de la conservation de l'espèce vous ait entraîné plus loin que votre pensée?

Certes, comme vous l'a dit notre ami Reclus (1), nous savons ce que « *des personnalités peu instruites ou insuffisamment scrupuleuses* » peuvent faire des meilleures opérations. Il est aussi bien certain que nos diagnostics les plus travaillés ne sauraient prétendre à l'infaillibilité, et, de même que les laparotomistes ont plus d'une fois supprimé des annexes qui ne demandaient qu'à vivre, de même les hystérectomistes sont exposés à pareil mécompte. Mais, quels que soient ces erreurs ou ces abus, je ne vois pas que l'avenir de l'hystérectomie puisse en souffrir davantage que celui de la laparotomie. Ici comme toujours, il faut agir suivant la conscience du clinicien et franchement, si l'hystérectomie est ré-

(1) *Gazette hebdomadaire*, n° du 18 avril 1891.

(1) *Gazette hebdomadaire*, n° du 25 avril 1891.

servée aux seuls cas dans lesquels la bilatéralité des lésions ovaro-salpingiennes semble aussi nettement avérée que leur incurabilité médicale, je ne crois pas que l'intervention vaginale mérite jamais le reproche d'être plus compromettante que la laparotomie pour les fonctions de reproduction. Ne m'accusez donc plus, cher ami, d'avoir creusé le moindre gouffre; souvenez-vous que la laparotomie a tout comme l'hystérectomie ses écueils, ses dangers, ses difficultés ou même ses impossibilités, et concédez-moi que pour un chirurgien comme vous, habile de ses mains et pénétré des devoirs de sa mission, *le vagin n'est pas plus un gouffre que la voie sus-pubienne n'est un abîme*.

Telles sont les seules réflexions que je voulais vous soumettre aujourd'hui. Quant à vos objections particulières et vraiment chirurgicales concernant les trois arguments tour à tour invoqués (l'absence de cicatrice, la gravité moindre, l'efficacité supérieure), j'espère que nous pourrons désormais localiser sur elles notre attention, sans plus nous égarer dans les généralités ou les figures de rhétorique, mais l'heure de reprendre cette discussion ne me paraît pas venue. Je ne vous ferai même pas observer que les calculs de pourcentage auxquels vous semblez accorder tant d'importance pour juger la question de gravité opératoire, n'ont plus raison d'être, puisque le chiffre de mes opérations s'est élevé de 23 à 39. En fait, je serais conduit à vous répéter ce que nos bulletins de la Société de chirurgie contiennent déjà, et, dans l'intérêt même de ma défense comme dans celui de votre attaque, il vaut mieux attendre les enseignements de l'expérience.

A cette heure, je n'ai, dites-vous, pour appuyer mes conclusions que « *quelques faits récents..... et un vain appel à l'avenir sans valeur pour le présent.* » Vous me semblez un peu dur pour une statistique de 23 cas, et peut-être vous seriez-vous étonné si pareil jugement avait accueilli vos 23 premières laparotomies. En tout cas, je ne vois pas très bien par quel artifice de logique ces quelques documents, dont vous paraissez faire si peu de cas lorsque je les invoque, vous suffisent cependant pour déclarer « *que l'hystérectomie est plus dangereuse et moins efficace que la laparotomie.* » A votre tour, vous me paraissez guidé bien moins par l'expérience que par le raisonnement. Or, comme, de votre propre aveu, celui-ci doit céder le pas devant celle-là, laissez-moi vous retourner votre argument. Bref, cherchons uniquement, comme vous le dites, que'le est l'opération la meilleure et remettez à plus tard votre arrêt définitif.

Bientôt, j'espère, ce que vous appelez mon « vain appel à l'avenir » sera remplacé par des opérations nombreuses et probantes. Vous verrez que nos résultats thérapeutiques sont bons et durables; vous constaterez qu'en nombre de circonstances, nous triomphons des lésions suppuratives les plus graves; vous reconnaîtrez même que nos opérées ont plus de sécurité et de satisfaction sans cicatrice qu'avec le plus séduisant des surjets, et lorsque vous saurez enfin que l'hystérectomie est souvent moins grave que la laparotomie, peut-être, suivant la métaphore de notre ami Richelot, consentirez-vous alors à boire un peu ou même beaucoup d'eau à ma fontaine. Je ne connais pas de triomphe dont je serais plus fier.

Croyez, cher ami, à mon affection dévouée.

Paul Segond.

TRAVAUX ORIGINAUX

De la périnéphrite tuberculeuse et des abcès froids périnéphrétiques, par M. Tuffier professeur agrégé, chirurgien des hôpitaux.

J'ai eu l'occasion d'observer dans ces temps derniers une série de malades atteints de tuberculose localisée à la capsule adipeuse du rein. Je voudrais à l'aide de ces documents établir: 1° les formes anatomiques de cette tuberculose périnéphrétique; 2° son étiologie; 3° son rôle principal ou secondaire dans l'infection bacillaire du rein.

Au point de vue anatomo-pathologique, ces faits me permettent de considérer *trois formes* de périnéphrite tuberculeuse. L'une, qui correspond à la lipomatose périrénale que Godard a étudiée dans les pyélonéphrites, simples. Elle est caractérisée par *l'hypertrophie* et la sclérose du tissu adipeux.

La seconde est la forme *fongueuse*, et la troisième représente *l'abcès froid* proprement dit.

I

Dans deux opérations portant sur des reins tuberculeux j'ai trouvé une périnéphrite hypertrophique. Cette forme était surtout remarquable chez une femme que mon ami le Dr Desnos m'avait adressée et à qui j'ai pratiqué une néphrectomie le 14 janvier, à l'hôpital Beaujon. Elle portait dans le flanc droit une tumeur du volume d'une tête de fœtus que je diagnostiquai pyonéphrose tuberculeuse. Je fis une incision lombaire et je rencontrai une capsule graisseuse ayant certainement trois fois son épaisseur normale; elle était très résistante. J'eus la plus grande peine à trouver au milieu de cette gangue fibro-graisseuse un rein de volume normal et farci d'abcès tuberculeux.

L'adhérence de la capsule propre du rein à la graisse périphérique était telle que je dus abandonner les tentatives de néphrectomie totale extra-capsulaire. Je fis avec la plus grande facilité la néphrectomie sous-capsulaire et ma malade guérit sans aucun drainage. Un fait curieux dans l'histoire de cette lésion prouve bien le volume de cette périnéphrite. Après l'extirpation du rein, la tumeur conserva son volume et cette femme présente actuellement du côté opéré une volumineuse tumeur présentant tous les caractères d'une tumeur du rein, y compris le ballottement rénal type, sans rein. Je ne trouvai pas trace de tuberculose dans l'atmosphère graisseuse.

A côté de cette périnéphrite fibro-graisseuse symptomatique d'un rein bacillaire, je placerai la tuberculose proprement dite de la capsule graisseuse. Elle revêt deux formes anatomo-pathologiques : la forme *fongueuse* et la forme *suppurée*.

J'ai rencontré la première dans un cas assez curieux. En novembre 1889, à l'hôpital Cochin, j'ai opéré une femme pour une pyélonéphrite tuberculeuse avec distension. L'atmosphère adipeuse était raréfiée. Je fis la néphrotomie avec large débridement intrarénal des cloisons. Je suturai la coque rénale à la peau. J'établis ainsi une fistule réno-cutanée. En décembre 1890, 13 mois après, la fistule purulente persistait, je tentai la néphrectomie secondaire. Mon collègue Schwartz voulut bien m'assister et l'opération se fit par morcellement dans les meilleures conditions, mais nous trouvâmes dans l'atmosphère périrénale une lésion curieuse.

Toute la région était envahie par des fongosités rappelant en tous points celles que nous rencontrons dans les tumeurs blanches. C'est à peine si on trouvait une cavité au milieu de ces végétations luxuriantes entourant le rein de toutes parts. En suivant pas à pas les lésions, je vis que le foyer tuberculeux intrarénal ouvert par mon incision s'était propagé comme une tumeur maligne en dehors du rein, entre deux des points de suture de la coque rénale, et avait ainsi envahi l'atmosphère adipeuse dans laquelle il avait trouvé un milieu favorable à son évolution et où il avait rapidement diffusé, en arrière et en bas. Il s'était même infiltré dans la gaine du psoas. La capsule propre du rein joue donc bien un rôle isolateur dans les lésions pathologiques intrarénales, comme j'ai cherché à l'établir dans mes études expérimentales sur la chirurgie du rein. Dès qu'elle a été rompue, elle permet la diffusion du processus infectieux. Pour éviter pareil accident, c'est donc cette membrane plus encore que le parenchyme rénal qu'il faut suturer à la peau.

La troisième forme de périnéphrite tuberculeuse est représentée par l'*abcès froid*. Elle est beaucoup plus fréquente que les deux autres; elle a été étudiée par tous les auteurs, depuis Morgagni et Rayer jusqu'à M. Le Dentu; Fischer surtout en a cité plusieurs observations intéressantes. J'ai eu l'occasion d'opérer trois de ces collections, et dans les trois cas la disposition du foyer était semblable.

Il était localisé en arrière du rein ou à l'une de ses extrémités, et s'étendait de la face inférieure du foie à la crête iliaque, repoussant devant lui la glande et le côlon. J'ai étudié ailleurs la disposition de la capsule graisseuse du rein qui explique peut-être cette localisation. (Tuffier, Etude sur la capsule graisseuse du rein. *Rev. de Chir.*, 1890.)

II

Le point intéressant dans l'histoire de ces abcès a trait à leur point de départ.

Ils peuvent être *primitifs* ou *secondaires*.

Il est exceptionnel qu'ils soient *primitifs* et d'ailleurs c'est là une loi générale de la tuberculose du tissu cellulaire. Toutes les recherches modernes tendent à localiser l'origine des abcès froids dans les os ou les parenchymes.

Pour ce qui est de l'atmosphère périrénale, je ne connais qu'une observation de Dickinson ayant trait à un abcès froid, périnéphrétique sans lésion osseuse ni altération viscérale. J'ai vu, pour ma part, à l'hôpital Cochin une collection de cette nature occupant la fosse lombaire. Son ouverture large ne nous fit trouver aucune trace d'altération des vertèbres ou du rein. Le malade a guéri et rien dans son histoire pathologique, rien dans les suites opératoires ne nous a permis de trouver le point de départ de ses lésions. Les preuves cliniques seraient donc en faveur d'un abcès froid *primitif*. Mais, pour établir une entité pathologique aussi rare, il faut des preuves irréfutables, des dissections minutieuses, et je ne donne cette observation qu'à titre documentaire et sans me faire illusion sur sa valeur démonstrative.

Ces abcès froids sont donc en général *secondaires* et leur point de départ est alors une tuberculose du *rein*, des *vertèbres* ou de l'appareil *pleuro-pulmonaire*. Ces trois facteurs pathologiques sont bien connus, leur évolution seule est intéressante.

Le rein présente plusieurs formes de tuberculose; nous pouvons laisser de côté la néphrite tuberculeuse miliaire qui ne frappe pas le tissu périrénal, pour n'envisager que deux variétés anatomiques : l'infection bacillaire simple; le rein caséeux; le *scrofulous Kidney*, et l'infection mixte, la *pyélonéphrite* ou *la pyonéphrose* de même nature. Ces deux variétés ne réagissent pas également sur l'atmosphère ambiante. La pyélonéphrite détermine en général une sclérose du tissu graisseux périrénal, sclérose qui limite et entrave la propagation du processus infectieux.

Le *rein infiltré de tuberculose* avec ou sans ramollissement provoque plus souvent l'abcès froid. Le mode de propagation de l'agent virulent est alors fort curieux: dans certains cas la capsule propre du rein paraît indemne; j'en ai vu un exemple fort curieux en 1889 à l'hôpital Necker dans le service de M. Guyon que je suppléais. (Obs. in *Gaz. hedb.*, 1890. Incisions chir. du rein.) Un malade présente un abcès froid périnéphrétique et des symptômes de néphrite tuberculeuse. Je fends largement la région lombaire, j'évacue un énorme abcès et je trouve au fond le rein, blanc, très volumineux. J'attire l'organe dans la plaie, je l'examine soigneusement et je ne trouve nulle part aucune trace d'une fissure qui trahisse la marche de l'infection, la porte de sortie du tubercule rénal. Bien plus, je fends cet énorme rein sur la ligne médiane pour cureter ses foyers caséeux, je trouve trois énormes noyaux à peine ramollis et je suis obligé de refermer le parenchyme en le réunissant par première intention. Tout marcha à souhait. Je ne veux retenir de ce fait que l'absence de solution de continuité de la capsule propre du rein. Cependant l'infection avait passé de la glande dans le tissu périphérique.

Il faut bien admettre dans ce cas soit une filtration bacillaire à travers la capsule propre, soit une lymphangite tuberculeuse partie du bassinet. Ce sont, du reste, les deux voies de propagation admises par tous les auteurs pour les abcès périnéphrétiques consécutifs à des pyélonéphrites infectieuses et dont M. Albaran a démontré l'exactitude.

Cette question des lymphatiques de la graisse périrénale est encore bien obscure ; nous avons étudié, mon distingué collègue le Dr Lejars et moi, les veines de la région; pareille étude sur l'appareil lymphatique jetterait peut-être une lumière sur ces faits.

Je n'insiste pas sur les abcès périnéphrétiques qui sont en continuité avec une tuberculose rénale. C'est une affaire de simple propagation.

Les abcès froids symptomatiques d'une lésion osseuse sont plus fréquents. Développés au-dessous d'une carie des vertèbres lombaires, ils remplissent la loge rénale et leur histoire est intéressante à deux points de vue : le *diagnostic* et l'*anatomie pathologique*.

Quand ils s'accompagnent de tous les signes du mal de Pott, ils n'ont pas d'intérêt clinique, mais quand ils sont consécutifs à une érosion vertébrale superficielle, le diagnostic devient très difficile. La difficulté devient extrême, quand la collection s'accompagne de déviations du rachis, car il peut s'agir d'une déviation réflexe d'origine rénale. Déjà mon maître M. Verneuil avait autrefois attiré mon attention sur ces scolioses. Besson en a cité un fait bien intéressant. Un malade atteint d'un abcès froid périrénal présente en même temps une cyphose. On posa le diagnostic : mal de Pott. L'histoire de la malade démontra ultérieurement qu'il s'agissait d'une tuberculose rénale ayant provoqué, par suite de lésions nerveuses périphériques, une attitude vicieuse du rachis.

L'erreur paraît inévitable chez ces malades, car les douleurs et les déviations sont dues à une névrite des branches qui émergent derrière le rein, qu'elles soient comprimées à leur origine par une pachyméningite tuberculeuse ou qu'elles soient infiltrées sur leur trajet par le processus tuberculeux, le résultat est le même, et les symptômes fonctionnels sont identiques.

J'ai opéré un cas de ce genre.

Il s'agissait d'un malade entré à l'hôpital Necker dans le service de M. Guyon pour une tumeur du flanc droit. Je posai le diagnostic abcès froid périrénal, mais le point de départ de la tuberculose m'échappa. La palpation méthodique de la colonne vertébrale, la recherche des points douloureux, l'exploration du rein et de ses annexes, restèrent négatifs. Je pratiquai une incision lombaire qui me conduisit sur un vaste foyer rétrorénal J'introduisis la main dans la cavité de l'abcès et je pus sentir une dénudation de la 2e vertèbre lombaire. Un long davier me permit de retirer un séquestre représentant la moitié du corps de la vertèbre. La face postérieure du rein baignait dans le pus. Malgré cela, la glande était indemne, autant que le volume et la coloration de l'organe m'ont permis de le croire. Ces faits ne sont pas rares ; M. Lannelongue en rapporte plusieurs exemples, dans son Traité de la tuberculose vertébrale.

III

En dehors de l'intérêt qu'ils présentent au point de

vue du diagnostic, ces collections méritent encore de nous arrêter au point de vue de leur propagation au rein. Ce dernier résiste longtemps au processus infectieux, sa capsule fibreuse propre le défend contre cette invasion.

La périnéphrite tuberculeuse consécutive à une tuberculose vertébrale *peut cependant envahir le rein*, elle l'attaque par *deux voies différentes*. L'une bien connue, dont les faits de Ogle, Nieder, Fischer sont des exemples. Le processus infectieux finit par éroder la capsule fibreuse propre et par envahir la glande. L'observation de Collengworth est curieuse à cet égard. La tuberculose lombaire détermina un abcès froid périrénal qui envahit le rein, le détruisit en partie et déposa dans son parenchyme un séquestre vertébral qui s'enroba de phosphates et donna lieu à un gros calcul secondaire du rein.

La seconde voie n'a pas été indiquée encore; c'est la *voie urétérale*. J'en ai observé un exemple bien net et la tuberculose du rein présentait dans ce cas des lésions sur lesquelles je reviendrai plus tard dans un prochain mémoire sur la tuberculose massive du rein.

Voici quelle est la marche du processus dans ces cas : l'abcès froid passe derrière le rein qu'il laisse intact, puis il gagne la région celluleuse périurétérale qu'il suit. Le canal lui-même, mal protégé par son enveloppe cellulo-fibreuse, se laisse infiltrer par la néoplasie. De là une urétérite tuberculeuse. Le processus infectieux au lieu de descendre le long de l'uretère suit alors une marche rétrograde, remonte vers le bassinet et le rein. Dans une autopsie faite à l'hôpital Cochin par mon interne M. Baillet, nous avons pu suivre toute l'évolution de ce processus d'envahissement. Un malade présentait une carie des vertèbres lombaires avec abcès froid ouvert au pli de l'aine. A l'autopsie nous avons trouvé une collection tuberculeuse suspendue à une vertèbre lombaire cariée, cette collection descendant sous le tissu périrénal, derrière le rein intact. En un point elle avait envahi le trajet celluleux péri-urétéral et, suivant de là le tissu sous-péritonéal, était arrivé jusqu'à l'arcade de Fallope. Au point où la néoplasie tuberculeuse touchait l'uretère, ce conduit était envahi, étranglé et oblitéré par le tissu pathologique. Au-dessous de ce point l'appareil urétéro-vésical était sain, mais au-dessus de la sténose le bassinet et le rein étaient infiltrés par une tuberculose massive, indépendante de l'abcès froid, et sans aucune lésion périphérique.

Il est évident que dans ce cas le mal de Pott s'était compliqué d'une néphrite tuberculeuse avec cette particularité curieuse, que le trait d'union de la colonne vertébrale au rein était formé par l'abcès froid qui avait infiltré l'uretère, et c'est par cette voie détournée que le rein avait été envahi. *La forme massive* de la tuberculose rénale en est une preuve, ainsi que je l'établirai.

Il serait intéressant de savoir si la tuberculose rénale peut, par la même voie et avec un courant rétrograde, envahir la colonne lombaire; je n'en connais pas d'exemple.

Reste un dernier point de départ de la périnéphrite tuberculeuse, c'est l'infection bacillaire du poumon ou de la plèvre. La propagation des lésions tuberculeuses du cul-de-sac pleural au tissu graisseux périrénal s'explique facilement. Les nombreux cas d'ouverture de la plèvre pendant une opération sur le rein par la voie lombaire démontraient déjà les rapports des deux organes. Nous-même après beaucoup d'autres nous avons précisé ces rapports et montré qu'en un point hiatus costo-lombaire les fibres du diaphragme manquent fréquemment, la séreuse pleurale baigne alors dans la graisse périnéphrétique, c'est à travers cet espace que se fait la propagation tuberculeuse. Les faits de Leplat, Lancereaux, Desruelles le prouvent, mais je ne connais pas d'observations témoignant de lésions rénales consécutives à de telles propagations.

Il résulte de tous ces faits que la périnéphrite tuberculeuse peut revêtir trois formes anatomiques différentes que nous désignerons sous les noms de périnéphrite *fibro-graisseuse*, périnéphrite *fongueuse*, *abcès froid*.

Cette localisation de la tuberculose peut être exceptionnellement *primitive*; elle est en général *secondaire* : 1° à une lésion rénale avec ou *sans perforation* de la capsule propre du rein; 2° à une carie des vertèbres lombaires. Son diagnostic présente des difficultés particulières. Elle peut alors envahir le rein à *travers sa capsule* ou par l'*intermédiaire de l'uretère;* 3° rarement à une *lésion pleuro-pulmonaire*.

Ostéite épiphysaire non suppurante et hyperostose du fémur. (Observation recueillie par le Dr DUBRULLE, médecin-major de 2e classe.)

Le soldat C..., âgé de 22 ans 1/2 (constitution moyenne, tempérament lymphatique; pas de syphilis ni de blennorrhagie), entre à l'hôpital de D... le 9 janvier 188.., sous la rubrique : « *Arthrite rhumatismale du genou gauche.* » Celle-ci est caractérisée par de l'empâtement périarticulaire et de vives douleurs s'irradiant jusque dans la hanche. Le repos, le traitement amènent une sédation complète et le malade, *guéri en apparence*, sort le 10 mars avec une permission de quinze jours.

Toutefois, il conserve une faiblesse anormale du membre; et, en arrivant dans ses foyers, il fait une chute sur le genou qui réveille les accidents inflammatoires. Il ne peut regagner son corps à la date fixée et l'autorité militaire nous délègue pour le visiter (28 mars).

Nous observons un gonflement énorme occupant l'articulation, qui est pleine de liquide, et toute la moitié inférieure de la cuisse. La douleur est médiocre et la température locale peu élevée, le pouls faiblement accéléré (80). Mais le médecin de la famille, appelé au début, nous dit avoir noté des symptômes généraux d'une haute intensité (fièvre ardente avec 130 pulsations, subdelirium, peau sèche, etc.). Nous décidons d'un commun accord qu'il y aurait imprudence à déplacer immédiatement le malade, et c'est quinze jours plus tard (12 avril) qu'il est transporté à l'hôpital de X.., où nous lui donnons nos soins.

A cette époque, l'état aigu s'est apaisé. Apyrexie; souffrance et chaleur à la main presque nulles; l'œdème et l'hydropisie de la séreuse articulaire ont disparu. On fait en revanche les constatations suivantes :

1° Le volume des parties molles est notablement amoindri dans le tiers inférieur de la cuisse;

2° Le fémur est, dans le même segment, le siège d'une tuméfaction considérable et qui sera déterminée ci-après;

3° Par suite, le genou est plus gros que du côté opposé, bien que la rotule et les tubérosités du tibia semblent normales et qu'on ne trouve ni épaississement, ni épanchement synovial;

4° Les mouvements, non douloureux, sont gênés dans leur amplitude par l'accroissement des condyles fémoraux;

5° La jambe est un peu fléchie sur la cuisse, moins par la contraction des muscles postérieurs que par un phénomène mécanique dû à l'élongation du fémur.

Nous sommes, en effet, témoin d'un travail d'hypertrophie osseuse qui s'accomplit dans tous les sens et qui, repoussant légèrement le tibia en arrière, tend à faire prédominer cette influence des fléchisseurs.

Longueur	fémur gauche	fémur droit
De l'épine iliaque antéro-supérieure à la base de la rotule...	0.48	0.46
Circonférence		
à 0m15 au-dessus de la rotule.	0.34	0.37
à 0m10 — —	0.33	0.32
au niv. des condyles du fémur.	0.36	0.34
— tubérosités du tibia	0.31	0.31

La mensuration transversale des condyles faite au moyen du compas d'épaisseur donne 0m,008 de plus que du côté sain.

(Ces mesures ont été prises le 15 avril, et il faut, dans leur appréciation, tenir compte de l'amaigrissement des parties molles dont on se fera une idée en comparant les circonférences des deux cuisses à 0m,15 au-dessus de la rotule.)

On voit par là que l'hypertrophie s'est localisée dans l'épiphyse. Elle paraît, du reste, en voie d'organisation régulière et notre rôle se borne à surveiller l'articulation du genou, tout en remédiant aux troubles trophiques du voisinage.

Nous prescrivons le vin de quinquina et l'iodure de fer, auquel, est associé ensuite l'iodure de potassium. Localement, nous employons les applications de teinture d'iode et le bandage ouaté. Quelques mouvements sont imprimés de temps à autre afin d'éviter la raideur articulaire. Puis, nous soumettons le membre à l'électrisation faradique.

Ce traitement est suivi pendant deux mois et produit une certaine amélioration.

L'état général devient satisfaisant. Le malade, anémique et fort émacié lors de son entrée, reprend des couleurs et un embonpoint relatif.

La tumeur épiphysaire, qui correspond au quart inférieur de l'os, se dessine sur les côtés et au-dessus de la rotule, formant une saillie manifeste à la partie antérieure du genou. Elle a diminué, mais dans une proportion assez faible et difficile à calculer, tant à cause de l'amyotrophie que du léger engraissement de la cuisse opposée. On peut vérifier cependant que la longueur (0m,48) et la circonférence au niveau des condyles (0m,36) n'ont aucunement varié, ce qui porte à croire qu'elles sont définitives.

L'atrophie musculaire ne s'est guère modifiée, par suite de l'inégale répartition des matériaux nutritifs entre l'os, qui en consomme davantage, et les parties voisines qui en reçoivent moins.

Même aspect du genou qui reste indolore et borné dans son fonctionnement, la flexion ne s'opérant qu'à demi, l'extension ne s'effectuant pas jusqu'au bout. C'est une ankylose angulaire très incomplète et de cause *mécanique;* car il n'existe point d'adhérences articulaires, ainsi que l'établissent la parfaite mobilité de la rotule et la facilité des mouvements dans leurs limites actuelles.

Comme il n'y a plus à redouter de complication immédiate et que la thérapeutique semble avoir dit son dernier mot, nous proposons le nommé C... pour la réforme à la date du 9 juin et nous le perdons de vue.

Il ressort de l'exposé ci-dessus que l'hyperostose fémorale a succédé à une ostéite épiphysaire non suppurante, dont l'existence, obscure et mal caractérisée dans le principe, a été mise en lumière par l'intervention ultérieure d'un traumatisme. Il est bien probable, en effet, que les symptômes *rhumatoïdes* notés à l'origine, le gonflement, la douleur se propageant à la hanche, la faiblesse du membre, etc., préludaient à l'établissement de cette ostéite.

Or, l'observation nous paraît curieuse à plus d'un titre. Il s'agit d'une affection spéciale à l'âge de la croissance, qui prend rarement une allure aussi bénigne et qu'il est habituel de voir aboutir à la suppuration avec élimination d'esquilles. Nous sommes autorisé à en conclure que la soudure de l'épiphyse inférieure du fémur n'était pas accomplie chez un sujet de 22 ans 1/2, c'est-à-dire un peu au-delà du temps qui lui est assigné par la physiologie (20 à 22 ans). Le phénomène de l'élongation prouve que la phlegmasie a intéressé la ligne épiphysaire et trouvé dans l'extrémité osseuse un terrain particulièrement favorable en raison de la nutrition plus active qui se lie à l'achèvement de l'ossification. La terminaison par hyperostose contribue elle-même à dénoncer cette exagération du mouvement nutritif.

Quant à l'évolution de la maladie, le caractère subaigu qu'elle a présenté au début est peu ordinaire, bien qu'il ait été constaté et signalé par les auteurs (Gosselin). Si, d'autre part, les accidents plus graves survenus après la chute se sont amendés d'une façon relativement heureuse, c'est que la suppuration ne tend point à se produire dans les retours inflammatoires d'une ostéite où elle a manqué tout d'abord.

Notre cas n'est donc pas douteux et montre que la pathologie militaire peut avoir à compter encore avec certaines affections chirurgicales de l'adolescence. Il fournirait, au besoin, un nouvel argument en faveur de cette loi judicieuse qui permet aux conseils de révision d'ajourner les jeunes gens quand ils ne réunissent pas toutes les conditions d'aptitude physique nécessaires pour le service de l'armée.

REVUE DES JOURNAUX

GYNÉCOLOGIE.

Grossesse extra-utérine avec perforation de l'intestin (Laparotomie bei alter Extrauteriugchwanzerschaft mit Darmperforation; Heilung) par Flothmann (*Deuts. med. Woch.* 1891, n° 17, p. 594). — B. S., âgée de 34 ans, nullipare, devient enceinte en juin 1882. En février 1885 surviennent les douleurs d'expulsion, il se fait un écoulement de sang par le vagin, mais l'accouchement ne se fait pas. En mars elle entre à l'hôpital, reste pendant quelque temps; elle s'en va ne voulant pas se soumettre à un examen sous le chloroforme. Sa santé se rétablit, les règles réapparaissent, mais le ventre reste toujours gros. En mai 1889, la malade, de nouveau souffrante, rentre à l'hôpital. On fait une laparotomie exploratrice, mais la vue de la tumeur, de même que l'aspect cachectique de la malade, faisant penser à un carcinome inopérable, on referme la plaie, et la malade quitte l'hôpital le 6 juin.

Le 4 septembre la malade est prise de diarrhée et rend, avec des selles liquides, une grande quantité de petits osselets. M. Flothmann fait le diagnostic d'ancienne grossesse extra-utérine avec perforation de l'intestin siégeant au niveau la de jonction du rectum avec l'S iliaque à 25 cc. au-dessus de l'anus.

Laparotomie le 30 septembre. A l'incision de la paroi abdominale on trouve la tumeur immobilisée dans le bassin avec impossibilité absolue de la rapprocher aux lèvres de l'incision abdominale. Ouverture du sac au bistouri. On retire une masse de matières fécales et un certain nombre d'osselets, les uns libres, les autres soudés aux parois du sac et fort difficiles à enlever. Le sac est lavé et suturé à la plaie abdominale fortement rétrécie en haut. Pendant trois semaines, les matières fécales sortaient par le sac et l'orifice abdominal; plus tard, lorsque le sac se rétrécit et fut comblé de granulations, les matières fécales reprirent leur chemin ordinaire, par le rectum. La malade a guéri et quitta l'hôpital le 25 novembre, après avoir augmenté de 20 livres.

Endométrite dans les maladies infectieuses générales aiguës (Zur Frage über Endometritis bei acuten infektiœsen Allgemeinerkrankungen, par W. Massin (*Arch. f. Gynækol.*, 1891, t. XL, p. 146). — Le travail de

Massin comprend l'étude microscopique des lésions de la muqueuse utérine chez des femmes (18) ayant succombé à des maladies infectieuses aiguës (typhus récurrent 12 cas, pneumonie croupale 2 cas, dysenterie 1 cas, péritonite suppurée de cause inconnue 1 cas).

Tous les éléments de la muqueuse sont ordinairement atteints. Du côté des vaisseaux on trouve les veines et les capillaires dilatés, injectés et dans certains endroits le processus congestif aboutit à des ecchymoses et des foyers hémorrhagiques siégeant aussi bien dans l'épaisseur et à la surface de la muqueuse que dans la couche musculaire. Les vaisseaux ne présentent pas de lésion directe, et les ecchymoses sont dues à la transsudation et à la diapédèse des hématies qu'on trouve en grand nombre autour des vaisseaux, à la friabilité générale du système vasculaire dans ces cas.

Les glandes utérines présentent également des modifications. Les cellules épithéliales sont troubles, leurs noyaux se colorent mal; quelquefois il existe une desquamation et alors les cellules oblitèrent complètement la cavité de la glande. Audessous de ces cellules on trouve de grosses cellules rondes à noyau périphérique, d'autres moins volumineuses, et finalement des granulations.

La couche musculaire est peu modifiée, et, sauf les ecchymoses dont nous avons déjà parlé, on trouve au niveau des cloisons interfasciculaires une infiltration par des éléments de granulation.

D'une façon générale le processus est donc celui de l'inflammation parenchymateuse et interstitielle de la muqueuse et de l'inflammation interstitielle de la couche musculaire.

Opération Porro-Müller (A successful Porro-Müller operation for malformation of the uterus and vagina), par Ahston (*Medical News*, 4 avril 1891, p. 369). — Sophie D..., 25 ans, mariée depuis un an, enceinte de 7 mois et demi. Depuis sa grossesse, elle a eu des hémorrhagies vaginales tous les 28 jours. En examinant cette dame, on trouva que le vagin n'avait que 5 cm. de long et qu'il paraissait se terminer en cul-de-sac ; cependant avec plus de soin on arriva à sentir plusieurs élevures rayonnant dans toutes les directions à partir d'une dépression centrale paraissant être l'orifice du col utérin. On était donc en présence d'une malformation du segment supérieur du vagin et du segment inférieur du vagin, et il paraissait peu probable par suite que l'accouchement pût se faire naturellement. L'auteur conseilla donc l'opération de Porro. Incision longue de 15 cm. sur la ligne médiane. On attire l'utérus et on entoure le col d'une ligature élastique ; on ouvre alors la face antérieure de l'utérus, on rompt les membranes et on retire l'enfant. On serre alors le col pour empêcher toute hémorrhagie, et on enlève le placenta et les membranes. On commence à placer les sutures de la paroi abdominale. On couvre alors l'utérus au-dessus du constricteur de Tait mis sur le col à la place de la ligature élastique. Guérison. L'enfant jouit d'une excellente santé.

Au cours de l'opération, l'auteur s'est aperçu que l'utérus n'était réuni au vagin que par un reflet du péritoine; si donc on eût laissé aller les choses, lors de l'accouchement l'enfant aurait brisé cette faible adhérence et serait tombé dans la cavité abdominale.

Traitement de l'endométrite par le crayon de chlorure de zinc (Die Behandlung der Endometritis mittelst Chlorzinkstiffte), par R. Schaeffer (*Berl. klin. Wochenschr.* 1891, n° 17, p. 413). — Schæffer a essayé le traitement de Dumontpallier sur 14 malades. Les dangers d'aménorrhée et d'oblitération du canal de l'utérus signalés par les auteurs français sont très réels, aussi le crayon ne doit être employé que chez les femmes chez lesquelles les fonctions génitales sont abolies.

Ce traitement peut rendre de grands services dans : 1° les ménorrhagies profuses survenant vers l'époque de la ménopause; 2° l'endométrite catarrhale suppurée grave contre laquelle ont échoué tous les autres traitements; 3° peut-être dans les myomes utérins hémorrhagiques, quand la cavité utérine n'est pas très dilatée.

CHIRURGIE

Traitement de l'empyème (Die Erfolger der Behandlung eitriger Ergüsse der Brusthœhle), par le prof. Kœnig (*Berlin. klin. Wochenschr.*, 1891, n° 10, p. 251). — Sur 76 empyèmes dont 10 graves, Kœnig a perdu en tout 10 malades. Mais sur ces 10 derniers, il y en a eu 2 qui ont succombé à la tuberculose, 4 à la pyémie dont la pleurésie n'était qu'une manifestation locale, 2 de suites opératoires (1 accident de chloroforme), de sorte que, somme toute, sa statistique donnerait 89 0/0 de guérisons. La durée du traitement fut en moyenne de deux mois.

Le traitement post-opératoire est peut-être plus important que l'opération elle-même. L'incision doit être faite dans la région axillaire entre la 4e, 5e ou 6e côte. Si on la fait en arrière au niveau de la 8e ou 9e, l'évacuation du pus est suivie d'une ascension du diaphragme refoulé par les viscères, et l'orifice est transformé en une fente étroite par laquelle l'écoulement du pus ne se fait plus. Il vaut mieux compléter l'opération par la résection costale. Les lavages de la plèvre sont inutiles; si l'on croit nécessaire de les faire après l'opération, on se servira d'un liquide antiseptique.

Le pansement doit couvrir tout le thorax et comprendre l'épaule et la partie supérieure du bras du côté malade. Le malade transporté dans son lit sera couché sur le côté. Trois fois par jour l'infirmier viendra soulever le malade par le bassin et les jambes, tandis que le malade s'appuiera sur le lit par l'épaule et la tête. De cette façon on évite la rétention du pus. Au début les pansements seront changés souvent; plus tard, tous les 8 jours seulement.

Greffe osseuse (Ueber Knochenimplantation), par H. Kümmell (*Deut. med Wochenschr.*, 1891, n° 11, p. 389). — Kümmel se sert pour la greffe osseuse de lambeaux osseux décalcifiés et conservés dans un liquide antiseptique. Quand il s'agit de combler une cavité, les lambeaux ainsi préparés suffisent; dans les cas de résection osseuse, quand il s'agit des os longs, il est préférable d'avoir des lambeaux à partie centrale solide, ferme.

La greffe osseuse a été faite dans les cas suivants :

1) Nécrose du radius sur une longueur de 4 cent., consécutivement à une fracture compliquée du tiers inférieur, chez une femme de 56 ans. Guérison complète au bout de quatre semaines.

2) Fracture compliquée du tibia, avec ablation des parties gangrénées chez un homme de 60 ans. Insuccès.

3) Foyer tuberculeux du calcanéum chez un homme de 30 ans. La cavité nettoyée et grattée est remplie de 6 prismes osseux de 2 cent. de hauteur. Deux s'éliminent, les autres restent. Guérison.

4) Foyer de nécrose dans la tête du tibia chez une femme de 26 ans. Guérison.

5) Deux cas de résection du genou (femme de 25 ans, garçon de 12 ans), avec remplacement des parties réséquées par des tiges osseuses. Guérison.

6) Trois cas de trépanation du crâne pour épilepsie. La perte de substance fut exactement comblée par une lamelle osseuse de forme et de dimensions égales. Guérison.

7) Spina bifida chez un garçon de 3 semaines. Implantation d'une lamelle osseuse dans les bords de la perte de substance préalablement avivés. L'opération a réussi, mais l'enfant succomba plus tard à l'hydrocéphalie.

8) Foyer d'ostéomyélite dans la clavicule chez une femme de 19 ans. L'implantation osseuse a été faite pour éviter une cicatrice déprimée. L'opération a réussi même au point de vue pratique.

9) Trépanation de l'apophyse mastoïde chez un garçon de 6 ans. Les lambeaux osseux implantés sont détruits par la suppuration.

10) Trois cas d'implantation pour ablation d'un métacarpien (2 cas) et d'un métatarsien (2 garçons de 12 ans, 1 fille de 6 ans). Succès opératoire et fonctionnel.

Note sur le décollement juxta-épiphysaire traumatique de l'extrémité supérieure de l'humérus, par E. Rollet (*Lyon méd.*, 1891, n° 13, p. 429). — Rollet rapporte deux observations identiques en tous points, concernant une jeune fille de 15 ans et un garçon de 17 ans, qui, après une chute sur la région antéro-externe de l'épaule ont présenté, huit jours après l'accident, les phénomènes suivants : aplatissement léger du moignon de l'épaule; atrophie légère du deltoïde et des muscles du bras ; raccourcissement de 2 cent.; ecchymose jaune verdâtre à la partie interne

du bras; changement de l'axe du bras qui est dirigé en arrière; avant-bras en demi-flexion; gêne marquée des mouvements du bras, la main pouvant se placer sur l'épaule opposée; dans la région scapulo-humérale (à 5 ou 6 centim. de l'acromion et de l'apophyse coracoïde), saillie pointue en bec de flûte semblant prête à perforer la peau et former la partie supérieure et antérieure du fragment inférieur; tête humérale en place et suivant les mouvements imprimés à la diaphyse.

En raison de l'âge des malades, M. Poncet diagnostiqua un décollement juxta-épiphysaire de l'extrémité supérieure de l'humérus et fit, dans les deux cas, la résection de la saillie osseuse. Guérison par première intention. Résultats fonctionnels des plus satisfaisants.

Après avoir passé en revue les cas analogues publiés par d'autres auteurs, Rollet arrive aux conclusions suivantes :

1° Le nom de décollement juxta-épiphysaire est le seul qui convienne à la lésion traumatique connue sous le nom de décollement épiphysaire. La disjonction se produisant entre les cartilages d'accroissement et le diaphyse, et non entre lui et le diaphyse.

2° Chez les jeunes sujets, pendant la période de croissance, un traumatisme direct de l'épaule s'accompagne plus volontiers d'un décollement juxta-épiphysaire de l'extrémité supérieure de l'humérus que d'une fracture du col chirurgical.

3° L'âge du sujet, le siège élevé de la lésion au voisinage immédiat de l'articulation, le déplacement en avant et en dedans du fragment inférieur, etc., sont les principaux signes établis pour la disjonction (Poncet).

4° Dans les cas d'irréductibilité du déplacement, de saillie notable du fragment inférieur ayant perforé la peau ou faisant saillie au-dessous d'elle, il faut réséquer la portion osseuse saillante. Cette intervention sanglante qui est extra-articulaire ne présente aucun danger, elle seule peut triompher de la déformation et surtout assurer le retour complet de la fonction.

MÉDECINE

Action de certaines couleurs d'aniline sur le développement et la virulence de quelques microbes, par Eraud et Hugounenq (*Lyon médical*, 5 avril 1891, p. 473). — Le bleu de méthylène et la safranine en solution étendue, agissant pendant un temps assez court, semblent atténuer la virulence de certains microbes (gonocoque, staphylocoque pyogenes, bactéridie charbonneuse) sans atteindre leur vitalité; en solution concentrée agissant pendant un temps plus long, elles frappent non seulement la virulence, mais encore la vitalité du microbe. Ces différences expliquent les divergences des auteurs sur les propriétés antiseptiques de ces substances. Dans certaines affections, les panaris, les anthrax, les chancres simples, leurs solutions agissent d'autant mieux et plus rapidement que leur emploi est plus souvent renouvelé; dans la blennorrhagie, avec 10 à 15 injections au 200e ou au 150e, on obtient des effets vraiment remarquables, tandis qu'avec des solutions plus faibles et des injections répétées seulement de 3 à 5 fois par jou,ron n'a que des résultats peu appréciables.

BIBLIOGRAPHIE

Des kystes pancréatiques, par Jules Bœckel. Paris, Alcan, 1891.

Ce mémoire, le premier paru en France sur ce sujet, est une monographie complète où nous trouvons étudiée l'histoire entière des kystes du pancréas.

Ces kystes sont symptomatiques d'une affection du pancréas ou idiopathiques. Les premiers sont de petit volume, peu susceptibles d'être reconnus et surtout opérés, et offrent peu d'intérêt pour le chirurgien. Les kystes idiopathiques se divisent en kystes hémorrhagiques ou hématomes, en kystes proprement dits, en kystes purulents, et en kystes hydatiques. Les kystes purulents sont rares; ils succèdent le plus souvent à l'inflammation aiguë du pancréas : quelquefois ils sont métastatiques. Les kystes hydatiques sont très rares. Les hématomes prennent naissance le plus ordinairement à la suite d'un traumatisme : sur 30 observations, Bœckel a vu 15 fois cette étiologie invoquée; le traumatisme peut cependant donner naissance à un kyste séreux simple. Les kystes proprement dits sont des kystes par rétention, par obstruction du canal de Wirsung : ils siègent de préférence dans le corps de la glande. Après la symptomatologie et le diagnostic, M. Bœckel étudie longuement le traitement; voici ses conclusions :

La ponction, inefficace, souvent dangereuse, doit être abandonnée : il en est de même du procédé de Récamier. Les deux seuls procédés défendables sont : la laparotomie suivie de l'incision et de la suture du kyste à la paroi, et l'extirpation totale du kyste. La laparotomie avec suture du kyste à la paroi abdominale a été pratiquée sur 24 malades, qui tous ont guéri. Les dernières de ces opérations ont été pratiquées en un seul temps, et ont donné des résultats parfaits.

Quant à l'extirpation totale des kystes pancréatiques, on ne devra la tenter que très exceptionnellement : le danger de l'hémorrhagie, la présence d'adhérences serrées, les rapports de la tumeur avec l'estomac, le côlon, la possibilité de léser ces organes, et enfin l'absence de pédicule dans la très grande majorité des cas, sont des motifs suffisants pour ne pas préconiser l'extirpation totale comme méthode ordinaire de traitement.

Maubrac.

Leçons sur la tuberculose, par le professeur Damaschino. 1 vol. in-8° de 408 pages. Paris, G. Steinheil, éditeur. 1891.

Ce volume est la reproduction de leçons professées à la Faculté par le regretté Damaschino. Recueillies par deux de ses élèves dévoués, MM. Thérèse et Delporte, ces leçons forment une description complète de la tuberculose : historique, pathologie expérimentale, microbiologie, étiologie, anatomie pathologique, symptomatologie, tous ces chapitres sont traités avec la précision et la clarté que Damaschino savait à un si haut point donner à son enseignement; ils reflètent aussi, par le choix et la quantité des documents qui y sont utilisés, l'érudition du savant qui les avait professés.

L'œuvre pieuse des deux élèves de Damaschino n'est pas seulement un hommage rendu à la mémoire d'un maître regretté, et le témoignage patent de ce qu'aurait pu donner l'homme si cruellement et si brusquement enlevé, elle est encore un exposé clair et brillant d'une maladie toujours à l'ordre du jour et cet exposé parfaitement au courant. L'année qui s'est écoulée depuis la mort de Damaschino n'a pour ainsi en rien modifié nos connaissances sur la tuberculose. Le grand incident qui s'est produit il y a six mois dans l'histoire de cette maladie a, somme toute, été presque aussi stérile au point de vue de la pathologie expérimentale de la tuberculose qu'au point de vue de sa thérapeutique : aussi n'a-t-on guère à regretter de ne pas le trouver signalé dans ses *Leçons* si complètes et si remarquables à tous égards.

Georges Thibierge.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Traité de la massothérapie, précédé d'une préface par le Dr Péan, par le Dr A. S. Weber. Paris, G. Masson, 1891.

Le massage entre peu à peu dans sa période scientifique. Les médecins ont reconnu qu'ils avaient tort de l'abandonner aux seuls empiriques et aujourd'hui ils se sont franchement mis à la pratiquer eux-mêmes. Aussi avons-nous vu paraître dans ces dernières années plusieurs traités de massage, français et étrangers. Le Dr Weber nous en donne un de plus, où il passe successivement en revue la technique générale, puis la technique spéciale aux diverses régions et aux diverses maladies. Nous trouvons cependant que les descriptions n'ont pas toutes la précision désirable, dans la partie spéciale surtout. Il va sans dire que l'auteur, apôtre convaincu, exagère un peu les bienfaits et les indications de son art : il n'est point d'apostolat sans exagération et ce n'est pas un reproche bien grave. Toutefois, était-il bien utile de nous donner ici en partie la lettre de Meibomius sur la flagellation dans les plaisirs du mariage?

G. Masson, *Propriétaire-Gérant*.

Paris. — Imp. des Arts et Manufactures. 12 rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES SAMEDIS ET PUBLIANT TOUS LES MERCREDIS

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

RÉDACTEUR EN CHEF : Dr L. LEREBOULLET. — SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION : Dr A. BROCA.

BULLETIN

Paris, le 15 mai 1891.

Quelques mots au sujet des traitements de la phthisie pulmonaire.

Tandis qu'en France, après une très sérieuse étude des effets produits par la *lymphe de Koch*, tous les cliniciens, qui ont cru devoir essayer ce nouveau remède, ont jugé nécessaire d'interrompre une expérimentation plus souvent dangereuse qu'utile; tandis qu'en Russie et en Autriche la vente des produits fabriqués à Berlin est rigoureusement interdite, on continue dans certaines cliniques allemandes, et surtout à la Chambre des députés du Landtag prussien, à vanter l'efficacité merveilleuse de la *Kochine*. Pour bien faire voir que les médecins les plus désireux de rendre justice à la découverte (?) du professeur Koch sont forcés de faire les plus formelles réserves au sujet de ses applications cliniques, nous commençons aujourd'hui la publication d'un travail dû à la collaboration de nos confrères de Varsovie. On ne manquera pas d'y relever toute une série d'observations qui démontrent jusqu'à l'évidence que, à l'exemple des médecins français, les collègues du professeur Baranowski reconnaissent combien ont été imprudentes, pour ne pas dire plus, les affirmations d'un bactériologiste qui avait su mériter jusqu'alors, par des publications remarquables, l'estime des savants de tous les pays. L'enthousiasme avec lequel ont été accueillies les déclarations du Dr Koch se justifie par ce seul fait que nous étions tous convaincus de sa probité scientifique. Le silence qu'il a gardé au sujet du mode de préparation de la lymphe qu'il continue à faire vendre et les insuccès malheureusement trop fréquents de celle-ci expliquent le revirement d'opinion qui s'accentue chaque jour. Le mémoire que nous publions aujourd'hui servira à prouver une fois de plus qu'il est toujours antiscientifique de conclure trop vite du cobaye à l'homme et d'affirmer des résultats cliniques qu'une expérience suffisamment prolongée n'a point confirmés.

Les études du Dr Koch conduiront-elles un jour ou l'autre à quelque progrès sérieux? Nous le souhaitons sans y compter beaucoup. Si le directeur du laboratoire d'hygiène de Berlin parvient à recouvrer son indépendance scientifique et à publier loyalement les travaux qu'il a poursuivis pendant plusieurs années, peut-être parviendra-t-on, en modifiant, en perfectionnant sa méthode, à trouver un agent microbicide plus actif. Peut-être arrivera-t-on à mieux reconnaître à ses débuts une maladie qui n'exerce tant de ravages que parce que son traitement n'est commencé qu'à un moment où il est déjà trop tard pour enrayer sa marche. Mais il importe de protester énergiquement dès aujourd'hui contre les assertions de ceux qui, ne pouvant faire valoir les excuses que le Dr Koch aura le droit d'invoquer, annoncent chaque jour, à grand renfort de réclame, qu'ils ont, eux aussi, découvert un traitement curatif de la phthisie pulmonaire. Le nombre de ceux-ci est plus grand depuis quelques mois et la crédulité des malades, toujours accrue par l'inexorable léthalité des lésions dont ils sont atteints, permet à chacun d'eux d'exploiter à son tour les victimes d'une maladie chronique dont les exacerbations et les périodes d'accalmie ne dépendent pas toujours de la médication suivie.

Aussi convient-il de rendre justice à la réserve des médecins qui n'avancent rien qu'ils ne puissent démontrer et qui, loin de prétendre guérir tous les phthisiques, se bornent à affirmer que, parmi les médications nombreuses qui peuvent enrayer la tuberculose, il en est quelques-unes qui sont inoffensives tout en devenant efficaces lorsqu'elles sont bien dirigées. Nous devons à ce point de vue mentionner ici le traitement de la phthisie chronique d'emblée, apyrétique et localisée, par les injections sous-cutanées d'huile créosotée. Dans un prochain numéro nous publierons un travail de notre ancien élève et ami le Dr Burlureaux, professeur agrégé au Val-de-Grâce. A l'exemple du Dr Gimbert qui a, le premier, institué ce traitement et fait construire un ingénieux appareil destiné à en faciliter l'application (*Gaz. hebd.*, 1889, p. 239), M. Burlureaux a traité un assez grand nombre de malades par les injections sous-cutanées d'huile créosotée. Mais, tandis que le docteur Gimbert et tous ceux qui ont appliqué sa méthode, se contentaient d'administrer à leurs malades des doses relativement faibles d'huile créosotée, le Dr Burlureaux a traité les siens en leur injectant des doses massives (50,

100 et même jusqu'à 200 gr. d'huile dans les 24 heures). En faisant connaître quelques-uns des résultats qu'il a obtenus, nous exposerons à notre tour ce qu'il faut penser des indications et des contre-indications de cette méthode thérapeutique. Nous croyons dès aujourd'hui pouvoir déclarer qu'elle donne dans certains cas des résultats comparables à ceux que produit la lymphe de Koch et qu'elle a sur ce remède secret l'avantage d'être inoffensive. Nous avons, depuis plusieurs années déjà, traité un assez grand nombre de malades par les injections sous-cutanées d'huile créosotée. Les observations recueillies par M. le Dr Gimbert sont infiniment plus nombreuses que les nôtres. Si nous n'avons pas cru devoir jusqu'à ce jour publier les résultats obtenus par cette méthode déjà relativement ancienne, c'est que ce n'est point après quelques jours ni même après quelques mois que l'on peut affirmer l'efficacité d'un traitement de la phthisie. Il faut, pour être certain d'un résultat quelconque, avoir suivi pendant plusieurs années les malades que l'on a traités et être en mesure de prouver qu'ils étaient tuberculeux et qu'ils ne sont point devenus phthisiques.

L. Lereboullet.

REVUE GÉNÉRALE

De l'aphasie sous-corticale.

Bien que la découverte de Broca ne remonte guère qu'à trente ans au plus, les travaux qui concernent l'aphasie se sont, depuis, assez multipliés pour qu'il soit permis aujourd'hui, à l'exemple d'Allen Starr (1), de distinguer trois périodes dans l'histoire de ce syndrome.

La première période — *Epoque de Broca* — va de 1864 à 1874 ; c'est pendant ce temps qu'on s'est surtout attaché à établir sur des bases solides la question de fait. On y démontre d'une façon catégorique que les lésions de la partie postérieure de la troisième circonvolution frontale du cerveau déterminent nécessairement une altération du langage articulé.

La seconde période — *Epoque de Wernicke* (2) — s'étendant de 1874 à 1883, marque une étape nouvelle. On établit à ce moment une distinction fondamentale entre l'aphasie motrice et l'aphasie sensorielle; l'aphasie *motrice* consistant, comme on le savait déjà, dans l'abolition du langage articulé, l'aphasie *sensorielle* ou de réception étant caractérisée par ceci que le malade qui en est atteint ne sera plus capable de percevoir soit la parole entendue (*surdité verbale*), soit la parole écrite (*cécité verbale*).

La troisième période — *Epoque de Charcot* (3) — éclaire la question de ces notions d'une importance psychologique capitale, à savoir : 1° que le mot n'est pas une unité, mais un complexus à la formation duquel concourent quatre éléments, la mémoire visuelle du mot, l'auditive, la graphique; enfin celle d'articulation; 2° que les centres qui président à l'élaboration du langage intérieur dont la parole et l'écriture sont l'expression extérieure sont relativement indépendants les uns des autres; 3° qu'il est enfin des variétés individuelles réalisées par la prédominance qu'acquiert l'un ou l'autre de ces centres dans le langage de chacun.

(1) Allen Starr, *Aphasia. Congress of american physicians and surgeons*, Philadelphia. 1888.
(2) Wernicke, *Die aphatische Symptomen Complex*, 1874.
(3) Charcot, Leçons, *Progrès médical*, 1883.

Il importe d'entrer à cet égard dans quelques détails, et d'énoncer aussi les controverses que ces idées ont suscitées, car non seulement elles éclairent d'un jour spécial la question de l'aphasie en général, mais encore elles sont indispensables pour la conception qu'il est permis de se faire de l'aphasie sous-corticale que nous considérons ici en particulier.

***

La doctrine de M. Charcot a été déjà exposée en des termes explicites successivement par Bernard (1) et par M. Ballet (2) ; et enfin elle a été formulée avec beaucoup de clarté dans un article plus récent de M. Marie (3).

Rappelons auparavant que la découverte des aphasies sensorielles avait conduit Wernicke à supposer que les régions postérieures du cerveau, siège des images sensorielles, pouvaient être considérées comme les ateliers de formation du langage, les parties antérieures, elles, ne servant plus qu'à la coordination motrice.

Cette manière de voir, selon laquelle les centres sensoriels exerceraient une suprématie absolue sur les centres moteurs, au point que ces derniers n'entreraient guère en fonction que par une sorte de reflexe parti des premiers, est adoptée en partie par Kussmaul (4).

Elle repose toutefois plutôt sur des idées théoriques, car elle ne s'accorde pas avec bon nombre de faits cliniques. Elle est principalement basée sur le raisonnement suivant. On sait, d'une part, que le langage parlé s'apprend à l'aide du sens auditif, et que c'est après avoir entendu longtemps et s'être exercé à répéter les sons que l'enfant parle. D'autre part, le langage écrit se forme de même par l'intermédiaire du sens visuel, car c'est lorsqu'il a vu les caractères écrits, et qu'il s'est appris à les reproduire, que le sujet écrit.

Il devrait résulter de cette évolution que la surdité verbale (perte de la mémoire auditive du mot), et la cécité verbale (perte de la mémoire visuelle du mot), qui constituent les aphasies sensorielles, entraînent nécessairement, celle-là l'aphasie (perte du langage parlé), celle-ci l'agraphie (perte du langage écrit), ou aphasies motrices.

Cependant, si l'on ne songe pas à contester qu'au point de vue de la genèse et de l'éducation des centres du langage, les choses se passent de la façon que nous venons de rappeler, il n'en paraît pas moins avéré que cette subordination des centres les uns aux autres n'est que temporaire en général, et que chacun des centres moteurs ne tarde pas à s'individualiser, ou tout au moins à acquérir une certaine autonomie et même parfois une réelle prépondérance.

On ne saurait, en effet, s'expliquer différemment les cas tout à fait nets, et déjà nombreux, rapportés par divers observateurs, dans lesquels la cécité verbale par exemple existait sans entraîner l'agraphie (le malade écrit très bien, mais ne peut lire ce qu'il écrit), non plus que les observations de surdité verbale sans aphasie (les malades n'ont pas perdu l'ouïe; ils ont conservé la parole et parlent même normalement, mais ils ne comprennent plus le sens des mots qu'ils entendent); Hitzig (5) entre autres a publié dans ce genre un fait des plus démonstratifs.

Ce n'est pas à dire qu'il n'existe plus aucune corrélation entre les centres moteurs et les centres sensoriels. Mais, ces relations, grâce auxquelles, lorsque l'un de ces

(1) Bernard, Th. Paris, 1884.
(2) Ballet, Th. Concours 1886, *Le langage intérieur et les différentes formes de l'aphasie.*
(3) Marie, De l'aphasie en général, *Progrès médical*, 1888, n° 5.
(4) Kussmaul, Des troubles de la parole. Trad. française, Paris, 1886.
(5) Hitzig, Von dem Materiellen der Seele. Leipsig, 1886.

centres est détruit, l'autre lui vient parfois en aide (*Théorie des suppléances*), ne témoignent pas en faveur de la suprématie absolue des uns sur les autres. Ainsi M. Charcot a observé plusieurs malades atteints de cécité verbale sans agraphie qui n'arrivaient parfois à comprendre le sens de ce qu'ils cherchaient à lire, qu'à l'aide de leurs images motrices graphiques conservées. Ils ravivaient, en effet, leurs images visuelles, en faisant le geste de tracer avec la main les caractères de l'écriture qu'on leur demandait de déchiffrer.

Toutefois, cette loi de l'autonomie des divers centres du langage n'est pas absolue, en ce sens qu'il existe des cas où la suppression d'un centre sensoriel peut entraîner l'impuissance du centre moteur correspondant. On se rend compte qu'il en doit être ainsi, grâce à cette autre notion des variétés individuelles du langage intérieur, qu'a introduite M. Charcot dans la doctrine de l'aphasie (1).

L'appareil du langage, selon cette manière de voir, démontrée par l'observation intérieure, ne fonctionne pas semblablement chez tous les sujets; et il existe à ce point de vue des types divers. Suivant, en effet, que la formation de l'idée du mot se fait principalement à l'aide de l'un des divers centres, on a des *visuels*, des *auditifs*, des *moteurs d'articulation* ou des *moteurs graphiques*. Il arrive enfin que certains sujets usent aussi facilement de l'un quelconque de leurs quatre centres: ce sont les *indifférents*. Il adviendra alors, que, selon la catégorie à laquelle appartiendra le sujet, le trouble variera s'il siège sur celui des mécanismes du langage qui lui est le plus indispensable. On conçoit de cette façon que, chez un auditif, l'aphasie motrice soit la conséquence pour ainsi dire nécessaire de la surdité verbale, tandis que chez *un moteur d'articulation*, l'aphasie ne sera pas entraînée par la même surdité verbale. Ainsi qu'on le voit, la subordination existant alors pour le centre moteur vis-à-vis du centre visuel, résulte d'une circonstance particulière, et ne peut être considérée, loin de là, comme une règle générale.

***

Nous avons eu surtout en vue jusqu'ici les désordres qui étaient la conséquence de l'altération des centres corticaux eux-mêmes, sans nous demander quels résultats entraînerait la lésion des faisceaux blancs qui en émanent, et qui servent à la transmission. C'est qu'il était indispensable, à notre avis, de s'être préalablement fait une opinion sur les attributs de ces centres, avant d'aborder cette question qui comprend celle de l'aphasie sous-corticale.

Dès le début même des recherches qui suivirent la découverte de l'aphasie, on avait signalé ce qu'on appelait alors *exceptions* à la loi de Broca, c'est-à-dire, des observations dans lesquelles l'aphasie avait existé pendant la vie, bien que l'écorce de la partie postérieure de la troisième circonvolution corticale ne fût pas trouvée intéressée dans les autopsies; dans quelques-uns de ces cas enfin on avait vu que la lésion était sous-corticale.

L'histoire de l'aphasie sous-corticale date donc presque du début de la découverte de Broca; elle comprend deux phases : l'une pendant laquelle on se préoccupe surtout du point de vue anatomique, l'autre où l'on cherche à différencier cliniquement l'aphasie sous-corticale de l'aphasie vraie ou corticale.

L'étude anatomique a fait particulièrement l'objet des recherches de M. Pitres, qui a exposé dans sa très remarquable thèse, à l'aide d'observations appropriées, « que la lésion du faisceau pédiculo-frontal inférieur gauche détermine de l'aphasie, tout aussi sûrement que la destruction de l'écorce de la troisième circonvolution frontale gauche. » Si la lésion est très exactement limitée à ce faisceau, l'aphasie est même le seul symptôme appréciable. En effet, les fibres contenues dans ce faisceau sont destinées à assurer la communication entre le centre cortical et la périphérie. Si ces fibres sont détruites, les voies de communication sont interrompues et la section des conducteurs équivaut jusqu'à un certain point à la destruction des centres.

M. Pitres conclut, en somme, que l'aphasie permanente peut être le résultat d'une lésion isolée du centre ovale, la subtance grise de la troisième circonvolution restant parfaitement intacte, et que, pour qu'une lésion du centre ovale détermine de l'aphasie, il faut qu'elle atteigne primitivement ou secondairement le faisceau pédiculo-frontal gauche dans un point quelconque de son trajet.

Clauzel de Boyer confirma ces conclusions de point en point, en montrant que l'aphasie pouvait résulter de la section sous-corticale de la circonvolution de Broca. Dans ces cas, il peut y avoir intégrité de l'écorce de la troisième circonvolution frontale, et l'étude des coupes indique l'altération des faisceaux blancs dans la couche pédiculo-frontale.

***

Sur ces notions anatomiques, au surplus, tous les observateurs sont aujourd'hui d'accord, aussi importe-t-il peu de s'y appesantir plus longtemps.

Mais à ces variétés anatomiques de l'aphasie, ne correspondrait-il pas des différences cliniques? ou autrement, est-il permis, du vivant des malades, de distinguer l'aphasie sous-corticale de l'aphasie corticale?

Déjà Trousseau et Gardner avaient dit que l'aphasie sans agraphie était rare et formait une classe à part, dans laquelle il s'agissait probablement de lésions périphériques; mais cette distinction est donnée comme vraisemblable, et sans plus de preuves.

Broadbent pense que la guérison est possible dans le cas de lésions sous-corticales. Ce qui n'avait pas lieu, dans le cas de lésions centrales. Il cite notamment un cas d'abcès où la substance grise de la circonvolution était intacte. Il arriverait alors que les fibres du système d'association pourraient par l'intermédiaire du corps calleux servir de voie de transmission à la circonvolution frontale droite qui, passivement, automatique en quelque sorte, reproduirait après une courte éducation les actes moteurs spécialisés ressortissant à la circonvolution frontale gauche. Dans ce cas la perte de la parole ne durerait que quelques semaines. Bastian est également d'avis que dans les cas de ce genre la perte de la parole ne dure que quelques semaines. Il pense aussi que la lésion corticale entraîne habituellement avec elle des troubles du langage associés, du centre visuel-auditif, tandis que les troubles d'articulation qui se montrent parfaitement isolés, appartiennent à la lésion sous-corticale. Déjerine cite pour sa part un cas de guérison avec foyer sous-cortical, et l'explique en admettant la régénération des nerfs sectionnés. Mais ce n'est pas là un caractère définitif, car il y a des lésions corticales qui peuvent guérir. On le conçoit *a priori*. Tels les cas de simple ischémie qui semblent présider à l'aphasie de la migraine ophthalmique, et qui dépendent de l'athérome artériel et reconnaissent le mécanisme de la claudication intermittente.

(1) Wernicke a certainement raison, cependant Charcot a aussi raison. *Gewiss hat Wernicke recht.. doch hat Charcot auch recht*, dit à propos de cette discussion M. B. Naunyn dans un rapport présenté au 6e Congrès de médecine interne tenu à Wiesbaden en 1887.

(1) Pitres. Th. de Paris, 1877.

D'un autre côté, on connaît des exemples de lésions sous-corticales dans lesquelles l'aphasie s'est montrée persistante malgré l'intégrité de la substance grise. (Observations de Mougin et d'Oulmont.) Pour M. Legroux (thèse d'agrégation) l'aphasique sous-cortical se distinguerait en ce qu'il substitue un mot à un autre, alors que le cortical est celui qui ne peut prononcer qu'un mot, qu'une syllabe ; cette opinion n'est nullement en rapport avec les faits. C'est même plutôt l'inverse qui a lieu.

M. Magnan (1) consacre en 1880 une de ses leçons à cette différenciation. Selon lui, l'aphasie sous-corticale est la *logoplégie* : le malade ayant un objet devant les yeux, donne l'objet quand on le nomme. Il a donc conservé l'intégrité du langage intérieur, comprend ce qu'on lui dit : l'image et le mot s'accordent. Tout le mal est dans le mécanisme de l'articulation. Dans l'aphasie corticale, la substance grise étant détruite, la fonction elle-même est perdue ; le malade serait atteint alors d'*amnésie* verbale. Quand on lui dit de désigner un objet placé devant ses yeux, il ne comprend pas ; il a perdu le souvenir du symbole qu'il n'entend pas.

M. Charcot pense qu'il y a là une confusion, car la mémoire des mots ne réside pas seulement dans la troisième circonvolution frontale. Outre la mémoire motrice d'articulation, en effet, qui peut être profondément altérée, il y a à considérer la mémoire motrice graphique, et aussi la mémoire visuelle, ainsi que la mémoire auditive du mot qui peuvent être, au contraire, respectées.

***

Cette question du diagnostic clinique de l'aphasie corticale et sous-corticale fut aussi traitée très complètement par M. Charcot dès 1883 (2), dans une série de leçons qui furent publiées les premières par M. Feré, dans le *Progrès médical*, et les dernières par M. Rummo qui les réunit en un volume (3) ; nous avons fait à ces leçons, ainsi qu'aux documents réunis sur ce sujet et mis libéralement à notre disposition par notre éminent maître, de très larges emprunts. M. Charcot établit dans ces leçons que, pour la détermination de l'aphasie motrice, on doit reconnaître deux sortes de lésions : l'une *corticale*, la plus grave, l'autre *sous-corticale*, relativement de moindre gravité, du moins au point de vue intellectuel. Dans ce dernier cas la substance grise est intacte, l'altération siégeant sur les fibres nerveuses qui mettent en relation les cellules de l'écorce avec le bulbe. Ce fait n'a pas seulement un intérêt anatomique, il en a un autre encore. Il serait possible, en effet, que les deux espèces anatomiques pussent se distinguer en clinique par un certain nombre de caractères.

L'écorce étant détruite, le centre n'existe plus ; tandis que si seules les fibres différentes sont coupées, il y a uniquement interruption entre l'appareil coordinateur resté intact et l'appareil moteur. On comprend par là, *a priori*, que la lésion du centre sera beaucoup plus grave, car dans le second cas il est possible de concevoir qu'une restitution de la fonction puisse avoir lieu, le centre de la mémoire d'articulation pouvant à la rigueur trouver une nouvelle voie de communication. Il importe de remarquer que, dans ces conditions, le défaut du langage est tout dans l'expression extérieure. Le malade n'a perdu que la coordination des mouvements nécessaires pour articuler la parole ; il *lit, écrit, entend* et *comprend* ce qu'on lui dit. Pour mieux dire, la coordination motrice d'articulation persiste, puisque l'appareil où elle s'est organisée par l'éducation, où elle siège, n'est pas détruite. Ce sont les appareils de transmission qui sont coupés.

C'est, selon la comparaison de M. Charcot, un piano muet : les touches fonctionnent normalement et logiquement sous les doigts du musicien, mais elles ne font pas résonner les cordes.

Aussi l'aphasique sous-cortical idéal n'a-t-il ni surdité ni cécité verbale, ni agraphie, ni même perte de la mémoire motrice d'articulation.

En somme, il a conservé le langage intérieur dans son entier, seulement il ne peut transmettre ce langage par la parole, puisque les fibres d'articulation sont coupées.

Lichteim (1) a publié, à son tour, en 1885, un travail sur l'aphasie en général, dans lequel il est amené à parler de l'aphasie sous-corticale en particulier, celle-ci constituant une des six formes d'aphasie qu'il reconnaît. Cet auteur admet la subordination absolue des centres moteurs aux centres sensoriels. Il est donc conduit à supposer que la surdité verbale entraîne fréquemment des troubles de l'articulation des mots. Comment alors, se demande-t-il, lorsqu'on est en présence de ces troubles de la parole parlée, pourra-t-on reconnaître si ceux-ci dépendent de l'altération du centre de Broca lui-même, ou du centre auditif, puisque l'une et l'autre lésion sont susceptibles de provoquer des désordres analogues ? Il indique à cette occasion un procédé capable, à son avis, de démontrer l'intégrité du centre de Broca, c'est-à-dire de l'image verbale motrice. Cela consiste à se faire presser la main, autant de fois qu'il y a de syllabes dans le nom de l'objet qu'on demande au sujet de désigner.

En ce qui concerne les cas d'aphasie par interruption des faisceaux qui partent du centre de Broca, Lichteim indique comme appartenant à cette variété les signes suivants : perte du langage volontaire, de la faculté de répéter les mots, de la lecture à haute voix ; conservation de la compréhension de la parole, de la compréhension de l'écriture, de la faculté de copier. Il ajoute que cette aphasie se distingue du type Broca, en ce qu'elle comporte l'intégrité de l'écriture volontaire et de l'écriture à la dictée.

On voit par là que Lichteim n'a pas ajouté de notions nouvelles à celles qui avaient été indiquées *deux ans auparavant*, dans les leçons de M. Charcot sur l'aphasie sous-corticale.

M. Lichteim ne tient d'ailleurs aucun compte de l'indépendance possible des centres, ni surtout des différences individuelles qui font, par exemple, que certains sujets atteints de surdité verbale sont aphasiques moteurs, tandis que d'autres ne le sont pas.

Cette apparente contradiction s'explique cependant fort bien dans la doctrine des variations individuelles. Si par exemple un sujet appartient à la catégorie des *auditifs*, c'est-à-dire si chez lui, dans l'exercice de la parole, l'évocation des images auditives des mots est absolument nécessaire pour mettre en jeu l'image motrice d'articulation, on comprend que ce sujet-là deviendra aphasique moteur presque nécessairement si les fibres qui relient le centre auditif au centre moteur d'articulation venaient à être coupées ; le résultat serait tout à fait différent, s'il s'agissait au contraire d'un *moteur*, c'est-à-dire d'un individu habitué à évoquer directement, dans le langage intérieur tout aussi bien que dans le langage parlé, les images motrices d'articulation, sans l'intervention obligatoire des images auditives. Un tel sujet pourrait subir soit une destruction du centre auditif lui-même,

(1) Magnan. De l'aphasie. *Tribune médicale*, 25 janvier 1880, p. 40.

(2) Charcot. Des différentes formes de l'aphasie, *Progrès médical*, 1883, nos 23, 24, 27.

(3) Charcot. Differenti forme d'afasia. Milan, 1884.

(1) M. Lichteim. *On aphasia*. Brain, janvier 1885, p. 433.

soit encore l'interruption des voies qui relient ce centre à la circonvolution de Broca sans devenir pour cela aphasique moteur.

***

Dans un travail tout à fait récent, M. Déjerine (1) rapporte deux observations d'aphasie sous-corticale avec autopsie, qui sont d'autant plus intéressantes, que les cas d'aphasie motrice sous-corticale, diagnostiqués pendant la vie, et vérifiés à l'autopsie, sont encore très rares.

A cette occasion, M. Déjerine écrit « que Lichteim, il y a quelques années, a tracé les caractères cliniques de cette forme d'aphasie motrice à laquelle *il a donné le nom d'aphasie sous-corticale.* » Or, nous venons de montrer qu'un grand nombre d'auteurs français, longtemps avant Lichteim, avaient anatomiquement et cliniquement établi l'existence de cette variété d'aphasie, sous cette même dénomination d'*aphasie sous-corticale* opposée à la corticale.

Le mémoire de Lichteim, quelle qu'en puisse être, du reste, la valeur que nous ne songeons point à contester, tant s'en faut, ne saurait donc, en ce qui concerne l'histoire de l'aphasie sous-corticale, prétendre au rang d'initiateur que semble vouloir lui assigner M. Déjerine.

On peut même dire que la question de l'aphasie sous-corticale n'y a pas trouvé en somme de solution plus décisive que celle qu'avait proposée M. Charcot dans une série de leçons qui ont paru deux ans avant le travail de l'éminent professeur de Berne.

M. Déjerine dans la même communication faite à la Société de Biologie ajoute que le caractère le plus important de l'aphasie sous-corticale serait, d'après Lichteim, la faculté qu'aurait, en pareil cas, conservée le malade, d'indiquer à l'aide des doigts, ou en serrant à plusieurs reprises la main de l'observateur, le nombre des syllabes que contient chacun des mots qu'il lui est impossible de prononcer.

Il nous avait semblé que ce signe avait été indiqué par M. Lichteim à l'occasion de la surdité verbale (variété n° 2 de cet auteur) et non pas comme appartenant spécialement à l'aphasie sous-corticale (variété n° 5) dont elle serait, d'après M. Déjerine, comme l'apanage en quelque sorte. Mais peu importe ce point de détail, nous tenons à relever seulement ce qui suit : Que l'aphasique indique soit à l'aide des doigts qu'il meut successivement, soit en serrant d'une façon significative la main de l'observateur, le nombre des syllabes que contient chacun des mots qu'il lui est devenu impossible d'articuler, cela ne prouverait pas péremptoirement, à notre avis, qu'il a conservé les images motrices d'articulation. En effet, le mot est un complexus formé de quatre éléments chez les sujets qui ont appris à lire et à écrire — c'est le cas que nous supposons — et, en admettant que les images motrices d'articulation fussent détruites isolément, il resterait encore au sujet l'image motrice graphique, en outre des images visuelles et auditives du mot, lesquelles pourraient le renseigner parfaitement sur le nombre des syllabes que contient le mot qu'il ne peut articuler, et lui permettraient, par conséquent, de faire connaître ce nombre de syllabes par une mimique appropriée. On voit d'après cela que, très certainement, la connaissance du nombre des syllabes d'un mot exprimé par la mimique imaginaire par M. Lichteim, ne saurait être, comme le voudrait M. Déjerine, un caractère mimique de l'aphasie sous-corticale.

***

En réalité, cette question du diagnostic clinique entre l'aphasie corticale et l'aphasie sous-corticale, est plus complexe qu'on ne serait tenté de le supposer au premier abord :

Il est extrêmement difficile de se rendre compte de l'intégrité de la mémoire motrice d'articulation. Sans doute la conservation de l'image auditive, de l'image visuelle et de l'image graphique du mot, plaidera en faveur d'une lésion sous-corticale, en raison de la rareté relative de l'aphasie de Broca *pure*. Cependant il existe de celle-ci des exemples frappants : telle cette observation de M. de Fleury, dans laquelle une aphasie verbale, *pure* et complète (sans surdité, ni cécité verbale, ni agraphie) dépendait d'un ramollissement siégeant au niveau de la circonvolution de Broca.

Réciproquement, les conditions inverses pourront se réaliser avec intégrité du centre de Broca et *lésion sous-corticale*. M. Lacroix a rapporté l'histoire d'un sujet aphasique moteur, atteint en même temps de surdité et de cécité verbale, et à l'autopsie duquel il existait un foyer de ramollissement de la partie moyenne de la deuxième pariétale, de la partie postérieure de la première temporale, enfin du faisceau pédiculo-frontal intérieur à gauche, la circonvolution de Broca étant saine.

En terminant, nous relèverons une fois de plus une considération qui se trouve déjà explicitement signalée à plusieurs reprises dans cet exposé, c'est que les différences individuelles si remarquables qui peuvent se manifester dans l'exercice du langage intérieur, créent et créeront sans doute longtemps encore, un grand obstacle à la détermination précise des aphasies par lésion des conducteurs (aphasies de communication, de conduction, Leitungs Aphasien, comme on les appelle aussi) — opposées aux aphasies par lésion des centres.

Paul Blocq.

(1) M. Déjerine. *Société de biologie*, 28 février 1891.

(1) De Fleury, Contribution à l'étude des localisations cérébrales. *Gazette hebdomadaire des sc. méd. de Bordeaux*, juin 1890, p. 240.

(2) Lacroix, Sur un cas d'aphasie motrice et sensorielle. *Lyon médical*, 28 septembre 1890, n° 39, p. 107.

TRAVAUX ORIGINAUX

Traitement de la tuberculose par la méthode du professeur Koch.

(*Mémoire présenté à la société médicale de Varsovie* le 27 janvier 1891, par le prof. J. Baranowski.)

Dans les travaux collectifs du genre de ceux qui ont été commencés le 23 novembre dans les hôpitaux de Varsovie, sur l'efficacité de la méthode du professeur Koch, dans les analyses basées sur l'observation des malades, il est urgent d'interrompre de temps à autre le travail, pour écrire un aperçu rétrospectif sur ce qui a été fait, considérer les résultats obtenus et apprécier jusqu'à quel point on a suivi une bonne direction. Cet aperçu rétrospectif fournira souvent de précieuses indications pour l'avenir.

A l'heure qu'il est, après huit semaines d'un travail commun, nous croyons le moment opportun pour résumer et apprécier les résultats obtenus. A cet effet, nous avons décrit 50 observations de maladies qui sont le fruit du travail de mes collègues qui ont pris part à ces études.

Le cadre de ce mémoire ne nous permet pas de présenter en entier ces observations ; nous nous bornerons à des résumés succincts. Ces résumés ont été rédigés : pour les malades du « lupus tuberculeux » par le docteur Elsenberg, pour la « tuberculose laryngée » par le docteur Heryng.

Les cas de « tuberculose pulmonaire » ainsi que l'exposé

des résultats que nous avons pu obtenir à la suite des observations et des appréciations générales que nous avons été à même de faire, me sont revenus en partage.

Malgré le nombre relativement considérable (50) des observations faites dans les hôpitaux de Varsovie, malgré tout le soin qu'on a mis à les ordonner et à les approfondir, il est impossible de donner une réponse catégorique aux questions qui s'imposent à l'esprit du médecin, et qui l'inquiètent en présence de la nouvelle méthode du traitement de la tuberculose, c'est-à-dire de la méthode du professeur Koch. Pour arriver à une conclusion générale, basée sur les faits contenus dans la description des cas de maladies ci-jointe, nous croyons devoir prendre pour base et pour ainsi dire comme plan de l'ensemble du travail les assertions fondamentales du professeur Koch exprimées dans son article du 14 novembre 1890 (*Deutsch. med. Wochensch.*)

Ces thèses, ainsi que le prouvent leur sujet et leur forme, sont plutôt le résultat d'études expérimentales poursuivies dans un laboratoire de biologie, sur des animaux, que le fruit des observations médicales faites sur des malades. Elles sont par rapport à l'action du nouveau remède sur l'homme trop décisives et trop hardies. Au point de vue clinique, il est impossible de les prendre à la lettre. Se laissant entraîner par les formules du professeur Koch, exprimées dans ledit article, l'esprit du praticien pourrait facilement être sujet aux illusions, il pourrait vouloir soumettre les symptômes observés chez le malade auxdites formules, et vouloir appliquer la méthode déductive au mépris de la méthode inductive, propre aux études cliniques.

Malgré la connaissance des sciences naturelles, que tout médecin doit posséder, notre esprit est toujours enclin aux erreurs résultant d'une fausse application de méthode et d'idées préconçues.

Le Dr Koch exprimant ses assertions d'une manière claire et positive, elles s'impriment dans notre esprit comme des faits avérés, comme des dogmes destinés à éclaircir et à expliquer définitivement chacun des faits suggérés par l'observation des malades. Il en résulte que notre esprit ou sa nature impressionnable devient enclin à l'optimisme ou au pessimisme. Notre pessimisme prend le dessus, lorsqu'une fausse méthode d'observations nous donne des résultats négatifs, ou bien lorsqu'une suite de faits observés chez les malades se trouve inadaptable, ou en contradiction avec les assertions du professeur Koch. Notre optimisme tout au contraire tourne à la dévotion pour le nouveau remède et pour son inventeur, lorsque les faits observés correspondent au principe du professeur Koch et en prouvent la justesse.

Cette idée s'est imposée à notre esprit à la suite d'interminables articles et comptes rendus publiés dans le courant de quelques semaines par les journaux médicaux étrangers. Ce qui nous frappe dans ces articles signés souvent par des sommités scientifiques, c'est avant tout une trop grande précipitation à avancer, et, ce qui plus est, une propension extraordinaire à tirer des conclusions qui nous paraissent insuffisamment prouvées, vu le temps limité et le nombre des résultats obtenus.

Cela devrait servir d'avertissement à chacun de ceux qui s'occupent ou qui ont l'intention de s'occuper de cette question, à chacun de ceux qui voudrait étudier le nouveau mode de traitement.

Quant à nous qui sommes appelé uniquement à rendre compte des observations faites dans le courant de huit semaines dans les hôpitaux de Varsovie, nous croyons être parfaitement excusable, si nous n'avons pas été à même d'arriver à des résultats plus définitifs, et voilà pourquoi nous tâchons d'être circonspect dans leur énonciation.

Ainsi qu'il a été dit ci dessus, le chiffre général des observations mentionnées dans le présent compte-rendu se monte au nombre de 50, y compris 8 cas de simple diagnostic. Sur les 42 observations de tuberculose chirurgicale, il y a 16 cas de « lupus », 6 cas de tuberculose articulaire et osseuse, 1 cicatrice tuberculeuse, et 19 cas de tuberculose pulmonaire et laryngée.

Il est impossible de séparer dans ce compte-rendu les deux dernières catégories, c'est-à-dire la tuberculose laryngée et la pulmonaire, vu la simultanéité habituelle du processus morbide; pour mieux dire, les cas où les affections laryngées apparaissent indépendamment des affections pulmonaires sont tout à fait exceptionnels. Les études les plus intructives et les résultats les plus positifs ont été obtenus dans les cas de « lupus ». Ce qui arrive chez les malades atteints de cette maladie sous l'action de la nouvelle méthode coïncide non seulement dans les traits généraux avec les principales thèses du professeur Koch, mais encore l'action du remède est devenue jusqu'à un certain point explicable, grâce aux études chimiques et anatomo-pathologiques faites sur les malades traités par la nouvelle méthode. La brièveté du temps qu'on a employé à l'application du nouveau traitement est cause qu'il nous est impossible de citer les cas de guérison complète ; néanmoins, il est indiscutable que nous obtenons dans certains cas une amélioration considérable; il est également prouvé, que, grâce aux études anatomo-pathologiques sus-mentionnées, faites à Varsovie, par le docteur Eisenberg, ainsi qu'aux études analogues des docteurs Krohmayer (*Deutsch. med. Wochensch.*, 1890, n° 49), Israël (*Berl. klin. Wochenschr.*, 1890, n° 49), Broswicz (*Przegl. sch.*, 1890, n° 50), Riel (*Int. Nat. Rund.*, 1890, n° 50), et toute une série de données anatomiques qui expliquent cette amélioration dans les cas de tuberculose chirurgicale.

Les cas les plus fréquents de « lupus » ont été observés à l'hôpital juif. Mais à l'Enfant-Jésus, à l'hôpital de Saint-Roch et du Saint-Esprit, il y avait aussi des malades qui étaient atteints de lupus et traités par la méthode de Koch. Tous les médecins qui ont expérimenté le nouveau remède connaissent les modifications qui ont lieu sous son action sur l'étendue de la peau atteinte du processus tuberculeux.

Un gonflement considérable, une rougeur érythémateuse dépassant la région atteinte de « lupus », production d'un liquide abondant, voilà les symptômes caractéristiques produits dans cette maladie par les injections. Le liquide sécrété, ainsi que l'épiderme qui se détache, forment des croûtes superficielles qui, une fois tombées, font place à une bande blanche de tissu cicatriciel. Cette formation se produit très lentement sur des espaces limités, le plus souvent après de fréquentes injections. Je laisse aux cliniciens spécialement chargés de rendre compte des cas de « lupus » traités par le système du professeur Koch dans nos hôpitaux la description des détails et des modifications de la peau dans cette maladie. Ce que je viens de mentionner en quelques mots a seulement pour but de démontrer : *que le liquide de Koch est un remède spécifique, qui a une affinité d'action spéciale pour les tissus atteints de tuberculose, ce qui est le plus évident dans le « lupus ».*

Nous devons encore mentionner que l'observation des modifications de la peau sous l'action des injections, en nous donnant des résultats positifs dans le lupus, nous donne aussi de précieuses données négatives dans d'autres cas : les lésions de la peau de nature non tuberculeuse ne se modifient pas sous l'action du liquide de Koch. Nous pouvons citer une suite de faits constituant en quelque sorte un « *experimentum crucis* ». Le docteur Buj-

toid a fait une injection d'un centigramme de liquide à une femme atteinte d'acné rosacé : il n'est survenu aucun changement sur la surface de la peau. La même chose s'est répétée dans les études du docteur Putatoski. Le docteur Hewelcke a dans son service un phthisique chez lequel la réaction locale dans les poumons est très caractéristique ; tandis qu'un tubercule syphilitique qui se trouve sur la peau du même malade, diagnostiqué comme tel par un spécialiste, n'a pas subi le moindre changement, malgré de fréquentes injections. Si nous nous rappelons qu'à la réaction générale, dont nous parlerons ci-dessous, sur une peau tout à fait saine, apparaissent souvent des phénomènes dépendant, à ce qu'il paraît, des troubles vaso-moteurs, tels que des taches rougeâtres plus ou moins étendues et quelquefois accompagnées d'intumescences circonscrites, nous serons d'autant plus frappés du fait, que les maladies de la peau, si elles ne sont pas de nature tuberculeuse, ne subissent, sous l'action du remède, aucun changement, et ne donnent lieu à aucune réaction. Ces remarques nous serviront en même temps à expliquer certaines assertions en apparence contradictoires, que nous avons rencontrées plus d'une fois ailleurs, dans d'autres comptes-rendus. Comme exemples nous citerons : les observations décrites dans l'*Int. klin. Rund.* (n° 50, 1890).

En jugeant d'après la description des auteurs de ces articles, la réaction sur la peau d'un syphilitique et dans un cas de sarcome dont ils parlent, ne nous paraît pas fournir une preuve de l'action locale du remède de Koch sur les tissus affectés, mais constitue plutôt l'expression de la réaction générale et des troubles vasomoteurs qui l'accompagnent souvent, ainsi que nous l'avons mentionné. En partant du point de vue que la spécificité du liquide de Koch est une chose prouvée par les données citées, il est de notre devoir de faire observer encore qu'une dose efficace du liquide, c'est-à-dire une dose capable d'amener une réaction locale, n'est pas toujours la même dans chaque cas de « lupus ». Il est des cas où un milligramme suffit pour amener chez une personne adulte atteinte de « lupus » une vive réaction locale (observation du docteur Elsenberg). Dans d'autres cas, des doses quatre fois plus grandes amènent des réactions locales très faibles, tandis que le professeur Koch donne comme prescription générale de commencer les injections chez les personnes adultes avec un centigramme.

Disons encore, par parenthèse, que justement eu égard à la dose considérable qui censément doit être appliquée, les personnes atteintes du « lupus » et soumises au traitement de Koch doivent être examinées aussi soigneusement que possible quant à leur état général et à l'état de leurs organes intérieurs; car en cas de foyers tuberculeux soit dans les poumons, soit dans les intestins, soit dans les reins, l'application des doses que recommande le docteur Koch contre le « lupus » pourrait amener des résultats funestes.

Les observations faites sur les autres formes de tuberculose chirurgicale, telles que les affections osseuses et articulaires, nous prouvent la spécificité du remède presque aussi évidemment que les observations faites sur le « lupus ». Les rapports sont ici plus compliqués, les foyers tuberculeux moins superficiels et par cela même moins accessibles à l'œil; par conséquent, les observations des modifications se produisant sous l'action du nouveau remède sont bien plus difficiles; mais le résultat définitif est identique, ainsi que le prouvent les descriptions des malades qui ont été faites par les docteurs Jasinski et Jawdynski.

Il est bien plus difficile de discerner l'action spécifique du remède de Koch sur le tissu malade dans les cas de tuberculose des organes intérieurs et particulièrement dans sa forme capitale, c'est-à-dire la phthisie pulmonaire L'examen qu'on est convenu d'appeler physique nous permet de reconnaître facilement les lésions survenues aux sommets et à la surface des deux poumons, jusqu'à un certain point les changements de la plèvre (adhérences, exsudations) provoqués par le bacille tuberculeux, tout aussi faciles à découvrir dans les expectorations; mais les lésions très limitées (miliaires, lobulaires), leurs foyers fussent-ils même à la surface des poumons, ainsi que les lésions plus étendues, mais à une certaine distance de la surface, peuvent être à peine supposées. Nous pouvons nonobstant alléguer toute une suite de faits, prouvant incontestablement qu'une réaction locale semblable à celle que nous voyons dans le « lupus » sur la peau, survient aussi dans les poumons des phthisiques.

L'une des observations les plus instructives est celle du docteur Hewelcke. Nous donnons *in extenso* les faits les plus importants de sa description : On a reconnu chez un malade une infiltration tuberculeuse avec une caverne dans le sommet gauche. Il fut impossible de découvrir toute autre lésion après examen préalable. Immédiatement après la première injection, les râles fins se firent entendre au-dessous de la clavicule droite. Après la quatrième injection (deux milligrammes) on observa une respiration rude accentuée, avec des râles fins au-dessus de la crête de l'omoplate droite, et l'on remarqua simultanément que du côté gauche, par devant, au bord inférieur de l'infiltration avec caverne, la matité avait augmenté d'un centimètre et demi à deux centimètres de largeur. Cette augmentation de la matité du côté gauche devint encore plus manifeste après la sixième injection, après laquelle apparurent également des râles fins au-dessous de la crête de l'omoplate droite. Nous attirons spécialement l'attention sur cette observation à cause de la réaction locale accentuée dans les poumons, d'autant plus que le dernier examen du malade fait par le docteur Hewelcke le 13 du mois, c'est-à-dire 25 jours après la dernière (sixième) injection, démontra une amélioration sensible dans l'état général du malade, ainsi que dans ses poumons. Notamment : tous les phénomènes que nous avons considérés comme expression de la réaction locale, tels que : râles fins dans le sommet droit, au-dessus et au-dessous de la crête de l'omoplate, et au-dessus de la clavicule, ainsi que l'augmentation de la matité du côté gauche en dessus de l'infiltration constatée en premier lieu, disparurent; tandis que sur le point correspondant à l'excavation, le docteur Heweclke constata une diminution de râles. Nous ajoutons que des faits analogues accusant une réaction locale dans les poumons, sont cités dans d'autres observateurs tels que : Noroden de la clinique du professeur Gerhardt (*Deutsch. med. Woch.*, 1890, n° 49); Turban de Davos (*Berl. klin. Woch.*, 1890, n° 51); professeur Korczyuski et Gluzinski (*Przegl. Sch.* 1890, n° 51, 1891, n°s 2, 3). Dans un autre cas observé par le docteur Jakowski, on a reconnu d'abord une matité limitée et des râles peu considérables, mais constants, au sommet droit. Dès la première injection le foyer devint distinct au sommet gauche, tandis que les symptômes du côté droit devinrent plus étendus. Cette observation n'a pu être achevée, le malade ayant quitté l'hôpital après la cinquième injection; l'examen du malade au moment de sa sortie a tout de même prouvé que les symptômes qui s'étaient produits dans le courant du traitement, c'est-à-dire la réaction au sommet gauche, avaient disparu, et les symptômes physiques du foyer primitif, au sommet droit, étaient moins distincts.

Dans les cas où, sous l'empire de la méthode de Koch, survient une aggravation de l'état général et des symptômes locaux, la réaction locale est encore plus prononcée. Le nombre de ces cas est relativement assez grand.

Sans citer les détails, nous nous en rapportons aux 5 observations prises dans le cours de nos travaux et dont nous reparlerons dans la suite.

Enfin les trois cas de mort survenus dans le courant du traitement par la nouvelle méthode, nous ont fourni les preuves les plus tristes de la spécificité de l'action du liquide de Koch sur le tissu tuberculeux. Sans entrer dans la description de ces trois cas, qui sera publiée ailleurs, avec tous les détails, nous avons l'intention d'extraire de cette description uniquement les traits caractéristiques des lésions consistant : 1° dans la formation de nouveaux foyers de pneumonie dite catarrhale, qu'on a trouvés non seulement dans le voisinage d'anciennes infiltrations et cavernes tuberculeuses, mais aussi dans des endroits plus éloignés et sur les points privilégiés pour les foyers aspiratoires, tels que la *lingula cordis*; 2° de nombreux tubercules miliaires, ayant le caractère de nouvelles formations, se trouvant dans le voisinage des foyers anciens et des ulcérations tuberculeuses par rapport à ces éruptions miliaires. L'observation la plus instructive est celle d'un cas de phthisie pulmonaire compliquée d'exulcérations intestinales. Tout autour de ces exulcérations on a trouvé une quantité très considérable de tubercules nouvellement formés et en plus du côté péritonéal, des cordons entiers de tubercules s'étendant de l'endroit même de la lésion intestinale jusqu'aux glan des mésentériques. Ces dernières étaient fortement gonflées et molles.

Dans le cas de mort survenue à l'hôpital de l'Enfant-Jésus, en dehors des lésions pulmonaires auxquelles on peut appliquer la description citée plus haut, on a découvert des tubercules miliaires isolés à la surface des reins et du foie, ce qui prouve une extension du processus morbide sur tout l'organisme. Il faut y joindre des phénomènes d'hyperhémies très prononcées qui apparurent tout aussi distinctement sur les membranes séreuses, telles que la plèvre, le péritoine, que sur les membranes muqueuses des intestins, de la trachée, etc.

Nous avons encore à signaler un détail important, relatif à la réaction locale. Les cliniciens qui observaient les malades atteints de tuberculose laryngée ont remarqué dans la majeure partie des cas de gonflements, des infiltrations nouvelles et même l'apparition de nouveaux tubercules miliaires, surgissant presque à vue d'œil et s'exulcérant tout aussi vite. L'un des cas les plus caractéristiques sous ce rapport est le cas observé par le docteur Sokolowski à l'hôpital du Saint-Esprit, avec localisation du processus dans les poumons, dans le larynx et en outre avec un ulcère tuberculeux sur la lèvre inférieure de la bouche. C'est sur cet ulcère qu'on pouvait le mieux étudier la réaction locale se produisant presque à chaque injection.

Devons-nous considérer ces foyers comme nouvellement formés, comme le résultat d'une nouvelle infection locale, devons-nous croire, tout au contraire, que ce sont les foyers anciens qui, sous l'action du remède de Koch, sont devenus plus manifestes et plus visibles à l'œil? Voilà des questions auxquelles il nous est impossible de répondre positivement. En tout cas la seconde supposition nous paraît plus vraisemblable, vu la rapidité avec laquelle apparaissent les infiltrations et les éruptions.

Dans d'autres cas on a remarqué dans le courant du traitement une élimination de l'infiltration tuberculeuse circonscrite du larynx; on voit aussi des ulcères se nettoyer progressivement surtout quand le processus tuberculeux du larynx est peu avancé et peu étendu. (Deux observations du docteur Heryng.)

Dans le cas relaté par le docteur Karwowski, après la formation de nouvelles infiltrations, après l'apparition des tubercules miliaires qui n'ont pas été constatés avant les injections, en un mot après une aggravation momentanée indiscutable, avec dysphagie, etc., survint une amélioration considérable, de sorte qu'après un compte rendu supplémentaire inséré dans l'observation, le larynx était dans un état bien plus satisfaisant qu'au début du traitement.

Enfin, dans une autre suite de cas, surtout dans les affections du larynx plus avancées, la réaction locale se manifestait, hélas! par une aggravation non seulement visible, mais persistante. Sur 9 cas d'affections laryngées ou laryngo-pulmonaires, nous en constatons 5 dans lesquelles le traitement par la méthode Koch a dû être interrompu à cause des symptômes alarmants.

Nous voyons donc que la réaction locale est tout aussi prononcée dans le larynx que dans « le lupus » et en général dans les cas de tuberculose dite chirurgicale.

En résumant ce qui a été dit des poumons, des modifications qu'ils subissent rapidement, sous l'action du remède de Koch, modifications tantôt passagères, tantôt durables, en y ajoutant les résultats des examens nécroscopiques, nous arrivons à une conclusion définitive, basée sur nos propres observations, que le liquide de de Koch est un remède agissant d'une manière spécifique sur les tissus atteints de tuberculose.

Il y a peu de temps encore, le mot et l'idée d'un remède spécifique choquaient la conscience scientifique du clinicien. A l'heure qu'il est, nos convictions là-dessus subissent un revirement. Tout en conservant les idées fondamentales sur les lois auxquelles obéit un organisme malade, il faut que nous admettions actuellement aussi bien les causes spécifiques des maladies que les remèdes spécifiques. La raison de ce revirement est la connaissance que nous avons gagnée, grâce à Pasteur et son école, des maladies infectieuses. On pourrait même soutenir que la tendance caractéristique de la thérapeutique d'aujourd'hui consiste à rechercher des remèdes spécifiques pour les maladies infectieuses des remèdes obtenus par voie biologique et non chimique, au nombre desquels nous pouvons citer : « l'*Original flüssigkeit.* » La preuve de la spécificité consiste justement dans la réaction locale, c'est-à-dire dans les perturbations amenées dans les tissus atteints de tuberculose par la lymphe de Koch, introduite dans l'organisme.

Pour être à même de tirer cette preuve de nos propres observations, nous avons été obligés d'examiner en détail les phénomènes se rattachant à la réaction qui se produit dans les différents organes.

En dehors de la réaction locale, il se produit sous l'action de la lymphe une réaction générale. Cette dernière se présente d'une façon très compliquée, elle est accompagnée de fièvre, de symptômes nerveux et vasomoteurs très prononcés, et elle autorise la supposition de perturbations graves dans la composition et dans la construction élémentaire du sang. Le docteur Srebrny présente une description caractéristique et detaillée de cette réaction générale prise sur nos observations. Tout en nous basant sur les mêmes données que le docteur Srebrny, nous nous croyons obligé d'attirer l'attention sur un fait qui nous a frappé dès le début de nos études, notamment qu'il est impossible de prévoir l'intensité de la réaction générale, ni à la première application du remède, ni après les injections suivantes.

La formule toute simple que le docteur Koch donne dans le mémoire cité, et tant soit peu modifiée ensuite dans la conférence de Paul Gulmann (Conf. L. publiée dans la *Berl. klin. Woch.*, n° 1, an. 1890), doit être admise avec une grande réserve. Nous ne doutons pas que cette formule est infaillible, pour ce qui concerne les cobayes, soit bien portants, soit atteints de la tuber-

culose expérimentale. Mais sans parler de la différence dans l'impressionnabilité que le docteur Koch lui-même souligne, en affirmant que l'homme s'est montré de beaucoup plus sensible à l'action du remède que les cobayes, il est encore impossible de mettre au même niveau la tuberculose expérimentale amenée par l'inoculation du cobaye, avec le cours de la phthisie pulmonaire chez l'homme, surtout dans les formes chroniques qui doivent être traitées par la méthode de Koch.

Le professeur Koch affirme que « *l'homme sain ne réagit point ou très peu à l'injection d'un centigramme. Si l'on administre des injections d'un centigramme aux personnes atteintes de tuberculose, il en résulte non seulement une réaction générale, mais encore une réaction locale. L'accès réactif commence ordinairement quatre ou cinq heures après l'injection de la lymphe, et dure douze à quinze heures de suite. Cet accès épuise peu les malades, ils se sentent ensuite relativement bien, même mieux qu'auparavant.* » Le docteur Koch lui-même recommande de commencer les injections chez les phthisiques par un milligramme, et de les interrompre pendant toute la durée de la réaction générale. Ce n'est qu'après la terminaison de la réaction qu'il permet d'augmenter les doses suivantes d'un milligramme, pour arriver jusqu'à un centigramme et plus. Le docteur Koch recommande ces précautions chez les phthisiques, dont les forces sont faibles, en ajoutant : « *Certains phthisiques surtout les plus robustes étaient traités d'emblée par des doses plus considérables ou par des doses rapidement augmentées.* »

Les observations faites à Varsovie n'ont pas toujours donné des résultats conformes à la simple formule de Koch concernant la réaction générale chez les personnes saines, non atteintes de tuberculose, ainsi que quant à la gradation des doses pour les tuberculeux. Une question de premier ordre s'y rattache, une question touchant la valeur diagnostique que le professeur Koch attribue à son remède ou plutôt à la fièvre réactive amenée par ce dernier.

Avant de pouvoir résoudre cette question basée sur nos propres observations, il nous faut citer toute une suite de faits caractérisant la réaction générale observée également chez les personnes non atteintes de tuberculose, comme chez celles qui en sont affectées, surtout les phthisiques. La revue de ces faits nous servira en même temps de base sur laquelle nous donnerons en traits généraux non seulement les résultats des injections diagnostiques, mais encore les résultats obtenus par la méthode de Koch, appliquée comme traitement des phthisiques, résultats que nous avons déjà mentionnés en parlant des symptômes de la réaction locale des poumons et du larynx.

Nous commençons par dire que nous n'avons point d'expérience sur des individus sains et que nous avons été très circonspects dans l'application des injections diagnostiques, dans le choix des malades ainsi que dans les doses. Cette circonspection ou cette timidité nous a été inspirée par le fait observé dès le début de nos études, que les individus atteints de la phthisie ou du lupus et soumis au traitement, montraient à la première dose une impressionnabilité très différente et très variable.

Les différences très considérables de l'impressionnabilité des différents malades ne dépendaient pas absolument de l'étendue et de la quantité des lésions tuberculeuses. Nous avons donc été forcé de supposer l'existence d'autres causes, qui décidaient de la force de la réaction générale. Jusqu'à présent elles nous sont inconnues. Dans certains cas, il est à supposer qu'elles dépendent des propriétés des tissus entourant les tubercules, des différences de vascularisation de ces tissus, etc., propriétés impossibles à constater du vivant du malade, par des examens physiques. Dans d'autres cas on pourrait supposer des différences individuelles, une différence d'impressionnabilité générale de l'organisme à l'action du liquide de Koch, qui, excepté les éléments agissant d'une manière spéciale sur les tissus tuberculeux, en contient encore d'autres, inconnus quant à leur action. Des avertissements nous ont été donnés dans ce sens de différents côtés. Il est vrai que M. Koch s'est appliqué une dose héroïque, c'est-à-dire deux décigrammes et demi, dont il s'ensuivit une réaction générale relativement peu violente. Il est vrai que le docteur Bujwid a supporté sans encombre, quoique avec une forte réaction générale, la dose d'un décigramme, mais le professeur Maydl (*Int. klin. Rund.*, 1890, n° 50) a vu chez les individus sains, bien conformés, bien nourris et jeunes, de fortes réactions avec une températume de 39° et plus, après des doses de deux jusqu'à huit milligrammes, de sorte qu'à la fin, les candidats pour poursuivre ses expériences lui firent défaut !

Le professeur Leyden (*Berl. klin. Woch.*, 1890, n° 50) a vu une réaction fébrile dans un cas de néphrite, enfin le docteur Erich-Peiper a ajouté aux observations antérieures de ce genre, toute une série de nouvelles, faites à la clinique du professeur Mosdorf, démontrant de fortes réactions avec fièvre, même après de petites doses (deux milligrammes) chez les personnes atteintes de rhumatismes, de gonorrhée, etc., c'est-à-dire de maladies n'ayant rien de commun avec la tuberculose (*V. Deutsch. med. Woch.*, 1891, n° 4).

Après avoir cité des observations étrangères qui nous ont servi d'avertissement, nous passerons à nos propres études.

(*A suivre.*)

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Un cas d'encéphalite suivie de mort, après une séance d'hypnotisme, par Surbled, (*Journal des sciences médicales* de Lille, 1er mai 1891, n° 18, p. 415). — Un sieur P., âgé de 52 ans, s'offre comme sujet à une séance publique de magnétisme.

Depuis, il est hanté par le souvenir de cette séance; après 15 jours il offre une crise violente avec délire portant uniquement sur le monde des esprits. Après une période de coma assez courte, il meurt le 37e jour. L'auteur ne craint pas d'affirmer que la soirée d'hypnotisme a été la cause occasionnelle de cette mort en surexcitant au delà de toute mesure un cerveau déjà très impressionnable. Ce cas est à rapprocher d'un autre exemple d'encéphalite publié par Solow, et que nous avons rapporté ici.

L'encéphalite syphilitique, par Lancereaux (*Archives générales de médecine*, avril 1891, p. 385, mai 1891, p. 568) — Bien que la syphilis frappe surtout les vaisseaux et les méninges, elle peut atteindre le tissu cérébral lui-même d'emblée. Il s'agit alors, soit d'encéphalite scléreuse procédant par foyers d'induration, soit et plus souvent, d'encéphalite gommeuse. Les gommes, d'un volume variable, siègent habituellement dans les lobes antérieurs du cerveau, les couches optiques, le pont de Varole, les pédoncules cérébraux, et les pédoncules cérébelleux. Elles sont, du reste, uniques ou multiples, et peuvent se résorber ou subir la transformation kystique. Elles se distinguent des tubercules en ce qu'elles sont entourées d'une membrane fibroïde. Ces lésions, tant par leur aspect que par leur évolution, sont de plus tout à fait distinctes de celles de la paralysie générale progressive. Au point de vue symptomatique, l'encéphalite syphilitique entraîne surtout des contractures, précédées ou accompagnées de céphalée, de troubles de la parole et de l'intelligence. On ne saurait lui rapporter légitimement la symptomatologie de la pseudo-paralysie générale syphilitique ni de la folie

syphilitique. L'évolution de la maladie est lente, et susceptible de guérison complète ; elle peut aussi, suivant sa localisation, entraîner la mort. Le diagnostic invoquera surtout les signes qui traduisent la localisation et la marche des lésions. Quant au traitement, c'est celui de la syphilis cérébrale commune.

Contribution à l'étude du gliome de la moelle (Zur Kenntniss des Rückenmarksgliom), par Hochhaus (*Deutsches Archiv fur klinische Medicin*, 1891, 47e vol., fasc. 5 et 6, p. 603). — Homme de 25 ans, qui fut pris subitement d'une parésie du membre supérieur droit avec douleurs passagères. Les muscles s'atrophient, la sensibilité est tout à fait normale : pas de réaction de dégénérescence. Peu de temps après il survient une paraplégie complète avec paralysie du membre supérieur gauche. La sensibilité est affaiblie dans tous ses modes ; les réflexes rotuliens sont conservés. Les apophyses épineuses sont douloureuses. Les muscles respiratoires se prennent enfin et le malade meurt asphyxié. A l'autopsie on trouve une tumeur dans la région cervicale au niveau du troisième nerf cervical, avec épaississement et adhérence de la dure-mère à cet endroit. L'examen montre qu'il s'agit d'un neuro-gliome dont la masse centrale occupe le faisceau latéral droit, et qui envoie des prolongements dans les autres faisceaux et la substance grise du même côté et même du côté opposé. Le centre de la tumeur est ramolli, et on y trouve quelques petites cavités. Le canal central est difficile à découvrir, mais la tumeur n'y a pas pris naissance. Dans l'intérieur du gliome on trouve des cellules et des fibres nerveuses à cylindre-axe. Il n'y a pas de dégénération secondaire.

Contracture volontaire chez un hystérique, par Sollier et Malapert (*Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, 1891, n° 2, p. 100). — Il s'agit d'un homme de 35 ans, saltimbanque, qui, sous l'influence de la volonté, fait entrer ses muscles en contracture. La contracture ainsi produite peut durer très longtemps, et être maintenue près d'une heure. Le sujet peut contracturer ainsi la plupart de ses muscles, même ceux de l'abdomen. On constate les stigmates sensitivo-sensoriels de l'hystérie, mais nullement les signes de la diathèse de contracture.

Poliomyélite aiguë disséminée (Paralysie de Landry. Poliomyelitis acuta disseminata), par J. Hlava (*Archives bohêmes de médecine*, tome IV, fasc. 2, 1891). — Examen histologique d'un cas ayant trait à une femme ayant présenté les signes de la paralysie de Landry. L'affection débuta brusquement par une paraplégie. La paralysie envahit bientôt les membres supérieurs. Pas de troubles sphinctériens. Temp. 39°,4. La mort survint le 4e jour de la maladie. A l'autopsie, on trouve que toute la substance grise de la moelle depuis la région lombaire jusqu'au bulbe est le siège d'une inflammation aiguë, hémorrhagique par places, caractérisée par des foyers d'infiltration cellulaire ayant altéré ou détruit les cellules ganglionnaires. Les nerfs périphériques ne sont pas dégénérés. L'examen bactériologique de la moelle montre dans les cultures un bacillus jaune non pathogène.

MÉDECINE

Influence de l'intoxication mercurielle aiguë sur l'élimination de l'acide phosphorique et du calcium, par P. Binet (*Revue médicale de la Suisse romande*, mars 1891). — Dans des études faites sur les urines de lapins qui ont reçu des injections sous-cutanées de peptonate de mercure, Binet tire des conclusions qui confirment les recherches de Klemperer et sont en contradiction avec les conclusions de Hoppe-Seyler : l'acide phosphorique et le calcium ne présentent pas d'augmentation, mais au contraire le plus souvent une diminution. En outre, la quantité d'urine augmente dans les intoxications graves et diminue dans les formes légères avec anurie ultime ; l'albuminurie est la règle et la glycosurie est fréquente, il n'y a pas de modification notable de la proposition centésimale du calcium dans les matières fécales.

Etude sur la tuberculose des capsules surrénales et ses rapports avec la maladie d'Addison, par Alezais et Arnaud (*Revue de médec.*, avril 1891, p. 282). — La maladie d'Addison s'accompagne à peu près constamment d'une lésion des capsules surrénales, laquelle est le plus souvent de nature tuberculeuse. Cette lésion ne peut déterminer la maladie bronzée que quand elle atteint les ganglions sympathiques compris dans l'enveloppe fibreuse des capsules surrénales et non quand elle est limitée au tissu propre des capsules. On comprend donc que les capsules puissent être altérées sans qu'il y ait maladie d'Addison et que ce soient presque toujours des lésions tuberculeuses qui donnent lieu à celle-ci.

Parotidite à pneumocoques, par Weill (*Union médicale du Nord-Est*, avril 1891, p. 112). — G..., étudiant en médecine, 17 ans 1/2, fait une broncho pneumonie du lobe supérieur du poumon droit. Celle-ci s'étend bientôt, le lobe inférieur, puis le lobe moyen du poumon droit se prennent successivement. L'état général s'aggrave. On constate bientôt un gonflement de la région parotidienne avec rénitence et difficulté des mouvements du maxillaire inférieur. La situation devint plus grave encore par suite d'une cystite cantharidienne survenue à la suite de l'application d'un vésicatoire. Le lendemain on incisa la parotide : élimination d'un pus crémeux dans lequel on trouva une quantité de pneumocoques. Actuellement le sujet est en voie de guérison. On doit tirer de là l'enseignement suivant : *il ne faut jamais dans les pneumonies négliger dès le principe l'antisepsie rigoureuse de la bouche.*

Pendant la convalescence on s'aperçoit que le malade a de la difficulté à élever son bras gauche, à le rapprocher de la paroi thoracique et à le porter en arrière ; on trouve en effet une atrophie assez notable des muscles sus-épineux, sous-épineux, deltoïde, trapèze, biceps, brachial antérieur et grand pectoral. Pas de trouble de sensibilité. Réaction électrique normale.

A la période aiguë de la parotidite, il y avait quelques douleurs des nerfs du plexus cervical superficiel. Cette irritation a pu se transmettre aux nerfs du plexus brachial.

Recherches bactériologiques et expérimentales sur l'éclampsie puerpérale (Vorlæufige Mittheilung über eine bacteriolog-experim. Untersuchung zur Frage der puerperal eclampsie) par A. Favre. (*Arch. de Virchow*, 1891, BE. 123, p. 376). — En cultivant les infarctus blancs du placenta d'une femme éclamptique, Favre est arrivé à isoler un microorganisme, *micrococcus eclampsiæ*, long de 0,7 à 0,8 cent. et formant sur gélatine et agar-agar de petits points transparents. Injecté à des lapins, il provoquait souvent les phénomènes de néphrite légère (apparition de cylindres hyalins dans les urines, troubles du parenchyme rénal). Chez les lapins néphrectonisés des deux côtés, l'injection de ces cultures provoquait des convulsions, un abaissement de la température, de l'agitation et la mort. Chez des lapins néphrectonisés d'un seul côté, l'injection des cultures récentes délayées dans un liquide indifférent, donnait lieu à de la faiblesse musculaire, de l'agitation, de l'abaissement de la température, des convulsions cloniques particulièrement marquées au niveau des extrémités antérieures et suivies de convulsions tétaniques avec opisthotonos et participation des muscles de la face et des oreilles.

Ces phénomènes paraissent dépendre d'une diminution de la sécrétion urinaire. Le même micro-organisme fut retrouvé dans les placentas de deux autres femmes éclamptiques.

Maladie de Paget du mamelon (Report of a case of Paget's disease of the right nipple), par H. O'Neill (*British medic. journ.*, 18 avril 1891, p. 846). — Femme de 54 ans, ayant eu 8 enfants ; il y a 17 ans, lésions inflammatoires de la peau du mamelon droit, suivies au bout de 2 ans du développement d'une ulcération, à la base de laquelle les téguments ont une apparence eczémateuse ; 6 ans après le début des accidents, on enlève le sein droit qui est le siège d'une tumeur dure et les ganglions volumineux qui existent dans l'aisselle correspondante ; 3 mois après l'opération, la cicatrice a bon aspect et il n'y a pas trace de généralisation aux ganglions axillaires et au foie. A l'examen microscopique, on trouve des figures de coccidies sur les coupes de la lésion du sein.

Cas de myxœdème (A case of myxœdemaboid dystrophy paratrophy), par Frédérick P. Henry. *The journal of nervous and mental diseases*, n° 3, p. 154). — Femme de 63 ans, avec

hérédité nerveuse assez chargée; l'affection débute à l'âge de 49 ans par un gonflement au niveau du genou, plus tard survient du gonflement du membre supérieur droit, et de la région épigastrique. Il existe dans ces endroits des sensations de froid. Face indemne. L'auteur n'a pas recherché le corps thyroïde. Paresthésie et anesthésie peu prononcée. M. Henry pense qu'il a affaire à une dystrophie myxœdémateuse, et cite des cas analogues avec intégrité de la face.

Thrombose d'une veine de la rétine pendant l'influenza, par Dujardin (*Journ. des scienc. méd. de Lille*, 17 avril 1891, p. 361). — Un homme de 53 ans a commencé une grippe le 19 janvier, par une syncope qui dura trois quarts d'heure. Au bout de quelques jours l'œil gauche ne voit plus les objets qu'à travers un brouillard. La vue s'améliore un peu, mais reste trouble et depuis 3 semaines il n'y a eu aucun progrès. Aucune modification extérieure de l'œil; la pupille réagit bien à la lumière. L'examen à l'ophthalmoscope montre que la branche veineuse nasale inférieure de la rétine paraît interceptée par un caillot au voisinage du disque papillaire au-dessus de ce point jusqu'à la papille, la veine est réduite à un cordon exsangue très mince; au-dessous elle est distendue et flexueuse. Ces troubles ont amené la suffusion de la rétine, un œdème grisâtre couvre une étendue notable du fond de l'œil sans comprendre la macula ni la papille.

L'examen du champ visuel devant le campimètre dénote l'existence d'un scotome incomplet très étendu à la partie supéro-externe. Diagnostic : Thrombus d'une des veines de la rétine. Traitement : Iodure de sodium, purgatifs aloétiques et sur l'œil des applications chaudes prolongées. Mais 4 jours après le malade succombait à la suite d'une hémorrhagie cérébrale.

CHIRURGIE

Cancer des ovaires (O Sdruzenych primarnich Shoubnych nadorech vajecniku a jinych utrob brisnich), par Yaclav Rubeska (*Sbornik Lekarsky*, 1891, t. IV, p. 161). — L'auteur rapporte 6 cas de tumeurs malignes des ovaires compliqués de cancer de l'estomac ou de la vésicule biliaire. Sur ces 6 tumeurs malignes, 5 fois il s'agissait de cancer et 1 fois de sarcome à cellules fusiformes. 4 fois la complication fut un cancer de l'estomac et 2 fois un cancer de la vésicule biliaire. Le diagnostic de la complication n'a été fait qu'une fois en même temps que celui des ovaires.

L'auteur conclut que :

1° La multiplicité des tumeurs malignes primaires dans l'abdomen n'est pas rare;

2° Les tumeurs malignes des ovaires semblent favoriser le développement du cancer dans les organes ordinairement atteints de cette affection (estomac, vésicule biliaire);

3° Les troubles stomacaux dans le cours des tumeurs malignes des ovaires exigent un examen minutieux du suc gastrique et des masses régurgitées;

4° En général, quand il existe ainsi une complication, l'intervention chirurgicale n'est pas suivie de succès;

5° Dans les cas de cancer de l'estomac, il faut toujours chercher si les ovaires ne sont pas atteints.

Epilepsie traumatique (Case of traumatic epilepsy), par Elvin Courtney (*Medical Record*, 28 mars 1891, p. 370). — Dora B., 4 mois, tomba d'une hauteur de 3 mètres; la tête fut heurtée dans la chute; gonflement considérable de la région occipito-pariétale, coma profond pendant 3 jours. La lésion semble consister en une inversion des angles des os qui forment la fontanelle postérieure. A l'âge de 2 ans, la petite fille tomba de nouveau, frappant la partie postérieure de sa tête. Coma pendant 2 jours. Une pression douce exercée sur la région gonflée amenait la fermeture des paupières. A 5 ans, on lui heurta la tête et alors pour la première fois apparurent des convulsions épileptiformes, qui réapparurent tous les 6 mois ou tous les 2 ans jusqu'à l'âge de 14 ans. Mais les parents affirment que ces attaques ne survenaient jamais sans une pression quelconque sur la région lésée que la malade du reste protégeait instinctivement. La jeune fille était intelligente et adroite. Plus tard les attaques furent plus rares, précédées manifestement par un aura, et la malade pouvait même les annoncer un peu à l'avance. A 22 ans, elle eut une violente attaque suivie de paraplégie partielle du côté gauche, et d'un état d'hébétude qui ne persista pas. Au bout de quelque temps elle sentit venir une attaque, se mit aussitôt au lit, eut des attaques convulsives se succédant très rapidement et mourut asphyxiée au bout de 4 heures. A l'autopsie on trouva l'os très épaissi au niveau du point du crâne lésé; les circonvolutions correspondantes étaient atrophiées; la pie-mère était congestionnée.

Cicatrisation des vaisseaux et hémorrhagies secondaires (Contributo allo studio dell'emorrgagia secondaria in rapporto alla cicatrirzazione die vasi), par Latis (*La Riforma medica*, 18 avril 1891, p. 134). — Il suffit de 26 heures chez le lapin, de 79 heures chez le chien et de 96 heures chez le veau pour que l'oblitération du bout central de la carotide soit telle que le vaisseau résiste à la pression continue du sang et qu'on n'ait plus craindre d'hémorrhagies secondaires; la pression sanguine chez l'homme étant supérieure à celle du chien et inférieure à celle du veau, on peut admettre qu'après 96 heures il n'y a plus à redouter d'hémorrhagies secondaires.

BIBLIOGRAPHIE

I. **Précis d'embryologie adapté aux sciences médicales**, par P. Gilis, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier, avec 175 fig. dans le texte. Préface par M. Mathias Duval, professeur à la *Faculté de médecine* de Paris. Paris, G. Masson, 1891.

II. **Eléments d'embryologie de l'homme et des vertébrés**, livre premier, embryogénie, par le Dr A. Prenant, chef des travaux histologiques à la *Faculté de médecine* de Nancy, préface du prof. Mathias Duval; 229 fig. dans le texte et 4 planches en couleur. Paris, G. Steinheil. 1891.

Tout médecin désireux de comprendre les faits qu'il observe a besoin d'avoir en embryologie des notions précises. Non pas seulement pour savoir comment expliquer les malformations en présence desquelles il se trouvera, mais même, dès le début de ses études, pour connaître la raison d'être de diverses dispositions anatomiques au premier abord bizarres; et, pour prendre quelques exemples, je citerai la descente des nerfs récurrents avec celle des arcs aortiques qu'ils embrassent dans leur anse; l'allongement des vaisseaux spermatiques à mesure que s'abaisse le testicule, organe abdominal avant de devenir scrotal.

Ces notions élémentaires, ce strict nécessaire, voilà ce que dans son précis « adapté aux sciences médicales », M. Gilis a cherché à nous donner et certainement il y a réussi. Il a transformé en un manuel correct et clair les leçons qu'il a faites aux étudiants de Montpellier, et ce faisant il nous a sûrement rendu service. A lire ce manuel, où l'auteur a, de parti pris, mis le minimum possible de science transcendante, on croirait aisément qu'un livre de ce genre est d'une fabrication facile. En réalité il n'en est rien, et pour qui se connaît un peu aux choses de l'embryologie, il est évident que le labeur de M. Gilis a dû être grand, d'autant plus grand que l'auteur a su nous le dissimuler.

Ainsi, M. Gilis a visé un but de vulgarisation élémentaire. Tout autre a été celui de M. Prenant. On sait qu'elle importance prennent de nos jours les doctrines embryologiques, comment à l'aide de l'ontogénie on cherche à élucider la philogénie, l'évolution d'un être servant à nous renseigner sur l'évolution possible de la série animale. Ces théories, d'un grand intérêt philosophique, sont loin d'être édifiées actuellement sur une base immuable; elles s'appuient sur des faits qui, dans leur complexité extrême, sont d'une constatation laborieuse et d'une interprétation délicate. Elles commencent cependant à prendre corps et il était utile qu'un auteur instruit et consciencieux cherchât à nous exposer à cet égard l'état actuel de la science. C'est ce qu'a tenté avec succès M. Prenant dans l'ouvrage dont il nous donne la première partie. Cette partie — l'embryogénie — est sans contredit aride aux yeux du praticien ; mais elle est indispensable pour développer avec quelque ampleur le volume, actuellement

sous presse, où M. Prenant, aidé ici par M. Nicolas, va nous donner le développement des divers organes en ajoutant à chaque chapitre embryologique un chapitre tératologique.

Les deux livres dont nous avons cherché à indiquer la conception générale ont un avantage commun : tous deux sont précédés d'une préface du professeur Mathias Duval, et ce nous a été un plaisir extrême que de lire les quelques pages où M. Duval, avec sa clarté habituelle, expose l'utilité de l'embryologie en anatomie grossière d'une part, en anatomie physiologique d'autre part. C'est vraiment miracle de voir comme deviennent limpides sous cette plume experte les théories les plus ardues, celles de la gastrula, du cœlome et du mésenchyme. Les enfants sont bien venus, et de plus on leur a choisi le meilleur des parrains.

A. Broca.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Statistique des vaccinations au moyen de la culture atténuée du microbe de la fièvre jaune, par Domingos Freire. Broch. in-8°. Berlin, 1891.

L'auteur rapporte dans cet opuscule le résultat des vaccinations contre la fièvre jaune par les cultures atténées du microbe auquel il attribue cette maladie : sur 10881 individus vaccinés de 1883 à 1890, il y a eu à peine 0,04 décès par fièvre jaune pour 100.

Nouvelle méthode pour le traitement des hernies abdominales étranglées, par le Dr Suzeau. Paris, G. Masson, 1890.

Le Dr Suzeau, qui « depuis l'obtention de son diplôme de docteur, avait toujours eu l'intention de borner le plus possible l'intervention chirurgicale sanglante », préconise, pour réduire les hernies étranglées depuis peu, de mettre le malade la tête en bas, retenu sur une barre par les jarrets fléchis et d'exercer sur l'abdomen un massage un peu spécial. Il a eu de la sorte des succès, paraît-il; mais néanmoins nous ne signalons sa méthode que pour recommander aux praticiens de s'en garder aussi soigneusement que possible. La kélotomie antiseptique et précoce est presque toujours heureuse; et quand l'intestin, lésé, compromet son succès, les méthodes de réduction sans opération doivent être absolument condamnées.

Extirpationen af den syphilitiske initiallæsion (Extirpation du chancre syphilitique), par Ed. Ehlers. Thèse de la Faculté de médecine de Copenhague, 1891.

Cette thèse importante renferme l'analyse et la critique des observations déjà publiées d'extirpation du chancre et un grand nombre de faits personnels recueillis à l'Hôpital communal de Copenhague dans le service du professeur Haslund.

L'auteur, se basant sur l'étude d'une vingtaine de chancres dont 12 syphilitiques, ne reconnaît au chancre syphilitique naissant aucun caractère spécifique, différant de l'inflammation simple : il n'y a donc pas de critérium anatomo-pathologique pour le diagnostic précoce de ce chancre.

Il se base sur la multiplicité des chancres et leur inoculabilité au porteur pendant leurs premières périodes pour admettre la nature locale du chancre syphilitique. Partant de là, il considère comme légitime l'extirpation du chancre.

Le résultat de l'excision dépend du siège, de la grandeur, de l'isolabilité du chancre et de son retentissement sur les ganglions lymphatiques.

M. Ehlers conclut de l'étude des observations que l'excision du chancre peut dans quelques cas rares empêcher l'infection générale de l'économie, et que, lorsqu'elle ne l'empêche pas, elle peut en atténuer la gravité. La donnée la plus importante au point de vue du résultat positif est le temps qui s'est écoulé depuis le coït infectant bien plutôt que le temps qui s'est écoulé depuis l'apparition du chancre. Il admet que le résultat positif de l'excision peut être seulement apparent et tenir à une atténuation des symptômes secondaires tellement prononcée qu'ils passent inaperçus. L'absence de réinduration dans la cicatrice n'exclut pas la possibilité de l'apparition de phénomènes secondaires. Aussi doit-on instituer le traitement mercuriel, même si, après une observation de quelques mois, le malade ne présente pas un seul accident secondaire. La réinduration de la cicatrice indique que l'excision a eu un résultat négatif, mais elle peut rester le seul symptôme de la syphilis.

L'excision du chancre doit être pratiquée le plus souvent possible, mais sans jamais promettre au malade qu'il retirera de cette opération un résultat positif. Lorsque le chancre a une grande étendue et que sa guérison demanderait trop de temps, il y a lieu de recommander son extirpation, car la plaie consécutive à l'excision guérit comme une plaie simple quand le chancre a été enlevé radicalement.

Thèses de Paris.

Étude sur les anémies de la première enfance et sur l'anémie infantile pseudo-leucémique, par Ch. Luzet, Thèse de Paris, 1891.

Dans cette intéressante thèse, faite sous la direction du professeur Hayem, l'auteur étudie d'abord l'hématopoïèse chez le nouveau-né : cette hématopioèse se fait dans le sang, dans le foie, la rate et la moelle des os par un seul et même processus, aux dépens de grandes cellules à noyau polymorphe qui se segmentent en petites cellules hyalines, lesquelles se chargent ensuite d'hémoglobine et subissent une multiplication par karyokinèse.

Les anémies du nourrisson provoquent facilement, en ranimant l'état fœtal des organes hématopoiétiques, le passage des cellules rouges dans le sang en circulation, ce passage est facilité par les lésions macroscopiques des organes hématopoiétiques, en particulier par l'hypertrophie de la rate.

Dans l'affection décrite par v. Jaksch sous le nom d'anémie infantile pseudo-leucémique, affection spéciale aux nourrissons, voisine de la leucocythémie, sinon identique avec elle, on observe l'association de l'anémie avec tuméfaction de la rate, une leucocytose modérée, et la présence dans le sang d'un grand nombre de cellules rouges dont beaucoup présentent des phénomènes de karyokinèse. La fonction des organes hématopoiétiques repasse à l'état fœtal; le foie lui-même peut redevenir le siège de l'hématopoièse comme dans les premiers mois de la vie. Il se fait probablement aussi une multiplication des cellules rouges dans le sang lui-même. Cette anémie peut aboutir à la guérison, ou se transformer en leucémie, et évolue alors rapidement comme c'est le cas de la leucémie chez les enfants. Cette maladie se distingue des autres anémies infantiles par l'examen histologique clinique du sang; elle se distingue des formes pures de la leucémie par l'absence de lésions ganglionnaires et le petit nombre des globules blancs. L'existence de formes intermédiaires entre cette anémie et la leucémie plaide en faveur de l'identité de nature de ces deux maladies.

VARIÉTÉS

Nécrologie.

Nous avons le regret d'apprendre le décès de plusieurs de nos confrères les plus justement estimés : 1° M. le Dr Lubelski, médecin des hôpitaux de Varsovie et du consulat général français de cette ville, etc. Notre distingué confrère a publié un grand nombre de mémoires des sujets d'assistance et d'hygiène; patriote éprouvé, il fit bravement son devoir au milieu des révolutions de son pays ; ami très ardent de la France, il témoigna constamment auprès de tous nos compatriotes d'un zèle et d'un dévouement à toute épreuve qui lui avaient valu récemment d'être élevé au grade d'officier de la Légion d'honneur.

2° M. le Dr Feigneaux (de Bruxelles), membre de l'Académie de médecine de Belgique, médecin de l'ambassade française, officier de la Légion d'honneur etc, etc. M. Feigneaux a publié un grand nombre de mémoires estimés sur la thérapeutique et l'hygiène notamment sur les Maternités. Après le départ de Bruxelles du Dr Louis Laussedat, il devint le directeur de *l'Art médical*, journal dans lequel il soutint avec un grand dévouement les intérêts scientifiques et professionnels du corps médical. Il fut l'un des fondateurs et le secrétaire générale de la Société de médecine publique du royaume de Belgique, importante réunion de médecins, ingénieurs, architectes, chimistes, administrateurs qui dresse et publie en particulier, une enquête mensuelle sur la morbidité, la mortalité et l'état sanitaire de la Belgique. Pendant la guerre de 1870-71, le Dr Feigneaux, qui n'avait cessé de rendre les plus grands services aux Français réfugiés en Belgique fut chargé, par un Comité dont il était l'âme, d'aller porter des secours à nos ambulances, puis plus tard des dons en argent et en nature lors du ravitaillement de Paris. Son souvenir restera profondément gravé dans le cœur de tous ceux qui l'ont connu et apprécié.

3° M. le Dr Mauricet médecin honoraire des hospices de Vannes, chevalier de Légion d'honneur, l'un des doyens du corps médical français, décédé à l'âge de 92 ans (docteur du 9 avril 1822) et de M. le docteur Cazin, médecin de l'hôpital de Berck, bien connu par ses travaux sur les maladies de l'enfance et leur traitement dans les stations maritimes.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES SAMEDIS ET PUBLIANT TOUS LES MERCREDIS

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

BULLETIN

Paris, le 22 mai 1891.

Création d'une chaire d'hydrologie médicale à Toulouse. — Lectures faites devant l'Académie par les médecins étrangers.

A diverses reprises, dans les rapports qu'il consacrait à l'examen de toutes les questions que soulève l'étude des eaux minérales, M. A. Robin avait insisté sur l'opportunité de la création, dans l'une de nos facultés de médecine, d'une chaire spéciale d'hydrologie. Les judicieuses considérations développées par notre savant collègue ont été reproduites devant le Conseil général de la Haute-Garonne par le préfet de ce département, et un crédit de 3,000 fr. vient d'être voté pour instituer provisoirement près la faculté de Toulouse un cours complémentaire d'hydrologie médicale. En faisant connaître à l'Académie la lettre officielle qui lui a été adressée à ce sujet, M. A. Robin a émis le vœu que de nouvelles libéralités dues à l'initiative privée rendent bientôt possible la transformation de ce cours complémentaire en cours magistral. L'Académie s'est associée à ce vœu par un vote unanime. S'il est en effet une faculté en France où puisse être fructueusement enseignée l'hydrologie médicale, c'est bien celle de Toulouse qui pourra faire profiter ses élèves de toutes les ressources pratiques que donne la proximité des eaux des Pyrénées. On ne peut donc qu'applaudir à une motion qui, tout permet de l'espérer, encouragera les généreuses intentions qu'a laissé pressentir M. A. Robin et dotera la faculté de Toulouse d'un enseignement des plus utiles.

Un autre vote a marqué le début de la dernière séance. La libéralité avec laquelle l'Académie accordait à tous ceux qui se faisaient inscrire l'autorisation de lire devant elle un mémoire scientifique ou une observation médicale a donné lieu à divers abus. Trop souvent les lectures faites par des savants étrangers à l'Académie ont paru peu dignes d'une compagnie savante; plus souvent encore les auteurs de travaux, qui avaient la prétention d'innover au point de vue thérapeutique, s'empressaient de publier le texte de leur mémoire en spécifiant explicitement qu'il avait été communiqué à l'Académie et en laissant entendre qu'il avait été approuvé par elle. Pour mettre un terme à ces abus, le Conseil a décidé que les médecins étrangers à l'Académie seraient tenus de présenter, huit jours à l'avance, le manuscrit du travail dont ils voudront donner lecture. Cette réglementation nouvelle a été unanimement approuvée.

REVUE GÉNÉRALE

Etiologie et pathogénie des péricardites.

La péricardite peut être *aiguë* ou *chronique* : c'est là une notion qui relève plutôt de l'évolution clinique que de la pathogénie et à laquelle n'ont rien pu changer nos connaissances plus complètes sur la nature de la phlegmasie du péricarde.

Mais convient-il de maintenir aujourd'hui la division classique des péricardites en *péricardite primitive idiopathique* et *péricardite secondaire*? Cette dichotomie semble avoir perdu sa raison d'être depuis que les recherches bactériologiques nous ont mieux renseignés sur le mode pathogénique réel du refroidissement et du traumatisme : ces deux causes toujours invoquées des prétendues phlegmasies idiopathiques.

N'en est-il pas de la péricardite comme de la pleurésie, de la péritonite, de la pneumonie? et le froid ne borne-t-il pas son action à « favoriser le développement de l'inflammation en permettant à la cause réelle d'agir plus rapidement ou plus efficacement » (1) ?

La péricardite *a frigore*, admise par Corvisart, Bouillaud, Maurice Raynaud, semble donc fort sujette à caution; elle paraît devoir être rapportée tantôt au rhumatisme frappant primitivement le péricarde, tantôt à l'évolution d'une phlegmasie d'origine microbienne. Dans ce dernier cas il s'agit parfois d'un agent pathogène déjà isolé et connu, parfois au contraire d'une de ces lésions infectieuses cryptogéniques (2) dont les exemples sont fréquents en pathologie. Le froid n'a servi que de cause adjuvante ou déterminante à une péricardite microbienne; les phénomènes congestifs causés par le re-

(1) G. SÉE. Des maladies simples du poumon; 1886.
(2) HANOT. *Arch. gén. de méd.*, avril 1890.

froidissement ont créé l'opportunité morbide en préparant le terrain.

Il en est de même du *traumatisme* dans ses diverses formes. S'agit-il d'une plaie pénétrante par piqûre ou incision, comme dans les observations de Renauldin, de Murat, Stokes, Bamberger, etc., le mode d'introduction de l'agent infectieux est trop évident pour avoir besoin d'être discuté. Les plaies aseptiques ne s'accompagnent pas de phlegmasie; et si la péricardite suit le traumatisme de la séreuse, on est en droit d'admettre qu'il a ouvert une porte d'entrée à quelque agent pathogène. S'agit-il, au contraire, d'une simple contusion thoracique? le mode d'inoculation microbienne, pour être ici moins évident, peut néanmoins recevoir une explication plausible. Les recherches de Verneuil sur la localisation des colonies microbiennes à la suite des contusions articulaires fournissent un argument de valeur. La contusion prépare le terrain pour l'agent pathogène, ou détermine de véritables greffes au niveau de quelque rupture vasculaire ou épithéliale dans l'intimité des tissus. C'est ce mécanisme que nous avons proposé, dans une publication antérieure, pour le développement de la pneumonie traumatique (1).

Il semble donc que l'on soit autorisé à révoquer en doute l'existence de la péricardite primitive idiopathique considérée d'ailleurs comme rare par la plupart des auteurs.

La péricardite *secondaire* est, au contraire, très fréquente, plus même qu'on ne paraît l'avoir admis jusqu'ici, car il est peu de maladies infectieuses qui ne puissent, à un moment donné de leur évolution, s'accompagner d'une détermination plus ou moins accentuée sur le péricarde. Aussi doit-on toujours la rechercher en pareil cas et s'efforcer d'en percevoir les moindres signes qui sans cela passeraient aisément inaperçus.

On a attribué à la péricardite secondaire deux modes pathogéniques : *propagation, par contiguïté*, de la phlegmasie d'un organe voisin; *détermination sur le péricarde d'une maladie générale* infectieuse ou dyscrasique. Cette division ne saurait présenter un grand intérêt et la première variété pourrait bien n'être qu'un cas particulier de la seconde. Dans la péricardite, en effet, qui se montre au cours des affections pleuro-pulmonaires, et dont la fréquence est indéniable, ce n'est pas l'inflammation du poumon ou de la plèvre qui gagne le péricarde, mais le microbe pathogène de la pneumonie, de la pleurésie, qui se propage jusqu'à lui par les voies de la circulation (Hanot).

D'ailleurs, ne voit-on pas la même prétendue propagation se faire dans des cas où les mêmes affections pleuro-pulmonaires siègent dans des points nullement contigus au péricarde? Aussi Maurice Raynaud, qui ignorait les conditions de l'infection microbienne, était-il néanmoins amené à formuler cette sage réserve que la simultanéité de l'inflammation des deux séreuses paraît due moins à la contiguïté qu'à la tendance de l'affection primitive à frapper des tissus similaires.

La même interprétation, ou, si l'on veut, les mêmes restrictions doivent évidemment s'appliquer au mode de développement de la péricardite accompagnant les lésions du médiastin, des vaisseaux, des ganglions trachéo-bronchiques, de l'œsophage, du squelette thoracique, et aussi du diaphragme et de l'abdomen. L'irritation de voisinage n'a peut-être qu'une action, celle de localiser plus aisément sur le péricarde une détermination infectieuse de même ordre, en un mot de préparer le terrain péricardique.

La seule propagation directe qui soit incontestable est représentée par l'effraction dans la séreuse d'un empyème ou d'un abcès de voisinage; mais ici encore il s'agit d'une inoculation microbienne directe : l'injection aseptique d'un liquide non infectieux dans le péricarde ne détermine pas de réaction inflammatoire.

Insister davantage serait superflu.

On peut donc considérer la péricardite, dans ses diverses formes, comme une détermination d'ordre infectieux, tantôt localisée d'emblée sur le péricarde, tantôt apparaissant au cours d'une maladie générale infectieuse. Elle en est alors un élément au même titre que les autres manifestations de cette maladie; ou bien elle ressortit à une infection secondaire surajoutée à la maladie première.

II

Passons en revue les cas où elle peut faire son apparition.

Rhumatisme. L'existence de la péricardite au cours du rhumatisme articulaire aigu, entrevue dès 1788 par Pitcairn, n'a été complètement mise en lumière que par les recherches de Bouillaud qui la signale dans la moitié des cas, accompagnée ou non d'endocardite. Sa fréquence, admise d'une façon générale par les divers observateurs, a été néanmoins évaluée par des chiffres assez variables: ainsi Williams admet la proportion de 75 0/0, tandis que Latham, sur 136 cas de rhumatisme, ne l'aurait rencontrée que 7 fois. Les chiffres de 22 0/0 (Leudet), 20 0/0 (Ball, Sibson), 19 0/0 (Wunderlich), 16 0/0 (Duchek) semblent se rapprocher davantage de la réalité : c'est la moyenne acceptée par Maurice Raynaud et à laquelle se rallie également M. Bernheim dans le *Dictionnaire Encyclopédique*. On peut aisément expliquer les écarts numériques, en pareil cas, par les différentes conditions, inhérentes aux sujets observés, dans lesquelles se sont trouvés placés les divers observateurs, et aussi par des divergences dans l'interprétation des symptômes propres à fixer le diagnostic : les uns admettant la péricardite dans des cas où d'autres ne voient que de l'endocardite, ou dépistant la maladie dans ses formes légères qui pour d'autres passent inaperçues.

Quoi qu'il en soit, on s'accorde, depuis les lois de Bouillaud, à reconnaître que le péricarde est surtout atteint dans le rhumatisme polyarticulaire aigu, que l'on tend généralement à considérer aujourd'hui comme une pyrexie infectieuse, d'origine microbienne, à déterminations articulaires et viscérales multiples. Aussi la péricardite rhumatismale, qui sert de type ordinaire à la péricardite aiguë, doit-elle être classée dans les péricardites microbiennes dont l'agent pathogène reste encore histologiquement indéterminé.

Elle est sensiblement moins fréquente dans les cas de rhumatisme oligo-articulaire et dans le rhumatisme subaigu : cette différence a été mise en relief par Fuller qui, sur 41 cas observés, ne l'a vue que 2 fois accompagner le rhumatisme subaigu, et 39 fois le rhumatisme aigu avec polyarthrites.

Contestée dans le rhumatisme chronique, son existence a été prouvée cependant par les observations de Romberg, Walshe, Trastour, Ball, Cornil, Charcot; elle semble, d'ailleurs, présenter, en pareil cas, une moindre intensité et ne se montrer qu'à l'occasion des poussées subaiguës de l'affection rhumatismale.

Dans quelques cas, aujourd'hui bien étudiés, on voit la péricardite précéder de plusieurs jours les manifestations articulaires : Stokes, Graves, Taylor, West, Trousseau, Gubler en ont rapporté des exemples probants. Les

(1) André Petit. Contribution à l'étude de la pneumonie traumatique. *Gazette hebdomad.*, nos 7 et 8; 1886.

faits de ce genre ont été réunis par Hallez(1) qui a trouvé, sur 27 cardiopathies rhumatismales d'emblée, 22 fois la péricardite, associée dans 11 observations à l'endocardite. Il peut exister un intervalle de plusieurs jours entre le début de cette péricardite et l'apparition des arthropathies; aussi peut-on se demander si, dans quelques cas, la détermination rhumatismale péricardique n'est pas demeurée isolée, les manifestations articulaires ayant avorté, et si telle ne serait pas l'interprétation réelle de certains faits de soi-disant péricardite *a frigore*.

Plus ordinairement, c'est au cours de l'évolution du rhumatisme articulaire que la péricardite apparaît; assez généralement lors d'une première atteinte. Presque tous les auteurs s'accordent à fixer la deuxième semaine comme l'époque la plus commune de son début : du 6e au 10e jour (Hughes), jusqu'au 14e (Bamberger), dans la moitié des cas avant le 11e (Sibson), à la fin du premier septénaire (Duroziez) (2). Au delà du 15e jour, il s'agit de faits exceptionnels. Cette coïncidence de la détermination péricardique avec l'acmé du rhumatisme articulaire, conforme d'ailleurs à l'évolution des manifestations d'ordre infectieux, doit contribuer à ruiner l'ancienne hypothèse de la métastase des arthropathies sur le péricarde.

Le *rhumatisme blennorrhagique* paraît pouvoir s'accompagner, bien qu'exceptionnellement, de péricardite. Le fait lui-même, nié par Fournier, est admis par Ricord, par Maurice Raynaud s'appuyant sur des observations personnelles et sur un cas de Lehmann, par E. Besnier, et aussi par Bernheim et par C. Paul, qui ne se prononcent cependant qu'avec réserves. S'agit-il, en pareil cas, d'une détermination rhumatismale, ou de la localisation sur le péricarde, comme sur les séreuses articulaires, de l'élément spécifique de la blennorrhagie, maladie infectieuse? Ce serait vouloir trancher la question toujours pendante de la nature du rhumatisme blennorrhagique; nous ne saurions l'entreprendre ici.

La *chorée* s'accompagne assez fréquemment de péricardite, et surtout d'endopéricardite, qui parfois précède l'apparition des mouvements choréiques. H. Roger a noté 5 fois la péricardite, 19 fois l'endopéricardite et 47 fois l'endocardite seule sur 71 observations; M. Ollivier (3), sur 30 cas, a constaté 12 cardiopathies : 1 fois la péricardite et 11 fois l'endocardite. Ici encore se pose la question des relations de la chorée avec le rhumatisme : résolue affirmativement par Botrel, G. Sée, H. Roger, Maurice Raynaud, West, Ollivier, etc., elle est niée par d'autres et en particulier par M. Joffroy (4). Nous n'avons pas à nous prononcer; rappelons seulement que c'est au rhumatisme que l'on rapporte, dans la première opinion, la genèse des accidents péricardiques. C'est à cette manière de voir que se rallient MM. Raymond, et Picot et d'Espine. Peut-être les cardiopathies ne se montrent-elles que chez les choréiques *rhumatisants*, ce qui pourrait expliquer en partie les divergences d'opinion à cet égard.

Après le rhumatisme, ce sont les maladies infectieuses *pleuro-pulmonaires* qui représentent une des causes les plus fréquentes et les mieux connues de péricardite.

La *pleurésie* très souvent coexiste avec la péricardite; mais on conçoit qu'elle n'est ordinairement, (dans le rhumatisme aigu, par exemple) qu'une localisation morbide au même titre que la péricardite et que, par suite, elle ne saurait en être regardée comme la cause directe, alors même qu'elle aurait apparu avant celle-ci. On ne devra pas davantage considérer, dans des cas analogues, la péricardite comme cause de la pleurésie lorsque la plèvre est affectée après le péricarde. Nous avons déjà dit, du reste, que la contiguïté de tissu, entre la plèvre gauche et le péricarde par exemple, pouvait sans doute préparer le terrain pour la détermination péricardique et faciliter le transport du germe pathogène par les voies de circulation lymphatique : c'est du moins ce que tendraient à établir les recherches de Colrat (de Lyon).

La pleurésie d'ailleurs est une détermination presque constamment secondaire, aussi n'est-elle pas le plus souvent par elle-même la cause de la péricardite : c'est la pneumonie, la tuberculose, en un mot la maladie infectieuse pleurogène, qui détermine également la péricardite. Qu'il suffise de savoir que la nature de la péricardite et de la pleurésie coexistantes est identique en pareil cas, et que l'on a retrouvé dans le péricarde les mêmes microbes pathogènes qui existent dans l'épanchement pleural.

La *pneumonie*, pour Grisolle, ne se complique pas de péricardite : cette affirmation est évidemment inexacte, car si elle est moins fréquente dans ces conditions que Bouillaud ne l'admettait, elle a pu cependant être constatée par Leudet 6 fois sur 83 autopsies de pneumoniques. Elle peut se montrer à toutes les périodes de la pneumonie, plus fréquemment peut-être chez les sujets débilités et les alcooliques, et reconnaît le même agent pathogène, le pneumocoque, qui a été retrouvé dans l'exsudat péricardique. On a même signalé quelques cas de péricardite pneumococcique sans pneumonie, par localisation primitive et isolée du microbe de Frænkel sur le péricarde (1).

Les *broncho-pneumonies* infectieuses, et en particulier celle qui est une manifestation de la *grippe*, s'accompagnent assez souvent de péricardite : les cas de ce genre ont été maintes fois observés dans la dernière épidémie d'influenza. On a signalé la péricardite dans la *gangrène pulmonaire* (2).

La *tuberculose pulmonaire* ou *pleurale* est, après le rhumatisme, une des causes les plus fréquentes de péricardite. D'ailleurs la tuberculose peut se manifester d'une façon primitive sur le péricarde, et l'examen direct a fait parfois reconnaître la nature tuberculeuse de péricardites que l'on avait supposées tout d'abord primitives idiopathiques. Plus ordinairement la péricardite tuberculeuse n'est qu'un élément de l'ensemble connu sous le nom de tuberculose des membranes séreuses : aussi est-ce surtout la pleuro-péricardite que l'on rencontre en pareil cas. Enfin, dans un certain nombre d'observations, c'est à la tuberculose des ganglions péribronchiques ou médiastinaux que l'on a pu faire remonter l'origine de la phlegmasie du péricarde.

On a presque constamment affaire, en pareil cas, à une péricardite tuberculeuse, spécifiée par l'existence du bacille de Koch et la présence du tubercule de la séreuse à ses divers degrés d'évolution, mais il faut bien savoir que toute péricardite chez un tuberculeux n'est pas fatalement tuberculeuse.

Les faits de propagation directe de l'élément pathogène, par lésion tuberculeuse des tissus contigus au péricarde, sont connus et faciles à interpréter; dans les autres cas, il s'agit d'une localisation de l'agent infectieux apporté au péricarde par les voies de la circulation. C'est un mécanisme aujourd'hui de notion vulgaire dans l'histoire de la tuberculose.

Dans les *affections cardiaques*, c'est bien moins à l'*endocardite*, à la *myocardite*, à l'*aortite* qu'il faut rapporter la genèse de la péricardite concomitante, qu'à la cause

(1) Hallez. Thèse inaugur., 1870.
(2) Duroziez. *Traité clinique des maladies du cœur*. Paris, 1891.
(3) Ollivier. *Leçons cliniques sur les maladies des enfants*. Paris, 1889.
(4) *In* Thèse de Saric, Paris, 1885, et *Soc. méd. Hôp.*, 3 avril 1891.

(1) Boulay, Thèse inaug., Paris, 1891.
(2) Laurence. — Letulle.

elle-même de ces phlegmasies cardiaques ou aortiques : ce n'est pas l'endocardite rhumatismale qui engendre la péricardite, mais bien le rhumatisme cause première des lésions de l'endocarde. Il en est de même pour les autres maladies infectieuses dans lesquelles le myocarde et les séreuses qui l'enveloppent peuvent être isolément ou conjointement intéressés.

Au cours de l'hypertrophie cardiaque et des lésions valvulaires chroniques, les poussées de péricardite, ordinairement sèche, plastique (Bernheim), sont attribuées par la plupart des auteurs (Strumpell) à une inflammation propagée ; nous avons déjà vu ce qu'il convient d'entendre par là et les réserves qu'il est sans doute bon de faire pour quelque infection secondaire sur un terrain préparé et de moindre résistance.

Dans la plupart des *pyrexies infectieuses* on a signalé, avec une fréquence variable, l'apparition d'accidents péricardiques.

Parmi les *fièvres éruptives*, c'est surtout la *scarlatine* qui s'accompagne de péricardite. Le fait a été signalé par Kruckenberg, en 1820, et après lui par Gendrin, Bouillaud, Trousseau ; l'hydropéricardite scarlatineuse a été particulièrement étudiée par Thore (2) et depuis cette époque a été mentionnée par un grand nombre d'observateurs. Elle peut se montrer à toutes les périodes de la fièvre éruptive, mais surtout du 15ᵉ au 30ᵉ jour ; elle présente, comme les autres inflammations séreuses de la scarlatine, une tendance à la forme purulente ou hémorrhagique. On a longuement discuté pour savoir si le rhumatisme scarlatin en représente la cause prochaine ; c'est l'avis de M. Peter auquel se rallie M. Sanné : la détermination de l'agent pathogène pourrait seule fournir une démonstration irréfutable.

La *variole* se complique plus rarement de péricardite ; cependant Andral, Gintrac, Martineau, Desnos et Huchard en ont rapporté des exemples. Brouardel (2) l'a signalée comme assez fréquemment associée aux cardiopathies varioliques ; M. Barthélemy (3) la croit très rare : il en relate deux cas. L'épanchement, en pareil cas, peut être séreux, purulent ou hémorrhagique ; plus souvent il s'agit de fausses membranes limitées à la base du cœur (Karth et Vilcoq.)

Dans la *rougeole*, la péricardite est rare et passe souvent inaperçue au lit du malade (Sanné) ; cependant J. Frank, Barthez et Rilliet, Dufour, en ont cité des exemples.

La péricardite au cours de l'*érysipèle* a été signalée par Jaccoud, Duroziez, Hesse, Sevestre (4) et Denucé (5) ; manifestation rare de l'érysipèle suivant Jaccoud, elle serait plus fréquente pour Zuelzer (6) qui pense qu'elle a été souvent méconnue. Elle est néanmoins plus rare que l'endocardite à laquelle elle est d'ailleurs unie dans quelques cas. Tantôt sèche ou néo-membraneuse, tantôt accompagnée d'un épanchement, qui peut chez le nouveau-né offrir une abondance notable, elle ne serait jamais purulente, mais assez souvent hémorrhagique. Une notion des plus importantes pour la pathogénie consiste dans ce fait que Denucé, dans deux cas d'érysipèle de la face avec péricardite, a constaté dans l'exsudat de la séreuse cardiaque la présence de chaînettes du streptococcus érysipélateux parfaitement caractéristiques. C'est la démonstration de la nature infectieuse de la péricardite érysipélateuse.

Les déterminations sur le péricarde sont exceptionnelles dans la *varicelle* (Kirby) et aussi dans la *coqueluche*, en dépit d'une observation de Racchi (1) avec examen nécroscopique et bactériologique. Elle semble très rare également dans la *diphthérie* (Labadie-Lagrave), et son existence, en pareil cas, d'après Sanné, paraît même devoir être mise en doute. Notarès l'a étudiée au cours des *oreillons* (2) où elle avait été déjà signalée par Jaccoud comme accompagnant l'endocardite (3).

Dans la *fièvre typhoïde* la péricardite, assez fréquente d'après Gueneau de Mussy, serait rare au contraire suivant Homolle ; Petitfour en a recueilli six cas. Elle se montre d'ailleurs sous des aspects différents, accompagnée ou non d'endocardite et de myocardite : Leudet, Maurice Raynaud, la considèrent comme revêtant presque toujours la forme sèche, plastique ; Griesinger, Liebermeister ont constaté la production d'un épanchement dans des cas où existait en même temps de la bronchopneumonie ; Cl. de Boyer a noté la purulence de l'épanchement. Il est sans doute permis de penser que ces différences peuvent dépendre de la nature même de l'agent pathogène ; car si l'on peut incriminer, dans quelques faits, le bacille typhoïdique de Gaffky-Eberth, dans d'autres il s'agit vraisemblablement d'infections secondaires surajoutées, et les microbes de la pneumonie ou les streptocoques pyogènes semblent devoir être mis directement en cause. Il n'y a là rien de spécial, du reste, à la péricardite, et la même interprétation s'applique à toutes les complications de la dothiénentérie ou des maladies infectieuses quelles qu'elles soient.

L'*infection puerpérale*, la *pyohémie* se compliquent de péricardite et celle-ci n'est souvent qu'un élément d'une détermination infectieuse atteignant le cœur dans son ensemble. Elle a été signalée, en pareil cas, par Kirkes, Duchek, Willigk (5 cas sur 91 autopsies de septicémie puerpérale), par Siredey, Chauvel, etc. La purulence est ordinaire dans les lésions myopéricardiques de la septicémie : ce sont de véritables abcès métastatiques.

Le *scorbut* paraît avoir une influence pathogénique toute spéciale mise en lumière par Seidlitz, Krebel, Kyber : la péricardite s'y montre fréquemment et revêt la forme hémorrhagique. Elle semble parfois sévir épidémiquement dans le nord de la Russie et constituer l'élément prédominant de la maladie (péricardite sanguinolente exsudative de Seidlitz). Sans doute les conditions de température et d'hygiène ont une action prédisposante pour cette manifestation péricardique du scorbut.

On a encore signalé quelques cas de péricardite dans les *fièvres palustres* (Maurice Raynaud), mais ici les documents de valeur font défaut ; et si l'endocardite palustre reste hypothétique pour MM. Kelsch et Kiener (4) l'existence d'une péricardite de même nature paraît encore moins élucidée.

La *syphilis* ne semble pas posséder une influence pathogénique bien marquée pour produire la péricardite, du moins dans ses formes aiguës ou subaiguës. Les observations recueillies ont trait surtout à des lésions syphilitiques du myocarde intéressant plus ou moins la séreuse (Ricord), à des gommes péricardiques (Wagner, Lancereaux) ou à des lésions de sclérose, à des adhérences fibreuses (Friedreich) résultant peut-être moins d'une altération spécifique que d'une péricardite irritative, chronique, développée sur un fond syphilitique (Jullien). Quoi qu'il en soit, la possibilité de manifestations sur le péricarde de l'infection syphilitique doit être présente

(1) THORE. *Arch. gén. de médecine*, 1856.
(2) BROUARDEL. *Arch. de médecine*, 1874.
(3) BARTHÉLEMY. Thèse inaug., 1880.
(4) SEVESTRE. Thèse inaug., 1874.
(5) DENUCÉ. Th. de Paris, 1885.
(6) ZUELZER. *Ziemssen's Handbuch*, Bd, II.

(1) RACCHI. *Arch di Path. inf.*, 1885.
(2) NOTARÈS. *De la péricardite des oreillons*. Th. de Montpellier, 1888.
(3) JACCOUD. *Journ. de méd. et Chir. prat.*, février 1884.
(4) KELSCH ET KIENER. *Traité des maladies des pays chauds* Paris, 1889.

à l'esprit lorsque la cause des accidents demeure incertaine.

Ajoutons que Parrot regardait la syphilis héréditaire comme prédisposant l'enfant à la péricardite.

L'évolution du *cancer* du péricarde s'accompagne parfois d'une réaction inflammatoire plus ou moins intense déterminant la production tantôt d'adhérences à marche chronique, tantôt d'un épanchement qui offre ordinairement le caractère hémorrhagique.

Enfin le *mal de Bright* a été fréquemment incriminé comme cause de péricardite. Pour Taylor la péricardite brightique représenterait le tiers des cas d'inflammation de cette séreuse. Frerichs, Rosenstein, Duchek, ont réduit à de plus justes proportions cette assertion manifestement exagérée. Bamberger fixe le chiffre de 14 0/0. De toutes les phlegmasies des séreuses au cours du mal de Bright, la péricardite est la moins commune, surtout si l'on en distingue avec soin l'hydropéricarde. Elle accompagnerait plus souvent la néphrite parenchymateuse d'après Grainger-Stewart, Dickinson; plus souvent au contraire la néphrite interstitielle suivant Maurice Raynaud, Lécorché et Talamon (1); Kéraval (2) l'a rencontrée dans toutes les formes de lésions à marche lente mais déjà avancées du parenchyme rénal. Elle semble donc appartenir surtout aux néphrites chroniques, et revêt elle-même presque toujours les allures de la péricardite sèche, insidieuse, avec tendance à la symphyse. On a signalé cependant des cas plus aigus avec exsudat fibrineux ou purulent.

Mais il convient ici de dissocier la pathogénie complexe et discutée de la péricardite brightique. Nous pensons, en effet, qu'il faut distinguer trois modes différents : la péricardite peut accompagner une néphrite infectieuse qui sera parfois l'origine d'un mal de Bright, et reconnaître la même cause efficiente, le même agent pathogène; ou bien elle apparaît au cours d'un mal de Bright confirmé, mais n'est que l'une des manifestations d'une maladie générale intercurrente (rhumatisme, scarlatine, pneumonie, etc.) ou d'une infection secondaire (broncho-pneumonies, pyohémie, etc.) à laquelle la dyscrasie brightique a préparé le terrain : dans ces deux groupes rentrent les cas de péricardite séro-fibrineuse ou purulente. Enfin elle se montre comme conséquence directe du mal de Bright lui-même, de l'altération du milieu interne créé par la néphrite chronique : c'est la péricardite brightique proprement dite.

Lécorché et Talamon se demandent si l'existence de cette dernière est suffisamment justifiée, d'autant que les expériences entreprises par Keraval, qui l'attribue à l'urémie, ont précisément établi le résultat négatif des injections d'urée ou de carbonate d'ammoniaque, même après ligature des uretères.

On est, il nous semble, autorisé à penser qu'en pareil cas ce sont les leucomaïnes fabriquées par l'organisme, et non éliminées au niveau d'un rein malade, qui jouent le rôle pathogénique prépondérant, et remplacent pour ainsi dire les poisons solubles, les toxines sécrétées par les microbes dans les maladies infectieuses. On sait en effet le rôle considérable de ces poisons solubles dans la genèse des lésions d'ordre infectieux; pourquoi refuser aux ptomaïnes de l'organisme humain, accumulées par le défaut de dépuration rénale, une action pathogénique analogue? C'est une hypothèse tout au moins satisfaisante, et que M. Hanot a formulée à propos de l'endocardite chez les brightiques; elle paraît fort acceptable. La péricardite brightique proprement dite serait dès lors une péricardite toxique.

En résumé : la péricardite n'existe pas en tant qu'entité morbide. On observe *des péricardites* qui, parfois primitives (ce qui est de beaucoup le cas le plus rare), généralement secondaires, semblent devoir être toujours rapportées à un mode pathogénique infectieux ou toxique.

(1) Lécorché et Talamon, *Traité de l'albuminurie et du mal de Bright* Paris, 1888.
(2) Kéraval, *De la péricardite urémique*. Th. Paris, 1879.

III

Causes prédisposantes. Certaines conditions inhérentes à l'individu lui-même semblent favoriser le développement de la péricardite; les *influences climatériques* paraissent n'agir qu'indirectement, en rendant plus ou moins fréquentes les maladies infectieuses susceptibles de localisations sur le péricarde : c'est ainsi que les prétendues épidémies de péricardite des anciens auteurs doivent être rapportées aux épidémies saisonnières de ces maladies infectieuses. Le froid et l'humidité peuvent également exalter la virulence de certains agents pathogènes demeurés à l'état latent, ainsi que Netter l'a démontré pour le pneumocoque. Nous avons déjà, d'autre part, essayé d'interpréter le rôle que joue la température extérieure dans la pathogénie de la péricardite, dite *a frigore*.

Quoi qu'il en soit, les déterminations péricardiques dans leur ensemble paraissent être plus fréquentes dans la *jeunesse* et l'*âge moyen;* sans doute parce que c'est l'époque de la vie où se montrent de préférence les maladies qui s'accompagnent de péricardite secondaire.

Dans *l'enfance*, la péricardite est rare surtout avant 5 à 6 ans (Rilliet et Barthez, Lebert, Roth, Bednar, Descroizilles, etc.); cependant on l'a observée pendant la vie intra-utérine ou chez le nouveau-né (Billard, Homolle, Rauchfus, Steffen, Hénoch, etc.); Weber a vu la péricardite pyohémique accompagner fréquemment l'inflammation du cordon; Senhouse Kirkes l'a rencontrée dans trois cas de pyohémie chez de jeunes enfants; Letulle a relaté des exemples de péricardites latentes, de nature infectieuse, chez des nouveau-nés. Un cas rapporté par Homolle établit l'existence d'une péricardite purulente chez un nouveau-né dont la mère avait succombé à une infection pyohémique.

Chez le *vieillard* la fréquence, tout au moins relative, de la péricardite, signalée par Willigk et confirmée par Vulpian qui en a observé 10 cas, a été de nouveau mise en lumière par Lejard (1) qui établit que « la péricardite aiguë n'est pas rare chez le vieillard et qu'on l'observe surtout entre 70 et 90 ans. » Elle revêt dans ces circonstances, plus souvent encore que chez l'adulte, des allures insidieuses. Cette fréquence serait même encore plus grande si l'on y comprenait, comme on le fait quelquefois à tort, les lésions scléreuses du péricarde constatées à l'autopsie des vieillards, mais relevant soit de l'involution sénile, soit d'une poussée de péricardite remontant à un grand nombre d'années et ayant laissé des traces indélébiles.

Elle reconnaît la même pathogénie que chez l'adulte et les mêmes formes anatomiques : rarement sèche, plus ordinairement avec épanchement séreux, purulent ou hémorrhagique. La sénilité jouerait surtout le rôle de cause prédisposante par débilitation et affaiblissement de l'individu.

L'influence du *sexe* est admise par presque tous les observateurs : les hommes sont plus fréquemment atteints. Cependant Bamberger pense que l'écart est peu consi-

(1) Lejard. *De la péricardite aiguë chez le vieillard*. Thèse de Paris, 1885.

dérable (38 hommes et 25 femmes). D'après Barthez et Rilliet, la prédominance pour le sexe masculin est encore plus marquée dans l'enfance (21 contre 3); elle appartiendrait au contraire au sexe féminin dans la vieillesse (Lejard).

Les conditions *hygiéniques* paraissent également n'être pas sans influence : d'une façon générale tous les débilités, les déchus, les surmenés se trouvent dans un état de prédisposition manifeste. C'est ainsi que la misère, les fatigues, l'alimentation insuffisante, l'alcoolisme, l'aliénation mentale, les cachexies, peut-être le brightisme, favorisent l'éclosion des accidents péricardiques. On comprend dès lors l'apparence épidémique de ces accidents dans certains cas où les mêmes conditions d'hygiène défectueuse sont communes à tout un groupe d'individus : épidémies relatées par Trécourt pendant le siège de Rocroy, par Hubert dans des circonstances analogues, par Lalor, Kilkenny. La péricardite épidémique hémorrhagique du nord de la Russie (Seidlitz) admet sans doute des causes prédisposantes du même ordre.

ANDRÉ PETIT.

TRAVAUX ORIGINAUX

Traitement de la tuberculose par la méthode du professeur Koch.

Mémoire présenté à la Société médicale de Varsovie le 27 janvier 1891, par le prof. J. BARANOWSKI.

(*Suite*).

A la séance de la Société médicale de Varsovie du 9 décembre 1890, les docteurs Bujwid, Pulawski et Jasinski ont décrit les résultats des études dites de diagnostic, à la suite desquelles les doses relativement fortes, pour les adultes un centigramme, pour un enfant de deux à sept milligrammes, n'ont amené aucune réaction générale. On a présenté à la même séance des observations analogues du docteur Dunin. Le docteur Heryng nous a présenté une malade guérie antérieurement d'une tuberculose laryngée et pulmonaire à laquelle on a fait, pour se convaincre de la réalité de sa guérison, trois injections (la dose la plus élevée : huit milligrammes) sans aucune réaction générale, ni locale, soit dans le larynx soit dans les poumons.

Il y avait donc des faits prouvant d'une manière positive que les malades non tuberculeux supportent sans réaction générale des doses assez fortes, et cependant nous n'osons pas avancer une conclusion décisive conforme à la thèse du docteur Koch. Pour excuser notre incertitude dans l'appréciation de la valeur des injections du liquide de Koch, nous devons en appeler avant tout à la manière tellement différente, pour ainsi dire paradoxale, des phthisiques eux-mêmes, par rapport aux thèses de Koch.

Guidés par notre circonspection qui s'est trouvée justifiée, nous avons commencé le traitement des phthisiques par des doses minimes entre un demi et deux milligrammes, au plus, souvent par un milligramme.

Les docteurs Dobrzycki et Heryng ont reconnu dans un cas qu'ils ont observé et décrit au premier examen une infiltration du sommet du poumon gauche, à la quatrième côte par devant, jusqu'à la moitié de l'omoplate en arrière. On a trouvé dans le larynx de cette malade une infiltration de la paroi postérieure, un gonflement des fausses cordes vocales, un épaississement partiel de la vraie corde vocale gauche. Le docteur Mayzel a trouvé dans les expectorations des fibres élastiques et des bacilles. On a fait 12 injections à cette malade. Après les 4 premières elle n'avait presque pas de fièvre, après la 5e (six milligrammes), la température a monté jusqu'à 38°,6, et après la dernière injection d'un centigramme la réaction fébrile n'a point eu lieu; après quoi on a interrompu le traitement à cause d'une aggravation dans le larynx qui est survenue dans le courant des injections.

Dans le cas observé par le docteur Dunin, les poumons présentaient des lésions considérables; les premières 7 injections ont amené une fièvre dépassant à peine 38°. Ce n'est qu'après la 8e injection, à la même dose que les trois précédentes, qu'une température de 40° est survenue avec sueurs nocturnes; la fièvre dure, un peu moins forte, jusqu'au 8 janvier, c'est-à-dire jusqu'au dernier examen noté par le docteur Dunin.

La malade qui a été dans le service des docteurs Chrostowski et Kistocki, malgré de grandes lésions dans les poumons, n'a pas eu de fièvre pendant les trois semaines qui ont précédé le traitement. On lui a administré 4 injections dont la plus forte (la troisième) a monté à deux milligrammes. Dès le début, la réaction générale a été considérable, ce qui obligea d'interrompre les injections; néanmoins la fièvre persista, se maintint à des températures très élevées, s'accompagna de symptômes d'aggravation locale, et prit le caractère d'une fièvre hectique.

Un malade, dans le service du docteur Dunin, dont l'observation a été publiée par ce dernier, avait des lésions considérables dans le sommet du poumon gauche, une fièvre légère atteignant à peine 38°,4 sans sueurs, avant que le liquide de Koch ne lui fût administré. Les 4 premières injections de deux à trois milligrammes ont à peine amené une fièvre de 38°,4; subitement après la 5e injection de deux milligrammes, moins forte que les précédentes, le caractère de la fièvre a changé : la température monte rapidement à 39°, même à 40°, avec intermittences de 37°,5; de plus on voit apparaître dans les poumons des lésions bien plus étendues qu'avant le traitement. Six jours après, la fièvre baisse, et revient au type d'avant le traitement. Au bout de plusieurs semaines, l'aggravation des symptômes locaux observée dans les poumons au courant des injections disparaît.

Trois phthisiques observés par les docteurs Sokotowski et Dinochowski nous ont donné des résultats négatifs. Tous les trois avaient des lésions tuberculeuses au larynx et dans les poumons. Chez les deux premiers la fièvre montait à 38° avant les injections, chez le troisième jusqu'à 39°. On a dû cesser les injections chez ces trois malades, vu l'aggravation locale et générale, ainsi qu'une augmentation de fièvre; après la cessation du traitement, la fièvre a duré encore un certain temps, avec température très élevée.

Dans le cas du docteur Freydenson, on a administré au malade 7 injections. Ce n'est qu'à la 5e, dont la dose était de huit milligrammes, qu'une réaction plus forte s'était manifestée, avec 39°,4 de température. Après la 6e et la 7e injection (six milligrammes et cinq milligrammes), la température s'est élevée, mais d'une façon insignifiante, et huit jours après la dernière injection la température a été presque normale, montant à peine à 37°,7. Dans ce cas, malgré une si faible réaction fébrile, le résultat général du traitement n'a pas été propice. L'état du malade a empiré, son affaiblissement a augmenté considérablement, ce qui nous a forcés d'interrompre les injections; l'examen des poumons a démontré que le foyer constaté primitivement n'a subi aucun changement, et dans l'autre sommet, apparurent distinctement certains symptômes qui n'ont pas été observés avant le traitement.

Dans deux cas terminés par la mort, nous sommes frappés par ce fait extraordinaire que, le traitement par la méthode de Koch une fois abandonné à la suite d'une notable aggravation de l'état général ainsi que de l'état local, la fièvre, qui avant les injections n'existait pas, apparut sous l'influence du traitement, pour cesser dès que les injections furent interrompues. Un de ces deux malades n'a point eu de fièvre pendant les sept derniers jours de sa vie, le second a été pendant 18 jours dans un état d'apyrexie ou sous-fébrile. Ce n'était donc pas le type ordinaire des phthisiques à la dernière période. On pourrait supposer que l'organisme des deux malades était sous l'influence du facteur toxique agissant sur les centres nerveux et en particulier sur les centres qui régissent la production et la perte de la chaleur dans l'organisme.

Le troisième cas de mort est plus désolant : le décès est survenu cinq jours après une seule et unique injection d'un milligramme de liquide.

Nous pouvons citer cependant à côté de ces résultats toute une série d'observations, qui forment un contraste frappant avec les cas précédents.

Nous rangeons dans cette catégorie le malade du Dr Hewelke, dont nous avons déjà parlé au sujet de sa réaction locale très marquée. Chez ce malade, assez bien nourri, exempt de fièvre, mais atteint d'infiltration et d'une caverne tuberculeuse dans le sommet gauche, la fièvre a monté jusqu'à 40° après la première injection d'un milligramme et demi; après les cinq suivantes, dont la dernière s'élevait à trois milligrammes et demi, la réaction a été très modérée, la température variait peu de 38°, et le poids du malade a augmenté, dans le courant du traitement, de 3 kil. 50.

Les observations du Dr Jakowski et celles du Dr Karwowski sont aussi favorables. Le Dr Jakowski a porté sa dernière dose jusqu'à cinq milligrammes et la fièvre n'est montée rapidement qu'une seule fois, jusqu'à 39°; le reste du temps elle ne dépassait pas 38°. Le Dr Karwowski, après avoir commencé par un milligramme, arriva jusqu'à trois milligrammes. Il a administré 9 injections et la température ne dépassait jamais 38°. Nous avons déjà parlé de ce malade à propos d'une vive réaction locale dans le larynx, presque pas de réaction générale, le tout suivi d'une amélioration prononcée.

Nous pouvons citer au nombre des plus brillants résultats un des cas observés par le docteur Chrostowski. Après les 4 premières injections la fièvre oscillait entre 38°,5 et 39°,5. Les injections suivantes, dont la dernière s'élevait à un centigramme et demi, n'ont pas provoqué d'augmentation de température. Le malade, qui toussait et expectorait des bacilles depuis 9 mois, a quitté l'hôpital avec une amélioration générale, ayant presque perdu sa toux. L'examen des expectorations fait par le Dr Bujwid n'a démontré qu'une seule fois la présence des bacilles que, depuis, il a été impossible de découvrir.

Nous pouvons encore compter au nombre des cas les plus favorables un second malade du service du Dr Chrostowski, ainsi que deux malades du Dr Heryng. Tous les trois diffèrent des observations précédemment mentionnées et même de tous les malades que nous avons soumis au traitement de Koch, en ce que l'on n'a point trouvé de bacilles dans leurs expectorations. Il y avait cependant chez deux d'entre eux des lésions dans le larynx, reconnues par les spécialistes comme indubitablement tuberculeuses. Le malade du Dr Chrostowski avant le commencement de son traitement avait pendant quelque temps des frissons, des sueurs nocturnes, et de plus il crachait le sang. Il faut dire encore que le frère de ce malade est mort d'une phthisie pulmonaire. Les injections ont amené chez lui une faible réaction fébrile, qui a autorisé une rapide augmentation de dose. Chez un des malades du Dr Heryng, à côté d'une réaction bien vive dans le larynx, qui a amené une amélioration considérable, la réaction générale ne se fit sentir qu'après une dose de neuf milligrammes. Chez un autre malade du même service, dans le courant de 7 injections dont la dernière montait à six milligrammes, il n'y avait presque pas de réaction générale; le malade a quitté néanmoins l'hôpital avec une amélioration totale dans le larynx, qui a été le siège principal de la tuberculose.

Dans un cas de pleurésie exsudative, dans laquelle le Dr Chrostowski a vainement et à maintes reprises évacué le liquide, qui se renouvelait continuellement, on a appliqué 11 injections. La dernière et la plus grande dose était de 2 centigrammes. Après la deuxième injection de 5 milligrammes, le malade a eu une température de 39°. La troisième et la quatrième injection ont été sans réaction. Après la cinquième de 8 milligrammes, la température est montée jusqu'à 38°,7 avec des symptômes fébriles généraux. Les 6 injections suivantes, à doses graduellement croissantes jusqu'à 2 centigrammes, n'ont plus de réaction générale. Dans le courant du traitement, l'exsudat a disparu complètement, ce dont le Dr Chrostowski s'est convaincu par de fréquents essais d'aspirations pratiquées à l'aide de la seringue de Pravaz. Le malade a gagné 2 kilogr. 75. On n'a pas trouvé de bacilles dans les expectorations de ce dernier malade, qui toussait peu.

Des observations mentionnées nous nous croyons autorisés à déduire la conclusion suivante : *L'apparition de la réaction locale est presque certaine, quand les doses du remède appliqué sont bien appropriées ;* il nous a été par contre impossible d'établir une règle quelconque quant à la force et aux degrés de la réaction générale; dans les deux cas avec issue mortelle, la réaction générale, qui consistait en fièvre, était très modérée. Dans les cas d'une aggravation prononcée, ce n'est qu'après plusieurs injections que la réaction générale s'est manifestée avec des symptômes d'un mal local considérable.

Rappelons-nous que chez les phthisiques et particulièrement avec état fébrile et symptômes de destruction dans les poumons, les rapports sont très compliqués. Nous n'y avons pas seulement affaire avec le processus tuberculeux, mais encore avec une injection mixte. Voilà pourquoi il est impossible de prévoir d'avance la manière d'être de l'organisme, en présence d'un remède qui agit comme un toxique énergique sur les tissus atteints de tuberculose et sur les processus inflammatoires qui l'accompagnent, en présence d'un remède qui provoque des hypérémies, stimule l'inflammation, etc. Voilà pourquoi, si nous voulions réitérer la question : Peut-on reconnaître une valeur diagnostique au remède de Koch? la réponse ne pourrait qu'être dubitative, et jusqu'à un certain point négative. Nous pouvons reconnaître une valeur diagnostique réelle aux symptômes de la réaction locale là où ces symptômes sont possibles à constater. La valeur de la réaction générale nous paraît bien moins positive, malgré l'importance que le Dr Koch lui attribue, lorsqu'il dit : « *Le remède sera dans l'avenir l'un des facteurs indispensables du diagnostic.* » Quant à nous, nous tirons de toutes nos études uniquement cette conclusion, que dans les cas où une forte réaction générale se produit après de petites doses, depuis 1 jusqu'à 3 milligrammes, soit après la première injection, soit après les suivantes, dans ces cas-là, on est autorisé à considérer l'existence des foyers tuberculeux comme fort probable, les symptômes locaux fussent-ils peu distincts, et même douteux. Tout au contraire le manque de réaction générale, surtout le manque de fièvre, fût-ce après des doses d'un centigramme, que le professeur Koch trouve décisives, ne donne aucune certitude de l'absence complète de foyers tuberculeux

dans l'organisme. Témoin le malade du Dr Chrostowski, deux malades du Dr Heryng et Dobrzycki, qui démontrent le plus catégoriquement la véracité de notre assertion, en dépit de la thèse du professeur Koch.

Dans les premiers moments de l'application de la méthode de Koch, on pouvait parler plus hardiment de sa valeur diagnostique. Le praticien qui ne pouvait être arrêté par de funestes expériences de ses devanciers était prêt à injecter un centigramme comme essai à un phthisique douteux. Maintenant, après de nombreuses publications constatant que les doses élevées peuvent amener des symptômes très alarmants, on peut risquer comme première injection un centigramme uniquement là où le praticien a acquis une certitude complète de l'absence totale de foyers tuberculeux internes. Mais alors la valeur diagnostique d'une telle injection serait nulle, si le praticien n'a pas commis d'erreur; tandis qu'elle deviendrait dangereuse, s'il s'était trompé. Et une erreur pareille est pourtant bien possible.

Le nombre de cas observés par nous est peut-être insuffisant pour déduire des conclusions positives; si cependant la restriction de la valeur diagnostique du liquide de Koch est juste, voilà ce qu'il faut encore y ajouter comme mode de conduite : *dans tous les cas de tuberculose pulmonaire constatés, sans égard à l'étendue possible du processus morbide, ainsi que dans tous les cas douteux, il faut commencer le traitement par de petites doses.*

Pour en revenir à la question du dosage des injections réitérées, nous sommes obligés d'avouer que le résultat de nos propres expériences n'est pas conforme aux opinions du Dr Koch, qui fait dépendre l'augmentation des doses et les termes des injections uniquement de la réaction fébrile.

Un malade de l'hôpital de l'Enfant-Jésus a été soigné avec la plus grande circonspection. On a commencé par la dose d'un milligramme. Le 3e jour, lorsque la fièvre avait cessé, on a renouvelé la même dose; après ces deux injections, il n'y avait presque aucune réaction générale; alors seulement on a injecté, le 3e jour, 2 milligrammes. Cette injection ayant provoqué une réaction un peu plus forte, on a interrompu pendant deux jours le traitement, puis on a donné la dose de 2 milligrammes; après quoi la réaction générale a été moins grande que précédemment. On a renouvelé une fois encore la même dose... et, huit jours après, le malade mourut presque sans avoir eu de fièvre! Il faut encore ajouter ici que les symptômes de réaction locale chez ce malade ont été distincts, malgré une réaction fébrile douteuse; à tous ces symptômes se joignirent des modifications d'expectoration, et l'apparition d'un grand nombre de bacilles à formes sensiblement modifiées. Cette migration, cette mobilité des bacilles pouvaient être considérées, d'après les premiers rapports optimistes venus de Berlin, comme un témoignage favorable, comme l'avant-coureur d'une amélioration imminente; tout au contraire, c'était le précurseur d'une dissémination rapidement croissante, d'une généralisation du processus tuberculeux, ainsi que l'ont constaté les examens nécroscopiques. Dans un autre cas encore, qui, il est vrai, n'a pas été mortel, mais où l'aggravation était considérable, et maintes fois constatée, chez une malade à l'hôpital Saint-Roch, la réaction fébrile ne donnait pas d'indications suffisantes quant aux doses, dans la gradation desquelles on a pris les plus grandes précautions. Après 4 injections, dont la dose la plus élevée fut de 2 milligrammes, on interrompit le traitement, non pas à la suite d'une réaction excessive au moment des injections, mais eu égard à l'extension du processus dans les poumons, à l'augmentation des symptômes de destruction auxquels se joignit une fièvre hectique.

Nous pouvons dire la même chose des autres cas que nous avons antérieurement cités, et dans lesquels le résultat du traitement a été funeste.

Justement les cas dont le cours a été défavorable sont en quelque sorte un avertissement de ne pas se fier à la réaction générale, aux degrés de température, mais de s'appuyer de préférence, si ce n'est exclusivement, sur les lésions locales, prenant en considération non seulement les signes physiques, mais aussi certains symptômes fonctionnels, comme le nombre des respirations, la toux, et certains symptômes subjectifs, tels que les douleurs thoraciques, le sentiment d'étouffement, etc. Ce n'est que le rapprochement des symptômes locaux, joint aux degrés de température, à l'état général, qui peut nous guider et indiquer s'il est permis d'augmenter la dose et préciser les intervalles qu'il faut observer.

Nous devons enfin noter qu'il y avait des cas dans lesquels la réaction générale était conforme à la formule de Koch. Au nombre de ces derniers peut être compté le malade du Dr Hewelke et un autre malade du Dr Chrostowski. Il est inutile de répéter les données que nous avons citées antérieurement; nous passons donc à une autre question, très grave aussi. Le professeur Koch prétend que *sa lymphe rend les animaux résistants à la tuberculose*; *quant aux hommes qui en sont déjà atteints, il recommande l'application continuelle de ce remède afin de préserver les tissus menacés de l'invasion de nouveaux parasites.* Ces paroles du professeur Koch renferment l'assertion que son remède rend l'homme tout aussi résistant aux bacilles que les cobayes.

Nous n'osons point prétendre que les observations relatées par nous donnent un démenti à cette thèse, qui devrait en quelque sorte être la base principale du traitement; pourtant nous sommes obligés de déclarer qu'il ne nous a pas été donné d'observer les faits affirmatifs. Peut-être en a-t-il été ainsi, parce que nous avons procédé par doses très modérées, sans jamais appliquer des doses très élevées. Il est possible que des doses d'un centigramme, de deux et de plus, donnent à l'organisme humain *l'immunité* et qu'elles garantissent les tissus de l'invasion des bacilles, qui par l'action même du remède ont été dérangés de leurs gîtes permanents, et mis en mouvement. Nous avons déjà indiqué les motifs à la suite desquels nous avons usé de tant de circonspection; nous pouvons donc nous borner à prétendre, sous toute réserve, que : *si le remède de Koch possède la faculté de donner l'immunité contre la tuberculose à l'organisme humain, la dose indispensable pour atteindre ce but sans mettre en danger la vie du malade peut être appliquée uniquement dans des cas exceptionnels.* Le professeur Koch lui-même définit le rapport entre l'impressionnabilité d'un cobaye et celle de l'homme, comme 1 : 15,000. Le professeur Hoyer dit dans son mémoire (*Gaz. lek.*, 1891, n° 2) : « Le liquide injecté sous la peau à forte dose produit, dans un organisme sain, des symptômes ressemblant aux effets de certaines ptomaïnes, » etc.; et plus loin : « Il est très possible que l'action toxique ne soit pas en rapport immédiat avec l'efficacité préservatrice et médicale, mais on dirait qu'elle contient un restant de toxine incomplètement détruite dans la préparation du liquide d'injection. »

Quoique nous ayons tâché de nous en tenir strictement aux faits obtenus à la suite d'observations cliniques, nous pouvons cependant considérer les aperçus du professeur Hoyer comme justifiés. Eu égard aux résultats pour la plupart négatifs de nos observations sur la phthisie pulmonaire, la manière de voir du Dr Hoyer nous ouvre un horizon plus rassurant pour l'avenir. Une amélioration, un perfectionnement dans la méthode de la préparation du liquide peut diminuer son influence désastreuse sur l'organisme de l'homme. La supposition du professeur Hoyer trouve une confirmation dans le communiqué du

professeur Koch (15 janvier 1891, *Deutsch. med. Woch.*). Le professeur Koch lui-même prétend que l'extrait de glycérine des cultures pures de bacilles tuberculeux, employé pour l'injection, contient, excepté LA SUBSTANCE AGISSANTE (*die wirksame Substanz*), encore d'autres corps solubles dans une solution de 50 0/0 de glycérine, qui sont des substances extractives de composition inconnue (*unbekannte Extraktivstoffe*). La présence de ces dernières ne se laisse pas déterminer complètement même par une précipitation par l'alcool, car le résidu contient non seulement la *substance agissante*, mais encore certaines compositions extractives également indissolubles dans l'alcool. La composition chimique qu'on emploie pour les injections est très complexe. Il est impossible de considérer comme suffisamment rassurante l'assertion de Koch, qui prétend *que les corps qu'on peut éliminer par l'alcool sont indifférents pour l'organisme de l'homme*, car il ne dit pas si cette thèse rassurante se laisse appliquer de même aux corps dont la composition lui est inconnue et qui, avec sa *wirksame Substanz*, sont précipités par l'alcool. Enfin nous ne pouvons passer sous silence, que lorsque le professeur Koch attribue à son liquide uniquement l'action qui amène la nécrose coagulative, les examens nécroscopiques faits sur les malades traités par le liquide de Koch ont démontré d'une manière péremptoire encore d'autres actions. Le professeur Virchow appelle le remède de Koch tout bonnement *une toxine qui occasionne une inflammation purulente* (v. *Berl. klin. Woch.*, 12 janvier 1891). La même opinion a été exprimée avant Virchow par Cornil (*Journ. des conn. médic.*, n° 57 du 8 décembre 1890). Les autopsies faites à Varsovie ont donné des résultats en accord avec les théories de ces deux sommités. Enfin le professeur Koch lui-même, dans son dernier communiqué, affirme que les injections sous-cutanées des cultures des bacilles tuberculeux dissoutes dans l'eau en quantité suffisante, appliquées à un cobaye, amènent infailliblement la suppuration.

Après cette digression dans la sphère des théories, revenons à la question : *L'organisme de l'homme est-il résistant contre les bacilles tuberculeux sous l'influence du nouveau remède?* Nous sommes forcés d'abord de relever les résultats négatifs fournis par les autopsies des malades qui furent observés un laps de temps plus long que l'individu mort à l'hôpital de l'Enfant-Jésus, ainsi que celui de l'hôpital Saint-Roch. Dans les deux cas, selon les opinions des docteurs Heryng et Danin, cités dans leurs observations, on a trouvé du vivant des malades des changements dans les expectorations qui sont un témoignage de la subite mobilisation des bacilles dans l'organisme; des symptômes d'une généralisation, d'une infection tuberculeuse, trouvés à l'autopsie, confirmaient ce fait.

Les cas cités d'aggravation arrivés dans le courant du traitement par la nouvelle méthode, avec apparition d'une fièvre hectique, n'autorisent pas plus les assertions affirmatives que négatives, quant à la question posée, car nous ne savons pas si l'on peut considérer l'aggravation du mal comme le résultat du processus tuberculeux ou l'attribuer aux nouveaux foyers inflammatoires provoqués par le remède, qui expliquent suffisamment la fièvre à caractère hectique.

Quant aux cas dont les résultats ont pu être considérés comme satisfaisants, la durée de nos observations, ainsi que le temps écoulé depuis la fin du traitement, est trop limité pour nous permettre de déduire une conclusion concernant l'immunité obtenue par la lymphe de Koch.

Dans la considération générale des résultats de nos observations faites collectivement dans les hôpitaux de Varsovie, nous avons essayé de toucher aux questions principales qui se rattachent à la nouvelle méthode de traitement des processus tuberculeux. Nous avons parlé de la réaction locale et de ses symptômes, de la réaction générale et de son importance, ensuite de la valeur diagnostique du liquide de Koch. Nous avons encore débattu la question de la première dose, ainsi que de la gradation des doses. Enfin nous avons touché à la question principale : la méthode de Koch peut-elle donner l'immunité à l'organisme de l'homme pour l'infection tuberculeuse? Nous avons établi ces études sur des données positives, puisées dans nos observations, et de cette manière ces observations, présentées en abrégé, ont pu mettre le lecteur au courant de l'état des malades traités par la nouvelle méthode, et enfin des résultats aussi bien positifs que négatifs de tout le traitement. Comme le but principal de notre étude consiste dans l'appréciation de ces résultats, nous devons les examiner une fois encore et en parler séparément.

(A suivre.)

CONTRIBUTION PHARMACEUTIQUE

Solution titrée de lactate de quinine pour injections hypodermiques.

Je viens de lire, dans la *Médecine moderne* (n^os de février 1891), deux articles M. le Dr Laveran, professeur au Val-de-Grâce, sur les sels de quinine, et sur leur emploi en injections hypodermiques. A propos du lactate de quinine, M. Laveran s'exprime ainsi :

« Le lactate de quinine a été préconisé par M. le Dr Vigier (*Gaz. hebd.*, 1885, p. 83). Ce sel cristallisé, tel qu'il est dans le commerce, n'a pas une solubilité suffisante pour les injections hypodermiques. » — Il est évident, d'après ces lignes, que l'auteur n'a pas eu connaissance de mon second article sur ce sujet; article paru longtemps après le premier et dans lequel j'annonçais que le lactate de quinine, au moment de sa préparation, s'était facilement dissous dans quatre fois son poids d'eau; mais qu'une fois cristallisé, il demandait de 10 à 20 fois son poids d'eau pour se dissoudre. Cette anomalie surprenante expliquait l'insuccès des injections de lactate de quinine, dans la pratique médicale. Je reviens une dernière fois sur ce sujet, parce que je crois qu'il mérite de fixer l'attention.

Le lactate de quinine est un sel très riche en quinine; il en contient 78,26 0/0. En solution titrée au 5e, il fournit des injections hypodermiques qui ne sont pas douloureuses.

Chaque seringue de 1 gr. contient 0,20 de lactate; et il est facile de donner plusieurs injections sans retirer l'aiguille.

Pour faciliter la préparation de cette solution titrée et la rendre officinale, voici la formule que je propose et que je suis depuis plusieurs années :

Prenez: Sulfate de quinine 21 gr. 50 (représentant 16 gr. de quinine); dissolvez dans 500 gr. d'eau distillée aiguisée de 27 gr. 50 d'acide sulfurique dilué au (10me), ajoutez 29 gr. d'ammoniaque; laissez en contact pendant 24 heures en agitant de temps en temps ; lavez la quinine hydratée à l'eau distillée ; recueillez-la sur un filtre ; délayez-la dans 100 gr. d'eau distillée chaude ; maintenez-la au bain-marie, en ajoutant petit à petit environ 4 gr. 25 d'acide lactique pur, c'est-à-dire jusqu'à légère réaction acide; laissez refroidir; filtrez et complétez le poids de 100 gr. — 5 gr. de cette solution contiennent 1 gr. de lactate de quinine. On trouve sur le filtre un précipité qui ne dépasse jamais 0 gr. 50. Il dépend de la pureté plus ou moins grande du sulfate de quinine et de l'acide lactique employés.

PIERRE VIGIER.

ERRATA

Par suite d'une erreur dans l'envoi des placards, un certain nombre d'incorrections ont subsisté dans la Revue générale « l'Aphasie sous-corticale », parue dans notre dernier numéro. Nous ne pouvons relever que les principales:

Page 231, 2e colonne. — Gairdner *au lieu de* Gardner.

Id. — Sous-corticales, ce qui n'aurait pas, *au lieu de* sous-corticales, ce qui n'avait pas.

Page 231, 2e colonne. — Automatiquement, *au lieu de* automatique.

Page 231, 2e colonne. — Appartiendraient, *au lieu de* appartiennent.

Page 232, 2e colonne. — Lichtheim *au lieu de* Lichteim.

Id. — Un procédé capable à son avis, de démontrer l'intégrité du centre auditif, c'est-à-dire de l'image verbale auditive, *au lieu de* un procédé capable, à son avis, de démontrer l'intégrité du centre de Broca, c'est-à-dire de l'image verbale motrice.

Page 233, 2e colonne. — Supprimer le passage compris entre « Aphasie de Broca pure » et « En terminant, nous relèverons ».

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Sur un cas de névrite périphérique consécutif à l'influenza, par Brosset (*Lyon médical*, 15 mars 1891, n° 11, p. 359). — Femme de 34 ans, atteinte d'une attaque franche d'influenza, qui souffre ultérieurement — 10 jours après le début — de douleurs vives dans les deux mains, puis dans les pieds. Les 4 extrémités s'amaigrissent dans la suite; les mains sont rosées, tenues à demi fléchies, douloureuses, l'avant-bras légèrement diminué de volume; le cubital est douloureux à la pression. L'exploration tant de la motilité que de la sensibilité objective et de la trophicité (atrophie, réactions électriques), n'a pas été faite, aussi cette observation est-elle d'autant plus insuffisante que, le sujet étant en même temps hystérique, on ne saurait se rendre compte de la nature des symptômes d'après l'exposé de l'auteur.

Un cas de sciatique avec paralysie amyotrophique dans le domaine du poplité déterminé par l'usage exagéré de la machine à coudre, par J.-B. Charcot et Meige (*Progrès médical*, 4 avril 1891, n° 14, p. 275). — Le sujet, âgée de 27 ans, travaille depuis 14 ans en moyenne 14 heures par jour à la machine, fatiguant plus du pied droit. Elle a ressenti les premières douleurs en mai 1890, dans le domaine du sciatique poplité; il s'y est joint ultérieurement des troubles trophiques. Actuellement il existe des points douloureux et de l'atrophie dans la zone d'innervation du même nerf. Les auteurs insistent sur l'existence de troubles trophiques, en particulier de rétraction fibro-tendineuse du tendon d'Achille; de plus, sur la présence d'une plaque d'anesthésie cutanée, qu'ils rapportent à de l'hystérie dont la malade a présenté quelques signes.

Atropine contre les spasmes musculaires localisés (The use of atropine in the treatment of localised muscular spasms), par Leszinski (*New-York medical journal*, 14 mars 1891, p. 297). — L'auteur rapporte 2 cas de spasmes localisés, l'un dans le sterno-cleido-mastoïdien, survenu à la suite d'un abcès de la région, l'autre du facial, améliorés considérablement par l'injection sous-cutanée d'atropine commencée à la dose de 3/4 de milligramme pour être portée à 1 ou 2 milligrammes.

Affection latente du cerveau (Death from brain disease without symptoms), par Turner (*New-York medical journal*, 14 mars 1891, p. 299). — Un soldat, traité à l'hôpital pour une plaie superficielle de l'avant-bras, tombe tout à coup en lisant son journal et meurt en quelques heures. A l'autopsie on constate un abcès contenant 4 grammes de pus jaune verdâtre épais, entouré de plusieurs autres petites collections, dans la partie antérieure du lobe cérébral.

Influence des lésions de l'encéphale sur la température (Report on the position and relative value of such lesions of the brain as cause an alteration in the bodily temperature), par Hale White (*British medical Journal*, 1891, 14 mars, p. 569). — Il résulte des expériences entreprises par M. Hale White, que les lésions des couches optiques et du cervelet n'ont aucune influence sur la température du corps; au contraire les lésions du corps strié, du septum lucidum, et du pédoncule cérébral provoquent une élévation considérable de la température. En ce qui concerne le pédoncule, il est probable que l'hyperthermie dépend des fibres émanant du corps strié qui s'y trouvent. Les lésions du centre ovale dans le voisinage du corps strié sont inefficaces. Enfin la lésion de la partie postérieure de l'écorce cérébrale provoque une élévation suivie d'oscillations irrégulières de la température.

MÉDECINE

Traitement de la diphthérie (Therapie der Diphtherie), par Lœffler (*Deut. med. Woch.*, mars 1891, n° 10, p. 354). — L'auteur, qui s'est acquis dès longtemps une grande autorité en ce qui concerne la biologie et l'hygiène de la diphthérie, s'efforce de résumer les principaux moyens prophylactiques et curatifs que le médecin peut actuellement opposer à cette maladie. L'expérience personnelle de Lœffler est surtout fondée sur des recherches de laboratoire : toutefois, comme il le fait remarquer lui-même, la diphthérie comporte mieux que toute autre maladie l'application directe des résultats obtenus *in vitro*. C'est une infection non généralisante : les accidents généraux ont une cause essentiellement locale et que l'on peut attaquer.

Il est impossible de donner ici ne fût-ce qu'un court aperçu de l'étude critique très détaillée à laquelle se livre l'auteur : il faut lire ces prescriptions dans l'original. Notons cependant que pour le diphthérique comme pour l'entourage, les antiseptiques qui restent encore actuellement les plus sûrs sont la liqueur de van Swieten, et l'acide phénique à 3-5 0/0 dans de l'eau alcoolisée au tiers. Les mêmes solutions étendues serviront pour gargarismes, inhalations par la méthode de Feldbausch.

L'auteur a eu l'occasion de voir ces moyens expérimentés avec avantage dans les cliniques de Mosler et Strübing. Les angines scarlatineuses pseudo-diphthériques s'en sont particulièrement bien trouvées.

Pronostic et étiologie de l'albuminurie diabétique (Prognostische Bedeutung und Ætiologie der Albuminurie bei Diabetes), par Schmitz (*Berl. klin. Woch.*, avril 1891, n° 15, p. 373). — Comme Garrod, V. Dusch, Senator et Frerichs, l'auteur a noté la fréquence de l'albuminurie chez les diabétiques. Il cite 824 cas sur 1,200 malades. On en a fait souvent un signe fâcheux, annonçant la terminaison fatale : l'auteur a vu des malades porter aisément leur diabète 10 ans et plus avec une albuminurie de 2 à 4 grammes par litre. L'œdème quand il existe tient plus souvent à l'affaiblissement général qu'à l'anomalie urinaire; et ce qu'on appelle urémie dans ces cas n'est souvent que du coma diabétique ordinaire.

L'hyperfonctionnement du rein n'est guère en cause. Peut-être les troubles dystrophiques généralisés finissent-ils par retentir sur le filtre rénal. Ailleurs la néphrite existe, mais se rattache à la tuberculose, l'artério-sclérose, une cardiopathie. Qu'il y ait ou non quelque lésion des épithéliums, l'usage longtemps continué des œufs amène parfois une surcharge albumineuse du sang et le passage d'urines coagulables.

Ce dernier phénomène peut tenir à une cause toute différente et comporter de ce chef un pronostic plus léger, à savoir l'existence d'un catarrhe vésical. Ici la thérapeutique appropriée fondée sur un diagnostic précis permettra d'atténuer le symptôme et d'améliorer le pronostic.

Doigts goutteux (Gichtfinger), par E. Pfeiffer (*Berl. klin. Woch.*, avril 1891, n° 15, p. 369). — L'auteur s'efforce, à la suite de Charcot, Begbie, Lécorché, de rattacher à la goutte les lésions digitales dites nodosités d'Heberden. On sait leurs caractères : développement chez des sujets ayant dépassé la quarantaine, le plus souvent chez des femmes, et cela assez fréquemment à la suite d'une phase douloureuse caractérisée, d'une tuméfaction ostéo-articulaire phalangino-phalangettienne des quatre derniers doigts. La tuméfaction est circonférentielle, essentiellement ostéophytique, parfois

accessoirement et tardivement uratique. Les dépôts de ce dernier ordre forment alors des nodosités partielles surajoutées au gonflement général. Les mouvements sont gênés, limités : parfois l'ankylose est complète : c'est une ankylose vraie par soudure osseuse. Les autres articulations digitales peuvent être envahies et alors le pouce se prend. Mais l'intégrité des articulations phalangino-phalangettiennes, les autres étant altérées, exclut la goutte et doit faire admettre le rhumatisme chronique. Concomitamment on peut observer des accidents de goutte classique, ou de la surcharge uratique des urines, des tophus de l'oreille. Parfois on note seulement des antécédents goutteux héréditaires ou personnels. L'auteur ajoute à son travail des figures qui représentent comparativement les doigts goutteux et les mains du rhumatisme déformant.

Hémisystolie du cœur (O podstate hemisystolie srdecni), par E. Maixner (*Sbornik Lekarsky*), 1891, t. IV, p. 191). — L'auteur, ayant observé sur certains malades qu'à deux contractions du cœur ne correspondait quelquefois qu'une pulsation du pouls périphérique, conclut que l'opinion de Leyden, d'après laquelle il s'agirait d'une complète inactivité temporaire du ventricule gauche (hémisystolie cardiaque), n'est pas acceptable. Pour lui, il considère ce phénomène comme une bigéminie du pouls dans laquelle le deuxième pouls périphérique est toujours le plus restreint. Les lésions anatomiques causant l'hémisystolie supposée de Leyden et la bigéminie, et les conditions physiologiques sont les mêmes; elles témoignent de la lassitude du cœur à cause de grands obstacles dans la *circulation pulmonaire* et périphérique. Toutes les tentatives qu'on a faites jusqu'ici pour provoquer l'hémisystolie chez l'animal n'ont abouti qu'à la bigéminie.

Au moment où le pouls périphérique a manqué, on a toujours entendu à l'orifice aortique et même à la valvule mitrale des sons et des souffles d'une tonalité spéciale.

En somme, l'hémisystolie de Leyden ne relève que d'un haut degré de fatigue du cœur et d'une contraction insuffisante du ventricule gauche, au point que le courant du sang pénétrant dans les artères périphériques ne peut plus causer un pouls sensible.

CHIRURGIE

Pyoctanine en oculistique (Sul valore terapeutico del pioctanine in oculistica), par Marchetti (*Riforma medica*, 30 avril 1891, p. 253). — L'auteur vante l'emploi de la pyoctanine dans les diverses suppurations oculaires (dacryocystite, blennorrhée chronique du sac lacrymal, kératite avec hypopyon, infiltration cornéenne avec perte de substance superficielle de la cornée, panophthalmie consécutive à l'opération de la cataracte ou à une blessure accidentelle de la cornée), à l'exception de la conjonctivite granuleuse dans laquelle elle n'a pas donné de bons résultats. Elle est également très utile dans les cas d'eczémas des paupières et de la face chez les enfants scrofuleux.

Polype de la trachée consécutif à une trachéotomie pour cause de croup. Deuxième trachéotomie; guérison, par E. Revilliod (*Rev. méd. de la Suisse romande*, 1891, n° 3, p. 181). — B. âgé de 2 ans 1/2 subit la trachéotomie pour cause de croup le 28 nov. 1890. La canule est enlevée le 7e jour après l'opération et rentre dans sa famille 3 jours plus tard.

Au mois de janvier 1891, apparition des phénomènes dyspnéiques qui deviennent de plus en plus prononcés, se compliquent de cornage, etc. On diagnostique l'existence d'une végétation polypeuse de la trachée, et une nouvelle trachéotomie, cette fois sous le chloroforme, est faite le 3 février. Pour éviter toute hémorrhagie à l'incision de l'ancienne cicatrice, on se servit d'un galvano-cautère. Au début tout alla bien, mais lorsque les parties molles au devant de la trachée étaient déjà en grande partie incisées, l'enfant fut pris de cyanose, d'arrêt de respiration, de sorte que l'opération a dû être rapidement terminée au bistouri. Après l'ouverture de la trachée, la respiration se rétablit, et à l'angle supérieur de la plaie il fut possible de cueillir un petit polype, gros comme un pois de moyenne dimension, sphérique et attaché à un pédicule très mince et long. — La canule a été enlevée 3 jours après l'opération. L'enfant a guéri, et la guérison se maintient depuis un mois.

L'examen histologique de la tumeur a montré qu'il s'agissait d'un polype ordinaire, qui, au point de vue anatomique, était un bourgeon charnu extrêmement vasculaire.

L'auteur attire l'attention sur deux points : 1° apparition des accès de suffocation sous l'influence du chloroforme. Malgré la campagne menée en faveur de la chloroformisation dans la trachéotomie, il vaut mieux opérer sans le secours de la narcose; 2° l'absence presque totale d'hémorrhagie quand le bistouri a remplacé le thermo-cautère pour l'incision des parties profondes. Ce n'est donc pas, comme on le voit, ce dernier temps de l'opération qui donne lieu à l'hémorrhagie la plus abondante.

D'autres observations de formation de productions polypeuses après la trachéotomie ont été publiées par Kœhl, Koch, Voigt, Waldsberg et Riedel, Archambault, Gigon et Wanscher.

Remarques cliniques et opératoires à propos de 5 observations de gastrostomies pratiquées pour cancer de l'œsophage, par F. Terrier et Louis (*Rev. de chir.*, avril 1891, p. 309). — Ces cinq opérations ont été pratiquées par F. Terrier ou par ses élèves Hartmann et Delagénière par le procédé que Terrier et Delagénière ont décrit l'an dernier (voy. *Gazette*, 1890, p.214). Un point a été modifié par Hartmann : aucun corps étranger n'a dans ce cas été mis dans la fistule pour chercher à l'obturer, et c'est le cas où l'écoulement du suc gastrique a été le moindre (voy. *Mercredi*, 1891, p. 96). Ces cinq malades n'ont eu que peu de survie, trois mois au maximum ; mais c'est exclusivement dû à ce que l'opération a été faite *in extremis*. Ces cachectiques ont parfaitement supporté l'acte opératoire, très simple et très bénin, et Terrier plaide pour la gastrostomie précoce, en un seul temps.

BIBLIOGRAPHIE

La **Grande Chirurgie de Guy de Chauliac**, chirurgien maître en médecine de l'université de Montpellier, composée en l'an 1363, revue et collationnée sur les manuscrits et imprimés latins et français, ornée de gravures, avec des notes, une introduction sur le moyen âge, sur la vie et les œuvres de Guy de Chauliac, un glossaire et une table alphabétique, par E. Nicaise, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital Laënnec, ancien membre du Conseil de surveillance de l'Assistance publique. 1 vol. grand in-8 de 748 - cxci pages; 20 fr. (Félix Alcan, éditeur).

Le livre de Guy de Chauliac est le plus complet et le plus méthodique qui ait été écrit sur la chirurgie jusqu'au xive siècle. Il forme une date dans l'histoire de cette science ; il résume la chirurgie des Grecs, celle des Arabes et des chirurgiens du moyen âge, aussi a-t-il joué un rôle considérable dans l'étude et dans l'enseignement de la chirurgie. Traduit dans toutes les langues, dès le xive siècle, il a été imprimé en 1478 et a eu jusqu'en 1683 soixante-neuf éditions, en même temps qu'on en faisait un grand nombre de résumés.

L'ouvrage que nous annonçons est divisé en trois parties. L'une comprend le texte de Guy de Chauliac, revu et collationné, de sorte que cette édition est la plus exacte de toutes celles qui ont paru; des notes nombreuses ont été ajoutées par M. Nicaise, pour indiquer les variantes principales et donner le texte latin original, dans tous les cas où le sens de la phrase pouvait prêter à des interprétations diverses.

Ce traité de chirurgie n'offre pas seulement un très grand intérêt historique ; par la pratique suivie par Guy de Chauliac, il se rattache d'une façon singulière à celle qui est actuellement adoptée dans le pansement des plaies, et la description d'un bon nombre d'affections mérite encore d'être lue aujourd'hui.

La partie historique traitée par M. Nicaise forme l'introduction du livre; pour en faire connaître l'importance il suffit de transcrire l'en-tête des principaux chapitres :

Le moyen âge dans ses rapports avec les sciences. — La médecine et la chirurgie avant le xive *siècle; doctrines mé-*

dicales; auteurs cités par Guy; leurs livres. — Essai sur la médecine et la chirurgie au XIVe siècle. — Biographie de Guy de Chauliac (c'est la première fois qu'elle est faite). — *Histoire du Traité de chirurgie de Guy de Chauliac depuis le XIV*e *siècle jusqu'au XIX*e *siècle, avec l'indication de toutes les éditions et un résumé historique pour chaque siècle.*

Enfin la troisième partie porte le nom de glossaire. Elle donne la liste de tous les produits de matière médicale (800 environ) employés au XIVe siècle, avec leur nom scientifique actuel ; l'histoire des instrumentt de chirurgie employés au XIVe siècle avec des figures, et enfin un glossaire des termes d'anatomie, de pathologie, de vieux français, de tout ce qui peut, en un mot, servir à guider et à éclairer le lecteur dans la lecture des auteurs anciens. Des reproductions de miniatures provenant de manuscrits de Guy de Chauliac, et toutes inédites, font revivre un certain nombre de scènes médicales du moyen âge fort intéressantes.

Ce livre n'a nullement la prétention de s'adresser au grand public médical ; mais il sera accueilli avec grande faveur par tous ceux qui désirent avoir une édition correcte et élégante des principaux classiques aux diverses époques. Ceux-là remercieront M. Nicaise d'avoir entrepris et mené à bien une tâche ardue.

A. Broca.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Formulaire des nouveaux remèdes, par le Dr Bardet, chef du laboratoire de thérapeutique à l'hôpital Cochin. *Cinquième édition*, année 1891. (1 vol. petit in-18 de 460 pages, O. Doin, éditeur, à Paris.)

La cinquième édition du formulaire continue la série de la revue annuelle des *Nouveaux Remèdes*, commencée en 1886 par le Dr Bardet; elle est considérablement augmentée, un grand nombre d'articles nouveaux y ont pris place, surtout en ce qui concerne le traitement de la tuberculose.

Parmi les médicaments généraux récemment introduits dans la thérapeutique et longuement traités par l'auteur, nous trouvons les *aristols*, le *bromoforme*, le *chloralamide*, le *condurango*, l'*hypnol*, l'*ichthyol*, le *jambul*, les *naphtols*, la *piperazidine*, l'acide *sulforicinique*, etc., etc.

La nouvelle édition du formulaire est divisée en trois parties :

1° *Revue des nouveaux remèdes*, additions et changements de l'année 1890.

2° *Formulaire des nouveaux remèdes et des nouvelles médications* parus en 1890.

3° *Renseignements généraux*, comprenant une grande quantité de tableaux et des notions pratiques ainsi qu'un nouveau formulaire des intoxications.

Gommes syphilitiques des amygdales, par M. Natier. Broch. in-8. Paris, Doin, éditeur, 1891.

Etude sur les gommes amygdaliennes basée sur 4 observations inédites dont deux un peu douteuses : l'auteur y joint 11 autres cas rapportés antérieurement sous des dénominations diverses. L'auteur insiste sur la douleur, parfois excessive, qui accompagne les gommes amygdaliennes et sur l'amaigrissement qui leur succède ; la gomme, sauf les phénomènes inflammatoires concomitants, est identique sur l'amygdale et sur les autres régions et son élimination donne lieu à une ulcération arrondie et profonde. Elle peut être confondue avec les amygdalites inflammatoires et l'auteur n'insiste peut-être pas assez sur la difficulté du diagnostic dans certains cas ; le cancer, le lupus, la tuberculose ulcéreuse, le chancre syphilitique peuvent également être confondus avec les gommes syphilitiques : le traitement est parfois la seule pierre de touche du diagnostic. L'index bibliographique qui termine cette monographie ne comprend que des travaux français : il est peu probable cependant qu'on ne trouve aucune mention des gommes syphilitiques de l'amygdale dans la littérature étrangère.

La linfa de Koch en dermatologia, par Juan Agua. Broch. in-8°. Madrid, de Cuesta, éditeur, 1891.

Cette brochure est la reproduction d'une conférence faite à l'Académie médico-chirurgicale de Madrid, dans laquelle l'auteur rend compte des expériences faites à l'hôpital général de Madrid par une Commission spéciale. Les résultats obtenus n'ont rien de brillant : les lupus ont subi une amélioration variable, quelquefois nulle, mais n'ont jamais été guéris ; l'état général de deux sujets atteints de lupus vulgaire et d'un sujet atteint de lupus érythémateux a été compromis ; les lésions pulmonaires que présentaient quelques malades sont restées stationnaires. Chez les lépreux, les lésions locales sont restées stationnaires et chez l'un d'eux l'état général a été touché.

Thèses des Facultés

PARIS

Contribution a l'étude de l'épithéliome primitif de la vésicule biliaire, par A. Morin.

Toutes les variétés de cancers développés primitivement dans la vésicule biliaire sont des néoplasies épithéliales. L'épithéliome prend naissance tantôt aux dépens de l'épithélium de revêtement, tantôt aux dépens de l'épithélium glandulaire de la vésicule biliaire. Cette différence originelle amène des variétés anatomo-pathologiques et cliniques correspondantes. L'épithéliome, développé aux dépens de l'épithélium de revêtement, se propage rapidement au foie. Il n'y a ni ictère, ni ascite au début. Sa symptomatologie rappelle celle du cancer primitif, massif du foie. Dans l'épithéliome dû à la prolifération désordonnée des éléments cellulaires glandulaires, la lésion est profonde, pariétale, se fait sur place. La compression rapide des canaux biliaires amène tous les signes d'un ictère par rétention. Le cancer de la vésicule s'accompagne presque toujours de lithiase biliaire. Celle-ci est effet et non cause de la néoplasie.

LILLE

La morphologie des circonvolutions cérébrales, par G. Vanhersecke.

Ancien aide d'anatomie à Lille, l'auteur a étudié ce sujet sous la direction de Debierre et il a produit une thèse très soignée, avec de nombreuses figures et des descriptions exactes. Il a exposé d'une manière intéressante les principaux faits d'anatomie comparée ; il a recherché les anomalies et a donné plusieurs exemples personnels intéressants. Sa description du cerveau schématique de l'homme est claire et exacte.

LYON

De la cure des hernies étranglées, gangrenées, par l'entérectomie suivie de l'entérorrhaphie longitudinale, par J. Marin.

L'auteur, élève de Duchamp (de Saint-Etienne) et de Poncet (de Lyon), considère que dans la hernie étranglée gangrenée l'anus contre nature n'est qu'un pis aller, indiqué par l'état général mauvais. Sauf ce cas, on doit recourir à l'entérectomie, et comme procédé l'entérorrhaphie longitudinale de Chaput est le meilleur. Il a donné deux succès à Duchamp. Selon le conseil de Poncet, il est bon de laisser le bout supérieur se vider avant de faire l'entérectomie.

VARIÉTÉS

Les Archives de médecine navale. — Longtemps dirigées par notre savant collègue M. Le Roy de Méricourt, les Archives de médecine navale avaient continué, sous la direction de M. le Dr Treille, à rendre tous les services que l'on peut espérer d'une publication de ce genre. Appelé, comme Président du Conseil supérieur de santé des colonies et pays de protectorat, à diriger un service des plus importants, M. le Dr Treille a désigné comme son successeur M. le médecin en chef Kermorgant qui, avec M. le Dr Hyadès, médecin principal de la marine, assurera désormais la rédaction d'un journal qui seul en France reproduit les travaux de géographie médicale et de pathologie exotique si consciencieusement rédigés par nos confrères de la marine et toujours si utiles à consulter.

Hôpital Saint-Louis. Avis. — En raison de modifications dans le programme des cours de l'hôpital Saint-Louis, M. Ernest Besnier a suspendu ses conférences du lundi pour procéder à une réorganisation de son enseignement sur des bases nouvelles. Provisoirement, les travaux du service seront limités aux suivants : *Mardi*, opérations dermatologiques, Laboratoire Alibert, à 9 h. — *Mercredi*, affections du cuir chevelu et dermatophyties, Laboratoire Alibert, à 9 h. — *Vendredi*, consultation clinique, 38, rue Bichat, à 9 h.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES SAMEDIS ET PUBLIANT TOUS LES MERCREDIS

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

RÉDACTEUR EN CHEF : Dr L. LEREBOULLET. — SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION : Dr A. BROCA.

BULLETIN

Paris, le 29 mai 1891.

Les scrutins de liste à l'Association générale et la représentation des médecins de la province.

Nous recevons de M. le Dr Lardier la lettre suivante :

A Monsieur le Directeur de la *Gazette hebdomadaire*.

Très honoré confrère,

La réunion générale de notre Société locale a eu lieu ces jours derniers. Le délégué des Vosges, M. le docteur Liétard, de Plombières, nous a communiqué le compte-rendu de la dernière Assemblée générale de l'Association de prévoyance des médecins de France. Il m'a appris en outre une chose que j'ignorais absolument, à savoir que mon nom avait été mis en avant et proposé aux suffrages des délégués de la province, en remplacement d'un membre du conseil, décédé. Il m'a même remis le bulletin de vote qui portait mon nom.

Le choix qu'un inconnu a pu faire de ma modeste personne m'a semblé flatteur, mais je n'en ai pas moins trouvé le procédé assez peu correct. On ne m'avait en effet nullement pressenti à cet égard, et je tiens à déclarer que c'est tout à fait *à mon insu* que mon nom a été inscrit sur les bulletins de vote distribués en séance. J'ajoute que si l'on m'avait fait la gracieuseté de me consulter, j'aurais décliné toute candidature.

Je crois donc de mon devoir de protester contre ce procédé qui, je le répète, me semble peu correct et qui ne saurait être considéré comme un témoignage de la délicatesse de la personne anonyme qui, en cette circonstance, a cru pouvoir se dispenser de l'assentiment préalable de l'intéressé.

Je vous serais très reconnaissant, Monsieur et très honoré confrère, de vouloir bien faire connaître, en publiant ma lettre, ma protestation à l'anonyme responsable.

Veuillez agréer, etc.

Dr LARDIER.

Cette lettre soulève une question d'ordre général qui ne manque pas d'intérêt. Notre honorable confrère est certainement, nous pouvons le déclarer sans blesser sa modestie, l'un des médecins de province les plus dignes de faire partie du conseil de l'Association générale. Ses études d'hygiène, aussi bien que le zèle avec lequel il défend les questions d'assistance et les intérêts moraux et matériels de ses confrères, l'ont fait appeler à siéger au Conseil supérieur de l'Assistance publique. Nous connaissons son dévouement aux œuvres de charité et de solidarité professionnelles. Nous ne doutons point dès lors qu'il ne puisse compter sur la sympathie d'un grand nombre des représentants de nos sociétés locales. La protestation qu'il nous prie d'insérer n'en est que plus significative. La question personnelle étant écartée, il convient donc de faire remarquer, à un point de vue général, combien il est toujours regrettable qu'un comité quelconque, surtout un comité anonyme, prétende imposer son patronage à ceux qui n'ont pas été sollicités de l'accepter.

Chacun comprendra la réserve qui nous était imposée lorsque nous avons rendu compte de la dernière assemblée de l'Association générale. Nous n'avions pas voulu faire ressortir ce qu'avait eu d'insolite ce que M. le Dr Cézilly a appelé une protestation « contre la routine habituelle qui règne dans les votes du renouvellement annuel des membres du bureau de l'Association et contre le peu de places laissées dans le Conseil d'administration aux représentants de la province. » Nous nous étions même très énergiquement associé à la mesure libérale qui a permis la distribution, par les huissiers de l'Assistance publique, d'une liste hostile au bureau de l'assemblée. Mais nous pensons que cette liste aurait dû porter une indication d'origine et, avec ceux qui, avant le vote, nous ont exprimé leur étonnement d'y voir figurer leur nom, nous croyons qu'il eût été au moins convenable de leur demander s'ils acceptaient la candidature qui leur était offerte.

La liberté du vote doit rester entière pour tous les délégués des sociétés locales. Chacun d'eux doit pouvoir à son gré modifier la liste qui lui est proposée par le bureau. La distribution de listes dissidentes peut et doit être autorisée, mais à la condition que l'on sache à l'avance par qui et comment ces listes ont été rédigées. Il y aura peut-être dans les assemblées prochaines à prendre certaines mesures à cet effet.

En parlant de la distribution d'une liste hostile au bureau de l'Assemblée, M. le Dr Cézilly a soulevé la question de la représentation au sein du Conseil général des médecins de la province et diverses propositions analogues ont été déjà émises.

Avant de modifier dans un sens conforme à ces désirs les statuts de l'Association, ne conviendrait-il pas d'établir, par la publication des procès-verbaux de nos séances mensuelles, la liste des membres présents? Si les délégués de province doivent être astreints à assister à chacune de ces séances, nous doutons qu'un grand nombre d'entre eux sollicitent un honneur assez onéreux. Et s'ils ne répondent pas aux convocations du bureau, nous doutons que leur élection puisse rendre de bien grands services à l'Association générale. Il en est de ces réclamations comme de beaucoup d'autres. La critique est aisée lorsqu'on n'envisage les questions d'intérêt général qu'à un point de vue restreint ou personnel.

L. L.

REVUE GÉNÉRALE

Les ostéomyélites aiguës et leurs microbes.

Le terme ostéomyélite, pris dans son acception la plus étendue, désigne toute inflammation de la moelle osseuse. Cette lésion survient dans deux ordres de circonstances qui constituent deux modes pathogéniques bien distincts. En premier lieu elle s'observe comme conséquence d'un traumatisme (ostéomyélite traumatique) ou, d'une façon plus générale, à la suite d'une lésion locale de voisinage : c'est alors une inflammation propagée de proche en proche, par continuité de tissus. Dans une autre catégorie de cas, l'inflammation de la moelle des os est produite par une cause interne; elle est le fait d'une infection générale, à porte d'entrée lointaine, et dont l'agent microbien, transporté par la circulation, s'est localisé au tissu médullaire. Cette localisation n'est pas toujours la seule, il s'en faut; souvent même c'est l'une des moins importantes et l'infection se manifeste surtout par des lésions viscérales, ressortissant en pareil cas à la médecine plutôt qu'à la chirurgie. Aussi l'étude des faits de ce genre est-elle bien propre à montrer combien serait artificielle en pathologie générale la distinction, imposée par la thérapeutique, entre les affections médicales et chirurgicales.

Les ostéomyélites qui dépendent d'une infection d'origine interne reconnaissent pour causes des agents pathogènes variés. Les microbes qui engendrent habituellement l'inflammation suppurative aiguë peuvent se localiser à la moelle osseuse : c'est là un groupe important d'ostéomyélites. La lèpre, la morve sont aussi capables, mais avec une bien moindre fréquence, de produire des foyers infectieux dans ce même tissu. Enfin toute la tuberculose osseuse et la plupart des manifestations de la syphilis sur le squelette pourraient être décrites comme des ostéomyélites infectieuses : c'est ainsi que le nom d'ostéomyélite gommeuse a été appliqué à une forme d'ostéopathie syphilitique.

Mais si l'on quitte le terrain de la pathogénie générale pour envisager la clinique, on aperçoit aussitôt, entre ces diverses espèces d'ostéomyélites infectieuses, de telles différences qu'il serait impossible de réunir dans un même chapitre de la pathologie chirurgicale des faits aussi disparates. C'est pourquoi le terme d'ostéomyélite aiguë est réservé communément à un groupe de faits bien définis, constituant une affection à peu près spéciale aux jeunes sujets, à développement essentiellement aigu, et toujours accompagnée du processus de l'inflammation franchement suppurative. On doit à notre maître M. le professeur Lannelongue d'avoir non seulement donné de ces faits une description approfondie, mais encore d'avoir élargi le cadre de cette affection en y faisant rentrer les cas les moins graves, ceux que l'on décrivait comme des périostites, ainsi que les lésions des os plats et des os courts. On lui doit enfin d'avoir répandu l'expression d'ostéomyélite, plus propre que toute autre à montrer que la lésion primitive réside dans l'élément le plus actif des os, dans la moelle, qu'il s'agisse d'ailleurs de la moelle sous-périostique, de celle du canal médullaire ou des aréoles du tissu osseux.

Bien avant qu'il fût question des microbes, les cliniciens avaient été frappés par la ressemblance que présentent les formes graves de cette affection avec les maladies générales que l'on qualifiait alors de dyscrasiques et que nous appelons aujourd'hui infectieuses : les anciens termes de typhus des membres, de fièvre pseudo-rhumatismale, portent la marque de cette préoccupation. Aussi, dès que les doctrines microbiennes eurent fait leur entrée dans la pathologie, l'attention des observateurs fut-elle dirigée vers l'application qu'on en pourrait faire à cette maladie.

On s'attacha tout d'abord à constater la présence des bactéries dans les tissus malades. Klebs, Recklinghausen, Eberth, Neureutter et Salomon, M. Schüller, Nepveu observèrent des microbes dans les foyers d'ostéomyélite. On parvint ensuite à isoler ces micro-organismes par les méthodes de culture. Dès 1880, M. Pasteur, avec le pus d'une ostéomyélite provenant du service de M. Lannelongue, cultiva et détermina une espèce de microbes tout à fait semblable à celle qu'il venait de découvrir dans le furoncle. Ces microbes sont aujourd'hui bien connus : ce sont les staphylocoques pyogènes, que l'on rencontre communément dans le pus et dont la présence exclusive a été constatée dans les foyers d'ostéomyélite par un grand nombre d'auteurs, notamment par Rosenbach, Socin et Garré. Enfin, pour compléter la démonstration de l'origine microbienne de l'ostéomyélite aiguë, l'on fit appel à l'expérimentation. Rosenbach, Kœstlin, en injectant du pus dans le sang des animaux, après avoir fracturé un os, produisirent la suppuration du foyer traumatique. Becker, Gangolphe, Rosenbach, F. Krause arrivèrent à un pareil résultat en injectant, dans les mêmes conditions, des cultures de staphylocoques au lieu de pus. Puis M. Rodet, se rapprochant encore plus des circonstances observées dans la pathologie humaine, provoqua les principales lésions de l'ostéomyélite par l'injection intra-veineuse de staphylocoques, sans aucun traumatisme osseux, chez des animaux en voie de croissance. Dès lors, en présence de résultats aussi concordants, l'on pouvait considérer la question pathogénique comme à peu près vidée; il ne semblait pas du moins qu'elle dût par la suite se modifier d'une façon notable. Pourtant elle apparaît aujourd'hui sous une autre face et il nous faut montrer comment s'est accomplie cette évolution.

A l'époque des recherches que nous venons de citer, on admettait généralement qu'une maladie bien définie ne pouvait être produite que par une seule espèce microbienne, et même, si l'on eût rencontré des microbes variés dans des faits cliniquement et anatomiquement semblables, on n'eût pas manqué de révoquer en doute l'influence qui devait être attribuée à ces agents dans la pathogénie des phénomènes morbides. Pourtant les premières recherches entreprises sur la bactériologie de l'ostéomyélite avaient mis en évidence ce fait, que le « coccus de l'ostéomyélite, » comme on l'appela tout d'abord, ne différait des staphylocoques de la suppuration banale, ni par ses caractères morphologiques, ni par ses aptitudes pathogènes. L'ostéomyélite aiguë était véritablement un « furoncle des os, » suivant le mot

heureux et alors tout à fait inattendu de M. Pasteur. La spécificité microbienne recevait donc une première atteinte, mais elle subsistait encore en partie : en effet, si l'ostéomyélite ne devenait plus que l'un des accidents multiples de l'infection à staphylocoques, elle ne relevait du moins que de cette seule infection. Peu à peu les idées médicales vinrent à se modifier beaucoup au sujet de cette spécificité. On sait aujourd'hui, par de nombreux exemples, qu'un même microbe peut, en certaines circonstances que nous ne connaissons pas toujours, donner lieu à des lésions très variées, et que, d'autre part, des lésions semblables dans la forme peuvent être produites par des microbes fort différents. Ainsi, pour ne citer qu'un petit nombre de faits, l'endocardite que l'on qualifiait d'infectieuse, la pleurésie purulente, l'arthrite aiguë suppurée sont considérées aujourd'hui comme les manifestations d'infections multiples sur un même organe. La moelle des os ferait-elle exception et son inflammation aiguë serait-elle le privilège d'une seule espèce microbienne? Il n'en est rien, et les recherches que nous avons poursuivies depuis deux ans, avec notre maître le professeur Lannelongue, concordent pour établir cette pluralité des microbes de l'ostéomyélite aiguë.

Au cours de ces recherches, nous avons eu l'occasion d'observer 3 cas dans lesquels les foyers osseux renfermaient exclusivement le streptocoque pyogène ; depuis la publication de nos premiers faits, une observation semblable a été rapportée par Chipault, et Jordan (de Heidelberg) vient de faire connaître un cas d'ostéomyélite du péroné qui s'est développée dans le cours d'une infection générale produite par le streptocoque (1). En outre nous avons obtenu la production expérimentale d'ostéomyélites à streptocoques, dans des conditions identiques à celles qui permettent de provoquer des ostéomyélites à staphylocoques. Dans des expériences faites parallèlement aux nôtres, MM. Courmont et Jaboulay ont produit de la même manière des ostéomyélites à streptocoques, en signalant toutefois quelques différences de détail, dont la valeur n'a d'ailleurs pas été confirmée par nos nouvelles recherches de contrôle (2).

Un autre microbe, dont les propriétés pyogènes sont aujourd'hui bien connues, le pneumocoque de Frænkel, a été trouvé par nous, à l'état de pureté, dans deux cas d'ostéomyélite aiguë. Déjà Leyden avait observé chez un adulte une suppuration osseuse du fémur, véritable ostéomyélite produite par cet agent, dans le cours d'une pneumonie. Mais nos observations sont les premières dans lesquelles cette localisation du pneumocoque se soit présentée cliniquement à l'état de manifestation isolée, chez de jeunes sujets, et avec tous les caractères fondamentaux de l'ostéomyélite aiguë (3).

Enfin la science possède un certain nombre de cas dans lesquels le bacille d'Eberth, dont les propriétés pyogènes paraissent démontrées, a été trouvé seul dans des foyers de suppuration osseuse, développés dans le cours et surtout à la suite d'une fièvre typhoïde (Ebermaier, Orloff, Valentini, Achalme, Colzi, Cornil et Chantemesse).

Il résulte de tous ces faits qu'on a rencontré dans l'ostéomyélite aiguë des microbes appartenant à quatre genres distincts et bien déterminés : staphylocoques, streptocoque, pneumocoque de Frænkel et bacille d'Eberth.

(1) Congrès des chirurgiens allemands, Berlin, avril 1891 (*Mercredi médical*, 6 mai 1891, p. 223).

(2) Pour plus de détails, consulter le mémoire suivant : Lannelongue et Achard, Etude expérimentale des ostéomyélites à staphylocoques et à streptocoques : *Ann. de l'Institut Pasteur*, avril 1891.

(3) Lannelongue et Achard. Un cas d'ostéomyélite à pneumocoques : *Bulletin médical*, 24 août 1890, p. 789. Notre second cas est consigné dans la thèse du Dr Mirovitch, Paris 1890.

Dès lors une question se pose qui intéresse directement la pathologie : Existe-t-il, entre ces variétés bactériologiques, des différences cliniques et anatomiques ? Tout d'abord, il est certain que tous ces cas offrent des analogies souvent très grandes, en sorte qu'on ne saurait les distraire du groupe des ostéomyélites aiguës. Il semble néanmoins qu'on puisse dès maintenant entrevoir quelques caractères distinctifs dont nous allons esquisser un tableau provisoire, autant que le permet le petit nombre des observations recueillies jusqu'à ce jour (1).

Les *ostéomyélites à staphylocoques* forment la variété la plus importante ; elles sont représentées par la proportion de 29 dans le relevé des 36 cas dont nous avons fait l'examen bactériologique. Le plus souvent il s'agit du *staphylococcus aureus*. Mais le *staphylococcus albus* les produit parfois à lui seul (Rosenbach), peut-être même moins rarement que les recherches de nos devanciers ne l'indiquent : en effet, dans 6 cas nous avons trouvé ce seul microbe. Une fois enfin nous avons rencontré réunies les deux sortes de staphylocoques, association qui a été maintes fois signalée (Rosenbach, Garré, Fowler, Kraske, Pertik, Colzi). Quelque opinion que l'on adopte sur les rapports existant entre ces deux staphylocoques, qu'on les considère avec MM. Rodet et Courmont comme deux variétés d'une même espèce, ou qu'on admette avec nous qu'il s'agit de deux espèces d'un même genre, un fait est certain, c'est qu'on produit expérimentalement les mêmes lésions osseuses et viscérales avec les uns et les autres. Il nous a paru toutefois qu'il fallait, pour obtenir les mêmes effets, une dose plus forte de staphylocoque blanc que de staphylocoque orangé. Mais en pathologie humaine cette appréciation des doses de virus par rapport aux lésions est impossible, et il n'existe aucune différence clinique entre les cas relevant de l'un ou de l'autre microbe. Ce sont toujours les types classiques et bien connus de l'ostéomyélite aiguë, avec son allure fébrile, si marquée dans les cas graves, ses douleurs osseuses, sa dilatation des veines sous-cutanées, ses désordres profonds du côté des os et les conséquences plus ou moins tardives qu'ils entraînent : séquestres, décollements épiphysaires, hyperostoses, déformations persistantes.

L'*ostéomyélite à streptocoques* est beaucoup moins commune. Dans 3 cas sur 4 elle s'est développée chez des enfants nouveau-nés qui semblaient avoir puisé le germe infectieux dans les accidents puerpéraux de leurs mères. Cliniquement cette variété d'ostéomyélite débute d'une manière aiguë, avec une fièvre vive. Mais la température reste moins longtemps élevée que dans la forme précédente et elle présente bientôt de grandes oscillations, comme dans l'ancienne infection purulente. Les douleurs spontanées sont moins intenses et la suppuration plus rapide. Il n'y a pas de gonflement profond, en bourrelet, à la périphérie des lésions. La peau est œdémateuse ; elle est le siège d'une rougeur d'angioleucite ou d'érysipèle. On ne voit pas à sa surface le réseau veineux se dessiner aussi nettement que dans l'ostéomyélite à staphylocoques. Le microbe semble porter son action moins sur le système veineux que sur l'appareil lymphatique, et l'adénite est fréquente. Les observations cliniques, de même que les recherches expérimentales, montrent que les altérations osseuses sont fort analogues à celles de la variété précédente. Toutefois les décollements épiphysaires et les séquestres semblent plus rares, en sorte que la trépanation paraît moins souvent indiquée. Mais, d'après nos recherches expérimentales, ce qui établit la principale différence entre les deux infections, c'est la plus grande

(1) M. Lannelongue vient d'exposer ces différences dans une communication faite au *Congrès français de chirurgie*, Paris, avril 1891.

fréquence des arthrites et la rareté des infarctus viscéraux dans l'infection produite par les streptocoques; enfin l'érysipèle d'inoculation lui appartient en propre.

Nous avons rencontré l'*ostéomyélite à pneumocoques* chez deux nouveau-nés, au fémur. Ces deux cas étaient remarquables par l'existence de vastes fusées purulentes dans les parties molles et surtout par le développement considérable des arthrites de voisinage, au genou et à la hanche. Mais ce qui distingue absolument cette variété des précédentes, c'est la rapidité avec laquelle les altérations se sont réparées après la simple incision des foyers de suppuration. Ainsi dans l'un des cas, l'enfant ayant succombé deux mois plus tard, on put constater une réparation à peu près complète des lésions locales : il restait seulement une hyperostose peu prononcée du fémur et des adhérences peu solides dans l'articulation du genou. Dans l'autre cas, les lésions osseuses avaient été bien plus profondes et la tête fémorale avait été détruite avant l'ouverture du foyer; mais au bout d'un mois l'articulation était en voie d'ankylose, l'incision était fermée et il ne s'était produit aucun séquestre. Ainsi, malgré l'étendue des désordres locaux, il n'y a pas lieu d'intervenir autrement que par l'incision et le drainage. C'est là une évolution tout à fait spéciale : Des lésions rapidement intenses s'arrêtent aussitôt et se cicatrisent avec la même promptitude. Ce n'est pas là, d'ailleurs, un fait isolé dans l'histoire des localisations infectieuses de pneumocoque : la pneumonie, la pleurésie métapneumonique, offrent des exemples d'une semblable évolution qui est parfaitement en rapport avec la courte vitalité de ce microbe au milieu des lésions qu'il détermine. Quant à la terminaison mortelle, survenue dans les deux cas par le fait de l'épuisement et de l'athrepsie consécutive, elle ne semble pas directement imputable à l'infection première. Les deux sujets étaient des nouveau-nés; plus âgés et plus résistants, ils eussent fait sans doute les frais de leur convalescence. Un fait qui mérite d'être noté, c'est qu'il a été impossible, dans ces deux cas, de découvrir, sur le tégument externe et sur les muqueuses accessibles, les portes d'entrée qu'on trouve d'une façon à peu près constante, comme l'a montré M. Lannelongue, chez les enfants atteints d'ostéomyélite. Il est probable que l'infection a pénétré par les régions qui sont l'habitat ordinaire du pneumocoque, c'est-à-dire les voies respiratoires et les cavités qui communiquent avec elles, sans toutefois donner lieu à des désordres appréciables à leur niveau.

Cette variété d'ostéomyélite n'est peut-être pas aussi exceptionnelle qu'on pourrait le croire. Peut-être quelques-unes des observations d'arthrites à pneumocoques, avec lésions profondes des os, se rapportent-elles à de véritables ostéomyélites. Enfin nous avons rencontré, dans 2 cas d'ostéomyélite aiguë, un microbe qu'il nous a été impossible de déterminer avec précision; ce microbe, qui se présentait comme un diplocoque ou un streptocoque, était remarquable par les difficultés de sa culture, et il serait possible qu'il s'agît du pneumocoque, d'autant plus que les faits cliniques se rapprochaient beaucoup de la variété produite par le microbe de Frænkel.

L'*ostéomyélite à bacilles d'Eberth* se distingue des formes précédentes par des caractères tout à fait spéciaux. On l'a vue survenir dans le cours de la fièvre typhoïde, au treizième jour (Ebermaier), au début ou à la fin de la convalescence (Achalme, Ebermaier), après une rechute mal caractérisée (Colzi), enfin plusieurs mois après la maladie (Orloff) : ce dernier cas est d'ailleurs remarquable à un autre point de vue, à cause de la persistance du bacille d'Eberth dans l'organisme pendant 8 mois et demi. Mais si l'ostéomyélite de cette variété s'est toujours montrée jusqu'à présent comme une complication de la fièvre typhoïde, il ne s'ensuit nullement que toutes les ostéomyélites qui succèdent à cette maladie générale soient produites, d'une façon exclusive, par le bacille d'Eberth, et l'on sait que nombre d'entre elles sont le fait d'une infection secondaire par les staphylocoques (Schede). De là la nécessité de s'en tenir, pour cette description, aux cas dans lesquels le bacille d'Eberth a seul été rencontré. Ces cas offrent d'ailleurs une certaine diversité.

L'affection osseuse peut se présenter avec des caractères qui la rapprochent tout à fait des ostéomyélites aiguës. Ainsi, dans un cas d'Ebermaier, elle s'annonce, au milieu des phénomènes fébriles de la maladie générale, par de la tuméfaction avec douleur à la pression de l'os, et l'incision, faite au huitième jour de la complication, donne issue à 20 ou 30 c. c. de pus crémeux. Mais la lésion osseuse n'a pas toujours ce caractère d'acuité. Elle peut évoluer suivant un mode subaigu et presque chronique; la réaction fébrile peut être tout à fait modérée, la température ne dépassant pas 38°. Un fait remarquable, c'est que la lésion reste toujours très circonscrite; elle prend plutôt la forme de périostose et d'hyperostose que celle d'inflammation suppurative, et elle tend à guérir sans complication ni destruction étendue de tissus. La suppuration est fort peu abondante et même le pus peut faire complètement défaut (Ebermaier, Orloff). Le foyer morbide peut être constitué seulement par un tissu de granulation, comparable aux néoplasies infectieuses qu'on observe en divers organes dans la fièvre typhoïde : ainsi, dans le cas d'Orloff, il existait sous le périoste une petite masse gris-rougeâtre qui se prolongeait dans une cavité creusée dans l'épaisseur de l'os. Nous voilà bien loin de l'ostéomyélite aiguë suppurée et ce serait plutôt avec les manifestations osseuses de la syphilis qu'il conviendrait de comparer les cas de ce genre.

La conclusion qui se dégage des faits que nous venons de passer en revue, c'est qu'il y a, au point de vue microbiologique, plusieurs ostéomyélites aiguës, et que ces différentes variétés peuvent être distinguées les unes des autres, grâce à un certain nombre de caractères fournis par l'étude des circonstances étiologiques, des lésions, des symptômes et de la marche des accidents. Ces distinctions, dans l'état actuel, ne sont encore que provisoires; mais leur importance ne peut manquer de s'accroître, à mesure que les faits étudiés à ce point de vue deviendront plus nombreux. Enfin, en rapport avec les particularités que présente l'évolution des désordres, il y a des différences dans les indications thérapeutiques auxquelles donnent lieu les diverses ostéomyélites aiguës. Ainsi, sur ce point de la pathologie comme sur tant d'autres, les recherches microbiologiques n'ont pas un intérêt purement théorique. Elles n'éclairent pas seulement la pathogénie, mais l'on en peut encore tirer des enseignements utiles pour la pratique médico-chirurgicale.

CH. ACHARD.

TRAVAUX ORIGINAUX

Sur un syndrome caractérisé par de la « Topoalgie » (*Neurasthénie monosymptomatique, forme douloureuse*), par le Dr Paul BLOCQ, chef des travaux anatomo-pathologiques à la Salpêtrière, lauréat de l'Institut.

Dans un travail récent sur la neurasthénie et les neurasthéniques (1), j'ai été amené — par comparaison avec

(1) PAUL BLOCQ, La neurasthénie et les neurasthéniques *Gazette des Hôpitaux*, avril 1891.

ce qui se passe dans l'hystérie — à différencier sous le nom de neurasthénie *monosymptomatique* (locale, dissociée), une forme clinique caractérisée par cela que les malades qui en sont atteints présentent exclusivement ou principalement un seul symptôme ou un syndrome de cette névrose.

Je propose de désigner sous le nom de *topoalgie* (τοπος, αλγη)] une variété importante de neurasthénie monosymptomatique, dans laquelle on constate seulement une douleur fixe localisée dans une région variable, mais non en rapport avec un district anatomiquement ou physiologiquement délimité.

Cette nouvelle variété aurait droit de réclamer un très grand nombre de faits, du moins autant qu'il me semble résulter d'observations que j'ai recueillies, et pourrait même s'attribuer légitimement une catégorie d'épisodes morbides d'apparence disparate, mal classés actuellement, distribués qu'ils sont pour la plupart dans les cadres nosographiques de l'hystérie, de l'hypochondrie et des obsessions, quand ils ne sont pas tout à fait indéterminés, et pour cela vaguement étiquettés « symptômes nerveux ».

Aussi la topoalgie mériterait-elle d'être promue au rang que je lui assigne, car en outre, tant au point de vue clinique que pathogénique et thérapeutique, elle apparaît comme un syndrome d'une certaine autonomie, bien qu'issu selon toute probabilité de la souche neurasthénique. C'est une douleur psychique spéciale qui prend place entre celles de l'hystérie et celles de l'hypochondrie.

Des exemples ressortissant à ce syndrome se retrouvent dans la plupart des auteurs qui ont écrit sur la neurasthénie, et, pour ne citer que les principaux, dans les travaux de M. Beard (1), du P[r] Charcot (2), et de M. Huchard (3), mais, même dans les monographies les plus récentes que nous devons à M. Bouveret (4) et à M. Levillain (5), l'essai de différenciation que nous tentons, n'est pas indiqué, ce qui nous dispensera d'un exposé historique à cet égard.

Cependant, il est certainement bien peu de médecins qui n'aient eu l'occasion d'observer des cas de la catégorie de ceux dont je vais tout d'abord rapporter quelques exemples, pris parmi les plus caractéristiques de ceux qu'il m'a été donné de rencontrer, et qui serviront de base à la conception que je me crois autorisé à formuler.

Disons toutefois auparavant comment on peut se figurer schématiquement, pour ainsi dire, la variété dont nous allons parler. On sait que parmi les signes les plus constants de la neurasthénie, signes que l'on a appelés les stigmates, figure, en première ligne, la céphalée neurasthénique caractérisée par le « casque » de M. Charcot. Que l'on suppose que cette plaque douloureuse de la nuque existe seule, avec ses caractères habituels, sans la coexistence d'aucun autre signe, et l'on aura affaire à la topoalgie.

* * *

Nous aurions pu aisément rapporter un très grand nombre d'observations, car la plupart de nos collègues nous ont mentionné des cas de ce genre. Il nous suffira de citer, pensons-nous, les quelques observations suivantes, tout à fait explicites :

Observation I. — Mme L..., âgée de 38 ans, arthritique, est venue me consulter au sujet d'une douleur qu'elle éprouve au niveau du sein gauche.

(1) Beard, Neurasthenia, New-York, 1880.
(2) Charcot, Leçons du mardi, T. I et T. II, Paris 1888-90.
(3) Axenfeld et Huchard, Traité des névroses, Paris 1883.
(4) Bouveret, la neurasthénie, Paris, 1883.
(5) Levillain, De la neurasthénie, Paris, 1891.

Se trouvant à l'Exposition, la malade, prise dans un rassemblement, a été accidentellement frappée au sein. La contusion qu'elle a subie a été faible, ne s'est même pas accompagnée d'ecchymose. Toutefois, peu de jours après cet accident, elle a commencé à ressentir des douleurs assez vives dans la région. Mme L... m'avoue, du reste, que sa mère a succombé, il y a quelques années, des suites d'un cancer du sein, opéré et récidivé. Aussi, comme elle-même n'ignore pas que ce mal est héréditaire, a-t-elle conçu des préoccupations très vives de la douleur du sein survenue après son traumatisme.

M. le prof. Verneuil a été appelé en consultation : il ne constata, paraît-il, aucun symptôme d'une tumeur maligne, et pensa que peut-être, à l'endroit douloureux, il pouvait exister un petit adénome, qui, latent jusque-là, se serait révélé par des douleurs, à l'occasion du traumatisme.

La malade fut soignée par l'application de divers liniments calmants, puis de révulsifs. En dernier lieu le médecin traitant eut recours à des pulvérisations de chlorure de méthyle qui provoquèrent la vésication.

C'est à ce moment, le 20 novembre 1889, que la malade, persistant à souffrir, malgré les diverses médications employées, vint me voir. La douleur durait alors depuis le mois de juillet (soit 4 mois 1|2).

Mon attention est attirée non seulement sur la douleur continue que le sujet accuse au niveau du sein, mais encore sur la présence d'une tumeur que la malade m'affirme sentir très bien elle-même dans la région. La surface incriminée où siège la douleur, s'étend au-dessus du sein gauche, à deux travers de doigt au-dessous de la clavicule. L'inspection ne montre aucune altération de la peau, autre que la rougeur et la desquammation, traces de la vésication produite par les pulvérisations de chlorure de méthyle.

A la palpation superficielle et profonde, faite très minutieusement, non seulement on ne réveille aucune douleur, mais de plus on ne constate pas la moindre tumeur; la glande mammaire a les mêmes dimensions que sa symétrique. Il n'existe pas non plus de tuméfaction des ganglions sus-claviculaires ni axillaires. Ce que la malade a pris pour une tumeur — elle s'en rend compte elle-même lorsqu'on le lui fait constater — n'est autre que la saillie formée par le bord inférieur du grand pectoral pendant la contraction forte de ce muscle.

Quant à la douleur, elle occupe dans la même région une étendue un peu plus grande qu'une pièce de 5 francs, plus large transversalement, et ne dépassant pas la ligne médiane. Elle est continue, mais ne trouble pas le sommeil. Elle offre des exacerbations fréquentes, sans aucune provocation apparente, et à ce moment elle irradie vers l'aisselle et vers la région cervicale inférieure. La malade la compare à une sensation de pression et de chaleur, comme si une sorte de gros pilon brûlant était comprimé contre la poitrine.

L'examen objectif de la sensibilité au même niveau montre qu'il existe un certain degré d'analgésie relativement à la région correspondante de l'autre côté.

Tant par l'interrogatoire que par l'exploration attentive des autres appareils, et en particulier du cœur et du système nerveux, on ne découvre aucun signe pathologique pouvant mettre sur la voie d'une lésion.

La faradisation, au pinceau, de la peau au niveau du siège de la douleur amène pendant sa durée la disparition complète de celle-ci. Lors des séances ultérieures faites régulièrement tous les deux jours pendant 5 à 6 minutes, la douleur fut suspendue non seulement pendant, mais après la faradisation, et cela durant des intervalles progressivement croissants : dix minutes, un quart d'heure, une heure..., etc. La guérison ne fut complète qu'au bout de 5 mois. A ce moment, à la suite d'un rhume elle réapparut, mais céda de nouveau au bout de peu de temps, sous l'influence du même traitement.

J'ai revu la malade en février 1891, mais cette fois à l'occasion de troubles laryngés qu'après examen M. le D[r] Poyet a pensé être surtout de nature névropathique; la guérison de la plaque douloureuse mammaire s'était maintenue.

Observation II. — M. Br.... a ressenti pour la première fois, il y a 6 mois, à la suite du coït, une douleur vive dans la région lombaire. Depuis ce temps cette douleur est restée permanente, quoique moins intense, et tolérable, mais présen-

tant des exacerbations inquiétantes à la suite du même acte qui paraissait lui avoir donné naissance. Aussi le malade craint-il qu'il n'y ait là obstacle au mariage qu'il est dans l'intention de conclure.

M. B... est âgé de 35 ans, a des antécédents héréditaires et personnels d'arthritisme, a eu la syphilis il y a dix ans, mais jouit ordinairement d'une bonne santé. Je constate l'existence d'une plaque douloureuse siégeant au niveau du sacrum, occupant une surface elliptique de 6 centimètres carrés environ. La peau à cet endroit offre une légère diminution de la sensibilité à la douleur. Il n'existe aucun autre trouble, ni de la sensibilité générale ou spéciale, ni de la motilité, ni enfin des reflexes, ni des voies génito-urinaires.

Le traitement par les sinapismes et les vésicatoires n'a pas donné de résultats satisfaisants; la faradisation au balai électrique de la région est suivie de guérison après deux mois.

J'ai revu le malade un an après, marié depuis trois mois, sans récidive. Il avait souffert de petites gommes sous-cutanées dans la région de la nuque, dont le traitement institué par M. le Dr Jullien avait eu raison. Il s'était développé chez lui, à la suite de ces accidents, une céphalée extrêmement intense, et c'est pour ce signe que j'eus l'occasion de le voir en consultation avec M. Jullien. Nous fûmes d'avis qu'il s'agissait de céphalée neurasthénique, car le sujet présentait d'autres signes de la névrose et la douleur de tête elle-même avait les caractères de la céphalée neurasthénique.

OBSERVATION III. — M. B..., 65 ans, éprouve depuis 4 ans une douleur dans la région antérieure de la cuisse droite, occupant dans le 1/3 supérieur de ce membre à son union avec le 1/3 moyen une surface grande comme la paume de la main. La douleur est comparée à la sensation que produirait l'injection d'une certaine quantité d'eau trop chaude sous la peau. C'est une sensation de brulûre. Elle n'est pas continue; elle n'existe qu'après la marche. Elle ne tarde pas à apparaître dans ces conditions, et disparaît par le repos. Lorsque le sujet continue à marcher, malgré la douleur, celle-ci devient assez intense pour déterminer la claudication. Il est à noter que les mouvements de flexion de la cuisse sur le bassin un peu plus accentués qu'il n'est nécessaire pour la marche, et tels qu'on les fait pour l'ascension d'un escalier, n'entraînent pas la douleur.

Aucun signe objectif de la région elle-même: le pouls fémoral est égal des deux côtés; l'exploration de la sensibilité des reflexes et de la motilité est négative.

OBSERVATION IV. — Mme N..., âgée de 56, ans souffre depuis 8 ans, à la suite d'une affection aiguë gastro-entérique, d'une douleur continue siégeant dans la région épigastrique avec irradiation en ceinture. Lors de mon examen — mars 1891, — la douleur principale est fixe, occupe une étendue un peu plus grande qu'une pièce de 5 fr., est comparable à une sensation d'enfoncement térébrant; l'irradiation consiste en un sentiment de constriction analogue à celle qu'exercerait une ceinture rigide. Il existe, en outre, des sensations douloureuses mal définies, disséminées, avec exacerbations à la nuque, dans la colonne vertébrale, etc. La malade souffre de plus d'un état de dépression psychique avec angoisses, prédominant de temps à autre.

Tous les traitements: hydrothéraphie et isolement, magnétisme, suggestion, plaques métalliques, transfert, électrisation statique et dynamique, injections de Brown-Sequard,... agents médicamenteux externes et internes, ont été employés sans résultats: certains d'entre eux ont exagéré le mal.

Il n'existe aucun signe objectif du côté des voies digestives, sinon un certain degré de gastroptose; la motilité, la sensibilité et les reflexes sont indemnes.

La faradisation au balai de la région épigastrique détermine la disparition de la douleur pendant le temps où on la pratique; cette disparition se maintient ensuite un temps variable.

OBSERVATION V. — M. F.... m'est adressé pour être soigné d'une douleur persistante siégeant entre les deux sourcils, remontant à un an 1/2, et ayant résisté à la plupart des médications. La douleur fixe, à exacerbations, est comparée à un poids avec ballottement; elle occupe l'étendue d'une pièce de 0 fr. 50 c. au niveau de laquelle la peau est un peu analgésiée. Il n'existe aucun autre signe soit de neurasthénie, soit d'une autre affection du système nerveux.

Le traitement par la faradisation au balai fut suivi d'amélioration au bout de peu de temps. Depuis j'ai pu avoir des nouvelles du sujet, qui, guéri de cette paresthésie, a présenté d'autres signes de neurasthénie.

OBSERVATION VI. — Je tiens du Dr Debrigode (de Taverny) la relation du cas d'un homme de 40 ans présentant une douleur localisée au niveau du V deltoïdien durant depuis plus de 15 ans avec quelques intermittences, ne se superposant à aucune affection locale, et ayant résisté à tous les traitements employés.

OBSERVATION VII. — Mme G., âgée de 42 ans, présentant des antécédents héréditaires arthritiques et nerveux, aurait eu il y a 15 ans les phénomènes complets et caractéristiques de la neurasthénie à forme cérébro-spinale. La plupart de ces signes ont disparu insensiblement. Depuis 5 à 6 ans, il ne reste pres que exclusivement qu'une céphalée ordinairement continue et sourde, mais qui, soit sans cause, soit plus souvent sous l'influence (car cette influence déterminante serait constante) d'une excitation sensorielle (bruit violent ou odeur forte), offre des exacerbations au cours desquelles la douleur est tellement vive que la malade doit s'aliter. A part un peu de métrite et une légère dilatation de l'estomac, il n'existe aucun autre symptôme.

OBSERVATION VIII. — M. Zaguelmann, externe à la Salpêtrière, m'a signalé le cas d'une malade de la consultation externe de la Clinique, qu'il a observée pendant un certain temps, et qui n'accusait d'autre phénomène que l'existence d'une douleur vive et continue dans la paume de la main droite, ne paraissant en rapport avec aucune lésion appréciable soit de la région soit des centres nerveux.

OBSERVATION IX, (Communiquée par M. Hallion, interne des hôpitaux). — Madame L., 38 ans, éprouve depuis 3 ans une douleur très vive au niveau de l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil du pied droit. Cette douleur est permanente, fixe, s'exagère l'hiver et par les temps humides, gêne beaucoup la malade qui a consulté un assez grand nombre de médecins et sans qu'il résulte aucun profit des diverses ordonnances qu'elle a suivies. Plusieurs médecins ont dit: « il n'y a rien ». Aucun n'a pu formuler de diagnostic. Il n'y a pas de changement objectif, l'articulation est saine, la sensibilité est normale. La malade paraît un peu mélancolique. Pas de neurasthénie nette, pas d'hystérie.

Nous bornerons là cet exposé d'observations que nous aurions pu sans profit augmenter encore, car il est peu de médecins que nous ayons interrogés à ce sujet qui n'aient gardé le souvenir de cas analogues.

* * *

Causes. — La neurasthénie monosymptomatique, et le syndrome topoalgique en particulier, ne reconnaît pas d'autres causes générales que celles qui président au développement de la neurasthénie ordinaire: l'hérédité nerveuse, et le surmenage — ce mot étant pris dans sa plus large acception.

Toutefois il semble possible d'attribuer dans quelques cas la raison d'être de la localisation à des occasions locales provocatrices. Celles-ci sont pour la plupart des traumatismes ou des affections inflammatoires de la région. Dans un cas, c'est un coup ou une contusion, qui laisse à sa suite une pression douloureuse persistante; dans un autre cas, c'est une maladie, gastrite ou rhumatisme, qui a paru entraîner la précision du siège de la douleur. Il pourrait arriver aussi que la sélection du trouble dépendît de quelque particularité anatomique. Nous nous souvenons, à cet égard, avoir vu se plaindre de douleurs au poignet qu'il croyait d'origine goutteuse et traitait comme telles, un sujet (nerveuse héréditaire),

atteint de la maladie des tics, qui avait été frappé de la saillie exagérée de l'apophyse styloïde de son cubitus.

Etude clinique. — Nous avons observé différents modes de début. Tantôt, sans aucune cause appréciable, l'affection s'installe lentement, insidieusement, au point que le malade ne peut rendre compte exactement de l'époque à laquelle il a commencé à souffrir.

D'autres fois, au contraire, l'origine du trouble est rapportée très nettement à quelque traumatisme de la région ou à une affection inflammatoire ou autre d'un organe voisin du siège ultérieur de la douleur.

Il peut se faire aussi que la topoalgie figure le reliquat d'une neurasthénie générale, de la même façon que l'on voit parfois persister longtemps certains stigmates hystériques, à la suite de la guérison de la plupart des autres symptômes de la névrose elle-même.

Quoi qu'il en soit, le trouble, du moins dans sa forme pure, — car, ainsi que nous l'avons dit, il peut aussi ne figurer qu'à titre de syndrome prédominant d'un ensemble neurasthénique — est essentiellement caractérisé par de la douleur.

Celle-ci siège sous forme de plaques — *plaques paresthésiques* — dans les parties les plus diverses : front, nuque, sein, région précordiale, épigastre, lombes, fesses, membres supérieur et inférieur. Ces plaques douloureuses occupent des espaces variables comme étendue et comme configuration au point de ne pouvoir se prêter à une description. Souvent la douleur reste exclusivement cantonnée dans le territoire qu'elle s'est attribué; d'autres fois, elle s'irradie de là comme centre en différents sens, et ces irradiations, qui peuvent n'exister qu'au moment des paroxysmes, n'ont presque jamais le même caractère d'intensité que la douleur fixe.

Celle-ci est continue, ne disparaissant que dans le sommeil, qu'elle ne suffit pas en général à empêcher, mais si celui-ci est interrompu par des veilles, elle se montre dans ces intervalles. Elle n'est pas d'habitude influencée par la pression exercée à son niveau, mais elle subit diverses atténuations, soit spontanément, soit sous quelques excitations psychiques ou autres. Nous avons noté qu'elle n'était pas ressentie, le plus souvent, pendant qu'on lui substituait la douleur produite par la faradisation au pinceau.

L'algie offre de même des crises paroxystiques, revenant parfois sans cause avec une certaine périodicité, parfois provoquées par des malaises physiques, des affections organiques intercurrentes, ou encore par des émotions morales.

Les caractères d'intensité de la douleur sont difficiles à préciser, car ils varient selon les cas. Quelquefois ils sont assez marqués pour nécessiter le séjour au lit, et faire recourir aux injections de morphine, ou bien la douleur est tolérable. Aussi les comparaisons que font les malades pour indiquer la nature de leur mal sont-elles extrêmement diverses. Il s'agit ici de tiraillements, là de pesanteur, chez celui-ci de constriction, chez celui-là de brûlure, tantôt de contusion, tantôt de déchirement, etc.

Il est à remarquer que la plaque douloureuse ne correspond en aucune façon à la sphère de distribution d'un nerf pas plus qu'aux limites d'un organe. Aussi l'examen objectif, même très attentif, n'arrive-t-il à découvrir rien d'anormal.

Toutefois on pourra observer, dans quelques cas, certaines altérations légères de la sensibilité cutanée correspondant assez exactement à l'étendue de la plaque douloureuse elle-même, et consistant parfois en de l'hyperesthésie, mais plus souvent encore en de l'hypoesthésie.

De plus, il n'est pas rare qu'il existe au même niveau des troubles vaso-moteurs caratérisés par de la rubéfaction intense et rapide de la peau sous l'influence de légères pressions.

Ajoutons que l'exploration des divers appareils ne montre aucune altération capable de rendre compte de l'existence et de la persistance des phénomènes douloureux.

Dans les formes moins pures, on observe, de plus, la coexistence de différents stigmates neurasténiques, lesquels, il est vrai, là encore, restent au second plan, la douleur demeurant le signe prédominant.

Il nous paraît vraisemblable qu'on peut rapprocher de la topoalgie un certain nombre d'autres états morbides, telle la glossodynie décrite par M. Verneuil, plusieurs formes de cocciodynie, ainsi que des observations analogues à celles que M. Galippe (1) a rapportées sous le titre d'obsessions dentaires.

Nous rattacherions de même volontiers à une forme analogue de neurasthénie mono-symptomatique les exemples que nous avons récemment signalés d'*impuissance essentielle* (psychique et spinale).

Il s'agit, en effet, dans tous ces cas de neurasthénie dissociée pour ainsi dire, et sinon absolument mono-symptomatique, réduite, du moins à un ensemble syndromique fonctionnellement différencié. La plupart des observations rapportées sous ces différents titres reconnaissent, de plus, une pathogénie analogue à celle qui nous paraît convenir aux cas, plus spéciaux encore, que nous considérons.

La topoalgie neurasthénique a une évolution extrêmement lente en tous les cas : entrecoupée de rémissions et de paroxysmes, elle dure ainsi des mois et parfois des années. Nous avons observé une malade qui souffrait ainsi depuis plus de 15 ans. En raison de l'insuffisance fréquente des médicaments nerveux ordinaires, les malades deviennent les victimes désignées de toutes les entreprises plus ou moins légales des pires charlatans; plusieurs tombent dans la morphinomanie.

La terminaison heureuse peut être espérée cependant dans le plus grand nombre des cas.

Paul Blocq.

(*A suivre.*)

Traitement de la tuberculose par la méthode du professeur Koch.

Mémoire présenté à la Société médicale de Varsovie, le 27 janvier 1891, par le prof. J. Baranowski.

L'histoire de la nouvelle méthode est de bien courte durée — de quelques mois à peine, — cependant elle est remplie de vicissitudes et de changements dans l'appréciation des praticiens sur sa signification et sa valeur. Leur premier élan a été un enthousiasme sans bornes, une foi aveugle dans le nouveau système; maintenant leur foi dégénère en scepticisme, qui commence à s'emparer de leurs esprits et qui est tout aussi peu justifié que l'enthousiasme primitif. On pourrait presque s'étonner que l'esprit du praticien soit tellement mobile et enclin aux opinions extrêmes. Après le communiqué du professeur Koch (14 novembre 1890), on a professé une foi dans le liquide nommé « *Original Flüssigkeit* » comme souverain remède, dépassant par sa force et ses résultats les limites du possible et du réalisable. Le tableau de la dévastation causée par les bacilles tuberculeux dans les poumons du phthisique semble tout à fait effacé dans l'esprit du praticien enthousiaste, et il a l'air de se dire

(1) Galippe, *Archives de neurologie*, 1890.

qu'il croit à la possibilité d'une « *restitutionis ad integrum* » après plusieurs injections.

On peut admettre comme circonstance atténuante la manière extravagante, entourée de mystère, par laquelle toute la chose a été mise en scène. Nous ne voulons pas examiner qui est responsable de cette manière d'agir, si peu en accord avec la gravité de l'objet et de la science médicale, mais nous prétendons cependant qu'elle ne retombe pas sur le professeur Koch qui, par son passé et sa situation dans l'histoire du développement de notre science, devrait être mis à l'abri de tout soupçon de *légèreté*. A l'heure qu'il est, quand la préparation obtenue par le professeur Koch est devenue un remède connu quant à son origine, mais inconnu quant à sa composition, lorsque les premières agitations de l'attente et des déceptions sont passées, nous croyons que le moment est venu d'étudier avec calme les résultats du traitement.

Le champ de nos observations est très limité, et quant à leur durée (la première application du remède de Koch ayant eu lieu à Varsovie le 23 novembre 1890) et quant au nombre des cas observés qui en général n'a pas dépassé le chiffre de 50. En retranchant les 8 cas purement diagnostiques, il nous en reste réellement 42, dont 23 de tuberculose chirurgicale et de lupus, de sorte que nous ne possédons que 19 cas de tuberculose pulmonaire et pulmono-laryngée. Nous avons l'intention de parler ici seulement des résultats du traitement de cette dernière catégorie. Nous mettons en premier lieu les trois cas de mort. Ils ont quelque ressemblance dans leurs symptômes caractéristiques. La ressemblance la plus importante consiste en ce que les lésions causées par le processus tuberculeux, c'est-à dire les infiltrations de différentes dates, les foyers caséeux, dont quelques-uns calcifiés, et la prolifération du tissu conjonctif dans le voisinage de ces foyers, étaient très étendus et disséminés dans les deux poumons. L'un de ces malades avait en dehors de l'affection pulmonaire des exulcérations tuberculeuses dans le larynx et les intestins. Une autre coïncidence contrastant avec ce qui précède, consistait en ce que tous les trois malades n'avaient point de fièvre avant le commencement du traitement. Cette circonstance explique, jusqu'à un certain point, que, malgré des lésions étendues, contractées du vivant des malades, on s'est décidé à commencer les injections, l'application desquelles était vivement encouragée par les notoriétés de Berlin, où les premières expériences ont été faites. Malgré le dosage le plus modéré, dans deux cas on a dû cesser le traitement à cause d'une aggravation dans l'état général, ainsi qu'à cause des étouffements et d'un affaiblissement de l'action du cœur. Chez l'un d'eux survint en outre une diarrhée qu'on n'a pas notée avant le traitement, ainsi que des symptômes d'une néphrite. On a observé ces derniers symptômes après avoir cessé les injections. Le troisième malade mourut le troisième jour après la première et unique injection d'un milligramme.

Dans les 7 autres cas on a été forcé d'interrompre le traitement en vue d'une aggravation de mal considérable. Et chez ces 7 malades les lésions dans les poumons ont été notables et disséminées. Chez quatre d'entre eux, sans compter l'affection pulmonaire, nous avons constaté de graves lésions dans le larynx. Enfin le dernier de ces quatre avait en plus des exulcérations tuberculeuses sur la lèvre inférieure. Des 7 malades mentionnés, trois n'avaient point de fièvre avant le commencement du traitement, les trois autres l'avaient très faible, chez le dernier enfin la fièvre atteignit 39°.

En résumant l'impression que nous avons obtenue pendant nos études sur les trois cas de mort et sur les 7 autres où nous n'avons pu observer qu'une aggravation de mal, en total dix cas défavorables, nous considérons comme contre-indication à l'application de la méthode de Koch :

1° L'existence de lésions étendues ou plutôt disséminées dans les poumons ; plus encore ;

2° La constatation du processus tuberculeux simultanément avec des lésions disséminées dans les poumons, dans d'autres organes, le larynx, les intestins, etc.

Nous mentionnerons encore que l'un des trois cas de mort nous a frappés en ce que le malade n'avait point de fièvre, la nutrition générale pouvait être considérée comme bonne, les muscles bien développés, le tissu adipeux suffisant, une bonne ossature. Ce malade mourut aussitôt après une seule et unique injection d'un milligramme. Nécessairement nous ne conclurons pas de là qu'une forte conformation, une bonne nutrition et l'absence totale de fièvre soient des chances défavorables au traitement : mais nous en déduirons l'avertissement, que, là où les lésions pulmonaires sont étendues et disséminées, l'absence de fièvre et même de bonnes conditions de constitution et nutrition ne suffisent pas encore à autoriser l'application de la nouvelle méthode.

Toute une série de cas dans lesquels une amélioration survint pendant le traitement même forment un contraste complet. Nous en avons parlé à maintes reprises dans notre travail. Quatre d'entre eux forment un groupe de sujets très rapprochés. Les symptômes des lésions locales dans les poumons étaient limités chez tous les quatre. Trois d'entre eux n'avaient pas de fièvre. La nutrition des deux était meilleure, chez les deux autres moins bonne. Deux malades avaient des lésions insignifiantes de nature tuberculeuse dans le larynx. L'un différait encore des autres en ce qu'il avait immédiatement avant le commencement du traitement des frissons, des sueurs nocturnes, et quatre jours avant la première injection on constata une fièvre de 38°. Ce même malade crachait le sang. Nous ne saurions dire combien de temps la fièvre a duré ; dans tous les cas la nutrition du malade n'était pas mauvaise. Tous les quatre quittèrent l'hôpital avec un mieux sensible. Chez deux individus malades du larynx, une modification favorable de la muqueuse laryngée se produisit pendant le traitement même. Le troisième de ce groupe, qui toussait depuis neuf mois, presque sans relâche, quitta l'hôpital sans toux et avec une notable diminution de râles. Le quatrième fut à son départ considéré comme guéri. L'esprit du praticien, consterné par les résultats négatifs dont nous avons parlé au commencement, demeure indécis en présence des résultats favorables, ce qui est bien naturel.

Le doute et la critique ne font jamais de tort à la science. Un criticisme même outré vaut mieux que la crédulité. Dans les quatre observations rapportées par les docteurs Chrostowski et Heryng on a relaté des faits circonstanciés d'après lesquels chacun sera à même d'apprécier, selon sa propre opinion, combien a été juste la réunion de ces quatre cas en un seul groupe dont le trait caractéristique consiste en ce qu'un mieux sensible s'est fait sentir dans l'état des malades pendant l'application même de la méthode du professeur Koch.

Nous ne soutenons nullement d'une manière péremptoire qu'il faut attribuer l'amélioration au remède appliqué ; nous notons toutefois que le Dr Heryng n'a administré aucun médicament local à ses malades du larynx, et nous rappelons en même temps une circonstance qui n'est que trop connue, nous voulons dire combien les conditions du séjour dans les hôpitaux de Varsovie est peu propice aux malades. On peut donc supposer sans pécher par crédulité que le mieux observé se produisit sous l'influence de la lymphe de Koch. Enfin il est impossible de faire disparaître les doutes que nous avons en considérant les quatre cas mentionnés ; on peut s'en affranchir à la suite de nombreuses observations concernant des malades

tuberculeux savamment choisis. Ces quatre cas justement sont les mieux choisis de tous nos sujets; les lésions étant localisées chez tous les quatre, peu étendues, aussi bien dans les poumons que dans les deux cas laryngés. Les lésions étant très limitées, on pourrait mettre en doute le dia nostic. Pour mettre fin à ce doute, nous citerons ce qui suit : Chez l'un de ces malades, le Dr Chrostowski constate un catarrhe dans les sommets des poumons, et dans l'anamnèse, il note : « le père du malade est mort phthisique, le malade tousse depuis trois mois, pendant quatre jours il crache le sang, et depuis un mois il a des frissons et des sueurs nocturnes, et le jour de son entrée à l'hôpital il a 38° de température. » Je pense que le praticien qui avait ce malade dans son service, avait tout droit de le considérer comme atteint de tuberculose pulmonaire au début, quoique les expectorations fussent minimes et ne continssent pas de bacilles. Quant à ce dernier point : l'absence de bacilles dans les expectorations n'a point de signification décisive et n'exclut pas les affections tuberculeuses dans les poumons, s'il y a d'autres données qui les confirment. Le Dr Chrostowski prétend que son second malade présentait une matité au sommet droit par devant et par derrière, une respiration rude et de fréquents râles disséminés qui caractérisent un catarrhe dans les bronches. A l'endroit de la matité le Dr Chrostowski croit entendre des râles sonores. Nous n'attachons pas de valeur exagérée à ce dernier symptôme, vu que le Dr Chrostowski lui-même le considère comme douteux; nous relevons en revanche un autre détail très important et positif : on a découvert des bacilles dans les expectorations.

Chez le troisième malade, sans compter les lésions du larynx que le Dr Heryng a reconnues comme tuberculeuses, nous trouvons les faits suivants signalés dans l'observation : le père de l'individu est mort de la phthisie, le malade tousse depuis trois ans, et crachait le sang depuis six mois. Les symptômes d'emphysème et de bronchite catarrhale diffuse sont accompagnés d'une légère matité au sommet droit. Dans ce cas-là les expectorations ont été de même exemptes de bacilles.

Chez le quatrième malade du groupe dont nous parlons, les lésions du larynx avaient la principale valeur diagnostique et furent considérées comme tuberculeuses par le Dr Heryng.

Nous répétons une fois encore : « Sans préjuger *post hoc aut propter hoc*, les quatre malades dont nous avons parlé et que nous sommes parfaitement autorisés à considérer comme des cas de début de tuberculose limitée, s'améliorèrent d'une manière sensible et indubitable. Non seulement les résultats du premier examen nous ont démontré que chez ces malades le processus morbide était très limité, mais encore un fait assez grave vint le confirmer, c'est-à-dire la circonstance que pendant l'application du liquide de Koch, nous n'avons vu apparaître aucun nouveau foyer.

Nous croyons que l'examen des quatre derniers cas nous autorise à prétendre que : *la première période de la phthisie pulmonaire appelée généralement catarrhe des sommets, de même que les lésions tuberculeuses dans le larynx peu développées, peuvent dans certaines conditions être soumises à l'application de la méthode de Koch.*

Nous devons encore définir ce que nous appelons « *certaines conditions* ». Nous sommes d'accord qu'un malade qui peut faire une cure climatérique, partir pour le Midi ou pour les stations alpines, un malade à qui ses moyens permettent d'entourer l'existence de conditions favorables, hygiéniques, diététiques, etc., ce malade-là ne saurait et ne doit pas être engagé à l'application de la nouvelle méthode, jusqu'à ce que son efficacité soit bien et dûment constatée. Nous hésiterions aussi à appliquer cette méthode aux malades qui, sans être dans une position brillante, passent leur vie dans des conditions hygiéniques passables, comme par exemple les agriculteurs, les forestiers qui restent continuellement en plein air, même les artisans qui ont une nourriture suffisante, des vêtements convenables, etc. Mais les habitants des villes, condamnés à passer leur vie dans un atelier rempli d'exhalaisons méphitiques, ou dans un comptoir étroit, mal aéré, travaillant dans une position de corps immobile, se nourrissant mal, insuffisamment, dont le logement est peu hygiénique, en un mot vivant dans les conditions les plus propices au développement de la maladie, dont on peut à peine constater le début, à un pareil malade, nous pouvons appliquer dès aujourd'hui la méthode antituberculeuse de Koch. Des quatre malades chez qui les résultats du traitement ont été favorables, deux ont été des cordonniers, un conducteur de chemin de fer, par conséquent condamné aux insomnies, à une nourriture malsaine et peu réglée, exposé hiver comme été aux intempéries de la saison, en plus, fils d'un père phthisique; le quatrième enfin était tailleur et avait un frère mort poitrinaire. Nous pensons que ces quatre cas dépeignent suffisamment les conditions dans lesquelles la nouvelle méthode peut être appliquée.

Parmi les cas relativement favorables, nous pouvons citer l'observation relatée par le docteur Hewelke, d'un malade de son service; il était né d'une mère phthisique, toussait depuis cinq ans, avait de fréquentes hémorrhagies pulmonaires; au moment de son entrée à l'hôpital la nutrition était passable. Il n'avait pas de fièvre, mais toussait beaucoup. Le premier examen démontra une lésion assez étendue dans un seul sommet et certains symptômes physiques indiquaient positivement une caverne; le malade réagissait généralement après les injections d'une manière conforme au tableau présenté par le docteur Koch, dans sa première communication du 14 novembre 1890. C'est chez ce malade qu'on a observé les symptômes les plus frappants de la réaction locale. Il est impossible de considérer son traitement comme terminé, mais après six injections et trois semaines d'intervalle, son état s'améliora considérablement. Il a gagné 3.50 kilogrammes de poids, ainsi qu'une réduction insignifiante de phénomènes physiques dont nous avons parlé précédemment.

Chez ce malade, après les premières injections on a observé aussi un plus grand nombre de bacilles dans les expectorations; après la sixième injection les examens ont démontré l'absence complète des bacilles, mais depuis, elles réapparurent de nouveau. De cette observation nous pouvons déduire comme seule conclusion que, les lésions tuberculeuses dans les poumons fussent-elles même étendues, pourvu qu'elles ne soient pas trop disséminées, mais au contraire concentrées sur un seul point, et en outre n'ayant pas le caractère d'affection à marche rapide, si le processus est lent, chronique, alors dans des conditions données, lesdites affections ne sont pas une contre-indication à la nouvelle méthode. Malheureusement un seul cas ne saurait former une base clinique suffisante pour déduire des conclusions positives. Nous devons cependant faire observer que chez ce malade on a constaté indubitablement la présence d'une caverne assez vaste. Si l'application de la nouvelle méthode, comme nous l'avons déjà dit, peut en cas de lésions tuberculeuses étendues amener des résultats négatifs, il est possible qu'on ne doive pas considérer les cas dans lesquels un examen détaillé permet de découvrir une seule caverne comme des cas excluant le traitement. Une caverne pareille est ce qu'on appelle *caput mor-*

tuum, c'est le dernier mot de la destruction occasionnée par le processus tuberculeux et elle ne prouve pas à elle seule la présence d'un grand nombre de tubercules. Dans des cas semblables, on devrait mettre comme condition que la caverne doit communiquer avec les bronches comme cela a eu lieu chez notre malade; de plus, il faut que la force d'expectoration soit suffisante, ainsi qu'il en a été chez l'individu du service du docteur Hewelke. La malade des docteurs Dobrzycki et Heryng présente une certaine analogie avec ce cas; elle aussi avait une vaste caverne dans le poumon, la réaction fébrile n'était pas grande et l'absence de la réaction locale dans les poumons a permis de monter jusqu'à la dose d'un centigramme; les lésions du larynx, où le processus tuberculeux a fait de sérieux progrès pendant les injections mêmes, ont forcé d'interrompre le traitement.

Sans y ajouter une signification décisive, nous attirons l'attention sur ces points dans la conviction que les études cliniques à venir élargiront considérablement nos aperçus sur la signification médicale de la nouvelle méthode, et sur la manière de son application.

Un malade dont le docteur Freydenson donne l'observation avait des lésions peu étendues et peu développées dans ses poumons, et pourtant le résultat du traitement fut négatif. Il faut pourtant relever dans son observation que l'individu a été mal nourri, anémique et très nerveux. Il réagissait après chaque injection non par une élévation de température, mais par des perturbations nerveuses, avec un pouls faible et extraordinairement fréquent, une respiration précipitée; ces perturbations unies à une perte d'appétit duraient un certain temps après chaque application du nouveau remède. Ces phénomènes-là nous expliquent-ils une aggravation de mal dans l'état général et local pendant le traitement? Peuvent-elles servir de motif pour déterminer une contre-indication chez des individus mal nourris, anémiques, avec peu de résistance du système nerveux?

Nous citerons encore un malade avec une pleurésie exsudative chronique gauche.

Désigné par le docteur Chrostowski pour les injections diagnostiques, il accusa une réaction générale médiocre, mais en accord avec le schéma du professeur Koch, et après 10 injections et un séjour de cinq semaines à l'hôpital il sortit sans exsudation pleurétique, dont ultérieurement un traitement de plusieurs mois ne parvint pas à le débarrasser. Une seule observation de ce genre ne résout pas les questions qui surgissent dans l'esprit du praticien, mais elle peut l'encourager à essayer la nouvelle méthode, dans les cas d'exsudation pleurétique séreuse, suspecte d'origine tuberculeuse (c'était le cas de notre malade) qui sont souvent l'un des premiers symptômes du début de la phthisie.

Cette observation est complétée en quelque sorte par une autre du docteur Danin. Chez son malade atteint de pleurésie chronique sèche, on fit des injections du liquide de Koch à grandes doses d'un demi et d'un centigramme. Le malade n'a montré aucune réaction générale ni locale.

La comparaison de ces deux cas fait naître la question de savoir si l'on peut appliquer la méthode de Koch et si l'on peut en espérer de bons résultats dans les pleurésies suspectes, d'origine tuberculeuse, se produisant avant l'apparition des lésions du parenchyme pulmonaire.

J. Baranowski.

CORRESPONDANCE

Paris, le 23 mai 1891.

A Monsieur le Rédacteur en chef de la *Gazette hebdomadaire*.

Je vous prie d'insérer les lignes suivantes, en réponse à l'article-revue de M. Blocq sur *l'Aphasie motrice sous-corticale*, paru dans l'avant-dernier numéro de votre journal (16 mai), et dans lequel l'auteur interprète inexactement mon travail sur ce sujet, publié dans les comptes rendus de la Société de Biologie (séance du 16 mars 1891).

M. Blocq avance que le signe diagnostique de l'aphasie motrice sous-corticale, que j'ai indiqué comme appartenant à Lichtheim, — à savoir, la possibilité dans ce cas pour l'aphasique, d'indiquer à l'aide des doigts le nombre de syllabes que contiennent les mots qu'il ne peut prononcer — aurait été signalé par Lichtheim, comme indiquant non point l'intégrité de la circonvolution de Broca, mais bien l'intégrité du centre tonal des mots.

Pour la discussion de cette question, je renvoie M. Blocq au travail de Wernicke (*Fortschritt* 1885 et 1886) où cet auteur examinant la valeur du signe de Lichtheim, en fait un élément de diagnostic de l'aphasie par lésion sous-corticale (1886, p. 376). Je le renvoie également au travail de Malachowsky (*Samml. klin. Vortræge*, 1888, n° 324, p. 2954. Décrivant les symptômes de l'aphasie motrice sous-corticale, voici ce que dit Malachowsky: « Er (Lichtheim) untersuchte auf die Weise, dass er sich angeben liess, wie viel Silben das Wort hætte. Er liess sich also von dem Kranken so viele Male die Hand drücken, als das auszuprechende Wort Silben hatte. Hierbei fand er, dass die Kranken mit corticaler motorischer Aphasie diese Fæhigkeit verloren hatten, wæhrend die mit subcorticaler motorischer Aphasie die Silbenzahl auf diese Weise angeben konnten ». Les citations précédentes montrent donc que l'objection de M. Blocq est dénuée de fondement.

Plus loin, M. Blocq avance que je considère Lichtheim comme ayant découvert l'aphasie motrice sous-corticale, dans l'étude de laquelle il aurait joué le rôle d'initiateur. Je n'ai jamais rien écrit de semblable, et je crois savoir, au moins aussi bien que M. Blocq, que les premiers cas décrits d'aphasie motrice sous-corticale, l'ont été chez nous, cliniquement et anatomiquement. J'en ai moi-même, après Pitres (1887) rapporté un exemple il y a déjà quelques années (1879).

Mais ce que je maintiens, c'est que, avant les travaux de Lichtheim et de Wernicke (1885 et 1886), nous ne possédions aucun signe précis, nous permettant de différencier l'aphasie motrice sous-corticale de l'aphasie motrice corticale. Dans les leçons de 1883 de M. le professeur Charcot sur l'aphasie (*Progrès médical*, 1883, et traduction italienne de Rummo, Vallardi, éditeur), le diagnostic différentiel entre ces deux formes n'a pas été établi.

Voici ce que dit M. Charcot à cet égard: « Il est nécessaire à présent d'appliquer toutes ces données à notre malade pour faire le diagnostic du siège et de la nature de l'affection. Il lit, écrit, entend et comprend tout ce qu'on lui dit. Il lui manque seulement la coordination des mouvements nécessaires pour articuler les mots. Comme vous voyez, ce sont les caractères classiques de l'aphasie motrice sous-corticale. En outre on observe chez lui un complexus de faits qui nous conduisent à établir la lésion dans le faisceau pyramidal de la capsule interne. » (P. 52 de l'édition italienne). La conservation de l'écriture servirait donc à différencier cette forme, mais ce caractère n'appartiendrait pas en propre à l'aphasie motrice sous-corticale d'après M. Charcot, car, et cet auteur le fait remarquer, le malade diagnostiqué aphasique moteur cortical, sur lequel il avait fait la leçon précédente, avait conservé la faculté d'écrire. La deuxième objection de M. Blocq n'est donc pas plus fondée que la première.

Le meilleur signe diagnostique que nous ayons à notre disposition pour différencier ces deux variétés d'aphasie motrice est donc celui que nous devons à Lichtheim. C'est en se basant sur ce signe, que j'ai pu diagnostiquer les deux cas d'aphasie motrice sous-corticale dont j'ai rapporté les observations avec autopsie à la Société de Biologie (6 mars 1891). Ces deux cas sont peut-être les premiers diagnostiqués avec certitude pendant la vie, et reconnus comme tels à l'autopsie. Par contre, dans cinq cas d'aphasie motrice corticale suivis

d'autopsie, que j'ai observés dans mon service de Bicêtre au cours de ces dernières années, ce signe faisait défaut.

En terminant son article, M. Blocq rapporte une observation de Fleury, qu'il regarde comme très démonstrative et comme un exemple frappant d'aphasie de Broca *pure* et complète « sans surdité ni cécité verbales ni agraphie » et relevant d'une lésion localisée uniquement à la circonvolution de Broca. Je viens de voir dans le dernier numéro de la *Gazette* (23 mai) que M. Blocq supprime cette observation de sa revue (voy. *Errata*, p. 250). Je ne saurais que l'approuver, car dans ce cas, il ne s'agit nullement d'aphasie de Broca pure ; le malade était en effet atteint d'hémiplégie droite totale et ne pouvait correspondre qu'à l'aide de la mimique. En outre, l'autopsie montra que la lésion, loin d'être exclusivement localisée à la circonvolution de Broca, s'étendait depuis cette *dernière circonvolution jusqu'à la scissure perpendiculaire externe*, détruisant les extrémités inférieures des frontales et pariétales ascendantes, le lobule pariétal supérieur et inférieur ainsi que le lobule du pli courbe.

M. Blocq ne maintenant pas cette observation, il n'y a donc pas lieu de discuter les conclusions qu'il en tirait, en faveur d'une analogie symptomatique entre l'aphasie motrice corticale et l'aphasie motrice sous-corticale.

Veuillez agréer, etc.

J. Dejerine.

REVUE DES JOURNAUX

Acides du suc gastrique pendant la digestion des nourrissons (Ueber das Verhalten der Sæuren wæhrend der Magenverdauung des Sæuglings), par De Heubner (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, 1891, t. XXXII, p. 27). — Les enfants étaient nourris soit au sein, soit avec du lait de vache ou des farines lactées, soit avec de l'eau albumineuse, etc. ; il y en avait de bien portants et quelques athrepsiques.

L'analyse du suc gastrique retiré de l'estomac à des heures différentes après l'ingestion des aliments, était faite de la façon suivante : le suc était filtré et débarrassé par distillation des acides volatils dont la valeur était déterminée par le procédé de titrage; on ajoutait ensuite de l'éther pour enlever l'acide lactique, on distillait encore une fois pour pouvoir doser la quantité d'acide lactique et on filtrait le résidu. Par la méthode d'Hoffmann on déterminait l'acide chlorhydrique libre ; s'il n'y en avait pas, on déterminait les combinaisons acides à l'aide d'une solution titrée de soude au dixième.

L'évaluation quantitative d'*acides volatils* a été faite 23 fois chez des nourrissons de 9 semaines à 21 mois. 5 fois on trouva des quantités appréciables, 7 fois des traces, et 10 fois le suc n'en contenait pas du tout. Les 5 premiers étaient des enfants de 11 semaines à 4 mois nourris tous exclusivement avec du lait de vache. L'examen du suc a été fait chez eux 3/4 d'heure à 1 h. 1/4 après l'ingestion du lait. Les 7 enfants chez lesquels on trouve des traces d'acides volatils étaient âgés de 9 semaines à 12 mois, les uns nourris au sein, les autres 2 avec du lait de vache. L'examen du suc a été fait de 3/4 d'heure à 2 heures après le début de la digestion. Sur les 10 derniers, 5 étaient nourris au sein ; 2 avec du lait de vache dilué ; 2 avec des farines lactées ; 1 avec de l'eau albumineuse; chez eux le suc ne présentait pas de réaction acide. L'examen du suc était fait de 5 minutes à 2 heures après l'ingestion du repas.

L'*acide lactique* a été examiné dans 24 cas. Il a manqué chez 4 nourrissons (de 11 semaines à 8 mois) nourris l'un avec de la farine de Nestlé, l'autre avec de l'eau albumineuse, le troisième et le quatrième avec une décoction de salep). On en a trouvé des traces chez 6 nourrissons (de 11 semaines à 1 an) dont 3 étaient nourris au sein, 2 avec du lait de vache, 1 avec de la farine lactée. Chez 11 nourrissons (de 9 semaines à 11 mois) on trouva des quantités appréciables. 4 étaient nourris au sein, 7 avaient reçu du lait de vache ou de la farine lactée. La quantité d'acide lactique n'augmentait pas avec la durée de la digestion.

L'*acide chlorhydrique* libre a été examiné dans 46 cas et constaté dans 12 cas. Dans 26 cas (de 9 semaines à 1 an) où fut fait l'examen quantitatif, les résultats furent positifs dans 6 cas (7 semaines à 1 an 3 mois) ; dans 20 cas (de 10 semaines à 8 mois) où on ne fit que l'examen qualitatif, les résultats furent négatifs dans 14 cas (de 2 semaines à 6 mois). Ces faits confirment les données de Leo qui explique l'absence fréquente de HCl libre dans le suc gastrique des nourrissons par les propriétés que possède le lait de se combiner avec l'acide chlorhydrique et de le masquer de cette façon dans le liquide soumis à l'examen. 100 c. c. de lait frais de vache pourront absorber en quelque sorte 0,324 d'acide chlorhydrique avant que le réactif de Couzo ne décèle la présence d'acide dans le lait. Le lait de femme, d'après les recherches d'Escherich, est capable d'absorber la moitié de la quantité précédente d'acide chlorhydrique.

Dans 21 cas où il n'y avait pas d'acide chlorhydrique libre, on a cherché à déterminer la valeur d'acide chlorhydrique combiné. La quantité de HCl combiné fut très variable (de 0,64 à 29,30), mais toutefois en rapport direct avec la durée de la digestion. L'acide chlorhydrique se trouve donc chez les enfants à l'état combiné. Il n'apparaît à l'état libre que lorsque la force « combinante » du contenu stomacal se trouve rapidement épuisée, comme dans les cas où les enfants recevaient une décoction de salep.

Chimisme stomacal chez les nourrissons, par Clopatt (*Soc. clin. de Paris*, 1891, et *France médicale*, 3 avril 1891, n° 14, p. 214). — Voici en partie les conclusions de l'auteur : 1° Le suc gastrique a une réaction acide au tournesol. 2° Chez les enfants *au sein* l'acidité varie assez peu, depuis 0,040 jusqu'à 0,080 pour cent à la fin de la première heure. 3° La digestion stomacale se fait sans formation d'acide HCl libre ; c'est par exception seulement que les analyses révèlent l'existence de traces de cet acide. 4° Chez les enfants *au sein* les chlorures fixes présentent une constance remarquable. Les quantités varient en général entre 0,050 mil. et 0,060 0/0 (en HCl). 5° Chez les enfants *au biberon*, l'acidité totale est souvent supérieure à celle chez les enfants au sein. A la fin de la première heure elle surpasse souvent 0,100 0/0. 6° Chez les enfants *au biberon*, il existe des acides autres que l'acide HCl. 7° La quantité des chlorures fixes est plus sujette aux variations chez les enfants *au biberon* que chez les enfants au sein. 8° Les variations de l'acidité et des autres quantités déterminées par l'analyse, après un même repos, ne sont pas exactement proportionnelles au temps.

Lavage de l'estomac des jeunes enfants (Ausspülen des Magens Kleiner zu therapeutischem Zwecke), par I. Troitzky (*Arch. f. Kinderheilk.*, 1891, vol. XII, p. 225). — En se basant sur les observations publiées et un grand nombre de cas personnels, l'auteur arrive dans son travail aux conclusions suivantes : 1° Le lavage de l'estomac est un moyen thérapeutique puissant au début des affections gastro-intestinales, capable dans certains cas d'enrayer la marche de la maladie et de lui enlever son caractère de gravité ; 2° le lavage de l'estomac est particulièrement utile dans les dyspepsies chroniques apyrétiques, surtout de forme gastrique ; il est également indiqué dans les troubles spécifiques, à marche rapide, de l'estomac et de l'intestin, dans les diarrhées spécifiques où il doit être combiné avec d'autres méthodes thérapeutiques.

De l'asthme ganglionnaire, par Joal (*Arch de méd.*, avril 1891, p. 422.) — Joal après P. Franck, Rilliet et Barthez, Fonssagrives, Williams, Baréty, etc., a observé plusieurs fois l'asthme lié à l'adénopathie trachéobronchique. Il est causé non pas par les adénopathies graves, tuberculeuses, mais le plus souvent par des engorgements ganglionnaires simplement inflammatoires et consécutifs à la coqueluche, à la rougeole.

Les accès d'asthme que présentent, dans ce cas, les enfants n'ont rien de caractéristique, tantôt diurnes, tantôt nocturnes ; ils apparaissent souvent à l'occasion d'une poussée de bronchite aiguë. Dans l'intervalle des crises, la respiration est libre, ou peu gênée, ce qui indique l'absence de compression des bronches ; on peut constater (2 fois sur 9) des troubles dans le fonctionnement des cordes vocales. Le diagnostic vrai n'est révélé que par l'examen complet des ganglions bronchiques. Les révulsifs, l'usage des eaux chlorurées arsénicales ont raison de ces malaises.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Thèses de Paris.

De la responsabilité atténuée, par H. Thierry.

La responsabilité atténuée est un terme conventionnel servant à désigner une catégorie de gens suspects au point de vue mental, qu'on ne saurait classer parmi les irresponsables totaux. Ce sont des infirmes de naissance, ou des malades: héréditaires, arriérés, semi-imbéciles, séniles. On les rencontre aussi à la suite de maladies infectieuses, intoxications, traumatismes, pendant la vie génitale de la femme, au cours des névroses, dans un état pathologique complexe formé de ces divers éléments. Le plus souvent l'hérédité est la cause primordiale, les accidents d'ordre soit physique, soit moral, la cause déterminante.

Cette conclusion médico-légale de responsabilité atténuée, créant un type intermédiaire, n'est pas directement prévue par le Code pénal, qui date de 1808 et 1810, et n'admet que deux termes: folie ou raison. Le silence de la loi fait naître un malentendu. Pas plus dans l'esprit du législateur que dans celui du médecin, les circonstances atténuantes ne répondent à l'atténuation de responsabilité. Des criminels, d'autant plus dangereux qu'ils sont moins conscients, bénéficient d'acquittements dont on accuse les médecins légistes et recouvrent la liberté avec un brevet d'impunité; ou bien, sont condamnés à une peine illogique, infamant alors un individu et une famille pour un acte qui peut être un accident pathologique. Leur mise en liberté crée un péril social. Si la société n'a pas le droit de les punir, elle doit s'en défendre.

Malformations de l'utérus et du vagin au point de vue obstétrical, par Picot.

Les malformations vaginales qui ont permis la conception n'opposent en général aucun obstacle à l'accouchement. Les malformations utérines quelles qu'elles soient ont au contraire sur la grossesse et l'accouchement une influence qui varie suivant le développement de la corne gravide.

a. Quand cette corne est suffisamment développée, la grossesse va à terme et l'accouchement se passe normalement.

b. Si le développement de la corne est insuffisant, on observe alors l'avortement ou la rupture de cette corne.

c. Si la grossesse se produit dans une corne ne communiquant pas avec le vagin, les choses se passent comme dans une grossesse extra-utérine.

Dans les utérus cordiformes, les présentations transversales sont fréquentes. Chaque fois que chez une primipare on aura constaté une présentation transversale franche, on sera presque sûr de se trouver en face d'un utérus cordiforme. Quand, chez une même femme à plusieurs grossesses, le fœtus se présente d'une façon vicieuse, la cause de cette répétition dans les présentations vicieuses est une malformation utérine.

Contribution a l'étude du champ visuel dans la syringomyélie et la maladie de Morvan, par Jules Brianceau.

Dans la majorité des cas de syringomyélie, le champ visuel reste normal. Quand il est rétréci, il faut chercher ailleurs que dans la myélite cavitaire l'explication du phénomène. L'hystérie si souvent associée à la syringomyélie est la seule cause du rétrécissement du champ visuel (abstraction faite, bien entendu, des cas où il pourrait y avoir des lésions ophthalmoscopiques). Le rétrécissement du champ visuel ne saurait être un signe de la syringomyélie.

Quelques considérations sur l'alaitement, par Pineau.

L'allaitement maternel est toujours avantageux pour l'enfant, presque toujours utile à la mère. Tous les efforts du médecin doivent tendre à ce qu'il soit adopté, sauf toutefois dans les cas spéciaux d'agalaxie, de galactorrhée, de scrofule, de tuberculose, de prédisposition aux maladies mentales. On peut même dans les cas de galactorrhée, de scrofule, de tuberculose peu avancée, laisser la mère nourrir une ou deux semaines.

Quand la mère ne peut nourrir, le choix s'impose entre l'allaitement animal et l'allaitement étranger. L'allaitement animal direct est moins bon peut-être que l'allaitement par une nourrice prise à domicile et surveillée, il est préférable à l'allaitement fait par la nourrice chez elle. Ce dernier mode doit être combattu très énergiquement: il est inférieur même au biberon avec du lait de vache de bonne qualité quand le biberon est donné par la mère.

Dans l'allaitement animal de choix, le lait devrait être fourni par une ânesse, directement pendant le jour, indirectement pendant la nuit.

Plusieurs circonstances s'opposent à l'allaitement direct par l'ânesse. Le lait de vache, bien plus commun, bien plus facile à se procurer, a plus de chances d'être adopté. Il peut donner de bons résultats, mais son emploi doit être surveillé. Quand on n'est pas sûr de la provenance, il faut le faire bouillir; en tous les cas on doit le couper, le sucrer, l'alcaliniser un peu, le donner à intervalles réguliers, par petites quantités.

La plus grande propreté est nécessaire, le biberon doit être lavé plusieurs fois par jour, et dans l'intervalle des tétées il y a avantage à le laisser dans de l'eau contenant en dissolution quelques grammes de bicarbonate de soude par litre.

VARIÉTÉS

La fièvre jaune au Frioul. — Dans la dernière séance du *Comité consultatif d'hygiène*, M. le Dr Proust, inspecteur général des services sanitaires, a signalé un fait des plus graves.

Un navire infecté de fièvre jaune est arrivé à Marseille. Le paquebot français *Béarn*, de la Société générale de transports maritimes, ayant un équipage de 85 marins, est arrivé le 17 mai, à sept heures du matin, au port du Frioul.

Il ressort d'une enquête minutieuse que ce transport a eu à son bord pendant la traversée plusieurs cas de fièvre jaune, dont cinq suivis de décès. Parti de Buenos-Ayres le 18 avril, après y avoir embarqué 848 passagers, il est arrivé à Montevideo le même jour où il a repris 114 passagers. A Buenos-Ayres et à Montevideo la santé publique était excellente. Arrivé à Santos le 22, parti le 24, après y avoir débarqué 100 passagers et embarqué 27. A Santos la santé était suspecte. Arrivé à Rio-Janeiro le 24, parti le 26, après y avoir débarqué 322 passagers et embarqué 68. L'état sanitaire de Rio était mauvais (épidémie de fièvre jaune). Le 5 mai, c'est-à-dire neuf jours après le départ de Rio, un décès de fièvre jaune était constaté sur un passager de 3e classe embarqué à Rio. Toutes les mesures sanitaires et hygiéniques furent immédiatement prises sur ce navire qui possédait une étuve à désinfection par la vapeur sous pression.

Ces mesures ont été effectuées sous la direction du médecin de bord. Le premier cas de fièvre jaune se déclarait le 1er mai; le deuxième et le troisième cas les 2 et 3 mai; le quatrième cas le 7 mai, enfin le cinquième cas le 10 mai. La durée de la maladie de ces cinq passagers a varié entre trois et six jours.

Le dernier cas remontait à trois jours seulement, au moment du mouillage du *Bearn* au Frioul.

Les passagers du *Béarn* ont été embarqués au lazaret le 18 au matin et classés par catégories. Le déchargement sanitaire du navire a été terminé le 19 au matin.

Aujourd'hui 28 mai la libre pratique a été accordée.

Un passager atteint de fièvre jaune a été transporté à l'infirmerie de Pomègues, qui est éloignée, complètement isolée du lazaret du Frioul. Les passagers débarqués ont été soumis, à dater du débarquement, à dix jours pleins de quarantaine.

Tous les effets en usage et les objets de literie appartenant aux passagers sont passés par l'étuve à désinfection du Frioul, tout le linge sale a été lavé après avoir été désinfecté. Les passagers ont été baignés ou douchés au moins une fois pendant la quarantaine. Le navire a été soumis à dix jours de quarantaine après déchargement sanitaire et assainissement.

Depuis l'arrivée au lazaret, plusieurs malades ont succombé à des maladies ordinaires. Un malade atteint de fièvre jaune et isolé à Pomègues a été quelques jours dans un état grave; actuellement il va beaucoup mieux.

Il y a lieu de faire remarquer le peu d'extension de cette épidémie à bord sur un navire chargé d'émigrants.

Ce résultat semble dû à la présence à bord d'une étuve à désinfection et aux mesures d'assainissement et de désinfection que le médecin du navire a prescrites et fait exécuter avec rigueur.

Tout le personnel du bord, et tous les passagers sont restés absolument indemnes. Il n'y a eu que des passagers embarqués à Rio ou ceux de Buenos-Ayres, mais ayant voulu passer la nuit à Rio, malgré la défense du commandant, qui aient été atteints de fièvre jaune. C'est là un fait qui établit qu'avec des mesures de désinfection convenables, on peut empêcher la transmission de la fièvre jaune, malgré la nature susceptible des passagers qui étaient des émigrants.

Nécrologie. — Nous apprenons avec un vif regret la mort de M. le Dr Marmonier (de Domène). Né à Montagnieu (Isère) le 13 septembre 1813, notre vénéré confrère, aussitôt après avoir été reçu docteur en médecine à la faculté de Montpellier, rejoignit le corps expéditionnaire de l'Algérie et, en 1841, seul valide parmi les médecins militaires de la garnison, rendit à l'armée et à la population civile de Fondouck les plus signalés services. Démissionnaire en 1843, il pratiqua à Domène en 1850 la transfusion du sang et contribua à vulgariser cette pratique. Durant près d'un demi-siècle, il exerça la médecine avec une activité et un désintéressement qui lui ont valu la reconnaissance de tous ses concitoyens. Médecin des enfants assistés, du bureau de bienfaisance, du chemin de fer, etc., il laisse à son fils, M. le Dr Marmonier, médecin-major de 1re classe de l'armée, le souvenir des traditions d'honnêteté et de dévouement qui sont l'honneur de la profession médicale.

Hospice de la Salpêtrière. — Le docteur Auguste Voisin reprendra ses conférences cliniques sur les maladies mentales et nerveuses, le dimanche 31 mai, à 10 heures du matin, et les continuera les dimanches suivants, à la même heure.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES SAMEDIS ET PUBLIANT TOUS LES MERCREDIS

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

RÉDACTEUR EN CHEF : Dr L. LEREBOULLET. — SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION : Dr A. BROCA.

BULLETIN

Paris, le 5 juin 1891.

Réorganisation de l'enseignement clinique.

La plupart de nos confrères de la presse se sont hâtés d'annoncer que la *Société médicale des hôpitaux* venait de clore la série de ses comités secrets par le vote de quatre résolutions qui, présentées sans aucun commentaire, ont paru mériter les critiques dont on faisait suivre leur énumération. Peut-être eût-il été plus juste d'attendre la publication du rapport général que vient d'écrire M. le Dr Rendu et de reproduire les considérations qui expliquent le rejet de quelques-unes des propositions si longuement discutées au sein de la Société. Quoi qu'il en soit, l'agitation provoquée par notre confrère Huchard a eu pour résultat de soulever des controverses sur un sujet qui intéresse au plus haut degré l'avenir de notre enseignement médical. Toutefois, puisque la *Société médicale des hôpitaux* n'a point encore, au moment où nous écrivons, définitivement adopté les conclusions de son rapporteur et puisque la commission nommée par les chirurgiens des hôpitaux aura à les examiner à son tour, nous estimons qu'il serait prématuré de conclure en critiquant des résolutions qui ne sont point définitives.

Nous croyons cependant utile de ne point attendre pour signaler les conclusions d'un article récemment publié par le *Progrès médical* (p. 430). Après avoir affirmé une fois encore que la Ville de Paris est seule à même d'organiser un enseignement clinique qui réponde à tous les besoins, M. le Dr Bourneville indique comme indispensables les réformes suivantes :

1° *Organisation de laboratoires communs dans les hôpitaux. Nomination de chefs de laboratoire chargés des autopsies après entente avec les chefs de service.*

Cette première réforme, demandée par tous ceux qui ont quelque souci du progrès des études anatomo-pathologiques, ne soulève aucune objection.

2° *Encouragement par une subvention à tous les médecins des hôpitaux qui font de l'enseignement. Généralisation progressive de cet enseignement.* — Nous n'hésiterions pas à nous associer encore à cette proposition, si le nombre des médecins et des chirurgiens qui se préoccupent de faire des conférences cliniques n'était pas déjà assez considérable et si, divisée entre tous les titulaires de services hospitaliers, la subvention votée par la Ville de Paris ne devait laisser à chacun d'eux que des émoluments dérisoires. Ne vaudrait-il pas infiniment mieux, comme on l'a proposé, créer dans chaque hôpital une ou deux chaires d'enseignement libre et charger, à tour de rôle, tous les médecins qui en feraient la demande de ce service supplémentrire qui pourrait dès lors être rémunéré d'une manière plus honorable ? Ce deuxième vœu se termine par le paragraphe suivant : *Organisation ultérieure de l'enseignement municipal de la médecine.* Nous avons déjà dit et nous ne cesserons de répéter que la création d'une faculté municipale de médecine assurant aux étudiants une série complète de cours théoriques et pratiques nous paraît non seulement irréalisable, mais encore très onéreuse et nuisible aux intérêts bien compris de l'enseignement national.

La troisième réforme demandée par M. Bourneville est la suivante : « *Transformation de la Faculté de médecine de Paris* en FACULTÉ SUPÉRIEURE DE MÉDECINE *où pourraient être appelés les professeurs des Facultés de province qui se seraient distingués d'une manière spéciale dans leur enseignement.* » Cette idée n'est point neuve. Elle a été longuement développée dans les colonnes de la *Gazette hebdomadaire*, en 1853 d'abord, en 1871 ensuite, par Dechambre. Lorsque mon ami A. Dumont fut nommé Directeur de l'enseignement supérieur et qu'il se préoccupa d'assurer la vitalité des Facultés de province, j'eus l'occasion de conférer avec lui et de lui soumettre les idées qui restaient chères à mon vénéré maître. A. Dumont n'eut pas de peine à me démontrer les impossibilités matérielles d'une semblable réforme, et Dechambre, dont l'esprit si libéralement ouvert à toutes les idées généreuses acceptait les objections justement motivées, fut bientôt convaincu et renonça à son idée. Si les projets que défend aujourd'hui le *Progrès médical* trouvaient quelque écho, nous développerions les motifs qui les ont fait condamner à diverses reprises par tous ceux qui les ont sérieusement étudiés.

Nous avons trop souvent déclaré combien nous étions

partisan de la *séparation du corps examinant et du corps enseignant* pour ne pas nous associer à la dernière conclusion de M. Bourneville. Mais n'est-il pas permis d'affirmer encore que cette réforme soulève au point de vue pratique de très sérieuses difficultés et qu'il serait infiniment plus sûr, plus pratique et surtout plus rapide de commencer par réformer et rendre plus utile l'enseignement clinique à la Faculté et dans les hôpitaux ? Une réorganisation de cet enseignement est-elle possible ? Et les questions d'argent que l'on tend aujourd'hui à considérer comme prédominantes ne sont-elles pas d'ordre secondaire ? Nous le croyons fermement et nous espérons le faire voir dès que le vote de la Société médicale et celui de la Société des chirurgiens des hôpitaux nous permettront d'apprécier les vœux émis par les représentants les plus autorisés de la médecine et de la chirurgie françaises.

L. Lereboullet.

REVUE GÉNÉRALE

Des tumeurs adénoïdes du pharynx nasal.

La muqueuse des premières voies aériennes renferme dans son épaisseur une couche de tissu adénoïde disposé comme un anneau véritable dans le pharynx avec prolongements vers les fosses nasales, la bouche et le larynx. Cette infiltration lymphoïde est diffuse ainsi à la base de la langue, sur les parois pharyngiennes et laryngiennes, ou conglomérée, et alors elle constitue les amygdales de l'isthme du gosier, l'amygdale pharyngienne et l'amygdale de la trompe d'Eustache (Bickel) (1).

Cette couche particulière de la muqueuse pharyngienne est formée par un tissu conjonctif réticulé, riche en corpuscules lymphatiques, dans l'intérieur duquel existent de nombreuses petites glandes acineuses s'ouvrant à sa surface. Ces glandes sont tantôt disséminées, tantôt si pressées qu'elles donnent à la muqueuse un aspect caverneux. On distingue encore dans ce tissu de petites granulations transparentes de la grosseur d'une graine de pavot, logées dans les parois des glandes, et qui sont également constituées par un fin réticulum comprenant dans ses mailles des corpuscules lymphatiques (Moldenhauer) (2).

Inégalement réparti dans l'épaisseur de la muqueuse du pharynx nasal, le tissu adénoïde y forme trois conglomérats principaux. L'un occupe la moitié postérieure de la voûte pharyngienne et se continue en s'étalant sur la paroi postérieure où il se résout en quelques granulations disséminées; c'est la *tonsille pharyngienne*. Latéralement la couche adénoïde; après avoir tapissé la fossette de Rosenmüller, s'épaissit sur le bourrelet tubaire et reçoit encore le nom d'*amygdale de la trompe d'Eustache*. Chez l'enfant, dans les premières années de la vie, la tonsille pharyngienne offre l'aspect d'une petite masse jaune rosé, de 1 centimètre à 1,5 de long sur environ 1 centimètre de large, constituée par des bandelettes à direction antéro-postérieure, qui s'incurvent et convergent en arrière autour d'une dépression désignée sous le nom de *bourse pharyngienne*. Ces bandelettes, séparées par des sillons, sont au nombre de trois ou quatre de chaque côté d'un sillon médian profond.

Il n'y a pas lieu, croyons-nous, d'insister sur les discussions soulevées à propos des rapports de ce sillon médian et de la bourse pharyngienne. Cette dernière n'est-elle que la terminaison un peu plus profonde du premier (Schwabach) ? Son existence presque constante (Mégevand), même en l'absence du sillon, doit-elle la faire regarder comme un organe distinct anatomiquement et physiologiquement, ainsi que l'admettent Lüschka, Tornwaldt et d'autres auteurs (1) ? Pour nous il nous semble que l'on a exagéré l'importance de ce cul-de-sac au détriment du reste de la muqueuse.

D'après Trautmann (2), il est vrai, c'est au pourtour de la bourse pharyngienne que se localisent les altérations pathologiques; il y a hypertrophie de la tonsille pharyngienne ou production de végétations adénoïdes. La tumeur qui en résulte, appendue aux parois supérieure et postérieure du pharynx nasal, est irrégulière, crevassée; souvent le doigt y distingue des mamelons et des crêtes dont la direction générale antéro-postérieure rappelle la disposition du tissu à l'état normal. Mais, tandis que Trautmann, d'après quelques examens macroscopiques, se refuse à admettre l'hyperplasie du tissu adénoïde qui tapisse le fond des fossettes de Rosenmüller et le voisinage des orifices tubaires, avec Moldenhauer, nous avons constaté par le palper pharyngien après destruction de l'amygdale hypertrophiée la persistance de végétations qui semblaient partir des fossettes de Rosenmuller et qui masquaient plus ou moins les orifices tubaires.

Au doigt, l'hypertrophie du tissu adénoïde dans le pharynx nasal se traduit tantôt par la sensation d'une muqueuse couverte de saillies analogues à des bourgeons charnus, plus ou moins gros, tantôt par celle de tumeurs molles, pulpeuses, qui d'ordinaire se laissent facilement écraser ou parfois résistent grâce à leur squelette de lames fibreuses.

L'examen microscopique des masses rose pâle que ramène le doigt ou la pince montre que leur structure est identique à celle de la tonsille normale (3). Par contre, l'examen de végétations adénoïdes provenant d'un homme de cinquante-quatre ans a révélé à Luc et à Dubief (4) une production abondante de tissu fibreux autour des follicules clos et le long des vaisseaux sanguins. De leurs recherches ces auteurs concluent que le néoplasme subit une véritable régression, mais que ce processus, au lieu de survenir chez les jeunes adultes, ne se montre que beaucoup plus tard, dans la seconde moitié de la vie, et est caractérisé anatomiquement par des lésions artério-scléreuses, identiques à celles qui tendent à se produire sous l'influence de l'âge dans les tissus normaux. Suivant Brebion (5), encore, à l'état normal le tissu adénoïde du pharynx nasal est hypertrophié pendant la vie fœtale et pendant les premiers jours de la vie extra-utérine; puis sa disparition ou plutôt sa réduction résulte d'un travail de résorption normale qui aboutit entre vingt et trente ans à sa transformation en tissu fibreux. Mais, toute inflammation de ce tissu produit son hypertrophie et par suite des végétations; aussi, pour désigner l'affection elle-même mieux vaudrait dire *adénoïdite* plutôt que *végétations adénoïdes*.

« Les tumeurs adénoïdes, dit Chaumier (6), doivent » être considérées comme graves; graves parce qu'elles » peuvent amener la perte de l'audition, l'arrêt du déve-

(1) *Arch. f. path. Anat.* Bd. XCVII, p. 340, 1885.

(2) *Traité des maladies des fosses nasales*, trad. Potiquet, p. 19, 1888.

(1) *Anatomische, pathologische und klinische Studien über die Hyperplasie der Rachentonsille*, etc., Berlin, 1886.

(2) Gellé. *Ann. des maladies de l'oreille et du larynx*, p. 392, 1889.

(3) *Arch. für Ohrenheilk.*, VII, fas. IV, pl. II.,

(4) *Mercredi médical*, 3 septembre 1890, p. 438.

(5) *Idem.*

(6) *Bull. de l'Acad. de méd.*, 27 janvier 1891, p. 125.

» loppement de l'intelligence, la surdi-mutité; parce » qu'elles peuvent causer la mort par propagation de » l'inflammation purulente de l'oreille au cerveau; gra- » ves, parce qu'elles peuvent occasionner et entretenir des » bronchites à répétition et de l'asthme; parce qu'un enfant » atteint de bronchite est toujours menacé de broncho- » pneumonie et de mort; graves, parce qu'elles occasion- » nent des angines, parce qu'elles produisent les terreurs » nocturnes, qui, elles, ne font pas mourir, mais sont une » très grande fatigue pour les enfants. Il sera donc du » devoir du médecin de rechercher les tumeurs adénoïdes » chez les très jeunes enfants afin de les combattre avant » qu'elles aient produit d'accidents ». Leur existence devra de plus être soupçonnée chez les adultes atteints d'otite suppurée ou non, sujets aux coryzas, ou aux angines à répétition.

L'on aurait tort en effet de croire que l'hypertrophie du tissu adénoïde du pharynx ne s'observe que dans l'enfance; cette opinion, qui a cours même parmi les otologistes, a déjà été combattue par Couétoux (1), par Luc et Dubief (2); et ma pratique au Val-de-Grâce dans le milieu militaire m'a démontré le bien fondé de leur manière de voir. Pour Chaumier, qui base son travail sur l'observation de 232 malades, les végétations adénoïdes sont parfois congénitales, 26 fois il les a constatées chez des enfants ayant un an ou moins, et la plupart des parents faisaient remonter à la naissance, ou à une époque peu éloignée d'elle, la plupart des symptômes qu'elles provoquaient. L'hérédité du reste possède une influence remarquable sur le développement de ces néoplasmes et il n'est pas rare de les constater chez les parents et chez plusieurs de leurs enfants. Leur maximum de fréquence s'observerait de sept à huit ans et, si entre la quinzième et la vingtième année, les effets fâcheux des végétations adénoïdes s'atténuent ou même disparaissent, il faut en chercher la raison peut-être dans leur régression spontanée ou mieux encore dans l'accroissement des dimensions du pharynx nasal, d'où la disparition des phénomènes de sténose, conséquences de son obstruction plus complète dans l'enfance. Cette heureuse terminaison toutefois manque dans un certain nombre de cas, et, sur un total de 142 malades atteints d'otites suppurées ou non, nous avons constaté 39 fois la présence de végétations adénoïdes plus ou moins développées.

Les enfants atteints d'obstruction du pharynx nasal par l'hypertrophie du tissu adénoïde ont un faciès spécial, ils paraissent hébétés; la bouche reste entr'ouverte, la lèvre supérieure est grosse, elle masque incomplètement les incisives supérieures; les plis naso-labiaux et naso-géniens sont presque effacés, les pommettes sont aplaties et la paupière inférieure semble se continuer avec la peau qui recouvre l'os malaire sans faire de sillon; les yeux paraissent comme à fleur de tête; les angles de la mâchoire sont saillants et déjetés en dehors; le nez est aplati transversalement; la face semble allongée et les joues affaissées (Baratoux). Le squelette de la face lui-même est altéré; les maxillaires supérieurs ont subi un arrêt de développement, qui porte surtout sur les bords alvéolaires. Ceux-ci paraissent avoir été comprimés latéralement de dehors en dedans; ils décrivent un arc rétréci où les dents ne trouvent plus une place suffisante. Les dents par suite chevauchent, plantées de travers, les canines en particulier repoussées en dehors du rang. Quand on fait ouvrir la bouche, l'on est frappé par la forme ogivale et la profondeur du palais. Le maxillaire inférieur complètement développé présente par comparaison des dimensions en apparence exagérées, tandis

(1) *Ann. des mal. de l'oreille*, 1889, XV, p. 642.
(2) *Mercredi médic.*, 3 septembre 1890, p. 438.

que les sinus de la face sont réduits de volume, ainsi que les fosses nasales. Faute d'être distendues par le jeu normal des courants d'inspiration et d'expiration, ces diverses cavités sont restées à l'état embryonnaire; la fonction supprimée n'a pu faire l'organe. Pour la même raison, le thorax est déformé, latéralement comprimé, et déprimé au niveau du tiers inférieur du sternum; l'air n'entrant pas en quantité suffisante dans l'appareil pulmonaire, la paroi thoracique obéit à l'attraction des muscles inspirateurs. Enfin, la colonne vertébrale, elle aussi, en subit le contre-coup, d'où une scoliose ordinairement dorsale à courbure longue et peu prononcée (Redard) (1); déviation rachidienne qui pour Ziem (2) serait non la cause, mais plutôt l'effet d'une asymétrie crânienne provoquée par la sténose nasale.

Les désordres fonctionnels sont multiples; en plus de la difficulté du moucher, de la diminution de l'odorat, la voix est altérée par suite de la mauvaise prononciation des lettres nasales. L'enfant prononce M comme B, N comme D, et les sons *am*, *em*, *im*, *om*, comme *a*, *e*, *i*, *o*. C'est ainsi qu'il dit *baba* pour *maman*. L'ouïe se trouve atteinte, soit en raison de la simple obstruction mécanique de la trompe d'Eustache et la venue d'une otite sèche; soit en raison de la participation de l'oreille moyenne aux poussées inflammatoires du pharynx nasal; et, alors des écoulements d'oreille à répétition détournent trop souvent l'attention de la vraie cause du mal. Les troubles auditifs chez les enfants en bas âge peuvent aboutir à la surdi-mutité; plus tard l'enfant qui entend mal, se fatigue de prêter une attention soutenue aux paroles qui lui sont adressées, il n'écoute plus. On accuse alors l'inattention et la paresse d'être causes de la lenteur de son développement intellectuel, au lieu de s'en prendre à la surdité.

Obligé de respirer la bouche ouverte, en plus des angines, des bronchites qui en peuvent résulter, de l'essoufflement rapide pendant la course, l'enfant et même l'adulte porteurs de végétations adénoïdes ronflent pendant le sommeil. Alors aussi, quand il lui arrive de fermer la bouche, le petit malade est pris d'étouffements, il se réveille en sursaut couvert de sueurs profuses. Quelques respirations la bouche ouverte suffisent pour rétablir le calme, et l'enfant se rendort tranquillement jusqu'à l'accès suivant, qui de règle est attribué par les parents au retour du cauchemar. Ollivier (3) se refuse à établir une relation entre ces terreurs nocturnes et les végétations adénoïdes; il les rattache à l'hystérie, et rejette l'explication proposée par Chaumier. Pour cet auteur les végétations adénoïdes entraveraient la circulation cérébrale, au point de transformer la période de repos physiologique en un temps de fatigues, de visions pénibles, dont le réveil ne délivre pas toujours. La simple tendance asphyxique causée par la gêne respiratoire ne suffit-elle donc pas à expliquer l'angoisse et le réveil du petit dormeur?

Chez les personnes, enfants ou adultes, qui présentent les signes et les symptômes précédemment décrits, le médecin doit se proposer tout d'abord de constater dans le pharynx la présence de la lésion cause première de tous les désordres, puis d'examiner chacun des appareils où ceux-ci se produisent : en particulier l'oreille, le nez, la gorge et la poitrine.

Du côté de la poitrine, Chaumier appelle l'attention sur les bronchites fréquentes, sur les accès de dyspnée qui simulent l'asthme. Au point de vue de l'exploration pulmonaire, Grancher a signalé chez les malades atteints de végétations adénoïdes la particularité suivante: quand

(1) *Gaz. méd. de Paris*, 4 oct. 1890, p. 471.
(2) *Monatschrift f. Ohrenheilkunde*, 1888, n° 2, et 1890, n° 5.
(3) *Bull. de l'Acad. de méd.*, 27 janvier 1891, p. 124.

la respiration a lieu la bouche ouverte, on trouve à l'auscultation le murmure vésiculaire doux, ample, normal en un mot; mais, dès que le malade ferme la bouche, le murmure devient obscur et voilé.

Du côté des oreilles, l'examen fera reconnaître soit les lésions de l'otite suppurée, soit l'aspect caractéristique du vide aérien dans la caisse ; le tympan est flou et profondément déprimé : dans l'un et l'autre cas l'auscultation décèle l'obstruction de la trompe.

Dans les fosses nasales le catarrhe de la muqueuse n'est pas toujours en rapport avec le développement de l'hypertrophie pharyngienne ; il en est de même pour l'état de l'isthme du gosier. Les amygdales en particulier n'offrent pas un développement comparable à celui du tissu adénoïde du pharynx. De règle toutefois il existe quelques granulations isolées sur la paroi postérieure du pharynx buccal et parfois un épaississement latéral sous forme de bandelette parallèle au pilier postérieur.

Au dire de Moldenhauer, on réussit souvent, même chez les enfants, à jeter un coup d'œil dans le pharynx nasal simplement par la rhinoscopie antérieure. Si la muqueuse présente quelque gonflement, on l'écarte avec le stylet : on voit alors la paroi postérieure du pharynx manifestement rapprochée des choanes, irrégulière, mamelonnée, parsemée de reflets nombreux. Assez souvent une ligne sombre marque, dans l'espace libre du méat inférieur, le bord inférieur de la tonsille hypertrophiée. Le stylet permet de la sentir et, si le malade émet un son, elle subit un déplacement très net. D'après notre pratique, il est rare que cet examen chez l'adulte soit aussi fructueux; et, il nous a paru que bien souvent aussi la rhinoscopie postérieure était impraticable. Nous n'avons pas remarqué en effet comme Moldenhauer chez ces malades une largeur spéciale de l'intervalle qui sépare le voile du palais de la paroi postérieure du pharynx. L'exploration digitale, par contre, nous a paru le procédé de choix dans la recherche des végétations adénoïdes.

A cet effet, le médecin se place à la droite du patient, qui doit être assis, et solidement maintenu au besoin s'il s'agit d'un enfant. Du bras gauche, il lui embrasse la tête qu'il applique contre sa propre poitrine et avec l'index de sa main gauche, qui repose sur la joue de même nom, il la déprime entre les arcades dentaires largement écartées. Le coin sensible ainsi formé met à l'abri de toute morsure, la douleur empêcherait le patient de fermer la bouche. L'index droit, introduit près de la commissure droite, va d'emblée sentir la paroi postérieure du pharynx, puis une flexion plus ou moins prononcée lui permet d'entrer dans le pharynx nasal. Même chez l'adulte, le doigt d'ordinaire possède une longueur suffisante pour que la pulpe de la phalangette puisse explorer successivement la face postérieure du voile du palais, les ouvertures choanales, les parois latérales avec les orifices tubaires et les fossettes de Rosenmuller, enfin, si la tête est bien renversée en arrière, l'extrémité unguéale rencontre l'apophyse basilaire. Pour explorer complètement la cavité pharyngienne, la manœuvre doit être répétée avec l'index gauche en se plaçant sur la gauche du malade. Si l'on a soin de faire précéder l'introduction du doigt par celle d'un tampon de coton imbibé d'une solution de cocaïne, le patient accusera une douleur supportable, même si l'on écrase les végétations adénoïdes.

L'écrasement des végétations adénoïdes avec le doigt nous semble un procédé de traitement auquel tout médecin peut recourir. A l'écrasement précédé et suivi d'un siphonnage du nez avec une solution tiède de sublimé au 3000e, l'on ajoutera un véritable écouvillonnage de l'arrière-cavité des fosses nasales avec un tampon imbibé d'un mélange de teinture d'iode et de laudanum à parties égales. Grâce à la désinfection ainsi obtenue, l'on sera à l'abri des poussées fébriles qui suivent parfois les manœuvres chirurgicales dans cette région. De plus à l'action mécanique des doigts et de l'écouvillon s'ajoutera l'effet sur les tissus de l'alcool et de l'iode. La réaction locale pendant deux à trois jours se traduit par un peu de chaleur, aussi l'on n'interviendra que tous les six à huit jours et, dans l'intervalle des séances, il sera utile d'insuffler de la poudre de tannin par les fosses nasales et par l'isthme du gosier. Suivant le développement plus ou moins grand des tumeurs et leur tendance à la repullulation, la durée du traitement varie : chez nos malades en particulier, il nous a fallu jusqu'à cinq et six séances pour rétablir la perméabilité des voies aériennes et des orifices tubaires, ce qui n'implique pas toujours la disparition complète du tissu morbide. La transformation fibreuse, fréquente à l'âge adulte, explique cet échec relatif, mais les autres procédés d'intervention eussent-ils été préférables? Entre les mains des spécialistes peut-être.

« La série des instruments qu'on emploie encore aujourd'hui pour opérer les végétations adénoïdes forme un magnifique arsenal » (Moldenhauer). Ce sont d'abord des pinces courbées pour être introduites par la bouche, — pinces de Stœrk (1), Catti (2), Lœwenberg (3), Delstanche (4), Schech (5), Michel, Ménière, Baratoux, etc., — mais elles ne peuvent saisir que les végétations développées sur les parois supérieure et postérieure du pharynx. Par suite il devient nécessaire d'utiliser pour compléter l'opération soit les curettes tranchantes de Trautmann, de Lange, de Lœwenberg (6), soit le serre-nœud de Stœrk (7), de Hartmann (8), soit encore une anse galvano-caustique comme le préconise Michel (9) ou plus simplement, d'après Moldenhauer, un galvano-cautère plat. En règle générale, ces interventions ne nécessitent pas l'emploi du chloroforme; elles ne provoquent pas d'hémorrhagies inquiétantes, mais parfois une réaction locale avec propagation à l'oreille moyenne et un certain degré de fatigue, voire même de fièvre traumatique. Afin d'éviter ces désagréments, Moldenhauer conseille de tenir l'opéré au lit pendant un à deux jours et de lui prescrire des aliments liquides.

H. Nimier.

TRAVAUX ORIGINAUX

Sur un syndrome caractérisé par de la « Topoalgie » (*Neurasthénie monosymptomatique, forme douloureuse*), par le Dr Paul Blocq, chef des travaux anatomo-pathologiques à la Salpêtrière, lauréat de l'Institut.

(*Suite*).

Pronostic. — Le pronostic de la topoalgie est, en effet, adéquat à celui qu'il est permis de porter en matière de neurasthénie, dont elle paraît relever presque exclusivement.

La gravité du syndrome est d'autant plus prononcée que ses manifestations se sont développées à la faveur d'une hérédité nerveuse plus marquée ; le pronostic

(1) *Klinik der Krankheiten des Kehlkopfes*, Stuttgard, 1880, p. 96.
(2) *Monatsschrift f. Ohrenheilk.*, 1879, n. 1 et 2.
(3) *Les tumeurs adénoïdes*, Paris, 1879, p. 67.
(4) *Archiv. f. Ohrenheilk.*, XV, p. 37.
(5) *Die Krankheiten der Mundhœhle*, Wien, 1885, p. 93.
(6) *Progrès médical*, nos 21 et 22, 1886.
(7) *Bericht der Naturforschersammlung zu Graz*, 1875.
(8) *Deutsche medicin. Wochenschrift*, 1881, no 9.
(9) *Die Krankheiten der Nasenhœhle*, Berlin, 1876.

d'autre part est d'autant plus bénin qu'elle a été entraînée par des causes extérieures plus puissantes.

Si elle apparaît spontanément, pour ainsi dire sans cause appréciable, comme l'efflorescence naturelle d'un tempérament nerveux héréditaire, elle est presque incurable. Si le tempérament nerveux ne s'est manifesté neurasthéniquement que par le fait d'agents provocateurs importants, elle apparaît déjà comme moins sérieuse. Si, au contraire, elle est déterminée par la seule intensité nocive des causes extérieures, si elle est acquise, en un mot, la guérison sera la règle.

Il est du reste facile à prévoir qu'il en doit être ainsi, car il est admissible que, d'une part, on ne puisse modifier qu'en de faibles limites le produit héréditaire, c'est-à-dire l'aboutissant d'une ancienne et longue évolution, et, que d'autre part, on ait plus de prise sur un phénomène acquis, c'est-à-dire produit en un temps rapproché et rapide.

***

Diagnostic. — Il est certain que le diagnostic variera considérablement selon la localisation de la douleur. Aussi ne peut-on ni prévoir ni examiner le nombre presque infini des confusions auxquelles on sera exposé.

Il sera indispensable que l'exploration minutieuse de la région ne dénote la présence d'aucune altération organique susceptible de déterminer de la douleur. On se basera également sur cette particularité, à savoir, que le siège des sensations pénibles n'est pas en rapport avec un territoire anatomiquement ou physiologiquement délimité.

Les caractères eux-mêmes de la douleur, que nous avons décrits, les influences auxquelles elle obéit, sa périodicité, la préoccupation excessive qu'elle engendre chez le malade, notamment, devront aussi entrer en ligne de compte.

En dernier lieu, l'intégrité de tous les appareils d'une part, l'existence de certains stigmates neurasthéniques d'autre part, permettront de faire le diagnostic causal.

Il importe toutefois de différencier la topoalgie, des autres douleurs psychiques telles que les douleurs des *hystériques* (clou, zones hyperesthésiques, arthralgies) et celles des *hypochondriaques*. C'est, en effet, en nous fondant sur ces différences cliniques que nous essayons plus loin de montrer les différences pathogéniques qui les séparent au point de vue psychologique.

Les diverses algies *hystériques* s'accompagnent le plus ordinairement d'hyperesthésie, ou de troubles très marqués de la sensibilité objective. Ils concordent de plus avec divers stigmates de la névrose, ou avec des attaques convulsives caractéristiques. Enfin, dans bon nombre de cas, ils sont aisément influencés par la suggestion.

Quant aux troubles *hypochondriaques*, ils existent rarement sans désordres mentaux. Les malades sont rebelles à tout traitement tendant à leur démontrer l'insanité de leurs conceptions. De plus, ce sont fréquemment des idées de négation en quelque sorte qui tourmentent les sujets, qui sont persuadés qu'ils n'ont plus d'estomac, ou d'intestins, etc. Enfin les idées hypochondriaques s'associent ordinairement à un véritable état de mélancolie dont les signes sont caractéristiques.

***

Pathogénie. — Quelle que soit l'idée que l'on se fasse sur la nature de la neurasthénie en général, il semble acquis qu'elle consiste, tout au moins au point de vue psychologique — et c'est là, croyons-nous, le point de vue qui, en la circonstance, mérite le plus d'être considéré pour juger de l'essence d'une affection de ce genre — en un affaiblissement de l'énergie psychique résultant d'une sorte de déséquilibrement entre les influences dynamogènes et inhibitoires qui régissent nos spéculations mentales.

Or, pour ne considérer que la topoalgie neurasthénique, nous pensons que cette forme est la manifestation clinique de la persistance d'une *image sensitive fixe*, analogue dans le domaine de la sensibilité à ce qu'est l'*idée fixe* dans celui de l'intellectualité (1). Cette inamovibilité d'une image sensitive ne devenant possible, du reste, que grâce au déséquilibrement psychique fondamental dont nous parlions.

Ce n'est là, à la vérité, qu'une hypothèse, mais on se rendra compte qu'elle explique la plupart des caractères cliniques qui appartiennent au syndrome que nous étudions et qu'elle n'est en contradiction avec aucun d'eux.

Mais en quoi diffèrent pathogéniquement ces images, des auto-suggestions de douleur des hystériques (zones hyperesthésiques, arthralgies, etc.)? On sait déjà qu'elles s'en distinguent cliniquement, et on peut remarquer de plus ici que les algies hystériques cèdent, très souvent, aisément à l'emploi de la suggestion hypnotique, alors que les paresthésies dont nous nous occupons y sont particulièrement réfractaires (2).

Mais, de plus, en appliquant à l'étude clinique les données si scientifiques, émises par M. Ribot, sur la psychologie de l'attention (3), nous pensons trouver la raison d'être de ces différences, ce qui nous amènera du même coup, et par comparaison, à une conception acceptable sur la nature de la topoalgie. Il semble, en effet, que, dans ce dernier cas, on a affaire à un trouble de l'attention *spontanée*, alors que, dans l'hystérie, ce sont des modifications de l'attention *volontaire* qui entrent en jeu.

Nous séparerions même volontiers très radicalement la manière d'être de ces deux névroses, en faisant rentrer la neurasthénie dans le cadre de l'hypertrophie, et l'hystérie au contraire dans celui de l'atrophie de l'attention. On sait que, selon M. Ribot, le premier cas est caractérisé par la prédominance absolue d'un état, qui, devenu fixe, reste comme rivé à la conscience, tandis que, dans le second, l'attention est d'une telle instabilité qu'elle ne peut se maintenir, ni, souvent même, se constituer.

Au reste, nous citerons avec avantage le passage suivant dans lequel le même auteur nous montre la transformation analogue de l'attention spontanée en idée fixe chez les hypochondriaques.

« Cette transformation de l'attention spontanée en idée fixe — dit-il — décidément pathologique, est bien nette chez les hypochondriaques. On peut en suivre l'évolution, en noter tous les degrés; car cette maladie en comporte un grand nombre, depuis la préoccupation la plus légère jusqu'à la plus complète obsession. Quoiqu'elle ne puisse germer et grandir que sur un terrain propice, qu'elle suppose par conséquent certaines conditions physiques et mentales, elle ne dépasse pas à l'origine le niveau moyen de l'attention spontanée; ce n'est que peu à peu que le grossissement se fait. Il importe peu d'ailleurs que les souffrances soient réelles ou imaginaires; au point de vue psychologique subjectif, c'est tout un. On sait que le seul fait de fixer son attention sur une partie du corps, le cœur, l'estomac, la vessie, les intestins, amène à la conscience des sensations insolites : ce qui est un cas de cette loi générale que tout état de conscience vif tend à s'actualiser. Certains hommes ont à cet égard

(1) Dans un travail récent (*Les neurasthénies psychiques* Bordeaux, 1891) M. Régis fait rentrer dans la neurasthénie les diverses obsessions considérées jusque là comme des stigmates de dégénérescence, mais ne mentionne pas explicitement les troubles qui nous occupent.

(2) Bernheim, Hypnotisme... etc. Paris 1891.

(3) Ribot. *Psychologie de l'attention*. Paris, 1889.

un don particulier. Sir S. Brodie affirme qu'il pouvait ressentir une douleur dans une région quelconque de son corps, en fixant fortement sur elle son attention. Or fixer son attention signifie simplement laisser un certain état durer et prédominer. Cette prédominance, d'abord inoffensive, s'accroît par les effets mêmes qu'elle produit. Un centre d'attraction s'est établi, qui peu à peu acquiert le monopole de la conscience » (1).

Il ne nous apparaît pas, cependant, que la persistance de l'image paresthésique du neurasthénique, bien qu'analogue, puisse être assimilée aux préoccupations de l'hypochondriaque. On le conçoit du reste si l'on considère que les deux affections sont très différentes en clinique. Chez l'hypochondriaque le trouble sensitif n'est pour ainsi dire que l'occasion, le point de départ du désordre intellectuel, capital en l'espèce, et qui consiste dans la préoccupation angoissante causée par l'interprétation erronée de celui-là.

Chez le neurasthénique, au contraire, l'image sensitive fixe ne se dépense guère en réactions intellectuelles, et n'aboutit en conséquence qu'à des déviations peu importantes dans cette sphère. Si elle n'est capable de susciter que des associations d'idées mal cohérentes et de peu d'intensité, cela tient à ce qu'elle accapare pour sa nutrition propre, en quelque sorte, toute le potentiel disponible et n'en abandonne que bien peu pour la mise en œuvre de celles-ci. Il en résulte, en fait, que les idées erronées des neurasthéniques sont plus susceptibles d'être modifiées que chez l'hypochondriaque où elles sont irréductibles.

La forme topoalgique traduit donc la persistance d'une image paresthésique dans un cerveau déséquilibré, et par suite le plus souvent chez un neurasthénique. M. Ribot n'a pas mentionné explicitement cette variété dans la classification qu'il propose des idées fixes, car il distingue seulement : les idées fixes simples d'une nature purement intellectuelle, les idées fixes accompagnées d'émotions, et les idées fixes à forme impulsive.

Toutefois on la rapprocherait aisément de la deuxième catégorie de cette division, catégorie que l'auteur que nous signalons n'a pas, du reste, étudiée particulièrement.

Cette pathogénie permet de se rendre compte, jusqu'à un certain point, de la plupart des modalités cliniques affectées par la topoalgie et surtout de ses caractères principaux : la fixité, l'invariabilité de la douleur, et sa localisation indifférente selon les sujets, mais, en tout cas, indépendante des territoires anatomiquement délimités.

Les considérations d'ordre thérapeutique confirment même à leur tour notre façon de voir. Nous nous expliquerons ainsi, tout d'abord, la résistance qu'oppose la douleur aux agents thérapeutiques ordinaires, comme aussi les conséquences fâcheuses qu'entraîment en de nombreux cas les essais médicamenteux multipliés.

Outre que ces tentatives entretiennent incontestablement l'idée de douleur, elles agissent comme une véritable culture qui la rend de plus en plus inamovible. Souvent aussi, ainsi qu'on en a fait la remarque, les médications extraordinaires, celles sur lesquelles on compte le plus, selon la conception que l'on se fait qu'il s'agit de douleurs *imaginaires*, au sens vulgaire de ce mot, manquent désespérément leur but, quand elles n'aboutissent pas à une exacerbation du mal. Or l'emploi de tels procédés, quels qu'ils soient, frappe l'intellect en y éveillant deux idées : *l'espoir de guérir*, grâce à une médication influente, *la gravité du mal* attestée par la mise en œuvre de cette médication. De même que la première de ces idées, *espoir de guérir*, risque d'être annihilée par la propriété inhérente à l'association pathologique de détruire ce qui la contrarie, de même la seconde idée au contraire, la gravité du mal, va subsister et revivifier d'autant la paresthésie psychique.

Quant à l'impuissance presque constante de la suggestion hypnotique, elle résulte de ce que la condition *sine qua non* de la suggestibilité consiste dans un état rudimentaire, ou mieux dans un rétrécissement du champ de la conscience, condition essentiellement différente de celle qui, nous l'avons établi, caractérise l'état psychique du neurasthénique. Il existe sans doute, chez lui, une certaine pauvreté des associations, mais ce qui domine, c'est une hypertrophie localisée de l'attention qui rend vaines la plupart des tentatives d'hypnotisation.

Traitement. — Les effets, au moins temporaires sinon toujours persistants, que nous avons obtenus des manœuvres thérapeutiques dont nous avons eu l'idée, justifieront pour une autre part la manière de voir que nous proposons.

Nous basant sur les considérations qui précèdent, nous avons eu en vue quant au traitement les deux indications principales suivantes : 1° *au point de vue général*, rétablir, dans la mesure des moyens dont nous disposons, l'équilibre psychique, puisque c'est à la faveur de sa rupture que le trouble *local* s'est installé; 2° *au point de vue local*, mobiliser l'image sensitive fixe.

Nous cherchons à remplir la première indication par des procédés physiques et psychiques. En premier lieu, à l'exemple de Weir-Mitchell et Playfair, nous avons, en certains cas, prescrit l'immobilisation, cette manœuvre entraînant le repos cérébral, en raison de l'association indissoluble des processus psycho-moteurs et sensitivo-moteurs. Il est utile, alors, de remédier aux résultats fâcheux qu'entraînerait l'immobilisation sur la nutrition, par un massage approprié qui remplace les mouvements actifs réduits, par des mouvements passifs. Pour les cas moins anciens et moins graves, nous n'avons guère employé pour lutter contre l'atteinte générale du système nerveux que les procédés habituels, l'hydrothérapie en particulier, avec l'eau tiède plutôt que froide.

La partie psychique de ce traitement, comme nous serions tenté de l'appeler, consiste dans l'assurance et la démonstration constamment répétée au malade, après ample examen, que l'affection dont il souffre est de celles qui guérissent ordinairement; cette assurance est du reste légitime dans la grande majorité des cas.

Localement, nous avons eu l'idée de provoquer, au niveau de l'endroit où est ressentie la douleur, une sensation pénible, vive, et relativement durable, pensant que cette douleur artificiellement créée se superposant à la douleur subjective spontanée s'y substituerait, et, grâce à cette *mobilisation* temporaire et répétée, la ferait disparaître. Dans ce but, nous avons appliqué la faradisation à l'aide du balai électrique. Du courant induit, la bobine rapprochée autant que cela était supporté, le pôle positif était mis en communication avec le tampon, le pôle négatif avec le balai. Nous faisions ainsi des séances de 5 à 7 minutes. Nous avons observé constamment que la douleur spontanée disparaissait au bout de quelques minutes de cette pratique. Souvent, et au début du traitement presque toujours, cette accalmie ne durait que pendant le temps de l'électrisation et elle reparaissait immédiatement après la séance. Bientôt les périodes de répit augmentaient graduellement, et dans les cas favorables la douleur cédait enfin complètement.

En résumé :

I. — Il existe un syndrome, dépendant ordinairement de la neurasthénie et présentant des signes particuliers que pour ce motif nous proposons de différencier sous le nom de *Topoalgie*.

(1) *Loco citato*, p. 122.

II. — La topoalgie est caractérisée par cela que les malades qui en sont atteints souffrent, exclusivement ou principalement, d'une douleur localisée dans une région variable, mais non en rapport avec un territoire anatomiquement ou physiologiquement délimité. La plaque douloureuse peut exister seule et constituer ainsi toute la maladie, mais plus souvent elle coexiste avec des stigmates neurasthéniques qui indiquent sa parenté morbide. Sa marche est extrêmement lente, elle dure des mois, parfois des années, et se termine très souvent par la guérison. Le diagnostic doit en être fait avec les algies des hystériques et des hypochondriaques.

III. — Les causes qui président ordinairement au développement de la topoalgie se trouvent à l'origine de la neurasthénie, mais elle admet plus particulièrement l'influence des affections locales traumatiques ou autres.

IV. — Il paraît vraisemblable que le syndrome topoalgique est la manifestation clinique de la fixité d'une image ressortissant au domaine de la *sensibilité* analogue aux idées fixes ressortissant au domaine de l'*intellectualité*, dont le mécanisme psychologique différerait de celui des auto-suggestions de douleur de l'hystérie, et des obsessions émotives des hypochondriaques.

V. — Le traitement basé sur cette conception théorique qui nous a paru donner les meilleurs résultats, comporte ces deux indications : rétablir l'équilibre psychique, et mobiliser l'image sensitive fixe. Ce dernier but a été atteint dans quelques cas à l'aide de manœuvres d'électrisation particulières.

Des paralysies infectieuses expérimentales,

par MM. A. Gilbert et G. Lion.

Chez l'homme, la plupart des maladies infectieuses peuvent se compliquer de phénomènes paralytiques. Chez l'animal, particulièrement chez le lapin, ces mêmes phénomènes apparaissent également à la suite des inoculations microbiennes et avec une fréquence remarquable.

Parmi les maladies infectieuses qui, inoculées au lapin, peuvent occasionner l'apparition de paralysies, il faut tout d'abord citer la rage. Les accidents (1) se montrent au bout de six jours, quand l'inoculation du virus rabique est pratiquée sous la dure-mère, et au bout de quinze ou vingt jours quand cette inoculation est faite dans le torrent circulatoire. Ils s'accompagnent de convulsions et évoluent rapidement dans l'espace de 1 à 4 jours.

Après la rage on doit signaler la maladie pyocyanique. Les paralysies, ainsi que l'ont établi MM. Babinski (2) et Charrin (2), apparaissent tardivement, de 15 à 60 jours après l'inoculation du bacille du pus bleu.

Nous-mêmes (3), en avril 1888, avons produit des paralysies par l'inoculation au lapin d'un microbe trouvé dans un cas d'endocardite.

Les animaux inoculés dans la veine de l'oreille avec 1 cc. d'une culture de ce microbe présentaient, les uns une maladie aiguë, évoluant en l'espace de 1 à 13 jours, liée à une méningite hémorrhagique ou fibrino-leucocytique, les autres, une maladie à marche lente, de 20 à 71 jours de durée, remarquable par l'apparition de paralysies tardives.

D'une façon générale, dans un tiers des cas, les inoculations intra-veineuses de cultures âgées de 1 à 11 jours sont suivies de ces paralysies.

Les animaux cessent de manger et maigrissent jusqu'à perdre plus du tiers de leur poids. Il semble qu'ils vont mourir, quand, tout à coup, ils se mettent de nouveau à manger et engraissent, sans cependant reprendre leur poids primitif. On a alors l'illusion d'une guérison prochaine. Mais bientôt on voit apparaître l'exagération des réflexes cutanés et des phénomènes paralytiques, qui affectent le plus souvent la forme paraplégique, mais peuvent aussi présenter la forme monoplégique et s'étendre progressivement aux différentes parties du corps, n'envahissant qu'en dernier lieu le cœur, le diaphragme et quelques muscles de la tête. Souillés continuellement par leurs urines et leurs matières fécales, incapables de s'alimenter, ces animaux succombent dans un état d'amaigrissement encore plus considérable que celui qui avait marqué la première phase de la maladie.

Si les inoculations de cultures jeunes sont toujours mortelles, les inoculations de cultures plus âgées produisent parfois des phénomènes paralytiques qui peuvent rétrocéder et guérir.

Dans un cas nous avons fait l'examen des réactions électriques des muscles et des nerfs.

L'excitation faradique a été pratiquée à l'aide de l'appareil de Du Bois-Reymond ; nous avons interrogé successivement les muscles de la cuisse d'un lapin sain et ceux d'un lapin paralysé. Tandis que chez le lapin sain la contraction minima se produisait avec un écart des bobines égal à 12 cent. 5, elle se produisait encore chez le lapin malade quand cet écart était de 15 centimètres.

L'excitation galvanique unipolaire a montré pour les muscles des membres paralysés un léger retard de la contraction de fermeture un peu plus marqué avec le pôle positif qu'avec le pôle négatif :

Lapin sain { *KaFs* = 1 milliamp. / *AnFs* = 3 mm.,5 — Lapin malade { *KaFs* = 2 mm. / *AnFs* = 5 mm.

et un retard plus grand de la contraction à l'ouverture surtout prononcé avec le pôle négatif :

Lapin sain { *KaOs* = 6 mm. / *AnOs* = 5 mm — Lapin malade { *KaOs* = 11.5 / *AnFs* = 8.2

L'excitation du nerf sciatique a donné un retard de la contraction de fermeture avec le pôle positif :

Lapin sain *AnFs* = 2.5 — Lapin malade *AnFs* = 4.2

et au contraire une avance notable de la contraction d'ouverture avec le même pôle positif :

Lapin sain *AnOs* = 8.5 — Lapin malade *AnOs* = 4.2

Les excitations avec le pôle négatif donnaient des résultats normaux :

Lapin sain { *KaFs* = 3 / *KaOs* = 11 — Lapin malade { *KaFs* = 2.5 / *KaOs* = 10

En résumé, pas de réaction de dégénérescence, hyperexcitabilité aux courants induits, quelques variations peu marquées de l'excitation galvanique.

Nous avons recherché si le bacille d'Escherich, dont le bacille d'endocardite se rapproche par un grand nombre de caractères, pouvait également donner naissance à des paralysies ; nous avons obtenu des résultats positifs sur lesquels nous reviendrons prochainement.

MM. Roux et Yersin (1) ont, de leur côté, montré que le microbe de la diphthérie entraînait l'apparition de paralysies qui apparaissent de 2 à 5 jours après les injections intra-veineuses et trois semaines après les inoculations pratiquées au niveau du pharynx.

Récemment MM. Grancher, H. Martin et Ledoux-Lebard (2) ont, à l'aide de cultures jeunes de tuberculose aviaire, produit des paralysies qui commencent par de la faiblesse du train postérieur pour se généraliser gra-

(1) Roux, Th. doct. Paris, 1883.
(2) Babinski et Charrin, *Soc. de biologie*, 10 mars 1888.
(3) Gilbert et Lion, *Soc. de biologie*, avril 1888.

(1) Roux et Yersin. *Annales de l'Institut Pasteur*, 1888 et 1889.
(2) Grancher et Leoux-Lebard. *Soc. de biol.*, 14 fév. 1891. et *Arch. de méd. expér.*, mars 1891.

duellement et entraîner la mort dans un état de dépérissement extrême.

Nous avons fait une constatation analogue chez un cobaye inoculé avec du tubercule humain.

Bien d'autres espèces microbiennes peuvent probablement donner naissance à de semblables accidents. C'est ainsi que dès 1887 nous avons observé des paralysies à la suite d'inoculations intra-veineuses de staphylococcus pyogènes aureus provenant d'un cas d'acné pilaire.

Une des particularités des paralysies infectieuses chez le lapin réside dans l'absence de toute lésion macroscopique ou microscopique appréciable du système nerveux.

MM. Charrin et Babinski ont fait cette constatation pour les paralysies provoquées par le bacille pyocyanique. Nous l'avons faite pour les paralysies causées par le bacille d'endocardite, MM. Roux et Yersin pour les paralysies de l'infection diphthérique, MM. Grancher, H. Martin et Ledoux-Lebard pour les paralysies tuberculeuses.

Dans deux de nos cas, non seulement la moelle, mais les racines rachidiennes, les gros et les petits troncs nerveux, les extrémités nerveuses intra-musculaires ont été minutieusement étudiés. Cette enquête n'a permis de constater aucune altération. Les muscles enfin étaient sains, sauf dans un seul cas, où le microscope nous a permis de découvrir quelques fibres atteintes de dégénérescence vitreuse.

Dans un certain nombre de faits, la présence du microbe inoculé a été constatée dans les centres nerveux, mais ce n'est pas à cette presence qu'il faudrait attribuer la production des paralysies. Celles-ci se rattacheraient à l'action des produits solubles sécrétés par les microbes. M. Charrin le premier a montré que l'injection des substances solubles sécrétées par le bacille pyocyanique provoque l'apparition de paralysies offrant tous les caractères de celles que détermine l'inoculation du microbe lui-même. MM. Roux et Yersin ont obtenu des résultats semblables avec les produits solubles du microbe de la diphthérie. Enfin, certains microbes, qui, inoculés aux animaux, ne donnent pas généralement naissance à des accidents paralytiques, peuvent aussi sécréter des produits capables d'agir sur les centres nerveux ; MM. Manfredi et Traversa (1) ont produit par l'injection à la grenouille, au lapin et au cobaye, de cultures de streptocoques pyogènes stérilisées des accidents paralytiques ou convulsifs passagers et ont démontré par une série d'expériences que ces accidents étaient dus à une action directe du poison sur le bulbe.

Nous avons nous-mêmes (2) tenté de produire des paralysies chez le lapin par l'injection intra-veineuse de cultures stérilisées sans obtenir de résultat positif. Mais nous ne sommes pas en droit de rejeter pour cela l'action des substances toxiques. Il est possible en effet qu'une production lente mais continue de poison amène progressivement la saturation à l'organisme et que les phénomènes paralytiques soient le résultat de cette saturation. La présence constante du microbe dans le système nerveux ou dans les autres viscères, même dans les cas de mort très tardive, est en faveur de cette hypothèse.

Les paralysies rabiques étant écartées, si l'on compare les paralysies infectieuses expérimentales du lapin aux paralysies infectieuses humaines, on voit qu'elles présentent entre elles des analogies et des dissemblances.

Comme les paralysies humaines, les paralysies expérimentales apparaissent à une époque éloignée du début de l'infection ou même à une époque telle qu'on peut être porté à croire que l'infection provoquée est guérie.

De plus, les unes et les autres paralysies se développent au cours d'infections diverses. On sait que chez l'homme la plupart des maladies infectieuses peuvent se compliquer de phénomènes paralytiques. Chez le lapin, un certain nombre d'affections sont connues déjà qui donnent naissance à des paralysies et il est vraisemblable que le développement de la pathologie expérimentale établira un jour la grande banalité de celles-ci.

Mais si chez l'homme la plupart des maladies infectieuses se compliquent de paralysies, elles s'en compliquent en réalité rarement. Au contraire, chez le lapin, certaines injections sont suivies avec une fréquence remarquable de ces accidents. Il en est ainsi par exemple de l'infection endocarditique qui est suivie de paralysies dans le 1/3 des cas, proportion bien supérieure à celle des paralysies diphthériques chez l'homme et *a fortiori* à celle des autres paralysies infectieuses humaines.

D'autre part, les paralysies infectieuses de l'homme restent souvent partielles, légères, curables. Au contraire, à part quelques exceptions, les paralysies infectieuses expérimentales ont un développement progressif ; elles se généralisent et entraînent la mort.

Enfin une distinction fondamentale pourrait être tirée de l'anatomie pathologique. Chez l'homme, en effet, les paralysies infectieuses sont inséparables de lésions nerveuses que les recherches récentes ont montrées particulièrement accentuées au niveau des nerfs périphériques. Chez le lapin, jusqu'à ce jour, le microscope n'a permis au contraire de déceler aucune altération du système nerveux. En raison de cette constatation négative et d'autre part en raison de la fréquence avec laquelle ont été observées les névrites périphériques chez les individus n'ayant pas présenté de symptômes paralytiques, il y aurait lieu de se demander si ces névrites constatées chez des sujets ayant succombé à des paralysies infectieuses commandent bien en réalité la production de celles-ci ou bien s'il ne s'agit pas de la coexistence de lésions et de symptômes en réalité indépendants.

(1) Manfredi et Traversa, *Acad. dell. Sc. d. Napoli*, 2 juin 1888, et *Giornale internazionale delle Scienze mediche. Anno X.*, 1888, p. 456.

(2) Gilbert et Lion, *Soc. de biol.*, 12 janv. 1889.

CORRESPONDANCE

A Monsieur le Rédacteur en chef de la *Gazette hebdomadaire*

Je vous serais reconnaissant d'insérer les lignes suivantes qui visent les observations que M. Dejerine a présentées à propos de ma Revue.

Sans reprendre point par point l'argumentation de M. Dejerine, je me bornerai à citer les *textes* sur lesquels mes remarques sont fondées.

Voici ce qu'on lit dans le compte-rendu de la communication faite par M. Dejerine à la séance du 28 février de la Société de Biologie :

« Pour ce qui concerne l'aphasie motrice proprement dite, si nous connaissons aujourd'hui très bien la forme clinique qui correspond à la destruction de la circonvolution de Broca, forme dans laquelle le malade, ayant perdu les images motrices d'articulation, a par cela même perdu toutes les modalités possibles du langage vocal — parole spontanée, répétition des mots, chant — nous connaissons, par contre, moins bien la forme qui correspond à la destruction des fibres sous-jacentes à cette circonvolution. *Lichtheim en a tracé les principaux caractères cliniques il y a quelques années et a proposé pour cette forme le nom* d'APHASIE MOTRICE SOUS-CORTICALE. Ses caractères, d'après cet auteur, seraient les suivants : le langage spontané, la parole en écho, la lecture à haute voix sont abolis. Par contre, il y a conservation de : 1° la compréhension

de la lecture ; 2° la faculté d'écrire spontanément sans dictée et de copier. Enfin, *et c'est là le caractère le plus important de cette forme*, et permettant de la diagnostiquer pendant la vie, *les images motrices d'articulation étant conservées*, le malade peut indiquer avec ses doigts, en tenant la main de l'observateur, le nombre de syllabes que contiennent les mots qu'il ne peut prononcer. »

Il nous semble bien que cette citation présente M. Lichtheim comme l'initiateur en matière d'aphasie sous-corticale.

Pour ce qui est du signe dit de Lichtheim, qui constituerait, suivant M. Dejerine, le caractère le plus important de l'aphasie motrice sous-corticale, je ne trouve pas, je le répète (1), ce signe mentionné dans la symptomatologie attribuée par l'auteur à l'*aphasie sous-corticale*, c'est-à-dire à l'aphasie déterminée par l'interruption de la ligne M*m* (2) de son schéma n° 5. Nous voyons, par contre, ce signe mis en relief par lui dans le schéma n° 2, qui a trait à la paraphasie liée à l'altération du *centre acoustique* A (3).

Il est vrai que sur cette question M. Dejerine me renvoie aux derniers travaux de Wernicke, mais en somme ce n'est pas de M. Wernicke qu'il s'agit dans mon article, mais de M. Lichtheim lui-même.

L'avenir décidera ce qu'il faut penser de la valeur du signe de Lichtheim ; toutefois, dès à présent, à considérer ce qu'on connaît de la physiologie ou plutôt de la psychologie de l'aphasie, il est vraisemblable que ce signe ne saurait être un caractère univoque de l'aphasie sous-corticale, et à cet égard, je ne puis que reproduire ce que j'ai écrit dans mon article :

« Que l'aphasique indique, soit à l'aide des doigts qu'il peut successivement, soit en serrant d'une façon significative la main de l'observateur, le nombre des syllabes que contient chacun des mots qu'il lui est impossible d'articuler, cela ne prouverait pas péremptoirement qu'il a conservé les *images motrices d'articulation*. On s'accorde à reconnaître, en effet, que le mot est un complexus formé de quatre éléments chez les sujets qui ont appris à lire et à écrire — c'est le cas que nous supposons — et, en admettant que les images motrices d'articulation fussent détruites isolément, il resterait encore au sujet l'image motrice graphique, en outre des images visuelles et auditives du mot, lesquelles pourraient le renseigner parfaitement sur le nombre des syllabes que contient le mot qu'il ne peut articuler, et lui permettraient, par conséquent, de faire connaître ce nombre de syllabes par une mimique appropriée. »

Veuillez agréer, etc.

Paul Blocq.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Symptomatologie des tumeurs du cerveau (Beitrag zur Symptomatologie der Hirntumoren), par Schœnthal (*Berl. klin. Woch.*, 1891, p. 254). — Un homme de 19 ans, ayant souffert dès l'âge de 9 mois de crises épileptiques avec aura abdominale, ayant du reste des antécédents nerveux héréditaires, entre à l'hôpital pour des attaques caractérisées par des troubles intellectuels très prononcés. Ces attaques sont nettement hystériques, et sont provoquées pour la plupart par des contrariétés et par des frayeurs. Il n'existe pas toutefois de zones hystérogènes; le champ visuel ne peut être déterminé. Les réflexes cutanés et la sensibilité sont normaux ; les réflexes patellaires sont un peu exagérés. Le sujet émet 3 litres d'urine par jour. La mort survient 15 jours après l'entrée à l'hôpital, des suites d'une pneumonie double. L'autopsie montre dans le centre ovale du lobe frontal gauche une tumeur gliomateuse grosse comme une noisette mal circonscrite ; cette tumeur est très vasculaire et présente de petites hémorrhagies déjà anciennes. Le reste du système nerveux est intact. L'auteur, après avoir discuté la symptomatologie du cas, s'arrête à l'idée que l'épilepsie de même que les attaques d'hystérie étaient sous la dépendance de ce gliome. Quant aux autres symptômes, tels que la polyurie et l'exagération des réflexes, il les attribue à l'état nerveux du sujet ; il croit donc que parmi les signes des tumeurs cérébrales, on doit faire figurer les attaques hystériformes, que par suite si l'hystérie peut simuler les maladies organiques du système nerveux, celles-ci à leur tour peuvent donner lieu à des signes d'hystérie. A notre avis, il s'agirait plutôt d'un épileptique symptomatique, devenu hystérique.

Tumeur cérébrale (History of a case of cerebral tumour, Diagnosis, Operation, Pathology), par Mac Call Anderson, Buchanam et J. Coats (*British medical journal*, 14 mars 1891, p. 564) — Garçon de 16 ans, sans hérédité nerveuse, pris à l'âge de 11 ans 1/2, d'une attaque avec perte de connaissance. Trois ans plus tard, les attaques sont revenues à intervalles plus ou moins rapprochés. Il commence toujours par des mouvements involontaires du pouce et de l'index du côté gauche, qui s'étendent graduellement à tous les membres, puis gagnent la face et la langue du même côté, parfois même se généralisent. Il existe alors de la perte de connaissance. On constate en outre de la céphalée et des nausées. La percussion du crâne est douloureuse à droite dans la région pariétale un peu au-dessus de l'oreille. L'examen ophthalmoscopique montre une névrite optique très prononcée. L'auteur diagnostique une tumeur siégeant à la partie moyenne des deux circonvolutions pariétale et frontale ascendantes du côté droit. La trépanation découvre une tumeur rougeâtre au siège présumé, que l'examen histologique montre être formée par un sarcome à cellules fusiformes. Ultérieurement, après 4 nouvelles attaques, le sujet reste deux mois sans attaques, puis en éprouve une dernière à la suite d'émotion.

Note sur l'apathie épileptique, par Féré (*Revue de médecine*, 10 mars 1891, n° 3, p. 211). — Guislain a signalé chez des sujets atteints d'épilepsie, en remplacement des accès convulsifs, un état de prostration, d'apathie morbide spéciale. L'auteur y fait rentrer un syndrome analogue observé chez un de ses malades. Cet état diffère de la dépression post-paroxystique laquelle se présente d'emblée à son degré le plus intense pour s'atténuer ensuite progressivement ; il se distingue également des accidents du bromurisme, par l'absence des troubles gastriques et respiratoires et par sa disparition malgré la continuation du bromure.

Convulsions épileptiformes dans la première enfance (Two cases of epileptiform convulsions in early infancy), par Helen W. Bissell (*The Journal of Nervous and Mental Disease*, 1891, n° 3, p. 149). — Ces cas se rapportent le premier à un enfant de une semaine, le second à un enfant de deux semaines et demie : les attaques se sont renouvelées 2 ou 3 fois, et se sont terminées par la guérison.

Chorée électrique (Ueber ein Fall von Chorea electrica (Henoch), par Pott (*Münchener medicinische Wochenschrift*, 1891, p. 174). — Il s'agit d'un garçon de 11 ans et demi, atteint d'hémichorée droite à la suite d'une frayeur, et qui guérit au bout de 3 mois. Un an plus tard une récidive succéda à une nouvelle frayeur. Les mouvements choréiques sont caractérisés par des contractions brusques et saccadées dans la musculature de l'épaule droite survenant 12 fois par minute, contractions rapides ressemblant à celles que produiraient des décharges électriques. Elles sont indépendantes de la position du bras, et ne cessent que pendant le sommeil. Aucun trouble de la sensibilité, mais troubles de la trophicité : atrophie musculaire du bras. Les autres organes sont normaux.

Deux cas d'hystérie (Zwei Fælle von Hysterie), par Alt (*Münchener medicinische Wochenschrift*, 1891, p. 253). — Le premier cas a trait à un garçon de 15 ans présentant une contracture en flexion de l'annulaire gauche ; le second cas se rapporte à une fille de 17 ans, avec raideur de tous les muscles du corps. Battements rapides des paupières. De temps en temps surviennent des attaques consistant en des mouvements respiratoires très précipités (polypnée) et des bruits

(1) Ni dans le « *Brain* », t. VIII, 1885, ni dans les *Deutsches Archiv für klinische Medicine*, t. XXXVI, 1885.

(2) Mm, dans ce schéma, représente le tractus qui part de la circonvolution de Broca se rend à l'appareil musculaire d'articulation (*On aphasia, Brain*, t. VIII, 1885, p. 449).

(3) Dans le schéma, p. 439. Id.

laryngés, attaques arrêtées par la compression ovarienne. Le développement de la névrose parait dans ce dernier cas avoir été provoqué par une tentative de viol.

Deux cas de méningite tuberculeuse guéris, par Klein (*France médicale*, n° 16, p. 241 ; 1891, p. 257). — Le premier cas se rapporte à un enfant de 2 ans, à antécédents nerveux héréditaires, qui, au cours d'une broncho-pneumonie, fut pris de céphalalgie, strabisme, convulsions, puis de crises dans lesquelles il pousse des cris, se cramponne à son oreiller, présente enfin de la contracture, des membres supérieurs d'abord, des membres inférieurs ensuite après une nouvelle crise de convulsions. Pendant le même temps, la température est à 39° et le pouls intermittent. Le second cas a trait à une femme de 31 ans qui présente dans ses antécédents une cécité subite ayant duré un quart d'heure, et n'offre que des signes douteux de tuberculose pulmonaire. Elle est prise brusquement de maux de tête, vomissements, strabisme et diplopie, puis d'une hémiplégie gauche et de délire. Après des alternatives d'aggravation et d'amélioration qui durent un mois, elle présente des crises convulsives sans élévation de température. Plus tard on constate de l'amaurose. La malade guérit, et ne conserve que du rétrécissement du champ visuel des deux côtés. Le diagnostic est également discutable dans l'un et l'autre cas, en raison de la simulation par l'hystérie des maladies organiques, et de l'existence du syndrome qu'on a appelé la pseudo-méningite hystérique.

MÉDECINE

Quelques effets de la saignée (Ueber einige Folge der Blutenziehung), par Dogiel (*Centralb. f. med. Wissench.*, 1891, n° 19, p. 337). — L'auteur a étudié sur des chiens les effets de la saignée et à côté des faits déjà connus il a pu en mettre en évidence d'autres qui ont jusqu'à présent échappé aux observateurs.

Le sang retiré se reproduit rapidement et l'animal augmente ordinairement au début, dans le cas de saignées répétées, pour diminuer ensuite. La diminution de la pression artérielle consécutive à la saignée abondante ne dure pas longtemps; dans certains cas, la saignée abondante élève dès le début la pression sanguine, tandis que les petites saignées n'exercent aucune influence sur la pression du sang. Les saignées abondantes répétées souvent provoquent une dégénérescence graisseuse du foie et des reins et la tuméfaction trouble des fibres musculaires du cœur et d'autres muscles striés.

Cavernes pulmonaires (Zur Diagnostik grœsserer Lungenhœhlen), par prof. F. Schultze (*Centralb. f. klin. Med.*, 1891, n° 19, p. 345). — On sait que parmi les signes permettant de diagnostiquer l'existence des cavernes volumineuses, les modifications momentanées du son (son clair remplacé par un son mat et inversement) survenant quand le malade change de position, jouent un rôle important.

Schultze publie le cas d'une dilatation bronchique avec gangrène pulmonaire où pendant la vie, en se basant sur ce phénomène, on a diagnostiqué l'existence d'une grande caverne pulmonaire, et où à l'autopsie on ne trouva qu'une série de dilatations ampullaires des bronches.

Cause de la pseudo-leucémie (Actiologie der Pseudo-Leukæmie), par Brentano et Tangl (*Deut. med. Woch.*, avril 1891, n° 17, p. 588). — L'intervention d'une tuberculose miliaire chez les sujets atteints d'adénie commence à être assez nettement établie pour qu'on soit autorisé à discuter les relations éventuelles de la pseudo-leucémie avec la tuberculose. Aux faits rapportés antérieurement, les auteurs ajoutent une observation très concluante. Il s'agit d'une femme de 57 ans qui succomba à une adénie généralisée compliquée d'ascite et de pleurésie droite, sans leucocythémie ni troubles urinaires. A l'autopsie, on trouvait de plus une ancienne détermination tuberculeuse éteinte du poumon, des ulcérations tuberculeuses intestinales en activité et une tuberculose miliaire aiguë du péritoine. Les ganglions hypertrophiés ne montraient ni tubercules, ni foyers caséeux, et au microscope on notait surtout une grande abondance des éléments lymphoïdes avec trame conjonctive modérément développée. Rien ne permettait de supposer que ces glandes fussent le siège d'une tuberculisation. Or l'inoculation de cobayes avec des fragments de ganglions a déterminé une tuberculose bacillaire régulière. Ces organes contenaient donc des bacilles, ou des spores tuberculeuses. Peut-être pourrait-on en conclure que certaines formes de l'adénie ne sont autre chose qu'une variété anormale de tuberculose ganglionnaire.

Quinine dans la coqueluche (Behandlung der Keuchhustens mit Chinin), par Ungar (*Deut. med. Woch.*, avril 1891, n° 18, p. 615). — Depuis que le traitement quinique de la coqueluche a été proposé par Buiz en 1868, cette méthode a été tentée et appréciée diversement par les observateurs des différents pays. Les objections qu'on lui oppose se tirent moins peut-être de son inefficacité présumée, que des dangers problématiques de cette médication chez les enfants. Briquet, Guersant ont montré dès longtemps que la quinine est bien supportée chez les enfants. L'auteur s'efforce de remettre en honneur cette médication en se fondant sur une expérience personnelle déjà importante. Il propose de donner des doses fortes, comprenant autant de décigrammes que l'enfant a d'années et répétées trois fois par jour. On peut même aller jusqu'à 1,2 ou 1,5 gramme chez les enfants plus âgés. Le chlorhydrate de quinine se recommande à cause de sa solubilité et d'une plus facile absorption. On le donne en capsules, cachets, lavements, injections hypodermiques. Si l'enfant vomit, on administre la dose après une crise de vomissements. Jamais l'auteur n'a observé ni intolérance gastrique, ni accidents intestinaux, ni troubles auriculaires, ni éruptions. Parfois, il notait une suractivité passagère du cœur : mais elle était peut-être attribuable à la coqueluche elle-même. Il ne faut pas espérer juguler la maladie avec ce remède : ce qu'on peut en attendre presque sûrement, c'est une sédation, une atténuation presque certaine de la maladie, de sa durée et de son intensité.

CHIRURGIE

Brides amniotiques (Doppelte amniotische Strangbildung), par Schilling (*Deut. mediz. Zeit.*, 1891, n° 36, p. 422). — Enfant né à terme et mort un quart d'heure après la naissance. Une première bride tendue sur le front qu'elle a aplati sans toutefois produire d'anencéphalie s'insère à la racine du nez. Gueule-de-loup, absence du nez, division du maxillaire inférieur sur la ligne médiane, large fente de la lèvre inférieure au niveau de la commissure labiale droite, fente faisant communiquer la cavité buccale avec la cavité de l'orbite droit. Les yeux, très distants l'un de l'autre, ne sont pas situés au même niveau; l'œil droit est plus volumineux que l'œil gauche.

Une seconde bride, large dans sa partie supérieure, étroite dans l'inférieure, s'étend du côté externe de la cuisse droite vers le dos du pied droit qui est déformé en pied-bot. Sur le pied droit on ne trouve que 4 orteils, le gros orteil manque; sur le pied gauche, par contre, on compte six orteils en partie bien formés.

Incision dans la péricardite purulente (The treatment of purulent pericarditis by free incision), par Davidson (*British medic. Journ.*, 14 mars 1891, p. 578). — Deux observations de péricardite purulente chez l'enfant; dans les deux cas, après ponction exploratrice, incision large. Dans le premier cas, l'enfant survécut 7 jours et mourut dans une syncope. Dans le second, où la péricardite s'accompagnait de pleurésie purulente également traitée par l'ouverture large, les deux lésions guérirent presque simultanément, cinq semaines après l'incision du péricarde; au bout d'un an, l'enfant, qui avait pu se rendre à l'école pendant l'hiver, ne présentait plus aucune modification appréciable des bruits respiratoires et cardiaques.

Nephrectomie (Report of 3 cases of nephrectomy), par Kammerer (*Medical Record*, 28 mars 1891, p. 368). — *Observation* I. — R..., 29 ans, mariée à 18 ans, a eu 2 fausses couches. Pas d'antécédents tuberculeux ou syphilitiques. Elle souffre de plus en plus depuis sa dernière fausse couche qui date de 3 ans. L'abdomen est très douloureux surtout dans la fosse iliaque droite. On sent une tumeur à droite de l'utérus; on sent aussi de l'empâtement à gauche. On diagnostique une double salpingite ; le 6 août on enlève les annexes des 2 côtés; du côté droit, opération rendue laborieuse par de

nombreuses adhérences de l'intestin; à gauche l'ablation est plus aisée. L'état de la malade semblait marcher vers la guérison, quand apparurent des signes d'occlusion intestinale. Nouvelle laparotomie : on tombe sur une région péritonéale présentant des adhérences nombreuses et laissant écouler un liquide séro-purulent exhalant une odeur manifeste d'urine; on découvre en même temps une fistule urinaire siégeant dans l'uretère. Des ponctions dans la région lombaire démontrent l'existence d'un vaste abcès périnéphrétique. On fit une incision dans la région lombaire, on vida l'abcès et on désinfecta la poche; on enleva le rein et on lia en masse le pédicule. Guérison. Le rein enlevé était absolument sain.

Observation II. — K. D..., 28 ans; antécédents tuberculeux dans la famille. Elle a eu une pleurésie et des ganglions suppurés du cou. Depuis un an elle souffre de douleurs dans la région lombaire et l'urine est trouble. Amaigrissement marqué. On sent une tumeur dans le flanc gauche. L'urine contient du pus. On fit d'abord une incision lombaire et une incision dans le parenchyme rénal. Ce n'est qu'au bout de plusieurs mois qu'on enleva le rein. La plaie est à peu près guérie, mais l'urine contient encore du pus.

Observation III. — B. P..., mariée, 34 ans. Douleur et tumeur rénale dans la région du flanc gauche. L'urine est acide et contient un peu de pus. Incision lombaire; on trouve une capsule fibreuse assez épaisse, puis le rein, qui lui adhère et qu'on en sépare avec peine; les tractions exercées font éclater la tumeur; il s'en écoule un liquide trouble; le doigt introduit dans la plaie perçoit un calcul au niveau du bassinet. Ablation du rein et ligature du pédicule. Anurie. Mort le 3e jour. L'autopsie ne fut pas permise; mais le rein opposé palpé à travers la plaie parut normal.

Rupture d'un uretère (A case of presumed rupture of the ureter from external violence; laparotomy; cure), par H. Allingham (*The British med. Journ.*, 28 mars 1891, p. 699). — F. R., 16 ans, reçut un choc violent dans l'abdomen. Douleurs, frissons, tympanisme abdominal, urine acide, chargée d'urates, ne présentant ni sang ni albumine; le malade n'a pas eu de garde-robe depuis l'accident. Quatre jours après l'admission, examen sous le chloroforme, on trouve de la matité à gauche, mais on ne sent aucune tumeur nette. L'examen rectal fait percevoir un gonflement en forme de boudin du côté gauche.

Opération. — Incision à gauche de la ligne médiane; on refoule l'intestin à droite, et on tombe sur la tumeur en forme de boudin qui s'étend du rein jusqu'au bassin, suivant le trajet de l'uretère. On ferme alors la plaie abdominale avec des éponges, et on fait une incision dans la région lombaire gauche; la tumeur ouverte laisse échapper plus d'un demi-litre d'urine trouble, et la tumeur disparait aussitôt. La température baissa aussitôt. La température baissa aussitôt après l'opération. Guérison.

Les cas de cette nature sont très rares; l'auteur n'en a retrouvé que 2 autres semblables.

BIBLIOGRAPHIE

Études sur les maladies cérébrales et mentales, par le Dr Jules Cotard, ancien président de la Société médico-psychologique, médecin-adjoint de la Maison de santé de Vanves. 1 vol. in-8° avec une préface du Dr Jules Falret. Paris, J.-B. Baillière, 1891.

Lorsqu'en août 1889, une mort cruelle enlevait si prématurément le Dr Jules Cotard à l'affection de sa famille et de ses amis, tous ceux qui avaient suivi de près la carrière scientifique de ce regretté confrère apprécièrent l'étendue de cette perte : un esprit original venait, en effet, de disparaître, qui n'avait pu encore donner toute sa mesure, mais dont les travaux si suggestifs ont « le rare mérite de faire réfléchir et de faire penser tous ceux qui les lisent avec attention ».

Ces travaux, dispersés dans divers recueils, viennent d'être recueillis. Notre excellent maitre, M. le Dr Jules Falret, s'est acquitté de cette pieuse tâche avec un soin et une sollicitude dont lui seront profondément reconnaissants tous les amis de Cotard; ils apprécieront surtout la préface qu'il a mise en tête du volume et dans laquelle l'éminent aliéniste s'est appliqué à dégager les pensées principales et les idées très personnelles de son affectionné collaborateur.

La vie scientifique de Cotard présente deux phases bien distinctes. Dans la première, qui date de son internat jusqu'à l'époque de la soutenance de sa thèse, il s'occupa surtout de pathologie nerveuse. De là, deux œuvres remarquables, devenues en quelque sorte classiques : les *Études physiologiques et pathologiques sur le ramollissement cérébral*, faites en collaboration avec le Dr J.-L. Prévost (de Genève), et une *Étude sur l'atrophie partielle du cerveau*. Ces deux travaux, d'un si haut intérêt clinique, ont été conçus et exécutés à la Salpêtrière, sous la direction de maîtres tels que Charcot et Vulpian. Quoique ayant paru il y a un quart de siècle, ils ne datent point; ils possèdent les qualités de toute œuvre durable, surtout en médecine : l'exactitude de l'observation, et la précision, même dans les tentatives les plus hardies d'interprétation physiologique.

La seconde période de la carrière scientifique de notre ami regretté a été, tout entière, consacrée à l'étude des maladies mentales, et c'est sous la direction de maitres tels que Lasègue et M. J. Falret qu'il s'initia à la clinique psychiatrique. Il apporta dans ces nouvelles recherches son esprit d'analyse très délié, très pénétrant, en même temps qu'une tendance naturelle à la généralisation.

A ces deux qualités de son intelligence correspondent deux ordres de travaux. Dans le premier doivent se ranger toutes les études exclusivement cliniques, telles que, par exemple : *Aliénation mentale et diabète*, où Cotard cite un cas intéressant de glycosurie succédant à une vésanie grave; — *Du délire hypochondriaque dans une forme grave de mélancolie anxieuse* : il s'agit de ces malades qui s'imaginent que leur corps est désorganisé, qu'il leur manque certains organes, phénomènes qu'on croyait jusque-là pathognomoniques de la paralysie générale, mais dont la présence chez certains mélancoliques doit être considérée comme un signe grave au point de vue du pronostic. Ce travail contient en germe celui publié deux ans après sur *le Délire des négations*, dont nous avons rendu compte dans la *Gazette hebdomadaire* (n° du 2 mars 1883), lors de sa publication. On sait que ce délire des négations, qui consiste dans une sorte de négation formelle et systématique à toutes les questions, s'observe surtout dans la mélancolie anxieuse, et dans la phase chronique de cette affection. Comme l'a fait observer avec raison M. J. Falret, il est à cette maladie mentale ce que le délire de grandeur est au délire de persécution.

Cotard, continuant ses investigations sagaces sur l'évolution de la mélancolie anxieuse, trouva peu après qu'à une de ses périodes plus ou moins avancées, il peut se produire une pseudo-mégalomanie principalement caractérisée par des idées d'immortalité, d'immensité, et qu'il désigna sous le nom de *délire d'énormité*, pour la distinguer du véritable délire de grandeur.

Mais la constatation purement clinique des faits ne pouvait satisfaire l'esprit de Cotard; il avait besoin d'expliquer, de généraliser. A cette tendance nous devons une autre série de travaux, non moins importants, qui seront sans doute très discutés, mais qui peuvent être le point de départ de recherches intéressantes de physiologie pathologique des idées délirantes. Le premier de ces mémoires est intitulé : *Perte de la vision mentale dans la mélancolie anxieuse*. Il se demande, à propos de deux malades anxieux, atteints de perte de la vision mentale, si, celle-ci étant un fait ordinaire dans cette forme de folie, on ne devrait pas en conclure que la négation systématisée est un délire greffé sur le trouble psycho-sensoriel.

Cette question de la genèse ou de la pathogénie des idées délirantes, qui, dans ce court mémoire, n'est que timidement abordée, devint depuis lors la constante préoccupation de Cotard. Il consigna le résultat de ses réflexions dans deux communications faites, l'une à la Société médico-psychologique, la seconde au Congrès international de médecine mentale. Dans la première, publiée en 1887, il fait sa part à l'élément psycho-sensoriel, ainsi qu'à l'élément psycho-moteur, dans l'origine des conceptions délirantes des aliénés. Dans la suite, il enlève au premier son importance, pour augmenter d'autant celle du second. C'est ce qui ressort du titre même de son travail (*De l'origine psycho-motrice du délire*), qui a pour but, selon son auteur, de « faire sentir l'influence con-

» sidérable des troubles moteurs dans un grand nombre de » faits pathologiques, se rattachant en apparence à une ori- » gine sensorielle. »

Cette question de l'origine du délire est certes une des plus capitales de la psychologie pathologique. Cotard la creusait avec amour et nul doute que si la mort ne l'eût frappé en pleine activité intellectuelle, il ne fût parvenu à en trouver une solution satisfaisante et à donner à ses idées cette précision et cette netteté qu'on se plaît à reconnaître dans toutes les productions de son esprit.

Dans cette rapide énumération on ne saurait oublier les deux importants articles, *Folie* et *Hypocondrie*, du Dictionnaire de Dechambre, dans lesquels sont résumées, mais avec une note très personnelle, les idées les plus récentes sur les problèmes si difficiles de la psychiatrie.

En se faisant l'éditeur des travaux de Cotard, M. J. Falret n'a pas seulement rendu un pieux hommage à la mémoire d'un ami si regretté, il a fait aussi œuvre utile, et la spécialité, dont il est un des maîtres les plus écoutés, en reconnait tout le prix. Tous ceux qui liront ce volume concluront avec l'éminent médecin de la Salpêtrière que « nous avons perdu en Cotard un esprit profond et original, à la fois philosophique et clinicien, trop tôt enlevé à la science » ; ses travaux méritaient à tous égards l'honneur qu'il leur a fait de les présenter lui-même « avec confiance à tous ceux qui, en France et à l'étranger, s'intéressent aux progrès incessants de la science des maladies mentales ».

Ant. Ritti.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Méthode et traitement de la tuberculose du professeur Koch mise a la portée du grand public, traduit de l'allemand, avec l'autorisation de l'auteur, par E. Tutzscher, avec un portrait de Robert Koch. Paris, Hinrichsen éditeur, 22, rue de Verneuil.

Ce petit livre a été écrit à un moment où l'on croyait pouvoir affirmer l'efficacité des injections antituberculeuses et où les médecins allemands s'écriaient : « Le remède pour guérir la tuberculose est trouvé; l'efficacité de la guérison ne peut plus être mise en doute. L'homme le moins instruit comprendra l'importance de cette découverte. » Il n'en est plus de même aujourd'hui. Les insuccès trop fréquents, les dangers cruellement démontrés de la méthode de Koch ont provoqué de toutes parts des protestations contre son emploi. Si donc on peut trouver, aussi bien au point de vue prophylactique qu'au point de vue des symptômes, de bonnes indications dans la brochure du Dr M. Birnbaum que M. E. Tutzscher a traduite, il faut reconnaître qu'elle ne répond plus, au point de vue thérapeutique, à des espérances trop péniblement déçues.

De la circoncision, indications et manuel opératoire, par le Dr G. Félizet, avec 10 figures dans le texte. Paris, G. Masson, 1891.

Petite plaquette fort bien éditée, où l'auteur indique son manuel opératoire particulier. Il paraît évident que M. Félizet obtient ainsi des résultats bons, artistiques même. Mais pour cette opération, plus simple qu'on ne le croirait à lire cette brochure, chaque praticien a son procédé et, s'il est soigneux, s'en trouve bien.

Du traitement de la syphilis infantile par les injections sous-cutanées de sels mercuriels, par le Dr Moncorvo, professeur de clinique des maladies de l'enfance, et le Dr Clemente Ferreira, son chef de clinique, à Rio de Janeiro. Paris, G. Steinheil, 1891.

Les cas d'hérédo-syphilis sont si fréquents au Brésil que le Dr Moncorvo a pu en fixer le chiffre à 55 0/0 environ du total des enfants soignés dans son service. On comprend donc l'intérêt que présente l'étude des moyens thérapeutiques les plus efficaces et les plus faciles à administrer en vue de combattre une maladie aussi fréquente que redoutable. Les auteurs ont essayé à ce point de vue : le calomel, l'oxyde jaune de mercure, l'huile grise, le salicylate de mercure, enfin le sublimé corrosif : 47 enfants de 38 jours à 14 ans ont été inoculés, et 259 injections sous-cutanées mercurielles pratiquées avec les précautions antiseptiques les plus minutieuses ont été faites.

Voici les conclusions de ce mémoire :

I. — La méthode hypodermique doit être désormais admise dans le traitement de la syphilis infantile.

II. — Parmi les diverses préparations mercurielles essayées chez 47 enfants qui reçurent 259 injections sous-cutanées, nous avons reconnu préférables celles d'*huile grise* parmi les sels insolubles, et le *sublimé corrosif* parmi les sels solubles.

III. — Les injections d'*huile grise* et de *sublimé corrosif* furent parfaitement tolérées par les petits sujets, qui en bénéficièrent notablement.

IV. — Les injections mercurielles furent toujours précédées des soins antiseptiques rigoureux, ce qui permit d'abréger les intervalles des injections, lesquelles furent dans un certain nombre de cas pratiquées à 4 jours de distance.

V. — Les résultats obtenus à l'aide des injections mercurielles ont été généralement favorables et l'efficacité du procédé ne semble pas être inférieure à celle des autres méthodes d'administration.

VI. — Les syphilides cutanées (papules, pustules, gommes, etc.) sont plus promptement influencées par la cure hypodermique, l'action sur les adénopathies est plus lente.

VII. — D'une façon générale, le traitement mercuriel hypodermique est admirablement toléré par les enfants, au point de vue des accidents, locaux et généraux. Cela dépend probablement de ce que les petits sujets supportent facilement les préparations mercurielles, quelle qu'en soit la voie d'introduction, sans le moindre inconvénient (absence de salivation, de stomatite, de phénomènes intestinaux, etc.).

Thèses de Paris.

De la rétinite syphilitique et de ses rapports avec les artères rétiniennes et avec l'artérite syphilitique de l'encéphale, par le Dr F. Ostwalt.

Dans un premier chapitre l'auteur étudie les lésions du début de l'action du virus syphilitique sur la rétine et ses vaisseaux ; il conclut : 1° que dans la syphilis il peut se produire, et cela peu de mois à un an après l'infection, une rétinite centrale avec ou sans iritis simultanée; 2° que cette rétinite est caractérisée par de petits foyers gris, blanchâtres, en forme de grappes siégeant de préférence le long des petites branches terminales des artères; 3° qu'en même temps on peut apercevoir tout à fait à la périphérie et le long des artérioles de semblables petites infiltrations de la rétine. En raison de leur ténuité ces foyers ne se voient qu'à l'image droite. 4° Le plus souvent il coexiste des foyers choroïdiens à peine gros comme une tête d'épingle; 5° La région de la macula présente souvent des troubles diffus; 6° des opacités du vitré d'ordinaire font défaut; correspondant aux lésions maculaires on trouve presque toujours un petit scotome central négatif, et parfois un scotome positif, de la métamorphopsie et une faible diminution de l'acuité visuelle.

Au point de vue anatomo-pathologique : 1° le plus souvent il existe des foyers choroïdiens, agglomerats de cellules rondes rappelant des gommes dans la chorio capillaire; 2° même dans les cas où l'affection de la choroïde attire surtout l'attention, la rétine est atteinte; 3° il s'agit ici surtout d'un épaississement de la couche des fibres nerveuses, avec amas de cellules rondes en rapport très intimes avec les vaisseaux; 4° les vaisseaux artériels offrent une paroi épaissie avec prolifération de la tunique interne.

Le traitement mercuriel est efficace quand il est administré dès le début de l'affection qui abandonnée à elle-même progresse et aboutit à l'atrophie de la rétine.

Se basant sur de nombreuses observations d'accidents cérébraux graves précédés des désordres de la syphilis oculaire Ostwalt émet l'opinion que les altérations vasculaires de la rétine doivent être considérées comme les indices prémonitoires de l'artérite cérébrale syphilitique. De là l'indication de prêter attention aux plaintes des syphilitiques relatives à leur vision et d'examiner à l'image droite leur fond d'œil afin d'instituer un traitement spécifique énergique susceptible de prévenir la venue des accidents cérébraux.

VARIÉTÉS

Prix de la Société médico-psychologique. — Prix proposés pour 1892. — Prix Aubanel. — 2,400 francs — Question : *Etude sur la fréquence du délire de grandeur dans le délire de persécution.*

Prix Esquirol. — Ce prix, de la valeur de 200 francs, plus les œuvres d'Esquirol, sera décerné au meilleur (mémoire manuscrit sur un point de pathologie mentale.

Prix Moreau (de Tours). — Ce prix, de la valeur de 200 francs, sera décerné au meilleur mémoire manuscrit ou imprimé, ou bien à la meilleure des thèses inaugurales soutenues en 1890 et 1891 dans les Facultés de médecine de France, sur un sujet de pathologie mentale et nerveuse.

Nota. — Les mémoires manuscrits ou imprimés, ainsi que les thèses, devront être déposés le 31 décembre 1891, chez M. le Dr Ant. Ritti, médecin de la Maison nationale de Charenton, secrétaire général de la Société. Les mémoires manuscrits seront accompagnés d'un pli cacheté avec devise, indiquant les noms et adresse des auteurs.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES SAMEDIS ET PUBLIANT TOUS LES MERCREDIS

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

BULLETIN

Paris, le 12 juin 1891.

Quelques mots au sujet des traitements de la phthisie pulmonaire.

(2e *article*).

Lorsque parut, en 1877 (*Gaz. hebd.*, p. 486), un important travail de MM. Bouchard et Gimbert signalant les effets favorables que peut donner l'administration de la créosote pure, nous essayâmes, à l'exemple de plusieurs autres médecins, de combattre la tuberculose par cette nouvelle médication. Mais, après avoir successivement employé les huiles et les vins créosotés, les préparations de phosphate de chaux associées à la créosote, les pilules de créosote et d'iodoforme ou les pilules de créosote et de baume de tolu, nous fûmes arrêté par l'intolérance gastrique qui survient tôt ou tard après l'administration de la créosote à dose suffisamment élevée pour devenir active. Sans doute il est des malades qui peuvent impunément et durant plusieurs mois consécutifs absorber la créosote à la dose d'un gramme à 1 gr. 50 dans les 24 heures. Ceux-ci, lorsque le médicament leur était prescrit sans aucun adjuvant ou correctif, mais administré à doses progressives sous forme de gouttes suffisamment diluées dans du vin du Midi, arrivaient rapidement à retirer de ce mode de traitement un bénéfice considérable. Plusieurs phthisiques que je revois de temps à autre après les avoir ainsi traités en 1879 et 1880 peuvent être considérés comme définitivement guéris. Il fallait reconnaître cependant que la plupart des malades se résignaient difficilement à accepter le traitement et que les troubles digestifs, qu'il faut toujours éviter chez les tuberculeux paraissaient provoqués ou entretenus par la médication. C'est alors que j'essayai en 1883 et 1884 d'abord les injections sous-cutanées de créosote dissoute dans la glycérine, puis, en 1885, lorsque notre collaborateur P. Vigier eut fait connaître la pétrobaseline ou vaseline liquide (*Gaz. hebd.*, 1885, p. 467), les injections de créosote dissoute dans ce véhicule. Malheureusement le manuel opératoire des injections restait défectueux. Pratiquée à l'aide d'une seringue de Pravaz ou d'une seringue à injections analogue à celle de Pasteur, l'instillation dans le tissu cellulaire d'huile ou de pétrobaseline créosotées déterminait de la douleur et souvent des œdèmes durs. Grâce à l'appareil de Gimbert, qui voulut bien en 1888 m'en indiquer le maniement, ces injections ont pu être pratiquées dans les conditions les plus favorables et, depuis près de quatre années, c'est à l'aide de l'appareil de Gimbert que j'ai pu traiter les tuberculeux susceptibles d'obtenir, grâce à l'absorption de la créosote, un soulagement réel, voire même une guérison jusqu'à ce jour définitive.

Dans le mémoire que nous publions aujourd'hui, mon ami Burlureaux fait connaître les résultats auxquels il est arrivé en se servant d'un instrument qui possède sur celui de Gimbert l'avantage d'indiquer exactement la pression sous laquelle l'huile créosotée pénètre dans les tissus. Je laisse aux inventeurs de ce perfectionnement de la méthode hypodermique le soin de préciser le manuel opératoire de leur appareil. Je me borne à constater un premier fait qu'il importe de bien affirmer afin que tous les médecins qui voudront employer les injections sous-cutanées d'huile créosotée ne s'exposent point à de sérieux mécomptes. Pour que l'injection réussisse, pour qu'elle ne détermine aucun accident local, il faut : 1° que l'appareil soit aseptique, c'est-à-dire qu'à chaque opération il soit bien lavé, soit à l'aide d'alcool phéniqué s'il est vide, soit à l'aide de l'huile créosotée, antiseptique, s'il a déjà servi ; 2° que l'injection soit faite avec une extrême lenteur. N'ayant jamais dépassé les doses moyennes (20 ou 30 grammes d'huile créosotée en une séance), j'ai toujours consacré une demi-heure au moins, souvent une heure, à chaque injection et je n'ai vu survenir d'accidents locaux (douleur légère, empâtement, œdème dur persistant pendant 1 ou 2 jours) que dans les cas où la pression trop considérable déterminait un écoulement trop rapide de l'huile médicamenteuse.

Toutes les fois que, la région où se fait l'injection ayant été lavée à l'huile créosotée, et l'appareil étant aseptique, l'injection était pratiquée avec la lenteur voulue, le malade la supportait sans douleur, sans accidents locaux. J'ajoute immédiatement qu'une troisième condition doit se trouver aussi toujours réalisée : l'huile créosotée ne détermine pas d'accidents lorsqu'elle est *pure*. Quelques

explications sont indispensables à cet égard. Déjà dans leur mémoire de 1877, MM. Bouchard et Gimbert avaient précisé ce qu'il convient d'entendre par *créosote*. Ils avaient fait remarquer que la *créosote vraie*, celle que Reichenbach avait utilisée en 1830, diffère absolument « de l'acide phénique impur décoré par la droguerie du nom de créosote. La créosote vraie a l'odeur très franche du goudron; elle marque 1066 au densimètre; elle se mélange au collodion en donnant une solution limpide; dissoute dans l'alcool et très diluée, elle donne, avec une solution étendue de perchlorure de fer, une coloration verte qui passe rapidement au brun ». Ajoutons qu'elle doit être incolore, neutre au tournesol et qu'elle distille à une température de 200° à 210°. La commission chargée en 1882 de reviser le Codex a décidé que seule cette créosote de bois serait officinale, à l'exclusion de la créosote de houille. Elle a indiqué ses propriétés physiques et chimiques et les caractères qui la distinguent de la créosote de houille. Mais elle a décidé qu'aucune formule pharmaceutique ne serait insérée, laissant aux médecins le soin de l'utiliser et de varier ses formes médicamenteuses (voy. *Gaz. hebd.*, 1882, p. 259). Malheureusement, malgré ces prescriptions, la plupart des pharmaciens ne possèdent qu'une créosote relativement impure. Notre ami Burcker, professeur au Val-de-Grâce, qui prépare les huiles créosotées dont Burlureaux fait journellement usage à des doses considérables, a reconnu que la plupart des créosotes de bois vendues sous ce nom dans le commerce ne donnent que 60 à 65 0/0 de créosote pure. Le reste renferme ou bien de l'acide phénique qui distille à 180° ou 185° ou encore du créosol qui entre en ébullition à 216°. La créosote vraie ne peut donc être fournie que par les pharmaciens qui ont soin de distiller entre 200° et 210° les produits qui leur sont livrés et de ne fournir sous le nom de *créosote pure* que le résultat de cette distillation. Il ne nous appartient pas d'indiquer ici où et comment l'on doit se procurer ce produit pharmaceutique de composition toujours identique à elle-même. Disons seulement que plusieurs pharmaciens à Paris ou en province sont déjà en mesure de le fournir et que tout pharmacien consciencieux peut le préparer.

Ajoutons enfin que si la créosote doit être pure, il en est de même de l'huile qui sert à l'injection. L'huile dont nous nous sommes toujours servi et dont MM. Gimbert, Burlureaux, etc., font usage est de l'huile d'olive, de préférence de l'huile vierge que le pharmacien doit au préalable laver à l'alcool à 90°, puis chauffer à 150° ou 200° pour chasser l'alcool et rendre l'huile aseptique. L'addition de créosote dans la proportion de 1 gramme pour 15 grammes d'huile doit se faire au moment où l'huile est encore bouillante, et le liquide antiseptique ainsi obtenu doit être conservé dans des flacons bouchés à l'émeri et préalablement lavés à l'alcool.

En procédant comme nous venons de le dire, en s'adressant toujours, pour avoir une huile créosotée parfaitement pure, à un pharmacien digne de confiance et connaissant bien les modes de préparation de ce médicament si utile, on est assuré de pouvoir rendre de grands services à tous les phthisiques qui, en raison de la forme que présente la maladie dont ils sont atteints, ressortissent à la médication créosotée.

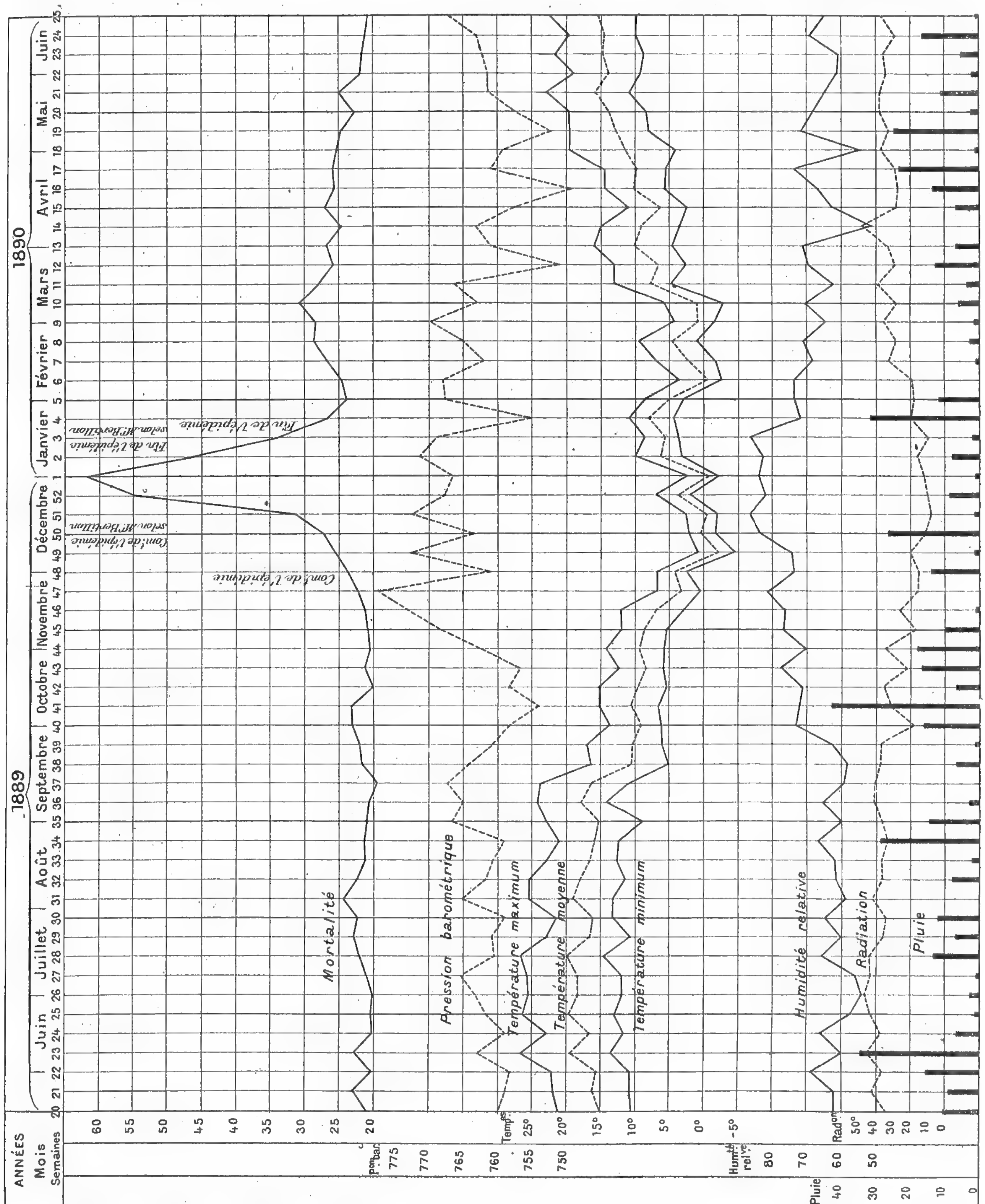
Nous ne croyons point, en effet, que tous les phthisiques puissent être guéris ou même améliorés par cette méthode; nous affirmons seulement que, pratiquées avec les précautions que nous indiquons et à doses lentement progressives, les injections de créosote ne sont jamais dangereuses et qu'elles sont très fréquemment utiles. On trouvera dans le mémoire que nous insérons aujourd'hui (p. 281) toute une série de considérations physiologiques et cliniques des plus intéressantes à cet égard. Nous n'avons pas à entrer ici dans les détails qui font l'objet du mémoire que publie Burlureaux. Avec lui nous avons reconnu que les phthisiques qui sont très péniblement et très longtemps impressionnés par le goût de la créosote, qui durant plusieurs jours remâchent leur créosote, n'éprouvent en général aucun effet utile et perdent rapidement l'appétit comme s'ils avaient reçu le médicament par la voie gastrique. Il en est de même de ceux qui, à la suite d'une injection de 20 à 30 grammes, sont pris de quintes de toux ou d'un accès fébrile survenant 7 ou 8 heures après l'injection. Je crois pouvoir affirmer aussi que les phthisiques fébricitants à forme granulique supportent assez mal d'ordinaire les injections hypodermiques. Mais, ces réserves faites, ni la profondeur, ni l'étendue des lésions, ni l'intensité de la toux, ni l'abondance de l'expectoration ni même les hémoptysies ne doivent arrêter le médecin, désireux d'atténuer les ravages d'une maladie qui trop souvent jugée incurable, peut être souvent enrayée et parfois guérie. La médication que nous recommandons permet, en effet, au médecin d'ordonner tous les traitements hygiéniques et diététiques dont l'utilité est indéniable. La vie au grand air, le repos physique, la suralimentation, les lotions et frictions cutanées, etc., etc., peuvent et doivent être conseillés en même temps que les injections sous-cutanées. Celles-ci ne provoquent des accidents analogues à ceux que détermine la lymphe de Koch que dans les cas où elles sont mal faites. Dans les circonstances où le malade est placé dans de bonnes conditions hygiéniques, elles peuvent être poussées à des doses considérables, Burlureaux le démontre, non seulement sans nuire à la santé générale, mais encore en provoquant parfois assez rapidement un amendement général de tous les symptômes. De plus elles déterminent *toujours* dans les premières semaines qui suivent son administration une augmentation de poids qui est, en moyenne, de quatre kilogrammes le premier mois et une diminution de l'expectoration, de la toux et des bacilles spécifiques. Nous aurons prochainement l'occasion de revenir sur ce sujet.

L. Lereboullet.

REVUE GÉNÉRALE

Les modifications atmosphériques et la grippe.

On a beaucoup écrit depuis des siècles et l'on écrira sans doute encore longtemps et beaucoup sur la grippe. Sa pathogénie, son étiologie, ses modes de transmission et jusqu'à son unité nosologique ou son polymorphisme ont toujours été et sont encore sujets à controverse. Nous aurons l'occasion d'y revenir à propos de l'enquête poursuivie par l'administration sur tous les points du territoire où a sévi l'épidémie de 1889-1890, enquête dont les résultats vont être prochainement présentés à l'Académie par M. le professeur Proust. Quelle



Épidémie de grippe de 1889-1890 à Paris. Courbes des moyennes hebdomadaires de la mortalité
(*Proportion par 1000 habitants et rapportée à l'année*)
comparées à celles des moyennes hebdomadaires des principaux éléments météorologiques. (D'après M. L. Masson).

que soit la doctrine ou la théorie à laquelle on s'arrête, il est impossible de ne pas attacher une grande attention à l'influence que les modifications atmosphériques exercent manifestement sur cette affection. Brochin, dans son article GRIPPE du *Dictionnaire de Dechambre*, renvoie au mot CATARRHE et, après avoir analysé, avec son érudition et son bon sens accoutumés, toute la littérature de son sujet, il conclut à une affection catarrhale saisonnière. Tous les mémoires publiés jusqu'ici sur la grippe font surtout l'histoire de la constitution médicale au cours de laquelle elle est survenue. Les doctrines microbiennes n'ont pas encore beaucoup élucidé ce problème singulièrement complexe; mais qu'il s'agisse d'une infection due au strepto-bacille signalé par Teissier et Roux (de Lyon), Seiffert et Jolles, ou d'un développement anormal de micro-organismes préexistant dans l'économie comme le pneumocoque, les phénomènes cosmiques sont intervenus, dans toutes les manifestations générales des épidémies grippales, avec des caractères spéciaux qu'en tout état de cause, il importe d'analyser et d'étudier avec soin.

C'est cette tâche que vient d'entreprendre pour la dernière épidémie un ingénieur très apprécié par tous ceux qui s'occupent d'hygiène publique, M. Louis Masson. Il en a fait connaître les résultats dans une intéressante communication présentée à la dernière séance de la Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle et dont on trouvera le texte complet dans le prochain numéro de la *Revue d'hygiène et de police sanitaire*. Atteint lui-même par la maladie, M. L. Masson fut très frappé de la hausse constante marquée par le baromètre qu'il avait devant lui dans sa chambre; m'en ayant informé, il voulut bien faire des recherches plus approfondies dont le résumé est très nettement indiqué sur le tableau ci-dessus.

On se rappelle qu'à Paris la grippe a débuté au mois de novembre 1889 pour ne se terminer qu'en février; pendant cette période, la mortalité fut exceptionnellement élevée, frappant surtout les malades atteints d'affections des organes de la respiration, notamment de phthisie, puis les maladies organiques du cœur, les congestions et hémorrhagies cérébrales. Les enfants comptèrent peu de victimes, mais plutôt les adultes depuis l'âge de 30 ans et principalement les vieillards. L'épidémie fut surtout grave dans la première semaine de janvier 1890, pendant laquelle on compta 2,683 décès, dont 1,470 chez les hommes et 1,213 chez les femmes, soit un chiffre de mortalité dépassant 60 p. 1,000. La maladie sévit d'une manière beaucoup plus intense dans les quartiers pauvres.

Pendant ce temps, l'atmosphère parisienne éprouvait des modifications non moins spéciales. C'est ainsi que l'aiguille barométrique indiquait une élévation tout à fait anormale, qui coïncida avec le début de l'épidémie et cessa avec elle. Tandis qu'à Paris la moyenne des pressions est, en général, de 755^{mm} depuis de longues années, elle s'est tenue constamment au-dessus de 760 ^{m}. Le mois de novembre a été spécialement signalé par des pressions considérables d'une moyenne de 769^{mm},2. Le maximum absolu, 779^{mm}, 8, a été atteint le 20 novembre 1889; il convient de remarquer qu'à part l'année 1867, il faut remonter jusqu'en 1757 pour retrouver une pression aussi élevée!

Par contre, la température s'abaissait en même temps que la hausse barométrique s'accentuait; cependant le froid a été peu rigoureux, puisque la température n'est pas descendue au-dessous de — 5° et même pendant la première semaine de janvier, au plus fort de la grippe, le thermomètre n'a pas indiqué plus de — 2°.

On devait se demander ce que devenait l'humidité de l'air dans ces circonstances: or, la période de juin 1889 à juin 1890 a été moins pluvieuse à Paris que l'année moyenne: il est tombé 0m.488 d'eau, tandis que la hauteur moyenne de pluie est de 0m.567. Mais le fait remarquable est la petite quantité d'eau tombée pendant la période de l'épidémie: on relève seulement comme maximum 0m.0134 dans la 48e semaine, 0m.0266 dans la 50e, et 0,0134 dans la 4e semaine de janvier 1890. D'autre part, si les nuages ont fourni peu d'eau, l'humidité n'en a pas moins été assez considérable, car l'état hygrométrique s'est constamment élevé; il a dépassé 0,80 au moment même du maximum de l'épidémie. Quant aux vents, ils n'ont rien offert de bien particulier: du 10 novembre 1889 au 1er février 1890 ils ont presque constamment soufflé du S. au S.-O., ce qui est le caractère moyen du vent à Paris, avec quelques vents dans la direction N. à N.-E.

Un autre élément non moins important à considérer était la radiation, c'est-à-dire le rapport entre les rayons lumineux reçus en un lieu et ceux qui seraient reçus si le ciel était pur de tout nuage. La radiation a éprouvé une baisse notable au moment du commencement de l'épidémie; le minimum 7,8 a eu lieu dans la 51e semaine de 1889, il était inférieur de 6,7 à la moyenne normale déduite de 12 années d'observations à l'Observatoire de Montsouris. Le défaut de lumière solaire a été constant pendant toute la période de l'épidémie.

Ces renseignements comparatifs, très documentés comme on voit, se retrouvent avec des caractères presque identiques dans la plupart des stations météorologiques et notamment dans les capitales des États européens. La grippe aurait coïncidé avec un temps humide, brumeux, un froid peu intense et une hausse insolite du baromètre. A Vienne tout particulièrement, les courbes ressemblent beaucoup à celles qui ont pu être dressées pour Paris; il en est à peu près de même à Berlin, à Bruxelles, etc.; mais nous devons reconnaître qu'il n'en est pas ainsi en Russie, où la mortalité s'est élevée, au contraire, alors que le baromètre baissait et que le thermomètre se relevait; seule, l'augmentation de l'humidité moyenne de l'air offrait des analogies avec les modifications atmosphériques constatées à Paris. Il est curieux qu'en Russie où, comme M. Jules Teissier l'a si nettement établi dans son remarquable rapport, la grippe paraît régner à l'état endémique, on rencontre des manifestations inverses; c'est ainsi qu'à Saint-Pétersbourg, l'épidémie dernière coïncidait avec de basses pressions barométriques et qu'elle cessait avec la réapparition du froid, le retour des hautes pressions et la congélation de la Néva. A quoi attribuer ces différences entre les faits observés en Russie, aussi bien à Saint-Pétersbourg qu'à Moscou et à Varsovie, et ceux qui sont si concordants dans d'autres parties de l'Europe? A l'endémicité de la grippe peut-être qui, acclimatée en Russie, a pu s'y adapter à des manifestations atmosphériques multiples et subir plus aisément de nouvelles invasions; n'a-t-on pas vu cette même épidémie de 1889-1890 parcourir le monde entier avec une rapidité que les nouvelles voies d'échanges internationaux ont si grandement facilitée; ses aspects n'ont varié qu'avec ceux des climats qui sont des saisons en grand, comme le disait il y a vingt ans Maximin Legrand. Si l'on étudie, d'autre part, quels ont été les rapports de cette grande épidémie avec la pression atmosphérique, on doit remarquer qu'en Europe, par exemple, les courbes de la mortalité et celles des oscillations de l'aiguille barométrique coïncident presque partout, semaine par semaine; aux maxima et aux minima de l'une correspondent les maxima et minima de l'autre; les zones de forte mortalité sont enserrées, en quelque sorte, par les élévations de pression et presque toujours, quelle que soit la région, sauf la Russie. Les graphiques et les cartes dressées par

M. L. Masson sont très intéressants à consulter sur ce point.

Nous n'oserions pas conclure, dans une question aussi complexe, avec des données relativement aussi restreintes. S'il est vrai, disait Brochin, que les qualités appréciables de l'air et leurs variations, que les vicissitudes et les brusques ou profondes variations du temps sont impuissantes pour produire les épidémies de grippe, doit-on du moins leur refuser toute participation, toute influence excitatrice ou toute action modificatrice soit sur leur manifestation, soit sur leur marche et leurs caractères? Vouloir prétendre le contraire nous semblerait encore aujourd'hui, tout comme à lui, quelque peu hasardé. Les documents que nous venons de signaler à l'attention des épidémiologistes présentent tout au moins des particularités dignes de remarque; ils ont été établis avec soin et ils nous paraissent utiles aussi bien aux hygiénistes qu'aux partisans des diverses doctrines étiologiques.

A.-J. MARTIN.

TRAVAUX ORIGINAUX

Des effets généraux de la créosote à haute dose injectée sous la peau, par M. le Dr BURLUREAUX, médecin-major de 1re classe, professeur agrégé au Val-de-Grâce.

Dans une communication à la *Société de Dermatologie*, en mars dernier, nous avons indiqué les effets locaux des injections sous-cutanées d'huile créosotée à haute dose, quand elles sont faites avec la lenteur voulue et avec une préparation irréprochable. Nous avons dit que, pour les faire avec la lenteur nécessaire, nous nous servions d'un appareil spécial, dont le principe est emprunté à celui de M. Gimbert (de Cannes), et que la préparation injectée était un mélange de créosote distillée entre 200 et 210°, dans une huile parfaitement pure, dans la proportion de 1 gramme de créosote pour 14 d'huile. C'est la formule de M. Gimbert, à laquelle nous nous sommes arrêté après maints tâtonnements. Nous avons dit que nous injections des doses quotidiennes qui variaient entre 30 et 70 grammes; que dans certains cas, nous poussions à 100 et 150 grammes, et que dans des cas exceptionnels, nous avions atteint les doses de 200 et même 220 grammes : soit quatorze grammes de créosote.

Nous nous proposons dans cette note d'étudier les effets généraux produits par ces injections bien faites. Mais pour bien les comprendre, il nous faut d'abord indiquer ce que devient l'huile créosotée injectée :

1° L'huile est digérée plus ou moins vite, puisqu'elle finit tôt ou tard par disparaître du tissu cellulaire auquel elle avait été confiée. C'est que, comme le dit M. Bouchard, « le tissu cellulaire digère au moins autant que l'intestin. » L'huile n'est donc pas seulement un vecteur de la créosote, comme le serait la vaseline liquide ou le rétinol proposé récemment pour les injections hypodermiques; c'est en outre un aliment, et un aliment précieux pour les malades dénués d'appétit.

Quelques-uns de nos malades ont reçu jusqu'à 6 kilogrammes d'huile, ce qui n'a pas été sans jouer un rôle considérable dans leur reconstitution.

2° La créosote passe très rapidement dans le sang. En effet, peu de temps après le commencement de l'injection, les malades en perçoivent le goût dans la bouche, et cette saveur persiste pendant un temps qui varie suivant la dose injectée, mais bien plus encore suivant les individus.

Il est des malades qui ne perçoivent presque pas le goût de la créosote injectée à dose moyenne; chez eux on peut affirmer que le médicament sera très bien toléré, et que les effets thérapeutiques seront rapides et persistants. Un de nos malades en voie de guérison a pu prendre tous les jours 50 grammes, sans avoir dans la bouche la saveur caractéristique pendant plus de 10 minutes; ce n'est qu'à la dose de 150 grammes qu'il a senti pendant 2 heures le goût de la créosote. D'autres, au contraire, perçoivent la saveur pendant beaucoup plus longtemps, même après avoir reçu des doses relativement minimes. Chez eux, le pronostic est plus sombre; nous pourrions citer un malade qui sentait le goût de créosote pendant trois et quatre heures après avoir pris la dose insignifiante de 5 grammes du mélange : il n'a pas tardé à succomber.

Chez des malades aussi susceptibles, le goût de la créosote est perçu 3 ou 4 minutes après le début de l'injection, tandis que chez les premiers auxquels nous faisions allusion, le goût n'est perçu que dans le cours de l'opération, soit une heure en moyenne après son début. Nous nous bornons à signaler ce fait, sans chercher à l'expliquer; il a à nos yeux une certaine importance au point de vue du pronostic.

La saveur disparaît le plus souvent après que le malade a mangé; elle communique aux premières bouchées alimentaires un goût désagréable qui disparaît rapidement. Mais avec les fortes doses elle persiste pendant 24 heures, de sorte que les malades qui prennent tous les jours de fortes injections ont presqu'en permanence la saveur de créosote pendant les premières semaines du traitement; après ces premières semaines, la saveur devient de moins en moins persistante.

Certains malades accusent non seulement la saveur de créosote dans l'arrière-gorge, mais affirment en sentir l'odeur dans les fosses nasales. Ils sont très rares.

Chez les malades atteints de tuberculose laryngée, la sensation de saveur s'accompagne toujours d'une sensation douloureuse dans les profondeurs du larynx, sensation qui persiste autant que celle de saveur et qui est parfois très pénible : Un de nos malades atteint de tuberculose pulmonaire au 3e degré et de phthisie laryngée, se plaignait amèrement d'une tension douloureuse dans le larynx pendant les 3 ou 4 heures qui suivaient l'injection : sa voix devenait éteinte pendant ces heures, mais ce n'était que momentané; elle reprenait ensuite une ampleur relative qu'elle n'avait pas au début du traitement. Un autre, presque aphone au début, put, après huit injections, recouvrer la voix d'une façon inespérée, et l'examen laryngoscopique démontra l'amélioration obtenue; mais ce fut au prix de douleurs sourdes dans la région du larynx pendant les 4 ou 5 heures qui suivaient l'injection. Une fois que ce malade eut recouvré en partie la voix, il n'eut plus ces douleurs tout en continuant le traitement. Il est probable que la créosote irrite les cordes vocales ulcérées et n'a plus d'action irritante quand les ulcérations sont guéries.

La sensation de saveur est tout à fait subjective; les malades n'exhalent pas une haleine créosotée; certaines personnes nous ont cependant affirmé avoir perçu l'odeur de créosote dans l'haleine de leurs voisins, mais surtout sur la peau des malades traités. D'autres nous affirment que leurs excréments ont été dénoncés dans l'entourage, comme ayant une odeur de créosote.

Un officier, confiné dans une petite chambre du Val-de-Grâce, nous a dit que plusieurs de ses amis, venant le voir, avaient été frappés de l'odeur de créosote répandue dans la chambre; or nous savons que pas une goutte d'huile créosotée n'avait été répandue en dehors de la peau du malade.

L'urine des personnes soumises au traitement prête aux considérations suivantes :

1° Dans les 2/3 des cas, elle ne subit aucune modification, ni dans sa quantité, ni dans sa qualité, et nous avons cru remarquer qu'alors le traitement était appelé à donner de bons résultats.

Ainsi nous avons des malades en voie de guérison qui ont pu prendre des doses presque quotidiennes de 50 gr. sans jamais avoir d'urine noire; mais si l'on vient chez eux à pousser à 100 ou 150 gr., *il peut se faire* que l'urine devienne noire momentanément, et encore le résultat est loin d'être constant. Chez d'autres, au contraire, les moindres doses de créosote provoquent les urines noires. Le malade auquel nous faisions allusion tout à l'heure, et qui ne prenait que 5 gr., avait, avec cette dose minime, des urines très foncées dans lesquelles l'analyse a démontré l'existence de dérivés de la créosote.

Il peut enfin arriver que, chez le même malade, toutes conditions restant égales, avec la même dose du médicament, les urines soient noires un jour, et ne le soient pas le lendemain. Bref, l'apparition des urines noires, si elle survient avec de petites doses, et d'une façon habituelle, nous semble d'un mauvais augure; si, au contraire, elle ne survient qu'accidentellement, ou à la suite de très fortes doses, elle n'a aucune valeur pronostique. C'est en moyenne 6 heures après la fin de l'injection que les urines commencent à être noires; dans certains cas cependant elles le deviennent beaucoup plus vite, et apparaissent, à peine l'injection terminée, c'est-à-dire, 2, 3 ou 4 heures après son début. Au contraire, dans un cas, nous les avons vues ne devenir noires qu'après 48 heures; c'était chez un homme qui ne prenait d'injection que tous les 5 jours, mais qui les prenait à forte dose : il a uriné noir pendant trois jours consécutifs sans avoir repris d'injection. L'huile s'était accumulée sous forme de kyste dans son tissu cellulaire.

Le plus souvent les urines ne restent noires que pendant 24 heures : la position du malade, suivant qu'elle est ou n'est pas horizontale, paraît avoir de l'influence sur l'apparition des urines noires, toutes conditions restant égales. Les malades qui marchent, vont et viennent, n'ont pas les urines noires aussi vite que ceux qui restent couchés. Le fait de dormir pendant ou après la piqûre favorise d'une façon inexplicable l'apparition rapide des urines noires.

Comment interpréter tous ces phénomènes qui indiquent dans les fonctions de l'absorption des variations individuelles si marquées, et chez le même individu des variations quotidiennes si singulières ?

La teinte de l'urine créosotée est plus ou moins foncée; dans certains cas, elle est couleur marron clair; dans d'autres cas, elle est noire comme de l'encre, quand elle est vue sous une certaine épaisseur; cette teinte n'est pas due à l'acide phénique, mais bien à des dérivés de la créosote. En effet, l'urine créosotée acidulée avec l'acide sulfurique, donne avec l'eau bromée un précipité jaune qu'on ne rencontre pas dans l'urine noire des hommes qui ont pris de l'acide phénique.

L'urine noire est à l'émission d'une odeur *sui generis* assez désagréable : elle se putréfie aussi rapidement qu'une urine normale.

Les urines noires sont toujours d'une abondance au-dessus de la moyenne : un malade en a rendu 8 litres en 13 heures; il avait pris une injection de 210 grammes de 6 heures du matin à 3 heures du soir. Or, de 5 heures à 7 heures 1/2, il rendit 4 litres d'urine extrêmement pâle et limpide, mais de 7 heures 1/2 du soir à 8 heures 1/2 du matin, 8 litres d'urine très noire; à partir de 8 heures, l'urine a repris ses caractères et son abondance normaux.

Quant au nombre des mictions, il est toujours plus élevé que normalement quand les urines sont noires; il atteint le chiffre de 10 à 15 en 24 heures, et tous les malades sont réveillés deux et trois fois par nuit par le besoin d'uriner.

La sychnurie s'observe d'ailleurs chez nos injectés, même quand les urines ne sont pas noires. Ainsi beaucoup de malades qui prennent de fortes injections sont gênés par le besoin d'uriner une, deux et trois fois pendant le cours de l'opération ; c'est dire que la sychnurie survient dès que la créosote est dans le torrent circulatoire.

Quant à la polyurie, même en dehors des urines noires, elle est assez fréquente et beaucoup de malades rendent en 24 heures 3 et 4 litres d'urine claire sans odeur spéciale, dans laquelle l'analyse démontre l'existence de la créosote : M. Gessard, pharmacien professeur agrégé au Val-de-Grâce, a bien voulu faire cette recherche, mais ne m'a pas encore donné la proportion de créosote qui passe ainsi dans les urines.

Au début, nous avions craint que le rein ne fût irrité par ce passage de la créosote, mais nous fûmes bientôt rassuré, car jamais nous ne pûmes noter le moindre lumbago, ni la moindre albuminurie; bien plus, chez un homme qui avait un abcès du rein avec urine purulente, nous crûmes voir que la créosote faisait disparaître le pus de l'urine et ce fut systématiquement, avec préméditation, que nous lui donnâmes de fortes doses tous les cinq jours, dans le but de cautériser son rein.

Nous n'eûmes pas à nous en repentir.

Cette élimination de la créosote par le poumon, par le rein, prouve évidemment que le médicament circule avec le sang. Ce qui nous étonne, c'est qu'il n'impressionne pas plus qu'il ne le fait les cellules cérébrales et médullaires; nous n'avons, en effet, jamais remarqué ni délire ni même céphalalgie. Le seul phénomène cérébral que nous ayons noté et chez trois malades seulement sur 150 observés est l'apparition d'une ébriété toute spéciale, coïncidant avec le milieu ou la fin de l'injection. Elle a des degrés variables d'intensité.

A un premier degré, c'est simplement une sorte d'ivresse qui n'est pas pénible; à un degré plus avancé, les malades titubent légèrement et ont un léger malaise cérébral. Enfin, à un 3e degré, il survient une véritable torpeur avec vertiges, anéantissement général, impossibilité d'associer deux idées, mais sans céphalée concomitante. La durée de ces phénomènes varie avec leur intensité : la durée maxima que nous ayons observée a été de 6 heures. La disparition en est rapide, le cerveau retrouve en quelques instants toute sa lucidité, mais une céphalée gravative survient ensuite et dure 5 ou 6 heures : céphalée comparable à celle qui suit une ivresse alcoolique accidentelle.

Dans un cas, nous avons noté l'apparition presque quotidienne de ces phénomènes pendant plus de trois semaines; chez un autre malade au contraire, ils n'ont pu être notés que trois jours consécutifs, c'était pendant les 4e, 5e et 6e jours du traitement. Ils ont disparu les jours suivants, bien que la dose de médicament ait été augmentée progressivement.

Le sommeil ne paraît pas influencé par la créosote.

On peut dire en résumé que les phénomènes cérébraux sont très rares, peu durables et jamais inquiétants. Leur apparition ne nous semble comporter aucune indication pronostique.

Le médicament n'est pas non plus hostile au foie : jamais nous n'avons vu survenir d'ictère, ni de diarrhée, ni de congestion du foie attribuables au traitement. Même quand le foie est malade, il n'est pas intéressé par la créosote : ainsi nous traitons depuis 6 mois un tuberculeux impaludé à foie et à rate considérablement hypertrophiés, chez lequel il y a eu plutôt diminution

qu'augmentation des viscères engorgés; chose curieuse, cet homme n'a presque pas eu d'accès de fièvre intermittente depuis qu'il est au traitement, alors qu'auparavant il avait des accès fréquents depuis 1882. Il affirme avoir senti souvent la *fièvre intermittente* venir et avoir pu juguler l'accès en prenant une forte dose de créosote.

Les effets sur l'appétit et les fonctions digestives sont des plus marqués : l'appétit renaît souvent avec une rapidité étonnante et toujours, même chez les hommes les plus malades, il y a augmentation de l'appétit. Le médicament ne provoque ni diarrhée, ni constipation, ni coliques.

Les effets sur l'état général sont non moins remarquables. La créosote est un dynamophore incontestable. Les malades sentent très rapidement une augmentation de leur énergie, c'est le phénomène qu'ils accusent tous comme phénomène primordial.

Les effets sur la température sont variables, suivant une foule de circonstances, que nous n'avons pas encore pu analyser complètement. Nous avons cependant poussé le scrupule jusqu'à faire prendre la température toutes les 3 heures et parfois même toutes les heures pour pouvoir noter exactement l'effet de la créosote donnée à une heure déterminée; mais le problème est extrêmement complexe, car, à côté de la fièvre provoquée par la créosote, *si tant est qu'elle existe*, il faut compter avec la fièvre provoquée par la maladie, fièvre essentiellement irrégulière et intermittente. Il faut aussi tenir compte des sueurs soit spontanées, soit provoquées par la créosote qui troublent singulièrement les résultats de l'observation thermométrique.

Ce que nous pouvons affirmer, c'est que 1° chez l'homme sain, les plus fortes doses d'huile créosotée ne provoquent pas de fièvre. Chez un homme valide qui a bien voulu se soumettre à l'expérimentation, nous avons pu donner 10, 50, 100 et même 200 grammes d'huile créosotée, sans provoquer la moindre fièvre, ni le moindre malaise général.

2° Les hommes atteints de tuberculose ganglionnaire avec bon état général, supportent également les hautes doses sans la moindre réaction fébrile. Ce n'est que quand on arrive aux doses de 180 ou 200 grammes d'huile qu'on provoque une fièvre passagère qui a pour caractéristique de passer inaperçue du malade et de ne lui procurer qu'un malaise insignifiant : le thermomètre seul la décèle par sa brusque et peu durable ascension.

3° Chez les tuberculeux pulmonaires, plusieurs cas peuvent se présenter :

A — Le malade n'a pas de fièvre avant le traitement; le plus souvent alors, les injections n'en provoquent pas. Elles sont très bien tolérées et le malade voit son expectoration diminuer, ses forces renaître, sans éprouver le moindre phénomène fébrile.

Dans certains cas tout exceptionnels, la fièvre débute avec les premières injections; ou dans le cours du traitement (2 cas). Elle s'accompagne parfois de poussées congestives à divers degrés, nous avons même noté une fois une pneumonie grave qui nous a fort inquiété, mais qui s'est dissipée avec une rapidité peu commune : les manifestations ne manquent pas d'une certaine analogie avec celles que provoque la tuberculine; fort heureusement elles sont rares et nous n'avons jamais eu à déplorer d'accidents mortels. C'est alors que le clinicien est embarrassé pour savoir si c'est une poussée tuberculeuse ou si ce sont les injections qui provoquent la fièvre et s'il doit les continuer. Nous n'hésitons plus à les continuer, une fois l'orage passé, et le plus souvent la tolérance s'établit.

B — Le tuberculeux a de la fièvre avant le traitement: alors le traitement fait tomber la fièvre dans la majorité des cas et accidentellement semble l'augmenter.

Il nous est arrivé 6 fois de commencer le traitement chez des malades en pleine fièvre tuberculeuse et de voir la fièvre tomber dès les premières injections pour ne plus reparaître.

Ainsi, un de ces 6 malades avait de la péritonite et des poussées vespérales quotidiennes observées 12 jours consécutifs. Or, dès la 2e injection, nous vîmes ces poussées vespérales disparaître, et le malade supporta très bien le traitement. Son poids augmenta de 30 livres en 1 mois 1/2. Un autre avait de la fièvre et des hémoptysies constatées pendant 3 jours; dès la première injection, la fièvre et les hémoptysies disparurent.

Mais les résultats des injections sont loin d'être toujours aussi encourageants. Dans 4 autres cas de malades fébricitants observés par nous, la fièvre prit sous l'influence de la créosose une allure indescriptible.

Les courbes des températures, relevées toutes les 3 heures, avaient une irrégularité qui, de prime abord, défiait toute analyse : c'étaient des bonds extraordinaires d'une heure à l'autre avec des abaissements que nous n'avions jamais vus. Ainsi il n'est pas rare de voir tomber la température à 35°, pour se relever 2 heures après et atteindre 40°, très rapidement. L'observation attentive des malades nous fit plus tard découvrir en partie les causes de ces irrégularités.

Les variations extraordinaires de la température dans une même journée tiennent à trois causes bien distinctes :

1° La fièvre tuberculeuse par elle-même est extrêmement irrégulière.

2° La créosote produit toujours *chez les fébricitants* une hypothermie légère qui survient immédiatement après l'injection. La fièvre qui était, par exemple, de 39° au début, tombe à 37° ou 37°5 dans le cours de l'injection, pour remonter après une heure ou deux à son chiffre initial.

3° *Chez les fébricitants*, la créosote provoque parfois ce que nous proposons d'appeler des effets tardifs. Voici en quoi ils consistent : sept heures en moyenne après l'injection, les malades éprouvent un frisson violent dans le dos, avec légère céphalée sus-orbitaire, puis des tremblements avec sensation de refroidissement profond; leurs extrémités sont glacées, et la température prise sous l'aisselle s'abaisse à 35° et même à 34°. Nous ne pouvons pas mieux comparer cet état qu'à la forme algide de la fièvre pernicieuse. Comme dans l'accès algide, ils ne souffrent pas, bien que leur pouls soit imperceptible et que leur face pâle et grippée leur donne un aspect inquiétant. Pendant toute cette période la respiration est très lente, 8 à 10 par minute : on dirait que le malade oublie de respirer. Puis la réaction survient après 2 ou 3 h., et le thermomètre remonte brusquement au chiffre de 40 et même 41°. Pendant cette fièvre si ardente, le malade continue à ne pas souffrir. Elle ne s'accompagne pas de céphalée ; elle cesse d'habitude avec la même rapidité, et quelques heures après, le malade est dans un état qu'il déclare satisfaisant.

L'apparition de ces accidents tardifs, quand ils surviennent à toutes les piqûres, est en général du plus mauvais augure; sur 5 malades qui les ont présentés, un seul n'a pas succombé. Notons qu'ils se produisent avec des doses même relativement minimes de créosote; nous les avons observés chez un malade qui ne prenait que 10 gr. de mélange. La vérité nous force cependant à dire qu'en général, ils coïncident avec des doses relativement élevées (50, 60 gr.).

Notons enfin que chez le même malade fébricitant, prenant tous les jours la même dose, ils surviennent un jour, sans qu'on sache pourquoi, et ne reparaissent pas

aux injections suivantes. Ils n'ont pas alors une grande importance au point de vue pronostic.

De tout ce qui précède, il résulte que les tuberculeux fébricitants ne font pas toujours honneur à la méthode des injections à hautes doses, mais qu'en général, la créosote est encore le meilleur antithermique à leur proposer, eussent-ils même ces accidents tardifs que nous venons de signaler.

Inutile de dire que la fièvre n'est jamais produite par de la lymphangite, les injections bien faites n'occasionnant jamais d'accidents locaux.

Action sur la sueur: Le plus souvent, huit fois sur dix, les injections, même à haute dose, ne produisent pas de sueur; c'est alors un excellent signe pronostic.

Dans certains cas, au contraire, la sueur apparaît dès le début de l'injection, et dure autant qu'elle; dans d'autres cas, elle survient dans le cours de l'injection et finit avant elle; dans d'autres cas enfin, elle persiste 3 ou 4 heures après l'injection, les malades sont alors inondés et l'on est obligé de changer leur linge.

Ce n'est que chez les fébricitants que nous avons remarqué pareille sueur, et, pendant toute sa durée, la fièvre tombe, sans cependant qu'il y ait hypothermie. Cette sudation n'est pas pénible aux malades; elle n'a rien de commun avec la sueur froide, ni avec la sueur de la fièvre hectique, elle est analogue à celle qui suit un bain de vapeur; elle survient lentement, reste stationnaire plus ou moins, mais disparaît très vite.

Un de nos malades, qui a déjà pris 60 injections, a *toujours* eu de la sueur. Chez d'autres, elle ne survient pour ainsi dire que par accident; 10 injections pouvant être prises sans provoquer de sueur, la diaphorèse survenant à la onzième.

Elle n'est pas proportionnelle à la dose de créosote injectée; chez le même malade, elle peut manquer avec une dose de 100 grammes et apparaître avec une dose de 30 gr.

Tous les malades qui avaient de la sueur spontanée nocturne avant le traitement, s'en trouvent débarrassés par la sudation provoquée par l'injection.

Ajoutons enfin que beaucoup de malades ont eu de la sueur pendant les 8 ou 10 premières injections, et qu'ils n'en ont plus eu par la suite, malgré l'augmentation des doses, à mesure que s'établissait la tolérance, ou pour mieux dire à mesure que leur état général s'améliorait. Bref, la sueur nous semble être d'assez mauvais augure quand elle persiste longtemps et abondante après l'injection et quand elle accompagne toutes les injections; si, au contraire, elle n'est qu'accidentelle ou de peu de durée, elle n'a pas de valeur au point de vue pronostic.

Une autre action intéressante est la diminution dans l'expectoration. On assiste alors parfois à des améliorations surprenantes et rapides: en 2 jours, avec une dose de 20 gr. nous avons vu plusieurs fois l'expectoration diminuer de moitié, mais l'amélioration n'est pas proportionnelle au nombre d'injections, et le malade qui aura beaucoup gagné pendant les huit premiers jours peut rester plusieurs semaines sans faire de progrès apparents. Le plus souvent il arrive cependant un moment où l'expectoration devient presque nulle; c'est au point que nous avons parfois de la peine à nous procurer des crachats pour l'examen microscopique. On aurait tort de se baser sur cette pénurie de l'expectoration pour conclure à la guérison; il est en effet des malades qui crachent très peu et dans l'expectoration desquels on trouve beaucoup de bacilles; il en est même qui ne crachent pas du tout et chez lesquels les lésions restent stationnaires et même évoluent.

Mais ce n'est pas seulement chez les tuberculeux que l'expectoration est ainsi diminuée. Nous avons traité un emphysémateux atteint de bronchorrhée chronique non tuberculeuse avec le même succès, ainsi qu'un officier porteur d'une dilatation bronchique avec expectoration très abondante. Les malades disent aussi qu'ils crachent beaucoup plus facilement tout en crachant moins. Les crachats n'ont pas l'odeur de créosote.

Une action bien curieuse est celle qui se produit sur les hémoptysies. Disons de suite que jamais la créosote n'a produit d'hémoptysies chez des hommes qui n'en avaient pas eu; bien plus, c'est le meilleur hémostatique que nous connaissions.

Un de nos malades, entré avec hémoptysies graves datant de 3 jours et fièvre ardente, fut successivement traité par l'ergotine, l'ipéca, la glace, rien n'arrêtait ses hémoptysies. Au 3e jour, nous lui donnâmes de la quinine à haute dose, qui eut raison, après 24 heures, des crachements de sang; mais, après une rémission de 48 heures, ils reparurent: or le lendemain de cette reprise, nous employâmes les injections de créosote, et dès la quatrième, portée à 150 gr. toute teinte sanguinolente disparut des crachats. Six mois après, le même malade fut repris d'hémoptysies inquiétantes, deux injections d'ergotine, 8 gr. d'ipéca, 2 gr. de quinine, employés successivement pendant quatre jours, s'étant montrés sans effet utile, le malade nous demanda l'autorisation de se faire une piqûre. Nous n'osions pas le lui proposer, vu la gravité de son état et le danger d'une fausse manœuvre, mais nous accédâmes à son désir. Or une seule injection de 15 gr. a suffi pour arrêter définitivement l'hémoptysie. Il y a ici plus qu'une coïncidence.

Un tuberculeux impaludé qui, à la suite de tous ses accès de fièvre, avait des *hémoptysies* qui duraient de 3 à 8 jours, n'en eut plus à partir du jour où il fut soumis au traitement, bien qu'il ait encore eu quelques rares accès d'impaludisme.

Des détails ci-dessus, il résulte que la créosote injectée sous la peau, ne tarde pas à pénétrer dans le torrent circulatoire. Quelles sont les modifications qu'elle y subit, nous ne le savons pas encore. Ce que nous savons, c'est que moins elle produit de perturbations dans l'organisme, plus son action passe inaperçue et plus l'effet thérapeutique est assuré.

Si nous avions à résumer les effets généraux de la créosote, bien que cette synthèse soit assez difficile pour nous qui n'étudions la question que depuis deux ans, nous dirions que:

1° Quelquefois la créosote ne produit aucun effet appréciable, même dès le début du traitement: ni fièvre, ni sueur, ni urine noire; on peut dire qu'elle est tolérée, et on peut espérer les résultats thérapeutiques les plus brillants. On peut alors pousser les doses à des chiffres très élevés, pour avoir une guérison plus rapide.

2° Le plus souvent, les 8 ou 10 premières injections occasionnent des perturbations plus ou moins grandes dans l'économie: sueur, goût désagréable de créosote, accidents tardifs; mais la tolérance s'établit ensuite et, à partir de la 10e ou 12e injection, le malade supporte admirablement le traitement, comme ceux de la première catégorie.

3° Dans certains cas, l'intolérance est plus marquée; c'est évidemment un mauvais signe, mais on arrive encore, en procédant par petites doses, *sans suspendre le traitement*, à amener la tolérance, au bout d'un mois ou d'un mois et demi. A partir du moment où la tolérance est obtenue, il est rare qu'il y ait des accidents d'intolérance.

A cette troisième catégorie, appartiennent les malades chez lesquels le traitement n'est en général que palliatif; néanmoins, à notre avis, le praticien doit faire son possible pour arriver à amener la tolérance. Il ne doit pas se laisser rebuter par les difficultés du début, d'autant que,

dans ces cas, la créosote nous semble offrir au malade la seule chance de guérison qui lui reste.

4° Il est enfin des malades qui ont une intolérance absolue, même aux petites doses, ou sitôt qu'on force un peu la dose : ils ont ces sueurs profuses, ces hypothermies suivies de fièvre ardente, ces urines noires sur lesquelles nous avons appelé l'attention; on peut dire presque sûrement qu'ils sont condamnés.

Dans quelle mesure le praticien est-il en droit de leur proposer ou de leur appliquer le traitement par les injections?

Il est bien difficile de donner une réponse positive à la question. Il faut un peu se laisser guider par l'appréciation des malades et continuer les injections chez ceux qui les acceptent ou les demandent; il faut au contraire les suspendre chez ceux qui ne les prennent qu'avec répugnance.

L'intolérance à l'égard de la créosote n'a rien qui doive étonner. Ne voit-on pas tous les jours des syphilitiques qui auraient besoin d'iodure et qui ne le tolèrent pas? n'en voit-on pas qui ont de l'intolérance d'abord, et chez lesquels la tolérance s'établit peu à peu? N'en voit-on pas enfin chez qui l'intolérance survient inopinément dans le cours d'un traitement bien conduit? Il n'est cependant venu à l'idée de personne de dire que les hautes doses d'iodure n'étaient pas à conseiller chez certains syphilitiques.

Nous étudierons dans un autre article les effets thérapeutiques, l'augmentation de poids, les modifications anatomiques dans les tissus tuberculeux, etc., qu'on peut rapporter à la créosote donnée à doses tolérées, et nous aborderons le problème ardu des indications et contre-indications.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Contribution à la pathologie de la paralysie cérébrale infantile (Contribution to the pathology of infantile cerebral palsies), par SACHS (*The New York medical Journal*, 2 mai 1891, p. 503). — Les paralysies cérébrales infantiles peuvent être divisées en congénitales et acquises. Dans les premières, les lésions consistent en arrêt et en vices de développement de la substance corticale : les paralysies ont alors la forme diplégique, paraplégique et hémiplégique. Les convulsions peuvent faire défaut, l'intelligence est le plus souvent touchée : parfois les paralysies sont flasques. Dans la paralysie cérébrale pendant l'accouchement, il s'agit ordinairement d'hémorrhagie méningée plutôt que d'hémorrhagie intra-corticale, et la paralysie est surtout hémiplégique, les convulsions sont fréquentes alors et les contractures précoces. Dans les secondes, on a affaire à des hémorrhagies, à des thromboses ou à des embolies, aussi l'hémiplégie y est-elle plus fréquente : dans la plupart des cas, l'intelligence reste intacte. Cette forme survient habituellement pendant et après les maladies infectieuses : ce sont alors de l'encéphalite, de l'hydrocéphalie, des méningites, ou encore de l'encéphalite aiguë de Strümpell que l'on observe. L'auteur rapporte 2 cas de paralysie cérébrale infantile acquise : dans l'un l'autopsie a montré un kyste hématique avec tumeur, dans l'autre une méningo-encéphalite chronique. Quant à la thérapeutique, M. S. se prononce dans les cas d'hémorrhagie méningée pour une intervention aussi précoce que possible, afin de prévenir les dégénérations secondaires.

Crampe des tisserands (A case of treadlers cramp), par RIVERS (*Brain*, 1891, Part. LIII, p. 110). — Chez un tisserand de 56 ans survient depuis quelque temps une difficulté de fléchir la jambe sur la cuisse et la cuisse sur l'abdomen, tandis que l'extension est conservée. Le malade éprouve de même cette difficulté pendant la marche dans le membre inférieur droit. Conformément à l'opinion de Hughlings Jackson, l'auteur considère que les spasmes fonctionnels sont dus à une action défectueuse des centres spinaux ou des centres supérieurs homologues. C'est ainsi que, dans la crampe des écrivains, quelques éléments des cornes antérieures préposés aux mouvements spécialisés pour l'écriture sont altérés. Dans le cas actuel, les mouvements pour la marche sont aussi affectés, parce que la même contraction est nécessaire pour les deux actes.

Tabès dorsal (Case of tabes dorsalis), par MICHEL CLARKE, (*Brain*, 1891, Part. LIII, p. 105). — Cas de tabès classique dans lequel, grâce à la suspension, les phénomènes morbides furent atténués du côté des membres inférieurs, mais s'accentuèrent de plus en plus du côté des membres supérieurs, de telle sorte qu'il devint permis de le classer parmi les tabès céphaliques. Les réflexes pupillaires sont abolis à droite et conservés à gauche. Dans les deux yeux, on constate du nystagmus horizontal. Les réflexes du genou sont très faibles à gauche et absents à droite, bien que de temps en temps on puisse les déterminer.

Automatisme ambulatoire, par GUYOT (*Revue médicale de l'Est*, 1er juin 1891, n° 11, p. 324). — Garçon de 25 ans ayant présenté une première fugue il y a 8 ans, qui, en raison de nouvelles fugues pendant son service militaire, eut à subir des punitions sévères. En raison de vertiges dont il a souffert, on pense qu'il s'agit d'automatisme comitial. Les fugues débutent le plus souvent entre 6 et 9 heures du matin, durent plus ou moins longtemps, entrecoupées d'intervalles pendant lesquels la connaissance revient; le malade marche constamment pendant ces accès qui lui laissent un souvenir vague. Ni actes délictueux, ni morsure, ni émission d'urine, ni troubles pupillaires.

Cas d'hallucinations hémiopiques homonymes avec lésions de la bandelette optique droite (A case of homonymous hemiopic hallucinations with lesions of the right optic tract), par SCHWEINITZ (*The New-York medical Journal*, 2 mai 1891, p. 514). — L'auteur rappelle qu'en 1887, il a rapporté l'histoire d'un malade qui, avant de devenir hémianopsique, présentait des hallucinations du même côté. Il est impossible de savoir si ces troubles ont persisté après l'hémianopsie, car le malade devenu aliéné a dû être interné dans un asile. A l'autopsie on a constaté une infiltration gommeuse de toute la base du cerveau, qui comprime surtout la bandelette optique droite.

Paralysie traumatique de la troisième et de la sixième paire (A case of traumatic paralysis of the abducent and oculo-motor nerves), par E. D'ŒNTCH (*Medical Record*, 4 avril 1891, n° 14, p. 402). — Un garçon de 16 ans reçoit une flèche dans l'œil droit, et peu de temps après souffre de diplopie et de paralysie de la 5e et de la 6e paires qui persiste pendant 2 mois. Comme il n'existait ni fracture, ni déchirure nerveuse, l'auteur suppose que la paralysie est due à un foyer hémorrhagique de la cavité rétro-bulbaire de l'orbite, et ayant comprimé ces deux nerfs.

Concussion cérébro-spinale (Cerebro-spinal concussion), par F. Ford BARBOUR (*The journal of nervous and mental disease*, 1891, n° 3, p. 137.) — Après avoir fait l'historique des névroses traumatiques, l'auteur rapporte plusieurs cas d'accidents de ce genre. Il observe que les malades n'ont pas d'amnésie, ainsi que cela a été noté par d'autres auteurs, en particulier par M. Charcot. De plus, il attire l'attention sur la physionomie du malade qui serait, dit-il, pathognomonique : le sujet ne pourrait fixer les objets. Enfin il rapporte un cas de tabès provoqué par un traumatisme.

Polynévrite récurrente (Polyneuritis recurrens), par MARY SHERWOOD (*Archiv de Virchow*, 1891, vol 123 fasc. 1, p. 178).—L'auteur rapporte deux cas de polynévrite récurrente. Dans le premier il s'agit d'un homme de 22 ans qui en 1884, soulevant une caisse pesante, est atteint de paralysie brachiale droite, avec douleur et anesthésie. Guérison après 3 semaines. Le même accident revient en 1886, pendant un travail pénible, et ne guérit cette fois qu'au bout de 7 mois. Enfin, en 1889, une troisième paralysie semblable du même

membre, guérit au bout de 3 mois. Dans tous ces cas, il y eut en outre de la douleur sur le trajet des nerfs et de la réaction de dégénération partielle des muscles intéressés. Le deuxième cas se rapporte à un homme de 35 ans qui, en 1883, ressentit tout à coup des douleurs intenses dans les articulations coxo-fémorales, suivies plus tard de fourmillements et de paraplégie presque complète, troubles qui reparurent après un mois. La deuxième attaque semblable survint en mai 1890 : paraplégie flasque, avec douleurs musculaires, plaques anesthésiques, et dégénération des muscles, améliorée au bout de 6 semaines. M. Sherwood rapproche ces cas de la paralysie faciale à répétition, et les attribue à une névrite.

MÉDECINE

Mercuriaux comme diurétiques (Quecksilberdiurese) par Jendrassik (*Deut. Arch. f. kl. Med.*, janvier 1891, vol. 47, Hft 3 et 4, p. 226). — L'action diurétique du calomel est connue dès longtemps : Stokes l'avait déjà mise en relief. L'auteur, qui a publié déjà un travail sur ce sujet dans le même recueil, revient en détail sur cette question qui a suscité diverses recherches dans les dernières années.

Contrairement à Stintzing et Bieganski, il n'a pas observé de diurèse notable chez les sujets sains par l'emploi du calomel. Il n'admet guère davantage l'utilité du calomel dans les épanchements pleuraux, malgré les quelques résultats positifs de Weinstein, Meyjes, Bieganski.

Au contraire, dans l'anasarque, et plus spécialement dans la forme cardiaque, la diurèse était régulièrement obtenue et pouvait aller jusqu'à 10 litres ou davantage (Pal, Nothnagel).

Les résultats sont encore très positifs dans les cas d'ascite liée à la cirrhose, pourvu que le rein fonctionne bien. D'une manière générale, les néphrites sont une contre-indication : cependant divers auteurs (Ignatjew, Auld, Silva, Pal, Fürbringer) ont encore obtenu dans ces cas des effets utiles, surtout lorsqu'il s'agissait de néphrite interstitielle. Il va sans dire que, dans ces faits, c'est le mercure qui est actif ; on a pu utiliser aussi l'iodure jaune, mais avec un bénéfice bien inférieur.

Comment agit le calomel ? Pour les uns, la résorption des œdèmes se ferait surtout en conséquence de l'action sialagogue et diarrhéique du composé mercuriel, l'effet diurétique n'interviendrait que secondairement. Pour d'autres, le calomel activerait l'uropoïèse et par elle la diurèse, ou bien il solliciterait le fonctionnement du système lymphatique. Divers auteurs ont invoqué une action directe sur l'activité sécrétoire du rein et ont même tenté de l'appuyer sur l'expérimentation (Rosenheim). En se fondant sur ce fait que la polyurie par le calomel est essentiellement liée à l'existence d'œdèmes et d'hydropisies, l'auteur pense que l'action de la préparation mercurielle se passe dans l'intimité des organes pour favoriser l'afflux, le retour du liquide d'œdème dans les voies de la circulation : l'affinité du mercure et des substances albumineuses est précisément la condition qui influence les échanges osmotiques et active la résorption.

En somme, dans les anasarques principalement mécaniques, chez les cardiaques vers la période de cachexie et alors que les toniques du cœur ont échoué, on a de grandes chances d'obtenir encore un effet très utile avec le calomel donné à doses suffisantes. L'auteur recommande de prescrire 8 à 10 prises de 10 centigrammes par jour, seulement pendant 2 jours : l'effet se prolonge parfois bien au delà, et la stomatite n'est guère à craindre.

Sur un cas de purpura à pneumocoque, par P. Claisse (*Archives de médecine expérimentale*, mai 1891, p. 379).— Observation d'un homme de 22 ans, ayant eu auparavant un rhumatisme articulaire avec endocardite, qui entre à l'hôpital pour une éruption de purpura occupant les membres inférieurs ; deux jours plus tard début d'une pneumonie adynamique qui l'emporte en deux jours. A l'autopsie, pneumocoque dans le poumon, le rein, la rate, l'endocarde et la peau au niveau des macules purpuriques. L'auteur attribue le développement de celles-ci à la production d'embolies provenant des végétations endocardiques de nouvelle formation, peu adhérentes à cause de leur siège au niveau d'un endocarde déjà altéré.

De quelques associations microbiennes dans la diphthérie, par Barbier (*Arch. de médec. expérimentale*, mai 1891, p. 361). — Lorsque le bacille de Lœffler-Klebs existe seul ou mélangé à des microbes banals de l'air, la diphthérie donne lieu à des fausses membranes fibrineuses, récidivantes, adhérentes, reposant sur une muqueuse presque saine à l'œil ; l'adénopathie est nulle ou peu marquée ; la propagation peut se faire vers les bronches et il se produit alors des fausses membranes tubulées aboutissant à l'asphyxie, ou vers le nez qui est le siège de fausses membranes blanches sans jetage ; la mort peut survenir par phénomènes paralytiques, ou bien ceux-ci se développent pendant la convalescence et présentent moins de gravité. D'autres fois, au bacille de Lœffler, s'ajoutent des streptocoques dont Barbier a étudié 3 variétés, α, β, γ, : la présence du streptocoque β se traduit par des fausses membranes épaisses, mollasses, putrilagineuses, une adénopathie considérable, le faciès plombé, en un mot les formes hypertoxiques de la diphthérie. Cette association microbienne modifie donc la symptomatologie de la diphthérie : elle donne lieu à des formes que Grancher distingue, sous le nom de formes infectieuses, des formes où le bacille diphthérique existe seul et qu'il appelle formes toxiques.

CHIRURGIE

Curettage de l'utérus dans la fièvre puerpérale (Ueber Auskratzung des Uterus bei Puerperalfieber), par H. Fritsch (*Deutsch. med. Wochensch.*, 1891, n° 16, p. 553). — Dans un article purement théorique, Fritsch s'élève énergiquement contre le grattage de l'utérus dans la fièvre puerpérale. La raison principale est la suivante : le foyer d'infection, quand infection il y a, siège non pas sur et dans la muqueuse de l'utérus, mais dans le paramétrium que le grattage n'atteint pas. Dans ces endroits, on trouve déjà des foyers suppurés, et alors il serait plus rationnel d'enlever l'utérus en totalité que de gratter sa muqueuse. La seule indication de grattage, c'est l'ablation des restes de membranes.

Suppuration pelvienne (Ueber die Wichtigkeit der frühzeitigen Erkentniss des Pyosalpinx als Ursache der eitrigen Beckenentzündungen), par A.-P. Clarke (*Deutsch. med. Wochensch.*, 1891, n° 16, p. 564). — Les collections purulentes situées dans les ligaments larges ou autour d'eux, guérissent par l'incision et le drainage du cul-de-sac de Douglas. Mais lorsque les annexes sont malades en même temps, on voit survenir des récidives et ce sont justement ces récidives qui indiquent de leur côté que les annexes sont malades. Dans ces cas, il est indiqué de faire l'ablation des annexes. Bien qu'une coque fibreuse sépare la collection purulente du grand péritoine, le danger de péritonite généralisée n'en est pas moins grand, surtout aux époques menstruelles. Le succès de l'opération est certain quand la collection purulente n'est pas sortie des ovaires. Dans les cas de pyo-salpingite post-puerpérale, la laparotomie précoce peut sauver la vie des malade.

Hernie épiploïque étranglée (Ein Beitrag zur Kentniss der incarcerirten Netzbrüche), par P. Klemm (*Deutsch. med. Wochensch.*, 1891, n° 20, p. 670). — Klemm publie deux cas de hernie épiploïque étranglée pure, le sac ne contenant pas d'intestin, fait qu'on a pu vérifier pendant la herniotomie. Chez les deux malades il y avait du pus dans le sac et une collection purulente dans le cul-de-sac de Douglas. Chez le premier on a été obligé d'inciser la paroi antérieure du rectum ; chez le second, la collection purulente s'est ouverte spontanément dans la vessie et a été progressivement évacuée. Les deux malades ont guéri.

Trépanation (A case of trephining for depressed fracture and endocranial hæmorrhage), par Redman (*Medical News* 21 mars 1891, p. 319). — E. M., 3 ans, reçoit sur le front un coup de pied de mule. Il eut le temps de revenir chez lui et put même parler, puis tomba dans le coma. Les pupilles sont dilatées, le pouls est rapide, la respiration est pénible. Vomissements et incontinence d'urine. Les muscles du bras et de la jambe du côté droit sont animés de spasmes, la tête est tournée vers la gauche. La blessure porte surtout au-dessus de l'œil droit. On trouve une fracture du crâne occupant le milieu de la ligne qui joint la glabelle au stephanion supérieur. Trépanation ; on trouve une fracture étendue de la table interne de l'os, et on enlève un caillot volumineux. Lavage de la plaie au bichlorure. Suture. Pansement. Dès

que l'action au chloroforme est dissipée, le malade peut parler; les troubles musculaires ont disparu. La plaie guérit par première intention ; un mois après l'opération, l'enfant se porte très bien.

Kystes synoviaux (The pathology of ganglion), par Walter G. Spencer (*The British medical Journal*, 25 avril 1891, p. 903). — Chez bon nombre de malades observés par l'auteur, la formation de ganglions a été amenée par une des deux conditions suivantes : 1° un traumatisme amenant un épanchement sanguin dans la gaine du tendon ; on trouve dans le ganglion les restes du caillot plus ou moins organisés; 2° une ténosynovite, aiguë d'abord, puis passant à l'état chronique et généralement amenée par un excès de fatigue d'un muscle.

C'est ainsi que l'auteur a vu se produire un ganglion succédant à une ténosynovite chez un enfant qui, travaillant chez un imprimeur, était constamment obligé de tordre et porter dans l'adduction sa main. L'auteur cite plusieurs cas analogues.

D'après l'auteur, le ganglion se forme ainsi par suite de l'isolement d'une partie de la gaine du tendon sous l'influence de l'inflammation et de telle sorte que le tendon forme une partie des parois du ganglion. Les malades se plaignent généralement d'une diminution de force dans le muscle atteint, ce qui tient à ce que le tendon, fixé à la paroi du kyste, est moins libre dans ses mouvements. Quand l'inflammation a été légère, on peut rompre le kyste et le tendon redevient libre. Dans des cas plus graves, il faut ouvrir le kyste et laver sa cavité.

Cécité ancienne guérie par la trépanation de l'occiput (Blindness of many years cured by trephining the occiput), par D. Williams (*The Alienist and Neurol.* (Saint-Louis), 1891, p. 239). — Une enfant de 14 ans reçut un coup violent sur l'occiput et perdit la vue de l'œil gauche. Neuf ans plus tard il survint une céphalalgie intense ; aussi l'on se décida à trépaner la malade au niveau de la cicatrice et de la dépression osseuse consécutive à la blessure ancienne. On trouva un fort épaississement de l'os et de la dure-mère, mais aucune lésion du tissu cérébral. La plaie fut pansée et quelques heures plus tard la vision était revenue dans l'œil gauche. A remarquer que l'examen ophthalmoscopique n'y avait décelé aucun désordre de la pupille.

Dans le même article on signale un autre fait aussi heureux de trépanation suivie de rétablissement de la vision chez une femme aveugle depuis vingt ans.

OPHTHALMOLOGIE

Les thromboses artérielles de la rétine, par Ed. Kœnig (*Rec. d'ophthal.*, 1890, n° 12, p. 697). — Kœnig publie une observation personnelle de thromboses artérielles de la rétine de l'œil droit chez un malade affecté de néphrite interstitielle. A l'ophthalmoscope la branche supérieure de l'artère centrale oblitérée laisse passer à son origine près de la papille et par places en son trajet un mince filet de sang qui lui donne l'apparence d'une colonne thermométrique brisée.

Panophthalmie et énucléation (Nouvelles recherches pour servir à l'étude de la conduite à tenir en présence d'un œil en plein phlegmon), par Boé (*Ann. d'oculist.*, 1891, p. 30). — Boé condamne l'énucléation de l'œil atteint de panophthalmie. L'opération ouvre de nombreuses voies de propagation au streptocoque qu'il a retrouvé à l'état de culture pure dans le sang du cœur d'un animal mort infecté. Dans d'autres cas il a constaté que l'animal mort d'infection après l'énucléation ne présentait pas de lésions méningitiques appréciables, pas d'abcès métastatiques, mais un foie farci de streptocoques. Une fois la panophthalmie s'est compliquée de pleurésie purulente et a causé la mort.

D'après ses expériences, Boé s'élève surtout contre l'idée qu'il faut se hâter d'énucléer l'œil dès que la suppuration s'annonce ; l'énucléation serait moins dangereuse tardivement, pourvu qu'elle ne s'accompagne pas de phlegmon orbitaire, parce que des thromboses veineuses et lymphatiques ont alors eu le temps de former une barrière capable de s'opposer à l'envahissement de l'économie par la matière septique.

Les raisons qui font rejeter l'énucléation dans le cours d'une panophthalmie parlent aussi contre l'éviscération ; il faut se contenter de débrider l'œil pour soulager les souffrances du malade et prévenir de dangereuses ruptures spontanées ; mais, suivant l'auteur, mieux vaut encore l'abstention préconisée par de Græfe.

BIBLIOGRAPHIE

Affections congénitales, par le professeur Lannelongue, membre de l'Académie de médecine, chirurgien de l'hôpital Trousseau, et le Dr V. Ménard, ancien chef de clinique de la Faculté de Paris. I. Tête et cou, *maladie des bourgeons de l'embryon, des arcs branchiaux et de leurs fentes*, avec 79 fig. dans le texte et 5 planches en chromolithographie. Paris, Asselin et Houzeau, 1891.

Depuis que M. Lannelongue est à la tête d'un service de chirurgie infantile, il accumule avec soin les matériaux et, en particulier, il observe avec une attention soutenue tout ce qui concerne les malformations congénitales. A plusieurs reprises déjà il a fait sur ces lésions des publications importantes sous forme de mémoires et de notes. Il y a quelques années même, en collaboration avec un de ses élèves les plus distingués, il étudiait en une vue d'ensemble les kystes congénitaux, dermoïdes, mucoïdes et séreux, et leurs relations avec les tératomes. Mais tout cela, même le traité des kystes congénitaux, n'était qu'œuvre préparatoire et il y a quelques semaines a paru le premier volume d'un ouvrage — qui sera de haute importance — sur les affections congénitales.

Le volume que nous avons entre les mains est divisé de la manière suivante :

1re partie, kystes dermoïdes et mucoïdes de la tête et du cou ;

2° Fistules embryonnaires de la tête et du cou ;

3° Fissures congénitales de la face ;

4° Atrophies congénitales de la face ;

5° Tumeurs congénitales de la tête et du cou.

Il va sans dire que nous n'avons pas la prétention d'énumérer même les divers sujets compris sous ces diverses rubriques. Mais, après avoir indiqué la manière générale dont l'œuvre est conçue, nous prendrons quelques points en particulier.

La conception générale est de toujours associer la science de l'ordre le plus élevé aux données d'ordre élémentaire dont a besoin la thérapeutique chirurgicale. Ainsi, le traitement des fissures faciales est exposé en grands détails ; mais les questions de pathologie pure, de tératologie et de pathogénie ont reçu, elles aussi, d'amples développements. C'est un chirurgien qui signe l'ouvrage, mais ce chirurgien est un homme de science. Nous ne nous étonnerons donc pas, après l'étude du bec-de-lièvre, de trouver des chapitres sur des sujets que le praticien a coutume d'ignorer, sur les atrophies faciales par défaut de développement et par compression, sur la cyclocéphalie, l'otocéphalie et l'opocéphalie. Et déjà, en analysant le mémoire publié à part l'an dernier par M. Lannelongue sur la cyclocéphalie (voy. *Gazette*, 1890, p. 369), nous avons fait voir comment de cette monstruosité, trop complexe pour intéresser l'opérateur, M. Lannelongue a tiré des conclusions importantes pour la question, aujourd'hui débattue, de l'ostéologie du bec-de-lièvre.

Voilà un point particulier ; en voici un autre — et celui-là nous le signalons tout spécialement en raison de son grand intérêt. Dans le livre de MM. Lannelongue et Ménard, un des chapitres les plus neufs — parmi ceux dont tout praticien doit avoir connaissance — est celui des kystes dermoïdes crâniens, situés les uns hors de la boîte osseuse, les autres à son intérieur, ou bien à la fois en dedans et en dehors. Les relations de ces kystes avec la gouttière postérieure ou neurale de l'embryon sont bien mis en évidence. Et surtout les auteurs nous donnent une théorie tout à fait séduisante et appuyée sur des arguments convaincants pour attribuer à cette même gouttière, dont l'extrémité antérieure est attirée en bas par le développement du bourgeon frontal, les kystes et fistules médians du dos du nez.

Est-ce à dire, toutefois, que nous acceptions les yeux fermés

toutes les opinions émises dans ce livre remarquable à tant d'égards? Nous avouons que sur quelques détails nous différons d'avis avec les auteurs. A notre sens, il y a quelques confusions dans l'étude des kystes linguaux et sublinguaux; la théorie de His sur l'évolution des arcs branchiaux et son application à la pathogénie des kystes et fistules branchiales ne nous semble pas avoir été traitée avec tout le développement qu'elle mérite. Mais ces restrictions de détail n'enlèvent rien à la valeur de l'œuvre, et si nous les formulons, c'est surtout pour enlever toute apparence de banale complaisance aux éloges mérités que nous adressons aux auteurs.

A. Broca.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Des sinus frontaux et de leur trépanation, par Léon Montaz. Grenoble, 1891.

L'auteur, après avoir montré l'insuffisance des études faites jusqu'ici sur ce sujet, procède à cette étude par la méthode des coupes.

Les sinus frontaux sont au nombre de 2, situés de chaque côté de la ligne médiane. Si l'on excepte leur partie déclive qui a une forme d'entonnoir et qui va se rétrécissant petit à petit, ils ont dans le reste de leur étendue la forme d'un angle dièdre. Ils forment donc en haut un bord plutôt qu'une paroi; leur partie la plus large, celle sur laquelle il faut porter le trépan, correspond à une ligne horizontale passant par les 2 échancrures sus-orbitaires. A partir de là ils diminuent brusquement de volume et se terminent en un entonnoir très régulier qui se continue par un canal à peu près cylindrique avec le méat moyen. Etendue verticale : 2 ou 3 cm. Transversalement ils s'arrêtent au niveau de la gouttière sus-orbitaire chez les sujets jeunes; chez les sujets âgés ils peuvent atteindre l'apophyse orbitaire externe. Ils ont la forme d'une pyramide horizontale triangulaire, dont la base serait à la cloison. La partie inférieure ou infundibulaire n'est pas constituée uniquement par le frontal; les masses latérales de l'ethmoïde et même l'apophyse montante du maxillaire supérieur y prennent part. La cloison, toujours complète, est toujours aussi déjetée à droite ou à gauche. Chez les sujets âgés on trouve à la partie supérieure des cloisons accessoires divisant cette partie supérieure en petites loges.

Les sinus sont tapissés par une muqueuse très mince et peu adhérente à l'os, et qui renferme des glandes en grappe.

Le sinus frontal, absent au moment de la naissance, se développe vers la puberté.

2 fois sur 6 frontaux, l'auteur a trouvé un sinus frontal moyen ou sinus de la cloison.

Trépanation. — On doit y avoir recours quand on est en présence de traumatismes avec esquilles ou corps étrangers, de tumeurs constituées par des ostéomes, des parasites, d'accidents inflammatoires.

Le cathétérisme peut suffire quelquefois; mais il n'est pas toujours possible.

Technique opératoire. — Mener une ligne horizontale passant exactement par la partie la plus élevée de l'arcade orbitaire; sur cette ligne inciser les téguments du front sur la ligne médiane si on veut ouvrir les 2 sinus, sur le côté si on n'en veut ouvrir qu'un. Mener l'incision à fond jusqu'à l'os, la blessure du nerf et de l'artère sus-orbitaire ne présentant pas d'inconvénient sérieux. Décoller le périoste épicrânien, puis appliquer la couronne de trépan. On place ensuite un drain.

L'auteur a opéré par ce procédé une jeune fille de 15 ans atteinte d'empyème du sinus frontal. Guérison en 8 jours.

La pneumonie a Oyonnax (années 1888, 1889 et 1890), par Ch. Fiessinger. 1 vol. in-8°. Paris, O. Doin, éditeur, 1891.

D'une étude prolongée pendant 3 ans, l'auteur conclut que la pneumonie et la grippe endémique évoluent simultanément, en hiver et au printemps, la grippe atteignant les enfants, la pneumonie les adultes et les vieillards. A une même période, les deux maladies présentent la même fréquence et la même gravité; elles coexistent souvent dans les mêmes logements et ne sont ordinairement pas contagieuses, mais le deviennent quand leurs caractères infectieux sont très marqués. Il existe de nombreux intermédiaires entre l'une et l'autre. L'infection dans la pneumonie peut tenir soit à la virulence du pneumocoque, et alors la maladie débute avec des allures infectieuses sans localisation pulmonaire primitive et s'accompagne au début d'une température basse, ou à l'affaiblissement de l'organisme, et alors les symptômes pulmonaires sont très nets, et la température d'abord élevée baisse les jours suivants. La pneumonie abortive ne met pas à l'abri des complications graves : dans un cas, elle a été suivie d'aortite aiguë donnant lieu à des crises angineuses et aboutissant à la mort. La pneumonie double peut être double d'emblée et parfois guérir rapidement ou se développer par foyers successifs, et dans ce cas elle est fort grave. Les pneumonies infectieuses avec pouls faible et rapide guérissent quelquefois par les injections sous-cutanées d'ergot, d'éther et de caféine.

Thèses de Paris.

Traitement de l'amygdalite lacunaire chronique par la discission des amygdales, par Gampert.

Cette affection se manifeste par une sensation de gêne pendant la déglutition de la salive, picotements, chatouillement au niveau de l'os hyoïde, de l'angle de la mâchoire, ou des parties latérales du cou, disparaissant par l'ingestion d'aliments solides; des accès de toux sèche et fatigante qui expulse souvent de petits grumeaux blancs d'odeur infecte; de la fétidité de l'haleine et un mauvais goût dans l'arrière-bouche. Les amygdales sont tantôt *hypertrophiées*, creusées de cavités profondes pleines de matière caséeuse infecte, tantôt *petites* et un peu dures, mais présentant malgré cela des cryptes distendues dont l'une occupe le bord antérieur, recouverte par le pilier antérieur, et l'autre l'extrémité supérieure.

Traitement. — Il ne faut pas amputer ces amygdales ; elles saignent (Lubet-Barbon). L'ignipuncture est mauvaise, car elle détruit le tissu adénoïde qui est plutôt diminué ; et, de plus, elle emprisonne les concrétions par la rétraction cicatricielle ; la discission consiste à ouvrir ces cavités et à rompre les cloisons et les brides qui les séparent au moyen d'un crochet mousse, ce qui empêche la réunion de la petite plaie et maintient la crypte béante : c'est le meilleur mode de traitement.

VARIÉTÉS

La loi sur l'exercice de la médecine. — Après les nombreux retards qu'il a déjà subis, le vote de la loi sur l'exercice de la médecine va-t-il être indéfiniment retardé par les amendements que prépare la Commission sénatoriale? On pourrait le craindre, si la discussion qui vient d'avoir lieu dans les bureaux du Sénat traduit fidèlement l'opinion de la majorité. Malgré les arguments qui ont entraîné le vote de la Chambre, la plupart des sénateurs qui ont pris part à la discussion qui nous préoccupe ont paru désireux de maintenir les officiers de santé. Que n'ont-ils en même temps proposé de reviser la loi militaire, si mauvaise à tous égards, si préjudiciable au recrutement des médecins ! Quoi qu'il en soit, M. Cornil, dont la compétence et l'autorité sont indéniables, n'a été élu qu'à une voix de majorité, ce qui ne l'a pas empêché d'aIlleurs d'être nommé président de la Commission. Celle-ci s'est trouvée partagée sur la question du maintien ou de la suppression de l'officiat, et M. Cornil a proposé qu'une enquête nouvelle soit faite près des conseils généraux des départements. C'est tout remettre en question et ajourner indéfiniment le vote d'une loi qui, si elle n'était point parfaite, avait au moins le mérite de marquer un progrès. Si le Sénat se range à l'avis de sa commission, il sera curieux d'attendre les résultats que donnera l'application de la loi militaire aux candidats à l'officiat. Ajoutons que la Commission nommée par le Sénat se compose de MM. Bardoux, Combes, Cornil, Coste, Couturier, Delsol, Libert, Le Monnier et Lesouef.

Conseil supérieur de l'assistance publique. — Le Conseil supérieur de l'assistance publique a discuté, dans ses séances des 10 et 11 juin, sur le rapport de M. Bourneville, le projet de revision de la loi de 1838 sur les aliénés. Il a adopté, par 26 voix contre 2 et 4 abstentions, les dispositions de cette loi qui confient à l'autorité administrative le droit de placement d'office, sauf recours au tribunal.

Il a, en outre, émis le vœu : 1° qu'il soit créé un enseignement clinique des maladies mentales et de la médecine légale des aliénés dans les Facultés de médecine de l'Etat qui n'en possèdent pas encore; 2° qu'une des épreuves des examens de doctorat porte sur cet enseignement; 3° qu'il soit organisé un enseignement professionnel pour le personnel secondaire des asiles publics d'aliénés et qu'il soit institué dans ces établissements des pensions de repos.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES SAMEDIS ET PUBLIANT TOUS LES MERCREDIS

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

RÉDACTEUR EN CHEF : Dr L. LEREBOULLET. — SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION : Dr A. BROCA.

COMITÉ DE RÉDACTION

MM. E. BRISSAUD, G. DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, A. GILBERT, A. HÉNOCQUE, A.-J. MARTIN, A. PETIT, P. RECLUS

BULLETIN

Paris, le 19 juin 1891.

L'hérédité syphilitique (1).

Depuis plusieurs années déjà, dans ses leçons officielles, dans les nombreux ouvrages qui en résument les conclusions principales, dans ses communications à l'Académie de médecine, etc., M. le prof. A. Fournier s'efforce de préciser nos connaissances en syphiligraphie en appelant l'attention des législateurs et des médecins sur les conséquences d'une maladie des plus cruelles. A diverses reprises nous avons rendu justice à ces consciencieux travaux qui n'ont pas seulement pour résultat de marquer un progrès scientifique, mais qui doivent aussi servir à éclairer la conscience et à guider la conduite de tous les praticiens. Aujourd'hui encore, après avoir lu le nouveau livre que vient de publier notre savant collègue, il nous paraît nécessaire d'en signaler la portée, d'en faire ressortir l'importance. Aussi bien les questions multiples qui ont fait l'objet de ces leçons cliniques méritent-elles d'être méditées par tous les médecins. En est-il un seul qui n'ait point été arrêté par ces difficultés pratiques que M. Fournier excelle à résoudre ou tout au moins à présenter sous leur vrai jour? En est-il dès lors qui ne doive lire et relire ces leçons si suggestives pour être assuré de pouvoir invoquer l'autorité d'un maître le jour où il lui faudra imposer son avis?

Est-ce à dire qu'il soit toujours possible de suivre un aussi ardent défenseur de la santé publique et d'admettre, avec lui, que toutes les considérations d'ordre privé, et que le secret médical lui-même devront être abolis pour permettre de mieux assurer l'extinction progressive de la syphilis? Nous ne le pensons pas et nous croyons que l'on adoptera difficilement les réglementations proposées par M. A. Fournier dans sa dernière communication à l'Académie. Il est, comme l'a bien dit M. Brouardel, des faits d'observation médicale qui sont secrets de leur nature et que jamais le médecin ne devra dénoncer. La loi peut le contraindre à révéler les maladies dont les familles parlent entre elles et qu'elles divulguent elles-mêmes. Le législateur hésitera toujours à prescrire la dénonciation de maladies qui sont encore réputées « secrètes et honteuses ».

Mais s'il nous semble difficile, dans l'état actuel de notre législation et de nos mœurs, de prescrire toutes les mesures de prophylaxie conseillées par notre collègue, nous devons cependant indiquer après lui combien il est indispensable de parfaire à bien des points de vue l'éducation des médecins et, par eux, des malades atteints d'affections syphilitiques. Tel est surtout le but que poursuit M. Fournier. Tel est le résultat que pourra amener la publicité donnée à ses leçons cliniques. Pour écrire un livre comme celui que nous avons sous les yeux, il faut en effet avoir longtemps suivi, dans la clientèle de la ville, des malades et des familles dont on peut étudier durant plusieurs années l'évolution morbide. Or, depuis plus de vingt-cinq ans, M. Fournier a collectionné, au jour le jour, sans esprit préconçu, sans attache à aucun système, des centaines d'observations qui acquièrent de la sorte, au point de vue de l'hérédité syphilitique, une importance indéniable. Quelques exemples suffiront à la mettre en évidence. Un jeune homme contracte la syphilis. Il consulte son médecin, qui lui prescrit un traitement spécifique. Après quelques semaines ou quelques mois, les accidents disparaissent. La syphilis est dite bénigne. Le malade se croit guéri. Trop souvent le médecin entretient cette dangereuse illusion. Or les syphilis les plus bénignes en apparence servent d'origine, dans l'immense majorité des cas, aux méfaits héréditaires de la syphilis. Négligemment traitée en raison de sa bénignité apparente, la maladie se révélera à échéance plus ou moins lointaine, si le malade s'est marié, par des avortements répétés, par la naissance d'enfants fatalement voués à une mort prématurée, souvent aussi par une série d'accidents héréditaires tardifs qui jettent le deuil et la désolation dans les familles. Nous en connaissons tous, de ces observations qui, après de longues années de pratique médicale, ouvrent les yeux des optimistes les plus endurcis. Le mariage a été conseillé ou tout au moins autorisé. La femme est restée indemne; les enfants sont nés sans présenter aucune tare héréditaire appréciable. Ils grandis-

(1) A propos du livre que vient de publier M. le Prof. A. Fournier, *Leçons cliniques* recueillies par le Dr P. Portelier. — Paris, G. Masson, 1891.

sent. On se félicite de n'avoir pas cru à un danger que l'on traite d'imaginaire. Et voici qu'à l'âge de l'adolescence, douze ans, quinze ans après leur naissance, ces enfants sont frappés de kératites, d'ostéites, de lésions viscérales dont la nature est indéniable et qui trop souvent encore résistent à un traitement spécifique. On peut donc voir, comme le dit M. Fournier, des sujets syphilitiques guéris en apparence et cependant persécutés dans leur postérité, ne pouvant engendrer, même à échéance éloignée du début de leur maladie que des enfants destinés soit à mourir, soit à végéter infectés de syphilis.

Hâtons-nous de reconnaître, pour ne pas passer pour un pessimiste, que l'on voit aussi des sujets syphilitiques engendrant des enfants sains tout comme s'ils n'avaient jamais été entachés d'aucune maladie, et affirmons nettement, pour en avoir vu de nombreux exemples, que la syphilis est curable lorsqu'elle est traitée convenablement et qu'il serait vraiment cruel d'interdire à jamais le mariage à un sujet qui, jadis atteint de vérole, pourra être considéré comme guéri depuis un temps suffisamment long. Mais ce qu'il importe d'affirmer après avoir étudié le livre de M. Fournier, c'est que l'hérédité constitue le pire danger qui puisse dériver de la syphilis; c'est que, par ses facultés héréditaires, cette maladie, relativement bénigne pour les sujets qu'elle frappe directement, « peut s'élever au triste rang d'une calamité domestique pour les familles et d'un facteur de dépopulation pour la société ».

Que faire pour conjurer de semblables dangers ? Quel est le devoir qui s'impose au médecin ? A Paris et dans quelques grandes villes, la situation est d'ordinaire relativement simple. Le médecin vraiment soucieux de son devoir professionnel et des responsabilités qui s'imposent à sa conscience provoque une consultation, et c'est l'avis d'un maître autorisé qui doit toujours prévaloir. Mais, en province, à la campagne; mais à Paris même, si la consultation est refusée par le malade ou par sa famille, les conditions sont bien différentes. Il importe donc que tous les praticiens soient toujours prêts à donner nettement le conseil qui leur est demandé, et c'est pourquoi nous devons résumer ici les conclusions dictées à M. Fournier par sa longue expérience.

Avant le mariage, il faut traiter avec soin les sujets syphilitiques, les éclairer sur les dangers lointains et héréditaires de leur maladie, leur interdire le mariage jusqu'au jour où la maladie pourra être considérée comme définitivement guérie ou tout au moins suffisamment atténuée. Si, malgré les conseils de son médecin, un sujet syphilitique se marie, il conviendra de l'éclairer sans réticence aucune sur les dangers qu'il fait courir à sa femme, de lui interdire nettement et formellement toute paternité, enfin de le traiter énergiquement d'une façon *intensive*. Enfin si, malgré le médecin, une grossesse survient, il faudra en surveiller très attentivement l'évolution, examiner la femme enceinte et, si elle est syphilitique, la traiter elle-même sans hésitation aucune, mais en prévenant son mari de la nécessité absolue d'un traitement énergique, au besoin en prévenant la femme des dangers que fait courir à son enfant l'évolution possible d'une maladie dont on pourra toujours taire, souvent laisser ignorer le nom, mais dont il sera toujours nécessaire d'indiquer la gravité possible. Si la femme est enceinte, mais indemne de syphilis, si elle en est à sa première grossesse, si l'on craint d'appeler son attention sur l'imminence possible d'une maladie contagieuse, on pourra temporiser et n'intervenir que si la gravité probable de la syphilis du mari l'exige. L'intervention dans ces circonstances reste donc subordonnée à la nature du mal. Elle ne s'imposera qu'après plusieurs avortements ou dans les cas de syphilis probable de la femme enceinte. Enfin jamais il ne devra être permis d'autoriser l'allaitement par une nourrice mercenaire si l'enfant naît syphilitique. L'allaitement maternel doit être toujours imposé et, s'il est impossible, on devra lui substituer l'allaitement artificiel. Comme l'a bien dit hier à l'Académie M. L. Le Fort, il convient non seulement de protéger le nourrisson contre la contamination par la nourrice, mais aussi d'éviter qu'une nourrice puisse être infectée par son nourrisson. L'allaitement au biberon, malgré les inconvénients qu'il présente, alors surtout qu'il s'agit d'un enfant syphilitique, malingre et chétif, doit être imposé si l'allaitement maternel est impossible.

Tels sont les principaux conseils pratiques que l'on peut donner dans les cas de syphilis héréditaire. Mais les questions de ce genre et en particulier celle de l'hérédité syphilitique tardive méritent d'être étudiées avec soin, et c'est dans le but d'y intéresser nos lecteurs que nous avons résumé quelques-uns des chapitres du nouveau livre dû à l'infatigable activité scientifique de M. le professeur Fournier.

L. Lereboullet.

REVUE GÉNÉRALE

Les formes de la fièvre typhoïde.

Les aspects que peut revêtir la fièvre typhoïde sont très variables. L'allure bénigne ou grave de certains symptômes coïncide d'ordinaire avec l'évolution favorable ou dangereuse de certains autres, d'où la tendance des auteurs à réunir dans des groupements particuliers les cas qui ont la même marche et la même gravité. En outre, dans ces dernières années, la bactériologie a élargi singulièrement le domaine des infections qui se rattachent au virus typhique.

Le pourquoi de toutes ces formes est encore profondément obscur. Il y a, comme toujours, la question de terrain et celle de la virulence du microbe.

La première est complexe. Nous savons bien que l'organisme de l'enfant résiste mieux que celui du vieillard au bacille typhique, que les individus surmenés, affaiblis, prennent facilement la fièvre typhoïde, mais nous savons aussi que les gens les plus vigoureux sont frappés par les formes sévères, au point que l'état de santé parfaite a été considéré comme une des causes prédisposant à la maladie. Pour la fièvre typhoïde comme pour la tuberculose, il existe des prédispositions individuelles et même familiales (1).

On sait d'autre part que certaines maladies facilitent l'invasion typhique ou lui donnent une allure particulière: telle est la malaria.

La raison principale qui commande les formes de la dothiénenthérie, est l'état de virulence du bacille. Malheureusement, sur ce point si intéressant, nos connais-

(1) Emil Schwartz, Familien Typhus (*Centralb. f. Bacter.*, 1887, p. 416).

sances sont très limitées. Le microbe d'Eberth qui fait les formes ataxiques ne produit pas sans doute les mêmes toxines que celui qui donne naissance au typhus ambulatoire, ou au typhus abdominal avec ictère. La question ne pourra être éclairée que par des expériences de laboratoire.

Le *typhus ambulatorius* (Griesinger) est ainsi nommé parce que les sujets se sentent si peu malades qu'ils continuent à marcher. Cependant ils sont pâles, peu dispos; ils souffrent de la tête, des membres; ils dorment mal; ils ont parfois des coliques, de la diarrhée. Si on les examine attentivement, on constate toujours de la tuméfaction de la rate, de l'accélération du pouls et quelquefois des taches rosées. Le malade reprend peu à peu ses forces et revient à la santé en 4 ou 5 semaines. Malgré cette bénignité apparente, les hémorrhagies intestinales et les perforations sont relativement fréquentes. A l'autopsie on trouve les lésions de la fièvre typhoïde (1). Les sujets sont donc sous le coup d'une infection microbienne effectuée; on ne peut s'expliquer la faiblesse de la réaction symptomatique que par l'hypothèse d'une tolérance particulière vis-à-vis de la toxine typhique, analogue à la résistance que présentent certains organismes contre d'autres poisons (opium, alcool, etc.).

Le *typhus levissimus* (Griesinger), *fièvre typhoïde abortive, embarras gastrique fébrile* (2), *typhoïdette* (Lorain, Brouardel), est une des formes les plus curieuses de l'infection typhique. Elle est caractérisée par la brusquerie des symptômes dans leur début et leur disparition. Rarement précédée de céphalalgie depuis la veille, elle débute par des frissons, des douleurs dans les membres, une céphalalgie intense et quelquefois du délire et des bourdonnements d'oreille. Dès le deuxième jour la température atteint 39°,5 à 40°, et le pouls est fréquent, dicrote. Les phénomènes gastriques sont particulièrement développés. La langue est saburrale; la diarrhée de couleur ocreuse. Du septième au quatorzième jour « la maladie tourne court, se comportant à l'égard du typhus abdominal comme la varioloïde à l'égard de la variole » (Jaccoud). Les taches rosées apparaissent avant et quelquefois après la chute de la fièvre.

Dans cette forme, qui se termine du dixième au quinzième jour, j'ai été souvent témoin d'une exaspération thermique atteignant son maximum le soir du sixième jour *à la veille du commencement de la défervescence*. Celle-ci est annoncée souvent par des sueurs critiques, par une hémorrhagie nasale ou utérine. Elle est suivie d'une polyurie atteignant deux litres et demi, trois et quatre litres. Ces fébricules guérissent presque toujours; quand les malades succombent à quelque complication, on constate les lésions caractéristiques des plaques de Peyer (Laveran). Il est probable que, dans les formes les plus légères, les plaques de Peyer n'arrivent pas à ulcération (Jaccoud). La pénétration des microbes dans l'intimité des tissus est fort discrète; les ponctions de rate que j'ai faites à plusieurs reprises pendant le cours de la maladie se sont toujours montrées stériles (3). Cependant un écart de régime peut permettre l'envahissement de l'économie et faire succéder à une fièvre abortive une dothiénentérie très intense. Ces faits laissent supposer que cette forme abortive est due à l'ingestion d'une petite quantité de virus et surtout d'un virus peu virulent; aussi est-elle prédominante dans certaines épidémies et dans la période terminale des épidémies sévères.

(1) Vallin, *Arch. génér. de médecine*, 1873.
(2) Kelsch et Kiener, *Traité des maladies des pays chauds*.
(3) A. Chantemesse, La fièvre typhoïde, l'embarras gastrique fébrile et la distribution d'eau de Seine à Paris; *Semaine médicale*, nov. 1889. — Courtet, *Embarras gastrique fébrile*; Thèse 1889.

Forme adynamique. — C'est la fièvre maligne putride des anciens. Dès le début de la maladie, apparaissent un abattement de l'économie tout entière et une mollesse excessive du pouls. L'état typhoïde est très accusé: la stupeur profonde, la diarrhée abondante. A ces phénomènes s'ajoute une grande tendance aux hémorrhagies et au sphacèle. Le pronostic est grave.

Forme ataxique— Fièvre maligne des anciens. Elle se combine parfois à la forme précédente (f. ataxo-adynamique). Elle se caractérise par une fièvre intense, un délire précoce, violent, accompagné d'hallucinations. Le malade crie, a des soubresauts des tendons, quelquefois des convulsions partielles et générales.

Forme hémorrhagique. — Associée ordinairement à la forme ataxo-adynamique, elle constitue ce que les anciens appelaient la fièvre putride hémorrhagique. L'altération du sang est telle que des hémorrhagies apparaissent dans le tissu cellulaire sous-cutané, ou bien se font jour par le rein, l'utérus ou la pituitaire. Le pronostic est très grave.

Forme sudorale. — Le professeur Jaccoud (1) a décrit cette forme assez fréquente en Italie, mais rare sous notre climat. Elle se caractérise par quelques signes particuliers : la fièvre présente plusieurs paroxysmes quotidiens suivis de sueurs profuses; les symptômes abdominaux et broncho-pulmonaires sont presque nuls. La diarrhée est absente, mais les lésions des plaques de Peyer existent et les hémorrhagies intestinales ne sont pas exceptionnelles.

On a décrit aussi des formes *thoracique, cardiaque, rénale, bilieuse*, dont l'étude ressortit plutôt, il est vrai, à celle des complications.

Fièvre typhoïde de l'enfant et du vieillard. — Le bacille de la fièvre typhoïde se développe dans le corps de l'homme à tout âge; chez le fœtus (2), chez l'enfant de 6 mois (Parrot) comme chez l'adulte. La maladie est toutefois plus fréquente de 5 à 10 ans. Elle peut présenter l'ensemble complet des symptômes de la fièvre typhoïde normale, ou n'offrir, et c'est le cas le plus fréquent, que le tableau d'une fièvre intermittente gastrique d'une intensité très modérée et d'une durée de 3 à 4 semaines. Le délire et le météorisme existent presque toujours à des degrés variables. Les vomissements au début sont fréquents et la douleur de ventre est quelquefois si intense qu'elle fait penser à la péritonite. La roséole apparaît de bonne heure.

Les lésions anatomiques intestinales sont en général moins profondes que chez l'adulte; les plaques de Peyer infiltrées restent molles et leur ulcération est rare, aussi les hémorrhagies et les perforations intestinales sont-elles exceptionnelles; en revanche les ganglions du mésentère présentent une tuméfaction considérable (Langenbeck). Bien que la céphalalgie et le délire soient moins intenses que chez l'adulte, on observe parfois des phénomènes paralytiques (aphasie en particulier) et convulsifs. Le principal danger vient des complications broncho-pulmonaires et des infections surajoutées (rougeole, diphthérie, tuberculose, etc.).

A un âge avancé de la vie, la fièvre typhoïde n'est pas aussi rare qu'on serait tenté de le supposer (A. Josias) (3). La symptomatologie se signale par des anomalies nombreuses. Le début est insidieux; la céphalalgie et les épistaxis sont rares, la fièvre est peu élevée et, dans la majorité des cas, les symptômes abdominaux se montrent inconstants; les taches rosées elles-mêmes manquent parfois. Il est des cas où la fièvre typhoïde évolue suivant le type classique, mais elle ne se dépouille presque

(1) Jaccoud, *Clinique médicale*, 1885, p. 570.
(2) Neuhauss, Chantemesse et Widal, Heberth.
(3) A. Josias, Thèse de Paris, 1879.

jamais d'un caractère prédominant, l'adynamie. L'affaiblissement du début s'accroît malgré la légèreté apparente des symptômes jusqu'à une période avancée de la convalescence qui est toujours traînante. La tuméfaction de la rate est moins constante et moins forte que chez l'adulte. Les complications broncho-pulmonaires sont fréquentes. La mort peut être occasionnée par une perforation intestinale.

Formes atypiques. — La fièvre typhoïde, avait dit Louis, est caractérisée par une série de symptômes reliés par un lien commun, par une lésion anatomo-pathologique indispensable : l'altération des plaques de Peyer. Le fait a cessé d'être reconnu vrai depuis que la cause de la maladie est rattachée à la présence du bacille d'Eberth et non à la lésion des follicules lymphoïdes. Ce microbe peut envahir l'économie sans léser les plaques de Peyer (fœtus) il peut se localiser et s'enfermer longtemps dans un organe (périoste, Orloff, Cornil et Péan; — vésicule biliaire, Dupré, abcès survenus 15 mois après la fièvre typhoïde; Chantemesse et Widal), y conserver sa vitalité et sa virulence, tandis qu'on croit la maladie bien terminée.

Enfin il peut produire chez l'homme une septicémie généralisée, comme il en fait naître chez quelques animaux (1). Chez un patient qui avait succombé à des accidents nerveux et infectieux mal déterminés, Banti ne trouva à l'autopsie aucune lésion appréciable de l'intestin ; la rate et les ganglions mésentériques étaient tuméfiés et renfermaient à l'état de pureté le bacille typhique. Vaillard et Vincent ont observé le fait suivant (2) : « Un jeune soldat est d'abord atteint d'une grippe très légère; 5 jours après la guérison il est pris d'accidents graves, tels que céphalée intense, douleurs lombaires très vives, excitation cérébrale et fièvre élevée (40°). Ces symptômes, auxquels s'ajoute une épistaxis très abondante, persistent les jours suivants, sans modification. Puis surviennent le coma vigil avec insensibilité complète, la contracture de la nuque et des muscles du pharynx. La constipation est absolue. Après une courte amélioration, les accidents cérébraux reprennent leur première intensité et le malade meurt dix jours après le début des accidents. L'autopsie révèle une vive injection des méninges cérébrales et spinales qui en quelques points paraissent modérément infiltrées de sérosité. Les poumons sont congestionnés. La rate est très tuméfiée et mollasse (480 grammes). L'intestin ne présente aucune altération. Les cultures faites avec la pulpe splénique, le sang du poumon, des parcelles de la moelle, du bulbe et de la protubérance donnèrent toutes le bacille d'Eberth. » Dans la rate et l'exsudat méningé il a été trouvé en outre un streptocoque. Comme on le voit, il s'agit d'une infection mixte, mais l'hypertrophie de la rate qui n'existe pas à ce point dans l'infection streptococcique, la présence du bacille spécifique dans le tissu nerveux, le poumon, etc., et l'évolution clinique ne permettent pas de douter qu'il n'y ait eu une vraie fièvre typhoïde de forme atypique. En effet, ce cas n'est pas isolé dans la science. Il existe une forme de dothiénentérie à laquelle on a donné le nom de *spléno-typhus*, qui est caractérisée cliniquement : par la tendance de la fièvre à revêtir le type récurrent, et par l'absence de troubles intestinaux ; anatomiquement : par une augmentation énorme du volume de la rate avec des lésions de l'intestin nulles ou très peu développées; dans la plupart des cas elles sont suffisamment dessinées pour que le diagnostic ne fasse aucun doute.

(1) CHANTEMESSE et WIDAL, *Soc. médic. des hôpitaux*, 14 mars 1890.
(2) VAILLARD et VINCENT, *ibid.*

Déjà Trousseau connaissait des faits de Dothiénentérie sans ulcérat. des lésions des Plaques de Peyer (Clinique médicale)

Cette forme splénique présente elle-même quelques variétés :

a) La rate est volumineuse ; sa capsule est le siège d'une inflammation adhésive ou exsudative avec péritonite localisée ou généralisée.

b) La rate atteint un volume énorme parce qu'il se fait des hémorrhagies dans son parenchyme. La fièvre est intense, elle dure de 6 à 7 semaines ; puis elle fait place à une apyrexie de 8 à 15 jours suivie d'une rechute ou reprise de la maladie qui persiste tant que dure la tuméfaction de la rate.

c) Dans cette troisième variété, la récurrence se montre d'une manière encore plus nette. La fièvre est intense dès le début ; elle dure environ une semaine. Alors survient une période d'apyrexie de quelques jours suivie de fièvre, puis d'apyrexie, puis d'une nouvelle période fébrile.

Quelques-unes de ces formes atypiques se rapprochent beaucoup par leurs symptômes du typhus récurrent ; elles s'en distinguent par l'absence de spirilles dans le sang (1). Il s'agit bien dans tous les cas de dothiénentérie, mais la raison d'une telle perturbation dans l'évolution de la maladie nous échappe.

Je fais ici allusion à la maladie paludéenne qui, dans certains pays, modifie profondément le type de la dothiénentérie. Dans les pays à malaria on observe des formes atypiques de fièvre typhoïde dans lesquelles les rémissions et les exacerbations quotidiennes sont très prononcées. La question de diagnostic se complique par ce fait que dans certaines régions (l'Algérie par exemple) il existe des fièvres paludéennes à type continu ou rémittent qui ne sont différenciées de la dothiénentérie que par l'épreuve de la quinine. Quand les deux infections marchent de pair, le diagnostic est difficile s'il ne s'appuie sur la recherche dans le sang et dans la rate des hématozoaires de Laveran et du bacille typhique (2). Bien que la constatation simultanée des deux microbes n'ait pas été faite, que je sache, on peut considérer comme certaine l'existence d'une infection mixte *typho-paludéenne*. A cette maladie appartient la description de Woodward (3) à laquelle on reconnaîtra plus d'un trait du spléno-typhus : fièvre caractérisée par des accès intermittents qui durent une semaine environ et qui cèdent le pas aux symptômes typhiques. La rate est hypertrophiée ainsi que le foie. La roséole et la diarrhée manquent souvent et les lésions des follicules intestinaux sont modérées.

C'est à ces formes atypiques de la fièvre typhoïde modifiée par la malaria qu'appartient une maladie qui fait des ravages chez les habitants de la Bosnie et de l'Herzégovine et qui est connue sous le nom pittoresque de *typhus des chiens* (Karlinski) (4). Après des prodromes qui durent 2 ou 3 jours, caractérisés par la lourdeur de tête, du malaise général et de la constipation, la maladie éclate par une fièvre qui s'élève brusquement à 40°. Dès le troisième jour apparaissent de la diarrhée, des épistaxis et des hémorrhagies intestinales. A partir du sixième jour la fièvre tombe, mais la diarrhée et la tuméfaction de la rate persistent. Pendant toute la durée de la fièvre le pouls est ralenti ; il descend quelquefois jusqu'à 50 pulsations. La convalescence est lente et demande 3 ou 4 semaines. Dans les maisons où la fièvre typhoïde évolue avec son type classique, les seuls patients qui présentent la « fièvre canine » sont ceux qui ont été atteints fortement par la malaria quelque temps auparavant. Les

(1) EISELT, Congrès international de Berlin, 1890.
(2) La ponction de la rate, qui peut se faire à l'aide d'un trocart pur, ne doit être tentée que par des mains expérimentées.
(3) Guerre de Sécession.
(4) KARLINSKI, Eine seltene Darmkomplikation ; *Berl. klin. Woch.*, 1888.

garde-robes des malades atteints de « typhus des chiens » renferment le bacille typhique (1). Le cadre des formes atypiques de la fièvre typhoïde s'étendra encore. MM. Charrin et Roger (2) ont trouvé le bacille d'Eberth à l'état de pureté dans le liquide d'une pleurésie hémorrhagique survenue chez un homme, qui, dans le cours d'une tuberculose pulmonaire, a succombé à des symptômes typhoïdes, accompagnés de la présence de taches rosées lenticulaires. L'intestin ne présentait aucune lésion de la dothiénentérie.

M. Fernet a observé un cas de fièvre typhoïde ayant commencé par une pleurésie séreuse, dont le liquide renfermait à l'état de pureté le bacille d'Eberth (3).

L'observation que j'emprunte à Thue (4) montre jusqu'à quel point les formes atypiques de la dothiénentérie peuvent s'éloigner du tableau classique. Sans l'examen bactériologique on ne pouvait faire d'autre diagnostic dans le cas suivant, que celui de colite ulcéreuse et de néphrite hémorrhagique : un homme de 30 ans, alcoolique, exerçant la profession de voyageur de commerce, est pris au commencement de juillet 1888 de diarrhée, de douleurs dans le bas-ventre et d'hématurie; 5 ou 6 jours après, il présente des symptômes typhoïdes et du délire ; la fièvre s'élève à 39°-40° et il survient des selles sanglantes, des épistaxis et des vomissements. Le 13 juillet le malade entre à l'hôpital ; la température marque alors 36°. Il n'y a pas de gonflement de la rate ; l'urine contient beaucoup d'albumine, des cylindres nombreux et du sang. Pas d'œdème. Pendant les 3 jours qui suivent, l'état reste stationnaire; affaissement, selles sanglantes, température 36°. L'émission d'urine s'élève de 600 à 1300 centimètres cubes. Le 16 juillet la température atteint 39°, le lendemain 38° et le surlendemain 37°. Les hémorrhagies intestinales persistent et s'accompagnent d'hématémèses. Pas d'exanthème ni de symptômes pulmonaires. L'affaiblissement fait des progrès et le malade succombe le 21 juillet.

A l'autopsie, dans la dernière portion de l'intestin qui est tuméfiée, d'une coloration rouge foncée, on note une tuméfaction légère des plaques de Peyer et des follicules isolés, sans ulcérations ni hémorrhagies. La muqueuse du côlon est rouge-brun dans toute son étendue, recouverte d'un mucus sanguinolent; elle est parsemée d'ulcérations superficielles, reposant sur un fond plat du volume d'une lentille à celui d'un haricot. Une partie des ulcérations est cicatrisée. Dans le rectum, les ulcérations sont plus rares, cependant il en existe une au niveau de l'anus qui mesure l'étendue d'une pièce de un franc. La muqueuse stomacale ne présente pas d'ulcérations. La rate est grosse et différente. Les reins offrent une augmentation de volume considérable ; ils sont parsemés d'hémorrhagies punctiformes et à leur surface on distingue des zones nécrosées. La muqueuse vésicale est sanguinolente.

La rate et les reins renfermaient à l'état de pureté le bacille typhique.

L'association à la fièvre typhoïde de la *scarlatine*, de la *rougeole*, de la *variole*, est assez fréquente. La rougeole est particulièrement grave à cause des complications pulmonaires qu'elle provoque.

A. Chantemesse.

(1) On sait que chez les anciens paludéens, les spirochœtes qui se montrent dans le sang à l'occasion d'une attaque de typhus recurrent sont plus courts qu'à l'état ordinaire. Ils ne décrivent en général que 1 à 2 tours et n'atteignent jamais la longueur du diamètre d'un globule rouge.

(2) *Soc. médic. des hôpitaux*, avril 1891.

(3) Fernet, *Soc. des hôpitaux*, mai 1891.

(4) Thue-Norsk, Magaz. for Lægevidenskaben, 1889, p. 272, Christiania.

TRAVAUX ORIGINAUX

Nouveau procédé de greffe tendineuse dans les cas de section ancienne des tendons fléchisseurs des doigts, par le Dr V. Rochet (de Lyon).

La suture tendineuse, à la suite des sections de tendons importants, est, il y a longtemps déjà, entrée dans la pratique chirurgicale courante, et les succès fonctionnels dus à la ténorrhaphie ne sont plus à compter, surtout depuis que la suppuration et ses conséquences, résultat de l'infection des plaies, ne viennent plus guère compromettre la réussite des sutures.

La présence d'une gaine synoviale autour du tendon ne contre-indique en aucune façon la suture de celui-ci, comme on l'avait cru autrefois, et les observations abondent où le résultat de la ténorrhaphie a été excellent, bien que l'opération ait été faite en pleine coulisse fibro-séreuse.

Nous ne rappellerons pas les détails du manuel opératoire de la ténorrhaphie, ni les perfectionnements nombreux qu'on y a introduits dans ces derniers temps. La plupart des chirurgiens donnent actuellement la préférence aux fils organiques (catgut, soie phéniquée, crin de Florence) sur les anciens fils métalliques, qu'on est obligé d'abandonner en suture perdue, si on réunit par-dessus la suture tendineuse les lèvres de la plaie superficielle. Si la plaie est nette, récente, pas n'est besoin d'aviver les extrémités sectionnées; sinon, on ébarbe légèrement les deux bouts pour les rafraîchir, et on procède à leur affrontement.

M. le Prof. Le Dentu donne les conseils suivants pour assurer cet affrontement dans les différents cas. S'il s'agit de tendons *forts et cylindriques*, on doit faire une *suture d'affrontement*, suture ordinaire, et une *suture d'appui*. Cette dernière se fait en passant un fil métallique à 1 centim. environ de la surface de chaque bord sectionné, puis les 2 extrémités du fil sont engagées dans un tube de Galli et par-dessus ce premier tube, on écrase un plomb pour fixer la suture. S'il s'agit de *tendons grêles et cylindriques*, la suture d'affrontement suffit. Pour les tendons *plats et rubanés*, la superposition des deux bouts dans une étendue de 5 millim. au moins est la véritable méthode.

A Lyon, les chirurgiens appliquent couramment la ténorrhaphie, et bon nombre de succès ont suivi l'opération. Sur un malade de son service, M. Ollier notamment a restauré, il y a plusieurs années déjà, tous les tendons fléchisseurs qui avaient été coupés, en combinant différents procédés, dédoublant un tendon ici, se servant là d'une greffe tendineuse, anastomosant ailleurs deux tendons voisins, et arrivant, en somme, peu à peu, et par opérations successives, à rendre à son malade les mouvements perdus.

Malgré du reste les pansements antiseptiques, malgré les perfectionnements apportés au manuel opératoire et à la qualité des fils des sutures, il est des cas où la ténorrhaphie est difficile à appliquer, et surtout incertaine dans ses résultats. Ces mauvaises conditions relèvent de causes diverses tenant soit à la région, soit aux tendons eux-mêmes, soit enfin à la nature même de la lésion traumatique ou de la plaie : une plaie contuse, par exemple, avec attrition des tissus, se prêtant moins bien qu'une plaie par section nette à la réunion des surfaces divisées. Mais parmi ces causes défavorables, il en est de plus puissantes encore : ce sont celles qui ont trait à l'*écartement extrême des deux bouts du tendon*

(1) Ce travail a été lu à la Société de médecine de Lyon, comme titre de candidature.

sectionné. Cet écartement peut être presque immédiat et suivre de très près la lésion initiale ; c'est ce qui arrive quand le traumatisme a arraché une portion plus ou moins considérable du tendon ou qu'une exfoliation s'est produite et a enlevé une certaine étendue des extrémités tendineuses. Ou bien, dans d'autres circonstances, l'écartement considérable est le fait de l'ancienneté de la lésion, les deux bouts, surtout le bout musculaire, ayant eu le temps de s'éloigner beaucoup l'un de l'autre et de se cicatriser à distance.

Or, c'est précisément dans ces cas de divisions tendineuses récentes ou anciennes, où les bouts sectionnés ne peuvent pas aisément être mis en contact, que les chirurgiens ont exercé leur ingéniosité pour arriver quand même à une restauration fonctionnelle des tendons. De là sont nés différents procédés, expédients plus ou moins heureux pour remédier ou tout au moins parer en partie à l'impotence que crée la section du tendon. Un des plus employés est le procédé *dit de suture par anastomose*, dans lequel on suture le bout périphérique à un tendon voisin ; sur ce dernier, on pratique une petite perte de substance latérale, de façon à mettre en contact deux surfaces avivées. C'est à ce moyen qu'ont eu recours Missa, M. Le Fort, et le succès en a été la conséquence. On peut encore, à l'exemple de Tillaux et Duplay, et avec le même bonheur, pratiquer à travers le tendon choisi pour suppléer au fonctionnement du tendon coupé, une petite boutonnière dans laquelle on introduit l'extrémité périphérique de la corde tendineuse sectionnée. Il est inutile d'insister sur les avantages de la suture par anastomose et le résultat se comprend aisément ; on conçoit fort bien, par exemple, que si on a suturé le bout périphérique du tendon extenseur de l'index avec le tendon resté intact du médius, l'extension active de ce dernier entraînera forcément avec elle celle de l'index.

On a encore conseillé d'autres méthodes dirigées contre cet écartement définitif des bouts tendineux sectionnés. Dans un cas de ce genre, Chassaignac — ayant remarqué qu'en tirant avec l'ongle sur une cicatrice placée au niveau d'une plaie ancienne du tendon extenseur de l'index, plaie qui s'était accompagnée d'une impotence fonctionnelle complète de ce doigt, il obtenait, par l'intermédiaire de cette cicatrice actionnant les bouts périphériques, des mouvements du doigt infirme, — eut l'idée d'attacher les bouts supérieurs à cette cicatrice, et il obtint un succès.

B. Anger (1) propose de son côté, et quand il est impossible d'obtenir une juxtaposition immédiate entre les deux surfaces divisées, de dégager d'abord les deux segments tendineux de toute adhérence, puis, à l'aide d'une position favorable imprimée au membre, de diminuer autant que possible l'écartement des deux bouts ; ensuite il passe entre ces deux bouts une ou deux anses de fil qu'il serre le plus possible (sans déchirer les tendons cependant) pour les rapprocher encore davantage, et il attend. Au bout de quelque temps, la prolifération du tissu cellulaire et son organisation en tissu cicatriciel, produit *une sorte de réunion à distance*, dans laquelle le tissu intermédiaire de nouvelle formation rétablit la continuité de la corde tendineuse.

Il faut signaler encore la pratique de D. Mollière ; ce chirurgien a recours à ce qu'il appelle *la vaginoplastie tendineuse*. « On commence d'abord par détruire les adhérences qui peuvent fixer les tendons soit à la cicatrice cutanée, soit aux tissus ambiants, puis, par une dissection minutieuse, on recherche les débris de la gaine, à l'aide desquels on reforme une autre gaine, un cylindre complet fermé de toutes parts, et qui s'étend d'un des bouts du tendon divisé, à l'autre. Dans l'intérieur de cette gaine ainsi reconstituée, il se développe bientôt un cordon solide qui rétablit complètement la continuité du tendon, et grâce auquel les mouvements perdus sont bientôt récupérés. Ce cordon, dur, résistant, n'est autre chose que du tissu tendineux de nouvelle formation (1).

(1) Gaz. hôpitaux, 1875.

Certains chirurgiens ont proposé *de dédoubler un des bouts du tendon sectionné*, de façon à y tailler un lambeau latéral qui y tienne encore au voisinage de la surface de section, et de rabattre ensuite cette greffe sur l'autre extrémité, pour la suturer à cette dernière. Cet artifice comble bien, au moins immédiatement, la perte de substance, mais il est rare que le lambeau ainsi créé soit très vivace : souvent il se sphacèle, s'exfolie, et ne donne pas de résultat définitif satisfaisant.

En Allemagne enfin quelques opérateurs affirment avoir obtenu de bons résultats, *en unissant avec des anses de catgut les deux extrémités écartées du tendon*. C'est en somme la méthode de B. Anger car les fils de catgut qu'on emploie paraissent simplement jouer le rôle de travées directrices au travail de réparation. Le plus beau succès du procédé a été obtenu par Glück qui obtint une fois une restauration complète de tous les tendons extenseurs du dos de la main, en en réunissant les extrémités sectionnées par des fils de catgut tressés. Du reste ces réparations de pertes de substances tendineuses au moyen de tresses de catgut ont été confirmées expérimentalement par Fargin et Assaky (2).

Dans ces dernières années on a beaucoup employé la *greffe tendineuse* pour remédier à cet écartement extrême des deux bouts d'un tendon sectionné (3), et cette méthode, très rationnelle, a donné plusieurs succès. Les recherches expérimentales de Fargin et Assaky ont montré que ces greffes étaient possibles non seulement entre animaux de même espèce, mais entre sujets d'espèces fort différentes ; et en 1887, M. Monod présentait à la Société de chirurgie une observation de section du long fléchisseur du pouce, dans laquelle il avait, avec le résultat le plus heureux, intercalé un fragment de tendon emprunté au jambier postérieur d'un lapin tué immédiatement avant qu'on s'en serve pour la greffe.

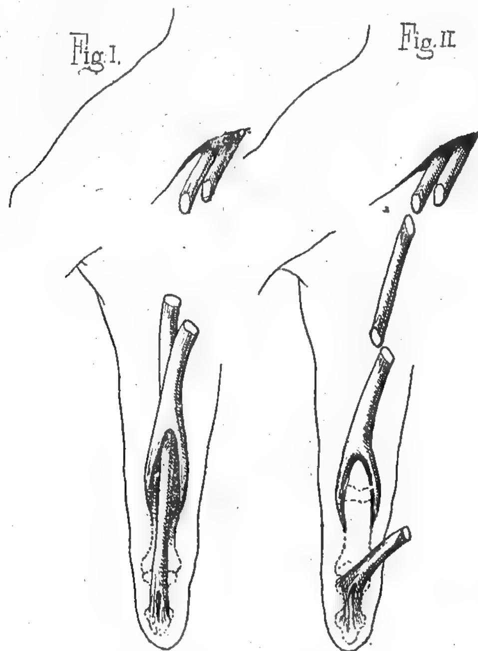
Nous avons eu l'occasion de mettre en pratique la *greffe tendineuse* sur un homme atteint de section complète des deux fléchisseurs de l'indicateur droit, avec éloignement considérable des bouts ; mais nous avons emprunté la greffe au sujet lui-même, et à l'un des tendons sectionnés. Ce procédé a pleinement réussi, nous paraît posséder de sérieux avantages, comme on le verra plus loin, et peut servir de méthode générale à la ténorrhaphie de tous les fléchisseurs des doigts. Voici du reste le cas :

Il s'agit d'un ouvrier, qui trois mois auparavant, étant en état d'ivresse et dans une rixe, avait reçu un coup de tesson de bouteille à la paume de la main, près du bord externe de la face palmaire, au niveau de l'espace qui sépare le pouce de l'index. La plaie avait beaucoup saigné, avait été pansée par un pharmacien et avait mis longtemps à se cicatriser. Dès le lendemain de son accident, le blessé s'était aperçu que son index droit restait étendu malgré lui et ne pouvait plus être fléchi ; au début, du reste, il n'attacha pas grande importance à cette infirmité fonctionnelle, la mettant sur le compte de la non-cicatrisation complète de la plaie. Ce n'est que plus tard, alors que la plaie fut partout fermée, et devant la persistance des mêmes phénomènes du côté de l'index, que le malade, inquiet de voir son doigt obstinément étendu, prit conseil d'un médecin qui déclara ne rien pouvoir contre cette

(1) Th. Rochas, Paris, 1877.
(2) Soc. de biologie, octobre 1885.
(3) Th. de Fargin, Paris, 1885.

infirmité. Quand nous vîmes le sujet, 2 mois après sa blessure, voici ce que nous constations :

A 3 centim. environ au-dessus de l'éminence thénar, empiétant sur le bord radial de la main, se voyait une cicatrice dure, un peu chéloïdienne, exubérante, à direction sensiblement transversale, large de 4 centimètres à peu près, non douloureuse d'ailleurs et médiocrement adhérente aux plans profonds de la région. La sensibilité était intacte au-dessous de la cicatrice, et même tout le long de l'indicateur droit ; on ne notait pas non plus de troubles trophiques de la peau ; et rien en somme n'indiquait qu'une branche nerveuse importante eût été sectionnée par le traumatisme. Le seul trouble fonctionnel qu'on observât était en effet une extension permanente des deux dernières phalanges de l'index, et une impossibilité absolue de fléchir ces mêmes phalanges. La flexion en masse du doigt, par action des intérosseux sur la première phalange, était seule conservée. Rien d'anormal ne pouvait être constaté sur les doigts voisins. Le diagnostic était donc aisé, et on pouvait deviner quelle avait dû être la nature de l'accident primitif : la section par le tesson de bouteille ayant dépassé



les plans superficiels et respecté probablement les nerfs importants de la région, avait coupé les deux tendons fléchisseurs de l'indicateur. Pensant pouvoir faire aisément une ténorrhaphie secondaire, nous proposâmes au malade d'intervenir activement chez lui ; la proposition fut acceptée, car le blessé tenait absolument à récupérer la fonction de son doigt, et l'opération eut lieu quelques jours après.

Une incision longitudinale de 6 centim. environ fut pratiquée au niveau de la cicatrice, mi-partie au-dessus, mi-partie au-dessous d'elle, et dans la direction présumée du trajet des tendons fléchisseurs de l'index. Après dissection attentive de la plaie (j'avais fait appliquer la bande d'Esmarck pour ne pas être gêné par le sang), je ne pus découvrir que le bout périphérique des tendons fléchisseurs coupés. Leur bout central avait été entraîné très haut, peut-être la suppuration de la plaie l'avait-elle éliminé en partie, et ce n'est qu'en prolongeant l'incision primitive en loin que nous pûmes l'atteindre ; ce bout était rétracté à une distance de 6 centimètres du bout périphérique. Nous essayâmes alors de tirer fortement sur les extrémités tendineuses inférieures, en combinant du reste ces tractions avec l'expression des muscles de l'avant-bras faite de haut en bas, suivant le conseil donné par Le Fort, et pour favoriser la descente des cordes fibreuses divisées. Mais, quelques soins que nous prîmes de libérer les bouts supérieurs et inférieurs, de fléchir fortement la main sur l'avant-bras et le doigt indicateur dans la main, nous ne pûmes arriver à rapprocher suffisamment les extrémités des tendons sectionnés ; il restait toujours entre elles un intervalle d'au moins deux centimètres. Je me préparai, devant l'insuccès de mes tentatives, à unir simplement à distance, et par des fils de soie ou de catgut, les bouts tendineux, comme dans le procédé de B. Anger, et suivant la conduite de certains chirurgiens allemands, quand j'eus l'idée tout à coup d'essayer d'un moyen qui me vint à l'esprit. Ce moyen, en voici la description, et je me réserve de l'appliquer chaque fois que je me trouverai en présence d'une section des fléchisseurs de la main, ou même du pied, section compliquée d'un écartement considérable des segments des tendons.

Il me fallait une certaine longueur de tendon, *un raccord* pour ainsi dire à appliquer entre les extrémités tendineuses, ce raccord, je le pris sur le bout périphérique de fléchisseur profond, autrement dit fléchisseur perforant. Je me reportai à l'extrémité digitale de l'index malade, à l'insertion du fléchisseur profond sur la base de la dernière phalange, et je découvris cette insertion par une petite incision longitudinale pratiquée à ce niveau : incision comprenant l'espace compris entre les 2 plis de flexion inférieurs du doigt. A environ un centimètre 1/2 au-dessus de cette insertion et au moment où le tendon du fléchisseur profond émerge d'entre les lèvres du fléchisseur superficiel, je sectionnai ce tendon ; revenant alors à mon incision première au niveau de la cicatrice, je cherchai le même tendon fléchisseur profond, je le libérai de ses connexions avec le fléchisseur superficiel et je tirai alors par en haut ce tendon fléchisseur profond libre de son attache inférieure à la phalangette, de façon à la faire glisser de bas en haut dans sa gaine digitale et à l'en faire sortir complètement au niveau de la plaie palmaire (1). J'avais alors un morceau de tendon vivant, long de 6 centim. environ, et rien ne m'était plus facile que de m'en servir comme raccord, suturant son extrémité inférieure séparée de la phalangette, au bout inférieur du tendon du fléchisseur superficiel, et son extrémité supérieure, le bout périphérique primitif, aux bouts musculaires du fléchisseur superficiel et même du fléchisseur profond. De cette façon l'intervalle représenté par l'écartement des segments tendineux divisés était absolument et largement comblé. Si ce fragment tendineux vit et se greffe, me disais-je, voici quel sera le résultat : les muscles fléchisseurs actionneront, par l'intermédiaire du tendon interposé, le bout périphérique du fléchisseur superficiel, et la fonction de ce dernier sera sauvegardée. Enfin pour tâcher de restituer la fonction du fléchisseur profond, je suturai la petite languette restée adhérente à la phalangette, aux deux lèvres de la boutonnière formée par le fléchisseur superficiel un peu au-dessus de leur insertion sur la deuxième phalange (2) ; en fléchissant cette deuxième phalange, le fléchisseur superficiel devait entraîner, dans ma pensée, la flexion de la troisième phalange à laquelle la rattachait la languette du fléchisseur profond.

Les sutures tendineuses furent faites au fil de soie fin après ébarbement léger des bouts périphérique et central du fléchisseur superficiel ; deux anses de fil furent employées pour la suture inférieure, trois anses furent nécessaires en haut, car après avoir réuni la greffe au bout central du fléchisseur superficiel, j'y attachai encore latéralement le bout central du fléchisseur profond. Un tout petit drain fut placé presque debout à chaque extrémité de la plaie palmaire et les parties superficielles ainsi que les débris de la gaine soigneusement réunies ; la petite plaie digitale fut suturée complètement, sans drainage. Une soigneuse hémostase avait été faite auparavant, et d'ailleurs, la bande d'Esmarch ayant été mise dès le début de l'opération, nous avions conduit très prudemment notre incision palmaire, écartant et évitant au fur et à mesure qu'ils se présentaient les vaisseaux et nerfs que nous apercevions. Enfin les soins antiseptiques les plus rigoureux avaient

(1) Cette traction du tendon hors de sa gaine se fait sans difficulté : on saisit le bout du tendon avec une pince ou le pouce et l'index, et on tire brusquement sur lui. Les petites languettes qui le rattachent à la gaine cèdent facilement.

(2) Cette suture du fléchisseur profond au fléchisseur superficiel, je la fis après avoir tiré un peu sur la phalangette au moyen de la languette d'insertion du fléchisseur profond, et de façon à avoir, au cas où les fonctions de ce fléchisseur ne se rétabliraient pas, une troisième phalange légèrement fléchie et non étendue dans la rectitude.

été observés. La main, les doigts et même le poignet furent immobilisés, après le pansement, dans un appareil plâtré.

Les suites furent des plus simples; on ne nota ni fièvre, ni réaction locale. Au bout de 5 jours les sutures superficielles furent enlevées ainsi que les petits drains, et de nouveau on appliqua un pansement immobilisateur. Quinze jours après l'intervention, ce pansement fut ôté lui-même et on recommanda simplement au malade de ne passe servir de ses doigts, et de faire encore le moins de mouvements possible. J'essayai cependant déjà de lui faire contracter ses fléchisseurs de l'index et cette flexion se fit d'une manière très nette. Quelques jours après, le malade lui-même vint me trouver en m'annonçant qu'il était guéri, et que son index répondait parfaitement de ses tentatives de flexion; c'est ce que je vérifiai moi-même. Non seulement la première phalange se fléchissait (action des interosseux), mais la deuxième phalange avait aussi un mouvement de flexion très énergique, et même, détail important dans l'espèce, la troisième phalange se mouvait légèrement sur la deuxième. Pendant les essais de flexion la cicatrice de l'incision palmaire se fronçait légèrement dans le sens longitudinal, mais en la saisissant entre le pouce et l'index, on sentait très bien qu'elle pouvait se déplacer latéralement sur les parties profondes, et si le malade contractait alors ses fléchisseurs, on sentait aussi que les cordes tendineuses glissaient sous elle et n'avaient pas non plus avec elle d'adhérences véritables.

Nous revîmes deux fois encore le malade très content du résultat obtenu et ayant du côté opéré des mouvements de flexion aussi étendus et aussi énergiques que du côté opposé, sauf peut-être la flexion de la troisième phalange sur la deuxième qui ne pouvait guère dépasser un angle très obtus. Malheureusement notre ouvrier, assez nomade d'allures, a disparu de son domicile un beau jour et il nous a été impossible de le revoir; nous aurions tenu à constater précisément ce que devenait cette flexion de la phalangette; quoi qu'il en soit, le succès de la méthode reste indiscutable.

Comme on le voit, cette méthode est une véritable *greffe tendineuse*, *greffe autochthone* pour ainsi dire, dans laquelle le segment greffé est emprunté non seulement au sujet, mais aux tendons divisés eux-mêmes. Cette greffe est rendue possible sur les fléchisseurs des doigts, à cause précisément de la présence de deux tendons à trajet parallèle et superposé (fléchisseur sublime et profond) et dont les fonctions sensiblement similaires peuvent se suppléer l'une à l'autre dans une certaine mesure.

Les avantages du procédé sont aisés à concevoir. Il est d'abord applicable à n'importe quels tendons fléchisseurs des doigts de la main et même du pied (le fléchisseur du pouce excepté). Il est ensuite facile à exécuter et ne nécessite pas de grands délabrements; deux incisions seulement sont nécessaires: une première au niveau de la cicatrice ou de la plaie pour rechercher les bouts sectionnés ; une deuxième sur la face palmaire de la deuxième phalange pour découvrir et sectionner le fléchisseur profond un peu au-dessus de son attache à la phalangette, et suturer ensuite sa languette restée adhérente, aux lèvres du fléchisseur superficiel. En outre, la plus grande partie de la gaine des fléchisseurs dans leur trajet digital étant ainsi respectée, on doit espérer, avec les précautions antiseptiques qui empêchent la suppuration de ces gaines, que le glissement du fléchisseur superficiel resté intact continuera à se faire comme à l'état normal, résultat d'une importance capitale, car des adhérences étendues à la coulisse séreuse des tendons en gênent singulièrement les fonctions. Enfin, et il faut tout prévoir, dans le cas où une suppuration, une nécrose de la greffe tendineuse l'emporterait tout entière, le malade n'aurait pas grand'chose à perdre d'une telle intervention : On n'a rien emprunté en effet aux tissus autres que les tissus intéressés primitivement par le traumatisme, on n'a pas touché aux tendons voisins; après l'échec, s'il en existe, l'état reste sensiblement le même qu'avant l'opération, car on ne peut compter pour une sérieuse aggravation la perte du bout périphérique du fléchisseur profond.

Nous avons utilisé comme greffe à interposer aux deux extrémités tendineuses divisées, le bout périphérique du fléchisseur profond. On pourrait peut-être, en conservant le principe de chercher une greffe, laisser intact ce bout périphérique et *prendre cette greffe sur le bout central d'un des tendons fléchisseurs*, pour le suturer ensuite en haut à l'extrémité du tendon qui n'aurait pas servi à la greffe, en bas aux bouts périphériques du fléchisseur superficiel et du fléchisseur profond. Nous avons dit : sur le bout central *d'un des tendons* fléchisseurs, — et en effet, ici, on a le choix entre le fléchisseur superficiel et le fléchisseur profond : qu'importe vraiment que ce soit l'un plutôt que l'autre qui actionne les bouts périphériques? On ne peut rien affirmer *a priori* et, n'ayant pas expérimenté cette manière de faire, nous ne pouvons pas la juger dans ses résultats; peut être est-elle aussi bonne que celle dont nous avons fait l'épreuve; nous nous réservons du reste d'en faire l'essai, le cas échéant.

Tout ce que nous avons dit d'ailleurs s'applique aux sections *des deux tendons fléchisseurs superficiel et profond d'un doigt à la fois*, à leur division simultanée, avec production de quatre bouts cicatrisés à distance, deux bouts centraux, deux bouts périphériques. Mais il peut arriver que le traumatisme ait frappé seulement un des tendons fléchisseurs d'un doigt, et ait épargné celui qui lui est accolé, fait rare à cause de l'étendue des connexions qui les unissent, à la rigueur possible cependant. Dans ces conditions, et si le rapprochement des deux bouts n'est pas praticable pour une cause ou pour une autre, il n'est plus question de greffe, bien entendu, et l'on ne peut songer à la prendre sur le tendon resté sain, sous peine de s'exposer à affaiblir ce tendon et à nuire aux intérêts du malade plutôt qu'à les servir. Dans ce cas, peu grave d'ailleurs, puisque l'un des fléchisseurs est entier, on pourra se contenter d'une suture par anastomose et réunir le bout périphérique du fléchisseur sectionné à son voisin resté intact.

Enfin le procédé dont nous avons parlé suppose surtout pour son application, des plaies tendineuses de la paume de la main bien entendu et plus spécialement encore des deux tiers inférieurs de la région palmaire. Cependant, quand on a affaire à des sections avoisinant le trajet des tendons dans le canal carpien, la méthode générale reste la même, si on n'arrive pas à réunir les deux bouts; on peut toujours emprunter une greffe au bout périphérique du fléchisseur profond, et venir l'interposer entre les bouts centraux et le bout terminal du fléchisseur superficiel, puis réunir ce qui reste du segment périphérique du fléchisseur profond à la partie correspondante du fléchisseur superficiel pour que celui-ci l'actionne. Mais alors, bien entendu, le procédé doit subir des modifications réelles. Il est bien évident par exemple qu'on n'ira pas, dans ces cas de plaies tendineuses rapprochées du poignet, chercher tout à fait en bas l'attache du fléchisseur profond de la phalangette pour le tirer par en haut et s'en servir ensuite comme greffe ; on mesurera d'abord l'écartement des segments tendineux rétractés et on prendra sur l'extrémité périphérique du tendon fléchisseur profond une longueur égale, et alors on sera ainsi amené à sectionner ce tendon non plus vers la 2e phalange, mais à la racine du doigt par exemple, parfois encore plus haut. De même il est aisé de concevoir que, dans ces plaies tendineuses avoisinant le canal carpien, les difficultés de suture et les précautions à prendre pendant l'opération seront toutes spéciales, puisqu'il faudra manœuvrer dans ce canal au milieu de nombreux tendons et nerfs ramassés dans un court espace.

Inversement il peut arriver que les tendons fléchisseurs aient été sectionnés dans leur trajet digital lui-même,

Notre procédé reste encore tout à fait indiqué, pourvu que la section ait porté dans un lieu voisin de la racine du doigt; peut-être aura-t-on alors plus facilement des raideurs, des adhérences des tendons à leur coulisse fibro-séreuse, puisqu'on sera obligé de fendre celle-ci sur une longueur assez étendue quelquefois. Mais si les tendons fléchisseurs ont été coupés vers l'extrémité inférieure de la 1[re] phalange, *a fortiori* plus bas encore, si leurs bouts supérieurs se sont considérablement rétractés, et si on ne peut les amener au contact des bouts inférieurs, la lésion est bien près d'être incurable, puisque la partie périphérique du tendon fléchisseur profond est très courte, du fait même du siège de la section, et que l'on ne peut songer à l'utiliser comme greffe à interposer entre les deux segments séparés.

En résumé, et c'est là un procédé à expérimenter chaque fois qu'on le pourra, pour que de nouvelles observations jugent sa valeur, on peut, dans les sections tendineuses des deux fléchisseurs d'un même doigt au niveau de la paume de la main, récentes ou anciennes, mais avec écartement extrême des bouts divisés empêchant leur rapprochement, employer une greffe tendineuse empruntée au bout périphérique du fléchisseur profond, greffe qu'on intercalera entre les deux extrémités périphérique et centrale des tendons sectionnés et qui rétablira l'action complète du fléchisseur superficiel, peut-être celle aussi du fléchisseur profond.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Hypnotisme, par Francis R. Cruise (*The Dublin Journal of medic. Science*, 1[er] mai 1891, p. 378). — Il s'agit dans cette communication d'une sorte d'exposé critique des diverses doctrines qui ont actuellement cours sur l'hypnotisme, doctrines que l'auteur a pu étudier en se rendant successivement aux cliniques des médecins français qui se sont occupés de cette question. Il n'adopte pour sa part aucune opinion ferme, et pense que le temps aura raison des controverses qui existent encore en ce moment sur ce sujet.

Syphilis cérébrale (A case of Cerebral Syphilis), par Howel T. Pershing (*Medical News*, 4 avril 1891, p. 373). Femme âgée de 21 ans, mariée depuis 2 ans, sans enfants ni fausses couches. Toux persistante depuis 3 ans, avec perte de poids. Depuis deux jours, à la suite de convulsions avec perte de connaissance, elle présente de l'aphasie motrice avec parésie du bras droit et de la face du même côté. Pas de troubles pupillaires; papille optique normale. Réflexe rotulien normal; pas de clonus. Pas de troubles de la sensibilité. Cœur normal. Sous l'influence du traitement spécifique, la guérison suivit. Bien qu'il n'y eût dans ce cas aucun signe évident de syphilis, le diagnostic formulé par l'auteur se trouva confirmé non seulement par l'effet du traitement, mais encore par la constatation chez le mari de la malade de signes caractéristiques (induration ganglionnaire, macules, et psoriasis palmaire). Il s'est agi, probablement, d'endartérite et de méningite gommeuse.

Causes et traitement de l'insomnie (Some facts relating to the causes and cure of sleeplessness), par A.-L. Ranney (*The New-York medical Journal*, 28 mars 1891, p. 356). — L'auteur pense que la plus grande partie des cas d'insomnie persistante doit être attribuée à un défaut congénital dans la synergie accommodatrice des muscles des yeux. Il cite à cette occasion un certain nombre de cas d'hypermétropie, de myopie, d'astigmatisme, et aussi de faiblesse de certains mouvements d'adduction, d'abduction ou de circumduction, compliqués d'une insomnie qui s'améliora par un traitement ayant seulement en vue de rectifier ces vices fonctionnels de la vision

Paralysie faciale bilatérale comme forme de polynévrite. (On bilateral facial paralysis as a form of Polyneuvritis), par Julius Althaus. (*The Lancet*, 28 mars, 1891, p. 714). — L'auteur rapporte deux observations dans lesquelles une paralysie faciale double est intervenue comme manifestation particlle au cours de polynévrites multiples. Le premier cas a trait à un homme de 26 ans, qui souffrit de douleurs, de diminution de la sensibilité et d'ataxie des membres inférieurs, sans que les muscles présentassent la réaction de dégénérescence, qui au contraire était manifeste dans le domaine des faciaux. Plusieurs récidives se produisirent. Le second cas se rapporte à un homme de 45 ans, non syphilitique, qui, après une période douloureuse où les bras étaient en même temps parésiés, fut pris de paralysie faciale double, laquelle dura 3 mois et céda au traitement électrique. La paralysie faciale doit être attribuée à une névrite de la portion osseuse du nerf. Le pronostic paraît favorable.

Le vertige de Menière et l'émotivité, par Peugniez et Fournier, (*Revue de médecine*, novembre 1890, p. 936, mars et avril 1891, p. 188 et 326). — Les auteurs de ce mémoire concluent que la lésion du vertige de Menière ne peut être localisée dans l'appareil auditif, que ce vertige est cliniquement un syndrôme hallucinatoire, étiologiquement un trouble fonctionnel des organes centraux (cerveau ou cervelet). Ceux qu'il frappe appartiennent à la grande classe des émotifs ou déséquilibrés mentaux; c'est un stigmate psychique à ajouter à la liste de ceux qui caractérisent la dégénérescence mentale.

Sur les lésions nerveuses et en particulier sur la paralysie consécutive à l'application des menottes (Ueber Nervenverletzung, speciell Læhmung durch polyzeiliche Fesselung der Hand), par Daehuhart (*Deutsche medicinische Wochenschrift*, 1891, n° 10, p. 360). — Un maçon en état d'ivresse se fait arrêter par la police et ayant résisté fut attaché par une corde à deux nœuds à la main droite. Deux jours plus tard l'auteur constata une dépression circulaire sur la peau; la force de la main était très diminuée; il existait de plus des douleurs vives et de l'atrophie avec réaction de dégénérescence de tous les muscles innervés par le nerf cubital. Enfin il y avait de l'hyperesthésie et des troubles vasomoteurs. Le traitement électrique amena la guérison au bout de 5 mois. Après avoir rapporté plusieurs cas analogues, l'auteur conclut que, malgré l'assertion de Bernhardt suivant qui l'application des menottes serait peu nocive, l'observation actuelle démontre que ce procédé peut entraîner des accidents et par suite mériterait d'être prohibé.

MÉDECINE

Note sur l'emploi de la plume à vacciner, par Maréchal (*Arch. de méd. milit.*, mai 1891, p. 419). — L'auteur a fait modifier la plume non fendue dont il conseille l'emploi pour la vaccination; il se sert d'une plume munie d'une pointe plate et triangulaire ayant la forme de la lancette à vacciner ordinaire; les plumes sont affûtées à la meule, ce qui est plus rapide que le repassage à la pierre; elles sont placées dans une boîte en métal, ce qui facilite la stérilisation. Pour qu'elles soient convenablement mouillées par le vaccin, il est bon de les faire tremper la veille ou le jour même de la séance dans une solution de carbonate de soude à 10 pour 100 pendant environ 10 minutes. A mesure qu'une plume a servi à vacciner un sujet, on la jette dans un récipient rempli d'eau pour éviter d'émousser la pointe; pour les dessécher et les stériliser, on les place dans une étuve ou dans un four ou dans un récipient en fer battu qu'on fait chauffer pendant quelques instants sur une lampe à alcool.

Emphysème sous-cutané dans la broncho-pneumonie (Unterhaut-Emphysem bei Broncho-Pn.), par Damsch (*Deut. med. Woch.*, avril 1891, n° 18, p. 613). — L'emphysème sous-cutané prend rarement sa source dans une affection de l'appareil respiratoire. Quand on l'observe, c'est de préférence dans les sténoses du larynx ou de la trachée, les maladies qui s'accompagnent de toux violente (coqueluche), ou même à la faveur de l'effort physiologique (accouchement, vomissement). L'emphysème du thorax peut encore avoir son origine directe dans une caverne superficielle avec symphyse

puis déchirure de la plèvre. Dans les affections du poumon, l'emphysème se produit de préférence lorsqu'une partie de l'organe est condensée et perdue pour la respiration, le reste faisant suppléance. C'est à ce titre que la broncho-pneumonie peut engendrer cette complication. L'auteur l'a observée chez un enfant de 15 mois, au cours d'une double broncho-pneumonie pseudo-lobaire. L'air épanché entre les lobules gagna le hile, le médiastin, le cou et d'une façon prédominante la tête. L'emphysème du médiastin redoubla la dyspnée, mais n'entraîna ni dysphagie ni angoisse. L'aspect de la tête était véritablement monstrueux et, en même temps que sa tuméfaction augmentait, on voyait apparaître des signes de congestion collatérale avec œdème cérébral. L'enquête nécropsique montra que les déchirures alvéolaires s'étaient produites à distance des foyers pneumoniques, et qu'elles devaient par suite être rapportées non pas à un affaiblissement des parois aériennes, mais à une surdistension en rapport avec la suppléance fonctionnelle.

Action résolutive de l'antipyrine sur les épanchements pleurétiques, par CLÉMENT (*Lyon médical*, 10 mai 1891, p. 58). — Cette action, dont il est impossible de donner une explication physiologique, est très nette, au dire de l'auteur. Administrée à la dose de 6 grammes par jour (1 gramme toutes les 4 heures), l'antipyrine détermine rapidement la résorption des épanchements séreux, qu'ils soient ou non accompagnés de fièvre. Les épanchements purulents et sanguins résistent à ce traitement.

Sur un cas de syncope respiratoire et cardiaque pendant le sommeil chloroformique, par V. FAUCON (*Journ. des Sc. médic. de Lille*, 15 mai 1891, p. 457). — Observation de syncope respiratoire et cardiaque survenue au cours de l'ablation d'un ganglion tuberculeux sus-hyoïdien. L'auteur attribue les accidents au relèvement du maxillaire inférieur pendant l'opération et à l'obstruction concomitante des fosses nasales par des mucosités épaisses et adhérentes qui ne purent être expulsées qu'avec peine. La malade, âgée de 11 ans, put être ramenée à la vie par la respiration artificielle et l'électrisation du nerf phrénique.

Effets de la diurétine (Therapeutische Wirkung des Diuretin), par GEISLER (*Berl. klin. Woch.*, avril 1891, n°s 16 et 17, p. 420). — L'auteur a expérimenté ce médicament plus spécialement dans les affections valvulaires avec rupture de la compensation. Ses observations peuvent se résumer de la manière suivante. Contrairement aux assertions de Gram et Korischtoner, la diurétine influence manifestement la tension artérielle dans le sens d'une élévation de tension fort notable : cet effet n'a manqué dans aucun des cas suivis par l'auteur. La diurétine agit non seulement comme diurétique, mais encore comme médicament cardiaque. Elle trouve surtout remarquablement son indication dans les troubles circulatoires consécutifs aux insuffisances valvulaires. Son utilité est plus restreinte dans les affections du myocarde, où l'effet diurétique peut seul être visé. L'augmentation de la sécrétion urinaire et la disparition des œdèmes sont obtenus avec la diurétine plus aisément dans la néphrite aiguë que dans la forme chronique. L'albuminurie n'est pas influencée. La diurèse manque dans le cas de cirrhose hépatique. Elle peut se produire dans une certaine limite chez l'homme sain. L'auteur, de même que Santzky, Huber, Stiller, pense contre Gram que l'effet diurétique n'appartient pas exclusivement à la théobromine, mais revient pour une part au salicylate de soude combiné.

CHIRURGIE

Fracture de la base du crâne avec paralysie du moteur oculaire externe (Ein Fall von Bruch des Schædelbasis mit einseitiger Abducenslæhmung), par A. KŒHLER (*Berlin. klin. Wochenschr.*, 1891, n° 18, p. 433). — Un cas de fracture de la base chez un homme de 34 ans, projeté, pendant une explosion de gaz, contre un mur. Fracture de l'os zygomatique, du maxillaire inférieur, écoulement de sang et de liquide cérébro-spinal par l'oreille droite ; paralysie complète du facial droit, parésie du bras et de la jambe droite, paralysie complète du moteur oculaire externe du côté droit. Le 24 décembre, toutes les paralysies ont disparu, sauf celle du moteur oculaire. Mais à partir du 22 janvier, cette dernière commence également à s'améliorer et le malade peut tourner l'œil jusqu'à l'angle externe.

La paralysie du moteur oculaire externe dans les fractures du crâne est très rare. Sur 97 cas de fracture du crâne dont 48 de la base observés à la clinique de Bardeleben de 1885 à 1889, on ne compte que deux cas de cette paralysie. Elle paraît plus fréquente dans les cas compliqués de rupture de la carotide interne dans le sinus caverneux avec exophthalmie pulsatile. Dans le cas actuel, l'analyse des symptômes ferait croire que le nerf a été déchiré ou contusionné avant son entrée dans le sinus caverneux.

Diagnostic des tumeurs kystiques de la paroi postérieure du vagin (Zur Diagnose der cystischen Tumoren der hinteren Vaginalwand), par HEYDRICH (*Centralbl. f. Gynæk.*, 1891, n° 21, p. 417). — Femme de 28 ans, mariée depuis 7 ans, a eu un avortement à 3 mois. Depuis un an, douleurs et brûlures dans le rectum, ténesme vésical donnant en même temps la sensation comme si le vagin sortait au dehors.

A l'examen on trouve sur la paroi postérieure du vagin une tumeur fluctuante des dimensions d'un œuf d'oie. L'exploration combinée par le rectum et le vagin permet de préciser la situation de la tumeur entre le vagin et le rectum. Le doigt introduit très haut dans le rectum sent un rétrécissement annulaire très dur. Diagnostic : diverticulum du rectum au-dessus du rétrécissement, ayant pénétré entre le rectum et le vagin sous l'influence de la pression exercée par les matières fécales.

Opération : incision de la tumeur, par le vagin. Il s'écoule 15 à 20 cm. c. d'un liquide muqueux trouble et on perçoit la face interne du kyste qui est lisse, jaunâtre. Une certaine quantité d'eau injectée dans le rectum s'écoule par l'orifice du kyste en confirmant de cette façon le diagnostic. Suture du sac et du vagin. Guérison par formation d'un tissu de granulation. Plus tard on fit la dilatation progressive du rectum.

Action anti-tuberculeuse de l'iodoforme (Ueber die antituberculose Wirkung des Iodoformes und üeber die Formen der Impftuberculose bei Impfung mit experimentell abgeschwæchten Tuberkelbacillen), par G. TROJE et F. TANGL (*Berlin. klin. Wochenschr.*, 1891, n° 20, p. 484). — Les auteurs ont examiné l'action de l'iodoforme sur les cultures virulentes de la tuberculose et ont trouvé que l'iodoforme est capable d'atténuer et même de détruire à la longue la virulence du bacille Les expériences étaient conduites de telle façon que les cultures soumises pendant un certain temps aux vapeurs d'iodoforme ou mélangées avec cette substance en nature ou en solution dans l'huile d'olive ou la glycérine, étaient injectées ensuite aux lapins. Si la culture était restée longtemps (près de 6 semaines) sous l'influence de l'iodoforme, les bacilles étaient tués et l'animal injecté ne contractait pas la tuberculose. L'atténuation des cultures se manifestait déjà au bout de 8 à 15 jours, et ces cultures injectées à des animaux provoquaient chez eux une tuberculose lente semblable à la phthisie ou à la maladie perlière. A l'autopsie on trouvait des cavernes pulmonaires, des ganglions caséifiés, des ulcérations intestinales, etc. Sous le microscope on trouvait dans les tubercules des cellules géantes, ce qui paraît confirmer la théorie de Baumgarten d'après laquelle la formation des cellules géantes dépend de la virulence atténuée des agents spécifiques.

Un cas rare d'obstruction intestinale ; laparotomie; guérison (Eine seltene Form von Ileus, Laparotomie, Heilung), par J. HEDDAEUS (*Berlin. klin. Wochenschr.*, 1891, n° 21, p. 513). — Heddaeus rapporte un cas d'obstruction intestinale chez un garçon de 13 ans, ayant évolué d'abord comme un simple embarras gastrique, sans ballonnement du ventre, ni vomissements fécaloïdes, ni douleur fixe, avec passage de gaz aux 4e et 5e jours après le début des accidents. Le diagnostic d'obstruction intestinale était basé sur l'existence d'un obstacle à la progression des matières fécales, obstacle qui ne devait pas être absolu, et dont le siège était probablement l'intestin grêle.

On fit la laparotomie au 6e jour, et on trouva que l'étranglement siégeait sur la partie inférieure de l'intestin, près du cæcum. Il s'agissait de deux anses engagées assez lâchement dans une sorte de bride annulaire, formée, comme l'a démontré plus tard l'examen nécroscopique, par un diverticulum de l'intestin d'origine probablement congénitale. Le malade a guéri.

BIBLIOGRAPHIE

Les aliénés et les asiles d'aliénés. Assistance, législation et médecine légale, par le Dr Jules Falret, médecin de la Salpêtrière. 1 vol. in-8°. Paris, J.-B. Baillière, 1890.

Dans le numéro de la *Gazette hebdomadaire* du 13 juin 1890, nous rendions compte des « *Etudes cliniques sur les maladies mentales et nerveuses* », de M. J. Falret; quelques mois après, selon la promesse qu'il en avait faite, ce savant maître publiait un second volume de ses œuvres; il a pour titre : « *Les Aliénés et les asiles d'aliénés* » et contient surtout des travaux relatifs à l'assistance, à la législation et à la médecine légale de ces malades. Il s'adresse donc à un public plus nombreux : les médecins y trouveront sans doute de quoi satisfaire leur curiosité naturelle pour tout ce qui concerne la médecine mentale; mais les législateurs et même les administrateurs ne pourront le lire qu'avec intérêt et profit, ils y puiseront sur les questions relatives à l'assistance publique et à la législation des aliénés des renseignements précis et surtout des critiques judicieuses, marquées au coin de bon sens et de l'expérience.

C'est même à ces questions, toujours d'actualité, que sont consacrés les principaux articles de ce recueil. Le premier nous parle de la colonie d'aliénés de Gheel. Que n'a-t-on pas écrit à propos de ce village unique au monde? Il a eu ses admirateurs enthousiastes et ses détracteurs systématiques. M. J. Falret l'a étudié en clinicien; il démontre que ce moyen d'assistance par la colonisation chez les habitants d'un village ne peut guère s'appliquer qu'à une catégorie de malades, les chroniques inoffensifs; pour les autres, c'est toujours à l'asile qu'on devra recourir.

Ses préférences, comme le prouve son travail sur l'asile de Leyme, sont pour l'asile médico-agricole. Il revient sur le même sujet dans son important mémoire sur les *divers modes de l'Assistance publique applicable aux aliénés*; il y démontre la nécessité, au point de vue thérapeutique et financier, d'organiser le travail des aliénés dans des fermes agricoles annexées aux asiles. Certes cette transformation amènerait pour ces malades des conditions nouvelles d'existence, différentes de celles qu'ils trouvent dans les asiles fermés. Mais « donner aux aliénés tout le bien-être et toute la liberté compatibles avec leur état et la sécurité publique; rapprocher le plus possible les asiles d'aliénés des habitations ordinaires et la vie de ces malades de celle des hommes en général, tels sont les grands principes qui ont servi de base à la réforme du commencement de ce siècle et dont nous demandons actuellement le développement graduel et successif, dans la mesure commandée par la prudence, sans secousses et sans transformations violentes » (p. 66). Il y a là tout un programme, plus large et plus progressif, plus philanthropique surtout, que celui de maint réformateur de la législation sur les aliénés.

La médecine légale tient dans ce volume de notre savant maître une place prépondérante. Et d'abord l'article sur la *responsabilité légale des aliénés*, qui est extrait du *Dictionnaire encyclopédique* de Dechambre; puis un intéressant travail sur les *aliénés dangereux* et un autre sur les *asiles spéciaux pour les aliénés dits criminels*. En ce qui concerne ces asiles, les opinions des spécialistes sont très divisées; de ses études, M. J. Falret conclut « que la seule chose admissible, à la rigueur, serait la création de petits quartiers d'aliénés annexés à quelques maisons centrales, pour certains malades tout à fait exceptionnels, par leur caractère essentiellement dangereux, ou par l'extrême notoriété des actes qu'ils auraient accomplis, mais qu'il n'y a pas lieu de fonder des sections spéciales dans les asiles, ni à plus forte raison des asiles complètement distincts, pour les aliénés dits criminels » (p. 266). Ce sont, à peu de chose près, ces conclusions qui ont été adoptées au premier Congrès annuel de médecine mentale, tenu à Rouen en août 1890 (v. *Comptes-rendus et Mémoires de ce congrès*, Paris, G. Masson, édit., 1891, p. 218).

On se rappelle peut-être l'affaire Jeanson, qui passionna vivement l'opinion publique en 1868 et 1869. Il s'agit de cet élève du séminaire de Pont-à-Mousson qui tua un de ses camarades et mit ensuite le feu à l'établissement. L'état mental de ce jeune séminariste de dix-huit ans fut l'objet d'intéressantes controverses entre les médecins aliénistes. Des rapports contradictoires furent déposés, d'une part par MM. Bonnet et Bulard, médecins de l'asile de Maréville, et par Morel d'autre part. Les premiers concluaient à la non-existence d'un trouble mental avant, pendant ou après l'acte incriminé; Morel, au contraire, soutint que Jeanson avait agi sans discernement. Telle fut aussi la conclusion du rapport que M. J. Falret présenta à la Société de médecine légale sur la consultation de Morel, conclusion qui fut adoptée à l'unanimité par cette Société. Jeanson n'en fut pas moins condamné.

Nous devons remercier M. J. Falret d'avoir réuni dans son livre tous les documents relatifs à cette cause célèbre; ils sont d'une lecture instructive et on ne saurait assez la recommander à ceux qui s'occupent de médecine légale. Ces débats contradictoires entre praticiens instruits et de bonne foi constituent pour eux de véritables leçons qui méritent d'être méditées.

Un des genres les plus difficiles de la littérature médicale est la revue critique. Il faut, pour y réussir, des qualités spéciales : une grande érudition, une connaissance approfondie des sujets à traiter, un sens critique sûr et avisé, un style net, clair et précis. M. J. Falret, qui possède à un haut degré toutes ces qualités, l'a abordé avec succès. On en pourrait citer des exemples dans le premier volume de ses œuvres; dans celui dont nous rendons compte, il faut signaler l'article *Consanguinité*, qui est certes le résumé le plus clair, le plus suggestif, de l'état de la question, au moment où il a été publié (1865); citons encore les articles *Amnésie* et *Aphasie*, où, à côté de l'appréciation des travaux d'autrui, se trouve une note toute personnelle. Cette question de l'aphasie a d'ailleurs été tout particulièrement creusée par M. J. Falret; elle est en partie sienne; si elle a fait des progrès depuis ses travaux, on ne saurait oublier sans injustice que c'est à ceux-ci qu'ils sont principalement dus. En soumettant la question à une minutieuse analyse clinique, notre excellent maître a ouvert la voie que d'autres ont suivie depuis avec succès.

Si nous avons toute sorte de raisons — et la rapide analyse que nous venons de faire en fait foi — de recommander le nouveau volume de M. J. Falret à l'attention de nos lecteurs, nous espérons du moins que ce n'est pas là son testament scientifique. Nous comptons qu'il tiendra la promesse, faite dans sa préface, de publier ses *leçons cliniques*, professées à diverses époques, à l'Ecole pratique de la Faculté de médecine et à la Salpêtrière, et qui ont fait sur tous ses auditeurs la plus profonde impression. M. J. Falret a pris un engagement écrit, il y fera honneur. Tous ses élèves — et ils sont nombreux — lui seront reconnaissants de cette publication, qui recevra de la part du public médical un accueil aussi empressé que les deux volumes déjà parus dans son œuvre.

Ant. Ritti.

Traité de chirurgie, publié sous la direction de MM. Simon Duplay, professeur de clinique chirurgicale, et Paul Reclus, professeur agrégé à la Faculté de Paris, t. V, par MM. Broca, Heydenreich, Hartmann et Walther.

Nous venons de recevoir le cinquième volume du *Traité de chirurgie* qui, comme ses devanciers, a paru à l'époque fixée.

MM. Broca, Heydenreich, Hartmann et Walther y ont écrit les maladies de la face et du cou. Nous retrouvons dans ce livre toutes les qualités que nous nous sommes plu maintes fois à reconnaître dans les tomes précédents, et son nombre de pages un peu moindre fait croire que les auteurs se sont attachés à en ajouter une autre, la concision, tout en restant très complets.

La première partie a trait aux vices de conformation de la face et du cou. Elle revenait à M. A. Broca, qui s'est occupé à plusieurs reprises de cette question et qui s'est une fois de plus attaché à défendre la théorie d'Albrecht sur l'anatomie pathogénique du bec-de-lièvre. Nous retrouvons du reste le nom de M. Broca deux autres fois dans ce même volume où il a décrit de la façon la plus complète une grande partie des maladies de la face et toutes les affections chirurgicales du corps thyroïde.

M. Heydenreich s'est chargé des maladies du maxillaire, y compris les fractures qui n'avaient pas été étudiées à dessein dans le tome second. Les tumeurs de ces os y occupent

la place importante qui leur est due. Nul n'était mieux placé que le doyen de la Faculté de Nancy pour décrire les accidents provoqués par l'évolution de la dent de sagesse, sujet qui est devenu classique depuis sa thèse d'agrégation. Nous retrouvons dans tous ces chapitres la clarté et l'érudition que nous avons si souvent appréciées dans les articles de ce professeur. Nous avons entendu reprocher à la nécrose phosphorée de faire une deuxième fois son apparition dans le *Traité de chirurgie*. Qu'importe? la question n'en sera que mieux étudiée.

Les maladies du plancher de la bouche, des glandes salivaires, de l'œsophage et de la trachée sont dues à la plume de M. Hartmann qui les possède bien, les ayant, il nous semble, déjà traitées ailleurs. Nous recommandons tout spécialement la lecture des pages qui ont trait à l'angine de Ludwig, à la grenouillette et à sa pathogénie. La question des kystes dermoïdes du plancher de la bouche a le développement que son étude comporte aujourd'hui. Enfin, dans le traitement du cancer de l'œsophage, nous trouvons des pages originales dues aux travaux de M. Quenu et de l'auteur. La gastrotomie et la description de ses différents procédés nous ont particulièrement intéressé.

M. Walther avait une tâche plus ingrate, celle de décrire les maladies proprement dites du cou. Seul le torticolis prêtait à des développements en raison de l'intérêt que vient de lui donner le traitement par la ténotomie à ciel ouvert; ce chirurgien a étudié cette question d'une façon très complète et l'a mise en valeur. Les kystes congénitaux du cou, les kystes hydatiques et les tumeurs sanguines de la même région terminent ce volume, qui fait le plus grand honneur aux auteurs et à l'éditeur de cette importante publication.

Eugène Rochard.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Guide des travaux pratiques de physique a la Faculté de médecine de Montpellier, par le Dr Bertin-Sans, chef des travaux pratiques, 2e édition. Montpellier, Coulet. Paris, G. Masson.

Essentiellement pratique, destiné à guider les étudiants en médecine désireux de se mettre au courant de tous les procédés d'exploration qui exigent des instruments et des appareils, ce livre est écrit avec clarté et résume parfaitement un enseignement dont l'utilité est indéniable. Fils de l'un des maîtres les plus distingués de l'Ecole de Montpellier, M. le Dr H. Bertin-Sans, comme le dit M. le professeur A. Imbert dans l'introduction qui précède ce guide, a pris à cœur ses fonctions de chef des travaux et s'est efforcé, avec le dévouement le plus absolu, de rendre facile l'étude des applications de la physique à la médecine. Ce premier fascicule contient l'exposé de ce que l'on peut faire en dix manipulations. On y apprend non seulement la physique pure, mais encore et surtout l'étude du sphymographe, des aspirateurs, des transfuseurs, des instruments d'optique, des laryngoscopes, otoscopes et uréthroscopes, des microscopes, spectroscopes, etc., etc. Rien n'est négligé, ni la numération des globules, ni le dosage de l'hémoglobine, ni l'hématoscopie, ni l'emploi du saccharimètre. N'est-ce point démontrer une fois de plus que ces leçons si utiles, si indispensables, on doit l'affirmer, trouveraient mieux leur place en troisième ou quatrième année qu'au début des études médicales? Avec un directeur de laboratoire comme M. H. Bertin-Sans, les assistants des cliniques d'ophthalmologie ou d'otoscopie, les étudiants qui se préoccupent des recherches hématoscopiques ou urologiques arriveraient très rapidement à bien apprendre ce qui manque le plus aujourd'hui à l'enseignement clinique. Lorsqu'il sera complet, ce nouveau guide des travaux de physique médicale devra donc être entre les mains de tous les étudiants en médecine.

Vaccine et vaccination. Leçon faite à la clinique du prof. Pinard, par le Dr Saint-Yves Ménard, professeur d'hygiène à l'Ecole centrale, 1 vol. broché, Rueff et Cie, 106, Bd. Sainr-Germain, Paris.

Au moment où l'organisation des services de vaccine préoccupe les pouvoirs publics, alors que l'Académie de médecine réclame la vaccination et la revaccination obligatoires, M. Pinard a pensé qu'il serait utile de faire connaître à ses élèves l'histoire de la découverte due à Jenner et les motifs qui rendent souvent illusoires les bienfaits de la vaccine. Dans cette leçon M. le Dr Saint-Yves Ménard a fait ressortir les avantages de la vaccination animale sur la vaccine jennérienne, la nécessité des revaccinations, l'utilité de créer des instituts vaccinifères en nombre suffisant. Il a traité en un mot la question de la vaccination au triple point de vue de la pathologie comparée, de la pratique médicale et de l'hygiène publique.

Thèses des Facultés

Aliénés méconnus et condamnés par les tribunaux, par M. F. Pactet, ancien externe des hôpitaux, interne des asiles de la Seine et de l'Infirmerie spéciale du Dépôt.

Les tribunaux condamnent un certain nombre d'aliénés dont la maladie mentale n'a pas éveillé les soupçons des magistrats. Dans tous les cas que nous avons observés, ces condamnations auraient pu être évitées si le prévenu, après son arrestation, avait été soumis à l'examen d'un médecin aliéniste. Le médecin préparé à ce rôle par l'étude des maladies mentales, est seul en possession des notions scientifiques qui permettent de reconnaître sûrement un aliéné. Le prévenu, supposé ne pas jouir de l'intégrité de ses facultés mentales, devrait séjourner, pendant la durée de l'expertise médico-légale, dans un local particulier, tel que l'Infirmerie spéciale, et ne jamais franchir le seuil de la prison. Une visite médicale quotidienne des prévenus envoyés au Dépôt, pratiquée par un aliéniste qui signalerait à l'attention des juges les individus lui paraissant nécessiter un examen plus sérieux au point de vue mental, permettrait d'épargner une condamnation à un grand nombre d'aliénés.

Contribution a l'étude du traitement de l'albuminurie et de l'éclampsie puerpérale, par M. Frédéric Dubost.

A partir du sixième mois de la grossesse, les urines de toutes les femmes enceintes doivent être examinées au point de vue de la recherche de l'albumine. Cet examen doit être pratiqué tous les 15 jours au moins.

Lorsque la présence de l'albumine aura été constatée dans les urines d'une femme enceinte, il faudra soumettre celle-ci au régime lacté absolu jusqu'à disparition complète de l'albuminurie. On évitera en outre avec le plus grand soin tout refroidissement; on couvrira la malade de flanelle et on la maintiendra dans une chambre chauffée.

Si l'albuminurie s'accompagne d'un œdème considérable, de céphalalgie, de troubles de la vue, on fera de la révulsion intestinale à l'aide de purgatifs drastiques. S'il y a de la gêne de la respiration, on ajoutera aux moyens précédents l'emploi des ventouses sèches ou scarifiées sur la poitrine et les inhalations d'oxygène. Contre l'œdème considérable des organes génitaux on aura recours aux mouchetures pratiquées d'une façon antiseptique avec une aiguille flambée. L'accouchement provoqué sera réservé pour les cas où l'on aura constaté « l'existence d'une albuminurie grave (anasarque, troubles persistants de la vue, épistaxis incoercibles, urémie gastro-intestinale, dyspnéique, etc.) et que, sous l'influence du régime lacté absolu, continué pendant 8 jours au moins, l'albuminurie ne diminue pas ou continue à faire des progrès, alors que les autres symptômes s'aggravent. » (Professeur Pinard).

Si l'on est appelé auprès d'une femme en état de mal éclamptique, on administrera de suite un lavement avec 4 gr. de chloral. Si, au bout de trois heures, la température monte ou les accès continuent, on administrera un nouveau lavement avec la même dose de chloral. On peut aller ainsi jusqu'à 14 et 18 gr. de chloral dans les 24 heures. Il est indispensable dans les cas graves d'avoir recours aux hautes doses. Aux lavements de chloral on adjoindra les inhalations de chloroforme, continuées jusqu'à la sédation complète, et reprises dès que la malade s'agitera. Ce moyen peut être continué sans inconvénient pendant plusieurs heures et même pendant une journée entière.

Si la femme éclamptique est en travail, on surveillera tout particulièrement la marche de la dilatation; dès que celle-ci sera complète, mais alors seulement, on terminera l'accouchement au plus vite par le forceps, l'extraction du siège ou la version, suivant les cas.

Chez toute femme albuminurique ou éclamptique, l'antisepsie générale et locale devra être pratiquée avec le plus grand soin; mais après avoir fait une première et seule injection vaginale avec un antiseptique puissant (biiodure de mercure, sublimé, acide phénique), on devra absolument proscrire ce dernier et avoir recours à un antiseptique faible (naphthol borique).

Ni l'albuminurie ni l'éclampie ne constituent une contre-indication à l'allaitement maternel.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON 12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES SAMEDIS ET PUBLIANT TOUS LES MERCREDIS

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

RÉDACTEUR EN CHEF : Dr L. LEREBOULLET. — SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION : Dr A. BROCA.

BULLETIN

Les doctrines philosophiques et la science contemporaine (1).

Si la brochure que M. le secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine vient de présenter au nom de son vénéré collègue, M. Barthez, avait été écrite il y a trente ans, il n'est point douteux qu'elle n'eût soulevé une intéressante discussion et d'interminables controverses. Alors, en effet, les bulletins de l'Académie en font foi, on se préoccupait de questions de doctrine, et l'influence d'une science qui n'a pour objet que d'enregistrer des observations minutieuses et de classer des faits sans chercher à les éclairer à la lumière d'idées générales n'était pas encore devenue aussi prépondérante qu'exclusive.

Aujourd'hui, c'est à peine si l'on accueille avec déférence ces œuvres qui abordent cependant un sujet toujours digne de nos méditations. A quoi bon, disent les sceptiques, ces dissertations sur l'âme et sur la vie, puisque «toutes les opinions qui se produisent et qui se combattent à propos de la nature de l'homme ne sont que des hypothèses plus ou moins brillantes, mais nullement destinées à devenir des faits prouvés; puisque l'homme, tant qu'il habite la terre, doit renoncer à connaître sa propre nature avec certitude et à l'aide des seuls secours de son intelligence?» — Mais pourquoi dès lors, devrons-nous répondre, une école intransigeante affirme-t-elle comme un dogme que toutes ces questions sont résolues et que, par la connaissance des lois physiques la science a renversé sans retour toutes les doctrines spiritualistes?

Chauffard l'avait dit lui-même dans ses lettres adressées à Dechambre (*Gaz. hebd.*, 1855, p. 137): « L'homme doit avouer son ignorance alors qu'il envisage le commencement et la fin des choses, le principe des existences, autrement dit les mystères, le commencement de la constitution des êtres », et, dans sa lettre à Chauffard, M. Barthez a magistralement développé cette idée lorsqu'il lui écrit : « Je sais parfaitement que la portée de notre intelligence ne va pas jusqu'à la connaissance de la force en dehors du composé qu'elle réalise au moyen des conditions qui sont les matériaux de son travail. Nous ne pouvons pas l'étudier en elle-même, ni déterminer ce qu'elle est; car elle ne se fait connaître à nous que par ses effets; mais dire que je ne puis pas concevoir son existence (je dis son existence et non pas sa nature) par abstraction et en dehors de ses effets, n'est-ce pas aller trop loin? Mon intelligence est bornée; je sais qu'il y a dans l'univers et dans moi-même des choses qui le dépassent; et cela m'aide à accepter qu'il peut exister une intelligence incompréhensible à la mienne qui est sans doute d'autre nature que la mienne, mais qui au moins la surpasse comme la vôtre surpasse celle de l'idiot incapable de comprendre vôtre livre, ni même de s'en faire une idée. Un aveugle-né aurait-il le droit de nier l'existence des couleurs parce qu'il ne saurait les comprendre? » Cette citation suffirait à elle seule pour expliquer l'intérêt et la portée d'une publication que M. Barthez considère lui-même comme une protestation contre des assertions mal fondées, contre l'âpreté avec laquelle certains savants se refusent à discuter les objections que l'on adresse à leur doctrine toute négative.

On comprendra dès lors que nous ayons tenu à signaler à ceux de nos lecteurs qui s'intéressent encore à la philosophie médicale, la lettre adressée à Chauffard par celui de ses anciens collègues qui a le plus longtemps médité et le plus sérieusement étudié la question si controversée de l'animisme et du vitalisme. M. Barthez est avant tout spiritualiste, et tout en admettant dans ses lignes essentielles la doctrine de Chauffard, il lui reproche cependant de faire découler d'un même principe les mouvements organiques et les manifestations de la pensée. Mais s'il est juste de soutenir que, dans ses leçons et ses articles, l'éloquent professeur de la Faculté de Paris semble parfois avoir appartenu à une école qui aboutit fatalement à l'animisme de Stahl ou au vitalisme de Lordat, ne doit-on point convenir aussi que la question de l'existence d'un principe autre que celui de la vie ne ressortit que très indirectement aux études d'ordre médical?

Et lorsqu'on a lu tous les écrits de Chauffard, depuis la brochure que, dès 1846, alors qu'il n'était encore qu'interne des hôpitaux, il écrivait sur *le Vitalisme*, n'est-on point en droit de conclure que son seul but a

(1) A l'occasion d'une lettre adressée à M. le Dr Bergeron, secrétaire perpétuel, par M. le Dr Barthez, membre de l'Académie de médecine, à propos de l'éloge de Chauffard et de son livre : LA VIE. Paris. G. Masson, 1891.

toujours été de concilier ses idées doctrinales avec les progrès de la science contemporaine? enfin, lorsqu'on voit aujourd'hui les philosophes les plus autorisés admettre un animisme polyzoïste qui se rapproche beaucoup de la doctrine défendue par Chauffard, ne convient-il pas de répéter, après l'un d'eux, que souvent, sous des dénominations contradictoires en apparence, se dissimulent des opinions identiques et que la critique adressée par Pidoux à ses collègues de l'Académie de médecine peut servir encore à caractériser la philosophie contemporaine? C'est ce qui donne plus d'opportunité, plus d'autorité, aux idées si judicieuses et, comme l'a dit M. Bergeron, exposées dans un si noble langage par M. Barthez. Les positivistes soutiendront peut-être qu'à l'exemple de l'homme des *Métamorphoses*, il a enfoncé son épée dans des outres gonflées d'air. Les vrais savants rendront hommage à l'élévation de son esprit et à la rectitude de son jugement.

L. Lereboullet.

REVUE GÉNÉRALE

Les troubles de la nutrition dans les états pathologiques.

Exemples dans les quatre processus pathogéniques :

Dystrophies élémentaires primitives : Dermite artificielle expérimentale.
Réactions nerveuses : Troubles trophiques expérimentaux et dans les maladies du système nerveux. — Troubles de la nutrition dans les névroses : hystérie, épilepsie, hypnotisme; dans l'aliénation mentale.
Troubles primitifs de la nutrition.
Infection et intoxication. — Poisons microbiens. — Modifications de la nutrition immédiate et lointaine par les maladies infectieuses aiguës et chroniques. — Poisons comme l'alcool, le plomb, etc.

La multiplicité des conditions que requiert l'exécution correcte des actes nutritifs explique que ceux-ci soient troublés *dans tous les états morbides*, et l'on pourrait, au seul point de vue des troubles de la nutrition, faire défiler la pathologie tout entière. Une telle œuvre a de quoi tenter : mais, outre qu'elle dépasserait de beaucoup nos forces, elle serait disproportionnée avec le cadre d'un ouvrage comme celui auquel nous collaborons; d'ailleurs il faut bien avouer que la chimie biologique n'a encore fourni qu'un trop petit nombre de solutions précises aux innombrables problèmes que soulève la nutrition, quand on quitte le domaine des faits généraux pour aborder les cas particuliers. Nous devrons donc nous contenter modestement d'indiquer ce que nous savons des troubles nutritifs envisagés dans quelques processus morbides, avant d'aborder les maladies de la nutrition proprement dites.

M. Bouchard a montré, par une étude minutieuse des causes de nos maladies, que, si les causes morbifiques sont innombrables, leurs façons d'agir sur nous se réduisent à un petit nombre de modalités ou *processus pathogéniques* isolés ou associés.

Dans le procédé pathogénique appelé par M. Bouchard *dystrophie élémentaire primitive*, la cause morbifique peut influencer directement, d'une manière mécanique, physique ou chimique, certains éléments anatomiques, comme le font un traumatisme ou l'application brutale de températures extrêmes, de l'électricité ou le contact des poisons.

Si ces influences directes n'ont pas pour effet immédiat de détruire les cellules, elles provoquent de leur part une *réaction vitale*, qui à coup sûr doit s'accompagner de troubles de la nutrition; ceux-ci nous sont malheureusement presque inconnus jusqu'à ce jour. Cependant on peut se faire une idée de ce qui doit se passer dans certains cas, en réfléchissant aux résultats des recherches récentes de M. Quinquaud sur les troubles de la nutrition qui surviennent chez l'animal auquel on a causé, en lui faisant des brûlures plus ou moins étendues, une *dermatite artificielle* (1). Cette irritation expérimentale des téguments peut conduire à la mort, après avoir engendré des troubles progressifs et variés de la nutrition dans tous les tissus, tels que diminution de la capacité respiratoire du sang, véritable désharmonie nutritive par suite de laquelle la température, l'absorption d'oxygène et l'exhalation d'acide carbonique ne restent plus dans un rapport constant, disparition du glycogène hépatique, altérations hématiques diverses, ralentissement des échanges interstitiels, perturbations des excreta urinaires, enfin rétention de matières toxiques dans le sang et les tissus et même pénétration dans le sang de microbes par les ulcérations cutanées.

Un tel exemple nous montre que l'influence directe de la cause morbifique sur la nutrition d'une partie de l'organisme n'est que le *primum movens* d'une série de contre-coups sur la nutrition générale; à la dystrophie élémentaire primitive sont venus s'ajouter promptement d'autres processus, les réactions nerveuses sollicitant par voie réflexe des troubles vasculaires locaux et à distance, les troubles généraux de la nutrition, l'auto-intoxication, sans préjudice des infections auxquelles toute altération tégumentaire peut ouvrir la porte.

Les *réactions nerveuses*, qui constituent le deuxième processus pathogénique, ont, nous l'avons déjà dit, une influence considérable sur la nutrition générale et sur la nutrition de telle ou telle partie de l'organisme. Nous avons cité, comme exemples de l'inhibition exercée par le système nerveux sur les échanges chimiques entre le sang et les tissus, la rutilance du sang veineux dans un membre énervé (Brown-Séquard), les variations dans la consommation du sucre par les tissus sous l'influence d'excitations diverses de l'axe cérébro-spinal et des nerfs périphériques (Bouchard).

On peut citer les exemples des atrophies viscérales et des lésions tégumentaires consécutives aux *sections nerveuses*. Nélaton avait constaté l'atrophie du testicule après la section du nerf spermatique. Deux à trois semaines après la résection des nerfs du cordon chez le chien et le lapin, Obolensky a observé l'atrophie et, quatre mois plus tard, la dégénérescence graisseuse du testicule. L'altération de la cornée après la section intracrânienne du trijumeau, bien que sa cause réelle ait soulevé des discussions nombreuses, paraît, d'après les plus récents expérimentateurs, le résultat d'un trouble nutritif. On connaît les altérations de la nutrition provoquées par Laborde et Leven au moyen de la section de l'ischiatique chez le cobaye et le lapin : la pâleur et la sécheresse de la peau, les ulcérations, la chute des poils et des ongles, les hémorrhagies intra-dermiques, la nécrose des phalanges, tous phénomènes constatés cliniquement dans bon nombre de maladies des centres nerveux ou des nerfs périphériques.

Les aplasies cutanées et osseuses, l'alopécie, les troubles de la pigmentation des téguments d'origine nerveuse, certaines sclérodermies, les vergetures de la peau consécutives à certaines maladies (fièvre typhoïde, pleurésies) et dont M. Bouchard a étudié la pathogénie (2), le zona et les dermatoneuroses (3), les arthropathies, les hypertrophies ou atrophies osseuses, toutes les *tropho-névroses*

(1) *Tribune médicale*, mai et juin 1890.
(2) Société clinique de Paris, 1879.
(3) Cf. Dermatoneuroses dans le *Traité descriptif des maladies de la peau*, par Leloir et E. Vidal, 1891.

en un mot ne sont-elles pas des preuves de l'influence directe exercée par les nerfs ou les centres nerveux sur la nutrition de certaines cellules ?

On a beaucoup discuté pour savoir si ces phénomènes ne sont pas seulement le résultat de troubles circulatoires, le système nerveux modifiant les échanges nutritifs d'une façon indirecte par l'intermédiaire des vaso-moteurs. Les œdèmes et les hémorrhagies consécutifs aux sections nerveuses s'expliquent évidemment bien ainsi, mais la majorité des observateurs contemporains va plus loin et accepte l'action directement trophique du système nerveux.

On a cité des exemples d'hypertrophie, c'est-à-dire d'accroissement de la nutrition cellulaire, après des sections nerveuses. Adelmann a vu la section du nerf tibial chez le cheval suivie d'une augmentation de volume du sabot.

Mais, en laissant de côté ces faits spéciaux, on peut admettre qu'il existe dans certaines maladies nerveuses, avec ou sans lésions, des troubles de la nutrition générale, des modifications dans les échanges nutritifs, se traduisant par des oxydations ralenties ou peu accélérées. Les études de ce genre n'ont pas encore été poussées très loin, néanmoins on peut citer certains résultats. Nous invoquerons comme exemples ce qu'on sait de la nutrition dans la névrose hystérique, dans l'épilepsie et dans l'aliénation mentale.

C'est une opinion assez généralement répandue que *chez les hystériques*, outre tant d'anomalies du fonctionnement des organes, il existe un trouble de la nutrition par suite duquel ces individus sont capables de vivre longtemps en ne prenant qu'une alimentation insuffisante et sans tomber cependant dans la cachexie, comme cela arriverait infailliblement à d'autres malades. On a dit même, pour caractériser cette anomalie, que les hystériques étaient capables de vivre comme les animaux hibernants. Il y a dans cette croyance une erreur et un fond de vérité. L'erreur est manifeste, puisque la nutrition des hystériques à l'état normal, c'est-à-dire en dehors de certains accidents déterminés de leur névrose, est une nutrition normale. Mais, dans des conditions particulières, il existe vraiment chez les hystériques un ralentissement de la nutrition.

L'attention a été dès 1871 attirée sur ces faits lorsque M. Charcot a étudié l'ischurie hystérique et ses rapports avec l'anorexie. En 1873, M. Bouchard démontrait péremptoirement, par le dosage de l'urée dans leurs urines, le ralentissement de la nutrition chez certaines hystériques atteintes de vomissements avec anorexie. En 1876 M. Empereur (1) a développé cette idée. Il n'a pas attribué ce ralentissement de la nutrition à l'hystérie en général, mais il a entrepris de prouver que l'arrêt de la nutrition chez les hystériques peut être en relation avec des états pathologiques autres que les vomissements et l'anorexie.

En 1887, MM. Gilles de la Tourette et H. Cathelineau ont repris, à la Salpêtrière, dans le service de M. Charcot, l'étude de la nutrition des hystériques.

Ils ont scindé leur travail en deux parties : étude de la nutrition chez l'hystérique normal et dans l'hystérie pathologique.

En comparant les poids des malades, la quantité des urines excrétées, le résidu fixe, la teneur en urée et en phosphates, MM. G. de la Tourette et Cathelineau concluent que « chez l'hystérique, en dehors des manifestations pathologiques de la névrose autres que les stigmates permanents, la nutrition s'effectue normalement. Les hystériques ne constituent pas des êtres à part. Lorsque chez elles l'assimilation ou la désassimilation ne se font pas, leur organisme en supporte parfaitement les

(1) *La nutrition dans l'hystérie*, Thèse de Paris, 1876.

conséquences en ce qui regarde l'ensemble des phénomènes biologiques. »

D'ailleurs le sang dans l'hystérie normale, en dehors des cas d'anémie et de chlorose, contient les proportions normales d'hémoglobine (Quinquaud), d'urée et de glycose (1).

Mais, si l'hystérique à l'état normal n'offre pas de troubles nutritifs, il en est autrement quand surviennent certains phénomènes, l'attaque d'hystérie convulsive par exemple.

L'urine émise après les attaques d'hystérie a de tout temps frappé les observateurs. Ces urines claires, aqueuses, pâles, avaient déjà été indiquées par Hippocrate; Sydenham, et après lui Van Swieten, Cullen, ont répété qu'elles sont un signe caractéristique de l'hystérie. D'après ces anciens observateurs, quand un spasme larvé se résout par des urines claires, abondantes, c'est de l'hystérie. Ils ont exagéré, il y a d'autres états nerveux qui se jugent ainsi; mais ils avaient bien vu le fait. Plus tard Rollo, Cruikshank ont constaté que ces urines contiennent peu de matières organiques. Rayer y trouve très peu d'urée. Quelques auteurs y ont signalé la présence de matières anomales, le sucre (Gibb, Golden, Reynoso). Cette constatation n'a pas été confirmée; Michéa n'a pas trouvé de sucre, M. Bouchard non plus.

Mais il y a une modification dans la teneur en matières azotées. MM. G. de la Tourette et Cathelineau (2) disent que les urines récoltées pendant vingt-quatre heures après l'accès sont en quantité normale ou peu augmentées, mais qu'il y a diminution de la quantité de matières solides, diminution de l'urée et de l'acide phosphorique. Toutefois, il y aurait augmentation relative des phosphates terreux. Ainsi l'acide phosphorique, qui, dosé comme acide phosphorique anhydre, est environ en quantité de 3 gr. 19 par vingt-quatre heures à l'état normal, peut tomber à 1 gramme et même à moins; mais, tandis qu'habituellement 1 partie est combinée à la chaux et à la magnésie, 3 parties étant combinées à la soude et à la potasse, après l'attaque d'hystérie le rapport tend à se rapprocher de l'unité, ou, si l'on veut, l'acide phosphorique des phosphates terreux ne diminue pas autant que celui des phosphates alcalins, mais pourtant tous deux sont diminués. C'est ce que MM. G. de la Tourette et Cathelineau appellent l'*inversion de la formule des phosphates*. Ce même trouble nutritif a été constaté par Chantemesse dans un cas de pseudo-méningite hystérique (3).

Fait inattendu, au point de vue des troubles nutritifs attestés par les modifications de l'excrétion urinaire, l'attaque d'hystérie est inverse de l'*accès d'épilepsie;* celui-ci se juge par une augmentation considérable des principes constituants de l'urine (4). Comme autres troubles de la nutrition, M. Féré a constaté la diminution de la capacité respiratoire chez les épileptiques et il attribue à cette hématose insuffisante la fréquence de la phthisie chez eux. M. Hénocque a noté chez ces malades une diminution dans l'activité des échanges (5).

Pour revenir à l'hystérie, dans la grande crise convulsive il y a une modification de la nutrition, et particulièrement une moindre destruction de la matière azotée. Cette modification, cet arrêt de la nutrition qui existe pendant l'accès, sont semblables aux troubles que M. Bouchard avait signalés à propos de cet état complexe décrit sous les noms de vomissements hystériques avec anorexie, et qu'il vaudrait mieux désigner sous le nom de ralentissement hystérique de la nutrition (6).

(1) *Progrès médical*, 14 février 1891.
(2) *Progrès médical*, 4 mai 1889.
(3) Société médicale des hôpitaux, 22 mai 1891.
(4) Académie des sciences, 14 avril 1890.
(5) Société de biologie, 18 mai 1889.
(6) Leçons faites à la Charité le 1er et le 8 mai 1873 et publiées dans le *Mouvement médical* du 28 juin et du 5 juillet 1873.

Si chez certaines hystériques la nutrition n'est troublée que pendant quelques heures, pendant un jour, elle peut l'être chez d'autres pendant des semaines, des mois. Il y a en effet des hystériques qui se mettent à vomir tout ce qu'elles mangent, fût-ce une cuillerée de lait. Le caractère de leurs vomissements est d'être essentiellement alimentaires. Ils se produisent très peu de temps après l'ingestion des aliments, qui sont rejetés sans avoir même d'odeur aigre, sans avoir subi la moindre transformation digestive. Ces vomissements s'accompagnent toujours d'anorexie; on sait que certaines hystériques ne mangent pas, ou bien ne mangent que quand on les y pousse ou pour obéir aux habitudes sociales. Si elles ne mangent pas ou du moins si peu que quelques-unes peuvent vivre pendant des semaines, des mois, des années d'un œuf à la coque, d'une tasse à café de lait, d'un biscuit par jour, elles boivent de l'eau sucrée pour faire de la chaleur. Ces femmes pourtant ne maigrissent pas ou maigrissent très peu; on dirait qu'il se fait une sorte de cristallisation de leur matière; elles diminuent peu de poids et ne fabriquent plus que des quantités très faibles de matières excrémentitielles. Tandis qu'un individu normal en état d'inanition perd 800 grammes par jour, une des malades de M. Bouchard n'avait perdu que 1 kilogramme en vingt-huit jours. Elle urinait seulement en vingt-quatre heures 250 centimètres cubes d'une densité très faible (1006 à 1010), caractère opposé à celui des urines oliguriques. Il y avait 2 gr. 10 d'urée par vingt-quatre heures. Il n'est pas étonnant qu'elle ait à peine maigri tout en ne mangeant pas, puisqu'elle n'éprouvait presque aucune perte. Dans la thèse d'Empereur, il y a un cas où l'urée était tombée à 0 gr. 75.

En présence d'une pareille suppression des actes nutritifs, il y avait lieu de supposer que d'autres troubles devaient exister dans les fonctions connexes. Empereur dit avoir constaté simultanément une diminution des actes respiratoires : la quantité d'air inspiré diminuerait de moitié, et l'air perdrait moins d'oxygène en traversant le poumon. La température, malgré cette hypohématose, ne s'abaisse pourtant qu'exceptionnellement.

Une telle vie n'est pas une vie normale, quoiqu'elle puisse durer des années. Les malades en question ne sont pas seulement comme certains hommes qui diffèrent de leurs voisins parce qu'ils livrent aux émonctoires moins d'urée par kilogramme, comme ces vieillards chez lesquels la nutrition est ralentie dans tous ses modes; il ne s'agit plus seulement de ces variations relatives dans l'intensité de la nutrition qui s'accommodent avec la vie normale. Chez les hystériques dont la nutrition est perturbée, des troubles fonctionnels finissent par apparaître; elles ont une faiblesse croissante, du tremblement amyosthénique à la moindre tentative d'exercice. Enfin un accident grave peut survenir chez ces malades, c'est la tuberculisation à laquelle prédispose toute détérioration de l'économie. On a dit qu'il était heureux pour une jeune fille phthisique de devenir hystérique, parce qu'il en résultait une transformation avantageuse de sa phthisie. On a voulu dire par là que les phthisiques hystériques détruisent moins de matière et arrivent au marasme moins rapidement — opinion basée sur cette autre erreur, que la nutrition serait ralentie chez les hystériques d'une façon habituelle. La vérité est que les phthisiques qui deviennent hystériques ne se portent pas mieux; quant aux hystériques, qui, devenues phthisiques, ont une phthisie à évolution lente, on peut peut-être expliquer la lenteur de cette évolution chez elles par ce fait que les hystériques sont très souvent des arthritiques et que l'arthritisme n'est pas un terrain favorable au bacille tuberculeux. Ajoutons que, si les malades qui ont des vomissements hystériques avec anorexie deviennent phthisiques, c'est qu'elles subissent à cause de la diminution de leur nutrition une déchéance; elles perdent leur force de résistance soit par suite d'une détérioration chimique qui crée un milieu favorable au développement des bacilles, soit parce que les cellules, ayant une vie moins intense, remplissent moins complètement leurs fonctions de phagocytes, et ne réussissent plus à dévorer les microbes.

MM. G. de la Tourette et Cathelineau (1) ont aussi étudié la *nutrition dans l'hypnotisme*; chez trois hystériques, hypnotisables, plongées pendant une heure dans une période du grand hypnotisme (léthargie, catalepsie et somnambulisme), ces observateurs ont constaté une diminution du volume de l'urine et de la quantité de tous les excreta urinaires, résidu fixe, urée, phosphates, avec inversion de la formule de ceux-ci. C'est surtout pendant la catalepsie et la léthargie prolongées que ces troubles nutritifs s'opèrent. Il y a donc parenté étroite au point de vue des modifications chimiques entre l'hystérie et l'hypnotisme, et en outre on voit que l'hypnotisme doit être envisagé comme un état pathologique.

Dans l'*aliénation mentale* la nutrition subit des altérations profondes; ce qui cadre bien avec cette opinion que « la folie est une maladie de l'être tout entier » (Ball). Il est facile de prouver ces troubles de la nutrition chez les aliénés par l'examen rapide des principales fonctions organiques (2). Et d'abord les pesées régulièrement faites ont montré qu'à la période prodromique de presque toutes les maladies mentales l'amaigrissement est rapide, considérable et difficilement explicable par les causes ordinaires. A la période d'invasion des conceptions délirantes, la perte de poids continue, mais plutôt moins accentuée. Dans la période d'état, quand l'intelligence est annulée, l'embonpoint peut reparaître, si les fonctions digestives sont convenables. A la période terminale, il peut y avoir une augmentation considérable du poids par obésité, même quand la terminaison est mauvaise, comme l'établissement définitif de la démence. Mais, dans les cas qui se terminent par le retour à la guérison, Nasse a le premier montré que le rapide accroissement du poids est un signe de convalescence, surtout chez les jeunes gens et les femmes. On a vu cet accroissement atteindre 200 à 300 grammes par jour, et aller jusqu'à faire gagner au sujet 30, 40 et jusquà 100 pour 100 de son poids primitif.

L'excrétion urinaire présente de nombreuses modifications suivant la nature des troubles mentaux. Dans la mélancolie et les formes dépressives, les malades urinent peu, l'urine est plus dense, l'urée et les chlorures diminuent, l'acide urique et les urates augmentent; bref, la nutrition est ralentie. Dans la manie, il y a une diminution des phosphates non seulement d'une manière absolue, mais encore proportionnellement aux autres déchets organiques. Dans la démence, l'excrétion urinaire est diminuée quantitativement et qualitativement. Dans la manie, l'urine perd une grande partie de sa toxicité par suite d'une rétention morbide des déchets normaux toxiques de l'organisme (Chevalier-Lavaure) (3). En dehors de toute lésion rénale ou cardiaque, l'albuminurie s'observe assez souvent chez les aliénés; plus souvent encore, la glycosurie et l'oxalurie ont été signalées par Lindsay.

Les autres sécrétions trahissent encore par leurs troubles l'altération générale de la nutrition et celle du système nerveux. La sécrétion sudorale est généralement diminuée, la peau sèche, l'épiderme cassant et fendillé, en dehors des crises d'agitation où existent des sueurs

(1) *Progrès médical*, 26 avril 1890.
(2) BALL, *Leçons sur les maladies mentales*, 2e édit., 1890.
(3) *Des auto-intoxications dans les maladies mentales*, Thèse de Bordeaux, 1890.

profuses. La séborrhée fréquente est en rapport avec la mauvaise assimilation des graisses; leur décomposition aboutit à l'élimination d'acides gras volatils par la peau et le poumon, d'où l'odeur fétide de la peau et de l'haleine qui communique aux salles d'aliénés une odeur spéciale, distincte de celle des salles de gâteux, distincte aussi de toutes les autres odeurs répugnantes des prisons, des chambrées de casernes et des dortoirs de pensionnats.

On observe encore comme signes de troubles nutritifs chez les aliénés la fragilité des ongles, qui se fendillent; l'état cassant des cheveux, leur coloration terne, leur chute précoce. La mélanodermie se voit assez souvent sous forme de taches pigmentaires ou d'une teinte brunâtre générale de la peau.

La salive, sécrétée en très petite quantité chez les mélancoliques, est plus abondante qu'à l'état normal chez les maniaques, qui ont une sputation fréquente et dont la salive épaissie et visqueuse présente assez souvent les caractères de la salive sécrétée sous l'influence de l'excitation du grand sympathique.

La sécrétion du suc gastrique est plus ou moins diminuée chez les mélancoliques, d'où l'horreur qu'ils ont souvent pour l'alimentation; elle est augmentée au contraire chez les maniaques et les déments, qui ont un besoin de manger fréquent, impérieux, et chez lesquels la digestion de masses considérables d'aliments s'opère avec une rapidité quelquefois surprenante. On n'a pas encore publié d'analyses du suc gastrique des aliénés, mais il y a présomption pour que l'hypo ou l'anachlorhydrie existe dans les états dépressifs, et l'hyperchlorhydrie chez les agités. On voit des aliénés mangeurs voraces qui restent toujours d'une maigreur extrême; si la digestion chez eux se fait bien, l'assimilation est entravée. La constipation, qui est si fréquente chez les aliénés, tient probablement à la diminution du suc intestinal et à l'insuffisance de la fonction biliaire. L'auto-intoxication par dilatation de l'estomac (Bettencourt-Rodrigues) et par stercorémie n'est pas sans jouer quelque rôle dans certains états de fièvre et de troubles généraux sans lésion organique palpable. Tous les aliénistes sont d'accord sur l'utilité des purgatifs fréquents chez leurs malades, et, depuis que l'antisepsie intestinale est vulgarisée, plusieurs qui l'ont instituée de temps en temps chez les aliénés soumis à leurs soins s'en sont loués. Le lavage de l'estomac a donné de bons résultats contre la sitiophobie lypémaniaque et la lypémanie (E. Régis).

Une preuve qui doit être encore invoquée à l'appui du trouble de la nutrition chez les aliénés est l'abaissement fréquent de la température centrale chez les mélancoliques; on l'a vue descendre jusqu'à 35 degrés dans le rectum; elle s'abaisse encore bien davantage, jusqu'à 30, 28, 25 degrés, dans des cas de collapsus qui viennent brusquement terminer la vie de ces malades. Quand la température, par contre, s'élève chez un aliéné, c'est d'ordinaire l'indice de quelque raptus congestif des centres nerveux, prélude d'une période d'excitation.

Les troubles de la nutrition portent encore d'une manière remarquable sur les tissus cartilagineux et osseux des aliénés. La fréquence des hématomes de l'oreille, la facilité avec laquelle les côtes se fracturent, l'ostéomalacie en sont la preuve : le tissu osseux perd une partie de ses sels calcaires et subit la dégénérescence graisseuse. C'est encore aux troubles de nutrition du système vasculaire que se rapportent le purpura, les taches ecchymotiques si fréquentes chez certains aliénés.

Les *troubles de la nutrition primitifs* ou *préalables*, qui constituent le troisième processus pathogénique admis par M. Bouchard, nous les étudierons dans la seconde partie de ce travail. Ce sont eux qui, constituant les diathèses quand ils sont permanents, ou créant des opportunités morbides temporaires, régissent le plus grand nombre des maladies chroniques, et expliquent l'apparition de beaucoup de maladies aiguës. Par suite des modifications chimiques qu'ils impriment à la composition des humeurs et des plasmas, ils rendent ceux-ci plus favorables à la vie et à la pullulation des microbes pathogènes, agents de la plupart des maladies aiguës. Nous aurons l'occasion de revenir sur ces faits quand nous verrons que les diabétiques par exemple sont, par suite de leur perversion nutritive générale, une proie incessamment offerte à de multiples infections, aux microbes pyogènes comme au bacille tuberculeux.

Les *infections* ont les rapports les plus intimes avec les troubles de la nutrition, et rapports de deux ordres.

Si l'on excepte de rares agents infectieux qui semblent avoir prise sur tous les organismes humains en toute circonstance, pourvu qu'ils y soient introduits (syphilis, rage, morve, fièvre jaune, choléra, etc.), l'infection n'est possible le plus souvent qu'à la faveur d'un trouble préalable de la nutrition qui oblige l'organisme à consentir à l'infection, en amoindrissant ses défenses, en paralysant ses centres nerveux vaso-dilatateurs pour les empêcher de lancer contre les microbes envahisseurs les légions de ses leucocytes phagocytaires.

Mais, quand l'infection a commencé à se réaliser, c'est-à-dire quand les quelques microbes introduits dans un espace restreint de l'organisme ont réussi à pulluler et à répandre autour d'eux les poisons solubles qu'ils fabriquent, c'est par l'intermédiaire de troubles de la nutrition, les uns passagers et les autres durables, que les microbes exerceront sur l'organisme les diverses actions nuisibles ou utiles qui constituent les différentes phases de la maladie.

M. Bouchard a exposé, dans une synthèse si remarquée, d'abord au Centenaire de la Faculté de Montpellier, puis au Congrès de Berlin (1890), la part qui revient aux troubles de la nutrition provoqués par les poisons microbiens dans les accidents graves ou mortels des maladies infectieuses, la guérison et l'immunité. Si ces vues sont hautement suggestives, elles ne reposent encore que sur un petit nombre de faits précis, presque tous relatifs aux maladies expérimentales (maladie pyocyanique, charbon, etc.). Il résulte pourtant de ces faits que l'action des microbes sur la nutrition, s'exerçant par l'intermédiaire de leurs sécrétions chimiques, est tout à fait comparable à celle des poisons minéraux ou organiques, introduits accidentellement dans l'organisme, mais leur puissance est bien autrement terrifiante, comme nous avons pu en juger par la tuberculine de Koch.

C'est en définitive à l'*intoxication* que ressortissent les troubles de la nutrition, dans les maladies infectieuses. Ainsi s'explique, par exemple, que les scléroses vasculaires et viscérales puissent être l'aboutissant de certaines maladies infectieuses comme de certaines intoxications chroniques; qu'on puisse rapporter des myocardites, des cirrhoses du foie, des néphrites interstitielles, des scléroses de la moelle et du cerveau, des névrites périphériques aussi bien à la fièvre typhoïde, à la scarlatine, à la syphilis qu'à l'alcoolisme et au saturnisme.

Nous savons bien peu de choses sur les troubles nutritifs causés par les *poisons microbiens* à courte et à longue échéance. Toutefois il est de constatation courante que certaines maladies infectieuses, aiguës ou chroniques, peuvent transformer complètement le tempérament. A la suite de la rougeole, le tempérament lymphatique s'accentue jusqu'à la scrofule chez des sujets n'ayant jusque-là présenté que de légères manifestations du lymphatisme. La syphilis, même parfaitement guérie, laisse

souvent de profondes modifications dans la nutrition. Je sais un homme qui, maigre jusqu'à 20 ans, atteint à cet âge d'une syphilis de moyenne intensité, devint rapidement obèse en peu d'années, avec tous les signes d'un ralentissement nutritif. On pourrait peut-être dire que dans ces cas la thérapeutique iodo-hydrargyrique a joué un rôle, mais je puis citer aussi le cas d'un individu maigre jusqu'à une fièvre typhoïde grave, à la suite de laquelle il fut atteint rapidement d'une extrême obésité.

Nous sommes mieux renseignés sur les troubles de la nutrition que déterminent les poisons comme l'*alcool*, le *plomb*, le *mercure*, le *phosphore*, l'*oxyde de carbone*, etc. Plusieurs de ces poisons entraînent un ralentissement des échanges nutritifs, qui est très comparable à celui qui caractérise la grande diathèse arthritique, héréditaire, innée ou acquise.

Pour ne citer que deux exemples de ce rapprochement qui vient naturellement à l'esprit, l'alcoolique a beaucoup des accidents morbides et des lésions viscérales de l'arthritique. L'alcool ralentit les processus nutritifs. L. Riess, entre autres, a montré, par des analyses sur l'homme, que, sous l'influence de l'ingestion de ce poison, l'excrétion d'urée diminue, de même que la teneur des urines en acide urique, chlorures, phosphates et sulfates (1).

Outre l'influence générale qu'ils exercent sur la nutrition de toutes les cellules, il y a des poisons doués d'une action presque élective sur une ou plusieurs espèces d'éléments anatomiques. Ainsi l'alcool influence probablement plus vite les fonctions des éléments nerveux et des éléments conjonctifs que celles d'autres cellules. C'est un poison sclérogène.

Le plomb paraît porter particulièrement son action sur le globule sanguin, la fibre musculaire striée et les éléments nerveux. Il exerce une influence stéatosante sur les tissus, sur les épithéliums du rein; il provoque l'athérome des vaisseaux, et, d'une manière générale, il pervertit la nutrition en la ralentissant, diminuant l'excrétion de l'urée, créant la goutte saturnine par un mécanisme analogue à celui qui régit la goutte héréditaire; en pervertissant la nutrition des cellules des centres nerveux, il prépare l'éclosion de névroses comme l'hystérie, lorsqu'il ne cause pas directement des altérations anatomiques des nerfs périphériques.

P. LE GENDRE.

TRAVAUX ORIGINAUX

Rétrécissement du champ visuel dans la paréso-analgésie (*Maladie de Morvan*), par le Dr MORVAN (de Lannilis, correspondant de l'Académie de médecine).

En 1890, MM. Déjerine et Tuilant publiaient dans la *Médecine moderne* un travail sur le rétrécissement du champ visuel dans la syringomyélie, rétrécissement qui, jusqu'alors, n'avait été constaté que dans l'hystérie et l'hystéro-traumatisme. Ils ajoutaient en note que, suivant une communication récente au congrès de neurologie allemande du sud-ouest, Kast et Wilbrand avaient trouvé du rétrécissement dans une autre affection encore, le goître exophthalmique (20 fois sur 20).

MM. Déjerine et Tuilant établissaient que l'on peut rencontrer dans la syringomyélie un rétrécissement souvent considérable du champ visuel, sans qu'il existe aucune altération du fond de l'œil, ni aucun symptôme traduisant une affection cérébrale.

Leur travail était basé sur l'examen du champ visuel chez sept malades atteints de syringomyélie qu'ils avaient eu l'occasion d'observer à Bicêtre.

La paréso-analgésie a tant de rapports avec la syringomyélie que, naturellement, j'ai dû voir si, dans la première affection, il n'y avait pas, comme dans la seconde, rétrécissement du champ visuel.

Tout d'abord, j'ai voulu constater l'étendue du champ visuel chez les personnes bien portantes. Celles que j'ai examinées à ce point de vue sont au nombre de trois. Je me suis servi, comme MM. Déjerine et Tuilant, du périmètre de Landolt. En employant le même instrument que ces messieurs, je voulais avoir des examens comparables.

Voici les chiffres qui me sont fournis par les quatre orientations de l'instrument, externe, interne, supérieur et inférieur.

1re PERSONNE. — *Jeune homme de 19 ans.*

Acuité visuelle: à gauche 4/5.
à droite 1.

	Œil droit.		Œil gauche.	
Blanc.				
Champ visuel:	en dehors, 90°		en dehors, 85°	
	en dedans, 65		en dedans, 65	
	en haut, 40		en haut, 35	
	en bas, 70		en bas, 80	
	Total.....	265°	Total.....	265°
Jaune:	en dehors, 85°		en dehors, 85°	
	en dedans, 55		en dedans, 55	
	en haut, 53		en haut, 45	
	en bas, 70		en bas, 65	
	Total.....	255°	Total.....	250°
Rouge:	en dehors, 75°		en dehors, 65°	
	en dedans, 45		en dedans, 50	
	en haut, 45		en haut, 45	
	en bas, 65		en bas, 65	
	Total.....	230°	Total.....	225°
Vert:	en dehors, 60°		en dehors, 60°	
	en dedans, 35		en dedans, 40	
	en haut, 25		en haut, 25	
	en bas, 45		en bas, 45	
	Total.....	165°	Total.....	170°
	Total général.....	915°	Total général..	910°

2e PERSONNE. — *Jeune fille de 26 ans.*

Œil sain. *Acuité visuelle*: à droite, 3/5.
à gauche 3/5.

	Œil droit		Œil gauche	
Blanc.				
Champ visuel:	en dehors, 80°		en dehors, 65°	
	en dedans, 60		en dedans, 60	
	en haut, 40		en haut, 40	
	en bas, 65		en bas, 55	
	Total.....	245°	Total.....	220°
Jaune:	en dehors, 75°		en dehors, 65°	
	en dedans, 50		en dedans, 55	
	en haut, 40		en haut, 35	
	en bas, 55		en bas, 65	
	Total.....	220°	Total.....	220°
Rouge:	en dehors, 70°		en dehors, 55°	
	en dedans, 50		en dedans, 30	
	en haut, 35		en haut, 35	
	en bas, 55		en bas, 40	
	Total.....	210°	Total.....	160°
Vert:	en dehors, 60°		en dehors, 50°	
	en dedans, 50		en dedans, 50	
	en haut, 30		en haut, 35	
	en bas, 55		en bas, 50	
	Total.....	195°	Total.....	185°
	Total général.....	870°	Total général.	790°

(1) *Zeitsch. f. klin. Med.*, 1880.

3e personne. — *Femme de 33 ans.*
Acuité visuelle (des deux côtés) : 4/5.

	Œil droit		Œil gauche	
Blanc.	en dehors,	80°	en dehors,	80°
	en dedans,	40	en dedans,	55
	en haut,	35	en haut,	40
	en bas,	60	en bas,	60
	Total.....	215°	Total.....	235°
Jaune :	en dehors,	65	en dehors,	80°
	en dedans,	55	en dedans,	50
	en haut,	35	en haut,	35
	en bas,	60	en bas,	65
	Total.....	215°	Total.....	230°
Rouge :	en dehors,	60°	en dehors,	75°
	en dedans,	45	en dedans,	50
	en haut,	35	en haut,	40
	en bas,	55	en bas,	55
	Total.....	195°	Total.....	220°
Vert :	en dehors,	50°	en dehors,	60°
	en dedans,	45	en dedans,	45
	en haut,	30	en haut,	30
	en bas,	45	en bas,	55
	Total.....	170°	Total.....	190°
	Total général.....	795°	Total général..	875°

Il m'a semblé que pour avoir des résultats palpables et des termes de facile comparaison, il serait bon de grouper les chiffres éparpillés dans les 4 directions sur chacune des couleurs présentées à l'examen, de les totaliser. C'est ce que j'ai fait. Le total me donnait l'étendue du champ visuel pour chacun des yeux.

Je remarque que mes chiffres sont inférieurs à ceux de Landolt : cela tient sans doute en partie à l'étendue moindre de mes papiers colorés, qui n'ont qu'un centimètre de côté, tandis que ceux de Landolt en avaient deux.

Une seconde remarque : l'étendue du champ visuel chez la même personne, à l'état sain, peut être variable d'un œil à l'autre. Chez le premier sujet, il n'y a pas de différence sensible. Mais chez les deux autres, il n'en est plus de même : dans les 2 cas, l'écart est de 80°.

Si maintenant nous cherchons la moyenne sur l'ensemble des yeux sains que nous avons examinés, nous trouvons qu'elle est de 860°. Mais comme dans l'un des cas nous descendons pour l'un des yeux à 795° et dans un autre à 790°, j'estime qu'il est sage de ne regarder comme rétréci qu'un œil tombant au moins à 750°. Le périmètre, en effet, n'est pas un instrument d'une précision absolue : vous êtes obligé de vous en rapporter à l'appréciation seulement approximative de la personne, de vous en rapporter à son dire, sans contrôle possible de votre part.

Ceci établi, nous arrivons à l'examen des 8 malades atteints de paréso-analgésie qui ont bien voulu répondre à mon appel.

Obs. Ire de ma série. — Anesthésie des membres supérieur et inférieur gauches et du côté correspondant de la tête et du cou. Hémianesthésie gauche, rien à droite. Mais cette hémianesthésie ne s'est produite que par étapes, occupant d'abord la tête, le cou, la poitrine et le membre supérieur, et ne s'étendant que longtemps ensuite au membre inférieur.

	Œil droit		Œil gauche	
Blanc.	en dehors,	70°	en dehors,	50°
	en dedans,	50	en dedans,	40
	en haut,	40	en haut,	35
	en bas,	55	en bas,	45
	Total.....	215°	Total.....	170°
Jaune :	en dehors,	60°	en dehors,	45°
	en dedans,	45	en dedans,	40
	en haut,	35	en haut,	35
	en bas,	55	en bas,	25
	Total.....	195°	Total.....	155°
Rouge :	en dehors,	55°	en dehors,	50°
	en dedans,	45	en dedans,	40
	en haut,	30	en haut,	30
	en bas,	55	en bas,	55
	Total.....	185°	Total.....	175°
Vert :	en dehors,	50°	en dehors,	45°
	en dedans,	35	en dedans,	30
	en haut,	30	en haut,	25
	en bas,	40	en bas,	45
	Total......	155°	Total.....	145°
	Total général.....	750°	Total général..	645°

Ecart 105 au détriment de l'œil gauche, côté lésé.

Obs. II. — Anesthésie très marquée du membre supérieur gauche; la tête et le membre inférieur du côté gauche sont touchés aussi, mais légèrement; en un mot, il y a hémianesthésie à gauche, celle-ci survenue d'emblée. — Rien à droite.

	Œil droit.		Œil gauche.	
Blanc :	en dehors,	65°	en dehors,	40°
	en dedans,	40	en dedans,	35
	en haut,	30	en haut,	30
	en bas,	60	en bas,	55
	Total.....	195°	Total.....	160°
Jaune :	en dehors,	55°	en dehors,	55°
	en dedans,	40	en dedans,	35
	en haut,	25	en haut,	30
	en bas,	50	en bas,	50
	Total.....	170°	Total.....	170°
Rouge :	en dehors,	50°	en dehors,	45°
	en dedans,	35	en dedans,	30
	en haut,	20	en haut,	30
	en bas,	55	en bas,	45
	Total.....	160°	Total.....	150°
Vert :	en dehors,	40°	en dehors,	35°
	en dedans,	40	en dedans,	25
	en haut,	25	en haut,	25
	en bas,	55	en bas,	45
	Total.....	160°	Total.....	130°
	Total général.	685°	Total général.	610°

Ecart 75° au détriment de l'œil gauche, côté lésé.

Obs. V. — Anesthésie des quatre membres; début à droite, mais les deux membres supérieurs sont atteints maintenant à un égal degré. — Tête indemne.

	Œil droit.		Œil gauche.	
Blanc :	en dehors,	85°	en dehors,	70°
	en dedans,	55	en dedans,	50
	en haut,	45	en haut,	40
	en bas,	65	en bas,	60
	Total.....	250°	Total.....	220°
Jaune :	en dehors,	80°	en dehors,	65°
	en dedans,	55	en dedans,	55
	en haut,	45	en haut,	40
	en bas,	65	en bas,	60
	Total......	245°	Total.....	220°
Rouge :	en dehors,	80°	en dehors,	65°
	en dedans,	55	en dedans,	50
	en haut,	45	en haut,	40
	en bas,	60	en bas,	55
	Total.....	240°	Total.....	210°
Vert :	en dehors,	70°	en dehors,	60°
	en dedans,	55	en dedans,	45
	en haut,	[40	en haut,	35
	en bas,	55	en bas,	55
	Total.....	220°	Total.....	195°
	Total général.	955°	Total général.	885°

Ecart 70° au détriment de l'œil gauche, bien que le début ait eu lieu à droite.

Obs. VIII. — Anesthésie du membre supérieur gauche. L'anesthésie remonte jusqu'au sommet de la tête.

	Œil droit.		Œil gauche.	
Blanc :	en dehors,	60°	en dehors,	50°
	en dedans,	50	en dedans,	40
	en haut,	65	en haut,	25
	en bas,	60	en bas,	55
	Total.....	235°	Total.....	170°

		Œil droit		Œil gauche	
Jaune :	en dehors,	65°		55	
	en dedans,	50		45	
	en haut,	30		25	
	en bas,	60		60	
	Total.....		205°		185°
Rouge :	en dehors,	65°		50°	
	en dedans,	45		45	
	en haut,	30		20	
	en bas,	60		55	
	Total.....		200°		170°
Vert :	en dehors,	65°		50°	
	en dedans,	40		45	
	en haut,	30		20	
	en bas,	55		50	
	Total.....		190°		165°
	Total général.		830°		690°

Ecart 140° au détriment de l'œil gauche, seul côté lésé.

Obs. IX. — Anesthésie des deux membres supérieurs. Début à droite. La tête est indemne.

		Œil droit.		Œil gauche.	
Blanc :	en dehors,	50°		50°	
	en dedans,	45		40	
	en haut,	30		35	
	en bas,	45		50	
	Total......		170°		175°
Jaune :	en dehors,	55°		60°	
	en dedans,	45		50	
	en haut,	35		40	
	en bas,	50		60	
	Total......		185°		210°
Rouge :	en dehors,	55°		60°	
	en dedans,	45		50	
	en haut,	35		35	
	en bas,	50		60	
	Total......		185°		205°
Vert :	en dehors,	45°		60°	
	en dedans,	45		50	
	en haut,	25		40	
	en bas,	45		60	
	Total.....		160°		210°
	Total général.		700°		800°

Ecart 100° au détriment de la droite qui a été primitivement lésée.

Obs. X. — Anesthésie des deux membres supérieurs, mais plus accusée à gauche qu'à droite. Le tronc est également touché. La tête est indemne.

Début à gauche.

		Œil droit		Œil gauche	
Blanc :	en dehors,	70°		65°	
	en dedans,	45		50	
	en haut,	30		30	
	en bas,	60		55	
	Total......		205°		200°
Jaune :	en dehors,	70°		65°	
	en dedans,	45		45	
	en haut,	25°		30	
	en bas,	65		65	
	Total.....		205°		205°
Rouge :	en dehors,	60°		65°	
	en dedans,	40		35	
	en haut,	30		30	
	en bas,	60		65	
	Total.....		190		195°
Vert :	en dehors,	70°		60°	
	en dedans,	30		40	
	en haut,	30		35	
	en bas,	55		55	
	Total......		185°		170°
	Total général.		785°		790°

L'écart n'est pas sensible, on peut dire qu'il n'en existe pas.

Obs. XII. — Anesthésie du membre supérieur droit. Tronc et tête indemnes.

		Œil droit.		Œil gauche.	
Blanc :	en dehors,	90°		90°	
	en dedans,	55		65	
	en haut,	40		40	
	en bas,	75		70	
	Total.........		260°		265°
Jaune :	en dehors,	85°		80°	
	en dedans,	60		60	
	en haut,	45		40	
	en bas,	70		75	
	Total...........		260°		255°
Rouge :	en dehors,	80°		75°	
	en dedans,	60		60	
	en haut,	45		35	
	en bas,	65		70	
	Total...........		250°		240°
Vert :	en dehors,	65°		60°	
	en dedans,	50		60	
	en haut,	45		45	
	en bas,	65		70	
	Total.........		225°		235°
	Total général...		995°		995°

Ni rétrécissement, ni écart.

Obs. XV. — Anesthésie du membre supérieur droit et du tronc (côté correspondant). Tête indemne.

		Œil droit.		Œil gauche.	
Blanc :	en dehors,	65°		40°	
	en dedans,	40		35	
	en haut,	30		30	
	en bas,	55		55	
	Total.........		190°		160°
Jaune :	en dehors,	55°		45°	
	en dedans,	40		30	
	en haut,	30		30	
	en bas,	50		45	
	Total.........		175°		150°
Rouge :	en dehors,	55°		45°	
	en dedans,	40		30	
	en haut,	30		30	
	en bas,	50		50	
	Total.........		175°		155°
Vert :	en dehors,	45°		45°	
	en dedans,	35		30	
	en haut,	30		30	
	en bas,	50		45	
	Total..........		160°		150°
	Total général..		700°		615°

L'écart est de 85° au détriment du côté gauche qui n'est pas le côté lésé.

RÉSUMÉ

	Œil droit	Œil gauche	Ecart	Côté lésé	Tête prise	Début
Obs. 1	750°	645°	105°	gauche	oui	
Obs. 2	685	610	75	gauche	oui	
Obs. 5	955	885	70	2 côtés lésés	non	à droite
Obs. 8	830	690	140	gauche	oui	
Obs. 9	700	800	100	2 côtés lésés	non	à droite
Obs. 10	785	790	5	2 côtés lésés	non	à gauche
Obs. 12	995	995	0	gauche	non	
Obs. 15	700	615	85	droit	non	

De ces huit malades, nous commencerons par éliminer les obs. V, X et XII qui n'ont pas de rétrécissement. Il ne reste plus que les obs. I, II, VIII, IX et XV. Chez trois, obs. I, II et VIII, un seul côté est lésé et l'anesthésie *remonte jusqu'à la tête*. Dans deux cas même, il y a hémianesthésie : hémianesthésie survenue d'emblée aux 2 membres chez l'un, mais successivement chez l'autre, dont le membre inférieur n'a été pris que plusieurs années après le supérieur. Dans ces trois cas il y a rétrécissement.

Quand l'anesthésie est unilatérale, le rétrécissement existe à un degré plus prononcé du côté lésé, en général du moins ; car une fois par exception, c'est le contraire

qui a eu lieu. Mais en tout cas, le rétrécissement du champ visuel ne se borne pas à l'un des yeux, il s'étend à tous les deux. Je me suis encore demandé, quand le mal occupe les deux côtés, si le rétrécissement n'aurait pas de rapport avec le siège du début. Dans l'obs. IX, par exemple, il est plus marqué du côté droit, qui est le côté primitivement atteint. Mes examens sont trop peu nombreux pour me permettre autre chose que de poser un point d'interrogation. Mais ce qui, dès à présent, résulte de mes investigations, c'est que le rétrécissement n'est la conséquence nécessaire ni de l'ancienneté ni du degré avancé de la maladie : exemple les obs. V et X où le symptôme en question est absent.

Si maintenant, afin de pouvoir établir une comparaison entre les tableaux de M. Déjerine pour la syringomyélie et les nôtres pour la paréso-analgésie, nous soumettons les premiers à notre procédé de totalisation, voici le résultat auquel nous arrivons. Notre périmètre n'ayant que quatre couleurs, le blanc, le jaune, le rouge et le vert, nous avons dû, dans ce petit travail, négliger le violet que possédait, en plus, l'appareil dont s'est servi M. Déjerine.

1er cas. — Anesthésie égale des deux côtés, occupant les membres supérieurs et le tronc, mais ne remontant pas à la tête.

Œil droit, 455°, œil gauche, 530°, écart, 75°, au détriment de l'œil droit.

2e cas. — Anesthésie beaucoup plus marquée à gauche, occupant les 2 membres supérieurs et le tronc, et remontant à la tête.

Œil droit, 595°, gauche, 530°, écart, 65°, au détriment du gauche.

3e cas. — Anesthésie à droite, occupant le membre supérieur et le tronc, mais ne remontant pas à la tête.

Œil droit 330°, œil gauche 480°, écart 150° au détriment du droit.

4e cas. — Anesthésie douloureuse à peu près égale des deux côtés, mais anesthésie thermique sensiblement plus marquée à droite, occupant les membres supérieurs et le tronc et remontant à la tête.

Œil droit 540°, œil gauche 630°, écart 90° au détriment du droit.

5e cas. — Anesthésie occupant les 4 membres et le tronc et remontant à la tête, début à gauche.

Œil droit 440°, œil gauche 410°, écart 30°, au détriment du droit.

6e cas. — Anesthésie des membres supérieurs et du tronc et remontant à la tête.

Œil droit 845°, œil gauche 705°, écart 140°, au détriment du gauche.

7e cas. — Anesthésie des membres supérieurs et du tronc et remontant à la tête, début à gauche.

Œil droit 715°, œil gauche 685°, écart 30°, au détriment du gauche.

Tableau synoptique.

	œil droit	œil gauche	écart	côté lésé	tête prise	début
Obs. 1	455°	530°	75°	2 côtés pris	Non	
Obs. 2	595°	530°	65°	id	Oui	
Obs. 3	330°	480°	150°	droit	Non	
Obs. 4	540°	630°	90°	2 côtés	Oui	
Obs. 5	440°	410°	30°	id	Oui	à gauche
Obs. 6	845°	705°	140°	id	Oui	
Obs. 7	715°	685°	30°	id	Oui	à gauche

Pour la série Déjerine et Tuilant comme pour la nôtre, il semblerait que l'extension du mal jusqu'à la tête favorise l'apparition du rétrécissement. Nous voyons, en effet, que la tête est atteinte 5 fois sur 7. Nous devrons ajouter cependant que les deux cas qui font exception n'en ont pas moins des rétrécissements très marqués.

Le siège du début n'est indiqué que dans 2 des observations de Déjerine. Dans ces 2 cas, le rétrécissement est plus marqué du côté où le mal a commencé. Dans la seule observation où le mal soit unilatéral, le symptôme est plus prononcé du côté lésé, comme nous l'avions d'ailleurs observé en général dans nos cas de paréso-analgésie.

Ces recherches remontent à quelques semaines. Dans un récent voyage, en arrivant à Paris, j'apprends qu'à la Salpêtrière, on attachait au rétrécissement signalé par Déjerine et Tuilant moins d'importance que je n'aurais cru. Le rétrécissement, suivant les dissidents, ne tiendrait pas à la syringomyélie, mais à de l'hystérie. Ce serait de la syringomyélie compliquée. Déjà, comme parmi les cinq malades chez qui j'avais trouvé du rétrécissement, deux offraient de l'hémianesthésie et un troisième une monoanesthésie remontant à la tête, l'un de mes amis m'avait objecté que peut-être, sans doute même, il y avait dans ces trois cas de l'hystérie surajoutée à la paréso-analgésie. — Quoi ! me disais-je, ni syringomyélitiques, ni paréso-analgésiques, tous hystériques ! J'en étais tout préoccupé, et mon premier soin, en rentrant chez moi, fut de m'assurer que la paréso-analgésie, chez mes rétrécis, ne se compliquait pas d'hystérie.

Aucun de mes malades n'avait présenté de symptômes apparents d'hystérie. Chez tous, les sens de la vue, de l'odorat et de l'ouïe étaient conservés. Je n'en recherchai pas moins les points hystérogènes, mais sans en trouver. Je n'en promenai pas moins un pinceau à miniature sur la conjonctive palpébrale, sur la muqueuse de la narine, sur le voile du palais, sur la pharynx. Partout, il y avait sensibilité fortement accusée, du côté lésé aussi bien que du côté sain ; le réflexe pharyngien était au même degré des deux côtés, l'attouchement du voile du palais, du pharynx excitait de fortes nausées, des efforts de vomissement.

En thèse générale, le rétrécissement est porté beaucoup plus loin dans les cas de syringomyélie examinés par MM. Déjerine et Tuilant que dans les nôtres. Chez aucun de mes malades, le rétrécissement ne descend au-dessous de 600°. Chez les malades de MM. Déjerine et Tuilant, il tombe fréquemment à 400° et 500°, et même chez l'un d'eux à 330°.

Quoi qu'il en soit de cette légère différence, voilà donc un point de contact de plus entre la syringomyélie et la paréso-analgésie. Il est certain que les mêmes troubles, les mêmes symptômes peuvent se rencontrer dans ces deux affections : l'existence du rétrécissement du champ visuel signalée par Déjerine et Tuilant dans la syringomyélie et trouvé aussi par moi dans la paréso-analgésie en est une nouvelle preuve. Oui, il est certain que si l'on se borne à comparer un cas isolé de paréso-analgésie avec un cas isolé de syringomyélie, le diagnostic différentiel sera difficile à faire, sinon impossible. Mais si l'on prend l'ensemble des faits et que l'on compare le groupe des paréso-analgésiques avec celui des syringomyélitiques, la confusion n'existera plus. Si nous considérons, par exemple, l'ensemble des faits qui sont consignés dans la thèse de Bruhl et qui ne résultent pas d'un triage quelconque par suite d'idées préconçues, et si nous considérons d'autre part l'ensemble des faits que nous avons publiés, quelle énorme disproportion dans certaines des lésions !

Ainsi, 1° le panaris qui, dans la paréso-analgésie, se montre 19 fois sur 20, — je laisse de côté le cas fruste publié dans mon dernier mémoire, — c'est-à-dire dans la proportion de 95 0/0, ne se rencontre que 4 fois dans les 36 cas de Bruhl, c'est-à-dire dans la proportion de 11 0/0. Et encore faut-il ajouter que, dans la paréso-analgésie, les panaris sont multiples, souvent généralisés à presque tous les doigts, tandis que dans la syringomyélie le panaris est généralement solitaire ;

2° Les crevasses aux mains, ces crevasses si caractéris-

tiques qui sont pour les mains le pendant du mal perforant au pied, se rencontrent aussi 19 fois sur 20 dans la paréso-analgésie, c'est-à-dire dans la proportion de 95 0/0, tandis que sur les 36 obs. de Bruhl ce genre de lésion ne se voit que très exceptionnellement. On note des crevasses aux mains une fois, et deux fois des ulcérations d'une nature un peu différente ayant l'aspect du mal perforant du pied, en tout 3 cas, soit une crevasse sur 12, dans la proportion de 8 à 9 0/0;

3° Le tronc, atteint d'anesthésie 30 fois sur les 36 cas de Bruhl, soit 5 fois sur 6, ne l'est qu'une fois sur deux dans la paréso-analgésie;

4° La bilatéralité du mal est presque de règle dans la syringomyélie où elle se montre 29 fois sur 36 (Bruhl), soit 4 fois sur 5, tandis qu'elle n'a lieu que 9 fois sur 20, soit à peu près dans la moitié des cas, de paréso-analgésie. Le mal, dans la paréso-analgésie, n'envahit jamais les 2 membres supérieurs à la fois; il débute toujours par l'un des côtés seulement. Il en est autrement de la syringomyélie, dont les deux côtés sont souvent pris simultanément;

5° L'hyperidrose, dont l'apparition, comme nous croyons l'avoir établi dans notre travail sur la chorée fibrillaire, ne se produit que dans les cas où le tronc est envahi, a été notée 11 fois sur 36 dans les obs. de Bruhl, tandis que dans les 20 cas de paréso-analgésie publiés par nous elle ne s'est manifestée que 2 fois. La différence tient à ce que le tronc est bien plus souvent envahi dans la syringomyélie que dans la paréso-analgésie.

Nous terminons en déclarant qu'après avoir parcouru les salles de M. Déjerine où sont réunies actuellement un certain nombre de syringomyéliques, nous n'avons trouvé dans l'aspect de leurs mains rien qui ressemble aux mains de nos paréso-analgésiques. Ainsi, en général, les doigts sont étendus et les poignets redressés sur l'avant-bras par suite de la prédominance des extenseurs sur les fléchisseurs (mains de prédicateur). C'est l'inverse dans nos cas de paréso-analgésie, où, par suite de la prédominance des fléchisseurs sur les extenseurs, les doigts sont infléchis sur la paume de la main, plus ou moins en griffe.

Dans aucun des cas de syringomyélie qui ont passé sous nos yeux à Bicêtre, pas une seule crevasse aux mains et une seule fois des panaris. Pas de ces ravages, par suite de panaris, chez les malades dont l'affection, pourtant, remonte à des années contrairement à ce que nous voyons chez nos paréso-analgésiques dont les doigts, souvent, ont subi une véritable mutilation.

Par contre, M. Déjerine nous a montré deux cas de syndrome de Morvan, et dans les deux cas, outre les panaris multiples, il y avait des crevasses plus nombreuses dans l'un des cas, moins dans l'autre, mais dans les deux cas comparables en tout à ce que nous observons en Basse-Bretagne.

Pour faire le départ entre ces deux sortes de malades, on s'appuyait naturellement sur la dissociation ou l'abolition totale de la sensibilité.

Je n'ignore pas que MM. Joffroy et Achard ont constaté l'existence du syndrome décrit par moi dans deux cas de syringomyélie prouvée par l'autopsie. Je ne me fais pas d'illusion, c'est là un argument puissant contre la thèse que je soutiens, celle de l'autonomie de la paréso-analgésie. — Mon travail était fini lorsque j'apprends par mon ami Prouff qu'une récente autopsie pratiquée par lui à Morlaix dans un cas de syndrome de Morvan, lui avait présenté une syringomyélie très manifeste. C'était un produit du cru qui venait se placer à côté des faits de Joffroy, sans conteste. Mais, ici comme là-bas, les altérations des nerfs phériphériques n'étaient guère appréciables, et assurément, en aucune façon, comparables à celles qu'avaient rencontrées MM. Gombault et Reboul dans leurs deux autopsies. De celles-ci l'une, partielle, ne portait que sur un doigt amputé, mais l'autre, totale, portait sur l'ensemble des nerfs brachiaux qui avaient subi, notamment le médian et le cubital, une énorme hypertrophie.

« Je ne sache pas, disais-je dans mon dernier mémoire sur la paréso-analgésie, que, dans la syringomyélie où il y a d'assez nombreuses autopsies, on ait jusqu'ici signalé la lésion avec hypertrophie des nerfs périphériques, soit que ceux-ci soient réellement indemnes, soit qu'ils n'eussent pas été suffisamment examinés. »

Il est possible, en effet, que dans les autopsies antérieures aux travaux de Gombault et Reboul — constatation anatomique sur un doigt atteint de panaris de Morvan et amputé par Monod (*Arch. de méd.*, mai 1888) et communication à la Société médicale des hôpitaux (séance du 26 avril 1889), sur l'examen nécropsique d'une malade dont M. Prouff avait publié l'observation; il est possible que les investigations ne se soient pas étendues aux nerfs périphériques, qu'elles se soient concentrées sur la moelle. C'est le cas de Schulze dont la première autopsie remonte à 1882 et la seconde à 1885; c'est aussi le cas de Fursther et de Zacher dont l'autopsie remonte à 1882. Mais il est impossible d'admettre que les autopsies postérieures aux recherches de Gombault et de Reboul aient négligé l'examen des nerfs périphériques qui occupaient une si grande place dans leur travail. Telles l'autopsie de Kahler publiée en 1888 et l'autopsie de Paul Blocq faite le 27 juillet 1889. Il n'y est pas question de l'hypertrophie des nerfs périphériques. Donc elle n'existait pas. Dans une autopsie même de Schulze publiée en 1888, il est dit qu'il y a plutôt une atrophie qu'une hypertrophie des nerfs médian et cubital; le nerf radial était sain.

Le Dr Prouff me dit aussi expressément que le nerf médian examiné jusqu'à la main (les parents ne permettaient pas d'étendre l'examen au delà) lui paraît entièrement sain. Je crois, savoir d'ailleurs, que son intention est de publier prochainement l'autopsie avec l'observation clinique.

Au point où nous sommes arrivés, il ne peut plus y avoir de doute. Le syndrome décrit par moi peut se rencontrer dans des cas de syringomyélie prouvés par l'autopsie. Mais alors je me rejette, pour faire la différence entre la syringomyélie et la paréso-analgésie, sur les altérations des nerfs périphériques.

Dans le fait de Prouff, Gombault et Reboul, les nerfs sont à ce point hypertrophiés que le médian, par exemple, offre le volume du petit doigt. Du reste, la moelle présentait de la sclérose, mais point de syringomyélie. M. Gombault, que j'avais occasion de rencontrer récemment, était très affirmatif à ce sujet.

Ainsi dans les deux cas de Gombault et Reboul, hypertrophie considérable des nerfs périphériques. Rien de semblable dans la syringomyélie. Comment, en effet, accorder la dissociation syringomyélique de la sensibilité, qui comporte la conservation du tact, avec une lésion aussi profonde des nerfs? J'ai pu me rendre compte de la différence dans le laboratoire de Déjerine et dans celui de Joffroy. J'ai vu notamment chez ce dernier, à la Salpêtrière, les pièces provenant de l'un des sujets qui offraient une main avec les mutilations de la maladie de Morvan et une moelle avec l'excavation syringomyélitique. Le volume des nerfs, médian et cubital, n'avait rien de bien exagéré.

La parole est évidemment aux autopsies futures. On me montre de la syringomyélie avec le syndrome de Morvan et je m'incline. Mais me montrât-on syringo-

myélie et hypertrophie des nerfs périphériques dans un cas de syndrome de Morvan, qu'il n'en subsisterait pas moins le fait de Gombault qui est une sorte de sclérose et reste en dehors de la syringomyélie. Tout ce qu'on peut dire, c'est que le syndrome de Morvan peut avoir pour point de départ des lésions diverses. Cela justifie une fois de plus ce qu'on savait depuis longtemps : dans les affections de la moelle, c'est le siège et non la nature du mal qui détermine le complexus symptomatique. A l'avenir de nous apprendre dans quelle proportion le susdit syndrome répondra aux diverses lésions et si, comme je le crois fermement encore, il y a une maladie de Morvan.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Sur certaines formes de tremblement (On certain forms of tremor), par H. S. Upson. (*Medical News*, 18 avril 1891, n°18, p. 435). Dans la plupart des cas le tremblement dépendrait de ce que, l'inhibition étant devenue trop accusée, les mouvements volontaires, au lieu d'être continus, deviennent intermittents et saccadés. On comprend, du moins, ainsi le tremblement de la sclérose en plaques, où, le nerf étant privé de myéline, la résistance à la propagation de l'onde nerveuse est augmentée. L'auteur rapporte, à ce propos, l'histoire d'un cas de sclérose en plaques, où à l'autopsie on a trouvé des plaques de sclérose dans la moelle et dans la protubérance. Il peut arriver que les signes de la paralysie agitante coexistent avec ceux de la sclérose en plaques : le diagnostic peut alors être impossible. Dans un cas vu par l'auteur le malade avait l'aspect parkinsonien, mais son tremblement augmentait lors des mouvements intentionnels et avait plus d'amplitude.

Sur le réflexe rotulien dans le tabes. (Wahrnehmung über Patellarschnenreflex bei Tabes dorsalis), par Eichorst. (*Wiener medizinische Presse*, 17 mai 1891, n°20, p. 780.) L'absence des réflexes du genou dépendant de la lésion de la zone de Westphal, il est aisé de comprendre pourquoi, dans les cas de tabes cervical, le réflexe persiste. Toutefois, il ne faut pas conclure de son absence à l'altération nécessaire de cette zone. L'auteur rapporte, en effet, un cas d'hémiplégie avec tabes et perte du réflexe tendineux rotulien, où à l'autopsie on a constaté l'intégrité de la zone de Westphal, avec de la sclérose type de la région cervicale et des 2/3 supérieurs de la région dorsale. Quant au signe de Westphal qu'on avait observé pendant la vie, il s'explique par une névrite très accusée des deux nerfs cruraux; ce qui vient à l'appui de l'opinion de Leyden, qui pense que ce signe dépend parfois de névrites et reconnaît ainsi une cause périphérique.

Coexistence de l'hystérie mâle et du goitre exophtalmique, par Castan (*Montpellier médical*, 16 mars 1891, n° 6, p. 245). — Le malade dont il est question a été présenté à la Société médicale des hôpitaux par M. le professeur Debove, le 12 août 1887, et par M. Ballet, le 24 février 1888. Son intérêt réside en l'association chez lui des deux névroses.

Contribution à l'étude de la syphilis cérébrale, par A. Joffroy et A. Létienne (*Archives de médecine expérimentale*, 1er mai 1891, n° 3, p. 417). — Malade âgé de 39 ans, prit la syphilis à 33 ans, et eut, malgré un traitement suivi et énergique dirigé par M. Fournier, de la céphalée avec hémiparésie gauche et embarras de la parole 7 ans après. Il vient à la Salpêtrière consulter pour la persistance de ces troubles, auxquels se sont joints des étourdissements et de la faiblesse intellectuelle, et là, est pris de vomissements puis de coma, et meurt. A l'autopsie on trouve un kyste hémorrhagique dans la couche optique, de l'artérite gommeuse des artères cérébrales, et de la thrombose du tronc basilaire. Les auteurs font remarquer que dans ce cas, en raison de l'âge du malade, on peut rapporter avec certitude les lésions artérielles à la syphilis, que l'artère basilaire présente le maximum des lésions, qu'il s'est agi d'une endartérite selon l'opinion de Heubner et non de périartérite. Il est à noter aussi que cette syphilis a défié, en raison de sa nature maligne, le traitement le plus énergique.

MÉDECINE

Traitement de la diarrhée chronique (Zur Behandlung der chronischen Diarrhœ), par M. A. Pollatschek (*Wiener medic. Presse*, 6 juin 1891, p. 993). — L'auteur préconise l'emploi des eaux thermales en lavement dans les cas de diarrhée chronique. La température de l'eau peut aller de 38° à 43° et la quantité de 300 à 500 grammes. Les eaux de Carlsbad ont surtout donné de bons résultats. Le traitement doit être quotidien. Dans la diarrhée infantile les effets paraissent avoir été satisfaisants.

Stérilité et adipose (Sterilitæt und Fettleibigen), par H. Kisch (*Wiener mediz. Presse*, 24 mai 1891, p. 822). — L'adipose prédispose à la stérilité. Chez l'homme et chez la femme le sens génital est ordinairement amoindri par l'exagération du tissu adipeux; de plus certaines affections cutanées, l'érythème, l'eczéma, etc., sont des impédimenta souvent de grande valeur à l'accomplissement du coït. Il faut ajouter à cela que chez la femme, les congestions veineuses répétées des organes de l'abdomen, la tendance à la vulvite, la fréquence des accidents de métrite amènent l'irrégularité des règles, l'aménorrhée même qui rendent la fécondation difficile. Aussi faut-il conclure que dans bien des cas on pourra vaincre la stérilité en traitant l'obésité.

Action analgésique et anti-rhumatismale de l'euphorine (Ueber die analgetische und antirheumatische Wirkung des Euphorin), par Adler. (*Wiener medizin. Wochenschr.*, 25 avril 1891, p. 730). — L'euphorine paraît avoir une action assez semblable à celle de l'antipyrine. Employée à la dose de 0,40 centigr. elle amène un soulagement marqué dans les cas de névralgies rhumatismales (névralgie du trijumeau, sciatique, etc.). Elle agit même sur les manifestations chroniques de la maladie et elle ne détermine aucun accident, aucun trouble du système vasculaire.

CHIRURGIE

Hernie crurale étranglée (Herniotomy or abdominal section), par Lupton (*The Lancet*, 9 mai 1891, p. 1037). — *Observation I.* — Madame B., 53 ans. Phénomènes d'obstruction intestinale; on ne trouve aucune hernie aux orifices ordinaires. On fait la laparotomie, on trouve 1/3 ou 1/2 de la circonférence d'une anse de l'intestin grêle solidement pincé dans l'anneau crural du côté droit. On dégage l'intestin et on ferme la plaie. La malade fut d'abord très éprouvée, puis elle se trouva mieux et finalement guérit complètement.

Observation II. — Mme G., 57 ans. Hernie crurale étranglée. On est décidé à opérer. L'auteur, fortement impressionné par le cas précédent, songea à pratiquer la laparotomie, mais il était en présence d'une hernie caractérisée et il eut recours au procédé ordinaire; il tomba sur de l'épiploon puis sur une anse intestinale qui était fixée comme dans le cas précédent. Incision du ligament de Gimbernat et réduction de l'intestin. Le lendemain, mêmes symptômes d'occlusion; on rouvrit la plaie, mais on trouva l'anneau libre. La malade mourut quelques heures après. A l'autopsie, on trouva l'intestin enserré dans une masse d'adhérences provenant de péritonite localisée ancienne. Il est certain que dans ce cas la mort eût été évitée si d'emblée on avait eu recours à la laparotomie.

Kyste pancréatique (Pancreatic cyst; Removal by laparotomy; Recovery), par Hayes Agnew (*University Medical Magazine*, mai 1891, p. 469). — Mme K., 26 ans, mariée depuis 3 ans, se plaignait d'une tumeur abdominale. Six semaines après la naissance de son premier enfant, elle eut des crises douloureuses dans la région épigastrique ; plus tard survinrent des vomissements, enfin la tumeur apparut, nettement circonscrite, dans l'hypochondre gauche. Tout d'abord, cette tumeur disparaissait à certains moments. Plus tard, les douleurs devinrent permanentes, et il survint de la diarrhée. La tumeur ne pouvait être qu'un kyste, car tantôt on la trouvait sphérique et dure, tantôt ovoïde et molle. Laparotomie, incision au niveau de la ligne blanche, ponction du kyste. Le kyste, qui se continue avec le pancréas, présente de nombreuses adhérences. On lave l'intérieur du kyste à l'acide borique, et on suture les bords de l'ouverture qu'on y a faite aux lèvres de la plaie abdominale. Pansement antiseptique. Guérison. Cette opération date déjà d'un an, et il n'y a pas trace de récidive ; la guérison paraît donc permanente.

BIBLIOGRAPHIE

Pathologie et traitement des maladies de la peau; leçons par le professeur Kaposi; traduction avec notes et additions par Ernest Besnier et A. Doyon. 2 forts volumes in-8°. Paris, G. Masson, éditeur, 1891.

Peu de traités de dermatologie ont eu cette heureuse fortune d'avoir, comme celui du professeur Kaposi, trois éditions dans leur langue originale et deux traductions successives dans une même langue étrangère.

Ce succès dans la langue originale est certainement dû aux qualités de clarté et d'exactitude en même temps qu'au caractère pratique de cet ouvrage; il tient pour une grande part aussi à la situation éminente de l'auteur, successeur et continuateur de son maître F. von Hebra. Si un bon nombre de dermatologistes allemands, instruits à l'Ecole de Hebra, se séparent à l'heure actuelle de quelques-uns des dogmes chers à leur illustre maître, et si, pour quelques-uns de ces dermatologistes, l'Ecole de Vienne ou l'Ecole de Hebra n'a plus un chef unique, il n'en est pas moins vrai que le représentant le plus élevé et le plus autorisé de cette Ecole est, encore aujourd'hui, le professeur Kaposi. Conservateur fidèle, trop fidèle certainement pour quelques parties, de la doctrine de Hebra, il jouit de tout le prestige attaché aux hautes fonctions qu'il remplit à l'hôpital général de Vienne et dû à son remarquable talent d'observateur et de clinicien. Cela suffirait déjà à expliquer avec quelle faveur continue ses *Leçons sur la pathologie et le traitement des maladies de la peau* ont été accueillies dans tous les pays de langue allemande.

Quant au succès obtenu par la première édition française, déjà vieille de 10 ans, de cet ouvrage, succès tel qu'il est peu de médecins qui ne l'aient lue et qui ne la possèdent, ses causes sont multiples et toutes subsistent pour assurer celui de la deuxième édition, impatiemment attendue depuis plusieurs mois par une foule de médecins non seulement français, mais étrangers.

D'abord, il faut bien le reconnaître, quoiqu'on ne puisse trop le déplorer, le nombre des médecins français capables de lire avec fruit, c'est-à-dire couramment, un ouvrage allemand reste toujours restreint et l'immense majorité de nos confrères et des élèves ne peut connaître la littérature austro-allemande que par les traductions françaises. C'est donc un nouveau service que M. Doyon vient de rendre en mettant entre les mains de nos compatriotes la traduction de la 3e édition du livre de Kaposi, comme il a traduit déjà la première édition de ce même livre, le grand ouvrage de Hebra, le *Traité de pathologie des maladies de la peau* de Auspitz et plusieurs autres ouvrages de médecine générale.

Ce service est d'autant plus grand que la nécessité de connaître les littératures étrangères croît plus rapidement que les progrès dans la connaissance de ces mêmes langues. Le mouvement qui nous entraîne tous vers une sorte de cosmopolitisme scientifique ne paraît pas s'être enrayé, bien loin de là, depuis quelques années; les traductions des ouvrages étrangers ne sont plus destinées seulement à un petit nombre de lecteurs riches de temps et d'argent, désireux ou obligés par nécessité de concours ou de situation scientifique de se tenir au courant des progrès de la science au delà des frontières; elles sont maintenant entre les mains de tous. Chacun veut savoir comment on comprend et comment on traite telle ou telle maladie à Vienne, à Londres, à Berlin ou à New-York.

La 1re édition française des Leçons du professeur Kaposi joignait à ces deux premiers attraits une particularité que l'on ne retrouve pas dans la plupart des traductions d'ouvrages étrangers. Cet attrait consistait dans les notes dont M. Ernest Besnier l'avait enrichie, le mot n'est pas de trop. Ces notes se retrouvent dans la deuxième édition, mais avec un caractère quelque peu différent dans la plupart des chapitres. En outre de notes relativement courtes, insérées au bas des pages, modifiant ou rectifiant certaines des données du texte au courant, qui se trouvaient seules dans la première édition, plusieurs chapitres d'une importance toute spéciale sont suivis d'appendices dans lesquels la question est reprise dans son ensemble, d'une manière magistrale : cette modification rend plus facile à suivre l'exposé complet et remarquablement lumineux de ces problèmes dermatologiques. Parmi ces appendices, citons ceux qui ont trait aux érythèmes scarlatiniformes, aux érythèmes multiformes, au bouton des pays chauds, au pityriasis rubra pilaire, à l'eczéma séborrhéique, aux acnés, au pemphigus et aux éruptions pemphigoïdes, au lupus vulgaire et au lupus érythémateux, au xanthome, aux lymphangiomes et aux lymphangiectasies, à la lèpre, aux leukokératoses buccales, qui constituent autant de monographies de ces affections.

Ces appendices et les annotations au texte courant égalent certainement en étendue les Leçons originales de Kaposi. Ainsi se trouve juxtaposé à la traduction de l'ouvrage allemand un ensemble complet de commentaires dans lesquels les traducteurs rectifient sur plus d'un point les opinions de leur auteur, mentionnant avec une exactitude bibliographique trop rare dans les ouvrages similaires les travaux qu'il avait négligés et donnant sur tous les points controversés leur opinion personnelle et les raisons de cette opinion.

Ainsi, les deux volumes de la traduction des leçons de Kaposi forment une sorte de traité *international* des maladies de la peau, où se trouvent exposées et opposées les doctrines de l'Ecole de Vienne et celles de l'Ecole française. Ils sont aussi bien à l'honneur de celle-ci que de celle-là et ils montreront à l'Etranger, où ils seront aussi lus qu'en France, que si des conditions diverses et déplorables à tous égards, qui devraient cesser d'exister, ne permettent pas de donner un enseignement clinique des maladies de la peau aussi rapide et aussi facile qu'à Vienne, notre pays sait se maintenir au niveau de la science dermatologique et la faire progresser.

Georges Thibierge.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Quelques expériences sur les plaies pénétrantes de l'intestin grêle. Plaies par balles de revolver du calibre de 5 millim., par E. Estor (Extrait du *Montpellier médical*, 1891).

D'après Estor, lorsque l'intestin est perforé, malgré la présence du bouchon muqueux sur lequel Reclus insiste tant, la sortie des matières intestinales dans le péritoine du chien est fatale. Mais le péritoine du chien est beaucoup plus tolérant que celui de l'homme : on voit guérir des chiens auxquels on fait avec des ciseaux des pertes de substance circulaires à l'intestin. Chez l'homme, il paraît illusoire de compter sur la guérison spontanée.

Annales cliniques de l'Institut hydrothérapique de St-Didier, par Bonamaison. (O. Doin, édit., Paris, 1891.)

Recueil d'observations d'hystérie et de neurasthénie dans lesquelles le traitement par l'isolement dans l'institut hydrothérapique de l'auteur a été suivi de bons résultats. Quelques observations rapportées dans ce travail sont particulièrement intéressantes, sinon au point de vue thérapeutique, du moins au point de vue clinique : l'obs. 1, qui a trait à un cas de dédoublement de la personnalité, et deux observations d'astasie-abasie.

VARIÉTÉS

Les officiers de santé devant les conseils généraux. — A la demande de la commission du Sénat chargée d'examiner le projet de loi sur l'exercice de la médecine, le ministre de l'Intérieur vient de prescrire aux préfets de consulter les conseils généraux, dans la session d'août, sur les deux questions suivantes :

1° Y a-t-il intérêt pour les populations de la campagne à maintenir l'existence de l'officiat de santé tel qu'il existe en ce moment?

2° Si dans l'avenir le recrutement des officiers de santé était supprimé, le service médical serait-il assuré dans les campagnes?

Nécrologie. — Nous avons le vif regret d'apprendre la mort de M. le Dr V. M. Le Diberder, ancien interne des hôpitaux, décédé à Lorient dans sa 81e année de M. le Dr Cailliot, médecin de la marine, et de MM. les Drs Ramey et J. R. Richard, médecins militaires.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant*.

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON, 12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES SAMEDIS ET PUBLIANT TOUS LES MERCREDIS

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

RÉDACTEUR EN CHEF : Dr L. LEREBOULLET. — SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION : Dr A. BROCA.

COMITÉ DE RÉDACTION

MM. E. BRISSAUD, G. DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, A. GILBERT, A. HÉNOCQUE, A.-J. MARTIN, A. PETIT, P. RECLUS

REVUE GÉNÉRALE

Epilepsie partielle crurale et Tuberculose de la région paracentrale.

Le 21 avril, il y a par conséquent trois semaines de cela, il s'est présenté devant nous un homme dont le cas nous a particulièrement intéressé. Avant d'entrer dans les détails de l'observation, permettez-moi de vous rappeler immédiatement les circonstances principales du fait. Il s'agissait de crises d'épilepsie Bravais-Jacksonienne ou partielle, débutant toujours, uniformément, par le membre inférieur gauche, s'étant produites pour la première fois il y a quatorze mois environ, et se répétant, depuis cette époque, une ou deux fois par mois. Ces crises laissaient entre elles des intervalles presque entièrement libres d'accidents nerveux, à part une légère faiblesse du membre inférieur gauche qui, après avoir survécu à la crise pendant quelques jours, ne tardait pas à disparaître.

Malheureusement les accès convulsifs n'étaient pas les seuls accidents dont souffrait notre malade. La phthisie était là présente, antérieure même aux phénomènes convulsifs; elle avait même fait, dans ces derniers temps, de grands ravages, dont pourtant, chose remarquable, ce malheureux ne se plaignait guère, car c'est exclusivement pour les accidents nerveux qu'il venait nous consulter. J'avais, en admettant ce malade dans le service, l'intention de vous le représenter et d'insister plus longuement sur son cas.

Or, sur ces entrefaites, les manifestations pulmonaires prirent une allure des plus graves. Fièvre intense, dyspnée vive, asystolie permanente, envahissement rapide des deux poumons par les granulations tuberculeuses, tels sont les phénomènes qui s'accumulèrent en quelques jours et précipitèrent le dénoûment fatal.

Dès lors, l'occasion de vérifier le diagnostic que nous avions porté, durant la vie, sans aucune hésitation, se présentait tout naturellement. Les accidents épileptoïdes, à début crural, vous disais-je il y a quinze jours, doivent être la conséquence d'une plaque de méningite tuberculeuse développée sur la région du lobule paracentral et ayant peut-être envahi ce lobule. Eh bien, la nécroscopie est venue confirmer nos prévisions de la façon la plus éclatante : c'est bien cette lésion-là, localisée comme nous l'avions annoncé, celle-là et pas une autre, qui s'est rencontrée sur le cadavre, dans la région paracentrale du côté droit, ainsi que cela devait être, conformément à la loi bien rarement en défaut de l'entre-croisement des faisceaux pyramidaux.

Je suis convaincu qu'il y a là, pour nous, une source d'instruction clinique dont nous ne devons pas nous éloigner avant d'y avoir puisé plus à fond. Quelles sont les considérations qui m'ont amené à déterminer avec une telle précision la lésion intra-crânienne, minime en somme, du moins par son volume, qui existait chez ce malade comme cause des accidents convulsifs ? Comment ai-je été conduit à fixer, pendant la vie, non seulement le siège mais encore la nature du processus morbide ? Serait-ce là une prouesse de vieux clinicien dirigé par une inspiration tout instinctive et non raisonnée ? Serait-ce, au contraire, un pur effet du hasard ? Non, très certainement. J'ai été conduit là par la connaissance d'un groupe de documents relatifs à des faits antérieurs semblables qui constituent, quand on les trouve représentés dans un cas donné, un fondement solide pour établir le diagnostic. Et ce sont justement ces documents-là que je veux vous faire connaître aujourd'hui dans tous leurs détails, afin de vous mettre, à votre tour, en mesure de vous orienter avec précision au milieu des écueils qui vous attendent, si vous vous trouvez un jour en présence d'un concours pareil de circonstances.

II

Mais qu'est-ce d'abord que le lobule paracentral ? Au sens classique du mot, c'est un département étroit et circonscrit de la face interne des hémisphères cérébraux. Vous vous rappelez que ce département est limité en avant par le pied de la première frontale, en arrière par le lobe carré, en bas par la circonvolution du corps calleux et en haut enfin par le bord supérieur de l'hémisphère. Or, à mon sens, il faut étendre, du moins par en haut, les limites classiques de ce lobule, car, au point de vue de la physiologie pathologique, non seulement le lobule paracentral mais encore, sur la face externe des hémisphères, l'extrémité terminale des deux circonvolutions frontale et pariétale ascendantes, font partie d'une même région que l'on pourrait appeler *région du lobule paracentral*. En d'autres termes, cette région paracentrale comprend anatomiquement : d'une part, le lobule proprement dit et, d'autre part, l'extré-

mité supérieure des circonvolutions centrales séparées par le sillon de Rolando et recourbées sur le bord supérieur de l'hémisphère avant de plonger dans ce lobule. Il va sans dire que, au point de vue anatomo-pathologique, les méninges qui recouvrent cette région en font partie intégrante. On pourrait, du reste, aussi bien la désigner sous le nom de *région crurale*. C'est en effet, dans toute cette circonscription, pour vous le dire immédiatement, que s'élaborent les modifications anatomo-physiologiques qui président à l'exécution des mouvements volontaires vulgaires du membre inférieur.

Quant à la structure, il n'y a rien de bien particulier à vous signaler. Là, l'écorce grise contient des cellules pyramidales comme ailleurs, seulement vous y verrez plus souvent qu'ailleurs les cellules pyramidales géantes de Betz et de Mierzejewski. La vascularisation y est un peu spéciale: trois branches artérielles importantes viennent irriguer cette région et s'y terminer, deux naissent de la sylvienne, et la troisième, de la cérébrale antérieure. Il y a là, par conséquent, multiplicité artérielle et néanmoins, semble-t-il, ralentissement de la circulation, deux conditions qui, comme nous le verrons tout à l'heure, expliquent peut-être la fréquence de certaines localisations pathologiques. Mais nous allons revenir sur ce point. J'ajouterai seulement que la lésion destructive de l'écorce de cette région entraîne ici, comme dans toutes les autres parties des centres moteurs, une dégénération du faisceau pyramidal qui peut être suivie jusque dans la moelle, du côté opposé à la lésion cérébrale.

III

C'en est assez, assurément, sur le chapitre de l'anatomie normale. Il nous faut rechercher maintenant comment la grande fonction de cette région paracentrale a été déterminée. Cette détermination est l'œuvre, je puis vous le dire à l'avance, de la méthode anatomo-clinique. Vous savez que l'expérimentation a démontré que, chez les animaux, certaines parties de l'écorce sont excitables, les autres ne l'étant pas, et que la destruction de ces mêmes parties excitables peut produire, du moins chez certains animaux, comme le singe par exemple, des paralysies des membres, contrairement à l'opinion de Flourens et d'autres physiologistes qui prétendaient que l'écorce grise, dans toute l'étendue de l'encéphale, était physiologiquement homogène. Mais, je le répète, la détermination exacte, chez l'homme, des centres moteurs pour les divers mouvements, est l'œuvre de la méthode anatomo-clinique. Ce n'est pas dans le laboratoire, c'est avant tout dans la salle d'hôpital et à l'amphithéâtre d'autopsie qu'elle a été faite. Il a suffi d'une bonne observation clinique suivie d'une bonne autopsie, entre les mains d'un observateur attentif et éclairé.

Eh bien, on le sait, la connaissance des fonctions de la région du lobule paracentral est de date assez récente. Les observations premières, par le fait de complications multiples, n'avaient pas été favorables à l'analyse et, dans notre second travail (1) avec M. Pitres, nous disions: « Le lobule paracentral, le tiers supérieur de la circonvolution frontale ascendante et les deux tiers supérieurs de la circonvolution pariétale ascendante président à la motilité des deux membres du côté opposé du corps. »

C'était du reste à peu près la même conclusion que déjà nous exprimions d'une autre manière, en 1877 (*Revue mensuelle*, p. 454): « Une lésion destructive siégeant sur le lobule paracentral, sur le tiers supérieur de la circonvolution frontale ascendante ou sur les deux tiers supérieurs de la circonvolution pariétale ascendante détermine une paralysie des deux membres (supérieur et inférieur) du côté opposé, sans paralysie de la face ». Et nous ajoutions: « Pour le moment il ne nous paraît pas possible de préciser davantage. Nous ne pensons pas que l'on puisse dire, par exemple, quelle est la limite exacte et le siège précis du centre pour les mouvements isolés du membre inférieur. » Mais, cinq ans plus tard, en 1883, — il y a donc huit ans à peine, — après le mémoire de M. Ballet (1) fait dans mon service et quelques autres acquisitions, nous précisions en ces termes (2): « Il résulte de ces observations que les lésions corticales susceptibles de donner lieu à des monoplégies crurales, en d'autres termes que la région corticale présidant aux mouvements du membre inférieur d'un côté du corps se trouve, chez l'homme, dans le lobule paracentral. »

C'est ainsi que le rôle du lobule paracentral, dans les mouvements des membres inférieurs, s'est trouvé enfin fixé. Je dis fixé, car, depuis cette époque, les diverses observations dont j'aurai l'occasion de vous parler dans un instant sont toutes, sans exception, confirmatives de cette localisation.

Peut-on aujourd'hui aller plus loin? Y a-t-il des centres spéciaux pour les mouvements du pied, pour les mouvements de tel ou tel orteil? C'est là une question qui, malgré certains essais récents, tentés dans ce sens, doit encore rester sans réponse certaine. Quant à la grande question de savoir s'il y a des fibres sensitives, s'il existe un centre de la sensibilité superposé au centre moteur cortical, tout ce que l'on peut dire, c'est que, habituellement, il y a quelques fourmillements, quelques douleurs dans les lésions limitées à la région paracentrale. Mais il y a le plus souvent absence de troubles permanents de la sensibilité, tels que anesthésie, thermo-anesthésie, perte du sens musculaire, etc. Lorsqu'ils existent, c'est d'ordinaire à un faible degré; aussi, Messieurs, lorsque vous rencontrerez des troubles de la sensibilité très prononcés, méfiez-vous, c'est que la lésion n'est pas restée limitée à la circonscription paracentrale, c'est qu'elle s'est étendue en arrière, dans les régions où semblent localisés les centres de la sensibilité. Méfiez-vous de la névrose hystérique qui pourrait bien être là présente, à l'état d'isolement ou d'association.

IV

Pouvons-nous, maintenant, de ces connaissances relatives aux fonctions de la région du lobule paracentral déduire, jusqu'à un certain point, quelle sera, quant aux troubles moteurs, la symptomatologie observée dans les diverses altérations qui viendront frapper cette région? Oui, assurément, puisque ces connaissances ne sont en quelque sorte que la synthèse de faits cliniques contrôlés par les résultats anatomo-pathologiques.

Grâce à ces données, nous savons que lésion *destructive* veut dire monoplégie crurale, sans troubles bien appréciables de la sensibilité, à moins qu'il n'y ait quelque complication. Cette monoplégie sera d'abord flaccide, sans exagération des réflexes. Cependant, à la longue, si la lésion, au lieu de se borner à de simples troubles de la circulation, à une anémie de la substance cérébrale, comme c'est le cas probable dans les paraly-

(1) CHARCOT ET PITRES: *Nouvelle contribution à l'étude des localisations dans l'écorce des hémisphères cérébraux*. (*Revue Mensuelle*, 1878 — 1879, p. 154.)

(1) BALLET: *Contribution à l'étude des localisations motrices dans l'écorce du cerveau*. (*Relation des monoplégies des membres inférieurs avec les lésions du lobule paracentral*) *Arch. de Neurol.* 1883, p. 273.

(2) CHARCOT ET PITRES: *Etude critique et clinique de la doctrine des localisations, etc... Revue de Médecine*, 1883, p. 52.

sies transitoires, si, dis-je, la lésion amène une destruction définitive, il se produit alors une dégénération secondaire et, en même temps, de l'exagération des réflexes, de la tendance à la contracture, de la trépidation épileptoïde. Les paralysies transitoires, post-épileptoïdes, dites par épuisement, dues vraisemblablement à des lésions moléculaires, revêtent également ce même caractère de flaccidité. Mais ce caractère ne veut pas dire forcément lésion organique destructive ou ischémique. Si, d'aventure, vous rencontrez une monoplégie très flasque, avec anesthésie profonde et systématique, intéressant le sens musculaire, si le membre frappé est traîné par le malade derrière lui, comme un corps inerte, soupçonnez l'hystérie et non pas une lésion organique de la région du lobule paracentral.

Lorsque la lésion est superficielle, purement *irritative* comme sera une lésion méningée, par exemple, elle se traduit par des secousses ou par des accès convulsifs dans le membre; c'est pour ainsi dire la caractéristique habituelle des lésions à décharge que de provoquer ces accès convulsifs. Or, sachez bien qu'un accès d'épilepsie partielle à début crural, accompagné ou non de généralisation au bras et à la face, de perte de connaissance, etc., suivi parfois de parésie du membre inférieur, sachez bien, dis-je, que cette épilepsie-là relève, comme la monoplégie crurale, d'une lésion de la région du lobule paracentral. De même, l'épilepsie comme la monoplégie brachiale désignerait une lésion du centre des mouvements du bras; de même, enfin, l'épilepsie à début facial voudrait dire altération du centre cortical des mouvements de la face.

Remarquez toutefois, je vous prie, qu'il y a des monoplégies et des convulsions monoplégiques, en dehors de celles qui relèvent d'une lésion en foyer des centres moteurs. Mais ce sont, dans la plupart des cas, des manifestations hystériques, faciles à reconnaître, en vérité, quand on connaît l'hystérie sous tous ses masques. Nous avons, M. Ballet et moi, appris à connaître ces hystéries à forme d'épilepsie partielle, et, pour ne parler que du mode crural, puisqu'il s'agit ici de la région paracentrale, je puis vous rappeler une observation récente, publiée en Hollande par M. Wismann (1) et relative à un cas d'épilepsie crurale hystérique.

A côté des cas purs de monoplégie ou d'épilepsie partielle, relevant soit de l'hystérie soit d'une lésion organique, il faut enfin, compter aussi sur les cas mixtes. Je veux parler de ces cas dans lesquels il y a, à la fois, paralysie permanente avec ou sans contracture et attaques d'épilepsie Bravais-Jacksonienne. Ici, tandis qu'une partie de la région paracentrale est détruite, l'autre est simplement irritée. Et c'est là, à tout prendre, un fait plus grave que celui, par exemple, où il n'y a que des accès d'épilepsie partielle accompagnée ou non de paralysie transitoire.

V

Quelles sont maintenant les lésions qui peuvent plus ou moins se limiter à la région du lobule paracentral et donner naissance à la symptomatologie que je viens de mettre en relief? Ce qui me paraît ressortir de recherches faites, à la vérité, un peu rapidement, c'est que ces lésions-là ne sont pas très fréquentes, mais que, toutes choses égales d'ailleurs, c'est encore, dans ce groupe relativement restreint, la lésion tuberculeuse qui par le nombre tient le premier rang.

Les faits que je vais vous signaler sont empruntés, par les soins de MM. Souques et J.-B. Charcot, à divers recueils et en particulier aux observations publiées dans les *Bulletins de la Société anatomique*, au mémoire de M. Ballet et à la thèse de M. Chantemesse (1). Sachez bien, cependant, qu'à côté de la tuberculose qui occupe le premier plan, comme je viens de vous le dire, vous pourrez rencontrer, localisées à cette même région paracentrale, les lésions les plus variées. Sans parler des lésions traumatiques et sans vouloir rappeler tous les faits de ce genre, laissez-moi vous citer, pour mémoire, deux exemples de kystes hydatiques publiés par Griesinger (2), et M. F. Widal (3), quelques cas de ramollissement (4), d'hémorrhagie (5), de tumeurs (cancers, psammomes, etc.), (6) de syphilis cérébrale (7), intéressant la région du lobule paracentral. Mais, je le répète, ce sont là des faits relativement rares, surtout si on ne tient compte que des cas contrôlés par l'autopsie, car, particulièrement dans les faits de syphilis, les observations cliniques semblent plus fréquentes; je me rappelle en avoir eu plusieurs exemples pour mon propre compte et j'en ai autrefois rapporté deux cas dans mes leçons (8).

Quand on considère la tuberculose de l'encéphale en général, on constate que la méningite granuleuse, diffuse, avec ses foyers de prédilection au niveau de la base et le long de la scissure de Sylvius, occupe le premier rang comme fréquence. La tuberculose localisée ne vient qu'au second plan. On la rencontre assez souvent dans la protubérance, dans le cervelet, dans le centre ovale, dans les régions corticales. Mais dans ce dernier cas il s'agit d'ordinaire de *méningite* anomale frappant la zone psycho-motrice et de préférence la région paracentrale. Et je ne tiens pas compte ici des foyers de ramollissement qui peuvent survenir au cours d'une tuberculose comme conséquence d'une thrombose ou d'une embolie vulgaires.

La région du lobule paracentral est, semble-t-il, un lieu d'élection pour la méningite tuberculeuse en plaques, décrite par M. Ballet et ensuite et surtout par M. Chantemesse. Or, ce qui est fort singulier et bien inattendu, c'est que cette variété se rencontre surtout dans la tuberculose méningée des adultes. Sans doute, la méningite tuberculeuse vulgaire est possible chez l'adulte, mais c'est avant tout chez lui que vous rencontrerez les localisations insolites. Je ne veux pas dire que cette méningite en plaques ne puisse se rencontrer ailleurs que dans la région du lobule paracentral. Je sais qu'on peut voir des plaques méningées au niveau des centres moteurs du bras et de la face, mais ce que je veux dire, c'est que ce siège est plus rare et que le plus souvent c'est une plaque située dans la région paracentrale que vous trouverez à l'autopsie. En effet, d'après une courte statistique faite par MM. J.-B. Charcot et A. Souques, il semble que cette localisation soit deux ou trois fois plus fréquente que les localisations brachiale et faciale.

Et si vous me demandez la raison de cette prédilection de la tuberculose méningée pour cette région, je vous répondrai qu'elle semble commandée par certaines dispo-

(1) Wismann : *Mendel's Centralblatt*, p. 571, n° 18, 15 septembre 1888.

(1) Chantemesse : *Etude sur la méningite tuberculeuse de l'adulte*. Thèse de Paris, 1884.
(2) Griesinger : *Gesamm. Abhandl*, etc., 1872.
(3) Widal : *Bulletins de la Société anatomique*, 1885, p. 332.
(4) Féré : *in* mémoire de Ballet, *loc. cit.*
(5) Dérignac, *in* Charcot et Pitres : *Essai critique et clinique de la doctrine des localisations.* — 1883, page 52 du tirage à part.
(6) Mathieu : *Bulletins de la Société anatomique*, 1881, p. 57.
(7) De Grandmaison : *Pachyméningite hypertrophique fibreuse d'origine syphilitique* in *Bulletins de la Société anatomique*, 1890, p. 339.
(8) Charcot : *Leçons sur les maladies du système nerveux*, t. II, p. 372, *De l'épilepsie partielle d'origine syphilitique.*

sitions vasculaires spéciales. Deux de mes élèves, MM. A. Souques et J.-B. Charcot, ont, à cet égard, imaginé une hypothèse, fort plausible en somme, que vous trouverez exposée tout au long dans les *Bulletins de la Société anatomique* (1). La voici en quelques mots: La région paracentrale, point culminant, sommet de l'hémisphère, serait le territoire le plus riche au point de vue vasculaire et à la fois le plus défectueux au point de vue de la vitesse circulatoire.

Comme je vous le disais tout à l'heure, trois branches importantes, deux venues de la sylvienne et la troisième de la cérébrale antérieure, contribuent à son irrigation. Aucune autre région de l'hémisphère, à égalité de surface, ne posséderait autant de sources artérielles. Vous savez, en effet, que pour irriguer la totalité de la surface d'un hémisphère, les artères cérébrales antérieure, moyenne et postérieure se divisent, au total, en une dizaine de branches collatérales. Or, trois de ces branches sur dix se rendraient à cette petite région paracentrale. Cette multiplicité de sources artérielles ne serait-elle pas la raison de l'apport plus fréquent du bacille tuberculeux en cette région?

D'autre part, la circulation semble ralentie à ce niveau. En effet, la région du lobule paracentral reçoit précisément les arborisations terminales de ces trois branches artérielles. De plus, comme elle forme le point culminant de l'hémisphère, ces branches qui naissent, pour ainsi dire, perpendiculairement sur les troncs de la sylvienne et de la cérébrale antérieure et suivent un trajet verticalement ascendant, viennent y répandre un sang qui a lutté contre l'effet de la pesanteur et qui arrive au bout de sa course, animé d'une vitesse minima. Il semble démontré, d'ailleurs, quelque opinion que l'on adopte sur la terminalité des artères cérébrales, que l'on partage les avis diamétralement opposés de Duret ou d'Heubner, ou que l'on accepte l'opinion intermédiaire de Testut (2), il semble démontré, dis-je, que les anastomoses sont plus rares et moins efficaces, au niveau des arborisations terminales que pour les rameaux, les branches ou les troncs artériels. Donc, cette disposition du système artériel au niveau de la région paracentrale et ces conditions mécaniques plaideraient en faveur d'un ralentissement de la circulation en cette région et partant favoriseraient le dépôt des bacilles en ce point (3).

(1) Souques et J.-B. Charcot : *Tuberculose de la région paracentrale. — Fréquence et raisons anatomiques de cette localisation. — Bulletins de la Société anatomique*, 10 mai 1891, p. 274.

(2) Testut, *Traité d'anatomie humaine*, t. II, 1891, p. 563.

(3) La richesse et la disposition du *système veineux*, en ce point, semble être une nouvelle cause d'apport et de dépôt bacillaire. M. le Dr Poirier, professeur agrégé à la Faculté, chef des travaux anatomiques, après avoir pris connaissance de notre communication à la Société anatomique, nous a adressé, avec une obligeance dont nous le remercions vivement, une petite note d'où nous détachons le passage suivant : « Je pense, comme vous, que cette fréquence des localisations tuberculeuses dans la région paracentrale est en rapport avec les conditions circulatoires très particulières de cette région. Tout le long et de chaque côté du sinus longitudinal supérieur, les méninges (pie-mère et dure-mère) présentent une vascularisation et, par suite, des adhérences qu'on ne retrouve en aucun autre point de l'écorce; là, sur une largeur de deux centimètres, de chaque côté du sinus, la dure-mère est dédoublée par des cavités veineuses (lacs sanguins) dans lesquelles viennent plonger les granulations de Pacchioni. Ces dernières, dépendances certaines de la pie-mère, se coiffent d'un feuillet arachnoïdien, et baignent dans le sang des lacs sanguins ou cavités Pacchioniennes, comme dit Trolard. A leur niveau, la pie-mère adhère plus que partout ailleurs à la substance corticale, et ces adhérences sont constituées, en majeure partie, par des éléments vasculaires tant artériels que veineux. »

Le système veineux est donc plus développé au niveau du tiers supérieur qu'au niveau du tiers moyen de la zone psycho-motrice. La circulation, semble-t-il, y serait ralentie comme dans le système artériel. M. Testut, dans son remarquable *Traité d'anatomie humaine*, a représenté une série de figures originales concernant la circulation veineuse de la surface des hémisphères cérébraux. L'une d'elles (fig. 810, t. II) représente précisément le mode de ramescence des veines cérébrales au niveau du lobule paracentral. On sait que les veines cérébrales externes se divisent en ascendantes et en descendantes. Les *veines ascendantes*, qui correspondent approximativement au tiers supérieur de la face externe des hémisphères, se dirigent obliquement, contrairement aux lois de la pesanteur, vers le sinus longitudinal supérieur et décrivent, avant de s'y jeter, un coude très accusé. Discutant les conséquences de cette disposition, après avoir réfuté l'opinion de Cuvier, M. Testut dit en propres termes, p. 573 : « La direction antéro-postérieure du courant sanguin dans le sinus longitudinal gêne le libre déversement des veines cérébrales externes et favorise ainsi la stase veineuse dans leur territoire d'origine. » (A. S. et J.-B. Ch.).

En résumé, conformément aux lois générales des infections expérimentales, deux conditions primordiales, richesse vasculaire et ralentissement de la circulation, se trouveraient ici réunies, pour favoriser l'apport et le dépôt du bacille de Koch dans le tiers supérieur de la zone psycho-motrice, et expliqueraient, par conséquent, la fréquence relative de la tuberculose paracentrale.

Quoi qu'il en soit de cette théorie, le fait anatomo-clinique est vrai. Il serait pratiquement fort utile de savoir si cette localisation est primitive ou secondaire. On conçoit, en effet, qu'un tubercule solitaire, localisé d'emblée dans le cerveau, puisse, à un moment donné, devenir l'origine d'une généralisation bacillaire. Dans ce cas, une intervention chirurgicale pratiquée de bonne heure débarrasserait le patient et de ses accidents convulsifs ou paralytiques et des dangers de l'infection secondaire. Mais c'est là un point sur lequel nous allons revenir dans un instant.

En somme, que résulte-t-il de toutes ces données anatomo-pathologiques? C'est que, dans la majorité des cas, la monoplégie et l'épilepsie partielle crurale dérivent de la tuberculose de la région paracentrale.

Si l'épilepsie partielle crurale débute brusquement, vous pouvez songer à une hémorrhagie, à un ramollissement ou surtout à la syphilis; mais, si la marche ultérieure de la maladie permet d'éliminer ces diverses lésions, songez à la tuberculose, à la plaque méningo-paracentrale et recherchez jusqu'aux moindres indices capables de révéler sur un point quelconque de l'organisme, et en particulier dans les poumons, les premiers ravages de l'infection bacillaire.

Le clinicien ne doit pas oublier non plus le fait suivant : c'est que la lésion paracentrale peut être double, non seulement comme je l'ai observé dans une hémorrhagie en foyer, mais encore dans la tuberculose paracentrale, et je dois ici signaler une fort belle observation publiée par M. Rendu dans son recueil de leçons cliniques (1).

Deux monoplégies crurales, vous le comprenez, peuvent simuler une paraplégie, et c'est là justement ce qui est arrivé. Une paralysie se développe rapidement d'abord sur un membre inférieur, puis sur l'autre. Le malade étant tuberculeux, on diagnostiqua une méningo-myélite par tuberculose miliaire. Or le mal n'était point là, mais dans l'encéphale, sur la région du lobule paracentral des deux côtés, et c'est avec une grande satisfaction que l'on peut lire la leçon dans laquelle M. Rendu, avec une bonne foi et une sincérité toute scientifique, avoue son erreur et rétablit après l'autopsie le véritable diagnostic.

Et, à ce propos, il importe aussi de relever, comme l'a fait M. Chantemesse, que tout semble fait pour égarer un observateur non prévenu, dans le diagnostic de la tuberculose paracentrale. En effet, il est de règle que, dans cette méningite particulière, la céphalée, les vomissements, le délire, la fièvre, font habituellement défaut. Et, si, dans quelques cas rares, l'évolution est rapide, fébrile et se termine par l'état comateux, il en est d'autres plus communs où la maladie évolue chroniquement pendant des semaines, des mois, des années même.

(1) Rendu : *Leçons de clinique médicale.* Tome II, p 400, Paris, 1890.

C'est ainsi que chez notre malade elle a duré quatorze mois, et c'est encore la tuberculose pulmonaire et non la lésion encéphalique qui a déterminé l'issue fatale.

VI

Que peut-on tenter thérapeutiquement contre la lésion paracentrale tuberculeuse? Je ne parle pas des moyens banals et en général peu efficaces tels que les révulsifs; mais, en raison de la localisation étroite et bien limitée signalée par le tableau clinique, ne pourrait-on pas songer, dans quelques cas, à l'intervention chirurgicale? Si la tuberculose pulmonaire est là, bien évidente, incurable, je comprends que l'on écarte d'emblée toute intervention. Et cependant des cas particuliers peuvent se présenter : La tuberculose pulmonaire est évidente, mais non encore très avancée; le malade est atteint de crises convulsives dues à une localisation à la région paracentrale, et se rapprochant de façon à déterminer l'état de mal. Par ce fait, le malade est en danger de mort et c'est par le cerveau qu'il va succomber. L'intervention chirurgicale a toute chance d'agir efficacement en tant qu'il s'agit de découvrir la lésion et d'en extirper le produit morbide et ainsi pourra-t-on espérer prolonger la vie du malade. La phthisie, en somme, n'est pas toujours incurable, et dans tous les cas une prolongation de quelques années, un sursis, ne sont point à dédaigner.

Voici encore une autre combinaison : Les signes de l'épilepsie paracentrale sont bien marqués; on s'est assuré que ce n'est ni d'hémorrhagie, ni de ramollissement, ni de syphilis qu'il s'agit. D'autre part, les signes de phthisie pulmonaire ne sont pas très nets, l'état général est relativement bon; peut-être avons-nous affaire à de la tuberculose locale. Il me semble que l'indication est formelle de détruire, par ablation, le foyer d'où l'infection bacillaire pourra partir. Et l'intervention sera d'autant plus efficace qu'il s'agit presque toujours de plaques méningées agissant par compression et n'intéressant que peu ou pas la substance cérébrale proprement dite. Mais, peut-être avons-nous commis une erreur de diagnostic, en ce sens qu'après application du trépan nous nous trouvons en présence non de la tuberculose paracentrale, mais d'une tumeur telle qu'une hydatide ou un psammome. Rassurez-vous, le mal ne sera peut-être pas grand et nous avons quelques chances pour que l'opération soit suivie de la cessation des accidents d'épilepsie partielle relevant évidemment de la compression par la tumeur.

Vous voyez, ainsi, l'intérêt pratique qui s'attache à l'histoire des lésions de la région du lobule paracentral et en particulier des lésions tuberculeuses. Nous n'avons pas, je pense, à regretter de lui avoir accordé quelques développements.

VII

Nous voici désormais en mesure de mettre bien en lumière les particularités les plus intéressantes de l'histoire de notre pauvre malade qui a été recueillie par MM. A. Souques et J.-B. Charcot et que je vais actuellement vous faire connaître en peu de mots. C'était un homme de trente-six ans, sans antécédents héréditaires ou personnels bien remarquables. Il fut pris, il y a deux ans passés, d'une hémoptysie suivie bientôt des signes rationnels de la tuberculose pulmonaire au début. Sur ces entrefaites, le 26 janvier 1890, éclata brusquement, sans cause connue, un premier accès d'*épilepsie partielle débutant par le pied gauche.* Une heure après, survenait une deuxième crise identique à la première, puis une troisième huit jours plus tard. Et, depuis cette époque, les attaques convulsives se sont répétées une ou deux fois par mois environ. Retenez bien ce fait, qu'à l'origine, ces convulsions monoplégiques crurales ne tardaient pas à se généraliser à tout le côté gauche du corps, sans jamais atteindre les membres du côté opposé, et que le malade ne perdait connaissance qu'après avoir assisté à la généralisation des phénomènes convulsifs. Plus tard, au contraire, il ne perdait pas connaissance et assistait, terrifié, au développement des phénomènes morbides, en même temps que les accès restaient souvent limités au membre inférieur. Et, autre détail qui a bien son importance, à chaque crise survivait un peu de parésie de ce membre, mais cette faiblesse ne tardait pas à disparaître au bout de quelques jours.

Ces accidents cérébraux poursuivirent leur cours régulier, tandis que les lésions bacillaires du poumon s'étendaient progressivement et sourdement. Je dis sourdement, car elles ne préoccupaient guère le malade, qui se présentait à notre consultation, ne se plaignant que des accidents convulsifs. Et pourtant, une exploration de la poitrine pratiquée séance tenante nous révélait l'existence d'une caverne sous la clavicule droite et de lésions tuberculeuses disséminées dans les deux poumons. Il entra dans nos salles, le 21 avril, et nous pûmes dès lors assister au dernier acte de cette dramatique histoire. A son entrée, il n'y avait aucune trace de paralysie motrice dans les membres, sauf un peu de parésie au niveau du membre inférieur gauche; le bras correspondant, en particulier, avait conservé sa force musculaire. Nous notions également l'absence d'exagération des réflexes, de troubles trophiques, vaso-moteurs et de troubles objectifs de la sensibilité : le malade n'accusait que quelques tiraillements douloureux, quelques fourmillements dans le pied et la jambe du côté gauche. Son intelligence était nette et lucide ; ses divers appareils fonctionnaient régulièrement. Rien, ni céphalalgie, ni délire, ni vomissements..., rien ne trahissait la présence d'une altération cérébrale, lorsque tout à coup, sous l'influence d'une poussée granulique du côté des poumons, les événements se précipitèrent avec une rapidité foudroyante. Le 28 avril, survinrent une dizaine d'accès d'épilepsie Bravais-Jacksonienne, exclusivement localisés au membre inférieur gauche, et, le lendemain, nous constations chez notre pauvre malade une *monoplégie crurale* de ce côté. En même temps, la dyspnée croissait subitement, l'asystolie menaçait, l'œdème apparaissait aux membres inférieurs et l'état général ne tardait pas à devenir désespéré, faisant craindre une catastrophe très prochaine. En effet, les jours suivants, les crises d'épilepsie crurale se renouvelèrent, l'orthopnée devint incessante, l'asystolie permanente, la situation désespérée en un mot, et, le 6 mai, ce malheureux succombait, emporté par les progrès croissants de l'asphyxie.

Veuillez bien remarquer, je vous prie, que l'intelligence, la sensibilité, étaient restées intactes jusqu'à la fin, que les accès convulsifs étaient devenus quotidiens, et que la *monoplégie* crurale, quoique permanente, resta cependant *toujours incomplète* jusqu'à la période ultime.

Les résultats de l'autopsie devaient d'ailleurs nous donner l'explication de ces divers phénomènes. Je ne vous parlerai pas des lésions tuberculeuses disséminées dans les poumons, l'intestin, etc. ; vous en trouverez la description dans les *Bulletins de la Société anatomique* (1) ; je veux simplement appeler votre attention sur les lésions du système nerveux central. J'ai fait mettre ce cerveau sous vos yeux afin que vous puissiez juger par

(1) A. Souques et Charcot, *loc. cit.*

vous-mêmes du siège et de la nature des altérations. Vous voyez que les méninges ne renferment pas d'altérations appréciables, qu'il n'y a aucune trace de tuberculose dans le cervelet, dans le mésocéphale, dans l'hémisphère gauche. Il n'existe dans l'hémisphère droit, sain d'ailleurs, à l'œil nu, dans tous ses autres points, qu'*une seule lésion bien circonscrite*, occupant la *région paracentrale*. En ce point, la dure-mère, la pie-mère et les circonvolutions sous-jacentes, sont intimement unies. La dure-mère seule se laisse détacher et permet d'apercevoir une tumeur arrondie, dure, du volume d'une grosse noix, qui recouvre, comme vous voyez, sur la face externe de l'hémisphère, l'extrémité supérieure du sillon de Rolando, la portion adjacente des deux circonvolutions frontale et pariétale et, sur la face interne, la presque totalité du lobule paracentral proprement dit, en un mot, d'une manière très exacte, toute l'étendue de la région paracentrale. Une section, pratiquée suivant le sillon de Rolando, coupe cette tumeur en deux portions à peu près égales qui s'énucléent pour ainsi dire spontanément et laissent voir une dépression, sorte de loge, de cavité creusée aux dépens des circonvolutions paracentrales. En ce point la substance grise est détruite, surtout par compression, mais cette destruction n'atteint point, à l'œil nu, la substance blanche sous-jacente. Une préparation faite avec le raclage d'un fragment de cette tumeur et traitée par les procédés habituels nous a décelé la présence de bacilles de Koch. J'ajouterai que la moelle, sectionnée de distance en distance, paraît saine macroscopiquement, mais un examen microscopique extemporané nous a montré la présence de quelques corps granuleux au niveau du faisceau pyramidal gauche, comme s'il y avait déjà une ébauche de dégénération descendante (1).

Encore un mot, avant de terminer. Les résultats si nets de l'autopsie justifient et expliquent les symptômes observés pendant la vie. La confrontation est parfaite à tous égards et peut se passer de commentaires, la relation de cause à effet facile à établir et conforme de tous points à nos connaissances sur le rôle des centres moteurs : Un aggloméré tuberculeux se forme, au niveau de la région paracentrale, constitué par la confluence de granulations primitivement situées dans l'épaisseur de la pie-mère. Cet aggloméré étroitement localisé aboutit ainsi à la constitution d'une tumeur volumineuse qui détruit superficiellement, en la comprimant, la substance des circonvolutions parencentrales. Donc, par sa localisation, le tuberculome explique le début constant par la jambe gauche des phénomènes convulsifs et leur limitation à ce membre et, par sa situation méningée, la persistance de ces phénomènes jusqu'à la mort ainsi que l'apparition tardive d'une monoparésie crurale.

Tel est, en résumé, le cas que je voulais étudier avec vous ; outre l'intérêt qu'il présente en lui-même, il vient apporter, en raison de la régularité de l'observation clinique et de la limitation étroite de l'unique lésion nécroscopique, un appoint fort sérieux à la doctrine de la localisation cérébrale des mouvements du membre inférieur au niveau de la région du lobule paracentral (2).

J. M. Charcot.

(1) Des coupes méthodiques, après durcissement, ont confirmé l'existence d'une dégénération du faisceau pyramidal, du côté gauche, sur toute la longueur de la moelle.
(Note du 27 juin 1891. A. S. et J.-B. Ch.).

(2) Leçon du 12 mai 1891 recueillie par MM. A. Souques et J.-B. Charcot, internes du service.

TRAVAUX ORIGINAUX

Pneumonie et infection purulente,

par M. le P. Dr Couteaud, médecin de 1re classe de la marine.

La pneumonie a été longtemps regardée comme le type le plus pur de la phlegmasie franche. Chomel avait bien signalé en 1813, dans le décours de cette affection, la possibilité de complications faisant soupçonner une origine infectieuse ; mais la rareté de ces faits, la toute-puissance de la doctrine de l'anatomo-pathologie, empêchèrent longtemps le public médical de voir dans la pneumonie autre chose qu'une maladie locale. L'observation plus précise des faits, les progrès de la bactériologie, ont changé depuis peu le cours de ces idées. La théorie de la pneumonie considérée comme maladie générale, parfois comme infectieuse, a maintenant acquis droit de cité à Paris, après avoir émigré de Montpellier en Allemagne. Rien ne milite plus, à mon sens, en faveur de cette théorie, que la possibilité de voir la pneumonie se compliquer d'infection purulente.

Les exemples de ce genre sont exceptionnels, et les auteurs qui les ont mentionnés en ont le plus souvent méconnu la nature ; leur histoire est d'ailleurs étroitement liée à celle des *pyohémies médicales* ou *spontanées* qui, depuis Tissier (1842), a donné lieu à tant de controverses, et n'ont été véritablement acceptées comme entités morbides que dans ces dernières années.

J'ai eu quelque peine à relever dans la littérature médicale trente observations de pneumonies avec suppurations extrinsèques au poumon. Fournez, le premier en France, a relaté en 1839 (1) l'observation d'un malade qui présenta au décours d'une pneumonie un érysipèle du tronc et des membres et de nombreuses arthrites dont quelques-unes suppurées. Parise, en 1840 (2), rapporte l'observation d'un homme pris, à la suite d'une pneumonie, d'un rhumatisme articulaire des épaules et d'un genou, avec phlegmon du bras et nécrose de la tête de l'humérus.

En 1841, Grisolle (3) écrit ces quelques lignes : « Les anciens avaient parlé des abcès se formant au déclin ou dans le cours de la pneumonie, dans divers points du corps, spécialement aux jambes, aux hypochondres, parfois aussi dans les organes intérieurs ; ce sont là bien plutôt des complications que des crises, elles sont d'ailleurs rares et sans liaison manifeste avec la pneumonie. »

Andral (4) signale en 1850 un cas de pneumonie suivie, dans la période de convalescence, d'une arthrite purulente des deux articulations de l'épaule et du coude.

Gintrac (5) publie en 1854 une observation analogue.

La même année, Duval (6) mentionne, au déclin de la pneumonie, l'inflammation de quelques bourses séreuses, notamment celles qui répondent à l'insertion inférieure du grand droit de l'abdomen ; complication observée, dit Bouley, dans la pneumonie du cheval.

En 1860 paraît une nouvelle observation de pneumonie terminée par un abcès lombaire (7).

Un peu plus tard, Griesinger (8), devant des cas de ce genre, n'hésite pas à prononcer le mot de pyohémie. « ..... On a vu quatre cas de pyohémie à la fin de la

(1) *Gazette médicale de Paris*.
(2) *Bulletin de la Société anatomique*.
(3) *Traité de la pneumonie*.
(4) *Acad. de méd.*, 6 août 1850.
(5) *Gaz. des hôp.*, 1854.
(6) *Gaz. des hôp.*, 1854.
(7) Brandicourt (*Gaz. méd.*, 1860)
(8) *Gesammelte Abhandl.*, Band II.

pneumonie..... trois de ces cas sont morts dans l'espace de 14 jours. »

Bæckel (1) observe à Strasbourg, en 1872, deux faits du même ordre.

Kuessner publie en 1865 une observation semblable (2).

Lépine, dans le remarquable article qu'il a consacré à la pneumonie (3) en 1880, considère l'infection purulente comme une complication possible, mais extrêmement rare.

Jeannel (4) (1880) révoque en doute l'authenticité de cette complication de la pneumonie. La même année Perret (5) admet l'existence de la pyohémie spontanée, tandis que Chauvel (6), sans la nier expressément, la « sépare nettement de la pyohémie classique, externe, traumatique, dont elle n'offre ni la virulence ni la contagiosité. »

Bourcy, dans une thèse remarquée (7) mentionne en 1883 deux observations nouvelles, l'une de Bouchard, l'autre de Doléris; mais il a peine à admettre la piohémie « ... pour les cas d'arthropathies précoces survenant avant l'établissement de la suppuration pulmonaire... »

Deux ans après, Massalongo (8) décrivait l'intéressante épidémie de pneumonies de Trenago, dans le cours de laquelle il vit survenir quatre fois des arthrites consécutives. Lui aussi se refuse à prononcer le mot d'infection purulente, auquel il préfère, comme Bourcy, celui d'infection pneumonique.

L'année 1886 marque une étape nouvelle de la question qui est enfin résolue dans son véritable sens. Jaccoud (9) cite deux cas qu'il n'hésite pas à qualifier d'infection purulente en leur donnant la consécration de l'examen bactériologique qui décèle les microbes de l'infection purulente.

Perlis (10), l'année suivante, adopte pleinement cette opinion, à l'appui de laquelle il donne deux faits nouveaux observés à Leipsick.

Dans le dernier travail d'ensemble publié sur la pneumonie, Barth (11) accepte la possibilité de l'infection purulente au décours de cette affection, comme une vérité définitivement acquise à la science. « ... La pyohémie, dit-il, peut se traduire par ses manifestations habituelles, et donner lieu à la formation d'abcès métastatiques multiples.

Le plus récent traité de pathologie interne, par Eichorst (12), exprime la même opinion.

Depuis lors, deux cas de suppurations consécutives à la pneumonie ont été publiés en France; le premier est dû à M. Renault (13), le second à M. G. Marchand (14), l'un et l'autre appuyés sur des constatations bactériologiques. »

Nous avons rapporté ci-après deux observations inédites, recueillies dans le service de la clinique chirurgicale de M. le médecin en chef Rouvier, à l'hôpital maritime de Toulon :

Observation I. — *Pleuro-pneumonie, phlegmon diffus du pied et de la jambe.*

Le capitaine D..., âgé de 39 ans, ayant fait plusieurs séjours dans les colonies, est envoyé à l'hôpital le 9 juillet 1890, avec le diagnostic « Pleurésie à gauche, point diaphragmatique. »

Cet officier, trois jours auparavant, avait été pris, au réveil, d'un malaise général, de vomissements, frissons et fièvre. Le jour de son entrée, la fièvre est très forte, la température axillaire marque 40°,3 le soir; le malade se plaint tout particulièrement d'une douleur très vive à la base de l'hémithorax gauche (bouton diaphragmatique) avec irradiations à droite et vers les scalènes; la douleur s'exaspère à chaque inspiration et cède seulement à une injection de morphine. Toux fréquente, dyspnée.

10 *juillet*. — Le malade a dormi, mais les douleurs thoraciques ne tardent pas à renaître avec l'intensité de la veille. Sueurs abondantes. Temp. : m. 38°,9; s. 38°,7. L'auscultation de la poitrine révèle un léger frottement à la base et du souffle bronchique. Toux fréquente, expectoration de crachats visqueux très adhérents. Langue saburrale, constipation.

11 *juillet*. — Nuit mauvaise, cauchemars, agitation. Temp. m. 38°,2; s. 38°,3. Expectoration abondante de crachats d'abord striés de sang, puis nettement rouillés. Râles crépitants dans toute l'étendue arrière du poumon gauche.

12 *juillet*. — Nuit très agitée, hallucinations, délire ambulant. Temp. m. 37°,7; s. 40°,4. L'inflammation s'étend au poumon droit. Le soir, oppression marquée, excitation, délire; souffle bronchique à droite, râles sous-crépitants fins.

13 *juillet*. — L'agitation s'est calmée. Un peu d'engouement à la base du poumon droit. Persistance du souffle et des râles sous-crépitants à gauche. Temp. m. 37°,5; s. 40°,3.

14 *juillet*. — Le calme continue. Etat général meilleur. Temp. m. 38°,2; s. 39°,7.

15 *juillet*. — Toux moindre, expectoration muqueuse abondante; nombreux râles sous-crépitants fins dans les deux poumons. Temp. m. 38°,1; s. 38°,9. Ce jour-là, on remarque un peu de rougeur au niveau de la malléole externe du pied droit qui est douloureux spontanément et à la pression.

Les jours suivants, la température se maintient toujours élevée, surtout le soir. L'état de la poitrine s'améliore, mais les progrès sont lents.

Le 19 *juillet* on constate un gonflement œdémateux et douloureux de la jambe et du pied. Temp. m. 38°,9; s. 39°,9. M. le médecin en chef Rouvier pratique au bistouri trois incisions : deux au niveau de la face dorsale du pied qui donnent issue à du pus séreux; une autre, derrière la malléole externe qui laisse écouler du sang veineux. C'est le début d'un *phlegmon diffus* du pied. Deux jours après, nouvelle incision derrière la malléole externe, donnant issue à du pus collecté.

23 *juillet*. — Les incisions laissent écouler peu de jus; diminution notable du gonflement du pied. Temp., m. 37°7; s. 38°1. Râles muqueux dans les deux poumons.

Le 1er août, on incise une collection purulente au niveau de la malléole interne. Le lendemain, on fait, au niveau de la face externe du tiers inférieur de la jambe, une incision au bistouri qui communique par des drains avec les deux incisions sus et sous-malléolaires. Temp., m. 38°9; s. 38°4. — A partir du 4 août, plus de fièvre, la respiration se fait librement, les forces reviennent; la suppuration diminue, mais les plaies ne se cicatrisent que le 26 septembre. Ce jour-là seulement le malade peut se promener avec des béquilles.

19 *octobre*. — A la suite d'une marche trop prolongée, les plaies qui étaient entièrement cicatrisées se sont rouvertes; elles donnent un suintement qui n'est absolument tari que dans les premiers jours de novembre. — Le malade sort guéri le 27 décembre 1890, après un séjour de près de six mois à l'hôpital.

Dans cette observation, la chronologie des accidents morbides a été la suivante : Pleurésie diaphragmatique gauche, pneumonie gauche, congestion pulmonaire droite, phlegmon diffus du pied droit et de la jambe droite survenu neuf jours après le frisson initial. Une lacune existe malheureusement : l'examen bactériologique n'a pas été pratiqué.

Observation II. — *Pneumonie, phlegmons multiples consécutifs.*

P... Hippolyte, âgé de 20 ans, d'une excellente santé habituelle, appartenant à cette élite de marins dont on fait les canonniers, était embarqué depuis 5 mois sur le vaisseau *la*

(1) Bæckel. *Gaz. méd. de Strasbourg*, 1872.
(2) Reproduite par Perlis, *in* Thèse Paris, 1887.
(3) *Dict. de méd. et de chir. pratiques*, Art. « Pneumonie ».
(4) *De l'infection purulente*. Paris, 1880.
(5) Thèse d'agrégation. 1880.
(6) *Dictionnaire enc. des sc. méd.*, Art. « Septicémie ».
(7) *Déterminations articulaires des maladies infectieuses*. Paris, 1883.
(8) *Arch. génér. de médecine*, 1885.
(9) *Acad. de méd.*, 1886.
(10) Thèse de Paris, 1887.
(11) *Dict. encycl. des sc. méd.* Article « Pneumonie », 1888.
(12) Eichhorst. *Traité de pathologie interne*, 1889.
(13) *Gaz. des hôp.*, 1889, page 682.
(14) *Gaz. des hôp.*, 1891, Congrès de chirurgie. Thyroïdite suppurée consécutive à une pneumonie.

Couronne. Vers le 24 février 1891, il éprouva un refroidissement à la suite duquel il ressentit une grande fatigue, des frissons, de la fièvre, de la céphalalgie, de l'oppression, de la toux et un point de côté à droite. Ces symptômes s'accentuèrent rapidement, et la présence de crachats rouillés le 1er mars permit d'établir le diagnostic : Pneumonie à droite. La maladie évoluait franchement pendant la première semaine de mars, quand se manifestèrent les premiers signes d'une inflammation du tissu cellulaire de la jambe droite. Le 6 mars, le médecin traitant observait de la rougeur diffuse avec un léger empâtement dans le mollet droit et de la chaleur locale ; le 9 mars il constatait un œdème de toute la jambe, et, par une incision profonde, il donnait issue à une notable quantité de pus phlegmoneux colligé entre le triceps sural et les muscles de la région postérieure et profonde de la jambe droite. Presque en même temps, notre confrère remarquait et ouvrait au bistouri une collection purulente siégeant sur le bord droit du sternum, vers l'articulation de la 4e côte. Le malade se plaignait en outre de la gorge ; il s'agissait d'une amygdalite phlegmoneuse, avec dysphagie et tuméfaction des ganglions sous-maxillaires, qui se terminait le 12 mars par une expulsion de pus sanguinolent. A ce moment l'état général du malade était grave ; la fièvre qui ne l'avait jamais quitté présentait une exacerbation très marquée, l'adynamie était manifeste, mais en aucun moment on n'avait observé du délire, et, quand le 13 mars on évacua le malade sur l'hôpital maritime de Toulon, le billet d'entrée mentionnait que l'intelligence était restée nette.

Piton fut envoyé dans le service de la clinique chirurgicale de M. le médecin en chef Rouvier, sous la rubrique : Phlegmon de la jambe. A ce moment, l'état local semblait l'emporter en gravité sur l'état général qui était loin cependant d'être brillant : facies terreux, abattement, pouls fréquent, température axillaire de 39°9 le matin et de 40°4 le soir. L'examen de la poitrine montrait de nombreux râles muqueux disséminés dans le poumon droit ; expectoration de quelques crachats sanguinolents, toux fréquente, dyspnée.

Le 14 mars, l'exploration de la jambe montre un décollement de toute la partie interne s'étendant jusqu'à 3 centimètres de l'extrémité supérieure du tibia. M. Rouvier pratique quatre grandes incisions qui ne donnent issue qu'à fort peu de pus, par suite du sphacèle du tissu cellulaire. Il incise également un abcès, nouvellement formé sur le bord droit du sternum, qui donne issue à une grande quantité de pus crémeux. Temp., m. 38°8 ; s. 40°2.

Les jours suivants, la température se maintient entre 38° et 39°8 ; les lavages pratiqués montrent la communication de toutes les plaies de la jambe ; très peu de suppuration, des débris de tissu cellulaire sphacélé sortent avec le liquide de l'injection.

Le 21 mars, le malade accuse un violent point de côté à gauche ; oppression, toux, fièvre : Temp., m. 38°1 ; s. 39°8 ; il s'agit d'une congestion légère et limitée du poumon gauche.

Le 24 mars, la fièvre tombe complètement, l'état général est assez satisfaisant ; les forces et l'appétit reviennent. Quant aux plaies, elles suppurent peu et ont assez bon aspect.

Le 25 mars, la fièvre réapparaît ; 38°,3 le soir. Le lendemain, on note 38°,5 le soir ; le malade accuse une douleur assez vive à la face plantaire du pied gauche. C'est le début d'un abcès qui est ouvert au bistouri le 29 mars, et qui laisse échapper un pus crémeux.

A dater de ce moment, la fièvre tomba pour ne plus revenir, et l'amélioration générale ne cessa de s'accentuer. Le 5 avril les plaies de la jambe étaient cicatrisées ; l'abcès voisin du sternum ne fut définitivement fermé qu'au milieu du mois de mai.

En résumé, la chronologie des accidents a été la suivante : pneumonie droite, amygdalite phlegmoneuse, phlegmon diffus de la jambe droite 11 jours après le frisson initial, deux abcès para-sternaux, congestion pulmonaire gauche, un abcès plantaire gauche.

L'examen bactériologique du pus prélevé sur un des abcès m'a montré des staphylocoques pyogènes, mais point de streptocoques ou de pneumocoques ; peut-être de plus nombreux examens m'eussent-ils permis de reconnaître la présence de ces derniers.

Ces faits d'infection purulente, au cours de la pneumonie, méritent d'être rapportés ; je pense qu'on les verra dorénavant se multiplier dans la littérature médicale, d'abord parce que l'attention est attirée sur eux, ensuite parce qu'ils seront relativement plus fréquents que les cas de pyohémie chirurgicale, dont l'antisepsie a amené la disparition des services chirurgicaux.

Pourquoi beaucoup de médecins répugnent-ils à l'idée d'admettre l'infection purulente d'origine médicale ? La raison en est que pour eux ce mot effrayant comporte un pronostic fatal, bien qu'il existe des faits positifs mais rares de guérison. En outre, un médecin peut être dérouté par ce drame clinique qui se déroule pour ainsi dire *au rebours*, car dans l'infection purulente ordinaire, ce sont les plaies qui commencent et les viscères qui finissent la scène.

Il est bien évident, cependant, qu'il s'agit ici d'une *septicémie*, en employant ce mot dans son sens le plus large, au même titre qu'une septicémie puerpérale. Et si on l'observe très rarement dans la pneumonie, peut-être la cause en est-elle due à la mort qui ne laisse pas aux agents de la suppuration le temps d'opérer leur migration. D'ailleurs pourquoi ne pas admettre avec Lasègue (1) qu'il existe des pyohémies *atténuées*, « à lente évolution, à petit fracas » ? Citons à ce sujet ces quelques lignes du grand clinicien : « Si les arthrites des services de chirurgie sont le plus souvent déterminées par des infections purulentes d'une extrême gravité, ne peut-on pas soupçonner, comme causes de nos arthrites médicales, des pyohémies d'intensité moindre, des pyohémies atténuées, des pyohémies au petit pied ? » Cette opinion a été reprise récemment et soutenue avec talent par M. Marfan (2) dont les idées peuvent se résumer ainsi : « Ces pyohémies atténuées sont le plus souvent des infections secondaires se surajoutant à une infection primordiale, telle que la scarlatine, la variole, la blennorrhagie, la pneumonie. »

Cette théorie est d'autant plus probante qu'on examine les faits à la lumière de la bactériologie. Dans les quatre observations suivies d'examen bactériologique publiées jusqu'à ce jour en France, une seule a mentionné la présence exclusive du pneumocoque de Talamon et Frænkel dans le pus des abcès des membres (3).

A l'étranger, Orthmann et Samter ont rapporté un cas analogue. Les trois autres observations mentionnent la présence des staphylocoques seuls ou associés aux streptocoques. Ces constatations sont conformes avec l'époque ordinairement tardive où on observe les abcès métastatiques, ceux-ci étant le plus souvent contemporains de la période de suppuration du poumon. Or, une pneumonie avec un poumon qui suppure est une *pneumonie septique*, avec toutes les suites possibles de la septicémie, c'est-à-dire la diffusion au loin des agents de la suppuration, tout comme dans une septicémie puerpérale.

Cependant, pour qu'une infection purulente se déclare, point n'est besoin que du pus préexiste quelque part dans l'organisme. Il est aujourd'hui bien établi que les staphylocoques et les streptocoques ne sont pas les seuls agents de la suppuration ; le bacille d'Eberth, celui du côlon (qui n'est peut-être que le précédent en état métamorphique) (4), le pneumocoque de Talamon et Fraenkel, peuvent seuls ou associés aux staphylocoques et aux streptocoques, produire du pus dans tous les organes. Cette raison suffit à expliquer pourquoi les suppurations extrinsèques au poumon peuvent se montrer à toutes les périodes de la pneumonie, les pneumocoques pouvant à tout moment être entraînés dans la circula-

(1) *Etudes médicales*, Tome II.
(2) *Gaz. des hôp.* 1888.
(3) *Observation de thyroïdite suppurée consécutive à une pneumonie.* G. MARCHAND. Congrès de chirurgie 1891.
(4) Travaux de G. Roux et Rodet. *Lyon médical*, 1890.

tion. Grisolle citait en 1841 quatre cas d'arthrites consécutives à des pneumonies, survenant au début même ou au deuxième et au troisième degré de la pneumonie.

On a fréquemment observé des otorrhées graves, surtout chez les enfants, succédant à la pneumonie. Ces otites seraient dues, selon Netter, à la présence du pneumocoque introduit par le pharynx dans la trompe d'Eustache et la caisse du tympan. Les méningites qui surviennent au déclin de la pneumonie (1) sont bien souvent dues aux pneumocoques. Ces mêmes agents, on les incrimine comme cause des épanchements *métapneumoniques*, consécutifs à la pneumonie. Bref, on peut dire que le pneumocoque joue dans les abcès de la pneumonie le même rôle que le bacille d'Eberth dans les abcès consécutifs à la fièvre typhoïde; il peut faire du pus en dehors du poumon aux périodes d'engouement et d'hépatisation rouge, où il est l'hôte habituel du parenchyme pulmonaire. En dehors de ces périodes, la suppuration est l'œuvre des microbes pyogènes; on observe alors cette pneumonie à streptocoques, bien étudiée par Finkler (2) qui la considère, peut-être avec raison, comme le véritable *érysipèle du poumon*.

Les pneumonies qui se compliquent d'infection purulente sont en général infectieuses. Dans les observations on signale souvent une teinte subictérique, de l'agitation, du délire, de l'adynamie, de l'œdème de la face, des urines fortement albumineuses, une convalescence extrêmement longue; les nécropsies mentionnent l'hypertrophie du foie et de la rate qui peut être diffluente. Dans les deux observations que nous relatons, la fluxion pulmonaire a fini par envahir les deux poumons. Dans plusieurs observations suivies d'autopsie que j'ai pu lire, la pneumonie était double; je me demande si la bilatéralité de la flexion n'est pas une étape nécessaire de la pneumonie pyogène.

Sa malignité est comparable à celle de la fièvre typhoïde grave dont les complications sont presque analogues; elle peut être épidémique et contagieuse. On peut l'observer à tous les âges, puisque Massalongo en a vu un exemple sur un enfant de 5 ans; ce dernier fait suffirait à faire rejeter l'hypothèse de l'alcoolisme considéré par Perlis comme un adjuvant nécessaire.

Les suppurations sont généralement tardives comme dans la fièvre typhoïde. Les articulations, le tissu cellulaire, les bourses séreuses, les méninges, les plèvres, le péricarde, la glande thyroïde, les parotides, les amygdales, sont le siège le plus ordinaire de la suppuration; dans un cas on a mentionné une eschare au sacrum.

Le pronostic de la pneumonie pyogène est grave, mais moins que celui de l'infection purulente chirurgicale. D'un autre côté, il faut distinguer : si on appelle infection purulente la moindre suppuration survenant au cours de la pneumonie, le fait étant assez fréquent sans être banal, il s'ensuit que le pronostic deviendrait relativement peu grave, car la pyohémie peut s'atténuer au point de ne se traduire que par un simple panaris ou une otorrhée; si, d'autre part, on réserve le nom d'infection purulente aux seuls cas de pyohémie pneumonique suivis de mort, le pronostic devient alors effrayant. Il y a donc, je crois, entre ces deux extrêmes, une moyenne à prendre, difficile à taxer, mais très susceptible d'une appréciation clinique : la multiplicité des abcès et une certaine gravité de l'état général, telles devront être les bases du diagnostic de l'infection purulente. D'un autre côté, la méningite qui complique la pneumonie, n'éveille, en raison de sa gravité toute spéciale, que très indirectement l'idée de pyohémie; ce mot ne doit donc s'appliquer qu'aux suppurations multiples, *extrinsèques* au poumon, et *manifestes*.

Les 30 cas de pneumonie pyogène que j'ai pu relever ont présenté 17 morts et 13 guérisons; cela ferait 56,6 0/0 de mortalité. Elle constitue donc une forme grave, mais nullement fatale de la pyohémie médicale.

(1) *Méningites microbiennes*, par Adenot. *Gaz. Hôp.*, 1890.

(2) *Gaz. hebd.*, 1889. A rapprocher de l'ancienne théorie de l'herpès du poumon.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

De l'influence des centres trophiques de la moelle sur la distribution topographique de certaines névrites toxiques, par Brissaud (*Archives de neurologie*, 1891, n° 62, p. 161). — A l'occasion d'un malade atteint de paraplégie alcoolique à type de flexion, chez qui survint un zona localisé dans la région des branches du plexus lombo-sacré, l'auteur, après avoir rappelé, d'une part les signes différentiels du tabès et de la paralysie alcoolique, d'autre part les relations qui unissent entre elles les diverses névrites toxiques, pense que beaucoup de ces névrites pourraient être légitimement rapportées à une lésion tout au moins dynamique des centres nerveux.

Scléroses combinées irrégulières de la moelle (A group of cases of system scleroses of the spinal cord, associated with diffuse collateral degeneration; occuring in enfeebled persons past middle life, and especially in women; studied with particular reference to etiology), par J. Putnam (*The Journal of nervous and mental diseases*, février 1891, n° 2, p. 69). — L'auteur rapporte 8 cas, dont 4 avec autopsie, d'affections chroniques de la moelle à évolution irrégulière, survenus, dans la plupart des cas, chez des femmes d'une trentaine d'années. La symptomatologie a consisté principalement en faiblesse des membres, avec anesthésie irrégulière et légère incoordination des mouvements. A l'autopsie on a trouvé de la sclérose occupant surtout les faisceaux postérieurs, et gagnant en outre les faisceaux latéraux et même les faisceaux antérieurs; dans certains cas la substance grise était intéressée. On a même trouvé dans deux cas une déformation très prononcée de la moelle épinière. Il est à remarquer que la sclérose des cordons antéro-latéraux était d'origine plus récente que celle des postérieurs, et ressemble plus à de la dégénération qu'à de l'inflammation. Les racines et les nerfs périphériques sont modérément dégénérés. L'étiologie résiderait dans le surmenage et diverses intoxications (plomb, arsenic, etc.). En somme, l'auteur range ces cas parmi les scléroses d'origine toxique.

Les neurasthénies psychiques, par Régis (*Journal de médecine de Bordeaux*, 1891, nos 36, 37 et 38, p. 385, 397 et 409). — L'auteur décrit sous ce titre, en les rattachant par conséquent à la neurasthénie, la plupart de ces obsessions émotives étudiées en particulier par Charcot et Magnan, et rattachées par ces auteurs à la dégénérescence héréditaire dont elles constitueraient des syndromes épisodiques. Ces obsessions auraient, il est vrai, selon cette doctrine, des rapports étroits avec la dégénérescence, mais seulement indirectement et par l'intermédiaire de la neurasthénie, lorsque celle-ci est de nature dégénérative. La conception de M. Régis, qui n'est étayée d'aucun argument d'ordre psychologique ou clinique, nous paraît plutôt apte à jeter de la confusion qu'à éclairer la question de la neurasthénie; il est de fait, en tout cas, que nombre d'obsédés conscients ne présentent aucun signe de neurasthénie, de même que réciproquement une grande majorité de neurasthéniques ne souffrent pas d'obsessions. Les syndromes en question, en dernier lieu, se sont montrés associés à la plupart des neuropathies dégénératives, hystérie, tabès, épilepsie, dont il ne nous paraîtrait pas plus légitime de les faire dépendre, puisqu'en somme cette association est la seule raison qu'ait invoquée M. Régis à l'appui de sa théorie. A l'occasion de l'astasie-abasie, l'auteur différencie très légitimement ce syndrome, à l'encontre de Buiswanger, Hammond, des obsessions anxieuses en question et particulièrement de l'ananastasie et de l'ananabasie qu'il a lui-même décrites.

Aphasie motrice avec perte de la lecture mentale, par l'ARIBOT (*Revue médicale de l'Est*, 1er mai 1891, n° 9, p. 257).— Femme de 71 ans, atteinte d'hémiplégie droite à la suite d'une attaque apoplectiforme. La malade a perdu presque entièrement la faculté du langage articulé, dont elle n'a conservé que quelques mots. Elle comprend ce qu'on lui dit (pas de surdité verbale); elle reconnaît les objets qu'on lui désigne (pas de cécité psychique). Elle reconnaît les lettres de l'écriture (pas de cécité littérale), mais ne peut désigner les mots écrits lorsqu'on le lui demande, ni exécuter les ordres qu'on lui intime par écrit. Toutefois elle reconnaît les quelques mots écrits, qu'elle a conservé la faculté d'articuler. La parésie de la main ne permet pas de se rendre compte si la malade sait encore écrire. Mort de pneumonie. A l'autopsie, ramollissement occupant dans l'hémisphère gauche : le 1/3 inférieur de la partie antérieure de la pariétale ascendante, le 1/5 inférieur de la frontale ascendante, la réunion de ces deux circonvolutions à leur extrémité inférieure, le pied de la 3e circonvolution frontale. L'auteur conclut qu'il s'est agi dans ce cas d'un sujet *moteur d'articulation*, qui présenta de la cécité verbale malgré l'intégrité du centre visuel, en raison de la dépendance qui existait chez elle de ce dernier centre vis-à-vis celui de Broca.

Contribution à l'étude de la sclérose cérébrale, par CHASLIN (*Archives de médecine expérimentale*, 1er mai 1891, n° 3, p. 307). — L'auteur revient sur la description qu'il a déjà faite des lésions névrogliques de l'écorce dans l'épilepsie, et la complète. Il émet l'opinion que la prolifération névroglique, qu'il propose d'appeler gliose, est sous la dépendance d'un vice congénital. Cette altération serait primitive et voisine de la formation gliomateuse. Il indique enfin une classification schématique des scléroses cérébrales.

Un cas de paramyoclonus multiplex, par BOULAY (*Gazette des hôpitaux*, 28 avril 1891, n° 50, p. 465). — Observation très caractéristique de paramyoclonus ayant apparu, il y a un an et demi, et procédant par accès, qui présente cette particularité qu'il existe une atrophie très marquée du membre inférieur gauche.

MÉDECINE

Rétrécissement du duodénum et ectasie gastrique (Magenerweiterung nach Duodenalstenose), par HOCHHAUS (*Berl. kl. Wochensch.*, avril 1891, n° 17, p. 409). — Après avoir rappelé les observations de Leichtenstern, Cahn, Riegel, Mesini, l'auteur ajoute trois faits personnels qui contribuent à apporter quelque lumière dans ce point de pathologie. Presque toujours l'affection se développe à la suite d'angiocholite ou de cholécystite, avec péritonite, brides, adhérences, etc. Ou bien il s'agit d'une fistule cholé-intestinale, spécialement dans la lithiase, ou enfin d'une obstruction duodénale par un gros cholélithe. Lorsque la sténose duodénale siège au-dessus de l'ampoule de Vater, les symptômes se confondent avec ceux du rétrécissement pylorique. Quand elle occupe la fin du duodénum, à la dilatation de l'estomac s'ajoutent quelques signes particuliers : vomissements bilieux tenaces, alternatives d'un chimisme gastrique satisfaisant avec des phases d'anachlorhydrie et d'apepsie (action neutralisante produite sur le suc gastrique par le reflux de la bile et du suc intestinal), enfin possibilité d'observer des vomissements abondants (sans nouvelle ingestion) peu de temps après un pompage gastrique parfait. Dans les deux dernières observations de l'auteur, cet ensemble et de plus la notion d'une affection biliaire antérieure ont permis de porter pendant la vie un diagnostic positif que l'autopsie venait confirmer de tous points.

Injections intra-veineuses d'eau salée dans les anémies aiguës (Ueber intravenœse Kochsalzinfusionen bei acuten Anæmieen), par H. THOMSON (*Deuts. medic. Wochenschr.*, 7 mai 1891, p. 642). — L'auteur a employé à plusieurs reprises l'eau salée en injections intra-veineuses dans des cas d'anémie rapide, à la suite par exemple d'hémorrhagies utérines. Ces injections n'ont pas toujours sauvé les malades, mais souvent elles ont amené des guérisons inespérées. La méthode intra-veineuse est préférable à la voie rectale ou péritonéale, elle est plus rapide et moins dangereuse. On prépare la veine comme pour la transfusion et on injecte lentement en une fois un litre 1/2 d'eau salée à 0,6 0/0, alcalinisée par 2 gouttes de lessive de soude pour un litre. Les instruments, irrigateur, canule et trocart doivent être soigneusement stérilisés. Ces injections ne déterminent aucun accident, elles relèvent le pouls, raniment la vitalité et permettent de gagner du temps, ce qui est si précieux dans les cas de grandes hémorrhagies.

Influence comparative des produits solubles de la putréfaction et des toxines de la tuberculose sur l'évolution de la tuberculose expérimentale, (Uber die vergleichende Wirkung der Faülnissproducte und der Toxine von Tuberkelbacillen und ihren Einfluss auf den Verlauf der experimentellhervorgerufenen Tuberculose bei Thieren), par MM. KOSTURIN et KRAINSKY (*Berlin. klin. Wochen.*, 25 mai, 1er et 8 juin 1891, p. 509). — Les auteurs font une communication préalable, se proposant de revenir en détail sur l'action des toxines tuberculeuses. Ils pensent que l'immunité contre une maladie infectieuse ne peut être acquise que par l'accumulation dans l'organisme de certains produits microbiens. Ces produits doivent être extraits des tissus ou liquides tuberculeux. Chez l'homme, on ne peut s'adresser qu'aux crachats. Mais ceux-ci contiennent en même temps d'autres agents pathogènes que ceux de la tuberculose. Aussi les auteurs ont-ils dû rechercher d'une façon précise quelle est l'action des toxines de la putréfaction sur l'évolution de la tuberculose.

Or ils ont trouvé que ces toxines, de même que celles de la tuberculose, injectées, sous forme d'extrait aqueux et non alcoolique, de crachats par exemple, amenaient tout d'abord une élévation de température. Répétées, ces injections semblaient ralentir la marche de la tuberculose, limiter les foyers et hâter la caséification.

Les expériences sont encore peu nombreuses et incomplètes, aussi faut-il attendre une nouvelle communication des auteurs pour connaître leurs idées au sujet de l'action des toxines retirées des crachats.

CHIRURGIE

Ethérisation locale dans les hernies étranglées (Ueber die locale Ætherisation bei eingeklemmten Hernien), W. FINKELSTEIN (*Berl. klin. Wochenschr.* 1891 n° 20 p. 494). — L'auteur recommande l'application locale d'éther dans les hernies étranglées. Toutes les 10 ou 15 minutes, on verse, sur l'anneau constricteur et la tumeur, 1 à 2 cuillerées à bouche d'éther, et on continue (ordinairement 1 à 3 heures) tant que la tumeur ne commence pas à diminuer et à devenir moins tendue. A ce moment, il suffit de pratiquer le taxis très léger pour voir la tumeur se réduire avec la plus grande facilité, quelquefois même elle se réduit spontanément. Pour garantir contre les brûlures, on enduit d'huile d'olive le bas-ventre, les parties génitales, les cuisses et on protège la vulve et l'anus par des tampons d'ouate.

La première statistique publiée par l'auteur en 1873 portait sur 63 hernies étranglées : sur ce nombre 5 furent réduites par le taxis, 54 par l'éthérisation locale : sur 4 malades chez lesquels l'éthérisation échoua, 2 furent opérés et deux moururent n'ayant pas voulu se soumettre à l'opération.

La seconde statistique publiée en 1884 portait sur 6 cas de hernie étranglée; l'auteur a eu 5 succès et un insuccès. Enfin dans la dernière statistique que l'auteur nous rapporte, il a eu 12 succès sur 12 cas de hernie étranglée.

Le procédé de Finkelstein a été essayé par Kranowski (2 cas avec succès), Koch (5 cas avec 4 succès), Rossacha (2 cas avec succès) Praebsting (1 cas avec succès).

Absorption du catgut (*Contributo allo studio del reassorbimento del catgut*), par LATIS (*La Riforma medica*, 18 mars 1891, p. 721). — Il n'y a pas de différence appréciable dans la durée nécessaire à l'absorption du catgut, qu'il s'agisse d'une plaie suppurante ou d'une plaie aseptique. La suppuration, par contre, influe sur la cicatrisation des vaisseaux liés. La suppuration ne peut donc devenir redoutable au point de vue des hémorrhagies secondaires que quand il y a destruction vasculaire au niveau de la ligature ; mais en réalité le vaisseau est presque toujours détruit entre les nœuds de ligature et cette destruction a toujours lieu à une époque assez éloignée pour que le vaisseau ait eu le temps de se cicatriser.

Anévrysme artérioso-veineux (Zur Casuistik der arteriell venœsen Aneurysmen), par E. WOLFF (*Arch. f. klin. Chir.* 1891, vol. 41, p. 824). — Wolff publie un cas d'anévrysme artérioso-veineux de l'artère brachiale chez un homme de 34 ans à la suite d'un traumatisme datant de 15 ans. L'anévrysme paraissait former, sur la face antérieure du coude, deux tumeurs distinctes, l'une au-dessus, l'autre au-dessous de l'interligne articulaire. On fit l'extirpation de ces deux tumeurs et on trouva que la tumeur inférieure formait un véritable sac anévrysmal dans lequel aboutissait l'artère brachiale et d'où sortaient trois veines; quant à la tumeur inférieure, elle se composait d'un paquet de veines variqueuses.

L'auteur note deux particularités: au point de vue clinique l'absence du « thrill » ; au point de vue anatomique l'absence, à la partie inférieure de l'anévrysme, du tronc de l'artère brachiale. Cette absence de la portion efférente de l'artère a été signalée également dans un cas de Biefel (*Deutsch. Klinik*, 1860). L'auteur suppose que le bout inférieur de l'artère brachiale s'est atrophié et transformé en une bride qui aurait pu être coupée pendant l'opération et ne pas se retrouver sur la pièce anatomique.

OPHTHALMOLOGIE

Scotome central (Sehstœrung nach Beobachtung einer Sonnenfinsterniss, Troubles de la vision après observation d'une éclipse solaire), par BOCK (*Centralbl. f. Augenh.*, 1890, p. 291). — Après l'éclipse solaire du 17 juin 1890, Bock observa trois malades atteints de scotome central : un homme âgé de 36 ans, une jeune fille de 18 ans et un garçon de 12. Le scotome était unilatéral chez l'homme et le jeune garçon et la vision était tombée à 1/6 et à 1/2 ; chez la jeune fille il y avait scotome bilatéral et acuité réduite à 1/2. Objectivement, chez cette dernière seule, on nota une teinte brun-rouge de la région maculaire. A la fin de juillet le désordre persistait encore quoique la vision se fût améliorée.

Conjonctivite folliculaire et trachome (Congiuntivite follicolare e tracoma, Contribuzione all' anatomia pathologica), par J. MOAURO (*Ann. di oftalmologia*, 1891, p. 377). —

1° Au point de vue anatomique, il existe deux formes morbides : la conjonctivite folliculaire et le trachome. La première est caractérisée par le follicule lymphatique, la deuxième par le nodule trachomateux.

2° Le nodule trachomateux appartient par sa structure aux tumeurs et granulations.

3° Le nodule trachomateux naît par prolifération des cellules fixes du tissu connectif et des parois vasculaires.

4° Dans la première période de formation des nodules, il y a participation de l'épithélium de la conjonctivite, et les glandes adjacentes manifestent une prolifération.

5° La réparation se fait par transformation des cellules épithélioïdes néoformées.

6° La cellule géante, dans le trachome, se présente sous deux formes : l'une évolutive, l'autre régressive.

BIBLIOGRAPHIE

I. **Traité clinique des maladies des femmes,** par le Dr LAWSON TAIT, professeur de gynécologie au collège royal de Birmingham, traduit de l'anglais avec l'autorisation de l'auteur par le Dr A. Bétrix, ancien assistant de la clinique obstétricale et gynécologique de l'université de Genève. Paris, G. Steinheil, 1891.

II. **Manuel des maladies des femmes,** par le Dr A. LUTAUD, deuxième édition, entièrement refondue, et contenant la *gynécologie opératoire* et un *memento formulaire*, avec 410 figures dans le texte. Paris, Lecrosnier et Babé, 1891.

C'est aux antipodes de tout ce qui est d'allures classiques et didactiques que se place le livre de M. Lawson Tait ; il est inutile d'en avertir ceux qui, un jour, ne fût-ce que par hasard, ont lu un mémoire quelconque de M. Lawson Tait. Le célèbre opérateur de Birmingham a toujours fait profession de mépriser l'érudition classique, et aujourd'hui, dans la préface de son Traité clinique, il prend soin de nous déclarer que l'on n'y doit chercher que le résultat de son expérience personnelle. Il ne s'adresse pas à la masse des étudiants mais bien à ceux-là seuls qui, déjà instruits en gynécologie, désirent connaître exactement, au besoin pour la combattre, l'opinion d'un des chirurgiens qui ont le plus vu en ces matières. Et pour ceux-là la lecture est facile, car M. Tait n'est pas plus académique dans la forme que dans le fond, et avec leur bizarrerie — quelquefois leur brutalité — voulue, ses expressions, ses procédés de polémique frappent l'esprit avec intensité. C'est que, il faut le reconnaître, le gynécologiste anglais a dû soutenir de rudes combats. Certes, nous ne pensons pas qu'il ait raison en tout, mais il est incontestable qu'il s'est mis à la tête d'un mouvement important, que nous lui devons en grande partie, au point de vue pratique tout au moins, ce que nous savons en chirurgie des annexes. Aussi avons-nous trouvé avec plaisir, dans le Traité clinique des maladies des femmes, la synthèse de tout ce que M. Lawson Tait professe sur la castration pour myomes, sur les ovarites et salpingites, sur les grossesses extra-utérines, sur la théorie tubaire de la menstruation. Mais ces descriptions occupent à peu près tout le volume. Le reste est écourté, de parti pris, et dès lors on n'a pas entre les mains un traité clinique des maladies des femmes; mais les idées de M. L. Tait sur quelques maladies des femmes, métrites, cancers de l'utérus, kystes de l'ovaire, etc.; voilà des sujets, importants cependant, qui sont traités en quelques lignes et l'on y trouve condamnés avec une rare désinvolture l'hystérectomie vaginale et le curettage des métrites. D'ailleurs — en mettant à part la périnéorrhaphie — M. Tait est surtout laparotomiste; la voie vaginale ne lui est pas familière, et ses descriptions relatives aux maladies de la vulve, du vagin, de la cavité utérine nous semblent assez médiocres. La pratique même n'est pas à la hauteur de ce qu'on attend d'un chirurgien aussi exercé, et l'on s'étonne de voir un homme aussi au courant des ressources de la chirurgie moderne amputer encore le col utérin avec l'écraseur.

La traduction n'est pas toujours élégante, ne donne pas toujours une idée exacte de l'humour de l'auteur, mais elle est claire, et c'est une grande qualité.

II. Tout au rebours de M. Tait, M. Lutaud s'est efforcé de condenser en un manuel de 500 pages les principales notions de gynécologie, tant au point de vue clinique qu'au point de vue opératoire, y compris un memento-formulaire. Nous n'insisterons pas longuement sur ce livre, refonte d'un ouvrage connu du public, d'autant mieux que nous avons eu récemment à parler ici même d'un Traité de gynécologie opératoire où M. Lutaud était pour moitié. Les qualités que nous avons signalées à ce propos sont les mêmes et l'auteur est resté clair dans la plupart de ses descriptions. Un défaut s'est beaucoup atténué, la prolixité dont nous avions accusé l'auteur, à propos de la stérilité en particulier. Mais ce qui persiste — par une sorte de balance avec le Traité de M. Tait, — c'est la supériorité de la chirurgie périnéo-vaginale de M. Lutaud sur sa chirurgie abdominale. Dans cette partie, une seule opération est développée : l'ovariotomie. M. Lutaud se borne à quelques lignes pour les autres laparotomies et il renvoie, pour plus ample informé, au manuel opératoire de l'ovariotomie. A notre sens, c'est là une faute. Qu'il y ait pour toutes les laparotomies, que l'on s'attaque à l'utérus ou à l'ovaire, au rein ou à l'intestin, des temps identiques, des précautions communes, nous ne songeons pas à le nier, mais les différences aussi sont grandes et l'on ne saurait agir contre les myomes utérins et les abcès pelviens — tubaires ou autres — comme à l'égard des kystes de l'ovaire. Il est bon d'avertir le lecteur que les difficultés opératoires sont autrement grandes dans les deux premiers cas. A lire ces pages on acquiert la conviction que M. Lutaud, très familier avec les voies génitales naturelles de la femme, n'a pas la prétention d'être un laparotomiste. Autrement, par exemple, — même si personnellement il préfère le serre-nœud et l'anse métallique de Cintrat — il eût consacré quelques mots, ne fût-ce que pour la combattre, à la ligature élastique pour la pédiculisation de la tumeur dans les myomectomies abdominales.

A. BROCA.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

La pratique de l'hydrothérapie, par E. Duval. Paris, J.-B. Baillière, 1891.

« M. E. Duval dit quelque part dans son excellent livre : Je ne sais pas comment agit l'hydrothérapie, il me suffit qu'elle agisse. » C'est par ces paroles que débute la préface écrite en tête de ce petit volume par M. Péter. Et il les fait suivre d'une théorie très succincte, presque aphoristique, de l'action physiologique exercée par l'hydrothérapie. Nous aussi nous louerons l'auteur d'avoir surtout fait connaître le résultat de ses observations personnelles et d'avoir, après plusieurs de ses confrères, cherché à préciser les divers modes d'administration de l'eau froide. Le chapitre qui développe la question du traitement hydrothérapique est surtout à consulter. Nous aimons moins celui où, dans le but d'écrire une histoire clinique de l'hydrothérapie, l'auteur passe en revue la plupart des maladies (rangées par ordre alphabétique) pour déclarer à propos de la laryngite chronique, par exemple, que l'hydrothérapie peut rendre des services dans cette maladie ; à propos de la rage, qu'on ne risque rien d'essayer dans une maladie constamment mortelle, et à propos du tétanos qu'il en a guéri trois cas sur six, par l'usage exclusif de la méthode qu'il indique.

Guide de la garde-malade, par le Dr A. Monteuuis. Paris, J.-B. Baillière, 1891.

En six conférences faites en vue d'instruire les dames de la Société française de secours aux blessés, l'auteur étudie le microbe de l'asepsie, l'hygiène antiseptique des panseurs et des pansements, les moyens de se préserver des maladies contagieuses, l'hygiène du lit et du sommeil, le régime alimentaire dans les maladies, enfin les notions générales de chirurgie et de médecine d'urgence. Etant donné le public auquel elles s'adressaient, ces conférences essentiellement pratiques ne pouvaient manquer d'intérêt et nous n'avons point à en faire une analyse développée pour y relever par-ci par-là quelques appréciations auxquelles nous ne pourrions souscrire sans réserves.

Le livre d'or de la jeune femme, son rôle et ses devoirs comme mère de famille, d'après la 35e édition de l'original, par M. S. Gourovitch, traduit par le Dr F. A. d'Ammon et précédé d'une lettre de Jules Simon. Paris, librairie H. Le Soudier, 174, boul. St-Germain, Paris.

On trouvera dans ce livre, exposés avec les détails les plus minutieux, les devoirs qui incombent aux jeunes mères, depuis la conception jusqu'au moment où elles ont à s'occuper du développement physique et intellectuel de leurs enfants. Les chapitres consacrés à la grossesse, à l'accouchement, aux suites de couches, à l'alimentation naturelle et artificielle, aux soins donnés à l'enfant avant le sevrage et au moment où celui-ci doit être fait, ont été écrits avec une grande clarté et sans affectation scientifique. C'est là un livre bien écrit et qui peut rendre de grands services.

L'hermaphrodisme, structure, fonctions, état psychologique et mental, état civil et mariage, dangers et remèdes, par le Dr Ch. Debierre, professeur à la Faculté de médecine de Lille. 1 vol. in-16 de 160 pages avec 23 figures, de la *Petite Bibliothèque médicale*, 2 fr. Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille (près du boulevard Saint-Germain), à Paris.

Ce livre a pour but de montrer :

1° Que l'hermaphrodite, au point de vue anatomique, n'est pas une « monstruosité », une « erreur de nature », mais un être seulement dévoyé du développement ordinaire, c'est-à-dire un être qui ne s'est pas développé sexuellement en conformité avec l'espèce à laquelle il appartient ;

2° Qu'au point de vue physiologique, l'hermaphrodite est un être dégénéré, un impuissant et infécond, un être dévoyé jusque dans ses penchants et sa psychose, en raison même de sa sexualité mal établie et pervertie ;

3° Que l'hermaphrodite, devant les lois sociales, est un être malheureux, il est vrai, mais dangereux pour autrui et contre lequel il faut prémunir la société ;

4° Qu'enfin, devant la loi, c'est-à-dire devant le Code civil, il a actuellement une situation qu'il ne devrait pas conserver. Dans la société humaine, il y a deux catégories de personnes, les hommes et les femmes ; or, comme l'hermaphrodite n'est ni l'un ni l'autre, il serait bon qu'on le laissât civilement *neutre*.

De l'injection du sang de chèvre comme traitement de la tuberculose ; méthode de MM. Bertin et Picq, par Bertin. 1 Broch. in-8°, Nantes, 1891.

L'auteur expose dans cette brochure les raisons qui l'ont engagé, ainsi que son collaborateur, à recourir aux injections de sang de chèvre dans le traitement de la tuberculose. L'emploi du sang en nature leur a paru préférable à celui du sérum qui peut être altéré ou qui nécessite une préparation antérieure sur laquelle le médecin ne peut exercer aucun contrôle. Les injections faites dans les muscles n'offrent aucun danger ; à la dose de 10 grammes et répétées tous les dix jours, ces injections donnent, au dire de l'auteur, des améliorations rapides. L'auteur annonce comme prochaine la publication des résultats obtenus chez 60 malades atteints de tuberculose et traités par cette méthode qu'il considère comme destinée à jouer un rôle non seulement dans la thérapeutique de la tuberculose, mais encore dans sa prophylaxie, en conférant l'immunité aux sujets soumis aux injections.

I. — La quarta divisione chirurgica, par Escher. Broch. in-8°. Trieste, 1889.

II. — Rapporto clinico del IV Riparto (chirurgico) del Civico Ospedale di Trieste, per l'anno 1889, par le même Broch. in-8°. Trieste, 1890.

Ces deux brochures relatent la statistique des malades observés en 2 ans dans le service de Escher, et les observations des cas les plus intéressants. Citons parmi eux un fait de volumineux échinocoque du cerveau, suivi de mort quelques heures après la trépanation, des observations de cancer de la voûte palatine, du pharynx, de l'amygdale, un cas de syphilis viscérale simulant une hydatide du foie, un cas de kystes hydatiques multiples du foie avec autopsie, un cas de cancer de l'S iliaque traité par l'entérectomie suivie de guérison, etc. Un grand nombre de chefs de service, dans les hôpitaux d'Italie, publient ou font publier des comptes-rendus analogues : des faits intéressants peuvent ainsi être relatés, au lieu de rester perdus à tout jamais.

Thèses des Facultés

NANCY

La lymphe de Koch, son histoire, son application à la thérapeutique, par le Dr V. Prautois. Nancy, impr. Nicolle, 1891.

Après un historique des diverses phases par lesquelles a passé cette question aujourd'hui résolue, le Dr Prautois rend compte des recherches faites à dater du 11 décembre 1890 dans la clinique de son maître le professeur Spillmann. Voici un résumé des observations recueillies : Deux individus sains n'ont présenté aucune réaction avec 4 milligrammes de tuberculine. Deux syphilitiques n'ont pas réagi davantage, non plus qu'un lupus guéri par raclage quelques années auparavant. 11 tuberculeux (4 lupiques, 7 phthisiques) ont éprouvé la réaction générale et locale. La lymphe a paru avoir une action variable dans la rapidité de son apparition, son intensité et sa durée. Aucune relation n'a pu être établie entre l'étendue de la lésion et la puissance de la réaction. Aucune loi précise n'a paru devoir régler l'intensité des réactions successives dans le cours d'un traitement chez le même sujet. Il convient cependant dans la plupart des cas d'élever progressivement les doses chez le même sujet pour obtenir successivement des réactions identiques. L'accoutumance arrive toujours à la longue. Les phénomènes généraux observés ont été : la *fièvre* (plus courte chez les phthisiques que chez les lupeux), ascension régulièrement progressive, apogée survenant 11 à 12 heures après l'injection, défervescence se produisant par lysis ; les *phénomènes circulatoires* (tachycardie, dicrotisme du pouls ; quelquefois affolement du cœur ; dans un cas souffle tricuspidien par dilatation ; dans un autre cas souffle de la base ; diminution de la tension artérielle tombant de 17 à 9 et même 7 (appareil de Potain) ; concordance habituelle entre l'élévation thermique et l'accélération du pouls) ; les *troubles respiratoires* (peu de dyspnée, mais constriction thoracique et toux quinteuse) ; les *phénomènes nerveux* (céphalée, vertiges) ; les *troubles digestifs* (nausées et vomissements) ; les *phénomènes vaso-moteurs* (épistaxis, facies vultueux), les *troubles de sécrétion* (sueurs profuses).

Les résultats thérapeutiques ont été peu encourageants. Jamais on n'a constaté la disparition des bacilles et si quelques améliorations légères ont pu être observées dans trois cas, l'aggravation de la maladie a été notable (poussées congestives, pleurésie, périostite suppurée). L'auteur conclut donc que la lymphe de Koch n'est pas un moyen infaillible de diagnostic de la tuberculose, qu'elle n'est pas bactéricide, qu'elle n'empêche pas la récidive des manifestations qui paraissent d'abord curables ; que les accidents et les complications déterminées par les injections ne peuvent entrer en balance avec le bénéfice incertain du médicament ; que, par conséquent, l'emploi de la lymphe de Koch doit être rejeté. Un index bibliographique très étendu termine cette thèse.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES SAMEDIS ET PUBLIANT TOUS LES MERCREDIS

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

BULLETIN

Paris, le 11 juillet 1891.

Sur l'organisation de l'enseignement clinique à la Faculté de Paris.

A la suite d'une courte délibération, la Société des chirurgiens des hôpitaux de Paris, après avoir entendu le rapport de M. le Dr P. Reclus, vient de voter la conclusion suivante : « La Société des chirurgiens est d'avis qu'une organisation plus complète et plus régulière de l'enseignement clinique serait d'une extrême utilité pour l'instruction des élèves et qu'il est fort désirable qu'une entente s'établisse à cet égard entre les pouvoirs publics et les hôpitaux de Paris. » Pour faire comprendre la signification et la portée de ce vote, qui a pu paraître plus diplomatique que susceptible d'une sanction effective, il convient de rappeler brièvement l'historique d'une question souvent discutée déjà dans les colonnes de ce journal (1).

Saisie d'un projet de réforme, dû à l'initiative personnelle d'un de ses membres, M. le Dr H. Huchard, la Société médicale des hôpitaux avait très longuement discuté : 1° l'organisation des concours ; 2° le fonctionnement des services hospitaliers ; 3° l'enseignement clinique dans les hôpitaux. Un très remarquable rapport, rédigé par M. le Dr Rendu, avait lumineusement exposé sur ces trois questions l'avis exprimé par la majorité des médecins des hôpitaux. Il en résultait que la Société médicale demandait le maintien du concours avec rétablissement de la consultation écrite comme troisième épreuve d'admissibilité et qu'elle ne réclamait, au sujet de l'organisation des services hospitaliers, que des modifications assez peu importantes.

Par contre, les vœux relatifs à l'organisation de l'enseignement clinique dans les hôpitaux devaient éveiller l'attention de l'Administration et l'on comprend dès lors que M. le directeur de l'Assistance publique ait cru devoir demander aux chirurgiens et aux accoucheurs des hôpitaux leur opinion motivée sur une question précise et mûrement étudiée par leurs collègues. Telle était, nous l'avons suffisamment expliqué (p. 133), la seule voie à suivre pour arriver à une conclusion pratique.

La Société des chirurgiens n'était donc officiellement saisie que des dix derniers vœux exprimés par la Société médicale des hôpitaux. Rappelons que ces vœux avaient trait à la durée du stage (porté à trois ans au lieu de deux), à une nouvelle répartition des stagiaires qui seraient distribués par groupes de 20 dans les services affectés à l'enseignement et attachés à ces divers services selon leur degré d'avancement et le nombre de leurs années d'étude, enfin à la création de cours libres sur les spécialités, payés directement par les élèves et faits en dehors des heures de service hospitalier. Ajoutons que la Société des hôpitaux avait expressément spécifié que les cours cliniques officiels destinés aux stagiaires pourraient être faits par tous les médecins des hôpitaux. Un roulement devait être établi entre eux, et les professeurs de clinique devaient être nommés, après acceptation, d'après leur rang d'admission au Bureau central.

Cette organisation nouvelle de l'enseignement clinique hospitalier a paru irréalisable à la Commission nommée par la Société des chirurgiens. Son rapporteur déclare nettement en effet « qu'il est impossible d'accepter les vœux émis par la Société médicale des hôpitaux et qu'un projet de cette importance ne doit pas être élaboré à la légère et par une seule des parties intéressées. »

Une appréciation aussi sévère d'un projet qui a été discuté cinq mois durant par les médecins des hôpitaux ne peut se justifier que si l'on comprend bien le point de vue auquel se sont successivement placés les médecins et les chirurgiens des hôpitaux de Paris. A la Société médicale des hôpitaux, des propositions séduisantes pour quelques-uns, — nous nous gardons bien de dire des propositions facilement réalisables — avaient été apportées au nom du Conseil municipal ou tout au moins de l'un de ses membres les plus autorisés. On ne parlait de rien moins que de la création d'une faculté municipale et le titre de professeur de clinique avait été offert à ceux qui consentaient à fonder, en concurrence avec l'enseignement officiel donné par l'Etat, une série de cours cliniques patronnés et subventionnés par la commune de Paris. La Société médicale des hôpitaux n'a point voulu

(1) Voy. *Gaz. hebd.*, 1890, p. 351, 600, 611; et 1891, p. 109 et 133.

donner son approbation à une réforme qui semblait exclusivement destinée à conférer un titre envié à quelques-uns de ses membres. Elle s'est efforcée dès lors d'élaborer un projet mixte permettant à tous ses membres d'aspirer à tour de rôle aux chaires d'enseignement clinique dont elle demandait la fondation. « Pour maintenir des droits égaux entre tous les médecins des hôpitaux et ne pas créer de situations prépondérantes », elle a cru devoir aussi limiter à trois années la durée de l'enseignement pour chaque médecin. C'était affirmer que *tous* les médecins des hôpitaux pourraient jouir des mêmes prérogatives, quelle que fût d'ailleurs leur aptitude à l'enseignement clinique. La Société des chirurgiens a très explicitement condamné ce système qu'elle déclare inacceptable en raison de ses obscurités et de ses lacunes. Composée en grande majorité d'agrégés ou de candidats à l'agrégation, elle n'a pas admis que l'on pût créer en face de la Faculté de médecine un corps enseignant dont l'autorité ne lui paraissait pas établie. Le nombre des chaires attribuées aux chirurgiens lui a paru d'ailleurs insuffisant. Et c'est pourquoi, sans s'arrêter à une discussion approfondie des desiderata de l'enseignement clinique tel qu'il se donne aujourd'hui, elle s'est contentée de déclarer qu'elle attendrait avant de donner son avis que l'Etat ou le Conseil municipal lui fissent des propositions acceptables.

Les questions d'intérêt personnel ou, si on le préfère, d'intérêt de corporation ont donc, à la Société des médecins aussi bien qu'à la Société des chirurgiens, dicté les résolutions auxquelles se heurtent aujourd'hui ceux qui n'ont en vue que l'intérêt général des études médicales. Ceux-ci n'auraient jamais eu l'idée de se préoccuper exclusivement des difficultés d'ordre matériel que soulève une question qui s'impose au patriotisme de tous les médecins. Ils se seraient dit qu'il convient avant tout et surtout d'affirmer l'infériorité de notre enseignement magistral, d'en préciser les causes, d'en indiquer le remède et de laisser à l'Etat et au Conseil municipal la responsabilité des obstacles apportés à son perfectionnement. Ils auraient donc cherché à prouver qu'il faut non pas, comme on l'a dit, imposer aux élèves une discipline plus rigoureuse, mais surtout exiger des maîtres une conception plus libérale des devoirs qu'ils ont à remplir.

La réorganisation que nous ne cesserons de réclamer ne consiste pas en effet à restreindre la liberté des étudiants en médecine et à les obliger de suivre le cours clinique de tel ou tel professeur. Nous persistons à penser, ainsi que nous l'avons dit p. 134, que c'est à la Faculté surtout qu'il appartient de rédiger, dans l'intérêt des études médicales, un programme d'enseignement qui réponde aux nécessités de l'heure actuelle. S'il lui faut de nouveaux crédits, qu'elle les réclame avec insistance; mais, en attendant qu'ils soient votés, ne pourrait-elle pas confier à ses agrégés en exercice et même à ses anciens agrégés, qui y consentiraient certainement, le soin d'organiser dans la plupart des hôpitaux une série de cours élémentaires exclusivement destinés à l'instruction des élèves? Le titre de professeur-adjoint qui existe déjà dans la plupart des autres facultés ou un titre analogue ne pourrait-il récompenser au bout de quelques années les plus dignes d'entre eux? Le succès de leur enseignement s'affirmerait bientôt d'ailleurs et, pour la plupart de ces professeurs-adjoints, ce succès se traduirait par des avantages matériels bien autrement rémunérateurs que les appointements officiels dont chacun discute aujourd'hui l'inéluctable nécessité. Si l'on persistait à penser que les nouveaux maîtres de l'enseignement clinique ne trouveront pas, dans la juste notoriété qu'ils auraient acquise et dans le titre de professeur qui leur serait conféré, une rémunération suffisante, mieux vaudrait encore admettre la rétribution directe du maître par l'élève que d'imposer à celui-ci l'obligation de suivre pendant plusieurs mois un cours clinique dont l'utilité lui paraîtrait discutable. Ce qui manque le plus à la majorité des étudiants en médecine, car c'est au nom de la majorité que l'on parle, ce sont des cours pratiques élémentaires, des leçons de clinique propédeutique, des exercices analogues à ceux que dirigent en vue de l'agrégation, du bureau central ou même des concours de l'internat, plusieurs chefs de conférences qui, sans rémunération aucune, réunissent chez eux leurs élèves les plus laborieux. Que la Faculté patronne donc ces enseignements pratiques; qu'elle en trace les programmes; qu'elle autorise ses agrégés à les multiplier en les organisant dans tous les hôpitaux dont ils dirigent les services; qu'elle sache récompenser les efforts individuels de ceux dont l'enseignement attirera et retiendra le plus grand nombre d'élèves; enfin que le fétichisme des titres acquis au concours ne l'empêche plus de confier une chaire magistrale à ceux des maîtres de l'enseignement libre à qui des titres scientifiques éminents et une dignité professionnelle incontestée ont valu le respect de tous. C'est à la Faculté de médecine que, d'un commun accord, les médecins et les chirurgiens des hôpitaux s'adressent aujourd'hui. C'est à elle qu'il appartient d'écouter de justes critiques et d'essayer, avec les éléments dont elle dispose, une organisation méthodique, graduelle et progressive de l'enseignement médical.

L. Lereboullet.

REVUE GÉNÉRALE

Nature et pronostic des endocardites infectieuses.

Les temps semblent loin où le caractère infectieux de certaines endocardites était attribué exclusivement à la débilitation de l'organisme soumis à de mauvaises conditions hygiéniques. On s'accorde aujourd'hui, sans d'ailleurs contester l'influence du milieu, à voir dans l'action pathogène des microbes la cause première de la malignité du processus. Qui dit endocardite infectante dit endocardite microbienne.

Non moins surannée est la doctrine qui, subordonnant les phénomènes typhiques à l'affection cardiaque, fait de la lésion locale le point de départ de l'infection générale. Tout au contraire, la maladie est d'emblée générale; c'est dans le sang que pénètre par diverses portes d'entrée le micro-organisme pour se fixer ultérieurement sur les valvules.

Ces données sont devenues monnaie courante dans la science, et les travaux récents sur la matière ont eu surtout pour résultat de montrer combien il est de microbes susceptibles de produire des lésions de l'endocarde sous leurs deux formes, ulcéreuse et végétante. L'endocardite infectieuse n'est donc pas une entité morbide spéci-

fique; il y a une série d'endocardites infectieuses que d'ailleurs on n'a pas encore pu différencier en clinique. En effet, si la physiologie pathologique et la pathologie générale ont singulièrement bénéficié de l'enquête contemporaine, il n'en a pas été de même de la clinique; nous n'en voulons pour preuve que l'excellente thèse de G. Lion (Paris, 1890), où, à côté de recherches originales intéressantes, se trouve résumé l'état actuel de la science et qui nous servira de guide dans notre exposé.

I

A l'examen nécroscopique d'une endocardite infectieuse on trouve toujours à l'intérieur des végétations endocardiaques ou à la surface des ulcérations tel ou tel microbe, que d'ordinaire on rencontre également dans d'autres parties du corps. Charriés par le courant sanguin jusque dans les cavités cardiaques, comment ces germes se sont-ils implantés dans les valvules ? La plupart des auteurs admettent qu'ils sont déposés par le sang à la surface de ces replis qu'ils pénètrent ensuite de la superficie vers la profondeur. Plus rarement des vaisseaux valvulaires de nouvelle formation peuvent être le siège d'embolies microbiennes, et alors c'est au centre de la valvule qu'on trouve au début les amas bactériens.

Le premier effet causé par leur présence est vraisemblablement une altération chimique aboutissant à la nécrose du tissu; puis il se forme soit des végétations, soit une perte de substance, les formes ulcéreuses ou végétantes devant être considérées comme identiques au point de vue étiologique.

L'existence antérieure de lésions de l'endocarde facilite l'imprégnation microbienne de ces replis; aussi les déterminations endocarditiques des processus infectieux se voient-elles le plus souvent dans des cœurs déjà touchés par le rhumatisme. Mais il n'en est pas toujours ainsi; la clinique en fait foi, et d'autre part on est arrivé à produire expérimentalement des endocardites par inoculation de microbes sans pratiquer au préalable de lésion valvulaire.

Dans un grand nombre de cas, on a pu déterminer la voie par où le micro-organisme a pénétré dans le torrent circulatoire. Tantôt c'est par la peau qu'a lieu l'inoculation, par exemple à la suite de panaris, de furoncles, d'ulcérations et de suppurations diverses; tantôt, c'est par une muqueuse (plaie utérine dans la puerpéralité, suppurations de l'urèthre, des voies biliaires, ulcérations gastriques, typhoïdiques, dysentériques); tantôt enfin ce sont les voies respiratoires qui servent de porte d'entrée à l'infection comme dans la pneumonie ou la tuberculose.

Parfois cependant il n'existe dans l'économie aucun foyer microbien en dehors de l'endocarde ; le micro-organisme a traversé le corps sans se fixer ailleurs que dans les cavités cardiaques. C'est la seule variété d'endocardite qu'on puisse qualifier de primitive.

II

Signalons maintenant succinctement les microbes qu'on a rencontrés jusqu'à ce jour dans les endocardites infectieuses. Si le plus souvent il s'agit de microbes bien connus qui élisent de préférence domicile dans d'autres organes, comme les staphylocoques, les streptocoques ou le pneumocoque, parfois aussi on en rencontre qui n'ont pas encore été trouvés en dehors de l'endocardite infectieuse. C'est ainsi que Lion mentionne dans sa thèse quatre microbes étudiés par Weichselbaum dont l'un a été retrouvé par Netter, un bacille décrit par Fraenkel et Saenger et surtout un microbe découvert par Gilbert et Lion. Ce dernier a été l'objet de la part de Lion de recherches expérimentales bien menées; Girode en a d'ailleurs constaté l'existence dans trois cas. Enfin un microbiologiste italien, Vitti, a publié en 1890, dans les Bulletins de l'Académie de Sienne, un travail sur la nature de l'endocardite infectieuse où, autant que nous pouvons en juger par l'analyse qui en a été donnée dans la Revue des Sciences médicales, il est fait mention de deux nouveaux microbes pathogènes, un diplocoque septique et un micrococque.

Beaucoup plus intéressants au point de vue clinique et plus suggestifs au point de vue de la pathologie générale sont les cas où l'on a pu trouver dans la lésion valvulaire des microbes pathogènes de maladies infectieuses connues.

En tête se placent les *microbes pyogènes*, staphylocoques et streptocoques de divers genres, qu'on rencontre isolés ou réunis dans les endocardites de la pyoémie, de la puerpéralité, de la grossesse, de l'érysipèle. L'importance pathogène de ces microbes est d'autant plus grande que bien souvent l'endocardite apparaissant au cours d'une maladie générale infectieuse est due non au micro-organisme spécifique de cette maladie, mais à des infections secondaires. Plusieurs auteurs, tels que Klebs, Fraenkel et Saenger, l'ont démontré pour la fièvre typhoïde et Jaccoud pour la pneumonie. Aussi de ce qu'une endocardite survient au cours ou au déclin d'une pneumonie ou d'une fièvre typhoïde on ne saurait en conclure qu'elle a été produite par le pneumocoque ou par le bacille d'Eberth. L'examen bactériologique peut seul en décider, et l'existence de ces infections secondaires, dont le rôle en pathologie s'accroît de jour en jour, complique singulièrement le problème pathogénique.

L'existence de l'*endocardite pneumococcique* n'en est pas moins bien établie, grâce surtout aux belles recherches de Netter. Autant que l'on en peut juger par les cas suivis de mort, les seuls naturellement où la preuve de l'imprégnation bactérienne des valvules peut être fournie, l'affection cardiaque est rarement contemporaine à la lésion pulmonaire, le plus souvent elle n'apparaît qu'au déclin ou dans la convalescence de la pneumonie; il peut aussi arriver que l'endocardite pneumococcique se produise en dehors de toute localisation pulmonaire antérieure ou concomitante (Jaccoud).

D'habitude, comme d'ailleurs toutes les endocardites infectieuses, elle porte sur le cœur gauche; mais ici, d'après Netter, la proportion des lésions du cœur droit est trois fois plus élevée que dans les endocardites infectieuses, prises *in globo*. Netter l'attribue aux troubles de la circulation pulmonaire que produit la pneumonie; le sang stagnant dans le cœur droit, les diplocoques peuvent exercer plus facilement leur action nocive sur les valvules tricuspide ou pulmonaire. Une autre particularité de l'endocardite pneumonique, c'est que, à l'opposé de ce qui se voit en général dans les endocardites infectieuses, elle frappe plus souvent l'orifice aortique que l'orifice mitral.

Enfin, on a signalé la coexistence fréquente d'une méningite pneumococcique; ce qui s'explique aisément, étant donné que c'est surtout dans les formes infectantes de la pneumonie que l'endocarde est touché.

Nous n'avons guère de documents bactériologiques sur les endocardites qui apparaissent au cours des autres maladies infectieuses.

Si, depuis le travail de Perroud, l'*endocardite tuberculeuse* n'est plus révoquée en doute, la démonstration microbiologique des lésions bacillaires de l'endocarde ne repose que sur un petit nombre de faits positifs. Kundrat, Cornil et Heller ont trouvé le bacille de Koch

dans des végétations de l'endocarde. Dans tous ces cas il s'agissait de tuberculose miliaire aiguë; l'on sait d'ailleurs que Weichselbaum a démontré l'existence de ce micro-organisme dans le sang au cours de cette modalité de la tuberculose. En ce qui concerne la phthisie chronique, aucun exemple d'endocardite bacillaire n'a été publié, à notre connaissance.

Si la détermination cardiaque habituelle de la *fièvre typhoïde* se fait sur le myocarde, l'endocardite au cours de cette maladie n'en est pas pour cela un fait exceptionnel; mais il s'agit le plus souvent d'une infection secondaire, provenant de la pénétration de microbes pyogènes à travers les ulcérations intestinales ou les escharres cutanées. Néanmoins, la thèse de Lion relate un cas inédit d'endocardite typhoïdique où Girode a trouvé le bacille d'Eberth dans le sang du cœur.

En ce qui concerne les autres maladies infectieuses, fièvres éruptives, oreillons, diphthérie, blennorrhagie, qui donnent parfois lieu à des déterminations endocarditiques, toute donnée microbiologique fait défaut. On ne saurait, d'ailleurs, s'en étonner, puisque le microbe spécifique de la plupart de ces maladies est encore à découvrir.

Est-ce à des motifs du même ordre qu'il faut attribuer le défaut de renseignements en ce qui concerne *l'endocardite rhumatismale?* C'est la grande inconnue du problème pathogénique des endocardites. Certes, il doit être des cas où l'évolution maligne de l'endocardite rhumatismale peut être attribuée à une infection secondaire ou à une auto-intoxication; mais est-on en droit de ranger l'endocardite rhumatismale dans sa forme habituelle au nombre des endocardites dont nous venons de parler, dues à un microbe encore inconnu? Quelque plausibles que soient les arguments d'ordre théorique qu'invoquent les défenseurs à outrance des doctrines nouvelles en faveur de la théorie microbienne du rhumatisme articulaire aigu, celle-ci est loin d'être hors de doute. Dire dores et déjà, comme on l'a fait, que toute endocardite est d'origine microbienne, c'est céder à un besoin de généralisation d'autant moins justifié, dans l'espèce, que maintes dyscrasies où les micro-organismes n'ont rien à voir peuvent frapper l'endocarde. Il en est ainsi de la goutte, du mal de Bright. Mais que dans ces maladies la déviation nutritive ait pour conséquence la formation de matières peccantes qui jouent un rôle analogue à celui des substances sécrétées par les microbes, le fait est certain; que, par suite, on invoque dans ce cas l'influence morbifique de l'auto-intoxication, rien de plus légitime. Aussi, si l'on tient à synthétiser la pathogénie des endocardites, peut-on admettre qu'elles reconnaissent toujours pour cause un empoisonnement de l'économie, soit par des germes venus du dehors, soit par auto-intoxication. Cette formule est moins absolue, mais elle s'applique à tous les cas, abstraction faite, néanmoins, de l'endocardite traumatique, dont l'existence ne saurait être méconnue.

III

Une dernière question se pose, la plus intéressante pour le clinicien : c'est celle qui a trait au pronostic des endocardites infectieuses. On est généralement porté à leur assigner un caractère malin. Certes le plus souvent il en est ainsi, et on le conçoit aisément, puisque les déterminations cardiaques des maladies microbiennes ne se produisent guère qu'aux cas où le germe morbide possède ou acquiert dans l'économie une intensité extrême de virulence, grâce à laquelle il n'atteint pas seulement son organe de prédilection, mais d'autres organes aussi que d'habitude il respecte. Ainsi, comme nous l'avons vu, c'est dans la pneumonie infectante que se voit surtout l'endocardite. Et d'autre part les infections secondaires, dont le plus grand nombre peut-être des endocardites est justiciable au point de vue pathogénique, comportent d'habitude un pronostic sévère.

Mais ne peut-il pas arriver que l'action microbienne s'épuise sur place dans l'endocarde, en laissant après elle la *restitutio ad integrum* s'effectuer, ou en donnant naissance à un processus anatomopathologique analogue à celui qui dans l'endocardite rhumatismale aboutit à la formation de lésions orificielles, menaçantes pour la vie à une échéance plus ou moins éloignée? Landouzy et Siredey, Galliard, l'admettent pour la fièvre typhoïde, Netter pour la pneumonie. En fait il n'est pas rare de constater au cours de maladies infectieuses, comme la pneumonie, la fièvre typhoïde, l'érysipèle et les fièvres éruptives, la production d'un bruit de souffle qui survit ou non au processus morbide, aussi bien qu'après la guérison de ces pyrexies on peut assister au développement progressif d'une lésion d'orifice.

De même que la clinique distingue deux modalités d'infection pneumococcique, l'une à détermination purement thoracique, d'ordinaire, bénigne, et l'autre où la tendance à la généralisation s'affirme par des localisations multiples, habituellement très graves, de même il doit y exister deux modalités d'endocardite microbienne, suivant que l'infection se limite au cœur ou qu'elle se généralise. La première serait relativement bénigne comme l'endocardite rhumatismale, la seconde au contraire comporterait un pronostic immédiat très sévère.

C'est d'après l'intensité des phénomènes généraux, ici légers, là graves, que pourrait être posé le diagnostic différentiel entre ces deux variétés d'endocardite. Malheureusement cette pierre de touche du pronostic fait d'habitude défaut, puisque le tableau symptomatique de la lésion cardiaque se confond avec celui de la maladie primitive, sauf les bruits de souffle dont l'origine endocarditique est souvent difficile à établir.

D'autre part, l'expérimentation ne nous apporte guère de lumières sur ce point; car les endocardites expérimentales ne s'obtiennent qu'au prix d'une inoculation massive des germes morbifiques et correspondent par suite exclusivement aux formes graves d'infection. Aussi doit-on conclure que les données précises nous manquent sur la valeur pronostique des endocardites microbiennes.

L. DREYFUS-BRISAC.

TRAVAUX ORIGINAUX

Etude sur un cas de gangrène de la jambe consécutive à un érysipèle de la face, par M. le Dr ADRIEN SCHMIT, médecin-major à Versailles.

Nous n'avons pas l'intention de traiter dans le cours de ce travail de la nature infectieuse de l'érysipèle, et de l'existence du microbe pathogène qui lui donne naissance; ce serait au reste vouloir prouver une vérité actuellement mise hors de doute par des travaux et des expériences auxquels s'attachent des noms illustres dans tous les pays, tels que ceux de Fehleisen, Manfredi, Merowitch, Bender, Paulousky, Senn, Guarneri, Ponfick, Gilbert et Lion, Cornil et Babès, etc., etc.

Notre but est tout différent; nous voulons faire connaître une complication chirurgicale très rare de l'érysipèle de la face, puisque jusqu'à ce jour il n'existe dans les annales scientifiques françaises et étrangères qu'une observation analogue; et même cette observation n'a pas toute la valeur et la précision scientifiques désirables!

Il s'agit en effet d'un cas d'oblitération embolique de l'artère poplitée droite consécutive à un érysipèle de la face, ayant déterminé la gangrène, et nécessité l'amputation de la jambe au niveau de la tubérosité antérieure du tibia. Cet érysipèle a donné naissance en outre successivement à une série d'autres accidents graves « fonctions de l'infection » sur lesquels nous ne nous appesantirons pas, mais qui témoignent de quelle puissance pathogène jouit parfois le streptocoque de Fehleisen.

Dans le cours de cette étude, nous nous permettrons aussi d'appeler l'attention sur l'amputation « dite de D. Larrey » que nous avons pratiquée, et surtout sur le résultat excellent qu'elle nous a donné ; car cette opération, qui, à vrai dire, n'existe plus aujourd'hui dans la pratique qu'à l'état de souvenir, mérite certainement mieux que l'oubli dans lequel elle est tombée, si nous devons en juger par le succès complet que nous avons obtenu.

Voici d'abord dans tous ses détails l'histoire de notre intéressant blessé.

Erysipèle de la face et du cuir chevelu. Diarrhée infectieuse. Adéno-phlegmon sus-hyoïdien.

Endocardite infectieuse. Oblitération embolique de l'artère poplitée droite. Gangrène sèche de la jambe. Amputation de la jambe au niveau de la tubérosité antérieure du tibia. Pneumonie double infectieuse. Pleurésie gauche métapneumonique. Vomique pleurale. Guérison.

Antécédents. — Le nommé M..., soldat ordonnance au 22e d'artillerie, d'un tempérament lymphatico-sanguin, d'une bonne constitution antérieure, sans antécédents héréditaires ni diathésiques, exerçant la profession de journalier avant son incorporation, entre, le 16 novembre 1889, à l'hôpital militaire de Versailles, pour un érysipèle de la face et du cuir chevelu sans étiologie très nettement appréciable. En raison de la nature de son affection, il est placé dans le service des contagieux. Au moment de son arrivée à l'hôpital, cet érysipèle présente tous les symptômes caractéristiques de cette maladie et semble devoir évoluer d'une façon bénigne. La température, l'état général, les symptômes locaux surtout, ne présentaient rien d'alarmant.

Le 19 novembre, c'est-à-dire 6 jours après son entrée, M... est pris de diarrhée intense. Cette complication ne parut point extraordinaire au médecin traitant, et fut mise sur le compte de l'embarras gastrique concomitant de l'érysipèle.

Les jours suivants, l'érysipèle suivit sa marche ordinaire, et entra en résolution. Le 24 du même mois, les symptômes fébriles s'amendèrent, l'état local devint plus satisfaisant, et tout faisait prévoir une convalescence prochaine.

Le 26 dans la soirée, la température subit une ascension brusque, et le malade se plaignit en même temps de douleurs aiguës lancinantes sous le maxillaire droit. Le lendemain matin, à la visite, on constate une tuméfaction douloureuse des ganglions sous angulo-maxillaires avec empâtement, gonflement et chaleur des tissus de la région sus-hyoïdienne. Un adéno-phlegmon se constitua, et le 28 novembre, il fut ouvert. Il donna issue à une quantité de pus fétide, fut traité d'une façon antiseptique et guérit assez rapidement.

Le malade était donc convalescent, mangeait bien, dormait de même, lorsque, dans la nuit du 18 décembre, il fut pris, sans cause connue et appréciable, d'une douleur très vive dans la jambe droite, d'engourdissements et de crampes.

Le lendemain matin on trouve de la pâleur de la peau de la jambe droite, une diminution de température et tous les symptômes de l'anesthésie douloureuse. Les battements artériels sont perçus dans toute la longueur accessible du trajet de la fémorale, mais dans le creux poplité et dans la pédieuse ils n'existent plus.

Deux jours après l'apparition de ces symptômes graves, apparaissent déjà des marbrures, bientôt des phlyctènes, et tous les symptômes de la gangrène confirmée (*coloration noirâtre de toutes les parties frappées de mort, avec ligne de démarcation très nette entre eux et les tissus vivants*).

Les jours suivants, le sillon traçant la limite des parties respectées par la gangrène, se dessina davantage et le travail de suppuration éliminatrice commença aussitôt.

Pendant cette période, et dès l'apparition de ces accidents presque foudroyants, l'on essaya la thérapeutique la plus variée pour tâcher de ramener la vie dans ce membre où elle n'existait plus ; mais tout resta inefficace, comme l'on devait s'y attendre, et lorsque la suppuration apparut, l'on fit usage de pansements antiseptiques jusqu'au 25 décembre.

A ce moment nous avons été chargé de la 2e Division de blessés, où nous avons trouvé le malade dont nous venons de rapporter la malheureuse histoire, dans l'état suivant :

Etat actuel. — Etat général bon, le malade s'alimente bien ; langue bonne, appétit satisfaisant, digestion facile, sommeil calme, rien du côté des voies respiratoires. Température presque normale, 37°2 le matin, et 37°8 le soir.

Le pouls, assez régulier mais fréquent, est agité. Quelques intermittences, et faux-pas du cœur.

A l'inspection, la région cardiaque n'offre rien de particulier. Point de voussure, la pointe du cœur bat à sa place normale. La matité précordiale n'est pas accrue. La palpation de la région de la pointe ne fait percevoir aucun bruit anormal.

A l'auscultation, au niveau du foyer de l'orifice aortique, souffle systolique assez intense se propageant dans la direction du bord droit du sternum. Battements inégaux.

En résumé, signes manifestes d'endocardite microbienne.

Le sillon de délimitation des tissus frappés de cadavérisation et de ceux épargnés par la gangrène, dessine une ellipse assez régulière, dont la grosse extrémité se trouve à la partie externe et descend à 10 cent. 1/2 environ d'une ligne tirée de la pointe de la rotule, et la petite extrémité à la partie interne et descend seulement à 6 cent. 1/2 de la même ligne. Cette ellipse a donc une direction oblique de dehors en dedans et de bas en haut.

Au-dessous de ce sillon on aperçoit en avant le tibia, dénudé dans une étendue de plusieurs centimètres, en arrière les deux jumeaux divisés, et recouverts de pus. Les lambeaux sont flottants, et pendent à la partie postérieure de la jambe qui présente une coloration noirâtre accompagnée de tous les symptômes de gangrène sèche.

Les muscles de la région externe et antéro-externe présentent au même niveau des divisions semblables, et sont le siège de fusées purulentes. L'articulation du genou semble indemne. Point de gonflement, point de douleur à la pression ; les mouvements s'exécuteraient normalement, si l'état de la jambe ne s'y opposait.

Tel était l'état de notre intéressant blessé.

Diagnostic. — Le diagnostic ne pouvait être douteux.

Nous étions en présence évidemment d'une oblitération embolique infectieuse de l'artère poplitée, favorisée dans sa production par l'endocardite que nous avons signalée et ayant son étiologie réelle dans l'érysipèle, point de départ de tous les accidents constatés chez notre malade.

Traitement. — Dans cette situation, une intervention chirurgicale s'imposait sans tarder, car l'état général de notre malade qui était encore satisfaisant pouvait ne plus l'être d'un instant à l'autre. La gravité de l'infection de son organisme devait en effet nous faire redouter de nouvelles atteintes à bref délai, si l'on ne prenait soin de le débarrasser au plus vite de sa jambe gangrénée.

Plusieurs modes d'intervention étaient de nature à remplir le but.

Fallait-il songer à utiliser sous forme de lambeaux ce qui restait des parties de la jambe épargnées par la gangrène et essayer de pratiquer une amputation de nécessité au niveau de la tubérosité antérieure du tibia, telle que l'avait faite D. Larrey au commencement de ce siècle sur le champ de bataille?

Fallait il désarticuler le genou ou amputer la cuisse dans sa partie inférieure?

Y avait-il enfin avantage à faire l'amputation ostéo-plastique de Gritti qu'on a pratiquée et préconisée dans ces derniers temps?

Après avoir pesé et discuté avec nos chefs et collègues, qui avaient bien voulu nous assister de leur expérience et de leurs conseils, les différents avantages de chacune de ces in-

terventions tant au point de vue de la gravité opératoire que des résultats définitifs qu'elle pouvait donner au point de vue de la prothèse, de l'utilisation du moignon et surtout des services que ce dernier pourrait rendre à notre blessé, nous nous sommes décidé à tirer parti des tissus sains existants, de les utiliser comme lambeaux, et de pratiquer l'amputation aussi bas que nous le permettraient les tissus que nous avions à notre disposition, en un mot de faire une opération tout à la fois de nécessité et d'économie, nous réservant du reste de modifier notre intervention si, chemin faisant, nous reconnaissions que les tissus sur lesquels nous opérions étaient incapables de nous servir de lambeaux.

Le malade est chloroformé. Toutes les précautions antiseptiques sont prises. Lavage et antisepsie du membre, des instruments et des aides. La bande de Esmarck est appliquée, *mais très médiocrement serrée.*

Nous commençons à un centimètre et demi environ au-dessous de la partie saillante de la tubérosité antérieure du tibia, une incision linéaire de 2 cent. 1/2 environ que nous dirigeons ensuite en la recourbant à la partie externe et postérieure jusqu'à la limite extrême des tissus sains, et nous la faisons remonter ensuite pour aller rejoindre par le côté interne notre point de départ.

Notre incision figure ainsi une raquette irrégulière à forme elliptique oblique de dehors en dedans et de bas en haut; la queue de la raquette commençant sur le tibia, au niveau de la tubérosité antérieure, la grosse extrémité de l'ellipse se trouvant au côté externe et la plus petite extrémité au côté interne.

Nous disséquons chacune des lèvres de la raquette ainsi formée en ne comprenant dans notre dissection que les parties cutanées et les quelques débris musculaires que nous trouvons sous la peau et qui nous paraissent absolument sains. Cette dissection terminée, nous faisons une section circulaire jusqu'aux os des muscles et de toutes les parties qui se présentent sous notre couteau, y compris le paquet vasculo-nerveux. Nous scions enfin les os, en ayant soin de biseauter l'extrémité du tibia en dedans et du péroné en dehors, mais ce dernier plus haut que le précédent.

Cela fait, nous nous mettons en mesure de pratiquer l'hémostase et de faire les ligatures des vaisseaux sectionnés. Nous extrayons alors de l'artère poplitée un caillot de 3 centimètres au moins de longueur, et se prolongeant en haut jusqu'à la naissance des articulaires.

L'hémostase terminée, la désinfection de toutes les parties pratiquée, en un mot la toilette antiseptique du moignon et du membre réalisée le mieux possible, nous suturons les lambeaux au crin de Florence, sans oser faire des sutures profondes, et nous plaçons dans un des angles du moignon un drain que nous recouvrons d'un pansement antiseptique composé de gaze iodoformée en contact direct, d'ouate antiseptique et de gaze au sublimé.

Le malade est replacé dans son lit et se réveille quelques instants après; son état général est bon.

Examen du membre amputé. — Momification au début du membre. Peau noire, sèche et ridée. Artères saines extérieurement. Nous découvrons, dans le segment inférieur de l'artère poplitée sectionnée pendant l'opération, la seconde partie du caillot extrait du segment supérieur; il se prolonge jusqu'au niveau de l'éperon existant à la bifurcation de la poplitée en tibiale antérieure et tronc tibio-péronier. Ce caillot est à cheval sur cet éperon; l'endothélium est un peu épaissi, et le caillot est déjà adhérent à la paroi.

Le diagnostic porté était donc intégralement vérifié.

Marche. — Le lendemain et les jours suivants, notre opéré alla bien: sommeil bon, appétit bon, point de douleurs; mais le 1er janvier, sept jours après l'opération, la température subit une ascension assez grande. Etant donné le degré d'infection de notre champ opératoire, l'impossibilité presque absolue d'une asepsie et antisepsie complètes au moment de notre intervention, nous n'espérions pas évidemment obtenir une réunion par première intention; aussi nous n'avons été que médiocrement surpris de trouver un peu de pus, lorsque l'élévation de température qui s'était produite nous fit enlever notre pansement.

La plupart des sutures étaient réunies. Le moignon avait fort bon aspect, pas de douleur, pas de rougeur, le pansement était à peine souillé du pus qui s'était écoulé en petite quantité par le drain; rien, de ce côté, ne pouvait donc expliquer l'ascension thermométrique qui venait de se produire (39 degrés).

Mais notre malade n'avait plus d'appétit et le sommeil avait disparu, il toussait et accusait, de plus, un point de côté violent; ses urines étaient devenues bilieuses, et la langue saburrale.

L'examen de ses poumons nous fit découvrir immédiatement tous les symptômes d'une broncho-pneumonie à droite avec léger ictère.

Cette maladie intercurrente évoluait normalement lorsque, le 4 janvier, il se produisit encore une élévation brusque de température (40 degrés).

Apparition, alors dans le poumon gauche, des signes d'une nouvelle pleuro-pneumonie.

L'évolution de ces phlegmasies pulmonaires, sans nul doute de nature infectieuse, et que nous nous contentons de résumer seulement, mirent notre amputé à deux doigts de la mort; elles durèrent jusqu'au 2 janvier, époque à laquelle la résolution parut se faire; du reste, le 15 du même mois, la température était redevenue normale.

Le traitement institué par monsieur le médecin chef Dieu qui venait de prendre le service se composa de toniques et d'alcool sous toutes leurs formes.

Pendant ces quinze derniers jours, notre opéré ne souffrit nullement de son moignon, et le pansement renouvelé pour la 2e fois le 13, c'est-à-dire 17 jours après l'opération, nous fit constater que la cicatrisation était en très bonne voie. Presque point de pus. Drains et fils de suture furent enlevés.

Du 13 au 23 janvier, l'état général fut satisfaisant; notre amputé avait recommencé à manger, à bien dormir, et tout allait bien du côté du moignon. Le 3e pansement, fait le 23, avait montré, du reste, que la cicatrisation était presque complète.

Le 24, la température subit une nouvelle ascension vespérale. Un nouveau point de côté avec anhélation et de la gêne respiratoire fixa de suite l'attention du côté des voies respiratoires. A la base du poumon gauche, matité, diminution des vibrations thoraciques, et du murmure vésiculaire. Un épanchement paraissait donc en voie de formation

Ces symptômes s'accentuèrent les jours suivants, et dès le 27, l'on se trouvait en présence des signes manifestes d'un épanchement assez considérable dans la plèvre gauche.

Un traitement tonique, dont l'alcool et le quina formèrent la base, fut institué.

Malgré cette élévation de température et la présence de cet épanchement, notre blessé n'en conservait pas moins un peu d'appétit; il fut donc possible de le nourrir un peu.

Enfin, le 30 janvier (soir) la température, après plusieurs oscillations, monta tout à coup à 40 degrés.

M..... fut pris en même temps d'une dyspnée intense; l'état général devint immédiatement grave. Le facies s'altéra; le pouls devint petit et fréquent (120 pulsations), la toux sèche et pénible; les symptômes locaux ne subissaient pendant cette crise aucune modification.

Le lendemain matin, la température était redescendue à 37°8, mais l'état général était toujours grave. Enfin, dans la journée du 31 janvier, le malade fut pris subitement de quintes de toux suivies immédiatement de vomissements purulents abondants qui aboutirent à l'évacuation d'un litre de pus au moins.

Le lendemain il y eut encore quelques expectorations purulentes.

Dès le surlendemain, 2 février, la température redevint normale, et au bout de quelques jours le malade entra cette fois franchement en convalescence.

Les symptômes locaux disparurent graduellement, l'appétit augmenta, les forces revinrent, les cheveux tombés à la suite de l'érysipèle se mirent à repousser, et aujourd'hui, 25 février, le malade est complètement rétabli, et se promène dans la salle avec des béquilles.

Pendant ce temps la cicatrisation du moignon était achevée depuis longtemps.

Dès le 15 mars l'on put donner à notre amputé un pilon, et depuis ce jour, il marche sur son moignon sans ressentir la moindre souffrance.

Aujourd'hui 15 mai, le malade est toujours à l'hôpital; il

attend pour partir que la pension de retraite pour laquelle il a été proposé lui soit accordée; il va très bien, et marche longtemps avec son pilon sans éprouver la moindre fatigue et la moindre douleur.

Terminaison. — Comme résultat définitif de l'amputation au niveau de la tubérosité antérieure du tibia que nous avons pratiquée, nous avons obtenu un moignon suffisant, régulier, non douloureux, assez matelassé, à cicatrice terminale protégée, et offrant au pilon une base de sustentation de 12 cent., mesurée du sommet de la rotule à son extrémité, le genou étant dans la flexion à angle droit, pouvant rendre par conséquent les meilleurs services au mutilé, et la prothèse facile et utile.

Somme toute, au point de vue opératoire, nous nous estimons doublement heureux d'avoir suivi la bonne inspiration de M. le docteur Ducelliez qui nous avait engagé à tenter d'abord une opération économique avant d'en arriver à une opération plus considérable, d'abord parce que nous avons agi au mieux des intérêts de notre malade, et ensuite parce que le succès complet qui a suivi notre opération nous a permis de rappeler le souvenir de cette amputation de nécessité que D. Larrey, cette grande figure de la chirurgie militaire du commencement de ce siècle, a pratiquée souvent autrefois sur les champs de bataille, qui semble depuis cette époque avoir disparu avec lui, puisqu'elle est à peine mentionnée maintenant dans les traités de chirurgie opératoire.

D. Larrey pratiquait cette opération au voisinage du genou, parce qu'au temps où il opérait l'amputation de cuisse était fort grave. Aujourd'hui, malgré les progrès de l'antisepsie, malgré la sécurité opératoire, l'opération de Larrey nous semble encore préférable à l'amputation de cuisse et à la désarticulation du genou, toutes les fois qu'elle est possible, parce qu'elle laisse toujours au mutilé un moignon plus utile que celui qui résulte des interventions précédentes.

Pour obtenir en outre un moignon plus simple, plus régulier et plus tolérant, Larrey extirpait quelquefois la tête du péroné. Nous ne l'avons point fait, et nous n'avons pas eu à le regretter; car l'attache du biceps fémoral, objet de tant de craintes autrefois, que nous n'avons pas détruite, n'a diminué en rien les qualités du moignon que nous avons obtenu.

Aussi notre malade a dû quitter l'hôpital pour se retirer dans sa famille en Normandie où il continue à bien aller, et à exercer entièrement son métier de manœuvre qui l'oblige à travailler toute la journée dans les champs.

Dans ce musée pathologique dont nous venons de faire passer toutes les pièces sous les yeux, et où il y a tant à apprendre, nous ne voulons retenir pour l'instant que quelques points qui semblent devoir fixer particulièrement l'attention.

Comme complications habituelles de l'érysipèle de la face, on a signalé souvent la présence d'abcès sous maxillaires et de la paupière, de pleurésies, de pneumonies, en un mot la majeure partie des accidents présentés par notre malade.

Mais ce n'est pas tout, il existe d'autres complications encore qui, pour être plus rares, n'en sont que plus graves et plus dignes d'intérêt.

Ainsi Parinaud, en 1879, faisait connaître un fait d'atrophie des nerfs optiques survenue après un érysipèle de la face.

En 1886, Weill publiait un cas d'amaurose ayant la même origine.

En 1887, Colle soutenait devant la faculté de Bordeaux une thèse dans laquelle il rapportait et étudiait les différentes complications oculaires imputables par les ophthalmologistes français et étrangers à l'érysipèle de la face.

En 1889, Geissler et Fortunati publiaient, le premier un cas de névrite optique, et le second, d'abcès de l'iris, ayant tous les deux le même point de départ.

Schuller a signalé le premier, en 1876, les complications cérébrales possibles du fait de l'érysipèle de la face et de la tête.

Tout récemment, le 8 janvier 1890, le professeur Ducazal, du Val-de-Grâce, rapportait à la Société médicale des hôpitaux un exemple d'érysipèle de la face ayant déterminé un abcès de l'orbite, une méningite suppurée et la mort.

Bourcy en 1884 a cité également des exemples d'arthrites septiques imputables à la même maladie.

Landouzy en 1885 et Groussin en 1889 ont publié chacun un cas d'érysipèle de la face suivi le premier d'abcès nombreux, et le second de 18 abcès.

Dieu a observé en 1887 à l'hôpital militaire de Marseille un cas d'aphasie produite par un érysipèle de la face.

Enfin Holm (Hospital Stidende, 1872, p. 61) raconte qu'à la suite d'un érysipèle de la face, il peut survenir une gangrène symétrique des doigts.

Voilà à peu près tout ce que nous connaissons des complications de la maladie infectieuse qui nous occupe, et les littératures médicales françaises et étrangères sont à peu près muettes jusqu'à ce jour sur la gangrène des membres inférieurs consécutive à l'érysipèle de la face.

Cependant Vautrin, Ganzinotti et Spillmann dans leur article « *Erysipèle* » du dictionnaire de Dechambre font mention, sans donner aucun détail, d'un cas de gangrène des membres inférieurs produit par une oblitération de l'aorte abdominale due à un érysipèle de la face, et rapporté par Tutschek (*Aertz-Intellig. bl.*, 1873).

Quel peut être donc le mécanisme de cette gangrène d'origine érysipélateuse si peu connue encore?

L'étude des maladies infectieuses, si longtemps dans les ténèbres, devient de plus en plus précise et de plus en plus complète parce que les microbes pathogènes qui leur donnent naissance par eux-mêmes ou leurs sécrétions, ainsi que les désordres qu'ils déterminent, peuvent être décelés, poursuivis et saisis jusque dans l'intimité des tissus et que, dans chacun de ces tissus, ces mêmes désordres peuvent être reproduits expérimentalement.

Aussi, il est facile maintenant de remonter rapidement non seulement des effets aux causes, mais encore d'attribuer à chaque cause la part de responsabilité qui lui revient dans l'effet pathologique produit.

Qui de nous a oublié les discussions aussi nombreuses que brillantes qui eurent lieu il y a quelques années encore au sujet de la gangrène sèche des membres dans la fièvre typhoïde? En vous citant les noms d'Aran, Trousseau, Charcot, Vulpian, Alibert, Bousquet, Paty, Hayem, Debierre, vous pourrez juger de l'importance qu'avait prise ce débat?

La découverte du bacille d'Eberth, et la connaissance de son action pathogène sur l'endocarde et le système artériel qui se traduit en terme ultime par des oblitérations artérielles, vint mettre l'union dans les divers camps ennemis, en même temps qu'elle mettait en lumière la véritable étiologie.

Plus récemment, le 14 juin 1890, Duchesneau publiait dans la *Gazette hebdomadaire* un article fort bien pensé au sujet d'un cas de gangrène des membres consécutive à l'influenza, qu'il avait présenté à la Société des sciences médicales et chirurgicales de Lyon. L'autopsie avait montré en effet une oblitération de la fémorale par un caillot dur et adhérent. Pour Duchesneau, l'étiologie était nette; mais la discussion fut vive au sein de la Société, et Gayet alla même jusqu'à laisser dans l'ombre l'action du microbe grippal, et ne voulut

voir dans cette oblitération qu'un simple artérite antérieure prédisposante !

Leyden à la Société médico-chirurgicale de Berlin présenta à peu près à la même époque une observation de gangrène de la jambe droite également de nature grippale, où l'on avait trouvé à la nécropsie un thrombus poplité.

Gerhardt, Kung, Eichhorst, prirent part à la discussion qui suivit cette communication, les uns (Kung, Eichhorst) pour soutenir Leyden qui voyait dans le thrombus poplité le résultat d'une embolie infectieuse; les autres et notamment Gerhardt, se refusèrent à admettre ce fait « parce qu'ils ne savaient pas, disaient-ils, d'où cette embolie viendrait ». Ils avaient oublié que chez les grippés, il existe des endocardites infectieuses, source naturelle des embolies.

En août 1890, M. le professeur Verneuil n'a-t-il pas, à la tribune de l'Académie de médecine, en traitant de la grippe au point de vue chirurgical à propos d'une communication de Jeannel de Toulouse, mis en lumière, avec l'autorité qui lui appartient, la vérité de l'étiologie de ces gangrènes défendue par Duchesneau et Leyden ?

Loïson n'a-il pas encore publié dans le « *Lyon médical* » un nouveau fait du même genre ?

Peut-il y avoir le moindre doute que la gangrène érysipélateuse, dont nous avons été témoin, soit, comme les gangrènes typhoïdiques et grippales, d'origine infectieuse et microbienne, qu'elle ait été amenée par le thrombus poplité que l'autopsie nous a révélé, et qui a été produit par l'endocardite préexistante, et que cette dernière ait été, comme la série des autres accidents que nous avons rapportés, « fonction de l'infection »?

Certainement non ; car si l'expérimentation et la bactériologie n'ont pas encore conclu définitivement au sujet de la grippe, elles ont déjà levé toutes les hésitations de la pathologie générale et tous les doutes de la clinique pour la fièvre typhoïde et l'érysipèle, et viennent livrer en nos mains un dernier argument irréfutable pour prouver la nature et le mécanisme de la gangrène des membres dans l'érysipèle.

Si en effet les expériences de Gilbert et Lion sur les lapins ont mis hors de doute la production d'endocardite et d'artérite par le bacille d'Eberth-Gaffky et donné par conséquent la véritable genèse des gangrènes des membres observées dans cette maladie, celles de Ponfick et de Guarneri ont démontré également que l'injection de streptocoques de l'érysipèle dans le sang de divers animaux produit des endocardites avec coagulations cardiaques, des altérations de l'endothélium des vaisseaux, des embolies du foie, de la rate, des reins, etc., etc. De l'embolie constituée à l'oblitération et à la gangrène définitive, il n'y a qu'un pas ! hélas, trop souvent fatalement franchi, par la seule raison qu'il n'existe aucune thérapeutique susceptible de lui opposer une barrière efficace.

Nous ne dirons rien ici des autres complications érysipélateuses présentées par notre malade. Bien qu'elles soient d'ordre purement médical, elles n'en sont pas moins intéressantes pour nous. Elles permettent en effet de suivre pas à pas les ravages terribles causés par le streptocoque de Fehleisen dans un organisme en état de réceptivité, de suivre les efforts de cet organisme infecté pour se débarrasser de l'ennemi qui le harcèle, les combats qu'il livre jusqu'au moment où, grâce au phagocytisme et à l'état bactéricide, il sort victorieux, mais totalement épuisé, de ce long drame où sa vie a été si souvent en jeu.

MERCIER. De la gangrène des membres dans la fièvre typhoïde (*Archives générales de médecine*, 1877).

GUARNERI. Expériences avec les streptocoques de l'érysipèle (*Boll. della Rev. academ. med. di Roma*, 1886).

MEROVICH. De la bactériologie de l'érysipèle (*Inaug. dissert.*, Saint-Pétersbourg, 1887).

BENDER. Du coccus de l'érysipèle (*Centralblatt für Bacteriologie*, 1887).

MANFREDI. De l'action physiologique et toxique des produits de culture de l'érysipèle (*Revue des sciences médicales de Hayem*, 1887).

WEILL. Une complication rare de l'érysipèle (*Deutsche med. Wochenschrift*, n° 39, 1886).

PONFICK. (Ueber path. med. anat. Veranderungen des inneren Organ bei Erysipeles (*Deutsche klinisch.* Berlin, 1867).

HOLM. (*Hospital Stidende*, 1872, p. 61).

TUTSCKEK. (*Ærtz. Intellig. blatt.* 1873). Obturation de l'aorte abdominale dans un cas d'érysipèle de la face.

GROUSSIN. Erysipèle infectieux de la tête. 18 abcès. (*Revue générale de clinique et thérapeutique*, 28 mars 1889).

GEISSLER. Névrite optique dans l'érysipèle de la face (*Deutsche milit. Zeitschrift*, n° 2, p. 93, 1889).

FORTUNATI. Abcès de l'iris consécutif à un érysipèle de la face (*La Riforma medica*, 23 octobre 1889).

GILBERT et LION. Des endocardites infectieuses (*Archives de médecine*, 1890).

DUCHESNEAU. Sur la gangrène des membres consécutive à l'influenza (*Gaz. hebdom.*, 14 juin 1890).

LEYDEN. De la gangrène des membres après l'influenza (*Bulletin de la Société de médecine de Berlin*, mai 1890).

VERNEUIL. De la grippe au point de vue chirurgical (*Bulletin de l'Académie de médecine*, août 1890).

LOISON. Un cas de gangrène de la jambe consécutive à l'influenza. (*Lyon médical*, septembre 1890).

DIEU. Un cas d'aphasie produite par un érysipèle de la face (Communication orale, septembre 1890).

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

L'hystérie peut-elle simuler l'épilepsie jacksonienne? par M. GLATZ (*Lyon médical*, 28 juin 1891, n° 26, p. 286). — Le cas cité par l'auteur lui permet de répondre par l'affirmative. Un malade âgé de 40 ans, manifestement hystérique, est pris d'un accès de secousses débutant par la jambe droite, occupant ensuite le reste de la moitié droite du corps et durant 10 minutes, sans perte de la connaissance. Le sujet n'ayant aucun autre signe de néoplasme, étant du reste hystérique, n'ayant enfin présenté aucune aggravation de son état depuis un an, on peut rattacher l'accès à l'hystérie. L'attaque hystérique à forme d'épilepsie partielle a, du reste, été décrite déjà auparavant.

Tabes dorsal avec symptômes particuliers (A case of tabes dorsalis with unusual symptoms), par HOWELL T. PERSHING (*Medical News*, 13 juin 1891, p. 663). — Dans le cas rapporté il ne pouvait y avoir de doutes sur la réalité du tabes : douleurs fulgurantes, absence des réflexes rotuliens, signe d'Argyll-Robertson, démarche ataxique, formaient un ensemble clinique complet et indiscutable. Les particularités notables étaient des attaques de douleurs gastro-abdominales avec vomissements, et élévation de température, condition qu'on ne connait pas dans le tabes. Il existait de plus des mouvements involontaires subits, et une subite faiblesse des jambes. Les mouvements spasmodiques dépendent de la même cause que l'exagération des réflexes superficiels, et peuvent être attribués à l'irritation des fibres sensitives : quant à l'effondrement des jambes, « giving way of the legs », il a été décrit par Buzzard.

Hystérie mâle (Hysteria in the male), par S. D. KELLEY (*Medical Record*, 13 juin 1891, p. 675). — Guérison par la suggestion hypnotique de troubles nerveux caractérisés par une sensation pénible dans la gorge avec toux et expectoration associés à un état mental neurasthénique.

Diplégie spasmodique infantile (A case of infantile spastic diplegia with tremors of the « disseminated sclerosis » type), par T. C. RAILTON (*British medical Journal*, 27 juin 1891, p. 1382). — Sujet âgé de 9 ans, affecté congénitalement, présente l'apparence de l'imbécillité. Crâne anormal, de dimensions exagérées. Strabisme interne, fond de l'œil intact, pas de nystagmus ni de scansion des mots, ni de vertige. Intelligence faible. Réflexes superficiels présents. Tremblement des membres se développant à l'occasion des mouvements

volontaires comme dans la sclérose en plaques. Les réflexes rotuliens sont exagérés et il y a même clonus du pied. Rigidité et tendance à la contracture des deux côtés du corps. Le cas est intéressant par la ressemblance qu'il offre avec la sclérose dont on le peut toutefois différencier : il s'agit sans doute d'arrêt de développement du cerveau.

Aphasie incomplète avec dyslexie et agraphie (A case of incomplete aphasia with dyslexia and agraphia), par G. A. Muehleck (*University medical magazine*, juin 1891, n° 9, p. 524). — Sujet âgé de 24 ans, sans antécédents héréditaires ni personnels, sobre, non syphilitique, droitier; est pris, le 11 octobre 1890, de vertige, de douleur temporale et de scotome de l'œil gauche, puis d'impossibilité de parler. A l'examen, rien au cœur ni aux poumons ni dans les organes abdominaux, ni albumine ni sucre. Réflexe patellaire un peu fort à droite. Pas de troubles de la sensibilité. Il est capable de prononcer quelques mots dont il se sert constamment : il ne peut lire à l'exception de certains caractères; il ne peut ni copier ni écrire. L'examen ophthalmoscopique montre seulement de l'hypérémie de la rétine. La guérison a été rapide. L'auteur discute le diagnostic causal de ce cas, et incline à penser que les troubles sont d'origine vaso-motrice, et analogues à un accès de petit mal. Nous croyons qu'il a pu s'agir de migraine ophthalmique accompagnée.

Cinq cas de béri-béri (History of five cases of Beriberi), par W. S. Pettus (*New-York medical journal*, 23 mai 1891, p. 588). — L'auteur rapporte cinq observations de béri-béri dont l'une avec autopsie, dont les résultats sont incomplets; on a constaté entre autres lésions de l'inflammation du nerf sciatique.

Agoraphobie et rétrécissement du champ visuel (Ueber Platzangst (Agoraphobie) und Gesichtsfeldbeschrænkung), par A. Nieden (*Deutsche medicinische Wochenschrift*, 26 mars 1891, p. 465). — Il s'agit d'un sujet atteint d'agoraphobie et de claustrophobie, chez lequel on constata un rétrécissement concentrique du champ visuel, qui s'élargit d'une façon caractéristique, dès que se manifesta une amélioration de l'état mental. L'auteur remarque qu'il n'a plus jusqu'à présent rencontré un cas analogue.

Sur l'action discordante des deux hémisphères du cerveau (On the discordant action of the double brain), par W. Ireland (*British medical Journal*, 30 mai 1891, p. 1167). — L'auteur se base sur un ensemble de remarques anatomiques, pathologiques et physiologiques pour défendre la thèse de l'indépendance fonctionnelle de chaque hémisphère cérébral. Il n'apporte, du reste, aucun argument nouveau en faveur de la dualité cérébrale.

MÉDECINE

Etiologie du mal de Bright (Aetiologie des Morbus Brightii), par A. Bluhm (*Deut. Arch. für kl. Med.*, 1891, t. XLVII, p. 193). — Ce travail comprend la synthèse et le classement des faits de mal de Bright observés pendant une période de 5 années 1/2 à la clinique d'Eichhorst. L'auteur a relevé 270 cas de mal de B., dont 140 se rapportent à la néphrite diffuse aiguë, 40 à la néphrite parenchymateuse chronique, et 90 à la néphrite interstitielle diffuse chronique. C'est dans la néphrite diffuse aiguë que l'élément causal est le plus aisé à mettre en relief et le plus varié; l'auteur passe en revue le typhus abdominal, la scarlatine, la rougeole, l'érysipèle, la variole, la diphthérie, l'angine tonsillaire, l'endocardite infectieuse, le rhumatisme articulaire aigu, la pleuro-pneumonie fibrineuse, la pleurésie vraie simple, la péritonite aiguë, la tuberculose miliaire, les affections pyémiques et septiques. A cette causalité déjà complexe s'ajoute encore l'influence de la phthisie chronique, de la syphilis, du refroidissement, des dermatoses, des intoxications, des affections circulatoires ou digestives, des cachexies, de la grossesse, des maladies de l'appareil uro-génital.

La néphrite parenchymateuse chronique est souvent d'une interprétation moins aisée. Elle se relie parfois à d'anciens accidents aigus, ou succède aux refroidissements prolongés. Ailleurs c'est la malaria qu'on met en cause, ou les suppurations chroniques, ou encore l'intoxication alcoolique.

Quant au rein scléreux, l'auteur a vu des cas où la filiation avec une infection aiguë, la diphthérie par exemple, était fort admissible; plus souvent encore, il s'agissait de tuberculeux. Mais c'est la syphilis, l'artério-sclérose, et l'intoxication alcoolo-saturnine qui revendiquent les faits les plus nombreux.

Ictère des néo-nés (Ikterus Neonatorum), par Cnopf (*Münch. med. Woch.*, avril 1891, n°s 16 et 17, p. 283 et 305). — Il est indispensable, au point de vue pathogénique, de distinguer en deux formes, aiguë et chronique, l'ictère qui se développe chez les nouveau-nés. En s'appuyant sur ses observations personnelles et sur les investigations de Silbermann, Naunyn, Minkowsky, Afanassiew, Hayem, etc..., l'auteur rejette pour l'ictère aigu la possibilité d'une théorie purement hématogène, et pense qu'il faut, en tout état de cause, faire intervenir le foie. Les nouvelles conditions vitales créées au fœtus par l'établissement de la respiration, les changements survenus dans la circulation, etc., entraînent une consommation globulaire exagérée, une surcharge pigmentaire du foie, puis la stase biliaire et la résorption.

En ce qui concerne l'ictère chronique, les recherches de Gubler, Trousseau, Schüppel, etc., et de l'auteur établissent qu'il tient parfois à des vices de conformation congénitaux de l'appareil évacuateur, qu'il se rattache ailleurs à des lésions acquises du tissu hépatique et des voies biliaires, lésions à l'origine desquelles il est commun de retrouver l'influence de l'hérédité syphilitique.

Traitement de la diphthérie (Behandlung der Diphterie), par Pulawski (*Berl. klin. Woch.*, mai 1891, n° 21, p. 515). — C'est le traitement par l'iodoforme que l'auteur s'applique à mettre en honneur, et dont il fait ressortir les avantages sur le sublimé, le phénol, etc. Il consiste à appliquer deux ou trois fois par jour sur les parties malades à l'aide d'un pinceau d'ouate, ou à insuffler de l'iodoforme en poudre soit seul, soit mélangé de magnésie calcinée en proportion variable. L'application est facile, ne fait pas saigner, ne paraît pas répugner aux jeunes malades, et n'a jamais entraîné d'accidents. Elle peut du reste être confiée à une garde-malade sans inconvénient. L'action du remède est une action antiseptique. L'absorption est certaine comme le prouve l'analyse des urines au point de vue de la réaction iodée. Elle est de plus précoce et durable, ce qui est un grand avantage. L'auteur en associant à ce traitement iodoformé la médication alcoolique a obtenu de bons résultats : il a même vu guérir régulièrement une angine diphthéritique à forme gangréneuse.

Pulsation unique pour deux systoles cardiaques (Ein fühlbarer Puls auf zwei Herzcontractionen), par Dehio (*Deut. Arch. für klin. Med.*, 1891, t. XLVII, p. 307). — L'auteur a observé ce phénomène sur un homme de 29 ans, bronchitique et emphysémateux, ayant présenté des signes d'artério-sclérose de l'artère pulmonaire, et mort d'asystolie L'anomalie circulatoire fut perçue d'une façon presque continue pendant les dix derniers jours.

On sait que Leyden avait expliqué ce phénomène en admettant que la pulsation perçue correspondait à une révolution cardiaque normale et bilatérale, et que la pulsation manquante se rapportait à une pause du ventricule gauche, le cœur droit conditionnant à lui seul les sensations perçues à l'auscultation. L'auteur pense avec Frædtzel, Riegel et Lachmann que le fait observé est à rapprocher du pouls bigéminé et tient à l'alternance d'une contraction forte et d'une contraction faible du cœur, cette dernière n'étant point inscrite à la radiale. C'est vraisemblablement dans un trouble de l'innervation cardiaque encore inexpliqué qu'il faut chercher la raison d'être de cette singulière perturbation.

CHIRURGIE

Luxation du nerf cubital (Two cases of dislocation of the ulnar nerve), par Stable (*The Lancet*, 9 mai 91, p. 1040).

Observation I. — E. N., 28 ans, est tombée le coude sur le rebord d'un seau; il se forma un abcès juste à la partie inférieure et interne de l'humérus. La malade guérit; mais, au bout de quelques jours, elle sentit une douleur sur la partie interne du coude toutes les fois qu'elle fléchissait l'avant-bras. On s'aperçut alors que quand ce mouvement de flexion arrivait au voisinage de l'angle droit, le nerf cubital glissait d'arrière en avant sur la partie interne de l'humérus; dans le mouvement d'extension, le nerf reprenait sa position

anatomique. De plus, la pression de la main droite était plus faible que celle de la gauche. On mit le nerf à nu et on sutura sa gaine au bord interne du tendon du triceps et on fixa le bord de ce dernier au périoste de la partie interne de l'humérus. Appareil plâtré. Guérison par première intention. La douleur a disparu dans le mouvement de flexion; restauration complète des fonctions du nerf cubital.

Observation II. — M. G., 30 ans, a toujours beaucoup écrit et, dans ces derniers temps, a senti son bras droit s'affaiblir; il ne pouvait plus tenir une plume pendant longtemps. Il y a 5 mois, cet état s'aggrava assez brusquement; il remarqua alors que quelque chose glissait en avant sur la partie interne de son coude. Ce glissement ne s'accompagnait pas de douleur. On mit le nerf à nu et, divisant les tissus fibreux situés en arrière de la tubérosité interne de l'humérus, on forma une sorte de lit dans lequel on fixa le nerf. Appareil plâtré. Guérison; le nerf a récupéré toutes ses propriétés; le malade peut parfaitement écrire.

Luxation sus-cotyloïdienne (Supracotyloïd dislocation), par Ridlon (*N.-Y. med. Journ.*, 23 mai 1891, p. 589). — Il y a un an, un garçon de 16 ans se pencha en arrière, ses pieds étant séparés l'un de l'autre, et ses orteils tournés en dehors; il sentit tout à coup un glissement dans sa hanche droite. D'abord il put assez facilement marcher, mais des douleurs s'établirent qui devinrent graduellement croissantes et le confinèrent au lit.

Le malade marche actuellement sans grande douleur; la jambe droite est raccourcie, en rotation en dehors, et dans la marche elle n'est jamais lancée au-devant de la gauche; la fesse de ce côté est aplatie. Toute flexion active ou passive de la cuisse droite est impossible. La jambe droite est en rotation externe, mais la rotation en dedans active ou passive est très limitée. L'extension de la cuisse est normale. Le grand trochanter droit est de 2 cm. au-dessus de la ligne de Nélaton. Le raccourcissement du membre inférieur droit est de 4 cm. Pas de déformation latérale, ni abduction, ni adduction.

La luxation sus-cotyloïdienne peut survenir dans trois conditions différentes : 1° elle est consécutive à une luxation en arrière et est produite la jambe étant portée dans l'extension, l'abduction et la rotation en dehors; 2° elle est consécutive à une luxation antérieure, l'os se portant consécutivement en haut et en arrière; 3° elle se fait d'emblée, l'os passant au-dessus de la cavité cotyloïde; c'est le cas le plus rare.

Dans la fracture du col du fémur, la situation du membre est la même que dans la luxation en haut, mais l'impotence fonctionnelle est complète, tandis que dans la luxation le malade marche bientôt assez facilement.

Enchondrome de la mâchoire supérieure (A supposed sarcoma of the upper jaw that proved to be an enchondroma. Removal. Recovery), par Munro (*N.-Y. med. Journ.*, 23 mai 1891, p. 584). — Femme de 76 ans. Bons antécédents héréditaires. Santé antérieure excellente. A perdu de bonne heure toutes ses dents; la dernière enlevée fut la canine supérieure gauche, mais à sa place resta une sorte de prolongement qui ne tarda pas à s'ulcérer. Bientôt apparut un léger gonflement en dedans de l'éminence malaire. Ce gonflement dur, non fluctuant, augmenta graduellement pendant 3 ans. Peu de temps après apparut une tumeur semblable croisant en diagonale la voûte palatine. Cette deuxième tumeur s'ulcéra et donna lieu à un écoulement abondant.

Le 28 décembre 1887, entrée à l'hôpital. Toute la mâchoire supérieure est envahie ainsi qu'une partie du nez. Pas de douleurs. On diagnostique un sarcome. Pendant un an on ne se décide pas à l'opérer. Cependant une tumeur semblable commence à apparaître à droite sous l'os malaire; elle croît très rapidement. Opération sans éther le 4 janvier 1891. Du côté gauche incision en diagonale s'étendant jusqu'à la narine. On extrait une quantité considérable de substance molle au centre, plus dure à la périphérie. Incision semblable du côté droit; on trouve une tumeur plus dure; troisième incision à travers la lèvre supérieure réunissant les deux premières. La tumeur fut alors enlevée à peu près en entier; une quantité assez considérable des deux maxillaires supérieurs avait disparu sous la pression de la tumeur.

Le microscope montra qu'il s'agissait d'un enchondrome. Guérison. Etat général bien meilleur. La difformité au niveau de la figure a presque entièrement disparu.

BIBLIOGRAPHIE

Leçons cliniques sur l'hystérie et l'hypnotisme, par A. Pitres, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux. — Paris, 1891. O. Doin, édit.

Ainsi que l'annonce M. le prof. Charcot dans la préface qui précède les deux volumes des Leçons cliniques de M. Pitres, « il était impossible de condenser sous une forme plus heureuse et avec une meilleure méthode la longue série de travaux personnels que l'auteur a poursuivis pendant plus de dix ans, sans cesse et sans trêve ».

L'ouvrage en tous points remarquable que publie le professeur de Bordeaux constitue une véritable monographie de l'hystérie et de l'hypnotisme, considérés plus particulièrement au point de vue clinique. La définition de l'hystérie formulée dès le début montre quelle conception générale a guidé l'auteur. « L'hystérie, dit-il, est une névrose dont les accidents très variés ont pour caractères communs : *a* de ne pas être sous la dépendance directe de lésions organiques : *b* de pouvoir être provoqués, modifiés ou supprimés par des manœuvres externes ou par des causes purement psychiques ; *c* de coexister en nombre variable ; *d* de se succéder sous différentes formes et à différentes époques chez les mêmes sujets ; *e* de ne pas retentir gravement sur la nutrition générale et sur l'état mental des malades qui en sont atteints. »

L'auteur étudie alors successivement les troubles de la sensibilité, — anesthésies, hyperesthésies —, de la motilité, — convulsions, contractures, paralysies, tremblement —, et de l'intelligence, — délire, catalepsie, somnambulisme — faisant suivre cette dernière partie de longues et ingénieuses considérations sur l'hypnotisme et la suggestion. C'est le malade sous les yeux, pour ainsi dire, que l'on peut suivre les développements du professeur, car toutes les considérations qui nous sont présentées reposent sur des observations recueillies avec méthode.

Nous ne saurions donner ici une analyse complète de ce livre, et nous ne pouvons guère qu'indiquer les chapitres les plus importants. Tels sont ceux qui ont trait aux anesthésies des muqueuses et des organes des sens, aux zones spasmogènes et spasmofrénatrices, aux tremblements. Ceux-ci sont distingués en trépidatoires, vibratoires et intentionnels. Les spasmes rhythmiques sont très bien étudiés et distingués des accidents analogues qui se rencontrent en dehors de l'hystérie. Notons aussi le chapitre qui est relatif aux troubles trophiques, dans lequel sont rapportés des cas d'œdème, d'atrophie musculaire et même d'eschares fessières.

Les attaques de délire sont considérées comme des équivalents cliniques des attaques convulsives, se présentant sous trois formes principales : les attaques de manie, de délire hallucinatoire et de délire ecmnésique. L'auteur considère que l'état dans lequel se trouve un sujet au moment de l'accomplissement d'une suggestion post-hypnotique, est une sorte de délire différant de l'état de veille et des états hypnotiques francs, aussi lui paraît-il mériter un nom spécial, et lui propose-t-il celui d'*état paraphronique*. Ayant à prendre parti dans la querelle pendante entre l'Ecole de la Salpêtrière et l'Ecole de Nancy quant aux rapports de l'hystérie et de l'hypnotisme, M. Pitres, se basant sur ses observations et sur les déductions qu'elles légitiment, se range très catégoriquement à l'opinion soutenue par M. le prof. Charcot. Il considère l'hypnose provoquée comme un *état morbide* artificiel et temporaire, dont les symptômes très variables et parfois très complexes sont identiques à ceux qu'on observe dans les attaques spontanées de sommeil hystérique. Entre l'hypnose provoquée et l'hypnose spontanée il n'y a donc aucune différence de nature. Hypnotiser un sujet, c'est lui donner artificiellement une attaque de sommeil ; or, comme l'attaque de sommeil elle-même n'est qu'un fragment détaché, ou tout au moins un équivalent de la grande attaque de l'hystérie, on est en droit de conclure que l'hypnose artificielle a la même signification nosographique.

Nous signalerons, enfin, les leçons qui se rapportent aux applications de l'hypnotisme à la thérapeutique. Les accidents susceptibles d'être heureusement modifiés par les suggestions sont : les accidents hystériques intermittents ou permanents, certains troubles fonctionnels survenant chez des névropathes, — morphinomanie, onanisme, incontinence d'urine, insomnie,

— certains troubles vaso-moteurs ou sécrétoires d'origine névropathique. Aussi, en raison du nombre limité des cas où la thérapeutique hypno-suggestive est applicable, ne doit-on pas en user systématiquement pour le traitement de toutes les maladies.

M. Pitres termine par cette sage formule : « Usez de la suggestion, n'en abusez pas ; restez médecins, ne devenez pas hypnotiseurs. »

Si nous ajoutons que ces deux volumes sont écrits en une langue claire et dont la variété n'exclut pas la précision scientifique, nous n'aurons donné qu'une idée imparfaite de tout le bien que nous en pensons.

Paul Blocq.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Nos grands médecins d'aujourd'hui, par Horace Bianchon. Paris, Société d'éditions scientifiques, 4, rue Antoine-Dubois, 1891.

Lorsque parut au *Figaro*, sous un titre plus modeste que celui de ce beau volume, une série d'articles destinés à faire connaître quelques-unes des figures médicales les plus en vue, ces croquis, tracés d'une plume alerte et vive, furent généralement goûtés. On aimait à lire chaque semaine ce que pensait d'un de nos maîtres le spirituel écrivain qui résumait en quelques traits, parfois incisifs, le plus souvent élogieux, ce qui se dit chaque matin dans les salles de garde de nos hôpitaux ou dans les conversations familières des étudiants. Ecrits au jour le jour, et publiés dans un journal mondain, ces « Profils de médecins » amusaient parfois; ils intéressaient toujours et l'on ne pouvait manquer de rendre justice au talent de celui qui les dessinait. Le sentiment que nous avons éprouvé en recevant un livre luxueusement édité et paraissant destiné à graver pour la postérité des portraits qui ne sont pas toujours parfaits de ressemblance diffère un peu de celui avec lequel nous avons accueilli les articles dispersés avec les feuilles volantes qui nous les avaient apportés. Une biographie doit être toujours scrupuleusement fidèle quand elle est imprimée dans un ouvrage de bibliothèque. Et le lecteur éprouve quelque peine en voyant l'auteur affirmer lui-même qu'il a été « trop vif » envers l'un de ceux dont il a tracé le portrait et reproduire cependant, sans y rien changer, des appréciations désobligeantes. Ne pouvait-il faire à l'égard de M. D. ce qu'il avait fait quelques pages plus haut en faveur de M. C.? Et n'est-on pas dès lors autorisé à se demander si H. Bianchon a bien suivi les conseils de son ami M. de Fleury. Quelques-uns de ceux dont le portrait se trouvait dans le *Figaro*, et en particulier, le professeur Potain, n'avaient pas dissimulé l'ennui que leur causait la publication d'un article cependant très élogieux. D'autres ont refusé nettement les documents nécessaires à leur biographie, demandant à l'auteur de ne pas parler d'eux. Ce sont là, dit M. de Fleury, de nobles attitudes. Mais alors pourquoi ce livre d'or de nos célébrités médicales si l'on n'y peut faire entrer les noms de tous ceux qui sont dignes de tout notre respect? Il en est plus de trois que je pourrais citer. Pourquoi y avoir ajouté quelques noms auxquels l'épithète de « grand médecin » ne peut être accolée sans provoquer bien des sourires!

VARIÉTÉS

Notes sur l'enseignement de la médecine à l'Université de Zürich.

A Monsieur le Rédacteur en chef de la *Gazette hebdomadaire*.

Je viens de passer quelque jours à Zürich; j'en ai visité l'Université, et j'ai surtout étudié l'organisation de l'Enseignement médical. Cette organisation est très simple, et dans bien des détails elle serait applicable en France. Elle offre une richesse d'installation inouïe pour un canton de Suisse.

Avec une amabilité extrême, M. le professeur Eichhorst a bien voulu me faire les honneurs de son service et me donner sur son enseignement des détails qui pourront intéresser les lecteurs de la *Gazette*.

La Faculté de médecine de Zürich a 300 élèves, dont 249 étudiants et 51 étudiantes.

Sur ces 249 étudiants il y a : 176 Suisses, 73 Allemands et étrangers;

Parmi les 51 étudiantes on compte : 7 Suissesses, 44 étrangères.

Professeurs. — La Faculté de médecine compte seulement *neuf* professeurs titulaires (Ordentliche Professoren). Si ce chiffre est si restreint, c'est que les cours de la première année se font à la Faculté des sciences; de plus, chaque titulaire est chargé de plusieurs enseignements : ainsi le professeur de clinique médicale enseigne simultanément la pathologie interne et la thérapeutique; le professeur de clinique chirurgicale fait les cours de pathologie externe et de médecine opératoire; le professeur d'anatomie pathologique fait aussi le cours de pathologie générale et expérimentale; les professeurs d'anatomie normale et de médecine légale enseignent, l'un l'histologie, l'autre la médecine légale. Il y a des avantages d'économie et de travail dans cette organisation si simple, qui contraste avec la multiplicité des chaires magistrales en France.

Il y a trois professeurs extraordinaires (ce titre correspond à peu près à notre titre d'agrégé) et 19 Privatdocenten. Le titre de professeur extraordinaire n'est qu'honorifique. Quant aux privatdocenten, ils font des cours libres et ils ne prennent aucune part aux actes de la Faculté. Ce sont les privatdocenten qui font les cours complémentaires, comme ceux des maladies syphilitiques et cutanées, des maladies du larynx, des oreilles, de l'histoire de la médecine, des maladies du système nerveux, des applications du microscope à la clinique, etc.

Les appointements des professeurs, payés par l'Etat, sont bien inférieurs à ceux de France. En général le titulaire ne touche que 4,000 francs. Mais il y a des compensations. Les professeurs de clinique touchent 2,500 francs de l'administration hospitalière. Les frais d'examens et de cours, payés par les élèves, s'élèvent à plus de 7,000 francs. En somme, les appointements se trouvent ainsi élevés à près de 15,000 fr.

Dans ces conditions, le professeur ne fait pas de clientèle. Il se contente de donner des consultations. Par un sentiment de dignité, les professeurs chargés de recherches de laboratoire donnent tout leur temps au travail, à la science et à l'enseignement.

Si les professeurs sont astreints durant toute l'année à un travail pénible et à un enseignement de tous les instants, on ne leur ménage pas les moments de repos. A Noël ils ont 15 jours de vacances, à Pâques deux mois, aux grandes vacances trois mois.

Pour la nomination d'un titulaire, le titre de professeur extraordinaire ne donne pas, comme en France, un droit de préférence. Le conseil de la Faculté n'examine que le mérite. En cas de vacance, il s'adresse à des hommes marquants d'une autre faculté; si on ne répond pas à son appel, il s'adresse à des professeurs extraordinaires, puis à des privatdocenten, voire même à des médecins sans titres universitaires. En France, l'agrégation constitue un droit au titulariat. Pour n'avoir pas passé par la filière des concours, combien de savants ne peuvent rendre de services dans l'enseignement public! Koch était simple médecin de campagne, quand l'Université de Breslau, émue par ses communications bactériologiques, lui offrit une place de professeur extraordinaire. En France, Koch serait peut-être ignoré; l'organisation des universités allemandes l'a élevé rapidement aux plus brillantes positions scientifiques.

Hopital. — L'hôpital est très bien situé, non loin des bâtiments universitaires, sur le flanc d'une colline qui domine la ville; il est entouré de vastes jardins. Il comprend, avec le bâtiment principal, une série de pavillons espacés. Il renferme plus de 300 lits, plus les réserves dont nous aurons à parler.

Il suffit que le médecin de l'hôpital ait donné un billet d'urgence, pour que le malade, suisse ou étranger, soit admis. Il en est de même à Bâle, où les deux tiers des malades sont des étrangers. Les richesses cliniques sont ainsi accrues dans une très grande proportion.

Le professeur de clinique est maître dans son hôpital. Dans certaine ville universitaire de France, les médecins des hôpitaux sont sans rétribution; leur situation humiliante rappelle celle qu'avaient les médecins militaires avant la réforme de l'Intendance.

La clinique chirurgicale occupe le rez-de-chaussée de l'hôpital. La clinique médicale est installée au premier et au deuxième étages. Elle se compose d'une série de chambres séparées, contenant chacune 12 lits, et des chambres de pensionnaires.

Un grand pavillon est réservé aux contagieux. On comprend dans ce nombre les tuberculeux et les typhiques. Dès qu'un malade est reconnu tuberculeux, il est transféré au pavillon

des contagieux. Les crachats des tuberculeux sont désinfectés à l'aide d'une solution d'acide phénique à 5/100.

Un personnel d'infirmiers spéciaux est attaché à chacun des services de contagieux.

Il y a un pavillon spécial, isolé, pour la diphthérie, avec amphithéâtre pour la trachéotomie. Le service des diphthéritiques a été rattaché à la chirurgie pour éviter les sources de contagion qui pourraient suivre la dispersion des diphthéritiques dans deux services.

Outre ces pavillons d'isolement destinés aux contagieux, il existe un vaste pavillon, séparé en deux grandes salles ; chaque salle contient 30 lits. Ces lits sont montés, pourvus de leurs couchages ; il suffirait d'une heure pour en terminer l'installation. En cas de malheur public, incendie, accident de chemin de fer, épidémie, etc., ces lits sont prêts. Ils ont déjà servi dans une grande épidémie de fièvre typhoïde. Cette installation serait à imiter dans bien des villes de France.

Quant aux varioleux, un bâtiment spécial, comprenant 100 lits, leur est réservé à une demi-heure de distance de la ville.

Il resterait à parler du magnifique laboratoire d'hygiène, du pavillon de physiologie, du palais élevé récemment pour la chimie et pour la physique. Toute cette organisation universitaire fait honneur à la Suisse.

Enseignement. — La première année, les étudiants en médecine suivent les cours de la Faculté des sciences. A la fin de cette première année, ils subissent un examen de physique, de chimie et d'histoire naturelle. Au bout de la seconde année ils sont interrogés sur l'anatomie et la physiologie, puis ils font trois années d'études cliniques.

L'enseignement clinique se fait comme en Allemagne. Le professeur choisit un malade, le fait porter sur un lit spécial dans l'amphithéâtre. Là il est examiné devant les élèves par un *pratiquant*. Ce dernier établit le diagnostic, le pronostic et le traitement. Le professeur discute le diagnostic porté par l'élève et fait une leçon.

Les étudiants sont *pratiquants* et *non pratiquants*. Ces derniers ne pénètrent pas dans les salles de malades. Ils sont préparés à la clinique par le cours de pathologie interne et par des conférences d'exploration médicale. Ces conférences sont faites par le chef de clinique ou par un professeur de propédeutique.

Les pratiquants se partagent tous les nouveaux malades. Ils recueillent les observations; elles sont lues et discutées par le professeur.

Quand un malade succombe, le professeur de clinique se rend avec ses élèves au pavillon d'anatomie pathologique, à gradins verticalement superposés autour de la table d'autopsie ; l'amphithéâtre est très bien installé. Le professeur d'anatomie pathologique fait l'autopsie ; il en dicte le protocole à son chef des travaux et au chef de clinique ; ce protocole est consigné dans un registre. A la leçon du lendemain le professeur de clinique médicale discute et résume les résultats de l'autopsie.

Les liquides pathologiques sont livrés à l'analyse ; les examens bactériologiques et histologiques sont communiqués au professeur de clinique.

L'excellente organisation de ce service pourrait être appliquée dans nos Facultés, où le service des autopsies est souvent livré à un garçon d'amphithéâtre. Combien de pièces curieuses se trouvent ainsi perdues, combien d'observations incomplètes, faute d'un examen suffisant ! Je ne parle pas de recherches statistiques ou à longue échéance qu'il est impossible de faire, puisque les résultats des autopsies ne sont ni réunis ni colligés. On exerce les étudiants aux autopsies.

Le professeur de clinique médicale est aussi chargé des cours de pathologie interne. Il a trois assistants, dont un chimiste. Il dispose de deux laboratoires : l'un de chimie, l'autre de bactériologie.

Tous les matins, sauf le mardi, le professeur fait le cours de pathologie interne de sept à huit heures. Le cours de clinique a lieu tous les matins, sauf le vendredi, de 9 à 10 heures 1/2. Avec le grand nombre de malades dont il dispose, le professeur peut, après le cours, montrer aux élèves le tableau vivant de la maladie qu'il vient de décrire : c'est une leçon de choses.

Dans bien des Facultés françaises les professeurs de pathologie interne ou externe, les professeurs de médecine opératoire ou de thérapeutique n'ont aucun service clinique ; ils font un cours théorique.

Pour compléter l'enseignement clinique, il y a un professeur de polyclinique. Il a deux assistants. Sous le contrôle du professeur, les étudiants vont à domicile soigner les malades; ils recueillent les observations. Cette institution, inconnue chez nous, rend de grands services ; elle initie le jeune médecin à la pratique, le place dans des milieux encore tout nouveaux ; l'étudiant, livré à ses propres forces, avec une certaine responsabilité, acquiert bientôt un double esprit d'initiative et de prudence. Le but est surtout de faire de vrais praticiens. En France, le jeune médecin qui n'a pas été attaché à un service d'hôpital en qualité d'interne, est livré d'emblée à lui-même. Il faut qu'il fasse un apprentissage de plusieurs années, parfois aux risques et périls des malades.

Examens. — Organisés en vue des exigences de la clinique moderne, les examens de clinique médicale sont très complets.

L'examen comprend deux parties : A. 1° L'interrogation d'un malade ; le candidat a une demi-heure. Il écrit le diagnostic. 2° L'examen d'une série de malades chez lesquels le candidat doit saisir sur-le-champ les symptômes les plus caractéristiques ; ce sont, par exemple, des malades atteints d'excavation pulmonaire, de lésion cardiaque, de maladies du système nerveux. Cette première partie de l'examen se termine par des interrogations de clinique thérapeutique.

B. La deuxième partie de l'examen clinique consiste dans l'examen de deux malades. Le candidat a six heures pour écrire l'histoire des malades avec développements sur le diagnostic, le pronostic et le traitement.

L'examen d'anatomie pathologique est très complet. On donne d'abord à examiner sur le cadavre une cavité, telle que l'abdomen, une portion de la cage thoracique, la boîte crânienne, etc. L'élève rédige le résumé de ses investigations. Il a ensuite à faire une préparation microscopique et à examiner des coupes histologiques. Cette série d'épreuves se termine par un examen théorique.

Par ce court aperçu on peut juger des avantages d'économie et de travail que présente, en Suisse, l'organisation d'une Faculté de médecine. Cette organisation mérite d'être étudiée dans l'intérêt de l'enseignement médical.

Le nombre des professeurs est restreint. Chaque professeur se donne tout entier à son enseignement.

Cet enseignement forme de vrais praticiens.

Des fondations d'Universités en France réaliseront-elles tous ces différents avantages ?

Dr Spillmann,
Professeur à la Faculté de Nancy.

Nécrologie. — On nous annonce la mort de M. le Dr Duponchel, ancien agrégé du Val-de-Grâce, professeur de médecine légale à la Faculté de Toulouse. Des travaux justement remarqués, plusieurs communications faites à la Société médicale des hôpitaux et la publication d'un manuel de médecine légale militaire avaient signalé notre regretté collègue au choix du ministre de l'Instruction publique. Plein d'ardeur et de zèle, il venait de s'installer à Toulouse, tout heureux de pouvoir se consacrer tout entier à ses études scientifiques. Une fièvre typhoïde l'a emporté en quelques jours. Ses anciens maîtres et ses camarades de la médecine militaire s'associent tous au deuil de sa famille.

Livres déposés au Bureau du Journal

Des tumeurs incluses dans les ligaments larges, par le docteur Charles Lassalle, interne des hôpitaux de Montpellier. G. Masson, 120, boulevard St-Germain. Brochure grand in-8°. Prix : 5 fr.

De l'uréthrotomie externe, les indications et les soins post-opératoires, par le docteur Charles Vieu. G. Masson. Brochure grand in-8°. Prix : 5 fr.

Etude médico-légale sur la simulation des maladies mentales, par le docteur A. Froment, médecin-inspecteur du service des aliénés de la Somme. G. Masson, 120, Boulevard St-Germain. Brochure in-8°. Prix : 2 fr.

Pathologie et thérapeutique des maladies du système nerveux. Manuel pratique à l'usage des étudiants et des médecins, par le Dr L. Hirt, professeur à l'Université de Breslau. Traduit de l'allemand, par le Dr M. Jeanne, assistant à la clinique médicale de l'Université de Liége. Préface et annotations par le Dr X. Francotte, professeur à l'Université de Liége. 1 volume in-8°, avec 179 figures dans le texte. Liége, M. Nierstrasz, éditeur.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES SAMEDIS ET PUBLIANT TOUS LES MERCREDIS

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

RÉDACTEUR EN CHEF : Dr L. LEREBOULLET. — SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION : Dr A. BROCA.

BULLETIN

Paris, le 17 juillet 1891.

Méthode de transformation prompte des produits tuberculeux des articulations et de certaines autres parties du corps humain.

Après avoir lu au bulletin de l'Académie le texte officiel de l'importante communication qui lui a été faite par M. Lannelongue et les observations sur lesquelles elle s'appuie, une première réflexion s'impose. Suivant des traditions qui font l'honneur de la médecine française, l'éminent chirurgien a longuement étudié au laboratoire et à l'hôpital l'action physiologique d'un médicament qui, au point de vue clinique, lui a donné les résultats les plus remarquables. Ces résultats, il les a fait contrôler par tous ses collègues ; il a attendu pour les faire connaître que l'opinion de ceux-ci fût unanime en affirmant leur valeur ; enfin, lorsqu'il a cru devoir prendre la parole, c'est pour exposer avec tous les détails nécessaires sa technique opératoire et les observations cliniques recueillies dans son service hospitalier. Nous aimons à penser que nos confrères de Berlin sauront rendre justice à une conduite qui contraste si nettement avec celle de M. Koch et qui rappelle la triste aventure où vient de sombrer sa réputation scientifique.

Si l'on étudie les conclusions si modérées que M. Lannelongue déduit de ses observations, on ne peut encore que louer ses réserves. Notre éminent collègue n'affirme pas la guérison définitive de ses malades. Toutefois la rapidité avec laquelle des lésions articulaires ou osseuses sont justiciables de la nouvelle méthode, dont il a si bien précisé la technique, fait espérer qu'un grand progrès a été réalisé au point de vue du traitement des lésions osseuses et articulaires.

En sera-t-il de même en ce qui concerne la phthisie pulmonaire ? Il serait prématuré de le dire. Que l'on parvienne, autour d'un ganglion ou d'une arthrite tuberculeuse, à provoquer la formation d'un tissu scléreux qui isole les lésions et oppose à leur diffusion une barrière infranchissable, nul n'en saurait plus douter aujourd'hui. Les conditions sont bien différentes en ce qui concerne la tuberculose pulmonaire. Le microbe de cette affection est rarement cantonné en une région assez limitée ou, du moins, assez facile à bien déterminer pour qu'on puisse être sûr de l'atteindre. Presque toujours il s'évadera soit par la voie lymphatique soit même par la voie sanguine, et la sclérose pulmonaire pour devenir efficace devra être étendue à une surface considérable de l'appareil respiratoire. Enfin, dans les observations beaucoup trop succinctes d'ailleurs, de tuberculose pulmonaire traitée par les injections, nul n'indique l'existence des signes fonctionnels qui démontreraient la formation de ce tissu embryonnaire et de ces artérites oblitérantes que M. Achard a déterminées chez les animaux et dont les planches anatomo-pathologiques que publiera incessamment M. Lannelongue démontrent si nettement l'existence. Quoi qu'il en soit de ces réserves, il est démontré que les injections intra-pulmonaires sont inoffensives — nous en avons pratiqué nous-même un nombre suffisant pour pouvoir l'affirmer. Alors donc qu'une étude plus complète, qui devra être tentée sur le singe, si aisément tuberculisable, aura démontré comment agissent les injections interstitielles de chlorure de zinc, peut-être pourrait-on les essayer dans certaines formes de la tuberculisation pulmonaire. Cette méthode, si elle donne quelques résultats, sera certainement préférable à celle qui consiste à amputer le sommet du poumon ; mais jusqu'à ce qu'il en puisse être ainsi, nous persistons à croire que les méthodes d'antisepsie pulmonaire sont encore ce qu'il y a de plus efficace.

Ce qu'il importe surtout d'ailleurs d'affirmer aujourd'hui, c'est que la méthode ingénieuse si brillamment exposée par M. Lannelongue met entre les mains des chirurgiens une arme nouvelle pour mieux arrêter dans leur évolution les tuberculoses locales et probablement aussi les néoplasmes de tout genre.

L. LEREBOULLET.

REVUE GÉNÉRALE

Chirurgie des calculs du rein.

La chirurgie des calculs du rein a réalisé dans ces dernières années de grands progrès et cela à deux point de vue : d'une part, l'étude bactériologique des reins calculeux, complétée par des recherches expérimentales, a montré le rôle important qu'avaient les microbes dans l'évolution de la maladie; d'autre part, sous le couvert de l'antisepsie, les opérations sur le rein sont devenues plus hardies et moins meurtrières. On peut aujourd'hui aborder cet organe, enlever les calculs qu'il renferme et guérir ainsi nombre de malades. Influence des agents infectieux sur la marche des calculs du rein; moyens chirurgicaux qui sont en notre pouvoir pour les guérir : tels sont les deux points sur lesquels nous voulons surtout attirer l'attention, en nous appuyant sur les thèses soutenues depuis quelques années ou quelques mois par Hallé, Albarran, Legueu, élèves distingués du professeur Guyon.

***

On peut diviser les calculs du rein en deux classes, suivant leur composition chimique, et à cette division correspond également une division étiologique suivant la cause qui leur a donné naissance : calculs uriques, calculs phosphatiques.

Les calculs *uriques*, appelés encore primitifs, sont les plus fréquents puisqu'on les rencontre dans la proportion de 73 0/0 (Legueu). Ils sont l'expression de la diathèse urique. L'alimentation peut exagérer cette diathèse ou même l'engendrer de toutes pièces. C'est ainsi que Ebstein et Nicolaïer ont pu obtenir de semblables calculs chez des chiens et des lapins en introduisant dans leurs aliments de l'oxamide. Ces calculs, de couleur rouge ou fauve, souvent branchus en corail, sont fermes et résistants. Dans ce groupe des *calculs primitifs* ou *diathésiques* doivent se ranger aussi les calculs oxaliques (l'acide oxalique étant une transformation de l'acide urique) et certaines variétés beaucoup plus rares, telles que les calculs de xanthine et de cystine. Primitivement ces calculs diathésiques sont aseptiques, au sens chirurgical du mot.

Les calculs *phosphatiques* représentent une deuxième classe : ils sont toujours consécutifs à une pyélo-néphrite qui pour cette raison est dite secondairement calculeuse (Hallé). La formation de ces calculs résulte du même processus qui aboutit à la calcification des corps étrangers, tels que les sondes, introduits dans les voies urinaires; ils sont d'aspect crayeux, irréguliers et rugueux à la surface, d'un poids faible, friables même sous la pression du doigt. Le point de départ de ces *calculs secondaires* est toujours une infection suppurative des voies urinaires. Mais entre ces deux classes il en est une autre, mixte celle-là, qui tient à la fois des deux précédentes. Le calcul apparaît urique au centre, phosphatique à la surface. Cette composition chimique double indique deux stades dans la pathogénie. Chez un malade atteint de gravelle urique vient-il en effet à se développer une inflammation suppurative des voies urinaires? alors on voit autour d'un noyau urique se former des dépôts concentriques de phosphates (Hallé, Ebstein).

Tels sont les calculs que l'on rencontre dans le rein. Laissons de côté, pour le moment au moins, les calculs secondaires, épiphénomènes des pyélo-néphrites, et demandons-nous comment les calculs diathésiques vont retentir sur le rein. Ce qui va dominer la scène, c'est la présence ou l'absence de microbes dans les voies urinaires.

Sont-elles indemnes de toute infection? Le calcul n'agira que comme corps étranger irritant, on aura ce qu'Albarran a appelé avec raison l'*évolution aseptique* de la lithiase rénale. « Les lésions qui se développent dans le rein sont mécaniques, dues à l'obstacle que le calcul par son volume ou sa situation oppose à l'excrétion de l'urine; s'il est petit et mobile dans le bassinet, l'obstacle ne se fait pas et la lésion ne se produit pas » (1). Y a-t-il obstacle? alors apparaît une dilatation qui, nous apprend Albarran, commence par les glomérules pour s'étendre ensuite aux tubes urinifères et de là aux calices et au bassinet. C'est là le premier stade de la distension qui aboutit en dernière analyse à l'hydronéphrose. Cette dilatation est rarement isolée : au bout de peu de temps, comme l'a montré Jardet (2), elle se complique de sclérose rénale.

Quelle est la nature du liquide qui s'accumule derrière le calcul? C'est de l'urine d'apparence claire et limpide, à réaction ordinairement acide (Albarran) et *ne contenant point de microbes*. Ces cas, il faut le dire, sont rares (Butler Smith-Antona). Souvent dans un liquide qui en apparence ne semble pas infecté, on trouve quelques microbes, quelques leucocytes (Albarran). C'est là une pyélite légère, transition insensible entre l'évolution aseptique et l'évolution septique des calculs du rein.

Ces lésions de distension et de sclérose rénales sans suppuration peuvent persister pendant des années. Elles ont pu d'ailleurs être reproduites expérimentalement chez les animaux. Straus et Germont ont vérifié maintes fois que chez le cobaye la ligature de l'uretère faite en prenant des précautions antiseptiques ne provoque pas d'inflammation rénale: les lésions sont celles de la dilatation et de l'atrophie. Les expériences d'Albarran sont tout aussi probantes : il a sacrifié au bout de 3 mois 1/2 des animaux à qui il avait lié aseptiquement un uretère, et jamais il n'a trouvé de microbes. Tuffier et Legueu se sont encore plus rapprochés de la clinique en faisant non pas la ligature de l'uretère, mais en introduisant dans le bassinet des corps étrangers aseptiques (calculs de spath fluor stérilisé) : ils ont pu les faire tolérer 60 jours et plus sans produire la suppuration; ni à l'œil nu, ni au microscope, ni par les cultures du liquide faites par Hallé, on n'a pu trouver de microbe.

En nous basant sur les données de la clinique et de l'expérimentation, nous conclurons donc en disant : les calculs aseptiques peuvent être tolérés indéfiniment par le rein tant qu'ils ne causent pas un obstacle mécanique à l'excrétion urinaire ou tant qu'une cause d'infection ne se produit pas.

Malheureusement cette cause est fréquente et alors à une maladie bénigne en succède une autre, beaucoup plus grave : l'*évolution septique* des calculs du rein. La gravité vient de l'infection; quelle est donc la source de cette infection?

Elle peut venir du système circulatoire, et peut être une endo-infection : les microbes, trouvant dans le rein chroniquement irrité un bon terrain de culture, s'y arrêtent et prolifèrent. Le Dentu, A. Robin (3) ont rapporté des exemples de pyélite primitive, mais c'est là l'exception. En injectant des cultures pathogènes dans le sang d'animaux ayant un corps étranger du rein, on réussit rarement à faire suppurer cet organe. Mais l'infection suit presque toujours, pour ne pas dire toujours, la voie ascendante : elle succède à un cathétérisme malpropre, à la blennorrhagie, ou aux infections génitales chez la femme.

(1) Legueu, Thèse de doct. de Paris, 1890-91, p. 43.
(2) Jardet, Thèse de doctorat de Paris, 1885-86, p. 27.
(3) A. Robin. De la pyélonéphrite primitive. *Gaz. méd. de Paris*, 885, p. 215.

Les microbes de cette infection ont été bien étudiés par Albarran, ce sont par ordre de fréquence : 14 fois sur 17 la bactérie pyogène (1) ou bactérie septique de la vessie de Clado (2), puis le streptocoque pyogène et le staphylocoque doré. — Ces microbes ont été dans la plupart des cas trouvés à l'état de pureté, constituant des *infections simples*. Cependant 8 fois Albarran a noté la coexistence de plusieurs espèces, constituant une *infection mixte*. On peut dire d'une façon générale que c'est presque toujours le microbe de Clado, Albarran et Hallé qui vient infecter les reins calculeux. Comment va-t-il traduire sa présence ?

Tout d'abord, franchissant les limites de l'uretère, il envahit les calices et le bassinet dont il fait suppurer les parois déjà épaissies et irritées. Dans de tels reins, qu'on a eu l'occasion d'examiner tout à fait au début de l'infection, on n'a trouvé aucune lésion septique du parenchyme de l'organe : il n'y a que la sclérose de Jardet. Mais à un stade plus avancé, le rein est envahi par le processus septique et on y trouve toutes les lésions de la néphrite ascendante infectieuse. Comme on le voit, l'infection suit une marche inverse de la distension : tandis que cette dernière commence au glomérule pour aboutir au bassinet, la première frappe d'abord le bassinet et n'atteint qu'en dernier lieu les calices.

Mais n'oublions pas que c'est la lithiase qui est ici le terrain de l'infection. Le calcul septique peut, tout comme l'aseptique, obstruer l'uretère. Alors survient, comme dans le cas de calcul aseptique, la distension des calices et du bassinet. Mais, on le conçoit, ce n'est plus d'une hydronéphrose qu'il s'agira : c'est ici la pyonéphrose, dernier stade de la maladie, qui va succéder à la pyélonéphrite.

Cette pyonéphrose calculeuse n'a rien de bien spécial : pourtant, dit Guyon, cette collection purulente est souvent divisée en plusieurs loges, par des cloisons incomplètes qu'il faut détruire avec le doigt pour pouvoir bien drainer le rein et faire bénéficier le malade des avantages de la néphrotomie (Guyon, Hallé). — A la périphérie de la collection se voient des abcès miliaires situés dans la capsule du rein.

Supposons maintenant ces abcès situés en dehors de la capsule et confluents, ils constitueront l'abcès périnéphrétique calculeux, complication assez fréquente et dont la pathogénie a été bien mise en lumière par Albarran : l'infection se propage par les voies lymphatiques au tissu cellulaire péri-rénal. En outre, lorsque le rein est infecté, il faut tenir grand compte, en étiologie, des contusions de la région lombaire, comme cela a été bien mis en évidence expérimentalement : Albarran, contusionnant la région lombaire d'un animal dont le rein est envahi par la bactérie pyogène, produit chaque fois un phlegmon péri-néphrétique.

En résumé, pyélo-néphrite suppurée, pyonéphrose, suppuration péri-rénale, tels sont les trois stades que parcourent les calculs du rein quand ils évoluent d'une façon septique. Et cet ensemble d'accidents a pu être à peu près complètement reproduit chez les animaux. Dans leurs expériences déjà anciennes, Charcot et Gombault, Aufrecht ont montré que l'occlusion de l'uretère était suivie d'inflammation suppurative du rein. Ces recherches, antérieures aux doctrines modernes sur la pyogenèse, ne sauraient être entièrement acceptées. Mais les auteurs que nous venons de citer, expérimentant sans prendre de précautions antiseptiques, comme cela était constant à leur époque, ont exactement décrit les effets de la ligature septique de l'uretère. Et Straus et Germont, dont nous avons cité les recherches sur la ligature aseptique, ont, par la ligature septique, vérifié les faits avancés par Charcot et Gombault. Mais leurs expériences étaient loin d'être aussi précises que celles d'Albarran. Ce dernier, injectant des cultures microbiennes par l'uretère des lapins et contusionnant ensuite leur rein, a pu produire toutes les infections que l'on observe chez l'homme et a toujours trouvé à l'état de pureté les microbes qu'il avait injectés.

(1) Albarran et Hallé. *Acad. de méd.*, 1888.
(2) Clado. Thèse de doctorat, 1886-87.

Jusqu'ici nous n'avons eu en vue que les infections consécutives à la lithiase rénale, aux calculs uriques. Mais, comme nous l'avons dit en parlant des calculs phosphatiques, la pyélonéphrite peut être primitive et alors le calcul au lieu d'être la cause occasionnelle de l'infection en est l'effet. Ces *infections secondairement calculeuses* ont été bien étudiées dans la thèse de Hallé et cet auteur a montré qu'elles avaient des allures toutes spéciales. Cette pyélite lithogène est presque toujours d'origine vésicale et la cystite qui l'engendre est le plus souvent blennorrhagique. Comment agit la suppuration ? En produisant la nécrose de l'épithélium des calices et du bassinet. Males, Donat, Virchow, Ebstein (1), Litten (2), Launois et Hache (3), Brodeur (4), ont insisté sur la tendance qu'avaient les phosphates à se déposer autour de ces matières organiques nécrosées qui forment le centre du calcul. Dans ses expériences, Litten lie l'artère rénale sur un chien, provoque la nécrose épithéliale du rein et au bout de 10 jours l'organe a dans son ensemble une consistance calculeuse, les canalicules sont remplis de sels calcaires. La fermentation ammoniacale de l'urine dans les voies enflammées aboutit à la précipitation de phosphate ammoniaco-magnésien et de biphosphate de chaux, lesquels imprègnent la matière organique et le calcul est formé.

Ces calculs, comme le dit Hallé, ont une évolution clinique qui ne rappelle en rien celle de la lithiase urinaire primitive. Le malade n'a dans ses antécédents ni goutte ni colique néphrétique, mais des troubles vésicaux : les deux symptômes habituels des calculs du rein, la douleur et l'hématurie, manquent et ce sont les accidents suppuratifs qui dominent la scène. — L'influence de la suppuration des voies urinaires sur la précipitation des phosphates peut, bien qu'assez rarement, se manifester au cours d'une gravelle urique à évolution septique. Alors le phosphate se dépose autour du calcul qui devient uro-phosphatique.

De cette étude pathologique il résulte donc qu'en étiologie et en anatomie pathologique le fait capital dans l'évolution de la lithiase rénale primitive, — comme dans l'évolution de tout corps étranger, — est la présence ou l'absence de germes infectieux. C'est encore cette donnée qui va dominer la marche, le pronostic et le traitement des calculs du rein. — Tant qu'ils suivent leur évolution aseptique, les calculs du rein peuvent rester latents et ne traduire leur présence par aucun signe appréciable. Guéneau de Mussy (5) (*Soc. anat.*, t. XI, 1836), Guyon, Legueu, Leblond (6) en ont cité des cas. La douleur, souvent si fréquente et si vive soit spontanément soit à la moindre pression, fait ici souvent défaut. Guyon et Tuffier (7) ont avec raison insisté sur ce fait que le rein sain est très tolérant pour les corps étrangers.

Les seuls accidents par lesquels se manifestent en cli-

(1) Ebstein., p. 184.
(2) Litten. *Zeitschr. f. klin. Med.*, t. I, p. 131.
(3) Launois et Hache. *Progrès médical*, 1880, p. 1019.
(4) Brodeur. Thèse de doct., 1885-86. p. 364.
(5) G. de Mussy. *Bull. de la Soc. anat.*, 1836, t. XI.
(6) Leblond. *Bull. de la Soc. anat.*, 1888, p. 596.
(7) Guyon et Tuffier. Physiologie chirurgicale du rein. *Annales génito-urinaires*, 1888, p. 705.

nique les calculs aseptiques sont des accidents de rétention, passagère ou persistante, débutant par la colique néphrétique pour aboutir à l'hydronéphrose, lorsque le calcul subit sa migration dans les voies d'excrétion.

Dès que l'infection s'est produite, et avec elle l'inflammation, le rein devient intolérant et douloureux. L'hématurie est plus constante que la douleur.

En somme ce n'est que quand ils s'engagent dans l'uretère et l'obstruent que les calculs aseptiques engendrent des accidents qui réclament une intervention chirurgicale, à savoir l'hydronéphrose et surtout l'anurie — étudiée au point de vue clinique par Charcot, Lécorché, Merklen (1) Tenneson (2) et entrée dans le domaine de la chirurgie opératoire depuis les tentatives couronnées de succès de Mollière (de Lyon) (3) Championnière (4), Israël (de Berlin), Parker, etc.

Et tout d'abord quelles sont les causes de production de l'anurie calculeuse? Elles ont été mises en évidence par Le Dentu, Pousson (5). Il faut soit une absence congénitale du rein du côté opposé à l'obstruction, soit sa destruction pathologique, soit l'obstruction simultanée des deux uretères, fait exceptionnel mais certain. Si l'anurie est complète et si l'obstacle n'est levé ni spontanément ni par l'intervention du chirurgien, la mort survient du 5e au 10e jour, par le fait de l'intoxication urémique.

En somme, l'anurie est le seul accident immédiatement grave des calculs du rein non infectés. Au contraire, quand ils sont envahis par l'infection, quelle qu'en soit la source, l'évolution de la maladie est tout autre. C'est la suppuration dans un organe indispensable à la vie et situé dans une région dangereuse, ce qui en fait prévoir toute la gravité. La suppuration parcourt, comme nous l'avons longuement démontré, les trois stades de pyélite, pyonéphrose, phlegmon périnéphrétique. Mais elle peut s'arrêter à l'un d'eux. Ce qu'il importe surtout de reconnaître, c'est la suppuration à ses débuts, car alors l'intervention se fait dans de bien meilleures conditions. Pour ce diagnostic, la présence du pus dans les urines est un symptôme de premier ordre, mais il est souvent précédé par des urines albumineuses, fournissant par le repos un dépôt de mucus ou de muco-pus dont l'examen bactériologique peut suffire à affirmer l'existence d'une pyélite (Albarran). L'étude faite pendant longtemps de la température pourra ainsi être d'un grand secours. D'ailleurs au bout d'un certain temps la suppuration retentira sur l'état général qui deviendra mauvais.

Donc si le calcul n'est pas infecté, on aura une maladie de longue durée, bénigne, avec un seul accident à craindre l'anurie; s'il est infecté, maladie grave et amenant, souvent à bref délai, des accidents mortels. Et d'ailleurs dans cette dernière alternative le traitement le plus actif et le mieux dirigé donnera beaucoup moins de succès.

***

Le diagnostic des calculs du rein étant établi par les différents procédés d'exploration aujourd'hui classiques et au besoin par l'incision exploratrice qui sera le premier temps de l'intervention, quel traitement leur appliquer? Nous avons le choix entre deux opérations: la néphrolithotomie, la néphrectomie. En tout cas il faut opérer le plus tôt possible, car l'opération est moins grave et les chances de guérison définitive sont plus grandes.

La néphrolithotomie ou taille rénale est une opération ayant pour but l'extraction des calculs du rein. Elle est indiquée toutes les fois que le calcul siège dans un rein sain ou du moins paraissant tel après incision exploratrice. Quand il n'y a pas de suppuration, elle doit être tentée, même si le rein est très atrophié et transformé en poches polykystiques renfermant plusieurs calculs. — Même si le rein est suppuré on peut tenter la néphrolithotomie qui souvent donnera de très bons résultats. C'est là l'opinion soutenue par Péan, Trélat, Bouilly, Le Dentu (1).

Cette opération comprend trois temps principaux. Le premier temps consiste à découvrir par la voie lombaire le rein et le bassinet d'après les procédés que nous n'avons pas à décrire ici. Le chirurgien pourra choisir entre l'incision verticale de Simon, oblique de Guyon (2), très oblique de Le Dentu (3), de Morris.

Le rein mis à nu, le second temps consiste dans la recherche du calcul que l'on trouvera soit par la palpation en pinçant successivement entre ses doigts le rein, le bassinet, l'uretère; soit par l'acupuncture si bien décrite dans le livre de Le Dentu et pratiquée avec un trocart ou une aiguille spéciale (4). Il est rare qu'on n'arrive pas à découvrir le calcul et alors on n'a plus qu'à exécuter le troisième temps de l'opération, qui consiste à inciser sur le calcul et à l'extraire. Les chirurgiens américains préfèrent inciser le bassinet (Bruce Clarke, Lloyd. Le professeur Le Dentu, Morris, préfèrent inciser le rein et dans sa thèse Legueu se range à leur avis. Mais tandis que Morris incise sur la face postérieure du rein, Le Dentu incise, et avec raison, sur le bord convexe. Là en effet, comme l'ont montré les injections de Tuffier et Lejars, il n'y a pas d'artères importantes susceptibles d'être lésées (5). Une fois le calcul mis à nu, rien n'est plus facile que de l'enlever, soit avec une curette soit avec une pince. S'il n'y a pas de suppuration, on suturera toujours les lèvres de la plaie rénale et on tentera la réunion immédiate, presque toujours obtenue dans ces conditions. Les résultats opératoires sont des plus simples, si l'on opère sur des reins sains: la guérison est de règle. Sur des reins suppurés, au contraire, la mort survient dans un cinquième des cas; de plus l'établissement d'une fistule urinaire permanente de la région lombaire n'est pas rare et elle peut commander une néphrectomie secondaire.

Si nous rappelons les indications de la néphrolithotomie, nous verrons que le cadre de la néphrectomie primitive est des plus restreints. Jamais elle ne doit être tentée tant que l'on n'est pas sûr du rein du côté opposé, car mieux vaut s'exposer à une fistule urinaire qu'à des accidents urémiques mortels. De plus, on ne doit jamais y avoir recours quand le rein n'est pas infecté, car, quelque altéré que paraisse son parenchyme, quelques points sont sains et pourront se remettre à fonctionner quand l'uretère sera redevenu perméable.

Pour les pyonéphroses volumineuses, pour les pyonéphroses avec suppuration péri-rénale, pour les fistules urinaires et purulentes de la région lombaire consécutives à la néphro-lithotomie, mais pour ces cas seulement, on aura recours à la néphrectomie.

Et d'ailleurs les statistiques opératoires dressées par Legueu sont du plus haut intérêt. La mortalité est en effet de 8 0/0 pour la néphrolithotomie sur des reins

(1) Merklen. Th. de doct. Paris, 1881. Etude sur l'anurie *passim*.
(2) Tenneson. Note sur l'anurie calculeuse. *Soc. méd. des hôp.*, 1879.
(3) D. Mollière. *Lyon méd.*, 15 février 1885.
(4) Brodeur. *Loc. cit.*, p. 352.
(5) Pousson. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1889, p. 477.

(1) *Congrès français de chirurgie*, 1886.
(2) Cité par Récamier, thèse de doct., 1888-89.
(3) Le Dentu. *Maladies du rein et de l'uretère.*
(4) Le Dentu, *loc. cit.*, p. 601.
(5) Voyez sur ce sujet la *Revue* de Tuffier, *Gazette hebdomadaire*, 1890, p. 197.

sains; de 20 0/0 pour la néphrolithotomie sur des reins infectés; de 40 0/0 enfin pour la néphrectomie primitive, néphrectomie portant sur des reins infectés.

Si nous ne considérons que ces deux dernières statistiques, nous voyons que la néphrectomie est deux fois plus meurtrière que la néphrolithotomie. Les accidents urémiques qui emportent les malades tiennent surtout à ce que l'autre rein est malade et que la suppléance fonctionnelle ne peut s'établir. « On peut vivre avec un rein malade et une fistule de l'autre côté (néphrolithotomie); on meurt vite quand on n'a qu'un rein et qu'il est malade (néphrectomie) » (1).

Nous concluons donc en disant:

1° *Dans les reins non suppurés*, la néphrolithotomie est la seule opération qui doive être tentée;

2° *Dans les reins suppurés*:

α On ne fera la néphrectomie *primitive* que dans les cas de destruction complète du rein avec intégrité de son congénère.

β Dans tout autre cas on fera d'abord la néphrolithotomie et, s'il persiste une fistule, la néphrectomie *secondaire*.

A. Guillemain.

TRAVAUX ORIGINAUX

Un mot d'historique sur le diabète sucré. — Sa théorie pancréatique, par le Dr Baumel (de Montpellier) (2).

Le diabète sucré est une maladie qui semble, de nos jours, devenir de plus en plus fréquente.

On peut se demander toutefois si cela ne tiendrait pas à la facilité plus grande avec laquelle nous arrivons à son diagnostic et aux connaissances plus étendues que nous avons de cette maladie, grâce aux nombreuses observations cliniques et expérimentales qui en ont été publiées dans ces derniers temps.

Pendant longtemps en effet, depuis la découverte des urines sucrées, une obscurité fort grande enveloppa l'origine première de cette maladie, dont les causes et la pathogénie, primitivement difficiles ou même impossibles à connaître, ont été, dans ces dernières années, éclairées d'un jour nouveau à la faveur de nouvelles recherches cliniques et expérimentales.

Pour donner une idée assez exacte du vague et de l'indécision qui ont tout d'abord régné dans l'établissement d'une théorie pathogénique du diabète sucré, il me suffira de citer les théories gastro-intestinale (Bouchardat), sanguine (Pettenkofer et Voit, Mialhe), pulmonaire (Reynoso), nerveuse (Dickinson), hépatique (Cl. Bernard), pancréatique enfin (Popper), qui ont été tour à tour émises à son sujet et que l'on a défendues avec une autorité plus ou moins grande et des preuves plus ou moins convaincantes.

Chacune d'elles a eu ses partisans comme ses adversaires.

Toutes, dans leur exagération, ont été utiles en ce sens qu'elles ont provoqué un contrôle sévère exigeant de nouvelles recherches; mais toutes ont été successivement abandonnées.

Le dernier mot sur la question semblait être resté à un illustre physiologiste et expérimentateur français, ainsi qu'à sa théorie hépatique.

(1) Legueu, p. 122.

(2) Communication faite à l'Académie des Sciences et Lettres de Montpellier dans sa séance du 22 juin 1891.

Celle-ci a fait loi jusque dans ces derniers temps et, de nos jours encore, elle compte de nombreux partisans.

Claude Bernard avait eu, en effet, le mérite de découvrir la fonction glycogénique du foie et de produire expérimentalement, chez le chien, la glycosurie par la piqûre d'un point déterminé du plancher du quatrième ventricule.

Même dans ce dernier fait, le célèbre professeur du Collège de France vit une influence, exercée à distance sur le foie, par l'intermédiaire du système nerveux; et si l'excitation du bout périphérique du pneumo-gastrique sectionné venait contredire jusqu'à un certain point son assertion, l'excitation du bout central du même nerf produisait, au contraire, entre ses mains, l'*augmentation de la glycosurie expérimentale.*

Claude Bernard avait primitivement supposé, dans sa très remarquable expérience, que l'excitation, partie du bulbe, devait avoir pour aboutissant le foie (siège de la fonction glycogénique) et comme conducteur le pneumogastrique qui, prenant son origine à la partie inférieure et latérale du quatrième ventricule, donne des filets terminaux, pour le côté droit principalement, à l'organe hépatique.

Par sa contre-expérience, Claude Bernard se sentit obligé de reconnaître que l'excitation du pneumo-gastrique, loin d'avoir une action centrifuge, comme il l'avait supposé tout d'abord, en avait une en sens inverse, c'est-à-dire que le pneumo-gastrique ne pouvait être incriminé, dans la production de la glycosurie ou l'augmentation de celle-ci, que comme voie centripète.

Le foie étant toujours l'organe visé par Claude Bernard dans la pathogénie de la glycosurie, le célèbre physiologiste s'arrêta à l'idée d'une excitation qui, partie du pneumogastrique et répercutée par la moelle allongée, avait pour aboutissant le foie où elle était conduite par les filets du sympathique, complétant ici l'arc réflexe et y jouant le rôle de voie centrifuge.

Tel était, dans ses traits principaux, l'état de la science il y a 14 ans à peine, au moment où parurent les fort intéressantes leçons du professeur du Collège de France sur le diabète sucré (1877) (1).

Trois ans plus tard (1880), dans le service de la clinique médicale, je commençais mes recherches sur cette maladie dont les cas, dans nos hôpitaux, ne sont pas extrêmement nombreux.

Toutes les théories pathogéniques émises jusque-là, la théorie hépatique en tête, s'offraient à mon esprit et mon embarras était grand, je l'avoue sans difficulté, lorsque sur mon premier malade, je m'aperçus bien vite que le foie, *mat*, était *indolore*, tandis qu'une *douleur* était accusée au contraire, par le patient, au niveau de l'estomac, *sonore* à l'état de vacuité.

Cette zone de sonorité est d'autant plus grande, dans le diabète sucré, que les malades, mangeant beaucoup (polyphagie), présentent d'ordinaire une dilatation gastrique plus ou moins considérable.

Cette douleur était d'autant plus intense que la percussion, au lieu d'être superficielle et de s'adresser à l'estomac lui-même, était profonde et, par conséquent, traduisait l'état des organes immédiatement situés derrière lui.

Enfin la disposition transversale qu'elle affectait ne laissait subsister aucun doute sur son véritable siège. Il s'agissait bien là du pancréas.

Le malade appartenait à la race noire. Il était atteint d'ailleurs de cette forme spéciale de la maladie à laquelle on donne le nom de *diabète maigre*, en raison de l'émaciation extrême que présentent les sujets qui en sont atteints.

(1) Cl. Bernard, *Leçons sur le diabète et la glycogenèse animale* Paris, 1877.

C'est précisément dans *cette forme de diabète* que M. Lancereaux (1) et son élève M. Lapierre (2) proclament la *constance de la lésion pancréatique.*

Le diabète maigre se caractérise en outre par une glycosurie excessive et une polyurie extrêmement abondante.

Les proportions de l'une et de l'autre ne sont jamais aussi marquées, tant s'en faut, dans le *diabète gras.*

Dans cette dernière forme les malades conservent un embonpoint assez notable, si même ils n'en acquièrent pas davantage, ainsi que Popper (3) paraîtrait assez disposé à l'admettre.

Bouchardat (4), avant Lancereaux, avait le premier signalé l'existence de lésions pancréatiques dans *quelques cas* de diabète sucré.

Certains auteurs, et en particulier M. le professeur Cantani (5), de Naples, en avaient signalé plusieurs autres ; mais à côté de ces faits en petit nombre, s'en trouvaient de beaucoup plus nombreux et contradictoires, auxquels on ne pouvait pourtant pas refuser toute espèce de valeur.

On était loin toutefois, on le voit aisément par ce rapide aperçu historique, de songer à une généralisation possible et de reconnaître à tous les cas de diabète sucré une origine pancréatique.

Aussi ma première observation fut-elle publiée sous le simple titre : *Calculs pancréatiques observés dans un cas de diabète maigre. (Montpellier médical,* février 1881.)

On lit à la dernière page de ce travail et sous forme de conclusion, ce qui suit :

« Ce fait vient à l'appui des idées généralement reçues, c'est-à-dire de la *fréquence des lésions pancréatiques* dans le diabète. Il est à remarquer cependant que dans la plupart des cas on s'est contenté d'un examen *macroscopique* des organes, tandis que *rarement on a eu recours à l'examen histologique* et si l'on a observé la sclérose périglandulaire (autour des canaux et culs-de-sac), *jamais on n'a noté l'altération vasculaire* telle qu'elle est décrite dans la note de M. Carrieu » (6).

J'ajoutais, en terminant : « Je dois en outre, avec le concours de M. Lannegrace, faire sur les animaux des expériences ayant pour but de supprimer le pancréas et de voir si nous pourrons ainsi provoquer la glycosurie. » (7).

Ces lésions viennent d'être étudiées tout récemment à Lyon, par MM. Lannois et G. Lemoine, 1891.

Dès 1881, c'est-à-dire la même année et sans avoir, pour des raisons indépendantes de notre volonté, commencé ces expériences sur les animaux, la même année, dis-je, commençait à paraître dans le *Montpellier médical* (novembre 1881) pour être terminé l'année suivante (janvier et mai 1882) mon second travail intitulé : *Pancréas et Diabète.*

(1) LANCEREAUX. Diabète maigre (*Leç. clin.*, mai 1879, in *Union médicale*, 1880.

(2) LAPIERRE. Thèse de Paris, 1879.

(3) POPPER. Das Verhaltniss des Diabetes zu Pancreas beiden und Fettsucht. *Oester. Zeitschr. für prakt. Heilkunde*, n° 11.

(4) A. BOUCHARDAT. *De la glycosurie ou diabète sucré.* Paris 1875, p. 108.

(5) ARNOLDO CANTANI. *Le diabète sucré*, traduit par H. Charvet, Paris, 1876, p. 338 et suiv.

(6) Voici cette note : « Les *vaisseaux* se font remarquer tout d'abord par leur *nombre*, l'*épaississement de leurs parois* et leur *dilatation anormale.* Leurs *parois extérieures portent des travées conjonctives très dures,* qui se subdivisent en enserrant les tubes glandulaires. Ceux-ci ont été étouffés par le développement du tissu conjonctif, etc., etc. » Et plus loin : « En resumé, la lésion paraît consister en une *hypertrophie de tissu conjonctif adulte* ayant pour point de départ les *vaisseaux*, etc. »

(7) Bouchardat et Sandras avaient obtenu ce résultat dans une de leurs observations (Bouchardat, *loco citato*).

Celui-ci, basé sur l'observation précédente et sur deux autres de diabète maigre, comprenait aussi *un cas de diabète gras,* suivi d'autopsie, *avec lésion pancréatique.*

Ainsi que le reconnaît le regretté Dreyfous (1), dans sa remarquable thèse d'agrégation (Paris, 1883), c'est là le premier cas de diabète gras dans lequel on ait trouvé une lésion pancréatique.

Cette lésion était surtout microscopique et caractérisée par une dégénérescence graisseuse (examen histologique fait M. Carrieu).

De là à une généralisation dans la pathogénie du diabète sucré, il n'y avait qu'un pas. Il eût été jusqu'à un certain point aisé de le franchir. Mais il restait à interpréter la pathogénie du diabète nerveux et expérimental.

Non seulement la découverte de la lésion du pancréas dans le diabète gras permettait une extension plus grande de la théorie pancréatique du diabète sucré, mais par sa nature, son caractère, sa superficialité, cette lésion expliquait, jusqu'à un certain point, les différences cliniques revêtues par cette maladie : *Diabète gras, Diabète maigre.*

Glycosurie et diabète sucré ne faisaient désormais plus qu'une seule et même chose, à des degrés différents toutefois.

Dans mes observations, à côté de cas typiques de diabète gras et de diabète maigre s'en trouvait un de diabète *mixte.* Ce fait *n'avait jamais été signalé* jusque-là.

Restait à donner, je le répète, l'interprétation du diabète nerveux et expérimental.

Je pense avoir atteint ce résultat, il y a déjà 10 ans, lorsqu'en étudiant la sécrétion pancréatique en vue du diabète je me trouvai, non sans surprise, en présence du fait suivant :

Un physiologiste allemand, Bernstein, s'occupant de la sécrétion pancréatique, sectionne le pneumo-gastrique comme Claude Bernard, excite comme lui le bout périphérique de ce nerf et n'obtient pas plus d'effet, à son point de vue, que n'en obtenait le physiologiste français relativement à la glycosurie.

Toutefois, tandis que l'excitation *du bout central* du nerf sectionné produisait, entre les mains de Claude Bernard, *l'augmentation de la glycosurie* expérimentale consécutive à la piqûre du quatrième ventricule, l'excitation de cette même partie du nerf donnait lieu, entre celles de Bernstein, à *l'arrêt de la sécrétion pancréatique* (2).

Le diabète nerveux et expérimental n'échappait donc point lui-même à l'interprétation pathogénique précédente de la maladie. Il permettait à son tour de lui assigner pour origine le trouble survenu dans les fonctions du pancréas.

Me basant alors sur la *constance de la lésion pancréatique dans tous les cas* que j'avais observés, et cela aussi bien dans le diabète maigre que dans le diabète gras ; en présence de la conciliation possible des faits cliniques et de ceux d'ordre expérimental, je concluais à la généralisation d'une théorie pancréatique applicable, non seulement à la majorité, mais à la totalité des cas de diabète sucré.

Voici mes propres termes :

« La cause du diabète n'est pas élastique, comme on l'a prétendu ; elle est *toujours due à une lésion* parfois *macroscopique,* souvent *microscopique,* d'autres fois simplement *dynamique* (action nerveuse ou circulatoire) du pancréas. Quelle que soit celle de ces causes qui agit pour produire le syndrome clinique diabète, c'est tou-

(1) F. DREYFOUS, *Pathogénie et accidents nerveux du diabète sucré,* Th. d'agrégation, Paris, 1883.

(2) BERNSTEIN, cité par Beaunis, *Physiologie humaine,* Paris, 1882.

jours en supprimant ou diminuant la sécrétion du suc pancréatique (1).

Plusieurs années après, dans un troisième travail intitulé : *Cas de diabète traité par la pancréatine et le régime azoté* (*Montpellier médical*, 1886), je montrais le rôle prépondérant dévolu aux substances amylacées alimentaires dans la production du glycose éliminé par le diabétique.

Dans ce cas particulier, la courbe descendit, sous l'influence du régime azoté exclusif, de 760 grammes par 24 heures, à 76, pour remonter aussitôt après la reprise du régime commun.

Quant à la courbe de l'urée, basse avant le régime azoté, elle se releva au début de celui-ci et resta haute jusqu'au moment où le malade reprit le régime ordinaire.

Cette courbe de l'urée, que j'ai publiée avec celle du sucre (Leçons sur les maladies de l'appareil digestif et de ses annexes, 1888, 1889), présente ce fait particulièrement intéressant que, située au-dessous de la courbe glycosurique au début, elle croise celle-ci, lors de sa chute sous l'influence du régime azoté, pour rester au-dessus d'elle aussi longtemps que dure la même alimentation. Elle la croise de nouveau, mais en sens inverse, aussitôt après la reprise du régime commun.

Dans plusieurs leçons, relatives au diabète sucré et contenues dans les deux volumes précités, je n'ai fait que confirmer, en le développant toutefois, ce que j'avais dit dans mes travaux antérieurs sur la pathogénie du diabète.

Deux de ces leçons sont même consacrées au *traitement pathogénique* de cette maladie.

Le pancréas devient alors un organe qui, comme le foie, peut présenter des inflammations ou catarrhes venus de l'intestin, des calculs de ses voies d'excrétion, des altérations syphilitiques, scléreuses, kystiques, cancéreuses, parasitaires, etc., justiciables d'un même traitement que les maladies analogues des autres organes.

De plus, indépendamment des autres symptômes auxquels peuvent donner lieu ses divers états pathologiques, il en est un qui, mieux que tout autre, est susceptible de traduire plus particulièrement les souffrances du pancréas, je veux parler de la glycosurie et du diabète sucré.

Celui-ci est intermittent ou continu, grave ou léger, suivant les cas, suivant aussi les lésions qui le déterminent.

J'ai été, pendant 8 ans au moins, le seul de cet avis et aujourd'hui encore les partisans de la théorie pancréatique du diabète se comptent, malgré les remarquables expériences auxquelles elle a donné lieu partout.

Depuis deux ans à peine, deux professeurs allemands, MM. les Drs Minkowski et von Mering (de Strasbourg), ont eu le grand mérite de rendre diabétiques autant d'animaux (chiens, lapins, pigeons) qu'ils ont fait d'extirpations pancréatiques.

Leur première communication sur ce sujet a été faite à la Société des naturalistes et médecins de Strasbourg le 20 mai 1889 (2).

A la même époque, un professeur italien, M. Nicolas de Dominicis (de Naples), faisait les mêmes expériences et obtenait, à peu de chose près, les mêmes résultats.

Si cet auteur n'a obtenu la glycosurie que 21 fois sur 34 expériences, il n'en signale pas moins un fait de la plus haute importance quand il nous dit que les animaux chez lesquels on n'a pas observé de glycosurie présentaient cependant tous les autres signes du diabète : polyphagie, polydipsie, polyurie, etc., etc.

Plus tard (1890) un médecin anglais, Robert Saundby (de Birmingham), publiait le bilan des lésions anatomiques rencontrées à l'autopsie des diabétiques.

En tête de ces lésions, comme importance, il fait figurer celles dont le pancréas est le siège.

Plusieurs expérimentateurs français ont pratiqué, comme les professeurs allemands et italien, l'ablation du pancréas et toujours ils ont obtenu le diabète sucré expérimental, à la condition expresse, formulée par M. Minkowski, d'enlever l'organe en totalité. Ce sont MM. Lépine, Lannois et G. Lemoine à Lyon, M. Hédon à Montpellier. On a vu aussi quelquefois la glycosurie se faire attendre (de Dominicis) ou alterner avec le diabète insipide (Hédon).

C'est un fait que l'on observe aussi chez l'homme et nous savons qu'à la période agonique du diabète sucré, par exemple, le glycose peut faire totalement défaut dans les urines, de même que l'intermittence de la glycosurie, liée à l'impaludisme ou à une lésion passagère et mobile (calculs oblitérant le canal de Wirsung), se présente assez fréquemment à l'observation clinique.

Nous savons aussi que la fièvre, la formation d'épanchements dans les cavités séreuses ou le tissu cellulaire sous-cutané, la diarrhée enfin peuvent faire cesser complètement la glycosurie ou l'atténuer dans de singulières proportions.

Il n'est pas jusqu'à la nourriture elle-même qui ne joue un rôle considérable dans l'augmentation ou la diminution de ce symptôme chez les diabétiques.

L'alimentation agit non seulement par sa qualité et sa quantité, mais encore par sa digestibilité plus ou moins grande et l'absorption plus ou moins facile des substances ingérées.

C'est en tenant suffisamment compte de ces divers éléments modificateurs de la glycosurie que l'on arrivera à se faire une idée exacte du rôle important dévolu, à l'état normal comme à l'état pathologique, à cette glande abdominale dont la physiologie reste pourtant encore si obscure, malgré toutes les preuves cliniques et expérimentales, de jour en jour plus nombreuses, accumulées en faveur de la théorie pancréatique du diabète sucré.

Cette théorie, je crois avoir le droit de dire, je l'ai appliquée, le premier, à tous les cas de diabète, il y a bientôt 10 ans.

Aujourd'hui plusieurs théories pancréatiques sont en présence pour expliquer la pathogénie du diabète sucré.

Je ne ferai que mentionner celle, tout hypothétique et incomplète, de Popper, qui ne vise que la transformation des substances grasses dans l'organisme; celle que j'ai formulée en me basant sur mes observations cliniques et mes recherches anatomo-pathologiques; celle enfin de M. le professeur Lépine qui, s'appuyant sur les études anatomiques de M. le professeur Renaut, a pour but de considérer le pancréas comme une glande vasculaire sanguine.

Il ne m'appartient pas de juger la chose au point de vue de la physiologie pure.

Tout ce que je puis dire, c'est que M. Lépine qui, tout d'abord, attribuait à un ferment glycolytique issu du pancréas (1) un rôle considérable et pour ainsi dire exclusif dans la destruction du glycose contenu dans le sang, serait aujourd'hui assez disposé à admettre l'origine multiple de ce ferment, ce qui le met dans l'impossibilité absolue de nous dire pourquoi le diabète sucré résulte toujours de l'ablation totale du pancréas.

(1) BAUMEL. Pancréas et diabète *Montpellier médical*, 1881 et 1882.

(2) MINKOWSKI. *Semaine médicale*, 1889, p. 175 (Voir aussi J. v. Mering und O. Minkowski : Diabetes mellitus nach Pancreasextirpation, Leipzig, 1889).

(1) « Il paraît certain que ce ferment provient du pancréas. » Lépine. *Académie des sciences*, séance du 8 avril 1890.

Si le savant professeur de Lyon attribue des origines multiples à ce ferment, c'est parce que, dans sa première hypothèse, il devenait impossible d'expliquer la disparition, à un moment donné, de la glycosurie survenue après l'extirpation du pancréas et il a vu là une fonction pancréatique, d'abord supprimée, puis suppléée par celle d'un autre organe encore inconnu.

M. Lépine affirme, d'après ses expériences, que ce ferment glycolytique existe à l'état normal dans le sang, ce que lui contestent d'ailleurs très vivement M. Arnaud (*Académie des sciences*, 26 janvier 1891) et M. Arthus (*Soc. de biologie. Sem. méd.*, 1891, p. 171).

Ces questions sont extrêmement difficiles. Elles touchent à la chimie biologique ainsi qu'à la physiologie expérimentale dont le concours nous est absolument nécessaire pour arriver à résoudre ce problème délicat.

Il me sera permis toutefois de signaler une erreur commise à mon sujet.

Dans un de ses premiers articles (1), M. le professeur Lépine s'exprime en ces termes au sujet du ferment glycolytique : « Ce ferment, dont l'existence a été *soupçonnée* par le génie de Cl. Bernard, mais qu'on a laissé jusqu'ici dans l'ombre »; et dans un second : « Si beaucoup d'auteurs ont plus ou moins parlé de la présence dans le foie ou dans le sang d'un ferment diastasique susceptible de *transformer le glycogène en sucre, personne,* sauf Cl. Bernard, *n'a signalé la possibilité de l'existence d'un ferment glycolytique* » (2).

M. Lépine, qui a bien voulu, une première fois, m'honorer d'une rectification (3) au sujet des influences nerveuses qui peuvent, en agissant sur le pancréas, produire le diabète, n'aura, je l'espère, aucune difficulté à m'en accorder une seconde au sujet du ferment que je n'ai point appelé, comme lui, *glycolytique,* mais que j'ai simplement dénommé *destructeur du glycose.*

Je lui reconnaissais une origine pancréatique, dans mon travail intitulé « Pancréas et Diabète ».

J'en admettais le passage *jusque dans le foie.* J'avouais donc implicitement son existence dans la circulation de la veine porte qui y conduit et par suite dans le sang.

« N'est-ce pas, disais-je à cette époque (1882), à la différence et à la succession de milieux (tube intestinal et glande hépatique), n'est-ce pas à la présence des ferments, aérobies dans l'un, anaérobies dans d'autres, que l'on doit la *transformation complète du glycose* démontrée par le fait de la présence d'alcool, observée par M. J. Béchamp dans le foie d'animaux récemment abattus et encore chauds? » (p. 34).

Si des doutes pouvaient encore exister à cet égard dans l'esprit de quelqu'un, je renverrais non seulement à mes premiers travaux sur la question, mais encore à mes leçons sur les maladies de l'appareil digestif et de ses annexes où l'on trouve le passage suivant, fort explicite à ce sujet :

« Quant aux cas pathologiques ou diabètes proprement dits, il nous serait facile d'en donner la raison étiologique si nous connaissions à fond l'action du suc pancréatique sur les aliments et les effets de sa résorption sur l'économie.

« La première est à peine entrevue, les seconds sont complètement ignorés. (Beaunis.)

« Ne considérant que les substances amylacées, il nous est permis de nous demander quelle est *l'action exercée par le ferment* diastatique pancréatique sur ces substances, déjà transformées en glycose par la salive.

« N'y aurait-il pas dans l'intestin lui-même une *réduction partielle et plus ou moins considérable du glycose* qu'il contient ?

« Le ferment ne serait-il pas au contraire absorbé en même temps que le glycose, destiné qu'il serait à transformer en celui-ci la substance glycogène du foie, ou le *glycogène lui-même en ses produits ultimes de décomposition, alcool et acide carbonique?*

« Le foie contient, en effet, un ferment diastatique dont la provenance et l'origine nous échappent complètement.

« Le même ferment, *résorbé au contraire* dans le diabète en même temps que le suc pancréatique, ne transformerait-il pas trop vite en glycose la substance glycogène du foie, dans lequel il arriverait trop vite par la circulation veineuse pancréatique, sans passer par l'absorption intestinale?

« Toutes ces hypothèses sont également admissibles. C'est à la physiologie et à la médecine expérimentales de nous montrer un jour l'importance plus grande de l'une ou de l'autre de ces influences, le rôle différent, isolé ou simultané, attribuable à chacune d'elles » (1).

D'ailleurs je ne tiens nullement, pour le moment du moins, à faire triompher ma théorie que je n'ai jamais considérée, après tout, que comme un essai d'interprétation des faits pathologiques.

Je reviendrai ultérieurement, s'il y a lieu, sur ce point.

Il me suffit actuellement d'établir que, le premier, j'ai *généralisé* à tous les cas de diabète sucré l'*origine pancréatique*, que j'ai *unifié* la *pathogénie* de cette maladie, que j'en ai *expliqué* les *différentes formes cliniques*: diabète gras, diabète maigre, diabète mixte, diabète nerveux, diabète intermittent, etc.

C'est ce que reconnaissent d'ailleurs, de très bonne foi, la plupart des auteurs, français ou étrangers, qui se sont occupés dans ces derniers temps de la question.

Voici, en effet, en quels termes s'exprime à ce sujet M. le professeur Minkowski dans une lettre qu'il m'a écrite de Strasbourg, à la date du 3 octobre 1889 :

« Vous êtes le premier qui ait prétendu que tout diabète repose sur une affection du pancréas. »

Voici, en outre, les propres termes dont il s'est servi au congrès des naturalistes et médecins allemands tenu à Heidelberg le 20 septembre 1889 :

« Pendant que de tous côtés s'élevaient contre cette conception des raisons qui se résumaient en ce que les altérations observées sur le pancréas ne pouvaient pas être l'origine du diabète, mais des états consécutifs ou que les deux, diabète et maladie du pancréas, pouvaient être rapportés à une commune origine, peut-être à une affection de l'appareil nerveux, un auteur français, Baumel à Montpellier, a, depuis quelques années, cherché à généraliser encore plus la théorie de l'origine pancréatique du diabète.

« Baumel a défendu l'opinion que, en général, *tous* les cas de diabète sont la conséquence d'une maladie du pancréas. Il s'appuyait pricipalement sur les résultats de ses recherches anatomo-pathologiques. Il affirmait avoir trouvé dans tous les cas de diabète des altérations du pancréas, confirmant son opinion, dans les cas légers seulement microscopiques, dans les graves aussi macroscopiques.

« Je crois que ce serait être trop sceptique, si l'on voulait encore, après les résultats de nos expériences, douter que pour le moins certains cas de diabète sucré chez l'homme soient tributaires du pancréas. Si après l'extirpation du pancréas chez les chiens doit se produire un diabète grave, alors aussi de toute façon une maladie de cet organe chez l'homme peut devenir la cause d'un diabète.

(1) LÉPINE. *Mercredi médical*, 3 juin 1891, p. 280.
(2) Id. *Mercredi médical*, 1er juillet 1891, p. 329.
(3) LÉPINE, *eodem loco*.

(1) L. BAUMEL. Leçons sur les maladies de l'appareil digestif. *Pathologie des annexes*, t. II, 1889.

« Dans les cas de diabète où l'on a trouvé réellement de graves lésions du pancréas, il n'y a pas de difficulté à admettre que ces lésions soient considérées comme l'origine et la cause de la maladie. Mais je crois qu'on est du moins en droit de se demander *si en réalité tous les cas de diabète ne proviennent pas de troubles de la fonction pancréatique.* »

Il y a quelques mois à peine (décembre 1890), M. le professeur de Dominicis (de Naples) donnait la même approbation à ma manière de voir, dans un article intitulé : *Extirpation expérimentale du pancréas* et inséré dans la *Gazette hebdomadaire* de Paris.

Voici comment il s'exprime à la fin de son travail :

« Et je vais enfin me persuader que les recherches ultérieures pourraient confirmer l'opinion, énoncée la première fois par M. Baumel (Pancréas et diabète, *Montp. médical*, 1882, t. LXVIII, p. 460), que chaque diabète est d'origine pancréatique, causé par des lésions soit macroscopiques, soit microscopiques de cette glande, soit même dynamiques (action nerveuse, vaso-motrice ou trophique). »

Enfin plus récemment encore paraissait en Angleterre l'ouvrage de M. Robert Saundby sur le diabète sucré.

Voici un fragment de l'analyse de cet ouvrage, parue dans la *Revue de médecine* du mois de mai 1891.

Robert Saundby « conclut en disant que les lésions que l'on rencontre chez les diabétiques sont assez complexes Il croit qu'*on doit attacher la plus grande importance à l'atrophie du pancréas*, les lésions du *sympathique abdominal* ont aussi une grande valeur, mais sont trop inconstantes pour être la base d'une théorie ; celles du foie sont probablement *secondaires* à l'hyperhémie. »

Voici d'ailleurs les propres termes dont l'auteur anglais se sert à mon sujet : « Le Dr Baumel, dans un article publié dans le *Montpellier médical* de 1881-1882, a été le premier à affirmer que cette maladie du pancréas était la cause régulière du diabète, et dans la même communication il rapportait un cas de diabète sans émaciation (*diabète gras*) dans lequel cette association existait. A lui, donc, revient l'honneur dû à l'auteur qui le premier a reconnu distinctement la pleine signification de la lésion pancréatique dans le diabète » (1).

Voilà bien, confirmée de tous côtés l'opinion que je me fais, depuis 10 ans, de l'origine pancréatique de tout diabète sucré.

Si j'ai cru devoir exposer aujourd'hui les résultats de mes recherches déjà anciennes et les approbations qui leur ont été données dans ces derniers temps, en France comme à l'étranger, c'est dans le but de montrer la part que j'ai prise à l'étude de cette question toute d'actualité et qui intéresse au plus haut point ceux qui s'adonnent aux travaux de l'esprit en raison du contingent considérable fourni par eux à la statistique du diabète.

Les parasites du sang dans la fièvre malarienne,
par le Dr George Dock (à Galveston, Texas). (2).

Les récentes attaques formulées contre l'organisme de Laveran rendent intéressantes toutes les constatations de ce parasite, et c'est à ce titre que nous donnons la traduction suivante qui fait bien ressortir la sensibilité extrême de l'oscillaria à l'égard de la quinine.

En outre, ces observations montrent que les organismes à flagelles ne se rencontrent d'ordinaire que chez les sujets vierges de traitement. Aussi en France ne trouve-t-on le plus souvent que les corps en demi-lune; je n'ai pour ma part, chez des paludéens revenant du Tonkin ou du Sénégal, pu rencontrer que ces formes d'ailleurs suffisamment caractéristiques. Bien qu'*à priori*, il semble, dit l'auteur, qu'on doive dans les fièvres palustres des tropiques, trouver les mêmes organismes observés par Laveran, Marchiafava et Celli, etc., dans les zones tempérées, il ne paraît pas inutile d'apporter des observations à l'appui de cette manière de voir.

I. — A. B..., garçon sur le chemin de fer de Panama. Traité à l'hôpital de Galveston, guéri en deux mois.

Beaucoup de corps en demi-lune (Halbmondfœrmige) dans le sang.

II. — C. S..., matelot. Fièvre intermittente contractée après 5 semaines de séjour à Panama et Colon.

Entré à l'hôpital de Galveston le 28 octobre 1890, à 1 heure après midi. T. 36°,6. Plasmodies endoglobulaires avec ou sans pigment. Grosses formes libres pigmentées avec des flagelles, on n'en trouve jamais moins de 3 ou 4 dans le champ du microscope.

Le 29, après quinine prise la veille, on constate à 1 heure des corps en demi-lune, aucune plasmodie.

Le 30 idem. Guéri le 3 novembre.

III. — K..., Allemand qui, après 17 mois de séjour à Costa-Rica, était en pleine santé. En mai 1890 il travaille au canal de Nicaragua et contracte en juin une fièvre rémittente, qui guérit après 4 jours de traitement à l'hôpital du Canal, mais récidive deux mois après, 3 jours de traitement, mais faiblesse consécutive. Il quitte Nicaragua en décembre et entre à l'hôpital de Galveston le 11 décembre.

Le 13 on constate dans le sang très pâle des plasmodies pigmentées endoglobulaires, en outre de gros corps libres et des corps en demi-lune.

On ne donne de quinine que le 14; le 15 on ne constate que des corps en demi-lune.

IV. — J. B..., matelot, jamais malade. Accès pernicieux Nicaragua. Il entre à Galveston le 11 décembre. Grosse rate.

Dans le sang beaucoup de grosses plasmodies pigmentées libres ou endoglobulaires. Il n'y avait pas moins de 6 organismes dans le champ du microscope (1/12 à immersion à huile). Quinine.

Le 18. Même état du sang.

Le 19. Très peu de plasmodies.

Le 22. Encore quelques plasmodies libres pigmentées.

V. — Th. C..., travaille au canal de Tehuantepec d'avril à septembre 1890; une fièvre rémittente. Il entre à l'hôpital avec une fièvre tierce (grosse rate, etc.). Dans le sang plasmodies, corps libres avec flagelles, corps en demi-lune.

Tous les organismes, sauf ces derniers, disparaissent rapidement sous l'influence de la quinine.

VI. — S. V... Vient de Tampico à Galveston avec une fièvre rémittente.

Dans le sang, petits corpuscules amiboïdes, la plupart du temps non pigmentés comme ceux décrits par Marchiafava et Celli (très fréquents dans les fièvres d'automne du Texas). Après 2 jours on ne trouve plus un seul organisme dans le sang.

Donc, conclut l'auteur, la malaria, dans les tropiques comme dans les régions tempérées, a les mêmes parasites, avec les mêmes formes, le même développement, la même sensibilité envers la quinine.

Catrin.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Pathologie de la paralysie ascendante aiguë de Landry (The pathology of acute ascending (Landry's) paralysis), par H. Hun (*The New York medical journal*, 30 mai 1891, n° 22 p. 609). — L'observation rapportée plaide en faveur de l'origine névritique de cette maladie. L'affection dura 5 jours et se termina par la mort; le malade âgé de 45 ans présente du ptosis et de la diplopie de l'œil droit, de la paralysie de la face et de la langue, avec atrophie de cet organe. Les membres supérieurs sont faibles, les inférieurs sont tout à fait paralysés. Pas de réflexes plantaire, crémastérien, ombilical, ni patellaire. Pas de contractions fibrillaires, ni d'atrophie musculaire. Pas de troubles de la sensibilité. Vessie

(1) Robert Saundby, *Lectures on diabetes*, London, 1891, p. 37.
(2) *Fortschritte der Medicin*, t. IX, n° 5, p. 187, 1891.

et rectum inactifs. Température et pouls normaux. A l'autopsie : méningite spinale et cérébrale avec infiltration nucléaire des vaisseaux piemeriens, et dégénération (névrite) des fibres des racines antérieures, et de celles de la queue de cheval ; intégrité des autres parties du système nerveux et en particulier des nerfs périphériques Examen bactériologique négatif.

Névroses associées (Association neuroses : a study of the pathology of hysterical joint affections, neurasthenia, and allied form of neuro-mimesis), par MORTON PRINCE (*The journal of nervous and mental diseases*, Mai 1891, vol. XVI, n°5, p. 258). — Souvent une affection organique est simulée très parfaitement par une affection dynamique, laquelle n'est pas toujours l'hystérie, maladie où on fait rentrer tant d'épisodes morbides. Il s'agirait plutôt, et c'est là la thèse que l'auteur veut établir, de désordres psychiques actionnant le mécanisme automatique de la moelle de telle sorte qu'il en résulte des troubles semblables à des désordres organiques. Ainsi, il peut y avoir association d'un état mental avec un processus physiologique, telle la salivation qui survient du fait de certaines sensations visuelles ou autres, association d'un état mental avec un processus physiologico-pathologique. Les arthralgies hystériques, la neurasthénie, les psychoses traumatiques, sont, pour leur part, constituées par des images pathologiques ; en conséquence on ne doit pas chercher la cause de cette grande classe de névroses dans des altérations des nerfs périphériques ou des centres nerveux, mais dans une association pathologique des éléments anatomiques normaux.

Anatomie pathologique du tic douloureux (The pathological anatomy of tic douloureux), par Ch. L. DANA (*Medical News*, 16 mai 1891, n° 20, p. 548). — La névralgie invétérée du trijumeau est causée par une lésion locale : tumeur, anévrysme, exsudat syphilitique. Le plus souvent, il existe de la névrite, et récemment l'auteur a trouvé une atrophie dégénérative évidente du ganglion de Gasser. Toutefois étant donné que, dans les cas d'anesthésie progressive qui sont en rapport avec une névrite dégénérative, la douleur est faible, il est difficile d'expliquer la grande différence existant alors avec le tic douloureux en admettant que celui-ci dépend également d'une névrite. M. Dana pense qu'il s'agit dans le tic de l'oblitération de l'artère nutritive du nerf, se basant sur ses observations sur l'action thérapeutique de la nitro-glycérine qui modifie la circulation; cinq observations avec intervention chirurgicale sont rapportées à l'appui.

Rôle de l'émotion dans la puerpéralité (The emotional element in the puerperal period), par A. H. WRIGHT (*The journal of nervous and mental Diseases*, mai 1891, n° 5, p. 283). — L'auteur a rassemblé un certain nombre d'observations dans lesquelles des accès de fièvre puerpérale ont suivi de près diverses émotions. Dans l'observation I, la fièvre survient le lendemain d'une dispute, dans l'observation VII la septicémie apparut à la suite d'une émotion causée par un accident arrivé à l'enfant.

Relations de l'arthritisme, de l'ataxie locomotrice et du goitre exophthalmique (On points of affinity between rheumatoid arthrite locomotor ataxy, and exophthalmic goitre), par J. K. SPENDER (*British medical Journal*, 30 mai 1891, p. 1169). — Les troubles de la pigmentation de la peau s'observent dans l'arthrite rhumatoïde et dans le goître exophthalmique ; il en est de même de la tachycardie, des spasmes et du tremblement. La douleur est un des grands éléments communs à l'ataxie locomotrice et à l'arthritis rhumatoïde. En somme il existe des points communs entre ces états morbides, qu'on trouvera sans doute plus nombreux après de nouvelles recherches, et qui permettront la création d'un groupe nosographique plus étendu.

MÉDECINE

Recherches cliniques sur l'élimination de l'antipyrine chez les enfants, par PERRET et GIVRE (*Lyon médical*, 7 juin 1891, p. 177). — L'élimination de l'antipyrine par l'urine commence chez l'enfant, comme chez l'adulte et le vieillard, 3/4 d'heure à une heure après son ingestion. L'élimination est plus vite terminée chez l'enfant que chez l'adulte et le vieillard. L'élévation de la dose prolonge la durée du temps nécessaire à l'élimination. Les auteurs ont constaté la présence de l'antipyrine dans l'urine au moyen du perchlorure de fer, qui permet de déceler 1/5000 d'antipyrine. La réaction qu'ils ont obtenue a été une coloration rouge comme celle de l'antipyrine en nature et non pas la coloration bleue noire semblable à de l'acide phénique que Meyer et Bardet disent avoir trouvée et qu'ils attribuent au dédoublement de l'antipyrine par oxydation dans l'économie.

Iodure de potassium dans les anévrysmes de l'aorte (On the treatment of aneurism of aorta by iodide of potassium), par G. BALFOUR (*Brit. medic. Journ.*, 6 juin 1891, p. 1220). — Observation d'un clergyman de 50 ans, atteint d'anévrysme de l'aorte avec troubles de la respiration et palpitations cardiaques intenses, qui, à la suite d'un traitement par l'iodure de potassium (1 gramme puis 2 grammes par jour), puis au bout de 3 semaines 1 gr. 50 par jour, présenta en 3 mois une amélioration considérable et une diminution des signes physiques de l'anévrysme ; au bout d'un an, le malade reprit complètement ses occupations ; deux ans plus tard, mort par embolie cérébrale. L'auteur insiste sur le rôle favorable de l'iodure de potassium (l'iodure de sodium n'est pas aussi actif) et sur la nécessité de donner aux malades des doses suffisantes, mais non des doses excessives qui les affaibliraient.

Examen physique du sommet des poumons (The value of the physical signs at the apices of the lungs in the search for incipient phthisis), par H. FUSSELL et H. ADAMS (*University medical magazine*, Philadelphie, juin 1891, p. 527). — A l'état normal, on trouve au sommet droit par comparaison avec le sommet gauche une tonalité plus élevée du son de percussion, une augmentation de la résonnance vocale et des vibrations thoraciques ; ces modifications peuvent être assez prononcées pour faire admettre une induration du sommet droit ; dans les cas douteux, il faut avoir recours à d'autres signes pour établir le diagnostic : et s'il n'y a pas d'autres signes, une observation prolongée peut seule permettre de reconnaître le développement d'une lésion existant réellement.

Lèpre des nerfs (Lepra nervorum), par SASS (*Deut. Arch. für kl. Med.*, 1891, t. XLVII, p. 319). — L'auteur a étudié deux cas de lèpre anesthésique. Dans le premier, il existait des macules de la face, du dos, et des extrémités, du pemphigus lépreux, une parésie atrophique des mains. Les muscles malades offraient manifestement, sous différentes formes et à différents degrés, les signes de la réaction de dégénérescence ; il existait de plus des contractions fibrillaires. La sensibilité était spécialement troublée ; outre les plaques d'anesthésie générale, on notait au niveau des macules dorsales les caractères de la dissociation syringomyélique, et enfin des zones hypéresthésiées à la face.

Le deuxième cas est très analogue pour l'ensemble des manifestations : on remarquait seulement que les lésions cutanées se localisaient de préférence en des régions soumises à des irritations habituelles, mains, lèvres, genoux. C'est un point sur lequel Schultze avait déjà attiré l'attention.

Stérilisation du lait (Verbessertes Verfahren der Milchsterilisirung), par SOXHLET (*Münch. med. Woch.*, mai 1891, n°s 19 et 20, p. 335 et 353). — Les études modernes sur l'infectiosité du lait ont eu pour conséquence la recherche d'une méthode de stérilisation du lait destiné à l'alimentation, surtout à l'alimentation du nouveau-né. Le professeur Soxhlet s'est acquis dès longtemps sur ce chapitre une grande autorité, et quoiqu'il semble en certain endroit dénier à Pasteur le principe même d'une méthode qui est appelée couramment en Allemagne *Pasteurisation*, on ne peut nier que l'auteur munichois n'ait proposé le premier la méthode de stérilisation après fractionnement qui a été depuis modifiée et améliorée à divers titres. C'est une nouvelle amélioration et simplification que l'auteur lui-même propose dans ce travail : elle vise la fermeture des flacons de lait stérilisé et le moyen d'empêcher leur réinfection, lorsque ces flacons sont destinés à être refroidis et conservés quelque temps. Les flacons remplis et soumis à la coction portent, sur leur ouverture un peu érosée et ridée, un disque de caoutchouc uni de 1/2 c.m. d'épaisseur qui est susceptible de fournir une fermeture hermétique. Pendant l'opération de la coction, on renverse sur

le goulot muni de son bouchon un capuchon de fer-blanc qui appuie simplement sur le caoutchouc à l'aide de trois pointes faisant saillie à sa face interne. L'air qui s'échappe du flacon porté à l'ébullition, sort aisément en soulevant le disque de caoutchouc dont l'*horizontalité* est cependant toujours assurée par la disposition du capuchon susdit. Mais aussitôt que la coction est arrêtée, ou même dès qu'on ouvre le bain-marie dans lequel sont réunis les flacons pour une même opération, le léger refroidissement qui se produit tend à créer dans les flacons un certain vide. Le disque de caoutchouc uni et la pression atmosphérique interviennent alors et assurent fatalement, indépendamment de toute manipulation, une fermeture hermétique dont la solidité augmente à mesure que la bouteille se refroidit. L'auteur a calculé que pour une bouteille à goulot de 14 millimètres ramenée à la température ordinaire des habitations, l'application du disque de caoutchouc correspondait à une pression de 1,2 kg. Il a pu conserver ainsi du lait stérile pendant plusieurs mois, et employer sa méthode avec avantage dans divers cas d'alimentation artificielle. Cette fermeture simple et *automatique* semble donc appelée à rendre des services dans la pratique.

CHIRURGIE

Étude sur les fibro-myomes fluctuants ou hydrorrhéiques de l'utérus, par BERTHAULT (*La Médecine moderne*, 30 avril et 7 mai 1891, p. 337 et 360). — Etude basée principalement sur un cas de fibro-myome hydrorrhéique qui a servi de texte à une leçon de Trélat. Les signes de cette variété de tumeur sont la présence d'une tumeur abdominale fluctuante, les ménorrhagies et métrorrhagies, un écoulement intermittent de liquide hydrorrhéique et surtout un agrandissement considérable de la cavité utérine qui permet de distinguer cette tumeur de toutes les autres variétés de tumeurs péri-utérines. Le traitement est identique à celui des autres fibro-myomes utérins.

Otite moyenne compliquée de thrombose du sinus latéral (Two cases of middle ear disease complicated by thrombosis and suppuration of the lateral sinus, with signs of pyæmia, successfully treated), par MAKINS (*The Lancet*, 6 juin 1891, p. 1259). — OBSERVATION I. — E. R. F..., 11 ans. Otite moyenne purulente avec perforation de la membrane du tympan. Depuis 3 jours la malade a des vomissements et des frissons; elle est pâle, se plaint de céphalée intense. On trouve un gonflement fluctuant et étendu au-dessus et en arrière de chaque oreille, plus volumineux à droite; quand on presse sur celui de droite, du pus sort par le conduit auditif externe. Pas d'écoulement par l'oreille à gauche. Incision derrière l'oreille droite et écoulement abondant de pus fétide; on appliqua une gouge sur l'apophyse mastoïde qui se brisa comme une coquille d'œuf, mettant ainsi à nu la dure-mère. On incisa alors le cou pour lier la veine jugulaire; on tomba d'abord sur un ganglion abcédé, on trouva la carotide et le nerf vague, mais on ne trouva aucune trace de la veine; on pensa qu'elle avait dû être détruite par la suppuration d'un thrombus. On ferma la plaie après l'avoir drainée. Incision de la tumeur du côté gauche; on trouva une grande quantité de caillots. L'enfant était très faible après l'opération. Mais elle alla rapidement mieux et guérit complètement.

OBSERVATION II. — L. M..., âgée de 27 ans, a eu la scarlatine à 2 ans, se rappelle avoir toujours eu un écoulement par l'oreille gauche. Depuis 8 jours elle a des douleurs dans le côté gauche de la tête et du cou qui se localisent bientôt à l'oreille gauche. Vomissements, frissons. On trouve de la douleur au niveau de l'apophyse mastoïde, pas d'œdème. Surdité complète à gauche; on trouve du pus dans le conduit auditif externe.

Surviennent des frissons et de la fièvre; on trépane la région mastoïdienne gauche, mettant à nu une petite portion du sinus latéral; on établit une communication avec l'oreille moyenne qui contient du pus caséeux et qu'on gratte. Drainage de la plaie et pansement.

La température monte et au bout de quelques jours on agrandit la communication entre la caisse du tympan et la couronne de trépan; on put ainsi débarrasser par lavage la caisse d'une grande quantité de pus sanieux. On trépana en avant et au-dessus du point déjà trépané, pensant tomber sur une cavité purulente; on ne trouva rien; mais on découvrit ainsi plus largement le sinus, qui ne parut pas présenter de signes d'inflammation. Drainage et pansement.

Le 28, deux jours plus tard, la céphalée persiste intense, mais l'état général est bon. Nouvelle application d'une couronne de trépan sur la région mastoïdienne sur une ligne prolongeant en arrière l'apophyse mastoïde. On put ainsi examiner la voûte du tympan, qui parut être en bon état. Le sinus paraissant verdâtre et ne présentant plus de pulsations, on jugea prudent de lier la veine jugulaire avant de l'ouvrir. La veine fut liée en deux points et sectionnée entre les deux. On découvrit alors largement le sinus et on l'ouvrit : on y trouva un caillot; mais il y eut aussi un écoulement sanguin qu'on arrêta à l'aide d'un tampon de gaze au bicyanure de mercure. Pansement antiseptique après nettoyage de la cavité. Guérison.

Il est clair que dans ces 2 cas l'oblitération de la veine jugulaire a empêché la formation d'abcès secondaires. Pour arrêter l'hémorrhagie du sinus, l'auteur croit qu'au lieu d'un tampon en gaze il vaudrait mieux se servir d'un tampon de fin catgut, comme l'a proposé Lucas Championnière; ce tampon a l'avantage de n'avoir pas besoin d'être enlevé ensuite.

Infection par le catgut (Ueber Catgutinfection bei trockner Wundbehandlung) par P. KLEMM (*Arch. f. klin. Chir.*, 1891, t. TLI, p.902). — Le point de départ du travail de Klemm est le suivant. Après l'introduction du traitement *sec* des plaies (suppression de cavité et de drainage, hémostase minutieuse, suture à plusieurs étages, etc., avec une antisepsie rigoureuse) on a remarqué à la clinique de Dorpat que les plaies traitées de cette façon et suturées au catgut suppuraient régulièrement du 7e au 9e jour après l'opération. On a revisé et contrôlé toute la procédure antiseptique, et on est arrivé à la conclusion que la suppuration provenait du catgut, d'autant plus que l'abcès débutait justement au niveau des sutures à étages faites au catgut.

Le catgut était pourtant parfaitement stérile, comme le démontraient les cultures faites soit avec du catgut entier, soit du catgut effiloché, découpé le long de son axe longitudinal. Comment alors expliquer la suppuration?

Les recherches de Kümmel datant de 1885 ont démontré que, malgré la désinfection primitive de la plaie, il persiste des microbes qui ne sont pas tués par les antiseptiques. Klemm suppose donc que ces microbes, trouvant dans le catgut un milieu favorable à leur développement, se multiplient et provoquent la suppuration de la plaie. Cette explication est d'autant plus plausible que les plaies soumises au traitement sec, mais suturées avec de la soie, n'ont pas suppuré.

Pour montrer l'influence directe du catgut sur la suppuration, Klemm a fait les expériences suivantes :

De chaque côté de la cuisse d'un chat on fait, avec toutes les précautions antiseptiques, une incision profonde, et on implante dans une plaie un morceau de catgut, dans l'autre un morceau de soie. Les plaies sont ensuite réunies d'après les règles du traitement sec. Or au bout de 4 à 5 jours la plaie renfermant le catgut présentait de la suppuration, tandis que la plaie contenant de la soie ne contenait pas trace de pus. L'ensemencement de ce catgut a donné lieu au développement de colonies innombrables d'un microcoque spécial; l'ensemencement de la soie était suivi d'apparition d'une trentaine de colonies du même microcoque.

L'expérience répétée sur trois animaux a toujours donné les mêmes résultats.

Klemm arrive donc à la conclusion suivante :

Le catgut doit être proscrit de la pratique chirurgicale, car si la plaie n'est pas complètement stérilisée, il se décompose et amène la suppuration.

Pathologie des sinus frontaux (Five cases of disorders of the frontal sinuses), par HULKE (*The Lancet*, 14 mars 1891, p. 589). — Les lésions des sinus frontaux, si l'on en excepte les congestions de la muqueuse, sont loin d'être fréquentes et il n'est pas toujours aisé de les diagnostiquer. La maladie la plus fréquente est peut-être celle qui consiste en une accumulation de mucus glaireux dans le sinus et qui porte le nom de mucocèle; l'étiologie de cette infection n'est pas facile à faire : on a invoqué le traumatisme, l'inflammation chronique de la muqueuse nasale. Le traitement consiste en solutions astringentes (chlorure de zinc). Dans la plupart des cas de mucocèle, les deux sinus forment une cavité unique. Cependant il y a des cas où les deux sinus restent séparés et

sont chacun atteints de mucocèle. Tantôt ces cas de mucocèle sont simples, tantôt ils se compliquent de néoplasmes nés sur place ou provenant d'une région voisine; ce sont des polypes rappelant ceux qu'on trouve assez souvent dans le nez; plus rarement il s'agit de tumeurs cartilagineuses, osseuses, myxomateuses ou même de sarcomes. L'auteur termine en rapportant trois cas de polypes des sinus frontaux.

BIBLIOGRAPHIE

Leçons cliniques sur les affections ulcéreuses des organes génitaux chez l'homme, par R. Du Castel. 1 vol. in-8° de 280 pages. Paris, O. Doin, 1891.

Ce volume de leçons vient à point pour prendre dans la littérature vénéréologique contemporaine une place restée vide. Les traités classiques renferment bien une description des deux variétés de chancres, de l'herpès génital, des balanites; mais leurs descriptions sont souvent écourtées et insuffisantes, en même temps que rendues trop complexes par par la nécessité de décrire les chancres extra génitaux en même temps que les chancres génitaux. En outre, les syphilides chancriformes ne tiennent pas, dans la plupart des traités de vénéréologie, le rang qu'elles méritent tant en raison de leur importance pratique qu'en raison de l'important problème de la réinfection syphilitique dans lequel elles interviennent si violemment. Puis le cancer des organes génitaux, que M. Du Castel décrit avec soin, et les ulcérations tuberculeuses auxquelles il accorde une mention peut-être un peu courte, ne trouvent guère place dans les traités des maladies vénériennes.

Ces lacunes, le livre de M. Du Castel vient les combler heureusement et mettre entre les mains de tous une très importante monographie, visant surtout le diagnostic et le traitement des ulcérations génitales.

L'auteur en a recueilli les matériaux pendant son séjour à l'hôpital du Midi et dans ce terrain si riche il a relevé plus d'un fait intéressant: aussi son livre n'est-il nullement un résumé et une compilation des ouvrages précédents. Les descriptions du chancre syphilitique, du chancre simple et du chancre mixte sont revues sur nature, avec quelques nuances un peu différentes de celles qui ont cours dans les tableaux classiques. A propos des balanites, il isole de l'herpès génital, sous le nom de balano-posthite pustulo-ulcéreuse, un type caractérisé par le développement et la reproduction incessante pendant plusieurs jours de très nombreuses vésico-pustules suivies d'ulcérations profondes; cette affection, qui ne présente pas les récidives si fréquentes et si désolantes de certaines formes d'herpès génital, a dû être confondue avec celui-ci, mais elle offre plus d'analogie avec l'impétigo qu'avec l'herpès. Dans ce même chapitre des balanites, M. Du Castel donne la description d'une forme de balano-posthite contagieuse à disposition circinée qui a été différentiée par deux de ses internes, MM. Bataille et Berdal.

La question, toujours si discutée, de l'excision du chancre syphilitique est abordée par M. Du Castel à propos du traitement : avec la presque totalité des syphiligraphes français, il en considère les bienfaits comme très contestables, les observations favorables de cette méthode comme peu démonstratives pour la plupart; les quelques pages empreintes de fine critiques et de scepticisme que M. Du Castel consacre à ce sujet donnent à réfléchir sur la valeur de certaines statistiques et des observations publiées par certains partisans de l'excision du chancre.

Le style et l'ordonnance de ces leçons reflètent la clarté et la méthode que leur auteur apportait dans son enseignement à l'hôpital du Midi et que ses auditeurs de l'hôpital Saint-Louis retrouvent actuellement. Les leçons s'enchaînent avec régularité et logique. Si nous avions un reproche à adresser à cet excellent livre, il serait uniquement d'ordre typographique : pourquoi n'avoir pas placé à la fin du volume une table analytique des matières, qui facilite singulièrement certaines recherches et que la table alphabétique ne remplace pas toujours, loin de là ? Nous regretterions vivement de voir s'introduire dans les livres français cette coutume, contraire aux habitudes de nos éditeurs.

Georges Thibierge.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Essai sur la théorie de l'auscultation médiate et nouveau stéthoscope, par Saillet. Broch. in-8°, Marseille, 1891.

L'auteur, se basant sur des considérations d'acoustique, reproche au stéthoscope ordinaire de n'être qu'un cornet acoustique et de déformer l'oreille externe, tout en s'adressant à un mauvais conducteur moléculaire, le pavillon de l'oreille. Il propose un nouveau stéthoscope dont le pavillon est creusé d'une cavité de forme annulaire dans laquelle l'oreille peut être facilement introduite; au centre de cette cavité, se trouve l'orifice du stéthoscope, dont la paroi se prolonge de façon à former une sorte de tube qui vient s'introduire dans le conduit auditif externe dont il dilate l'orifice tout en n'ayant qu'un contact très léger avec le tragus; le rebord externe de la cavité transmet directement aux os voisins de l'oreille les vibrations solidiennes de l'instrument. En outre, au voisinage de l'extrémité évasée du stéthoscope, vient se fixer un tube de caoutchouc qui transforme l'appareil en un stéthoscope binauriculaire.

Technique des pratiques hydrothérapiques. Observations pratiques sur la forme, la température, la pression et la durée des procédés hydrothérapiques. Traduit de l'italien (Dr L.-C. Burgonzio), avec notes et commentaires, par le Dr Max. Durand-Fardel, membre de l'Académie de médecine. Un volume in-16 cartonné, 4 francs. Rueff et Cie, éditeurs, 106, boulevard Saint-Germain.

Les gros traités d'hydrothérapie, dit M. Durand-Fardel, représentent la science; les petits traités représentent la pratique de l'hydrothérapie. Or cette pratique doit être basée sur des données positives, correctes et simples. La théorie, d'ailleurs fort vague encore, importe peu. Etablir les indications de l'hydrothérapie, choisir tel ou tel procédé ne sort pas de la compétence de tout médecin un peu instruit. Au contraire, appliquer ces prescriptions, mettre en action le procédé choisi, est autre chose et c'est ce qu'ignorent complètement la plupart des médecins. C'est pour eux que M. Durand-Fardel a traduit et largement commenté ce petit volume auquel il a ajouté des notes nombreuses et des commentaires qui ont un développement souvent considérable. Chaque commentaire renferme, en effet, d'abord une sérieuse critique de la méthode indiquée par l'auteur, puis l'exposé des vues personnelles de M. Durand-Fardel, à qui une longue expérience permet de donner toujours de bons avis, enfin des extraits des divers auteurs qui ont traité ce point particulier dans leurs ouvrages spéciaux. L'ouvrage s'occupe d'abord des généralités de la méthode hydrothérapique, puis il passe aux affusions froides, aux bains simples, aux bains de piscine, aux douches, au maillot humide, etc., sans oublier les bains de mer et les stations thermales. Sous un petit volume c'est donc un traité relativement complet.

Thèses des Facultés

Etude sur l'épididymite syphilitique secondaire, par J. Cuilleret.

L'épididyme peut être atteint par la syphilis à ses diverses périodes, comme le testicule, et être atteint isolément. L'épididymite syphilitique isolée est fréquente à la période secondaire et survient souvent dès les premiers temps de cette période. Elle est limitée au tissu interstitiel péri-canaliculaire de l'épididyme et se différencie très nettement des épididymites, de la blennorrhagie, de la tuberculose et des affections des voies génito-urinaires. L'épididymite syphilitique a le plus souvent une marche chronique et peut très bien passer inaperçue du malade. Cette épididymite est spontanément régressive; elle n'évolue jamais vers la destruction de l'organe; mais elle indique une vérole qui peut présenter des symptômes ultérieurs sérieux. On doit la soupçonner dès qu'on trouve un noyau dur, petit, ancien, localisé à la tête de l'épididyme, chez un sujet qui n'a pas d'autre raison pour avoir cet organe malade. L'épididyme secondaire cède généralement au traitement mercuriel seul.

VARIÉTÉS

Légion d'honneur. — Aux nominations déjà annoncées dans le *Mercredi médical* nous ajoutons les suivantes :

Sont promus au grade d'officier : MM. les Drs Peyron, Terrier, Bourgoin, Riant (de Paris), Duchemin, Reech, Josien, Bonnefoy, Soulbieu (de l'armée), Bourru (de la marine).

Sont nommés chevaliers : MM. les Drs H. Cazalis, Joffroy, Cuffer, Rigal, Hutinel, Baudot, Barré, Métivier, Brémond (de Paris), Roustan (de Cannes), Chavanne (de Lyon), Larquier (d'Artenac), Borne (de Montbéliard), Langlois, Romain, Febvre, Barois, Aron, Mossier, Plaisant, Pagès, Rivet, Marestaing, Grandmougin, Pilet, Sauzède, Schrapf, Mulot, Trapet (de l'armée), Ollivier (de Digue), Toutant (de Marans), Machenaud, Nicolas, Borély, Long, Jan, Gazeau, Mirabel (de la marine).

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES SAMEDIS ET PUBLIANT TOUS LES MERCREDIS

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

RÉDACTEUR EN CHEF : Dr L. LEREBOULLET. — SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION : Dr A. BROCA.

BULLETIN

Paris, le 24 juillet 1891.

Sur le traitement antiseptique de la phthisie pulmonaire par les injections créosotées.

Depuis l'année 1877, la *Gazette hebdomadaire* n'a cessé d'appeler l'attention des médecins sur les effets thérapeutiques de la créosote, et en particulier sur son action contre les diverses manifestations de la phthisie pulmonaire. Cette étude critique a été inspirée par l'important travail dû à MM. Bouchard et Gimbert (1877, p. 486 et suiv.).

Le mémoire de M. le Dr Gimbert, que nous publions aujourd'hui, revient sur le même sujet et, de plus, résume, de manière à les rendre accessibles à tous les praticiens, une méthode thérapeutique et un traitement dont l'efficacité est indéniable. La méthode thérapeutique, déjà longuement exposée dans la *Gazette hebdomadaire* (1889, p. 239), consiste dans la dilution des substances médicamenteuses de façon à les faire absorber lentement, sans douleur, sans irritation locale, sans troubles gastro-intestinaux. Nous n'avons pas à revenir sur ce qui a été déjà dit à ce sujet. Appliquant cette méthode au traitement de la phthisie pulmonaire, M. Gimbert démontre que l'huile créosotée peut être injectée dans le tissu cellulaire sous-cutané, sans jamais déterminer aucun accident local, si l'on a soin de se servir d'un appareil aseptique et si l'on procède avec lenteur. Il déclare en outre qu'absorbée rapidement et à doses suffisantes, la créosote pure détermine la fonte puis l'élimination progressive des éléments tuberculeux, sclérose le tissu pulmonaire ambiant, arrête l'évolution morbide et les infections secondaires qui en sont la conséquence, enfin prépare et favorise la guérison de la phthisie.

La première de ces deux conclusions est indéniable. Si, comme nous l'espérons, les membres du prochain congrès de la tuberculose se rendent au Val-de-Grâce dans le service du professeur agrégé Burlureaux, ils y verront des malades absorbant impunément depuis de longs mois des doses quotidiennes très élevées (150 et 200 gr.) d'huile créosotée pure renfermant 1 gramme de créosote pour 14 grammes d'huile et profitant largement, au point de vue diathésique, de ce traitement. Nous avons assez souvent pratiqué nous-même des injections de 20 et 30 gr. pour pouvoir déclarer cette innocuité absolue de la médication.

Celle-ci est-elle toujours et rapidement efficace? M. Gimbert ne le dit point. Il croit que la plupart des tuberculeux sont justiciables de la thérapeutique qu'il recommande. Il espère que, le jour où elle pourra être appliquée dès le début et avec les précautions sur lesquelles il insiste, bien des succès inespérés jusqu'à ce jour récompenseront de leur persévérance ceux qui voudront le suivre dans la voie qu'il indique.

Le nombre des malades réfractaires à la créosote ou difficilement tolérants nous a paru plus élevé. Nous avouons cependant que trop souvent peut-être nous nous sommes mépris sur la signification et la nature des *réactions* si bien étudiées et si bien décrites dans le mémoire qu'on lira plus loin. La concordance absolue de certaines observations prises à Cannes et au Val-de-Grâce semble, en effet, prouver que les réactions, quelque vives qu'elles soient au début, peuvent être vaincues si l'on ose agir avec persévérance pendant de longs mois.

Nous avons déjà fait remarquer à plusieurs reprises (v. p. 230) que ces réactions rappellent beaucoup, sans jamais cependant présenter leurs dangers, celles que l'on constatait en se servant de la lymphe de Koch. L'étude si complète publiée par M. Gimbert et les résultats que fera prochainement connaître M. Burlureaux devront encourager les médecins à être plus audacieux que nous ne l'avons été nous-même. Peut-être parviendront-ils dès lors, mieux que nous, à guérir les formes granuliques et même les formes éréthiques de la phthisie qui nous ont toujours semblé réfractaires à la créosote, alors que la phthisie torpide d'emblée, surtout lorsqu'elle reste longtemps localisée à un sommet, nous a toujours paru très facilement curable par cette médication.

Quoi qu'il en soit d'ailleurs, il importe d'insister plus que jamais sur l'utilité d'une méthode thérapeutique, scientifiquement étudiée, cliniquement établie, pouvant permettre et même faciliter tous les traitements hygiéniques et diététiques dont l'utilité est indéniable, enfin absolument inoffensive quand elle est bien dirigée.

Si, comme nous en avons l'intime conviction, après avoir vu à l'hôpital Trousseau les malades qu'il a traités M. Lannelongue parvient à arrêter dès ses débuts l'évolution des tuberculoses locales, peut-être pourra-t-on, en associant les deux médications, supprimer les ravages de la scrofule. Si, comme nous l'espérons aussi, la phthisie pulmonaire devient justiciable de l'antisepsie pratiquée en injectant des doses élevées de créosote, un réel et sérieux progrès aura été réalisé. Ce progrès, il convient de ne pas l'entraver par des discussions oiseuses sur des questions de priorité d'ordre secondaire. S'il est vrai, comme le soutient M. L. Le Fort, que diverses substances et d'autres procédés thérapeutiques conduisent aussi rapidement, aussi nettement que la méthode si bien décrite par M. Lannelongue, à des résultats identiques, les chirurgiens qui ont fait connaître ces procédés et expérimenté ces substances seraient coupables de n'avoir pas insisté plus longuement et plus explicitement sur leur efficacité. S'ils n'ont pas obtenu les mêmes effets, ils ne sont pas autorisés à dénier à M. Lannelongue le mérite d'avoir bien précisé comment il faut procéder pour réussir. Nous avons vu, à maintes reprises, et surtout dans un cas où la tuberculose héréditaire et constitutionnelle était indéniable, M. J. Guérin obtenir, par les cautérisations locales et la compression ouatée, les effets les plus favorables. Nous persistons à penser cependant que la méthode imaginée par M. Lannelongue est plus active, plus rapide et plus sûre. Les observations ultérieures démontreront ce qu'il faut en croire.

L. LEREBOULLET.

REVUE GÉNÉRALE

Hypnotisme et hystérie.

Du rôle de l'hypnotisme en thérapeutique.

Messieurs,

Mon maître, le professeur Charcot, m'a fait l'honneur de m'inviter à faire dans cet amphithéâtre une conférence sur l'hypnotisme.

Les travaux que l'on a publiés sur la matière sont innombrables et mon intention n'est pas de vous en faire l'historique. Je vous rappellerai seulement que ce sujet, étudié pour la première fois avec une méthode clinique par le médecin anglais Braid, n'est entré définitivement dans le domaine scientifique que depuis les travaux de M. Charcot, qui ont rigoureusement établi la réalité de cet état nerveux.

Vous savez tous, Messieurs, comment on conçoit l'hypnotisme à la Salpêtrière et vous savez aussi qu'un groupe de médecins, en tête desquels je dois citer le Dr Bernheim, de Nancy, professe à cet égard des idées diamétralement opposées. Dans un travail intitulé: *Grand et petit hypnotisme*, publié en 1889 dans les *Archives de neurologie*, j'ai cherché à démontrer que, malgré toutes les attaques auxquelles elles avaient été en butte, les doctrines de Paris n'avaient pas été ébranlées.

Je ne puis recommencer ici toute cette discussion, car mon temps est limité; il est du reste inutile de répéter ce qui a déjà été dit et chacun peut apprécier par lui-même la valeur des arguments que j'ai fournis. Je veux simplement développer un chapitre écourté de ce mémoire, celui qui a trait aux relations entre l'hypnotisme et l'hystérie.

A la Salpêtrière on soutient que ces deux états présentent des connexions intimes et que l'hypnotisme est du ressort de la pathologie.

A Nancy on prétend que l'hypnotisme est un phénomène physiologique.

D'autre part, à la Salpêtrière, sans rejeter, tant s'en faut, l'hypnotisme de l'arsenal thérapeutique, on pense que ses indications sont limitées et que ce mode de traitement ne peut guère être appliqué avec succès que dans l'hystérie.

A Nancy on admet au contraire que la plupart des maladies peuvent bénéficier de l'emploi de cette méthode.

Voilà donc deux questions connexes, au sujet desquelles règne un désaccord absolu et que je me propose de discuter dans cette leçon.

* * *

Pour se faire une idée précise sur les relations qui peuvent exister entre l'hypnotisme et l'hystérie, il est évidemment indispensable d'être au préalable parfaitement fixé sur la valeur exacte de chacun de ces deux termes.

Et d'abord, qu'est-ce que l'hystérie?

Vous me direz peut-être qu'il ne peut guère y avoir de discussion à ce sujet, que le sens de ce mot est absolument déterminé, car il correspond à un état nerveux que tout médecin a eu l'occasion d'observer.

Cela est vrai si l'on a en vue l'hystérie dans ses formes les plus parfaites.

Voici, par exemple, un sujet chez lequel on constate l'existence d'une hémianesthésie sensitivo-sensorielle complète. Du côté affecté, la sensibilité générale est abolie dans tous ses modes; le malade a perdu les sens de l'ouïe, du goût et de l'odorat du même côté; on constate chez lui un rétrécissement concentrique du champ visuel, de la polyopie monoculaire, de l'amblyopie, une dyschromatopsie spéciale, caractérisée par la perte de la vision du violet, du vert, du bleu et la persistance de la vision du rouge. A côté de ces symptômes permanents, stigmates de la névrose, le malade a présenté, à diverses époques, des phénomènes épisodiques. Ce sont des attaques constituées par des convulsions épileptiformes, de grands mouvements, des attitudes passionnelles et du délire; ce sont des paralysies brachiales et crurales, flasques et spasmodiques, de l'aphonie, du mutisme, du hoquet, de la chorée rhythmée, etc., etc. Personne n'hésitera à reconnaître que cet ensemble de manifestations correspond à une espèce nosographique distincte désignée sous le nom d'hystérie.

Mais cette névrose ne présente pas toujours un aspect aussi éclatant; les cas frustes sont même beaucoup plus nombreux que les cas types, et ils sont souvent méconnus par les médecins peu versés dans l'étude de la neuropathologie.

Avant tout il est nécessaire d'être bien prémuni contre quelques idées erronées transmises par la tradition. La légèreté, l'insouciance, la mobilité étaient considérées autrefois comme caractérisant l'état psychique de l'hystérie et il était admis que les manifestations somatiques étaient essentiellement fugaces. Ces idées, déjà inexactes si on les applique à tous les cas d'hystérie chez la femme, sont, comme vous le savez, complètement fausses si l'on envisage l'hystérie chez l'homme et naturellement, pour les médecins qui les ont encore, le champ de cette névrose se trouve singulièrement rétréci.

Le tableau symptomatique de la grande hystérie dans sa forme la plus parfaite peut être considéré comme un assemblage de pièces distinctes représentant chacune un des syndromes de la névrose. Le tableau peut se dégrader par la perte successive d'une ou plusieurs de ses pièces et arriver à la limite à n'être plus constitué que

par l'une d'entre elles. C'est là l'hystérie monosymptomatique.

Parmi les syndromes de l'hystérie, il en est quelques-uns qui présentent un facies symptomatique tellement spécial que, même en l'absence de tout autre signe de la névrose, on peut immédiatement reconnaître la nature de l'affection. Je citerai comme exemples le mutisme, l'hémispasme glosso-labié; ce sont là, en quelque sorte, *les accidents spécifiques de l'hystérie.*

D'autres syndromes au contraire n'ont pas dans leur forme un cachet pathognomonique. Il en est ainsi de certaines variétés d'anesthésies, de paralysies, de contractures. Lorsqu'ils ne sont pas accompagnés d'autres manifestations hystériques, le diagnostic peut être parfois très délicat et c'est alors l'évolution de la maladie ou quelques circonstances particulières qui permettent de résoudre la question.

L'hystérie peut aussi revêtir les apparences, sans qu'il soit toutefois impossible de les démasquer, d'affections les plus diverses (1).

Je ne puis évidemment indiquer en quelques mots par quels procédés on peut arriver à déceler la présence de l'hystérie dans les cas difficiles (2). Ce n'est pas du reste le but de cette leçon et de plus les médecins qui suivent cette clinique sont experts en la matière.

Mon intention, en revenant sur un sujet maintes fois traité ici par M. Charcot, est de vous rappeler cette vérité, dont il est indispensable d'être bien pénétré, que le domaine de l'hystérie est infiniment plus vaste qu'on ne le croyait autrefois. C'est une des maladies nerveuses les plus fréquentes, qui peut atteindre l'enfant, l'adulte et le vieillard, les deux sexes, que les causes les plus diverses, influences morales, traumatismes, intoxications, infections, sont susceptibles de provoquer.

On pourrait presque dire que l'hystérie est, après la neurasthénie, la voie par laquelle un sujet indemne d'accidents héréditaires peut entrer le plus facilement dans la famille neuropathique. La nature contagieuse et épidémique de certains accidents hystériques, de la chorée rhythmée, en particulier, me semblent corroborer cette opinion, qui du reste n'empêche en aucune façon d'admettre l'influence considérable de la prédisposition héréditaire dans le développement de ces troubles nerveux.

Permettez-moi, Messieurs, avant de terminer cette excursion dans l'hystérie, de vous rappeler : 1° que les paralysies motrices, les contractures, les anesthésies, constituent les manifestations somatiques les plus communes de cette névrose et que ces accidents sont susceptibles d'apparaître et de disparaître avec rapidité; 2° que l'exaltation de la suggestibilité constitue peut-être, au point de vue psychique, le caractère le plus saillant de l'hystérie, ce qui ne veut pas dire, bien entendu, que les phénomènes hystériques soient toujours d'origine suggestive. Ce sont là des notions dont j'aurai à tirer parti dans quelques instants.

***

Pour bien vous faire comprendre maintenant en quoi consiste l'hypnotisme, je vais vous présenter d'abord un sujet susceptible d'être plongé dans un état hypnotique tellement net et distinct de tous les états voisins que personne ne songerait à en contester la nature; je mettrai ainsi en lumière les caractères qui le spécifient.

(1) Voir à ce sujet : *Leçons cliniques sur l'hystérie et l'hypnotisme*, par le professeur Pitres, 1891.

(2) Voir à ce sujet mon mémoire sur la migraine ophthalmique hystérique (*Arch. de neurol.*, n° 60), dans lequel j'ai cherché à établir les principes sur lesquels on doit se fonder pour arriver en pareil cas au diagnostic.

Voici un sujet chez lequel vous pouvez constater les phénomènes du grand hypnotisme tels que M. Charcot les a décrits.

Je ne chercherai pas à vous démontrer que la division du grand hypnotisme en trois états distincts: léthargie, catalepsie et somnambulisme, est légitime, ni à établir que les phénomènes hypnotiques peuvent parfois se développer à l'abri de la suggestion. Ce n'est pas que les preuves fassent défaut, mais je les ai déjà exposées tout au long dans mon mémoire sur le grand et le petit hypnotisme auquel je renvoie ceux de mes auditeurs que ce sujet intéresse (1). Du reste cette démonstration n'est pas nécessaire pour le but que je me propose d'atteindre.

Je veux simplement attirer votre attention sur les faits dont personne ne conteste l'existence, toute question d'interprétation mise à part. Passons donc en revue les caractères les plus saillants de l'hypnotisme dans sa forme type.

1° La spontanéité du sujet paraît très affaiblie. La malade que vous voyez ici, qui, à l'état normal, est vive, alerte et quelque peu turbulente, devient calme et taciturne quand elle est hypnotisée. En léthargie ou en catalepsie son activité semble complètement abolie et elle est très amoindrie dans la période somnambulique. Cette jeune fille, que j'ai fait asseoir devant vous, paraît, comme vous le remarquerez facilement, indifférente à ce qui se fait autour d'elle et elle resterait indéfiniment dans cette attitude, sans changer de place, sans adresser une seule question, si je ne l'interpellais et ne la faisais sortir de sa torpeur.

J'ajoute que la malade n'a pas de délire et que dans cet état il ne se développe pas chez elle d'hallucinations spontanées.

2° La suggestibilité est notablement exaltée.

La malade est plus obéissante qu'à l'ordinaire et se soumet volontiers, sans récriminer, à des ordres qu'elle repousserait avec énergie dans l'état de veille.

Je peux faire pénétrer dans son esprit des idées qui sont en désaccord avec ce qu'un raisonnement très simple ou l'observation immédiate met en évidence. Je lui dis par exemple que l'église de la Salpêtrière a été détruite par un incendie il y a de cela une semaine; elle admet aussitôt la réalité d'un événement qu'il lui aurait été pourtant impossible d'ignorer s'il se fût accompli. Elle accepte sans critique les idées qu'on énonce devant elle, quelle qu'en soit l'invraisemblance.

Il est enfin possible de développer chez elle des hallucinations sensorielles, visuelles, auditives, olfactives et gustatives. Je lui dis qu'elle est dans un jardin, qu'il y a de belles fleurs sur le bord d'un ruisseau; la malade se comporte comme elle pourrait le faire si l'objet de cette hallucination se trouvait là en réalité; elle fixe ces prétendues fleurs, se baisse, les cueille, en fait un bouquet, puis elle trempe ses mains dans l'eau du ruisseau imaginaire et en asperge ses fleurs. Je lui dis ensuite qu'il y a devant elle une cage avec de beaux oiseaux qui gazouillent; ses yeux se portent alors sur le point que je désigne, sa figure exprime la satisfaction et elle fait quelques remarques sur les oiseaux qu'elle contemple. Puis je lui fais voir un serpent fictif; effrayée, elle pousse des cris et fuit l'animal qui l'épouvante. Je la fais ainsi passer successivement d'un rêve à un autre et elle présente dans ces diverses circonstances une physionomie, une attitude naturelles qui correspondent à la situation dans laquelle elle croit se trouver.

3° On peut faire apparaître des phénomènes somatiques, des anesthésies, des paralysies flasques, des contractures,

(1) *Arch. Neurol.*, nos 49 et 50.

de la plasticité cataleptique, soit par des excitations mécaniques, soit par la suggestion.

Je dois vous faire remarquer, Messieurs, que nous sommes en quelque sorte les maîtres des phénomènes que nous développons et que nous pouvons faire disparaître à notre gré les troubles somatiques et psychiques que nous créons ainsi.

4° Le sujet est dans un *état second*. Il oublie en effet au réveil ce qui s'est passé; il a vécu pendant qu'il était hypnotisé d'une deuxième existence psychique, dont il perd le souvenir quand il revient à son état normal.

Toutefois la malade exécute quand elle est réveillée les ordres donnés pendant le sommeil hypnotique et conserve plus ou moins longtemps les idées et les images que la suggestion a fait pénétrer dans son esprit.

Telle est la forme type.

Chacun des caractères qui lui appartiennent peut perdre de sa netteté ou même s'effacer complètement; de là des formes frustes dont on peut multiplier à volonté les variétés. Parmi les caractères que nous venons de mentionner, tous n'ont pas la même importance. Nous allons voir quels sont ceux dont la présence est indispensable et sans lesquels, d'après nous, la réalité de l'hypnotisme ne peut être affirmée.

Nous venons de voir que dans l'hypnotisme parfait le malade est dans un état second. Mais dans les formes frustes le sujet peut conserver au réveil un souvenir plus ou moins complet de ce qui a été dit et fait pendant qu'il était endormi. L'oubli au réveil est un caractère qui peut faire défaut et dont on ne doit pas exiger la présence pour admettre la réalité de l'hypnotisme. Toutefois il faut remarquer qu'en pareil cas, les autres caractères sont aussi le plus souvent moins accentués.

La spontanéité de l'individu est amoindrie, avons-nous dit. Le sujet que je vous ai présenté semblait inerte et passif. Il n'en est pas toujours ainsi; quelques somnambules hypnotiques sont vifs et actifs. Néanmoins il existe dans tous les cas une diminution plus ou moins marquée de la spontanéité. De plus, dans l'hypnose légitime le sujet ne crée pas de ses propres forces de délire ni d'hallucinations; c'est là un caractère négatif essentiel, connexe au précédent.

L'exaltation de la suggestibilité constitue le caractère fondamental de l'hypnotisme.

Mais il ne faut pas croire que les hypnotiques soient, comme on l'a dit, à la merci la plus complète de l'expérimentateur. Les grands hypnotiques eux-mêmes ne sont pas toujours d'une docilité parfaite, surtout quand on veut les contraindre à des actes qui leur répugnent. Le degré de suggestibilité varie du reste notablement suivant les sujets auxquels on a affaire. Il en est qui se révoltent quand on leur donne un ordre qui leur semble contraire à leurs principes, ou qui se refusent de se soumettre aux injonctions qui ne sont pas à leur convenance. Certains sujets, tout en paraissant plus crédules qu'à l'état de veille, n'acceptent pas les idées qu'on cherche à leur suggérer, si elles sont en désaccord trop grand avec ce que le bon sens indique. Enfin tous les hypnotiques sont loin d'être susceptibles d'avoir, aussi facilement que le sujet type, des hallucinations sensorielles sous l'influence de la suggestion.

Il y a à ce point de vue une série de cas intermédiaires entre l'état d'hypnotisme parfait et l'état de veille.

Néanmoins il me paraît essentiel d'indiquer avec précision la limite que devra atteindre l'exaltation de la suggestibilité pour qu'il soit légitime d'admettre que l'individu en observation est hypnotisé.

Il me semble aussi qu'il est capital de chercher comme indice de cette exaltation un caractère dont il soit possible de démontrer scientifiquement la réalité. Cela m'amène à aborder l'étude des phénomènes somatiques.

Les contractures et la plasticité cataleptique en particulier ont une importance fondamentale en raison même des doutes qu'il convient d'avoir bien souvent sur la sincérité des sujets en expérience. MM. Charcot et Richer ont en effet démontré, à l'aide de méthodes graphiques, que ces phénomènes ne pouvaient être simulés, tandis qu'il est très difficile, sinon impossible, d'établir avec une rigueur scientifique la réalité des troubles psychiques dont nous venons de parler.

Les paralysies flasques et les anesthésies présentent, au point de vue de l'absence de simulation, une garantie moins complète. Ils sont intermédiaires à cet égard entre les contractures et la catalepsie et les phénomènes psychiques. Comme ces derniers, ils sont subjectifs jusqu'à un certain point. Quand un sujet, dont je traverse les téguments avec une aiguille, ou sur les membres duquel j'exerce une pression énergique, me dit qu'il n'éprouve aucune sensation, la réalité de ce trouble n'apparaît pas à mon esprit avec autant d'évidence que lorsqu'il s'agit d'une contracture; dans le premier cas je suis obligé d'ajouter foi à la parole du malade, dans le second je puis m'en dispenser. Toutefois, lorsqu'une anesthésie est bien marquée, il est possible de l'objectiver en quelque sorte d'une façon indirecte; en voici un moyen. Le sujet en expérience prétend par exemple que sa peau est tout à fait insensible; j'applique alors à l'improviste sur son dos un fragment de glace et j'observe en même temps le malade avec attention. S'il reste impassible et si sa physionomie ne semble pas dénoter qu'il ait perçu cette impression brusque, j'ai là une preuve presque matérielle de sa sincérité. Il est possible aussi de s'assurer par des moyens détournés de la réalité d'une paralysie flasque d'origine psychique.

Ainsi donc les caractères somatiques ont une valeur capitale, car ils mettent l'expérimentateur à l'abri de la supercherie, et quand on peut les faire apparaître et disparaître par suggestion, on est en droit d'affirmer que la suggestibilité du sujet en observation est exaltée.

Je ne crois pas pourtant qu'il faille exiger pour admettre qu'un sujet est hypnotisé la réunion de tous les caractères somatiques que nous avons énumérés; l'existence de deux ou trois d'entre eux, ou d'un seul même, pourvu qu'il soit bien caractérisé, me paraît suffire.

Est-ce à dire pour cela que je n'accorde aucune importance aux manifestations psychiques que je vous ai exposées plus haut et que les phénomènes somatiques soient, selon moi, les seuls dont il faille tenir compte? En aucune façon. J'observerais, par exemple, un malade chez lequel je pourrais développer par suggestion des hallucinations sensorielles, comme dans les cas types, mais qui ne serait pas susceptible de présenter de manifestations somatiques; si en pareille circonstance, j'avais toutes les raisons morales de croire à la sincérité du sujet en question, j'admettrais volontiers que j'ai affaire là à de l'hypnotisme. Il ne faut pas en effet exagérer le rôle de la simulation et voir partout des simulateurs. Mais encore une fois en pareil cas la preuve rigoureuse ferait défaut et je n'aurais tout au plus que de grandes probabilités.

Du reste, l'observation me semble montrer que, dans la hiérarchie des troubles que la suggestion peut provoquer, les phénomènes somatiques, sauf peut-être la catalepsie qui est plus rare, occupent le rang le moins élevé. C'est ainsi qu'il sera généralement bien plus facile de développer par suggestion une anesthésie ou une contracture que de faire accepter une idée en désaccord avec la logique élémentaire ou de provoquer une hallucination sensorielle.

Quand les manifestations somatiques font défaut, on se

trouve donc dans l'une ou l'autre des deux situations suivantes : *a*. ou bien, et c'est ce qui a lieu le plus généralement, les phénomènes psychiques eux-mêmes sont vagues; le sujet est tout simplement dans un état de torpeur qui peut à la rigueur être considéré comme de l'hypnotisme à l'état naissant, mais qui peut aussi être assimilé à cet état d'obnubilation plus ou moins prononcée qui précède le sommeil naturel, ou bien encore être mis sur le compte de la simulation. Rien n'autorise à dire en pareil cas que le sujet est hypnotisé. *b*. Ou bien, ces cas du reste sont exceptionnels, les phénomènes psychiques sont très nets. Sans avoir le droit de rejeter catégoriquement la réalité de l'hypnotisme, il convient de rester dans le doute, surtout lorsqu'il s'agit d'une expertise médico-légale.

Il me paraît donc légitime, sous le bénéfice des remarques précédentes, d'exiger pour admettre qu'un sujet est hypnotisé qu'il soit possible de faire apparaître chez lui par suggestion tout au moins un des phénomènes somatiques sus-énumérés et de le faire disparaître ensuite par le même procédé (1).

On aura ainsi à la fois une preuve de l'absence la simulation et un criterium de l'exaltation de la suggestibilité qui constitue le caractère capital de l'hypnotisme.

Je vais vous présenter maintenant deux malades que vous pourrez comparer au sujet type et chez lesquels l'hypnotisme existe à l'état fruste.

Voici une jeune fille, la nommée S... dont j'aurai l'occasion de vous parler plus tard. Je l'endors par la pression oculaire. Dans cet état elle ne peut ouvrir les yeux, elle reste inerte, sans bouger, sans parler; par suggestion il est possible de provoquer des contractures, des paralysies flasques et des anesthésies et de les faire disparaître ensuite; je n'ai pas pu faire apparaître la plasticité cataleptique; la malade est tout à fait rebelle aux tentatives que l'on fait pour développer des troubles psychiques, des hallucinations sensorielles, et paraît conserver tout son bon sens quand elle est hypnotisée; enfin, à son réveil, elle ne se rappelle qu'en partie ce qui s'est passé pendant l'hypnose.

Quant au second malade que vous voyez ici, le nommé A...., dont j'aurai aussi à vous entretenir dans quelques instants, je l'endors par la fixation du regard. Ses yeux sont fermés et il est incapable de les ouvrir; il garde le silence quand on ne lui pose pas de questions, mais dès qu'on l'interpelle il répond avec facilité et peut soutenir une conversation comme à l'état normal; les troubles psychiques font complètement défaut et à cet égard sa suggestibilité ne semble pas du tout exaltée; mais il est possible de provoquer par suggestion une contracture qu'il gardera au réveil si l'on n'a pas soin de la faire disparaître pendant l'hypnose; on peut aussi développer chez lui une paralysie flasque, mais il est extrêmement difficile de le rendre anesthésique; enfin à son réveil le malade se rappelle parfaitement dans ses moindres détails tout ce qui s'est passé.

Vous avez pu observer ainsi l'hypnotisme à son état le plus parfait chez le premier sujet, dans sa forme la plus dégradée chez ce dernier malade, et dans un état intermédiaire chez la jeune fille précédente.

Si vous admettez cette façon de concevoir l'hypnotisme, si vous acceptez le criterium que je vous propose, vous ne serez pas exposés à être induits en erreur et vous ne confondrez pas l'hypnotisme avec les états psychiques voisins qui en sont plus ou moins rapprochés, le sommeil naturel, le noctambulisme, le somnambulisme épileptique, le sommeil hystérique, le somnambulisme hystérique.

Je puis vous présenter un spécimen de cette dernière variété de somnambulisme, que M. Charcot vous a déjà fait voir dans une de ses dernières leçons (1).

Il s'agit d'un malade présentant au complet les stigmates de l'hystérie et chez lequel on provoque au bout de quelques secondes, par la fixation du regard, l'apparition des phénomènes suivants : Il ferme les yeux, se renverse brusquement en arrière, raidit ses membres, exécute plusieurs grands mouvements en arc de cercle, caractéristiques de l'attaque hystérique; puis il ouvre les yeux, ses membres deviennent souples comme à l'état normal, il est pris de délire et a des hallucinations qui se développent spontanément.

Un observateur inattentif pourrait penser qu'on a affaire à de l'hypnotisme, parce que les troubles nerveux en question apparaissent sous l'influence de manœuvres semblables à celles qu'on emploie pour provoquer le sommeil hypnotique. Il s'agit pourtant bien d'une attaque hystérique, ainsi que le prouvent les grands mouvements en arc de cercle, le délire qui n'appartient pas à l'hypnotisme, l'impossibilité dans laquelle on se trouve de suggestionner à son gré le malade qui est tout entier à ses propres rêves.

Remarquez toutefois que si je persévère longtemps dans mon injonction il finit par céder, mais il ne le fait que dans une certaine mesure, en mettant toujours en évidence sa spontanéité. Je lui montre par exemple une feuille de papier blanc et lui dis que c'est un dessin représentant un cheval modèle, d'une beauté parfaite. Il ne me répond pas d'abord et semble étranger à ce que je lui dis; j'insiste, il m'écoute alors, mais conteste absolument l'exactitude de mes paroles; j'insiste encore et il finit, si j'y mets de la persévérance, par admettre l'existence d'un dessin sur la feuille que je lui montre, mais il ajoute: « Cela, un beau cheval, allons donc ! c'est une bête de l'apocalypse.» S'il accepte complètement mon affirmation, celle-ci ne sera en tout cas que le sujet d'un thème qu'il développera. « Cela un beau cheval, dit-il, oui, c'est un cheval noir; nous sommes donc à la revue? vive le général ! etc., etc » Si je cherche à provoquer dans cet état une contracture par suggestion, je puis parfois y arriver, mais je ne la supprimerai pas ensuite à ma guise, et en définitive je ne suis pas maître des phénomènes somatiques et psychiques que ma suggestion a engendrés.

Les phénomènes qui appartiennent au somnambulisme prédominent donc et l'on peut dire tout au plus que les propriétés hypnotiques existent en germe.

Ajoutons que lorsque le malade est revenu à son état normal, il a complètement perdu le souvenir de ce qui s'est passé dans l'accès de somnambulisme.

***

Il est temps de rapprocher l'hystérie de l'hypnotisme et de chercher s'il existe des liens entre ces deux états.

Les médecins qui prétendent que l'hypnotisme est un état physiologique se contentent de noter que beaucoup de sujets hypnotisables n'ont jamais présenté dans leurs antécédents d'accidents hystériques.

Sans parler ici des erreurs de diagnostic qui ont été trop souvent commises à cet égard, j'y reviendrai

(1) Dans mon mémoire sur *Le grand et le petit hypnotisme* la part faite à l'hypnotisme sans caractères somatiques peut paraître plus grande. Ce n'est pas toutefois que mon opinion se soit modifiée à cet égard. La différence tient à ce que, dans ce travail, les contractures et la plasticité cataleptique sont les seuls phénomènes somatiques dont j'aie tenu compte, tandis qu'il me semble aujourd'hui préférable d'y adjoindre, comme on l'a vu, les anesthésies et les paralysies flasques.

(1) Voir à ce sujet : *Progrès médical*, 1891, n° 20 et suivants. Documents pour servir à l'histoire des somnambulismes, par G. Guinon, d'après les leçons du prof. Charcot.

rai plus tard, je dois faire remarquer que l'absence de tout stigmate hystérique ne permet pas de rejeter l'existence de la diathèse hystérique, qui peut exister à l'état latent.

Il me semble plus logique pour arriver à se faire une opinion à ce sujet de passer en revue les différents caractères de l'hypnotisme et de voir s'ils ont des analogies avec ceux qui appartiennent à l'hystérie.

1° Occupons-nous d'abord des caractères somatiques, les anesthésies, les paralysies flasques, les contractures, la catalepsie.

Ces phénomènes, en raison même de notre conception de l'hypnotisme, existent toujours, au moins en partie, chez les hypnotiques. Ils constituent, d'autre part, les manifestations les plus communes de l'hystérie.

Or dans ces deux états ils sont identiques au point de vue de leur aspect symptomatique. Je ne parle pas seulement des malades qui avant d'avoir été hypnotisés avaient déjà présenté des manifestations hystériques, car on pourrait dire dans ces cas que l'hypnotisme n'a fait que réveiller des troubles anciens; mon assertion s'applique aussi à ceux qui avant d'avoir été endormis n'avaient jamais été atteints d'accidents hystériques.

Ces phénomènes se ressemblent aussi en ce qui concerne leur évolution, puisque de part et d'autre des influences psychiques peuvent les faire apparaître et disparaître.

2° L'exaltation de la suggestibilité, caractère fondamental de l'hypnotisme, appartient aussi, comme nous l'avons vu, à l'hystérie.

Ne savez-vous pas que M. Charcot, dans ses leçons (1), a montré par une analyse rigoureuse des faits et par l'expérimentation sur les hypnotiques, que les paralysies hystéro-traumatiques sont identiques à celles qu'on peut faire apparaître chez les sujets hypnotisés et que de part et d'autre la suggestion constitue le mécanisme de leur développement?

3° Les somnambules hypnotiques sont parfois plongés dans un état psychique second. Or vous venez de voir que les somnambules hystériques peuvent se trouver dans une situation semblable.

Ces différents caractères sur lesquels j'ai insisté dans toute cette conférence établissent une relation intime entre l'hypnotisme et l'hystérie. Mais je puis encore vous fournir d'autres preuves qui résultent de quelques observations dont je ne vous ai pas encore parlé.

4° Voici un argument d'ordre chimique : d'après MM. Gilles de la Tourette et Cathelineau, l'état hypnotique influence les excreta urinaires de 24 heures de la même façon que l'attaque hystérique; de part et d'autre on observe une diminution de volume de l'urine, un abaissement du taux de tous les excreta urinaires, résidu fixe, urée, phosphates, avec inversion de la formule de ces derniers (1).

5° L'influence thérapeutique de l'hypnotisme s'exerce d'une façon prédominante sur les troubles qui relèvent de l'hystérie. Je chercherai du reste dans la seconde partie de cette leçon à justifier cette assertion.

6° Il existe entre l'hypnotisme et les manifestations hystériques un balancement analogue à celui qu'on peut observer entre les divers accidents qui dépendent de l'hystérie.

Les crises convulsives diminuent bien souvent d'intensité et de fréquence quand on hypnotise les malades dans un but purement expérimental, alors même qu'on s'abstient de faire de la suggestion curative pendant le sommeil hypnotique.

(1) Voir: Œuvres complètes de M. Charcot, t. III, p. 334 et suiv.
(2) Voir *Progrès médical*, 1890, v. I, p. 332 et 333.

J'ai eu aussi à plusieurs reprises l'occasion d'observer chez des sujets, habituellement très faciles à hypnotiser, la disparition complète de cette aptitude lorsque quelque nouveau syndrome hystérique venait à se manifester. Voici par exemple une malade qui en temps ordinaire peut être hypnotisée en quelques secondes; un jour se développe chez elle une chorée rhythmée, je cherche à l'endormir pour la débarrasser de cet accident, mais je ne puis y arriver malgré toute mon insistance; cette chorée disparaît quatre jours après son début et la malade redevient aussitôt hypnotisable comme par le passé.

L'hypnotisme paraît ainsi jouer le rôle d'équivalent relativement à certains syndromes hystériques.

7° Enfin une attaque hypnotique, passez-moi cette expression, s'enchevêtre parfois avec une attaque hystérique. Je vous ai présenté tout à l'heure un malade, qui, sous l'influence de la fixation d'un objet, pouvait être plongé dans une crise de somnambulisme hystérique; je vous ai fait voir aussi que les propriétés hypnotiques existaient en même temps chez lui en germe.

Or j'ai pu arriver à rendre ces propriétés prédominantes et à masquer les caractères qui appartiennent au somnambulisme. Voici comment j'ai procédé : J'ai montré au malade un sujet hypnotisé en lui disant que je l'endormirai de la même façon en le regardant fixement dans les yeux, qu'il pourra par un effort de volonté réprimer les grands mouvements qu'il exécute et qu'il obéira à mes injonctions.

Je l'hypnotise et vous voyez que le malade présente maintenant un tout autre aspect que précédemment. Il est docile et suggestionnable; on peut faire apparaître chez lui par suggestion des hallucinations sensorielles, des anesthésies, des contractures et les faire disparaître aussitôt après. Il n'a pas exécuté de contorsions et n'a pas de délire. Néanmoins, si je l'abandonne quelque temps à lui-même, on remarque qu'il commence à s'agiter, à murmurer quelques paroles et un délire spontané se développe de nouveau. Dans ce cas, contrairement à ce que vous avez vu au début, l'hypnotisme occupe la première place du tableau, mais le somnambulisme hystérique, quoique masqué, est encore présent.

On peut ainsi, à volonté, mettre en évidence soit les phénomènes qui sont du domaine de l'hystérie, soit ceux qui appartiennent à l'hypnotisme; mais en définitive ces deux ordres de manifestations sont associés les uns aux autres.

Pour toutes ces raisons, il me paraît impossible de ne pas voir entre l'hypnotisme et l'hystérie une parenté étroite et l'on serait presque en droit de soutenir que l'hypnotisme est une manifestation de l'hystérie.

* * *

Toutefois les idées que je viens de vous exposer ne sont pas acceptées par tous les médecins.

M. Bernheim, que je prendrai à partie parce qu'il est le chef de l'École adverse, affirme que l'hystérie n'a rien à faire avec l'hypnotisme qui est une propriété physiologique.

L'hypnotisme serait en quelque sorte une fonction de l'homme qui pourrait alors, suivant une remarque humoristique de M. Charcot, être défini : un animal raisonnable et hypnotisable.

M. Bernheim a publié deux grands ouvrages sur la matière : le premier, intitulé « *De la Suggestion et de ses applications à la thérapeutique* », le deuxième « *Hypnotisme, Suggestion et Psychothérapie* ». Je dois dire que la lecture attentive de ces deux livres n'a pas modifié ma manière de voir et je soutiendrais même volontiers que j'y ai trouvé des matériaux propres à fortifier les idées que je défends.

Mais, messieurs, n'est-ce pas pour vous un sujet d'étonnement qu'il puisse exister au sujet de ces questions un antagonisme de vues aussi profond? Comment peut-il se faire que ce qui semble blanc à Paris paraisse noir à Nancy?

Il y a lieu de se demander s'il n'y a pas quelque malentendu initial d'où dérive ce désaccord. Eh bien, il n'est pas difficile, lorsqu'on a lu les ouvrages dont je viens de vous parler, de déterminer la cause de ce différend.

Comme je vous le faisais remarquer au début de cette leçon, il est indispensable, pour discuter sur les rapports entre l'hypnotisme et l'hystérie, d'être au préalable fixé d'une façon précise sur la signification de chacun de ces termes.

Vous connaissez nos idées à cet égard. Examinons maintenant celles de M. Bernheim et voyons d'abord quelle est sa façon de concevoir l'hystérie. Vous pouvez en juger dans une certaine mesure par quelques citations.

« Il ne faudrait pas croire, écrit M. Bernheim, que les « sujets impressionnés soient tous des névropathes, des « cerveaux faibles, des hystériques, des femmes; la « plupart de mes observations se rapportent à des « hommes que j'ai choisis à dessein pour répondre à cette « objection. » (*De la Suggestion*, p. 6.)

Cette phrase est très nette, dépourvue de toute ambiguïté et signifie que pour Bernheim l'homme ne peut être hystérique. Or est-il utile de vous rappeler que depuis les travaux de M. Charcot l'existence de l'hystérie masculine est définitivement établie, que cette opinion est actuellement adoptée par tous les médecins de France et de l'étranger, qu'elle est devenue absolument classique et qu'il semble même résulter de plusieurs statistiques que l'hystérie soit plus fréquente chez l'homme que chez la femme?

L'argument fondamental sur lequel M. Bernheim appuie sa thèse n'a donc aucune valeur.

Ce passage, que j'ai extrait de l'ouvrage sur la suggestion, figurait dans l'édition de 1886. Or déjà à cette époque les premières leçons de M. Charcot sur l'hystérie masculine avaient paru; mais, en définitive, c'était là encore une donnée toute nouvelle et l'on peut comprendre à la rigueur que le professeur de Nancy n'ait pas eu à ce moment connaissance des travaux de la Salpêtrière. Mais ce qu'il y a de tout à fait inconcevable, c'est que ce passage ait été conservé dans l'édition *corrigée et augmentée de 1891*, ou tout au moins n'ait pas été l'occasion d'une note additionnelle, dans laquelle l'auteur aurait reconnu son erreur ancienne.

Il est vrai que parmi les observations nouvelles qu'il a publiées dans cette 2e édition et dans son livre sur la *Psychothérapie*, il en est quelques-unes qui se rapportent, d'après son diagnostic même, à de l'hystérie masculine. Mais alors il y a entre les diverses parties de ces ouvrages une contradiction flagrante et il serait intéressant que M. Bernheim s'expliquât à cet égard.

Poursuivons. Voici une observation qui se trouve à la page 532 du livre sur la *Suggestion* :

« *Paralysie rhumatismale de l'avant-bras et de la main droite. Restauration totale de la sensibilité et partielle de la motilité en une séance. Guérison totale en quatre séances.*

G... (Jean-Baptiste), quarante-neuf ans, terrassier, se trouvait au café le 21 juin 1884 à six heures du soir, quand il sentit tout à coup qu'il ne pouvait plus soulever la main droite : les doigts et le tiers inférieur de l'avant-bras étaient anesthésiés et présentaient une sensation d'engourdissement et de pesanteur. Il y a sept ans, il avait eu un rhumatisme articulaire localisé aux membres supérieurs; la douleur et le gonflement durèrent quatre jours, puis disparurent; mais les bras restèrent parésiés pendant six semaines. G... n'accuse aucun antécédent, ni syphilitique, ni alcoolique; il travaille dans l'humidité. Diagnostic : *paralysie rhumatismale.*

Il vint à la consultation de l'hôpital pendant quatre jours; son bras fut électrisé sans résultat. Il vint alors consulter mon ancien chef de clinique, le Dr Emile Lévy, qui constata une *paralysie complète avec anesthésie du membre;* le malade ne pouvait faire le moindre mouvement. Il l'hypnotisa (sommeil profond). A son réveil *la sensibilité était restaurée et le malade pouvait relever la main*, etc., etc. »

Il s'agit, comme vous le voyez, d'une monoplégie brachiale complète avec anesthésie qui s'est développée brusquement et a disparu après 4 séances d'hypnotisme. M. Bernheim porte le diagnostic singulier de paralysie rhumatismale et ne discute même pas celui de monoplégie hystérique, que, pour ma part, je n'hésiterais pas à admettre.

Voici une autre observation que vous trouverez à la page 445 de l'ouvrage sur la *Psychothérapie*, dont j'extrais les passages suivants :

« *Pneumonie infectieuse avec otite externe. Myélite infectieuse dorso-lombaire. Amélioration instantanée par la suggestion. Guérison rapide.*

J'essaie de mettre l'enfant debout; il ne peut se tenir seul. Lorsqu'on le soutient, il se tient le corps incliné fortement en arrière; si on veut le faire marcher, en le tenant par les deux mains pour qu'il ne tombe pas, il avance en laissant glisser ses pieds sur le sol, sans faire aucun mouvement articulaire; malgré toutes mes instances, il ne peut se tenir seul, ni détacher les pieds du sol. Je le fais coucher dans son lit; je constate qu'il exécute tous les mouvements, étant couché; il n'y a pas de raideur; mais les réflexes tendineux du pied et du genou sont exagérés, surtout ceux du pied; en soulevant la pointe des pieds, il se produit une trépidation réflexe qui continue indéfiniment. La sensibilité est normale. L'enfant n'a aucun vertige.

Diagnostic : Pneumonie du sommet gauche en défervescence. Myélite infectieuse dorso-lombaire diffuse dans les faisceaux pyramidaux, ou myélite transverse partielle avec irritation descendante des faisceaux pyramidaux. »

Ajoutons qu'il n'y a pas eu de troubles trophiques, pas de troubles vésicaux ou rectaux, et que la trépidation réflexe a disparu complètement en même temps que la paralysie, environ 15 jours après l'entrée du malade à l'hôpital.

En présence d'un pareil tableau symptomatique, il me semble au moins téméraire de porter le diagnostic de myélite infectieuse. L'hypothèse d'astasie d'origine hystérique (1), bien plus vraisemblable et méritant en tout cas une discussion sérieuse, ne paraît même pas s'être présenté à l'esprit de M. Bernheim.

J'avoue qu'il m'a été impossible de dégager des deux ouvrages de M. Bernheim l'idée qu'il se fait au juste de l'hystérie, mais en tout cas les passages précités suffisent à établir que sa façon de concevoir l'hystérie diffère totalement de la nôtre.

Passons maintenant au deuxième terme de la relation, à l'hypnotisme. Vous avez vu en quoi consistent d'après nous les phénomènes hypnotiques. Voyons ce qu'on en pense à Nancy. Voici la définition qu'en donne M. Bernheim :

« Etat psychique particulier, susceptible d'être provoqué, qui met en activité ou exalte à des degrés divers la suggestibilité, c'est-à-dire l'aptitude à être influencée par une idée acceptée par le cerveau et à la réaliser. » (*Psychothérapie*, p. 76.)

« Cette conception nouvelle, que je propose de l'influence hypnotique, dit encore M. Bernheim, cette définition plus large attribuée au mot hypnose, permet de faire rentrer dans le même cadre de phénomènes toutes les pratiques diverses qui, agissant sur l'imagination,

(1) Voir : *Sur une affection caractérisée par de l'astasie et de l'abasie*, par Blocq, *Arch. de neurol.*, nos 43 et 44.

créent avec ou sans sommeil l'état psychique de suggestibilité exaltée. » (*De la suggestion*, p. 23.)

Cette définition est en effet extrêmement large, mais je ne vois pas comment elle peut permettre de distinguer l'état de veille de l'état hypnotique.

La suggestibilité serait « l'aptitude à être influencé par une idée acceptée par le cerveau et à la réaliser. » Mais à ce compte tout homme raisonnable est suggestionnable : à qui n'est-il arrivé de se laisser influencer par une idée émise devant lui et d'en tirer profit?

L'hypnose serait tout simplement un état dans lequel cette aptitude serait exaltée. L'état de veille ne se distinguerait donc de l'état hypnotique que par le degré de suggestibilité! Mais quelle est la ligne de démarcation?

L'exaltation de la suggestibilité est aussi pour nous un des caractères de l'hypnotisme, mais nous avons eu soin d'indiquer un criterium de cette exaltation.

Si l'on accepte la définition de M. Bernheim, l'hypnotisme peut être considéré à bon droit comme une propriété physiologique de l'homme, mais dans ce cas l'introduction de ce mot dans le vocabulaire médical n'a pas sa raison d'être. Il suffirait de dire que tout homme est susceptible de suivre les conseils qu'on lui donne et que les malades en particulier sont souvent disposés, fort heureusement pour eux, à ajouter foi aux paroles encourageantes du médecin, ce qui est vrai, mais n'est pas nouveau. Définir l'hypnotisme d'une façon aussi large ou plutôt aussi vague revient presque à contester l'existence de cet état psychique spécial.

Pour M. Bernheim le sommeil hypnotique ne diffère pas du sommeil naturel; d'après lui les phénomènes de suggestibilité qu'on observe dans l'hypnotisme peuvent être obtenus dans le sommeil naturel « lorsqu'on réussit « à se mettre en rapport avec une personne endormie sans « la réveiller ».

Fort bien, mais pour établir l'identité des deux sommeils il faudrait au moins démontrer que dans les deux cas il est aussi facile de se mettre en rapport avec le dormeur. Si au contraire, dans le sommeil naturel, ce résultat ne peut être obtenu qu'exceptionnellement, il me paraît plus logique de dire qu'on transforme alors le sommeil naturel en sommeil hypnotique.

Si M. Bernheim, en soutenant que l'hypnotisme est un état physiologique, voulait dire tout simplement que les propriétés hypnotiques existent peut-être en germe chez un grand nombre d'individus indemnes de toute tare névropathique, je ne protesterais pas contre cette opinion, car en définitive les phénomènes pathologiques ne sont bien souvent que l'exagération de phénomènes physiologiques. Mais est-ce là une raison pour soutenir que l'hypnotisme bien constitué n'est pas un état morbide?

Autant dire que la pathologie n'existe pas. Prétendra-t-on par exemple que l'onomatomanie n'est pas une maladie, parce qu'il arrive à tout homme normal de poursuivre avec entêtement et d'une façon presque impulsive la recherche d'un mot, d'un nom propre qui lui échappe, ou d'être obsédé temporairement par une mélodie?

Ainsi donc d'une part nos contradicteurs ont sur l'hypnotisme des notions inexactes et beaucoup trop étroites; d'autre part, ils élargissent arbitrairement les limites de l'hypnotisme en en donnant une définition qui manque de précision. Il est donc tout naturel qu'ils soient arrivés à se former sur les relations qui existent entre ces deux états une opinion toute différente de celle que nous avons formulée.

(*A suivre.*) J. Babinski (1).

Médecin des hôpitaux, ancien chef de clinique des maladies nerveuses à la Faculté.

(1) Leçon faite à la Salpêtrière le 23 juin 1891.

TRAVAUX ORIGINAUX

Note sur l'antisepsie de la phthisie pulmonaire par l'injection lente d'huile créosotée au quinzième, par le Dr Gimbert (de Cannes).

Depuis plus de cinq ans, nous appliquons au traitement de la phthisie pulmonaire et d'autres tuberculoses une méthode thérapeutique que nous pouvons considérer aujourd'hui comme très sérieuse. Nous inspirant des résultats que nous avions obtenus, avec le professeur Bouchard (1), en essayant de combattre les manifestations pulmonaires de la phthisie par l'administration de la créosote pure et des tentatives faites en 1875 par notre éminent confrère en vue d'injecter par la voie sous-cutanée des solutions concentrées de créosote, nous avons, dès l'année 1886, repris l'étude de cette question et, dans un mémoire publié en 1889 par la *Gazette hebdomadaire*, nous avions établi que l'huile d'olive, rapidement acide après son extraction, peut être neutralisée par des lavages à l'alcool absolu; qu'une température de 110° suffit à la stériliser; enfin que la solution huileuse au quinzième de créosote vraie respecte intégralement la structure et les fonctions du tissu sous-dermique et peut être absorbée en toutes proportions et à des doses très élevées si l'on a soin de la faire pénétrer avec lenteur.

Ces conclusions ont été généralement admises. Mais aujourd'hui, après avoir pratiqué plus de 3,000 injections d'huile créosotée au quinzième, en ayant soin de n'en faire pénétrer par heure que trente grammes, nous nous croyons autorisé à ajouter la conclusion suivante :

L'injection d'huile créosotée, employée suivant une méthode bien déterminée, peut dans un grand nombre de cas créer l'antisepsie de la tuberculose en évolution, c'est-à-dire détruire, supprimer les microbes variés et associés de la tuberculose et de la phthisie et leurs toxines et préparer des guérisons définitives ou apparentes.

C'est dans le but de mettre tous les médecins à même d'étudier sérieusement cette méthode clinique, que j'ai pensé devoir, avant de publier les nombreuses observations sur lesquelles elle s'appuie, indiquer avec quelques détails les effets physiologiques, thérapeutiques et cliniques des injections lentes d'huile créosotée.

Procédé opératoire et préparations. — Je ne reviendrai pas sur la technique opératoire décrite en 1889 dans la *Gazette hebdomadaire* et adoptée, avec de légères modifications, par la plupart des observateurs. Je continue à me servir de l'appareil que j'ai décrit dans mon deuxième mémoire, en le modifiant suivant les circonstances, mais j'insiste sur la nécessité de le bien stériliser avec une solution alcoolique de naphthol au centième. Je recommanderai aussi expressément de se servir de créosote *pure*, c'est-à-dire de créosote distillée entre 200 et 212 degrés, présentant une densité de 1080 et débarrassée de l'acide phénique qu'elle contient. Cette créosote n'est pas indigeste; elle ne présente pas l'action irritante de la créosote du commerce; son goût est moins désagréable. Ses effets sont très réguliers.

Enfin j'insiste plus que jamais sur la nécessité de préférer à tout autre véhicule l'huile d'olive neutralisée et stérilisée, qui donne toute sécurité au point de vue des inflammations locales et permet d'injecter, sans accidents, des doses relativement très élevées de créosote.

L'huile, en effet, est absorbée en toute proportion par le tissu cellulaire; elle n'est pas plus dangereuse à dose élevée que toute autre solution stérilisée. Si elle n'est point un antiseptique de la tuberculose, ainsi que l'a dé-

(1) *Gazette hebdomadaire*, 1877, p. 486 et suiv.

montré M. Charrin (1), elle est un bon combustible et un aliment plastique.

Physiologie. — Si l'on administre à un sujet sain 2 ou 3 grammes de créosote dissoute dans de l'huile stérilisée, on détermine un abaissement léger et éphémère de la température. Elle ralentit le pouls et la respiration. Elle excite le système nerveux, et provoque l'appétit. Elle s'élimine rapidement et en masse par les voies respiratoires, moins par le rein et par la peau. Durant son passage à travers ces organes, elle ne cause aucune irritation.

La rapidité avec laquelle, durant l'injection, se perçoivent le goût et l'odeur du médicament injecté fait prévoir l'intensité de son action sur l'appareil respiratoire. Il est probable que cette action s'exerce aussi sur les reins et même sur la peau.

La créosote a un pouvoir antiseptique indiscutable. M. Bouchard a établi que six centigrammes de créosote en dissolution suffisaient pour stériliser un litre de bouillon; qu'il en faudrait dès lors 3 gram. 60 dans le sang d'un homme du poids de 60 kilos pour stériliser son milieu intérieur. Or comme l'on peut injecter impunément chez l'homme sain des doses de 5 à 15 grammes de créosote, nous sommes autorisé à affirmer qu'il est très souvent possible d'arriver aux doses vraiment et définitivement antiseptiques.

Effets thérapeutiques. — Quand on injecte 2 à 3 grammes de créosote à un malade, on provoque presque toujours une sensation vive de chaleur, la face se colore, la température du sang s'élève pendant quelques minutes, puis le front, la face, le corps se couvrent de sueur et aussitôt après le pouls, la respiration se ralentissent et la température baisse. Après un temps variable tous ces troubles se calment, l'appétit s'éveille, une nuit très calme succède à une agitation légère, le malade éprouve un grand bien-être. Parfois dans les cas apyrétiques, le plus souvent dans les cas fébriles, il arrive que six heures après l'injection le malade éprouve une sensation de froid pouvant aller jusqu'au frisson et suivie d'un véritable accès de fièvre.

En résumant nos observations cliniques, nous pouvons diviser en trois phases l'évolution thérapeutique des phénomènes provoqués par l'injection d'huile créosotée. La première phase, dite *de réfrigération*, est caractérisée par une chute de la température, des sueurs et un ralentissement du pouls et de la respiration. La seconde, dite d'*équilibre*, correspondant au retour de la température à la normale; la troisième dite *de réaction* est provoquée par des modifications passagères du tissu pulmonaire et des élévations de température qui, dès qu'elles dépassent un degré, acquièrent une importance et une signification sur lesquelles il convient d'insister.

Phase de réfrigération. — Les abaissements de température commencent aussitôt après l'injection; ils peuvent être insignifiants ou considérables à volonté, car ils dépendent surtout de la dose injectée et du plus ou moins de résistance des malades. Toutes choses égales d'ailleurs, ils seront négligeables chez les sujets robustes, mais ils pourront être trop vifs chez des sujets faibles. La réfrigération n'est pas spéciale à l'injection, elle a été signalée en 1877 (2), par Bouchard et Gimbert dans la fièvre typhoïde, la pneumonie traitées par la voie stomacale. Elle n'est pas spéciale aux tuberculeux, Legroux l'ayant déterminée par l'injection dans la diphthérie. Elle doit donc être considérée comme une propriété spéciale de la créosote. L'injection lui donne plus de netteté, plus d'intensité.

La créosote est donc un antithermique. On a prétendu que l'injection en faisait un pyrétogène. C'est là une erreur. L'injection dans la tuberculose diminue la fièvre et lorsque, sous son influence, naît un accès, c'est qu'il est le résultat d'une réaction thérapeutique. Si la dose a été trop élevée d'emblée ou si le sujet est peu résistant, cette action antithermique peut dépasser la mesure; alors surviennent le ralentissement et la dépression du pouls, la diaphorèse et même une tendance à la lipothymie. Mais le plus souvent, le ralentissement de la respiration persiste, et, l'accoutumance s'établissant assez rapidement, le ralentissement du pouls, l'abaissement de la température et, les sueurs disparaissent. L'on arrive ainsi à pouvoir augmenter les doses du médicament et à constater que la respiration devient progressivement plus ample et plus régulière. Parfois cependant, l'accoutumance tarde à s'établir, les réactions sont fréquentes ou enfin, ce que l'on constate dans les cas graves, l'inaccoutumance est définitive. Dans ces cas exceptionnels, on n'a rien à espérer des injections et la maladie suit un cours fatal qu'aucune médication ne parvient à enrayer.

Phase d'équilibre ou silencieuse de l'injection. — Cette phase suit immédiatement la précédente. Elle coïncide avec l'état d'apyrexie; du malade elle peut être indéfinie ou intermédiaire à la phase de réfrigération, à la phase de réaction morbide ou de réaction thérapeutique.

La phase d'équilibre est caractérisée par la disparition des accidents de réfrigération, par le relèvement et l'état stationnaire des températures qui ne sont autres que des températures apyrétiques, par un état de calme, de bien-être marqué. C'est dans cette période que se manifeste le retour de l'appétit, du sommeil, et par conséquent des forces.

Réaction. — La réaction, qu'il ne faut pas confondre avec la fièvre tuberculeuse, est un phénomène thérapeutique provoqué par la créosote. Elle se présente souvent pendant l'évolution thérapeutique, elle est un effet de la créosote, quel que soit son mode d'absorption. Elle est explicitement décrite en 1877, alors que nous prescrivons la créosote par la voie gastrique, à la page 14 de notre mémoire.

Cette réaction est caractérisée par une fluxion plus ou moins vive, fébrile qui se fait dans les régions tuberculisées; elle en précise les limites. On constate, en effet, dès qu'elle se manifeste, des douleurs thoraciques, des râles bullaires variés, l'expectoration augmente, devient mousseuse, blanchâtre, puis jaunâtre, pour diminuer ensuite; la fièvre dure quelques heures, une journée au plus, puis elle s'éteint.

Après la crise, le poumon est moins encombré qu'au début du traitement. Les températures sont plus basses qu'auparavant, l'appétit est stimulé et le sommeil devient meilleur.

La réaction n'est donc point une poussée tuberculeuse; c'est une fluxion vitale fébrile que nous pourrions comparer à celle que fait naître un collyre antiseptique dans la conjonctivite purulente; elle en présente les symptômes et l'évolution et en aura donc les avantages. Sous son influence, en effet, se produit une diapédèse rapide, abondante de leucocytes, de cellules épithéliales, de noyaux embryonnaires et des liquides normaux qui imprègnent

(1) Pour arrêter avec l'huile neutralisée aseptique des cultures de staphylococcus aureus en plein développement M. Charrin a dû ajouter au milieu 50 0/0 de ce liquide, preuve évidente qu'il n'avait aucune propriété microbicide.

(2) Note sur l'emploi de la créosote vraie, dans le traitement de la phthisie pulmonaire. Ch. Bouchard et Gimbert (de Cannes). *Gazette hebdomadaire*, 1877.

et baignent les portions malades et où les bacilles et les ferments solubles se détruisent rapidement. Il en résulte une élimination des portions malades et un nettoyage des surfaces infectées.

La réaction contribue donc à éteindre progressivement le processus tuberculeux, mais il importe qu'elle soit toujours modérée; il est d'ailleurs possible de la réduire à son minimum et cependant d'atteindre le but que nous nous proposons, nous voulons dire l'antisepsie pulmonaire.

La réaction ne naît jamais brutalement lorsqu'on procède avec prudence et que le malade sait se soigner. Dans les formes apyrétiques, elle est annoncée par des élévations progressives et silencieuses de la température que l'on ne peut apprécier que sur des tracés. Dans les formes fébriles, une surlévation de température d'un degré au-dessus des maxima habituels en signale l'imminence. Dans les évolutions tuberculeuses de moyenne intensité, la première réaction sérieuse doit se manifester pendant les quinze premières injections. Dans une médication bien conduite, elle sera des plus nettes et ne dépassera jamais 39° pour des formes apyrétiques ou ne dépassant pas 38°; ou 40° lorsqu'il s'agit des formes fébriles dans lesquelles la température du soir oscille entre 39° et 39°,5. D'autres réactions peuvent suivre cette première poussée; mais elles ne devront jamais égaler celle-ci en durée et en intensité, elles devront s'éloigner au contraire de plus en plus les unes des autres en s'affaiblissant, et enfin disparaître radicalement à un moment donné. C'est alors que l'on sera certain de voir le processus tuberculeux s'arrêter peu à peu dans son évolution. La réaction est donc comme le fil conducteur de toute bonne médication antituberculeuse.

Voyons donc comment il convient de procéder en suivant les indications qu'elle nous fournit. Pour arriver à un résultat favorable ,c'est-à dire pour supprimer ou modérer les réactions, il faut connaître la résistance du sujet, son poids, ses forces, l'étendue des lésions, la marche de la maladie et surtout les évolutions de la température que l'on enregistrera toutes les deux, quatre ou douze heures, suivant que la maladie sera aiguë, subaiguë, apyrétique. Instruit par l'observation des caractères de la réaction, de son évolution future très probable, connaissant d'avance les rapports de ce phénomène avec la dose du liquide injecté le jour ou les jours précédents, sachant d'autre part qu'il faut conduire l'injection de manière à arriver à l'accoutumance du sujet et à la tolérance, on recherchera la dose thérapeutique qui convient à la situation actuelle, quelques tâtonnements suffiront à la trouver. Dès lors on tiendra le plus grand compte des oscillations nouvelles de la température et l'on augmentera ou diminuera les doses, on éloignera ou rapprochera les injections, suivant qu'il se produira des écarts plus ou moins grands entre les températures naturelles et les températures provoquées; enfin on aura soin au début de faire deux injections éloignées de deux ou trois jours ou des injections faibles tous les jours. Nous avons parfois procédé autrement, mais ce n'est pas une bonne pratique. S'il survient une réaction de quelque importance on retardera l'injection, on recommencera avec des doses plus faibles que les dernières employées pour tâter la sensibilité du poumon. On ne les augmentera que si la tolérance s'établit.

En agissant ainsi et en renouvelant à propos les injections qui pourront être, suivant les cas, quotidiennes, biquotidiennes, tri ou bihedomadaires, matinales, vespérales ou nocturnes, suivant les cas et les expériences, on pourra arriver, aussi bien dans les formes fébriles moyennes que dans les formes apyrétiques, à éteindre actuellement le processus morbide menaçant et à organiser une antisepsie profonde, durable, sclérogène du poumon. Parfois on arrive à ce résultat en quelques semaines. D'autres fois il faut six mois à un an pour l'obtenir. Le nombre des injections varie entre quinze et deux cents. Leur dosage oscillera entre 0 gr. 50 au début et 2 à 4 gr. à la fin; la quantité totale de créosote absorbée pendant le traitement, entre 50 et 250 grammes.

Quelle qu'ait été la durée du traitement, la guérison apparente ou durable se caractérise par les symptômes suivants:

Les sueurs nocturnes ont disparu de bonne heure, le plus souvent après une dizaine d'injections. La toux a diminué, et l'expectoration est supprimée ou insignifiante, elle est devenue d'apparence catarrhale, et dans un grand nombre de cas on y cherche en vain les bacilles qui existaient au début du traitement. Les hémoptysies se sont arrêtées; elles sont même indéfiniment ajournées. Le poids augmente rapidement tout d'abord, l'appétit est devenu excellent, le sommeil régulier, les forces sont augmentées, la satisfaction morale très grande. Nous avons vu des malades engraisser alors de 4, 6, 10 kilogrammes dans un mois, puis il y a ralentissement et arrêt dans la progression; d'autres fois il y a tout d'abord amaigrissement, ce qui n'est pas de très bon augure, puis, la progression ascendante s'établit; il y a des malades qui n'augmentent pas malgré l'amélioration des symptômes pulmonaires. Cela se voit chez les dégénérés ou les abdominaux, mais dans tous les cas heureux l'augmentation de poids oscille entre 3 et 10 kilos.

Un phénomène non moins important à constater est la disparition de la fièvre. L'injection peut atténuer la fièvre du phthisique par son action antithermique qui n'a qu'une valeur relative analogue à celle de l'antipyrine, mais elle peut l'éteindre par son action antiseptique.

Les fièvres modérées et intermittentes ne dépassant pas 38°, disparaissent avec une grande rapidité. Les fièvres intermittentes persistantes simples de 38°, 38° 1/2, sont, en général, plus rebelles.

Les fièvres tuberculeuses établies de 39 à 40° nous ont paru absolument réfractaires au traitement. Par contre les poussées fébriles aiguës, même de 40°, dues à une crise pulmonaire ou pleuro-pulmonaire récente, peuvent être rapidement éteintes par l'injection.

Transformations des lésions. — On sait que les tubercules évoluent au milieu d'une gangue spléno-pneumonique décrite par Grancher et formée de débris de cellules épithéliales, de noyaux embryonnaires, de tissu de formation récente et fragile.

L'injection en détermine la résolution rapide. On peut la suivre à l'œil nu dans la laryngite infectieuse qui précède ou suit la phthisie pulmonaire; on peut la percevoir par l'oreille dans l'obstruction hémorrhagique qui suit l'hémoptysie; dans certaines pleurésies on peut en mesurer la rapidité et l'importance par la percussion, la palpation et l'auscultation. On constate, en effet, un retour plus ou moins rapide du murmure vésiculaire, qui reprend en grande partie ses caractères normaux. La sonorité, les vibrations reparaissent et après des cures prolongées on a parfois de la peine à retrouver des traces de la lésion primitive. Quelquefois même, les observations que je publierai avec détails en sont la preuve, la résolution des lésions pleuro-pulmonaires se fait avec une extrême rapidité.

Elimination. — La résolution est accompagnée d'élimination; on perçoit nettement ce phénomène à la surface des cavernes ou momentanément les râles de ramollissement augmentent par poussées successives, et le plus souvent apyrétiques; celles-ci sont suivies d'expectorations variables, puis à un moment donné, ces

poussées s'éteignent, la caverne se dessèche, elle se cicatrise et disparaît, alors même qu'elle avait préalablement la dimension d'un œuf de pigeon. En face d'elle se trouve une rétraction apparente du thorax. Ces deux effets combinés amènent une désinfection des tissus malades et y ramenait la vie; cela est si vrai que nous avons des observations dans lesquelles les éliminations ont été énormes et la désinfection si certaine que la santé générale s'est améliorée malgré la régression destructive et que nous avons vu la menstruation s'établir sur une jeune fille dont le poumon était aux trois quarts détruit. Quoi qu'il en soit, il résulte de ce travail une détersion des plaies ayant comme conséquence indirecte une génération spontanée d'éléments fibreux et un état scléreux des tissus qui les rend inaptes à une infection nouvelle. Déjà en 1877 nous avions signalé ces résultats. L'injection créosotée les rend plus rapides et plus sûrs.

En somme l'injection est un antithermique, un fébrifuge pathogénique, un stimulant puissant du système nerveux et de la nutrition, un hémostatique pulmonaire, un désinfectant direct de l'organe et indirect de l'économie, un résolutif des localisations, directement et indirectement agent sclérogène des tissus péri-tuberculeux.

Résultats cliniques. — Pour éviter toute discussion au sujet du diagnostic et ne faire entrer dans notre statistique que des cas avérés de phthisie pulmonaire, nous ne parlerons ici que des malades dont les lésions physiques (2e et 3e degré) étaient indéniables, et la bacillose constatée, soit qu'ils aient présenté en même temps que les signes stéthoscopiques du poumon des laryngites, des pleurites ou d'autres manifestations tuberculeuses.

Dans une première catégorie de faits simples constituée par des malades encore vigoureux présentant des lésions exclusivement pulmonaires limitées à un ou deux sommets, discrètes, peu secrétantes bien que bacillaires, et un état de fièvre très modéré, l'injection détermine l'arrêt rapide et complet de l'évolution tuberculeuse, il se produit quelques réactions légères, un maximum de 38° à 39° 1/2 et tous les symptômes locaux et généraux disparaissent. On peut impunément injecter des doses élevées de 3 à 4 grammes, l'équilibre et la santé reviennent dans le plus grand nombre de cas. Toutes choses égales d'ailleurs, 25 à 50 injections d'un à deux grammes de créosote suffiront pour arriver à ce résultat. Dans les cas récents, deux mois de traitement suffisent. Il faudra quatre mois, six mois pour les cas anciens. C'est dans cette période que l'injection est toute-puissante. — Sur 15 malades ayant suivi cette méthode d'injection, nous avons eu quinze arrêts d'évolution, deux rechutes après trois ans de guérison apparente. Tous ou presque tous les phthisiques la traversent. Si donc on dirigeait systématiquement contre elle l'injection, on pourrait dans le plus grand nombre des cas en arrêter l'évolution.

Dans la 2e catégorie, les malades atteints au deuxième degré présentent déjà des infiltrations étendues qui commencent à se ramollir, qui sont le siège de congestions fréquentes, de poussées inflammatoires disséminées. Les lésions amènent des sécrétions purulentes abondantes, des hémoptysies plus ou moins fréquentes, de l'oppression, des troubles gastriques, des sueurs nocturnes, de l'insomnie, une fièvre oscillant entre 38, 39 et 40°, de l'affaiblissement et de la maigreur.

L'injection peut mettre un frein à ces désordres; elle arrête l'hémoptysie pour le présent et l'avenir, supprime l'expectoration, anéantit la fièvre quand elle oscille entre 38 et 38° 1/2, et transforme les lésions, réveille à ce point la nutrition que le malade peut gagner jusqu'à 13 kilos de poids en six mois.

Mais ici la médication est déjà plus longue, le poumon sera plus sensible, l'antisepsie plus difficile, il faudra être très circonspect au début, néanmoins avec 60 et 150 injections et 100 à 300 grammes de créosote on arrivera au but.

Notre troisième catégorie comprend des malades présentant des lésions caverneuses uni-bilatérales avancées, apyrétiques ou moyennement fébriles et un état de santé générale très convenable. Ces malades peuvent encore, dans ces cas, guérir par l'injection. Deux d'entre eux, dont je reproduirai l'observation détaillée, ont été antiseptisés par l'injection. Le premier, présentant des cavernes des deux sommets en évolution subaiguë, a été guéri après 205 injections et 361 grammes de créosote. C'est mon premier injecté, sa guérison date de 1887. Le deuxième a été antiseptisé avec 108 injections, 143 gr. de créosote, il portait une caverne grosse comme un œuf de pigeon sous la clavicule droite avec infiltration péricaverneuse; sa guérison est plus récente; tous deux ont gagné 10 kilos en moyenne. Quoi qu'il en soit, les guérisons à cette période laissent le malade très fragile, contrairement à ce qui se passe dans le premier et le deuxième degré.

Pour ce qui est des malades cachectiques à fièvre hectique, l'injection perd sa grande puissance : elle pourra relever un instant l'ensemble général, elle pourra modifier, dessécher momentanément les lésions, mais les illusions seront éphémères.

La pleurésie tuberculeuse simple avec ou sans épanchements est un des accidents que l'injection modifie avec une rapidité surprenante.

Les congestions qui s'ajoutent à la pleurésie chronique et aux lames pulmonaires avoisinantes, les pleurésies sèches qui forment des îlots à la surface des poumons tuberculisés, les pleurésies aiguës avec épanchement sont rapidement améliorées, transformées par l'injection. En huit jours parfois, le plus souvent en quatre semaines avec dix, vingt, trente injections d'un à deux grammes, on voit des localisations de ce genre disparaître. Six observations bien nettes et des plus sérieuses sont à cet égard démonstratives. La laryngite infectieuse qui accompagne la phthisie est elle-même transformée avec quinze ou vingt injections de un à deux grammes; enfin, l'injection peut atteindre d'autres tuberculoses sur lesquelles il serait trop long de s'étendre.

Conclusions

1. Dans un grand nombre de cas, l'antisepsie de la phthisie tuberculeuse du poumon créée par les bacilles spécifiques, les microbes de la pyoémie, de la septicémie et autres agents infectieux ou par leurs toxines est réalisable par l'injection lente d'huile créosotée appliquée suivant la méthode que nous venons de décrire

2. Le signe de ce résultat est la tolérance des tissus malades pour les doses élevées de créosote, tolérance que les tissus sains présentent exclusivement.

3. Son gage est l'arrêt de l'évolution morbide localisée, la suppression de l'auto-infection interstitielle, le retour de l'embonpoint et de la vigueur.

4. L'antisepsie peut être réalisée par 30 à 200 injections contenant 30 centigrammes et 4 grammes de créosote maximum suivant les âges et la qualité des sujets.

5. L'antisepsie n'est point la guérison, elle en est la préface; elle n'est vraie et définitive que lorsque du tissu scléreux remplace les tissus malades.

6. La vie, la nutrition pouvant seules faire de la génération cicatricielle, il en résulte que l'injection qui a une influence provocatrice mais non spécifique sur la guérison définitive doit être pratiquée longtemps d'après les indications fournies par la santé.

7. Le traitement peut durer dès lors six mois, un an et même davantage.

8. La guérison n'étant pas établie par la suppression des symptômes, il en résulte que nous ne pouvons considérer comme définitives que celles qui auront duré huit et dix ans.

9. Cette antisepsie pulmonaire, toutes choses égales d'ailleurs, est très facile à réaliser avec la créosote lorsque la maladie est limitée et la santé générale conservée; on l'obtiendra facilement dans le premier degré de la tuberculose pulmonaire et dans le deuxième degré simple; elle sera très réalisable encore dans le second degré plus avancé et moyennement fébrile; elle sera parfois possible dans le troisième degré lorsque les lésions caverneuses seront localisées, entourées de tissu sain ou presque sain et que la santé générale sera encore relativement bonne; elle deviendra très puissante dans certaines formes de pleurésies tuberculeuses ou de laryngite de même nature, enfin sera tout à fait illusoire dans la cachexie.

Les conclusions de ce travail sont comparables à celles qu'en 1877 nous avions formulées avec le professeur Bouchard.

La méthode nouvelle a sur la précédente l'avantage de respecter, voire même de stimuler particulièrement les fonctions gastriques et de permettre ainsi l'absorption de doses vraiment et rapidement antiseptiques. Nous l'avons rendue précise, pratique, gouvernable, aussi sûre que possible. Nous avons précisé ses indications. Quelles que soient donc l'importance et la valeur des traitements divers que l'on indique chaque jour en vue de combattre les lésions tuberculeuses, nous avons cru devoir rappeler celui qui, depuis de longues années déjà, nous a paru le plus efficace.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Dégénération diphthéritique des nerfs (Zur Genese der diphterischen Nervendegeneration), par Moos (*Archiv. de Virchow*, 1891, t. CXXIV, f. 3, p. 546). — On peut diviser en deux groupes les altérations dont dépendent les paralysies diphthéritiques. Dans le premier les altérations portent sur le système vasculaire, dans le second sur les nerfs. Les principales lésions des vaisseaux sont la thrombo-artérite, la phlébite, les hémorrhagies. Les altérations nerveuses sont surtout dégénératives. On a décrit des hémorrhagies dans les ganglions intervertébraux, la moelle, la protubérance, le bulbe, et même dans le cerveau. Mais il s'agit le plus souvent de névrite parenchymateuse des nerfs périphériques. Les deux ordres de lésions peuvent coexister. L'auteur a pu constater dans plusieurs cas la présence de micro-organismes, non seulement dans le périnèvre, mais encore dans les faisceaux nerveux. Les paralysies peuvent être attribuées soit aux organismes spécifiques, soit à des infections secondaires réalisées par les streptocoques. On doit aussi attribuer une part dans leur pathogénie aux toxalbumines sécrétées par les microbes.

Bégaiement (Zur Pathogenese des Stotterns), par Denhardt (*Deutsche medizinal Zeitung*, 18 juin 1891, n° 49, p. 567). — L'auteur affirme à nouveau, aussi qu'il l'a fait dans un traité antérieur, que le bégaiement n'a pas sa raison d'être dans une altération des parties qui servent à l'émission de la voix, mais qu'il est constitué par une affection centrale, un trouble nerveux, une psychose. Au reste, toutes les interventions chirurgicales tentées pour obvier à des vices du conduit naso-pharyngé n'ont jamais abouti à des résultats; de plus les bègues sont très rares (2 0/0) parmi les sujets atteints de troubles de ces parties, et en particulier de tumeurs adénoïdes du pharynx. Il n'a pas observé, et ne croit pas à l'action efficace et surtout durable du traitement du bégaiement par l'hypnotisme, dont on a parlé récemment.

Mélancolie (Simple melancholia and its treatment), par A. B. Richardson (*Medical News*, 20 juin 1891, n° 25, p. 68), — La mélancolie est une forme simple de trouble mental dont le principal symptôme est un désordre de la conscience qui est diminuée d'intensité. Le malade ne s'intéresse plus à ses affaires, ni à ses parents, et ne paraît plus occupé que de ses sensations subjectives. La mélancolie revêt des formes différentes selon les variétés individuelles. Les causes de ces variations sont les suivantes : influences diverses de la structure cérébrale sur le tempérament individuel, extension du processus morbide, immixtion variable de ces différentes parties sur la structure du cerveau. La mélancolie simple est peu éloignée de la dépression simple. Le traitement est complexe : l'isolement, le changement de climat, d'une part, la régularisation de la nutrition d'autre part, enfin divers médicaments, strychnine, arsenic, phosphore.

Sur un cas d'hystérie simulatrice du syndrome de Weber, par Charcot (*Archives de neurologie*, 1891, n° 63, p. 321). — Le professeur propose de désigner sous le nom de « syndrome de Weber » une variété d'hémiplégie alterne, décrite par ce médecin allemand, et caractérisée par une paralysie des muscles desservis par le nerf moteur oculaire commun d'un côté, et des membres du côté opposé. Ce syndrome correspond à une lésion de la partie inférieure et interne du pédoncule cérébral, et M. Charcot l'oppose au « syndrome de Millard-Gubler », caractérisé par la paralysie faciale d'un côté avec paralysie des membres du côté opposé, se rapportant celle-ci à une lésion de la partie inférieure de la protubérance. Or, la jeune fille qui fait l'objet de la leçon présente une hémiplégie droite sans participation de la face datant de 4 ans, et une chute de la paupière gauche datant de 2 ans. On pourrait penser au syndrome de Weber vrai ; il ne s'agit toutefois que d'une apparence réalisée par l'hystérie. Outre que la malade offre des stigmates—attaques avortées, zones hystérogènes, rétrécissement du champ visuel, hémianesthésies— de la névrose, son ptosis résulte, non d'une paralysie, mais d'un spasme. Le signe diagnostique qui permet de distinguer l'un de l'autre ces deux facteurs du ptosis est que, dans le ptosis par spasme, le sourcil est abaissé, tandis que dans le ptosis par paralysie il est relevé. L'hémiplégie a, elle aussi, les caractères de l'hémiplégie hystérique.

Traumatismes de la moelle cervicale (Clinical and pathological observations on cases of injury of the cervical spinal cord), par Herther (*The journal of nervous and mental diseases*, juin 1891, n° 6, p. 317). — L'auteur rapporte cinq observations : la première concerne un homme de 30 ans qui, à suite d'une chute, eut de la douleur avec crépitation dans la la région cervicale. Le phénomène le plus remarquable qu'il présenta fut une anesthésie remontant jusque près des clavicules, et n'exceptant que la tête, les épaules et la région antéro-externe des membres supérieurs. Paraplégie complète avec perte des réflexes tendineux et cutanés, incontinence d'urine et de fèces. Il existait aussi du priapisme, que déterminait la plus légère excitation de la peau des parties. L'autopsie montra une fracture de la lame de la sixième vertèbre. La moelle présente encore son apparence habituelle, mais est contuse à ce niveau et encombrée de débris de masses granuleuses, et parsemée de petites hémorrhagies. Le 2e cas est analogue comme distribution de l'anesthésie au précédent, et on y constate aussi une luxation de la 6e vertèbre cervicale. Le 3e cas a trait à une fracture de la 5e cervicale : il fut trépané et mourut. Le 4e cas est celui d'un homme âgé de 35 ans qui tomba d'un cinquième étage, se fracturant les vertèbres cervicales : paralysie et anesthésie complète du tronc, des membres, des sphincters; le cas se compliqua de péritonite : l'opération fut suivie de mort. Dans le 5e cas, il s'agit d'un homme de 67 ans, qui, à la suite d'un choc, a des douleurs à la pression dans la région des 5e, 6e et 7e vertèbres cervicales. Il offre une paralysie partielle du membre supérieur gauche, une analgésie du tronc à gauche, et de la moitié interne du membre du même côté. Ultérieurement les muscles fléchisseurs s'atrophièrent. L'auteur insiste sur la topographie spéciale de l'anesthésie en tous ces cas, sur l'enseignement qu'on en peut également tirer quant aux localisations motrices dans la moelle cervicale. Il remarque enfin la valeur pronostique grave de la perte des réflexes qui indique non une compression seule, mais une altération de la moelle, qui contre-indique jusqu'à un certain point l'intervention.

MÉDECINE

Ictère fébrile (Zur Kenntniss des fieberhaften Icterus), par Karlinski (*Fort. der Medicin*, n° 11, p. 456, juin 1891). — L'auteur a eu l'occasion d'exprimer déjà son opinion sur une forme d'ictère aigu avec fièvre récurrente, où l'examen

du sang lui avait montré une espèce de micro-organisme très voisin de la spirille d'Obermaier.

Ce nouveau travail repose sur l'étude de 15 autres cas où l'allure récurrente de la fièvre était également des plus manifestes, ainsi qu'on en peut juger par les graphiques annexés à la description. Ces nouvelles recherches confirment et complètent les observations antérieures. Dans la plupart des cas, l'auteur a retrouvé dans le sang la vraie spirille d'Obermaier et a pu en colorer les flagella un petit nombre de fois. Dans un certain nombre de faits, l'auteur semble s'être trouvé en présence d'un typhus récurrent dégradé dans lequel, par suite de modifications post-malariques du liquide sanguin, les spirilles étaient plus courtes, moins mobiles et d'une viabilité plus limitée.

Lésions osseuses dans les affections cardio-pulmonaires chroniques (Knochenveränderungen bei chronischen Lungen-Herzkrankheiten), par Bamberger (*Zeit. f. klin. Med.*, t. XVIII, hft. 3 et 4, p. 194, 1890). — Cet ensemble de manifestations mordides a trouvé chez nous sa synthèse récente dans l'étude de l'ostéo-arthropathie pneumique. L'auteur a eu l'un des premiers le mérite d'attirer l'attention sur certaines lésions occupant les os longs et faisant partie de ce cycle pathologique. C'est sur le fémur, le tibia, le cubitus et plus spécialement sur la partie juxta-articulaire que ces changements se produisaient. Ils se caractérisaient par une ostéo-périostite modérément développée, à laquelle pouvait s'ajouter de l'ostéite spongieuse profonde. Un gonflement parfois nettement appréciable, plus souvent des douleurs spontanées ou réveillées par la pression, traduisaient ces lésions.

C'est dans le cours de la dilatation des bronches que pareilles déterminations étaient observées de préférence : dans un cas, leur apparition coïncidait avec le développement de la fétidité des crachats.

Le mécanisme pathogénique a été diversement interprété. Pour les uns, il s'agit d'une irritation par les toxines circulantes. Pour d'autres, la stase sanguine joue le plus grand rôle. En fait, les affections cardiaques n'engendrent guère un pareil processus qu'au moment où la circulation est mécaniquement troublée, avec ou sans intervention de troubles du fonctionnement pulmonaire.

Langue scarlatineuse (Scharlachzunge), par Neumann (*Deut. Arch. f. kl. Med.*, t. XLVII, part. 3 et 4, p. 379, janvier 1891) — L'auteur confirmant ou complétant les descriptions des classiques, en particulier de Thomas, Bohn, Neidhart, Baginski, Henoch, Fürbringer, etc., etc., divise en trois périodes l'évolution de la langue scarlatineuse.

Dans une première période se produisent le gonflement de toute la muqueuse et un trouble de l'épithélium. La langue paraît couverte, non pas cependant d'une manière uniforme, car il se dessine des fentes antéro-postérieures séparées par des sortes de plis où le gonflement de l'épithélium est plus marqué.

Le deuxième stade, de desquamation, est celui qui donne à la langue son aspect framboisé. Il se caractérise du 3e au 5e jour. C'est d'abord au niveau des papilles fongiformes que se fait l'exfoliation en petits cercles; puis la langue se dépouille complètement. Parfois la muqueuse se fissure, et s'amincit même au point de laisser voir nettement les faisceaux musculaires.

Avec la dernière phase se fait la restauration de l'épithélium, surtout à la région dorsale. Parfois le but est dépassé, et la langue paraît un instant couverte de nouveau.

Les susceptibilités individuelles, la forme de la scarlatine, l'intervention des complications peuvent faire varier cette évolution. En tout cas, il n'y a aucun rapport régulier avec l'intensité des phénomènes cutanés. On peut observer certains faits anormaux, l'extension à la langue de la miliaire, des lésions aphtheuses, pustuleuses, gangréneuses, diphthériques (Henoch). L'auteur croit que la langue scarlatineuse, tout en constituant un type assez spécial, ne peut être tenue pour absolument caractéristique.

CHIRURGIE

Autoplastie des lèvres et du menton (Ueber plastischen Ersatz bei Defect der Unterlippe und der Kinnhaut), par E. Samter (*Arch. f. klin. Chir.*, 1891, t. XLI, p. 842). — Dans un cas d'ablation d'un cancer étendu de la lèvre inférieure ayant envahi la gencive inférieure et le périoste, Samter réséqua toutes les parties malades et combla la perte de substance par un lambeau qui, pris au cou, fut fixé au maxillaire par une pointe métallique enfoncée dans l'os sur une profondeur de 5 millimètres. Ce procédé lui a permis de parer à la rétraction du lambeau et à l'infection, et aux troubles de nutrition de l'os dépourvu de son périoste.

Samter croit que ce procédé pourra être utilisé dans tous les cas de perte de substance consécutifs à un cancer ou à un traumatisme.

Esquilles osseuses intra-articulaires consécutives aux traumatismes légers des articulations (Ueber das Aussprengen von Knochenstücken aus den Gelenkenden durch leichte Gewalteinwirkungen), par Riedel (*Centralb. f. Chir.*, 1891, n° 12, p. 225). — On admet généralement que les fragments osseux qu'on trouve comme corps étrangers dans les articulations ne surviennent dans les cas de traumatismes légers que secondairement, par le fait d'une ostéo-chondrite ultérieure. Cette opinion est basée sur l'expérimentation où il faut appliquer une certaine force pour provoquer sur les cadavres la formation d'un tel corps étranger, et sur l'observation clinique, qui montre que ces malades ne se présentent avec leur corps étranger qu'un ou deux mois après l'accident.

Pourtant certaines observations montrent que ces esquilles osseuses ont été trouvées peu de temps après l'accident, au bout de 24 heures dans les cas de Poulsen, au bout de 8 jours dans celui de Schüssler, au bout de 17 jours chez le malade de Teale.

Aux deux observations analogues rapportées déjà par lui, l'auteur vient en ajouter une troisième.

Il s'agit d'une jeune fille de 15 ans qui, surprise au moment où elle se levait de table, fit un demi-tour sur elle-même, ressentit aussitôt une douleur violente dans le genou gauche. Un médecin qui a vu la malade 6 heures après l'accident, a trouvé un exsudat articulaire, et au niveau du côté externe de la rotule, un petit corps mobile, dur, aplati, des dimensions d'un noyau de prune, très douloureux au toucher. Le lendemain, le corps étranger vient se placer entre le ligament rotulien et le ligament interne du genou. On le fixa tant bien que mal et on institua un traitement contre l'arthrite. Quinze jours après l'accident, on fit l'arthrotomie et on retira le corps étranger, mesurant 2 cm. de longueur et autant de largeur, sur 0,5 centim. d'épaisseur et composé presque entièrement de tissu cartilagineux normal, avec un peu de tissu osseux. Pendant l'opération on a constaté l'existence d'une perte de substance semblable sur la surface articulaire de la rotule.

L'action du sublimé sur le staphylococcus pyogenes aureus (Corrosive sublimat as a disinfectant against the staphylococcus pyogenes aureus), par Abbott (*John Hopkins Hospital Bulletin*, avril 1891, p. 51). — L'auteur tire de ses expériences les conclusions suivantes :

1° Dans les conditions les plus favorables, une quantité donnée de sublimé ne peut rendre inertes qu'un certain nombre d'organismes.

2° Le pouvoir désinfectant du sublimé est vivement influencé par la portion de matière albumineuse que contient le milieu occupé par les bactéries.

3° L'action du sublimé sur le staphylococcus pyogenes aureus n'est pas constante ; des organismes d'origines différentes et d'âges différents se comportant différemment quand on les soumet pendant le même temps à la même quantité de désinfectant.

4° Les organismes qui survivent à l'action du sublimé peuvent subir une atténuation temporaire, qui peut disparaître du reste par des cultures successives dans un milieu normal.

5° La méthode employée par l'auteur dans ses expériences permet de distinguer dans une culture les formes les plus résistantes.

6° Les résultats des expérimentateurs, qui attribuent au sublimé un plus grand pouvoir désinfectant, sont entachés d'erreur, parce qu'ils ont négligé certaines précautions reconnues aujourd'hui indispensables dans ces sortes d'expériences,

On voit donc qu'au point de vue chirurgical le sublimé n'a pas tous les avantages qu'on lui avait attribués.

On peut opposer deux objections sérieuses à l'emploi du sublimé sur les plaies :

a) Les albumines des tissus et des fluides du corps diminuent ou même abolissent le pouvoir du sublimé ;

b) De plus, l'application de cette substance porte atteinte à l'intégrité des tissus, laquelle est la première condition qu'on doit rechercher dans la lutte contre les microbes.

On n'est donc plus autorisé à placer le sublimé en tête de la liste des antiseptiques.

Déchirures du col après l'accouchement (Beitrag zur Bluttsillung bei Cervixrissen post partum), par Parsenow. (*Centralbl. f. Gynækol.*, 1891, n° 27, p. 567). — L'auteur rapporte un cas dans lequel, après la version podalique, il se produisit une déchirure du col avec hémorrhagie artérielle très grave. Appelé auprès de la malade par un collègue qui, depuis deux heures, pratiquait en vain la compression manuelle, il saisit les lèvres du col avec une pince de Muzeux et attira l'utérus en bas. L'hémorrhagie s'arrêta, et l'auteur a pu faire la suture de la plaie, qui mesurait plus de cinq centimètres. L'hémorrhagie fut arrêtée définitivement, et la malade guérit.

L'auteur considère l'abaissement de l'utérus avec la pince de Muzeux comme un moyen excellent d'hémostase dans ces sortes d'hémorrhagies dues à la déchirure de l'artère utérine ou de ses branches. En abaissant l'utérus comme il l'a fait, l'artère se trouve comprimée, et l'hémorrhagie ne peut plus se produire.

Gastrostomie dans le cancer du cardia (Zur Anlegung der Magenfistel wegen krebsiger Cardia-Verengerung), par C. Lauenstein (*Centralb. f. Chirurg.*, 1891, n° 27, p. 513). — Si l'établissement d'une fistule gastrique est une opération rationnelle dans le rétrécissement cancéreux de l'œsophage, il n'en est plus de même quand le néoplasme occupe le cardia. Dans ces cas, l'estomac est ordinairement rétréci d'une façon considérable et adhérent aux parties voisines, de sorte que la fixation de l'organe après l'établissement de la fistule est excessivement difficile, presque impossible.

Chez un malade auquel l'auteur a fait cette opération, l'estomac ne figurait plus un organe creux, et était incapable de résorber les liquides ; les sécrétions s'écoulaient continuellement par la fistule, et le malade a succombé dans le marasme peu de temps après l'opération.

Gangrène gazeuse (Drei Falle von Gasgangræn), par Wicklein (*Virchow's Arch.*, 1891, t. CXXV, p. 75). — Dans trois cas de gangrène gazeuse (dont deux d'origine traumatique) l'auteur a trouvé un bacille particulier presque à l'état de culture pure dans les moignons d'amputation, dans les exsudats des séreuses, dans le sang et dans le parenchyme de tous les organes internes. Ce bacille ressemble beaucoup au bacille de l'œdème malin, qui est considéré par un certain nombre d'auteurs comme le micro-organisme spécifique de la gangrène, mais il en diffère par les caractères suivants : il est plus mince que le bacille de l'œdème malin et liquéfie moins vite la gélatine et le sérum solidifié. Sa virulence diminue rapidement dans les cultures pures, et il ne possède des propriétés pathogènes qu'envers les cobayes. Inoculé à des rats, des lapins, des moutons, etc., il se montre comme tout à fait inoffensif.

L'auteur considère ce bacille comme le micro-organisme spécifique de la gangrène gazeuse et le désigne sous le nom de *Bacillus emphysematis maligni*.

Le bacille du tétanos dans les matériaux de construction (Ueber die Verbreitung des Tetanuserregers in Fehlbodenfüllungen Münchener Hæuser), par H Heinzelmann (*Munch. med. Wochenschr.*, 1891, n°s 10 et 11). — L'auteur a choisi pour ses expériences les matériaux dont on se sert en Allemagne pour combler les espaces qui restent entre les poutres et les planches des plafonds ou des planchers. Ces matériaux ont été pris dans 13 maisons en démolition, et 9 fois l'inoculation aux animaux et les cultures ont donné à l'auteur des résultats positifs au point de vue de la présence du bacille tétanique.

BIBLIOGRAPHIE

Production artificielle des monstruosités ou essais de tératogénie expérimentale, par C. Dareste, 2e édition. Reinwald et Cie, éditeurs, rue des Saints Pères, 15.

Le docteur Dareste vient de faire paraître à la librairie Reinwald la deuxième édition de son ouvrage sur la tératogénie expérimentale qui lui ont valu successivement trois grands prix de l'Institut.

Si le mérite d'avoir créé la tératologie appartient aux deux illustres Geoffroy Saint-Hilaire, le Dr Dareste a celui d'avoir ouvert une voie nouvelle et fondé la tératogénie.

Dans son premier essai, il s'était principalement occupé de l'évolution normale et monstrueuse dont il n'avait pu qu'entrevoir les conditions. Aujourd'hui il complète cette étude en montrant les modifications qu'éprouve le germe pendant l'époque qui sépare la ponte de la mise en incubation : il y a sur ce point un chapitre nouveau consacré à l'influence des conditions physiques et surtout des conditions chimiques telles que celles de l'air, de l'humidité (moisissures), du retournement de l'œuf, etc., etc. La deuxième partie, qui traite de la tératogénie générale, est peu modifiée, sauf les paragraphes relatifs aux excès de développement et aux métamorphoses.

La troisième partie comprend la tératogénie spéciale : depuis la première édition, l'embryogénie du poulet a été l'objet de découvertes nouvelles importantes dues en partie à Mathias-Duval : grâce à ces faits, M. Dareste a pu se montrer plus explicite sur divers points. C'est dans cette partie de l'ouvrage qu'est exposée la question de la dualité normale et tératologique du cœur : il est aujourd'hui incontestable que c'est bien à M. Dareste que l'on doit cette découverte qui plus tard, en 1883, a été consacrée par les expériences directes de Warynski et Fol : ces physiologistes ont pu maintenir l'écartement des blastèmes cardiaques de manière à les contraindre à se développer isolément.

Cette dualité du cœur, si intéressante pour la biologie ; ne l'est pas moins pour la tératologie des monstres doubles : en effet, l'existence de deux cœurs chez les janiceps, par exemple, était inintelligible jusqu'au jour où M. Dareste a fait voir que ces deux cœurs appartiennent par moitié à chacun des sujets composants : en effet, les blastèmes cardiaques, au lieu de se fondre chez chacun d'eux, viennent se joindre sur le plan d'union avec les blastèmes correspondants de chacun des sujets.

Ici nous devons mentionner un paragraphe, le troisième, entièrement nouveau, sur le spina bifida : jusqu'ici, cette anomalie a été regardée comme ayant une origine pathologique et due à l'hydropisie de la moelle, qui a fini par déchirer les parois du tube nerveux ; pour M. Dareste, cette hydropisie n'est qu'un fait consécutif à un arrêt de développement qui frappe les lames dorsales encore à l'état de blastème : cette idée, émise en 1877, s'est confirmée par l'étude histologique faite depuis par les Drs Tourneux et Ern. Martin et insérée au journal de Robin et Pouchet (1881, t. XVII).

La question relative aux monstres doubles comportait, dans la première édition, des lacunes que les récents travaux de Rauber viennent de combler en mettant en lumière, sous le nom de Théorie de la radiation, des faits importants sur la disposition des jumeaux naissant au sein d'une cicatricule unique : d'après cette disposition, les embryons se trouvent placés de la même manière par rapport au centre du blastoderme et ne peuvent se toucher que par les parties homologues de leur corps, c'est-à-dire dans une position nécessaire à la mise en jeu de la loi d'union des parties similaires ; or, c'est cette loi qui régit toute l'organisation des monstres doubles. Cette observation jette une vive lumière sur la formation des diplogenèses.

En résumé, l'œuvre toute personnelle de M. Dareste est considérable et représente toute une existence consacrée à une science hérissée de difficultés.

On a parfois objecté qu'il n'était pas arrivé à une méthode capable de produire une monstruosité déterminée : dans un endroit de l'ouvrage, il répond à cette critique et montre comment la science actuelle ne permet pas de franchir cette

limite : aux raisons qu'il présente, on peut, ce nous semble, en ajouter une autre : c'est que les causes d'ordre physique et chimique capables de troubler l'évolution du germe et le conduire vers telle ou telle anomalie ne sont pas les seules qui interviennent : ne peut-il pas s'y joindre des influences morales qui, elles, sortent de l'expérimentation? Ce serait là un écueil suffisant à expliquer l'impossibilité de parvenir à créer une méthode tératogénique absolue.

Malgré cela, on peut dire que M. Dareste est parvenu à résoudre presque complètement le problème de la monstruosité simple, et a jeté de vives lumières sur la genèse des monstres doubles. La science de la tératologie a été inaugurée par les deux Geoffroy-Saint-Hilaire, elle s'est ensuite enrichie des remarquables travaux de Lereboullet si souvent mis à contribution dans les recherches de M. Dareste : c'est ce dernier enfin qui a créé la tératogénie.

Dr Ern. Martin.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Thèses de Paris.

Etude sur la malignité et les infections secondaires dans la scarlatine, prophylaxie, par Edouard Damain.

La malignité trouve aujourd'hui son explication dans la réunion totale ou partielle de ces quatre facteurs : terrain, virulence, quantité, porte d'entrée des microbes pathogènes. Les complications de la scarlatine résultent presque toujours d'une infection secondaire, et les travaux de M. Raskin, Wurtz, Bourges, etc., tendent à prouver que le micro-organisme de ces infections est habituellement le streptocoque L'isolement et l'antisepsie sont les deux seuls moyens prophylactiques réellement efficaces. L'expérience faite au pavillon des scarlatineux à l'hôpital des Enfants-Malades a réduit la mortalité de 20 0/0 (moyenne des années 1886, 1888 et 1889) à 5,05 0/0 (taux de 1890). Le médecin doit donc chercher à mettre en pratique à la ville les moyens en usage à l'hôpital. Il doit insister auprès des parents sur la nécessité absolue de l'antisepsie générale et de l'antisepsie spéciale de la gorge, de la bouche et du nez dans la scarlatine; il doit les convaincre du rôle extrêmement important qu'ils ont à jouer tant au point de vue de leur malade qu'au point de vue de leur entourage. Dans les cas de scarlatine maligne à forme hyperthermique, la meilleure thérapeutique est encore celle des bains froids. Le malade atteint de scarlatine, après sa guérison, ne doit être rendu à la vie commune qu'avec une extrême circonspection. La désinfection du logement occupé par le scarlatineux doit être faite aussi complètement que possible.

Contribution a l'étude du traitement des tuberculoses ganglionnaires par l'emploi du naphthol camphré, par J. David.

Injecté dans les tissus, il s'élimine plus lentement que les autres antiseptiques insolubles, et il est préférable à l'iodoforme qui est plus toxique que lui.

Il a une action bien certaine sur les tuberculoses ganglionnaires qu'il guérit à leur période de début, de suppuration et d'ulcération.

Ses effets sont excellents et non contradictoires quand le naphthol et le camphre employés sont purs, et quand il ne contient ni eau ni alcool.

Des tachycardies; valeur séméiologique et pathogénique, par Vincent Paul.

La tachycardie se montre très fréquemment en dehors des affections qui s'accompagnent d'un état fébrile et c'est même dans des maladies apyrétiques qu'elle se montre avec le plus d'intensité et de persistance. Les causes de cette tachycardie peuvent être divisées en deux groupes : causes nerveuses, causes mécaniques. Les causes nerveuses sont dépendantes soit du bulbe soit du grand sympathique et se produisent par paralysie du premier système ou excitation du second. Dans le premier système, c'est ou bien le bulbe lui-même qui est paralysé ou le pneumogastrique dans son trajet. Dans l'un et l'autre cas, la tachycardie s'accompagne de retentissement sur les autres organes. Quand le grand sympathique est en jeu, les retentissements sur tout le reste de l'organisme sont moins considérables. La tachycardie essentielle paroxystique a une origine bulbaire. Les différentes causes pouvant produire par compression du pneumogastrique l'accélération cardiaque s'accompagnent en général de phénomènes identiques.

La tachycardie présente une valeur pronostique considérable surtout lorsqu'elle prend le rhythme fœtal. Le grand sympathique est également mis en jeu dans toutes les tachycardies réflexes ou toxiques. Les causes mécaniques dérivent de deux sortes, ou insuffisance de l'organe central, ou paralysie des résistances périphériques. Avec l'hypertension peut coexister une tachycardie considérable, la clinique se trouvant ici en désaccord avec la physiologie.

VARIÉTÉS

L'enseignement de la philosophie et les Facultés de médecine.

A diverses reprises nous avons protesté dans les colonnes de ce journal (voy. 1890, p. 336) contre les tentatives faites en vue de diminuer la durée des études classiques imposées aux étudiants en médecine. Une spécialisation hâtive et surtout la suppression du cours de philosophie nous paraissait de nature à abaisser le niveau intellectuel des médecins. Nous sommes donc très heureux d'apprendre que M. le ministre de l'instruction publique vient de provoquer, au sein des facultés des lettres, une enquête en vue d'établir dans quelles circonstances il conviendra d'exiger des diverses catégories d'étudiants le diplôme du *baccalauréat lettres et philosophie* et non celui de *baccalauréat lettres et mathématiques*. Cette enquête, il est vrai, semble ne concerner encore que les Facultés des lettres et les Facultés de droit. La Faculté des lettres de Nancy a pensé cependant qu'il importait de songer aussi au recrutement futur des Facultés de médecine. Dans un très remarquable rapport, M. V. Egger a fait ressortir l'importance des études philosophiques et la nécessité d'en modifier les programmes de manière à les rendre plus appropriées au but que nous devons poursuivre. On ne pouvait mieux exposer ce que doit être, ce que peut donner au point de vue du développement intellectuel, l'enseignement classique de la philosophie. Nous croyons donc devoir reproduire ici tout un passage de ce rapport.

Nous pensons que ses conclusions seront adoptées par tous ceux qui, en suivant avec l'intérêt qu'ils méritent les brillants progrès accomplis par l'Ecole de la Salpêtrière, n'oublient pas que l'éminent maître auquel la science française doit tant de progrès est non seulement un clinicien consommé, mais aussi un penseur et un psychologue.

« La philosophie, dit M. Egger, est l'effort de l'esprit humain pour traiter avec précision, et, s'il est possible, avec rigueur, en restant dans les généralités, *de omni re scibili et de quibusdam aliis*. Elle est moins spéciale que la littérature et l'histoire, qui ne traitent que de l'homme, moins spéciale que la physique et les sciences naturelles, qui ne traitent pas de l'homme intellectuel et moral, moins spéciale *a fortiori* que les mathématiques, qui se meuvent dans des abstractions d'un genre tout particulier. Elle n'a pas de méthode à elle ; le philosophe observe, induit, déduit, selon les cas ; mais toujours il réfléchit, toujours il examine. L'enseignement philosophique est, dans notre tradition, le seul qui soit propre à former l'esprit d'examen ; tous les autres enseignements, même celui de l'histoire, la moins exacte de toutes les sciences, sont purement dogmatiques ; la parole du professeur transmet à l'élève une vérité toute faite ; le professeur de philosophie est seul à enseigner que la science se fait, qu'elle a des méthodes qui elles-mêmes se sont faites, que l'erreur précède la vérité, que la vérité s'obtient par le doute, la critique et l'effort. Si jadis un dogmatisme étroit a régné dans l'enseignement de la philosophie, il n'en est plus de même aujourd'hui, et, en devenant libéral, ouvert à la discussion des problèmes et des solutions les plus variés, l'enseignement philosophique a perdu ce caractère de spécialité qu'on a pu autrefois lui attribuer. La culture littéraire exerce l'intelligence sans lui demander de se connaître et de connaître les lois de son effort ou de son libre jeu ; la culture philosophique est la suite et le complément de la culture littéraire ; elle continue à exercer, et, par là même, à former l'esprit, mais en le repliant sur lui-même, en l'invitant à se discuter et à se connaître.

Ainsi compris, l'enseignement philosophique a-t-il atteint aujourd'hui sa perfection? On aurait tort de l'affirmer. La philosophie classique devrait être une revue générale de toutes les autres études, en résumer et en formuler l'esprit, préparer ainsi à toutes les recherches particulières. Elle marche assurément dans cette voie ; mais on peut demander

aux programmes futurs, aux professeurs d'aujourd'hui et de demain, de réaliser de mieux en mieux cet idéal. Dès maintenant pourtant la philosophie doit être considérée comme le complément des études littéraires, libérales, générales, humaines, et la culture mathématique, la plus spéciale de toutes, ne saurait prétendre à la remplacer dans la préparation aux études littéraires supérieures.

Nous pensons que le moment est venu d'insister sur le caractère largement éducateur des études philosophiques, parce qu'on parait disposé à l'oublier en ce qui concerne le recrutement futur des Facultés de médecine. S'il est une profession qui suppose un esprit non prématurément spécialisé, mais, au contraire, exercé dans les sens les plus divers, ouvert dans toutes les directions, assoupli dans l'exercice de toutes ses facultés, apte à toutes les investigations, c'est bien la profession médicale. Il n'est aucune des méthodes étudiées en logique que le médecin n'ait à pratiquer un jour ou l'autre, aucune science naturelle ou morale dont il n'ait à utiliser les acquisitions ; il observe et il expérimente ; il induit et il déduit ; il pratique la méthode des historiens quand il étudie la marche d'une épidémie, quand il contrôle les observations de ses devanciers ; il doit être un peu mathématicien quand il a à dresser une statistique ; dans bien des circonstances il est appelé à être psychologue ou moraliste ; le grec lui sert, encore plus que le latin, à comprendre et à enrichir son vocabulaire ; les sciences physiques et naturelles sont donc loin de suffire à le préparer à son art. Enfin, il doit toujours s'attendre à l'imprévu ; il doit être toujours prêt à improviser ses procédés d'investigation, ses jugements, ses décisions. L'intelligence alerte et droite que nous apprécions chez les médecins d'aujourd'hui et que nous demandons à ceux de demain, comment la formerait-on par une culture spéciale, étroitement utilitaire ? La culture la plus générale et la plus libérale est certainement la plus propre à former l'esprit médical. Et cette culture, nous ne la concevons pas suffisante si elle s'arrête après la classe de rhétorique, si elle n'est pas complétée par une étude, assurément élémentaire, mais non pas pour cela superficielle et verbale, de la logique, de la psychologie, de la morale. Aussi espérons-nous que l'on saura organiser pour les futurs médecins une dernière année d'études secondaires, comprenant les matières du baccalauréat ès sciences restreint à côté du cours traditionnel de philosophie, maintenu pour eux dans son entier, dégagé seulement de deux accessoires qu'on peut considérer comme un luxe inutile, l'histoire de la philosophie et l'explication des auteurs. »

Ces lignes étaient écrites lorsque nous avons appris que, tout récemment, dans une réunion de médecins, qui cependant n'étaient pour la plupart ni des savants, ni des philosophes, ni des utopistes, un professeur de la Faculté de médecine avait cru pouvoir dénier aux études littéraires et philosophiques toute influence sur l'éducation des médecins : « Il me paraît absurde, a-t-il dit, d'exiger des études littéraires ou philosophiques lorsqu'il s'agit de former des médecins, c'est-à-dire des hommes dont le seul but doit être de guérir les maladies. » L'accueil fait à ce discours a dû prouver à celui qui l'a prononcé que, dans tous les rangs du corps médical, on comprend la nécessité de rehausser par une culture suffisante, le niveau intellectuel et moral de la profession et que l'immense majorité de nos confrères se refuse à admettre que les épreuves imposées à un herboriste ou même à un officier de santé puissent désormais suffire à assurer le recrutement de la médecine.

La question des études scolaires est liée à celle de la suppression des officiers de santé que discute en ce moment une commission nommée par le Sénat. Nous savons que, parmi les membres de cette commission, il en est qui songent, eux aussi, à identifier le titre de docteur en médecine avec celui que l'on confère aujourd'hui aux officiers de santé, à supprimer les baccalauréats et la thèse, à admettre, en un mot, au titre de docteur en médecine les ratés de toutes les carrières. Nous n'insisterons pas sur ces projets qui, nous l'espérons bien, seront rejetés, non plus que sur la création du titre de docteur ès sciences médicales, réclamé de nouveau par ceux qui n'ont rien lu de l'enquête faite il y a plusieurs années déjà.

Nous ne voulons retenir et rappeler que l'exposé si net, si concluant fait par M. le doyen de la Faculté de médecine de l'état actuel de la question de l'officiat.

« Les élèves inscrits pour l'officiat de santé se divisent en trois catégories :

1° Les fils de famille de contremaîtres, de petits commerçants qui n'ont pas pu faire donner à leurs enfants l'enseignement des lycées et qui commencent les études médicales entre dix-huit et vingt-cinq ans. C'est une catégorie très intéressante où l'on trouve de bons élèves ;

2° Les ratés de toutes les carrières ;

3° Les pharmaciens qui prennent le grade d'officier de santé pour exercer à la fois la médecine et la pharmacie. Ces catégories multiples expliquent l'âge si variable auquel ces différents élèves finissent leurs études de l'officiat.

Dans les années 1888 et 1889, sur 22 officiers de santé reçus à la Faculté de Paris, cinq seulement avaient moins de 30 ans, sept moins de 40 ans, sept avaient de 40 à 50 ans, un était âgé de 53 ans, deux, enfin, de 60 et 61 ans.

Le nombre des officiers de santé reçus annuellement a diminué progressivement et il est arrivé, dans ces dernières années, à 100 environ, à une ou deux unités près, tandis qu'on fait annuellement 620 docteurs. Les 100 officiers de santé font leurs études, pour un tiers dans les Facultés, pour les deux tiers dans les Ecoles préparatoires. Ces Ecoles auraient tort de considérer leur avenir comme lié à la conservation de l'officiat, car beaucoup d'entre elles ne reçoivent annuellement qu'un, deux officiers de santé, et à peine, en moyenne, quatre ou cinq.

La loi militaire va de plus diminuer de moitié le nombre des élèves de l'officiat. Il leur sera, en effet, très difficile de commencer leurs études avant vingt-cinq ans, après trois ans de service militaire.

On peut donc dire que l'officiat de santé est une institution agonisante et qui disparaîtrait naturellement de sa belle mort si elle n'était supprimée d'un coup par la loi votée à la Chambre.

La statistique de répartition des officiers de santé et docteurs montre qu'il existe des zones, de Bordeaux à Marseille, par exemple, où les docteurs existent à peu près seuls ; que les officiers de santé ne vont pas plus nombreux que les docteurs, dans les départements pauvres (le département de la Lozère ne compte qu'un seul officier de santé).

Dans les départements où les médecins sont peu nombreux relativement au chiffre de la population, le nombre des officiers de santé n'est pas non plus en rapport avec les besoins de la population rurale. Ainsi, dans les départements très pauvres en médecins, où il n'y en a qu'un pour 6 à 9,000 habitants, on n'en trouve que 4, comme dans la Haute-Loire, 7 dans les Hautes-Alpes, 8 dans l'Ardèche. Pas plus que les docteurs, les officiers de santé ne vont s'établir dans les départements pauvres, tandis que leur nombre augmente en général avec celui des docteurs dans les départements plus fortunés.

Pour ce qui est de leur répartition dans les villes, on trouve dans les villes au-dessus de 10,000 habitants, 5,234 docteurs et 476 officiers de santé. Il reste donc pour les autres localités 6,761 docteurs et 2,318 officiers de santé.

Sur nos 2,871 cantons, il y en a 183 tout à fait privés de médecins, 1,336 pourvus seulement de docteurs, 183 pourvus seulement d'officiers de santé et 1,186 ayant à la fois docteurs et officiers de santé.

Si l'on veut assurer le service médical dans les campagnes, il faut, non pas conserver l'officiat qui se meurt, mais constituer par les syndicats de communes, par les secours du départements, toute une organisation nouvelle qui assure les conditions d'existence des médecins. »

M. Liard, directeur de l'Enseignement supérieur, a insisté, lui aussi, sur la nécessité d'imposer aux futurs médecins des études préparatoires sérieuses. Nous sommes persuadés que le Ministre tiendra grand compte des rapports analogues à celui dont nous venons de donner un extrait et qu'il saura répondre avec énergie aux singulières propositions de ceux qui veulent assimiler les médecins français à des sous-vétérinaires.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'IMP. DES ARTS ET MANUFACTURES et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES SAMEDIS ET PUBLIANT TOUS LES MERCREDIS

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

RÉDACTEUR EN CHEF : Dr L. LEREBOULLET. — SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION : Dr A. BROCA.

COMITÉ DE RÉDACTION

MM. E. BRISSAUD, G. DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, A. GILBERT, A. HÉNOCQUE, A.-J. MARTIN, A. PETIT, P. RECLUS

REVUE GÉNÉRALE

Hypnotisme et hystérie.

Du rôle de l'hypnotisme en thérapeutique.

(*Suite et fin.*) (1)

Messieurs, je prévois la réponse que feraient à cette dissertation les adversaires des idées que je viens d'exposer si je m'en tenais là.

Peu nous importe, après tout, diraient-ils, que notre conception de l'hystérie soit plus ou moins juste, que nos définitions soient plus ou moins exactes, il n'en est pas moins vrai que nous obtenons par nos pratiques des cures merveilleuses, car nous améliorons ainsi et nous guérissons les maladies les plus diverses ; nos doctrines, contrairement aux vôtres, sont fécondes ; en thérapeutique nous sommes les maîtres, et c'est là notre principale ambition.

Eh bien, ces prétentions, qui ont été réellement formulées, ne reposent pas, ainsi que je chercherai à vous le démontrer, sur des bases bien solides.

Permettez-moi d'abord de vous exposer mon opinion sur le rôle thérapeutique de l'hypnotisme. Mon intention n'est pas du reste d'étudier cette question dans tous ses détails et de passer en revue tous les cas particuliers dans lesquels le sommeil hypnotique peut être utilisé; je dois me contenter de vous donner à cet égard des indications générales.

Je vous ai déjà dit au début de cette leçon que, suivant les doctrines de la Salpêtrière, l'hypnotisme ne pouvait guère servir d'agent curatif que dans l'hystérie. On peut en tout cas affirmer, selon moi, que la plupart des affections qui ont été guéries par cette méthode relèvent de cette névrose. L'hypnotisme peut donc servir au traitement des manifestations hystériques, on doit le reconnaître, mais il faut avouer aussi que même dans les affections de cette espèce les pratiques hypnotiques ne donnent pas toujours des résultats brillants. Il y a lieu de grouper à ce point de vue les hystériques en plusieurs catégories et il faut tout d'abord établir deux classes bien distinctes :

(1) Voir *Gazette*, p. 350.

1° A la première classe appartiennent les hystériques qui ne sont pas susceptibles d'être hypnotisés, et leur nombre est grand, quoi qu'on en dise, si l'on exige pour admettre la réalité de l'hypnotisme le criterium que nous avons indiqué. On échoue en effet bien souvent dans les tentatives d'hypnotisation, quelle que soit la patience qu'on y mette, quel que soit le procédé dont on se serve.

On me répondra peut-être que dans les cas de ce genre on peut agir d'une manière efficace au moyen de la suggestion à l'état de veille. Fort bien, et je suis loin d'en disconvenir, mais alors l'hypnotisme n'est plus en cause. Cette expression : *suggestion à l'état de veille*, est de date récente, il est vrai, mais elle ne correspond pas à une notion nouvelle; elle sert à désigner une pratique très ancienne dont la médecine a su depuis longtemps tirer parti. N'est-ce pas exclusivement pour agir sur l'imagination des malades, ou en d'autres termes pour les suggestionner, qu'on prescrivait, bien avant qu'il ne fût question d'hypnotisme, des potions à l'eau distillée et des pilules fulminantes? Tous les médecins savent parfaitement que l'électrothérapie et l'hydrothérapie, en dehors de leur influence spéciale, exercent aussi une action suggestive à laquelle on doit attribuer la plupart des cures rapides ou instantanées qu'on obtient parfois à l'aide de ces moyens. N'est-ce pas aussi pour prendre plus d'autorité sur le malade, pour s'emparer plus facilement de son esprit et lui donner une orientation nouvelle, pour mieux le suggestionner en un mot, que M. Charcot a préconisé de tout temps l'isolement dans le traitement de l'hystérie ? La suggestion à l'état de veille est une excellente méthode, mais encore une fois elle ne doit pas être confondue avec l'hypnotisme.

Ainsi donc l'hypnotisme n'est pas applicable à tous les cas d'hystérie, parce que tous les hystériques ne sont pas susceptibles d'être plongés dans le sommeil hypnotique.

2° Les sujets qui font partie de la seconde classe sont ceux qui peuvent être hypnotisés. Ce groupe se compose d'éléments disparates si l'on envisage particulièrement les résultats thérapeutiques que l'on peut obtenir; ceux-ci, en effet, sont nuls ou très remarquables et entre ces deux extrêmes il existe toute une série de cas intermédiaires. Les différences tiennent soit au degré d'intensité de l'hypnose, soit à la variété de l'affection dont il s'agit, soit à sa durée, soit enfin à des circonstances individuelles dont on ne peut déterminer la cause. Il est donc indispensable de diviser à ce point de vue la classe des hystériques hypnotisables en plusieurs variétés :

a. Parfois l'hypnotisme n'amène aucune amélioration.

Il s'agit, par exemple, d'un sujet qui a des attaques convulsives; on l'endort et on lui affirme que les crises seront moins fortes, moins fréquentes et disparaîtront même complètement. Le malade paraît docile, confiant dans la parole du médecin, persuadé que les choses se passeront comme on le lui annonce, et néanmoins les crises se renouvellent ensuite, comme par le passé. Ou bien encore on a affaire à un individu qui ressent des douleurs violentes, qui est affecté soit d'une arthralgie hystérique, soit d'une hyperesthésie cutanée; on cherche pendant le sommeil hypnotique à le convaincre que la sensation douloureuse est moins intense et on emploie dans ce but la suggestion sous ses formes les plus variées; peine perdue, le malade est rebelle à la suggestion thérapeutique.

Je ne veux pas soutenir que les attaques et les phénomènes douloureux qui dépendent de l'hystérie soient toujours réfractaires à la suggestion hypnotique; mais j'ai choisi ces deux exemples parce que, si j'en juge par mon expérience, les insuccès sont relativement plus fréquents dans les accidents de ce genre.

b. Dans certains cas on obtient, il est vrai, une amélioration, mais elle est très limitée. Voici en quelques mots une observation de cet ordre relative à une malade que j'ai soignée sous la direction de mon maître M. Charcot.

Jeune fille de 22 ans; depuis six ans contracture du membre supérieur gauche et des deux membres inférieurs; anesthésie cutanée généralisée à toute l'étendue des téguments; douleur permanente dans la région ovarienne gauche, mais subissant des exacerbations très vives lorsqu'on cherche à modifier l'attitude anormale dans laquelle se trouvent les membres inférieurs; rétrécissement double et concentrique du champ visuel; abolition du goût et de l'odorat; crises convulsives annoncées par une sensation de constriction dans la gorge et caractérisées par des contorsions des membres et de grands mouvements.

Il a été possible dans ce cas d'obtenir à la longue par la suggestion hypnotique une disparition de la contracture du membre supérieur, mais la contracture des membres inférieurs n'a pu être modifiée et toutes les tentatives faites dans ce sens provoquaient, comme à l'état de veille, une augmentation des douleurs ovariennes. J'ajouterai que la malade est aujourd'hui complètement rétablie, mais l'hypnotisme ne peut revendiquer dans ce cas qu'une faible part du succès.

c. Il arrive parfois que la suggestion hypnotique produit immédiatement une amélioration très grande et amène une disparition complète de l'affection en cause. Mais le résultat n'est brillant qu'en apparence, car il n'est pas durable, soit que l'accident se reproduire dès qu'on réveille le malade, soit que la guérison ne se maintienne que d'une façon provisoire.

Je vous présente une jeune fille chez laquelle existent des stigmates de l'hystérie et qui est hypnotisable; c'est même une grande hypnotique. Elle est atteinte depuis plusieurs mois d'une contracture du membre supérieur gauche qu'on peut faire disparaître par suggestion avec la plus grande facilité, mais qui reparaît le matin au réveil. Jusqu'à présent on n'a pu obtenir la guérison définitive et l'on est obligé d'hypnotiser la malade tous les jours.

Les récidives de ce genre me paraissent particulièrement fréquentes dans les cas de mutisme hystérique. M. Charcot a eu récemment l'occasion d'observer une malade atteinte de cette affection que son médecin hypnotise depuis un an cinq ou six fois par jour, car elle ne conserve l'usage de la parole après le réveil que pendant deux heures environ.

d. Passons maintenant à un autre groupe de faits. Ici l'amélioration ne s'obtient que lentement et elle ne devient nettement appréciable qu'après plusieurs séances successives, mais elle a l'avantage de se maintenir et l'on arrive ainsi petit à petit à une guérison définitive. Voici une malade, la nommée S..., que je vous ai déjà présentée tout à l'heure, chez laquelle les phénomènes hypnotiques n'existent pas au complet, mais sont toutefois suffisamment caractérisés. Je vais vous résumer brièvement son histoire pathologique :

Jeune fille de 21 ans. Lorsque je l'ai vue pour la première fois il existait une paralysie des membres inférieur et supérieur gauches, les mouvements spontanés étaient complètement abolis, mais le bras était animé de mouvements rhythmiques involontaires qui ne s'arrêtaient que pendant le sommeil; il y avait de plus une hypéresthésie du côté gauche tellement accentuée qu'un simple frôlement, l'excitation la plus superficielle, celle qu'on peut produire par un souffle léger, provoquaient des douleurs extrêmement vives. La malade était dans cet état depuis 5 ans et les divers traitements qu'elle avait subis n'avaient amené aucune amélioration. J'ajoute que du côté de la face il n'y avait pas de trouble de la motilité, que la sensibilité générale était intacte, mais que le champ visuel était rétréci à gauche.

Telle était la situation il y a de cela 5 mois. Dès la première tentative la malade a pu être plongée dans le sommeil hypnotique. J'ai cherché alors à obtenir immédiatement une modification par la suggestion, mais je dois dire que je n'ai obtenu, en apparence du moins, aucun résultat; toutefois la malade dit qu'elle s'est sentie un peu plus à l'aise dans le courant de la journée. J'ai répété la même opération plusieurs jours de suite et j'ai pu observer au bout d'une semaine une amélioration légère, mais très nette, qui, depuis, a toujours été en s'accentuant. J'ai pu obtenir ainsi petit à petit un résultat très sérieux, puisque depuis deux mois la malade peut se lever et qu'elle est capable maintenant de franchir, lentement et en boitant, il est vrai, une distance de plus de 200 mètres sans se reposer; la malade peut aussi ouvrir la main, fléchir l'avant-bras sur le bras et elle peut même soulever le bras; toutefois ce dernier mouvement n'est possible que quand elle est hypnotisée; l'hyperesthésie a beaucoup diminué au membre inférieur; elle est encore assez forte au membre supérieur. Il a donc fallu 5 mois pour en arriver là; la cure n'est pas encore achevée, mais en somme l'amélioration est très grande, les progrès se sont toujours maintenus et il y a tout lieu de supposer qu'on obtiendra, en persévérant, une guérison complète; cela est d'autant plus probable que la malade se sent très heureuse de ce résultat, inespéré pour elle, et qu'elle est pleine de confiance.

Voici une autre observation, analogue à la précédente au point de vue du résultat thérapeutique, mais encore plus remarquable, car il s'agit d'une affection qui a duré sans discontinuité pendant une période de onze ans et qu'il a été possible d'obtenir une guérison absolue remontant aujourd'hui à plus de deux ans :

La nommée F..., pensionnaire de l'Orphelinat Rothschild, ressent à l'âge de onze ans, à la suite d'une chute sur le genou droit, des douleurs très vives dans la région affectée; il se développe une hydarthrose qui met l'enfant dans la nécessité de garder le repos. L'épanchement diminue petit à petit et finit par disparaître; mais les douleurs persistent et s'étendent même à tout le membre inférieur; elles prédominent au niveau de l'articulation du genou et de celle de la hanche.

L'affection, dont ne je puis rapporter ici l'histoire en détail, a présenté une intensité et une ténacité telles que la malade a été obligée de garder le lit pendant onze années consécutives; il lui a été pourtant possible à plusieurs reprises, après avoir eu le membre immobilisé dans un appareil, de marcher à l'aide

de béquilles. Il y a de cela quelques années un chirurgien a pratiqué sur elle une élongation du nerf sciatique. Malgré les diverses modes de traitement mis en œuvre, la malade, arrivée à l'âge de 22 ans, se trouve dans une situation plus pénible que jamais; le membre inférieur est complètement contracturé, il est immobilisé dans l'attitude de la rotation en dedans et présente un raccourcissement apparent très marqué, ses muscles sont un peu atrophiés; les douleurs de la hanche et du genou sont extrêmement vives, la raideur s'étend aux muscles du tronc et la malade ne peut pas même se mettre sur son séant. Plusieurs chirurgiens consultés alors pensent qu'il existe du côté des jointures des lésions indélébiles et conseillent l'amputation du membre.

Mon maître, le Dr Périer, chirurgien de l'hôpital Lariboisière, consulté à son tour, émet l'opinion qu'il s'agit là de troubles nerveux et me fait l'honneur de me demander mon avis à cet égard. Les stigmates hystériques font presque totalement défaut. Toutefois la sensibilité au tact du membre inférieur gauche est plus obtuse que du côté opposé. Cette jeune fille est sujette à des crises convulsives avec grands mouvements en arc de cercle; de plus la chloroformisation amène la résolution complète de la contracture et montre que les articulations sont absolument libres.

Je porte le diagnostic de contracture et coxalgie hystériques.

M. Charcot veut bien, sur ma demande, recevoir la malade dans son service à la Salpêtrière.

Je cherche à plusieurs reprises à l'hypnotiser, mais je ne puis y parvenir. Je la soumets alors au traitement par le *transfert*. Dès la première séance la malade ressent une légère amélioration qu'il m'est impossible d'apprécier, il est vrai. Après plusieurs séances le résultat devient apparent, car je constate que les orteils exécutent quelques mouvements. Il m'est impossible d'indiquer, jour par jour, les modifications qui s'opèrent dans l'état de la malade. Qu'il me suffise de dire que, comme dans l'observation précédente, on n'obtient à chaque séance qu'une amélioration très peu marquée, mais que celle-ci une fois obtenue se maintient d'une façon définitive et qu'on arrive ainsi après plusieurs mois à une guérison absolument complète.

Je ne chercherai pas à déterminer ici le mode d'action de la méthode que j'ai employée, car cela exigerait de longs développements et me ferait sortir du sujet que je traite en ce moment. Je devais simplement vous faire remarquer que la malade n'avait pas été hypnotisée. Aussi ne vous aurais-je pas même parlé de cette observation si je n'avais tenu à profiter de l'occasion pour vous faire connaître un cas particulièrement intéressant et vous montrer en passant que, contrairement aux insinuations de nos contradicteurs, les résultats thérapeutiques que l'on obtient à la Salpêtrière ne le cèdent en rien à ceux dont ils viennent se prévaloir.

e. Enfin, dans certaines circonstances, on peut à l'aide de l'hypnotisme obtenir très rapidement ou même instantanément une guérison définitive. Les cas de ce genre ne sont pas très communs, mais on ne peut en contester la réalité; en voici un exemple :

Mme B..., sujette depuis longtemps déjà à des céphalalgies et des insomnies, est opérée à l'âge de 46 ans d'une tumeur du sein gauche. La plaie se cicatrise très rapidement et, au point de vue chirurgical, le résultat est parfait. Mais, peu de temps après l'opération, la malade ressent des douleurs vives et lancinantes autour de la cicatrice et jusque dans l'épaule; ces douleurs augmentent d'intensité dès que le membre supérieur correspondant exécute un mouvement. Plusieurs médecins qu'elle consulte pensent que les douleurs sont dues à une névrite consécutive au traumatisme chirurgical et l'engagent à immobiliser son bras; aussi la malade évite-t-elle au début de mouvoir le membre; celui-ci devient bientôt lourd, engourdi, et enfin il se développe une monoplégie brachiale presque complète; en même temps l'insomnie et les douleurs de tête prennent une intensité de plus en plus grande. Après de nombreuses tentatives thérapeutiques infructueuses poursuivies pendant quatre années consécutives, Mme B... vient consulter mon ami le Dr Siredey, médecin des hôpitaux, qui est d'avis que les troubles nerveux en question sont sous la dépendance de l'hystérie, qu'il y a peut-être lieu de chercher à hypnotiser la malade, et me fait l'honneur de me l'adresser.

Mme B..., lors de ma première visite, est incapable de se servir de son membre supérieur, les mouvements qu'elle peut exécuter sont très limités et, dès qu'on cherche à imprimer à l'épaule un mouvement, quelque faible qu'il soit, elle éprouve de vives souffrances. Les muscles de l'épaule sont contracturés, ceux du bras et de l'avant-bras sont flasques. De plus, je constate une diminution très nette de la sensibilité générale et spéciale de tout le côté gauche du corps et un rétrécissement concentrique du champ visuel du même côté. La malade me dit qu'elle souffre continuellement de la tête, mais que deux ou trois fois par semaine elle ressent pendant 24 heures au niveau du vertex des douleurs atroces et qu'elle ne dort jamais plus d'une heure par nuit.

Je porte, comme mon collègue M. Siredey, le diagnostic d'hystérie et je cherche à hypnotiser la malade. J'y parviens dès le premier essai et j'arrive immédiatement à lui faire mouvoir le bras bien mieux qu'elle ne l'avait jamais fait depuis quatre ans. Le lendemain je lui fais exécuter des mouvements encore plus étendus, et après cinq séances le membre supérieur est revenu à son état normal; tous les mouvements sont possibles et les douleurs ont disparu. La céphalalgie s'atténue très notablement et le sommeil se rétablit; toutefois je dois dire que ces deux phénomènes ont opposé à la suggestion une résistance plus grande que n'en avait présenté la monoplégie.

Voici un autre cas dans lequel le résultat est encore plus brillant :

Un enfant de 13 ans est atteint à la suite d'une maladie infectieuse d'une impotence des membres inférieurs. Il lui est impossible de se tenir debout; quand, après l'avoir placé dans la situation verticale, les pieds sur le sol, on cesse de le soutenir, il s'affaisse aussitôt; lorsqu'il est couché, il peut faire mouvoir les divers segments de ses membres inférieurs comme à l'état normal, et l'on peut s'assurer alors que les muscles ont toute leur vigueur. Il n'existe aucun autre trouble nerveux. L'affection dure depuis trois mois.

Malgré l'absence de stigmates hystériques, M. Charcot porte, pour des raisons qu'il serait trop long d'énumérer ici, le diagnostic d'astasie hystérique.

En une seule séance je fais recouvrer à l'enfant l'usage de ses jambes; il redevient capable de se tenir debout et de marcher. La guérison se maintient d'une façon définitive.

Messieurs, vous avez, par les quelques exemples que je viens de vous donner, un aperçu général des résultats thérapeutiques que l'hypnotisme peut donner dans l'hystérie. Sans en exagérer la portée, car, en définitive, il ne faut pas oublier que la suggestion à l'état de veille, quel que soit son mode d'intervention, compte aussi à son actif de brillants succès, il est juste de reconnaître que l'hypnotisme peut rendre de réels services dans le traitement des accidents hystériques.

Le champ d'action de l'hypnotisme dépasse-t-il le domaine de l'hystérie?

Je ne suis pas en droit de le contester d'une façon absolue, mais je me crois autorisé à soutenir jusqu'à nouvel ordre que l'on n'obtient pas par ce mode de traitement de bien grands résultats dans les affections qui n'ont aucun lien avec l'hystérie.

Je dois, avant d'aller plus loin, vous mettre en garde contre une cause d'erreur assez fréquente. Une maladie organique du système nerveux ou bien encore des troubles dynamiques indépendants de l'hystérie peuvent

coïncider avec cette névrose. En pareil cas il est facile de se méprendre si l'on n'a pas eu soin au préalable de faire la part de ce qui revient à chacune des deux affections. Il est possible, en effet, si le malade est hypnotisable, qu'on arrive alors à améliorer sa situation en atténuant ou en supprimant l'élément hystérique.

Voici par exemple une hémiplégie motrice d'origine organique qui s'accompagne d'une hémianesthésie sensitivo-sensorielle absolue, identique à celle que peut provoquer l'hystérie; on hypnotise le malade et l'on fait disparaître l'anesthésie par suggestion. A moins qu'un examen nécroscopique ne vienne démontrer que ce trouble était bien en relation avec une lésion de la région affectée dans l'hémianesthésie organique, on peut légitimement soutenir que l'hystérie est en cause, ou, en tout cas, le contraire n'est pas prouvé.

J'ai eu l'occasion d'observer une jeune femme atteinte de la maladie du doute; elle avait des idées fixes, des scrupules, de l'agoraphobie; depuis cinq ans la malade ne pouvait guère sortir de chez elle, car, lorsqu'il lui arrivait parfois, après de grands efforts, de se décider à le faire, elle était prise d'une angoisse inexprimable dès qu'elle avait franchi une centaine de mètres; elle était obligée de rentrer chez elle à la hâte, et à plusieurs reprises ces tentatives furent suivies de crises convulsives présentant tous les caractères de l'attaque hystérique. J'ajoute que cette personne présente plusieurs stigmates de cette névrose.

J'ai pu hypnotiser la malade et la suggestion a exercé sur elle une influence incontestable; l'amélioration était déjà très appréciable après plusieurs séances, et au bout de quelques mois la malade put sortir tous les jours et faire de longues promenades à une distance de 2 kilomètres de chez elle. Cette amélioration se maintient depuis un an. Mais remarquez bien, messieurs, que l'agoraphobie s'accompagne dans ce cas de phénomènes hystériques très caractérisés; on peut donc admettre que l'hystérie occupe dans le tableau symptomatique une place importante, qu'elle exerce une influence sur l'affection nerveuse concomitante en en grossissant les manifestations, et qu'en réalité là encore l'hypnotisme n'a fait qu'atténuer l'élément hystérique.

Voici maintenant un autre groupe de faits, qui peuvent conduire, si l'on n'y fait pas attention, à une opinion erronée sur le rôle de l'hypnotisme en thérapeutique. On observe parfois du côté des organes de la vie de relation ou des viscères des troubles moteurs, sensitifs, vaso-moteurs ou trophiques, mal définis et qu'il est difficile de classer dans les cadres nosographiques que l'on possède à l'heure actuelle.

Je reconnais volontiers que dans certains cas de ce genre, lorsqu'on a affaire à des sujets hypnotisables, on peut obtenir de bons résultats thérapeutiques à l'aide de la suggestion pendant le sommeil hypnotique. Mais je suis aussi très porté à croire que bien de ces états morbides plus ou moins vagues relèvent de l'hystérie; il faut en effet se rappeler que cette névrose peut provoquer les phénomènes les plus divers, qu'elle peut se manifester par un symptôme isolé et qu'il n'est pas nécessaire, pour admettre sa présence, de constater les divers stigmates qui lui appartiennent.

Je ne veux pas soutenir toutefois qu'il faille ranger dans le cadre de l'hystérie toutes les affections qui ne sont pas encore bien déterminées; je suis d'avis, au contraire, que l'on doit apporter beaucoup de rigueur dans le diagnostic et j'ai indiqué, dans mon Mémoire sur *La migraine ophthalmique hystérique*, les conditions qui doivent, selon moi, être réalisées dans un cas donné pour qu'il soit légitime d'affirmer que l'hystérie est en cause. Néanmoins, lorsque le diagnostic ne peut être porté avec certitude, l'hypothèse d'hystérie est souvent plus ou moins vraisemblable et en tout cas les observations de ce genre doivent être provisoirement mises de côté, car elles ne peuvent servir à résoudre la question en litige.

Ne croyez pas pourtant que je pousse mon exclusivisme jusqu'à ses dernières limites. Je ne conteste pas que certains phénomènes indépendants de l'hystérie puissent être atténués, dans une certaine mesure, à l'aide de l'hypnotisme.

Voici un malade, le nommé A..., que vous avez déjà vu tout à l'heure. Il est atteint de tabes et le diagnostic me paraît incontestable; il a éprouvé en effet des douleurs fulgurantes et présente le signe de Romberg, le signe de Westphal, de l'incontinence des urines, une abolition complète du sens génésique et le signe d'Argyll Robertson.

Or j'ai pu, à plusieurs reprises, faire disparaître en quelques minutes une crise de douleurs fulgurantes. Mais en vérité je ne saurais me vanter de lui avoir rendu grand service et je ne crois pas avoir par cette méthode modifié sensiblement son état (1).

Ce ne sont guère que des résultats de cet ordre que l'on peut obtenir dans les affections indépendantes de l'hystérie et en particulier dans les maladies organiques du système nerveux.

Je dois ajouter enfin, avant de terminer ce chapitre, que les pratiques de l'hypnotisme ne me paraissent pas dépourvues de tout inconvénient. Il est arrivé à plusieurs hypnotiseurs de provoquer par des tentatives de cet ordre des attaques hystériques, ce qui, du reste, vient encore à l'appui de la thèse que nous avons soutenue sur les rapports entre l'hypnotisme et l'hystérie. Ce danger ne doit cependant pas être exagéré, car il peut être le plus souvent conjuré, quand l'expérimentateur est un médecin prudent et compétent. Néanmoins on doit avoir cette éventualité présente à l'esprit et ne pas chercher à hypnotiser systématiquement tous les malades.

***

Comme on le voit, nos prétentions sont modestes.

Celles de nos contradicteurs sont, au contraire, fabuleuses et il semblerait vraiment, à les entendre, qu'ils aient prise sur toutes les maladies imaginables.

Certes il n'est pas scientifique de repousser de parti pris des assertions en contradiction avec les idées qu'on peut avoir, mais il est légitime en tout cas d'en demander des preuves rigoureuses.

M. Bernheim et ses élèves croient les avoir fournies, car ils prétendent se baser pour soutenir leur thèse sur des observations innombrables.

M. Bernheim a choisi parmi les siennes celles qu'il considère sans doute comme le plus démonstratives et les a publiées dans ses deux ouvrages, comme pièces à conviction. Il y a là en tout 208 observations groupées en un certain nombre de catégories.

Voici la classification adoptée dans l'ouvrage sur *la Suggestion*: 1° affections organiques du système nerveux; 2° affections hystériques (17 observations); 3° affections névropathiques; 4° névroses; 5° parésies et paralysies dynamiques; 6° affections gastro-intestinales; 7° douleurs diverses; 8° affections rhumatismales; 9° névralgies; 10° troubles menstruels.

Dans le livre sur la *Psychotherapie* l'auteur a groupé ses observations de la façon suivante : 1° observations de

(1) Je crois intéressant de faire remarquer en passant que je puis provoquer chez ce malade par la suggestion une contracture musculaire des membres inférieurs qui sont pourtant totalement privés des réflexes tendineux (Voir à ce sujet les Leçons du mardi du prof. Charcot, 1888-1889, p. 282).

névrose traumatique; 2° observations d'hystérie convulsive (9 observations); 3° troubles hystériques divers (6 observations); 4° observations de chorée; 5° observations de tétanie; 6° observations de névroses génitales; 7° observations de névroses psychiques; 8° alcoolisme; 9° affections neurasthéniques; 10° observations de nervo-arthritisme; 11° observations de troubles neurasthéniques consécutifs à des affections diverses; 12° névralgies; 13° rhumatismes; 14° affections spinales; 15° troubles liés à des affections organiques diverses; 16° troubles menstruels; 17° observations de suggestion par métallothérapie et magnétothérapie.

D'après ce catalogue, sur ces 208 observations il n'y en aurait que 32 dans lesquelles l'hystérie serait en cause et parmi les 176 autres cas il en est un grand nombre dans lesquels l'hypnotisme a amené la guérison complète.

Cette statistique paraît au premier abord renverser complètement l'opinion que nous avons soutenue. Mais, si, au lieu de se contenter d'un examen superficiel de ces observations, on les analyse avec tant soit peu de rigueur, on voit qu'il n'en est rien. En effet un grand nombre de ces cas se rapportent manifestement, ainsi qu'on peut le démontrer par les symptômes qui ont été notés et malgré le diagnostic contraire de l'auteur, à l'hystérie.

Il en est beaucoup d'autres dont le compte-rendu est tellement vague qu'il est impossible de se faire une opinion sur la nature de l'affection dont il s'agit et dans lesquels M. Bernheim porte un diagnostic absolument arbitraire, ou bien se contente lui-même d'un diagnostic dépourvu de toute précision. Or, si l'on veut établir qu'il est possible de guérir à l'aide de l'hypnotisme des affections qui n'ont aucun rapport avec l'hystérie, il est essentiel de fournir des observations soigneusement recueillies, où le diagnostic ne puisse être discuté et qui se rapportent à des espèces nosologiques bien déterminées et bien distinctes de l'hystérie.

Je ne puis évidemment passer en revue et analyser devant vous chacune de ces 176 observations. Je choisirai quelques exemples qui suffiront, j'espère, pour vous montrer que mes critiques sont bien fondées.

Parcourons, si vous le voulez bien, le groupe des *névroses traumatiques* (*Psychothérapie*) qui comprend 18 observations. La plupart d'entre elles, sinon toutes, sont relatives à des manifestations hystériques, soit que M. Bernheim le reconnaisse lui-même, soit qu'il se contente du diagnostic de névrose traumatique. Les extraits suivants vous fixeront à cet égard, sans qu'il soit besoin de commentaires :

« Obs. I. — Contusion épigastrique: accès de douleurs lancinantes dans la région ombilicale; vertiges. — Points douloureux xiphoïdien et rachidien et *hémianesthésie sensitivo-sensorielle* par suggestion. — Guérison des accès douloureux en trois jours, des vertiges en six jours par suggestion hypnotique.

Obs. VI. — Douleur dorsale rachidienne sans lésion d'origine traumatique datant de vingt ans. — Pseudo-ovarialgie suggestive.

..... En 1864, la malade a eu, dit-elle, un spasme occasionné par un incendie, dans la même soirée: ce spasme consistait en un hoquet qui dura douze heures, avec renvois, sans vomissements, avec anurie. Le lendemain, nouveau hoquet avec anurie pendant huit heures. Le surlendemain, nouvel accès pendant six heures. Les accès se répétèrent ainsi pendant huit jours, en diminuant chaque fois de longueur; le dernier dura une heure.

Obs. IX. — Douleurs et impotence fonctionnelle du membre inférieur droit, suite de chute. — Guérison par suggestion en quelques jours. ..... En décembre, à la suite d'une frayeur, elle eut une crise de nerfs qui dura un quart d'heure avec strangulation, sans perte de connaissance.

Obs. X. — Contracture douloureuse du membre inférieur droit, suite d'entorse. Insuccès de la suggestion. — Trois mois plus tard, rétention d'urine qui persiste plus de deux ans. — Contracture du membre inférieur gauche la quatrième année. — Guérison à la suite d'émotions morales après quatre ans et sept mois de durée.

Jeune fille de vingt-six ans, entre, vers le mois de novembre 1884, à la clinique chirurgicale pour une entorse tibio-tarsienne droite. M. le professeur Weis lui appliqua un appareil inamovible. Au bout de quelques semaines, ayant enlevé l'appareil, il constata que le pied était désenflé, mais tout le membre était rigide et douloureux. Il me pria de la voir; il y avait contracture et hyperesthésie excessive au moindre toucher. Nous diagnostiquâmes: contracture hystérique développée par le traumatisme.

Obs. XI. — Contracture douloureuse du bras droit datant de huit mois (suite de fluxion buccale). — Guérison en trois jours par suggestion.

Obs. XII. — Hyperesthésie du membre inférieur droit avec contracture musculaire, suite de chute. — Guérison de l'hyperesthésie par suggestion, de la déviation due à la contracture musculaire par chloroformisation et appareil plâtré.

Obs. XIII. — *Secousses hystériques* consécutives à un choc sur la tête. — Guérison par la suggestion.

Obs. XV. — Crises convulsives consécutives à une pression dans la foule. — Guérison par suggestion.

..... La sensibilité à la piqûre est *moins marquée* à gauche qu'à droite.

Obs. XVI. — *Crises convulsives hystériques* avec anesthésie sensitivo-sensorielle, suite de coups. — Guérison rapide par suggestion. »

« Passons à la classe des *affections névropathiques* (*De la Suggestion*).

« Obs. XXIX. — Symptômes *hystériformes*. Sensation de vide dans la tête et bourdonnements d'oreille, inertie morale. Disparition presque totale, rapide de ces symptômes, par suggestion hypnotique.

Obs. XXX. — Aphonie nerveuse depuis un mois. Guérison par simple affirmation. »

Remarquez que, d'une part, il n'y a pas de différence à établir entre une aphonie nerveuse et une aphonie hystérique et que, d'autre part, la guérison a été obtenue par suggestion à l'état de veille.

« Obs. XXXI. — Epilepsie; tremblement des mains, insomnie, céphalalgie consécutifs guéris par suggestion. »

Rien ne prouve d'après le compte-rendu qu'il s'agisse bien d'épilepsie. M. Bernheim ajoute lui-même à cette observation les réflexions suivantes :

« Il ne s'agit que de troubles nerveux consécutifs à des attaques d'épilepsie... que la suggestion hypnotique a amendés. »

Du reste M. Bernheim reconnaît que dans l'épilepsie vraie l'hypnotisme est sans ou presque sans effet.

« Obs. XXXII. — Troubles gastriques nerveux. Douleur épigastrique. *Anesthésie des membres*. Disparition rapide de l'anesthésie par suggestion; amélioration passagère des troubles gastriques.

..... Le 7 mai on constate en outre de l'analgésie avec anesthésie du tronc et des membres supérieurs; le sens musculaire est aboli; la sensibilité n'existe qu'à la plante des pieds. »

Examinons maintenant le groupe *des névroses* (*De la Suggestion*).

« Obs. XLVI. — Secousses choréiques localisées dans un bras. — Guérison en trois séances. — Rechute au bout de quelques mois. — Guérison nouvelle en trois séances; chaque suggestion arrête les secousses.

W... (Marie), seize ans, travaille dans une fabrique de limes, vient à la consultation le 17 juillet 1884, avec des secousses choréiques.

.....Le 17 juillet elle ne présente plus que des secousses dans les mains, secousses brusques spasmodiques, soulevant la

main et l'avant-bras comme par une forte commotion électrique, mais sans douleur; ces secousses se répètent avec opiniâtreté toutes les quatre ou cinq secondes.

Obs. XLVII. — Secousses choréiques datant de quinze jours, revenues plusieurs mois après une chorée généralisée; guérison en trois séances.

Caroline V..., dix-huit ans, travaillant dans la même usine et habitant la même maison que Marie W..., fut prise par imitation en novembre.

. . . Le 17 juillet, elle vint avec Marie W... Les secousses convulsives sont semblables à celles de sa camarade; elles se répètent toutes les deux secondes.

Obs. XLIX. — Tremblement de la main gauche consécutif à une chorée, et impossibilité d'écrire de cette main. Guérison en deux séances hypnotiques.

Claudine D..., âgée de quinze ans, m'a été amenée le 21 juillet 1884, par deux de ses amies, ouvrières du même atelier, et que je venais de débarrasser en quelques séances par suggestion hypnotique de secousses choréiques.

.... Il y a quinze jours elle fut reprise de chorée généralisée. Depuis huit jours, elle n'a plus qu'un tremblement incessant latéral rhythmique, occupant la main, le bras et l'épaule gauches. »

On pourrait croire, à première vue, que ces observations établissent la possibilité de guérir à l'aide de l'hypnotisme la chorée vulgaire. Il n'en est rien. Vous savez en effet que dans la chorée de Sydenham les mouvements sont irréguliers, désordonnés. Là, au contraire, il s'agit d'une chorée rythmique identique à la chorée hystérique. On a affaire à une épidémie naissante de *danse de Saint-Guy*.

« Obs. LIII. — Chorée généralisée datant de huit jours. Amélioration après deux séances. Guérison presque totale par suggestion, quatre à cinq semaines après le début. »

Dans ce cas, il semble bien, d'après l'exposé clinique, qu'il se soit agi d'une chorée de Sydenham. Mais cette affection guérit parfois spontanément après avoir duré cinq semaines et rien ne démontre l'influence bienfaisante de l'hypnotisme.

J'extrais de la classe des *Paralysies dynamiques* (*De la Suggestion*) le passage suivant :

« Obs. LXII. — Paraplégie dynamique psychique datant de deux mois. Amélioration notable après une séance. — Guérison complète en trois séances.

... La sensibilité est parfaite, les réflexes tendineux sont normaux, les muscles ne sont pas atrophiés. Dans son lit elle fait tous les mouvements. Je la fais se lever; elle ne peut se tenir sans s'appuyer sur son lit, sinon ses jambes fléchissent et elle tombe. Comme antécédents, elle dit avoir eu des attaques d'épilepsie à l'âge adulte, assez fréquemment. Depuis deux ans elle n'en a plus eu.

Je ne constate aucun signe de myélite, et je pense qu'il s'agit d'une *faiblesse dynamique*, que l'impressionnabilité de la malade a transformée en *paralysie psychique*. »

Il est incontestable qu'on a affaire à une paralysie psychique, mais il est encore plus exact de porter le diagnostic d'astasie d'origine hystérique.

Je vous signalerai dans le groupe des *affections neurasthéniques* (*Psychothérapie*) les deux observations suivantes :

« Obs. XLIII. — Névropathie datant de dix ans. — Vomissements alimentaires depuis un an. — *Hémianesthésie gauche.* — Suppression momentanée de l'anesthésie par la suggestion. — Cessation des vomissements. — Amélioration sans guérison complète.

Obs. LXIV. — Neurasthénie datant de huit mois. — Douleur dans la fosse iliaque droite, au-dessous des rebords costaux, constriction laryngée, dyspepsie, etc. — *Hémianesthésie droite.* — Restauration rapide de la sensibilité par suggestion. — Amélioration notable persistante obtenue en dix jours. »

L'hystérie est manifestement en cause, car l'hémianesthésie n'appartient à aucun titre à la neurasthénie.

Les autres observations ne sont pas assez circonstanciées pour qu'il soit permis d'éliminer l'hypothèse d'une intervention de l'hystérie. Du reste, il faut remarquer, d'une part, qu'il ne s'agit pas, dans tous ces cas, de guérisons définitives, et, d'autre part, que bien souvent la neurasthénie modifie très rapidement sous l'influence d'un simple déplacement, d'un repos de quelques jours.

Ajoutons à ce sujet que M. Bernheim reconnaît que la neurasthénie qu'il appelle héréditaire est plus souvent incurable; la neurasthénie acquise peut seule être améliorée ou guérie. On voit que M. Bernheim est réservé à cet égard, encore qu'il range, comme nous venons de le voir, des observations d'hystérie dans le cadre de la neurasthénie.

Abordons maintenant le chapitre des *affections organiques du système nerveux*.

M. Bernheim reconnaît en principe que lorsqu'il s'agit d'affections organiques l'élément dynamique surajouté est seul susceptible d'être modifié. Toutefois l'exposé des résultats qu'il a obtenus dans les cas de ce genre donnerait, si l'on acceptait sans critique le diagnostic porté par l'auteur, une idée très haute, mais inexacte de l'influence thérapeutique que peuvent exercer la suggestion et l'hypnotisme.

Dans l'ouvrage sur la *Psychothérapie* je trouve ce cas que j'ai déjà signalé plus haut, dans lequel le diagnostic de myélite infectieuse n'est aucunement justifié; je ne fais que vous le rappeler.

Voici quelques extraits d'une autre observation :

« Obs. CII. — Affection cérébelleuse depuis près de neuf ans. — Titubation vertigineuse, pendant la marche, avec obnubilation par mouvements de la tête sur le rachis. — Hémianesthésie sensitivo-sensorielle gauche depuis deux ans. — Disparition de ces symptômes par les aimants. (Recueillie par M. Ganzinotty, interne du service.) »

. . . .

« N'est-ce pas une chose étrange et presque merveilleuse de voir une affection aussi grave, des symptômes aussi complexes, de la titubation et un vertige datant de plus de sept ans, qui avaient résisté aux traitements les plus énergiques, céder en quelques heures à l'application d'un morceau de fer aimanté ? A quelle lésion avions-nous affaire ? ...... En attendant de nouveaux faits une lumière plus complète, nous pouvons admettre l'existence très probable d'une affection cérébelleuse.... Reste l'hémianesthésie gauche sensitivo-sensorielle.... Faut-il admettre, outre le foyer cérébelleux ancien, un second foyer plus récent qui intéresserait particulièrement le tiers supérieur de la capsule blanche interne? Telle est, ce nous semble, la seule opinion conciliable avec les idées doctrinales généralement admises... »

Ce diagnostic, que M. Bernheim ne porte du reste qu'avec une certaine réserve, ne me paraît pas du tout fondé. Dans l'hystérie on peut observer tous les phénomènes en question, et en raison même de leur évolution, il est bien plus probable qu'il s'est agi là de manifestations hystériques.

Dans le livre sur *la Suggestion* se trouvent les observations suivantes :

« Obs. IX. — Parésie d'origine traumatique des muscles de la main. Restauration immédiate des mouvements par suggestion.

Ch..., vingt ans, surveillant des travaux, à Remiremont, vient me consulter le 8 janvier 1887. Il y a trois mois, il se fit une *blessure à la main au niveau du pisiforme droit. La main se ferma tout de suite;* il y eut un certain degré *d'anesthésie dans la sphère du cubital*, qui a disparu. Depuis ce

moment, Ch... n'a pu se servir de cette main; *il ne peut pas écarter les doigts, ni ouvrir ou fermer spontanément la main.* Le Dr Guyot, de Remiremont, pensant à une lésion du nerf cubital, l'adressa à mon collègue, M. Weiss, qui me fit voir le malade.

Nous l'hypnotisons séance tenante; il arrive au troisième degré. *Je lui suggère* qu'il peut ouvrir et fermer la main, écarter les doigts; j'ajoute la manipulation à la suggestion. Au bout de dix minutes, je le réveille. Ch... *peut ouvrir et fermer la main, écarter et rapprocher ses doigts.* Il rentre le soir même à Remiremont, malgré mon désir de le voir rester quelques jours ici pour consolider la guérison. Ce résultat immédiat s'est-il maintenu? En tout cas, en cas de récidive, la suggestion répétée réussira certainement à restaurer définitivement la fonction. »

J'ai cité cette observation *in extenso*. En vérité, je ne conçois pas comment M. Bernheim a pu, sur de pareilles données, classer ce cas dans le groupe des affections organiques du système nerveux.

« Obs. VIII. — Troubles nerveux dans le plexus brachial gauche, s'irradiant quelquefois aux nerfs thoraciques et cardiaques, fourmillement, engourdissement, contracture, constriction, douleurs par accès. La suggestion dissipe instantanément les accès, mais n'en prévient pas le retour.

. . . .

Le 25 décembre, étant au lit, il ressentit toute la main gauche engourdie et avec des fourmillements, comme s'il avait couché sur elle: ces fourmillements persistèrent toute la journée; à 6 heures du soir, ils montèrent peu à peu jusqu'à l'épaule, puis se propagèrent de haut en bas le long de l'aisselle jusqu'à la hanche. Le lendemain matin, son cou était raide; il avait la sensation d'une barre dans la moitié gauche de la nuque. Ces fourmillements durèrent pendant trois jours avec insensibilité complète de tout le membre supérieur gauche et parésie. Au bout de trois jours, les fourmillements disparurent et, après cinq à six jours, la sensibilité était restaurée totalement. Les jours suivants, tremblement continu, léger, persistant au repos, qui dura jusqu'en mars. Alors survinrent des crises, caractérisées par un engourdissement à la main, remontant dans le bras et descendant sur le côté gauche du thorax; l'avant-bras contracturé en flexion, la main en pronation, les doigts fléchis, avec douleurs vives, sensation de constriction et d'étouffements à la région précordiale...... »

Là encore il y a tout lieu d'incriminer l'hystérie plutôt qu'une affection organique du système nerveux.

M. Bernheim publie aussi plusieurs cas d'hémiplégie organique avec hémi-anesthésie sensitivo-sensorielle, dans lesquels la suggestion a fait disparaître les troubles de la sensibilité. Mais qu'est-ce qui prouve que l'hémi-anesthésie reconnaissait pour cause l'existence d'une affection organique, puisqu'il n'y a pas eu d'examen nécroscopique?

L'autopsie a été pourtant pratiquée dans un cas qui prend ainsi, en apparence, une importance fondamentale. Voici le résumé de cette observation:

« Obs. I. — Hémiplégie gauche avec hémi-anesthésie sensitivo-sensorielle datant de un an. Hémiplégie droite passagère. Foyers dans chaque hémisphère. Tremblement post-hémiplégique bilatéral simulant une sclérose en plaques. Trépidation réflexe bilatérale et contracture des membres gauches. Guérison de l'hémianesthésie, du tremblement et de la trépidation par une simple application de l'aimant à la face. Retour de la contracture des membres gauches avec flexion de la main; vingt mois plus tard, guérison de la contracture par suggestion hypnotique. Diminution de l'oppression. Survie de trois ans. Autopsie.

Vous supposez peut-être que la contracture et la trépidation réflexe sont dues à une dégénération secondaire du faisceau pyramidal et que l'hypnotisme peut, par conséquent, faire disparaître les phénomènes spasmodiques imputables à cette lésion. Détrompez-vous; car, comme cela est noté dans le cours de l'observation, la moelle ne présentait pas de sclérose secondaire.

En somme, dans ces observations, rien ne démontre que l'hypnotisme puisse exercer une sérieuse influence sur les affections organiques du système nerveux.

Vous avez sans doute entendu dire que l'hypnotisme rend des services éminents dans le traitement des névralgies. Eh bien, Messieurs, j'ai lu attentivement les diverses observations de sciatique que M. Bernheim a publiées, mais je n'ai pas vu là un seul exemple de névralgie intense, de névrite sciatique accompagnée d'amyotrophie. Il s'agit, dans la plupart de ces cas, de sujets souffrant depuis quelques jours ou quelques semaines de douleurs plus ou moins vagues dans la partie postérieure de la cuisse. Or, n'est-il pas arrivé à tout médecin d'observer, dans des cas de ce genre, une amélioration ou une guérison très rapide, sous l'influence d'une injection d'eau distillée, de l'application d'un vésicatoire ou d'une pulvérisation de chlorure de méthyle? Il faut savoir du reste que l'hystérie peut provoquer des douleurs analogues et rien n'empêche de supposer que dans quelques-unes de ces observations, au moins, les douleurs soient d'origine hystérique.

Je ne conteste pas l'exactitude des résultats obtenus, mais ceux-ci ne sont pas en contradiction avec la thèse que je soutiens.

Certains aliénistes ont prétendu que les maladies mentales pouvaient être modifiées par l'hypnotisme. Il y a lieu d'être très réservé à cet égard. Voici en effet ce qu'en pensent quelques médecins des plus compétents en la matière.

M. Magnan nous a autorisé à dire que les expériences sur le traitement de la folie par l'hypnotisme, faites au Bureau de l'admission depuis trois ans, n'ont pas donné, jusqu'à présent, de résultat appréciable. Du reste, M. Bernheim lui-même reconnaît que le domaine de l'aliénation est le plus rebelle à la suggestion.

M. Forel, de Zurich, partage cette opinion.

« Les idées délirantes, dit-il (1), n'ont jamais été modifiées chez aucun malade; même ceux que je parvenais à hypnotiser, à rendre anesthésiques, amnésiques, auxquels je faisais réaliser des suggestions post-hypnotiques, se refusaient à accepter toute suggestion allant contre leurs idées délirantes. Je n'ai jamais réussi à influencer le cours de la vraie mélancolie (*je ne parle pas des mélancolies hystériques*) par la suggestion, tout au plus à produire parfois le sommeil et à activer la convalescence dans un cas. »

M. Briand, médecin en chef de l'Asile de Villejuif, dit (2):

« J'ai essayé maintes fois d'endormir des aliénés délirants, ne présentant aucune tare hystérique, mais je n'ai jamais été assez heureux pour obtenir aucun résultat. »

***

Messieurs, j'espère que cette critique rapide des observations qui devaient nous confondre vous a permis d'en apprécier la valeur.

N'est-il pas légitime de dire qu'en dehors de l'hystérie il n'existe pas une seule maladie susceptible d'être modifiée d'une façon notable par l'hypnotisme, ou du moins que le contraire n'est pas encore prouvé, car les ob-

(1) *Premier Congrès international de l'hypnotisme*, p. 155. Octave Doin, éditeur, 1890.
(2) *Premier Congrès*, etc., p. 186.

servations publiées dans ce but sont loin d'être démonstratives ?

Je me crois autorisé à conclure de toute cette discussion que les phénomènes hypnotiques sont de même essence que les phénomènes hystériques et que des liens intimes l'hypnotisme à l'hystérie.

J. Babinski (1),

Médecin des hôpitaux, ancien chef de clinique des maladies nerveuses à la Faculté.

TRAVAUX ORIGINAUX

La grippe et le caractère présumé de son agent pathogène, par le Dr Dubrulle, médecin-major de 2e classe.

Nous avons décrit brièvement en 1890 l'évolution de l'influenza au 145e régiment d'infanterie (2).

Cette affection s'étant montrée de nouveau au début de l'année actuelle et avec des allures toutes différentes, il nous a paru intéressant de rapprocher les deux épidémies dans un court parallèle après lequel nous essaierons de présenter quelques réflexions sur la nature, toujours controversée, de l'agent pathogène de la grippe.

Tandis que l'an dernier l'invasion avait été rapide, l'acmé atteint au bout de 15 jours et que la durée totale n'excédait pas cinq semaines, nous avons noté cette année un début insidieux et, pendant assez longtemps, des cas disséminés qui ont préludé à l'explosion épidémique. C'est ainsi que nous relevons une première atteinte le 6 janvier, une le 7, deux le 9, deux le 13, deux le 14, une le 15, une le 16, soit jusqu'au 21 du mois, 19 ; du 21 au 31 janvier, 27.

L'expansion s'affirme en février : du 1er au 10, 30 ; du 11 au 20, 62 ; du 21 au 28, 62 ; du 1er au 10 mars, 60 ; du 11 au 20, 31 ; du 21 au 31, 7. Ce qui donne un total de 298 cas répartis à peu près sur trois mois.

La maladie est donc restée à son acmé du 11 février au 10 mars. Mais il convient de remarquer, pour expliquer cette longue durée de la période aiguë, que les forts de la place occupés par trois compagnies ont été touchés après le casernement urbain et qu'au moment où le déclin commençait dans ce dernier, la progression continuait dans les fractions détachées.

Le 1er cas du fort de *B*, date du 21 janvier, celui du fort de *C*, du 13 février.

Et des 38 atteintes observées du 11 au 31 mars, 26 appartiennent à ces deux établissements.

Influences climatiques. — Si discutables que soient l'action saisonnière et le rôle du milieu atmosphérique, si incertains qu'ils nous aient paru l'année dernière, il est un fait que nous ne pouvons contester, c'est que la grippe, à peine accusée en janvier pendant que l'hiver sévissait dans toute sa rigueur, s'est nettement propagée dès que le temps est devenu plus clément. Son extension coïncide avec les belles journées qui ont marqué la seconde moitié de février. Faut-il invoquer les chances de refroidissement liées aux variations plus accentuées de la température du nycthémère ? supposer que ce changement survenu dans les conditions météoriques aurait favorisé la prolifération de l'agent pathogène ? ou admettre simplement que la *contagion* s'est exercée à ce moment avec son maximum d'intensité ?

Contagiosité. — Celle-ci en effet ne paraît pas douteuse et la marche même de l'épidémie en fournit la preuve. Comme l'an passé, son développement s'est effectué par foyers, en ville d'abord et plus tard dans les forts. Nous avons vu des sujets en traitement à l'infirmerie pour lésions chirurgicales contracter la grippe dans leur lit ; l'un d'eux qui a fourni notre cas le plus sérieux, compliqué de broncho-pneumonie, était couché depuis 8 jours avec une plaie contuse de la jambe. Les voisins de ces malades étaient des grippés.

Symptômes. — Nous ne nous étendrons pas longuement sur les caractères cliniques. L'immense majorité des manifestations ont été très légères, et, si le début s'est accusé comme d'ordinaire par la perturbation nerveuse, l'élément catarrhal n'a jamais fait défaut (coryza, angine simple, laryngo-trachéite). Quelquefois la détermination s'est opérée sur le tube digestif (embarras gastro-intestinal). Peu de bronchites confirmées ; un seul cas de broncho-pneumonie cité plus haut.

Nous avons bien noté simultanément une pleuro-pneumonie, quatre pneumonies lobaires, un érysipèle de la face : mais ces affections ont présenté leur physionomie propre. Elles n'avaient été précédées d'aucun des phénomènes pathognomoniques de la grippe et nous n'avons pas cru qu'il y eût lieu de les rattacher à l'influence régnante.

Thérapeutique. — Notre traitement n'a pas varié : ipéca au début ; sulfate de quinine à dose décroissante ; opium contre la toux laryngo-trachéale ; puis, quelquefois un purgatif salin quand la guérison n'était pas obtenue en cinq ou six jours, ce qui n'arrivait guère que dans la forme gastrique.

L'ipéca par la secousse décongestionnante qu'il imprime à l'appareil respiratoire, par la contro-stimulation consécutive qui enraye le travail fluxionnaire ; la quinine, par ses effets sur les éléments thermique et nerveux, nous ont paru constituer la médication spécifique de la grippe et nous n'hésitons pas à leur attribuer la bénignité et le dénouement très prompt des événements dont nous avons été témoin.

Il ressort de cet exposé que les deux épidémies se distinguent par des traits particuliers qui, toutes proportions gardées, nous feraient songer volontiers à ceux qui séparent le choléra indien du choléra nostras. Importation d'un côté, origine locale de l'autre. Nous n'avons plus constaté la quantité de cas frustes, la prédominance si marquée des troubles nerveux qui avaient été mentionnés l'an dernier par tous les observateurs. Mais, d'une manière générale, quelles que soient ses variétés cliniques, il n'en demeure pas moins que la grippe est toujours précédée d'un cortège de phénomènes qui constituent ses prodromes *classiques* et qui se passent dans le domaine de l'innervation. C'est sur ce fait indéniable et constant que nous nous proposons de baser les considérations qui vont suivre.

La grippe a-t-elle un microbe spécifique ? — Dans un travail de Burlureaux, publié ici même (1), nous relevons le cas d'un sapeur-pompier chez qui la grippe a débuté « par une syncope qui dura vingt minutes environ, suivie d'une attaque épileptiforme ayant nécessité le concours de quatre hommes pour maintenir le malade. Envoyé d'urgence à l'hôpital, ce militaire était guéri au cinquième jour, après des oscillations incroyables de la température. »

Le professeur J. Grasset, de Montpellier, relate l'histoire d'un soldat du 122e régiment d'infanterie, non alcoolique, n'ayant jamais eu de maladie grave, et chez qui la grippe a provoqué l'hystérie. « Cet homme était occupé à travailler, quand il éprouve brusquement des troubles de la vue. Il ne peut se tenir sur ses jambes et il est obligé

(1) Leçon faite à la Salpêtrière le 23 juin 1891.
(2) *Gaz. hebd.*, 29 mars 1890.

(1) *Gaz. hebd.*, 25 janvier 1890.

de s'asseoir, mais il a le temps de chercher la place où il va tomber et de faire environ dix pas pour y parvenir, puis il perd connaissance (1). »

Voilà donc deux sujets surpris *en pleine santé* (et c'est là le point à retenir) par des accidents névropathiques qui ont marqué l'invasion de la grippe avant toute autre démonstration morbide.

A côté de ces faits qui peuvent n'être pas isolés, il en est de nombreux où la grippe n'a donné lieu qu'à des manifestations d'ordre nerveux sans catarrhe consécutif. Chez beaucoup de nos malades, nous n'avions eu à observer l'an dernier que cette phase *initiale*, l'affection tournant court au 3e ou 4e jour (forme abortive). Chez tous et à toute époque, quelles qu'aient été les localisations ultérieures, l'invasion a été régulièrement annoncée par de la lassitude, de l'horripilation, de la rachialgie, de la céphalée, de la somnolence, etc.

« La grippe, écrit Antony, affecte surtout, lors de son apparition, les allures les plus variées, les plus bizarres, revêtant en maintes circonstances les aspects des maladies du système nerveux, névralgies, apoplexie, etc... Un de nos collègues les plus éminents fut brusquement pris de phénomènes nerveux avec dépression profonde qui, pendant quinze jours, déroutèrent tous les diagnostics (2). »

P. Blocq constate que les neuropathies grippales primitives ont été nombreuses (1890). « Ce sont elles qui ont surtout causé la confusion et fait méconnaître la grippe au début de l'épidémie en raison de l'absence de phénomènes catarrhaux qui les caractérisait (3). »

Au surplus est-il inutile de multiplier les citations, car il y a longtemps que les cliniciens ont été frappés de cette préexistence des désordres nerveux, laquelle autorise à croire «avec Peyton, Blakinston, Landau, que le poison générateur de l'influenza agit tout d'abord sur l'appareil de l'innervation (4). »

L'origine bactériologique de ces accidents est toujours à élucider. Sont-ils produits par les microbes familiers (pneumocoques, streptocoques, staphylocoque doré), qui ont été avec raison accusés des plus graves méfaits ? ou par un organisme *spécifique* au voisinage duquel les précédents acquerraient une virulence éventuelle ? Bien que l'existence du protozoaire de Klebs n'ait pas été confirmée, cette deuxième hypothèse rencontrerait quelque crédit, à en juger par la façon même dont les auteurs confessent leur incertitude.

L'inconnue n'est point dégagée, dit le professeur Arnould; mais la grippe est une maladie générale, « méritant un nom à elle, de sorte qu'il est encore permis de croire à son microbe spécial, à déterminer (5). »

Antony, après avoir énuméré toutes les opinions émises, déclare que l'ignorance où nous sommes de la nature de l'agent pathogène de la grippe nous oblige à ne pas trancher la question (6). »

Sans contester le rôle important que jouent les micrococques, nous pensons que ce rôle est accessoire, non primordial, et que les restrictions exprimées à son égard semblent justifiées par l'observation.

Si nous passons en revue les maladies qui possèdent à un haut degré la propriété d'attaquer d'emblée le système nerveux, nous remarquons le paludisme avec ses accès comateux, délirants, cardialgiques, convulsifs; et ses formes larvées, à rapprocher du type fruste de la grippe, qui se traduisent habituellement par des douleurs névralgiques.

L'on sait aussi qu'il peut provoquer l'hystérie chez les prédisposés, comme si l'éveil de la névrose était en relation directe avec l'altération du sang causée par les hématozoaires. Nous-même avons observé un cas d'hystérie mâle à l'éclosion duquel a paru présider ce facteur unique : *la dégradation infligée aux globules sanguins par l'agent spécifique de la mal'aria*.

Et en effet, l'influence exercée sur l'innervation par la qualité du sang s'affirme à chaque instant, depuis les phénomènes neurasthéniques de la chlorose, la courbature de fatigue, jusqu'aux états typhoïdes liés à la rétention des extractifs (Albert Robin), aux convulsions urémiques, etc. *A fortiori* doit-elle se manifester lorsqu'un principe morbide, véhiculé par le sang, tend à y entraver la vie et la régénération des globules. « *Sanguins moderator nervorum* » quand il est normal; le contraire a lieu dès qu'il devient pathologique.

Or, ce procédé générateur apparaît avec une clarté singulière chez le malade de Burlureaux. Une syncope est le premier symptôme de l'hyperkinésie bulbaire qui produira l'attaque épileptiforme. Cette parésie du cœur dénonce l'entrée en jeu de l'agent pathogène et le problème trouve sa solution immédiate dans l'*excitation des filets cardiaques du pneumo-gastrique*.

L'hystérie n'a pas éclaté d'une façon moins inopinée chez le sujet de Montpellier qui jamais, dans sa famille, n'avait été considéré comme un nerveux par tempérament. « Tout au plus avait-il présenté quelques céphal-« algies et une tendance assez marquée aux contrac-« tures (1) ». Ici également, nous ne verrions qu'un mécanisme à invoquer pour justifier cette coïncidence avec l'invasion grippale : l'irrigation défectueuse des centres nerveux par un sang brusquement modifié dans ses propriétés physiologiques. (Il est superflu d'indiquer que nous ne faisons allusion qu'au mode *provocateur*, attendu qu'une fois déclarée, la névrose tombe sous la loi commune et ne diffère plus de ses similaires survenues à la suite d'un incident quelconque, traumatisme, émotion morale, etc.)

Donc, la même interprétation pourrait s'appliquer aux neuropathies qui naissent sous le fouet du paludisme et de la grippe. L'état du sang serait probablement en cause et cette conception, déjà légitimée par une certaine conformité d'allures entre les deux affections, trouverait encore un point d'appui dans la découverte des *lésions globulaires* qui ont été notées chez les grippés (Chantemesse, Vaillard) (2). Ajoutons que ces déformations des globules étant identiques à celles qu'a signalées Hayem (3) dans l'anémie très prononcée, il est logique d'en inférer qu'elles seraient l'expression d'une déchéance rapide, comparable à celle que produisent les hématozoaires de Laveran..... Au temps d'éclaircir la question.

Coopération des microbes familiers. — Est-ce à dire que nous voulions diminuer l'œuvre des microbes banals? Nullement; mais au lieu de lui assigner le rang principal, nous estimons qu'elle est secondaire et synergique. Selon nous, ces microbes, auxquels le milieu sanguin est antipathique, se révèlent surtout dans la phase *catarrhale* par des déterminations sur les organes et tissus qui sont leur habitat préféré. C'est à eux qu'incombe la paternité des bronchites, des complications pulmonaires et pleurales, des éruptions cutanées, des suppurations. Leur mission consisterait à créer les phlegmasies et ils n'expliqueraient

(1) *Gaz. hebd. des Sc. méd. de Montpellier*, février 1890.
(2) La grippe au point de vue épidémiologique (*Arch. de méd. mil.*, novembre 1890).
(3) *Gaz. hebd.*, 7 juin 1890.
(4) Jaccoud, Path. int., 1877.
(5) La grippe dans le 1er corps d'armée (*Arch. de méd. mil.*, 1890.
(6) *Loc. cit.*

(1) J. Grasset, *loc. cit.*
(2) *Soc. méd. des hôp.*, 21 février 1890.
(3) *Soc. méd. des hôp.*, même séance.

point l'atteinte portée à l'innervation qui caractérise essentiellement le début de la pyrexie grippale.

En outre il est évident que, si les accidents névropathiques sont subordonnés, dans leur nature et leur intensité, à l'aptitude individuelle des sujets, cette circonstance qu'ils ne manquent jamais et constituent parfois toute l'affection les fait contraster, *par leur fixité même*, avec les autres manifestations de l'influenza. Rien d'irrégulier comme ces dernières; rien de permanent comme l'impression plus ou moins profonde éprouvée par l'appareil nerveux : aussi convient-il de lui attribuer une cause immuable et homogène qui serait précisément, croyons-nous, l'existence d'un parasite spécifique, les notions que l'on possède sur les associations bactériennes permettant de concevoir que cet agent confèrerait une nocivité passagère à quelques-uns de nos hôtes habituels.

Dès lors, nous comprendrions aisément les différences présentées par nos deux épidémies. Pendant la poussée pandémique de l'année dernière, ce parasite aurait envahi l'économie dans des conditions telles (nombre ou virulence) que ses effets devaient nécessairement dominer la scène morbide; d'où les troubles sensoriels, une infinie variété de phénomènes ataxiques et adynamiques. Aujourd'hui, au contraire, doué d'une activité moindre, il aurait laissé le champ plus libre aux microcoques, ses collaborateurs d'occasion; et la forme catarrhale a été franchement prédominante.

Tout concourt d'ailleurs à démontrer dans la grippe une infection *primitive* de la masse sanguine: et le facies animé des malades; et les hémorrhagies survenant dès le principe; et le type rémittent de la fièvre qui éveille l'idée d'une évolution microbienne analogue à celle du paludisme; et la lenteur de la convalescence après certains cas légers, frustes pour ainsi dire, où l'affection s'est réduite à un accès de fièvre et quelques douleurs névralgiques; lenteur qui établit que l'économie vient de subir une détérioration soudaine à laquelle n'a pu contribuer aucun processus émané de l'intervention micrococcique.

Burlureaux (1) rapporte (sous réserves) qu'un malade de son service aurait échappé à la grippe en se frappant le nez d'un coup de poing et provoquant une épistaxis dès qu'il s'était senti pris de mal de tête. S'il est réel, ce simple fait ne serait-il pas éminemment significatif?

Tandis que régnait la grande épidémie (1890), quelques personnes ont présenté sans motif appréciable, — et nous l'avons observé deux fois dans notre pratique militaire, — un alanguissement de la nutrition, anémie, prostration physique et morale, qui s'est amélioré peu à peu par une médication reconstituante. Quelle serait la part des microcoques dans la genèse de cette hypoglobulie aiguë, *spontanée en apparence*, et que, faute d'une autre origine, on est bien forcé de ranger parmi les tributs payés à l'influenza?

Enfin, il est un dernier argument que nous avons déjà indiqué (2) et qui ne serait pas moins probant puisqu'il évoque un nouveau trait de ressemblance avec la malaria. La quinine a sur les éléments fébrile et nerveux de la grippe une action positive, héroïque selon quelques médecins (Burlureaux, Gellie) (3) qu'il est rationnel d'attribuer à ses vertus anti-zymotiques. Elle est, par contre, absolument impuissante vis-à-vis des maladies qu'engendrent les microbes précités, pneumonie fibrineuse, érysipèle, etc., dont elle n'abaisse pas la température d'un demi-degré. Cela conduit à imaginer qu'il existerait en dehors de ces agents un parasite autonome, *probablement un hématozoaire*, enrayé dans sa prolifération par le traitement quinique.

Nous n'insisterons pas sur ces inductions qui n'ont qu'une valeur théorique et n'ont point reçu la sanction expérimentale. Mais peut-être y a-t-il quelque intérêt à les formuler, ne serait-ce que pour aboutir à cette conclusion que : plus la grippe et l'impaludisme offriront d'analogies, plus il sera légitime de rechercher le « corps du délit » dans le sang des grippés.

(1) *Loc. cit.*
(2) *Loc. cit.*
(3) Grippe et sulf. de quinine (*Bull. de la Soc. de méd. et de chir. Bordeaux 1890*).

ERRATUM. — Dans le travail de M. Dr Baumel que nous avons inséré récemment (n° 29) il convient de faire les corrections suivantes, p. 341, col. 2, ligne 22: au lieu de côté droit, lire *côté gauche*, et page 344, col. 2, ligne 6: au lieu de *glycogène*, lire *glycose*.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Réflexe patellaire dans le tabès dorsal cervical (Das Verhalten des Patellarsehnenreflexe bei Tabes dorsalis cervicalis) par Eichhorst (*Archiv. de Virchow*, 1891. t. CXXV, f. 1, p. 25). — En janvier 1890 une femme de 54 ans est transportée à la clinique en état de coma avec hémiplégie droite, consécutif probablement à une hémorrhagie capsulaire. On trouva les réflexes patellaires abolis des deux côtés. Cette constatation permit de se souvenir que la malade avait été autrefois traitée à la clinique pour un tabès dorsal. La mort survint quelques jours après. A l'autopsie on trouva une hémorrhagie cérébrale. L'examen de la moelle durcie montra au niveau des régions cervicale et dorsale jusqu'aux 2/3 supérieurs de celles-ci, l'aspect typique des lésions du tabès occupant toute la région des faisceaux postérieurs. En un mot, il s'agissait là d'un cas de tabès cervical dans lequel la moelle lombaire, et la partie inférieure de la dorsale étaient indemnes, et dans lequel cependant on avait constaté la perte des réflexes pendant la vie. Les recherches entreprises sur le nerf crural expliquent cette apparence paradoxale. On y trouva en effet, des lésions très accentuées : disparition des tubes nerveux, et prolifération nucléaire. On peut conclure de là que dans le tabès dorsal, les troubles du réflexe patellaire peuvent dépendre non pas de la moelle elle-même, mais d'une névrite périphérique.

Pathogénie du vertige auriculaire (On somes points in the pathogenesis of aural vertigo, par Pomeroy (*The New-York medical journal*, 20 juin 1891, n° 25, p. 716). — L'auteur rapporte 25 observations : le vertige résultait d'un trouble de l'œil ou de l'oreille, ou d'une tumeur du cerveau dans le cas 1; d'un trauma du labyrinthe dans les cas 4, 9 et 12; d'un catarrhe aigu de l'oreille moyenne dans le cas 5; d'une affection labyrinthique ou d'une sclérose de l'oreille moyenne dans le cas 6; d'une suppuration aiguë avec lésion labyrinthique probable dans le cas 7; d'une maladie de Menière dans les cas 8 et 10; d'une suppuration et de polypes dans les cas 11, 14, 16 et 21; de perforation du tympan par otite chronique dans les cas 13, 17, 19, 22 et 23; d'une affection labyrinthique consécutive à une maladie de l'oreille moyenne dans le cas 15; d'affection labyrinthique dans le cas 18; de sclérose de l'oreille moyenne dans le cas 20; de syphilis, d'épilepsie, ou d'affection de l'oreille moyenne dans le cas 24. Il n'existe pas en somme de cause spécifique du vertige, mais les altérations de l'oreille interne en figurent le principal facteur pathogène.

Un cas de tumeur cérébrale, par Dianoux (*Gaz. méd. de Nantes*, 1891, p. 81). — A propos d'un cas de mort subite, causée par une tumeur cérébrale, Dianoux expose ses idées sur la valeur de la papillite symptomatique au point de vue du diagnostic et du pronostic de l'affection.

Pour que la papillite se produise, il faut et il suffit que le liquide céphalo-rachidien soit altéré par le mélange des dé-

chets provenant de la tumeur. Il faut donc que celle-ci baigne dans le liquide. De plus, toutes les tumeurs ne possèdent pas ce pouvoir infectieux, ainsi les collections sanguines sous-périostées, l'hématome de la dure-mère, les tumeurs anévrysmales, peut-être les fibromes.

Il est probable que le liquide céphalo-rachidien doit être fort altéré et, de plus, augmenté de quantité, aussi la papillite doit-elle être un symptôme tardif de tumeur cérébrale.

Lorsque la névrite passe à l'atrophie, les chances de rétablissement de la santé augmentent; l'auteur n'a jamais vu, en pareil cas, la mort survenir.

Au point de vue de traitement, la constatation de la papillite indique la nécessité d'un traitement immédiat et très actif.

La marche de la lésion oculaire est régulière, sans à-coup, sans rechutes, sans modifications, par l'exacerbation des troubles encéphaliques.

MÉDECINE

Sarcines dans l'urine (Clinical remarks on sarcinæ in the urine for fifteen years, without accidents), par Finlayson (*British medic. Journ.*, 27 juin 1891, p. 1371). — Observation d'un homme de 71 ans, d'une bonne santé générale, ne présentant aucun trouble du côté des voies urinaires autre que la présence de sarcines dans les urines : celles-ci étaient généralement acides, renfermant un sédiment floconneux dans lequel on constatait au microscope la présence de sarcines moins volumineuses que celles que l'on rencontre dans les vomissements. Le malade avait eu autrefois des troubles urinaires qui avaient nécessité le cathétérisme. La présence de sarcines dans l'urine avait été constatée chez lui à l'âge de 57 ans.

L'acétanilide dans la bronchite (The use of acetanilide in the treatment of acute and chronic bronchitis), par Grün (*The Lancet*, 27 juin 1891, p. 1424). — L'auteur considère la bronchite aiguë non seulement comme d'origine microbienne, ce qui est assez admissible *a priori*, mais comme due à un microbe particulier dont il décrit les caractères, ce qui semble beaucoup plus contestable. En faisant agir sur des cultures de ce microbe diverses substances antiseptiques, il a remarqué que les plus actives de ces substances sont le sublimé et, en deuxième ligne, l'acétanilide. Partant de là, il a administré aux malades atteints de bronchite de l'acétanilide et a constaté au bout de quelques jours la disparition, dans les crachats, du microorganisme réputé par lui spécifique. L'heureux auteur n'a pas pu retrouver le micro-organisme en question chez 3 malades atteints de toux probablement d'origine pharyngée.

Lupus des muqueuses (Lupus of the mouth, pharynx and larynx), par G. Barling (*The Lancet*, 27 juin 1891, p. 1423). — Sur 13 malades atteints de lupus, traités dans les hôpitaux d'Edimbourg par les injections de tuberculine, l'auteur a rencontré 6 cas de lupus des muqueuses buccale, pharyngée ou laryngée; dans un cas, le lupus du voile du palais et du larynx ne s'accompagnait pas de lupus cutané. Il insiste sur la fréquence plus grande des lésions des muqueuses chez la femme (5 cas sur 6 femmes atteintes de lupus) que chez l'homme (1 cas sur 8) déjà relevée dans plusieurs statistiques et sur l'inégale gravité de ces lésions.

Épidémie de pneumonies chez des nouveau-nés (Eine kleine Pneumonie-epidemie bei Neugeborenen). par F. Gærtner (*Centralb. f. Gynækol.* 1891, n° 27, p. 561). — A la clinique d'accouchements d'Heidelberg les femmes sont couchées sur des matelas remplis de paille. Chaque fois que la femme quitte la clinique, la paille est renouvelée et le sac en toile lavé.

L'attention de l'auteur fut attirée sur ces sacs après qu'il a vu survenir des accident infectieux chez la mère (paramétrite) et chez l'enfant; et ses soupçons se confirmèrent davantage lorsqu'une petite épidémie de pneumonie éclata dans le service et emporta 7 enfants.

L'auteur a alors examiné la paille des matelas, les sacs, les rideaux de lit, la poussière des murs, et trouvé partout des staphylocoques et des streptocoques en grande quantité. Ces mêmes micro-organismes existaient dans les sécrétions vaginales des femmes, et dans la muqueuse bronchique et trachéale des enfants qui ont succombé à la pneumonie lobulaire.

CHIRURGIE

Point d'élection pour la ponction dans la paracentèse de l'abdomen (Zur Wahl des Einstichstelle bei der Paracentese der Bauchhœhle), par R. Trzebicky (*Arch. f. klin. Chir.*, 1891, t. XLI, p. 850). — On sait que depuis Monro, la ponction de l'abdomen est faite sur le milieu d'une ligne allant de l'ombilic vers l'épine iliaque antéro-supérieure. Trzebicky, qui, en se conformant à cette règle, a observé dans un cas une hémorrhagie abondante par lésion de l'épigastrique, a étudié sur 36 cadavres les rapports réciproques de l'épigastrique et de la ligne de Monro. Voici les conclusions de ce travail :

1° Dans la grande majorité des cas, la ponction faite au milieu de la ligne de Monro n'atteint pas l'artère épigastrique; mais dans un certain nombre de cas, le trocart peut rencontrer à ce niveau soit l'artère épigastrique, soit une de ses branches.

2° Comme l'épigastrique se trouve dans la gaine du muscle droit de l'abdomen, il faut se diriger, dans le choix du point de ponction, d'après la situation du muscle, surtout dans les cas où ce muscle est fortement distendu par l'épanchement ;

3° Au point de vue anatomique, la ponction sur la ligne blanche serait la plus inoffensive ; si l'on préfère la ligne de Monro, on ponctionnera au niveau de la moitié externe de cette ligne.

Entéro-anastomose (Intestinal anastomosis in a youthful case of fœcal fistula resulting from hernia) par Drew (*Medical Record* 6 juin 1891 p. 652). — James B. 14 ans, porte une fistule stercorale s'ouvrant juste au-dessus de l'anneau inguinal interne du côté droit; une 2e fistule située dans le scrotum correspond à l'anneau inguinal externe. Des matières fécales s'écoulent par les deux fistules. Amaigrissement et perte de forces. Opération : anesthésie; incision sur le bord externe du muscle droit de l'abdomen juste en dedans de l'extrémité supérieure du trajet fistuleux. Ouverture du péritoine; on trouve facilement la portion herniée de l'intestin qui siégeait au niveau de l'iléon à 10 cent. environ de l'angle iléo-cæcal. Un fil de soie aseptique fut placé autour de chaque segment et on coupa entre les deux. Lavage du champ opératoire. On plaça alors des ligatures aseptiques sur chaque bout sectionné, à environ 10 cent. de la section. On fit alors la toilette de ces deux extrémités, on les invagina et on appliqua des anneaux de catgut à travers des fentes pratiquées sur les côtés de l'intestin. Suture de la plaie. Pas de drain. Le malade meurt 5 jours après. A l'autopsie on trouva une gangrène des deux bouts invaginés de l'intestin; des matières fécales s'étaient répandues dans la cavité abdominale. Cette gangrène est peut-être due à ce que, suivant l'usage, l'auteur avait réséqué un fragment en V de mésentère, enlevant ainsi des vaisseaux nécessaires à la nutrition de l'intestin. L'auteur croit aussi qu'il vaut toujours mieux drainer.

Arthrite sub-aiguë survenant comme suite de couches (Sub-acute arthritis in the child-bearing woman, with special reference to etiology), par Hirst (*University Medical Magazine*, juin 1891, p. 515). — L'auteur, après avoir rappelé que cette arthrite sub-aiguë qui survient généralement lors de l'accouchement peut aussi se montrer au cours de la grossesse, met en présence les opinions actuellement soutenues sur son étiologie. La plupart des Allemands font de cette affection une manifestation blennorrhagique. Pour la plupart des Français il s'agit là d'un état spécial dû à la grossesse.

On peut, dit l'auteur, concilier à peu près ces deux théories en acceptant l'opinion de Bumm qui veut que l'arthrite blennorrhagique ne soit pas une production du gonocoque, mais bien une infection mixte à laquelle l'inflammation blennorrhagique de l'urèthre ouvre la porte.

Or, dit l'auteur, il est certain que dans quelques cas l'arthrite suite de couches est une infection qui s'est produite grâce à la blennorrhagie, mais quand on ne trouve aucune trace de celle-ci dans les antécédents de la malade, on peut bien admettre qu'il s'agit d'une infection pyogénique comme il s'en produit si souvent dans l'état puerpéral, mais infection qui dans ce cas a en quelque sorte une forme larvée.

BIBLIOGRAPHIE

Les substances alimentaires étudiées au microscope surtout au point de vue de leurs altérations et de leurs falsifications, par E. Macé, professeur à la Faculté de Nancy. Paris, J.-B. Baillière, 1891.

L'analyse chimique des substances alimentaires ne peut plus suffire ni au médecin légiste, ni à l'expert chargé de les contrôler. Aujourd'hui que l'étude des micro-organismes a pris une si grande importance, il faut y ajouter l'étude des nombreux parasites qui sont les agents les plus actifs des altérations que peuvent subir les matières qui servent à notre alimentation. C'est ce qu'a bien compris le Dr Macé, professeur d'histoire naturelle à la Faculté de médecine de Nancy. Son livre, illustré d'un grand nombre de figures et en particulier des planches empruntées à l'œuvre de Pasteur qui a si bien décrit les altérations du vin et de la bière rendra, à tous les étudiants, à tous les médecins, à tous les agents chargés de surveiller la santé publique, les plus grands services. Après une introduction dans laquelle se trouvent décrits les instruments et les réactifs qui servent à faire les préparations ou à étudier les altérations des substances végétales ou animales, l'auteur examine successivement les altérations des substances alimentaires d'origine animale et d'origine végétale, puis des boissons alimentaires.

Les altérations des viandes dues aux bactéries ont été l'objet d'une étude attentive et les procédés de recherche les plus simples et les plus faciles à utiliser ont été décrits. Malheureusement la technique microscopique non plus que l'analyse chimique ne permettent de contrôler la valeur de certaines préparations dont on vante trop souvent l'emploi. Le chapitre si court consacré à l'analyse des poudres et des extraits de viande en est une preuve.

Dans les parties qui traitent des aliments d'origine végétale nous trouvons souvent aussi le microscope inhabile à nous révéler la nature des éléments nuisibles. Il suffit de voir ce qui est écrit à propos des champignons. Cependant l'étude de la forme des spores peut donner certaines indications utiles qui ont été mentionnées.

En résumé, le livre de M. Macé est un ouvrage de vulgarisation et d'enseignement qu'on ne saurait trop louer. Il prouve qu'à l'Ecole de Nancy chacun se préoccupe de rendre plus profitable l'enseignement pratique de la médecine et des sciences sur lesquelles elle s'appuie. L. L.

Du paludisme et de son hématozoaire, par M. Laveran (Masson, 1891).

M. Laveran vient de réunir en un volume ses diverses communications relatives au parasitisme des fièvres palustres. Cet ouvrage contient plusieurs parties: dans la première l'auteur refait l'étude biologique complète de l'hématozoaire qu'il a décrit et signale les formes multiples qu'il peut revêtir. Il indique les procédés d'examen et de conservation et rapporte les différents essais de culture et d'inoculation. Dans le chapitre qui suit et qui constitue, pour ainsi dire, une notice bibliographique raisonnée, M. Laveran montre la part si grande qu'il a prise à la découverte et à l'étude de cet hématozoaire. Il rappelle notamment que Marchiavafa et Celli sont mal venus à lui contester la priorité de la découverte des mouvements amiboïdes des corps sphériques, puisqu'il les a signalés déjà en 1881; enfin, tout en reconnaissant la réalité de la forme en rosace sur laquelle Golgi a beaucoup insisté, il admet que son importance est tout à fait secondaire. De la lecture de cet historique on retire cette opinion, admise d'ailleurs par presque tous les auteurs, que la découverte de l'hématozoaire du paludisme appartient bien à M. Laveran et qu'il en a fait une étude des plus complètes et des plus remarquables.

Dans la seconde partie de son travail, M. Laveran discute la spécificité de l'hématozoaire qui porte son nom et il étudie à ce sujet les formes analogues que l'on peut rencontrer dans la série animale, en montrant que celles-ci n'ont cependant pas une identité absolue avec les organismes des fièvres palustres et que leur spécificité est des plus douteuses. En terminant cette seconde partie, l'auteur aborde la question si importante du polymorphisme de l'hématozoaire. Il admet pour sa part l'unicité de l'élément pathogène au point de vue clinique et anatomo-pathologique.

La dernière partie a trait à tout ce qui concerne l'étiologie habituelle du paludisme, sa prophylaxie et son traitement. Les chapitres qui le composent sont aussi intéressants à lire. Ils montrent que des découvertes de l'ordre de celle faite par M. Laveran conduisent rapidement à des résultats pratiques et notamment à des déductions thérapeutiques et prophylactiques des plus importantes. H. Vaquez.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Thèses de Paris.

De l'intervention chirurgicale dans les tumeurs malignes du rein, par Edgar Chevalier.

La néphrectomie pour tumeurs malignes du rein est de la plus haute gravité, telle qu'elle a été pratiquée jusqu'ici. On ne peut éviter ses grands dangers que par un diagnostic précoce, qui permettra d'attaquer le néoplasme à son début. Les cas les plus favorables pour ce diagnostic précoce sont ceux où les phénomènes fonctionnels forment le début de la maladie; parmi eux l'hématurie est le premier en importance, puis la douleur. La cystoscopie permettra d'éliminer la vessie et les voies urinaires inférieures, elle peut même dans certains cas indiquer quel rein est malade. Le début par la tumeur est le moins favorable pour l'intervention, car la tumeur est souvent forte quand le malade s'en aperçoit. Le chirurgien doit faire appel pour la recherche de la tumeur à tous les moyens d'investigation. Le diagnostic est le plus souvent impossible entre le sarcome et le carcinome; chez l'enfant c'est le plus souvent du sarcome.

L'incision exploratrice est l'élément le plus important du diagnostic précoce : on la fera de préférence extrapéritonéale. La néphrectomie sera rejetée chez l'enfant; chez l'adulte elle sera faite, quand on aura pu établir un diagnostic précoce, et comme pour l'incision exploratrice, elle sera extrapéritonéale.

Conduite a tenir pendant la délivrance dans l'avortement, par Henri Bourgogne

Quelle que soit l'époque de la grossesse à laquelle une femme expulse en bloc un produit de conception avec le placenta, la conduite à tenir sera uniforme, à savoir : Injections vaginales chaudes à 45° au biiodure de mercure à 1 pour 4000, et pansement antiseptique en permanence sur la vulve. La température sera prise matin et soir. Si le placenta est retenu dans la cavité utérine nous conseillons d'attendre son expulsion spontanée, tout en faisant des injections vaginales fréquentes et en maintenant sur la vulve un pansement antiseptique. La température est prise matin et soir. S'il y a hémorrhagie, on fera des injections vaginales chaudes fréquemment répétées. Si l'hémorrhagie continue on aura recours aux injections intra-utérines fréquentes ou continues selon la méthode de M. le professeur Pinard. Si des phénomènes d'infection surviennent, des injections intra-utérines répétées souvent ou continues seront faites à la malade. Si l'hémorrhagie ne cesse pas, et si les phénomènes d'infection s'accentuent, on pratiquera la délivrance artificielle *digitale*.

Quand le col ne sera pas perméable, pour permettre d'emblée la délivrance artificielle on emploiera le ballon dilatateur Champetier de Ribes. Au cas où le fœtus serait mort et macéré, on ferait des injections intra-utérines et à la moindre élévation de température on pratiquerait la délivrance artificielle précédée ou non, suivant les cas, de la dilatation au moyen du ballon Champetier de Ribes.

VARIÉTÉS

Statue de Jacques Daviel. — L'inauguration de la statue élevée à Jacques Daviel à la suite d'une souscription dont les promoteurs ont été MM. Panas et Horteloup, a eu lieu dimanche 26 juillet dernier, à Bernay. Ainsi que l'a fort bien dit M. Panas, Daviel méritait l'honneur qui lui a été rendu. Professeur d'anatomie et de chirurgie à l'école de Marseille, il avait longtemps médité et fait de nombreuses recherches sur le cadavre avant d'entreprendre l'opération de l'extraction de la cataracte qui l'a rendu célèbre. C'est dans cette attitude de méditation qu'il a été représenté, essayant et modifiant des procédés opératoires qui sont devenus classiques. Le corps médical français a répondu à l'appel du comité institué en vue de rendre au chirurgien né à Bernay un hommage impérissable. En son nom, au nom des facultés de médecine et du ministre de l'instruction publique, M. Brouardel a célébré à son tour les mérites de l'école oculistique française dont Daviel reste l'un des plus illustres représentants.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE
PARAISSANT TOUS LES SAMEDIS ET PUBLIANT TOUS LES MERCREDIS
LE MERCREDI MÉDICAL
JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

RÉDACTEUR EN CHEF : Dr L. LEREBOULLET. — SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION : Dr A. BROCA.

COMITÉ DE RÉDACTION

MM. E. BRISSAUD, G. DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, A. GILBERT, A. HÉNOCQUE, A.-J. MARTIN, A. PETIT, P. RECLUS

REVUE GÉNÉRALE

Pathogénie de la gangrène.

La gangrène est un processus morbide, essentiellement caractérisé par la mortification des tissus et leur putréfaction.

Qui dit putréfaction, dit microbe ; la gangrène est donc toujours d'origine microbienne ; on doit la distinguer soigneusement des eschares aseptiques que déterminent les agents physiques ou chimiques ; ceux-ci peuvent entraîner la mort ou la destruction des tissus, mais ils sont incapables de produire le processus fermentatif qui caractérise la gangrène.

Il est facile de comprendre que la gangrène ne peut se développer que dans les parties qui sont directement ou indirectement en rapport avec l'extérieur ; on l'observe sur les téguments, les muqueuses, dans l'appareil respiratoire ; mais les tissus ou les organes à l'abri de l'air (viscères abdominaux, centres nerveux) ne sont atteints que s'il existe un foyer primitif d'où les agents microbiens pourront pénétrer dans l'organisme. Comme exemple, nous n'avons qu'à rappeler ce qui se passe quand une artère est oblitérée ; s'agit-il de l'artère d'un membre, la gangrène pourra envahir les parties privées de circulation, telle est la gangrène sénile ; si l'obstruction porte sur une artère cérébrale, il se produira une nécrobiose, un ramollissement, il n'y aura pas de gangrène.

Il ne faudrait pas croire pourtant qu'il existe un microbe spécifique de la gangrène ; le processus que nous étudions est un processus banal et nous pouvons lui appliquer ce que nous disions de la suppuration. Nous avons montré, dans un article antérieur, que les foyers purulents peuvent renfermer les microbes les plus divers ; ces microbes, nous les avons divisés en deux groupes, suivant qu'ils ont toujours ou presque toujours la propriété de produire du pus ou suivant qu'ils n'acquièrent cette fonction que dans certaines conditions particulières. Nous admettrons la même division pour les agents de la gangrène, certains microbes, quand ils tombent dans des tissus sains, ont le pouvoir d'engendrer les deux stades du processus gangréneux, la mortification des éléments vivants et leur putréfaction ; d'autres, et c'est le plus grand nombre, n'agissent que sur les tissus altérés et même déjà morts. Dans ce dernier cas, on trouve généralement, dans les foyers morbides, de simples saprophytes, qui se comportent dans un organisme malade, comme ils le font dans des matières privées de vie. Sans doute la division n'est pas absolue ; le développement des microbes, même les plus virulents, est singulièrement facilité par un grand nombre de causes adjuvantes : la mortification des tissus, leurs altérations traumatiques ou chimiques (acide lactique par exemple), l'action synergique de certains saprophytes (associations microbiennes) représentent autant de conditions qui viennent en aide aux agents nécrophores les plus actifs ; mais elles ne sont pas indispensables et restent au deuxième plan ; au contraire leur intervention est absolument nécessaire, quand il s'agit de micro-organismes n'ayant qu'accidentellement la propriété d'engendrer la gangrène.

I

Le type des microbes qui rentrent dans notre premier groupe nous est représenté par le bacille de la *gangrène gazeuse*, le *vibrion septique* de Pasteur.

C'est, comme on sait, un microbe anaérobie, se présentant généralement sous forme de bâtonnets mobiles, souvent porteurs d'une spore ovoïde, fortement réfringente ; au niveau de la spore, le bâtonnet se renfle, ce qui lui donne l'aspect d'un fuseau ou d'une massue, suivant que la spore occupe sa partie moyenne ou son extrémité.

Ce microbe, qui est abondamment répandu sur la terre et se trouve dans le tube digestif de quelques animaux, est pathogène pour l'homme, le cheval, le mouton, le porc, le lapin et le cobaye. Les accidents qu'il détermine chez l'homme sont connus sous les noms de *gangrène gazeuse, gangrène foudroyante, septicémie gangréneuse* ; mais, étant anaérobie, le bacille ne peut guère végéter à la surface des plaies, qui sont superficielles et exposées à l'air ; il n'envahit que celles qui sont profondes, contuses, souillées par des poussières ou de la terre ; il se développe rapidement dans les tissus mortifiés, suscitant la production de sérosité, de gaz à odeur fétide, et de plaques de sphacèle ; la lésion s'étend de proche en proche et entraîne la mort en quelques jours.

D'autres microbes peuvent agir de même ; nous signalerons d'abord le bacille du *charbon symptomatique* qui, par ses caractères morphologiques et son action pathogène, se rapproche du vibrion septique. Les lésions pro-

duites sont presque identiques dans les deux cas; seulement les diverses espèces animales ne sont pas également sensibles à ces deux microbes : le bœuf, qui est presque complètement à l'abri de la septicémie gangréneuse, contracte avec la plus grande facilité le charbon symptomatique (appelé parfois charbon emphysémateux du bœuf); le cheval y est peu sensible; le lapin y est réfractaire; jusqu'ici on ne l'a pas observé chez l'homme.

Nous pouvons encore citer quelques autres microbes qui, par leurs effets, se rapprochent des précédents. Liborius, en inoculant de la terre végétale à des souris, a rencontré un bacille anaérobie, qui est plus épais que le vibrion septique et ne liquéfie pas la gélatine; l'auteur lui a imposé le nom de *pseudo-œdembacillus*. M. Arloing a trouvé un bacille mince, facultativement anaérobie, dans une lésion gangréneuse, survenue, au niveau de l'œil, à la suite d'une blessure par le soc d'une charrue. Enfin M. Duclaux a brièvement signalé un microcoque qu'il a observé dans un cas de gangrène foudroyante de la verge.

Mais la gangrène n'est pas toujours aussi profonde ni aussi grave que dans les exemples que nous avons rapportés jusqu'ici; elle reste souvent superficielle et évolue parfois d'une façon favorable : la *stomatite ulcéro-membraneuse* et la *dysentérie* peuvent être citées comme exemples.

La dysentérie présente d'autant plus d'intérêt qu'il semble que cette infection relève de parasites bien différents des microbes; les recherches de Kartulis démontrent que, dans l'intestin des dysentériques, on trouve des amibes que l'auteur a pu cultiver et dont les cultures, inoculées à des chats, ont reproduit une maladie assez analogue à la dysentérie humaine. Remarquons pourtant que le problème est plus complexe qu'il ne paraît au premier abord; dans l'intestin se trouve un nombre considérable de microbes, dont l'action peut venir s'ajouter à celle de l'agent spécifique et contribuer pour une part, impossible à déterminer, au processus gangréneux. Les mêmes réserves doivent s'appliquer au charbon; la pustule maligne présente à son centre une eschare noirâtre et, dans le charbon gastro-intestinal, on trouve des plaques de sphacèle sur la muqueuse des voies digestives; mais il est impossible de dire si la gangrène doit être attribuée à l'action de la bactéridie ou des nombreux microbes qui l'accompagnent; cette réserve nous est commandée aussi par les résultats des expériences : l'inoculation sous-cutanée de cultures charbonneuses pures, chez les animaux, produit souvent des œdèmes considérables, mais ne détermine jamais de gangrène.

II

L'histoire des gangrènes rentrant dans notre deuxième groupe est bien plus importante et soulève quelques problèmes fort intéressants.

Ces gangrènes, avons-nous dit, sont dues à des microbes très divers, le plus souvent à des agents pyogènes ou à de simples saprophytes. Nous sommes donc conduit à rechercher dans quelles conditions elles apparaissent et par quel mécanisme elles se produisent.

Dans les cas que nous avons à étudier, la gangrène ne constitue pas un processus primitif; elle se montre sous forme de manifestation secondaire, soit au cours d'une infection antérieure, soit chez un sujet atteint d'une maladie non microbienne, et se développe généralement dans des organismes débilités par les cachexies, la misère, la fatigue, l'inanition.

Tantôt la gangrène apparaît au niveau d'une lésion antérieure, tantôt elle survient d'emblée, en un point de l'économie qui semblait épargné par la maladie première.

Dans le premier cas, elle représente un épiphénomène local, se surajoutant à une altération préexistante : c'est ce qu'on observe dans quelques fièvres éruptives (variole, varicelle, et même vaccine), dans diverses affections cutanées (purpura, érythème noueux), dans l'érysipèle; c'est ce qu'on peut voir aussi au niveau des muqueuses (laryngite nécrosique) ou des viscères; un grand nombre de gangrènes pulmonaires rentrent dans ce groupe, le processus gangréneux s'établissant à la faveur d'une lésion antérieure du poumon.

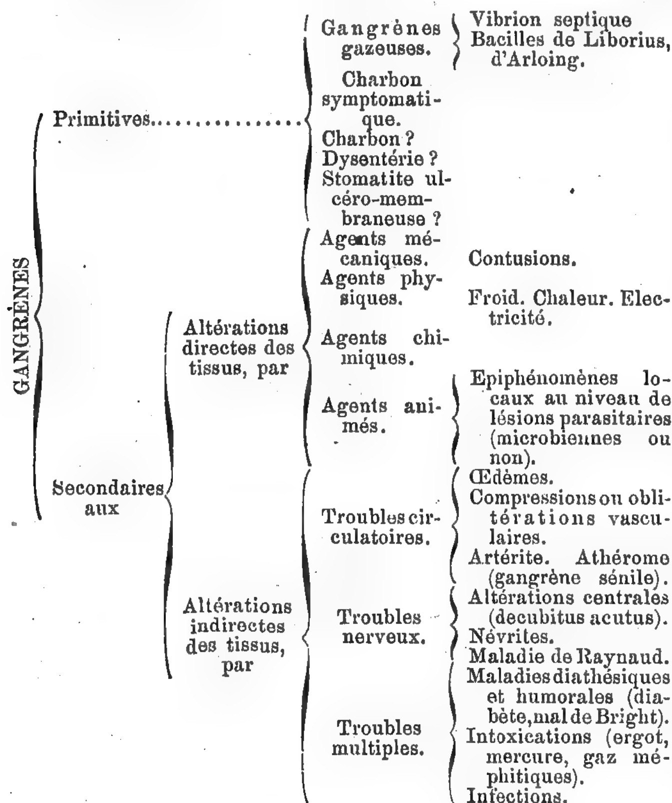
Lorsque la gangrène apparaît d'emblée, son développement est préparé par toutes les causes qui troublent profondément la nutrition des tissus, soit directement (contusions, agents physiques ou chimiques) soit indirectement; dans ce dernier cas, il s'agit d'altération sanguine, plus souvent d'altérations vasculaires ou nerveuses : les compressions, les oblitérations des vaisseaux, les artérites, les œdèmes, comptent parmi les principales causes qui favorisent ou permettent le développement de la gangrène. Les altérations nerveuses ne sont pas moins importantes : il nous suffit de citer l'eschare du decubitus acutus, les gangrènes massives par névrites, la maladie de Raynaud ou gangrène symétrique des extrémités.

Mais si l'on peut théoriquement n'admettre qu'un petit nombre de causes prédisposant à la gangrène, il faut reconnaître que, dans la réalité, les faits sont plus complexes et que généralement plusieurs facteurs interviennent : c'est ce qui a lieu notamment dans les infections et les intoxications.

Prenons comme exemple ce qui se passe dans les maladies infectieuses. Il est démontré aujourd'hui que l'intoxication joue le rôle principal dans la genèse des accidents d'origine microbienne; cette intoxication est favorisée par les altérations des organes chargés de transformer ou d'éliminer les matières nocives : le rein est souvent atteint; le foie, par le seul fait de la fièvre, voit diminuer sa teneur en glycogène et l'on sait que son action sur les poisons varie parallèlement à la richesse glycogénique. En même temps que les défenses de l'organisme diminuent, les sources d'intoxication augmentent; les microbes pathogènes sécrètent des matières auxquelles s'ajoutent celles qui proviennent des fermentations de l'intestin et de la désassimilation exagérée et souvent viciée des tissus. Mais l'intoxication à elle seule n'est généralement pas suffisante pour permettre le développement des agents de la gangrène : il faut tenir compte des altérations qui se produisent au niveau des artères, des capillaires, des nerfs. Il faut se rappeler aussi que la fièvre diminue les sécrétions, notamment celles de la bouche, et que, si le malade n'est pas tenu proprement, les matières fécales et l'urine peuvent imprégner les orifices d'excrétion et créer des foyers de putréfaction qui achèveront de vaincre les dernières résistances de l'organisme. Aussi avec les progrès de l'hygiène et l'antisepsie, les gangrènes secondaires sont-elles devenues beaucoup plus rares.

Ce que nous disons des infections, nous pourrions le répéter à propos des intoxications, des maladies diathésiques et humorales; dans tous ces cas nous trouvons réunie toute une série de causes prédisposantes, altérations du sang, des vaisseaux, des nerfs, etc.

Il est donc difficile, en se plaçant au point de vue de la pathogénie, de grouper les différentes espèces de gangrène. Nous avons cru néanmoins pouvoir présenter un essai de classification; sans doute les divisions que nous proposons sont artificielles; mais nous pensons qu'elles peuvent assez bien s'appliquer à tous les cas.



GANGRÈNES

- Primitives
  - Gangrènes gazeuses. — Vibrion septique. Bacilles de Liborius, d'Arloing.
  - Charbon symptomatique.
  - Charbon ?
  - Dysentérie ?
  - Stomatite ulcéro-membraneuse ?
- Secondaires aux
  - Altérations directes des tissus, par
    - Agents mécaniques. — Contusions.
    - Agents physiques. — Froid. Chaleur. Electricité.
    - Agents chimiques.
    - Agents animés. — Epiphénomènes locaux au niveau de lésions parasitaires (microbiennes ou non).
  - Altérations indirectes des tissus, par
    - Troubles circulatoires. — Œdèmes. Compressions ou oblitérations vasculaires. Artérite. Athérome (gangrène sénile).
    - Troubles nerveux. — Altérations centrales (decubitus acutus). Névrites. Maladie de Raynaud.
    - Troubles multiples. — Maladies diathésiques et humorales (diabète, mal de Bright). Intoxications (ergot, mercure, gaz méphitiques). Infections.

III

L'importance des *mortifications traumatiques* des tissus a été mise en relief par une série de travaux fort nombreux: si l'on prend un échantillon de vibrion septique, atténué au point de ne plus tuer le cobaye, et si on l'inocule dans un muscle, après l'avoir violemment contusionné, il se produira une lésion gangréneuse à laquelle l'animal succombera. M. Arloing nous a fait connaître un exemple encore plus saisissant, quand il a décrit les effets de son *bacillus heminecrobiophilus* ; ce microbe est incapable de se développer et de déterminer une putréfaction gangréneuse dans les tissus sains : il envahit facilement au contraire les tissus altérés par un traumatisme.

Vient-on à troubler la *nutrition* des cellules en diminuant *l'apport du sang artériel*, l'effet sera le même. Samuel anémie l'oreille d'un lapin en pratiquant la ligature de la carotide et de l'auriculaire postérieure ; puis il détermine dans les deux oreilles une vive inflammation, soit en les plongeant dans de l'eau chaude, soit en les frottant avec de l'huile de croton; le côté sain ne tarde pas à guérir; du côté anémié, la gangrène se développe. Une expérience célèbre de M. Chauveau met encore mieux en évidence l'influence des troubles circulatoires: cet expérimentateur pratique l'opération du bistournage; le testicule s'atrophie; mais si, auparavant, il a injecté dans les veines le microbe de la septicémie gangreneuse, cet agent, qui n'aurait pu végéter dans un organisme normal, trouve dans un tissu privé de circulation un milieu dénué de résistance et y détermine un processus de gangrène.

La clinique nous montre des faits semblables : la gangrène sénile, qui envahit un membre dont l'artère a été oblitérée, les sphacèles qui sont consécutifs aux artérites des maladies infectieuses, nous représentent autant d'exemples bien connus.

Les oblitérations veineuses peuvent également favoriser la gangrène ; mais cette cause doit être invoquée plus rarement, car la circulation se rétablit facilement par les collatérales.

Enfin c'est à peine si nous avons besoin de rappeler que, dans les cas où il se produit une obstruction de tout le système vasculaire d'un membre, la gangrène est inévitable : c'est ce qu'on voit notamment à la suite de constrictions énergiques longtemps prolongées, d'appareils chirurgicaux mal appliqués, etc.

C'est probablement en troublant l'irrigation sanguine qu'agissent certaines *substances toxiques*. Ce processus a été invoqué pour les gangrènes produites par le seigle ergoté ; mais il ne peut être admis sans réserve, car les expériences de Holmes et de Wernich démontrent que l'ergot ne produit pas de tétanisme des artérioles, puisque la tension y est amoindrie. Nous sommes mieux renseignés sur la pathogénie des gangrènes intestinales consécutives à l'intoxication hydrargyrique: les expériences que nous avons publiées sur ce sujet, établissent que, dans l'empoisonnement par les sels de mercure, il se produit au niveau de l'intestin des hémorrhagies qui décollent la muqueuse; privée de ses vaisseaux, celle-ci se laisse attaquer par les nombreux microbes qui pullulent dans le tube digestif. C'est par un mécanisme analogue que se produit la stomatite mercurielle ; la gangrène superficielle qui caractérise cette affection est l'œuvre des microbes de la bouche ; le mercure n'a fait que diminuer la résistance des tissus.

Nous pensons aussi qu'il faut faire jouer un grand rôle aux altérations vasculaires dans le pathogénie de la gangrène diabétique. Mais dans ce cas, comme dans la plupart de ceux que nous avons déjà cités, on ne doit pas négliger la part qui incombe aux *modifications humorales*. Leur importance, dans le mécanisme des gangrènes diabétiques, ressort des expériences de Bujwid. Cet auteur a montré que le *staphylococcus aureus*, cet agent pyogène par excellence, produit de la gangrène quand on l'inocule chez un lapin, rendu glycosurique par injection intra-veineuse de sucre de raisin. Ce résultat éclaire donc singulièrement le processus que nous étudions ; mais, nous le répétons, dans la nature, les faits sont plus complexes ; le diabétique n'est pas seulement atteint de glycosurie : il a souvent de l'artériosclérose ; il a souvent aussi des altérations nerveuses dont nous allons maintenant étudier l'influence.

Le rôle du *système nerveux* dans la pathogénie de la gangrène nous semble hors de tout conteste : il suffit de citer les eschares qui se produisent parfois si rapidement à la suite d'une lésion cérébrale ou médullaire; et les cas de gangrène massive d'origine névritique, rapportés récemment par MM. Pitres et Vaillard. On peut ajouter encore la maladie de Raynaud; les troubles vasculaires qui caractérisent cette affection expliquent la pathogénie de ces petites eschares, qui siègent surtout au niveau des orteils, c'est-à-dire en des points où fourmillent de nombreux saprophytes dont quelques-uns peuvent acquérir une action pathogène.

L'influence des troubles nerveux sur le développement de la gangrène ressort, croyons-nous, des expériences que nous avons poursuivies avec le streptocoque de l'érysipèle. Si l'on injecte sous la peau de l'oreille d'un lapin quelques gouttes d'une culture peu virulente, on verra se produire une petite plaque érysipélateuse, qui guérira assez vite ; mais si on répète l'expérience, après avoir sectionné au préalable les nerfs sensitifs de l'oreille, l'érysipèle sera beaucoup plus intense et pourra s'accompagner de plaques de gangrène qui se détacheront plus tard et détermineront des pertes de substance plus ou moins étendues.

Il est assez difficile de déterminer par quel mécanisme les lésions des nerfs sensitifs prédisposent à la gangrène. Il est probable que le procédé mis en œuvre est complexe ; il faut certainement invoquer une suspension du rôle trophique dévolu au système nerveux. Mais on peut penser ainsi que l'énervation diminue l'intensité de la diapédèse ; l'expérience démontre en effet que la section des nerfs sensitifs n'empêche pas complètement, mais entrave la sortie et l'arrivée des leucocytes ; la gangrène étant due à des microbes peu virulents, on conçoit que la phagocytose puisse s'exercer activement contre ces parasites. Ce qui donne un certain poids à cette interprétation, c'est qu'on empêche la gangrène en favorisant la diapédèse. Pour obtenir ce résultat, il suffit de sectionner le grand sympathique ou mieux d'arracher le ganglion cervical supérieur. Il se produit dans l'oreille correspondante une congestion intense, éminemment favorable à la sortie des leucocytes ; en effet, si l'on place sous la peau de chacune des oreilles une cellule de Ziegler chargée de streptocoques, qu'on retire ces cellules au bout de trois ou quatre heures et qu'on les examine au microscope, on constate que du côté énervé les leucocytes sont plus abondants ; dans quelques expériences, nous avons trouvé qu'il y en avait 40 fois plus que du côté normal. Ceci posé, introduisons sous la peau de chaque oreille quelques gouttes d'une culture de streptocoques et arrachons le ganglion cervical d'un côté ; si nous avons employé une culture très virulente, l'inflammation du côté sain sera extrêmement vive ; la tuméfaction sera énorme et pourra aboutir à la gangrène ; au contraire, du côté énervé, la guérison surviendra rapidement sans qu'il se produise de sphacèle. Cette expérience est en quelque sorte la contre-partie de celle que nous avons faite en sectionnant les nerfs sensitifs ; elle achève de mettre en évidence le rôle du système nerveux et des troubles vasculaires dans la pathogénie de la gangrène.

L'influence du système nerveux ressort encore des expériences suivantes : on coupe les nerfs sensitifs d'une des oreilles chez un lapin ; puis on plonge les deux oreilles dans de l'eau chaude (Senator) ou bien on les frotte avec de l'huile de croton (Roger) ; l'inflammation guérit du côté sain ; elle aboutit au sphacèle et à la mutilation de l'organe du côté énervé.

On peut admettre aussi que c'est en troublant la circulation et en empêchant l'arrivée des leucocytes que diverses *substances d'origine microbienne* favorisent la gangrène. On sait en effet, par les expériences de M. Bouchard et par celles de M. Charrin, que chez un animal soumis à l'action de certains produits microbiens, il se produit une paralysie du centre vaso-dilatateur, qui rend la diapédèse impossible. Ce résultat peut être invoqué pour expliquer le fait suivant : nous inoculons, dans la cuisse de deux lapins, une variété de vibrion septique auquel ces animaux sont réfractaires : l'un est gardé comme témoin et ne se trouve nullement incommodé ; le deuxième reçoit dans les veines les produits stérilisés d'un autre microbe, par exemple l'extrait glycériné d'une goutte d'une culture de prodigiosus ; l'animal succombe en 24 ou 48 heures ; à l'autopsie on trouve les lésions bien connues de la gangrène gazeuse.

Enfin c'est peut-être grâce aux troubles circulatoires qu'il détermine par action réflexe que le *froid* prédispose à la gangrène. Cette cause, qui a été si souvent mentionnée dans l'étiologie de la gangrène pulmonaire, semble exercer sur son développement une influence incontestable que tendent à expliquer les travaux récents.

Nous pouvons donc, en nous appuyant sur les faits que nous avons rapportés, poser les conclusions suivantes : la gangrène est favorisée par toutes les causes qui diminuent l'apport du sang artériel, soit directement (oblitérations vasculaires, ligatures, artérite), soit indirectement (paralysie du centre vaso-dilatateur, section des nerfs sensitifs) ; elle est entravée par les causes qui favorisent l'hypérémie artérielle (réflexe vaso-dilatateur, section du grand sympathique).

IV

Après avoir étudié les causes qui prédisposent à la gangrène, nous devons indiquer brièvement quels sont les principaux microbes qui peuvent, à la faveur des conditions précédentes, produire ce processus morbide.

On ne rencontre parfois, au niveau des foyers gangréneux, que de simples *saprophytes*, c'est ce qui nous explique comment, dans plusieurs cas, on a pu inoculer des parties sphacélées sans amener aucun accident. C'est ainsi que M. Bouchard injecte sous la peau de quelques lapins des substances alimentaires fermentescibles et non stérilisées ; les animaux succombent rapidement avec des lésions gangréneuses, souvent mélangées de gaz ; le liquide sous-cutané fourmille de bactéries, et pourtant son inoculation à des animaux sains n'amène aucun trouble ; ces parasites n'avaient pu agir que dans des tissus surdistendus par une grande quantité de liquide.

Ailleurs on rencontre des agents qui semblent tenir le milieu entre les saprophytes et les pathogènes. Tels sont les bacilles saprogènes de Rosenbach, le proteus vulgaris et surtout le bacille de Demme. Ce dernier microbe provient d'un cas d'érythème noueux avec sphacèle cutané : c'est un bâtonnet qui, inoculé sous la peau, détermine la production de gros noyaux érythémateux qui, plus tard, subissent une transformation gangréneuse.

Enfin la gangrène peut être produite par des agents habituellement pyogènes. La nécrose progressive, que Koch a déterminée chez la souris par injection sous-cutanée de matières pourries, est due à un microcoque que plusieurs auteurs identifient avec le streptocoque pyogène. Nous avons montré plus haut que l'érysipèle, produit dans l'oreille du lapin par le streptocoque, peut aboutir au sphacèle ; mais il est juste d'ajouter que l'examen des parties mortifiées nous a toujours montré la présence de nombreux microbes adventices ; la gangrène semble donc sous la dépendance d'une infection secondaire, préparée par le streptocoque. En est-il de même pour le staphylocoque ? Nous avons déjà dit que, d'après Bujiwd, ce micro-organisme produit de la gangrène chez les lapins rendus glycosuriques. C'est ce même microbe qui a été rencontré par Godwin, par Seydel et Buchner dans des cas de gangrène gazeuse ; mais ces faits ne peuvent être acceptés qu'avec réserve. Bonome l'a trouvé encore dans la gangrène pulmonaire et a entrepris à ce sujet quelques expériences sur lesquelles nous reviendrons, un peu plus loin.

Il existe trois variétés de gangrène sur lesquelles s'est portée l'attention des bactériologistes : le noma, la gangrène sénile, la gangrène pulmonaire.

Pour le *noma*, Sanson, dès 1878, avait signalé la présence de microbes dans le sang ; mais ceux-ci n'étaient nullement pathogènes ; Jordan, Morse ont fait une observation analogue. Pendant une épidémie de rougeole qui sévit à Munich, Ranke eut l'occasion d'étudier six cas de noma ; l'examen microscopique lui montra de nombreux microbes, et particulièrement des diplocoques et des streptocoques ; mais l'inoculation pratiquée sur des lapins ne donna aucun résultat. Babès rapporte qu'il a trouvé des leptothrix, des spirochètes, le streptocoque pyogenes, le staphylocoque doré, un bacille ovoïde, etc. Enfin, dans un cas observé par Schimmelbusch, on voyait au centre de l'eschare, une foule de microbes différents :

staphylocoques, streptocoques, diplocoques, bacilles; à la périphérie on ne trouvait plus que des bacilles; c'étaient des bâtonnets à bouts arrondis, isolés ou réunis en amas; l'auteur a pu les cultiver; en inoculant à des lapins soit des cultures, soit des fragments de tissu mortifié, il n'a vu se produire que des abcès; mais chez deux poules, il se développa des plaques de nécrose qui guérirent en trois semaines.

En étudiant, au point de vue bactériologique, un cas de *gangrène sénile*, Tricomi a isolé un bacille délié, offrant parfois une spore à sa partie moyenne; les cultures de ce microbe, inoculées sous la peau du dos à des cobayes, des lapins et des souris, entraînent la mort en 2 ou 3 jours; il se produit des eschares sèches et noires, avec exsudat ichoreux et destruction souvent très étendue du tissu cellulaire; à l'autopsie, on ne trouve pas d'altération des viscères ni du sang.

C'est la *gangrène pulmonaire* qui a le plus souvent servi aux recherches bactériologiques. Dès 1864, Traube et Fischer trouvèrent, dans les expectorations des malades, des microbes mobiles, arrondis ou allongés. Plus tard, Leyden et Jaffé observèrent des éléments analogues et constatèrent que l'iode les colore en bleu; puis, inoculant des grumeaux gangréneux dans la trachée de lapins, ces mêmes auteurs virent se produire des îlots de broncho-pneumonie dont le centre se sphacéla. Enfin on a signalé aussi des parasites relativement élevés, comme le leptothrix pulmonalis (Leyden et Taffé), le monas lens et le cercomonas (Kannenberg), des spirilles (Leyden), des aspergillus (Friedreich, Furbinger), plus rarement des sarcines.

Dans un cas que nous avons eu l'occasion d'étudier, nous avons trouvé dans les crachats deux espèces différentes de spirilles, des microcoques, des bacilles et enfin des pneumocoques; ce liquide, si riche en bactéries diverses, fut injecté à des lapins et à des cobayes; aux uns nous pratiquâmes l'inoculation dans la trachée, aux autres dans le poumon, dans les veines ou sous la peau; aucun animal ne devint malade; or, il s'agissait, dans notre fait, d'un homme atteint d'une gangrène à forme pneumonique; quand nous l'avons vu, son affection était parvenue au huitième jour; il est donc possible que le pneumocoque eût déjà perdu sa virulence, ce qui expliquerait pourquoi l'inoculation des crachats ne détermina aucun trouble chez le lapin. Néanmoins, la présence d'une grande quantité de pneumocoques dans les expectorations offre un certain intérêt; car ce résultat vient confirmer l'opinion de ceux qui pensent qu'un certain nombre de gangrènes pulmonaires ne sont que des associations de l'agent de la pneumonie franche avec divers saprophytes. On peut du reste, en faveur de cette conception, invoquer les données de la pathologie comparée; chez le cheval, la gangrène pulmonaire n'est pas rare, et Schutz y a trouvé le microbe de la pneumonie équine, uni à des bactéries de la putréfaction.

D'autres microbes peuvent déterminer, dans le poumon, des altérations qui prédisposent à la gangrène; tels sont les agents de la suppuration. On a vu parfois des embolies, issues d'un foyer purulent, s'arrêter dans le poumon, et y devenir le point de départ d'une lésion gangréneuse. Bonome, qui put examiner neuf cas de gangrène pulmonaire, trouva 5 fois le streptocoque, 3 fois le staphylocoque, 1 fois les deux espèces. Avec le staphylocoque doré, l'auteur est parvenu à reproduire de la gangrène chez le lapin; pour cela, il fallait injecter le microbe soit dans la trachée ou le poumon, soit dans les veines; dans ce dernier cas, on l'incorporait à des particules de moelle de sureau, de façon à déterminer son arrêt dans les vaisseaux pulmonaires. A la suite de ces expériences, Bonome obtint des foyers de nécrose, qu'il compare à des anthrax du poumon. L'examen histologique permit de leur décrire trois zones successives : une partie centrale, représentée par une masse ramollie, remplie de staphylocoques; une partie moyenne, granuleuse, formée de leucocytes à moitié détruits; enfin, à la périphérie un foyer de pneumonie à tendance hémorrhagique et contenant de nombreux saprophytes; la gangrène relevait donc, semble-t-il, d'une infection mixte.

Babès a également trouvé le staphylocoque doré dans un cas de gangrène pulmonaire; ce microbe était associé à un bâtonnet que l'auteur put cultiver et dont les cultures déterminèrent chez le lapin, le cobaye, la souris une septicémie qui tua ces animaux en deux ou trois jours.

Ce sont encore des microbes pyogènes que Hirschler et Terray rencontrèrent dans trois cas qu'ils eurent l'occasion d'examiner; à côté d'eux, se voyaient d'autres microbes, tels que le bacille pyocyanique, le tétragène et un microcoque dont les cultures renfermaient de l'indol et du scatol, et exhalaient une odeur analogue à celle du foyer pulmonaire; l'inoculation intra-pleurale de ce microcoque produisit, chez le lapin, une pleurésie fibrineuse, avec ecchymoses et foyers de sphacèle dans le poumon; enfin, en introduisant la culture directement dans le parenchyme pulmonaire, on observait le développement d'un foyer de gangrène tout autour du point d'injection.

Nous voyons, en résumé, que la gangrène pulmonaire peut être sous la dépendance d'un nombre très considérable de microbes, souvent associés au pneumocoque ou à des agents pyogènes. Ce sont des saprophytes ou des agents peu virulents; tantôt ils proviennent d'un foyer primitif et pénètrent soit par propagation le long des bronches, soit par embolie; tantôt ils sont amenés avec l'air et se développent au niveau d'une lésion primitive du poumon, particulièrement au niveau d'un foyer de pneumonie ou de broncho-pneumonie, ce qui explique que la gangrène débute au centre des lobules; on comprend ainsi pourquoi, dans les quelques cas où elle s'est montrée contagieuse, la gangrène pulmonaire n'a frappé que les individus déjà atteints d'une affection thoracique (Bard et Charmeil).

Quel que soit le point de l'économie où ils se développent, les agents des putréfactions gangréneuses agissent évidemment par les *matières solubles* qu'ils secrètent : c'est ce qu'admettait Koch pour la nécrose progressive des souris; c'est ce que tendent à établir les expériences que M. Arloing a poursuivies avec son bacillus heminecrobiophilus; c'est ce que montrent enfin les recherches de Filehne, Stolnikow, Escherich, qui ont trouvé, dans les crachats de malades atteints de gangrène pulmonaire, un ferment analogue à la trypsine et qui est capable de dissoudre les fibres élastiques. Mais les produits de sécrétion des agents nécrophores ne possèdent pas seulement une action locale; il en est qui se répandent dans l'organisme envahi et suscitent la production des phénomènes généraux si graves qui accompagnent presque toujours le développement de la gangrène; c'est un véritable empoisonnement par des matières putrides; on peut donc dire que, dans ce cas encore, l'infection aboutit à l'intoxication.

G.-H. Roger.

TRAVAUX ORIGINAUX

Relation d'un cas de bilharziose contractée en Tunisie et observée à Lyon par le Dr J. Brault, aide-major surveillant à l'Ecole du service de santé militaire (1).

Non ignara mali miseris succurrere disco.

G..., 25 ans, agent civil à l'Ecole du service de santé militaire, a fait un séjour de 58 mois en Tunisie au 4e régiment de chasseurs d'Afrique et au 13e escadron du train. Il a été successivement en garnison au Kef, à Gafsa, Souk-el-Arba et Aïn-Draham et n'a jamais habité aucun autre pays étranger. Antécédents héréditaires nuls, pleurésie à 15 ans, fièvre intermittente qui s'est caractérisée par 5 ou 6 accès quotidiens légers, dans les derniers mois du séjour en Tunisie ; aucun accès depuis le retour en France, jamais de dysentérie. Il y a trois mois, chancre mou avec bubon suppuré; le malade nie absolument toute blennorrhagie. G... vient à la visite à l'infirmerie de l'Ecole le 21 juin 1891 et se plaint d'uriner le sang. Son hématurie date de loin, c'est, il y a 3 ans 1/2, après 8 mois de présence au détachement de Gafsa, qu'il a commencé à s'en apercevoir.

Chaleur et démangeaisons légères au fond du canal, mictions fréquentes et douloureuses, ténesme vésical, hématurie légère au début et à la fin ; tels sont les principaux signes que notre malade présentait alors. A son dire il n'était d'ailleurs pas le seul dans cette situation au détachement et 14 autres de ses camarades urinaient aussi du sang ; dans le reste de la garnison un certain nombre de cas existaient également. G... reste encore deux mois à Gafsa, après le début de son affection, puis il séjourne successivement à Souk-el-Arba et à Aïn-Draham avant de rentrer en France. Pendant tout ce temps, une seule entrée à l'hôpital à la suite d'une colonne très pénible. Huit jours de repos, exéat.

Depuis sa libération, notre malade a vu son affection demeurer à peu près stationnaire. Actuellement les démangeaisons siégeant au fond du canal sont plus supportables, mais il existe toujours un peu de douleur à la fin de la miction. De plus il se plaint depuis quelque temps d'irradiations douloureuses surtout dans la zone du crural, à la partie antérieure de la cuisse gauche.

A part cela, la miction se fait bien; au lieu d'uriner toutes les heures pendant la journée et 5 ou 6 fois la nuit, comme au début de l'affection, le malade a seulement trois ou quatre mictions par jour et ne se lève jamais la nuit.

A aucun moment il n'y a eu d'incontinence ou de rétention, la quantité d'urine rendue est normale et le jet n'a subi aucune modification dans sa forme, son calibre ou sa projection.

Si l'étude de la miction nous donne ici peu de renseignements, il n'en est pas de même de l'examen des urines; aussi ne craindrons-nous pas de nous appesantir sur ce sujet et de passer successivement en revue : l'analyse clinique, chimique et histologique.

Examen clinique. — Les urines présentent une coloration foncée qui rappelle la bière brune ; par le repos elles se séparent en deux couches, une supérieure claire et une inférieure trouble.

Dans cette dernière couche l'on rencontre en allant du fond vers les parties superficielles des caillots, des concrétions et enfin du mucus. Les concrétions doivent surtout nous arrêter ; elles sont d'un blanc jaunâtre ou rouges, tantôt membraniformes et tantôt calcaires. Les premières, d'une longueur de 3 à 4 millimètres, sont étalées et rameuses, elles présentent de véritables franges qui flottent dans l'urine et les font ressembler au mucus, mais leur consistance ferme les différencie facilement de ce dernier.

Les concrétions calcaires sont blanchâtres et prennent un aspect crayeux très caractéristique toutes les fois qu'on les attire à la surface du liquide. Par la filtration, les urines se clarifient parfaitement et l'on a un dépôt rougeâtre assez abondant sur le filtre. Recueillies dans trois verres, suivant la méthode classique, elles ne présentent pas les mêmes caractères à tous les moments de la miction et l'on a des différences entre les 3 récipients.

Voici ce qu'on trouve habituellement :

1er *verre.* — Caillot sanguin de la grosseur d'une lentille, concrétions et mucus.

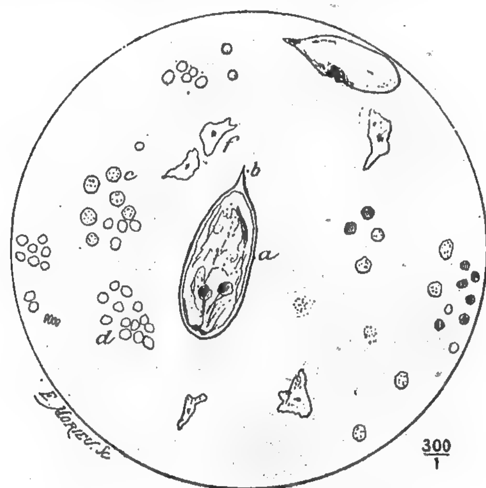
2e *verre.* — Concrétions et mucus seuls.

3e *verre.* — Concrétions, mucus et teinte plus rosée de l'urine.

En résumé, deux faits importants, présence de blocs concrets spéciaux et sang, surtout au début et à la fin de la miction.

Analyse chimique. — Volume de l'urine rendue en 24 heures, 1,200 à 1,500 grammes.
Réaction alcaline.
Densité, 1,022.
Urée, 13 gr. p. 0/0.
Acide phosphorique, 1 gr. 88 p. 1/00.
Albumine 0,2 environ p. 0/00.
Sucre réducteur, 0.

Examen histologique. — L'examen histologique est beaucoup plus intéressant que les deux précédentes analyses, car il donne des signes irréfutables et pathognomoniques. En effet, dans le dépôt qui reste sur le filtre on trouve des éléments tout à fait spéciaux ; ce sont les œufs et les embryons d'un animal.



Œuf de la Bilharzia hæmatobia

a. Œuf.
b. Eperon polaire.
c. Leucocytes.
d. Globules rouges.
f. Débris de cellules du col.

Œufs. — Les œufs se rencontrent surtout dans les concrétions ; ils mesurent 150 μ de long sur 60 μ de large, ils sont allongés elliptiques et ont assez bien la forme d'une amande recouverte de son péricarpe.

(1) Ce travail nous est parvenu le 1er juillet. Il avait été rédigé dans le courant du mois de juin et M. le Dr Brault en avait montré les préparations à plusieurs de ses collègues à l'Ecole de Lyon. N. D. L. R.

Ils présentent nettement un double contour et enfin, ce qui est caractéristique, ils sont tous munis d'une pointe terminale. Dans aucun cas nous n'avons trouvé d'éperon latéral, comme dans les œufs intestinaux.

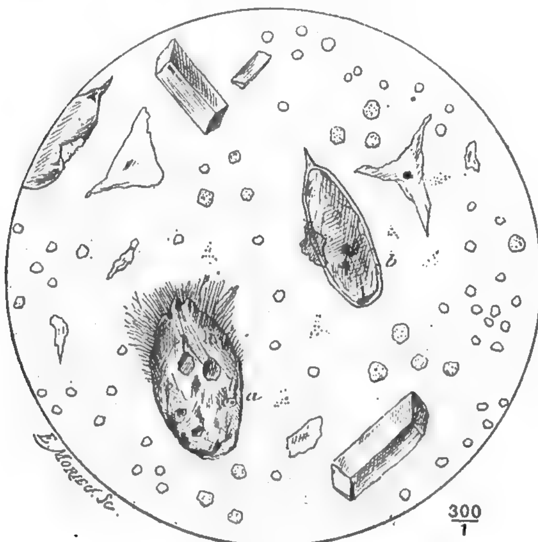
Cette pointe, longue de 20 µ, est très visible sur toutes les préparations.



a. Œuf intestinal
b. Eperon latéral

Embryon. — A côté d'œufs présentant une vaste brèche d'effraction on rencontre, mais très rarement, des embryons devenus libres. Ces derniers sont ciliés et mesurent 170 µ de long sur 75 µ de large.

La figure qui suit en représente un qui a été dessiné sur une de mes préparations par M Colomb, élève de l'Ecole de Service de Santé militaire, attaché au laboratoire de M. le médecin répétiteur Catrin.



a. Embryon
b. Œuf brisé

Outre ces œufs et ces embryons, l'étude du dépôt nous montre encore une multitude d'éléments accessoires : ce sont des globules rouges en grande quantité, des cellules triangulaires du col vésical, enfin des cristaux divers et de la mucine.

L'examen des matières fécales n'a pas été fait, le malade ne présentant rien du côté du tube digestif. Comme pour la filaire, je me propose de faire par la suite l'examen du sang à divers moments de la journée et de la nuit, et, si je parviens à trouver des traces des produits de l'hématozoaire, j'en ferai l'objet d'une autre communication.

Examen direct. — La palpation, la percussion et le toucher sont négatifs.

Le rein n'est ni gros ni sensible, on ne perçoit pas les uretères et il n'existe aucune douleur sur leur trajet; la vessie est également indolore et les testicules sont sains.

Le toucher rectal combiné avec le palper ne fournit aucun indice, la prostate, les vésicules sont normales, et la pression sur ces organes ne réveille aucune sensibilité.

Le cathétérisme avec la bougie olivaire n'a pas révélé de rétrécissement ou de spasme marqué du canal; le passage du cathéter n'est un peu douloureux que dans l'urèthre postérieur ou au niveau du col vésical.

L'exploration de la vessie faite méthodiquement et avec beaucoup de prudence m'a démontré l'absence de tout calcul. Sauf un peu de douleur au niveau du bas fond, l'opération a été bien supportée et l'hématurie n'a pas subi de recrudescence.

Notre malade n'a jamais présenté et ne présente aucun trouble digestif, il n'a jamais eu de selles dysentériques ou sanglantes, il n'a pas d'hémorrhoïdes. Il n'existe pas d'anémie, la rate et le foie sont normaux. L'état général est bon, le sujet est vigoureux et n'a jamais ressenti de fatigue bien marquée, enfin on ne trouve pas de lésions pulmonaires ou cardiaques.

Réflexions. — L'observation qui précède est un cas de localisation du bilharzia hematobia sur la vessie. L'aspect de l'urine et la présence dans son intérieur de concrétions rameuses, d'œufs à éperon polaire et d'embryons ciliés sont absolument pathognomoniques.

La bilharziose, appelée encore hématurie d'Egypte, est une maladie essentiellement africaine. On sait qu'elle règne principalement sur la côte orientale de l'Afrique et au cap de Bonne-Espérance; on a cru l'observer à Madagascar, à la Réunion et à Maurice, mais elle n'a jamais été, que je sache, signalée en Tunisie.

C'est par les commémoratifs, c'est par élimination que j'ai été amené à faire le diagnostic cliniquement, avant même de pratiquer l'examen microscopique, qui est venu heureusement confirmer et corroborer mes prévisions.

Le mode de production de l'hémorrhagie au début et à la fin de la miction m'a fait de suite poser le diagnostic du siège. J'avais les plus grandes chances pour me trouver en présence d'une hémorrhagie prenant sa source dans l'urèthre postérieur et sur le col vésical, restait à en connaître la cause.

J'ai été frappé par ce long séjour en Afrique, dans un pays relativement rapproché de l'Egypte. J'ai été également frappé par la symptomatologie anormale de l'affection que j'avais sous les yeux; j'ai tenu enfin un grand compte du renseignement fourni par le malade, indiquant que son cas n'était pas isolé.

Dans mon diagnostic par élimination, l'absence d'un début franchement inflammatoire, les dénégations du malade m'ont fait rejeter la blennorrhagie. La continuité de l'hématurie, son peu d'abondance, l'intégrité des testicules, des vésicules séminales et de la prostate, le bon état général allaient à l'encontre de la tuberculose. Enfin l'écoulement sanguin était trop minime pour penser à un néoplasme ou à des varices du col; de plus il n'était jamais spontané et se produisait exclusivement au moment de la miction.

Il faut cependant bien l'avouer, nous nous trouvions ici dans d'assez bonnes conditions pour faire le diagnostic. En

effet, comme nous l'avons dit au cours de notre exposé, notre sujet ne présente pas de calculs. Dans le cas où ces derniers existent, et cela arrive fréquemment, car les concrétions et les caillots sanguins sont là des noyaux tout prêts pour leur formation, la symptomatologie se complique et le diagnostic devient beaucoup plus difficile.

Il existe une autre affection parasitaire des pays chauds qui peut être confondue avec la maladie qui nous occupe, c'est l'hématurie intertropicale, due à la filaire du sang. Le diagnostic est pourtant facile, car dans cette dernière il n'y a pas hématurie seule, mais hémato-chylurie; dans le cas de doute le microscope lèverait immédiatement toutes les difficultés.

La bilharziose est produite par un trématode qui a reçu son nom de Bilharz, médecin du Caire, qui le découvrit en 1851. Je ne veux pas insister ici sur l'histoire naturelle de cet entozoaire, il a été fort bien décrit dans tous les traités spéciaux et en particulier dans les ouvrages de Cobbold, Davaine et Blanchard.

On sait que, dans cette espèce, les sexes sont portés par des individus différents. Le mâle mesure 9 à 10 mm. de long et à peu près 1 mm. de large. Il est beaucoup plus gros que la femelle, et il porte cette dernière dans un canal qu'il présente à la partie antérieure du corps, ce qui lui a fait donner le nom de gynækophorus.

D'après les recherches de Zancarol et Damaschino, publiées dans les mémoires de la Société médicale des hôpitaux en 1882 et en 1883, l'animal peut avoir dans notre organisme des habitats assez variés.

La bilharzie adulte habite de préférence les veines mésaraïques, les veines hémorrhoïdales et les riches plexus vésicaux et péri-prostatiques. Elle s'attache aux parois des vaisseaux à l'aide de piquants et de deux ventouses dont l'une est placée à l'extrémité céphalique, l'autre à l'union du 1/4 supérieur avec les 3/4 inférieurs de la paroi ventrale du ver. Ces ventouses permettent à l'animal de se fixer solidement et l'empêchent d'être entraîné dans le torrent circulatoire.

Au moment de la ponte, l'animal se dirige vers les ramuscules veineux, et là dépose ses œufs à la limite du réseau capillaire, Bilharz prétend même avoir vu de ces animaux à demi libres à la surface du gros intestin. Ces faits expliquent le nombre considérable d'œufs rencontrés soit dans les matières fécales soit dans les urines.

Kartulis est parvenu à démontrer la présence d'embryons et d'ovules dans les uretères, dans le rein et dans le parenchyme du foie. Mais c'est surtout dans les muqueuses vésicales et intestinales qu'on les rencontre en grand nombre.

Les œufs peuvent être entraînés dans la circulation générale et l'on peut en retrouver jusque dans le poumon.

La présence de la bilharzie, soit dans l'intestin, soit dans la vessie, détermine des troubles fonctionnels très marqués et des lésions anatomiques qui peuvent entraîner la mort.

Ce sont des indurations, des ulcérations, des végétations polypiformes des muqueuses vésicales et intestinales, des altérations secondaires des uretères, du bassinet et des reins, toutes lésions qui ont été bien décrites par Zancarol et ses élèves.

Pour tout ce qui a trait à l'anatomie pathologique, on n'a qu'à se reporter aux planches publiées par Damaschino.

L'animal se nourrit de sang, son développement et son mode d'introduction dans notre organisme sont encore assez peu connus.

Comme nous l'avons vu, les œufs sont pondus dans nos tissus et donnent naissance à des embryons ciliés. Ces derniers ne sont pas susceptibles de se développer dans l'organisme des animaux vertébrés et il leur faut un autre habitat transitoire. L'animal intermédiaire est encore à trouver, et malgré les nombreuses expériences d'infestation entreprises par les naturalistes, on ne connaît pas encore toutes les transformations successives de l'embryon.

Quoi qu'il en soit, le mode d'introduction le plus probable chez nous est la voie digestive, c'est l'ingestion d'eau contaminée. Certains ont pensé que le parasite pénétrait dans l'organisme à travers la peau et qu'il fallait proscrire les bains. Aucune preuve ne vient à l'appui de cette hypothèse.

On pourrait peut-être aussi songer, surtout lorsqu'il s'agit des voies urinaires, à une contamination directe par le coït. Dans notre cas particulier le sujet n'avait eu aucun rapport sexuel avec des négresses ou avec des femmes venant d'Egypte.

Le pronostic est sérieux, toutefois l'on a trop de tendance à l'assombrir et, s'il est des cas mortels, la plupart du temps les troubles restent légers et grâce à un traitement symptomatique les individus atteints peuvent, tout en conservant la bilharzie dans leurs veines, parvenir à un âge avancé.

L'ignorance où nous nous trouvons au sujet de l'évolution du parasite nous désarme un peu au point de vue prophylactique. Néanmoins on devra s'abstenir des eaux suspectes, ou les purifier alors par le filtrage, ou mieux encore par l'ébullition.

L'infiltration large du parasite, sa présence au sein même des sinus veineux, ses lésions multiples au plus profond de l'intestin, de la vessie et des autres organes abdominaux ne permettent pas de songer à des interventions chirurgicales.

On peut essayer l'asa-fœtida, la térébenthine comme pour les autres entozoaires, mais en somme le traitement spécifique est encore à trouver et nous devons pour le moment nous borner à faire la thérapeutique des symptômes.

En ce qui nous concerne, nous avons prescrit à notre malade l'acide borique en lavages uréthraux et vésicaux. Des instillations de nitrate d'argent portées sur le col ont fait disparaître la douleur et les démangeaisons ressenties au fond du canal. Enfin nous comptons alterner le salol et la térébenthine à l'intérieur.

Conclusions. — Il résulte de ce que nous venons de dire, et des nombreuses préparations démonstratives que nous avons mises sous les yeux de plusieurs de nos collègues, que la Tunisie doit désormais être considérée comme faisant partie de la zone géographique où règne la bilharzie.

Dans les diverses localités du sud de cette région, en particulier à Gafsa, l'attention des médecins doit être portée sur cet hématozoaire, qui paraît atteindre les troupes dans une assez forte proportion.

Dans ces garnisons l'on devra plus spécialement surveiller les eaux (1). Chez les individus présentant des dysentéries à formes anormales, chez les hématuriques on devra rechercher avec soin, soit dans les urines, soit dans les selles, les œufs et les embryons du bilharzia.

Toutes les fois qu'un individu sera manifestement atteint par l'affection, il faudra, autant qu'il est possible de le faire, se mettre en garde contre la dissémination du mal, par les urines et les déjections.

Telles sont les considérations que j'avais à présenter; je serai heureux si leur lecture peut attirer l'attention

(1) Il faudra rechercher dans les sources, les citernes, les oueds, la cercaire à l'état libre ou disséquer les animaux pêchés à diverses heures et à des profondeurs différentes pour y déceler les rédies ou les cercaires.

sur une page fort curieuse de la pathologie exotique et si je puis ainsi contribuer, pour une faible part, à la prophylaxie d'une affection encore trop souvent sérieuse et parfois mortelle.

TH. BILHARZ. Distomum hæmat. und sein Verhæltniss zu gewissen pathologischen Verænderungen der menschlichen Hanorgane. *Wiener med. Wochenschrift*, VI, p. 49 et 65, 1856.
COBBOLD. Synopsis of the Distomidæ. *Proceed. of the Linn. Soc.*, V, p. 31, 1860.
DAVAINE. *Traité des entozoaires*, p. 312.
ZANCAROL ET DAMASCHINO. *Soc. méd. des hôp. de Paris*, t. XIX, 2e série, p. 144, 1882.
S. KARTULIS. Bilharzia, *the Lancet*, II, p. 364, 1885.
R. BLANCHARD. *Zoologie médicale*, p. 636.
MONIEZ. *Parasites de l'homme*, p. 68.

CORRESPONDANCE

Hypnotisme et hystérie.

Réponse à Monsieur le Dr Babinski.

Dans sa conférence sur l'hypnotisme et l'hystérie publiée dans la *Gazette hebdomadaire* (25 juillet et 1er août), M. le Dr Babinski me prend longuement à partie. C'est la seconde fois. Je réponds aujourd'hui :

Ceux qui ont suivi les développements successifs de la question, telle que Charcot l'a exposée en 1878, telle que ses élèves Richer, Binet et Féré, Gilles de la Tourrette l'ont exposée ensuite, telle enfin que M. Babinski vient de l'exposer à son tour, s'ils connaissent en même temps la doctrine dite de Nancy, telle que je la professe depuis 1883, se rendront compte de ce fait, que la Salpêtrière n'est pas restée stationnaire. Tout en nous attaquant sans cesse, elle s'est rapprochée de nous ; elle a fait, sans l'avouer, une évolution notable vers la doctrine de Nancy.

« L'exaltation de la suggestibilité, dit M. Babinski, constitue le caractère fondamental de l'hypnotisme. » Mon contradicteur accepte presque ma définition. Les caractères dits somatiques n'occupent plus que le second plan. Il accepte même que l'hypnotisme peut exister avec de seules manifestations psychiques, sans aucune manifestation somatique. Que devient alors la fameuse période, dite léthargie, dans laquelle le sujet serait le plus souvent réfractaire à toute suggestion? Ne serait-ce plus de l'hypnotisme? La vérité est que la suggestibilité exaltée existe à tous les degrés de l'hypnose et que la léthargie, telle qu'elle était décrite, n'existe pas.

M. Babinski ne parle d'ailleurs plus ou presque plus des trois phases, de l'hyperexcitabilité neuro-musculaire de la période léthargique, de l'hyperexcitabilité cutanéo-musculaire de la période somnambulique, des transferts par les aimants de tous ces caractères dont la Salpêtrière réclamait autrefois la présence pour caractériser le grand hypnotisme des hystériques. La vérité est que ces caractères n'existent pas, en tant que somatiques : ils sont œuvre de la suggestion. Et si M. Babinski insistait encore pour en soutenir la réalité, je le défierais de trouver dans un hôpital de Paris un seul sujet vierge d'hypnotisations antérieures, chez lequel il puisse réaliser un seul de ces symptômes, dans des conditions telles que la suggestion ne soit pas en jeu !

Aujourd'hui M. Babinski ne parle plus que de *phénomènes somatiques suggérés* et destinés simplement à démontrer la réalité de l'hypnose. Comme tels, il invoque seulement la contracture et la plasticité cataleptoïde, qui selon lui ne pourraient être simulées, avec les caractères spéciaux indiqués par MM. Charcot et Richer. Or, ces caractères spéciaux résultant de l'absence de fatigue musculaire et indiqués par le tracé graphique, je ne les ai pas constatés chez beaucoup de mes meilleurs sujets ; et j'ai pu au contraire les obtenir chez des sujets non hypnotisés.

Pour établir que l'hypnotisme n'est que de l'hystérie et que tous les sujets hypnotisés sont des hystériques, M. Babinski compulse mes observations et s'évertue à y chercher des stigmates de la névrose. Sans doute la plupart de mes observations présentent des symptômes nerveux, par la raison toute simple que la thérapeutique suggestive s'adresse surtout à ces symptômes. Mais quand sur 73 malades que contient mon service, j'en hypnotise 69 dont 65 hallucinables, dira-t-on que tous ces emphysétateux, tuberculeux, typhoïdes, cardiaques, convalescents ne sont que des hystéries larvées?

Voyons cependant les observations incriminées ! Un terrassier, âgé de 49 ans, est pris tout d'un coup d'une paralysie du radial droit avec anesthésie de la main et du tiers inférieur de l'avant-bras. Je crois pouvoir la qualifier de rhumatismale, parce que cet homme, sans antécédents nerveux autres, avait eu sept ans auparavant un rhumatisme articulaire localisé aux membres supérieurs, qui avait laissé à sa suite de la parésie pendant six semaines.

M. Babinski affirme que c'est de l'hystérie. Est-ce à cause de l'anesthésie ? « La sensibilité, disent les auteurs, peut être abolie en même temps que le mouvement aussi bien dans une lésion par paralysie cérébrale que dans celles de cause hystérique rhumatismale, saturnine » (1). Cela posé, je reconnais que la nature rhumatismale d'une paralysie rhumatismale n'est jamais mathématiquement démontrée. Savons-nous ce qu'est le rhumatisme ? Pour être dans le vrai, indiscutable, j'eusse pu qualifier mon cas de paralysie dynamique. Mais sa nature hystérique est certainement bien moins démontrée.

Je cite un cas de myélite infectieuse consécutive à une pneumonie. De ce fait relaté dans l'observation que l'enfant couché au lit exécute encore les mouvements, mais debout ne peut se tenir, ni marcher, l'auteur conclut précipitamment au syndrome astasie-abasie. A Nancy beaucoup de paraplégiques incomplets peuvent encore remuer les membres dans leur lit, mais n'ont plus la force musculaire suffisante pour la station ou la marche. L'enfant dont il est question a été vu par mes confrères de la Société de médecine au moment où la station et la marche commençaient à redevenir possibles; ils ont pu constater qu'il n'y avait rien dans son attitude qui rappelât ce qu'on décrit sous le nom d'astasie-abasie.

Je connais l'hystérie mâle, et je l'ai si peu niée que j'en relate plusieurs observations dans mes deux livres. Son existence a été démontrée, non à la Salpêtrière et de nos jours, mais dès 1618, à Nancy même, par Charles Lepois et confirmée par Landouzy, Briquet, et bien d'autres ; personne ne la nie. Ce que je conteste, c'est qu'elle soit plus fréquente que l'hystérie féminine, à moins de faire rentrer dans le cadre de l'hystérie tous les troubles nerveux dynamiques dont nous sommes tributaires. A ce titre, nous sommes tous hystériques à nos heures. Ce n'est qu'une question de définition : l'homme serait un être raisonnable et hystérique.

Par contre, ajoute-t-on, si je restreins trop le cadre de l'hystérie, j'élargis trop celui de l'hypnotisme. Je définis ce mot : suggestibilité exaltée ; j'admets en effet que la suggestibilité est une propriété physiologique de notre cerveau ; j'admets que l'homme est un être raisonnable et suggestible. La suggestion, c'est le déterminisme qui nous fait agir.

Je dis encore que le mot hypnotisme n'est pas nécessaire. Je produis par suggestion de l'anesthésie, de la contracture, des hallucinations, des actes, du sommeil. Je dis : « Voici un sujet analgésique, un autre halluciné, un autre endormi par suggestion. » A l'aide de certains procédés, persuasion, occlusion des yeux, concentration de la pensée, j'exagère la suggestibilité. Le sommeil provoqué l'exalte ; et c'est pour cela qu'on cherche à suggérer avant tout l'idée du sommeil. Mais celui-ci n'est pas nécessaire pour permettre la réalisation des autres phénomènes.

Quel est le critérium de la suggestibilité exaltée? Dans le domaine psychique, c'est quand je donne au sujet l'idée d'un acte qu'il n'avait pas l'intention de faire. Dans le domaine moteur, quand je provoque, par exemple, de la contracture. Dans le domaine sensitif, quand j'augmente ou diminue la sensibilité ; dans le domaine sensoriel, quand je l'hallucine. Tous ces actes peuvent être réalisés par un cerveau normal, puisque la passion ou la persuasion détermine des actes contraires au caractère habituel, puisque l'émotion paralyse, puisqu'une forte distraction neutralise la douleur, puisque le sommeil physiologique fait des rêves hallucinatoires. Le sommeil, est-ce un état pathologique, est-ce de l'hystérie, puisqu'il fait des hallucinations ?

Dans la seconde partie de sa conférence, M. Babinski veut bien admettre, *après nous*, que l'hypnotisme peut rendre de

(1) Axenfeld et Huchard. *Traité des névroses.*

réels services dans le traitement des accidents hystériques. Tous les médecins, dit-il encore, savent parfaitement que l'électrothérapie et l'hydrothérapie (il aurait pu ajouter l'appareil à suspension), en dehors de leur influence spéciale, exercent aussi une action suggestive! Ils le savent parfaitement, depuis que je le leur ai appris! Il trouve parmi mes observations de nombreux cas d'hystérie guéris par suggestion. Cela est vrai! N'est-ce rien?

Mon contradicteur veut bien m'apprendre que mes névroses traumatiques sont de l'hystérie avérée : voici, par exemple, une femme qui, à la suite d'un choc reçu à l'épigastre, sans lésion, a des douleurs abdominales lancinantes, du vertige, de la céphalée. J'appelle cela névrose traumatique Pour montrer aux élèves la suggestibilité de cette femme, je crée sur elle par suggestion de l'hémi-anesthésie sensitivo sensorielle et de l'ovarialgie qu'elle n'avait pas. Conclusion de mon contradicteur : hystérie. Mais cette hémi-anesthésie, cette pseudo-ovarialgie, je les crée par suggestion chez tous les sujets très hypnotisables. Conclusion : ce sont tous des hystériques. Sur 73 malades de mon service, 69 sont hystériques.

M. Babinski va plus loin : Les hémiplégies avec hémi-anesthésie que je qualifie organiques sont, suivant lui, simplement hystériques, même, paraît-il, lorsque l'autopsie montre un foyer de ramollissement. Mes paralysies dynamiques psychiques sont des astasies-abasies hystériques! Mes sciatiques ne sont pas de vraies sciatiques! Il pourrait ajouter que mes douleurs neurasthéniques sont des *topoalgies* méconnues!

Je vois actuellement un monsieur, habitant Paris, âgé de 61 ans, qui depuis neuf mois avait une sciatique droite, une vraie, puisqu'elle avait été diagnostiquée par plusieurs confrères et collègues de Paris. Il vint chez moi le 13 juillet, se traînant péniblement sur deux crosses, le corps courbé en deux, de plus fortement incliné sur le côté gauche, le rebord costal rapproché de l'os iliaque. Six vésicatoires morphinés, quatre applications de pointes de feu, pulvérisation de chlorure de méthyle, salicylate, antipyrine, quinine, iodure, bains de vapeur térebenthinés, injections sous-cutanées de morphine, tout avait échoué contre les douleurs lancinantes continues. Dès la première séance de suggestion hypnotique, le 13 juillet, le malade se tint debout avec une seule canne. Au bout d'une semaine, il put marcher sans canne et sans douleur. Aujourd'hui il reste guéri; son incurvation latérale du tronc due à l'attitude vicieuse seule persiste encore, mais s'améliore progressivement. M. L... n'est pas un hystérique.

Insisterai-je pour discuter avec mon contradicteur mes diagnostics si légèrement incriminés par lui, pour le besoin de sa cause? Il ne me convient pas de le faire! A quoi bon d'ailleurs? Si mon honorable confrère veut bien être éclairé sur la question et la traiter, sinon avec plus d'assurance, du moins avec plus de rigueur scientifique, je l'invite à me faire l'honneur d'une visite à ma clinique de Nancy, et à me désigner les malades qui ne présentent ni stigmate hystérique ni tare névropathique, s'il en trouve! J'aurai plaisir à lui montrer que la plupart sont suggestibles et que la suggestion thérapeutique peut leur rendre des services! Je lui montrerai que l'hypnotisme n'est pas de l'hystérie, que les caractères somatiques de la Salpêtrière n'existent pas en dehors de la suggestion, que ses expériences personnelles de transfert par les aimants sont absolument inexactes, que la suggestion thérapeutique ne s'adresse pas à la seule hystérie, mais trouve une application utile dans beaucoup de maladies, car dans toutes, le dynamisme nerveux joue un rôle.

Voilà la vérité! Et si la Salpêtrière veut bien continuer l'évolution dont je trouve de nombreux stigmates dans la conférence de M. Babinski, elle arrivera à la reconnaître, tout en mordant la main qui l'y aura conduite. Ce ne sera plus alors qu'une question de priorité!

Bernheim,
Professeur à la Faculté de médecine de Nancy.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Hystéro-épilepsie (Three cases of hystero-epilepsy), par H. F. Byers (*The medical and surgical Reporter*, 27 juin 1891, p. 812). — Le premier a trait à une femme de 26 ans, mariée et mère de deux enfants, sans autre manifestation hystérique que des attaques convulsives, ressemblant à des accès éclamptiques. Le cas n° 2 est celui d'une jeune fille de 19 ans, ayant des attaques semblables à la précédente. Le troisième se rapporte à une jeune fille de 20 ans, ayant des pertes de connaissance avec spasme. L'auteur s'étend surtout sur des considérations thérapeutiques, mais ne justifie pas suffisamment le diagnostic qu'il a porté.

Céphalée fonctionnelle par vice d'accommodation (Functionnal headache from eyestrain in children), par J.-B Andrews (*New-York medical Journal*, 11 juillet 1891, p. 41). — Le nom d'asthénopie ne convient pas exactement à ce que l'auteur décrit dans cet article. Il considère le mal de tête qui survient dans les cas d'efforts des muscles de l'œil, mal de tête frontal, s'irradiant à l'occiput, et s'accompagnant de sensations de pression au-dessus des yeux. Le principal facteur de ce trouble réside dans un vice d'accommodation.

Deux cas d'épilepsie observés chez l'enfant, par Baumel (*Montpellier médical*, 16 juillet 1891, t. XVII, n° 2, p. 75). — Le premier cas concerne un enfant de 14 ans, qui, il y a 5 ans, présenta des accès d'épilepsie à la suite d'un coup de pioche reçu sur le crâne; le malade resta 3 ans sans attaques, puis fut repris d'accès caractéristiques revenant tous les jours. Amélioration par le bromure et l'iodure de potassium. Le second cas est celui d'un enfant de 13 ans, ayant des attaques depuis 5 mois, se reproduisant presque tous les jours : l'enfant souffre d'un trichocéphale. Rien de particulier à noter en dehors de ce point.

Syringomyélie type Morvan, par Achard (*Gazette des hôpitaux*, 1891, n° 82, p. 758). — Il n'y a pas de caractères pathognomoniques de la maladie de Morvan, et ce syndrome doit être considéré comme une forme de syringomyélie. L'auteur rapporte un nouveau fait clinique a l'appui de cette opinion. Le malade, âgé de 49 ans, a eu depuis 12 ans une série de 9 panaris sur plusieurs doigts des deux mains qui ont été douloureux, mais dont l'incision n'était pas sentie, ayant déformé les membres. Il présente de l'atrophie du type Duchenne-Aran, des troubles trophiques de la peau, enfin la dissociation syringomyélique de la sensibilité. M. A. note chez le même sujet l'intégrité du champ visuel, ce qui porte actuellement à 21 le nombre des observations de syringomyélie négatives quant au rétrécissement du champ visuel.

De l'anesthésie cutanée et musculaire généralisée dans ses rapports avec le sommeil provoqué et avec les troubles du mouvement, par F. Raymond (*Revue de médecine*, 1891, n° 5 et n° 7, p. 576). — L'activité cérébrale qui constitue l'état de veille ne peut se maintenir qu'autant que le cerveau reçoit des excitations du dehors; la suppression complète des excitations du dehors entraîne un état de sommeil qui présente de très grandes analogies avec le sommeil naturel. L'intervention des organes de la sensibilité est indispensable pour que les mouvements volontaires s'exécutent avec régularité : les impressions transmises au cerveau par les nerfs musculaires centripètes qui servent au contrôle de l'exécution des mouvements volontaires sont perçues dans un territoire spécial de l'écorce, siège de la conscience musculaire. La suppression de cette conscience entraîne l'impossibilité d'exécuter des mouvements tant soit peu compliqués. Les troubles moteurs qui résultent des anesthésies superficielles et profondes des membres n'ont rien de commun avec l'incoordination (ataxie spinale) du tabes dorsalis.

MÉDECINE

Purpura des cancéreux (La Porpora cancerigua; contribuzione anatomo-pathologica allo studio delle emorragie sintomatiche della pelle), par A. Rossi (*Gazzetta degli ospitali*, 19 juillet 1891, p. 530). — Dans un cas de purpura survenu 3 jours avant la mort chez un sujet atteint de cancer viscéral, l'auteur n'a pas trouvé de globules rouges extravasés hors des vaisseaux sanguins, mais seulement quelques petites cellules lymphatiques disséminées dans le derme; les artères présentaient une hypertrophie et une tuméfaction des cellules de leur couche interne. Il en résulte que le purpura des cancéreux est dû simplement à une exsudation de matière colorante (hématinorrhagie), conséquence de la dissolution de

l'hémoglobine dans le sang, laquelle est sans doute produite par une cause virulente ou vivante, qui représente la raison première du cancer ou une transformation de cette dernière.

Observation de zona développé sur le trajet du nerf radial pendant une rougeole (zona rubéolique), par Adenot (*Revue de médecine*, juillet 1891, p. 612). — Jeune fille de 22 ans, prise, au moment de la disparition de l'éruption d'une rougeole, de douleurs dans le bras droit, puis dans la partie supérieure du thorax du même côté et l'avant-bras droit, puis au bout de quelques jours d'une éruption de vésico-pustules occupant le pouce et l'index et la partie adjacente de la main. Cette éruption distincte du zona vrai non récidivant peut être comparée aux paralysies rubéoliques survenant après la cessation des phénomènes aigus de la rougeole.

Le rapport des chlorures urinaires à l'urée dans l'hypersécrétion gastrique et le cancer de l'estomac, par Bouveret (*Revue de médecine*, juillet 1891, p. 545). — Les troubles prononcés de la sécrétion gastrique, en plus ou en moins, modifient la composition de l'urine. Dans l'hypersécrétion gastrique continue il y a généralement augmentation de l'urée et diminution des chlorures urinaires, quoique les variations de ces substances soient soumises également à des influences étrangères à la sécrétion gastrique elle-même, telles que l'alimentation et les vomissements. Le chiffre qui exprime le rapport des chlorures à l'urée est, par contre, toujours supérieur au chiffre qui exprime ce même rapport à l'état normal, quelle que soit l'alimentation et qu'il y ait ou non des vomissements. Cette formule a une certaine valeur au point de vue du diagnostic; la diminution de ce chiffre est un indice d'amélioration.

Au contraire, dans l'anachlorhydrie cancéreuse, le rapport des chlorures à l'urée est moindre qu'à l'état physiologique; et sa diminution est plus constante et a plus d'importance au point de vue du diagnostic que le signe tiré de l'abaissement du chiffre de l'urée. Cependant, lorsqu'il y a oblitération du pylore, les vomissements et l'inanition modifient la sécrétion urinaire et le rapport des chlorures à l'urée peut s'élever au-dessus du chiffre physiologique.

Grossesse et maladies du cœur, par S. Remy (*Revue médicale de l'Est*, 15 juillet 1891, p. 417). — Les maladies du cœur peuvent être bien supportées pendant la grossesse, mais souvent elles sont une cause d'accidents graves et peuvent amener la mort, quelquefois subitement, le plus souvent par l'effet des phénomènes asystoliques. Dans les cas sérieux, l'accouchement prématuré peut donner des résultats favorables en supprimant la gêne abdominale et la stase vasculaire utérine, mais il ne donne pas toujours le résultat attendu, soit parce que les désordres sont trop sérieux pour pouvoir être amendés, soit parce que l'accouchement constitue pour le cœur une épreuve qui amène dans quelques cas une asystolie rapidement mortelle, soit parce que dans les affections cardiaques il se produit souvent vers les 3e et 4e jours après l'accouchement des complications cardio-pulmonaires graves.

Analyse du suc gastrique, par K. Wagner (*Wratch*, 1891, n° 7). — L'auteur, qui a étudié comparativement, sur des mélanges artificiels et le contenu stomacal, la valeur des méthodes de Sjœqvist, Minz, Hayem et Winter, arrive à la conclusion que le procédé de Hayem et Winter est le plus exact. Son seul inconvénient, c'est d'être très long et de demander environ trois heures pour chaque analyse.

L'auteur indique ensuite un procédé qui permet de se faire rapidement une idée sur le contenu stomacal qu'on a à examiner. On détermine l'HCl libre par le procédé de Minz, l'acidité générale et l'acide lactique par le procédé d'Uffelmann, les peptones par la réaction du biuret. Si l'on ne trouve pas d'acide lactique, on détermine l'HCl combiné, en déduisant de la valeur de l'acidité générale celle de HCl libre. Si l'acide lactique et d'autres acides volatils existent, on les enlève avec de l'éther.

CHIRURGIE

Sinus frontaux (Etudes sur les abcès des sinus frontaux considérés principalement dans leurs complications orbitaires, leur diagnostic et leur traitement), par A. Guillemain. (*Arch. d'Ophth.*, 1891, t. XI, p. 1 et 111).—Après avoir décrit l'anatomie des sinus frontaux, l'auteur établit que leur suppuration résulte de causes nombreuses qu'il range sous trois chefs: 1° Maladies générales prédisposant l'organisme à la suppuration: érysipèle, typhoïde, scarlatine;

2° Traumatismes et corps étrangers irritant la muqueuse des sinus;

3° Inflammations des fosses nasales.

L'occlusion de l'infundibulum nécessaire pour la formation d'un abcès du sinus survient encore dans l'hydropisie de ces mêmes cavités.

Dans la symptomatologie de l'affection, il convient surtout de signaler la lenteur du début. Les douleurs névralgiques, seuls indices de la maladie, parfois succédées ou accompagnées d'un écoulement de pus par le nez, puis l'apparition d'une tumeur orbitaire avec les accidents de compression qu'elle entraîne ou l'évacuation du pus par le nez, sa pénétration dans le crâne; enfin, à noter encore la venue d'abcès circonvoisins sans connexion apparente avec le sinus suppuré. L'affection, trop souvent, aboutit à l'établissement d'une fistule intarissable.

Après avoir relevé les difficultés du diagnostic et relaté les nombreuses erreurs commises, l'auteur, après le professeur Panas, pose comme indications du traitement de ces abcès, de les ouvrir, les drainer, y pousser des injections antiseptiques et modificatrices, en faire le tamponnement antiseptique. A lire le procédé opératoire pour trépaner le sinus et faire passer un drain par le canal frontal dans la fosse nasale correspondante.

Désarticulation de la hanche (Hip-joint amputation for recurrent lymphosarcoma. Preliminary laparotomy and direct compression of the aorta : recovery), par Hardy (*University medical magazine*, mai 1891, p. 467). — John Pontius, 34 ans, a présenté il y a 12 ans une petite tumeur indolente, profondément située dans la cuisse. Enlevée, elle récidiva, envahissant progressivement tous les muscles et finissant par s'étendre depuis l'aine jusqu'à la région poplitée qui fut aussi envahie. Le malade refuse la désarticulation et on se contente d'extirper le néoplasme. La plaie guérit en un mois. Six mois après, la production morbide récidivait et, au bout de 4 mois, le membre avait de nouveau atteint des proportions énormes avec un développement vasculaire considérable. L'état des parties malades rendait impossible l'usage de la bande élastique; la compression de l'artère fémorale ne suffisait pas à prévenir une hémorrhagie abondante par les branches de l'obturatrice; d'autre part l'emploi du tourniquet pour comprimer l'aorte est toujours dangereux. D'où la résolution de pratiquer une laparotomie permettant de comprimer directement l'aorte. Toutes les précautions antiseptiques étant prises, on fit une incision de 5 cm. à 2 cm. à gauche de l'ombilic. M. Heaton comprima par cette ouverture l'aorte. Pendant ce temps l'auteur désarticula la hanche. Pansement antiseptique. Durée de la désarticulation, 50 secondes. Durant l'opération le malade devint cyanosé. On lui administra après l'opération des toniques, des stimulants du cœur, de la morphine et de l'atropine en injection hypodermique. Guérison. Il y a 4 mois que l'opération a été pratiquée et il n'y a aucun signe de récidive du sarcome.

Fracture du col du fémur guérie par la suture des fragments (Schenkelhalsbruch geheilt mit Silberdrahtnaht), par Dollinger (*Centralbl. f. Chir.*, 1891, n° 23, p. 456). — Dans un cas de fracture du col du fémur avec déplacement considérable du trochanter en haut, chez un homme de quarante-deux ans, chez lequel la réunion ne s'était pas faite au bout de 24 jours, Dollinger a pratiqué avec succès la suture des fragments.

Incision convexe partie du sommet du trochanter et le contournant en avant; section des insertions tendineuses suivie de mise à nu du foyer de fracture. Le col était complètement séparé du trochanter et divisé en plusieurs esquilles dont les unes étaient situées dans la cavité articulaire, les autres fixées dans la capsule. Le fragment qui tenait à la tête du fémur ne mesurait pas plus de 1 cent. et demi. Les travées osseuses du trochanter et du col ont disparu et étaient remplacées par du tissu conjonctif muqueux et œdématié. Ablation des caillots et des esquilles; perforation du fragment de la tête articulaire, perforation du trochanter, suture osseuse avec un fil d'argent doublé; suture des parties molles au catgut; appareil plâtré. Guérison en huit semaines.

Fracture du crâne (Punctured fracture of the skull in which the superior longitudinal sinus was wounded), par Taylor (*Medical News*, 27 juin 1891, p. 720). — W. R. J..., 35 ans. Fracture du crâne produite par un instrument piquant. A 5 cent. de la glabelle, et à un peu plus de 1 cent. à droite de la ligne médiane siège la plaie; l'os est rompu, en ce point, en petits fragments, et la perte de substance admet juste le doigt. L'ouverture est régularisée à l'aide d'une pince coupante, et on put voir alors que le sinus longitudinal supérieur avait été blessé par une esquille. L'hémorrhagie abondante fut arrêtée à l'aide d'une pince. On agrandit alors considérablement l'ouverture; la dure-mère et même le cerveau furent trouvés déchirés. On plaça une pince à forci pressure sur le sinus et on la laissa en place. Antisepsie du foyer de la fracture; suture de la dure-mère. Pansement iodoformé. Au bout de 72 heures on enleva la pince. Après avoir été très mal, le malade récupéra progressivement ses forces et sa mémoire et guérit complètement.

BIBLIOGRAPHIE

Précis d'anatomie pathologique, L. Bard, 1 vol. in-16 de 780 pages. Paris, 1890, G. Masson, éditeur.

Ce *Précis* a le format et la concision que présentent habituellement les ouvrages désignés sous ce titre, mais il diffère de la plupart de ses congénères par l'originalité de vues qui marque tous les travaux de son auteur. M. Bard ne se contente pas de résumer avec clarté tous les faits démontrés qui constituent le fonds commun des anatomo-pathologistes, il y expose sur une foule de points ses idées personnelles toujours neuves, souvent hardies. Plusieurs des opinions propres à l'auteur ont d'ailleurs été exposées par lui dans des mémoires antérieurs ou postérieurs à la publication de ce volume. Il nous suffira de relever l'idée générale qui domine l'ouvrage : c'est celle de la spécificité des éléments anatomiques d'une part et des lésions cellulaires, d'autre part. Pas plus qu'il ne considère les éléments histologiques comme provenant de cellules indifférentes susceptibles de s'adapter à leurs fonctions et de se différencier, M. Bard ne regarde des causes d'essence différente comme susceptibles de produire des effets anatomiques identiques et on doit arriver de plus en plus, d'après lui, à distinguer les lésions cellulaires suivant leur mode pathogénique. Partant de là, il sépare résolument les dégénérescences produites par de simples agents toxiques des fermentations déterminées par l'action directe des microbes pathogènes sur les protoplasmas cellulaires. Les lésions de nutrition des tissus sont divisées en conséquence en lésions par modification (augmentation ou diminution) de la vitalité, en infiltrations ou surcharges, par corps étrangers, par substances minérales, par substances organiques normales (pigment, graisse, glycogène), par substances pathologiques (amyloïde), en dégénérescences, en inflammations et en lésions parasitaires comprenant les parasites supérieurs et les parasites microbiens (fermentations cellulaires). L'étude des parasites microbiens est, d'ailleurs, réduite à son minimum, l'auteur se bornant à décrire les lésions produites par eux et ayant renoncé à donner une description des parasites eux-mêmes qu'il n'aurait pu faire assez complète dans un ouvrage de ce genre.

Ce que nous avons dit du *Précis d'anatomie pathologique* de M. Bard suffit à montrer que si ce livre n'est pas sans utilité pour les commençants auxquels il est destiné et qui trouveront dans les dernières pages un résumé de la technique des autopsies et de la technique histologique, il mérite aussi l'attention de ceux qui n'ont plus à chercher dans un ouvrage de ce genre qu'un memento au courant de la science ou des vues générales et philosophiques sur l'anatomie pathologique.

G. Thibierge.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Recueil de mémoires, notes et observations sur l'Idiotie, par Bourneville. Tome I. — Paris, 1891. Lecrosnier et Babé, éditeurs.

L'auteur, qui a contribué déjà, par tant de travaux, à l'histoire de l'idiotie, a eu l'idée de réunir un grand nombre de documents recueillis au cours de ses recherches, et concernant les remarques et les études faites sur l'idiotie depuis l'année 1772. Ce volume est extrêmement intéressant non seulement sous le rapport de la pathologie, mais encore sous celui de l'assistance et même de l'éducabilité des idiots que certains auteurs ont déjà affirmée à cette époque. On y trouvera des études curieuses de Pinel, d'Esquirol, de Parchappe et de Dubuisson, ainsi des planches reproduites avec beaucoup de soin. Il est à remarquer que ce volume a été composé et tiré par l'imprimerie typographique des enfants de Bicêtre. « Leur travail, ainsi que le dit avec raison M. Bourneville, contribuera à procurer à tous ceux qui ont mission de les soigner des moyens de leur rendre encore plus de services. »

La Métaphysique et les Sciences naturelles (La metafisica y las cientias naturales), par le Dr Gaspar Gordello Lozano. Madrid, 1891, E. Maroto y Hermano, éditeurs.

Ce travail est le commentaire des discours prononcés par M. Marcelino Menendez Pelayo et M. Alejandro Pidal y Mon, à l'Académie royale des sciences morales et politiques de Madrid, sur les origines du criticisme et du scepticisme et spécialement sur les précurseurs espagnols de Kant. Dans le conflit qui divise actuellement encore les physiciens et les métaphysiciens, l'auteur adopte une opinion éclectique. L'une et l'autre science se complètent : dans les sciences métaphysiques la raison pure joue le rôle prépondérant, l'expérimentation restant au second plan; dans les sciences physiques et naturelles, l'expérience au contraire sera toujours l'élément primordial. L'auteur s'efforce de détruire, dans ses commentaires, le divorce qui existe entre le mental et le physique. Quand ce divorce aura disparu, quand les hommes qui cultivent ces sciences seront persuadés qu'elles ne sont pas adverses, quand non seulement les physiciens et les métaphysiciens, mais encore les théologiens seront entrés dans un concert universel, nous serons en droit d'espérer la réalisation de cette grande synthèse philosophique qu'on pourrait formuler ainsi: foi, espérance, science et charité; formule sublime qui serait la devise de tous les amants du savoir unis en une seule famille.

Manuel de pathologie interne, par C. Vanlair, professeur à l'Université de Liège, etc. Deuxième édition, revue et augmentée, Ch. Desœr, Liège, et O. Doin, Paris, 1891.

La rapidité avec laquelle a été épuisée la première édition de ce livre montre assez quel accueil favorable il a reçu dans le public médical. L'auteur s'est efforcé de mettre la deuxième édition au courant des nouvelles acquisitions scientifiques, tout en restant fidèle à sa conception initiale et à la méthode qui a présidé à la rédaction première. Ce n'est pas ici le lieu de reprendre par le menu l'examen de cet ouvrage, de la classification, du genre propre à l'auteur, du système descriptif, etc. Un livre où l'étude de la syphilis cérébrale tient en 15 lignes, et celle de l'endocardite chronique (sans les affections valvulaires) en 20 pages, peut évidemment prêter à plus d'une remarque. Mais ce n'est pas tant dans certains détails que dans l'ensemble, qu'il faut regarder pour apprécier cette œuvre à sa juste valeur. Le lecteur y trouvera, classés et groupés en un court chapitre, une foule de renseignements qui trop souvent sont perdus dans les descriptions des traités didactiques. L'auteur n'a pas craint de multiplier les têtes de chapitre, pour mieux aider à l'orientation, et pour donner ne fût-ce qu'une courte explication de certains faits morbides au sujet desquels on a besoin d'être rapidement et directement renseigné.

En somme, ce livre très documenté rendra de grands services à tous ceux qui, négligeant la critique historique souvent bien oiseuse, ou les discussions théoriques sans cesse renouvelées, désirent avant tout recueillir en termes précis, sur un type morbide donné, ce que la doctrine moderne comporte de renseignements vraiment positifs.

Entretiens chirurgicaux faits a l'hopital Saint-Jean pendant les années 1886 a 1890 par le Dr J. Thiriar, professeur à l'Université. Bruxelles, A. Manceaux, 1891.

M. Thiriar a l'habitude de faire des leçons cliniques aux élèves qui suivent son service et parmi ces sujets il en est quelques-uns, plus importants, qu'il a publiés, les réunissant dans le volume actuel. On trouvera ici des leçons sur l'hystérectomie vaginale, l'hydrocèle et l'hématocèle, le varicocèle, sur les tumeurs fantômes de l'abdomen, sur le « railway brain, » etc. Nos lecteurs savent dans quel esprit ces leçons sont conçues, car ils n'ont pas oublié les articles — réimprimés dans cette brochure — que nous a envoyés notre distingué collaborateur.

Livres déposés au Bureau du Journal

Des tumeurs incluses dans les ligaments larges, par le docteur Charles Lassalle, interne des hôpitaux de Montpellier. G. Masson, 120, boulevard St-Germain. Brochure grand in-8°. Prix : 5 fr.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON 12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES SAMEDIS ET PUBLIANT TOUS LES MERCREDIS

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

RÉDACTEUR EN CHEF : Dr L. LEREBOULLET. — SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION : Dr A. BROCA.

COMITÉ DE RÉDACTION

MM. E. BRISSAUD, G. DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, A. GILBERT, A. HÉNOCQUE, A.-J. MARTIN, A. PETIT, P. RECLUS

REVUE GÉNÉRALE

Considérations cliniques et thérapeutiques sur le foie antiseptique.

Nous savons aujourd'hui sur quelles preuves expérimentales nous pouvons appuyer d'une façon indiscutable les fonctions antiseptiques du foie et le rôle considérable qu'il joue comme destructeur des poisons. Je veux ici étudier les conséquences cliniques et thérapeutiques qui découlent de ces propriétés physiologiques : et tout d'abord avons-nous un signe clinique qui nous permette de reconnaître que ces fonctions antiseptiques du foie sont troublées ?

Tandis que, lorsque l'ictère apparaît, nous pouvons affirmer que les fonctions du foie biliaire sont modifiées, tandis que la présence du sucre dans les urines nous montre les perturbations apportées à la fonction glycogénique, tandis qu'enfin des signes généraux et des signes locaux physiques nous permettent de reconnaître les modifications apportées à la circulation hépatique, nous ne possédons pas de signes précis sur lesquels on puisse baser la connaissance de l'état normal ou anormal des fonctions antiseptiques du foie.

Les uns ont abordé le problème directement et ont examiné par quelles recherches cliniques l'on pouvait reconnaître l'intégrité du fonctionnement de la cellule hépatique, et ils ont cru le résoudre par la présence de l'urobiline dans les urines. Les autres ont pris un chemin détourné, et, se basant sur ce fait qu'il y a corrélation entre les fonctions de la cellule hépatique et la fonction glycogénique, ils ont fait entrer comme moyen de diagnose la glycosurie expérimentale. D'autres enfin ont abordé ce problème de l'antisepsie du foie par les voies nouvelles tracées par Bouchard et son école, et il se sont dit que pour juger l'activité des fonctions antiseptiques, il suffisait d'examiner la toxicité des urines. Nous allons successivement passer en revue chacune de ces méthodes.

La méthode dite de l'*urobiline* découle des recherches d'Hayem et de son élève Paul Tissier (1). Ces auteurs ont soutenu que la présence de l'urobiline dans les urines avait toujours une origine hépatique, et qu'elle résultait du fonctionnement morbide des cellules hépatiques.

La recherche de l'urobiline dans les urines est extrêmement facile, et on y arrive très rapidement par l'examen spectroscopique de l'urine. Le spectroscope dont on se sert est à vue directe, et d'un prix modique (il coûte 25 francs), et il suffit d'examiner les urines avec ce spectroscope, pour voir apparaître dans le spectre la raie caractéristique de l'urobiline; c'est une bande qui apparaît entre les raies *b* et *f* de Frauenhofer. Pour bien observer cette bande, l'urine doit remplir les conditions suivantes : il faut qu'elle soit fraîchement émise, l'urobiline subissant des modifications sous l'influence de l'oxygène; il faut aussi qu'elle soit acide, et pour cela, il suffit d'ajouter quelques gouttes d'acide acétique dans l'urine à examiner. Vous appliquez simplement le spectroscope contre le tube à expérience contenant l'urine, et vous dirigez l'appareil du côté de la lumière solaire en fixant particulièrement des nuages blancs.

Si vous voulez mesurer la quantité d'urobiline par l'étendue de la raie d'absorption, il faut avoir soin de vous servir de tubes ayant tous les mêmes dimensions. Pour moi, je me sers de petits flacons spéciaux, flacons qui donnent toujours la même épaisseur à la couche de liquide à examiner; ces flacons sont peu coûteux.

Lorsqu'en même temps que l'urobiline, il existe de la biliverdine dans l'urine, la bande d'absorption est beaucoup plus considérable, et on ne voit ni le violet, ni le bleu du spectre.

Toutes ces réactions sont fort simples, et il suffit d'avoir vu une seule fois la bande d'absorption de l'urobiline pour reconnaître désormais sa présence dans l'urine; la seule difficulté résulte de la présence simultanée de la bilirubine et de l'urobiline. Vous pouvez cependant, par un procédé très simple, basé sur la diffusibilité très grande de l'urobiline, séparer l'urobiline de la bilirubine. Pour cela, il vous suffira de faire tomber goutte à goutte et avec précaution de l'eau distillée sur l'urine à examiner, pour éviter le mélange des deux liquides; l'urobiline passera dans l'eau, tandis qu'au contraire la bilirubine restera dans l'urine, et en examinant au spectroscope l'un et l'autre de ces liquides, vous pourrez reconnaître dans l'eau la présence de l'urobiline.

Une fois tous ces préliminaires posés, nous avons à nous demander si la présence de l'urobiline est bien caractéristique du mauvais fonctionnement de la cellule hépatique. Constatons tout d'abord que même pour le professeur Hayem, qui défend l'origine hépatique de l'urobiline, on a pu constater la présence de cette dernière chez des malades atteints de certaines hémorrha-

(1) TISSIER, *Essai sur la pathologie de la sécrétion biliaire* (Thèse de Paris, 1889).

gies, et, en particulier, d'hémorrhagies cérébrales. D'autre part, dans une série de recherches que j'ai entreprises à l'hôpital, recherches non encore terminées, dans certains cas d'affections hépatiques bien constatées, je n'ai pas trouvé d'urobiline, mais je crois que l'on peut accepter que, sauf les cas d'hémorrhagie cérébrale, quand l'urobiline apparaît dans les urines, il y a mauvais fonctionnement des cellules hépatiques, tandis que la réciproque ne serait pas absolument exacte, et il pourrait exister des affections du foie sans urobilinurie. En tout cas, c'est un procédé très simple, auquel vous devez toujours avoir recours quand vous soupçonnez une affection hépatique.

J'arrive maintenant au second procédé, à savoir l'emploi de la glycosurie expérimentale. Je vous ai dit, en effet, que, d'après Roger, il y avait toujours corrélation entre l'activité glycogénique du foie et ses fonctions antiseptiques. Donc, il suffirait de savoir si le foie accomplit bien ses fonctions glycogéniques, pour savoir s'il est en situation de détruire activement les poisons de l'organisme. Malheureusement, ce second problème clinique est très difficile à résoudre.

Nous savons par des expériences de Colrat, de Couturier, de Lépine, de Robineaud, que lorsque le foie est cirrhotique et que l'on introduit du glycose dans l'économie, on voit apparaître ce glycose dans les urines. Malheureusement, cette expérience que j'ai souvent reproduite est loin de donner des résultats aussi positifs, et chez bien des cirrhotiques je n'ai point obtenu la glycosurie. Mes résultats sont absolument confirmatifs de ceux de Roger (1), qui, dans quatorze tentatives faites par l'administration du glycose chez des malades atteints d'affections hépatiques variées, a obtenu huit fois des résultats positifs et six fois des résultats négatifs.

Je tâcherai même, lorsque je parlerai du foie glycogène, de démontrer qu'une des conditions du diabète, c'est l'intégrité du foie. Donc, nous ne pouvons pas compter sur ce procédé pour juger du bon fonctionnement de la glande hépatique comme destructeur des poisons.

D'ailleurs, cette question de la glycosurie alimentaire est des plus complexes; n'oubliez pas, en effet, que, d'après Bouchard, le foie verse dans le sang par jour 1 k. 850 de sucre, qui sont brûlés par l'économie, et que cette combustion résulte de circonstances multiples qui font que, selon la saison, selon les périodes de travail ou de repos, cette quantité de sucre comburé varie considérablement.

Le troisième procédé, vous ai-je dit, est basé sur la recherche du coefficient toxique des urines. Vous connaissez tous les beaux travaux de Bouchard et de ses élèves sur la toxicité urinaire, et les conséquences qu'il en a tirées au point de vue de la clinique et de la thérapeutique. Je les résumerai cependant brièvement, car il y a là des points importants à bien connaître, si l'on veut apprécier à sa juste valeur cette nouvelle méthode expérimentale.

Elle consiste à injecter, par la veine du lobule de l'oreille d'un lapin, une quantité donnée d'urine, de manière à déterminer la mort de l'animal. C'est ce que M. Bouchard a décrit sous le nom d'*urotoxie*, quand on reporte cette quantité d'urine nécessaire pour tuer l'animal à 1 kilogramme d'être vivant. Bouchard appelle, de plus, *coefficient urotoxique* la quantité d'urotoxine que 1 kilogramme d'homme peut fabriquer en vingt-quatre heures, et, pour bien fixer votre esprit à ce sujet, nous allons prendre un exemple.

(1) Roger, *De la glycosurie alimentaire* (*Revue de médecine*, novembre 1886).

Voici l'urine d'un homme qui pèse 60 kilogrammes; cette urine a été recueillie dans les vingt-quatre heures, et il y en a 1,200 centimètres cubes. En injectant 50 centimètres cubes de cette urine par kilogramme du poids du corps dans la veine du lobule de l'oreille d'un lapin, l'animal succombe. Donc, 1,200 centimètres cubes tueraient 24 kilogrammes de lapin. Notre homme pèse 60 kilogrammes et tue, en vingt-quatre heures, 24 kilogrammes de lapin. Nous n'avons donc plus qu'à établir, par une règle de trois, combien 1 kilogramme d'homme fabrique en vingt-quatre heures pour tuer 1 kilogramme de lapin. Vous arriverez ainsi au chiffre de 400 grammes.

Donc, la quantité de poison urinaire que 1 kilogramme d'homme peut fournir en vingt-quatre heures pour tuer 1 kilogramme d'être vivant est, chez cet homme, de 40 centimètres cubes. C'est, à peu près, le chiffre normal, qui est environ de 46 centimètres cubes. Mais, à l'état pathologique, il oscille entre 2 et 10 centimètres cubes. Comme vous le voyez, on peut définir ainsi le coefficient de toxicité : c'est la quantité de matière toxique que l'unité de poids produit dans l'unité de temps.

A l'état physiologique, ce coefficient urotoxique présente certaines variations. Il n'est pas le même pendant la veille et pendant le sommeil. Pendant le sommeil, l'homme élimine deux à quatre fois moins de poison que pendant la période d'activité cérébrale. Les urines du jour et de la nuit n'auraient pas les mêmes effets toxiques; tandis que les urines recueillies pendant le sommeil seraient convulsivantes, celles recueillies pendant la veille ne le seraient pas; elles produiraient, au contraire, la narcose. De là, une nouvelle théorie du sommeil, qui veut que cet acte physiologique soit déterminé par l'accumulation de toxines amenant la narcose.

Mais revenons à notre sujet et appliquons ces données à l'étude du rôle du foie comme destructeur des poisons. Dans de très nombreuses observations, que l'on trouve exposées en leur entier dans le travail de Roger, où l'on a étudié la toxicité des urines chez des malades atteints d'affections hépatiques, on a trouvé, dans l'immense majorité des cas, une augmentation notable du coefficient urotoxique, ce qui était facile à prévoir, puisque la suppression des fonctions physiologiques du foie entraîne la disparition de son action destructive sur les toxines animales.

Mais une fois ce premier fait constaté, il faut bien reconnaître qu'au point de vue clinique il ne peut nous fournir que des données incertaines, et cela pour de nombreuses raisons : d'abord, parce que de pareilles recherches sont beaucoup plus du domaine du laboratoire que de celui de la clinique proprement dite, et si, dans un récent concours d'agrégation, on a pu mettre à la disposition des concurrents un malade, un laboratoire et un lapin, il faut reconnaître que bien des médecins seraient embarrassés s'il fallait faire intervenir, dans leur pratique, le lapin comme signe diagnostic.

Mais en admettant même que cette donnée reste simplement expérimentale, elle ne fournit, au point de vue des fonctions antiseptiques du foie, que des renseignements absolument incertains, parce que, dans la plupart des maladies du foie, il y a production d'ictère et troubles dans la sécrétion biliaire. Or la bile est beaucoup plus toxique que l'urine, et, tandis qu'il faut 45 centimètres cubes d'urine pour tuer 1 kilogramme de matière vivante, il ne faut que 5 centimètres cubes de bile pour obtenir le même effet; la bile serait donc neuf fois plus toxique que l'urine. De telle sorte que, si toute la bile passait directement dans le sang, l'homme s'empoisonnerait en huit heures et cinquante-cinq minutes, tandis que, si c'était l'urine, la mort ne surviendrait qu'en deux jours six heures et trente-deux minutes. Ainsi donc, selon la sé-

crétion ou la non-sécrétion de la bile, le coefficient urotoxique peut considérablement varier, et par cela même ce moyen perd de sa valeur si on veut l'appliquer à la recherche de l'intégrité des fonctions antiseptiques du foie.

Donc, nous pouvons avoir, grâce aux procédés que je viens de vous énumérer, des indications sur l'état de la cellule hépatique au point de vue de son action destructive des poisons, et, si ces indications manquent d'un caractère très précis, elles nous permettent cependant, dans une certaine mesure, de prévoir l'état de bon ou de mauvais fonctionnement de la glande hépatique. Je vous recommande spécialement l'examen spectroscopique de l'urine, qui vous permet de reconnaître la présence de l'urobiline, et, si le résultat est négatif, vous pourrez user de la glycosurie expérimentale ou de la recherche de la toxicité des urines.

Je passe maintenant aux conclusions thérapeutiques qui découlent des faits dont je viens de vous entretenir.

Dans les maladies du foie et dans les maladies infectieuses, quelle qu'en soit l'origine, le thérapeute a le plus grand intérêt à maintenir dans son intégrité le pouvoir destructeur du foie sur les toxines ; il devrait même tâcher de l'activer. Pour y arriver, il a deux ordres de moyens : 1° s'efforcer d'augmenter les fonctions glycogéniques du foie, puisque, d'après les expériences physiologiques, il y a corrélation intime entre les fonctions glycogéniques et les fonctions antiseptiques; 2° restreindre, autant que possible, les sources d'intoxication de l'organisme, de manière à réduire à son minimum la quantité de toxines que le foie devra détruire.

Examinons chacun de ces points; d'abord, augmenter le pouvoir glycogénique du foie.

Nous savons que les fonctions glycogéniques s'abaissent par l'abstinence et par l'hyperthermie.

Pour l'abstinence, nécessité de soutenir les malades fébricitants et les hépatiques par une alimentation aussi réparatrice que possible. Il est bien entendu que cette alimentation devra remplir certaines conditions, sur lesquelles je vais revenir dans un instant, lorsque j'aborderai le second point de la question que j'ai à traiter, c'est-à-dire la suppression des causes d'intoxication de l'organisme; nous verrons en effet, à ce propos, que le régime alimentaire est une des sources les plus actives de cette intoxication.

A la nécessité d'alimenter le fébricitant s'en joint une autre, la nécessité d'abaisser sa température. Donc, en nous basant au point de vue exclusif des fonctions antiseptiques du foie, il faut combattre l'hyperthermie. Vous savez que nous arrivons à ce double but soit par la balnéation, qu'on utilise les bains froids ou les bains tièdes (je suis, vous le savez, partisan de ces derniers), soit par l'emploi de ce groupe de médicaments tirés de la série aromatique. Mais ces médicaments ont le grand inconvénient de diminuer la sécrétion urinaire et, par cela même, de diminuer l'excrétion des toxines.

Dans ses expériences, Roger paraît avoir démontré que le glycose par lui-même modifie la toxicité des alcaloïdes végétaux ou organiques. On pourrait en tirer encore cette autre conclusion que le sucre, et le glycose en particulier, peut être utilisé avantageusement dans les maladies infectieuses, et qu'il y aurait nécessité de sucrer les tisanes des malades atteints de ces affections. Mais c'est là un point qui exige de nouvelles recherches.

Bien autrement importante est la grande question que je vais aborder maintenant, à savoir restreindre autant que possible les sources d'infection de l'économie. On peut dire que, dans toute affection du foie, quelle qu'elle soit, ce précepte doit être appliqué.

Les toxines animales ont quatre origines. Elles proviennent des aliments introduits dans le tube digestif; elles résultent des fermentations qui s'y produisent aux différentes périodes de l'acte digestif; elles sont sécrétées par les microbes qui abondent dans le tube intestinal; enfin, elles résultent de l'activité de la vie cellulaire.

A ces quatre origines, il faudrait en ajouter une cinquième, cette fois d'origine pathologique ou d'origine thérapeutique : ce sont, au point de vue pathologique, les toxines fabriquées par le microbe cause de l'infection, constituant ce groupe de maladies auxquelles j'ai donné le nom de *toxi-infections*; au point de vue thérapeutique, ce sont les alcaloïdes que nous administrons dans un but curatif.

A ce point de vue particulier, chez tous les malades atteints d'affections du foie, il faut se montrer très réservé dans l'usage des alcaloïdes introduits par la voie digestive et, en particulier, pour certains d'entre eux, comme la morphine, la quinine, l'atropine, et n'utiliser que la voie hypodermique, puisqu'il reste démontré que, le foie ayant une action destructive spéciale sur ces alcaloïdes végétaux, lorsqu'il est malade, cette action destructive n'existe plus, et que l'on pourrait alors voir survenir des accidents toxiques avec des doses thérapeutiques de ces alcaloïdes introduits par la bouche.

Quant aux autres causes d'infection que je vous ai énumérées plus haut, nous pouvons les combattre ou les atténuer par trois ordres de moyens :

1° Pratiquer l'antisepsie intestinale;
2° Favoriser les voies d'élimination de ces toxines;
3° Diminuer l'activité cellulaire.

Etudions chacun de ces moyens.

L'antisepsie intestinale qui constitue la base de cette médication spéciale comprend elle-même trois ordres de moyens : des médicaments antiseptiques, des purgatifs et enfin un régime alimentaire. En tête des médicaments antiseptiques, il faut placer le salol et le salicylate de bismuth. Déjà dans mes *Nouvelles Médications* (2e série), j'ai insisté sur les raisons qui me font considérer jusqu'à nouvel ordre le salol comme le meilleur antiseptique intestinal.

Je ne reviendrai donc pas sur ce sujet et je me contenterai de résumer brièvement le pourquoi de cette préférence. Le salol est un médicament peu irritant, toujours bien supporté par le tube digestif; il est peu soluble et ne se décompose en acide phénique et en acide salicylique que dans un milieu alcalin, c'est-à-dire dans l'intestin. Si j'ajoute que le salicylate de phénol est relativement peu toxique, j'aurai montré la supériorité de ce salol sur l'iodoforme et le naphthol jusqu'ici employés et qui sont toujours toxiques et irritants.

Presque au même niveau je place le salicylate de bismuth, qui s'adresse, lui, aussi bien à l'estomac qu'à l'intestin, et j'utilise ces 2 corps sous la forme de cachets médicamenteux ainsi formulés :

℞ Salol..............................	ãã 10 grammes.
Salicylate de bismuth.............	
Bicarbonate de soude..............	

en trente cachets médicamenteux.

Quant aux naphthols, je ne les abandonne pas, mais je les utilise en lavement et je pratique de grands lavages de l'intestin avec 1 litre de la solution suivante :

℞ Naphthol α........................... 5 grammes.

en vingt paquets. Un paquet pour 1 litre d'eau.

Je préfère le naphthol α au naphthol β, parce qu'il est plus soluble et plus actif, tout en étant moins toxique. Je reconnais, cependant, que le naphthol α est plus irritant que le naphthol β, mais à la dose de 20 centigrammes par litre d'eau, ces propriétés irritantes sont extrêmement

faibles, et dans l'immense majorité des cas cette solution est bien supportée.

Pour introduire ce litre de solution, je ne fais plus usage d'un irrigateur, ni du tube Debove dont je me servais habituellement, et je conseille un entéroclyseur très simple qui a été construit sur mes indications par Galante.

La manœuvre en est des plus simples: on introduit la canule dans le rectum aussi haut que possible, puis on fait pénétrer lentement le liquide en maintenant le malade couché horizontalement. Il est bien entendu que le liquide introduit ne doit pas être gardé et doit être rendu presque immédiatement. Voilà pour les médicaments; je passe maintenant aux purgatifs.

Les purgatifs ne sont utiles que lorsqu'il existe de la constipation, constipation qui résiste même aux lavements naphtholés, dont je viens de vous parler. Dans ce cas, bien entendu, ce sont les laxatifs qu'il faut employer; vous pouvez utiliser la poudre laxative dont je vous ai maintes fois entretenus et dont je vous répète encore une fois la formule :

℞ Follicules de séné passés à l'alcool en poudre	} àà	6 grammes.
Soufre sublimé		
Fenouil en poudre	} àà	3 —
Anis étoilé en poudre		
Crème de tartre pulvérisée		2 —
Réglisse en poudre		8 —
Sucre en poudre		25 —

Vous pouvez aussi utiliser le cascara et son extrait la cascarine ou bien toutes les eaux purgatives, et en particulier celles que nous fournit l'Espagne qui, grâce à leur très haute minéralisation, peuvent être administrées à la faible dose d'un verre à madère ou d'un verre à liqueur le matin à jeun; telles sont les eaux de Rubinat, de Carabana et de Villacabras.

Le régime alimentaire joue un rôle prépondérant dans cet ensemble thérapeutique auquel on donne le nom d'antisepsie intestinale.

C'est ici le triomphe du régime végétarien.

Régime. — Le régime dont je me suis fait le défenseur, et que vous trouverez exposé dans son entier dans l'ouvrage récent que le docteur Bonnefoy a consacré au végétarisme (1), se compose, comme vous le savez, des œufs, du lait, des féculents, des légumes verts et des fruits, et pour que vous gardiez toujours mémoire de l'ensemble de ce régime, j'en reproduis ici la formule :

Le malade se nourrira exclusivement de lait, d'œufs, de féculents, de légumes verts et de fruits.

A. Prendre au moins 1 litre de lait par jour.

B. Les œufs peuvent être pris sous toutes les formes.

C. Les féculents seront en purée (purée de pommes de terre, de haricots, de lentilles, revalescière, racahout, farine lactée, bouillies au gruau de blé, de riz, d'orge, de maïs et d'avoine, panades passées, pâtes alimentaires, nouilles, macaroni).

D. Les légumes verts seront très cuits (purée de carottes, de navets, de julienne, salades cuites, petits pois, haricots verts, épinards).

E. Les fruits seront en compote, sauf les fraises et le raisin.

Si le malade veut absolument manger de la viande, vous ne permettrez que les viandes très cuites et les viandes gélatineuses, telles que les pieds de mouton à la poulette, la tête de veau, le fricandeau, le riz de veau, le bœuf à la mode, le veau en gelée, la poule au riz, les volailles en daube et les viandes braisées.

(1) Docteur Bonnefoy, *Du végétarisme*, avec introduction par Dujardin-Beaumetz, Paris, 1891.

Vous défendrez les poissons, le gibier, les mollusques, les crustacés, les fromages faits à cause des *toxines* que la putréfaction développe rapidement dans ces aliments.

Vous repousserez aussi le bouillon gras et préférerez les soupes maigres; la potasse que renferme le bouillon nuit aux fonctions glycogéniques du foie et par cela même à ses fonctions antiseptiques.

Vous permettrez les mets sucrés, les confitures. Nous savons, en effet, que le sucre aide à l'antisepsie hépatique.

Voilà pour l'antisepsie intestinale. La seconde indication à remplir, c'est d'éliminer les toxines formées dans l'organisme et vous arriverez à ce but en favorisant la diurèse par des boissons abondantes et très légèrement alcalines, en usant de préférence du vin blanc ou en faisant usage du lait. Vous aurez soin, en outre, de faire fonctionner la peau, en recommandant des lotions à l'eau tiède additionnée d'eau de Cologne et même de savon pour les peaux grasses, lotions suivies d'une friction énergique avec un gant de crin.

Enfin, pour diminuer les leucomaïnes, résultat du travail organique des cellules, vous vous rappellerez que les travaux exagérés augmentent, dans de très notables proportions, la production de ces toxines, et par les mots *travaux exagérés*, j'entends non seulement les travaux musculaires, mais encore les travaux intellectuels. Aussi le surmenage, qui est une cause d'accumulation de ces toxines, doit-il être absolument combattu.

Tel est l'ensemble des moyens thérapeutiques et hygiéniques que vous pouvez mettre en jeu; il me reste à dire dans quels cas nous pourrons appliquer cet ensemble de moyens curatifs.

Nous avons vu qu'il y avait corrélation entre les fonctions glycogéniques du foie et ses fonctions antiseptiques. Quand je vous parlerai du foie glycogène, je m'efforcerai de vous démontrer que l'intégrité des fonctions glycogéniques est elle-même adéquate à l'intégrité des fonctions physiologiques. Donc, l'action sur les poisons ne peut s'exercer que par un foie à l'état sain.

Cette première conclusion admise, il en découle immédiatement une seconde, c'est que toutes les affections du foie modifieront, dans une mesure plus ou moins étendue, son action antiseptique, et lorsque ces affections du foie s'accompagneront de lésions assez profondes pour détruire la cellule hépatique, cette fonction antiseptique disparaîtra complètement.

Donc, dans toutes les affections du foie, nous devrons employer les moyens que je viens de vous ordonner, puisque cette barrière protectrice établie entre l'intestin et le reste de l'économie sera plus ou moins détruite.

Mais de même que les maladies du foie réclament, de la part du médecin, une médication antiseptique, de même aussi et avec plus de raison les affections intestinales et en particulier celles qui s'accompagnent de fermentations putrides réclameront la même médication pour s'opposer aux affections du foie consécutives à la putridité intestinale. Bouchard, en effet, nous a montré que chez tous les malades atteints de dilatation de l'estomac, auxquels il faudrait joindre les dilatés du gros intestin, comme l'ont montré Trastour et Malibran, il y avait des congestions hépatiques intermittentes.

Ces congestions résultent de l'exagération de cette fonction antiseptique du foie dont l'action destructive sur les poisons est très exagérée par suite de l'augmentation de production des toxines intestinales. Lorsqu'on suit ces dilatés de l'estomac ou de l'intestin on constate, en effet, ces congestions à la suite ou d'écarts de régime ou de l'abandon de la médication antiseptique.

Lorsque j'ai étudié la dilatation de l'estomac et la neu-

rasthénie gastrique (1), j'ai montré que cette congestion du foie expliquait, chez ces malades, l'ectopie rénale. Enfin, dans les maladies infectieuses avec putridité, pour éviter les complications hépatiques, il nous faudra intervenir avec la même médication.

N'oubliez pas enfin que si le foie est un destructeur de poisons, il est aussi producteur d'une toxine très active, surtout chez certaines espèces animales. Vous connaissez tous l'intoxication par les moules; elle est produite par une toxialbumine sécrétée par le foie: la mitylotoxine. Lorsque je vous parlerai, à propos du foie biliaire, des urticaires d'origine hépatique, j'espère vous démontrer que l'homme aussi produit, lorsque le foie a été infecté, une toxine analogue à la mitylotoxine, et qui amène, lorsque la bile qui la contient est absorbée par la muqueuse intestinale, des urticaires d'une intensité variable. Ici encore, pour la cure de ces urticaires d'origine toxique, c'est l'antisepsie intestinale, telle que je viens de vous l'exposer, qui doit être appliquée.

Les quelques indications que je viens de vous donner vous montrent l'importance du foie considéré comme destructeur des poisons et j'espère que vous tirerez quelque profit des considérations que je viens de vous exposer.

Dujardin-Beaumetz.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Des fractures pathologiques

(leçon du prof. Duplay recueillie par A. Chipault, interne du service, et revue par le professeur).

La malade sur laquelle je veux aujourd'hui attirer votre attention est couchée au n° 27 de la salle Gosselin. Réglée à 13 ans, elle l'est encore aujourd'hui assez régulièrement. Elle a eu 9 enfants. Il y a 12 ans, à l'âge de 42 ans, elle eut au sein droit une tumeur qui augmenta lentement et fort peu, finit par acquérir le volume d'une noisette, et par s'ulcérer au bout de plusieurs années; actuellement on trouve, à la partie interne du mamelon, une ulcération de 5 cent. sur 9, à bords saillants et indurés, absolument adhérente au squelette; il existe de petits ganglions durs sur la paroi interne de l'aisselle. Il s'agit en somme de cette variété de cancer du sein, désignée sous le nom de squirrhe atrophique.

Nous arrivons maintenant au point le plus intéressant de l'histoire de cette malade. Depuis deux mois elle a dans la cuisse droite des douleurs sourdes, diffuses, avec irradiations du côté du genou. Il y a deux jours, elle est tombée sur le côté droit, de sa hauteur, sans effort et sans heurter de meubles ou de mur. On dut la porter sur son lit: au premier examen il nous fut facile de constater une fracture du fémur, immédiatement sous-trochantérienne. Le membre est raccourci et de plus il existe, au niveau de la fracture, de la mobilité anormale, une crépitation vague, une douleur très vive à la pression, surtout nette à la face antérieure du membre, à 4 ou 5 travers de doigt environ au-dessous de l'arcade crurale. Toute la région est empâtée, résistante; le réseau veineux sous-cutané est plus marqué que du côté opposé.

Voici donc une malade qui présente depuis 12 ans un cancer atrophique du sein, et chez laquelle, à la suite d'un traumatisme extrêmement léger, s'est faite une fracture du corps du fémur; vous n'ignorez pas que chez les vieilles femmes se produisent très facilement et sous l'influence du traumatisme le plus léger des fractures du col du fémur, imputables à l'état sénile de ce point de l'os. Mais il faut d'ordinaire une violence considérable pour fracturer le corps du fémur. Il s'agit donc ici d'une de ces curieuses fractures dites spontanées ou mieux pathologiques, et qui se distinguent des fractures ordinaires par leur production à la suite d'un traumatisme manifestement insuffisant. Il faut qu'il y ait prédisposition, de par un état antérieur, anormal ou pathologique du squelette.

Les lésions causales, extrêmement nombreuses, sont généralement faciles à déterminer, mais chez certains sujets, en dehors de tout état pathologique déterminé, il existe une remarquable fragilité des os que Lobstein appelait du nom singulier d'ostéopsatyrose. Cette fragilité, quelquefois héréditaire, peut se transmettre exclusivement aux individus mâles ou femelles d'une famille. Les fractures qui en sont la conséquence se réparent avec la plus grande facilité, très vite: en trois semaines, quel que fût leur siège, dans le cas intéressant de Gurlt. Elles se produisent surtout pendant l'enfance et la prédisposition paraît, dans certains cas, s'atténuer ou disparaître avec l'âge. J'ai soigné un garçon de 12 ans qui, presque sans traumatisme, se fractura l'humérus; un an après nouvelle fracture au même os, mais à un autre niveau, en lançant une balle: l'effort chez cet enfant peu musclé a été sûrement très minime, et la fracture rentre bien dans le cadre des fractures spontanées. Depuis 10 ans la prédisposition de ce malade à ce genre de lésions n'a pas provoqué de nouvel accident: elle paraît donc s'être éteinte. Je n'ai du reste, je tiens à le dire, diagnostiqué la fragilité spontanée chez ce jeune homme qu'après avoir éliminé, par son étude et par celle de ses parents, toutes les autres causes possibles de fracture spontanée, et c'est ainsi qu'on devra toujours faire.

Ces autres causes sont fort nombreuses et peuvent être classées de la manière suivante:

1° Etats pathologiques des os;
2° Maladies générales;
3° Etats pathologiques particuliers;
4° Affections du système nerveux.

I. — Les états pathologique des os, producteurs de fractures spontanées, peuvent être inflammatoires; l'ostéomyélite des adolescents, en particulier, surtout lorsqu'elle s'est terminée par nécrose. Il s'agit là d'une variété très facile à reconnaître en clinique.

Le rachitisme, à la première et à la deuxième période, lorsque le périoste est envahi par le tissu spongoïde, provoque souvent des fractures spontanées; une petite fille, vue par Lonsdale, en eut presque simultanément 22, une autre, vue par Malgaigne, 4 en 4 ans.

L'ostéomalacie, maladie rare et facile à reconnaître, expose aussi les individus qui en sont atteints à de nombreuses fractures pathologiques.

Les tumeurs des os sont, d'ordinaire, plus difficiles à diagnostiquer. Les kystes hydatiques, entre autres, font peu à peu disparaître par résorption le tissu compact, bientôt réduit à une mince lamelle: alors l'os se casse comme du verre. Lorsque j'étais chirurgien à Saint-Antoine, il se trouvait une femme atteinte de fracture spontanée du col du fémur, que je considérai comme due à un ostéosarcome. La consolidation s'était faite à peu près, ce qui ne laissait déjà pas de m'étonner, lorsqu'en portant la malade au bain, on lui cassa le fémur à la partie moyenne; puis en peu de temps elle se fit de nouvelles et multiples fractures qui guérirent toutes à peu près. Je ne savais plus que penser, lorsqu'un jour se forma un gros abcès à la partie moyenne de la cuisse. En l'incisant, je le trouvai rempli d'hydatides, et je dus

(1) Dujardin-Beaumetz, *Nouvelles Médications* (2e série), Paris, 1891, p. 35.

faire, devant l'étendue des désordres, la désarticulation de la hanche; ce fémur était transformé en un vrai chapelet d'hydatides, il ne restait guère que la trace des surfaces articulaires supérieure et inférieure. Telle est l'histoire de ce cas, impossible à distinguer, au début au moins, d'une tumeur maligne des os (cancer, sarcome), cause plus fréquente de fractures spontanées, et que nous allons bientôt retrouver.

II. — Les différentes diathèses, syphilis, tuberculose, cancer, diabète, les trois premières surtout, peuvent déterminer en un point du squelette une lésion bien déterminée; mais, de plus, elles peuvent engendrer une sorte de fragilité générale des os prédisposant aux fractures spontanées. Voyons d'abord la syphilis; la syphilis héréditaire provoque des fractures chez les nouveau-nés (pseudo-paralysies de Parrot) et chez les jeunes enfants. Dans la syphilis acquise, il est tout naturel que les gommes des os soient une cause de fractures spontanées, mais chez les syphilitiques, une fois sur deux à peu près, le squelette tout entier présente une grande fragilité. Dans ces cas, M. Charpy a démontré que la résistance à la fracture était moitié moindre que chez les individus sains. Il a de plus constaté la disparition du fluorure de calcium. Il y a du reste longtemps que Breschet avait cité, sans beaucoup le comprendre, un fait clinique de cet ordre; l'individu, adulte syphilitique, rendait par les urines une grande quantité de sels calcaires, et s'était fait plusieurs fractures spontanées; le traitement spécifique le guérit à la fois de ces deux manifestations de la diathèse.

Dans le diabète, c'est également lorsqu'il y a phosphaturie que s'observent, ainsi que l'ont démontré Bouchard, Verneuil, Verchère, les fractures spontanées.

J'arrive à la diathèse cancéreuse, en comprenant sous ce nom le cancer et le sarcome, ce dernier peut-être plus fréquent. Pour les sarcomes, le mécanisme est d'ordinaire celui que nous avons noté pour les kystes hydatiques, surtout lors de sarcome central, difficile à reconnaître au début, car la tumeur ne devient manifeste qu'un certain temps après la production de la fracture. Dans le sarcome périostique, au contraire, la tumeur a précédé celle-ci, et le diagnostic est généralement des plus simples. Il en est de même lors de carcinome vrai, presque toujours secondaire, et presque toujours secondaire à un cancer du sein (26 fois sur 32). Dans quelques faits, l'influence de la carcinose paraît être purement diathésique, ici encore par l'intermédiaire de la phosphaturie.

La tuberculose, elle aussi, agit, soit par lésion locale (comme dans les fractures du mal de Pott) soit par fragilité générale causée par la phosphaturie.

Je laisse de côté, parmi les états diathésiques, le scorbut. En effet, dans les dernières épidémies, on n'a pas observé de fractures spontanées : cette cause est donc douteuse.

III. — L'âge avancé, la grossesse sont des causes indiscutées de fractures pathologiques : certains vieillards se fracturent le col du fémur en descendant de leur lit ou en mettant leurs souliers : la raréfaction sénile des os se localise du reste en ce point, à l'extrémité inférieure du radius, à la tête de l'humérus. Je vous ai déjà fait observer que chez notre malade il ne s'agit pas de cette variété. Elle est relativement jeune et de plus s'est fait une fracture du corps et non du col du fémur. Hérard, Massot ont démontré que la grossesse prédispose également aux fractures spontanées. Le lien entre la cause et l'effet paraît être, ici comme pour les diathèses, une déperdition considérable de sels calcaires.

IV. — Les fractures spontanées d'origine « nerveuse » s'observent surtout chez les ataxiques. Signalées déjà par Weir Mitchell, elles ont été surtout bien étudiées par Charcot, Trélat : souvent multiples, elles siègent sur le fémur, la clavicule, l'humérus, les os du bassin; elles s'accompagnent de déplacements considérables, de cals difformes, d'arthropathies voisines, et paraissent dues à une sorte d'ostéite raréfiante, avec décalcification ainsi que l'a constaté M. Regnard. Elles se produisent le plus souvent lorsque le tabès est confirmé, mais peuvent parfois précéder ses principaux symptômes et offrir de réelles difficultés d'interprétation.

L'atrophie musculaire, la sclérose en plaques, les paraplégies, la maladie de Morvan, ont encore été notées comme causes de fractures spontanées. Il en est de même de la paralysie générale, des diverses variétés de vésanie.

On le voit, la liste est longue, des causes possibles de fractures spontanées; les variétés cliniques sont aussi bien nombreuses. On aura ou on n'aura pas de symptômes généraux précurseurs, de symptômes locaux concomitants. Notre malade a, depuis 12 ans, un cancer du sein : je crois que, chez elle, il s'agit de généralisation osseuse. Deux mois avant la fracture, elle a eu des douleurs intenses, diffuses, dans la cuisse. J'ai indiqué tout à l'heure qu'au niveau de la fracture, il y avait un empâtement profond et étendu. Il est probable qu'il s'agit là d'un épanchement sanguin, mais son abondance même doit faire penser à un état particulier local de l'os. La douleur à la pression n'est pas localisée comme dans les fractures ordinaires; la crépitation n'est pas franche; enfin il existe un réseau veineux sous-cutané bien développé. Peut-être l'examen de la région avant la fracture aurait-il pu lever les doutes.

Sur le pronostic et le traitement, je n'ai presque rien à vous dire : La consolidation se fait bien dans la syphilis avec le traitement spécifique, mais dans l'ostéo-sarcome, elle manque le plus souvent, le néoplasme subit même une poussée aiguë. Il est rare qu'il se fasse, par la calcification de la tumeur, une pseudo-consolidation, du reste essentiellement provisoire. Le traitement se bornera d'ordinaire à immobiliser dans une gouttière. S'il s'agissait de tumeur primitive ou de kyste hydatique, il faudrait amputer ou désarticuler le plus haut posssible. Chez notre malade, bien entendu, l'abstention s'impose, puisque l'affection osseuse est secondaire, et est le cachet d'une généralisation commençante.

TRAVAUX ORIGINAUX

Kyste dermoïde du médiastin antérieur, Communication à la *Société anatomique* de Paris, par le docteur A. B. Marfan, chef de clinique médicale.

Nous avons observé à l'hôpital Necker, dans le service de notre maître, M. le professeur Peter, un cas de kyste dermoïde du médiastin antérieur dont l'histoire soulève quelques problèmes intéressants. Voici d'abord la relation de ce cas.

I

Observation. — *Kyste dermoïde du médiastin antérieur (kyste uniloculaire pili-sébacé). Mort par tuberculose miliaire aiguë qui s'est présentée d'abord sous la forme d'un embarras gastrique et s'est terminée par méningite.*

Le 17 juillet 1891, entre à l'hôpital Necker (salle Laënnec, n° 11), un cocher de 30 ans. Depuis quelques jours, ce malade a des nuits très agitées; le médecin qui l'envoie attribue à l'alcoolisme les insomnies et les hallucinations nocturnes qu'il présente. D'ailleurs depuis longtemps le malade abuse des boissons alcooliques et présente tous les matins la pituite classique. A son entrée, il est un peu abattu; mais il a toute sa connaissance, répond très bien aux questions

qu'on lui pose, et se plaint surtout d'avoir perdu l'appétit. Nous constatons un embarras gastrique des plus nets : langue saburrale, anorexie, soif vive. Le malade nous raconte en outre que, depuis quelques mois, il est sujet à la diarrhée. Un instant nous pensons à la fièvre typhoïde ; mais nous ne trouvons aucun signe de cette maladie; *la température est normale; et elle reste telle jusqu'à la mort.*

L'examen des poumons ne révèle rien d'anormal. Les battements du cœur sont très faibles, mais présentent leurs caractères normaux.

Du 17 au 22 juillet, le malade reste dans le même état; et nous pensons à un embarras gastrique chez un alcoolique.

Le mercredi 22 juillet, le malade est très agité; dans la nuit qui suit, il a du délire. Le jeudi 23 juillet, il est dans le coma ; il a une inégalité pupillaire très marquée, et le pouls est très ralenti (55 à 60). Il meurt dans la nuit du jeudi au vendredi.

Autopsie. — L'autopsie est pratiquée le 25 juillet. En ouvrant la cage thoracique, nous constatons qu'il existe derrière la portion supérieure du sternum, en avant des gros vaisseaux de la base du cœur, une grosse masse blanchâtre, du volume des deux poings. Après incision, cette masse laisse voir de *nombreux poils blancs*, et *une matière sébacée très épaisse.* Il s'agit d'un kyste dermoïde.

Ce kyste occupe exactement la portion supérieure et juxta-sternale du médiastin antérieur; il remplit une cavité ayant pour limite inférieure la face antérieure du péricarde, pour limite postérieure les gros vaisseaux de la base du cœur, pour limite supérieure la base du cou, pour limite antérieure le sternum et les côtes satellites.

La tumeur est bien isolée des organes voisins; elle ne contracte aucune adhérence avec la paroi thoracique; elle présente quelques adhérences filamenteuses avec les bords antérieurs des deux poumons ; mais ces adhérences sont faciles à détacher. La tumeur n'est réellement très adhérente qu'à la face antérieure du péricarde. Sa paroi fait corps avec la séreuse péricardique.

D'ailleurs, si on excepte le léger degré d'athérome qui existe sur l'aorte, tous les organes voisins, cœur, péricarde, gros vaisseaux, ne présentent aucune altération.

Quant à la compression exercée par la tumeur sur les organes du médiastin, elle se borne à une *compression modérée de l'aorte et de l'artère pulmonaire.* Pendant la vie, du reste, aucun phénomène de compression n'avait attiré l'attention vers le médiastin.

La paroi du kyste est très mince : elle a 1 à 2 millimètres d'épaisseur. La surface interne est inégale, raboteuse. La cavité est uniloculaire; elle renferme uniquement de la matière sébacée et des poils blancs assez nombreux et assez longs, dont quelques-uns s'insèrent sur la paroi.

L'*examen microscopique* de la paroi, fait en divers points, ne nous a montré qu'une couche de tissu conjonctif fasciculé, non revêtue par un épithélium.

L'épithélium faisait défaut même dans les points où la paroi présentait des poils. D'ailleurs, en y regardant de près, on s'aperçoit que ces poils sont simplement passés à travers la couche superficielle dégénérée de la paroi, comme un fil qui y aurait été passé avec une aiguille. Cela nous permet de supposer qu'il y avait dégénérescence à peu près complète des éléments épidermiques, et que la tumeur avait depuis assez longtemps cessé d'évoluer.

Outre ce kyste dermoïde pili-sébacé, l'autopsie nous montre des lésions tuberculeuses diverses.

Les *poumons* présentent, aux sommets, un semis de granulations grises récentes; il n'y a pas trace de tubercules anciens. Dans le reste du parenchyme pulmonaire, on constate un peu d'emphysème.

L'*intestin* présente de nombreuses ulcérations tuberculeuses, avec lymphangite tuberculeuse sous-péritonéale au niveau de chaque ulcère.

Le *foie* et la *rate* sont normaux à l'œil nu.

Enfin les *méninges* présentent des granulations tuberculeuses avec des adhérences au niveau de l'artère sylvienne; du côté gauche, il existe un exsudat fibrino-purulent qui comble la scissure de Sylvius.

En résumé, le malade est mort d'une granulie qui paraît avoir eu pour origine les ulcérations tuberculeuses de l'intestin. Les caractères de celles-ci semblent en effet montrer que les lésions intestinales sont plus anciennes que celles des poumons et des méninges; de plus le malade avait de la diarrhée depuis longtemps. Cette granulie s'est présentée, au début, sous la forme d'un embarras gastrique, comme cela s'observe quelquefois.

Deux questions se posent à propos de cette observation : la première concerne les rapports qui ont pu exister entre le kyste dermoïde du médiastin et le développement de la tuberculose; la seconde concerne le kyste dermoïde du médiastin envisagé en lui-même et dans ses origines possibles.

Le kyste dermoïde du médiastin comprimait les gros vaisseaux de la base du cœur, l'aorte et l'artère pulmonaire. Or, Lebert et C. Paul ont montré que le rétrécissement de l'artère pulmonaire prédispose à la phthisie. On pourrait donc penser que la compression de l'artère pulmonaire par le kyste a favorisé la tuberculose. Mais cette manière de voir doit être écartée ; les lésions du poumon étaient récentes et peu accusées; elles ont été vraisemblablement la conséquence de lésions intestinales plus anciennes et beaucoup plus marquées.

S'il fallait ici reconstituer la genèse de la tuberculose, nous penserions plutôt avec Zahn et Rousseff (1), que l'affection stomacale alcoolique a favorisé le développement de la tuberculose intestinale, en affaiblissant la sécrétion du suc gastrique qui a, on le sait, une action bactéricide. Cette tuberculose intestinale développée primitivement a donné naissance à une tuberculose miliaire aiguë qui a emporté le malade.

II. *Des kystes dermoïdes du médiastin antérieur.*

Le médiastin antérieur, dans sa portion supérieure (région thymique) est le lieu d'élection de toutes les tumeurs primitives non ganglionnaires. Les kystes dermoïdes n'échappent pas cette à cette loi. Sur 16 cas de kystes dermoïdes intra-thoraciques que j'ai pu réunir, 12 fois ces tumeurs siégeaient dans le médiastin antérieur, derrière la poignée du sternum, en avant des gros vaisseaux de la base du cou, au-dessus de la face antérieure du péricarde.

Le volume de ces kystes est variable; les plus gros atteignent les dimensions d'une tête de fœtus. Ils sont uniloculaires ou multiloculaires. On y trouve de la matière sébacée, des poils, quelquefois des dents, des os, des cartilages. En grossissant, ces kystes viennent apparaître quelquefois dans la région du cou ; d'autres fois ils pénètrent dans le poumon, mais, en général, ils n'exercent pas de compression sérieuse sur les organes du médiastin. Cependant ils peuvent aplatir un peu la trachée et les bronches et les gros vaisseaux de la base du cou. Dans le cas de Kuckmann, observé à la clinique de Roser, après plusieurs poussées de pneumonie, il y eut rupture du kyste dans les bronches, et cette rupture fut suivie d'*expectoration de poils.* Dans le cas de Büchner, le kyste perfora l'aorte.

Quelle est l'origine de ces kystes ? Un fait très frappant, c'est leur développement dans une région bien déterminée, toujours la même : on les trouve dans la partie supérieure du médiastin antérieur, c'est-à-dire dans une région limitée en bas par la face antérieure du péricarde, en arrière par les vaisseaux de la base du cœur et la trachée, en haut par la base du cou, en avant par le sternum avec ses cartilages costaux satellites, sur les côtés par les bords antérieurs des poumons. C'est cette région qui loge le thymus ou ses débris atrophiques.

Un siège aussi précis et aussi constant semble indiquer

(1) Rousseff. *Des rapports qui existent entre la tuberculose intestinale et les affections stomacales dans la tuberculose pulmonaire,* Thèse de Genève, 1890.

que le développement de ces kystes dépend d'une disposition embryologique spéciale.

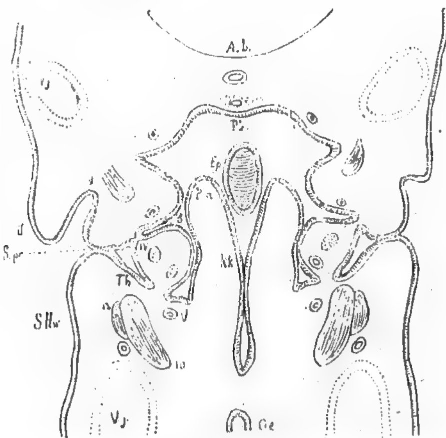
On admet aujourd'hui que les kystes dermoïdes ont une origine congénitale et on explique leur développement, au cou tout au moins, par la théorie de l'*enclavement* de Verneuil, théorie magistralement développée par MM. Lannelongue et Achard dans leur *Traité des kystes congénitaux* (1886).

Si on cherche à appliquer cette théorie au cas présent, on se demande d'abord en vain quel défaut de coalescence peut dans le médiastin amener un enclavement. Mais en y réfléchissant on se souvient que le péricarde, le cœur, et les gros vaisseaux de sa base, sont des organes cervicaux qui ont subi une migration descendante, et d'après ce que nous avons vu sur les rapports anatomiques de ces kystes, on arrive à conclure que bien certainement, ils sont originellement cervicaux, et sont descendus à la suite du cœur jusque dans la cavité thoracique.

Ces kystes dermoïdes de la partie supérieure du médiastin antérieur sont donc d'origine branchiale, puisque les kystes congénitaux dermoïdes et mucoïdes du cou sont rattachés à des vices de développement de l'appareil branchial.

Leur genèse se comprendrait mal avec l'ancienne description des arcs branchiaux séparés par de véritables fentes; elle est élucidée jusqu'à un certain point, croyons-nous, par la nouvelle conception de l'appareil branchial, due en grande partie aux travaux de His, et dont A. Broca a fait un substantiel exposé dans le *Traité de chirurgie* (1).

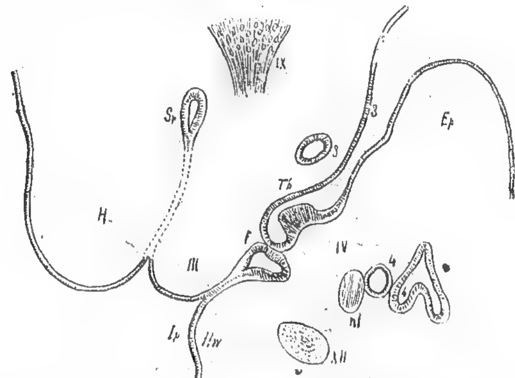
Sans entrer dans les détails, nous rappellerons que les arcs branchiaux ne sont pas séparés par des fentes; mais qu'entre eux existent, continus, les feuillets endodermique et ectodermique accolés. Il n'y a donc pas de



Coupe transversale d'un embryon (D'après His, *Arch. f. An. u. Phys.*, 1886, pl. XXII, fig. 4.) — *Ab*, artère basilaire. — *Ep*, épiglotte. — *Kk*, cavité du larynx. — *Nl*, nerf laryngé supérieur. — *Oe*, œsophage. — *Pa*, repli aryténo-épiglottique — *Ph*, pharynx. — *SHw*, paroi cervicale latérale. — *Spr*, sinus præcervicalis. — *Th*, rudiment ectodermique du thymus (première opinion de His). — *Vj*, veine jugulaire. — II, III, IV, 2°, 3° et 4° arcs viscéraux. — *V*, 5° arc aortique. — 3, 3° poche pharyngienne. — 9, nerf glosso-pharyngien. — 10, nerf pneumogastrique. — 11, nerf hypoglosse. (Cette figure et la suivante sont extraites du *Traité de chirurgie*).

fentes branchiales entre les arcs, mais une *rainure ectodermique* et une *rainure endodermique*, cette dernière appelée *poche* parce qu'elle est plus profonde. A la poche endodermique doivent être rattachés les kystes mucoïdes; mais nous sommes ici en présence d'un kyste dermoïde, certainement ectodermique; nous le rattacherons donc à une des rainures ectodermiques. Laquelle de ces rainures?

L'évolution des arcs branchiaux à leur face externe est assez complexe. Par suite de la flexion de la tête de l'embryon, les 3° et 4° arcs s'enfoncent pour ainsi dire sous le 2°, lequel d'autre part a un développement plus considérable; de là, à la base du cou, de chaque côté de la ligne médiane, un enfoncement que His a appelé *sinus præcervicalis*. L'entrée de ce sinus est limitée en haut par le deuxième arc branchial développé en forme d'opercule, en bas par ce qui sera la paroi thoracique. Dans la profondeur de ce sinus sont cachés les deux derniers arcs branchiaux et les rainures correspondantes.



D'après His, *Arch. f. Anat. u. Phys.*, 1889, p. 157. — II 2° arc. pharyngien, dont le bord saillant en avant (opercule branchial) recouvre en partie III, 3° arc. — En *Sp*, on voit encore un reste non oblitéré de la rainure. — *Hw*, paroi cervicale, qui s'est soudée à III en sorte que IV (4° arc) est tout à fait caché dans la profondeur. — *Ip*, infundibulum præcervical, reste de l'entrée du sinus præcervical, dont le fond, *F*, est actuellement isolé. — 3 et 4, 3° et 4° poches branchiales. — 3* et 4*, 3° et 4° arcs aortiques. — *Th*, rudiment endodermique du thymus — IX, ganglion glosso-pharyngien. — XII, nerf hypoglosse. — *nl*, nerf, laryngé supérieur. — *Ep*, épiglotte.

Déjà, *a priori*, on est porté à admettre que les kystes du médiastin antérieur viennent de la partie la plus profonde, la plus voisine aussi du médiastin, c'est-à dire de la dernière rainure branchiale. La chose serait immédiatement démontrée, si l'on se ralliait à la première opinion de His sur le développement du thymus. C'est en effet aux dépens de cette région ectodermique que, en 1883, His faisait naître le thymus; et cette conception serait encore séduisante, si on la rapprochait d'intéressantes recherches, particulièrement de cellesde M. Letulle (1), qui, dans ces derniers temps, ont présenté le thymus comme l'origine de presque toutes les tumeurs primitives non ganglionnaires du médiastin.

Mais l'opinion embryologique de His n'a pas tardé à être contestée, par Born en particulier. D'après cet auteur, c'est aux dépens de la 3° poche branchiale, aux dépens de l'endoderme par conséquent, que se développe le thymus. His lui-même, en 1889, a adopté cette doctrine; et dès lors, il nous est bien difficile de nous appuyer sur sa première opinion.

A notre point de vue d'ailleurs, l'importance de cette discussion n'est pas grande. Si nous nous en rapportons en effet aux figures de His, nous constatons que la 3° poche pharyngienne, rudiment endodermique du thymus, est au contact presque immédiat de l'angle le plus profond du sinus præcervicalis, de cet angle auquel His avait primitivement attribué le thymus. Cela étant, nous croyons que l'on peut rapporter les kystes dermoïdes de la partie supérieure du médiastin antérieur à une coales-

(1) A. Broca, *Traité de chirurgie*, Paris, 1891, p. 7.

(1) Letulle, Tumeurs du médiastin antérieur, *Arch. gén. de méd.*, Paris, déc. 1890, t. II, p. 641.

cence inachevée de ce que His avait considéré comme le rudiment ectodermique du thymus; et ces kystes suivraient, dans sa descente, le thymus, organe endodermique, auquel ils sont accolés.

Est-ce à dire maintenant que nous prenions définitivement parti sur l'origine endodermique ou ectodermique des amas épithéliaux du thymus? Ce serait, croyons-nous, prématuré; et il est possible que les deux culs-de-sac épithéliaux dont nous venons de signaler le voisinage prennent part à la genèse du thymus normal. Nous devons remarquer en effet dans le médiastin antérieur, outre les dermoïdes purs et les tumeurs certainement d'origine thymiques sur lesquelles Letulle a insisté, des *tumeurs congénitales complexes* dans lesquelles sont associés des éléments endodermiques et des éléments ectodermiques.

C'est ainsi que, dans le cas de Lebert, il y avait un mélange d'épithélium pavimenteux et d'épithélium cylindrique. Dans le cas de Virchow (*Teratoma myomatodes mediastini*), avec des tissus mésodermiques variés et des fibres musculaires striées, il y avait des cavités tapissées d'épiderme et renfermant des poils à côté d'autres cavités renfermant de l'épithélium cylindrique avec ou sans cils vibratiles. Dans le cas de Lœwenmeyer et Virchow, il s'agissait aussi d'un kyste mixte à la fois dermoïde et mucoïde, et les auteurs concluent à une inclusion simultanée de l'ectoderme et de l'endoderme.

1) Al. Gordon. — Case of tumor in the anterior mediastinum containing bone and teeth. *Medico-chirurg. Transact.*, nov. 1823, T. XIII, p. 12. London. (Traduit dans les *Arch. générales de méd. de* 1826. 1re série, t. XI, p. 270).
2) Spath. — Tumeur du médiastin antérieur composée de tissu stéatomateux et mélicérique. *Gazette méd. de Paris*, 1836, p. 120.
3) Büchner. — Ein seltener Sectionsbefund, *Deutsche Klinik*, 1853, 9 juillet.
4) Lebert. — Beobachtungen und klinische Bemerkungen über Dermoïdcysten. *Prager Vierteljahrschrift f. die prakt. Heilk.*, Bd LX, 1858.
5) Cordes. — Dermoïdcystoïd im mediastinum anticum. *Archiv f. path. Anat. und Phys.*, 1859, Bd XVI.
6) Waldeyer. — Dermoïdkystom der vorderen Mediastinalraumes. *Archiv. f. klin. Chir.*, 1871, Bd XII.
Le même cas est décrit dans : Collenberg. *Zur Entwickelung der Dermoïdkystom.* Thèse inaugurale de Breslau, 1869.
7) Virchow. — Teratoma myomatodes mediastini. *Archiv f. path. Anat. und Phys.*, 1871. Bd. LIII.
8) Pœhn. — *Beschreibung eines Falles von Dermoïdcyste des Mediastinum anticum.* Dissertation inaugurale de Marburg, 1874.
9) Paget. — *A system of surgery* de Holmes et Hulke, 3e édition, Londres, 1883, T. I, p. 259. (Article Tumeurs de Paget et Moore, revu par Butlin).
10) Kückmann. — Cas de la clinique de Roser, cité par Riedinger, *Deutsche Chirurgie* de Billroth et Lücke, 1888, livr. 42, p. 281.
11) Le Bèle. — Cas cité par Riedinger, *ibidem.*
12) Lœwenmeyer et Virchow. — Dermoïdcyst des Mediastinum. *Berliner klin. Woch.*, n° 7, p. 135, 13 février 1888.
Les cas 1, 3, 4, 5, 6, 7, 9 sont analysés dans le *Traité des kystes congénitaux* de MM. Lannelongue et Achard. Ajoutons pour terminer cette liste qu'on trouve dans le mémoire classique de Lebert, sur les *kystes dermoïdes et l'hétérotopie plastique* (Mém. de la Soc. de biologie, T. IV, p. 203, 1852) un cas de kyste dermoïde du médiastin antérieur observé chez un jeune canard par Penada; le kyste renfermait des plumes.

CORRESPONDANCE

Hypnotisme et hystérie.

Réponse à Monsieur le Dr Bernheim.

Dans le dernier numéro de la *Gazette hebdomadaire*, M. Bernheim nous attaque vivement à propos de notre conférence sur l'hypnotisme et l'hystérie.

Il nous accuse d'ingratitude. Ce que nous savons à la Salpêtrière sur l'hypnotisme, nous le devrions aux travaux de l'Ecole de Nancy vers laquelle nous évoluerions sans l'avouer. « Nous mordons la main » (celle de M. Bernheim) qui nous guide.

« M. Babinski, dit M. Bernheim, ne parle d'ailleurs plus ou presque plus des trois phases, de l'hyperexcitabilité neuromusculaire, de la période léthargique, de l'hyperexcitabilité cutanéo-musculaire, de la période somnambulique..... La vérité est que ces caractères n'existent pas en tant que somatiques : ils sont œuvre de la suggestion. »

Or voici ce que j'ai dit dans ma conférence : « Je ne chercherai pas à vous démontrer que la division du grand hypnotisme en trois états distincts : léthargie, catalepsie et somnambulisme, est légitime, ni à établir que les phénomènes hypnotiques peuvent parfois se développer à l'abri de la suggestion. Ce n'est pas que les preuves fassent défaut, mais je les ai déjà exposées tout au long dans mon mémoire sur le grand et le petit hypnotisme, auquel je renvoie ceux de mes lecteurs que ce sujet intéresse. *Du reste, cette démonstration n'est pas nécessaire pour le but que je me propose d'atteindre.* »

Est-ce là, comme le dit M. Bernheim, une évolution vers les idées de Nancy ?

Le but principal de ma leçon était d'établir que les phénomènes hypnotiques sont de même essence que les phénomènes hystériques et que des liens intimes unissent l'hypnotisme à l'hystérie.

M. Bernheim a soutenu, au contraire, jusque dans ces derniers temps, qu'il n'y avait aucune relation entre ces deux états.

A la vérité, il semble que son opinion à cet égard se soit tout récemment quelque peu modifiée. Il reconnaît en effet maintenant (voir : *Psychothérapie*, p. 183, et *Société d'hypnologie*, séance du 20 juillet 1891, in *Bulletin médical*, p. 703) que les phénomènes somatiques qu'on observe chez les hystériques, anesthésies, amauroses, par exemple, sont analogues ou identiques à ceux dont on peut provoquer l'apparition chez les hypnotisés, et que l'état psychique des hystériques est semblable par certains côtés à l'état psychique des hypnotisés.

D'autre part, M. Bernheim, après avoir prétendu que les maladies les plus diverses qui n'ont aucun lien avec l'hystérie peuvent être améliorées ou guéries par l'hypnotisme, se contente de dire actuellement « que la suggestion thérapeutique ne s'adresse pas à la seule hystérie, mais trouve une *application utile* dans beaucoup de maladies. » M. Bernheim semble donc plus réservé en ce qui concerne son opinion sur la puissance curative de l'hypnotisme. Il paraît reconnaître que l'influence thérapeutique de l'hypnotisme s'exerce d'une façon prédominante sur les troubles qui relèvent de l'hystérie.

La Salpêtrière, dit M. Bernheim, a fait une évolution notable vers les doctrines de Nancy. Ne serait-ce pas plutôt Nancy qui évoluerait vers les doctrines de la Salpêtrière ?

M. Bernheim assure qu'il a sur l'hystérie de l'homme des notions très précises et il paraît qu'à Nancy ce sujet est bien connu depuis l'an 1618. Probablement, selon M. Bernheim, les travaux de notre maître, le professeur Charcot, sur l'hystérie en général et l'hystérie masculine, en particulier, n'ont aussi fait que confirmer les doctrines séculaires de Nancy !!

M. Bernheim affirme qu'il n'a jamais méconnu l'hystérie mâle. Pourtant il a écrit ce qui suit :

« Il ne faudrait pas croire que les sujets impressionnés soient tous des névropathes, des cerveaux faibles, des hystériques, des femmes; la plupart de mes observations se rapportent à des hommes que j'ai choisis à dessein pour répondre à cette objection. » (*De la Suggestion*, p. 6.)

N'y a-t-il pas entre ces deux assertions une contradiction flagrante ?

M. Bernheim dit qu'il ne lui convient pas de discuter ses diagnostics *si légèrement incriminés* par moi pour les besoins de ma cause. « A quoi bon d'ailleurs ? »

Je répondrai à cela que c'est M. Bernheim qui a fait preuve de légèreté en portant par exemple le diagnostic de myélite infectieuse dans un cas de paraplégie qu'il a améliorée instantanément par la suggestion et qu'il a guérie ensuite rapidement (*Psychothérapie*, p. 443), ou bien encore, en admettant l'existence d'une affection organique cérébelleuse dans un cas où il a fait disparaître en quelques heures par suggestion des troubles nerveux qui remontaient à près de neuf ans. (*Psy-*

chothérapie, obs. CII). M. Bernheim se contente d'affirmer l'exactitude de ses diagnostics, mais il ne donne à l'appui de son opinion aucun argument sérieux. A quoi bon d'ailleurs? comme il le dit lui-même. La *simple affirmation* de M. Bernheim, qui hypnotise 69 personnes sur 69 (Voir *Bulletin médical*, 1891, p. 703) et suggestionne tout le monde, ne doit-elle pas suffire pour entrainer la conviction!

M. Bernheim me fait l'honneur de m'inviter à visiter sa clinique de Nancy, ce qui me permettra, assure-t-il, de traiter la question « sinon avec plus d'assurance, du moins avec plus de rigueur scientifique ».

Si je passe un jour par Nancy, je ne manquerai pas de me rendre à cette invitation et j'aurai certainement le plus grand plaisir à m'entretenir avec mon honorable confrère pour le talent duquel j'ai la plus grande considération, quoique je ne partage pas sa manière de concevoir l'hypnotisme et l'hystérie. Mais, en attendant que cette occasion se présente, je me permettrai, à mon tour, de l'engager à suivre pendant quelque temps la clinique des maladies nerveuses à la Salpêtrière. Il verrait avec quelle rigueur les observations y sont recueillies, avec quelle méthode les malades y sont examinés; il reconnaîtrait peut-être alors que ses diagnostics ont été bien souvent téméraires et il rectifierait sans doute ses idées en matière de neuro-pathologie.

Inutile d'insister davantage. Je suppose que ceux de nos lecteurs qui désirent être fixés sur la question en litige ne sont pas en état de *suggestibilité exaltée* et qu'ils ne se contenteront pas de simples affirmations.

Ils ont entre les mains les pièces du procès et ils peuvent se faire une opinion personnelle sur le sujet.

Il me semble qu'il ne servirait à rien de continuer cette polémique et je considère, pour ma part, la discussion comme close.

J. Babinski,
Médecin des hôpitaux,
Ancien chef de clinique des maladies nerveuses à la Faculté.

Bilharzia hæmatobia en Tunisie.

Monsieur le Rédacteur en chef de la *Gazette hebdomadaire*,

Au cours d'une observation de *Bilharziose* publiée dans le dernier numéro de la *Gazette hebdomadaire*, par M. le Dr Brault, de Lyon, se trouve l'assertion suivante : *elle* (la Bilharziose) *n'a jamais été, que je sache, signalée en Tunisie.* Permettez-moi de rectifier cette erreur. Dans le n° du 30 juin dernier du *Marseille médical*, j'ai publié une communication à la Société médico-chirurgicale des hôpitaux de Marseille, au sujet d'un cas de Bilharziose observé dans mon service de clinique. Il s'agissait d'un Corse, et je disais à ce propos : Il est remarquable qu'à ma connaissance du moins la Bilharzia n'ait jamais été signalée en *Tunisie, le seul point d'Afrique habité par notre malade.* (*Mars. méd.*, p. 323).

Je vous serais reconnaissant de faire insérer cette légère rectification dans le prochain numéro de la *Gazette hebdomadaire.*

Veuillez agréer, etc.

Dr H. Villeneuve
Prof. de clinique chirurgicale
à l'Ecole de médecine de Marseille.

Nous insérons volontiers cette rectification qui met nos lecteurs au courant d'une question intéressante de pathologie exotique; mais nous ferons remarquer que M. Brault avait absolument le droit d'écrire la phase relevée par M. Villeneuve. En effet — et une note spéciale l'indique — le travail de M. Brault était arrivé à la *Gazette* le 1er juillet et la publication importante de M. Villeneuve a eu lieu à Marseille le 30 juin. (N. D. L. R.)

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Epilepsie traumatique. Trépanation. Guérison, par Vaslin (*Bulletin de la Société de médecine d'Angers*, 1re sem. 1891, p. 17). — Un enfant de treize ans reçoit sur la région fronto-pariétale droite, un coup de pied de cheval, à la suite duquel il reste 15 jours dans le coma avec paralysie de la face et du membre supérieur gauche. Huit mois après il est pris d'accès épileptiformes, d'abord tous les mois, puis tous les jours. On constate une dépression de la région correspondant à un fragment enfoncé. L'extraction de ce fragment par la trépanation est suivie de guérison.

Note sur un cas de paralysie pseudo-hypertrophique avec réaction de dégénérescence, par Bedard et Rémond (*Archives générales de médecine*, juillet 1891, p. 13). — Certaines myopathies ressemblent par divers points à des dystrophies musculaires et par d'autres à des myélopathies; elles ont toujours été vues jusqu'à présent caractérisées par de l'atrophie. Les auteurs viennent d'observer un cas de *pseudo-hypertrophie musculaire*, qui, à leur sens, parait reconnaitre une origine spinale. Sujet âgé de 21 ans, sans hérédité myopathique; début il y a 6 ans par de la faiblesse des membres inférieurs, puis, apparition de l'hypertrophie. Actuellement, équinisme, hypertrophie et faiblesse extrême des membres, abolition des réflexes, secousses fibrillaires ne se montrant que lors de fatigue, ne pouvant être provoquées par la percussion, réaction de dégénérescence sur les extenseurs. Les auteurs pensent que leur cas est, dans le domaine de l'hypertrophie, l'analogue de la forme Charcot-Marie dans celui de l'atrophie, — atrophie neurotique progressive. Ils concluent que sans doute toutes les variétés d'atrophies musculaires progressives, myopathiques et myélopathiques, ne forment au fond qu'un seul et même groupe.

Paralysies diphthéritiques (Ueber diphterische Læhmungen), par H. Hochhaus (*Archiv de Virchow*, 1891, t. CXXIV, fasc. 2, p. 226). — Les recherches de l'auteur ont porté sur quatre cas. Dans tous ces cas, le cerveau et la moelle étaient normaux, ainsi que les nerfs périphériques : seuls les muscles paralysés pendant la vie présentaient diverses lésions, opalescence de la fibre, leucocytose et hémorrhagies interstitielles. Les lésions sont à rapprocher des autres altérations des muscles trouvées dans diverses maladies infectieuses. En ce qui concerne la diphthérie, on avait déjà noté des lésions musculaires, mais dans la seule musculature du cœur; il semble, d'après les résultats des recherches de M. H., que la cause des paralysies diphthéritiques, qui jusqu'ici ont été recherchées anatomiquement seulement dans les nerfs et dans la moelle épinière, peuvent aussi avoir leur siège dans les muscles.

Troubles gastro-intestinaux et folie (Gastro-intestinal and hepatic disorders, especially chronic gastro-intestinal catarrh in relation to the etiology of some cases of insanity) par Samuel Ayres (*The medical News*, 4 juillet 1891, n° 1, p. 1). — L'auteur soutient cette opinion que la gastrite chronique et le catarrhe intestinal sont très souvent l'agent responsable des dérangements du système nerveux. C'est par les auto-intoxications résultant des digestions imparfaites et des fermentations anormales qu'agissent ces désordres. Il existe beaucoup de degrés de ces toxhémies, depuis la céphalée, le vertige, l'irritabilité, l'insomnie, jusqu'aux troubles vésaniques. Du reste, la folie brightique, et cela est admis, résulte elle aussi de l'empoisonnement urémique. De là suivent des indications prophylactiques et thérapeutiques.

Tétanie (Ueber das Vorkommen der idiopatischen Tetanie in Berlin), par M. Bernhardt (*Berliner klinische Wochenschrift*, 29 juin 1891, n° 26, p. 633). — La tétanie est extrêmement rare à Berlin, et l'auteur n'a observé que 3 cas depuis 1888. Il rappelle que des trois symptômes cardinaux de la maladie : le phénomène de Trousseau (possibilité de suspendre les contractures par la pression des nerfs ou des vaisseaux), le phénomène de Schultze (hyperexcitabilité mécanique des nerfs), le phénomène d'Erb (augmentation de l'excitabilité électrique des nerfs), le dernier est le plus constant. Le premier des cas de l'auteur a été vu en avril 1888, et a trait à un cordonnier, âgé de 34 ans; le second, observé en février 1890, a trait à un gymnaste, âgé de 16 ans; le troisième, en juillet 1839, concerne une femme de 26 ans. Les trois malades étaient à l'âge où la tétanie est habituellement grave, aussi étaient-ils souffrants depuis longtemps. Le phénomène de Trousseau ne s'est trouvé que dans le troisième cas,

MÉDECINE

Sarcome primitif du poumon (Prim. Lungensarcom), par Scheсн (*Deut. Arch. für kl. Med.*, t. XLVIII, Hft 1 et 2, p. 411, 1891). — Les faits de sarcome primitif du poumon sont encore relativement peu nombreux. A ceux que mentionnent Fuchs, Fraser, Ruttimeyer, Henoch, Krœnig, etc., l'auteur ajoute un cas personnel observé complètement. C'est en général chez l'homme adulte que l'affection a été décrite : cependant on en a cité quelques faits chez des enfants de 3 à 8 ans. La localisation se fait de préférence d'un seul côté dans le lobe inférieur. Le siège anatomique initial et le mécanisme de développement sont impossibles à préciser. Au point de vue histologique, on a décrit surtout le sarcome à cellules fusiformes, plus rarement le sarcome embryonnaire, ou à cellules géantes. L'envahissement des ganglions est la règle, souvent précoce, non seulement régional, mais à distance. Au contraire, les généralisations viscérales sont rares. L'allure clinique est des plus obscures. A part l'anémie symptomatique, la toux et la dyspnée, on observe peu de phénomènes saillants. L'expectoration gelée de groseille est exceptionnelle, et n'aurait d'ailleurs en aucune façon, suivant l'auteur, le caractère de spécificité qu'on a voulu lui attribuer. Dans quelques cas, au contraire, la détermination de fragments sarcomateux dans l'expectoration a pu lever tous les doutes. On a proposé encore de faire une ponction ou un harponnage en pleine tumeur. En tout cas, le résultat négatif de l'examen bacillaire pourrait fournir, le cas échéant, un renseignement indirect d'une grande valeur.

Action de la tuberculine sur la tuberculose oculaire expérimentale des lapins (Ueber die Wirkung des Tuberculins auf die Impftuberculose des Kaninchenauges), par Alexander (*Berlin. klin. Wochens.*, 8 juin 1891, p. 570). — La tuberculose inoculée dans l'œil de plusieurs lapins ne subit aucune modification avantageuse des injections de lymphe, dans quatre expériences instituées par l'auteur.

Les altérations nécrosiques présentaient les mêmes caractères chez les animaux témoins et chez les animaux injectés. Le processus hémorrhagique était plus intense chez ces derniers. Les bacilles se rencontraient en nombre plus considérable dans les foyers tuberculeux, avec leur forme et leurs réactions habituelles.

Du traitement des diarrhées infantiles par l'antipyrine, par R. Saint-Philippe (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 1891, n°s 50 et 51). — Voici les conclusions de ce travail basé sur un grand nombre d'observations :

1° L'antipyrine est le médicament de choix à opposer aux diverses espèces de diarrhée infantile ; 2° Elle agit surtout dans les formes hypercriniques et dans les formes dyspeptiques, douloureuses et réflexes ; 3° Elle est absorbée et supportée le plus souvent avec la plus grande facilité ; 4° Son mode d'action se rapproche physiologiquement de celui de la morphine, médicament inapplicable en pareil cas ; 5° Aucune contre-indication n'existe à son emploi.

Nouveau traitement de la fièvre typhoïde, par E. Tordeus (*Journ. de méd. de Bruxelles*, 1891, t. XCII, p. 325). — L'auteur rapporte 7 observations de fièvre typhoïde chez des enfants traités par l'emploi simultané de résorcine et d'antifébrine (résorc. et antifébr. ââ 0,30 ; élixir de Garus et eau distillée ââ 30 gr. à prendre par cuillerées à soupe toutes les trois heures). Les malades traités par cette méthode ne présentèrent pas d'abattement, ni de stupeur, ni cet aspect typhique qu'on rencontre dans les affections fébriles de longue durée, leur amaigrissement fut insignifiant et ils entrèrent rapidement en convalescence.

Acromégalie (A case of acromegaly), par Kanthack, (*Brit. medic. journ.*, 25 juillet 1891, p. 188). — Histoire d'un jeune Indien de 16 à 18 ans présentant une hypertrophie énorme du deuxième orteil gauche portant à la fois sur les os et sur les tissus sous-cutanés, mais surtout sur ces derniers : cet orteil mesurait 12 cm. 5 de long et son similaire 6 cm. ; la circonférence était de 17 cm. pour le deuxième orteil gauche et de 6 cm. 5 pour le droit. L'auteur base le diagnostic d'acromégalie sur un certain degré d'épaississement des orteils du pied droit et des doigts de la main droite, ainsi que sur l'élargissement de la partie inférieure de la face et l'augmentation de saillie des angles de la mâchoire inférieure : ce dernier caractère ne fait cependant pas partie des symptômes habituels de l'acromégalie et le dessin que l'auteur reproduit ne rappelle nullement cette affection : son observation ne doit donc pas être rangée dans la maladie de Marie.

CHIRURGIE

Trois cas d'imperforation anale opérés avec succès, par A. Broca (*Rev. mens. des mal. de l'enf.*, juillet 1891, p. 309). — L'auteur a été appelé auprès de trois enfants atteints : l'un d'imperforation anale sans trace d'anus ; l'autre d'imperforation avec un tubercule cutané marquant la place de l'anus, le troisième d'un rétrécissement laissant passer un fin stylet. Les trois fois il a été à la recherche de l'ampoule par l'incision périnéale médiane et l'a amenée avec succès. La réunion immédiate de la muqueuse à la peau a été obtenue et les suites opératoires ont été des plus simples, quoique l'un des sujets fût né six semaines avant terme. Chez ces enfants, l'écartement des ischions était suffisant pour qu'on pût croire à la présence de l'ampoule dans le petit bassin.

Extirpation de l'anthrax (Die Exstirpation des Karbunkels), par Riedel (*Deuts. med. Wochenschr.*, 1891, n° 27, p. 845). — L'auteur préconise l'extirpation pure et simple dans le traitement de l'anthrax. Ce procédé aurait les avantages suivants :

1) Il enlève un foyer de suppuration qui constitue un danger pour la vie du malade et le remplace par une simple perte de substance de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané.

2) Il arrête l'extension du processus et met le malade à l'abri de l'infection générale.

3) Il donne une bonne cicatrice.

Résection ostéoplastique du crâne (Resezione osteoplastica del cranio), par A. Mugnai (*La Riforma medica*, 15 juillet 1891, p. 97). — Observation d'un homme de 42 ans, chez lequel on diagnostiqua une tumeur cérébrale ayant perforé le crâne et formant une saillie du volume d'une noisette, un peu à gauche de la ligne médiane, à 3 centimètres en arrière du bregma et ayant déterminé des troubles de la motilité dans les membres supérieur et inférieur droits ; la tumeur augmentant rapidement de volume, on se décide à faire une incision ovalaire et à soulever une partie de la calotte crânienne correspondant à l'incision des parties molles ; une hémorrhagie assez abondante oblige à remettre à 30 jours l'ablation de la tumeur, qui a le volume d'un œuf de poule et s'énuclée assez facilement, mais en produisant une forte perte de sang. On remet en place le lambeau cutanéo-osseux, mais la malade meurt par collapsus cardiaque 20 heures après cette deuxième opération. A l'autopsie, on constate que l'ostéoplasie a parfaitement réussi.

Luxation tibio-tarsienne (A case of primary dislocation at the ankle), par Babcock (*Medical Record*, 6 juin 1891, p. 653). — C. S., maçon placé sur un ascenseur et ayant négligé d'assurer le cran d'arrêt, descendit avec ce dernier animé par suite d'une grande vitesse. Il était sur la plateforme, le pied droit en avant du gauche. Au moment où la machine vint frapper le sol, il en résulta une secousse qui entraîna le tibia droit en avant et en bas sans fracture, d'où luxation primitive non compliquée, laquelle est, comme on le sait, très rare à ce niveau. Déformation très nette : le pied est en extension forcée et paraît très allongé en arrière. L'extrémité inférieure du tibia forme une saillie qui tend la peau. Le tibia et le péroné sont nettement entraînés au delà de l'astragale.

On ne put faire la réduction qu'en anesthésiant le malade, Appareil plâtré. Guérison.

Cancer de l'intestin (Resection of carcinomatous bowel per rectum), par Pigeon (*British medical Journal*, 20 juin 1891 p. 1332). — Mme A., 44 ans, a depuis 4 jours de vives douleurs abdominales, du tympanisme, des vomissements, du ténesme. On sent par l'anus une invagination comprenant une masse carcinomateuse.

La malade étant anesthésiée, on trouve que l'invagination a une longueur de 12 cm. environ ; on introduit dans sa cavité un long tube et on l'enfonce de 15 cm. environ. On attire en dehors de l'anus la masse invaginée et carcinomateuse et l'index de la main gauche est introduit dans la

lumière de l'invagination. Avec une aiguille courte on passe 9 points de suture unissant les deux couches intestinales en contact; on forme ainsi un anneau de sutures de 2 cm. 1/2 au-dessus des limites de la tumeur et on résèque la masse située au-dessous. On repousse le reste dans le rectum. Mais les symptômes d'occlusion ne disparurent pas; on dut rouvrir le ventre; des gaz s'échappèrent par cette ouverture et du pus s'écoula de la fosse iliaque. Lavage de la cavité abdominale, et on fit un anus artificiel. La malade mourut au bout de 2 heures.

L'autopsie montra qu'au niveau de la résection il n'y avait pas trace d'inflammation; il y avait du pus dans la fosse iliaque gauche. On ne put trouver de perforation intestinale.

La péritonite qui a emporté la malade existait probablement déjà quand on a fait l'opération.

BIBLIOGRAPHIE

Leçons de thérapeutique (troisième série), par le professeur Hayem. Paris, 1891, G. Masson, édit.

Dans le troisième volume de ses leçons, M. le professeur Hayem aborde l'étude des médications de la douleur, de l'insomnie, du délire, des convulsions, de l'anesthésie, de la paralysie, du tremblement, de l'amyotrophie, de l'asystolie.

Les troubles morbides que visent ces médications sont de ceux que rencontrent chaque jour les médecins et qu'ils ont incessamment à combattre. Ils sont sommairement décrits dans l'ouvrage de M. Hayem et leur description est suivie des moyens dont la thérapeutique dispose pour y remédier.

L'auteur est ainsi amené à faire l'histoire d'un grand nombre de médicaments de première importance. Il faut citer, entre autres, l'opium et la morphine, le chloral et le chloroforme, la belladone et l'atropine, l'acétanilide, l'aconit et l'aconitine, la paraldéhyde, l'exalgine, le sulfonal, l'hypnone, le bromure de potassium, la strychnine, la digitale, le muguet, le strophantus, la spartéine et la caféine.

Chacun de ces agents médicamenteux est étudié dans sa matière médicale, dans ses effets physiologiques et toxiques, dans ses indications et dans son mode d'administration.

Les médicaments anciens, dont la réputation est inébranlablement établie, dont les effets sont connus et sur lesquels les praticiens peuvent compter, sont longuement et minutieusement décrits. Les nouveaux qui ont fait leurs preuves sont également l'objet de notables développements. Une simple mention est donnée à ceux dont le laboratoire n'a pas suffisamment fixé l'action sur les animaux, ni la pratique médicale les avantages — ou les dangers — sur l'homme.

Nous ne doutons pas que les étudiants et les médecins fassent un excellent accueil à un livre dans lequel ils trouveront un guide sage et éclairé, capable de les conduire sûrement au milieu des difficultés de l'art de guérir.

A. Gilbert.

Anatomie pathologique de la moelle épinière (45 planches en héliogravure), par Paul Blocq et A. Londe. Paris, 1891, G. Masson, édit.

Les recherches relatives à la topographie anatomo pathologique de la moelle épinière ont abouti à des résultats considérables, sur lesquels les auteurs ont pu, en raison de leur situation à la clinique des maladies nerveuses de la Salpêtrière, recueillir des documents nombreux. Ce sont ces documents qu'ils nous exposent en de magnifiques héliogravures qui nous montrent les altérations de la moelle dans la série presque complète des organopathies de cet organe. Nous signalerons parmi les planches les mieux réussies celles qui ont trait à la sclérose en plaques, à la paralysie infantile et à la syringomyélie dont six exemples différents ont été reproduits. Ainsi que le dit le professeur Charcot dans la préface qu'il a consacrée à ce travail : « Ce sont là autant de documents sincères et de bon aloi que la recherche scientifique pourra mettre à profit. D'un autre côté, le médecin praticien, qui fréquemment entend parler de ces lésions, mais n'a pas souvent occasion de les constater par lui-même, pourra les y étudier à loisir et les y contempler telles ou à peu près telles qu'elles sont dans la nature. » Aux explications des gravures sont joints des schémas qui facilitent beaucoup la lecture des planches. Ajoutons que ce travail a été édité avec un soin très remarquable.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Thèses de Paris.

Intoxications par le sublimé corrosif chez les femmes en couches, par Richard Sebillotte.

Faut-il conclure des faits que j'ai étudiés à l'abandon du sublimé en obstétrique? Ce n'est pas le but que je me suis proposé, car c'est grâce à ce puissant antiseptique que la mortalité et la morbidité ont à peu près disparu de nos maternités. Mais j'ai voulu montrer que cet agent est très toxique, qu'il a causé en injections utérines, quelquefois même en irrigations vaginales, des accidents terribles. J'ai recherché les causes capables de favoriser l'intoxication, j'en ai étudié les symptômes pour arriver aux moyens d'éviter l'empoisonnement ou d'y remédier, et je terminerai par cette seule conclusion :

Que le sublimé doit être employé chez les femmes en couches avec science et prudence et qu'il est dangereux en des mains inexpérimentées.

Contribution a l'étude de la néphrite artérielle chez les jeunes gens, par Jules Poillot.

La néphrite interstitielle des vieillards et la néphrite interstitielle des jeunes gens constituent un seul et même groupe, *la néphrite artérielle*. Chez ces derniers, cette altération rénale est commandée par l'artério-sclérose ou l'aplasie artérielle, dystrophies héréditaires développées sous l'influence d'un désordre primitif du système nerveux central. La néphrite artérielle des jeunes gens se traduit en clinique par des signes identiques à ceux de la sclérose rénale vulgaire. Leur habitus extérieur, leur aspect chlorotique sera, dans l'immense majorité des cas, un grand élément pour baser le diagnostic de la variété de néphrite liée à l'aplasie. La mort est précédée par les phénomènes de l'insuffisance rénale, de l'urémie. Les lésions anatomiques de cette néphrite liée à l'aplasie artérielle sont : l'angio-sténose généralisée et la rétraction extrême du parenchyme rénal sclérosé.

Des rapports de l'endométrite avec la grossesse et l'accouchement, par Maurice Roy.

L'inflammation de la muqueuse utérine peut apparaître pendant la grossesse; si elle existait antérieurement, elle peut s'accroître sous son influence. Elle revêt des formes anatomiques analogues sur le col et sur le corps de l'utérus. Les endométrites du corps de l'utérus gravide sont aiguës ou chroniques; légères ou graves. Légères, elles ont fort peu de retentissement sur la gestation. Graves, elles sont de nature à en interrompre le cours par l'avortement ou l'accouchement prématuré. Les endométrites aiguës sont surtout marquées par des hémorrhagies et par un avortement plus ou moins rapide. Les endométrites chroniques présentent comme symptomatologie à des degrés plus ou moins prononcés : 1° l'*hydrorrhée*, 2° les *hémorrhagies*, 3° l'*élimination de morceaux de caduque*, 4° les *douleurs utérines*. Les femmes qui ont présenté ces phénomènes pendant leur grossesse et qui accouchent à terme, sont sujettes à avoir des adhérences anormales du placenta ou des membranes. La caduque malade est souvent retenue dans la cavité utérine, soit après l'avortement soit après l'accouchement, lors même que le délivre a été spontanément expulsé, lors même que le fœtus est né vivant. Cette rétention de caduque peut être suivie d'accidents infectieux. Elle doit être traitée par les moyens antiseptiques ordinaires et, au besoin, par l'intervention chirurgicale, sous la forme de curettage de la cavité utérine.

Glycosuries toxiques et en particulier intoxication par le nitrate d'urane, par François Cartier.

L'auteur pense, comme Claude Bernard l'a montré, que le diabète est au début de son évolution une maladie générale *sine materia*, une simple dyscrasie sanguine, sans lésion matérielle initiale (exception faite pour les altérations nerveuses), dont la cause nous échappe encore. Tout diabète à son début est symptomatologiquement semblable à une glycosurie. La présence du sucre dans l'organisme détermine une première phase de symptômes dus à l'intoxication sucrée, elle ne saurait cependant produire de lésions par elle-même. Peu à peu, sous l'influence du temps ou d'une fatigue de l'organisme, ce sucre donne naissance à des produits toxiques qui modifient l'aspect de la maladie, et qui se manifestent par la période cachectique. Si le diabète est mal supporté par l'organisme, la période cachectique peut arriver dès le début de la maladie. Ces produits, dérivés du sucre, sont des poisons cellulaires, qui seuls amènent le coma et la mort, et détermineraient les lésions qu'on constate aux autopsies en dehors des complications.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES SAMEDIS ET PUBLIANT TOUS LES MERCREDIS

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

RÉDACTEUR EN CHEF : Dr L. LEREBOULLET. — SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION : Dr A. BROCA.

BULLETIN

Paris, 20 août 1891.

Le Congrès international d'hygiène et de démographie de Londres.

C'est avec grande peine que l'on peut dégager la caractéristique des Congrès internationaux qui réunissent périodiquement, depuis 1852 et surtout depuis 1878, les hygiénistes et les démographes. On oublie volontiers, à voir ces grandes assises, que l'hygiène ne saurait être une science définie, mais qu'elle est bien plutôt formée de l'ensemble des applications de nombreuses sciences dans un but déterminé, celui de la préservation, de la conservation et du perfectionnement de la santé à titre privé aussi bien qu'à titre public. A Bruxelles en 1852, puis en 1876, l'hygiène commençait à se séparer des sciences médicales; à Paris en 1878, à Turin en 1880, à Genève en 1882, à La Haye en 1884, à Vienne en 1887, à Paris en 1889, elle témoignait de développements de plus en plus considérables dans toutes les branches de son activité. Aussi n'était-il ni sans intérêt ni sans importance de tenir la nouvelle réunion à Londres même, dans ce pays où la « sanitation » s'est constituée ou plutôt s'est renouvelée de toutes pièces il y a un demi-siècle, à la voix de William Farr, Chadwick et John Simon.

L'hygiène privée est venue en aide en Angleterre aux efforts persistants des éducateurs pour assurer le développement corporel et physique et corriger ainsi les intempéries et les rigueurs du climat; l'hygiène publique, puissamment constituée, a plus encore fortifié les citoyens dans une lutte difficile contre l'insalubrité inhérente au milieu lui-même. C'est en particulier dans ce pays que le « génie sanitaire » a pris naissance et que l'administration sanitaire a, pour la première fois, conquis droit de cité. Tels sont les divers enseignements que les hygiénistes étrangers devaient trouver en se rendant à Londres; il est regrettable que l'organisation défectueuse du Congrès ne leur ait pas permis d'en tirer suffisamment profit. En effet, au lieu de préparer, comme dans les réunions précédentes, des rapports sur un certain nombre de questions préalablement indiquées, liberté absolue a été laissée à chacun des membres de traiter n'importe quel sujet; si bien que le nombre énorme des communications annoncées a écourté ou même empêché certains débats importants et que les séances ont été plus souvent remplies par ce que l'on a appelé plaisamment des « monologues anglais ». Il faut ajouter qu'aucune disposition n'avait été prise pour faciliter les discussions à ceux qui ne parlaient ou n'entendaient pas la languebritannique.

Seule une section, celle de la bactériologie, a pu avoir un éclat tout à fait remarquable. C'est la seconde fois que cette science nouvelle prenait ainsi place dans un congrès d'hygiène, mais jamais elle n'y avait autant brillé, tant par l'ampleur de ses discussions que par la valeur de ceux qui y ont pris part. Hâtons-nous de dire que la science française y a compté de nombreux triomphes, grâce aux représentants et aux disciples de M. Pasteur, et que ses doctrines ont victorieusement résisté aux rudes attaques des Ecoles allemandes. Aussi bien pour l'immunité morbide si clairement exposée par M. Roux que pour la phagocytose hardiment défendue par M. Metschnikoff ou pour les applications de la vaccination antirabique, on n'a pas tardé à se convaincre de la largeur de vues, de la pénétrante puissance des découvertes et des doctrines de l'Ecole française. C'est là assurément l'une des caractéristiques de ce Congrès.

Par contre, les sections du génie civil, de l'architecture, de la physique et de la chimie, de la médecine préventive, de l'hygiène de l'enfance n'ont pas été l'occasion de débats bien nouveaux, et il eût fallu n'accorder une véritable valeur originale qu'aux travaux de la section de bactériologie, si la section consacrée à l'hygiène administrative ou médecine d'Etat n'avait fourni de précieuses indications sur l'état actuel, les avantages et les réformes de l'administration sanitaire en Angleterre. L'hygiène, nous l'avons dit tout à l'heure, vise surtout des applications, et si les récentes investigations et les vastes espoirs de la bactériologie lui ont apporté des notions nouvelles et surtout permis de préciser plusieurs points de son domaine, elle ne l'avait pas attendue pour

savoir protéger efficacement la santé publique, pour peu que les mœurs et la loi lui en facilitent et garantissent les moyens. On trouvera dans le *Mercredi médical* et dans la *Revue d'hygiène* les comptes rendus des débats de cette section et l'on y verra tout ce qu'un peuple libéral ne craint pas de supporter et même d'exiger quand il s'agit de faire plier les intérêts particuliers dans une mesure juste et équitable devant les exigences de l'intérêt général.

Des 3,000 membres du Congrès de Londres, près de la moitié appartenait aux administrations sanitaires de la Grande-Bretagne et même de l'empire des Indes, soit à titre de médecins, d'ingénieurs, d'architectes. C'est une habitude adoptée partout aujourd'hui dans ces pays de confier la protection de la santé publique à des agents spéciaux et l'on s'efforce de plus en plus d'obtenir d'eux une compétence éprouvée en exigeant une éducation particulière certifiée par un diplôme spécial. On ne sera pas étonné que les questions qui les intéressaient plus directement aient été discutées avec une grande précision et une sobriété d'expressions que peuvent leur envier tous ceux, — et ils sont nombreux à l'étranger, — qui n'ont fait et ne pourront jamais faire que de l'hygiène théorique.

Admission définitive de la bactériologie dans les Congrès internationaux d'hygiène, part considérable prise par les médecins et agents sanitaires spécialisés dans les débats les plus importants, tels sont les deux points qui caractérisent le Congrès de Londres et n'en font que plus regretter qu'on y ait dépensé tant d'efforts, de talent et de science sur des sujets si nombreux et si divers. On n'y a pas même élucidé la question si grave et si intéressante de l'influence qu'exerce la diminution continue de la natalité sur la mortalité; c'est assurément l'une de celles qui s'imposeront aux Congrès futurs si l'on ne veut pas qu'elle empêche les pouvoirs publics d'attacher à l'hygiène une valeur suffisante. Au fur et à mesure que les hygiénistes acquièrent plus d'estime et d'autorité, qu'ils encourent par cela même plus de responsabilité, il importe qu'ils ne publient que des résultats incontestables ou du moins qu'ils permettent le contrôle aisé et complet de leurs actes.

Déjà l'on a pu se convaincre que les assertions anglaises concernant la déclaration de l'état sanitaire dans les ports de l'Inde et à bord des navires qui en proviennent devaient donner lieu à une constante revision, si bien que les discussions annoncées sur le régime sanitaire maritime et qui passionnaient l'opinion par avance n'ont pu aboutir. Chacun est resté sur ses positions, l'Angleterre avec son refus péremptoire et hautain, la France avec ses propositions si modérées et si efficaces pour assurer la préservation de l'Europe contre les maladies pestilentielles exotiques.

En fin de compte, le Congrès d'hygiène de Londres a surtout témoigné de l'autorité dont les hygiénistes jouissent en Angleterre, de la faveur que leur témoigne l'opinion publique depuis la cour et le gouvernement jusqu'aux classes populaires; il a de plus montré quels services les laboratoires peuvent rendre à la solution des problèmes que soulèvent la pathogénie et l'étiologie des maladies infectieuses. Cette caractéristique, à la fois scientifique et administrative, acceptée par un nombre si considérable de personnes, valait bien la peine que se sont donnée ses organisateurs et permet de prévoir un avenir de plus en plus brillant pour l'hygiène elle-même, au plus grand profit des peuples qui en pratiquent les préceptes de mieux en mieux définis.

A.-J. Martin.

REVUE GÉNÉRALE

Diagnostic et pronostic du diabète.

Les diabétiques avérés ne sont pas rares; tout médecin en a plusieurs dans sa clientèle; les diabétiques méconnus sont peut-être encore plus nombreux. Bien que l'examen chimique des urines soit de plus en plus familier aux praticiens, il est malheureusement encore trop de médecins qui ne le pratiquent que dans les circonstances où ils pensent y trouver de l'albumine ou du sucre. On ne saurait trop répéter qu'un médecin de nos jours doit examiner systématiquement les urines de toutes les personnes qui le consultent.

Ce qui rend difficile le diagnostic du diabète, c'est qu'il est exceptionnel de rencontrer en clinique des malades qui se présentent avec les symptômes réputés cardinaux : polyurie, polydipsie, polyphagie. C'est bien plus souvent dans la série des manifestations symptomatiques que les nosographes rangent sous la rubrique complications ou anomalies, qu'il faut chercher en réalité les premiers et les seuls indices de la maladie encore latente. Par contre, tels polyuriques, polydipsiques ou polyphages sont des artério-scléreux, des dyspeptiques dilatés ou des hyperchlorhydriques, et l'examen de leurs urines va décevoir le médecin, qui s'empressait à y chercher les réactions de la glycose.

Lasègue connaissait de bien curieuses histoires de diabète méconnu, sans compter celles de diabète à tort incriminé. Comme le disait ce maître au langage imagé, « si bien des gens entrent dans le diabète par une porte bâtarde, si d'autres y pénètrent par une porte largement ouverte, il en est qui, malgré certaines apparences, n'y entrent pas du tout ». Lasègue faisait allusion à ces cas dans lesquels un médecin peu expérimenté croit à l'existence du sucre dans une urine pour n'avoir pas su éliminer les causes d'erreur possible. On doit contrôler la réaction cupro-potassique par d'autres, et faire contrôler sa propre analyse par celle d'un pharmacien réputé consciencieux. Ce n'est pas qu'il faille avoir toujours une absolue confiance dans les analyses des officines. Lasègue racontait la mésaventure d'un confrère de province qui, tourmenté d'une soif vive, mangeant beaucoup sans engraisser et se trouvant plus frigide qu'autrefois, confia ses urines à son voisin le pharmacien, fut déclaré diabétique par celui-ci, et s'imposa le martyre d'un farouche traitement antidiabétique pendant 18 mois, jusqu'au jour où le médecin de la Pitié lui démontra que ses urines ne contenaient pas de sucre.

Lasègue aimait aussi à citer l'erreur que peut faire naître le diabète dans un ménage par la communauté du vase de nuit; il n'y a pas de petits détails dans l'exercice de la profession médicale, ou, pour mieux dire, les détails sont aussi importants que les grands faits. Quand on voudra analyser l'urine d'un malade, on le fera uriner en sa présence et on fera la réaction séance tenante. C'est d'ailleurs un moyen de déjouer les supercheries intéressées dans les cas d'examen médical préliminaire à la conclusion d'un contrat d'assurances sur la vie, cas dans lesquels il est arrivé qu'un diabétique ait voulu dissimuler sa glycosurie. M. Siredey contait à ce sujet une anecdote caractéristique (1).

(1) *Traité médical des assurances.*

Quand le médecin dans son cabinet vient de constater que l'urine de celui qui le consulte fournit les réactions de la glycose, il ne doit pas se contenter de dire à son client qu'il est diabétique et de lui délivrer une ordonnance portant indication du régime et des médicaments.

D'abord, avant de dire à un homme qu'il est diabétique, il faut y regarder à deux fois. Si certains individus reçoivent assez philosophiquement cette nouvelle, il en est d'autres qu'elle atterre littéralement et il n'est jamais bon de porter une brutale secousse morale à un diabétique.

D'ailleurs il ne faut pas plus se hâter de dire diabète, quand on a seulement constaté de la glycosurie, qu'il ne faut prononcer le mot de méningite quand on est appelé près d'un enfant qui présente quelques symptômes méningitiques; on s'exposerait à se faire attribuer l'honneur équivoque d'avoir guéri en peu de jours le diabète ou la méningite, pour avoir fait cesser une glycosurie symptomatique et transitoire ou des accidents cérébraux congestifs.

Il faut être en possession d'une analyse qualitative et quantitative des urines non seulement pour le sucre, mais au point de vue des divers constituants nombreux : urée, acide urique, acide phosphorique, chlorures; et des éléments anormaux, s'il y en a, l'albumine en première ligne, éléments figurés, cylindres rénaux. Il n'est pas indifférent d'être seulement glycosurique ou d'être en même temps albuminurique, et il est important de savoir s'il y a un chiffre normal d'urée ou une azoturie considérable, de connaître le coefficient d'oxydation, de juger le taux de la nutrition de l'individu d'après la proportion des déchets urinaires. Il ne faut pas négliger non plus la réaction de Gerhard (perchlorure de fer) qui, tout en n'étant pas pathognomonique, doit éveiller l'attention au point de vue de l'imminence possible du coma diabétique.

Quand on est en possession de ces renseignements urologiques, il y a lieu d'examiner minutieusement chez le malade :

1° Son hygiène alimentaire et l'état de ses fonctions digestives;

2° Son passé et son hérédité au point de vue de la pathogénie;

3° L'état actuel de la nutrition et des réactions nerveuses;

4° L'existence possible de complications.

Chacun de ces points commande la thérapeutique.

En effet, avant de conclure au diabète, c'est-à-dire à une glycosurie par hyperglycémie permanente, il faut éliminer la glycosurie alimentaire par usage excessif d'aliments sucrés ou mauvais fonctionnement de l'appareil digestif, notamment par suspension de la fonction dévolue au foie d'arrêter la glycose venue de l'intestin, pour l'emmagasiner à l'état de glycogène et ne la livrer ultérieurement au sang en la faisant repasser à l'état de glycose qu'au fur et à mesure des besoins de l'organisme.

Dans la glycosurie d'origine digestive ou par torpeur des fonctions hépatiques, c'est seulement au moment de la digestion que la glycosurie existe et elle est proportionnelle à la quantité d'aliments sucrés ou féculents ingérés. D'où l'indication de faire analyser deux échantillons de l'urine émise en 24 heures, l'un recueilli 3 à 4 heures après les repas, l'autre à une heure aussi éloignée que possible du repas précédent, celle du réveil par exemple.

On s'informera donc des habitudes alimentaires du glycosurique. On délimitera par la palpation et la percussion la grandeur de l'estomac et le volume du foie (1).

On arrivera par ces moyens, dans certains cas, au diagnostic de glycosurie alimentaire par dyspepsie gastro-intestinale ou par torpeur hépatique, et à guérir rapidement le malade par la simple hygiène alimentaire et le traitement des troubles digestifs.

L'*état des voies digestives* n'est pas moins important à connaître dans le diabète vrai; car la déchéance de l'appétit et les spoliations que causent certains troubles digestifs, la diarrhée par exemple, assombrissent singulièrement le pronostic, parce qu'elles compromettent gravement la nutrition déjà viciée par l'hyperglycémie.

Les *antécédents personnels et héréditaires* sont intéressants au point de vue pathogénique, car ils permettent d'établir avec quelque vraisemblance la nature du diabète. Quelque théorie que l'on adopte au point de vue pathogénique (et nous savons qu'elles sont nombreuses), il faut cependant accepter que le diabète n'est pas identique dans son évolution, sa ténacité, son traitement, suivant qu'il est survenu accidentellement sous l'influence de causes nerveuses sans prédisposition héréditaire, ou suivant qu'il avait été préparé dès la naissance par une hérédité arthritique dont la fréquence n'est plus contestée par personne. Etablir la filiation arthritique est donc une partie non négligeable de l'examen d'un diabétique. C'est d'abord le diabète lui-même qu'il faut rechercher chez les ascendants, puis l'obésité, les lithiases, la goutte, etc., toutes ces maladies qui attestent dans une famille le ralentissement permanent de la nutrition. Dans les antécédents personnels ce sont encore ces mêmes maladies qu'on recherchera.

L'*obésité* est en connexion particulièrement étroite avec le diabète, M. Bouchard l'a démontré par la statistique clinique. Récemment Kisch en fournissait une nouvelle preuve dans une étude sur le diabète dit lipogène. D'après son expérience, plus de la moitié des obèses héréditaires deviennent diabétiques, et dans les autres cas d'embonpoint seulement exagéré on rencontre le diabète 15 fois sur 100. D'après le tableau généalogique de plusieurs familles, Kisch établit que souvent dans une famille certains membres offrent dans leur jeunesse une obésité manifeste, tandis que d'autres sont diabétiques sans être obèses, ou bien quelques membres de la famille présentant un embonpoint exagéré sont atteints de diabète entre 30 et 40 ans. Chez les obèses il est fréquent de rencontrer, quand l'attention est portée de ce côté, une glycosurie qui n'est que passagère et intermittente, puis au bout d'un certain nombre d'années elle devient continue, le diabète est constitué. Or, si l'on avait obligé de bonne heure l'obèse à combattre par l'hygiène le trouble nutritif lipogénique, on aurait pu probablement prévenir le diabète.

Quand, en l'absence d'hérédité arthritique, on trouve chez le malade des antécédents personnels qui expliquent chez lui un ralentissement graduel de la nutrition (alimentation excessive et sédentarité, c'est-à-dire excès de recettes et absence de dépenses), autrement dit l'arthritisme acquis, on a une indication thérapeutique curative qui prime toutes les autres et aussi un utile renseignement pronostique; car un diabète acquis de la sorte est moins rebelle en général que le diabète des arthritiques de naissance.

Si on note dans les commémoratifs quelque *choc nerveux*, traumatique ou moral, ou l'influence prolongée d'une *surexcitation psychique*, la thérapeutique bénéficiera incontestablement de cette notion; car, dans la cu-

(1) M. Glénard a trouvé que, dans 60 pour 100 des cas de diabète, il existe une altération objective manifeste du foie. Le plus souvent il s'agit d'une augmentation de volume portant sur un seul lobe, le droit. La densité du foie serait augmentée chez le tiers des malades et sa sensibilité accrue chez le quart. M. Glénard pense qu'il existe un diabète d'origine alcoolique se produisant par l'intermédiaire de l'*hépatisme*. (*Académie de médecine*, 21 avril 1890.)

ration d'un diabète d'origine nerveuse, il y a une part plus large à faire à la médication sédative, ou névrosthénique, que dans le diabète arthritique.

D'ailleurs la pratique nous montre chaque jour la réunion de ces deux ordres de causes; chez un arthritique de naissance, la prédisposition est, à un moment donné de la vie, mise en jeu par une influence nerveuse occasionnelle, et il y a une part égale à faire aux deux facteurs dans la thérapeutique.

Quand on est renseigné sur le passé personnel et les antécédents héréditaires d'un diabétique, on complète les notions fournies par l'examen des urines sur l'état actuel de sa nutrition, en s'informant des *variations de son poids*. Un diabétique doit se peser souvent et enregistrer parallèlement les chiffres de ses pesées, ceux des dosages du sucre et ceux de l'urée éliminée. Car les variations dans l'élimination de l'urée et de l'acide urique nous renseignent non moins utilement que la permanence de son poids sur le taux de sa nutrition.

L'examen des fonctions de la peau, l'existence de dermatoses et de troubles trophiques (névrites) sont encore des renseignements sur la nutrition générale. La recherche des réactions nerveuses s'impose aussi, et c'est à *l'état des réflexes tendineux*, on le sait depuis les travaux de M. Bouchard, qu'il convient de demander dans quelle mesure le système nerveux central se trouve affecté par l'hyperglycémie; la disparition du réflexe rotulien est toujours fâcheuse chez un diabétique, sa réapparition de bon augure. L'état du *sommeil*, celui des *fonctions génitales*, de la *mémoire*, des *organes des sens*, sera soigneusement interrogé. Enfin on auscultera minutieusement l'appareil respiratoire au point de vue de la *recherche de la tuberculose*, qui survient si insidieusement chez les diabétiques et assombrit si fort le pronostic. C'est par l'ensemble de ces constatations qu'on arrive à pouvoir établir à peu près correctement le bilan d'un diabétique, et c'est seulement après avoir comparé soigneusement les diverses données du problème qu'on doit commencer à exposer au malade quelles obligations sa situation lui impose.

M. Verneuil, qui a le mérite très grand d'avoir amené le règne de la pathologie générale dans la pratique des chirurgiens, insiste sur le *rôle du diabète latent en chirurgie;* il a désigné sous ce nom les cas dans lesquels, malgré l'absence du sucre dans l'urine de certains malades atteints de gangrène ou d'anthrax au moment même où l'analyse en est faite, on ne se trouve pas moins en face de véritables diabétiques, ayant présenté antérieurement de la glycosurie et devant en présenter de nouveau à la moindre intervention chirurgicale. En pareil cas, on doit faire appel aux souvenirs des malades et insister pour savoir s'ils n'ont pas remarqué, à une époque antérieure, même reculée, certaines taches blanchâtres laissées par l'urine sur leur linge ou leurs vêtements, ou la présence fréquente de mouches sur les bords de leur vase de nuit. Disons à ce propos que la présence de ces taches blanchâtres suppose déjà une glycosurie très accentuée, de 50 à 60 grammes de sucre par litre.

***

La marche du diabète est essentiellement variable, suivant l'âge du sujet, ses maladies antérieures, sa profession, suivant la façon dont il se soigne, suivant aussi le genre de diabète dont il est atteint (diabète nerveux, arthritique ou pancréatique).

Le pronostic est très généralement mauvais et la marche rapide *chez les enfants*. M. H. Leroux, dans sa thèse (1), nous a initiés aux quelques particularités que le diabète présente chez l'enfant.

(1) *Diabète sucré chez les enfants*, Thèse de Paris, 1880.

Rare, à vrai dire, à cet âge, il se montre de préférence entre 11 et 14 ans, et paraît reconnaître assez souvent l'hérédité comme cause. Les symptômes généraux ne diffèrent sans doute que par des nuances de ceux qu'on observe chez l'adulte. La proportion de sucre est relativement plus considérable, elle peut aller jusqu'à 1 kilogramme en 24 heures pour 15 litres d'urine. La gingivite ulcéreuse, la carie dentaire, le muguet sont fréquents, ainsi que les lésions des organes génitaux, érythème vulvaire, balanoposthite et phimosis.

Le diabète gras ne s'observe guère chez l'enfant: l'amaigrissement apparaît d'emblée et une marche rapide amène la mort entre 1 mois et 2 ans. La terminaison fatale se fait souvent au milieu de phénomènes qu'on a attribués, dans une certaine théorie, à l'acétonémie, agitation, nausées et vomissements, dyspnée, coma.

La glycosurie peut apparaître au moment de la *grossesse* et cesser après la délivrance; dans les cas plus graves, ce diabète de la grossesse peut durer une vingtaine de mois; il peut aussi être assez grave pour amener la mort. Quand une femme diabétique devient enceinte, elle avorte une fois sur trois. C'est vers le cinquième mois de la grossesse que le diabète s'aggrave. Une fois sur deux, la femme diabétique meurt après l'accouchement de phthisie ou de coma, 41 enfants sur 100 succombent. Il est donc désirable qu'une femme diabétique ne devienne pas enceinte et elle ne doit pas allaiter. [Ch. Gaudard (1).]

Les jeunes *accouchées qui allaitent* peuvent avoir une glycosurie généralement légère et transitoire, exceptionnellement un diabète durable et assez grave.

Les individus qui sont soumis à des fatigues physiques excessives ou à des émotions morales incessantes, dont l'hygiène est défectueuse, succombent plus vite. Ceux qui ne sont pas l'objet d'une thérapeutique maladroite peuvent, dans le diabète arthritique, vivre une longue vie, s'ils se surveillent, 15, 20, 30 ans après la constatation de la maladie. La marche est rapide au contraire et fatale dans le diabète maigre pancréatique (18 mois à 2 ans).

On a distingué un *diabète chronique* et un *diabète aigu*; au cours d'une marche chronique, une accélération passagère peut se manifester, pour céder à une thérapeutique bien conduite.

On s'est beaucoup occupé depuis plusieurs années de différencier le diabète *gras* et le diabète *maigre*. M. Lancereaux s'est particulièrement appliqué à isoler ces deux types morbides.

D'après les anciens pathologistes, il ne fallait voir dans ce dernier que la suite naturelle et l'état ultime du premier. Dans la première période, disait-on, l'économie, ayant à se débarrasser de tout le sucre formé par le foie aux dépens des féculents d'abord, puis des substances azotées, n'a pas assez d'oxygène pour comburer les graisses; celles-ci sont mises en épargne, et le diabétique engraisse. Mais plus tard, que des troubles gastro-intestinaux ralentissent l'absorption, les substances azotées même ne pouvant plus être utilisées pour la fabrication du sucre, le foie s'attaque à la réserve graisseuse; le diabétique maigrit.

Pour M. Lancereaux, les choses sont autres; le diabète maigre est en rapport avec des lésions du pancréas; le diabète gras, au contraire, ne reconnaît pas de causes anatomiques univoques. Cliniquement, même, ce sont deux affections distinctes.

Le diabète maigre débute brusquement chez un individu en bonne santé apparente; bientôt apparaissent les

(1) *Essai sur le diabète sucré dans l'état puerpéral*: Thèse de Paris, 1889.

fameux symptômes : polydipsie, polyphagie, polyurie et glycosurie. L'amaigrissement et l'affaiblissement sont très rapides ; la marche, continue et courte. La malade meurt souvent d'une phthisie pulmonaire ; cette forme semble indépendante des influences héréditaires.

Le diabète gras, à début insidieux, à glycosurie intermittente, où l'accroissement de la faim, de la soif, de l'urination est souvent peu marqué, peut durer 30 ans et plus, est aussi héréditaire que la goutte et la gravelle, et, pour résumer les différences dans une formule, M. Lancereaux conclut : le diabète gras est une maladie de la nutrition, et le diabète maigre une maladie de la digestion. Toutefois les récentes découvertes de Mering, Lépine, Hédon sont venues compliquer la question et nous fournir une autre explication du diabète pancréatique.

Le DIABÈTE TRAUMATIQUE (1) présente un intérêt réel au point de vue médico-légal. Plus fréquent dans le sexe masculin, il s'observe à tous les âges et chez des gens d'une excellente santé et sans hérédité. La nature des blessures est variable : 17 fois sur 33 on a noté une blessure à la tête, ensuite les chutes ou coups sur le rachis, les lombes, le tronc ou les membres. Le diabète peut débuter soit immédiatement après un accident, soit au bout de quelques mois et même de quelques années, tantôt par une polyurie simple, une glycosurie ou albuminurie, tantôt par des troubles mis sur le compte de la simulation ou de la neurasthénie.

Les complications nerveuses sont très importantes : ce sont les névralgies, paresthésies, hyperesthésies, l'hypochondrie, les paralysies des nerfs de l'œil.

Quand le diabète succède au traumatisme, il débute par de la polydipsie, de la polyurie, de la glycosurie immédiatement après l'accident, accompagné d'autres signes diabétiques ; la guérison survient généralement au bout de trois mois ; c'est le diabète traumatique précoce ; quand il se montre après l'accident, sa marche est lente, son pronostic grave.

Le diagnostic du diabète traumatique précoce s'appuie sur la durée des accidents et sur les symptômes généraux : il ne donne pas lieu aux expertises médico-légales.

Les symptômes du diabète traumatique tardif n'ont pas de valeur. Le siège et la nature de la blessure n'ont aussi que peu d'importance. Cependant le diabète est plus fréquent après les traumatismes du crâne et des vertèbres. On demandera au blessé si, avant l'accident, il n'a pas eu des éruptions, de l'impuissance, des troubles visuels, etc., car il est rare qu'entre l'accident et l'apparition du diabète, la santé soit restée parfaite. Ces renseignements, le siège des blessures, les accidents qui ont suivi le traumatisme, la persistance des troubles de la santé générale et de quelques phénomènes nerveux d'ordre paralytique, tels sont les points qui permettront de porter un diagnostic.

La mort du diabétique est plus souvent la conséquence d'une des complications suppuratives ou gangréneuses, résultat d'infections secondaires, que la résultante de l'évolution régulière du diabète lui-même, car le diabétique est un être voué au parasitisme sous toutes ses formes.

S'il échappe aux phlegmons, anthrax, gangrènes, il peut mourir par le foie ou par le rein, par la pneumonie, surtout par la tuberculose pulmonaire, qui vient généralement mettre fin à la cachexie diabétique, quand elle ne s'est pas montrée plus tôt.

Enfin souvent le diabétique succombe à des accidents spéciaux, le coma diabétique, qui mérite d'être décrit à part.

P. LE GENDRE (1).

(1) Du diabète traumatique au point de vue des expertises médico-légales, par P. BROUARDEL et H. RICHARDIÈRE, *Annal. d'hyg. publ. et de méd. lég.*, nov. 1888. — Mlle BERNSTEIN-KOHAN, *thèse de Paris*, avril 1891.

TRAVAUX ORIGINAUX

Quelques applications cliniques du sphygmomanomètre de Potain (2), par le Dr P. HAUSHALTER, chef de clinique médicale à la Faculté de Nancy, et par V. PRAUTOIS, interne des hôpitaux.

Ce sont en général les caractères du pouls radial appréciés à l'aide du toucher qui, en clinique, dans les affections cardio-vasculaires, nous renseignent sur l'état de la tension sanguine et sur la force de contractilité du cœur ; l'état de cette tension est encore évalué par d'autres signes, tels que la quantité des urines, certaines modifications dans le système veineux et capillaire, et enfin, par quelques phénomènes stéthoscopiques tels que les caractères du bruit diastolique de l'aorte. Quelquefois encore, pour mesurer l'état de la pression sanguine, on se base sur certaines particularités des tracés sphygmographiques. Cependant, s'il est facile par le toucher d'apprécier plusieurs des caractères du pouls, fréquence, rhythme, amplitude, il en est d'autres qui sont d'une constatation beaucoup plus délicate, tels que dureté, tension, etc. D'autre part, la diurèse ne paraît pas toujours proportionnelle à la pression dans les artères des membres. Enfin, nous ne pouvons demander au sphygmographe des données exactes sur la qualité de la tension artérielle, puisque, de l'avis même de son inventeur, il ne peut servir à la mesurer d'une façon absolue.

Aussi, l'adaptation à la clinique d'un instrument pratique, capable de fournir sur l'état de la pression sanguine des renseignements exacts, est-elle du plus grand secours dans l'étude théorique des affections du cœur et des vaisseaux. Le sphygmomanomètre de Potain (3) semble bien, d'après les expériences de son auteur, destiné à satisfaire, dans l'étude du pouls, aux désidérata que nous ne pouvons remplir à l'aide des moyens cliniques seuls.

Durant cette année, nous avons recouru plusieurs fois dans le service de notre maître, M. le professeur Spillmann, à l'emploi de cet instrument pour acquérir sur l'état de la tension artérielle des données qui nous manquaient, et pour essayer d'éclaircir certains points obscurs de physiologie pathologique. Nous ne pensions nullement, au début, faire de nos recherches la base d'un travail quelconque. Néanmoins, en considérant les résultats obtenus dans le cours de cette étude, nous avons cru qu'il pouvait être de quelque intérêt de les résumer ici. Les cas étant encore restreints, nous n'avons nullement la prétention d'en tirer des conclusions générales qui pourraient être prématurées ; nous nous bornerons à énoncer des faits.

La pression artérielle est évaluée à 17-18 centimètres de mercure chez l'homme adulte sain par M. Cazes (4),

(1) Extrait du *Traité de médecine*, dont le t. I, par Charrin, Chantemesse, Le Gendre, Roger et Widal, va paraître incessamment à la librairie G. Masson.

(2) Travail de la clinique de M. le professeur Spillmann.

(3) POTAIN. *Archives de Physiologie*.

Du sphygmomanomètre, et de la mesure de la pression artérielle chez l'homme. Juillet 1889.

Détermination expérimentale de la valeur du sphygmomanomètre. Avril 1890.

Faits nouveaux relatifs à la détermination de la valeur du sphygmomanomètre. Octobre 1890.

(4) CAZES. Thèse de Paris, 1890. *De la tension artérielle dans quelques cas pathologiques.*

qui l'a étudiée sur quelques élèves du service de M. Péter. Nous nous sommes bornés à la rechercher incidemment, pour posséder un point de repère, chez quelques jeunes gens absolument sains. Nos chiffres concordent avec ceux précédemment indiqués.

Dans les cas pathologiques, l'étude de la pression artérielle pourrait porter sur des séries très diverses d'affections. Récemment M. Marfan (1) faisait connaître les variations de la tension sanguine chez les tuberculeux.

Nous avons dirigé nos recherches chez les malades atteints de troubles cardio-vasculaires, en dehors des maladies aiguës. Nos mensurations ont porté sur un grand nombre de malades; nous ne parlerons que de ceux (22 cas) chez lesquels les expériences ont été répétées assez souvent : ces expériences s'élèvent à 260.

Pour chaque sujet, les mensurations étaient prises pendant une série de jours successifs, à la même heure (de 8 à 9 heures du matin) et dans les mêmes conditions (au lit). Durant la période d'observation, pour un même malade, l'affection pouvait être considérée comme stationnaire; chez quelques sujets nous avons renouvelé les observations à diverses périodes de la maladie.

Nous rangeons les malades observés sous les chefs suivants :

1° Malades avec lésions d'orifices.

2° Malades avec cardiopathie et lésions vasculaires, combinées ou dissociées, sans lésions d'orifices;

Les chiffres que nous donnons pour chaque malade résultent de la moyenne des mensurations prises pendant une période de la maladie.

1. Malades avec lésions d'orifices.

(a) *Lésions de l'orifice aortique.*

Obs. I. — Homme 59 ans. Insuffisance aortique pure.

Dans une première période (nov. 90), le pouls bat en moyenne à 75; la tension moyenne est de 21. A cette époque les symptômes se bornent à de la dyspnée d'effort et de l'insomnie.

Dans le courant de l'hiver le malade se cachectise. Apparition d'œdème, de bronchite et de dyspnée; ascite, diarrhée; pas de cyanose; pas de dilatation veineuse. En mai 1891, le pouls bat en moyenne à 64; la tension moyenne est de 18. Sous l'influence de crises de diarrhée, la pression tombait à 15,5 et à 15.

A la période cachectique de la maladie, les signes stéthoscopiques sont restés les mêmes qu'au début; le pouls également a conservé ses caractères primitifs (peut-être était-il un peu moins dur). En tout cas, le syphygmomanomètre a seul permis d'affirmer une diminution relative dans l'hypertension artérielle; nous avons pu noter aussi que certaines conditions morbides, telles que la diarrhée, influent pour atténuer considérablement la tension.

Obs. II. — Femme 50 ans. Insuffisance aortique pure. 1re période (avril 1891).

Chiffre moyen des pulsations............	80
— de la pression............	24,6
— des urines des 24 heures...	1900

Les symptômes fonctionnels consistent simplement en dyspnée d'effort et en troubles céphaliques.

2e période : Après une sortie de 3 semaines, la malade rentre avec une dyspnée intense, de l'œdème des membres inférieurs et des râles de congestion pulmonaire aux 2 bases.

Chiffre moyen des pulsations..............	84
— de la pression..............	25

Urines rares, sédimenteuses.

Les symptômes tels que congestion pulmonaire, œdème, oligurie, ne peuvent à cette période être rattachés à une diminution de la tension vasculaire générale qui est restée hypernormale; ils résultent uniquement de troubles vaso-moteurs locaux passagers, dépendant de conditions accidentelles; le repos, le régime lacté, l'iodure de potassium, les ont fait complètement disparaître sans influer sur la tension sanguine. Dans l'Obs. I, au contraire, l'œdème persistant, l'ascite, la bronchite, associées à une diminution relative de la tension aortique, encore normale cependant, relèvent d'une dégénérescence des vaisseaux et d'une altération secondaire des tissus.

Dans les deux cas, la conduite du médecin différera; elle aura comme base l'étude clinique des symptômes et l'évaluation de la tension sanguine.

Obs. III. — Femme 35 ans. Insuffisance et rétrécissement aortiques.

Chiffre moyen des pulsations............	90
— de la tension............	18,8
— des urines des 24 heures..	1600

Le pouls régulier, égal, paraît petit et dépressible; néanmoins, comme on peut le voir, la tension vasculaire est à un chiffre normal. La malade n'éprouve que fort peu de troubles fonctionnels, et seulement à l'occasion d'un effort.

(b) *Lésions de l'orifice mitral.*

Obs. IV. — Homme 17 ans. Insuffisance mitrale pure datant de 2 mois.

Pâleur habituelle; pas de cyanose; pas de dyspnée; pas d'œdème; palpitations par moments.

Chiffre moyen des pulsations............	91
— de la tension............	15,8
— des urines des 24 heures...	2000

Obs. V. — Homme 40 ans. Insuffisance mitrale pure, ancienne.

Limite de compensation. Quelques inégalités et intermittences du pouls; artères souples; pas d'œdème; dyspnée d'effort; par moments, cyanose légère des lèvres.

Chiffre moyen des pulsations............	80
— de la tension............	15,2
— des urines des 24 heures..	1800

Obs. VI. — Homme 30 ans. Insuffisance mitrale pure.

Limite de compensation; crises d'insuffisance fonctionnelle du cœur; pouls habituellement intermittent et irrégulier; cyanose habituelle légère des lèvres et du nez; dyspnée d'effort accentuée.

Chiffre moyen des pulsations............	86
— de la tension............	15,5
— des urines des 24 heures...	1500

Obs. VII. — Femme 40 ans. Insuffisance mitrale pure.

Dyspnée habituelle; asthme cardiaque, cyanose légère habituelle; pouls irrégulier, inégal.

Chiffre moyen des pulsations............	112
— de la tension............	15
— des urines des 24 heures..	1500

Obs. VIII. — Femme 25 ans. Insuffisance et rétrécissement mitral.

Pouls habituellement très irrégulier et inégal; anémie; un peu de cyanose des lèvres; dyspnée d'effort : crises d'asystolie.

Chiffre moyen des pulsations...........	115
— de la tension............	17
— des urines des 24 heures...	1800

Obs. IX. — Femme 24 ans. Insuffisance et rétrécissement mitral.

Dyspnée d'effort; pas de cyanose ni d'œdème; pouls très petit d'apparence, régulier, égal.

Chiffre moyen des pulsations............	86
— de la tension............	15,6
— des urines..............	1500

(1) Marfan. *Journal des connaissances médicales.* 21 mai 1891. De l'abaissement de la tension artérielle dans la phthisie pulmonaire.

Obs. X. — Homme 30 ans. Rétrécissement mitral.

Pas de cyanose ni d'œdème. Accès d'asthme cardiaque, dyspnée habituelle ; pouls petit, régulier, égal.

Chiffre moyen des pulsations	75
— de la tension	13
— des urines	2500

D'une façon générale, dans l'insuffisance mitrale pure, ou compliquée de rétrécissement, en dehors des périodes d'asystolie franche, alors que la maladie ne se traduit que par quelques symptômes fonctionnels tels que dyspnée d'effort, palpitations, la pression est toujours diminuée dans la radiale, les urines pouvant rester normales comme quantité d'émission, et le pouls étant habituellement accéléré. Ainsi, en faisant la moyenne des chiffres obtenus dans chacune des observations précédentes, on voit que la pression est de 15,3, alors que le pouls est de 92, et les urines des 24 heures, de 1800.

Plusieurs faits, encore, se dégagent de la lecture des observations.

Dans tous les faits relatés, jamais, durant la période d'observation, les urines ne sont descendues au-dessous du taux normal; plusieurs fois, au contraire, nous avons constaté de la polyurie : dans l'obs. X, les urines se maintiennent à une moyenne de 2500, avec une pression de la radiale à 13; dans un autre cas, avec des pressions analogues, nous avons vu les urines monter à 3000 et 3400. Par conséquent, le pouvoir sécrétoire du rein ne semble pas absolument corrélatif de la tension artérielle périphérique ; au contraire, avec une tension faible peut coïncider une irritation sécrétoire du rein, comme dans le cas du malade de l'obs. X, atteint d'asthme cardiaque ; peut-être cette activité sécrétoire est-elle en rapport avec un certain degré d'hyperexcitabilité réflexe du pneumogastrique.

Jamais non plus, dans les cas cités, nous n'avons observé d'œdème périphérique ou pulmonaire.

D'autre part, chez certains de ces mêmes malades observés à des périodes d'asystolie relative caractérisée par de la bronchite, un peu d'œdème, de la diminution de la diurèse, la pression sanguine semblait rester ce qu'elle était en dehors de la période d'asystolie. Ces faits paraissent démontrer une fois de plus que, dans certains cas où la tension est diminuée, les symptômes souvent dépendent plus de modifications dans les circulations locales que d'une modification de la tension dans la circulation générale. Aussi, tant que les circulations locales ont leur fonctionnement normal, les symptômes sont réduits à leur minimum malgré la faiblesse de la tension générale, comme dans les observations V et IX. Le fait est vrai d'une façon absolue lorsque le pouls est régulier et égal comme dans ces observations; il l'est encore en partie dans les cas où le pouls est inégal; cependant alors, il faut faire quelques réserves.

Avec l'instrument de Potain on lit le chiffre de la pression au moment où l'on éteint les plus fortes pulsations; on peut se demander si chez un même malade, un même chiffre manométrique a une valeur identique suivant que ce malade a des pulsations plus ou moins inégales. Ainsi, le chiffre 15, par exemple, exact lorsque les pulsations sont égales entre elles, n'est plus que relatif pour la même unité de temps lorsqu'il correspond aux plus fortes pulsations d'une série de pulsations inégales. Nous avons tenté de rechercher quels pouvaient être les écarts de pression entre les différentes pulsations d'un pouls inégal. Pour cela, tandis l'un de nous comptait à la radiale gauche le chiffre des pulsations pendant une unité de temps, l'autre, maintenant le sphygmomanomètre sur la radiale droite à une pression donnée, inférieure à celle pour laquelle toutes les pulsations sont éteintes, notait le chiffre des pulsations qui résistaient à cette pression pendant la même unité de temps. La différence entre le chiffre des pulsations comptées à la radiale gauche et à la radiale droite indiquait le nombre de pulsations dont la tension était inférieure à la pression manométrique exercée. En répétant la même expérience avec des pressions successivement croissantes, nous arrivions à une pression maxima pour laquelle toutes les pulsations étaient éteintes. Des exemples feront mieux saisir le fait. L'unité de temps était la demi-minute; pour rendre les résultats plus comparables entre eux, nous avons fait pour chacun d'eux la réduction à 100, ce qui nous permet d'énoncer comme il suit :

1er *Exemple*.

Sur 100 pulsations comptées à l'une des radiales, le sphygmomanomètre étant placé sur l'autre :

maintenu à 9c.	laissait survivre	94	pulsations.
à 11c.	—	89	—
à 13c.	—	80	—
à 15c.	—	0	—

En d'autres termes :

6 pulsations	0/0	ont une tension	inférieure à	9 c. de merc.
5 —	0/0	—	comprise entre	9 et 11 —
9 —	0/0	—	—	11 et 13 —
10 —	0/0	—	—	13 et 15 —

2e *Exemple*.

Sur 100 pulsations comptées à l'une des radiales, le sphygmomanomètre étant placé sur l'autre :

maintenu à 8c.	laissait survivre	100	pulsations.
à 10c.	—	60	—
à 13c.	—	20	—
à 15c.	—	0	—

En d'autres termes :

0 pulsations	0/0	ont une tension	inférieure à	8 c. de merc.
40 —	0/0	—	comprise entre	8 et 10 —
40 —	0/0	—	—	10 et 13 —
20 —	0/0	—	—	13 et 15 —

Il est à noter que chez ces deux malades toutes les pulsations sont éteintes au même chiffre manométrique (15 cm.), sans qu'ils soient exactement dans les mêmes conditions de tension, puisque le premier n'a que 20 pulsations d'une tension inférieure à 13 c., tandis que le second en a 80 0/0.

Ces chiffres cependant n'ont rien d'absolu, parce que, chez un même sujet, dans une même unité de temps, il se peut que le pouls compté à divers intervalles ne soit pas toujours composé des mêmes séries de pulsations.

Ces expériences répétées chez différents malades nous ont fait voir que certains pouls qui, à l'examen habituel, paraissent irréguliers et inégaux, ne sont que fort peu inégaux. Souvent les écarts de pression des pulsations sont à peine sensibles; mais sous des influences déterminées l'inégalité s'accentue : chez un malade atteint d'insuffisance mitrale dont le pouls est irrégulier et parfois inégal, nous avons constaté que des inégalités de pression pouvaient survenir momentanément sous l'influence d'efforts très légers. Ainsi, un jour, au moment de l'expérience, nous trouvons au repos le pouls simplement irrégulier. Après une marche de 2 minutes dans la chambre, nous voyons que la pression 13 éteint 12 pulsations 0/0; la pression 15 en éteint également 12. Quelques minutes après, le pouls s'est égalisé, et les pressions 13 et 15 sont incapables d'éteindre aucune pulsation. A ce moment nous faisons monter un escalier au malade : l'inégalité réapparaît; la pression 13 éteint 20 pulsations 0/0.

Cet exemple montre combien l'inégalité du pouls peut varier sous des influences continuelles; par le fait, même la pression devient une quantité éminemment instable, soumise à des oscillations multiples.

D'après ce qui précède, il est facile de comprendre qu'en égalisant l'intensité des pulsations, on augmentera

par le fait même la tension artérielle : c'est précisément un des effets de la digitale. Après l'action de la digitale le chiffre sphygmomanométrique quelquefois n'est guère augmenté; et cependant la tension artérielle est accrue parce que les pulsations tendent à s'égaliser :

Exemples.

1° *Insuffisance mitrale.*
Période de 7 jours : Asystolie (pouls très irrégulier, très négal; dyspnée, urines sédimenteuses, etc.).

Chiffre moyen des pulsations	96
— de la tension	16
— des urines des 24 heures	380

On prescrit 3 doses de digitale de 0 gr. 60.

Période de 10 *jours* : après l'action de ce médicament.

Chiffre moyen des pulsations (moins irrégulier et moins inégal).	75
— de la tension	17,5
— des urines des 24 heures	750

2° *Insuffisance mitrale.*
Période de 6 *jours* : période d'asystolie bien marquée.

Chiffre moyen des pulsations	86
— de la tension	16,5
— des urines des 24 heures	950

On prescrit 3 doses de digitale de 0 gr. 60.

Période de 12 *jours* : après l'action de ce médicament.

Chiffre moyen des pulsations (régularisé et égalisé).	66
— de la tension	16
— des urines des 24 heures	1700

Cette égalisation des pulsations résulte probablement en partie du ralentissement et de la régularisation du rhythme cardiaque. Du reste, en dehors de l'action de la digitale, on observe chez certains mitraux (obs. V et X) avec un pouls régulier, égal, et de fréquence normale, une tension artérielle vraie inférieure à la tension apparente constatée chez d'autres mitraux dont le pouls irrégulier et inégal est accéléré (obs. VIII).

2° Malades avec cardiopathies et lésions vasculaires, combinées ou dissociées, sans lésions d'orifices.

Un fait démontrant bien que les modifications de circulation locale ne se font pas toujours dans le même sens que les modifications de la tension générale, c'est que dans certaines néphrites interstitielles, on peut voir la polyurie coïncider avec une tension très faible à la radiale, dans la période où commence la dégénérescence cardiaque.

Obs. XI. — Homme 49 ans; artério-sclérose; néphrite interstitielle; pas d'œdème; pas de dyspnée.

Chiffre moyen des pulsations	87
— de la tension	13,3
— des urines des 24 heures	2600

Dans d'autres cas, où la diurèse n'est pas accrue par le fait d'une lésion rénale, la quantité des urines peut demeurer longtemps normale avec une tension générale affaiblie :

Obs. XII. — Homme de 62 ans. Artério-sclérose; tabes dorsal; artères dures, dilatées, sinueuses.

Chiffre moyen des pulsations	90
— de la tension	14
— des urines des 24 heures	1500

Mais on peut voir des troubles de circulation locale survenir isolément dans certaines parties de l'organisme sous l'influence de conditions spéciales; tel est le cas des malades des observations XIII et XIV :

Obs. XIII. — Homme 50 ans; artério-sclérose généralisée; pseudo-tabes alcoolique.

Chiffre moyen des pulsations	82
— de la tension	13,5
— des urines des 24 heures	1600

Durant toute la période pendant laquelle nous avons observé ce malade, avec une diurèse normale a coïncidé un œdème persistant des membres inférieurs dont la cause occasionnelle semble avoir été une névrite périphérique d'origine alcoolique.

Obs. XIV. — Femme 57 ans; myocardite chronique; artério sclérose; *emphysème*; pouls habituellement rapide, irrégulier; cyanose très légère des lèvres; un peu de dyspnée; tendance à l'œdème pulmonaire.

Chiffre moyen des pulsations	100
— de la tension	16,6
— des urines des 24 heures	1300

Chez les 2 malades qui font le sujet des observations XII et XIII, le pouls de tension faible avait l'apparence d'un pouls *ample* presque bondissant; ce qui s'explique par les modifications de l'élasticité artérielle. D'autre part, chez une femme de 58 ans (Obs. XV) atteinte d'artério-sclérose avec hypertrophie du cœur gauche, sans grands troubles fonctionnels, sans dyspnée, sans œdème, sans cyanose, etc., le pouls *petit*, rapide, irrégulier (100), avait une tension moyenne de 18, les urines restant normales (1400).

On conçoit que dans les cas des observations XII, XIII XIV et XV, il soit difficile par le simple toucher d'apprécier l'état de la tension radiale, si, en même temps, il n'existe pas de troubles fonctionnels marqués (oligurie, œdèmes, etc.). Il reste encore, il est vrai, pour évaluer les variations de la tension artérielle, l'accentuation ou l'atténuation du bruit diastolique de l'aorte.

Cependant il peut exister des œdèmes persistants des membres inférieurs, coïncidant avec une tension artérielle et une diurèse normales; le cas suivant en est un exemple.

Obs. XVI. — Homme 54 ans. Dilatation des bronches; pas d'artério-sclérose; dyspnée modérée; œdème persistant considérable des membres inférieurs; dilatation des veinules dans les membres inférieurs.

Chiffre moyen des pulsations	80
— de la pression	18
— des urines des 24 heures	1900

Dans ce cas l'œdème n'a évidemment pas pour origine une diminution de la tension artérielle; il résulte d'une stase relative dans le système veineux, ayant son point de départ dans les troubles circulatoires du poumon. On comprend facilement que, dans des faits semblables, les médicaments qui rehaussent la tension artérielle ne sont pas indiqués et restent impuissants tant que cette tension est normale. Ils ne deviendraient utiles que si, à un moment donné, la tension artérielle diminuait à son tour quand le cœur gauche se dilate par le mécanisme bien connu.

Le fait suivant est l'exemple d'un cas dans lequel, des troubles longtemps prolongés dans le système veineux ont fini par retentir sur le cœur gauche et sur la tension artérielle, qui a subi une baisse à peu près irrémédiable.

Obs. XVII. — Homme 37 ans. Cirrhose atrophique du foie, période cachectique; ascite; insuffisance tricuspide; dilatation veineuse; œdème.

Chiffre moyen des pulsations	80
— de la tension	15
— des urines des 24 heures	850 (sédimenteuses).

Enfin il est un certain nombre de cas où les modifications de la tension artérielle paraissent dépendre d'une action spéciale du système nerveux sur le cœur et les vaisseaux.

Obs. XVIII. — Homme 70 ans; obésité; artério-sclérose; pouls lent; vertiges.

1re *période : moyenne de 16 jours :*

Chiffre moyen des pulsations		37
—	de la tension	14,5
—	des urines des 24 heures	1500

Crises vertigineuses intermittentes.

2e *période succédant sans transition à la première :*

Chiffre moyen des pulsations		74
—	de la tension	16
—	des urines des 24 heures	1500

Durant cette seconde période qui se prolonge pendant plusieurs mois, les vertiges restent aussi violents, bien que le pouls batte normalement. Ayant eu l'occasion de prendre la tension au moment d'un vertige très intense, nous l'avons trouvée à 21; avec un pouls battant à 84.

De cette observation, on peut conclure incidemment que le vertige n'est pas lié essentiellement au pouls lent; le pouls lent et le vertige sont deux effets dissociés d'une même cause — troubles de la circulation encéphalique — intéressant simultanément ou séparément des fonctions différentes. Le vertige dans notre cas semblait être sous la dépendance d'une anémie cérébrale, liée à un spasme vasculaire qui se manifestait par l'hypertension momentanée accompagnant le vertige. Plusieurs fois pendant le vertige nous avons trouvé le pouls relativement accéléré. Cette accélération peut être attribuée à l'excitation du sympathique qui produisait, en même temps, le spasme vasculaire.

Obs. XIX. — Femme 60 ans; rhumatisme vague; artério-sclérose; pas de troubles fonctionnels de la circulation.

Chiffre moyen des pulsations		88
—	de la tension	18
—	des urines des 24 heures	1500

Sous l'influence de bains sulfureux, nous voyons la tension, immédiatement après le bain, s'élever momentanément à 22, alors que le pouls bat à 92. Ce fait montre bien la tendance au spasme vasculaire qui précède et accompagne l'évolution de l'artério-sclérose.

Obs. XX. — Homme 28 ans; maladie de Basedow remontant à un mois.

Chiffre moyen des pulsations		87
—	de la tension	21,5
—	des urines des 24 heures	2000

L'hypertension dans la maladie de Basedow peut faire place à l'hypotension dans la période cachectique, alors que le cœur, continuant à battre vite, n'a plus la force de se contracter violemment. Tel est le cas d'un malade de 45 ans (obs. XXI) qui, arrivé à la période ultime de la maladie, avait un pouls habituel à 115, une tension à 14,5 et des urines à 1500.

Enfin il est des cas où l'hypertension a une origine purement mécanique; tel ce malade (obs. XXII) âgé de 51 ans, obèse, diabétique, polydipsique, dont la tension artérielle élevée (en moyenne à 23) doit être attribuée à la quantité hypernormale d'eau dans le sang.

Les résultats que nous avons obtenus nous ont montré que dans bien des cas dans lesquels il est difficile d'apprécier l'état de la tension sanguine ou le degré d'une hypertension ou d'une hypotension, à l'aide des caractères du pouls, à l'aide des signes cliniques et stéthoscopiques habituels, le sphygmomanomètre de Potain peut être d'un réel secours pour le clinicien. C'est la seule conclusion qu'actuellement nous tirons de ce travail.

CORRESPONDANCE

Bilharzia hæmatobia en Tunisie.

Monsieur le Rédacteur en chef de la *Gazette hebdomadaire,*

J'ai l'honneur de vous prier de vouloir bien insérer cette note en réponse à celle de M. le professeur Villeneuve.

L'importance de la découverte de la bilharziose en Tunisie, tant au point de vue médical qu'au point de vue scientifique pur, me force à vider d'une façon précise la question de priorité soulevée par le professeur de Marseille.

1° J'ignorais absolument le travail de cet éminent confrère, lorsque j'ai moi-même rencontré la bilharzie tunisienne. En effet j'ai trouvé les œufs du parasite à la date du 28 juin, je les ai montrés à plusieurs de mes collègues le 29, enfin j'ai envoyé mon mémoire à la *Gazette* le 1er *juillet*. L'article paru dans le *Marseille médical* est du 30 *juin*. Comme on peut le voir facilement par le rapprochement des dates, il m'était tout à fait impossible, à moi qui habite Lyon, d'en soupçonner l'existence au moment où je rédigeais et envoyais mon observation.

2° De l'avis même de M. le professeur Blanchard (*Société de biologie* du 20 juillet), le petit animal rostré à mouvements rapides, trouvé à Marseille, ne peut, avec la description incomplète qui en a été donnée, être considéré comme un embryon authentique de bilharzia.

Pour mon compte personnel, je n'ai trouvé que deux embryons sur un nombre considérable de préparations; ces derniers étaient inertes et aplatis par la lamelle couvre-objet, ce qui les faisait paraître plus volumineux que les ovules.

Il est bien extraordinaire que la note du *Marseille médical* ne fasse pas mention des œufs à éperon polaire que j'ai trouvés en si grand nombre et dont j'ai envoyé des préparations à M. le professeur Blanchard, qui les a parfaitement reconnus.

D'autre part, l'observation du malade est incomplète et je tiens à citer textuellement la phrase sur laquelle se base la revendication de M. Villeneuve; la voici : « Il est remarquable que, à ma connaissance du moins, la bilharzie n'ait jamais été signalée en Tunisie, le seul point d'Afrique habité par notre malade. *Peut-être a-t-il été en rapport avec des nègres du Soudan.* »

On voit tout de suite combien cette assertion est vague et hésitante et il me semble inutile d'insister.

En résumé, tout en rendant hommage à la haute science de M. le professeur Villeneuve, je me crois autorisé à conclure qu'il a pu soupçonner la bilharziose tunisienne, mais que je reste seul jusqu'à présent à en avoir démontré l'existence d'une façon rigoureusement scientifique, *sans être guidé par aucun travail antérieur*, à l'aide de préparations histologiques probantes et d'un examen clinique approfondi.

J'espère d'ailleurs pouvoir bientôt prouver que l'Algérie n'est pas absolument indemne, et que le parasite existe dans certaines localités du sud de la province de Constantine voisines de la Tunisie. Malheureusement, le sujet qui me permettrait d'affirmer la chose présente surtout des lésions rénales qui sont déjà fort anciennes, et bien que j'aie trouvé dans ses urines des petits caillots rouge-groseille comme chez mon premier malade, je n'ai pu encore y déceler la présence des œufs de la bilharzie.

Veuillez agréer, etc.

Dr J. Brault.

Le 16 août 1891.

Hypnotisme et hystérie.

Dernier mot à propos de la conférence de M. Babinski.

Un mot encore, j'y suis obligé! C'est le dernier.

M. Babinski voudrait faire croire que, à ma clinique, les diagnostics sont formulés avec légèreté, par simple affirmation, sans examen rigoureux. Or mes élèves savent avec quels soins les malades sont examinés et discutés, avec quelle scrupuleuse réserve nous portons le diagnostic et nous consignons les résultats thérapeutiques.

Pour éclairer le lecteur sur la valeur des assertions de M. Babinski, je le prie de lire dans mon livre (*Hypnotisme,*

Suggestion, Psychothérapie) les deux observations de nouveau incriminées par lui, celle de myélite infectieuse (p. 443) et celle d'affection cérébelleuse (obs. CII), avec les réflexions que j'ajoute à leur suite, surtout de la dernière. Que le lecteur veuille bien relire ensuite les quelques lignes d'attaque dirigées contre ces observations, dans la conférence de la Salpêtrière! Il sera surpris et édifié! Il aura apprécié les procédés de critique de M. Babinski.

Dr Bernheim.

M. Bernheim engage le lecteur, pour s'éclairer sur le sujet en discussion, à reporter à ses ouvrages et à ma conférence. C'est là aussi mon avis, comme je l'ai déjà dit la semaine dernière. A ce point de vue, nous sommes donc, M. Bernheim et moi, tout à fait d'accord.

Il ne s'agit pas, au reste, seulement de l'observation CII et de l'observation de la page 443. Je prie le lecteur qui veut être fixé sur la valeur de mes assertions de lire toute ma leçon, qui n'est pas bien longue.

Je demande encore, avant de terminer, la permission de faire une remarque sur la dernière phrase de M. Bernheim, qui me semble équivoque.

Le lecteur, dit M. Bernheim, « aura apprécié les procédés de critique de M. Babinski ».

Je ferai observer: 1° que j'ai donné l'indication bibliographique précise des passages que je voulais discuter et que je ne pouvais, faute de place, citer *in extenso*; 2° que les extraits des ouvrages de M. Bernheim sont entre guillemets et que j'ai toujours eu la précaution de séparer par plusieurs points les phrases citées, quand elles ne se suivaient pas immédiatement dans le texte original, de façon à éviter tout malentendu; 3° que je n'ai pas prêté à M. Bernheim des idées différentes de celles qu'il professe. M. Bernheim ne m'a, du reste, fait ce reproche qu'à propos de la question de l'hystérie masculine, mais je pense m'être suffisamment expliqué à cet égard dans le dernier numéro pour n'avoir pas besoin d'y revenir.

Si donc chacun est libre d'apprécier à sa façon *la valeur* de mes procédés de critique, personne, je crois, ne peut en contester la *droiture*.

J. Babinski.

Les deux honorables et savants contradicteurs font également appel à l'observation scrupuleuse des faits qu'ils invoquent à l'appui de leur argumentation. Les lecteurs ont eu sous les yeux les pièces de cet intéressant et important débat; il ne nous reste qu'à le déclarer clos. (N. D. L. R.)

REVUE DES JOURNAUX

Syphilis de la trachée (Tracheal syphilis with a report of two cases), par Wright (*N. Y. med. Jour.*, 13 juin 1891, p. 672). *Obs. I.* — M. W... 33 ans, vint à la consultation avec le diagnostic fait ailleurs de tuberculose laryngée. Pas d'antécédents héréditaires. Elle ne présente pas d'antécédents personnels nets. Sa maladie actuelle a commencé il y a 4 mois par de la toux, une expectoration verdâtre et quelques crachements de sang. Elle a eu un peu de dyspnée, quelques douleurs en pointes d'aiguille dans la gorge. Depuis 10 jours, la voix est éteinte et depuis 24 heures elle a une dyspnée paroxystique. Amaigrissement, pâleur. Au laryngoscope, on voit qu'au-dessous de la glotte la lumière de la trachée est presque complètement obstruée par une infiltration ulcérée de ses parois. Le 3 août on dut pratiquer une laryngo-trachéotomie. La dyspnée disparut, mais la toux continua. Puis la malade s'affaiblit et mourut le 19 octobre.

Autopsie. — Adhérences pleurales à gauche et au sommet de la cavité, un abcès. Dans le poumon lui-même on trouve plutôt des signes de pneumonie. L'examen histologique montre qu'on s'est trompé pendant la vie et qu'il s'agit d'une pneumonie syphilitique.

Observation II. — Mme M., veuve, 45 ans, entre à l'hôpital le 21 octobre 1890. Père mort poitrinaire. La malade a eu du rhumatisme, la fièvre typhoïde et la malaria. Depuis 5 ou 6 ans elle tousse et elle a eu des hémoptysies. On ne trouve pas d'antécédents syphilitiques. Progressivement survient une dyspnée qui devient excessive. La percussion révèle de la matité au sommet gauche. Râles sibilants. Trachéotomie qui soulage peu la malade; elle meurt 12 heures après. A l'autopsie on trouve des ulcérations dans toute la longueur de la trachée.

On voit par ces cas combien le diagnostic est difficile entre la syphilis et la tuberculose. Il est vraisemblable que si on eût fait le diagnostic dans le premier cas, on eût pu sauver la malade.

Thyroïdectomie expérimentale et néphrite (Sulla fisio-patologia della ghiandola tiroide; nefrite conseguente all'ablazione di quest'organo), par Alonzo (*La Riforma medica*, 2 juin 1891, p. 569). — Les reins des chiens auxquels on a enlevé le corps thyroïde deviennent le siège de lésions inflammatoires et dégénératives occupant principalement la substance corticale et dues très probablement à une nutrition insuffisante du rein par suite de la suppression des fonctions du corps thyroïde. Ces lésions se développent assez rapidement.

Hydrocèle chez la femme (Beitrag zur Casuistic der Hydrocele feminæ), par Lammert (*Münch. med. Wochensch.*, 1891, n° 29, p. 507). — Femme de 39 ans; depuis 11 ans tumeur dans l'aine gauche considérée comme une hernie pour laquelle la malade porte un bandage. La hernie n'a jamais pu être réduite et a notablement augmenté depuis quelque temps. A l'examen on trouve dans l'aine gauche une tumeur grosse comme un poing d'adulte, fluctuante, mate à la percussion, transparente, irréductible par la pression et devenant plus tendue quand on fait tousser la malade. La tumeur peut être suivie dans le canal inguinal et se dirige vers la grande lèvre.

Opération. — Incision longitudinale de 10 cm. On fend la tumeur et on évacue 500 gr. d'un liquide séreux, clair. Extirpation de la plus grande partie du kyste près de l'anneau inguinal externe. Le doigt introduit dans le pédicule de la tumeur constate qu'il se termine en cul-de-sac et sent une bande fibreuse qui appartient évidemment au ligament rond. Suites opératoires simples; guérison en trois semaines.

Kyste hydatique alvéolaire du foie (Ein Beitrag zur Behandlung der Echinococcus alveolaris hepatis), par Brunner (*München. med. Wochenschr.*, 1891, n° 29, p. 509). — Le 20 avril 1889 entre à l'hôpital une femme de 25 ans se plaignant de douleurs dans la moitié droite du thorax, de dyspnée, de palpitations, etc. Depuis un certain temps elle ne pouvait se coucher sur le côté droit, ni mettre son corset. A l'examen on trouve une matité en arrière du poumon droit remontant à trois travers de doigt au-dessous de l'angle de l'omoplate, avec absence du murmure vésiculaire dans toute cette région; le cœur est déplacé à gauche, le foie abaissé et descend à deux travers de doigt au-dessous du rebord des fausses côtes; légère voussure de la région hépatique. Pas de fièvre. On fait une ponction exploratrice du poumon et on retire un liquide purulent, gris jaunâtre. Le 23, la malade étant endormie, on fait la résection de la 8e côte dans une étendue de 3 cm. La plèvre ne contient que peu de sérosité, mais à travers l'incision on aperçoit une tumeur qu'on reconnaît être recouverte par le diaphragme repoussé en haut. Il s'agit évidemment d'un abcès du foie. La plèvre diaphragmatique est alors suturée à la plèvre costale, le diaphragme incisé et les lèvres de l'incision réunies aux bords de la plaie; l'abcès du foie mis ainsi à découvert est incisé, et par l'incision il s'écoule une grande quantité de liquide fétide purulent, sale, contenant des lambeaux de membranes blanchâtres qui, à l'examen microscopique, sont reconnues pour des parois d'un kyste hydatique multiloculaire. Lavage de la cavité au sublimé, drainage et léger tamponnement à la gaze iodoformée

Comme par suite de l'induration des parois de la cavité, cette dernière diminuait très lentement, on se décida après le grattage de la cavité, à la remplir avec trois à quatre cuillerées d'acide salicylique cristallisé. Sous l'influence de ce traitement la cavité diminua et se remplit de granulations au milieu desquelles on ne trouvait plus d'échinocoques. Mais ces derniers reparurent en mars 1890. On réséqua alors une nouvelle portion de la huitième côte et on enleva avec les ciseaux et le bistouri toutes les granulations et la plus grande partie des parois de la cavité qu'on toucha ensuite

avec le thermocautère. Deux jours après, hémorrhagie secondaire formidable qu'on arrête par le tamponnement avec la gaze iodoformée; puis néphrite grave, compliquée d'hépatite et de bronchite ; tous ces accidents disparaissent au bout d'un mois.

En juillet 1890, la malade a dû quitter l'hôpital, la cavité mesurant encore 12 cm. c. Elle a été revue au bout de 3 mois. La guérison était complète et l'état général excellent.

C'est le premier cas, d'après l'auteur, de guérison d'un kyste alvéolaire du foie.

BIBLIOGRAPHIE

Cours de chimie biologique et pathologique, par G. Bunge, professeur à l'Université de Bâle (traduit de l'allemand par le Dr A. Jaquet, assistant du Laboratoire de pharmacologie de l'Université de Strasbourg). In-8° de 400 pages. Impr. G. Carré, Paris, 1891.

On ne saurait mieux donner une idée de ce livre qu'en citant les paroles mêmes de l'auteur, dans le préambule : « En écrivant le présent ouvrage, je n'ai pas eu la prétention d'épuiser le sujet. J'ai laissé de côté tous les faits isolés, de même que la partie purement descriptive. » Le professeur a voulu avant tout intéresser son auditoire au sujet, lui montrer la voie à suivre, lui indiquer chemin faisant les sources où puiser pour parfaire l'étude de tel point particulier.

Que si l'on considère non plus seulement le but poursuivi, mais la manière du professeur, on reconnaîtra aisément que son œuvre s'affirme bien personnelle par la hauteur des vues et des aperçus philosophiques, par l'étendue et la variété des connaissances dans le domaine de la biologie comparée. Quoique la science, à notre époque, se contente mal des formules vagues, on a plaisir cependant à sortir parfois du domaine de la balance et de la burette graduée pour s'élever vers les régions du raisonnement, nous nous garderons de dire, de la contemplation. Un professeur qui manie non plus seulement des formules, mais des idées, a grande chance d'être écouté avec attention et avec fruit. On est si absorbé, à notre époque, par l'abondance sans cesse renouvelée des détails particuliers!

Du reste, si ces considérations nous sont inspirées par l'impression un peu spéciale qui se dégage des premières parties de l'ouvrage, nous nous hâtons de reconnaître que les chapitres suivants contiennent de bonne et très pratique chimie biologique. L'auteur a groupé son étude autour de la vie cellulaire, c'est-à-dire de la nutrition, entendue dans son acception la plus générale. Ceci l'amène à étudier l'aliment et les sources de l'alimentation, l'aliment rendu absorbable et les phénomènes de la digestion, l'aliment absorbé et son évolution ultérieure ou les phénomènes de la nutrition intime dans les tissus. L'étude de la dénutrition ou désassimilation s'ajoute comme un corollaire naturel. Enfin l'auteur consacre un chapitre à l'une des plus frappantes parmi les manifestations ou les conséquences de ces actes nutritifs: c'est l'étude de l'énergie, de la force, du travail musculaire.

Quoique ces leçons et ce livre s'adressent à tous les chercheurs, à tous les amateurs de la science biologique, le médecin y trouvera un intérêt particulier par l'application permanente à la physio-pathologie humaine. Le professeur Bunge a tenu du reste à bien montrer qu'il parlait plus spécialement pour le public médical, en terminant son ouvrage par une étude sur les causes et la nature du diabète sucré : ce chapitre, à part l'omission de quelques recherches toutes récentes, peut être considéré comme fixant l'état de la science sur ce point si important et si controversé.

Girode.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Thèses de Paris.

De l'actinomycose chez l'homme en France, par Georges Roussel.

L'actinomycose, de découverte encore récente, doit être une maladie beaucoup moins rare qu'on ne l'estime généralement.

Elle a été observée à peu près partout: le nombre des cas ira vraisemblablement en augmentant à mesure que la vulgarisation en sera plus complète, que ses caractères seront mieux connus. Démonstration est faite, si cette démonstration était encore nécessaire, de l'utilité du microscope en clinique et de l'impossibilité du diagnostic de certaines affections, pour peu que leurs caractères s'éloignent un peu de la description classique, sans le secours des préparations du laboratoire.

Lésions anatomiques que l'on trouve dans l'éclampsie puerpérale, par Bouffe de Saint-Blaise (Gabriel).

On trouve dans les autopsies de femmes éclamptiques, certaines lésions d'une constance absolue, contrairement à ce que l'on dit généralement. Ces lésions sont tout à fait particulières à l'éclampsie, et ne se retrouvent dans aucune autre maladie. De l'étude anatomo-pathologique de cette affection, on peut tirer quelques déductions cliniques, particulièrement en ce qui concerne le mécanisme de l'apparition de l'ictère, dans l'éclampsie jaune, et son pronostic; et le diagnostic entre l'éclampsie et d'autres maladies telles que l'ictère grave et l'urémie à forme convulsive. Le mécanisme de production de ces lésions est encore incertain, mais leur présence constante, dans le foie surtout, permet de renverser quelques-unes des théories pathogéniques de l'éclampsie.

Des salpingo-ovarites tuberculeuses, par R. de Massia.

La salpingo-ovarite tuberculeuse est assez fréquente. C'est, en tout cas, la plus commune des affections de même nature des organes génitaux de la femme.

Cette affection est le plus souvent secondaire, mais la salpingite tuberculeuse primitive n'en existe pas moins.

La trompe est prise beaucoup plus souvent que l'ovaire ; les lésions peuvent être unilatérales, mais rarement.

Cette tuberculisation locale provoque les mêmes accidents et présente les mêmes symptômes que la plupart des affections simplement inflammatoires des annexes et en particulier que les pyo-salpingites.

Le diagnostic, très difficile, peut être posé dans quelques cas, en tenant compte des antécédents de la malade, de son âge, de l'absence des données étiologiques habituelles des salpingites; de la fréquence des poussées de pelvi-péritonite et de l'affaiblissement rapide de l'état général.

Les lésions tuberculeuses des annexes peuvent et doivent être enlevées chirurgicalement au même titre que d'autres tuberculoses locales.

On doit (Hégar) intervenir dans les lésions primitives dès que le diagnostic a pu être posé. On doit intervenir dans les tuberculoses secondaires, si les autres localisations, n'étant pas trop avancées, tendent à se modifier ou à rester stationnaires, ou bien si les lésions locales ont tendance à s'aggraver.

La péritonite tuberculeuse coexistante n'est pas une contre-indication.

Les véritables contre-indications sont tirées des altérations profondes des autres organes, de la débilitation trop grande du sujet et des adhérences trop étendues.

L'extirpation des lésions par la laparotomie est difficile à cause de la multiplicité et de la résistance des adhérences. L'opération est encore rendue dangereuse par la fréquence de la rupture des abcès tuberculeux dans le péritoine. Mais le nettoyage ou le lavage du péritoine, suivis du drainage, peuvent empêcher que cet accident n'ait des conséquences funestes.

Le bénéfice de l'opération est réel, tant au point de vue local, en arrêtant les douleurs et les poussées de pelvi-péritonite, qu'au point de vue général, en améliorant la santé de la malade.

La récidive de l'affection tuberculeuse survient malheureusement quelquefois.

Etude critique sur la pathogénie des kystes des machoires (Variété radiculo-dentaire), par Charles Bouvet.

Tout kyste radiculo-dentaire a pour cause déterminante une altération de la racine d'une dent ou une affection de l'articulation dentaire. Il n'existe pas cliniquement de kyste ne présentant dans sa cavité un sommet radiculaire. La paroi des kystes radiculo-dentaires est constituée aux dépens d'un tissu conjonctif de nouvelle formation. Elle est l'analogue de la paroi des abcès. Le contenu solide de ces kystes est formé par la prolifération des masses épithéliales paradentaires d'origine gingivale ou adamantine. La cause de ces proliférations est due à une irritation spéciale ou une infection microbienne particulière (Dr Cruet) ayant toujours cheminé par le canal dentaire ou la voie gingivale. Le pronostic toujours bénin des kystes radiculo-dentaires et leur constitution épithéliale *accidentelle*, en quelque sorte, n'autorise pas à leur appliquer la dénomination d'*épithéliomas*. Enfin, si une base d'entente pouvait s'établir entre les théories périostique et épithéliale, nous pensons qu'elle pourrait se formuler dans cette opinion mixte : *Sans débris épithéliaux point de kyste, mais pas de kyste non plus sans racine de dent.*

VARIÉTÉS

La semaine d'un hygiéniste au Congrès de Londres.

Si Brillat-Savarin, de truculente mémoire, était encore de ce monde, il eût pu ajouter un volumineux chapitre à ses Propos gastronomiques et à ses Recettes utiles, rien qu'en vivant de la vie d'un hygiéniste au Congrès de Londres.

Levé à 7 heures, il n'eût eu que le temps de faire ses ablutions et de désobstruer sa surface cutanée des poussières et fumées londonniennes pour assister à l'un des copieux déjeuners du matin où il eût été prié, puis après 4 heures de travail, il lui eût fallu luncher de 2 à 4 heures, courir à une garden party, dîner de 7 et demie à dix heures, se montrer dans quelque soirée et souvent ne pas refuser une invitation à souper jusqu'à 2 heures du matin. Telle a été l'existence des congressistes à Londres pour la plupart, et j'en sais un qui a dû ainsi toucher à 28 repas de 12 plats, soit 336 mets qu'il lui a fallu absorber dans cette période, sans compter des fioles de liquides de toutes sortes, de toutes couleurs et de toutes provenances, depuis les meilleurs champagne jusqu'aux liqueurs les plus exotiques.

Dîners particuliers de tous les côtés, repas somptueux comme celui offert par sir Andrew Clarke à 108 membres du Congrès sous la présidence du Prince de Galles dans le College of physicians ou le dîner offert par le Dr Corfield à trente de ses amis, réceptions plus intimes chez de nombreux médecins, garden party de-ci, de-là, grandes soirées de gala au Guildhall, au South Kensington Museum, fête à Sydenham Palace, etc., etc., il n'est pas possible d'avoir offert une hospitalité plus large et plus généreuse, plus magnifique et tout eût été parfait si le Comité de réception avait eu plus d'attentions pour ceux qui avaient traversé le détroit et s'il avait bien voulu avoir des secrétaires parlant les langues étrangères ou même sachant en langue anglaise la mission qu'on leur avait confiée.

Le gouvernement conspirait lui-même pour empêcher les hygiénistes de se livrer au travail qui les attendait dans les dix sections du Congrès. La Reine appela à l'honneur de lui être présentés un certain nombre de délégués par chaque nation, et comme elle était à Osborne, les heureux élus n'hésitèrent pas à faire neuf heures de route par terre et par eau, en chemin de fer, en vapeur et en voiture, voyage assez coûteux, pour passer quelques minutes devant elle et devant les princes et les princesses de sa cour.

Les excursions préparées de tous côtés, mais avec un nombre toujours trop restreint d'invités, délassaient bien un peu l'esprit, mais facilitaient surtout la digestion. La plus curieuse et la plus intéressante de toutes a été assurément celle qui permettait d'assister à la remise par l'Université de Cambridge des diplômes de docteur en droit *in honoris causâ* à MM. Brouardel, Corradi (de Pavie) et von Fodor (de Buda-Pesth). MM. von Inama-Sternegg (de Vienne) et von Esmarch (de Kiel), également appelés à cette dignité, s'étaient fait excuser, ce dernier étant retenu auprès de son impérial client, à bord du *Hohenzollern*.

Donc 60 personnes étaient reçues samedi dernier à la gare de Cambridge par un délégué du Collège et se rendaient à la grande salle de l'Université, dans laquelle s'introduisait peu après en procession bien réglée une foule d'hommes en robes écarlates, comprenant :

Le vice-chancelier et son greffier ; MM. Brouardel, Corradi et von Fodor ; les directeurs des Collèges ; les docteurs en théologie ; les docteurs en droit ; les docteurs en médecine ; les docteurs ès sciences et ès lettres ; les docteurs en musique ; l'orateur public ; les professeurs ; les membres du Conseil du Sénat ; les censeurs ; le bibliothécaire.

Chacun ayant pris place, comme dans une cérémonie bien connue depuis Molière, le *præses*, le très révérend M. Buttler, docteur en théologie, souhaite la bienvenue à ses auditeurs et, après avoir évoqué le souvenir des principaux fondateurs de l'Université, il donne la parole à l'orateur public dont nous reproduisons le curieux et archaïque discours :

Dignissime domine, domine Procancellarie, et tota Academia :

Nescio quo potissimum exordio hospites nostros, qui de salute publica nuper deliberaverunt, senatus nomine salutare debeam. Ad ipsos conversus, illud unum dixerim : qui aliorum saluti tam præclare consuluistis, vosmetipsos omnes iubemus salvere. Ea vero studia, quæ vobis cordi sunt, gloriamur in Britannia certe Academiam nostram primam omnium adiuvisse. In salutis publicæ ministris nominandis valent plurimum diplomata nostra, valent etiam aliarum Academiarum, quæ, exemplo nostro incitatæ, laudis cursum eundem sunt ingressæ. Hodie vero collegarum vestrorum nonnullos, qui gentium exterarum inter lumina numerantur, diplomate nostro honorifico decorare volumus. Nemini autem mirum sit, quod viros medicinæ in scientia illustres iuris potissimum doctores hodie nominamus. Etenim Tullium ipsum in libris quos de Legibus composuit, scripsisse recordamini populi salutem supremam esse legem.

(1) Primum omnium vobis præsento gentis vicinæ, gentis nobiscum libertatis bene temperatæ amore coniunctæ civem egregium, Parisiorum in Academia medicinæ forensis professorem præclarum, facultatis medicæ decanum dignissimum, salutis denique publicæ annalium editorem indefessum. Olim Cæsar omnes medicinam Romæ professos civitate donavit ; nos non omnes certe, sed, habito delectu aliquo, unum e reipublicæ Gallicæ medicis illustrissimis, qui admirabilem in modum medicinæ et iuris studia consociavit, corona nostra ob cives etiam in pace servatos libenter coronamus.

Duco ad vos Paulum Camillum Hippolytum Brouardel.

(2) Quo maiore dolore Austriæ et Germaniæ legatos illustres absentes desideramus, eo maiore gaudio Itialiæ legatum insignem præsentem salutamus. Salutamus Academiæ Bononiensis, nobiscum vetere hospitii iure coniunctæ, alumnum, tribus deinceps in Academiis, primum Mutinæ, deinde Panormi, denique Ticini in ripa professorem, qui medicinæ scientiam cum rerum antiquitus gestarum studiis feliciter consociavit, quique in Italiæ scriptoribus eximiis, non modo in Boccaccio sed etiam in Torquato Tasso, artis suæ argumenta non indigna invenit. Quondam imperator quidam Romanus Roma in ipsa augurium salutis per annos complures omissum repeti ac deinde continuari iussit. Quod autem salutis publicæ concilio Londinensi etiam Italia interfuit, velut augurit felicis omen accipimus. Recordamur denique pœtam antiquim urbis æternæ de nomine his fere verbis non inepte esse gloriatum :

Roma ante Romulum fuit ;
non ille nomem indidit,
sed diva flava et candida,
Roma, Aesculapi filia.

Duco ad vos Aesculapi ministrum fidelissimum, Alphonsum Corradi.

(3) Quis nescit urbem florentissimam quod Hungariæ caput est, nomine bilingui nuncupatam, fluminis Danubii in utraque ripa esse positam. Quis non inde nobis feliciter advectum esse gaudet salutis publicæ professorem insignem, virum titulis plurimis cumulatum, qui etiam de Angliæ salubritate opus egregium conscripsit. Idem, velut alter Hippocrates, de aëre, aquis et locis præclare disseruit. Olim Hippocrates ipse corona aurea Atheniensium in theatro donatus est : nos Hippocratis æmulum illustrem laurea nostra qualicunque in hoc templo honoris libenter ornamus.

Duco ad vos bacteriologiæ cultorem acerrimum, Iosephum de Fodor.

Ajoutons que chaque fois que l'un des récipiendaires était ainsi présenté, le vice-chancelier ajoutait pour chacun d'eux la phrase cabalistique :

Accipio te doctorem et confero tibi dignitatem in nomine Dei Patris et Filii et Spiritus sancti.

La cérémonie faite et les trois récipiendaires ainsi devenus dignes d'entrer dans ce docte corps, on put faire honneur à un magnifique lunch dont le menu comportait 22 plats et qui fut accompagné de nombreux toasts. Avant le retour pour Londres il restait à peine le temps de visiter les 17 collèges de l'Université, de jeter un coup d'œil à la chambre habitée dans le Christ college par Darwin de 1829 à 1831, de visiter quelques laboratoires fort bien aménagés, en particulier celui d'anatomie pathologique où l'on conserve de remarquables pièces après congélation dans la glycérine phéniquée, et enfin de prendre part à une garden party à Trinity college.

Le même soir 60 des Français présents au Congrès se trouvaient réunis en une fête de famille offerte à leur président M. Brouardel et à M. Vintras, médecin en chef de l'hôpital français. M. Waddington, ambassadeur de France, présidait cette charmante réunion, à laquelle assistaient également M. Caubet, consul général de France, deux attachés de l'ambassade et plusieurs dames. Le souvenir de la patrie absente, la joie de témoigner à MM. Brouardel et Vintras toute leur reconnaissance et leurs remerciements rendaient à tous ceux qui y ont pris part cette soirée inoubliable. Elle les reposait des fatigues d'une semaine où, pour mener à la fois le travail et les plaisirs, il fallait vraiment une foi robuste et un solide estomac. Dans trois ans ce sera à recommencer à Buda-Pesth !

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES SAMEDIS ET PUBLIANT TOUS LES MERCREDIS

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

RÉDACTEUR EN CHEF : Dr L. LEREBOULLET. — SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION : Dr A. BROCA.

REVUE GÉNÉRALE

Du foie hérédo-syphilitique.

La syphilis, transmise par les parents, frappe les enfants à une époque variable de leur existence : tantôt c'est pendant leur vie intra-utérine elle-même ; d'autres fois c'est à leur naissance ou quelques semaines après : on observe alors les lésions de la syphilis héréditaire précoce.

Plus rarement, l'enfant reste indemne pendant ses premières années et ne subit qu'ultérieurement (de 5 à 10, 15, 20 ans) les assauts de l'infection héréditaire (syphilis à échéance tardive de Fournier) ; dans quelques cas enfin, frappé par la syphilis dans les premiers mois de sa vie, il survit, pour être de nouveau atteint, dans sa deuxième enfance ou son adolescence (syphilis à longue portée) : ces deux derniers ordres de faits constituent les lésions de la syphilis héréditaire tardive.

Dans ces divers cas, le foie est l'un des viscères qui se laissent le plus volontiers envahir par le processus infectieux : aussi la syphilose hépatique chez les hérédo-syphilitiques a-t-elle été l'objet de nombreuses recherches.

Il est de toute nécessité de séparer, pour l'étude, les lésions de l'hérédo-syphilis précoce des altérations déterminées par l'hérédo-syphilis tardive.

Hérédo-syphilose hépatique précoce. — Les altérations du foie sont probablement les lésions viscérales que l'on rencontre le plus souvent chez les fœtus et les nouveau-nés héréditairement syphilitiques, mais il n'est guère possible d'en déterminer la fréquence exacte; il est certain seulement que si elles se rencontrent le plus souvent en concomitance avec d'autres lésions viscérales et avec des lésions cutanées et muqueuses, elles peuvent exister, surtout chez le fœtus, indépendamment de ces autres lésions, alors qu'en dehors de la naissance prématurée ou de la mort *in utero* rien ne décèle chez ces fœtus d'infection syphilitique; d'autre part, les lésions hépatiques manquent souvent, comme les autres lésions viscérales, au cours de l'hérédo-syphilis la mieux caractérisée objectivement.

Les altérations hépatiques semblent plus fréquentes chez les produits issus de parents contaminés tous deux avant la conception ou seulement d'une mère syphilitique à ce moment; elles sont plus rares, mais possibles encore si la mère n'est contaminée que pendant la grossesse, ou si la syphilis vient du père seul.

Les lésions du foie semblent être les plus précoces des lésions viscérales de l'hérédo-syphilis, puisqu'on peut les constater dès le 6e mois de la grossesse ; elles tirent des caractères spéciaux de cette précocité, qui leur permet de surprendre l'organisme en plein travail de formation et d'évolution.

Il n'y a pas lieu, surtout anatomiquement, de séparer la syphilose hépatique du fœtus de celle du nouveau-né ; car, si l'on peut classer les diverses formes de lésions en une série régulière depuis les plus jeunes jusqu'aux plus âgées, il ne suit pas de là que l'on ne puisse constater chez le fœtus des lésions avancées et chez le nouveau-né des lésions toutes récentes : tout dépend de l'époque de début et de la rapidité d'évolution des lésions dans chaque cas particulier,

Nous étudierons donc d'ensemble la syphilose hépatique précoce, tant au point de vue anatomique qu'au point de vue symptomatique.

Si, cliniquement, l'hépato-syphilose a été soupçonnée chez le nouveau-né par Portal (1813), elle n'a été observée anatomiquement qu'en 1847 par Gubler, qui en 1852 décrivit au point de vue clinique et histologique, sous le nom d'induration plastique et de lésion silex, l'hépatite interstitielle diffuse. Quant à l'hépatite gommeuse, plus rare, elle fut connue à la même époque : c'est encore Gubler qui décrivit le premier les gommes miliaires sous le nom de grains de semoule ; bientôt furent publiées des observations de gommes véritables ; la nature histologique de ces diverses productions gommeuses fut démontrée par Wagner, Schott et Virchow. Nous n'insisterons pas sur l'historique de cette question, qui semble avoir être résolue presque aussitôt que posée ; nous rappellerons seulement qu'avec M. Hutinel (*Arch. de médec. expérimentale*, juillet 1890), nous avons essayé de montrer comment les diverses formes de lésions se reliaient les unes aux autres, et surtout comment le foie essayait de lutter contre le processus infectieux.

L'examen à l'œil nu des foies de fœtus ou de nouveau-nés syphilitiques est, en règle générale, insuffisant pour déceler les altérations hépatiques : s'en contenter serait s'exposer à considérer comme normaux des viscères qui ont certainement subi, du fait de l'infection héréditaire, des modifications de structure et des altérations notables, mais insuffisantes cependant pour déterminer des altérations extérieurement apparentes. — C'est ainsi que si l'on recueille un nombre suffisant de foies de fœtus mort-nés

ou de nouveau-nés ayant succombé peu de temps après leur naissance, et dont les mères étaient manifestement syphilitiques, on est frappé de ne trouver le plus souvent aucune modification dans le volume, la coloration, la consistance, la configuration extérieure de ce viscère : il semble absolument normal. D'autres fois, quand le fœtus, mort dans l'utérus, y a séjourné et macéré quelque temps, le foie est mou, ridé, atrophié, d'une coloration « terre de Sienne » (Gubler) : il ne faut voir là que des altérations de macération, mais non pas une lésion spécifique. Ce n'est que rarement, une ou deux fois sur dix examens, que l'on rencontrera des modifications dérivant directement de l'infection syphilitique; encore faut-il savoir que parmi ces modifications, la plupart n'ont point un caractère pathognomonique. Ainsi, quand les lésions sont au début de leur évolution, ce qui est le cas habituel dans les foies de fœtus, on ne note guère que des signes de congestion : coloration foncée, violet sombre, lie de vin ; saignement abondant à la coupe ; augmentation plus ou moins marquée du poids spécifique, et c'est tout. Cette augmentation du poids spécifique a toutefois une certaine valeur, car on la retrouve même dans les foies macérés, ainsi que l'a montré Carl Ruge ; elle s'accompagne d'une augmentation semblable et souvent plus marquée du poids de la rate.

Quand les lésions sont plus avancées en âge et en évolution, elles prennent des caractères macroscopiques plus nets, mais différents selon que les lésions sont diffuses ou circonscrites, nodulaires.

Dans le cas de lésions diffuses, le type le plus frappant est celui que Gubler a décrit, le foie silex : si l'altération est généralisée et uniforme, cas rare, le foie est lourd ; son poids atteint 1/20, 1/17, 1/12 du poids du corps, le rapport normal étant 1/25 ; il est turgide, les bords sont mousses ; la coloration est spéciale et rappelle par sa teinte brun pâle celle de certaines pierres à fusil (Gubler) ; la surface est lisse, uniforme; on ne distingue ni les limites des lobules, ni les veines centrales ; la consistance est accrue, mais c'est une dureté élastique spéciale. A la coupe, il ne s'écoule pas de sang, ce qui tient à l'imperméabilité des vaisseaux, prouvée par les tentatives d'injection de Gubler, d'Hutinel. — Si l'altération est partielle, ce qui est plus fréquent, on ne trouve les aspects que nous venons de décrire qu'au niveau des points malades, notamment vers le bord antérieur et surtout à gauche, vers le lobe de Spigel et au voisinage du ligament suspenseur; ailleurs le foie semble normal, ou seulement congestionné.

Dans quelques cas exceptionnels (Faligan, Henoch, L. Meyer, Dubuc, Hutinel), on a observé des aspects rappelant absolument la cirrhose de l'adulte : le foie, hypertrophié, est verdâtre, ou vert olive, dur, parfois granuleux.

Les lésions nodulaires sont beaucoup plus rares encore que les lésions diffuses : le plus souvent, elles consistent en petits nodules, que Gubler a comparés pour leur volume et leur aspect à des grains de semoule ; ce sont des gommes embryonnaires (Wagner), et elles s'associent volontiers à la lésion silex. Plus rares que ces syphilomes miliaires ne dépassant pas un 1 millimètre de diamètre, se rencontrent des nodules du volume d'un grain de chènevis ou d'une lentille, jaunâtres, durs, non énucléables ; ils accompagnent aussi des altérations diffuses, interstitielles de la glande. — Enfin on peut rencontrer de véritables gommes, mais les cas en sont exceptionnels : elles ont les mêmes caractères que chez l'adulte, et sont encastrées dans un parenchyme parfois scléreux, parfois sain. Sauf pour les syphilomes miliaires, on peut dire que les lésions gommeuses indiquent une évolution beaucoup plus prolongée que les lésions diffuses.

Disons enfin qu'il est fréquent de voir les annexes de la glande atteintes quand celle-ci est lésée : la capsule est souvent épaissie, ainsi que le péritoine qui la double (péri-hépatite de Simpson) ; plus rares sont les épaississements avec oblitération même, du tronc et des grosses branches de la veine porte (pyléphlébite de Schüppel), des canaux biliaires (Chiari, H. Beck, Hutinel).

Si du simple examen à l'œil nu de ces divers foies, on passe à l'étude microscopique, on constate, par ce procédé, des lésions variées qui pour la plupart concordent exactement avec les altérations macroscopiques que nous venons de signaler, et qui, pour les plus simples (lésions de début), peuvent exister sans modification apparente dans l'aspect extérieur du foie. Malheureusement il est toute une catégorie de foies dont l'examen histologique est impossible, ce sont les foies macérés, en raison de l'état de désintégration du tissu.

En dehors de ces cas, il est souvent permis par l'examen microscopique de dépister des altérations qui ne se révèlent point à l'œil nu, et qui constituent la phase de début de la lésion syphilitique : c'est une congestion plus ou moins intense des capillaires sanguins, dilatés, formant parfois de véritables lacs sanguins, tandis que les travées de cellules hépatiques bordantes sont aplaties : cependant les cellules souffrent peu encore, leur noyau est volumineux, bien coloré. En même temps, les leucocytes s'amassent en groupes le long des parois des vaisseaux, et on note par places un commencement de diapédèse. Ce stade est vite dépassé, et chez les fœtus non macérés nés avant terme, la lésion habituelle consiste en une infiltration de cellules rondes soit entre les travées de cellules hépatiques, soit dans l'épaisseur de ces travées ; les cellules rondes forment des amas plus ou moins riches au voisinage des espaces portes; dans les espaces eux-mêmes, élargis, ces amas forment manchon autour des branches de la veine porte, pénètrent leurs parois, déforment leur calibre; au contraire, il est de règle qu'ils respectent absolument les veines centrales des lobules. Les cellules hépatiques sont tantôt absolument normales, tantôt plus ou moins atrophiées; mais au voisinage des amas de cellules rondes, on les voit lutter activement contre l'envahissement, leurs noyaux se multiplient, leur protoplasma est clair, peu granuleux.

Cette infiltration embryonnaire diffuse aboutit dans certains cas à une série d'altérations plus typiques : les travées hépatiques sont fragmentées, et noyées dans une gangue d'éléments conjonctifs fusiformes et de cellules rondes; les cellules hépatiques sont altérées : elles perdent leur forme régulière (fuseaux, raquettes, pointes), leurs noyaux prolifèrent avec tous les stades de la karyokinèse. Les espaces portes n'ont plus leurs limites nettes, les branches de la veine porte sont entourées de manchons d'éléments fusiformes ou arrondis. Il y a continuation directe entre le tissu fibreux des espaces portes et la gangue fibreuse intertrabéculaire des lobules, et dans cette zone où la néoformation conjonctive atteint son maximum d'activité, les cellules hépatiques perdent leurs caractères différenciés, leur protoplasma ne se colore plus, et on ne distingue plus que leurs noyaux, ronds, volumineux, multiples, entourés d'une mince couche de protoplasma mal limité et à peine reconnaissable. Au milieu de ces amas de noyaux de cellules hépatiques, on en voit d'autres aplatis, plus petits, appartenant aux fibrilles conjonctives de la gangue interstitielle. A ce stade, les éléments nobles se transforment et finissent par disparaître, dans la néo-formation conjonctive.

Un degré de plus, et nous avons le type de la sclérose diffuse (cirrhose monocellulaire de Charcot), lésion caractéristique du foie silex, si bien décrite par Gubler, identique à elle-même, qu'elle soit généralisée ou partielle :

maintenant le tissu fibreux a tout envahi, il disjoint les travées, englobe et étouffe les cellules qui ne luttent même plus, et prend la place des capillaires; c'est un tissu dense de fibrilles longues, sans noyaux; les espaces portes, envahis par le même tissu, sont élargis, rongeant les globules voisins, les veines portes sont déformées, rétrécies et peuvent même s'oblitérer et disparaître.

Il semble toutefois que cette lésion envahissante puisse, chez les enfants soumis plus ou moins longtemps au traitement mercuriel, rétrocéder ou ne pas s'étendre autant; tels sont certains cas de sclérose insulaire, où la lésion s'est cantonnée autour des espaces portes.

A côté de ces altérations diffuses, on peut rencontrer d'autres lésions à tendance inverse, à type nettement nodulaire. A leur degré le plus minime, ce sont de simples amas de 10, 40, 100 noyaux ronds ou ovalaires, égaux entre eux, juxtaposés, sans interposition de tissu fibrillaire, ni dégénérescence centrale. Ces îlots sont formés en somme de leucocytes extravasés, au milieu desquels se distinguent des noyaux de cellules hépatiques en voie de transformation. Tantôt ces îlots disparaîtront au sein de l'infiltration embryonnaire diffuse qui les accompagne et les relie entre eux; d'autres fois, ils s'étendront par adjonction de nouveaux noyaux; d'autres fois enfin, ils subiront la transformation fibreuse, et formeront des sortes de cicatrices microscopiques; cela ne se voit guère que chez les nouveau-nés qui ont vécu quelque temps.

Plus volumineux, ces amas nucléaires constituent les syphilomes miliaires (grains de semoule de Gubler) qui sont véritablement des gommes miliaires et accompagnent habituellement la sclérose diffuse : de volume variable, siégeant soit en pleins lobules, soit dans les espaces portes, ils n'ont pas de zone conjonctive enveloppante et sont formés de centaines de noyaux juxtaposés : ce n'est que dans les plus gros qu'on voit les noyaux centraux plus tassés, moins colorés, sans dégénérescence graisseuse ni pigmentaire; il faut remarquer que, parmi ces noyaux, quelques-uns proviennent de la prolifération et de la désintégration des cellules hépatiques englobées dans l'amas. Ces nodules peuvent subir la transformation fibreuse, ou bien, si la survie de l'enfant est suffisante, ils peuvent s'accroître encore : on a alors le type de l'hépatite nodulaire gommeuse, où les nodules occupent souvent le territoire de plusieurs lobules; arrondis, souvent polycycliques, ils ont un aspect variable en divers points de leur surface : à côté de simples amas de noyaux bien colorés au sein d'une trame fibrillaire, on voit d'autres amas nucléaires présentant un centre amorphe, opaque, granuleux; on peut rencontrer parfois des cellules géantes : cette disposition témoigne de l'origine folliculaire des gommes et de l'âge variable des nodules élémentaires, dont l'agrégation les constitue. Dans l'intervalle des nodules élémentaires, on note une trame fibrillaire semée de nombreux noyaux. Les espaces portes, ainsi que leurs vaisseaux, finissent par disparaître. Quant au parenchyme ambiant, il est souvent sain ou faiblement sclérosé. Cette hépatite nodulaire ne se rencontre guère que chez l'enfant âgé déjà de quelques semaines.

Quant aux grosses gommes, aux tumeurs gommeuses, si exceptionnelles, elles ont la même structure que chez l'adulte et s'enveloppent en général, comme elles, d'une ceinture conjonctive riche en lymphatiques dilatés et remplis de granulations graisseuses; elles présentent un centre anhiste, jaunâtre, formé de granulations graisseuses, de cristaux de cholestérine et d'acides gras (tophus syphilitique de Rindfleisch) : dans quelques cas, comme dans une observation de M. Hutinel, la ceinture conjonctive peut manquer, ainsi d'ailleurs que la nécrobiose centrale.

En somme, on voit que les lésions déterminées dans le foie par l'hérédo-syphilis présentent dans leur ensemble une évolution sériée assez nette; elles débutent par une congestion intense des capillaires sanguins, à laquelle succède une diapédèse de plus en plus marquée; les cellules hépatiques, d'abord indifférentes, luttent bientôt activement, multiplient leurs noyaux qui finissent par persister seuls après disparition du protoplasma. Ce sont là des lésions de nature éminemment infectieuse, toxique, mais elles n'ont rien jusque-là de nettement spécifique; par exemple, on retrouve le même processus dans la tuberculose expérimentale du lapin par injection intra-veineuse de bacilles (Yersin). L'évolution ultérieure permettra seule d'affirmer la syphilis, quand la lésion, d'abord périvasculaire, passe à l'infiltration embryonnaire généralisée, puis à la sclérose diffuse (cette diffusion appartient presque en propre aux lésions de la syphilis). Quant aux formations nodulaires, elles ne deviennent, elles aussi, caractéristiques que lorsqu'elles ont déjà parcouru une évolution suffisante : car à leur début (amas microscopiques de noyaux), elles ressemblent aux nodules semblables vus dans le foie au cours d'autres maladies générales (fièvre typhoïde : Legry; érythème infectieux : Hutinel et M. de Gimard). Quand les nodules deviennent plus volumineux, ils sont par ce fait plus nettement spécifiques, et d'ailleurs ils conservent longtemps une tendance réellement pathogmononique à subir la transformation fibreuse. — Somme toute, le caractère dominant des lésions hépatiques causées par la syphilis héréditaire chez le fœtus et le nouveau-né, c'est avant tout la diffusion et la généralisation : cela tient, comme l'a montré M. Hutinel pour le testicule syphilitique des mêmes sujets, à ce fait que les lésions à cet âge sont intimement liées à l'évolution de l'organe frappé par l'infection au cours même de son développement.

Si les lésions de l'hépatite hérédo-syphilitique sont aujourd'hui bien connues, en est-il de même des symptômes qu'elles déterminent? Existe-t-il une histoire clinique nette de ces altérations? On peut répondre par la négative dans la grande majorité des cas.

En effet, si l'enfant naît avant terme, mort et macéré, et l'on sait si ce fait est fréquent du 4ᵉ au 8ᵉ mois de la grossesse des mères syphilitiques (204 sur 1234 enfants syphilitiques d'après Hutinel), il est évident que rien ne révèle avant l'autopsie si le foie est réellement malade. Il en est de même si le fœtus, cas plus rare (45 sur 1234), naît vivant pour mourir quelques minutes ou quelques jours plus tard; tout au plus, dans ce dernier cas, pourra-t-on trouver à la surface du tégument des éruptions spécifiques (pemphigus, roséole). Rappelons seulement que d'après certains auteurs (Burns, Bar), on pourrait voir un signe de probabilité de lésions hépatiques chez le fœtus, dans le développement rapide, chez la mère, d'hydramnios du 4ᵉ au 6ᵉ mois de la grossesse; mais ce n'est pas évidemment un signe pathognomonique.

Si l'enfant vient à terme, mais déjà mort *in utero* (72 sur 1234), il est impossible de diagnostiquer la lésion hépatique.

S'il naît à terme vivant, mais ne survit que quelques jours, même impossibilité; il ne faut pas compter comme signe diagnostique sur l'ictère qui est une rareté chez l'enfant syphilitique, et qui par contre n'est souvent que le symptôme d'une infection banale.

En somme, on voit que la symptomatologie de la syphilis hépatique chez le fœtus est tout entière à constituer; aussi Gubler a-t-il longtemps cru que « l'induration plastique » du foie était une lésion spéciale au nouveau-né dans les premiers mois de la vie.

On sait que, dans la plupart des cas où le nouveau-né, venu à terme, vivant, survit, il n'offre aucune lésion apparente, ou seulement un peu de pemphigus, à la naissance; la syphilis en général ne se manifestera franchement chez lui qu'après une période de latence plus ou moins longue (15 jours à 6 semaines en moyenne, parfois 2 et 3 mois), frappant alors à coups redoublés la peau, les muqueuses, les viscères. Pour la plupart des auteurs, la lésion hépatique, quoique constituée anatomiquement dès la naissance, ou même avant, reste elle aussi silencieuse pendant les premières semaines de la vie. On a cependant signalé comme signes précoces de l'hépatite syphilitique les hémorrhagies multiples (Behrend, Lancereaux, Mracek), hémorrhagies nasales, buccales, intestinales, ombilicales, hématuriques, cutanées; il est vrai qu'on les retrouve dans d'autres maladies infectieuses du nouveau-né (phlébite ombilicale: Petersen). On pourrait encore trouver dès la naissance une spléno-mégalie qui attirerait l'attention vers le foie. Plus tard, au moment où la syphilis est en pleine efflorescence, on peut dépister certains signes, dont aucun cependant n'est révélateur; ce sont d'une part des troubles fonctionnels de l'appareil digestif (vomissements, alternatives de constipation et de diarrhée), et des signes physiques : ballonnement de l'abdomen avec développement des veines sous-cutanées (fait rare); douleur à la pression ou même spontanée dans l'hypochondre droit (Gubler, Frerichs, Lancereaux); hypertrophie du foie constatable à la palpation et à la percussion : c'est le meilleur signe, quand en même temps on trouve une rate volumineuse : dans un cas de Potain, le foie débordait à gauche dans l'hypochondre de ce côté, en bas jusqu'à l'ombilic et même la crête iliaque. — Quant à l'ascite, c'est une exception dans l'hépatite précoce : il n'en existe que quelques observations; l'ictère est encore plus exceptionnel, et quand il existe, il relève presque toujours des lésions extra-hépatiques comprimant les voies biliaires; il ne faut pas d'ailleurs prendre pour une coloration ictérique le teint bistré spécial que présentent généralement, par le fait de la cachexie syphilitique, les nouveau-nés.

Tels sont les rares signes par lesquels se manifeste l'hépato-syphilose à sa période d'état; il faut les chercher, et avec soin, car ils sont le plus souvent masqués au milieu de l'état général cachectique déterminé par l'infection syphilitique plus encore que par les lésions viscérales elles-mêmes.

Quand l'enfant doit succomber, il présente dans les derniers jours de la vie des symptômes généraux et fonctionnels (amaigrissement croissant, vomissements répétés, diarrhée, ulcérations fessières, œdème des jambes), qui sont encore des signes d'ordre cachectique plutôt que des signes d'origine hépatique. Retenons cependant la possibilité à cette période (2 à 4 jours avant la mort) de signes de péritonite péri-hépatique (douleur hépatique, météorisme, vomissements).

En somme, chez le fœtus, pas de symptômes de syphilose hépatique; chez le nouveau-né, symptômes peu nombreux, manquant souvent, ce qui rend dans la plupart des cas impossible le diagnostic ferme de lésion hépatique, *a fortiori* celui de la forme anatomique de cette lésion (scléroses, gommes).

La marche de l'hépatite semble être subaiguë, mais sa durée est difficile à préciser; car, si le début de lésion se fait pendant la vie intra-utérine, la date de ce début est absolument indéterminée; et, d'autre part, nous ne savons pas d'une manière précise après quel temps d'évolution la lésion hépatique tue le petit malade, car si celui-ci succombe, ce n'est pas exclusivement du fait de ses altérations hépatiques, mais plus souvent par le fait des autres lésions viscérales concomitantes et surtout de l'infection générale. D'ailleurs, en tant que lésion isolée, l'hépatite syphilitique est curable, plus peut-être qu'on ne le pense; Parrot insistait sur ce point, et croyait la syphilis hépatique moins grave que la syphilis pulmonaire. Raison de plus pour traiter énergiquement et dès le début le nouveau-né syphilitique.

Hérédo-syphilose hépatique tardive. — L'histoire des lésions qui se développent dans le foie à une période tardive sous l'influence de la syphilis héréditaire est encore obscure et discutée; si l'on peut faire remonter à Dittrich (1849 et 1850) les premières observations vraisemblables de cet ordre d'altérations, les faits signalés depuis lors sont assez rares et souvent peu démonstratifs : les plus nets sont dus à Leudet, Lancereaux, Hutchinson, Roger, Laschkewitz, Seiler, B. Bramwell, Coupland, H. Engel, Barthelémy, d'Heilly. Les travaux les plus importants sur cette question sont le mémoire de Barthélemy (*Arch. de médecine*, 1884), et le chapitre consacré à cet ordre de faits par le professeur Fournier dans sa *Syphilis héréditaire tardive* (1886); nous croyons que le nombre des cas publiés ne dépasse pas 50, dont une quinzaine sont assez discutables.

L'hépatite tardive se produit le plus souvent dans la 2e enfance, plus rarement dans l'adolescence, exceptionnellement à un âge plus avancé : le maximum de fréquence est de 10 à 20 ans; les filles semblent plus souvent atteintes que les garçons.

Les lésions que nous considérons sont encore incomplètement étudiées au point de vue anatomique, en raison du petit nombre d'autopsies où on les a rencontrées (une trentaine au plus) : c'est surtout le mode de début des lésions qui reste absolument ignoré : débutent-elles par une phase de congestion préalable, on peut le soupçonner, on n'a pu encore le prouver. Ce qu'on a vu par l'examen à l'œil nu, c'est le plus souvent des foies hypertrophiés d'une manière générale ou partiellement, plus rarement des foies atrophiés : rarement lisses, ils sont plus souvent granuleux, mais surtout bosselés, fissurés, comme le foie ficelé des adultes syphilitiques; ils sont durs. Le plus souvent, ces foies cirrhotiques présentent en même temps des nodules gommeux, soit en plein parenchyme, soit dans l'épaisseur des bandes scléreuses, soit au sein de la capsule épaisse et fibreuse : ces nodules sont jaunâtres, tantôt durs et secs, tantôt ramollis : dans ce dernier cas, ils peuvent s'éliminer, et laisser à leur place des cicatrices stellaires (Dittrich, Lancereaux).

Dans bon nombre de cas (15 sur 30), on a vu prédominer ces lésions gommeuses, avec ou sans cirrhose concomitante : les gommes ont un volume qui varie depuis celui d'une tête d'épingle, d'un pois jusqu'à celui d'une cerise, d'une noix et plus. Elles sont tantôt uniques, tantôt multiples, tantôt dures, tantôt molles; on rencontre souvent à la suite de leur élimination les cicatrices stellaires que nous avons signalées plus haut.

La dégénérescence amyloïde vient souvent compliquer ces diverses altérations : quand elle est très avancée, elle imprime au foie un volume considérable, une surface lisse, une coloration pâle; elle se retrouve alors dans la rate, parfois dans le rein, l'intestin, l'estomac. Il est de règle que la capsule présente des épaississements partiels ou généraux, formés de tractus fibreux qui pénètrent le parenchyme sous-jacent, et peuvent y déterminer une sclérose corticale à la suite d'attaques répétées (périhépatite de Murchison); souvent le péritoine viscéral participe à l'altération (fausses membranes, adhérences du foie avec le diaphragme et les viscères voisins). Les vaisseaux sanguins extra-hépatiques peuvent être englobés au sein de productions gommeuses, et se trouver rétrécis ou même oblitérés par les cicatrices consécutives. Rappelons que la rate est en général hypertrophiée, et que

les reins sont souvent malades (néphrite parenchymateuse, dégénérescence amyloïde).

Nous avons dit déjà que l'on ignorait le mode de début des lésions; dans les cas rares où l'on a pu examiner microscopiquement des altérations relativement jeunes, on a constaté une infiltration de cellules rondes, plus ou moins riche, soit dans les espaces portes, soit dans les lobules eux-mêmes, entre les travées de cellules hépatiques : ces dernières étaient normales. En somme, à ce degré, les lésions ressemblent beaucoup à celles que l'on observe chez le fœtus et le nouveau-né, mais on ne peut affirmer si, dans l'hérédo-syphilose tardive, ce stade est précédé d'un stade primitif, de simple congestion capillaire avec début de diapédèse.

Quand les lésions sont plus avancées, elles revêtent deux types : soit le type diffus (hépatite interstitielle diffuse), soit le type circonscrit (hépatite gommeuse). La cirrhose interstitielle diffère notablement ici de ce qu'elle est chez le fœtus et le nouveau-né : c'est une cirrhose rubanée, formée de tractus fibreux épais, tantôt extra-lobulaires, tantôt intra et extra-lobulaires, dirigés sans ordre, entre-croisés, venant aboutir sous la capsule et se perdre dans son tissu : ils sont formés de faisceaux de fibres denses. De ces tractus partent d'autres plus minces qui sectionnent les lobules. Dans l'intervalle de ces bandes, les lobules déformés, échancrés, montrent des travées atrophiées; les cellules sont tassées, diminuées de volume; mais on ne constate là aucun des nodules infectieux qui manifestaient si nettement chez le nouveau-né de la lutte de la cellule hépatique contre l'envahissement pathologique.

L'hépatite gommeuse se caractérise soit par des gommes miliaires, analogues à celles qu'on voit dans la syphilose précoce, soit par des gommes nodulaires qui coexistent constamment avec de la cirrhose interstitielle, soit enfin par des gommes volumineuses, sur la structure desquelles nous n'avons pas à insister de nouveau : rappelons seulement que les gommes guéries laissent à leur place, soit à la surface du foie (cicatrices stellaires), soit dans l'épaisseur de l'organe (plaques fibreuses) des cicatrices, qui, formées de tissu fibreux, présentent souvent dans leur épaisseur de petits amas caséeux, derniers vestiges des gommes disparues.

Quant à la dégénérescence amyloïde, qui peut exister isolément, mais qui la plupart du temps vient compliquer les lésions précédentes (forme amylo-gommeuse de Barthélemy), elle siège soit au niveau des artères ou des capillaires, soit au niveau des cellules mêmes.

Nous n'insisterons pas sur les caractères histologiques de la capsulite et de la péritonite péri-hépatique : ce sont de simples hyperplasies fibreuses.

En somme, si nous ignorons le mode exact de début des lésions, nous savons qu'elles se manifestent, quand elles sont assez jeunes, par une simple infiltration embryonnaire diffuse, analogue à celle qu'on voit si souvent dans les foies des fœtus syphilitiques; ultérieurement, elle fera place soit à des productions gommeuses, soit à une cirrhose, très différente du type du foie silex, infiniment moins diffuse; cette différence tient sans doute à une virulence moindre de l'infection dans la syphilis tardive; mais elle dépend avant tout de ce fait capital, que le foie est à ce moment, comme il l'est chez l'adulte, pleinement développé, et résiste plus énergiquement que chez le nouveau-né à l'envahissement fibreux; il ne faut donc pas s'étonner qu'il y ait identité entre les lésions de l'hépato-syphilose héréditaire tardive et l'hépato-syphilose acquise tertiaire de l'adulte : la syphilis, héréditaire ou acquise, est la même maladie, elle est une dans son mode d'action, et la diversité des lésions qu'elle détermine dans le foie dépend moins de variations hypothétiques dans le mode d'infection que de la structure et de la résistance différentes de l'organe aux divers âges.

La symptomatologie de l'hépato-syphilose tardive est des plus obscures, d'une part en raison des cas où l'on a vu des symptômes hépatiques nets disparaître rapidement, sans qu'on ait eu de contrôle anatomique, et pour lesquels on a supposé une altération passagère et curable, probablement congestive de la glande; d'autre part, en raison du silence absolu dans lequel évoluent habituellement les lésions gommeuses. Enfin, le tableau clinique, quand il existe, peut être rendu singulièrement confus par la présence de la dégénérescence amyloïde secondaire non seulement du foie, mais de la rate, des reins, ainsi que des néphrites parenchymateuses qui tuent plus souvent le malade que les lésions hépatiques elles-mêmes.

Nous n'avons pas à étudier ici les altérations diverses que l'on peut trouver chez les sujets frappés tardivement par la syphilis héréditaire, dans leur développement (infantilisme, habitus spécial), dans leur système osseux (déformations du crâne, des os du nez et des membres), dans leur système dentaire, dans leur système cutané et muqueux (cicatrices), dans leurs appareils oculaire (kératite) et auditif; Lancereaux, Hutchinson, Parrot, Lannelongue, Fournier ont longuement décrit et caractérisé ces désordres, auxquels viennent se mêler trop souvent des lésions viscérales (testicule, cerveau, méninges) dont le foie subit lui aussi sa part.

Le début de l'hépatite, dans les cas où le tableau clinique se caractérise suffisamment, est insidieux et lent (troubles dyspeptiques, alternatives de constipation et diarrhée); parfois un symptôme plus précis (ictère, ascite) vient au milieu d'une santé relativement bonne attirer l'attention vers le foie; mais en somme des mois peuvent se passer avant que le diagnostic soit possible. On a décrit plusieurs formes cliniques. D'abord une forme congestive, caractérisée par des troubles gastro-intestinaux, du subictère, un peu de sensibilité avec tuméfaction du foie, sans ascite, ni splénomégalie, guérissant rapidement par le traitement spécifique. — La forme gommeuse serait caractérisée par sa latence remarquable; en dehors d'un état cachectique persistant, on ne relève pas de trouble fonctionnel d'ordre hépatique, ni ascite, ni ictère; cependant le foie peut être gros, déformé, et on peut, mais le fait est rare, sentir à sa surface plusieurs bosselures fermes, douloureuses. Cette forme peut encore guérir, moins rapidement toutefois que la précédente. — La cirrhose, pure ou combinée à l'hépatite gommeuse, est la forme la plus fréquente, et la plus nette cliniquement; mais ce n'est qu'après un début lent, insidieux, qui peut durer des mois, que le tableau symptomatique se dessine. Il se caractérise par un état général de cachexie croissante qui n'a rien de pathognomonique, par des troubles fonctionnels gastro-intestinaux, enfin par des signes physiques : d'une part, une ascite qui devient en général considérable, comme celle de la cirrhose de Laennec (tuméfaction abdominale, réseau veineux sous-cutané), qui récidive malgré des ponctions répétées; cette ascite peut cependant guérir, et même manquer toujours; l'ictère est très rare. Le foie est en général hypertrophié, la matité descend inférieurement à plusieurs doigts au-dessous des fausses côtes, parfois jusqu'à l'ombilic et même la crête iliaque (Seiler); il est dur, et on sent cette dureté surtout si on le palpe après une ponction : on peut sentir alors le bord inférieur irrégulier, marronné. La rate est plus ou moins accrue. Lorsque la dégénérescence amyloïde est prédominante, elle peut constituer une nouvelle forme clinique, dans laquelle on

n'observe ni ascite, ni ictère, un foie très gros et lisse, et une rate volumineuse.

La marche de l'hépatite, quelle qu'en soit la forme, est le plus souvent chronique; elle est traversée habituellement par des poussées aiguës douloureuses et fébriles de périhépatite, qui entrent pour une grande part dans la pathogénie de l'ascite. Tantôt elle aboutit à la mort, soit par le fait des lésions en évolution, soit par le fait d'une complication atteignant le foie (dégénérescence amyloïde) ou un autre viscère : rein (dégénérescence amyloïde, néphrite parenchymateuse), poumon (syphilis pulmonaire, tuberculose aiguë), etc. — D'autres fois cependant, l'hépatite guérit et complètement, même dans les formes les plus graves, et cela d'autant mieux que le traitement spécifique aura été appliqué plus tôt et plus énergiquement; mais pour cela il faut faire le diagnostic de l'hépatite, et c'est chose difficile, car il comporte trois problèmes parfois insolubles : établir que le sujet est un syphilitique héréditaire; établir qu'il est atteint de lésions hépatiques; établir que ces lésions relèvent bien de l'hépatite syphilitique; ici, il faut penser, pour les éliminer, aux cirrhoses alcooliques bien rares, au moins en nos climats, dans la deuxième enfance et l'adolescence, aux cirrhoses biliaires qui ne sont point non plus des maladies de cet âge, au sarcome du foie, mais avant tout et surtout à ces hépatites tuberculeuses hypertrophiques et compliquées de dégénérescence graisseuse, récemment étudiées par Hutinel (*Bulletin méd.*, 29 déc. 1889; 12 janv. 1890), et qui simulent à s'y méprendre l'hépatite syphilitique. Dans le doute, on n'hésitera pas à administrer le traitement spécifique vite et énergiquement.

L. Hudelo.

TRAVAUX ORIGINAUX

De l'influence de la fièvre sur les micro-organismes des matières fécales, par M. L. Bard, agrégé, médecin des hôpitaux de Lyon, et M. P. Aubert, pharmacien en chef de l'hospice de l'Antiquaille.

(2e *article.*)

Dans un article précédent (1), nous avons fait connaître l'influence que les températures fébriles exercent sur le développement du bacillus coli communis, influence si puissamment favorisante qu'elle finit par amener le développement exclusif de ce bacille et la disparition des espèces rivales. Les recherches que nous avons poursuivies sur ce point nous permettent aujourd'hui de confirmer ce fait par de nouvelles observations, et d'indiquer avec plus de précision les limites et le degré de cette action de l'hyperthermie.

Nos recherches ont porté sur les matières fécales de 16 fébricitants, dont 6 tuberculoses pulmonaires, 4 fièvres typhoïdes, 3 pneumonies, 1 gangrène pulmonaire, 1 congestion pulmonaire aiguë et 1 fièvre puerpérale. Nous avons examiné, comme termes de comparaison, les selles de quelques sujets bien portants ou atteints d'affections apyrétiques.

I. — Les matières fécales étaient simplement recueillies dans des vases bien propres, immédiatement recouverts d'une lame de verre et portés au laboratoire.

Pour éviter les contaminations par les parois du vase et par l'air, les prélèvements à ensemencer étaient toujours effectués avec les précautions nécessaires dans les parties centrales des matières moulées. Quand il s'agissait de selles diarrhéiques, force était bien de se contenter de plonger une anse de platine dans le liquide; les inconvénients de cette méthode défectueuse étaient d'ailleurs très atténués par l'usage exclusif de l'ensemencement sur plaques ou en tubes enroulés, qui réduisait au minimum l'inconvénient des souillures. D'ailleurs, malgré les craintes qu'elles nous avaient inspirées, les matières diarrhéiques nous ont donné des résultats identiques à ceux des matières moulées, alors surtout que l'ensemencement suivait de très près l'émission des selles.

Nous avons pu nous convaincre par des ensemencements successifs des mêmes matières que le résultat de l'examen n'était pas modifié par quelques heures d'intervalle entre l'émission des selles et leur ensemencement quand celles-ci étaient conservées à une température froide (8° à 12°); par contre il changeait complètement quand une température extérieure plus douce permettait les pullulations ultérieures, et renversait au profit d'autres espèces les conditions de vitalité que la température fébrile avait créées dans le tube digestif. C'est là une cause d'erreur qu'il ne faut pas négliger dans des recherches de cette nature.

Dans toutes nos observations les ensemencements ont toujours été effectués dans les mêmes conditions, dans le bouillon gélatinisé de Lœffler, étalé sur plaques ou étalé en tubes d'Esmarch et mis en culture à l'étuve de 20 à 22°. Nous nous servions au début des cultures sur plaques de Koch, mais nous avons rapidement abandonné ce procédé, l'expérience nous ayant démontré que les selles des fébricitants ne contenaient pas ou très peu de microbes liquéfiants ou n'en contenaient que très rarement en proportion suffisante pour compromettre les cultures en tubes d'Esmarch.

II. — Toutes nos observations nous ont montré que les températures fébriles exerçaient une puissante influence sur la concurrence vitale des diverses espèces de micro-organismes et modifiaient profondément la proportion réciproque de chacune d'elles.

Le premier fait qui nous a frappé dans cette étude a été la rareté, la faible vitalité et souvent la disparition complète des espèces qui liquéfient la gélatine. On sait que ces dernières sont si abondantes et si vivaces dans les selles normales que leur présence constitue une gêne considérable pour l'étude des micro-organismes de ces dernières; la culture sur gélatine en tubes d'Esmarch en est tout à fait impossible et la culture sur plaques de Koch elle-même est souvent compromise par une liquéfaction trop rapide, survenant avant le complet développement des autres espèces. Rien de pareil pour les selles des fébricitants, le développement des microbes liquéfiants trouble à peine les cultures; l'influence de la fièvre sur ces derniers se traduit, suivant les cas, par leur disparition complète (6 fois sur nos 16 malades) ou par leur rareté et par le caractère lent et tardif de leur apparition.

Cette influence est quelquefois des plus rapides; dans un de nos cas (congestion pulmonaire) nous avons constaté l'absence complète de liquéfiants après trois jours seulement de températures fébriles entre 39 et 40° : et encore ce délai n'est-il peut-être même pas nécessaire, car nous n'avons pas eu l'occasion de faire des examens plus rapides.

Par contre, cette action est de courte durée et les liquéfiants reparaissent souvent presque aussi nombreux qu'à l'état normal peu après la défervescence. De plus cette influence n'est pas proportionnelle à la durée de la fièvre; tandis que dans certains cas, trois jours, et peut-être moins encore, suffisent à faire disparaître les liquéfiants; dans d'autres cas nous avons retrouvé des liquéfiants, peu nombreux il est vrai et à développement tardif, chez des

(1) *Gazette hebdomadaire*, janvier 1891, p. 52.

malades qui présentaient des températures fébriles assez élevées depuis plusieurs semaines.

La rapidité, le peu de durée de cette action et son apparence variable donnent tout lieu de croire que les espèces liquéfiantes sont surtout, sinon exclusivement, apportées par les aliments et que leur absence chez les fébricitants est le fait de la stérilisation que les températures fébriles exercent sur les matières alimentaires; on ne saurait toutefois chercher la cause de ces différences dans le régime des malades, car nous avons constaté la même absence de liquéfiants chez des typhiques, à la diète rigoureuse d'éléments solides, que chez des tuberculeux qu'on poussait à la suralimentation (sans toutefois avoir recours au gavage); la température est donc certainement seule en cause, ou constitue tout au moins le facteur largement prédominant.

On peut supposer que l'absence des micro-organismes capables de liquéfier la gélatine et par conséquent peptonisants, joue un certain rôle dans les troubles digestifs des fébricitants, alors surtout que Vignal a montré que ces microbes intestinaux avaient *in vitro* une action assez puissante sur les matières alimentaires. C'est là une question qui se pose à la suite de nos recherches, mais dont la solution complète restait en dehors de notre cadre.

III. — La rareté des espèces liquéfiantes est une condition des plus favorables pour examiner l'influence que la fièvre exerce également sur les espèces non liquéfiantes des selles de l'état normal; ces dernières sont moins nombreuses et surtout moins variées que les premières. Chez nos fébricitants nous n'avons retrouvé en abondance notable que deux microbes ne liquéfiant pas la gélatine, soit qu'ils existassent absolument seuls, soit qu'ils fussent assez extrêmement prédominants pour masquer ou arrêter le développement de tous autres. Ces deux microbes sont deux bacilles, l'un est le *bacillus coli communis*, dont les caractères sont assez connus pour qu'il n'y ait pas besoin de les rappeler ici; l'autre est un bacille, que, par abréviation, nous appellerons α et qui nous paraît correspondre au bacille *h* de Vignal trouvé par lui dans la bouche, mais qui aurait été décrit par Biensrok dans les matières fécales... Toutefois nous ne serons pas très affirmatifs sur cette question d'identité, parce que les caractères différentiels des bacilles de selles non liquéfiants, autres que le coli, sont loin d'avoir été exactement précisés par les auteurs qui se sont occupés des selles normales, et qui ont surtout porté leur attention sur le coli ou sur les microbes liquéfiants.

Quoi qu'il en soit, le bacille α forme sur la gélatine des colonies blanches porcelainées, circulaires, à bords découpés, épaisses, en boutons hémisphériques lorsqu'elles sont jeunes et s'aplatissant à leur complet développement; leur diamètre moyen à ce dernier état est de 2 à 3 millimètres, mais elles peuvent s'étaler beaucoup plus lorsqu'elles se trouvent isolées et sur une couche de gélatine assez épaisse. Leur aspect est alors celui d'une couche crémeuse, épaisse, dont les contours deviennent un peu irréguliers. A la loupe ou au microscope à un faible grossissement, l'aspect est opaque, un peu brun, nettement granuleux, à centre plus sombre. Les colonies sont formées par des bacilles immobiles, courts, trapus, parmi lesquels on voit quelques formes longues; ils se colorent avec facilité par les réactifs et ne se décolorent pas par la méthode de Gramm.

Sur gélose fuchsinée la culture forme des bandes crémeuses très coloriées, à bords peu découpés; ces bandes présentent des stries transversales à coloration plus vive. La décoloration de la gelose est complète au bout de 4 jours.

Nous avons trouvé le bacillus coli communis chez tous nos malades et dans tous les cas; on sait qu'il existe constamment à l'état normal dans les selles, il en est de même chez les fébricitants et chez ces derniers il est toujours beaucoup plus abondant qu'à l'état normal. Dans quelques cas on le rencontre à l'état de culture tout à fait pure, dans d'autres à l'état de prédominance telle que la culture est presque pure; dans d'autres cas encore on rencontre parallèlement le coli et l'α dans des proportions variables, souvent à l'état d'égalité, souvent à l'état de prédominance marquée de l'α; jamais nous n'avons rencontré ce dernier à l'état de pureté même relative, et la proportion des bacilles coli atteignait environ le 1/4 du nombre des bacilles α, dans les cas où ceux-ci étaient le plus abondants.

Les variations de la proportion relative du coli et du bacille α sont en rapport avec la température et obéissent à une loi constante, comme le fait ressort nettement de la comparaison des divers cas observés.

Abstraction faite des cas de fièvre typhoïde, qui feront l'objet d'une description spéciale, nos observations se divisent à ce point de vue en deux groupes principaux, susceptibles eux-mêmes d'être subdivisés. Le premier groupe comprend les cas dans lesquels le bacillus coli se trouve à l'état de culture pure ou de prédominance extrême; le second groupe comprend ceux où existent concurremment les deux bacilles, soit à l'état d'égalité, soit à l'état de prédominance notable de l'un ou de l'autre.

Sur nos 12 malades, 5 se rangent dans le premier groupe et 7 dans le second. Dans le premier groupe, 2 cas présentaient le bacille coli à l'état de culture pure, 3 à l'état de prédominance notable; dans deux cas du second groupe il y avait égalité entre le coli et le bacille α; dans les 4 autres, ce dernier était prédominant. Or il se trouve que l'ordre décroissant, par rapport à l'abondance du bacille coli, dans lequel se rangent ainsi les cas observés, est précisément parallèle aux conditions d'intensité, de continuité et de durée, des températures fébriles, comme le fait ressortira du court résumé suivant des observations :

Obs. 1. — R... Antoine, St-Jean 18 (service de M. Weill) : entré le 9 décembre 1890, mort le 26 janvier 1891. Cultures des selles le 30 décembre et le 9 janvier; coli pur les deux fois. Pneumonie tuberculeuse de la base gauche. Température en plateau entre 39° et 40°2, depuis l'entrée, soit au minimum depuis 21 jours au moment du premier prélèvement.

Obs. 2. — S... Etienne, St-Pierre 22 (obs. 1550 de la collection de M. Bard), entré le 5 janvier, mort le 8 février 1891. Coli pur le 8 février, le matin de la mort. Gangrène pulmonaire de la base gauche. Température en plateau de 38° 5 à 39 jusqu'au 20 janvier, de 39° à 39° 5 jusqu'au 27, de 39° 5 à 42° 2 jusqu'à la mort.

Obs. 3. — B... St-Just 12 (obs. de la collection de M. Bard), entré le 2 janvier 1891, mort le 27 janvier 1891, coli très prédominant le 15 janvier. Tuberculose pulmonaire à marche rapide. Température oscillant entre 39°2 et 40°4 depuis l'entrée (soit en moins de 14 jours); l'état de l'entrée paraissait remonter à une dizaine de jours.

Obs. 4. — B... St-Pierre 10 (obs. n° 1513); entré le 26 janvier, mort le 30 janvier; coli très prédominant le 30. Tuberculose pulmonaire à marche rapide, la température s'est maintenue dans le service entre 40° et 40°6. Le début avait eu lieu un mois et demi et l'alitement 15 jours avant l'entrée; l'hyperthermie datait certainement au moins de cette dernière date.

Obs. 5. — F... Ste-Marie 15 (obs. n° 1587), entrée le 16 février 1891, morte le 24 mars 1891; coli très prédominant le 11 mars. Tuberculose pulmonaire. Du 14 au 22 février, température à grandes oscillations irrégulières oscillant de 38° à 39° 5; du 23 au 4 mars les grandes oscillations persistent, mais la température atteint le soir 40°,4 environ et descend rarement au-dessous de 38° 5 le matin; du 4 au 11 mars la température

s'élève encore et est plus soutenue; elle atteint 41° le soir et ne descend que deux fois le matin au-dessous de 39° 5.

Obs. 6. — R... St.-Pierre 27 (obs. 1585), entré le 2 février 1891, mort le 29 mars 1891. Coli prédominant le 10 février. Pneumonie lobaire droite prolongée; l'affection avait débuté une dizaine de jours avant l'entrée mais sans alitement; depuis l'entrée température 39° et 40° 2; défervescence relative à 38°7 le 9, la veille du jour du prélèvement.

Obs. 7. — B... St-Pierre 12 (obs. n° 1428), entré le 12 janvier 1891; rétrécissement et insuffisance aortique anciens. Pneumonie intercurrente, débute brusquement le 22 mars, température entre 40° et 40°8 pendant 6 jours; le 28 défervescence incomplète à 39°2; le 29 et 30, 38°5, température normale le 31. Le 26 on constate que le coli et l'α sont en nombre à peu près égal; le 31 le coli est prédominant, le 2 avril les liquéfiants ont reparu en trop grand nombre pour qu'on puisse apprécier nettement les rapports des non-liquéfiants, le coli paraît cependant avoir notablement diminué.

Obs. 8. — L... Ste-Marie 15 (obs. n° 1594); entrée le 25 mars 1891, morte le 31; le 27 le coli et l'α sont à égalité. Pneumonie lobaire ayant débuté le 22. Température en plateau à 40° et 40°2.

Obs 9. — C... Ste-Marie 17 (obs. n° 1590); entrée le 16 janvier 1891, sortie le 27 mars, bacille α prédominant le 24 février. Tuberculose pulmonaire; température un peu irrégulière à oscillations entre 38° le matin et de 39°5 à 40°2 le soir.

Obs. 10. — T... St-Just (obs. 1382); entré le 26 janvier 1891, mort le 9 mars, bacille α prédominant le 28 février. Tuberculose pulmonaire; température à oscillations régulières, au voisinage et au-dessous de 38° le matin, de 40° le soir.

Obs. 11. — B... Ste-Marie 3 (obs. 1532); entrée le 9 janvier 1891, sortie le 25 février. Entrée pour un rhumatisme articulaire aigu, température fébrile peu élevée de courte durée; avortement spontané au 3e mois dans le service; accidents septiques ayant nécessité un curettage de l'utérus, élévation brusque à 38°3 le 19 janvier, à 40°4 le 20 et 41°8 le 22: dès le lendemain défervescence graduelle; retour à 38° le 27; pendant 7 jours d'hyperthermie, la température avait été d'ailleurs très irrégulière, constituée par des accès fébriles avec frissons. Le 28 bacille α prédominant.

Obs. 12. — M... Ste-Marie 4 (obs. n° 1588), entrée le 1er mars 1891, sortie le 25. Erysipèle de la face à l'entrée avec 39°8; défervescence dès le lendemain. Du 3 au 8 apyrexie; le 8 élévation brusque à 40° avec frisson; on constate une congestion pulmonaire avec souffle (pseudo-pneumonique); du 8 au 11, température entre 39° et 40°; le 11, grande oscillation, le 12, défervescence complète. Le 11 on constate que le bacille α est très prédominant, le coli, plus abondant que dans les selles normales, atteint à peine en nombre le 1/4 de l'α.

Il résulte tout d'abord des observations qui précèdent que la nature de la maladie causale n'a pas paru exercer d'influence appréciable sur les deux bacilles non liquifiants des selles, tandis que leur proportion s'est montrée fonction de la forme et de la durée de la courbe thermique.

Les faits de notre premier groupe, où le coli s'est trouvé à l'état de pureté ou de prédominance extrême, concernent tous des malades dont la température se maintenait matin et soir au-dessus de 38° et souvent au voisinage de 40° depuis un long temps.

Les faits du deuxième groupe se divisent au point de vue de l'hyperthermie en deux catégories distinctes: dans l'une il s'agit encore de températures fébriles, soutenues entre 39 et 40°, mais limitées à quelques jours de durée; dans l'autre il s'agit de températures fébriles prolongées, dont les maxima sont souvent très élevés, mais dans lesquelles la courbe soutenue du premier groupe est remplacée par une courbe à grandes oscillations par la présence d'une chute au voisinage de 38° le matin.

Au point de vue des résultats obtenus, les faits de ce groupe se subdivisent en trois séries : dans la première, le bacillus coli est déjà prédominant, sans être encore voisin de l'état de pureté; dans la seconde, le coli et l'α sont arrivés à égalité; dans la 3e, c'est l'α qui est resté prédominant. Or il résulte de l'examen des tracés thermiques que ces deux premières séries sont constituées par trois faits de température soutenue au voisinage de 40°, d'une durée de quelques jours, durée plus grande pour le fait de la première série que pour les deux faits de la seconde; cette durée s'est abaissée à 4 jours seulement dans un de ces cas dont la durée a pu être exactement précisée, parce qu'il s'agissait d'une pneumonie franche contractée dans le service et annoncée par un grand frisson.

La troisième série contient deux faits de température soutenue, de durée encore plus courte que celle des précédents, et deux faits de températures hyperthermiques très prolongées, mais à chute matinale au voisinage de 38°. Il importe de remarquer que, quelque prolongées qu'aient été ces hyperthermies et quelque élevées qu'aient été les ascensions du soir, jamais nous n'avons vu ce type thermique atteindre à l'action des températures soutenues; jamais il n'est arrivé à la formule coli = α, tandis que nous avons vu la prédominance du coli s'affirmer déjà après quelques jours seulement de plateau thermique.

On voit par ce qui précède que la température fébrile exerce une action puissamment favorisante sur le développement du bacillus coli, assez rapidement empêchante sur celui des espèces rivales. Dans une première phase l'α prédomine; un peu plus tard les deux bacilles sont de nombre égal, puis le coli l'emporte peu à peu jusqu'à rester seul, si l'action est suffisamment prolongée.

Ces diverses phases peuvent se succéder et s'achever en quelques jours, si la température est suffisamment élevée et suffisamment constante; la rapidité de leur succession est parallèle à l'élévation du chiffre de la température moyenne, elle est beaucoup moins influencée par la hauteur des maxima que par la continuité de la courbe; l'existence d'apyrexie matinale suffit à enrayer assez le développement du coli pour le maintenir au second plan.

Cette action de la température sur les bacilles non liquéfiants est plus lente et plus proportionnelle à sa cause que l'action sur les liquéfiants signalée plus haut. Par contre elle est plus durable, et lorsque l'apyrexie survient, le retour des espèces rivales du coli se fait avec lenteur et exige plusieurs jours; toutefois il commence à se produire aussitôt que la fièvre s'abaisse et parallèlement à son abaissement.

IV. — Nous avons pu constater par l'étude de 4 cas de fièvre typhoïde que les choses se passaient dans cette affection d'une façon absolument comparable. Dans trois de ces cas nous avons trouvé le coli à l'état de culture pure, comme le fait était arrivé à Rodet et Roux; dans le quatrième nous l'avons trouvé simplement un peu prédominant; et précisément ce dernier cas se rapportait à une fièvre légère, arrivée au huitième jour et dont la défervescence a été presque immédiate. Les trois autres présentaient une intensité au-dessus de la moyenne, ils étaient arrivés à l'hôpital du quinzième au vingt et unième jour, avec une température soutenue au voisinage de 40°; dans l'un de ces cas nous avons retrouvé le coli à l'état de pureté au septième jour d'une rechute hyperpyrétique, maintenant la température entre 40 et 40°8, et au quinzième jour de laquelle le malade a succombé à une hémorrhagie intestinale.

Dans deux de ces trois cas nous avons fait un nouvel examen quelques jours après l'entrée, alors que le traitement par les bains froids, institué dès l'entrée, avait abaissé régulièrement la température moyenne, en même temps qu'il provoquait après chaque bain, c'est-à-dire huit fois par jour, un minimum plus accusé. Dans un cas où la température oscillait à l'entrée entre 40°5 et 41°, et ne marquait plus après trois jours de bains que 39°3 et 40° avant les bains et 38°6 environ après, nous avons constaté le retour marqué du bacille α, avec une prédo-

minance encore très considérable du coli. Dans l'autre cas, la température était à l'entrée à 40°5; après 7 jours de bains, elle était descendue progressivement à 38°3 et 39°5 avant les bains, 37°7 et 38°5 environ après; à ce moment nous avons constaté la formule coli $= \alpha$. Cette influence de la défervescence artificielle des bains se montre, comme on le voit, absolument parallèle à l'influence des défervescences spontanées et tout à fait comparable à l'influence en sens inverse de la période d'ascension; il est dès lors certain qu'elle ne peut être attribuée qu'à l'action directe et unique de la température elle-même.

Les auteurs qui admettraient, avec Rodet et Roux, le rôle pathogène du coli dans la fièvre typhoïde pourraient être tentés de voir dans cette action graduellement empêchante que les bains exercent sur le développement de ce bacille une preuve nouvelle de leur efficacité thérapeutique; bien que nous soyons des partisans très convaincus et très déterminés du traitement de Brand, on comprendra après ce qui précède que nous ne nous arrêtions pas à cette manière de voir.

V. — Nous nous étions proposé d'étudier parallèlement les modifications biologiques que le coli pouvait réaliser sous l'influence des températures fébriles, mais les résultats de nos observations sur ce point ne sont pas encore assez avancés et assez précis pour que nous les présentions dans ce mémoire. Nous pouvons dire cependant que, d'une manière générale, les modifications ne nous ont pas paru très considérables; que le bacillus coli s'est montré toujours semblable à lui-même dans nos diverses observations et qu'une seule fois, précisément il est vrai dans un des cas de fièvre typhoïde, il s'est écarté par quelques caractères de son type habituel.

VI. — Les résultats des observations qui précèdent peuvent se résumer en quelques propositions: 1° la fièvre exerce sur les micro-organismes des matières fécales une influence accusée, qui est indépendante de la nature des maladies causales; 2° chez les fébricitants les microbes qui liquéfient la gélatine diminuent considérablement de nombre, ils se développent tardivement dans les cultures et souvent disparaissent complètement. Cette action est très rapide, par contre elle est de courte durée, les microbes liquéfiants reparaissent rapidement après la défervescence. Leur diminution de nombre est seule constante, leur disparition complète est fréquente, mais elle n'est pas en rapport constant avec le degré ou la durée de l'hyperthermie.

3° Les espèces qui ne liquéfient pas la gélatine présentent des modifications plus lentes, proportionnelles au degré et à la durée de la fièvre. Dès le début le bacillus coli augmente de nombre, mais le bacille α est d'abord prédominant; un peu plus tard le coli arrive à égalité, puis il prédomine, enfin il arrive à rester seul.

4° Les températures en plateau au voisinage de 40°, de peu de jours de durée, telles que celles de la plupart des cas de pneumonie, ne dépassent pas le stade de coli $= \alpha$. Les plateaux prolongés à température soutenue arrivent seuls au coli pur; une dizaine de jours paraissent nécessaires pour obtenir cet effet; l'action de la température est d'autant plus rapide que le chiffre thermique est plus élevé et plus soutenu.

5° Les hyperthermies prolongées à chute matinale au voisinage de 38° n'arrivent jamais, quelle que soit leur durée, au stade du coli pur; elles atteignent même rarement le stade du coli $= \alpha$ et s'arrêtent généralement à la prédominance du bacille α. On comprend d'ailleurs que, de même qu'il existe tous les intermédiaires entre les hyperthermies en plateau et les hyperthermies à oscillations extrêmes, on peut rencontrer tous les intermédiaires entre le coli pur et l'α prédominant.

6° La fièvre typhoïde agit sur les micro-organismes normaux des matières fécales de la même manière que les autres états fébriles.

7° L'action favorisante de la température sur le coli est lente et graduelle, de même elle est durable et la rétrocession du bacille se fait avec la même progression que son développement; la rétrocession commence à se produire dès que la température commence à s'abaisser, et alors même qu'il s'agit d'abaissements artificiels comme ceux que donne le traitement systématique par les bains froids dans la fièvre typhoïde.

Nous avons entrepris des recherches similaires sur le mode d'action de la température sur les micro-organismes normaux des autres cavités naturelles; nous en ferons connaître les résultats par la suite.

CORRESPONDANCE

Bilharziose en Tunisie.

Monsieur le Rédacteur en chef de la *Gazette hebdomadaire*,

Je ne voudrais pas fatiguer l'attention des lecteurs de la *Gazette hebdomadaire*, en prolongeant outre mesure la discussion au sujet de la découverte de la Bilharziose en Tunisie. Permettez-moi seulement quelques remarques, pour clore cette controverse, toute courtoise:

1° Je n'ai jamais reproché à mon distingué confrère M. Broult de ne pas avoir eu connaissance de la note que j'ai publiée le 30 juin dans le *Marseille médical*. Je comprends très bien qu'elle lui ait échappé. J'ai voulu simplement dans ma lettre, insérée le 15 août dans la *Gazette*, maintenir mes droits de priorité, que je crois certains. Le cas dont il s'agit a été, en effet, observé en mai, communiqué le 2 juin à la Société médico-chirurgicale des hôpitaux de Marseille — ce dont font foi ses procès-verbaux, — et enfin publié le 30 juin.

2° Quant aux doutes élevés par MM. R. Blanchard et Broult au sujet de la réalité de la présence de la Bilharzia dans le cas que j'ai publié, je me réserve de donner toutes les justifications désirables au prochain Congrès pour l'avancement des sciences, à Marseille. Laissez-moi dire seulement ici, que, de l'avis de MM. Machon-Bey et Sonsino, dont on ne peut nier la compétence spéciale, il ne saurait y avoir doute sur ce point.

Veuillez agréer, Monsieur le Rédacteur en chef, l'assurance de ma parfaite considération.

Dr Villeneuve,
Professeur de clinique chirurgicale
à l'Ecole de Marseille.

24 août 1891.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Traumatisme avec perforation du crâne, par M. Petrucci (*Bulletin de la Société médicale d'Angers*, 1er sem. 1891, p. 20). — Un mélancolique se porte un coup de marteau, et se perfore le crâne; la plaie suppure, et malgré une intervention tardive il succombe, ayant présenté progressivement, au fur et à mesure de l'extension de la suppuration de l'hémiplégie, des crises convulsives avec tremblement du côté gauche et abaissement de la paupière droite. A l'autopsie on trouve une inondation purulente dans les ventricules, un foyer purulent, avec trajet fistuleux, occupant l'avant-coin, le lobule paracentral, le sommet de la deuxième pariétale

La choréomanie épidémique au XIXe siècle, par Atgier (*Bulletin de la Soc. de médecine d'Angers*, 1er sem. 1891, p. 12). — Nous ne croyions pas qu'il existât encore des exemples de la grande chorée épidémique (hystérique) du

moyen âge. L'auteur vient cependant d'observer un fait de ce genre. Dans une école de Saint-Malo-des-Trois-Fontaines, treize fillettes sont atteintes depuis trois ans « de la danse de Saint-Guy ». Elles sautent toutes à qui mieux mieux des deux pieds à la fois, agitant leurs bras et leurs épaules, choquant les mâchoires. L'accès, qui se terminait par des hallucinations, put être enrayé par des manœuvres simples équivalentes à des suggestions.

Note sur la valeur diagnostique de la paralysie centrale de la 6e paire, par Mabboux, (*Lyon médical*, 14 juin 1891, p. 213). — Homme de 64 ans, diabétique, est pris, à la suite de vertiges, d'une paralysie conjuguée de la sixième paire droite, qui s'améliore au bout de quelques jours, en même temps que d'un anthrax auquel il succombe. Pas d'autopsie. L'auteur pense que cette paralysie pourra avoir une certaine valeur séméiologique par rapport au diabète, dont elle serait susceptible de constituer un signe.

Sommeil hystérique (Ueber hysterischen Schlaf), par Steiner, (*Deutsche medicinische Wochenschrift*, 2 juillet 1891, n° 27, p. 848). — Deux observations; la première concerne une jeune femme de 21 ans, la seconde une femme de 41 ans, dont les stigmates hystériques et les attaques de sommeil furent tout à fait conformes aux descriptions de Charcot. L'auteur pense, comme notre maître, qu'il s'agit là *d'équivalents* d'attaques hystériques convulsives.

Maladie de Gilles de la Tourette (Ein Fall von Gilles de la Tourette'scher Krankheit), par Stembo, (*Berliner klinische Wochenschrift*, 15 juillet 1891, n° 28, p. 697). — Le malade âgé de 37 ans, de confession mosaïque, est peu taré héréditairement, sa mère étant morte de cancer, et son père bien portant, à part la surdité d'une oreille. Il présente des secousses de la face qui s'accompagnent de bruits laryngés, tout à fait conformes à la description des tics. Il existe aussi des secousses dans les membres. L'excitabilité électrique des muscles et des nerfs est exagérée, l'excitabilité mécanique des muscles est de même augmentée. On constate enfin de l'écholalie et de la coprolalie.

Purpura hémorrhagique et hémiplégie droite sans paralysie faciale, par Collinet, (*Revue des maladies de l'enfance*, juillet 1891, p. 315). — Enfant de 8 ans pris il y a deux jours d'éruption purpurique généralisée, avec saignement des gencives et épistaxis. En même temps il est pris de mouvements rhythmiques, auxquels succède une hémiplégie complète à droite sans participation de la face, et sans troubles de la sensibilité. Pendant le séjour à l'hôpital, on a observé une série de crises de mouvements rhythmiques de la tête oscillant latéralement, de l'épaule et du bras droit, se soulevant rhythmiquement, et du membre inférieur du même côté se fléchissant de même : les crises duraient 10 minutes, et se sont reproduites 4 fois dans la journée. Guérison de l'hémiplégie au bout de cinq semaines. L'auteur pense qu'il s'est agi d'un foyer hémorrhagique ayant comprimé le cerveau au niveau des centres moteurs. Nous devons faire observer que, selon cette hypothèse, ce seraient des crises épileptiformes et non des mouvements rhythmiques, qui se seraient produites.

L'anatomie du système nerveux central (Ueber einige neuere Forschungen im Gebiete der Anatomie des Centralnervensystems), par Waldeyer, (*Berliner klinische Wochenschrift*, 13 juillet 1891, n° 28, p. 691). — L'auteur rapporte en les résumant le résultat des récents travaux histologiques, sur les cylindres axes, les cellules nerveuses et la névroglie, entrepris par Golgi, Ramon y Cajal, Kœlliker et v. Lenhossek.

MÉDECINE

Fausse albuminurie des ictériques (Di una causa di errore nella ricerca dell' albumina in urine itteriche), par Grocco, (*La Riforma medica*, 21 juillet 1891, p. 157). — Le précipité obtenu dans certaines urines ictériques par les réactifs de l'albumine (chaleur et acide nitrique ou acétique, réactif de Tanret, acide picrique, acide acétique et ferrocyanure de potassium) est constitué par des pigments biliaires et principalement de la biliverdine; il peut exister dans des urines peu ictériques et manquer dans des urines très colorées; il s'observe surtout dans les états graves. Le précipité se forme même à froid ou à doses insuffisantes pour précipiter l'albumine, sous l'influence des acides organiques, il se dissout dans l'alcool et ne donne pas la réaction du biuret. On le distingue du précipité d'albumine en traitant l'urine par 1/30 ou 1/50 d'acide acétique concentré, filtrant et traitant ensuite par les réactifs ordinaires de l'albumine après s'être assuré que l'addition d'une nouvelle quantité d'acide acétique ne produit pas de précipité.

Calomel dans les affections des voies biliaires (Anwendung des Calomel bei Erkrankungen der Gallenwege), par Sacharjin, (*Berl. klin. Woch.*, juin 1891, n° 25, p. 604). — L'auteur a dès longtemps insisté sur l'utilité du calomel à doses fractionnées dans les affections du foie, surtout dans les cas chroniques qui s'accompagnent assez souvent d'un trouble profond des fonctions intestinales. Il rapporte plusieurs observations nouvelles où l'administration du calomel lui a fourni d'heureux résultats : lithiase biliaire, cirrhose hypertrophique, ictère catarrhal. Le calomel est donné à la dose de 1 grain toutes les heures : ordinairement après quelques heures se produisent des évacuations verdâtres qui s'accompagnent d'un grand soulagement, les douleurs s'amendent, les fonctions digestives s'améliorent. On cesse alors le médicament, qui peut être repris le lendemain sous la même forme. Cette médication alterne avec l'usage des alcalins; on y revient de temps en temps, avec le retour des phénomènes douloureux et dyspeptiques.

Paralysie de la glotte et ictère (Stimmbandlæhmung und Icterus), par F. Kapper (*Wien. med. Presse*, juillet 1891, n° 27, p. 1056). — La concomitance de l'aphonie et de la jaunisse est une singularité qui n'avait guère été observée avant les faits rapportés récemment par Gerhardt. Cet observateur en a mentionné deux cas, et sans fournir à cet égard d'explication précise, il tend à classer ces faits comme un syndrome infectieux particulier à rapprocher peut-être de la maladie de Weil.

L'auteur rapporte deux observations analogues dans lesquelles l'aphonie avec signes de paralysie des cordes vocales, et l'ictère constituaient les deux faits dominants. La guérison eut lieu régulièrement et rapidement. Ces cas restent obscurs dans leur pathogénie et il faut attendre de nouveaux documents bien étudiés pour se faire une opinion sur leur mécanisme.

Résorption de graisse par la vésicule biliaire (Zur Resorption von der Gallenblase aus), par J. Rosenberg, (*Virchow's Archiv*, 1891, t. CXXIV, p. 176). — L'auteur qui soutenait que la vésicule biliaire ne résorbait pas la graisse, se rend à l'opinion contraire de Virchow après avoir examiné les préparations microscopiques envoyées par le prof. Heidenhain au prof. Zunz. Sur ces préparations on pouvait suivre la pénétration des gouttelettes graisseuses dans l'épithélium de la vésicule biliaire.

Mais cette résorption est minime. Chez une chienne tuée après un jeûne de 96 heures, on trouvait des gouttelettes de graisse à la surface seulement de l'épithélium de la vésicule biliaire, et pourtant l'épithélium de la muqueuse intestinale n'en contenait pas de traces.

Calculs biliaires dans l'estomac (Gallensteine im Magen), par Grundzach, (*Wien. med. Presse*, juillet 1891, n° 28, p. 1090). — Chez un sujet porteur d'une grande dilatation de l'estomac avec péristaltisme intact et par conséquent avec présomption d'un rétrécissement du pylore, l'auteur en faisant le lavage gastrique retira avec la sonde plusieurs petits graviers. L'analyse chimique et microscopique y démontra de la cholestérine, des acides gras et du pigment biliaire. La malade avait eu autrefois des coliques hépatiques. Il était assez difficile d'expliquer par quel mécanisme ces graviers étaient parvenus dans l'estomac. L'existence des signes d'un rétrécissement du pylore ne permet guère de penser à une migration par les voies naturelles, avec déversement ultérieur dans l'estomac : si ce mode d'élimination est connu dans l'histoire de la lithiase biliaire, il est formellement exclu par la sténose pylorique. L'auteur pense que les graviers ont été déversés dans l'estomac par une ou plusieurs fistules accidentelles, et que celles-ci, subissant ultérieurement un retrait, une induration, ont pu engendrer la coarctation gastro-duodénale qui dominait toute l'expression clinique.

Chlorhydrate d'orexine (Notes on hydrochlorate of orexine), par J. Gordon, (*The Lancet*, 11 juillet 1891, p. 68). — Le chorhydrate d'orexine, administré aux enfants dans l'anorexie qui accompagne la tuberculose, est un bon stimulant; après son emploi, la langue se nettoie et la constipation diminue. On le donne aux enfants à la dose de 8 à 15 milligrammes, dans un peu d'eau; les malades l'absorbent assez facilement sous cette forme.

Tachycardie paroxystique dans les troubles viscéraux (Paroxysmal heart hurry associated with visceral disorders), par Symons Eccles, (*The Lancet*, 18 juillet 1891, p. 118). — L'auteur rapporte plusieurs cas de tachycardie survenant par accès de quelques minutes de durée (170 à 200 pulsations) chez des femmes atteintes de rein flottant et de lésions utérines : il attribue la tachycardie à l'influence exercée par ces lésions sur le grand sympathique abdominal

Sclérose de l'artère pulmonaire (Sklerose der Lungenarterie), par Romberg, (*Deut. Arch. für kl. Med.*, t. XLVIII, Hft 1 et 2, p. 197, mai 1891). — Cette lésion est presque toujours une trouvaille d'autopsie, dans les affections mitrales, la tuberculose, ou quelques faits de broncho-pneumonies chroniques. Le cas observé par l'auteur se rapporte à un jardinier de 24 ans, chez qui l'existence d'une dyspnée avec cyanose, sans œdème, et la constatation de bruits pathologiques cardiaques d'interprétation difficile avaient fait penser à un vice congénital de conformation du cœur. A l'autopsie, on trouvait une hypertrophie du cœur droit sans lésion valvulaire, une sclérose étendue à presque tout le territoire de l'artère pulmonaire, des adhérences pleurales récentes, et quelques lésions congestives des viscères. L'étiologie de ce fait reste absolument inexpliquée : en tout cas, il ne peut être question d'une anomalie congénitale. L'intégrité du cœur gauche rend compte de l'absence des œdèmes et du complexus de l'insuffisance cardiaque totale. Quant à la cyanose, qui était ici indépendante de tout mélange des deux sangs artériel et veineux, elle tient sans doute au rétrécissement du champ de distribution des artérioles pulmonaires, et à la moindre durée du conflit entre le sang veineux et l'air alvéolaire, d'où naît le travail de l'hématose.

CHIRURGIE

Torsion du cordon spermatique (Ein Fall von Torsion der Samenstranges mit Erhaltung des zuruckgedrehten Hodens), par E. von Meyer, (*Deutsch. med. Wochenschr.*, 1891, n° 25, p. 800). — Un garçon de 18 ans est pris, en éternuant, de douleurs violentes dans le testicule droit, suivies de collapsus avec vomissements, pâleur de visage, pouls précipité, etc. Le médecin appelé auprès du malade trouve le testicule dur et douloureux, fixé à l'anneau inguinal externe. Les douleurs se calmèrent vers le soir, mais reprirent encore plus fortes le lendemain; en même temps la région inguinale devint tuméfiée, tendue, le scrotum rouge et douloureux.

C'est dans cet état que le malade fut apporté à l'hôpital. On fit une incision comme dans la hernie étranglée et on mit à nu la vaginale qui fut trouvée remplie de sang et de caillots. Le testicule tuméfié et infiltré de sang présentait une rainure du côté de la queue de l'épididyme. En examinant attentivement les parties, on trouva que la rainure était produite par la torsion du testicule sur son axe, autour du repli de la vaginale et la queue de l'épididyme. On retordit le testicule et, après le lavage de la vaginale, on sutura la plaie. Tamponnement avec de la gaze iodoformée; drainage, guérison en 15 jours.

Lorsqu'on revit le malade au bout de 6 mois, on trouva le testicule droit induré et fixé au niveau de la racine du pénis. Mais le testicule gauche, qu'on trouva au moment de l'accident légèrement atrophié, était devenu plus gros qu'un testicule normal.

Ictère consécutivement à un pansement phéniqué (Icterus bei Carbolverband), par R. Landau, (*Deut. med. Wochenschr.*, 1891, n° 23, p. 753). — Huit jours après l'application d'un pansement phéniqué sur une plaie contuse du pouce chez un garçon de 16 ans, Landau a vu survenir un eczéma bulleux du pouce et un ictère généralisé avec légère coloration des selles.

L'auteur ne croit pas à une simple coïncidence et attribue l'ictère à l'action de l'acide phénique sur les hématies.

Résection de l'intestin pour hernie inguinale étranglée (Ein Fall von Darmresection wegen eingeklemmten gangrænœsen Leistenbruches), par Lukowicz, (*Arch. f. klin. Chir.*, 1891, t. XLII, p. 491). — Femme de 54 ans apportée avec tous les signes d'une hernie inguinale avec gangrène de l'intestin et inflammation phlegmoneuse des parties molles, 8 jours après le début des accidents.

Herniotomie. — A l'ouverture du sac il s'écoule un liquide fétide et on tombe sur une anse intestinale noire qui se déchire sous le doigt. Au lieu de faire un anus contre nature, on agrandit l'incision, on attire l'intestin au dehors; on en résèque 5 pouces 1/2 et on suture (suture de Lembert) les deux bouts. Désinfection du champ opératoire, réduction de l'intestin, suture de l'anneau; tamponnement de la plaie externe avec de la gaze iodoformée. Suites opératoires simples. Guérison au bout de peu de temps.

Hystéropexie et grossesse (Ueber Schwangerschaft nach konservativer Ventrofixatio uteri reflexi), par M. Saenger, (*Centralbl. f. Gynækol.*, 1891, n° 16, p. 305). — Sænger rapporte deux cas d'hystéropexie conservatrice suivie de grossesse. Chez la première opérée la grossesse évolua normalement et la femme accoucha à terme d'un enfant vivant. Chez la seconde il y eut deux grossesses : une se termina par l'expulsion à six mois d'un fœtus macéré, l'autre par la naissance d'un enfant mort, venu à terme.

Léopold (*ibid.*, p. 317) rapporte un cas analogue. Mais la grossesse, survenue 6 mois après l'opération, fut menée à terme.

Chirurgie du poumon (Beitrag zur Lungenchirurgie), par Krecke, (*Münch. med. Wochenschr.*, 1891, n° 23, p. 399). — L'auteur étudie les affections pulmonaires passibles d'une intervention chirurgicale, pneumotomie ou pneumectomie.

D'une façon générale, la pneumectomie est faite rarement, et n'est indiquée que dans les tumeurs du poumon, comme dans les cas publiés par Krœnlein et Weinlechner.

La pneumotomie est indiquée :

1° Dans la gangrène pulmonaire avec ou sans empyème. Dans tous les empyèmes, il faut explorer la surface du poumon pour voir s'il n'existe pas en même temps un foyer de gangrène. Dans un cas, il y a eu élimination spontanée d'une portion gangrénée de parenchyme pulmonaire. Le malade a guéri. Dans un autre cas de gangrène pulmonaire avec pleurésie purulente, consécutive à une sténose de l'œsophage par absorption d'un liquide caustique, le malade mourut 6 heures après la double opération d'œsophagotomie externe et de pneumotomie.

Quant aux cas de gangrène pulmonaire évoluant sans empyème, le diagnostic doit être confirmé par la ponction exploratrice, répétée au besoin plusieurs fois. Dans un cas, le foyer ne fut déterminé qu'à la 15e ponction. Il s'agissait dans ce cas d'une gangrène consécutive à une sténose de l'œsophage par absorption d'un liquide caustique. La pneumotomie réussit très bien, le foyer se ferma; mais la malade succomba peu de temps après à des abcès multiples du poumon du côté opposé.

2° Dans les abcès du poumon, il faut procéder de la même façon que dans la gangrène. Le diagnostic doit être confirmé par la ponction exploratrice.

3° Dans la dilatation des bronches, la pneumotomie n'est justifiée que si l'on se trouve en face d'une caverne unique volumineuse, ou du moins d'une caverne dont paraissent dépendre les phénomènes morbides. Dans un cas de ce genre, opéré *in extremis*, le pneumothorax, survenu brusquement pendant l'opération, n'a pas permis de retrouver la caverne. La malade mourut peu de temps après l'opération.

4° Dans les cavernes d'origine tuberculeuse. La pneumotomie est indiquée quand il existe une seule caverne. Dans un cas de ce genre (caverne du sommet) la caverne fut ouverte et tamponnée avec la gaze iodoformée. Tout alla bien et le malade pouvait déjà quitter le lit, lorsqu'il fut emporté par une hémoptysie foudroyante.

L'ouverture des foyers doit être faite dans tous ces cas avec des instruments mousses ou avec le thermocautère. On peut remplacer le drainage par le tamponnement à la gaze iodoformée. Les lavages ne sont pas avantageux.

BIBLIOGRAPHIE

Traité pratique d'histologie pathologique, par O. Israel, assistant à l'Institut pathologique et privat docent à l'Université de Berlin. Traduction par D. Critzman. Annotations et atlas par le Dr Letulle, agrégé, médecin des hôpitaux. — Steinheil, Paris 1891.

Quoique le savant directeur de l'Institut pathologique de la Charité de Berlin ait prouvé récemment dans une circonstance retentissante que les études d'anatomie scientifique n'avaient point cessé de lui être journellement familières, en réalité, dans les dernières années, c'est beaucoup plus dans les travaux des élèves qu'il faut rechercher le reflet de la doctrine du Maître, et l'utilisation du matériel si considérable amassé par les soins du prof. Virchow. A ce titre, le livre qu'a écrit le Dr Israël ne pouvait manquer de recevoir un accueil très favorable, outre que l'expérience personnelle de l'auteur et sa situation scientifique lui permettaient de parler sur l'anatomie pathologique avec autorité.

Même après cette pléiade de traités spéciaux qui ont vu le jour en Allemagne en un temps relativement si restreint, après Cohnheim, Klebs, Perls-Neelsen, Rindfleisch, Orth, Birch-Hirschfeld, Ziegler, etc..., le *Traité pratique* de M. Israël est appelé à rendre d'utiles services à tous ceux qui s'intéressent aux études d'anatomie pathologique, par l'excellente conception de l'ouvrage, la sobriété des détails historiques, le choix des types les plus appropriés et souvent les plus simples en fait de méthodes et de descriptions.

Certes, l'auteur ne pouvait avoir, et n'a pas la prétention d'enfermer en 350 pages tout l'organisme complexe de l'anatomie pathologique moderne, doublée d'un chapitre bactériologique. Il a voulu servir de guide aux chercheurs, aux amateurs du microscope, en leur présentant sous une forme concise les points acquis en doctrine histologique, sans verser dans les discussions et les aperçus trop philosophiques. Du reste, la place donnée à l'analyse des processus généraux, des lésions élémentaires, de la vie pathologique des cellules, montre bien comment M. Israël a su s'inspirer de l'auteur de la pathologie cellulaire, tout en faisant de son livre une œuvre personnelle, et la mise au point en ce qui concerne les découvertes modernes.

Sans vouloir entrer dans le détail, nous signalerons plus particulièrement à l'attention la première partie de l'ouvrage, qui renferme les principes généraux de la technique, et contient d'utiles conseils avec la description des méthodes de choix.

Le chapitre consacré à l'étude de l'inflammation est revisé conformément à la compréhension moderne de ce processus, et au rôle prépondérant qu'y joue l'étiologie bactérienne.

Les pages suivantes sont consacrées à l'étude des tumeurs. Quoique l'auteur n'échappe pas complètement à cette soif du néologisme qui encombre plus qu'elle n'éclaire beaucoup de descriptions modernes, on doit lui savoir gré d'avoir ramené sa classification à des termes simples, et d'avoir donné en vingt-cinq pages une bonne idée de la manière dont il convient de *résoudre* une tumeur donnée.

De même, en ce qui concerne le chapitre des affections parasitaires, le lecteur trouvera des renseignements concis sur la plupart des microbes ou des parasites avec lesquels la clinique courante peut avoir affaire.

La dernière partie de l'ouvrage comprend l'histologie des organes. On ne peut s'attendre à trouver ici une étude détaillée qui demanderait pour chaque appareil toute une monographie. L'auteur se borne aux caractéristiques essentielles et revient avec prédilection aux formes générales des processus morbides, à l'aide desquelles, par voie comparative, le lecteur sera à même d'interpréter les faits particuliers.

En somme, il y a là une œuvre intéressante, et l'on doit savoir gré à M. Critzman de l'avoir mise à la portée du public médical français.

L'intervention très autorisée de M. le Dr Letulle apporte à l'œuvre primitive un appoint très heureux : des planches et figures qui contribuent à éclairer les descriptions, et des annotations brèves et précises qui complètent ou parfois même corrigent quelques points du texte initial.

Girode.

Thèses de Paris.

Un cas d'hémorrhagie ombilicale incoercible chez un nouveau-né et quelques remarques sur la diathèse hémorrhagique, par Luyt.

Les hémorrhagies du nouveau-né sont tantôt un accident local, tantôt la conséquence d'un état général grave. Ces dernières sont assez rares; elles sont plus fréquentes chez des enfants de sexe masculin: elles reconnaissent pour causes l'hémophilie essentiellement héréditaire, la syphilis et les maladies infectieuses existant chez la mère et à la tête desquelles se trouve la septicémie puerpérale. Dans quelques cas, on a trouvé dans le sang du nouveau-né du streptocoque pyogène. Peut-être existe-t-il aussi des cas où l'hémorrhagie est causée par des germes infectieux, d'origine primitive, c'est-à-dire existant en dehors de toute affection maternelle de même nature. Ces hémorrhagies se caractérisent par la multiplicité des portes de sortie du sang, par l'impuissance habituelle où l'on est d'y mettre un terme pour leur tendance à la récidive. Le pronostic est donc grave. Le diagnostic de la cause n'est pas toujours facile. Traitement souvent impuissant. Compression, perchlorure de fer *intus et extrà*. Traitement prophylactique quand on aura à craindre une hémorrhagie ombilicale du nouveau-né : régime reconstituant pour la mère, suppression du maillot pour l'enfant et pansement antiseptique de la région ombilicale.

Contribution a l'étude des anévrysmes diffus consécutifs de l'aorte et particulièrement des anévrysmes diffus thoraciques, par Sava Petrovitch. Paris, 1890-91.

L'anévrysme diffus consécutif est loin d'être exceptionnel. Les anévrysmes diffus thoraciques doivent être distingués en internes et externes. Les premiers sont formés par l'épanchement de sang dans le médiastin, le tissu cellulaire sous-pleural, etc., ou un organe parenchymateux (poumon). Les derniers, plus fréquents, perforent le thorax et forment une tumeur extérieure, ils siègent le plus souvent à la partie supérieure du sternum et sur ses côtés.

Ce sont les anévrysmes de l'aorte abdominale qui ont le plus de tendance à former des tumeurs diffuses; puis viennent ceux de l'aorte descendante et de sa portion transversale. Ceux de l'aorte descendante sont rarement diffus, mais leur volume est habituellement énorme et leur sac présente le plus souvent une solution de continuité comblée par un organe. L'aorte ascendante donne le plus souvent des tumeurs diffuses extra-thoraciques. La portion transversale donne le plus grand nombre d'anévrysmes diffus internes. La perforation du thorax et l'épanchement du sang dans le tissu cellulaire de la paroi thoracique antérieure se font le plus souvent sans douleur. Une hémoptysie, une hématémèse, ou l'apparition d'une tumeur à l'intérieur peuvent constituer le premier signe de l'affection restée latente jusque-là. Dans le cas d'anévrysmes diffus intra-thoraciques, le diagnostic même de l'anévrysme n'a été fait qu'exceptionnellement. Le cœur dans les anévrysmes diffus thoraciques est le plus souvent petit, car ces anévrysmes sont de nature à décharger le cœur d'une partie de son travail. Les anévrysmes diffus extra-thoraciques occupent souvent la place habituelle des anévrysmes saillants à l'extérieur et appartenant à un autre segment de l'aorte. Les malades vivent en moyenne 18 mois après l'apparition à l'extérieur de la tumeur thoracique. L'hémorrhagie foudroyante est exceptionnelle. La filipuncture n'a donné de guérison que dans un seul cas d'anévrysme de l'aorte, où il s'agissait d'un anévrysme abdominal saniforme, traité après laparotomie. L'introduction de corps étrangers dans l'intérieur des tumeurs anévrysmales diffuses a pour effet d'affaiblir les parois de l'anévrysme et de plus ne sert à rien, ces tumeurs contenant déjà, la plupart du temps, des caillots. Le traitement rationnel des anévrysmes diffus consécutifs de l'aorte consiste dans l'emploi des moyens contentifs et légèrement compressifs, et dans l'usage interne de l'iodure de potassium longtemps continué (traitement de Bouillaud).

Etude anatomo-pathologique et clinique du cancer et des kystes du pancréas, par Jean-Baptiste Roux.

Il existe au pancréas deux variétés de tumeurs : le cancer et le kyste. Ces kystes ne sont pas, comme le veulent la plupart des auteurs, des kystes par rétention. A côté de ces kystes et du cancer, il existe une variété intermédiaire dite épithélioma kystique, bien démontrée par les observations et l'anatomie pathologique microscopique.

Nous avons le regret d'apprendre le décès de M. le Dr Caston, doyen de la Faculté de médecine de Montpellier, professeur de clinique médicale, de M. le Dr Testelin, sénateur de Lille et de M. le Dr André Bataillard, décédé au Tonkin.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON. 12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES SAMEDIS ET PUBLIANT TOUS LES MERCREDIS

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

REVUE GÉNÉRALE

La déclaration médicale obligatoire des maladies infectieuses transmissibles.

On a déjà noirci tant de papier, et dans bien des pays, pour discourir sur la déclaration médicale obligatoire des maladies infectieuses transmissibles, que ce n'est pas sans hésitation que nous osons en parler de nouveau à cette place. Nous le devons cependant, afin de répondre à une préoccupation qui s'est manifestée depuis un an avec une nouvelle intensité dans nombre de Sociétés médicales et aussi parce que nous sommes sans doute au début d'une nouvelle campagne que les hygiénistes vont entreprendre auprès des pouvoirs publics pour obtenir les réformes législatives qu'ils croient indispensables à la santé publique. Aussi bien il semble qu'un certain antagonisme, que nous voudrions espérer n'être qu'un malentendu, existe sur cette question entre les médecins et les hygiénistes et, ce qui n'est pas un des côtés les moins curieux de cette situation, on dirait que de sa solution dépendent en France les progrès de l'hygiène publique.

***

Sur la nécessité de la déclaration de certaines maladies transmissibles à l'autorité publique chargée d'assurer la prophylaxie de ces maladies, il ne saurait y avoir et il n'y a en fait aucune opposition. Que de milliers d'exemples l'on peut citer dans lesquels, faute de cette déclaration, des épidémies sont survenues qui, en se propageant avec plus ou moins de rapidité, ont décimé des familles, des agglomérations, des contrées entières! Il n'est assurément pas de mesure sanitaire plus importante ni plus urgente. Aussi n'y a-t-il pas lieu d'insister. Cette déclaration doit-elle être obligatoire et par qui doit-elle être faite? Telles sont les vraies questions à examiner.

A la première nous ne saurions donner d'autre réponse que la nécessité qui subordonne, dans une limite juste et raisonnable, les convenances des intérêts personnels à la sauvegarde de l'intérêt public. La déclaration obligatoire procède de ce même ordre de considérations qui exigent l'obligation du service militaire, celle d'obéir aux lois du pays et définit en somme la civilisation d'un peuple d'après la nature et l'importance des obligations sociales librement consenties par la majorité de ses citoyens. La nécessité de la déclaration une fois reconnue, la négligence ou le mauvais vouloir d'un seul peut avoir des conséquences trop funestes pour qu'elle ne devienne pas une obligation générale.

Mais à qui cette obligation doit-elle être imposée? C'est ici qu'un désaccord singulier règne en ce moment, désaccord qu'il convient d'étudier avec quelques détails et avec précision. Comme on le disait naguère encore en Angleterre, l'obligation de la déclaration des maladies infectieuses transmissibles peut être imposée au chef de famille ou logeur, au médecin traitant, à l'un d'eux ou à tous les deux à la fois. Système unitaire, système dualiste, tel est l'objet du débat.

***

Le 24 septembre 1888, le comité consultatif d'hygiène publique de France déclarait, sur le rapport de M. Brouardel, « qu'il serait utile pour la santé publique : 1° que le médecin appelé auprès d'un malade atteint de certaines maladies épidémiques fût tenu d'en faire la déclaration; 2° qu'une statistique des causes de décès, basée sur les déclarations des médecins traitants, fût organisée dans toute la France, d'après le système adopté par l'Académie de médecine, par la Ville de Paris, par l'Association générale des médecins de France ».

Après avoir reproduit ces conclusions dans son rapport au même comité, en 1890, sur le projet de revision de la loi sur l'exercice de la médecine, M. Brouardel rappelait de nouveau la nécessité de rechercher les meilleurs moyens de concilier, pour ce qui concerne les causes de décès, les intérêts de l'hygiène publique et ceux de la statistique médicale avec l'obligation du secret professionnel. Cette obligation domine aujourd'hui encore toute la discussion et il importe de la dégager dès maintenant de notre étude.

La loi française du 3 mars 1822 sur la police sanitaire fait, dans son article 13, une obligation stricte de la déclaration en cas de maladie pestilentielle, c'est-à-dire en cas de choléra, peste, fièvre jaune. Mais, en dehors de ces cas, l'homme de l'art qui constate une maladie transmissible est-il tenu d'en informer l'autorité? C'est là une question qui a été longtemps controversée, car l'obligation du secret professionnel, édictée par l'article 378 de notre code pénal, lie ici tous ceux qui exercent la médecine. Cet article est ainsi conçu : « Les médecins, chirurgiens et autres officiers de santé, ainsi que les pharmaciens, les sages-femmes et toutes autres personnes

dépositaires par état et profession des secrets qu'on leur confie, qui, hors le cas où la loi les oblige à se porter dénonciateurs, auront révélé ces secrets, seront punis d'un emprisonnement d'un mois à six mois et d'une amende de 100 à 500 francs ».

M. Brouardel, que nous aimons à citer encore, car il est aujourd'hui le gardien le plus autorisé des légitimes prérogatives du corps médical français, et son opinion dans cette question s'est graduellement faite d'après une étude consciencieuse et prolongée des intérêts en présence, a fait toutefois remarquer que cet article ne serait applicable que si les faits révélés par le médecin rentraient dans les deux groupes suivants : faits confiés sous le sceau du secret, faits secrets par nature. Peut-on synthétiser les caractères propres à ces deux catégories de faits, ou préciser ce qui les constitue dans la majorité des cas ? Pour nous, disait-il, il y a trois éléments principaux constitutifs du secret médical ; nous ne disons pas qu'ils sont les seuls, mais ils sont essentiels par eux-mêmes ; ce sont :

1° La nature de la maladie, les affections vénériennes, par exemple, appelés honteuses ou secrètes dans le langage populaire, puis toutes les maladies réputées héréditaires ;

2° L'avenir, le pronostic de la maladie, constitue le second élément du secret. Dans une maladie en évolution, ce n'est pas seulement sa nature qui constitue le secret, c'est son pronostic. Révéler qu'un homme est cardiaque, diabétique, albuminurique, c'est indiquer la probabilité d'une échéance plus ou moins éloignée. La maladie peut avoir des rémissions très prolongées ; c'est presque interdire au malade d'en profiter dans ses intérêts d'ambition ou d'argent que d'avertir le public que l'avenir lui est dès maintenant limité dans une parcimonieuse mesure.

3° Enfin, il est des circonstances de fait, faisant un secret d'une maladie ou d'un accident qui, dans des conditions différentes, pourraient être librement divulguées. Une blessure par un coup d'épée ou un coup de feu n'est pas, par sa nature, de la catégorie des affections secrètes ; mais si elle a été reçue dans un duel clandestin, dans une insurrection, elle peut le devenir. Il en est de même d'une mort subite dans une maison malfamée.

Mais ces éléments constitutifs du secret ne se rencontrent pas pour l'immense majorité des maladies épidémiques. Il n'y a pas secret confié ou chose secrète par nature pour le plus grand nombre des maladies épidémiques et contagieuses ; pour d'autres, au contraire, le secret s'impose. La magistrature, pas plus que les familles, n'a jamais attribué à ces maladies le caractère du secret visé par l'article 378 du code pénal. Le législateur a d'ailleurs résolu la question de droit par l'article 13 de la loi du 3 mars 1822 que nous rappelions tout à l'heure. La déclation doit-elle donc rester uniquement obligatoire pour des maladies importées, telles que le choléra, la peste, la fièvre jaune, accidentelles chez nous, et non pour les maladies infectieuses nées sur notre territoire quel que soit leur mode de transmission : la variole, la fièvre typhoïde, la diphtérie, par exemple, qui pourtant vont jusqu'à menacer la sécurité nationale et font bien plus de victimes en France en un siècle que n'en fauchent les pestes les plus redoutées ? On pourrait donc, sans aucune crainte de violer le secret professionnel, édicter pour ces maladies une loi analogue à celle du 21 juillet 1881 qui protège les intérêts des cultivateurs contre les épizooties des animaux domestiques.

* * *

Cette opinion une fois admise, il n'est pas difficile de s'entendre sur la désignation des maladies pour lesquelles la déclaration pourrait et devrait être obligatoire, de même que sur le pouvoir qu'il y aurait lieu de donner au gouvernement d'ajouter, par décret, sur la liste acceptée, d'autres maladies, après avis conforme des conseils compétents, comité d'hygiène et Académie de médecine.

Les découvertes récentes ont en effet singulièrement modifié depuis quelques années nos opinions sur la nature de l'origine de certaines affections. La liste des maladies infectieuses transmissibles, justiciables de l'hygiène au point de vue de leur propagation ou de leur disparition, peut s'accroître ; il serait imprudent de la clore dès maintenant.

La déclaration obligatoire pour certaines maladies manifestement transmissibles soulèverait immédiatement et à juste titre les problèmes relatifs au secret professionnel, même en dehors de la syphilis qui est par nature une maladie secrète. Il en est ainsi pour la tuberculose, la plus meurtrière de toutes. On connaît l'agent de sa propagation ; il importe d'éloigner de toutes les agglomérations militaires, scolaires ou analogues ceux qui en sont atteints et qui sont dangereux pour les autres ; peut-on mettre son nom sur la liste des maladies pour lesquelles la déclaration serait obligatoire ? Evidemment non ; car elle se développe dans des familles héréditairement prédisposées et sa révélation chez l'un des membres de ces familles peut nuire à tous les autres, quand bien même on serait persuadé de la curabilité de l'affection.

C'est pourquoi la liste de ces maladies doit être nominative. Le Comité d'hygiène publique de France l'a composée récemment ainsi qu'il suit, pour le cas où la loi en rendrait l'établissement obligatoire : choléra, choléra infantile, coqueluche, diphthérie, dysentérie, fièvre jaune, fièvre typhoïde, peste, rougeole, scarlatine, suette, variole. Ces maladies et celles qui pourraient leur être ajoutées par la suite, comprendraient ainsi les maladies petilentielles exotiques pour lesquelles la déclaration est déjà obligatoire, et le groupe des maladies infectieuses transmissibles dont il y a un intérêt capital à ce que l'autorité publique soit informée aussitôt que possible pour en établir rapidement la prophylaxie et dont il importe d'étudier la statistique exacte. Le Parlement paraît, du reste, déjà favorable à cette manière de voir, puisqu'il a adopté la déclaration obligatoire pour les médecins et sages-femmes d'après l'article 20 du projet de loi sur l'exercice de la médecine, voté les 17 et 19 mars dernier par la Chambre des députés.

La liste qui précède renferme toutes les maladies pour lesquelles la déclaration obligataire existe dans les pays qui bénéficient de cette mesure, à l'exception de la fièvre puerpérale, mentionnée en Angleterre parmi les affections dont la déclaration doit légalement être faite. Quelque intérêt qu'il y ait à limiter le plus possible les ravages de la fièvre puerpérale, il faut reconnaître qu'il est certains cas dans lesquels l'état de puerpéralité ne pourrait être révélé par le médecin ; l'opinion publique n'accepterait certainement pas, en France tout au moins, une pareille obligation, à tout le moins prématurée. Il est préférable de s'en maintenir aux cas acceptés par tout le monde, qui ne peuvent soulever de discussion sérieuse et pour lesquels nous dirions volontiers, comme M. Léon Le Fort à la tribune de l'Académie de médecine il y a quelques mois : « Le secret professionnel a, comme toutes les choses de ce monde, des limites, et, pour ma part, je crois que le médecin manquerait à son devoir si, par un excès de discrétion, il laissait un malade atteint de diphthérie libre de communiquer une maladie, trop souvent mortelle, à ceux qui fuiraient à coup sûr la maison contaminée, s'ils savaient qu'elle abrite un diphthéritique. Je n'admets pas que le secret professionnel aille jusqu'à nous rendre complices d'homicide par imprudence, et

surtout jusqu'à nous faire commettre des homicides par discrétion ».

***

Actuellement le médecin français ne peut déclarer, fût-ce à l'autorité publique, aucun cas d'une maladie quelconque sans enfreindre les dispositions impératives du Code pénal et cette situation offre des inconvénients que les progrès de l'hygiène publique ne font que multiplier. Il en est même de bien inattendus : récemment un médecin était poursuivi par le propriétaire d'un immeuble pour avoir prévenu son client, le locataire de cet immeuble, de l'existence d'un cas de scarlatine chez le locataire précédent sans qu'aucune mesure de préservation ait été prise après le départ de celui-ci ! La loi qui dégagerait les praticiens des obligations du secret professionnel pour toutes les maladies que nous venons d'énumérer rendrait donc service aux médecins, aux malades, à leur entourage et au pays tout entier. Mais, dira-t-on, il convient que cet avantage, les pouvoirs publics ne le confèrent qu'en échange de la responsabilité effective, de l'obligation faite au médecin de faire lui-même la déclaration si utile à la santé publique. Et cela étant, l'homme de l'art doit-il être tenu à cette nouvelle obligation, seul ou solidairement avec les personnes appartenant à la famille ou à la maison du malade, ou ces derniers doivent-ils être seuls chargés de déclarer la maladie ?

La loi anglaise de 1889 multiplie et précise les obligation de chacun : « Lorsque l'habitant (*inmate*) d'une construction quelconque servant d'habitation humaine, située dans un district auquel cette loi est applicable, est atteint d'une maladie contagieuse à laquelle cette loi s'applique, à moins que ladite construction ne soit un hôpital dans lequel sont reçues les personnes affectées d'une maladie contagieuse, les dispositions suivantes doivent être appliquées : 1° le chef de famille, ou, à son défaut, les plus proches parents, du malade qui sont dans ladite construction ou qui le soignent, à défaut de parents, toute personne chargée de la garde du malade et, à défaut d'une telle personne, le principal locataire de la construction, doit, aussitôt qu'il est informé que le malade est atteint d'une maladie contagieuse à laquelle cette loi s'applique, en faire la déclaration au médecin sanitaire du district ; 2° tout médecin qui soigne ou qui est appelé à visiter un malade, doit, dès qu'il a constaté que le malade souffre d'une maladie contagieuse à laquelle cette loi s'applique, envoyer au médecin sanitaire du district un certificat indiquant le nom du malade, son domicile et la maladie contagieuse dont, suivant son opinion, le malade est atteint. » Ce système fonctionne actuellement en Angleterre dans un peu plus de la moitié du pays ; en général, le certificat du médecin donne lieu à une rémunération de la part de l'autorité publique, rémunération fixée d'ordinaire à 3 francs.

Aux Etats-Unis, le médecin et les personnes habitant la maison, parents ou hôteliers, sont également mis en cause. La même responsabilité partagée entre le médecin et le chef de la famille se retrouve en Prusse, dans le Wurtemberg et en Hongrie. Mais ce n'est pas la seule solution acceptée partout. Nous voyons la déclaration exigée seulement des médecins, à l'exclusion des personnes de la famille ou de la maison, en Italie, en Serbie, en Bavière, en Saxe, dans les grands-duchés de Bade, de Saxe-Weimar, de Mecklembourg, en Portugal, dans les villes de Lübeck, Brémen, Hambourg, etc. En Hollande, elle incombe aux parents seulement ; dans le grand-duché de Hesse, elle est facultative pour les médecins et alors obligatoire pour les parents.

Il est assez difficile de juger comparativement les résultats de ces divers systèmes, car tous ils ont eu un effet remarquable sur l'amélioration de la santé publique et cette amélioration tient à trop d'autres causes pour qu'il soit possible de faire un départ exact entre elles. Toutefois au Congrès international d'hygiène qui se tenait à Londres il y a trois semaines on a pu citer des localités dans lesquelles la morbidité et la mortalité par affections transmissibles avaient diminué au fur et à mesure que la déclaration était plus régulièrement faite par les médecins ; si bien que, sur ma proposition, la section IX (médecine d'Etat) de ce Congrès a adopté, à l'unanimité moins six voix sur environ 250 votants, la déclaration obligatoire pour le médecin, alors que le système dualiste, c'est-à-dire l'obligation de cette déclaration à la fois par le médecin et le chef de famille ou de maison, n'était voté qu'à une faible majorité.

***

Il est certain que l'obligation de la déclaration peut être considérée comme corrélative : pour les personnes de la famille ou de la maison du malade, des avantages qu'ils doivent retirer de la rapidité de la mise à exécution des prescriptions prophylactiques ; pour les hôteliers ou directeurs d'établissements publics, du fait de leur autorisation ou de leurs fonctions ; pour le médecin, des privilèges de sa profession. En pareille matière, il faut surtout tenir compte des habitudes sociales.

Un certain nombre de sociétés médicales ont soutenu, notamment l'Union des syndicats et l'Association des médecins de l'Hérault sur le rapport de M. le Dr Hamelin, que le médecin ne doit ici être tenu d'intervenir qu'après le chef de famille ou les membres présents de celle-ci ou, à défaut, après les hôteliers, les loueurs de garnis, etc. D'autre part, M. le Dr Drouineau, dans un remarquable rapport à la Société de médecine publique de Paris, a objecté qu'il peut être difficile au médecin d'acquérir la certitude que la déclaration sera faite et qu'il n'est pas toujours lié de telle manière au malade qu'il lui soit loisible quelquefois de retourner dans la maison ; de plus, l'article 56 du Code civil, visé par analogie, n'a pour objet que l'enregistrement d'un fait, la constatation d'un état civil à un enfant nouveau-né, tandis que la déclaration d'un cas de maladie infectieuse n'est pas simplement l'enregistrement d'un fait ; elle va entraîner des conséquences pour les parents du malade. Aussi un certain nombre de médecins préféreraient-ils que la déclaration fût faite : d'une part, par les personnes de la famille ou, à défaut, par celles qui approchent le malade ou le logent et, d'autre part, par le médecin traitant, chacun restant séparément responsable.

La Société de médecine publique de Paris ne s'est pas associée à cette manière de voir et elle a, fort judicieusement à mon sens, demandé que « la déclaration soit faite par le médecin aussitôt son diagnostic établi et, à défaut du médecin, par le chef de famille ou les personnes qui soignent le malade ». C'est en effet précisément la difficulté de définir la constatation de l'existence d'une maladie infectieuse qui milite le plus en faveur de cette opinion ; le médecin seul est à même de constater la nature transmissible de cette affection, et les personnes qui approchent le malade n'en peuvent être informées que par lui ; si bien qu'en fait celui qui *constatera* réellement la maladie et qui par conséquent peut être légitimement responsable vis-à-vis de l'autorité publique, sera toujours l'homme de l'art. Le *soupçon du caractère* de la maladie peut bien appartenir à tous ceux qui voient le patient ; la certitude, la constatation qui sont uniquement exigées pour la déclaration, sont l'apanage exclusif de celui qui possède les connaissances nécessaires pour établir un diagnostic, suivant l'expression un peu étroite du texte adopté à la Chambre des députés dans la loi sur l'exer-

cice de la médecine. D'autre part, si l'on veut que l'autorité publique soit rapidement informée en pareil cas, c'est grâce à l'intervention du médecin que ce but sera surtout atteint. Dégagé de toute considération sentimentale et de tout souci, il pourra aisément prévenir l'autorité à l'aide de ces bulletins spéciaux en usage dans un certain nombre de pays et de villes.

Je reconnais aussi volontiers qu'il est un certain nombre de cas bien confirmés de maladies transmissibles qui peuvent être reconnus par des étrangers à la médecine en l'absence de tout homme de l'art, et la coopération de celui-ci au diagnostic de la maladie peut être quelquefois très tardive, si bien que l'obligation de la déclaration peut être également édictée pour les personnes de la famille ou les logeurs, mais seulement *à défaut* du médecin.

D'autres objections qui me paraissent dignes d'une attention bien moindre ont été faites à l'obligation de la déclaration par le médecin; elles se résument surtout dans la crainte que cette déclaration ne donne lieu qu'à des tracas et à des ennuis pour la clientèle, tracas et ennuis dont celle-ci rendrait responsable son médecin traitant, auteur de la déclaration. Il est certain que la plupart des tentatives faites en France pour généraliser la déclaration, même volontaire, des cas de maladies transmissibles ont échoué, au moins jusque dans ces dernières années, parce que les médecins, isolés et en petit nombre, qui répondaient ainsi au désir exprimé par l'autorité exposaient d'ordinaire leur clientèle à des mesures administratives insuffisamment conçues et mal exécutées. Pareille éventualité n'est déjà plus à craindre dans les localités où l'hygiène publique est pratiquée avec intelligence et avec soin et c'est pourquoi, aussi bien à l'étranger qu'en France, dans toutes les villes où fonctionnent, par exemple, des services sanitaires, des bureaux d'hygiène, les arrêtés administratifs prescrivant la déclaration médicale sont exécutés sans difficulté, et même avec un certain empressement. Il est même curieux de constater que l'opposition à cette utile mesure vienne uniquement de régions où de tels services n'existent pas, tandis que, partout où elle est appliquée, aucune voix discordante ne s'élève contre le principe même et son utilité incontestable. Ce même empressement se retrouvera sans nul doute le jour où l'organisation de plus en plus développée des services sanitaires montrera clairement aux médecins les avantages que retire la santé publique de l'application de la mesure qu'on sollicite de leur dévouement. Déjà, pour la constatation des décès, au fur et à mesure que notre statistique sanitaire s'étend à un plus grand nombre de localités et que ses auteurs la perfectionnent davantage de façon à lui donner chaque jour une autorité de plus en plus reconnue, le corps médical en facilite plus complètement l'exécution. Ainsi se passeront également les choses pour la déclaration des cas des maladies infectieuses transmissibles dans un temps qu'il appartient aux médecins et aux pouvoirs publics, mais surtout aux premiers, de rendre aussi court que possible.

Il suffit d'avoir assisté à l'application pratique de la déclaration médicale obligatoire pour se rendre compte de sa facilité et de sa rapidité. En quelques coups de crayon sur un feuillet détaché d'un carnet à souche ou sur une feuille de papier quelconque, le médecin, une fois son diagnostic établi, peut informer l'autorité à laquelle il transmet sa déclaration, dans le plus bref délai, en franchise postale; il a même dans certaines villes, et s'il y a urgence, le droit de réquisitionner un agent de police pour faire remettre de suite son information à qui de droit. Cela fait, l'autorité sanitaire agit à son tour, venant en aide au médecin pour l'application des mesures prophylactiques nécessaires, sans jamais intervenir, bien entendu, dans les questions de traitement; ainsi, les médecins traitants et les agents sanitaires s'aident mutuellement, la propagation des épidémies est enrayée et les familles ne tardent pas à savoir gré à leur médecin d'avoir si promptement réussi à leur épargner des alarmes et même de nouveaux deuils. Une telle situation n'est heureusement pas rare; elle se généralise de plus en plus. Elle n'a d'autre obstacle en France que l'application de l'article 378 du code pénal dans des cas où le secret professionnel ne saurait être de mise; c'est au corps médical qu'il appartient de chercher à obtenir au plus vite son abrogation pour toutes les circonstances où son maintien devient une calamité publique et entrave l'action bienfaisante que le médecin peut exercer, par une déclaration opportune.

A.-J. Martin.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Cure radicale d'une laparocèle.

Il existe parfois, à la région antéro-latérale de l'abdomen, des hernies plus ou moins volumineuses, survenues soit spontanément, soit à la suite d'une plaie pénétrante, soit à la suite d'un abcès. Ces hernies, longtemps englobées avec les hernies de la ligne blanche — et même parfois avec les hernies lombaires — sous le nom de hernies ventrales, méritent une description isolée, que nous ont donnée dans leurs thèses Reignier en 1879, puis, et surtout, Ferrand en 1881; pour bien les individualiser, ce dernier auteur leur a donné le nom de laparocèles, pour bien indiquer qu'il s'agit de hernies se faisant dans le flanc. Je n'aurai garde de résumer ici l'histoire de ces hernies : je n'aurais qu'à analyser la thèse de Ferrand, et cette besogne a été faite il y a quelques semaines par H. Duret (1). Je me bornerai donc à la relation de deux faits inédits et à quelques brèves réflexions.

Je ferai d'abord remarquer que dans la classe des laparocèles spontanées il y a certainement des confusions. Qu'il y ait de véritables laparocèles spontanées, je ne le conteste pas, mais on a sûrement rangé parfois sous cette dénomination des hernies propéritonéales avec vaste sac. Je ne crois pas qu'on puisse interpréter autrement l'observation si intéressante communiquée par F. Terrier, en 1878, à la *Société de chirurgie* : chez un vieillard atteint d'occlusion, avec empâtement assez circonscrit de la paroi abdominale, notre maître fit la laparotomie médiane et attira l'intestin hors d'un sac situé au niveau du bord externe du muscle grand droit. Il y avait sans doute là un ancien sac préformé, par vice de conformation peut-être.

Les laparocèles consécutives sont de deux ordres : les unes résultent de plaies pénétrantes; les autres se font sous la cicatrice d'un abcès.

Les laparocèles traumatiques sont peut-être dues moins souvent qu'on ne le dit à la distension de la cicatrice. Il est probable que souvent l'épiploon a envoyé immédiatement dans la plaie péritonéo-pariétale un bouchon méconnu, bientôt adhérent. Puis, à une époque variable, le bouchon a guidé une hernie, car chacun sait qu'en fait de hernie le bouchon épiploïque est loin de jouer le rôle protecteur dont on l'avait gratuitement doté à l'époque pré-antiseptique où l'on cherchait des prétextes pour ne point opérer les épiploceles adhérentes. Ces hernies traumatiques ne doivent donc pas avoir de sac, ce qui

(1) H. Duret, Des laparocèles ou hernies latérales de l'abdomen, *Journ. des sc. méd. de Lille*, 5 juin 1891, n° 23, p. 530. L'observation *in extenso* est publiée par Pérignon, *Ibid.*, p. 539.

d'ailleurs est classique. J'en ai observé un exemple l'an dernier, à l'hôpital Bichat, chez un vieillard de 72 ans qui en 1849 avait reçu un coup de couteau dans la région splénique. Quelque temps après se forma sous la cicatrice une tumeur partiellement irréductible, d'abord assez gênante, mais bientôt fort bien tolérée, sans le port d'un bandage. Depuis longtemps elle ne grossissait plus lorsque j'examinai le malade : je trouvai une tumeur mate, pâteuse, manifestement épiploïque, large comme la main, subissant l'impulsion de la toux, indolente, ne troublant pas les fonctions digestives. Le sujet venait consulter pour une tumeur maligne, inopérable d'ailleurs, de la parotide gauche, et il va sans dire que je ne parlai pas d'intervenir pour la hernie.

Les laparocèles consécutives à des abcès sont moins fréquentes que les traumatiques. On a discuté, — et à cet égard je renverrai à la thèse de Ferrand, — pour savoir si elles ont ou non un sac. Je me garderai de prendre parti dans ce débat; tout ce que je puis dire, c'est que dans le cas que j'ai opéré il n'y avait certainement pas de sac, ce qui est peut-être en relation avec la cause toute spéciale de l'abcès auquel mon malade faisait remonter l'origine des accidents. Cette histoire pathologique est bizarre, diffère de celles qui ont été publiées à ma connaissance, mais je la crois admissible.

Le nommé Henri Vois..., âgé de 29 ans, garçon de café, est entré le 10 septembre 1890 à l'hôpital Tenon, salle Montyon, lit n° 1. C'est un homme de petite taille, maigre, mais en général bien portant, qui n'accuse pas d'antécédents pathologiques importants : il a eu, en 1882, la variole et la fièvre typhoïde; en 1880 il avait souffert d'un rhumatisme articulaire aigu, récidivé en 1889. Rien de tout cela n'est en rapport avec la lésion pour laquelle il vient à l'hôpital, et au sujet de laquelle il raconte l'histoire suivante.

A l'âge de 8 mois, il a, lui a toujours affirmé sa mère, avalé 3 aiguilles, qui sont sorties 8 mois après par un abcès de la paroi abdominale, au point actuellement marqué par une cicatrice. Après l'élimination des corps étrangers la guérison fut rapide et elle sembla définitive. Mais il y a cinq semaines apparut sans cause connue une grosseur rapidement accrue qui gêna notablement le sujet et pour laquelle il vint consulter.

Lorsque je vis le malade, à la consultation du Bureau Central, je constatai d'abord qu'il existait une cicatrice assez large, souple, blanche, mince, située à hauteur de l'ombilic, à dix centimètres à sa gauche. En cette région on voyait immédiatement, le malade étant debout, une tumeur étalée, à limites diffuses, large comme la paume de la main, située au-dessus de la cicatrice. Lorsque le sujet toussait, la tumeur devenait grosse comme le poing. A la palpation, elle avait la consistance pâteuse et lobulée de l'épiploon; elle était partiellement réductible et par contre sortait, avec impulsion, sous l'influence des efforts. Elle était mate à la percussion et devenait un peu sonore lorsqu'elle s'était accrue après la toux. Bref, le diagnostic d'épiplocèle s'imposait, avec des réserves sur la présence possible d'une petite anse intestinale près du collet. En tout cas, l'intestin ou l'estomac s'y engageaient par les efforts.

Le malade prétendait que lorsqu'il restait longtemps couché, la tumeur disparaissait presque complètement. Je dois dire que pendant les quelques jours où je l'ai tenu au lit, en observation, je n'ai rien observé de semblable. Par le décubitus dorsal la tumeur diminuait certainement, mais toujours j'ai senti dans la profondeur un empâtement diffus : il était évident pour moi que l'épiploon hernié était adhérent, en partie au moins. L'opération, comme on va le voir, a justifié cette opinion, et en outre elle ne permet guère d'attribuer à la hernie la date si récente accusée par le patient.

Tel était l'état local. Avec cela existaient des troubles fonctionnels nets, une faiblesse de l'abdomen, une difficulté à faire effort et surtout des souffrances assez vives, principalement après les repas. Il n'y avait ni diarrhée, ni constipation, ni météorisme.

Je proposai donc immédiatement la cure radicale et, le malade y ayant consenti, je le fis entrer à l'hôpital Tenon, où je l'opérai le 24 septembre 1890, après 14 jours de repos au lit. Il va sans dire que les règles de l'antisepsie, telles que mon maître Terrier me les a enseignées, ont été scrupuleusement observées.

Je fis une incision verticale longue de 7 à 8 cent., répondant au point culminant de la tumeur et se terminant en bas à la cicatrice. Après incision de la peau, je trouvai une lame cicatricielle où le plan sous-cutané avait perdu sa mobilité et immédiatement derrière, adhérent à la cicatrice, était l'épiploon hernié. En outre, autour de la cicatrice, il y avait des adhérences larges et intimes entre l'épiploon et le tissu adipeux sous-cutané, fort difficiles à séparer et même à délimiter l'une de l'autre.

J'y parvins cependant par en bas avec une aisance relative et j'arrivai ainsi à la demi-circonférence inférieure du collet. C'était un bord aponévrotique, tranchant, auquel l'épiploon n'adhérait point, en sorte que le doigt pouvait s'y engager. Mais il ne pouvait en faire complètement le tour : il y avait à la demi-circonférence supérieure des adhérences intimes. J'agrandis donc mon incision par en haut — elle eut alors 12 centim. de long — et je trouvai la limite supérieure du gâteau épiploïque sous-cutané, que je libérai sans trop de peine. Puis, cet épiploon relevé de toutes parts, je fus ainsi conduit sur un pédicule, gros de 4 doigts environ, qui s'engageait dans l'aponévrose du grand oblique. Je me débarrassai, au-dessous d'une ligature au catgut, de la masse épiploïque qui encombrait le champ opératoire, et je me mis en devoir de bien disséquer cet anneau aponévrotique, auquel l'épiploon adhérait en haut.

Cela fait, j'eus une surprise désagréable : un champignon épiploïque adhérent existait, presque large comme la paume de la main, entre le grand et le petit obliques. Lui aussi, après incision du grand oblique, fut libéré avec l'ongle et avec la sonde cannelée, en faisant avec des pinces l'hémostase nécessaire. Enfin le collet péritonéal fut mis à nu. L'épiploon fut attiré au dehors, réséqué après ligature au catgut. Je suturai en étages, avec des points en capiton, à la soie solide et fortement serrée, l'anneau profond, puis l'aponévrose du grand oblique. Je terminai par une suture de la peau au crin de Florence, sans drainage, et par le pansement iodoformé compressif classique après les laparotomies.

Les suites opératoires furent très simples. Le soir de l'opération, la température était de 37°4; le lendemain et le surlendemain elle fut de 37°6 le matin et de 38°4 le soir. Cette légère ascension thermique n'eut d'ailleurs pas de cause connue : comme l'état général était excellent, le sommeil bon et le ventre indolent, je ne fis le premier pansement qu'au 8e jour — la température étant à ce moment normale — et je trouvai une réunion parfaite. Les fils furent donc enlevés. Six jours après, le 7 octobre, le pansement fut renouvelé : la cicatrisation était achevée, sauf un point de sphacèle large comme une lentille à l'angle inférieur. Rien autre ne se manifesta du côté de la plaie, mais il est à noter que, sans cause connue, sans aucune réaction locale, la température s'éleva brusquement à 40° les 9 et 15 octobre le soir, pour retomber à la normale (37°4), le lendemain matin. Cela n'empêcha pas mon opéré de quitter l'hôpital le 20 octobre très bien guéri, se levant depuis une dizaine de jours sans

ressentir aucune gêne ; à la palpation de la région on ne sentait plus de tumeur, il n'y avait plus d'impulsion à la toux ; la cicatrice opératoire était linéaire et souple. Le malade portera une ceinture abdominale avec pelote. Je l'ai revu au mois de mars 1891, se préparant à partir pour l'Angleterre et venant me faire constater la persistance de la cure.

Ainsi, quoique ce fût la variété anatomique la plus défavorable, avec étalement épiploïque entre les muscles, l'opération a été à la fois bénigne et efficace. Il y a une quinzaine d'années, beaucoup de chirurgiens l'eussent blâmée. La thèse de Ferrand prouve qu'en 1881 encore la pratique classique eût consisté à appliquer un bandage, en tâchant de persuader ensuite au patient que cela le soulageait. Aujourd'hui personne, au contraire, ne contestera l'indication formelle de cette cure radicale.

A. Broca.

TRAVAUX ORIGINAUX

Un cas de mutisme hystérique,

par D. Critzman, interne des hôpitaux de Paris.

M. Charcot (1) et son élève Cartaz (2) ont consacré au mutisme hystérique une description à laquelle il ne reste que fort peu de chose à ajouter. D'après ces auteurs, le mutisme hystérique constitue la forme la plus pure de l'aphasie motrice type Bouillaud-Broca, variété extrêmement rare dans le domaine organique. Les caractères donnés par M. Charcot sont classiques à l'heure qu'il est. Chez les hystériques muets il n'y a ni cécité verbale ni surdité verbale, ni troubles de l'intelligence. Le malade conserve toute sa lucidité d'esprit. Il comprend et répond aux incitations du dehors avec la justesse des individus normaux. Il se précipite pour ainsi dire sur la plume pour rendre les réponses aux questions qu'on lui pose. Le muet hystérique est muet et aphone en même temps. En outre le début et la terminaison de ce mutisme sont absolument brusques. Le mutisme hystérique, dit Biollet (3), apparaît le plus souvent soudainement à la suite d'une émotion, plus ou moins forte ; il acquiert d'emblée tout son développement, dure un temps difficile à déterminer, et disparaît avec la même soudaineté qu'il a mise pour éclore.

A cette règle il y a cependant des exceptions. Dans sa leçon du 24 avril 1885, M. Charcot, à propos d'un malade atteint de mutisme hystérique, dit que le bégaiement hystérique est un prodrome fréquent et aussi une conséquence fréquente du syndrome mutisme hystérique.

Il en est de même de la pureté du type aphasique. Le muet hystérique peut être agraphique. M. Charcot (4) en cite un fort bel exemple dans ses Leçons du mardi, et il en conclut que la caractéristique donnée par lui du mutisme hystérique est trop absolue, et qu'il y a des cas où ce genre de mutisme peut se compliquer d'un certain degré d'agraphie.

L'intégrité du système de l'articulation des mots peut dans certains cas ne point être absolue. C'est ainsi que M. Dutil (5) a pu observer chez une malade, indubitablement hystérique, du mutisme accompagné d'une contracture partielle de la langue, et que Strassmann (1) publie l'observation d'un petit garçon, atteint d'aphasie hystérique associée à de la paralysie faciale (?) et à du trismus.

L'observation que nous publions est intéressante par la multiplicité des accidents hystériques et par la possibilité pour le malade d'émettre un son, une syllabe, comme dans l'aphasie organique.

Notre malade répondait, lorsqu'on le pressait de questions, *ta-ta-ta*, à voix faible mais parfaitement perceptible.

Chorée rhythmée ; paraplégie hystérique ; mutisme hystérique sans aphonie. — Guérison.

La nommée Anna D..., âgée de 17 ans, entre dans le service du docteur Joffroy, à la Salpêtrière, le 30 novembre 1890, pour un tremblement occupant surtout le membre supérieur droit.

Antécédents héréditaires. — Nuls.

Antécédents personnels. — La malade déclare s'être toujours très bien portée. Elle apprenait sans difficulté et était une des premières de sa classe. Réglée à 13 ans, régulièrement jusqu'en septembre 1890, où il y eut interruption d'un mois. Dysménorrhée légère. Le 22 juin 1890, étant allée couper du bois à la cave, un chat lui a sauté sur le dos ; elle a eu grand'peur et s'est mise à trembler immédiatement. Le tremblement ne siégeait que dans le membre supérieur droit. Ce tremblement, qui cessait pendant le sommeil, a duré quatre mois et demi ; l'amélioration se fit à la suite d'un séjour à Lourdes, mais le tremblement ne disparut qu'à la suite d'une neuvaine faite à l'instigation des sœurs de l'hôpital homéopathique des Ternes, et consacrée au Père Boyre, missionnaire martyr et béatifié.

Tout alla bien, lorsqu'au bout de trois semaines la malade, à la suite d'une querelle avec une de ses compagnes, se remit à trembler.

La malade déclare en outre n'avoir jamais eu d'attaque de nerfs.

Etat actuel. — La malade, d'apparence un peu chétive, est d'une constitution normale. Le membre supérieur droit, légèrement raidi, est animé d'un tremblement à grandes oscillations.

L'avant-bras se fléchit sur le bras. Elle fait le geste de s'éventer, mais le poignet ne se fléchit pas d'une manière indépendante. Dans les actes volontaires, lorsque la malade s'applique à écrire par exemple, le tremblement diminue d'intensité. La jambe droite tremble également. Le pied droit se déplace à droite et à gauche autour du talon comme centre. En outre, le membre inférieur droit présente une certaine raideur ; la malade ne peut le soulever, et cette impotence s'accompagne de douleurs dans le genou, surtout exagérées lorsqu'on fléchit la jambe sur la cuisse.

En la faisant marcher, on observe que la malade porte tout le poids de son corps sur le côté gauche ; le pied droit reste en arrière du pied gauche, qui se détache franchement du sol ; le pied droit au contraire reste inerte ; il frotte, il balaye le sol.

Les réflexes sont normaux. Le réflexe pharyngien est seul aboli. Il existe en même temps un rétrécissement concentrique du champ visuel et une hémianesthésie droite complète, absolue par places, relative dans d'autres. Anesthésie conjonctivale du même côté ; anesthésie totale du voile du palais.

La malade, examinée couchée, présente la moitié gauche du corps absolument normal. Le côté droit seul, comme nous l'avons déjà dit, était pris.

Le membre droit est paralysé, mais non flasque ; lorsqu'on veut lui communiquer certains mouvements, on sent une résistance notable due à la contracture des muscles fémoro-jambiers droits.

Le bras droit continuellement animé du mouvement rhythmique que nous avons décrit, est également parésié. La malade ne pouvait le bouger, l'élever, prendre un objet que dans certaines limites. Pendant ces actes volontaires, le tremble-

(1) Charcot, *Leçons sur les maladies du système nerveux*, t. III, p. 424.

(2) Cartaz, Du mutisme hystérique. *Progrès médical*, 1886, n° 7, 8, 9.

(3) Biollet, *Quelques considérations sur le mutisme hystérique.* Thèse de Paris, 1891.

(4) Charcot, *Leçons du mardi*, 1887-1888, p. 356.

(5) Dutil, Mutisme hystérique avec contracture partielle de la langue. *Gaz. méd. de Paris*, 1887, p. 208.

(1) Strassmann, *Deut. med. Woch.*, 6 mars 1890.

ment diminuait d'intensité. Il disparaissait complètement pendant le sommeil, pour reprendre au réveil et s'exagérer au moment d'une émotion, comme l'approche du médecin ou d'une personne étrangère, par exemple.

Les choses allèrent ainsi jusqu'au 4 février 1891, lorsque d'atroces douleurs de tête survinrent. Ces douleurs occupaient toute la surface de la calotte crânienne. Elles durèrent toute la journée. Vers le soir, la malade, voulant se lever de son fauteuil pour s'approcher d'une fenêtre, faillit tomber à cause de la paralysie de sa jambe droite.

La malade, profondément émotionnée, voulut crier, mais, à son grand effroi, elle s'aperçut qu'elle ne pouvait émettre aucun son.

Nous la vîmes le lendemain matin 5 février. La malade est assise sur une chaise; l'avant-bras droit, fléchi, sur le bras, est maintenu contre la poitrine par la main gauche. Dans cette position, la malade tremble peu. Nous l'interrogeons, la malade nous fait signe qu'elle ne peut répondre. Dans les efforts qu'elle fait pour parler, des bruits sourds parfois, stridents d'autres fois, échappent de son larynx. Après un certain travail, elle arrive à dire : ta-ta-ta, qu'elle répètera incessamment toutes les fois qu'on lui posera une question.

Elle comprend très bien ce qu'on lui dit; elle indique rapidement les objets que nous lui nommons et qui se trouvent à sa proximité. Elle n'a donc point de surdité verbale.

Elle comprend en outre tout ce que nous lui soumettons par écrit. On lui écrit sur une feuille de se lever et de montrer comment elle avait failli tomber la dernière fois et elle exécute ponctuellement ce qu'on vient de lui demander par écrit. Elle n'a donc non plus de cécité verbale.

Les mouvements choréiques de sa main droite l'empêchent d'écrire, ou du moins elle écrit fort difficilement; son tremblement fait que les mots qu'on lui dicte prennent sur le papier des formes bizarres et une direction au gré des sauts qu'exécute sa main. En tout cas, nous constatons que les mouvements nécessaires à l'écriture d'un mot dicté n'ont point disparu. La malade, ayant donc conservé l'image motrice graphique des mots, n'est point atteinte d'agraphie.

Notons, en outre, que l'œil de la malade est vif, intelligent. La langue peut se mouvoir aisément dans toutes les directions; il n'existe aucune déviation de la face; la déglutition et la respiration sont normales.

Les mouvements des lèvres et de la langue, qui constituent le chuchotement, ont également disparu jusqu'à un certain point. Voici d'ailleurs comment les choses se présentent :

On dit à la malade de faire les mouvements des lèvres, nécessaires à l'articulation des labiales; malgré ses efforts, la malade n'y arrive point; alors nous faisons mouvoir nos lèvres comme pour prononcer la lettre *b*; la malade regarde attentivement les mouvements de nos lèvres et arrive à les imiter à la perfection; en les imitant, nous lui demandons ce que peuvent signifier les mouvements de ses lèvres. Est ce un *t* ? signe de dénégation. Est-ce un *p* ? signe de dénégation. Est-ce un *b* ? signe affirmatif, assez joyeux d'ailleurs.

La malade distingue, suivant le degré de constriction de nos lèvres et des siennes, ensuite par imitation, qu'il s'agit du *b* et non d'un *p* et réciproquement.

Il en est ainsi presque pour toutes les lettres qui exigent des gestes lingo-labiaux assez caractéristiques et surtout bien visibles.

Nous prions la malade de siffler, elle ne peut pas, parce qu'elle n'a jamais été à même de le faire; en revanche, elle exécute normalement l'acte de souffler. Elle souffle facilement une bougie.

Ce mutisme dura, de la manière dont nous l'avons esquissé, les 4, 5, 6 et une partie du 7 février. Vers les quatre heures de ce jour, la malade s'est mise tout à coup à parler. Ce passage du mutisme le plus absolu à la plus grande loquacité se fit sans aucune transition. Il y eut la même brusquerie dans le recouvrement de la parole que dans la perte totale.

Quant aux mouvements choréiques de son bras droit et de la paralysie du membre inférieur du même côté, il n'y eut pas grand changement.

Le 10 avril, la malade est immobilisée au lit avec un aimant en contact perpétuel avec son avant-bras, et, six jours après la malade pouvait se servir de sa main droite pour travailler, broder et écrire.

L'aimant est alors appliqué dans les mêmes conditions sur la jambe droite paralysée, et le 20 avril la malade sort complètement guérie de tous les accidents hystériques qu'elle avait présentés.

Notre observation présente à considérer le mutisme survenu chez une hystérique au cours de certains accidents assez graves en apparence, chorée et paralysie motrice. Ce mutisme a dans son début tous les caractères classiques. Son apparition est soudaine, et due à une frayeur peu considérable en somme, l'imminence d'une chute, évitée d'ailleurs.

La perte de la parole est totale, et la phonation est abolie en même temps et aussi brusquement que la parole.

Donc rien de plus classique quant au début; mais les autres phénomènes s'en écartent légèrement; l'aphasie motrice n'est pas absolue chez notre malade. Elle peut dire, en faisant de grands efforts, *ta-ta-ta*, d'une voix très distincte; l'aphonie n'est donc pas absolue. Le mutisme ne peut donc être attribué à une paralysie quelconque des muscles du larynx. S'il en était ainsi, la malade ne pourrait émettre aucun son. Or, elle dit très clairement *ta-ta-ta*, comme réponse à tout ce qu'on lui demande. Il s'agit donc bien ici d'un phénomène central, d'un trouble cérébral d'origine hystérique.

Cette aphonie motrice se rapproche de l'aphonie motrice organique. Si dans celle-ci l'effacement des représentations motrices peut être complet, le plus souvent les malades qui en sont frappés, conservent l'émission de quelques syllabes, dont ils se servent à tout propos. Or notre malade disait, difficilement il est vrai, *ta-ta-ta*; et dans ce cas l'hystérie simulait très bien les aphonies motrices organiques d'une nature assez grave.

En somme, cette malade présentait à un moment donné trois symptômes principaux : hémiplégie et hémichorée droite accompagnées d'une aphonie motrice grave; si cette malade avait eu une paralysie du facial inférieur droit, le tableau eût été complet; on aurait pu penser, sous bénéfice d'inventaire, il est vrai, à une hémiplégie symptomatique d'une lésion cérébrale. D'autant plus que, lorsque, dans les hémiplégies organiques, l'hémichorée est précoce, elle s'accompagne presque fatalement d'hémianesthésie, et que dans certaines conditions elle peut présenter au repos des caractères presque rhythmiques, qui disparaissent à l'occasion des mouvements volontaires.

Cependant il est bon d'ajouter que l'hémichorée des hémiplégiques survient le plus souvent quand l'hémiplégie commence à guérir ou a complètement disparu. Or, dans notre cas, l'hémiplégie et l'hémichorée, limitées au bras seulement, ont apparu en même temps.

Un autre caractère du mutisme de notre malade est la possibilité d'imiter les mouvements que font les lèvres et la langue pour la prononciation de certaines consonnes.

Nous faisions des lèvres la lettre *p* ou *b*, la malade imitait ces mouvements sans hésitation et chuchotait par conséquent ces consonnes, qu'elle reconnaissait de cette manière. Il lui était impossible de chuchoter un mot, quelque simple et court qu'il fût. Or la persistance, même partielle, de la faculté de chuchoter est très rare dans le mutisme hystérique; nous ne la trouvons consignée dans aucune des vingt observations de M. Cartaz, ni dans celles de M. Dutil et de M. Strassmann.

Hygroma syphilitique de la bourse du psoas iliaque, par le Dr P. Couteaud, médecin de 1re classe de la marine.

Tous les auteurs qui ont écrit sur l'inflammation des bourses séreuses considèrent comme excessivement rare

l'hygroma de la bourse séreuse normale située entre le psoas et la tête du fémur. Velpeau en aurait rapporté un exemple que j'ai vainement cherché dans ses cliniques; Verneuil (1) prétend à bon droit que « c'est sur le cadavre ou dans le cours d'une opération de kélotomie qu'on l'a découvert le plus souvent ». Bref, malgré de très nombreuses recherches bibliographiques, je ne connais que quatre observations publiées *in extenso* : la première est de Chassaignac (2), la deuxième, rapportée par Schaffer (3), a été observée dans le service de Volkmann, la troisième est due à M. Pengrueber (4), la quatrième a été recueillie par M. Dagron dans le service de M. Le Dentu (5). D'autre part, la localisation de la syphilis sur les bourses séreuses n'est acceptée que depuis un petit nombre d'années. On regarde l'hygroma syphilitique comme une lésion tantôt secondaire tantôt tertiaire; le chirurgien américain E. L. Keyes lui donne le nom de *tertiary busitis*, et on s'accorde à lui assigner une date moyenne d'apparition de cinq ans.

On n'a signalé nulle part, à ma connaissance, un hygroma syphilitique de la bourse du psoas iliaque. L'hygroma pur de cette bourse est déjà une rareté, une trouvaille d'autopsie; l'hygroma syphilitique est donc, à plus forte raison, une curiosité pathologique digne d'être signalée à l'attention des cliniciens.

OBSERVATION. — X... est un ouvrier vigoureux, dur à la fatigue, âgé de 31 ans, dont les antécédents héréditaires ne laissent rien à désirer. En 1885, au cours d'une campagne en Chine, il contracta la syphilis, pour laquelle il suivit un traitement mercuriel de courte durée.

En 1886, il entre à l'hôpital maritime de Toulon où on l'opère d'un hydrocèle, symptôme probable d'un testicule syphilitique.

Depuis trois ans il est journalier dans l'arsenal, et son travail consiste à descendre tous les jours une cinquantaine de charges de farine de la hauteur d'un premier étage.

Vers le commencement de novembre 1890, à la suite d'un travail pénible sous la pluie, il se sentit fatigué, et, dit-il, les efforts qu'il fit déterminèrent une adénite inguinale gauche qui suppura ; le malade resta près d'un mois exempt de service. En mars 1891, sans cause appréciable, apparition d'une nouvelle adénite inguinale gauche qui l'oblige à garder le repos pendant quarante jours. Voyant son mal s'éterniser, X... sollicite son entrée à l'hôpital maritime, où nous le voyons pour la première fois le 16 avril 1891, dans le service de la clinique chirurgicale de M. le médecin en chef Rouvier. A ce moment il avait de l'engorgement ganglionnaire au cou et dans les aines, et un bubon nettement fluctuant à gauche que l'on traita par une ponction au bistouri suivie d'une injection de glycérine iodoformée. Huit jours après le bubon était cicatricé, mais le malade se plaignait de névralgies crurales; comme on doutait de leur authenticité, on l'évacua sur un service de médecine où on le garda une douzaine de jours sans croire à une affection bien sérieuse.

Le 20 mai 1891, X... rentra à l'hôpital dans le service de M. Rouvier pour une tumeur de l'aine gauche. Cette tumeur était située sous l'arcade crurale, à la partie supérieure et interne de la cuisse, en dedans des vaisseaux fémoraux; elle était notablement en saillie, de la grosseur d'un œuf, uniforme, un peu arrondie à sa surface, consistante, mate, irréductible, non douloureuse à la pression ; elle gênait surtout le malade par son volume, d'où une légère claudication. La tumeur ne saillait pas assez pour qu'on pût songer à rechercher la transparence; la peau qui la recouvrait était mobile. Son développement apparent remontait à moins de vingt jours. Enfin X... accusait de vives douleurs irradiées de l'arcade crurale au genou gauche, douleurs dont il s'était déjà plaint lors de son premier séjour à l'hôpital.

Un examen attentif du malade permit de reconnaître une collection intra-pelvienne fluctuante, de telle sorte que la main faisait refluer partiellement le liquide sous l'arcade crurale, de la partie interne de la cuisse à la fosse iliaque interne. Cette collection liquide, profonde et assez mal circonscrite, s'élevait jusqu'au tiers inférieur de la fosse iliaque.

Tels étaient les caractères de la tumeur qui s'offrait à nous. Quant à l'état général du malade, il était excellent : absence totale de fièvre, forces conservées, embonpoint satisfaisant. Il n'y avait qu'une ombre à ce tableau, X..... avait encore des traces non équivoques de sa syphilis : engorgement ganglionnaire léger au cou, aux épitrochlées, plus prononcé dans les aines, excessivement marqué à gauche; grosseur anormale des ganglions iliaques surtout à gauche; enfin le testicule droit était volumineux, résistant et induré en un point.

Diagnostic. — La première idée qui s'offrait à l'esprit était celle d'*abcès par congestion*, quoique bien des signes manquassent, l'abcès migrateur pointant généralement en dehors des vaisseaux fémoraux, tandis que la disposition inverse se présentait ici; en outre l'exploration méthodique des vertèbres et du bassin au point de vue de la provenance du pus avait été négative.

Le diagnostic de coxalgie avec suppuration extra-articulaire était peu probable, car les mouvements de la hanche se faisaient normalement et complètement, et, si les douleurs crurales avec irradiations au genou plaidaient en faveur de cette hypothèse, l'absence de toute douleur éveillée dans la jointure par la percussion du grand trochanter, ou du talon, le défaut d'atrophie, l'infirmaient absolument.

M. Rouvier, voyant la tumeur pointer de plus en plus et rallié à l'idée d'un abcès froid, résolut d'intervenir par une ponction suivie d'une injection de vaseline iodoformée. Or, le jour fixé pour l'opération on constatait une diminution notable de la tumeur, et la fluctuation si nette auparavant ne se percevait plus qu'avec une certaine difficulté. Avant de rien entreprendre, le chirurgien fit une ponction exploratrice avec la seringue de Pravaz à la partie interne du triangle de Scarpa et à deux travers de doigt au-dessous de l'arcade crurale : la ponction provoqua l'issue d'un liquide clair, citrin, filant, coagulable par l'acide nitrique. Le diagnostic qui s'imposait était celui d'un hygroma de la bourse séreuse du psoas iliaque. Examinons en effet, une à une, les hypothèses qu'on pouvait émettre.

S'agissait-il d'une hydarthrose de la hanche avec communication de la bourse séreuse sous-musculaire et de la synoviale articulaire, disposition anatomique qui se réalise assez souvent? Il eût fallu pour cela que l'articulation de la hanche fût malade; or, je le répète, tout prouvait qu'elle était saine. L'engorgement des ganglions inguinaux ne pouvait militer en faveur de cette opinion, car on l'observait des deux côtés; cette inflammation chronique était l'effet de la syphilis, et non l'écho d'une lésion articulaire.

On ne pouvait non plus croire à un ancien sac herniaire crural déshabité, un *kyste sacculaire*, comme dit Duplay, car le malade n'avait jamais eu de hernie.

Fallait-il admettre l'existence d'une tumeur kystique ganglionnaire à contenu transparent et séreux, tumeurs entrevues par Velpeau, reconnues par Le Fort, discutées par Verneuil (1), et dont A. Richard (2) a démontré la réalité? Certes, la présence de nombreux ganglions engorgés constituait une présomption en faveur des kystes glandulaires formés au sein du ganglion par de la lymphe retenue et modifiée. Mais ces tumeurs sont en général petites et nettement délimitées par une capsule

(1) *Dictionnaire encycl. des sc. méd.*, article AINE, 1875.
(2) *Traité de la suppuration*, 1859.
(3) *Gazette hebdomadaire*, 1880, p. 603.
(4) *Gazette des hôpitaux*, 1885, p. 1051.
(5) *Société Anatomique de Paris*, 1891, p. 140.

(1) *Dict. encycl. des sc. méd.* Article *Aine*.
(2) BARBET. *Diagnostic des tumeurs de l'aine.* Thèse de Paris, 1886.

d'enveloppe, dit M. Rouvier qui en a observé plusieurs exemples.

Pouvait-on s'arrêter à l'hypothèse d'un kyste hydatique? Non, car non seulement les caractères cliniques de la tumeur, mais encore son évolution s'élevaient contre ce diagnostic.

Dans les trois observations d'hygroma de la bourse du psoas publiées *in extenso* dans l'article de Ch. Nancrède (1), un signe de cette affection est donné comme constant : la tumeur serait située toujours au côté externe des vaisseaux fémoraux ou au bord du muscle grand fessier. Rien de semblable n'existait dans notre cas où, nous l'avons déjà dit, la tumeur siégeait en dedans des vaisseaux fémoraux. D'un autre côté, contrairement à l'assertion de Nancrède qui écrit : « La douleur n'est jamais rapportée au genou », le malade a souvent accusé des douleurs au genou, tantôt avec et tantôt sans irradiations partant de la crête iliaque. Ces douleurs étaient d'ailleurs loin d'être constantes.

En somme, ce fut la ponction exploratrice qui permit ici de déchirer tous les voiles, et nous adoptons sans peine l'opinion de Verneuil concluant à la presque impossibilité du diagnostic de cet hygroma sans l'aide de la ponction. Mais si ce diagnostic est déjà embarrassant dans les cas normaux, dans notre cas il était particulièrement hérissé de difficultés à cause de l'engorgement ganglionnaire et de l'empâtement des tissus.

Etiologie, pathogénie. — Quelle était la nature de cet hygroma? Avions-nous affaire à une manifestation tuberculeuse? Bon nombre du tumeurs de ce genre peuvent survenir, en effet, sous l'influence de la tuberculose, mais, en l'absence de toute lésion dépendant de cette diathèse, une localisation en ce point précis de l'organisme eût été pour le moins singulière. Tout d'ailleurs s'accordait ici pour faire admettre que cet hygroma était une manifestation syphilitique. Depuis un petit nombre d'années, en effet, les syphiliographes ont reconnu l'authenticité de l'hygroma syphilitique, lésion secondaire pour les uns, *tertiaire* pour les autres. Entre autres déterminations curieuses de cette nature, j'ai lu l'observation d'un hygroma aigu de la bourse ischiatique ayant donné le change pour une sciatique partielle. On a vu que notre malade était encore en puissance de syphilis contractée en 1885 (engorgements ganglionnaires divers, testicule gros et induré); il est donc très plausible de considérer comme syphilitique la tumeur qui fait l'objet de ce travail. Enfin, il semble logique de voir en elle une lésion *tertiaire*, si l'on en juge par sa contemporanéité avec un testicule syphilitique.

Mais en somme de pareilles lésions sont très rares, et on peut se demander si, livrée à elle seule, la syphilis eût pu produire de toutes pièces une inflammation de la bourse du psoas. N'oublions pas que X... était astreint à un pénible travail, qu'il descendait chaque jour d'un premier étage une lourde charge représentée par 50 sacs de farine (le sac pèse 51 kilos), effort mettant en jeu le muscle psoas, iliaque. Est-il déraisonnable d'admettre que cet effort, tant de fois répété, ait provoqué, la diathèse aidant, une inflammation de la bourse séreuse du psoas iliaque? Or l'hygroma en se développant a très bien pu se porter entre le pectiné et la terminaison du psoas, combler petit à petit l'espace cellulaire situé à la partie interne du triangle de Scarpa, refouler les vaisseaux fémoraux en dehors, faire saillie sous l'arcade de Fallope où la fluctuation était manifeste et où la ponction a été faite, et en même temps remonter le long du psoas jusqu'à la fosse iliaque interne. C'est en un mot le mécanisme en sens inverse de celui qui produit la hernie crurale, le siège de la tumeur se trouvant en dedans du canal crural au début de son développement au lieu de s'y trouver à la fin.

(1) *Encyclodédie internationale de chirurgie*, 1884.

Marche, terminaison, traitement. — Les auteurs assignent à la *bursite* syphilitique une moyenne d'apparition de 5 ans à dater de l'infection. Le mal dans notre cas n'a éclaté qu'au bout de 6 ans, et son début remonterait à deux mois si on le fait coïncider avec les premières douleurs. Nous avons déjà dit que cette inflammation était si peu apparente à la première hospitalisation de X... qu'elle avait passé inaperçue; mais, en se développant, elle fit saillie sous l'arcade crurale et devint très vite manifeste. Puis l'hygroma cessa de s'accroître et avait déjà diminué de volume quand la ponction fut faite. Il n'y avait plus dès lors d'intervention chirurgicale nécessaire, il fallait tout d'abord instituer un traitement antisyphilitique.

Bien avant son entrée, X... avait déjà pris de l'iodure de potassium; les doses furent portées jusqu'à 4 grammes par jour. Une injection intra-musculaire d'oxyde jaune de mercure fut pratiquée à la fesse. Grâce à ce traitement iodo-mercuriel, la fluctuation devint de moins en moins manifeste et vers la fin de juin la tumeur de l'aine s'affaissa au point de n'être plus sensible à la vue, tandis que la tumeur de la fosse iliaque était à peine perceptible au toucher. Les douleurs crurales et la gêne de la marche disparurent entièrement, le malade était tout heureux de pouvoir faire de longues courses sans fatigue aucune. Les divers engorgements ganglionnaires avaient notablement diminué; l'augmentation de volume et l'induration des ganglions iliaques et du testicule droit persistaient encore, mais notablement amoindries. X... quitta l'hôpital le 29 juillet 1891.

En résumé, on vit s'atténuer diverses manifestations syphilitiques et guérir cet hygroma de la bourse du psoas sous l'influence combinée de l'iodure de potassium et du mercure; le diagnostic se trouvait ainsi confirmé par le traitement, conformément à l'adage : *Naturam morborum curationes ostendunt.*

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Etiologie du tabès (Zur Aetiologie der Tabes), par W. Erb (*Berliner klinische Wochenschrift*, 20 juillet 1891, n° 29, p. 714). — Depuis ses dernières publications sur ce sujet qui remontent à l'année 1883, M. Erb a rencontré plus de 370 nouveaux cas de tabès, et ce sont les résultats de cette nouvelle statistique qu'il expose dans ce travail. Sur 500 cas (200 de la statistique antérieure, 300 de la nouvelle), 10,8 0/0 ne sont pas syphilitiques; 89,2 0/0, sont syphilitiques. Quant à l'époque où apparaît le tabès par rapport à l'infection, la moyenne maximum (37 0/0) est survenue entre 6 et 10 ans après la syphilis. L'auteur conclut, comme il l'avait fait précédemment, que la syphilis joue un rôle prépondérant dans l'étiologie du tabès. On trouve la syphilis seule dans 27 0/0, la syphilis et le froid dans 11 0/0, la syphilis et le surmenage dans 6 0/0, la syphilis et les excès sexuels dans 9,6 0/0, la syphilis et les tares nerveuses dans 12 0/0. Les tares nerveuses existent seules dans 0,7 0/0; le froid seul dans 1,4 0/0, les excès seuls dans 1 0/0. L'hérédité directe ne s'est rencontrée que dans 2 cas : l'hérédité nerveuse (neuropathies diverses), dans 28 0/0 des cas. Au point de vue des professions on trouve : commerçants 207, fabricants 27, officiers 50, ingénieurs-architectes 39, magistrats 34, médecins 26, professeurs, chimistes, pharmaciens 24, propriétaires 20, hôteliers limonadiers 19, rentiers 13, ecclésiastique 1, sans profession 42, ouvriers paysans 30, soldats, marins, mécaniciens 18. Dans 8 cas le tabès est apparu peu de temps après la syphilis à une période de la vie précoce ou tardive (homme infecté

à 57 ans, tabétique à 59 ans; homme infecté à 19 ans et demi, tabétique à 22 ans). L'auteur pense donc que le tabès est le plus souvent la conséquence de la syphilis, mais il pense que d'autres poisons peuvent aussi déterminer le tabès, et qu'il est possible qu'il existe un tabès par ergotisme, comme il y a un tabès par syphilis.

Paralysies oculaires (Zur Aetiologie und Prognose der Augenmuskellæhmungen), par LIEBRECHT (*Münchener medicinische Wochenschrift*, 16 juin 1891, n° 24, p. 416). — Résultats de la statistique de l'auteur de 1885 à 1890. Elle porte sur 25,000 malades, sur lesquels se sont trouvées 312 paralysies oculaires se répartissant ainsi : 43 par syphilis cérébrale, 90 par tabès, 11 par paralysie générale, 3 par méningite, 2 par tumeur cérébrale, 3 par sclérose en plaques, 1 par diabète, 4 par polio-encéphalite supérieure, 3 par névrose traumatique, 3 par myosite et névrite, 3 par maladie de Basedow, 5 par rhumatisme articulaire, 1 par néphrite chronique, 2 par apoplexie, 6 par angine diphthéritique, 4 par influenza, 11 par traumatisme; 3 sont congénitales, 114 n'ont pu être déterminées. La statistique porte ensuite sur les guérisons et la durée des paralysies. Dans plusieurs cas les paralysies ont précédé de quelques années les premiers symptômes de maladies nerveuses, le tabès entre autres, qu'elles annonçaient.

Pachyméningite hémorrhagique, par J.-B. BOUCHAUD (*Revue de médecine*, 1891, n° 7, p. 595). — Sujet atteint dès longtemps de manie aiguë et devenu dément et gâteux. Il est pris d'un état sub-comateux, avec rigidité musculaire généralisée et quelques secousses musculaires, strabisme divergent avec rétrécissement de la pupille droite. A l'autopsie on découvre une hémorrhagie sur la surface de l'hémisphère gauche, et une petite hémorrhagie capillaire vers la région centrale à la coupe des pédoncules cérébraux. L'auteur fait remarquer que d'habitude, dans les cas de ce genre, le rétrécissement pupillaire est au contraire plus prononcé du côté de la lésion, et il attribue le strabisme divergent à la lésion des noyaux de l'oculo-moteur par la petite hémorrhagie vue dans la protubérance. Il n'y a pas eu d'examen histologique

Paralysies glosso-labio-pharyngées d'origine cérébrale (Zur Lehre von der æchten cerebralen Glosso-labio-pharyngealparalyse), par EBSTEIN (*Virchow's Archiv.*, 1891, vol. 124, fasc. 2, p. 334). — Dans la plupart des cas, rares encore du reste, de paralysie pseudo-bulbaire, il s'est agi d'athéromatose; il n'en existait pas dans le cas de l'auteur. Il s'est agi d'une femme de 46 ans, non tarée nerveusement, habituellement bien portante, qui, à la suite de violentes discussions avec son mari, présente une hémiparésie gauche avec contracture, et des troubles de la déglutition, de la paralysie de la langue, une double paralysie faciale et de l'aphasie. Deux ans plus tard, se produit une paralysie de la jambe droite, puis du bras droit, avec contracture et signes spasmodiques. L'intelligence, la sensibilité, les fonctions des sphincters sont constamment intactes. Au bout de 4 ans la malade succombe à une pneumonie. A l'autopsie on trouve de multiples foyers de ramollissement et de sclérose dans les deux hémisphères cérébraux, avec dégénération secondaire descendante des deux faisceaux pyramidaux. Les pédoncules, la protubérance et le bulbe sont intacts; il n'y a pas d'athérome des artères. C'est là un cas de paralysie glosso-labio-pharyngée cérébrale essentielle au sens d'Oppenheim et Siemerling.

MÉDECINE

Action des sels de cantharide (Einiges über die Wirkung des cantharidinensæuren Salze), par GRUETTNER, (*München. medic. Wochen.*, 14 juillet, p. 488). — L'auteur déconseille d'une façon absolue l'emploi des sels de cantharide dans le traitement de la tuberculose, sous quelque forme qu'elle se présente. Les effets curatifs lui ont toujours paru nuls, et l'action sur les reins peut être parfois nuisible.

Production d'acide lactique et de glucose dans les organes (Bildung von Milchsaüre und Glykose bei gestœrter Circulation in Blausaürevergiftung), par H. ZILLESSEN (*Zeit. f. physiol. Chemie*, Bd XV, Hft 5, p. 387, mai 1891). — En diminuant artificiellement l'apport d'oxygène dans les muscles et dans le foie, on constate pendant la vie une augmentation dans la production d'acide lactique dans ces organes. La diminution de l'alcalinité du sang, qui résulte de l'empoisonnement par l'acide cyanhydrique, est due à la présence d'une plus grande proportion d'acide lactique dans le sang. Dans le même empoisonnement, la glycémie est notablement augmentée, principalement dans les cas atténués qui permettent une plus longue observation. Les différences qu'on observe dans l'altération de couleur du sang veineux après l'empoisonnement cyanhydrique, suivant qu'il s'agit d'un animal à sang chaud ou à sang froid, tiennent directement à la différence même de température.

Etiologie du diabète (Ætiologie des Diabetes), par R. SCHMITZ (*Berl. klin. Woch.*, n° 27, p. 672, juillet 1891). — C'est en analysant 2,500 cas de sa pratique que l'auteur tente de préciser certaines conditions étiologiques du diabète. Comme la plupart des observateurs, il a reconnu la prédominance chez l'homme ; mais, en ce qui concerne l'âge, si l'on admet généralement que la fréquence maxima tombe entre 50 et 60 ans, il est très possible qu'on ait affaire à des diabètes qui viennent de loin, et qui sont restés longtemps méconnus. La notion du diabète infantile est aujourd'hui assez bien établie pour qu'on ne songe pas à contester la légitimité de cette restriction. Les Italiens, Suédois, Maltais, la race juive montrent une plus grande prédisposition. L'influence du régime et en particulier l'abus des sucres n'ont qu'une importance minime. La condition dominante est une sorte de prédisposition constitutionnelle ordinairement congénitale et commune à plusieurs enfants de la même famille, parfois héréditaire et transmise dans plusieurs générations successives. C'est par l'intermédiaire de cette prédisposition qu'agissent les influences morales fâcheuses, les psychoses, la morphinomanie, l'alcoolisme invétéré, les traumatismes nerveux. La tuberculose est souvent notée dans les antécédents héréditaires ou collatéraux; de même la goutte. Le diabète vrai est-il transmissible et contagieux ? Est-il microbien ? Certaines remarques sembleraient faire pencher vers l'affirmative.

Quant à la glycosurie qui peut en persistant conduire à un syndrome diabétique complet, l'auteur a retrouvé à son origine la diathèse urique, la polysarcie, la tuberculose, le cancer, les cardiopathies, la syphilis cérébrale, la morphinomanie, la cirrhose, la maladie d'Addison, etc. L'auteur pense que les affections du pancréas entraînent la glycémie, la glycosurie et ses suites, mais que cet ensemble diffère du diabète vrai au moins au début.

BACTÉRIOLOGIE

Microcoques pyogènes dans la sueur (Nachweis von Eiterkokken im Schweisse eines Pyaemischen), par A. v. EISELSBERG (*Berlin. klin. Wochenschr.*, 1891, n° 23, p. 553). — Dans un cas de pyémie consécutive à l'ostéomyélite chez un homme de 30 ans, l'auteur a ensemencé avec toutes les précautions usitées, le sang, le pus et la sueur du front du malade. Les trois liquides ont donné lieu au développement du même micro-organisme, le staphylococcus pyogenes aureus. Le même fait a déjà été constaté par Brunner.

De la peptotoxine de Brieger (Ueber das Peptotoxin Brieger's), par SALKOWSKI (*Arch. f. path. Anat. und Phys.*. t. CXXIV, H. 3. p. 409). — Peut-on admettre avec Brieger qu'il y a dans la digestion de la pepsine, et dans les différentes peptones qu'elle forme, un agent toxique? telle est la question que Salkowski a essayé de résoudre et à laquelle il répond négativement. Pour lui il n'y a pas dans les produits de cette digestion une substance soluble dans l'alcool amylique et toxique par elle-même. Les causes qui ont pu induire Brieger en erreur sont multiples : l'alcool amylique ne présente-t-il pas par lui-même un certain degré de toxicité ? ne peut-on pas considérer comme jouant un rôle important les produits de putréfaction qui se développent presque fatalement dans les digestions artificielles? Les expériences de l'auteur l'ont en effet conduit à admettre qu'il peut y avoir des substances toxiques dans la digestion de la pepsine, mais que celles-ci ont été, soit introduites antérieurement au milieu des substances en expérience, ou bien se sont développées secondairement par l'effet de la putréfaction. C'est qu'en effet les digestions artificielles ne peuvent être que très difficilement aseptiques au sens strict du mot, et il faut faire le départ des

substances toxiques microbiennes ou organiques et des substances toxiques purement chimiques. C'est, pour l'auteur, ce que Brieger n'a pas suffisamment considéré. En un mot, Salkowski admet qu'il peut y avoir, qu'il y a même habituellement, à côté de la peptone, une ou des substances toxiques, mais qu'il n'y a pas de peptotoxine au sens de Brieger.

A la suite de ce travail, différentes communications ont été faites par l'auteur et contradictoirement par Brieger dans la *Deut. med. Wochen.* (n^os, 29, 30). Tout en décelant une extrême animosité, elles ne modifient pas sensiblement les termes dans lesquels se sont posés les deux auteurs.

De la présence d'albumines toxiques dans l'organisme des hommes et des animaux (Ueber das Vorkommen von Toxalbuminen in menschlichen und thierischen Organismus) par R. Immerwahr. (*Deuts. medic. Wochen.* n° 30, p. 916). — L'auteur a repris les expériences de Brieger sur les tétaniques. Il a pu isoler des liquides et des muscles provenant du membre amputé d'un malade atteint de tétanos, une toxine déterminant en 24 heures la mort des cobayes avec tous les symptômes du tétanos. Des recherches faites sur le sang de malades atteints de scarlatine restèrent infructueuses, excepté dans un cas où l'affection se compliquait de phénomènes urémiques. De même les résultats furent négatifs dans des cas de coma diabétique et d'éclampsie.

Toxines de tétanos dans le sang (Ueber den Nachweis von Toxin im Blute eines an Wundtetanus erkrankten Menschen), par F. Nissen. (*Deut. med. Wochenschr.*, 1891 n° 24, p. 775). — Dans un cas de tétanos consécutif à la congélation des pieds, l'auteur a fait la phlébotomie une heure avant la mort du malade et s'est servi du sang du malade pour faire des inoculations à des souris. Les souris, au nombre de 6, inoculées avec ce sérum, ont toutes succombé à des attaques de tétanos; à leur autopsie on n'a pourtant rien trouvé pouvant expliquer cette mort. L'auteur suppose que le tétanos a été provoqué chez les souris par les toxines spécifiques contenues dans le sang, et plus spécialement, dans le sérum du malade. Les expériences d'injection de sérum provenant d'un malade amputé pour un éléphantiasis de la cuisse, ont donné des résultats négatifs en ce sens qu'aucune des souris n'a succombé. L'ensemencement du sang et du sérum provenant du tétanique a donné des résultats négatifs.

Injections de produits solubles du bacille tuberculeux (Ueber einige Injectionsversuche mit Stoffwechselprodukte von Tuberkelbacillen), par C. Stern (*Berlin. klin. Wochens.*, 3 août, p. 770). — L'auteur s'est servi de cultures tuberculeuses anciennes dans un milieu de peptone glycérinée, ainsi composé : peptone, 10 0/0; glycérine, 5 0/0; chlorure de sodium, 0,5 0/0; extrait de viande 0,1 0/0; au bout de cinq semaines la culture ayant gagné le fond du ballon, la couche supérieure du liquide restée complètement transparente fut recueillie, chauffée au bain-marie et filtrée à plusieurs reprises et réduite de la sorte au quart de la quantité primitive du liquide. Avec le produit ainsi obtenu l'auteur fit, sur les animaux tuberculisés, des injections qui déterminèrent tout d'abord de la réaction générale et locale et ultérieurement une régression manifeste des lésions tuberculeuses. Injectée à la dose de 0,003, cette tuberculine sembla donner des résultats satisfaisants dans les cas de tuberculose cutanée, ne produisant aucune réaction chez les sujets non tuberculeux.

Chimie de la tuberculine (Ueber die chemische Natur des Wirksamen Stoffes im Koch'schen Tuberculin) par M. Hahn (*Berlin. klin. Woch.*, 27 juillet, p. 741). — L'auteur conclut de ses recherches que l'agent actif de la tuberculine se précipite par l'alcool, que de plus on peut l'isoler sous forme de substance solide en traitant par le sulfate d'ammoniaque une solution aqueuse du dépôt alcoolique. Le corps isolé est une albumose, probablement pure, peut-être mélangée à d'autres albumoses, en tout cas indifférente, et elle appartient à la classe des toxalbumines.

Les quelques injections faites avec ce produit ainsi isolé ont déterminé des réactions analogues à celles de la tuberculine de Koch.

Bacilles dans le sang après l'injection de tuberculine (Zur Frage der Tuberkelbacillen im Blute nach Tuberculin-Injectionen), par M. Stern (*Münch. med. Wochenr.* 1891, n° 23, p. 402.) — L'auteur a examiné à la clinique de Cornet, le sang de 53 tuberculeux soumis aux injections de Koch. Le sang était pris de 5 à 70 heures après la dernière injection. On fit en tout 166 préparations. Aucune ne contenait de bacilles.

Étiologie de la pneumonie franche (Aetiologie der reinen croupœsen Pneumonie), par Brunner (*Deut. Arch. für kl. Medic.*, t. XLVIII, Hft 1 et 2, page 1, mai 1891). — L'étiologie de la pneumonie a été dans les dernières années si profondément modifiée qu'une étude sur ce sujet semble devoir dès l'abord se présenter comme un chapitre de l'histoire naturelle du pneumocoque. Ce n'est pas dans ce sens et avec cette orientation qu'a été conçu le travail de l'auteur. Il s'agit d'une revue étiologique de la pneumonie telle qu'on la comprenait avant les doctrines bactériennes, telle par exemple qu'elle a été tracée avec un grand luxe de détails et d'observations personnelles dans le traité de Grisolle. Il y a bien quelque courage et quelque mérite à se dégager d'une pathogénie singulièrement spéculative pour revenir à la médecine d'observation, à l'étude des grands facteurs cosmiques et somatiques qui ont éclairé longtemps la doctrine étiologique de la pneumonie, et qui ne doivent, en bonne règle, rien perdre de leur valeur à côté de l'histoire des pérégrinations du pneumocoque.

L'auteur a utilisé dans ce travail les matériaux accumulés dans les livres classiques, les statistiques de Grisolle, Masson, Hoffmann, Alison, etc., etc... et il apporte en outre cent observations nouvelles. On trouvera là tout ce qui concerne l'influence des saisons, de la température, de l'état hygrométrique, de la hauteur du baromètre, ou encore de la constitution, de la profession, etc. Des tableaux et graphiques éclairent utilement cette description un peu ingrate.

Bacillus coli communis et suppuration (Sopra un caso di suppurazione prodotta dal bacillus coli communis), par Muscatello (*La Riforma medica*, 20 juillet 1891, p. 145). — Dans le pus d'un abcès de l'espace pelvi-rectal supérieur consécutif à une rectite ulcéreuse, chez une femme de 23 ans, l'auteur a trouvé un microbe présentant tous les caractères du bacillus coli communis.

BIBLIOGRAPHIE

Études de pathologie et de clinique médicales, par le Dr Th. E. Leudet, 3 forts vol. in-8°. Paris, G. Steinheil. — Clinique médicale de l'Hôtel Dieu de Rouen, par le Dr Th E. Leudet, Paris, J.-B. Baillière.

« L'œuvre disséminée de Leudet, rassemblée par une main pieuse, est offerte dans son ensemble au public médical. C'est la réédition des œuvres éparses, importantes ou minimes, qui, pendant près de quarante ans, ont marqué le progrès de cet esprit éminent et laissé la trace de son observation et de ses réflexions. Un bon nombre de ces mémoires ont excité la curiosité et retenu l'attention à l'époque de leur apparition; tous ont été accueillis avec faveur. Malgré sa modestie et quoiqu'il fût soucieux de sa mémoire, Leudet n'aurait pas soustrait une seule de ses pages à la réimpression qui vient de s'achever; et ses contemporains qui, dans son œuvre, ont su mettre à part ce qui est excellent auraient regretté aussi qu'une seule page fût effacée. C'est que toutes portent la marque de ce qui était son caractère suprême : la conscience, c'est-à-dire le travail et la sincérité. Tout est intéressant chez les hommes laborieux et sincères; leurs erreurs mêmes sont instructives. »

Nous pourrions borner à ces quelques paroles, par lesquelles débute la préface due à M. Bouchard, l'annonce bibliographique des ouvrages que nous devons à madame Leudet. Un tel jugement porté sur une œuvre médicale par l'un des maîtres les plus autorisés de la clinique française est, en effet, la plus belle récompense que puisse ambitionner un savant. Mais nous devons associer ici à l'homme éminemment distingué qui a écrit ces nombreux mémoires, celle qui, depuis le jour où la mort a frappé Leudet, n'a cessé d'honorer sa mémoire en se donnant tout entière à l'œuvre qu'elle vient de terminer. Pour arriver à recueillir dans des journaux ou des revues de médecine, à recopier sur leur texte original, à réu-

nir dans leur ordre chronologique d'abord, par ordre de matières ensuite, tous ces travaux qui passent successivement en revue la pathologie tout entière, il fallait cette force de volonté, cette constance et cette activité intelligente que donnent à une femme de cœur le souvenir de celui qu'elle a tant aimé et la certitude d'être utile en le faisant mieux connaître. Tous ceux qui auront lu la courte notice biographique écrite par madame Leudet sauront rendre hommage au caractère du savant médecin dont la vie entière peut servir de modèle. Tous ceux qui auront étudié les nombreux mémoires réunis dans ces trois volumes sauront rendre justice à son activité laborieuse. La *Gazette hebdomadaire* a déjà longuement analysé la *Clinique de l'Hôtel-Dieu de Rouen*, écrite en 1874, (v. 1874, p. 271). Elle a signalé au moment de leur apparition ou reproduit textuellement plusieurs des travaux insérés aujourd'hui dans les *Etudes de pathologie et de clinique médicales*. En annonçant la publication de l'œuvre de Leudet, nous ne voulons donc que nous associer respectueusement à l'hommage rendu à sa mémoire par celle qui porte si dignement son nom.

L. Lereboullet.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Bacteria and their products, par G. S. Woodhead. 1 vol. petit in-8° de 459 pages. Londres 1891. Walter Scott, éditeur.

L'auteur a condensé dans ce volume et résumé d'une façon très claire presque tous les faits connus de l'histoire des bactéries et de leurs produits. Après avoir exposé l'historique de la bactériologie et le rôle pathogène des bactéries en général, il décrit les bactéries des grandes maladies infectieuses, en insistant surtout sur les faits définitivement acquis; les produits de sécrétion des bacilles et les vaccinations sont l'objet de chapitres plus courts. Enfin un résumé très pratique de technique bactériologique termine l'ouvrage qui sera très utile à consulter et occupera une place honorable dans la série déjà longue et encore ouverte des traités élémentaires consacrés à cette science en voie de transformations incessantes qui s'appelle la bactériologie.

Des climats et des stations climatiques, par Hermann Weber. Traduction de l'anglais, par P. Rodet. 1 vol. in-8° de 128 pages. Paris, 1891.

L'auteur a réuni dans ce volume des données précises sur les climats et l'influence des agents physiques sur la température, l'humidité et les mouvements de l'air, et y a ajouté des renseignements sur les caractères des diverses stations climatiques. On peut reprocher à cette partie une concision parfois excessive, telle une phrase sur Nice dont l'auteur se contente de dire qu'elle est « tellement connue que son éloge n'est plus à faire. » D'une façon générale, l'auteur donne les indications et les contre-indications générales des diverses stations, mais s'appesantit peu sur leurs indications spéciales dans telle ou telle maladie. Comment d'ailleurs faire autrement quand on condense en 80 pages toutes les données sur les climats maritimes, d'altitude et de plaine du monde entier ? Il faut cependant reconnaître que les stations françaises sont presque toutes appréciées avec justice et avec quelques détails. La traduction, facile à lire, offre deux défauts, à notre avis très considérables : c'est d'abord l'absence d'une table analytique permettant de s'orienter dans un texte assez compact dont les divisions sont peu indiquées typographiquement, ensuite et surtout l'emploi pour la notation des températures de l'échelle Fahrenheit; cette échelle, peu familière aux lecteurs français et si différente de l'échelle centigrade, aurait dû disparaître entièrement et le traducteur aurait pu ne pas se croire contraint à conserver cet anglicisme si gênant en matière scientifique.

Etude sur l'adénie ou pseudo-leucémie (maladie de Hodgkin), par Jean Crocq fils. Broch. in-8°. Bruxelles, 1891. Lamertin, éditeur.

L'auteur de ce travail a réuni la plupart des observations publiées à tort ou à raison sous le nom de pseudo-leucémie et y a ajouté une observation personnelle. Puis il résume en quelques pages les caractères anatomiques et cliniques de cette maladie.

Manuel de séméiologie technique, par Maurel, 1 vol. in-18, de 558 pages. Paris, 1890. O. Doin, éditeur.

L'auteur de ce manuel s'est attaché à exposer avec clarté les procédés physiques d'exploration employés en médecine et à donner sur l'instrumentation médicale et son mode d'usage des renseignements qu'on ne trouve généralement pas dans les traités de diagnostic: il résume, plus rapidement, les inductions diagnostiques que l'on peut tirer de l'emploi des instruments. Outre les procédés classiques de pesées, de thermométrie, de mensurations, d'auscultation, de spirométrie, et d'examen des urines, l'auteur décrit et apprend à employer dans les recherches cliniques le téléphone, le microphone, le spectroscope dont l'usage est moins familier au médecin. On trouvera réunis dans son livre une foule de documents qui sont rarement collectés dans nos traités de diagnostic et qu'il est bon d'avoir sous la main.

Recherches expérimentales sur les leucocytes. 3e fascicule. Role des leucocytes dans la mort par la chaleur et par le froid, par E. Maurel. In-8° de 84 pages. Paris, O. Doin éditeur, 1891.

Dans ce fascicule qui continue ses patientes, laborieuses et minutieuses recherches sur les leucocytes dans la série animale, M. Maurel expose les expériences faites sur la grenouille et le lézard dans le but de comparer les températures auxquelles périssent ces animaux et celles qui amènent la mort de leurs leucocytes. Il conclut de ses expériences qu'un animal ne peut survivre à la mort de ses leucocytes, et qu'aux approches de la mort sous l'influence du froid ou de la chaleur il y a un rapport évident entre les modifications éprouvées par les leucocytes d'un animal et les symptômes manifestés par l'animal lui-même : ainsi le coma survient lorsque les leucocytes deviennent immobiles, l'animal meurt quand les leucocytes meurent; il revient à la vie lorsqu'on fait reprendre leurs mouvements aux leucocytes; de sorte que la mort de l'animal peut être considérée comme la conséquence de la mort de ses leucocytes.

Les conditions de la vie des leucocytes sur la platine d'un microscope ne sont sans doute pas identiques à celles que ces éléments rencontrent dans les vaisseaux, et cela n'est pas sans retirer quelque importance à ses recherches. De plus, l'élévation ou l'abaissement de la température d'un animal amènent certainement dans la constitution chimiques de ses humeurs et dans le fonctionnement de son appareil nerveux des modifications complexes qui peuvent intervenir, au moins autant que les altérations de ses leucocytes, dans le mécanisme de la mort. Georges Thibierge.

Thèses de Paris.

La nourricerie de l'hospice des Enfants-Assistés (Enfants syphilitiques et suspects), par Nicolle.

Malgré tous les soins qu'on prend des enfants à la nourricerie, la mortalité sera toujours élevée, car l'*encombrement* constitue un facteur de mortalité important. L'envoi en province des enfants est souvent leur seule planche de salut; il faut donc isoler ainsi tous ceux que leur état de santé permet d'envoyer à la campagne; Jullien donne pour les enfants manifestement hérédo-syphilitiques de la classe peu aisée un chiffre de mortalité de 42,5 0/0; le chiffre le plus bas de la mortalité à la nourricerie a été en 1882-83 de 46,12 0/0. La nourricerie néanmoins est utile pour les nouveau-nés non syphilitiques, mais cachectiques et athrepsiés; elle est nécessaire pour les syphilitiques qu'on ne peut faire allaiter par des campagnardes saines. L'établissement de Châtillon servira aux enfants peu malades et qui seront évacués quand ils auront pris le dessus.

Pour supprimer la contagion, il faut supprimer les nourrices.

Le mieux, dit l'auteur, est de faire alimenter l'enfant syphilitique par une nourrice syphilitique ou, à son défaut, par une ânesse.

Dans certains cas, quoi qu'on fasse, l'enfant est fatalement voué à la mort.

De l'hémostase préventive dans les opérations chirurgicales, par L. Audain.

L'hémostase préventive a pour but d'empêcher par des procédés spéciaux le sang de s'écouler des tissus sur lesquels doit porter le bistouri. Parmi les procédés d'hémostase préopératoire les plus usités de nos jours sont : le refoulement du sang et la compression au moyen de la bande d'Esmarch, la ligature préventive des vaisseaux, la ligature de la base des tumeurs avec des tubes de caoutchouc. Ces procédés utiles dans certains cas sont inapplicables dans beaucoup d'opérations. Seule l'hémostase préventive par pincements des vaisseaux (méthode de Péan) est une *méthode générale*. L'application des pinces à hémostase préventive est facile, rapide et inoffensive. L'application du pincement préventif ne trouve guère de contre-indication que quand il s'agit d'organes à texture très délicate, comme l'intestin. Le pincement préventif est simple, composé ou combiné; d'emblée total ou progressif; préventivo-temporaire ou préventivo-définitif. La méthode du *morcellement* (Péan) combinée au pincement préventif donne au point de vue de la pratique opératoire les meilleurs résultats.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant*.

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES SAMEDIS ET PUBLIANT TOUS LES MERCREDIS

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

RÉDACTEUR EN CHEF : Dr L. LEREBOULLET. — SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION : Dr A. BROCA.

BULLETIN

Paris, le 11 septembre 1891.

La fièvre typhoïde dans les garnisons françaises et leur assainissement.

La rapidité actuelle des informations ne laisse pas que d'émouvoir, quelquefois outre mesure, l'opinion publique, en lui faisant connaître coup sur coup les manifestations épidémiques survenues sur les points les plus opposés du territoire. La presse politique, avec ses exagérations habituelles et l'incertitude de ses renseignements, augmente encore trop souvent cette inquiétude, si bien qu'on ne pourrait déplorer un tel état de choses, s'il n'avait pas aussi pour effet de tenir constamment en éveil les pouvoirs publics sur l'état sanitaire du pays et s'il ne pouvait avoir peut-être comme résultat l'amélioration de cet état sanitaire.

L'an dernier et cet hiver l'on apprenait ainsi que de sérieuses épidémies de fièvre typhoïde sévissaient dans les garnisons de Beauvais, Verdun, Lunéville, Mézières, Cherbourg, Montargis, Lorient, Dinan, Nice, Angoulême, Mirande, Agen, Paris, etc. ; plus récemment on en a signalé de semblables à Courbevoie, Avesnes, Lisieux, Versailles, Auxonne, Brest, Perpignan, Roubaix, pour ne citer que celles dont on a le plus parlé. A vrai dire, ces épidémies, quelque meurtrières qu'elles aient été, n'élèvent pas encore dans une proportion bien considérable le tribut mortuaire annuellement payé par notre armée à la dothiénentérie; mais elles étonnent d'autant plus que l'on s'était plu à espérer que les efforts si connus du ministère de la guerre diminueraient davantage encore le nombre des victimes.

Nous avons exposé à maintes reprises, d'après les documents officiels, quels ont été et quels sont ces efforts, de même que nous avons plusieurs fois déjà montré que la mortalité typhoïdique décroissait actuellement dans l'armée française, pendant une période plus longue qu'on ne l'avait jamais observé, ce qui tendait à admettre l'influence heureuse et bienfaisante exercée par les mesures prophylactiques appliquées dans les casernes et parmi les troupes. Pour aujourd'hui cette difficile entreprise subit une phase qui, pour n'être pas imprévue, n'en présente pas moins son intérêt et ses difficultés.

On sait en effet que, chaque fois que le service de santé de l'armée est informé de l'existence d'une épidémie de fièvre typhoïde, une enquête sanitaire est faite qui permet de se rendre compte de l'état de salubrité de la garnison; cette enquête porte sur toutes les causes susceptibles d'avoir provoqué cette épidémie ou de la propager, telles que la qualité des eaux d'alimentation, son degré et ses modes de pollution, les habitudes et les précautions prises pour l'évacuation des matières usées, l'état du casernement, la situation physique des hommes, etc., etc. Or, il arrive, et c'est le cas pour nombre d'épidémies récentes, que l'épidémie peut être attribuée à une cause indépendante du milieu militaire; elle réside dans la localité elle-même et l'administration de la guerre est impuissante à y remédier à elle seule. Quelle conduite convient-il de tenir en pareil cas?

En veut-on un exemple récent? Il paraît démontré que, dans l'une des villes où la fièvre typhoïde vient de sévir avec le plus d'intensité sur les troupes, la conduite qui amène l'eau potable à la caserne est polluée au passage par le déversement des matières fécales provenant d'un établissement scolaire voisin. Nous pourrions citer cette ville, et il nous serait également facile de rappeler que ce fait est fréquent dans beaucoup d'épidémies observées. Quelle que soit l'opinion que l'on professe sur l'étiologie de la fièvre typhoïde, quel que soit même l'exclusivisme qu'on pourrait accorder à l'une des théories en cours, il est un point sur lequel tout le monde est heureusement d'accord, c'est que cette affection provient fréquemment des altérations de l'air ou de l'eau, qu'elle est, comme on disait autrefois dans un langage vulgaire mais plein de bon sens, fille de la saleté et de l'encombrement. Qu'y a-t-il du reste, au fond de toutes les doctrines qui se disputent aujourd'hui l'honneur d'expliquer plus ou moins complètement ces manifestations épidémiques, si ce n'est la constatation même de ce fait, à savoir que, pour qu'il y ait fièvre typhoïde, il faut à son germe des conditions de production peut-être, de développement à coup sûr, qui se résument, au point de vue de l'hygiène, dans les termes que nous venons de rappeler.

Voici donc une caserne dont l'insalubrité provient du milieu urbain, à titre permanent ou temporairement. Suivant la remarque de M. Léon Colin, « une caserne, irréprochable d'ailleurs, peut être originellement compromise par les mauvaises conditions hygiéniques de la localité... L'exquise sensibilité de l'organisme du soldat, ce nouveau venu, révèle le fléau local, mais il ne le crée pas ». A telle enseigne qu'il est nombre de garnisons où, en présence d'une épidémie déclarée par le service de santé, l'on ne tarde pas à reconnaître qu'elle existait préalablement dans la population civile; elle avait passé inaperçue, la déclaration des causes de décès n'était pas encore généralisée chez nous. D'autres fois, l'insalubrité locale est postérieure à la construction de la caserne ou elle provient d'une cause accidentelle qu'il appartient à l'autorité civile seule de pouvoir modifier.

Le service de santé de notre armée, il n'est que trop juste de le proclamer bien haut, a accompli depuis quelques années, sous l'impulsion du ministre de la guerre, une tâche considérable; il a réussi à acquérir un matériel sanitaire des mieux appropriés à la prophylaxie des épidémies, il a graduellement poursuivi l'assainissement des casernements et il a eu la satisfaction de voir les ravages de la dothiénentérie diminuer dans une notable proportion. En 1887, on comptait 5991 typhoïdiques dans l'armée française, dont 763 décès ; en 1888, 4883 dont 801 décès; 4174 en 1889, dont 701 décès; 3491 seulement en 1890 et 572 décès, et tout fait espérer que, malgré les épidémies constatées dans ces derniers mois, l'année 1891 accentuera encore cette diminution progressive, car tandis que dans le premier semestre de 1890 il y avait eu 972 cas et 252 décès, le premier semestre de 1891 n'a fourni que 788 cas et 191 décès, d'après les chiffres officiellement communiqués au Congrès international d'hygiène de Londres par M. Schneider. Aussi conçoit-on aisément qu'en présence d'épidémies nouvelles dont les villes sont reconnues responsables, l'administration de la guerre s'efforce de sauvegarder ses hommes contre leur insalubrité.

Dans l'état actuel de notre législation et de nos mœurs politiques et sociales, il n'est pas facile d'obtenir le résultat que sollicite si justement cette administration. Passe encore si les travaux demandés à une ville sont de faible importance et qu'il y puisse être promptement pourvu; mais le plus souvent il s'agit de travaux généraux d'assainissement, d'un ensemble d'opérations qui nécessitent des études approfondies, de longs délais et de grosses dépenses. Les budgets communaux sont généralement pauvres et peuvent à peine suffire aux charges déjà consenties; il en est de même pour les budgets départementaux qui leur pourraient venir en aide, et le budget de l'Etat n'a pas encore été affecté d'une façon bien sérieuse ni bien efficace à cette catégorie de dépenses, si bien que les choses restent le plus souvent en l'état, au détriment de la garnison et de la ville; celle-ci est encore lésée dans ses intérêts d'une manière bien plus évidente à tous les yeux lorsqu'il arrive, comme ces jours-ci à Brest, que les troupes sont retirées et que la municipalité est mise en demeure de prendre une résolution pour la construction d'un nouveau casernement!

Il y a longtemps qu'on écrit, et qu'on dit de tous côtés et sur tous les tons, que l'assainissement des villes est une œuvre d'Etat, à laquelle la nation tout entière est directement intéressée : M. Brouardel a fait très judicieusement observer que la permanence de la fièvre typhoïde dans certaines villes frontières constitue un véritable péril national pour le jour où des concentrations de troupes devraient y être opérées. L'histoire militaire ne témoigne-t-elle pas, dans tous les temps, de l'extrême importance qu'acquiert la salubrité des agglomérations où séjournent les armées? Si donc l'Etat ne saurait rester indifférent à une telle situation, faudra-t-il qu'il se charge lui-même de l'assainissement de ces localités ou qu'il les contraigne à l'entreprendre ? La première solution trouverait plus d'un opposant décidé et l'on ne voit pas bien en France comment l'Etat pourrait ajouter cette obligation nouvelle à celles dont il est déjà accablé ; l'on comprend mieux qu'il intervienne, au nom de l'intérêt général, auprès des municipalités.

Cette question s'est posée et se pose chaque jour dans tous les pays civilisés. En Angleterre, où les travaux d'assainissement sont en si grand honneur, la législation, sans être très précise, suivant les habitudes de cette nation, a permis de donner une extension considérable aux amenées d'eau et aux installations d'égouts; les budgets locaux y consacrent une moyenne annuelle d'environ 55 millions de francs en travaux neufs, qui sont décidés par la corporation municipale ou le conseil de comté, soit de leur propre initiative, soit par contrainte si l'autorité centrale est intervenue en présence de l'élévation insolite de la mortalité ou de la constatation d'un état grave d'insalubrité. En Belgique, l'Etat est entré une seule fois, depuis l'indépendance de ce royaume, dans la voie des subventions directes et depuis 1832 il n'y a plus apporté aucune attention. L'Italie a adopté une autre manière de faire, en garantissant aux villes les emprunts qu'elles sont désireuses de faire pour leur assainissement; déjà plus de cinq millions chaque année ont été ainsi affectés à ce but, depuis quatre ans.

Le gouvernement est, en France, chargé, depuis la loi de 1807, d'ordonner les travaux de salubrité dans les villes et celles-ci sont autorisées à se couvrir de leurs dépenses par une contribution spéciale sur les propriétaires qui en tirent bénéfice. Mais les difficultés d'application de ces dispositions légales sont telles, et l'opinion publique est encore si peu habituée à ces questions, qu'on ne peut citer qu'un nombre singulièrement restreint d'applications de la loi et pour des cas tout à fait spéciaux, tels que celui, si bien connu, de l'épuration du ruisseau de l'Espierre qui contaminait l'Escaut et dont la Belgique menaçait d'arrêter le cours. C'est pourquoi il faut laisser nos municipalités accomplir ces travaux, les y aider ou les y forcer. Il ne servirait que fort peu de reproduire ici tous les arguments en faveur de la nécessité de tels travaux, mais il n'est pas inutile de faire remarquer que les villes sont appelées à en recueillir des bénéfices pécuniaires souvent assez considérables. Les amenées d'eau, les égouts donnent lieu à des redevances, à des taxes dont le montant couvre et peut aisément dépasser les frais de l'entreprise ; même en appliquant la formule sanitaire qui veut que l'eau soit fournie gratuitement aux habitants et qu'on ne leur fasse payer que l'évacuation des matières usées, une municipalité, justement soucieuse des deniers publics, peut y trouver, sans exagération, profit pour l'hygiène publique et pour son budget.

Mais une autre difficulté, quelquefois insurmontable,

réside dans la nécessité de subvenir aux premières dépenses d'installation, qui sont souvent considérables. La ville de Marseille vient de résoudre cette difficulté d'une manière intéressante, qui appelle l'attention de toutes les municipalités et qui est de nature à faciliter considérablement l'assainissement de nos villes de garnison. Comme l'avait déjà fait Bruxelles et avec les mêmes entrepreneurs, elle a concédé la construction complète de son réseau d'égouts sans avoir à débourser un centime jusqu'à leur achèvement et leur réception dans un délai de cinq ans. Pour cette époque, elle est dès maintenant autorisée à rendre obligatoire le raccordement des habitations à l'égout pour le déversement de toutes les immondices, moyennant des redevances qui constituent sur le système actuel de vidanges un avantage marqué pour les propriétaires et dont le total permettra à la ville de gager aisément un emprunt destiné à se libérer, moyennant un certain nombre d'annuités, vis-à-vis de ses entrepreneurs. Ainsi une ville peut, sans sacrifices immédiats, réaliser la partie la plus intense de son programme d'assainissement jusqu'au jour où, s'étant préparé de nouvelles ressources, elle liquide facilement une opération aussi heureuse pour ses finances que pour son état sanitaire. Au moment où le problème de l'assainissement de nos villes a pris une nouvelle actualité qu'il importe de ne pas laisser oublier, il nous paraît intéressant de signaler cet exemple que les hygiénistes sont heureux de pouvoir offrir comme la meilleure réponse aux réclamations que les légitimes exigences de l'autorité militaire tendent de plus en plus à adresser aux municipalités, partout où l'insalubrité urbaine a une influence manifeste sur la santé de la garnison.

A.-J. Martin.

REVUE GÉNÉRALE

La chirurgie du poumon.

La chirurgie du poumon, sous la protection de l'antisepsie, a donné des preuves suffisantes de ce qu'elle vaut et de ce qu'elle peut. Elle ne doit plus aller jusqu'aux périlleuses agressions auxquelles se sont risqués quelques chirurgiens étrangers : la *pneumectomie* restera, sauf pour quelques néoplasmes superficiels du poumon, une curiosité de laboratoire. Les expériences de Glück (1), de Marcus (2), de Block (3), de Schmidt (4) et de Biondi (5) montrent que les lapins et les chiens supportent bien une résection pulmonaire; tant mieux pour ces animaux. Mais la triste aventure de Block qui, après une pneumectomie mortelle, se suicida pour éviter une poursuite judiciaire; la mort des deux tuberculeux de Krœnlein (6), celle des deux opérés de Ruggi (7), prouvent qu'il est peu conforme à la chirurgie raisonnable de réséquer des poumons humains, et de passer du lapin à l'homme.

Par contre, la *pneumotomie* semble faire son entrée la chirurgie saine et profitable. Comme l'a dit Truc (1), « cette opération s'adresse directement à quelques affections pulmonaires dont les produits sont excrétés imparfaitement et constituent un grand danger dans l'organisme; quoique le poumon possède une canalisation favorable à l'expulsion de ses éléments morbides, l'issue de ces derniers est quelquefois difficile et incomplète : il survient alors des phénomènes de rétention et des accidents septicémiques. » C'est assurément une entreprise thérapeutique rationnelle que d'obéir, ici comme ailleurs, à cette indication capitale : ouvrir de larges voies de décharge à ces produits infectieux; supprimer par le drainage les points stagnants; désinfecter le foyer morbide. Reste à établir comment le parenchyme pulmonaire tolère ce traitement.

Et d'abord, il paraît de plus en plus évident qu'on laissera tranquilles les cavernes pulmonaires des tuberculeux. Les enthousiastes ont beau nous citer la fameuse et providentielle blessure du fils de M. de la Genevraye, « gentilhomme de haute considération », phthisique désespéré qui reçut un coup d'épée salutaire lequel lui vida fort à propos une caverne pulmonaire et le guérit ; nous avons beau lire quelques observations trop sommairement annotées : « amélioration »; ce n'est point une chirurgie d'avenir. Nous savons, par les tableaux de Truc et par les communications ultérieures, que la mortalité opératoire est de 40 p. 100 environ; nous n'ignorons point que l'amélioration obtenue n'a été que fugitive et purement symptomatique. Et nous concluons à l'abstention opératoire en matière de cavernes tuberculeuses; Truc estime qu'on pourrait intervenir chez un malade d'état général encore bon, dans le cas d'une excavation constituant la lésion essentielle, avec des symptômes de rétention cavitaire. Ce cas hypothétique peut-il devenir un cas clinique? Nous en doutons : cette forme limitée caverneuse et ces conditions opératoires sont exceptionnelles; autour de la caverne, le poumon est le plus souvent envahi; d'avance, la partie est perdue.

Voici des circonstances, au contraire, où l'intervention est raisonnable et le résultat profitable peut-être. Dans un poumon se trouve un abcès, une cavité bronchiectasique très sécrétante, une pleurésie interlobaire vidée par vomique, ou une caverne consécutive à un noyau limité de gangrène, ou bien un kyste hydatique du parenchyme : l'évacuation du foyer est insuffisante; la fièvre de rétention s'allume ; l'état général s'agrave. Le diagnostic topographique de la lésion une fois établi, il est indiqué, si les chances de guérison naturelle diminuent de jour en jour, d'évacuer le foyer infectant et de supprimer la résorption qui empoisonne progressivement le malade. Théoriquement, le précepte est hors de conteste; pratiquement, il y a bien des obscurités diagnostiques, bien des obstacles opératoires.

Il est des cas, en revanche, où la pneumotomie est obligatoire, nettement indiquée, aisément exécutable : la chose est alors plus simple que le mot. Voici, par exemple, le malade de Radek (2) qui présente, au voisinage du sein droit, deux larges abcès par lesquels l'empyème pleuro-pulmonaire vient pointer sous la peau : une simple incision ouvre du coup plèvre et poumon. L'opéré de Queiss (3) a une pneumonie du sommet et un abcès parenchymateux communiquant avec une collection pariétale qui bombe et fluctue à la région thoracique droite : on incise l'abcès sous-cutané, et, par là même, on ouvre issue au pus pulmonaire. Le malade de Bacchini (4) porte un abcès du poumon consécutif à une pneumonie gangré-

(1) Glück, *Berlin. klin. Woch.*, 3 mars 1884.
(2) Marcus, *Gaz. méd. de Paris*, 1881, n° 49.
(3) Block, *Berlin. klin. Woch.*, 31 octobre 1881.
(4) Schmidt, *Berlin. klin. Woch.*, 1881, n° 51.
(5) Biondi, *Giorn. intern. delle sc. med.*, 1882, p. 759, et 1883, 248.
(6) Krœnlein, *Berlin. klin. Woch.*, 3 mars 1884.
(7) Ruggi, *la Tecnica della pneumectomia nell'uomo*, 1885.

(1) Truc, *Essai sur la chirurgie du poumon*, Thèse de Lyon, 1885, p. 35.
(2) Radek, *Centralb. für Chir.*, n° 44, p. 750, 1878.
(3) Queiss, *Wien. med. Wochenschr.*, n° 13, p. 363, 1882.
(4) Bacchini, *Imparziale*, n° 11, 1883.

neuse : la collection purulente fluctue nettement sous la peau des troisième et quatrième espaces intercostaux, et sollicite le coup de bistouri. En vérité, dans tous ces cas, l'expectation n'eût guère été possible, ni l'indécision opératoire explicable. Le pus vient de lui-même affleurer le derme et se présenter au trocart ou au couteau : une simple ouverture d'abcès devient par contre-coup une pleuro-pneumotomie; c'est de la chirurgie à la portée de tous.

Voici encore des interventions de chirurgie pulmonaire simple, où parfois les opérateurs font de la pneumotomie, comme M. Jourdain de la prose. Postérieurement à l'incision thoracique, et par l'issue à travers la bouche des liquides injectés dans la poitrine, Bellington (1) s'aperçoit qu'il a pénétré jusqu'à une collection pulmonaire. Rohden (2) fait une pleurotomie pour empyème; le doigt, introduit dans la cavité pleurale pour l'exploration, détermine de la toux et une expectoration hémo-purulente : il a ouvert un abcès pulmonaire. On objectera que peu importe l'incertitude diagnostique pourvu que le résultat thérapeutique soit heureux. D'accord ; nous voulons simplement faire observer qu'il faut réduire à leur exacte importance certaines de ces opérations pulmonaires, qu'il convient de n'y point voir toujours de la chirurgie « de haute école », et que dans bien des cas, ce n'est point de propos délibéré, suivant un plan opératoire bien arrêté, après un diagnostic ferme, que la pneumotomie se décide et se pratique.

Il n'est point toujours possible, d'ailleurs, de déclarer si c'est dans le poumon ou dans la plèvre que siège la collection. Chez un malade, on trouve au grand complet l'ensemble des symptômes cavitaires; l'expectoration rejette des crachats purulents ou fétides; la fièvre qui s'allume, l'état général qui s'aggrave, montrent que ces évacuations sont insuffisantes; du pus s'est amassé, une ponction exploratrice intra-thoracique a même rencontré ce foyer. Où siège-t-il exactement? Est-ce un empyème enkysté, interlobaire surtout, qui se vide imparfaitement par une fistule pleuro-bronchique? Est-ce un de ces noyaux gangréneux circonscrits de l'écorce pulmonaire, au voisinage duquel des adhérences se produisent, qui limitent et « emmurent » la poche pleurale adjacente à la cavité de sphacèle pulmonaire? Depuis que Bucquoy (3) a décrit cette forme pleurétique de la gangrène pleuro-pulmonaire, depuis que le cas du professeur Dolbeau l'a rendue classique, cette variété clinique est hors de conteste. Est-ce une collection pulmonaire, en plein parenchyme, et sans foyer pleural communiquant? Est-ce une excavation bronchiectasique? Voilà des questions diagnostiques souvent malaisées à résoudre.

En tout cas, il est indiqué de vider la cavité purulente ou gangréneuse. S'il s'agit d'un empyème enkysté, ouvert dans les bronches par vomique, la pneumotomie ne sera qu'une pleurotomie, suivant la technique commune : l'abcès intra-pleural une fois largement évacué et drainé, la communication bronchique se cicatrisera promptement; ce sont les vomiques purulentes irrégulières et intermittentes qui entretiennent le trajet fistuleux, comme c'est la stagnation du pus qui fait la fièvre et la cachexie imminente. S'agit-il d'un foyer circonscrit de gangrène pleuro-pulmonaire, c'est encore une simple et banale pleurotomie : le bistouri, en incisant la fenêtre intercostale, ouvrira cette caverne gangréneuse dont la plèvre constitue l'une des parois, dont l'autre est formée par le tissu pulmonaire, décortiqué de son feuillet viscéral, irrégulier, tomenteux, couvert de débris sphacéliques, et baignant dans le liquide fétide de l'empyème gangréneux. Mais ici la pleurotomie comporte des lavages, de grandes chasses d'eau antiseptique destinées à éliminer les eschares et à déterger le foyer de gangrène. Chez Dolbeau (1), trente-huit jours après le début de la maladie, Nélaton évacua par l'empyème une grande quantité de pus et de lambeaux noirâtres d'odeur infecte, où Sappey et Potain reconnurent des eschares lamelleuses détachées de la surface pulmonaire. Drinkwater (2) incise chez son malade une collection sous-claviculaire qui fluctue et crépite : plus tard il agrandit cette première incision de pleurotomie, résèque la côte voisine et ne craint point d'aider, avec le doigt et le manche du scalpel, à l'évacuation des eschares pulpeuses du lobe supérieur gangrené. Le patient de Leyden (3) avait, à la base du poumon gauche, une excavation avec souffle amphorique : la caserne était-elle pulmonaire? On ne savait. La pleurotomie évacua une copieuse masse de pus fétide; quelques jours plus tard, on agrandit l'issue par la résection d'une côte; la guérison se fit. La pleurotomie convient et suffit à ces empyèmes des maladies infectieuses — rougeole, variole, fièvre typhoïde — qui procèdent de foyers pulmonaires superficiels : gangrène corticale ou noyaux de broncho-pneumonie suppurée.

L'intervention est moins simple quand il faut s'enfoncer en plein parenchyme pulmonaire à la recherche d'un foyer purulent. Quelquefois, la collection intra-pulmonaire se révèle à l'examen de la surface de l'organe. L'opération de Zielevitch (4) est remarquable à ce point de vue. Un jeune garçon de quinze ans est atteint d'empyème gangréneux consécutif à une broncho-pneumonie rubéolique : dans le courant du troisième mois, on pratique la pleurotomie avec résection des sixième et septième côtes. La plèvre ayant été largement ouverte et convenablement lavée, un faisceau lumineux, projeté dans la cavité de l'empyème, l'éclaire *a giorno* et permet de découvrir à la surface du poumon un orifice de la dimension d'une lentille par lequel s'échappe du pus de mauvaise nature et mélangé de sang : l'orifice est agrandi, et l'incision pénètre dans une caverne pulmonaire de la grosseur d'une noix. Cette cavité et celle de l'empyème furent tamponnées à la gaze iodoformée : au bout de huit semaines, la guérison était complète. Rochelt (5), deux jours après une pleurotomie pour empyème, explore avec le doigt la surface accessible du poumon et reconnaît un point fluctuant : il ouvre la poche au Paquelin, et pénètre dans une cavité grosse comme un œuf de poule.

Très souvent, c'est une ponction exploratrice qui mène à la cavité pulmonaire. Ainsi a opéré Smith (6) qui, après une ponction en plein parenchyme, glissa, sur cette aiguille comme conducteur, un bistouri, puis un instrument dilatateur; ainsi fit Williams (7), qui plongea son trocart à quatre doigts de profondeur vers la racine du poumon; ainsi procéda Pridgin Teale (8), qui, après une pleurotomie, trouva la surface pulmonaire indurée, dépourvue d'élasticité et de crépitation, et découvrit avec le trocart une cavité contenant deux pintes de pus. — Dans le cas de Bouilly (9), la pneumotomie est pratiquée pour obtenir la guérison d'un kyste hydatique du poumon : un lambeau pariétal en U est relevé; les troisième et quatrième côtes sont excisées sur une longueur

(1) BELLINGTON, *New-York med. Journ.*, t. II, p. 524, 1878.
(2) ROHDEN, *Deutsche med. Woch.*, n° 14, 1884.
(3) BUCQUOY, *Bulletins de la Société médicale des hôpitaux*, 1875.

(1) MILLARD, *Bull. de la Soc. medic. des hôp.*, p. 81, 1875.
(2) DRINKWATER, *London med. Record*, t. I, p. 119, 15 mai 1884.
(3) LEYDEN, *Deutsch. med. Woch.*, n° 28, p. 419, 1883.
(4) ZIELEVITCH, *Deutsch. med. Woch.*, n° 12, 1887.
(5) ROCHELT, *Wien. med. Presse*, n° 39, p. 1264, 1887.
(6) SMITH, *The Lancet*, II, n° 3, p. 86, 1880.
(7) WILLIAMS, *The Lancet*, II, 23 décembre, p. 1078, 1882.
(8) PRIDGIN TEALE, *The Lancet*, t. I, p. 6, 5 juillet 1884.
(9) BOUILLY, *Société de chirurgie* (*Bulletins*, t. XV, 646-655), 1886.

de 6 à 7 centimètres et avec elles les muscles intercostaux correspondants : à ce moment, une ponction exploratrice permet d'apprécier à quelle profondeur est la cavité; le trocart laissé à demeure sert de conducteur; l'opérateur fait à la poche une incision en V, traverse les deux feuillets de la plèvre épaissis et accolés, et une couche de poumon épaisse d'un centimètre environ. Chez son opéré, atteint de pleurésie interlobaire ouverte par vomique, Thiriar (1), après la résection d'un plastron costal, fit trois ponctions blanches avant de trouver le pus au quatrième coup de trocart. — C'est assurément le plus correct procédé de recherche des cavités intrapulmonaires.

Il nous paraît plus rationnel de faire une étude d'ensemble sur les pneumotomies, suivant l'échelle de difficulté opératoire, que de les catégoriser selon la lésion pulmonaire traitée, pneumotomies dans les abcès pulmonaires, pneumotomies dans la gangrène. En parcourant la thèse de Truc, il nous a semblé que, surtout pour les opérateurs étrangers, l'étiquette diagnostique exacte n'est point toujours appropriée au cas clinique. Quand le chirurgien intervient, c'est, en somme, pour évacuer un foyer médicalement incurable, qui ne se vide pas ou qui se vide mal, abcès, caverne gangréneuse ou cavité hydatique; ce foyer est plus ou moins accessible à l'action chirurgicale, depuis les empyèmes enkystés avec vomique et les poches de sphacèle pleuro-pulmonaire superficiel qu'une simple pleurotomie évacue, jusqu'aux cavités bronchiectasiques, aux excavations pulmonaires ou aux foyers hydatiques qu'il faut ouvrir en plein parenchyme. Ce foyer peut, de plus, être purulent, ou putride, ou gangréneux : ces degrés dans l'infectiosité des collections comportent une gravité croissante et une plus urgente nécessité des lavages antiseptiques. — Il est, par contre, des lésions que leur incurabilité met en dehors de toute entreprise opératoire ; cavernes tuberculeuses, le plus souvent compliquées d'infiltration circonvoisine; gangrènes pulmonaires massives, bronchiectasies multiples, suppurations diffuses. L'état général doit alors primer : pas de chirurgie inutile, pas de tentatives *in extremis*. Qu'espéraient obtenir Gould et Cayley (2) chez leur malheureux opéré, atteint de cancer de l'œsophage et présentant une cavité faisant communiquer le poumon, l'estomac et l'œsophage ?

« Le manuel opératoire, dit Truc, n'embarrassera jamais un chirurgien. » C'est la technique de la pleurotomie et de la thoracoplastie, avec un temps opératoire en plus si le foyer intra-pulmonaire est caché en plein parenchyme. L'incision des parties molles, l'ouverture de la paroi thoracique, est la phase facile à varier suivant le cas, suivant qu'il y a ou non collection migratrice sous-cutanée, suivant qu'on ne veuille pénétrer que par une fenêtre intercostale, ou qu'on aborde largement la lésion par l'ablation d'un plastron pariétal. — Ce qui domine avant tout et qu'il faut établir avant l'incision thoracique, c'est la question des adhérences pleurales au niveau de la lésion pulmonaire. Une aiguille a été plongée à ce niveau : si elle présente des oscillations traduisant le glissement pleural, on s'expose à un pneumothorax grave; mais il n'y a point à trop s'alarmer : le plus souvent, les deux feuillets pleuraux présentent ces « adhérences providentielles ».

La cavité pleurale a été ouverte, suivant la direction de l'aiguille exploratrice et dans l'étendue nécessaire. Si la lésion est à fleur de poumon et communique avec un foyer pleural, la pleurotomie, par là même, est pneumotomie. Si le foyer pulmonaire est enfoui dans le parenchyme, le trocart explorateur jalonne et guide l'incision du poumon : le thermocautère est le moyen le plus hémostatique d'inciser cette lame. L'exploration de la cavité au doigt aseptique renseigne sur son étendue, sa constitution et ses prolongements. Le foyer sera d'autant plus soigneusement drainé et lavé que ses qualités infectieuses seront plus actives. Un gros tube souple se chargera de l'écoulement des liquides cavitaires et servira de tuyau de conduite aux injections de lavage. Si l'incision pulmonaire a déterminé un copieux écoulement sanguin, le tamponnement de la cavité avec de la gaze iodoformée chiffonnée réalisera la meilleure hémostase. Bouilly a fait ce tamponnement dans son opération de kyste hydatique pulmonaire; Rochelt l'a employé avec avantage. A mesure que se comble la cavité morbide, les drains seront graduellement raccourcis, les pansements espacés, les lavages deviendront rares.

Quel est le bilan exact de cette chirurgie pulmonaire ? Truc avait noté 19 interventions pour abcès avec 8 morts, 6 guérisons, 4 améliorations; 13 pneumotomies pour cavernes gangréneuses lui donnaient 6 morts, 3 guérisons complètes, 2 guérisons en voie, 2 améliorations. Truc n'avait réuni que trois pneumotomies pour kystes hydatiques; Davies Thomas en a colligé 32 avec 27 guérisons et 5 morts. En réalité, trop de faits dissemblables composent ces statistiques, trop de morts restent inédites, pour qu'on puisse baser sur ces chiffres une appréciation motivée : un cas bien étudié en son diagnostic, bien détaillé en sa technique opératoire, suivi à distance suffisante, est plus décisif que le stock d'observations sommaires, tronquées, de diagnostic indécis que nous fournissent les recueils étrangers et dont la thèse de Truc présente de nombreux exemples. Les faits instructifs sur lesquels nous basons ce chapitre démontrent que les poumons rentrent dans la loi commune, et que là comme ailleurs, quand le permettent l'état général et la localisation des lésions, le précepte est formel : éviter les rétentions, ouvrir au pus ou aux liquides putrides une large porte de sortie, l'ouvrir avant l'heure des résorptions septiques irrémédiables.

E. Forgue et P. Reclus.

TRAVAUX ORIGINAUX

Rétrécissement mitral et tuberculose, par M. le prof. Potain (Leçon recueillie par M. Teissier, interne du service, et revue par le professeur.)

Messieurs, vous avez pu voir récemment, couchée au n° 12 de la salle Piorry, une jeune femme entrée dans notre service pour une affection du cœur. — Son histoire vous est déjà connue, aussi vous résumerai-je simplement les points de son observation qui méritent d'attirer plus particulièrement votre attention.

Il s'agit d'une malade âgée de 24 ans, dont la mère depuis quelques années est atteinte d'une bronchite chronique, bronchite à bon droit suspecte, si nous en jugeons par les hémoptysies qu'elle a présentées à plusieurs reprises.

Dès son jeune âge elle eut une santé délicate ; elle remarquait surtout qu'elle était facilement anhélante, qu'elle avait de la peine à courir vite et longtemps. Elle arrive ainsi jusqu'à l'époque de sa grossesse, qui évolue péniblement, accentue son oppression, et, pendant les trois mois qui suivirent son accouchement, on constata une certaine quantité d'albumine dans les urines.

(1) Thiriar, *Congrès français de Chirurgie*. p. 199, 1888.
(2) Cayley, *Roy. med. and surg. Soc. of London*, 11 novembre 1884.

Son enfant meurt au bout de quelques jours, de bronchite.

Dès lors elle fait de nombreux séjours dans les services hospitaliers, va mieux à chaque période de repos, mais sent rapidement renaître sous l'influence de la moindre fatigue sa douleur précordiale, ses accès de palpitation et de dyspnée.

Elle nous apprend, d'autre part, qu'elle tousse; sa toux est fréquente, quinteuse, s'accompagne dans les premiers temps d'une expectoration peu abondante, muqueuse. Enfin elle accuse des vomissements presque quotidiens, alimentaires, muqueux ou bilieux, qui surviennent à des intervalles plus ou moins éloignés des repas. Elle maigrit, perd ses forces, et à son entrée salle Piorry, nous pouvons constater les signes suivants :

Le cœur a un volume relativement normal. L'impulsion de la pointe est nette, les deux bruits sont bien frappés; il n'existe aucune trace de dédoublement. On n'entend pas de souffle, mais un examen plus attentif permet de dévoiler une accentuation constante du deuxième bruit pulmonaire qui est dur, éclatant, alors qu'au niveau de la pointe, le grand silence est occupé par un léger roulement renforcé à certaines présystoles.

Le pouls est petit, dépressible; la pression artérielle faible marque 14° au sphygmomanomètre.

Le poumon droit est ou paraît sain : mais il n'en est pas de même du poumon gauche qui présente un certain degré d'altération.

En arrière, en effet, dans la fosse sus-épineuse, existe une submatité très prononcée avec diminution d'élasticité sous le doigt, et à ce niveau la respiration est affaiblie sans râles, l'expiration prolongée, la voix et la toux ont un retentissement normal. A ces symptômes il faudrait ajouter seulement quelques troubles dyspeptiques qui ne méritent pas aujourd'hui d'attirer notre attention. Tels ayant été les résultats de nos investigations réitérées, deux points restaient à élucider : la valeur diagnostique des symptômes constatés au niveau du cœur et du poumon, la relation possible entre les affections dont ces symptômes dépendaient. Les signes pulmonaires prenaient à nos yeux une signification précise. Il s'agissait bien d'une tuberculisation du sommet gauche que ne pouvait infirmer l'absence de symptômes généraux nets, ou d'hémoptysies, l'existence d'une expectoration peu caractéristique. On ne saurait, sans invraisemblance, attribuer à une pleurite ou à une congestion banale l'affection thoracique si nettement limitée au sommet.

Notre diagnostic, d'ailleurs, emprunterait, s'il était utile, un degré de plus de certitude aux renseignements que la malade nous donne. Vous vous rappelez, en effet, qu'en insistant auprès d'elle sur ses antécédents héréditaires, nous apprenions que sa mère toussait depuis longtemps, avait de fréquentes hémoptysies. Notre malade était de ce fait prédisposée à la tuberculose dont une chlorose précoce fut sans doute la première manifestation.

Les signes observés du côté du cœur vont nous intéresser bien davantage. Ils sont d'une interprétation délicate, et nous devons nous demander s'ils décèlent une lésion cardiaque ou si ce ne sont que des troubles fonctionnels du genre de ceux que nous trouvons si fréquemment chez les tuberculeux.

Le seul indice d'une altération orificielle est ici l'accentuation du 2e bruit pulmonaire. Or, cet indice n'est pas à lui seul suffisant. Il faut tenir compte encore des conditions dans lesquelles il se produit, car, il en est, un assez bon nombre, où il peut exister ainsi modifié.

Les altérations des parois de l'artère, en effet, l'épaississement ou l'athérome, la dilatation sus-orificielle ou l'induration des sigmoïdes sont capables de la provoquer aussi bien que les affections pulmonaires qui déterminent une élévation de pression dans ce vaisseau. Rien d'analogue ici. Aucun signe physique de rétrécissement, ni frémissement, ni souffle; pas non plus de cyanose, ni aucun des troubles de développement que nous sommes habitués à rencontrer en pareil cas. Il n'existe, d'autre part, aucune affection du poumon susceptible d'exagérer la pression dans l'artère pulmonaire, ni emphysème, ni lésions sclérosantes : et ce n'est pas l'induration légère constatée au sommet gauche qui pourrait suffire à produire un pareil effet.

Nous sommes donc conduits, par ces éliminations successives, à admettre l'existence d'une sténose mitrale.

Il n'est pas rare, en effet, que cette lésion orificielle ne se manifeste par rien autre chose que par l'accentuation même du 2e bruit pulmonaire. Sans doute ce n'est pas là le fait habituel, mais seulement une phase de la maladie, et vous avez assisté assez souvent à l'évolution clinique de cette affection pour vous souvenir que le dédoublement du 2e bruit signale d'ordinaire le rétrécissement à son début puis qu'il disparaît pour faire place à l'accentuation seule.

Au demeurant, chez notre malade, le dédoublement existait d'une façon positive le jour de son admission, mais pour disparaître les jours suivants. Et c'est ainsi qu'on peut le voir alternativement s'effacer et reparaître sous l'influence de causes diverses et en particulier de l'émotion.

La série des signes du rétrécissement mitral est ici complétée par l'existence du roulement diastolique de la pointe. C'est un signe actuellement univoque, et il ne saurait tromper à condition qu'on le distingue des bruits extérieurs qui le peuvent simuler. Ici il ne saurait y avoir d'erreur; car le roulement se fait entendre exactement au niveau de la pointe et dans une région où le cœur se trouve complètement à découvert.

Ainsi nous pouvons affirmer l'existence d'un rétrécissement mitral, rétrécissement d'un degré probablement médiocre, d'origine ancienne, arrivé cliniquement à cette période un peu tardive, où le dédoublement se trouve remplacé par l'accentuation du 2e bruit pulmonaire.

Nous voilà donc, Messieurs, en présence d'une double affection : une lésion bacillaire du sommet gauche et un rétrécissement mitral. Cette association est-elle fréquente? Est-il possible d'établir entre les deux maladies en question une relation quelconque de causalité?

La coexistence de la tuberculose pulmonaire et des maladies du cœur n'est pas chose habituelle. Quelques pathologistes même, Rokitansky notamment, ont voulu établir entre elles une sorte d'antagonisme absolu. A envisager les faits de la sorte, l'existence de l'affection cardiaque préserverait de la bacillose. Cette règle est certainement trop générale, car certaines lésions au contraire prédisposent à la genèse tuberculeuse; tel l'anévrysme de l'aorte, tel le rétrécissement de l'artère pulmonaire. Dans l'un et l'autre cas, soit par compression, soit par diminution de calibre, il y a ischémie pulmonaire, et cette ischémie spéciale semble tout particulièrement favorable au développement du tubercule. Nous voilà donc bien loin de l'antagonisme absolu.

M. Kidd, médecin de l'hôpital Barthélemy, de Londres, a publié, il y a dix ans environ, une statistique comprenant 501 cas d'affection du cœur; 36 fois la tuberculose existait, se répartissant de la manière suivante : 27 fois il y avait coexistence de phthisie confirmée et de symptômes endocardiques, 9 fois d'altération orificielle, 5 fois d'anévrysme aortique.

La quotité ainsi obtenue était presque de 5 0/0 : l'association ne serait donc pas rare. Toutefois il nous faut faire quelques réserves à propos de ces faits qui sont

d'observation clinique; car nous le savons, ils peuvent être l'objet de bien regrettables confusions. Pour ce motif, j'ai voulu savoir ce que l'anatomie pathologique, qui ne saurait être entachée des mêmes causes d'erreur, peut nous apprendre à cet égard.

J'ai donc recherché toutes les observations de rétrécissement mitral pur, suivies d'autopsies, qui ont été recueillies dans mon service depuis 14 ans, tant à l'hôpital Necker qu'à la Charité. Et ce n'est pas sans quelque étonnement que j'ai rencontré, sur 55 faits de sclérose mitrale, 9 cas de tuberculose pulmonaire anatomiquement constatée, si bien que la tuberculose accompagnait le rétrécissement mitral pur une fois sur quatre. Le degré des lésions bacillaires était variable, une seule fois il s'agissait d'une tuberculose miliaire, dans la majorité des cas quelques tubercules caséeux se trouvaient disséminés parmi des tubercules fibreux, trois fois les tubercules paraissaient en voie d'enkystement. Nous étions donc toujours en présence d'une tuberculisation limitée, discrète, en apparence d'involution ou de tendance à la cicatrisation : point de grande caverne, jamais de ramollissement.

Et maintenant, Messieurs, des deux affections ainsi coïncidentes, laquelle devait-on tenir pour primitive et originelle? Etait-ce la bacillose ou l'affection du cœur? C'est là une question que l'histoire des malades ne parvient pas à résoudre aussi aisément qu'on serait porté d'abord à le croire. L'une et l'autre maladie a des débuts souvent insidieux et la première qui s'est manifestée par des accidents sérieux n'est pas nécesairement la première en date. Si on cherche la solution dans les données fournies par l'anatomie pathologique, il se trouve que le rétrécissement mitral était dans tous les cas notable et permettait à peine l'introduction du petit doigt, ou de l'extrémité de l'index, alors que normalement l'orifice peut laisser passer largement deux doigts. La valvulite cependant était toujours uniquement marginale, les bords seuls étaient lésés et présentaient tantôt une vascularisation excesive, tantôt des végétations, c'est-à-dire les caractères d'une lésion en voie d'évolution ou de progrès récent, tandis que la lésion pulmonaire semblait arrêtée ou en voie d'involution.

La sténose mitrale paraissait donc secondaire à la bacillose et semblait être née sous son influence.

Que le rétrécissement mitral pur puisse reconnaître une semblable cause, cela a d'autant moins lieu d'étonner que ses origines sont presque toujours entourées de quelques mystères, qu'il naît le plus souvent dans la seconde enfance, sans avoir été précédé ni de rhumatisme ni d'aucune des maladies qui engendrent l'endocardite aiguë.

D'ailleurs il ne nous est pas défendu de supposer que l'endocardite marginale résulte en ce cas de la fixation d'éléments bacillaires en circulation et simplement apposés, ou introduits par les voies vasculaires. Il s'agirait alors d'une véritable endocardite tuberculeuse. C'est là une hypothèse qui peut vous sembler osée, ne reposant, pour les faits dont je viens de vous parler, sur aucune constatation directe, puisque, à l'époque où remontent mes observations, il n'était point encore question de bacilles. Mais je puis vous citer à l'appui de cette opinion un travail publié l'année dernière dans les *Archives de médecine expérimentale*, par M. le professeur Raymond Tripier, de Lyon, à propos du premier cas, je crois, d'endocardite tuberculeuse vérifié microscopiquement.

Il s'agit d'un jeune homme, atteint de tuberculose miliaire généralisée, dont la valvule mitrale présentait, au niveau de sa face inférieure, un nodule tuberculeux, la face supérieure étant le siège d'endocardite aiguë.

M. Tripier n'a pas trouvé de bacilles; il ne doute pas néanmoins de la nature tuberculeuse de ces lésions et ses conclusions sont particulièrement intéressantes en ce qui touche au sujet que nous étudions. Non seulement l'auteur admet la fréquence de l'endocardite aiguë chez les tuberculeux, mais s'appuyant sur la concomitance, fréquemment observée, de lésions chroniques de l'endocarde, de sténoses mitrales notamment, et de productions tuberculeuses diverses, il tend à les identifier au point de vue originel.

Aussi le rétrécissement mitral paraît bien être, chez certains bacillaires, une conséquence de l'affection pulmonaire, et comme une localisation nouvelle de la maladie. Celle-ci se fixe au bord même de la valvule et semble avoir peu de tendance à s'étendre. Elle demeure en quelque sorte indéfiniment marginale. Le reste de la valvule, n'étant point atteint, garde sa souplesse et ne se rétracte point. Si bien qu'il ne se produit aucune insuffisance et qu'on a indéfiniment affaire à un rétrécissement pur.

Mais ce n'est pas tout, Messieurs. De l'étude des 9 cas que je vous ai cités, il semble résulter une autre conséquence, non moins remarquable. Vous avez vu que dans tous, la tuberculisation pulmonaire paraissait ancienne, et depuis longtemps enrayée ou même en voie de rétrocession. Or, cette rétrocession de la tuberculose n'est pas chose si fréquente qu'on puisse la considérer comme le résultat normal de l'évolution morbide, et il faut bien présumer que les conditions spéciales dans lesquelles les malades ont été mis par le fait du rétrécissement mitral, y ont pour le moins contribué en quelque façon.

Le résultat d'une sténose mitrale à l'égard du poumon, c'est la stase sanguine : c'est-à-dire un état précisément opposé à l'ischémie produite par le rétrécissement de l'artère pulmonaire ; ischémie que nous savons si favorable à l'infection bacillaire. On peut donc légitimement présumer que cette stase, même, à partir du moment où elle commence à se produire, enraye le processus tuberculeux. Ainsi, dans les cas dont je parle, la maladie tuberculeuse fixée d'abord dans le poumon envahirait ensuite la mitrale et y produirait une endocardite marginale. Celle-ci amènerait consécutivement, par suite de l'adhérence réciproque des bords libres au voisinage des commissures, un rétrécissement mitral progressif. Et, dès lors, la stase sanguine secondaire mettrait obstacle à l'évolution bacillaire dans le poumon.

Il nous est permis, Messieurs, d'appliquer cette pathogénie au fait de notre malade, dont l'histoire est celle d'un bon nombre de sujets atteints de sténose mitrale pure.

Issue de mère tuberculeuse, elle était chlorotique, de cette chlorose congénitale qui cache si souvent une tuberculose héréditaire. Mais la tuberculose elle-même se dessine, grandit et quelque temps après on découvre une affection du cœur qui domine dès lors la scène pathologique. Elle attire désormais toute l'attention, tandis que la bacillose pulmonaire perd son aspect antérieur de phthisie et rentre dans l'ombre alors que l'affection cardiaque au contraire évolue jusqu'à l'asystolie finale.

Vous le voyez, Messieurs, ici l'antagonisme signalé par Rokitansty est exact et il semble vrai de conclure que le rétrécissement mitral né de la tuberculose ne saurait vivre avec elle. Le pronostic n'en est pas moins grave, car l'évolution lente et pour ainsi dire mystérieuse du rétrécissement mitral semble inéluctable. Du moment que la lésion a pris le caractère cicatriciel, elle cesse d'être accessible à aucun moyen thérapeutique et il ne reste plus qu'à combattre ses fâcheuses et multiples conséquences.

Du reste, Messieurs, le rétrécissement mitral, tant qu'il n'est pas arrivé à un degré de rétraction trop prononcé, n'entraîne pas à une mort imminente. Les malades qui

en sont atteints peuvent vivre relativement longtemps si leur hygiène physique et même morale est mise en accord avec le degré d'activité circulatoire que leur cœur permet encore. Le repos, le calme leur sont nécessaires et non les exercices forcés conseillés d'une façon trop générale par quelques auteurs allemands. Nous conseillerons d'autant plus d'éviter tout effort que l'hygiène la plus favorable aux tuberculeux est celle qui associe le maximum d'aération avec le minimum d'activité. Tel est le cas pour notre malade et si nous avions à choisir pour elle un lieu de résidence, il nous faudrait éviter soigneusement les climats excitants, rechercher les climats les plus tempérés. La médication devra chercher ses moyens parmi ceux qui, sans produire d'excitation nuisible, sont susceptibles de relever l'appétit défaillant, de soutenir les forces. Les amers, les préparations de quinquina, l'arsenic et les iodures à dose modérée pourront rendre quelques services. Sans doute on ne saurait espérer, quelques soins qu'on emploie, une existence prolongée jusqu'à la vieillesse. Du moins, pourra-t-on pendant assez longtemps peut-être lui rendre la vie relativement supportable.

Sur le rejet, par le foie, de la bile introduite dans le sang.

Communication à l'*Académie des sciences*,
par M. E. Wertheimer.

On sait que, d'après les expériences de Schiff, le foie possède la propriété de s'emparer des matériaux de la bile, résorbés dans l'intestin ou injectés dans le sang, et de les rejeter à nouveau dans le produit de sa sécrétion. Un fait qui n'a pas été contesté, c'est que l'injection de la bile dans le tube digestif, ou de ses éléments constituants dans le sang, augmente la quantité de bile sécrétée.

Mais on a pu se demander si les principes ainsi introduits dans la circulation repassent en nature dans ce liquide, ou s'ils ne font que stimuler l'activité des cellules hépatiques. Les expériences de Feltz et Ritter, de Tarchanoff, de Vossius, de Baldi, viennent à l'appui de la première interprétation; celles de Socoloff et de Rosenkranz sont en faveur de la seconde.

Il n'est pas superflu de démontrer, par une preuve incontestable, que certains principes de la bile, injectés dans le sang, sont éliminés par le foie, sans avoir subi de modifications.

On peut y arriver en faisant pénétrer dans le système circulatoire d'un animal des acides ou des pigments biliaires, étrangers à la constitution de sa bile normale, et en les recherchant ensuite dans celle-ci. Dans cet ordre d'expériences, je citerai, entre autres, celle de Baldi, qui a vu que, si l'on injecte à un chien de la bile de bœuf, sa bile devient verte. Mais des conclusions basées uniquement sur les changements de coloration du liquide ne sont pas très rigoureuses.

Par contre, l'expérience ne laisse rien à désirer, pour la rigueur de la démonstration, si l'on a recours, comme je l'ai fait, à l'examen spectroscopique. La bile de bœuf, celle de mouton, renferment, en effet, un pigment spécial, découvert par Mac Munn, désigné par lui sous le nom de *cholohématine*, et que nous avons eu également l'occasion d'étudier, M. Meyer et moi. Le spectre d'absorption de ce pigment est des plus caractéristiques et comprend quatre bandes, qui sont les suivantes : I, λ 649; II, λ 613 à 585; III, λ 577,5 à 561,5; IV, λ 537 à 521,5 (Mac Munn). Il était à supposer que si, en réalité, la bile des herbivores injectée à un chien était rejetée par son foie, il serait facile de retrouver dans sa bile le spectre à quatre bandes qui n'y existe pas normalement. C'est, en effet, ce qui se produit avec une constance et une netteté remarquables.

On a opéré de la façon suivante : un chien à jeun est curarisé, son canal cholédoque est lié et une canule de verre est introduite dans sa vésicule cystique, ouverte au thermocautère. On se débarrasse, par un lavage, de la bile que la vésicule pourrait encore renfermer. On attend quelques minutes, puis, afin de pouvoir évaluer ultérieurement l'augmentation de la sécrétion consécutive à l'injection, on recueille la bile normale pendant une demi-heure ou un quart d'heure.

Au bout de ce temps, on injecte, habituellement dans la veine fémorale, de la bile de mouton (en moyenne 15 cc. à 20 cc. pour des chiens de 6 à 8 kilog.). La bile de mouton, dont je me suis servi exclusivement, est préférable à la bile de bœuf, parce que le spectre de la cholohématine y est plus constant et que les bandes y sont généralement beaucoup mieux marquées. L'injection a été faite tantôt rapidement en trois minutes, tantôt assez lentement pour ne laisser pénétrer dans la veine que 1 cc. de bile par minute, ou moins encore.

Dans mes premières expériences, où je n'ai examiné la bile du chien que 30 minutes après le début de l'injection, j'y ai trouvé constamment le spectre de la bile du mouton. Voulant ensuite déterminer le moment précis où il commence à apparaître, j'ai pratiqué l'examen plus tôt, et j'ai pu sûrement constater sa présence quinze minutes après le début de l'injection chez un chien, en particulier, auquel cette injection avait été faite par une veine intestinale, et assez lentement pour qu'à ce moment il n'eût encore reçu que 11 cc. de bile de mouton.

Quant à l'augmentation de sécrétion, elle commence ordinairement de cinq à six minutes après le début de l'injection, et elle est telle qu'on obtient, dès le premier quart d'heure, une quantité de bile trois ou quatre fois plus considérable que précédemment.

Dans les conditions indiquées, le spectre de la cholohématine est encore des plus apparents deux heures et demie à trois heures après l'injection. Par contre, au bout de ce temps, on ne le trouve pas encore dans l'urine, pas plus qu'on n'y obtient la réaction de Gmelin. Jusqu'à présent, je n'ai pas suivi les animaux au delà de trois heures.

Les expériences précédentes confirment donc pleinement l'opinion de Schiff et montrent, à l'évidence, que la cellule hépatique jouit d'une aptitude toute particulière à s'emparer immédiatement pour les rejeter au dehors des pigments biliaires qui circulent dans le sang, même de ceux qu'elle ne fabrique pas normalement. Comme ces pigments représentent l'élément le plus toxique de la bile, ainsi que l'a démontré M. le professeur Bouchard, on voit aussi que le foie peut protéger l'organisme non seulement contre les substances nocives introduites par la veine porte, mais encore contre celles qui ont pénétré dans la circulation générale.

Laparotomie pour rupture du foie, par H. C. Dalton (1), de Saint-Louis (Amérique).

Chas. P., 28 ans, robuste mulâtre, entre à l'hôpital (City hosp.) le 17 juillet 1890, à 2 h. 15 de l'après-midi. Une heure avant l'admission, occupé à monter des briques sur un bâtiment en construction il avait perdu l'équilibre et était tombé du cinquième au troisième étage. Il avait été ainsi précipité d'une hauteur de vingt-cinq mètres sur une barre de fer; reçut un coup violent dans la région lombaire droite, mais réussit à se cramponner à cette barre jusqu'à l'arrivée de ses compagnons. Il fut pris de nausées et d'un état lipothymique, mais ne vomit pas et ne perdit point connaissance. Au moment de son entrée à l'hôpital, sa température était de 100° F., le pouls régulier, à 84, la respiration 36.

La pression provoquait une douleur vive dans la région lombaire et l'hypochondre droits, mais ces régions n'étaient le siège d'aucune plaie ni contusion. L'urine obtenue par le cathétérisme fut trouvée sanglante. La percussion donnait un son mat dans la région lombaire droite jusqu'à la ligne axillaire. Je considérai la matité comme étant due à une hémorrhagie, sans savoir si elle venait du rein ou d'un viscère intrapéritonéal. L'hématurie me fit penser que la source en était très probablement rénale. L'état général du malade était si bon que je ne jugeai pas l'opération indiquée. On lui administra de la morphine et une vessie de glace fut appliquée sur la région lombaire droite.

(1) H. C. Dalton. Rupture of the liver and kidney; excessive haemorrhage; laparotomy; recovery. *Weekly med. Review*, 4 octobre 1890. Nous publions cette observation quoiqu'elle ait déjà un an de date, parce qu'elle a trait à un sujet encore peu exploré et qu'elle a paru dans un recueil difficile à se procurer à Paris. Nous devons cette traduction à l'obligeance de Mlle Wilbouschewitch, interne des hôpitaux.

Le lendemain à 10 h. du matin, 19 h. 1/2 après l'accident, la température était de 102,2; le pouls 110; la respiration 48. Il avait beaucoup souffert la nuit, il était très altéré et tourmenté par des nausées sans vomissements. L'abdomen considérablement distendu était sensible à la pression. La percussion donnait de la matité des deux côtés de l'abdomen et jusque vers le milieu de la hauteur. L'hématurie continuait. Croyant l'hémorrhagie sous la dépendance d'une rupture du foie, je procédai à la laparotomie. Après toutes les précautions antiseptiques, je fis une incision médiane de 8 pouces de long. Aussitôt la première ponction faite au péritoine, un mince jet de sang jaillit à la hauteur de 12 à 14 pouces, grâce à la forte tension intra-abdominale. La cavité était pleine de sang fluide, excepté dans la gouttière vertébrale droite et sous le foie. En ce point se trouvait une pinte environ de sang noir, coagulé. L'abdomen fut complètement lavé. A cet effet j'introduisis un gros tube en caoutchouc dur, donnant un jet de 3/4 de pouce, relié à un réservoir placé à 10 pieds au-dessus du niveau du patient. Passant ma main sous le foie près de sa portion externe, je découvris une large déchirure de 3 pouces de long et dans laquelle j'introduisais mon index. Le sang en sortait abondamment. Comme il était impossible de l'atteindre pour la suturer, j'eus recours au tamponnement. Deux poignées de gaze furent bourrées autour de la plaie, le bout de chaque bande sortant dans l'angle supérieur de la plaie pariétale. L'abdomen fut fermé à l'aide d'une suture interrompue à la soie, comprenant la peau, les muscles et le péritoine. On n'employa pas de drainage. Il est remarquable que la température, le pouls, la respiration s'amendèrent pendant l'opération. Immédiatement après l'opération, aussitôt le patient reporté dans son lit, on trouva temp. 101, 2., pouls 100, R. 22. L'amélioration continua, la température ne montant jamais au-dessus de 100,5 après la laparotomie.

La gaze retirée le deuxième jour, l'hémorrhagie ne se reproduisit pas. L'hématurie cessa au bout de deux ou trois jours et le patient fut renvoyé guéri le 23 août 1890.

En repensant à ce cas, je crois que j'aurais pu faire mieux: j'aurais dû faire une ouverture dans la région lombaire au lieu de laisser les bouts des bandes de gaze dans la plaie antérieure; la cavité abdominale se serait trouvée drainée et accessible en cas de nouvelle hémorrhagie.

Mon expérience m'apprend ce fait observé certainement par d'autres qui ne l'ont pas noté, c'est que les nègres supportent les plaies et l'intervention chirurgicale mieux que les blancs, mais cette règle ne s'étend pas en général aux mulâtres. Par contre, le nègre résiste bien moins que le blanc aux affections non chirurgicales.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

De l'influence des excitations des organes des sens sur les hallucinations de la phase passionnelle de l'attaque hystérique, par E. Guinon et Sophie Woltke (*Archives de Neurologie*, 1891, n° 63, p. 346). — La possibilité de modifier les hallucinations qui commandent les attitudes passionnelles de la troisième phase de l'attaque hystéro-épileptique, phase passionnelle de la nomenclature de M. Charcot, ont été déjà signalées. Les auteurs, sous l'inspiration de Motchoutkowsky, ont eu l'idée d'étudier méthodiquement ces influences en impressionnant successivement les différents sens de la vue, de l'ouïe, de l'odorat, du goût, du tact. Ils ont constaté que la réaction des malades différait pour ces diverses excitations, mais était toujours la même vis-à-vis de la même excitation. A ce point de vue les malades sont identiques les uns aux autres, bien que chacun interprète à sa manière les impressions sensorielles. En somme, dans le délire de la phase passionnelle de l'attaque hystérique, on peut modifier la marche des hallucinations, et en créer de nouvelles à l'aide d'excitations diverses, ces hallucinations dépendant, du reste, de l'initiative du malade, qui s'approprie la sensation perçue et la transforme en une hallucination correspondant aux éléments de sa propre personnalité.

Hémianopsie (Hemianopsia), par H. D. Noyes (*Medical Record*, 4 avril 1891, n° 14, p. 389). — L'hémianopsie homonyme a son origine dans l'écorce du lobe occipital: dans ce cas, d'autres signes possibles comme l'agraphie, la cécité mentale, l'alexie peuvent manquer. Lorsque le syndrome a une origine sous-corticale, la présence de l'hémiplégie avec hémianesthésie, indique la proximité de la lésion de la partie antérieure de la radiation visuelle de Gratiolet. L'altération d'une secteur quadrangulaire du champ visuel est en rapport avec une lésion des bandelettes; dans ces cas la cécité comprend la perte de la lumière, de la couleur et du sens des formes. La perte de la sensation de couleur ou de forme avec conservation du sens de la lumière implique la lésion de l'écorce de l'un des deux centres visuels. L'inaction pupillaire hémiopique signifie que la lésion siège dans les ganglions du cerveau ou en amont de ceux-ci, bandelettes, chiasma, ou nerfs optiques. Il est certain qu'il existe une correspondance topographique entre le centre visuel cérébral et la rétine.

Des rapports du goître simple avec la maladie de Basedow; des faux goîtres exophthalmiques, par Bruhl (*Gazette des hôpitaux*, 1891, p. 683 et 702). — A l'occasion d'une observation de goître avec troubles cardiaques, l'auteur étudie la question de savoir si les cas analogues sont attribuables à la maladie de Basedow, ou si plutôt l'asystolie survenant chez des goîtreux ne peut pas réaliser le syndrome plus ou moins complet de la maladie de Basedow. Il conclut qu'il existe deux ordres de faits: les uns ressortissent à la *maladie de Basedow*, et sont indépendants du corps thyroïde, les autres sont des cas de *goître* compliqués secondairement de phénomènes rappelant le syndrome de la névrose exophthalmique. Dans le premier cas l'ablation du corps thyroïde n'est d'aucune utilité, dans le second au contraire l'intervention chirurgicale peut mettre fin aux accidents. C'est à ces derniers cas bien distincts de la névrose que Bruhl propose de donner le nom de *faux goîtres exophthalmiques*.

MÉDECINE

Sur l'épidémie de grippe (A proposito da actual epidemia de grippe), par J. P. Dias Chorao (*Coimbra medica*, 1890, n° 3, p. 37, n° 4, p. 54, n° 5, p. 69). — Il s'agit d'une étude clinique très complète de l'épidémie de grippe que l'auteur a observée avec beaucoup de soins, et qui confirme la plupart des observations auxquelles la même épidémie a donné lieu dans les autres pays de la part des auteurs. Plusieurs formes ont été notées, outre la forme commune qui s'est parfois accompagnée d'une éruption exsudative. Ce sont les variétés: névralgique, l'une des plus fréquentes, hémorrhagique, et les formes thoraco-abdominales, typhoïde et cérébrale. En somme, la grippe est une maladie infectieuse et protéiforme.

Morphologie et biologie des plasmodes de la fièvre tierce (Beitræge zür Morphologie und Biologie des Plasmodium Malariæ tertianæ), par Mannaberg (*Cent. für klin. Medic.*, 4 juillet p. 513). — L'auteur préconise une méthode de coloration qui donnerait selon lui la possibilité d'étudier l'évolution des parasites du paludisme. On laisse la préparation de sang dans l'étuve sèche pendant 6 heures, puis pendant 12 à 24 heures dans une solution concentrée d'acide picrique mélangée à une égale partie d'eau distillée et à 3 à 5 0/0 d'acide acétique. On met ensuite la lamelle dans l'alcool absolu que l'on change deux à trois fois pendant 24 heures. La coloration est alors obtenue par l'hématoxyline alunée et la décoloration par l'acide chlorhydrique à 0.25 0/0. Les globules rouges sont décolorés, les leucocytes sont très faiblement colorées, seul le noyau est très apparent ainsi que la substance chromatique des plasmodies. Cette méthode permettrait d'étudier les modifications nucléaires dans la fièvre tierce et les effets du traitement par la quinine.

Morphologie des plasmodes de la malaria (Zur Morphologie des Plasmodium Malariæ), par Malakowski (*Centr. für klin. Med.*, 1er Août, p. 602). — La communication récente de Mannaberg a engagé l'auteur à rappeler le procédé qu'il a déjà signalé et dont il se sert habituellement pour la coloration des parasites de la malaria. Il colore à l'éosine les préparations desséchées par l'alcool, puis il les plonge pendant quelques instants dans une solution de bleu de méthyle boraté. Les noyaux des leucocytes prennent une

couleur rose-violet, les plasmodes apparaissent en bleu ; les éléments normaux du sang étant très faiblement colorés.

Conservation des parasites de la malaria (Die Conservirung lebender Malariaparasiten), par ROSENBACH (*Berlin. klin. Woch.*, 24 août, p. 839). — On sait qu'il a été jusqu'à présent impossible de conserver vivants les parasites de la malaria et à plus forte raison d'en obtenir des cultures. Rosenbach a imaginé un procédé au moins original, c'est de rechercher les parasites dans le tube digestif des sangsues gorgées de sang de malades paludéens.

Il a retrouvé les parasites 48 heures après la saignée ; dans un cas même il a pu observer les modifications que la quinine avait déterminées. Il avoue d'ailleurs ne pas être encore entièrement fixé lui-même sur la valeur du procédé et les renseignements qu'il peut fournir.

Double ton systolique de la carotide et de la sous-clavière (Zur Frage eines herzsystolischen Doppeltones an Carotis und Sub-clavia), par M. LEHRNBECHER (*Münch. medic. Woch.*, 9 juin, p. 401). — Les redoublements de tons artériels ont été signalés par Duroziez, Conrad, etc., qui leur ont attribué des significations diverses. Ces redoublements peuvent être systoliques ou diastoliques suivant les cas et relativement à la systole cardiaque. L'auteur a remarqué qu'en auscultant la carotide près de son union à la sous-clavière on entendait un double ton systolique ou un double battement artériel ; il se demande si parfois le double ton systolique de la fémorale ne pourrait pas être produit par les battements successifs des deux vaisseaux, antérieur et profond.

CHIRURGIE

Anévrysmes (Aneurysm ; 6 cases of ligature of the main arteries), par O'CONNELL RAYE (*The Lancet*, 25 juillet 1891, p. 177). — *Obs. I.* — Un homme de 30 ans était porteur d'un anévrysme de la grosseur d'une orange au niveau de l'axillaire gauche, depuis 4 mois. Ligature de la sous-clavière avec du catgut. Guérison.

Obs. II. — Un homme de 33 ans glissa sur le seuil d'une porte et sentit une douleur dans le genou. Quelques jours après parut une tumeur dans le creux poplité, qui arriva à avoir la grosseur d'un œuf de poule. On essaya la compression, mais le malade ne voulut pas la supporter. On lia la fémorale. Guérison.

Obs. III. — Un homme de 35 ans présente un anévrysme de la région iliaque, survenu à la suite d'une marche forcée. Douleurs très vives. On tenta sans succès la compression. On lia l'iliaque externe. Guérison.

Obs. IV. — Un marin de 32 ans présente un anévrysme poplité. Ligature de la fémorale. Il y eut sphacèle d'une partie des téguments de la jambe ; cependant la guérison survint finalement.

Obs. V. — Un homme de 50 ans présente un anévrysme du côté gauche du cou, s'étendant de l'os hyoïde à l'apophyse mastoïde. Par la bouche, on voit la tumeur bombant dans le pharynx. Ligature de la carotide primitive. Guérison.

Obs. VI. — Une femme de 50 ans présente une plaie gangréneuse de la paume de la main ; l'état de la plaie empêche de trouver les vaisseaux ; ligature de l'humérale qui se divisait prématurément ; on en lia les 2 troncs. Guérison.

Observations d'ostéomalacie chez des fous (Four cases of osteomalacia occuring in insane patients), par DAVID WALSH (*The Lancet*, 25 juillet 1891, p. 169). — *Obs. I.* — R. I., 52 ans, mariée. A déjà eu une attaque de folie, il y a 17 ans, pendant une grossesse. Elle a actuellement des hallucinations ; folie de la persécution. Bientôt apparaît au niveau de la colonne vertébrale une cyphose ; il y a des déformations du sternum. La malade meurt et on trouve à l'autopsie les côtes molles ; il en est de même de la calotte crânienne. Atrophie générale du cerveau.

Obs. II. — M. A. S., veuve, 61 ans. A déjà eu une attaque de folie à 44 ans ; elle a des parents fous. Folie furieuse. Elle a un érysipèle de la face et peu de temps après une fracture du col du fémur. On constate bientôt un ramollissement du squelette : cyphose marquée. Mort. Autopsie : courbures de la colonne vertébrale et du sternum. Côtes molles ; deux ont d'anciennes fractures. Crâne ramolli. Valvules du cœur athéromateuses. Reins granuleux, contractés. La coupe histologique d'une côte présente les signes de l'ostéomalacie.

Obs. III. — M. S., 70 ans, non mariée. Hallucinations, tendance au suicide. Elle se plaint de douleurs dans les membres. Déformation de la colonne vertébrale. Cancer du sein gauche.

Obs. IV. — M. B., veuve, 50 ans. A été épileptique pendant plus de 20 ans. Elle a des hallucinations. A la suite d'une chute, amaigrissement et ostéomalacie ; cyphose. Nécropsie : ramollissement de la colonne vertébrale, des os et des côtes.

Corps étranger du cerveau (A knife-blade found in the brain years after its entrance. Death resulting from other causes), par RICHARD SLEE (*Medical News*, 25 juillet 1891, p. 95). — Le 12 février 1890, un homme entre à l'hôpital, ayant reçu plusieurs balles, dont une dans le ventre. Le lendemain matin on fit la laparotomie et on sutura les intestins perforés en plusieurs endroits. Mais il mourut le soir de péritonite. A l'autopsie on trouva un corps étranger qui avait pénétré dans le crâne ; c'était une lame de couteau s'enfonçant de 2 cm. 1/2 dans le cerveau. La lame avait pénétré le crâne en arrière du conduit auditif externe, sur la ligne de la suture occipito-pariétale, et elle s'enfonçait dans la partie inférieure et postérieure du lobe occipital. La pointe de la lame était prise dans une forte capsule fibreuse qui adhérait au cerveau et à ses membranes par de solides adhérences. Tout montrait que cette lame était en place depuis plusieurs années. Il n'y avait pas de dépression des os et la lame avait passé à travers les sutures, probablement pendant l'enfance.

L'auteur cite deux autres cas qui existent dans la science et où des corps étrangers du cerveau ont été suivis de guérison. Ceci montre qu'il est utile dans des cas semblables de mettre la plaie en parfait état d'asepsie.

L'infusion dans l'anémie aiguë (Zur Infusion bei acuter Anæmie), par E. STÆHLE (*Deuts. med. Wochensch.*, 1891, n° 22 p. 726). — Dans un cas d'anémie aiguë par hémorrhagie consécutive à la rétention du placenta, Stæhle a fait la transfusion veineuse d'un litre de solution aqueuse de chlorure de sodium (0,6 0/0) et de sucre de canne (3 0/0). Le nombre de globules se releva rapidement et la malade finit par guérir.

Mais l'observation détaillée de l'auteur est intéressante à un autre point de vue. Appelé auprès de la femme qui perdait le sang à flot à la suite de l'inertie utérine et du décollement partiel du placenta, M. Stæhle commence par frictionner l'utérus, par exécuter la manœuvre de Credé, ce qui « n'a fait qu'augmenter l'hémorrhagie », et alors M. Stæhle se décide pour un tamponnement du vagin ! L'utérus remonte au-dessus de l'ombilic, et ce n'est qu'à ce moment, après avoir perdu 1 heure (de 9 h. 1/4 à 10 h.), que M. Stæhle va chercher le placenta dans l'utérus. La femme, syncopée, ne respirait plus, et c'est à ce moment que M. Stæhle fit artistiquement la transfusion et la numération des globules. 10 minutes après la femme était prise d'un frisson, et 3 jours plus tard la température monta à 39°. On fit des injections vaginales, puis intra-utérines, ce qui n'a pas empêché une pyohémie en règle de se produire, avec arthrite du genou et d'autres articulations, avec phlegmatia alba dolens, etc. Comme nous venons de le dire, la malade finit par guérir, et sa guérison est attribuée par M. Stæhle à l'injection de 0,60 centigr. de sel de cuisine.

BIBLIOGRAPHIE

Pathologie et thérapeutique des maladies du système nerveux, par Louis HIRT (traduit de l'allemand par M. JEANNE). Liège, 1891. Nierstrasz, édit.

M. Francotte, dans la préface par laquelle il nous présente ce volume, nous en indique l'utilité en faisant remarquer que la littérature française n'est pas riche en manuels de pathologie nerveuse. Cela est incontestable, mais ce livre in-8° de 649 pages est-il un *manuel*? A aucun point de vue, et c'est même là le seul reproche que nous serions tenté de lui faire. Si un grand nombre d'articles sont traités sobrement, il en est d'autres qui, en raison de la forme désirée pour l'ouvrage, gagneraient à être réduits. M. Hirt a divisé les maladies nerveuses en trois parties : cerveau, moelle et maladies géné-

rales. Chacune des deux premières parties comprend les altérations des enveloppes, des nerfs et de la substance de l'organe lui-même. Les maladies générales concernent les névroses d'une part, le tabes, la paralysie générale, la syphilis et les intoxications d'autre part. Cette division prête à la discussion, mais on ne saurait méconnaître que la plupart des faits importants et des travaux récents trouvent dans cet ouvrage une mention substantielle. Nous nous expliquons mal pourquoi la maladie de Thomsen est rangée parmi les névroses et pourquoi l'hystero-épilepsie est séparée de l'hystérie, puisque l'auteur considère cette névrose, avec raison du reste, comme représentant le plus haut degré de l'hystérie. Quoi qu'il en soit, ce traité est complet et pratique, présenté d'une façon claire et didactique, aussi n'hésitons-nous pas à en recommander la lecture.

Paul Blocq.

Atlas of clinical Medicine, by Byrom Bramwell. Vol. 1, Part I. Edimburgh, T. and A. Constable 1891

Il existe peu d'ouvrages médicaux qui soient d'une exécution typographique aussi parfaite que l'atlas dont nous venons de recevoir le premier fascicule. On y trouve trois superbes planches coloriées, qui représentent des cas de myxœdème et quatre planches noires qui nous montrent différents malades atteints de crétinisme sporadique, de lymphadénie, de mélancolie.

Mais il n'y a pas que le côté matériel qui doive être loué; le texte est fort intéressant et mérite d'être lu avec attention.

M. Byrom-Bramwell relate une série d'observations nouvelles et, à propos des faits cliniques qu'il a recueillis, il trace, d'une façon assez complète, l'histoire de la maladie à laquelle ils se rapportent. Nous trouvons tout d'abord une étude sur le myxœdème et sur le crétinisme sporadique; l'auteur considère ces deux états morbides comme identiques et les fait dépendre d'une atrophie du corps thyroïde. Dans un chapitre assez curieux, il oppose les symptômes du myxœdème à ceux du goître exophthalmique: dans le premier cas, le corps thyroïde est atrophié et ses fonctions sont abolies; dans le deuxième, il est hypertrophié et ses fonctions sont exagérées ou perverties; aussi conçoit-on que dans ces deux maladies on puisse observer des troubles cliniques diamétralement opposés; dans emyoxœdème, par exemple, l'affection débute lentement, le caractère est placide, la température abaissée, la peau sèche, la résistance électrique augmentée, la constipation fréquente; dans le goître exophthalmique, le début est souvent brusque, le caractère agité et émotif, la température élevée, la peau moite, la résistance électrique diminuée, la diarrhée presque constante. Ce parallèle, parfois un peu subtil, se poursuit ainsi pour les autres symptômes et ne manque pas d'une certaine originalité.

Ce premier fascicule se termine par une description très complète de l'ataxie héréditaire ou maladie de Friedreich. De nombreux tableaux généalogiques, des dessins dans le texte, la relation de plusieurs cas inédits, à propos desquels l'auteur réfute les diagnostics erronés portés par ses élèves et nous fait assister ainsi à une discussion clinique fort curieuse, rendent ce chapitre particulièrement intéressant. Enfin, nous avons constaté avec plaisir que le livre est au courant de la science étrangère et que les travaux de nos compatriotes y sont fréquemment cités.

Nous pensons donc que cet atlas de médecine clinique est appelé à un grand succès, tant par la valeur du texte que par la beauté des gravures qui l'accompagnent; et nous souhaitons que le reste de l'ouvrage soit à la hauteur de ce premier fascicule.

Roger

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

La pratique des accouchements a l'usage des sages-femmes, par P. Budin et E. Crouzat, avec 116 figures dans le texte. Paris. Octave Doin, éditeur, 1891.

Ce petit livre de 720 pages est destiné aux sages-femmes. C'est dire qu'avec le minimum de « science » il renferme une quantité de petits détails que les auteurs ont cherché à rendre clairs à force d'explications. Description anatomique du bassin, structure de l'œuf, présentations et positions, soins à donner, etc., tout ceci est classique et ne présente absolument rien de neuf. La dystocie est réduite à sa plus simple expression. En fait d'opération obstétricales, les auteurs décrivent le tamponnement, la délivrance artificielle et la version, ces deux dernières trop écourtées, vu leur importance et les difficultés d'exécution. Les figures ne sont pas mauvaises.

Résultats expérimentaux et cliniques des pressions transversales du bassin (Resultados experimentales y clinicos de las presiones transversales de la pelvis), par E. Areilza (Madrid, 1891).

Les traumatismes du bassin par pression simultanée de ses parties latérales, fréquentes dans les centres industriels parmi les ouvriers qui manœuvrent des wagons, constituent une espèce morbide bien caractérisée. Les effets des pressions produites perpendiculairement à l'axe antéro-postérieur sont variables; les plus constants sont dus au redressement de la courbe des os iliaques, qui s'effectue par fractures ou luxations. Les premières se produisent sur la branche horizontale du pubis ou ascendante de l'ischion, les secondes ont pour siège l'articulation sacro-iliaque ou la symphise. Cette dernière luxation est la plus intéressante quant à ses conséquences cliniques. L'une de celles-ci, due aux lésions de la portion membraneuse de l'urèthre, est l'hématurie, et l'ecchymose périnéale. Le traitement dans ces cas exige une intervention rapide par la voie hypogastrique pour dégager et désinfecter le foyer.

Formulaire magistral, par A. Bouchardat et G. Bouchardat, 29e édition. Paris, F. Alcan, 1891.

La 29e édition du Formulaire magistral de Bouchardat vient d'être publiée. Ce chiffre se passe de tout commentaire.

Cette nouvelle édition, outre les formules classiques consacrées par un long usage, renferme l'indication et le mode d'emploi des agents si intéressants qui ont enrichi dans ces dernières années les resssources de la thérapeutique, notamment des *hypnotiques*, des *antithermiques* et des *antiseptiques* de la classe des carbures, des phénols et des composés iodés.

Nous rappelons qu'au *Formulaire* sont joints de nombreux renseignements hygiéniques et thérapeutiques, et comme nouvelle addition, nous citerons pour cette édition la *liste des Mets permis aux glycosuriques*, dressée par M. Bouchardat. Cette liste, très recherchée des diabétiques, n'existait que dans le *Traité du Diabète* du même auteur, et se trouvera mise ainsi à la portée d'un public plus nombreux.

VARIÉTÉS

L'intoxication saturnine à Paris.

Dans un intéressant rapport lu au Conseil d'hygiène de la Seine, le 24 juillet dernier, M. Armand Gautier rappelle qu'en 1881 Paris avait de 28 à 30,000 ouvriers maniant le plomb et ses produits et exposés à être intoxiqués par ce métal ou ses dérivés. Sur ce nombre 552 s'hospitalisaient chaque année et mettaient 11,140 journées d'hôpital à la charge de la Ville; cinq ou six mouraient annuellement, d'après les relevés officiels, certainement au-dessous de la vérité; beaucoup restaient frappés d'intoxication chronique grave à peu près irrémédiable, sans compter ceux qui, soignés dans leur famille, n'allaient pas à l'hôpital et mouraient ou languissaient misérablement chez eux.

Le 25 novembre 1881, le Conseil d'hygiène sanctionna ses conclusions en votant une instruction, affichée partout où l'on manie le plomb, relative aux précautions à prendre dans les usines, ateliers, chantiers, etc., où l'on se livre soit à la fabrication, soit à la manipulation du plomb et de ses divers composés. Ses effets ne furent pas longs à se faire sentir.

En 1884 le nombre des saturnins était tombé de 552 à 421 par an; en 1886 le nombre des malades avait encore diminué et n'était plus que de 239. Leur proportion avait donc baissé de 57 0/0 relativement à la période 1867-1880. Il est vrai de dire que, dans l'intervalle, la célèbre fabrique de céruse de Clichy avait disparu, mais ce fait ne saurait expliquer l'abaissement remarquable du nombre de saturnins, car, sur 28 à 30,000 ouvriers travaillant au plomb et à ses produits, 128 seulement étaient employés dans la fabrique de Clichy. Il est vrai qu'il convient d'ajouter qu'ils passaient chacun en moyenne quatre fois par an par l'hôpital.

Mais dans les trois ans qui viennent de s'écouler, comparés aux trois années précédentes qui avaient été exceptionnellement désastreuses, le nombre des morts par saturnisme a presque doublé et il a octuplé par rapport à la période où fut

publiée l'Instruction; il est actuellement de 248 malades et de 16 décès en un an.

Si l'on s'en tient aux malades simplement hospitalisés et guéris, la différence est faible, il est vrai, par rapport à la période précédente, mais il faut remarquer qu'après une rapide chute, la courbe annuelle du nombre des malades s'est maintenue horizontale quelque temps et elle commence maintenant à remonter.

Il n'y a donc pas péril, mais l'amélioration a cessé de se faire sentir, nous remontons au lieu de descendre. Nous remontons même très rapidement, si nous nous reportons au nombre de décès par saturnisme, et ce résultat est confirmé par l'observation des jours d'hôpital, qui s'élève dans l'avant-dernière période de 1884 à 1886 à 14,8 par malade moyen, tandis qu'elle remonte dans la période actuelle à 17,7 jours par malade. Les malades sont donc non seulement un peu plus nombreux, mais la gravité de leur état est plus grande et l'on meurt davantage. Actuellement, ils restent dix-huit jours à l'hôpital au lieu de quinze dans la période précédente. Ils restaient en moyenne vingt jours dans la période primitive 1876-1880.

Dans la période triennale actuelle de 1887-1889, le nombre des saturnins s'est élevé de 238 à 264, c'est-à-dire de plus de 9 pour cent. Le nombre total de jours d'hospitalisation s'est accru de 16 pour cent.

Les professions qui ont le plus contribué à cette augmentation sont celles des peintres, fondeurs, plombiers, ferblantiers et journaliers; ceux-ci presque tous anciens ouvriers cérusiers ou plombiers, tandis qu'il y a diminution pour les cérusiers, les étameurs, miroitiers, les typographes et les apprêteurs de poils, chapeliers.

On doit remarquer que les ouvriers cérusiers sont devenus rares à Paris depuis la disparition de la fabrique de Clichy, et dans l'excellente fabrique de MM. Besançon frères, il y a longtemps que les perfectionnements les plus heureux ont été introduits; ils se poursuivent d'année en année par une amélioration de l'état de leur personnel et des cérusiers en général. Les étameurs et miroitiers ont bénéficié des connaissances d'hygiène qui se répandent de plus en plus dans la partie un peu instruite de la population parisienne. Pour les typographes, le progrès est presque insensible. Ils ont moins de malades en 1887-1889, mais ils ont été plus gravement atteints.

Les professions qui exposent le plus au saturnisme ne sont pas celles où l'ouvrier est en apparence le plus complètement en contact avec le plomb et ses préparations, mais bien celles où il est exposé à avaler et respirer les poussières plombifères. Sur 1,000 ouvriers qui fabriquent le massicot ou le minium, il y a plus de 1,000 entrées à l'hôpital, plusieurs y repassant dans la même année. Ces faits regrettables se produisent du moins dans les fabriques où l'on ne prend pas les plus minutieuses précautions pour que le broyage se fasse en vase clos. Sur 1,000 broyeurs de couleurs, 100 à 105 sont intoxiqués; sur 1,000 dessoudeurs de boîtes de fer-blanc, 280 tombent malades; sur 1,000 gratteurs de couleurs à chaud, un très grand nombre deviennent saturnins; il en est de même de la profession de fabricant de limes, à cause des poussières plombeuses qu'avalent les ouvriers en frappant sur des lames d'acier chaudes posées sur des enclumes de plomb. Ce sont là les professions qui exposent le plus aux poussières plombeuses.

Au contraire, sur 1,000 ouvriers cérusiers maniant à pleines mains la céruse humide ou la broyant à l'huile, 50 à peine sont saturnisés. Encore voit-on diminuer ce nombre sensiblement dans les fabriques où l'on applique rigoureusement les règlements d'hygiène.

M. Armand Gautier conclut à l'application rigoureuse du règlement voté par le Conseil en 1881, et dont les effets immédiats ont été si remarquables, qu'il soit de nouveau affiché en lieu bien apparent dans toutes les fabriques, usines, ateliers et chantiers soumis à votre autorisation, partout où les ouvriers peuvent être exposés à l'intoxication saturnine.

Et, corollairement, il y a lieu aussi de faire strictement exécuter les décisions prises par le Conseil en diverses occasions, visant les conditions où peuvent se produire les intoxications par le plomb : étamages avec de l'étain plombifère, soudure intérieure des boîtes de conserves alimentaires, fabrication de charbons imprégnés de nitrate de plomb, toiles enduites de céruse et destinées à remplacer le linge de table ou à garnir les voitures d'enfants; usage de l'étain plombifère pour envelopper le thé, le café, le chocolat, les bonbons, etc., fabriques d'accumulateurs électriques; fabrication de vases non étamés à l'étain fin; jouets d'enfants colorés au plomb; vente au public, autrement que par des pharmaciens, de cosmétiques ou préparations plombifères, etc., etc.

Si ces divers règlements étaient rigoureusement appliqués, après avoir fait tomber de plus de moitié depuis dix ans le nombre des saturnins à Paris, ils feraient diminuer de moitié encore les 50 pour cent environ qui restent, et l'on parviendrait à dégrever ainsi dans une large mesure les hôpitaux et la Ville de l'impôt odieux qu'ils payent annuellement à cette cruelle et désastreuse maladie.

Le Conseil a renouvelé, en outre, le vœu précédemment émis, de voir l'attention des ministères de la Guerre et de la Marine, ainsi que des grandes administrations publiques, appelée encore une fois sur l'avantage de ne comprendre, dans les approvisionnements de matières destinées à la peinture, que de la céruse broyée à l'huile, à l'exclusion de la céruse en poudre. La suppression de la préparation de la céruse en poudre sèche améliorerait, en effet, d'une manière notable, l'état sanitaire dans les fabriques de céruse.

La chaussure à talons élastiques. — Le choc sur le sol communique à l'homme une vibration de tout le corps et particulièrement de l'encéphale, ce qui, à la suite de marches prolongées, est une cause de céphalalgie très pénible. Les gens fatigués s'efforcent de diminuer ce choc douloureux en fléchissant le corps, en traînant les pieds et en recherchant les bas-côtés de la route, où la terre est molle et garnie d'un tapis d'herbe moelleuse. La contusion du talon et la céphalée de trépidation sont certainement un facteur sérieux de cet élément complexe appelé la « fatigue. »

Un médecin militaire, M. H.-J.-A. Collin, a essayé : 1° d'amortir par un talon de caoutchouc l'ébranlement trop sensible des organes; 2° d'emmagasiner par la compression du caoutchouc la force qui se stérilise dans le choc du talon et de l'utiliser pour la progression au moment où le talon se détache du sol, de la même manière que le vélocipédiste évite une trépidation insupportable et augmente sa vitesse en garnissant les roues de son bicycle d'une couronne de caoutchouc.

L'auteur propose l'emploi d'un talon complètement en caoutchouc, qui durerait longtemps et serait d'un prix modéré. L'on peut obtenir déjà un bon résultat en enlevant par l'intérieur au talon, comme à l'emporte-pièce, un disque central de 3 centimètres de largeur et de 2 à 4 centim. d'épaisseur. Cette cavité intérieure dans le talon est comblée par un disque en caoutchouc de semblable dimension, dont la face supérieure fait légèrement saillie dans la chaussure et sur laquelle appuie directement la peau du talon. (*Lyon méd.*)

La température des boissons. — La meilleure température pour les boissons serait de 12°,5 pour l'eau potable, de 14-16° pour l'eau de Seltz et pour la bière, de 17-19° pour le vin rouge, de 16° pour le vin blanc léger, de 10° pour le vin blanc lourd, de 8-10° pour le champagne, de 23-26° pour le café (pour apaiser la soif : 10-18°), de 38-52 pour le bouillon, de 16-18° pour le lait, et de 34-35° pour le lait chaud. (*Med. chirurg. Rundsch.*)

Monument Testelin à Lille. — *Comité.* — On vient de décider à Lille la formation d'un comité d'initiative pour recueillir les souscriptions en vue de l'érection, dans cette ville, d'un monument à M. Achille Testelin, sénateur inamovible, récemment décédé. Ce comité comprend, outre le préfet du Nord, les sénateurs et députés du département, les présidents des conseils généraux du Pas-de-Calais, de la Somme, de l'Aisne et des Ardennes, un certain nombre des maires du Nord et du Pas-de-Calais; MM. Joseph Reinach, député; Follet, doyen de la Faculté de médecine de Lille; Lapersonne, professeur à la Faculté; de Swarte, trésorier général de Seine-et-Marne; Picard, trésorier général du Nord.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'IMP. DES ARTS ET MANUFACTURES et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

TRENTE-HUITIÈME ANNÉE — N° 38 — 19 SEPTEMBRE 1891

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES SAMEDIS ET PUBLIANT TOUS LES MERCREDIS

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

REVUE GÉNÉRALE

Sur les causes, les lésions et la nature de l'anémie pernicieuse progressive.

En 1868, puis en 1872, Biermer (1) a attiré l'attention sur un état pathologique singulier auquel il a donné l'appellation d'*anémie pernicieuse progressive.* Ce type *morbide* n'était pas resté jusqu'alors totalement méconnu, contrairement à l'estimation de l'observateur suisse. Il avait été rencontré déjà en France, en Angleterre et en Allemagne par Andral (1821), Piorry, Beau, Wilks ; par Addison (1855) qui avait proposé la désignation d'*anémie idiopathique ;* par Lebert (1858) qui s'était rallié à celle d'*anémie essentielle* ; enfin par Trousseau.

Ce dernier auteur est particulièrement explicite : « ... L'anémie, celle surtout qui est survenue lentement, à la suite de fatigues physiques démesurées, ou de peines morales prolongées, à la suite de l'excès des plaisirs vénériens, de la mauvaise alimentation, d'un allaitement trop longtemps continué et continué dans de mauvaises conditions, cette anémie assez commune dans nos hôpitaux, surtout chez les pauvres filles qui deviennent mères et qui veulent remplir leurs devoirs maternels tout en se livrant à un travail trop peu rétribué et qui ne leur permet pas de se nourrir convenablement ; cette anémie ne peut en général être modifiée par les martiaux,et comme elle est accompagnée d'une faiblesse excessive, d'une inappétence invincible, nous ne pouvons, dans quelques cas, arriver à relever les aptitudes de l'estomac, auxquelles nous faisons immédiatement appel, bien convaincus que la bonne alimentation est la première des conditions curatives. Quoi que nous fassions, les malades meurent avec un insurmontable dégoût, avec une fièvre vive, une soif ardente, et les recherches anatomiques ne nous révèlent rien, si ce n'est une pâleur universelle des tissus et une profonde décoloration du sang (2). »

(1) BIERMER, Tageblatt d. 42e Versamm. deutsch. Naturforscher u. Aerzte in Dresden, n° 8, IXe section, S. 173, 1868. — Du même : *Correspondenzblatt f. Schweiz. Aerzte,* Iahrg. II. n° 1, 1872.

(2) TROUSSEAU, *Clin. méd. de l'Hôtel-Dieu,* 3e vol., 2e éd., p. 70.

L'histoire de l'anémie pernicieuse progressive, toutefois, ne commence, à proprement parler, qu'avec les importantes recherches de Biermer. Elle a été partiellement élucidée depuis par un grand nombre de travaux parmi lesquels il faut citer ceux de Immermann (1874), Quincke (1876-77-80), Lépine (1876-77), Ferrand (1876), Hayem (1876-1880-89), Lœrensen, H. Müller (1877), Eichhorst (1878), Quinquaud, Bernheim (1879), Laache, Warfwinge, Frankenhæuser (1883), Petroni, Kjellberg (1884), Henrot (1886), Planchard (1888), Hanot et Legry (1889).

A l'autopsie d'un certain nombre de sujets qui avaient présenté une anémie rapidement extrême et chez lesquels on avait pu porter le diagnostic d'anémie pernicieuse progressive ont été trouvées des lésions diverses, carcinomateuses, tuberculeuses, etc. Ces constatations ont conduit quelques esprits à la négation de l'anémie pernicieuse progressive ; exprimée en 1877 par M. Ricklin, cette opinion a été reprise depuis cette époque.

La vérité est qu'en face de l'*anémie extrême essentielle* de Biermer se placent des *anémies extrêmes symptômatiques*, de même que des anémies diverses deutéropathiques se rangent en regard de l'anémie essentielle chlorotique.

La part la plus large étant faite aux anémies extrêmes symptomatiques, l'anémie pernicieuse progressive mérite encore une place spéciale dans le cadre nosologique.

Chez les individus qui ont succombé à cette maladie, la peau, les tissus et les organes sont d'une excessive pâleur ; cependant, l'émaciation fait assez souvent défaut.

Le sang est peu abondant, aqueux, imparfaitement coagulé, d'une coloration jaunâtre ou brunâtre, analogue à une sérosité louche. Sa densité diminue et de 1055 peut descendre à 1028,2 (Quincke).

Les hémorrhagies sont fréquentes et multiples, habituellement punctiformes, parfois plus étendues. Biermer les a attribuées à une dégénérescence graisseuse des capillaires que plusieurs anatomo-pathologistes ont vainement recherchée. On les rencontre dans la peau ; dans les muqueuses, notamment dans celles de l'estomac, de l'intestin, de la vésicule biliaire, des voies urinaires et des organes génitaux ; dans les séreuses telles que le péricarde et l'endocarde ; dans le tissu conjonctif interstitiel ; dans les muscles et particulièrement dans le myocarde, dans la moelle des os ; dans les ganglions lymphatiques et dans la rate ; dans le foie et le pancréas ; dans les poumons ; dans la substance blanche du cerveau et dans la rétine où l'on trouve parfois également de petites *ectasies* vasculaires fusiformes et ampullaires, enfin dans la dure-

mère, et de préférence à sa face interne où les foyers sanguins s'entourent de minces néo-membranes.

Les cavités séreuses renferment ordinairement une certaine quantité de liquide citrin ou sanguinolent. De même le tissu cellulaire de l'intestin ou du larynx peut se montrer infiltré de sérosité.

Le cœur est généralement petit, par exception hypertrophié. Les cavités, parfois agrandies, sont presque entièrement vides de sang. Le myocarde, pâle, mou, friable, est semé de taches jaunâtres, particulièrement nombreuses sur les piliers de la mitrale, qui correspondent à une dégénérescence graisseuse avancée des fibres musculaires. Müller a rencontré cette même dégénérescence dans le diaphragme et les intercostaux.

L'aorte, le plus souvent normale, est quelquefois étroite comme chez les chlorotiques.

L'appareil digestif peut être le siège d'une simple décoloration anémique, à laquelle s'ajoutent ou non des suffusions hémorrhagiques ou des infiltrations œdémateuses; il peut également présenter dans les diverses parties constituantes d'autres altérations.

Ainsi, l'estomac est assez fréquemment frappé dans ses glandes d'une dégénérescence graisseuse ou d'une atrophie prononcée.

L'atrophie des glandes stomacales a pour conséquence ultime la disparition complète d'un grand nombre de celles-ci. Elle se traduit à l'autopsie par l'amincissement de la muqueuse gastrique. Dans un fait que nous avons observé, cet amincissement était tel que la surface interne de l'estomac ne pouvait que difficilement être distinguée de l'externe : la muqueuse, atrophiée et lisse avait pris les caractères grossiers d'une séreuse.

Fenwick (1) le premier, en 1870, puis successivement Ponfick, Schuman, Quincke, Nothnagel, ont établi la relation qui existe entre l'atrophie de l'estomac et certaines anémies profondes.

Si ces observateurs n'avaient pas étudié chez leurs malades l'état du sang d'une façon suffisante, cette lacune a été comblée par Henry et Osler, et par Neusser. Il est aujourd'hui parfaitement démontré qu'à l'autopsie de certains individus ayant succombé avec le syndrome de l'anémie pernicieuse progressive, on peut trouver la muqueuse stomacale atrophiée. La question qui demeure pendante est celle de la subordination de l'anémie et de l'atrophie des glandes stomacales. Plusieurs auteurs estiment avec Fenwick que la lésion gastrique est initiale et qu'il y a lieu de décrire un état morbide qui mérite l'appellation d'*atrophie stomacale*. S'il en était ainsi, l'anémie pernicieuse progressive devrait être dépouillée d'un certain nombre des observations sur lesquelles est étayée son histoire. Mais, l'atrophie des glandes stomacales n'est-elle point secondaire, au même titre que l'atrophie cardiaque?

Dans l'intestin ont été rencontrées les mêmes lésions que dans l'estomac, c'est-à-dire la dégénérescence graisseuse des épithéliums et l'atrophie des glandes. Sataki a signalé en outre l'atrophie des plexus nerveux de Meunier et d'Auerbach, qu'il considère comme le point de départ de l'anémie pernicieuse. L'altération du grand sympathique ne porte pas uniquement d'ailleurs sur ses plexus intestinaux. Brigidi a attiré l'attention sur l'atrophie des cellules ganglionnaires du grand sympathique, sur l'atrophie et la dégénérescence graisseuse de ses fibres et sur l'hyperplasie du tissu conjonctif qui entre dans la constitution de ses filets et de ses ganglions. Ne s'agit-il point ici encore de lésions deutéropathiques, subordonnées à l'anémie elle-même?

Les follicules clos isolés ou agminés de l'intestin sont quelquefois légèrement tuméfiés. Il en est de même des ganglions mésentériques et de la rate.

Le pancréas est volumineux, frappé dans son épithélium de dégénérescence graisseuse.

Le foie est pâle, généralement de dimensions normales, par exception légèrement augmenté de volume. Il n'a été soumis à l'examen microscopique que dans un petit nombre de cas. Les cellules hépatiques pourraient être infiltrées de graisse. Dans l'observation qu'ont publiée MM. Hanot et Legry toute dégénérescence graisseuse faisait défaut : la lésion consistait essentiellement dans l'atrophie extrême d'un grand nombre de cellules dont les noyaux étaient devenus inaptes à fixer les matières colorantes.

Les reins sont le siège de modifications histologiques inconstantes et diverses, glomérulite, inflammation interstitielle, dégénérescence graisseuse épithéliale.

Somme toute, les divers tissus se font remarquer, d'une façon générale, par leur pâleur, par l'infiltration hémorrhagique ou œdémateuse de leur trame interstitielle, par l'atrophie ou la dégénérescence graisseuse de leurs éléments nobles.

Il n'est aucune de ces modifications qui ne puisse être rattachée à une lésion primitive du sang.

En est-il de même des altérations que subit la moelle des os? Il y a lieu de remarquer, à cet égard, que dans l'anémie pernicieuse, la moelle des os peut se montrer sous trois aspects : tantôt elle est normale, tantôt elle est gélatiniforme comme dans les cachexies, tantôt enfin elle est rouge, embryonnaire, riche, d'après Conheim, en hématoblastes nucléées.

Dans cette dernière alternative, l'état de la moelle osseuse tranche d'une façon saisissante sur celui des divers organes. Alors que ceux-ci sont en décadence, elle est en pleine activité. Selon Pepper, ce retour de la moelle à l'état embryonnaire serait l'*initium* de la maladie : l'anémie pernicieuse serait l'expression d'une activité morbide de la moelle des os.

Il est possible, après tout, qu'il existe un *lymphadème myélogène* à forme d'anémie pernicieuse, en d'autres termes qu'il existe une anémie extrême symptomatique de la *lymphadème myélogène*, mais ne conviendrait-il pas de renverser la proposition et de considérer le retour de la moelle à l'état embryonnaire comme la conséquence de l'anémie extrême? On sait qu'à l'état normal, chez l'adulte, les hématies *naissent* des hématoblastes d'Hayem, et qu'à l'état pathologique, dans les anémies profondes, la rate et la moelle des os, par un effort vicariant, peuvent verser dans la circulation des hématies nucléées; le retour de la moelle à l'état embryonnaire ne correspond-il pas, de même que la *ligne hypertrophiée splénique* notée dans certains cas, à cet effort ultime?

Nous sommes ainsi amenés à concevoir les lésions dégénératives et les modifications actives des tissus comme subordonnées à l'altération hématique.

Ainsi que nous le montrerons bientôt, celle-ci consiste essentiellement en une diminution considérable du nombre des hématoblastes et des hématies.

Alors que, dans la chlorose, les hématoblastes ne font point défaut, mais se transforment malaisément en hématies imparfaites, d'une viabilité insuffisante, le processus de sanguinification est ici atteint dans sa source même. De l'infécondité du sang en hématoblastes, de l'*anhématopoïèse* (Hayem) découlent l'abaissement progressif du chiffre des hématies, l'hypertrophie compensatrice de celles qui subsistent, et la résurrection des fonctions hématopoïétiques fœtales du foie, de la rate et de la moelle osseuse qui se traduit par la réapparition dans la circulation d'éléments qui y font défaut à partir du

(1) Fenwick. On atrophy of the stomach. *The Lancet*, 1870, p. 78.

septième mois de la vie intra-utérine, les globules rouges à noyaux.

Si, dans un certain nombre de cas, les conditions qui ont été capables de tarir la genèse des hématoblastes apparaissent insignifiantes ou même échappent et si ainsi l'anémie paraît véritablement éclore d'elle-même, dans le plus grand nombre, la maladie n'éclate qu'à l'occasion de causes d'une réelle importance.

Il faut citer la grossesse et la lactation (Gusserow), l'alimentation insuffisante, le défaut d'air et de lumière, le travail physique excessif, le surmenage intellectuel, les excès et les chagrins.

La grossesse et la lactation occupent incontestablement la première place dans cette étiologie. Ce sont surtout les grossesses répétées dans un court laps de temps, séparées par des lactations épuisantes, ou bien celles que compliquent des vomissements incoercibles qui ont été incriminées. La maladie tantôt se développe pendant la gestation dont elle abrège la durée, et tantôt apparaît après la délivrance.

L'alimentation insuffisante joue également un rôle considérable. Certaines malades dont l'histoire a été relatée par Quincke ne se nourrissaient que de pommes de terre et de café de mauvaise qualité; d'autres vivaient de pain et d'eau; un malade de M. Hayem ne mangeait que du pain et des légumes mal préparés.

D'ailleurs, dans un certain nombre de cas, diverses conditions étiologiques se coalisent pour faire apparaître l'anémie pernicieuse : c'est ainsi que l'alimentation insuffisante, les fatigues excessives et la grossesse se rencontrent souvent à la fois dans les antécédents des malades.

Ces notions étiologiques expliquent le développement plus fréquent de la maladie chez la femme que chez l'homme, à l'âge adulte qu'à toute autre époque de la vie, dans la classe pauvre que dans les familles aisées, dans certaines contrées misérables de la Suisse, de la Prusse, du Danemark et de la Suède que dans les pays riches.

Depuis quelques années s'est posée la question de l'existence d'un intermédiaire microbien entre les conditions étiologiques de l'anémie pernicieuse et les lésions *hématiques* qui en constituent l'essence et le substratum.

M. Bernheim (1) a rapporté l'observation d'une malade dont le sang examiné après la mort contenait des bâtonnets articulés immobiles, plus longs et un peu plus larges que ceux de la bactéridie charbonneuse. Ce parasite n'a pu être cultivé par MM. Feltz et Engel et, inoculé au cobaye, n'a produit aucun effet pathogène.

Aufrecht a trouvé dans le sang de trois malades des vibrions ressemblant aux spirochètes de la fièvre *récurrente*.

L'examen du sang d'un certain nombre de femmes enceintes atteintes d'anémie pernicieuse a permis à Frankenhæuser (2) de constater l'existence d'organismes formés d'un corps arrondi, atteignant le dixième du diamètre d'une hématie et munis d'une queue. Ces éléments étaient animés d'un mouvement extrêmement vif et se déplaçaient à la façon des spermatozoïdes. Il existait en outre des formes plus longues, sans queue, moins mobiles. Dans un cas, ces parasites se trouvaient à la fois dans le sang de la mère et dans celui du nouveau-né. A l'autopsie, ils se montraient très nombreux dans le foie, particulièrement dans le lobe gauche.

Petroni (3) a retrouvé chez une femme les micro-organismes décrits par Frankenhæuser. Il a fait à deux lapins une inoculation sous-cutanée du sang de sa malade. Le premier animal n'a pas tardé à dépérir, à pâlir, à perdre l'appétit; sa température s'est élevée jusqu'à 41°5; son sang cependant était riche en éléments parasitaires. Il fut sacrifié le vingtième jour. Les organes et les tissus étaient anémiés, sauf la moelle osseuse et le foie qui contenait un grand nombre de parasites. Le deuxième lapin résista mieux à l'infection; comme le premier, il fut sacrifié le vingtième jour; ses organes étaient le siège d'une anémie légère, à part le foie qui, hyperhémié, renfermait des micro-organismes.

(1) Bernheim. Observations d'anémie pernicieuse progressive puerpérale. *Soc. méd. de Nancy. Revue méd. de l'Est*, 1879, p. 686.

(2) Frankenhæuser. Ueber die Aetiologie der perniciœsen Anæmie. *Centralb. f. d. medic. Wissenschaft*, 1883. S. 49.

(3) Petroni. Sulla natura infectiva dell' anemia perniciosa di Biermer. *Lo Sperimentale*, 1884, T. LIII, p. 239.

Récemment M. Henrot (1) a signalé, dans le sang de deux malades affectés d'anémie pernicieuse, la présence de petites granulations qu'il est porté à considérer comme de nature parasitaire. Dans un cas, ces granulations occupaient le protoplasma des hématies; dans l'autre, elles formaient en outre de petits amas dans le plasma (2).

On voit combien les recherches bactériologiques qui ont été poursuivies dans l'anémie de Biermer sont frustes et combien les résultats qu'elles ont amenés sont discordants. Les notions les plus précises ont été fournies par Frankenhæuser et Petroni. Mais c'est ici le lieu de faire cette remarque que le sang des individus atteints d'anémie pernicieuse renferme des globules rouges mobiles qui offrent avec les parasites décrits par ces observateurs une singulière ressemblance.

Entre ces éléments mobiles, en effet, l'on distingue d'une part des hématies moyennes, petites ou naines, munies de prolongements, queues ou flagella contractiles, et d'autre part des hématies d'une extrême petite taille, qui, très déformées, prennent l'aspect de bâtonnets noueux et se meuvent à la façon des bactéries, méritant ainsi l'appellation de *pseudo-parasites* (Hayem) (3). L'avenir seul pourra nous apprendre si ces éléments déformés et mobiles n'ont pas été pris pour des parasites véritables.

A. Gilbert.

TRAVAUX ORIGINAUX

Faits de maladie de Morvan,

par le Dr Prouff (de Morlaix).

Nous avons réuni depuis 1888 quatre observations de maladie de Morvan. Nous les publions pour les quelques particularités qu'elles présentent.

Observation. I. — *Maladie de Morvan. — Cas fruste. — Panaris et crevasses multiples. — Intégrité sensitivo-sensorielle.*

La veuve B..., fermière à Plouzévédi (Finistère), 45 ans, 8 enfants, est une femme de taille moyenne, bien portante, bien constituée, un peu voûtée, mais dans les limites physio-

(1) Henrot. Contribut. à l'Etude de l'anémie pernicieuse prog. *Assoc. française pour l'avancement des sciences*. Nancy, 1886, 2e partie, p. 755.

(2) Chez le cheval les vétérinaires ont observé le développement d'une maladie à laquelle ils donnent la désignation d'*anémie pernicieuse*. L'affection se montre chez les animaux débilités par le surmenage, le séjour prolongé à l'écurie ou par des maladies antérieures telles que la pneumonie. Cliniquement elle est très comparable à l'anémie pernicieuse humaine. D'après les recherches de Zschakke, elle serait parasitaire et due à des microbes de forme bacillaire. Sa nature infectieuse serait encore établie par l'atteinte simultanée de plusieurs animaux dans la même écurie. Furminger aurait également observé l'anémie pernicieuse à l'état enzootique chez le bœuf.

(3) Hayem. De la contractilité des globules rouges et des pseudo-parasites du sang dans l'anémie extrême. *Bull. Soc. méd. des hôp.*, 21 février 1890, p. 118.

logiques. Elle nous est indiquée par notre ami le Dr Servet comme devant être atteinte de maladie de Morvan.

En effet, les 2 mains sont mutilées par des nécroses et des crevasses qui n'ont respecté qu'un seul doigt : l auriculaire gauche. Encore est-il rétracté en demi-flexion.

Le doigt le premier pris fut l'annulaire gauche. B... avait alors 23 ans. Le panaris dura 3 mois et se termina par nécrose de la deuxième phalange. 6 mois après, le médius gauche se nécrosa de la même façon. Tous deux sont restés fléchis dans l'articulation phalango-phalanginienne avec la troisième phalange subluxée en arrière.

30 *ans*. — Médius droit, panaris et crevasse.

32 *ans*. — Index droit, nécrose de la troisième phalange emportée tout entière avec l'ongle.

39 *ans*. — Index gauche. Ici les désordres furent plus graves, et après une suppuration de 5 à 6 mois le doigt fut amputé à la partie supérieure de la phalangine par le Dr Cabon de Mésormel. L'opération se fit sans chloroforme et fut très douloureuse.

41 *ans*. — Le pouce gauche se prend et reste malade 2 ans. Elimination de séquestres et de tendons, fusée purulente jusqu'au-dessus du poignet qui est resté ankylosé dans l'axe de l'avant-bras.

45 *ans*. — Il y a 7 mois, le pouce droit perd l'ongle qui se reproduit écailleux, friable, avec des stries transversales.

Les intervalles de ces dates furent remplis par des séries de crevasses aux plis digito-palmaires, perforant les gaines, ankylosant en demi-flexion les doigts jusqu'alors intacts, et transformant chaque main en une griffe qui ferme, mais ne s'ouvre pas.

Panaris ou crevasses, tout a été douloureux. Douloureuses aussi les diverses explorations ou interventions chirurgicales. C'est qu'aujourd'hui encore la sensibilité des deux mains est restée intacte sous toutes ses formes.

Le frôlement du pinceau, la piqûre de l'épingle, la température de l'eau sont appréciés exactement et sans retard.

Nous plongeons la main ensemble dans de l'eau à 50° environ; c'est B... qui se retire la première. Elle donne à manger à ses enfants encore jeunes et ne se trompe nullement sur la température des aliments. Aussi, contrairement à la plupart des maladies de Morvan, ne porte-t-elle aucune trace de brûlure.

Les éminences thénar et hypothénar, les espaces interosseux sont légèrement maigres. Partout ailleurs aucune amyotrophie. Aussi, malgré ses mains en griffe, B... travaille toute la journée, et n'est pas trop maladroite.

Nous sommes en été. La coloration des mains est normale. L'hiver les rougit et les gonfle et produit des engelures. Les sens spéciaux sont intacts. La vue en particulier est normale, sans rétrécissement des champs visuels, car B... reconnaît, jusqu'aux mêmes limites que nous, des papiers colorés agités à égale distance de son œil et du nôtre.

Les pupilles sont de grandeur ordinaire et réagissent bien à la lumière et à la convergence. Les fentes palpébrales ne sont pas rétrécies.

Nous ne discuterons pas le diagnostic de B... Ses mains ce sont deux mains de Morvan typiques. Il s'agit donc d'un de ces cas frustes que notre vénéré compatriote a signalés comme la forme la plus simple de sa maladie. Quelques auteurs ont une tendance à considérer les panaris de Morvan comme le résultat de traumatismes passés inaperçus à la faveur de l'anesthésie. S'ils sont plus rares dans la syringomyélie, c'est que là le tact est presque toujours conservé. Ce cas et les deux semblables de M. Morvan sont la réponse à cette version. Comment d'ailleurs ces mêmes auteurs expliqueraient-ils ces éclosions de 4 et 5 panaris dans la même nuit?

Donc chez B... la lésion médullaire, quelle qu'elle soit, est restée 22 ans cantonnée dans un espace restreint au voisinage de la commissure grise, au niveau des dernières vertèbres cervicales et premières dorsales, respectant les cornes antérieures et postérieures et tous les faisceaux blancs.

OBSERVATION II. — *Maladie de Morvan. — Panaris et crevasses. — Alopécie rapide à 50 ans. — Scoliose. — Amyotrophies diffuses. — Anesthésie, analgésie, thermo-anesthésie de la peau et des muqueuses. — Paraplégie spasmodique. — Intégrité du champ visuel.*

La femme Daf..., de Garland (Finistère), 69 ans, fermière, s'est mariée à 29 ans et a eu 3 enfants. 2 sont morts presque en naissant, l'autre a succombé à 3 ans, vraisemblablement à une cachexie pédiculaire. Cette maladie n'est pas encore absolument rare dans nos campagnes.

A 28 ans, en chargeant un faix de choux, son épaule gauche s'était luxée. C'est donc qu'elle était déjà malade, et cependant elle ne se rappelle pas en avoir souffert avant cet accident.

Ce n'était là que le début de ses malheurs. A 30 ans commence par l'index droit une interminable série de panaris qui ont offert ceci de particulier qu'ils ont attaqué plusieurs fois les mêmes doigts. Ainsi l'index droit fut repris à 32 ans, le pouce droit à 37 ans, puis encore l'année suivante. L'annulaire a eu tournioles sur tournioles. Les crevasses avec phlegmons des gaines achevaient l'œuvre des panaris, si bien que pas un doigt n'est intact et que les deux poignets sont ankylosés. D... a deux mains de Morvan les plus complètes peut-être que nous ayons vues. Nous ne referons pas l'admirable description de M. Morvan.

Il suffit aujourd'hui de dire « main de Morvan » et tout le monde se représente une main lourde, épaissie, la peau tendue, couturée de cicatrices, la paume plate, les doigts crochus, gros, crevassés, tronqués, avec des ongles les uns absents, les autres déformés de cent façons. Telles sont les mains de D...

De plus D... présente une énorme scoliose dorsale droite. Ça lui est venu peu à peu, elle ne sait pas au juste quand, vers 40 ans peut-être, en même temps que ses panaris. Vers la même époque son bras droit faiblissait. En effet, extenseurs et fléchisseurs sont fortement atrophiés surtout à l'avant-bras. Dans cet amaigrissement général la région deltoïdienne fait un relief choquant, mais c'est de l'adipose sous-cutanée. Le membre supérieur gauche est impotent, et cependant tous les segments sont moins atrophiés que les segments droits correspondants. C'est que l'humérus n'est plus fixé. La tête érodée est battante à 4 ou 5 travers de doigt au-dessous de la cavité glénoïde. Cela date de la luxation dont nous avons déjà parlé. On l'avait réduite facilement, mais elle se reproduisait à chaque instant, et c'est sans doute aux allées et venues de la tête humérale autant qu'à l'arthropathie préexistante, que D... dut à l'âge de 33 ans un abcès long à guérir de la région scapulaire.

Les membres inférieurs sont moins atrophiés que les supérieurs, cependant la fesse droite est bien moins amaigrie ; mais ici il y a un élément nouveau, la contracture, avec quelques secousses fibrillaires et exagération des réflexes du genou et du pied. Aussi D... marche péniblement, avec effort, ayant l'air de traîner des poids énormes, tout de suite fatiguée. Tous ces désordres se sont produits sans douleur. C'est que notre malade a la peau entière anesthésiée au toucher, à la chaleur, à la douleur. Ce n'est guère qu'à partir de la région moyenne des cuisses jusqu'aux pieds qu'elle sent les divers excitants, encore bien faut-il qu'ils soient assez énergiques.

De même la conjonctive, la muqueuse buccale et pharyngée supportent facilement le contact et l'épingle. Le réflexe pharyngé est aboli. Toutefois D... prétend qu'elle sent le goût et la température des aliments. Quant à l'odorat, elle n'en a jamais eu, dit-elle. La muqueuse du nez est insensible.

Les pupilles et les fentes palpébrales sont normales, les yeux pas trop enfoncés. La vision est un peu affaiblie, mais en raison de l'hypermétropie. Quant aux champs visuels, nous les avons trouvés normaux et M. Calmettes, du 118e, est arrivé au même résultat par le procédé décrit dans l'observation I, Sphincters normaux.

Malgré l'étendue des anesthésies cutanées, muqueuses et profondes, nous ne discuterons pas l'hypothèse de l'hystérie superposée, en raison de l'absence de zones hystérogènes et de l'intégrité des sens spéciaux.

D... est un cas de maladie de Morvan, un cas très complet. Son intérêt est dans la coexistence de la paraplégie spasmodique, connue, fréquente dans la syringomyélie, mais pour la première fois, croyons-nous, signalée dans la maladie de Morvan.

Ainsi donc ces deux maladies se ressemblent jusque

dans leurs complications, leurs symptômes extrinsèques, comme dit M. Charcot.

Nous avons réservé un symptôme dont nous voulons parler à part, ne sachant quelle signification lui attribuer. D... est tout à fait chauve. C'est à l'âge de 50 ans qu'elle a perdu ses cheveux rapidement, sans douleur, sans lésion apparente du cuir chevelu. Actuellement la peau du crâne est lisse, mais paraît normale. L'alopécie est-elle due à une tropho-névrose du même genre que les panaris et les crevasses? En tout cas ce doit être un accident rare, car il ne paraît pas avoir été signalé jusqu'alors dans la maladie de Morvan.

En revanche, il est commun dans une affection qui présente avec elle assez de ressemblance pour qu'un écrivain distingué, Zambacco-pacha, ait tenté récemment de les identifier. Nous voulons parler de la lèpre. Pour cet auteur, maladie de Morvan et syringomyélie ne sont qu'une même maladie, et cette maladie n'est elle-même qu'une modalité de la lèpre atténuée par les mœurs et le climat d'Europe. Nous n'avons pas à rappeler aux lecteurs de la *Gazette hebdomadaire* les graves objections que M. Thibierge a faites à cette opinion. Pour notre part, nous avons en ce moment dans notre service un cas de lèpre contractée par un Breton durant un séjour de vingt ans en Nouvelle-Calédonie. Assurément il y a des traits nombreux de ressemblance : œdème des mains avec ulcérations actuelles ou cicatrisées, 2 maux perforants au pied droit, amyotrophie des deux avant-bras, anesthésies dissociées ou totales, etc. Mais l'œdème de notre lépreux est cuivré comme toute sa peau, ses ulcérations sont presque toutes creusées dans des tubercules, ses anesthésies sont des anesthésies en plaques. Les ressemblances mêmes sont donc déjà bien superficielles. Et tout d'abord ces tubercules, ces macules, cette main qu'on dirait trempée dans un lait de chaux et mal essuyée, rien de pareil n'a jamais été vu dans la maladie de Morvan. Et, pour en revenir à l'alopécie qui a été le point de départ de cette digression, D... a perdu tous ses cheveux d'un coup; notre lépreux perd par plaques, par poussées successives et lentes, les cheveux et la barbe. Jusque dans ce dernier trait la dissemblance éclate entre la lèpre et la maladie de Morvan.

Observation III. — *Maladie de Morvan. Atrophie musculaire du type scapulo-huméral.*

S... Pierre, 40 ans, cultivateur à Loqueffret (Finistère), nous consulte en juillet 1891 pour un ulcère central de la cornée avec hypopyon, d'origine non traumatique, dit-il.

Ce qui nous intéresse surtout en lui, ce sont ses mains : 2 mains de Morvan.

On les reconnaît immédiatement à la flexion des doigts, à leur mutilation, à la déformation des ongles. Ajoutons que les éminences thénar et hypothénar sont très légèrement maigres, surtout à gauche.

Les deux pouces seuls sont en position normale. Tous les autres sont fléchis au niveau des 2e et 3e phalanges.

Tous les ongles sont déformés, excepté celui du pouce gauche. En revanche, seuls l'index et le petit doigt droits ont perdu des os : leur dernière phalange.

Il y a des traces de crevasses aussi; une au pli métacarpien des 2 pouces, une 3e au 2e pli de l'index gauche.

Les poignets ne sont pas ankylosés, contrairement à ce qui se voit souvent dans les mains de Morvan.

Nous aurons fini en disant qu'il existe une scoliose dorsale à convexité gauche avec compensation lombaire et une anesthésie tactile et thermique incontestable mais peu intense qui va en mourant du bout des doigts aux environs des 2 coudes.

L'analgésie dépasse un peu l'anesthésie en intensité et en étendue.

Nous arrivons, après avoir noté l'intégrité sensorielle, à ce qui fait l'intérêt de cette observation.

S... est un atrophique du type scapulo-huméral.

La musculature des deux avant-bras est normale, mais, comme nous l'avions deviné à la gène des mouvements des bras, les muscles de la ceinture scapulo-humérale sont atteints.

Les moignons des 2 épaules sont abaissés et les bords spinaux des 2 scapulums, au lieu d'être verticaux, sont obliques de haut en bas et de dehors en dedans.

Leurs lignes prolongées se rejoindraient en V au niveau des dernières dorsales. L'angle inférieur de chaque côté soulève et plisse la peau en s'écartant du thorax. Les 2 portions inférieures des trapèzes sont donc paralysées. Nous constatons au contraire en résistant à l'élévation des épaules l'intégrité des faisceaux claviculaires, comme celle des pectoraux et des grands dorsaux en essayant d'empêcher l'adduction et l'abaissement des bras.

Les fosses sus et sous-épineuses sont vides de chaque côté et en effet la rotation en dehors est presque nulle. Les grands ronds font leur saillie ordinaire qui paraît agrandie par la maigreur des muscles voisins. Les grands dentelés sont intacts et dessinent bien leurs digitations dans l'inspiration forcée

Enfin les deltoïdes, le biceps et le triceps sont manifestement hypotrophiés, surtout à gauche.

En résumé, paralysie des trapèzes moyens et inférieurs, des sus et sous-épineux, des deltoïdes, biceps et triceps.

Contractions fibrillaires assez fréquentes surtout dans les muscles atrophiés, réflexes très exagérés et myœdème au moindre attouchement.

Aux membres inférieurs réflexes normaux.

A quel âge a commencé cette atrophie scapulo-humérale? Vers 35 ans, dit le malade, en tout cas pas avant 30 ans, alors que le 1er panaris, celui de l'index droit, est venu à 20 ans.

Nous voyons donc ici la maladie de Morvan, après avoir débuté comme d'habitude dans la substance grise centrale, dévier vers les cornes antérieures et y constituer un genre d'atrophie myélopathique du type Vulpian. Ce sera sans doute au détriment du malade voué désormais à une impotence prochaine et peut-être à une mort relativement prompte.

Ces déviations ont été signalées dans la syringomyélie. Il est intéressant de voir la maladie de Morvan suivre son sosie jusque dans ses écarts les plus capricieux.

Observation IV. — *Maladie de Morvan se rapprochant de la syringomyélie par une dissociation quasi-syringomyélique. — Mort subite. — Autopsie. — Syringomyélie gliomateuse.*

La fille C..., 39 ans, blanchisseuse à Morlaix, nous fit appeler en 1888 pour une violente douleur survenue brusquement au côté droit. Au bout de 5 à 6 jours il fut à peu près certain, à l'horrible fétidité de l'haleine et des crachats, à une hémoptysie peu abondante mais tenace entraînant des filaments brunâtres et infects, aux bruits atypiques aussi de l'auscultation, que l'on avait affaire à une gangrène pulmonaire.

Chez C..., une autre chose attira immédiatement notre attention.

Sa main gauche avait 2 doigts mutilés par des panaris, la droite 4. Outre cela des cicatrices de brûlures et de phlegmons aux mains et aux avant-bras, les mains épaissies par un œdème dur et violacé, terminées en griffes par des doigts demi-ankylosés, massifs et tronqués, les uns sans ongles, les autres avec des ongles difformes : c'étaient des mains de Morvan.

C... a 39 ans. Elle a encore six frères ou sœurs vivants et bien portants. Elle est blanchisseuse pour le moment, mais elle est née à la campagne et jusqu'à 30 ans elle y est restée comme fille de ferme ou bonne d'enfants.

Réglée à 25 ans seulement et toujours assez mal. Bien portante cependant, à part une fièvre typhoïde à 24 ans.

Bien avant cela avait commencé la série des panaris :

A 10 ans 1/2, par l'annulaire droit.

A 12 ans, l'index droit.

A 19 ans, crevasse médio-palmaire droite.

A 20 ans, le pouce droit.

A 21 ans, le médius droit avec fusée dans les gaines des

extenseurs, arthrite du poignet et ankylose au bout de deux ans.

A 25 ans, l'annulaire gauche.

A 27 ans, le médius gauche, malade 3 mois.

Tous ces panaris ont été douloureux.

A partir de 27 ans l'ère des panaris est close.

Vers 30 ans, la malade précise la date, se développent peu à peu, avec de violentes douleurs thoraciques, une cypho-scoliose cervico-dorsale modérée à convexité droite et un torticolis tournant la face gauche.

Depuis lors, à part des brûlures et des écorchures que la malade ne comptait ni ne sentait, C... n'éprouve aucun trouble trophique.

Les muscles sont bien conservés, à part les thénar et hypothénar un peu maigres, le deltoïde droit réduit de moitié, et le trapèze supérieur gauche très amoindri. Malgré ses mains déformées, C... est une blanchisseuse zélée et qui ne perd pas une journée de travail.

Au froid, à l'eau les mains se gonflent et deviennent encore plus violacées. C... ne sent cependant ni le chaud ni le froid; elle se brûle à plaisir, car ses plaies, dit-elle, guérissent vite et elle ne les sent pas. En effet, nous lui avons gardé les deux mains dans de l'eau à 60° environ pendant plusieurs secondes : aucune douleur.

Cette thermo-analgésie ne va pas sans thermo-anesthésie, et celle-ci est d'ancienne date. A 17 ans C... était bonne d'enfants, et comme ses mains ne lui disaient pas quand elle avait assez chauffé au feu les pieds des bébés, elle y frottait ses joues qui la renseignaient.

Voilà une date précise et nous la relevons, car la chronologie des divers éléments de la maladie de Morvan n'est pas encore bien établie.

La sensibilité à la douleur (piqûre, pincement) est fortement diminuée aux mains et aux avant-bras, mais elle n'est nulle part abolie.

Le tact est encore bien moins atteint. Tout d'abord même nous le crûmes intact, car C... sentait et localisait très exactement le moindre attouchement du crayon. Nous en fîmes part à M. Morvan, qui nous conseilla de nous servir, comme lui, de la plume de poulet ou du pinceau.

Par ce procédé très délicat nous réussîmes à découvrir à la face palmaire des doigts, mais là seulement, de l'hypoesthésie. Et nous nous demandons si la dissociation syringomyélique résisterait toujours à cette épreuve.

En tout cas, voilà une thermo-analgésie énorme coïncidant avec une analgésie moyenne, et une anesthésie microscopique.

Le sens musculaire est intact, les sphincters normaux. Rien aux membres inférieurs.

Ici se termine notre observation, incomplète, à notre grand désespoir. C..., guérie de sa gangrène pulmonaire, se refuse à tout nouvel examen. Nous n'entendions plus parler d'elle depuis 3 ans, lorsque, le 17 mai 1891, au matin, on vint nous dire qu'elle se mourait. En effet, bien portante la veille, elle était maintenant à l'agonie, l'écume à la bouche, mourant peut-être par le bulbe. Elle couchait seule, on l'avait trouvée ainsi; c'était tout ce que l'on put nous dire. Une complaisance inespérée de la famille nous permit d'examiner le cadavre et d'enlever la moelle épinière, le faisceau nerveux de l'aisselle et un tronçon du médian du côté le plus atteint. Le tout, suspendu dans un flacon de bichromate, fut adressé à M. Déjerine qui voulut bien, et nous l'en remercions vivement, se charger de l'examen histologique.

Nous ne dirons que quelques mots, et d'après M. Déjerine lui-même, de l'examen macroscopique. La lésion est une syringomyélie gliomateuse très étendue, « superbe », remontant au delà de la 2e cervicale où la moelle a été coupée. Le nerf médian au-dessus du poignet paraît sain, plutôt au-dessous de la moyenne.

L'intérêt de cette autopsie, nous ne nous le dissimulons pas, est très amoindri par ce fait que l'observation est incomplète, et que la malade n'avait pas été revue depuis trois ans. Il a paru, à l'examen du cadavre, qu'il ne s'était pas produit de nouveaux troubles trophiques depuis lors. Mais nous ne savons rien des limites actuelles et des formes des anesthésies, rien de l'état sensoriel, rien surtout de la cause de cette mort presque subite. Peut-être cependant peut-on avec quelque vraisemblance attribuer celle-ci à une lésion bulbaire.

Telles quelles, cette observation et cette autopsie ont une signification nette. Une maladie de Morvan, voisine il est vrai de la syringomyélie par une dissociation presque complète, mais une maladie de Morvan en somme, a eu une fois de plus pour substratum anatomique une syringomyélie gliomateuse. Il existe à l'heure actuelle en France quatre autopsies de maladie de Morvan, celle de Gombault, Reboul et Prouff, les deux de Joffroy et Achard, et celle-ci. Les trois dernières sont des syringomyélies.

Donc la maladie de Morvan peut être réalisée, et est le plus souvent réalisée par la syringomyélie. Mais il reste le cas de C. Poupon. (Gombault, Reboul et Prouff.) Ce cas est irréductible. Il s'agissait là aussi d'une maladie de Morvan, vue par M. Morvan, adoptée comme sienne par lui. Qu'a révélé l'autopsie? Tout d'abord l'absence de gliome, de toute trace de gliome, M Gombault est absolument affirmatif sur ce point. Ensuite des lacunes médullaires très vraisemblablement produites par le marteau, ou, si l'on n'admet pas cette explication, des myélites cavitaires du genre Joffroy, terminaison d'une sclérose bien constatée. Et puis encore une polynévrite avec hypertrophie énorme des troncs nerveux, au point que le médian atteignait le volume du petit doigt.

Il y avait autre chose encore : un épanchement de sang, considérable, ancien, ocreux, autour de la moelle cervicale jusqu'aux premières dorsales, si bien que M. Reboul qui ouvrait le rachis et nous qui l'assistions nous nous écriâmes ensemble : « Pachyméningite! » Ce n'était pas une pachyméningite, car la dure-mère n'était pas épaissie ; c'était une hématorachis. Les pièces furent adressées à M. Gombault, qui naturellement ne vit aucune trace de cette hématorachis, et il n'en fut plus question.

Nous rappelons le fait simplement sans essayer pour le moment de l'interpréter. L'autopsie de C. Poupon est restée énigmatique : névrite pour les uns, sclérose médullaire pour les autres. La coexistence de l'hématorachis n'en simplifie peut-être pas l'explication.

En tout cas, la maladie de Morvan, une cliniquement, peut être le produit de lésions diverses des nerfs et de la moelle, simples ou combinées entre elles. Elle n'est pas toujours la traduction d'un gliome de la moelle.

La syringomyélie fut d'abord et longtemps avec Ollivier, d'Angers, une simple expression anatomique. Avec Kahler et Schultze elle devint une réalité clinique. Bientôt elle marche en conquérant à travers les cadres détruits de l'ancienne pathologie médullaire. Elle a annexé déjà (Achard) presque tous les Aran-Duchenne, une grande partie des pachy-méningites cervicales hypertrophiques. On ne conteste pas formellement encore les myélites cavitaires de Joffroy, les périépendymaires d'Hallopeau, mais on laisse entendre (Bruhl) que dans ces cas le gliome a pu être méconnu et pris pour de la sclérose. La maladie de Morvan, on la revendique tout entière. Volontiers la syringomyélie élèverait des prétentions sur toutes les affections quelconques présentant, avec de l'amyotrophie, des anesthésies dissociées ou même intégrales.

M. Morvan a fait ici même ses réserves et nous venons de nous y associer.

D'autre part Minor et Seeligmuller ont démontré que l'hématomyélie pouvait simuler à s'y méprendre la syringomélie. Les polynévrites infectieuses (Déjerine-Klumpke) ou tuberculeuses (Seeligmuller) présentent parfois les mêmes symptômes. Il semble donc qu'à s'étendre trop vite la syringomyélie ait perdu de sa solidité et que de nouvelles délimitations soient prochaines.

Quelques points litigieux de la rage humaine.

I. Les communications de MM. Laveran et Chantemesse à la *Société médicale des hôpitaux* ont posé la question de la possibilité d'une guérison spontanée dans la rage humaine confirmée.

Le *Bulletin médical*, qui est en relations suivies avec l'Institut Pasteur, a dit à ce sujet que les médecins, anciens et modernes, aussi bien que le public, s'accordent à croire perdu sans rémission tout homme chez lequel la rage a éclaté, et que pour réagir contre une opinion aussi profondément enracinée il faut un certain courage. Il ajoute qu'on aurait même considéré comme absurde de provoquer des recherches dans ce sens.

Je prends la liberté de rappeler que l'un des premiers j'ai eu le courage d'une telle absurdité. A la suite de la discussion qui s'éleva à l'Académie de médecine, en janvier 1887, sur la vaccination antirabique, je publiai dans les numéros 11 et 12 de la *Gazette hebdomadaire* un cas de rage paralytique chez l'homme que je fis suivre du commentaire suivant :

L'accès de rage n'est pas un dans son expression symptomatique à travers les espèces animales; depuis l'accès du singe qui guérit jusqu'à l'accès presque foudroyant du lapin, il y a toute une série de formes intermédiaires. La rage humaine en réalise un certain nombre sous les noms de formes convulsives paralytiques, mixtes. Ces formes malheureusement ne différeraient pas entre elles par la gravité, puisqu'elles aboutiraient toutes à une terminaison fatale, du moins semble-t-il. On guérit de la peste, du choléra, du charbon; on guérit du tétanos; on guérit de la morve (Mackensie, Bourdon); la rage seule ne guérirait jamais.

Cette unique exception peut paraître singulière.

Et envisageant la possibilité de la guérison spontanée de la rage, je crus poser la question dans ses termes véritables :

Puisqu'il est aujourd'hui démontré qu'il est des degrés dans la virulence rabique, dans les résistances individuelles qui vont même, dit-on, parfois jusqu'à assurer l'immunité, on peut se demander pourquoi tous ces facteurs variables n'arriveraient pas parfois, en se combinant, à réaliser des formes mitigées, frustes, qui permettraient aux victimes de survivre. Il y a de pareils exemples pour toutes les autres maladies même les plus redoutables.

On dira que les raisons d'analogie n'y font rien, et ne sauraient prévaloir contre les faits. Mais est-il bien prouvé que tous les faits soient absolument contraires à cette manière de voir? La rage guérit quelquefois chez le chien, comme on peut s'en assurer en lisant les recueils de médecine vétérinaire, comme l'ont prouvé MM. Decroix et Leblanc fils. Il est absolument démontré qu'elle guérit communément chez le singe, dont les dispositions morbides se rapprochent beaucoup de celles de l'homme. Pourquoi ne guérirait-elle pas quelquefois dans l'espèce humaine? Pourquoi accueille-t-on par une fin de non-recevoir absolue les cas de guérison apportés de temps à autre par des médecins consciencieux et éclairés?

Je faisais ici allusion au cas de rage, suivi de guérison, que le Dr Denis-Dumont, de Caen, avait communiqué à l'Académie de médecine, dans la séance du 13 juin 1882, cas qui fut presque récusé par le rapporteur, feu M. Bouley, et qui avait pourtant présenté cette particularité, bien étrange, bien faite pour entraîner la conviction, de la sensation prurigineuse et de la rupture de la cicatrice au niveau de la morsure. Je finissais en disant :

La rage nous a ménagé bien des surprises dans ces dernières années. La guérison naturelle de l'accès de rage, si rare qu'elle fût, ne serait pas la moins heureuse surprise, tant au point de vue scientifique qu'au point de vue humanitaire.

Et voilà qu'aujourd'hui la prédiction se réalise,

Je sais bien que dans les communications de MM. Chantemesse et Laveran il ne s'agit encore que de rages frustes, limitées aux nerfs périphériques, qui ont été précédées et probablement modifiées par les inoculations préventives. Mais patience, il existera longtemps encore par le monde des cas de rage bulbo-médullaire qui resteront vierges de toute vaccination pastorienne, et je ne désespère pas d'apprendre que quelques-uns feront pendant au cas du Dr Denis-Dumont. La rage rentrera ainsi dans la commune loi, qui veut que dans les maladies même les plus redoutables tous les cas ne soient pas péremptoirement mortels; loi suggestive, puisqu'elle nous avertit qu'il y a en pareils cas des conditions réalisables de guérison et nous invite à les étudier.

II. Quant à la question de la virulence de la salive chez l'homme enragé, je crois qu'il est bon de rappeler que, les expériences de Magendie et de Breschet mises à part, c'est au regretté Maurice Raynaud qu'on doit les premières inoculations positives sur le lapin de la salive de l'homme enragé; et depuis, ces inoculations ont été répétées avec le même succès à l'Institut Pasteur. Il n'en est pas moins vrai qu'en fait la transmission de la rage de l'homme à l'homme restera toujours exceptionnelle, parce que, comme l'a dit M. Pasteur, l'homme enragé ne mord pas, quoique souvent il dise qu'il va mordre. Dans notre observation de rage paralytique nous avons précisément consigné que le malade disait avoir envie de mordre ses gardiens, ajoutant qu'il saurait bien s'en défendre.

Pourtant, dans les derniers instants de sa vie, il demanda avec insistance *un os à ronger*, et pour l'apaiser il fallut lui donner une carotte dans laquelle il mordit à plusieurs reprises. En même temps, par une véritable obsession cynanthropique, résultat sans doute des préoccupations constantes de la période d'incubation, il imita les aboiements d'un chien. Il est probable qu'à ce moment il eût mordu quiconque eût été à sa portée.

Précisément dans une longue et minutieuse enquête que nous avons faite sur tous les cas de rage qui ont eu lieu dans les Deux-Sèvres depuis le commencement de ce siècle, enquête que nous publierons, nous avons relevé le cas d'un homme enragé qui mordit ses gardiens. Ce cas eut à Niort, où il se produisit en 1829, un retentissement extraordinaire qui, on peut le dire, dure encore, en raison des circonstances singulières où il se produisit :

Un sieur B..., coutelier, à Niort, avait été mordu par un chien réputé enragé, un dimanche, étant à la pêche à la ligne sur les bords de la Sèvre Niortaise. On ne dit pas s'il fut cautérisé. Probablement il suivit quelque traitement empirique à la mode du temps. Rien d'anormal ne parut en lui, quand, 17 ans plus tard, faisant une partie de cartes avec le casernier du quartier de cavalerie, il se prit de querelle avec ce dernier qui l'apostropha en l'appelant, dit-on : « Reste de chien enragé ». B.... en conçut un vif dépit, rentra chez lui, et la rage se déclara immédiatement. Il fallut l'attacher, et dans un de ses accès il mordit deux de ses voisins, Bilcard perruquier et la femme Morin. Il fut conduit, par les soins de la police, à l'hospice de Niort, où il succomba le surlendemain.

Bilcard et la femme Morin furent cautérisés et n'eurent ultérieurement aucun mal.

III. Cette observation, que j'abrège et dont j'ai recueilli tous les éléments soit auprès des contemporains survivants, soit dans les journaux du temps, soit sur les registres de l'hôpital civil, soulève une troisième question bien troublante, celle de la durée presque indéfinie de la période d'incubation.

Dans le monde scientifique on a longtemps nié le fait et peut-être le nie-t-on encore.

Il est bien certain pourtant que dans le nombre des

inoculés par la méthode pastorienne, il en est qui ont succombé huit, dix, quinze mois après la morsure ; et, avant le traitement pastorien, MM. Féréol et Léon Colin ont communiqué à l'Académie de médecine, le 21 juillet 1874 et le 2 novembre 1880, deux cas de rage, accompagnés des détails les plus précis, qui n'ont éclaté tous deux qu'après deux ans et demi d'incubation. Cela donne déjà beaucoup à réfléchir, et avec ce que l'on sait aujourd'hui du mode de propagation lente du virus rabique salivaire à travers les filets nerveux en contact avec la morsure, avec ce que l'on sait surtout du microbisme latent, il n'y a plus de raison théorique pour ne pas reculer encore davantage l'échéance possible de l'accès de rage après morsure.

L'opinion populaire, que nous avons rarement trouvée en défaut sur tous les points de la rage restés longtemps litigieux, est unanime pour admettre cette longue durée d'incubation. Tout le monde connaît cette histoire un peu légendaire, qui résume l'opinion générale à ce sujet, de cet homme qui, au moment de s'embarquer pour l'Amérique, fut mordu au mollet, sur le quai, de pair avec un de ses amis, par un chien dont on ignorait l'état rabique. De retour après vingt-cinq ans d'absence, apprenant que cet ami, dont il s'informait, était mort enragé de la morsure en question, il devint subitement enragé à son tour. Et il y a quelques années, les journaux de Maine-et-Loire, dont nous n'avons pu retrouver la date, il est vrai, relataient le cas d'une personne morte de la rage, et qui avait été mordue, disait-on, vingt et quelques années auparavant par un chien suspect.

Notre cas de B.... rentrerait donc dans cette catégorie. Nous savons bien qu'il peut être contesté. Nous savons bien qu'à son sujet, on peut toujours dire qu'après un long temps, en dépit des investigations les plus complètes, les éléments d'information et de contrôle font défaut ; que B... avait peut-être des habitudes d'intempérance ; qu'il avait en lui quelque tare nerveuse héréditaire, — ce qui d'ailleurs est exact; — qu'il avait pu être mordu à nouveau par un chien enragé, ou que sa rage n'était au fond qu'une *manie aiguë* ou un *delirium tremens*, ayant pris la forme hydrophobique par le fait d'une véritable auto-suggestion du malade.

Il n'en est pas moins vrai que ce cas pose la question de la prolongation pour ainsi dire illimitée de l'incubation de la rage humaine après morsure. Le fait sans doute n'est pas consolant, et peut-être nous objectera-t-on qu'il ne devrait être affirmé qu'avec des preuves d'une certitude absolue. Nous pouvons dire à notre décharge que de pareils cas seront toujours si rares que la part de sécurité qu'ils enlèvent aux mordus est une quantité à peu près négligeable.

IV. Cet article était écrit, quand le prof. Grasset, de Montpellier, a publié, dans *la Semaine médicale* du 29 juillet 1891, un cas dont la ressemblance phénoménale avec un cas de rage a été si complète, que M. Grasset n'eût pas hésité à le regarder comme tel, sans les particularités suivantes :

1° Le patient avait des stigmates hystériques évidents. D'où M. Grasset a conclu, bien que la présence de l'hystérie n'exclue pas, tant s'en faut, les maladies organiques du système nerveux, qu'ici cette coexistence n'existait pas, et qu'on avait affaire à la seule hystérie, à une hystérie spéciale, à une hystérie rabiforme. Et ainsi l'hystérie devient une fois de plus la victime désignée, qu'on charge de tous les syndromes morbides d'un classement difficile. Malgré toute notre déférence pour le talent de M. Grasset, nous avouons qu'il nous est difficile de comprendre comment le système cérébro-spinal d'un hystérique puisse *proprio motu* s'ébranler juste aux points si variés, si compliqués, que le virus rabique passait jusqu'à ce jour pour seul capable d'impressionner, de manière à produire des symptômes aussi disparates que la salivation, la sputation, la photophobie, l'hydrophobie, la dyspnée, les spasmes, les contractures, l'hyperacousie, la tendance aux morsures, le satyriasis, etc. Si vraiment l'hystérie peut à elle seule et tout à la fois accomplir une telle besogne, la médecine cesse pour nous d'être une terre ferme, et nos notions de spécificité causale et symptomatique en sont tout ébranlées. Peut-être serait-il plus simple d'admettre que chez un homme mordu par un chien enragé, après quarante jours d'incubation, le virus rabique a eu le temps de faire son œuvre, et de se diffuser à travers le névraxe par ses voies ordinaires de pénétration.

2° Mais, deuxième particularité, le malade ne serait pas mort de son accès, contrairement à ce qui arrive dans l'immense majorité des cas de rage. C'est la même objection qui revient toujours. Longtemps on l'a opposée aux cas de guérison spontanée chez les animaux, chez les chiens en particulier ; et voilà qu'aujourd'hui ces cas de guérison ne se comptent plus dans les laboratoires. Il est probable qu'en ce qui regarde la rage humaine la question passera par la même évolution, le jour prochain où l'on sera bien persuadé que le cadre symptomatique que nous traçons aux maladies d'après la majorité des cas observés, est toujours un peu étroit, et où l'on ne regardera pas comme non avenus les cas atypiques qui ne rentrent pas dans ce cadre.

3° Enfin, troisième objection que M. le prof. Grasset aurait pu faire valoir, l'accès aurait duré de dix à douze jours, alors que l'accès classique évolue entre deux et quatre jours. Mais ici cette longue durée est un facteur de même ordre que celui de la guérison, puisque tous deux témoignent de la résistance opposée par la moelle à l'invasion virulente, soit que cette résistance soit naturelle, soit qu'elle procède des inoculations préventives.

Il semble donc en tout cela que rien n'exclue la possibilité de la rage. Mais au lieu d'incliner son esprit vers une solution décidée, il vaut mieux mettre le cas de M. Grasset à côté de celui de M. Denis-Dumont dans une place réservée, et en faire des points de repère destinés à jalonner une nouvelle route dans l'histoire clinique de la rage.

Dr Ricochon.

CONTRIBUTION PHARMACEUTIQUE

Extrait fluide de condurango.

Cette substance jouit de propriétés stomachiques incontestables, et le discrédit dans lequel elle est tombée provient de ce qu'on l'a trop vantée pour la guérison des cancers.

Aujourd'hui que nous connaissons une demi-douzaine de condurangines, que nous savons avec quelle facilité quelques-unes d'entre elles se coagulent et se détruisent par la chaleur, quelle difficulté on éprouve à obtenir des combinaisons avec ces glucosides, nous croyons le moment venu d'engager les praticiens à employer ce médicament.

Voici les formes sous lesquelles il faut le prescrire :

1° La poudre de racine de condurango à la dose de 1 gr. environ, en paquet ou cachet, à chaque repas.

2° L'extrait fluide à la même dose.

J'ai étudié cette dernière préparation et je me suis arrêté à la formule suivante qui donne un produit contenant tous les principes actifs de la racine :

Prenez : racine de condurango en poudre grossière, un kilo.

Alcool à 60°, 4 kil.

Laissez la poudre en contact avec une partie de l'alcool,

pendant 12 heures environ; placez ce mélange dans l'appareil à déplacement; lessivez avec le reste de l'alcool, puis avec 1500 gr. d'eau; distillez la colature pour retirer l'alcool; faites évaporer le résidu de la distillation jusqu'à ce qu'il ne pèse plus que 700 gr.; ajoutez-y 200 gr. de glycérine et 200 gr. d'alcool à 90°; mêlez et filtrez.

On a alors 1 kil. d'un extrait fluide qui représente exactement 1 kilo de la poudre primitive.

Habituellement 100 gr. de glycérine et autant d'alcool suffisent pour obtenir un bon extrait fluide avec une substance quelconque; j'ai été forcé de doubler la dose pour le condurango pour ne rien perdre de ses propriétés.

Une troisième préparation est aussi très recommandable, dans les cas où l'on ne craint pas l'emploi de l'alcool (ces cas deviennent de plus en plus rares), c'est le vin de condurango préparé au vin de Malaga ou au vin de Banyuls, selon la formule du vin de quinquina inscrite au Codex. On le prescrit à la dose de 1 cuillerée à soupe à chaque repas.

Il me serait facile d'indiquer plusieurs autres modes d'administration rationnelle du condurango; mais je préfère m'en tenir là pour ne pas embrouiller inutilement la question. J'ai toujours été d'avis que 2 ou 3 préparations pharmaceutiques sûres par médicament devaient suffire à son emploi.

Pierre Vigier.

CORRESPONDANCE

Drain perdu dans une fistule de la fesse.

J. C., nègre de 28 ans, débile et scrofuleux, fut atteint à la fesse droite d'un abcès qu'un médecin incisa et draina; mais ce drain, long de 9 cm., large de 16 mm., ne fut pas fixé au dehors; il tomba dans le foyer et y resta ignoré pendant 8 mois, déterminant des fistules. C'est alors que le malade me consulta, sans m'avertir de cet accident, et je tentai d'abord, mais en vain, de tarir la suppuration à l'aide d'incisions iodées, astringentes, caustiques. La plaie fistuleuse, longue de 20 cm., présentait 4 orifices, dont le plus volumineux, le supérieur, avait 3 cm. de diamètre. J'ai donc débridé les trajets et à 4 cm. de profondeur, j'ai trouvé, à ma grande surprise, le drain égaré. Grâce à un traitement tonique concomitant, la guérison a été rapide.

Dr J.-F. Cursino de Moura,
Taubaté (São-Paulo), Brésil.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Notes sur quelques paroxysmes hystériques peu connus : attaques à forme de névralgie faciale, de vertige de Ménière, par Gilles de la Tourette (*Progrès médical*, 1er août 1891, n° 31, p. 73). — On peut observer chez les hystériques des névralgies faciales, ou des accès de vertige de Ménière qui, selon l'opinion de l'auteur, seraient assimilables à des équivalents d'attaques, provoquées par la mise en action de zones hystérogènes localisées en les points correspondants. Dans ces cas, dont plusieurs observations sont rapportées, le diagnostic d'avec les syndromes semblables mais non hystériques, peut parfois ne devenir possible que si l'on a recours aux signes tirés de l'examen de l'urine, et qu'ont fait connaître MM. Gilles de la Tourette et Cathelineau.

Anorexie hystérique (Sitieirgie hystérique), par Paul Sollier (*Revue de médecine*, 1891, n° 8, p. 525). — L'auteur considère que l'anorexie hystérique consiste non seulement dans la perte de l'appétit, comme l'indique le mot anorexie, mais encore dans le refus systématique d'alimentation, et c'est pourquoi il propose ce nouveau terme de sitieirgie. Il distingue deux formes : la primitive plus grave, sans stigmates, la secondaire moins tenace survenant chez des sujets à manifestations hystériques diverses. Il reconnaît à l'anorexie les modes pathogéniques suivants : des *causes morales*, entêtement, esprit de contradiction, etc., la *perte du sens de la faim* par anesthésie du goût et de l'estomac, par *accidents nerveux*, spasmes œsophagiens, attaques provoquées par le contact de zones hystérogènes situées sur le trajet du tube digestif, enfin par *illusions sensorielles* consistant surtout en macropsie. Il rapporte un certain nombre d'observations à l'appui des considérations thérapeutiques qu'il développe et où il préconise surtout le traitement moral dont l'isolement constitue l'élément primordial.

Chorée de Sydenham (Recherche batteriologiche e sperimentali in un caso di corea del Sydenham), par G. Pianese (*Riforma medica*, 14 juillet 1891, n° 158, p. 88). — Recherches faites à l'autopsie d'un cadavre envoyé à l'amphithéâtre avec le diagnostic : forme très grave de chorée vulgaire générale. L'auteur ayant pensé que la chorée pourrait être une maladie infectieuse, dirigea ses investigations dans ce sens. Ce sont les conclusions d'un plus long travail qu'il donne dans cette note préliminaire. Il a extrait de la moelle cervicale un bacille spécial, qu'il a cultivé, et qui, inoculé sous la dure-mère ou dans la gaine du sciatique chez des animaux, a donné des résultats positifs : tremblement généralisé. Chez les animaux qui succombèrent, le bacille se rencontra exclusivement dans le système nerveux. Les cellules nerveuses, celles des cornes antérieures de la moelle en particulier, présentèrent une altération spéciale du protoplasme. Ces résultats, s'ils sont confirmés par d'autres observateurs, auront une portée considérable; mais, dans le cas présent, il ne faut pas oublier que l'histoire clinique du malade fait défaut.

Etiologie et traitement de la chorée (Erfahrungen bezüglich Aetiologie und Therapie der Chorea), par Grœdel (*Wiener medizinische Wochensch.*, 1891, n° 16, p. 683, n° 17, p. 735). — L'auteur a observé, en l'espace de 16 ans, 52 cas de chorée, sur lesquels il s'en trouve 37 qui ont plus ou moins souffert de rhumatismes : il est partisan du traitement hydrothérapique.

Polio-encéphalite aigüe supérieure (Ueber Polioencephalis acuta superior), par Salomonsohn, (*Deutsche medicinische Wochenschrift*, 2 juillet 1891, n° 27). — Sujet âgé de 25 ans, est pris, le 10 février 1891, de douleurs de tête et de faiblesse : il est conduit à l'hôpital le 16 au soir, dans un état de stupeur avec une température de 36°,7. Les réflexes patellaires sont normaux, ainsi que les réactions pupillaires. L'examen pratiqué le 17 montre une température de 36°,8, le pouls à 48. Décubitus dorsal, a l'air d'un homme endormi; pas de paralysie faciale, les yeux sont normaux comme situation, mais le regard ne peut être dirigé en dehors, et il existe un peu de strabisme convergent. Les réflexes pupillaires sont conservés. Ultérieurement, le strabisme convergent s'accentue, du psosis apparaît, la stupeur se prononce, la température reste basse. Puis, les yeux restent immobiles. Les signes rétrocèdent progressivement et le malade sort guéri un mois après. Bien qu'il n'y ait pas d'autopsie, l'auteur croit pouvoir affirmer qu'il s'est agi de polio-encéphalite aiguë supérieure, se basant sur l'ophthalmoplégie nucléaire externe dont les signes ont été constatés. Il remarque que la paralysie a envahi successivement, chez son malade, les obliques inférieurs, l'abducens gauche, les droits supérieurs, les droits internes, les releveurs de la paupière, l'abducens droit et le sphincter irien, ce qui est conforme au schema de Hensel et Vœlkers.

De l'ophthalmoplégie externe, combinée à la paralysie labio-glosso-laryngée et à l'atrophie musculaire progressive, par Guinon et Parmentier (*Nouvelle iconograph. de la Salpêtrière*, nos 5 et 6, 1890, nos 1, 2, 3, 4, 1891). — L'ophthalmoplégie externe nucléaire est comparable à la paralysie labio-glosso laryngée; la première est une paralysie bulbaire supérieure, la seconde une paralysie bulbaire inférieure. Les deux modes peuvent s'unir et donner lieu à la *polio-encéphalite* totale, ou se compliquer réciproquement; de même l'un et l'autre peut s'associer à la poliomyélite antérieure, et donner naissance à *la polioencéphalomyélite*. Le diagnostic se fait par l'absence de troubles de la sensibilité et des sphincters, la perte des réflexes, la présence de contractions fibrillaires dans les muscles atrophiés, joints au facies d'Hutchinson. L'amyotrophie revêt tantôt la forme du type Duchenne-Aran, tantôt celle de la paralysie spinale antérieure subaiguë, tant dans sa forme aiguë que dans sa forme chronique. Le début peut avoir lieu indifféremment

par l'ophthalmoplégie ou par l'atrophie musculaire. Il n'existe jusqu'ici aucun cas de guérison définitive; l'étiologie ne peut être précisée.

MALADIES VÉNÉRIENNES

Sur l'angine diphthéroïde de la syphilis secondaire, par A. ROBIN et DEGUÉRET (*Gaz. médic. de Paris*, 18 juillet 1891, p. 337). — A propos de 3 observations d'angine syphilitique secondaire avec productions pseudo-membraneuses d'apparence diphthéroïde, les auteurs insistent sur l'impossibilité de distinguer cette angine de l'angine diphthérique en se basant uniquement sur les symptômes locaux, tandis que les signes généraux ne sont jamais ceux que l'on observe dans le cours d'une angine diphthérique d'intensité moyenne; les anamnestiques et l'évolution, outre les phénomènes généraux, suffisent à établir le diagnostic dans l'immense majorité des cas; la durée est très variable et oscille dans les observations citées entre 8 et 45 jours; il ne s'agit donc pas d'une affection à marche toujours lente comme on l'a prétendu. Une thérapeutique appropriée (traitement antisyphilitique et traitement antiseptique local) abrège la durée des accidents.

Des affections oculaires de nature blennorrhagique, par VANDERSTRAETEN (*Archives médicales belges*, juillet 1891, p. 1). — A propos de l'observation d'un homme de 20 ans qui, au cours d'une blennorrhagie datant de 15 jours, fut pris d'une conjonctivite bilatérale à exsudat muco-purulent très peu abondant et ne contenant pas de gonocoques, puis d'arthropathies intenses des deux genoux, et d'une deuxième atteinte de conjonctivite bilatérale présentant les mêmes caractères que la première atteinte mais, compliquée de kératite et d'iritis, l'auteur étudie les manifestations oculaires de la blennorrhagie. Il se refuse à voir dans la conjonctivite granuleuse une conséquence de la blennorrhagie, car il n'a jamais trouvé de gonocoques dans ses sécrétions et il admet deux formes de lésions oculaires d'origine blennorrhagique, de la conjonctivite purulente produite par le dépôt direct de gonocoque et sur la conjonctive et une deuxième forme caractérisée par l'iritis et la conjonctivite bénigne, qui coïncide ordinairement avec les arthropathies blennorrhagiques, dans les exsudats de laquelle on ne constate pas de gonocoques et qui est la conséquence de la même infection générale de l'organisme que celle qui produit les arthropathies blennorrhagiques (gonocoque, ferment?).

La balano-posthite érosive circinée, par BERDAL et BATAILLE (*La Médecine moderne*, 30 avril, 14, 21 et 28 mai 1891, p. 340, 380, 400, 413). — Description d'une forme de balano-posthite caractérisée cliniquement par le développement, primitivement sur le sillon balano-préputial, d'une érose rouge, très superficielle, entourée d'un liséré blanc légèrement saillant, laquelle s'étend progressivement et excentriquement et se réunit à des érosions analogues voisines pour donner lieu à une surface érodée à bords polycycliques; l'érosion, lorsqu'elle a acquis une certaine étendue, donne lieu à une sécrétion purulente assez abondante; des érosions semblables se développent sur la muqueuse balano-préputiale et occupent peu à peu toute son étendue, mais s'arrêtent au méat urinaire et n'envahissent pas l'urèthre. Cette forme de balano-posthite, très distincte des balano-posthites irritatives, se développe surtout chez les sujets qui ont le gland recouvert par le prépuce et principalement chez les jeunes gens; elle se montre toujours après le coït et récidive assez souvent. L'inoculation pratiquée sur la muqueuse du gland donne lieu à une balanite en tout semblable à celle qui a fourni le matériel d'inoculation. Cette affection, contagieuse et inoculable, est certainement d'origine parasitaire. Le parasite qui la produit est probablement une spirille qui se rencontre constamment dans sa sécrétion, tandis qu'elle fait défaut dans les autres formes de balanites et à la surface des diverses ulcérations des organes génitaux et qui existe sur les coupes de la muqueuse dans la balano-posthite érosive; mais, comme on ne peut pas la cultiver, il n'est pas possible d'affirmer ses relations avec la maladie.

Du traitement de la chancrelle et du bubon chancrelleux par les applications locales d'eau chaude, par ARNOZAN et VIGNERON (*Journal de médecine de Bordeaux*, 26 juillet 1891, t. XX, p. 577, et 2 août 1891, t. XXI, p. 1). — Méthode de traitement inspirée par celle d'Aubert (de Lyon) et consistant, pour les chancres, dans des bains locaux d'une demi-heure dans de l'eau phéniquée à 1 pour 1000 chauffée à 40° et pour les bubons ponctionnés ou ouverts dans des injections avec la même eau au moyen d'une forte seringue à hydrocèle. Ce traitement, généralement bien supporté, agit surtout favorablement dans les premiers jours où il est mis en usage; il modifie rapidement l'aspect du chancre ou de la cavité ganglionnaire et leur donne les caractères d'une ulcération simple ou d'une adénite inflammatoire; il agit moins favorablement sur les phases ultimes de la réparation et semble déterminer un peu d'induration. Il paraît susceptible d'enrayer le phagédénisme.

MÉDECINE

Etude clinique sur les déterminations cardiaques de la fièvre typhoïde, par L. GALLIARD (*Arch. génér. de méd.*, mai et juin 1891, p. 523 et 703). — Outre les accidents dus aux lésions de l'endocarde, du péricarde, du myocarde et de ses vaisseaux, on peut observer dans la fièvre typhoïde des troubles cardiaques produits par l'action de la maladie sur les centres de l'innervation cardiaque et sur les conducteurs nerveux : bulbe, moelle, grand sympathique, pneumogastrique, ganglions nerveux intra-cardiaques, dont les effets se font sentir soit directement soit par l'intermédiaire des modifications qu'ils entraînent dans la tension artérielle. Ces troubles sont légers et bénins en apparence, mais peuvent être le prélude d'accidents graves et même de la mort subite. Ils doivent être combattus par les agents qui relèvent l'énergie du myocarde et la contractilité des artères périphériques en excitant les vaso-moteurs : la digitale à haute dose, la caféine, l'extrait de quinquina, le sulfate de quinine, l'alcool, l'ergot de seigle, la révulsion à l'aide de ventouses et les lotions froides.

Ralentissement du pouls (Ein Fall von Pulsverlangsamung), par ARON (*Berl. klin. Woch.*, n° 25, p. 620, Juin 1891). — Le cas concerne un homme de 62 ans, accusant des attaques de défaillances, de l'insomnie, de la dyspnée nocturne et de la cardialgie. Le pouls bat 24 à 28 fois par minute, le cœur est hypertrophié, les urines contiennent une assez grande quantité d'albumine. Mort à la suite d'une double attaque apoplectique. On trouvait à l'autopsie de l'artério-sclérose généralisée à prédominance rénale et cérébrale, une grosse hypertrophie cardiaque avec sclérose intense des coronaires, de petites hémorrhagies capsulaires. L'auteur pense avec Frœntzel que la sclérose des artères coronaires joue ici un rôle considérable, mais que le trouble fonctionnel suppose peut être une souffrance particulière de l'appareil nerveux cardiaque. Stokes admettait déjà cette influence de la sclérose artérielle. Il est vrai que Leyden a observé le phénomène chez les sujets jeunes, à cœur affaibli ou surmené à la suite d'excès ou de travaux exagérés. Il n'en est pas moins constant que la nutrition insuffisante d'un cœur d'ailleurs hypertrophié constitue une condition anatomique fâcheuse et importante dans l'espèce.

Elimination du fer (Ausschiedungsverhæltnisse des Eisens), par GOTTLIEB (*Zeit. f. physiol. Chimie*, t. XV, Hft 5, p. 371, mai 1891). — Le fer est-il résorbable? Et dans ce cas, quelle est sa destination ultérieure? On n'a pas encore donné de réponse précise à ces deux questions. Les recherches de l'auteur ne lui permettent pas de conclusion ferme en ce qui concerne le premier point : il semble établi cependant que le fer absorbé et circulant peut produire des phénomènes toxiques (Meyer et Williams), mais que d'autre part la petite proportion de fer absorbé à l'état physiologique dans le tube digestif est transformé par le foie en un composé inoffensif.

Pour fixer l'élimination du fer, l'auteur s'est adressé à la méthode des injections intra-veineuses. Il a constaté ensuite que la plus grande partie du fer se retrouve dans l'intestin. Il ne s'agit pas, comme on l'a cru longtemps, d'une élimination par la bile, mais d'une action propre de la muqueuse intestinale. Le revêtement épithélial du tube intestinal a la propriété de prendre au sang circulant la petite quantité de fer qui s'y trouve introduite, pour le livrer au contenu de l'intestin et à l'évacuation directe.

Psoriasis développé chez une femme enceinte et guéri par l'accouchement provoqué (Un caso di psoriasi in gravidanza guarito con provocazione del parto

prematuro), par L. Rossi (*La Riforma medica*, 25 mai 1891, p. 494.) — Observation d'une femme de 22 ans prise au septième mois de sa deuxième grossesse d'une éruption rouge et squameuse qui se généralise dans l'espace de 4 jours et que l'auteur considère comme un psoriasis, bien que sa description ne soit pas absolument démonstrative. Deux améliorations sous l'influence de traitements assez simples furent suivies de rechutes, la deuxième rechute s'accompagna de phénomènes généraux assez graves et d'insomnie telle que l'accouchement fut provoqué : à sa suite l'éruption s'améliora et guérit rapidement et définitivement.

CHIRURGIE

Tumeurs kystiques du maxillaire inférieur (Ueber die Entwickelung cystischer Geschwülste im Unterkiefer), par A. Kruse (*Virchow's Arch.*, 1891, t. CXXIV, p. 137). — L'auteur publie trois cas de tumeurs kystiques avec proliférations épithéliales développées dans le maxillaire inférieur, aux dépens des débris épithéliaux paradentaires (Malassez). Les raisons qui paraissent à l'auteur plaider en faveur de cette origine sont les suivantes :

Les débris épithéliaux se composent de couches qui renferment des formes épithéliales différentes : à la surface des cellules polygonales plates analogues à l'épithélium buccal, plus près de l'organe de l'émail, des cellules cylindriques, au milieu des formes de transition, cellules cubiques ou polygonales. Or dans les trois tumeurs en question, on retrouvait toutes ces formes d'une façon très nette.

Kyste hydatique de l'épiploon (Ueber den Netz-Echinococcus vom chirurgischen Standpunkte), par Matlakowski (*Arch. f. klin. Chirurg.*, 1891, t. XLII, p. 380). — Le travail de l'auteur est consacré à une étude clinique des kystes hydatiques de l'épiploon, étude basée sur 21 observations, dont une personnelle. L'auteur en détache 10, pour étudier plus spécialement les kystes uniloculaires. Les adhérences du kyste avec le péritoine, les viscères et la paroi abdominale ne sont pas constantes. Les symptômes subjectifs sont peu marqués, et parmi eux la douleur vive, mais intermittente, passagère, est le plus fréquent. Cette douleur est due aux tiraillements auxquels sont sujettes les adhérences qu'on trouva pendant l'opération dans presque tous les cas où ce symptôme était noté.

La tumeur, située au-dessous de l'ombilic (sauf le cas de Panas où elle siégeait au-dessus) est très superficielle et paraît siéger immédiatement derrière les parois abdominales. Elle est très mobile, fuyante et présente des dimensions variables. A la palpation, on trouve ordinairement une tumeur lisse, régulière, élastique et résistante ; quant à sa forme, elle est tantôt sphérique, tantôt ovoïde, tantôt en forme de rein.

Les symptômes fonctionnels sont presque nuls et la tumeur n'agit qu'en tant que corps étranger, quand elle a atteint certaines dimensions. La péritonite et l'ascite sont excessivement rares.

Le diagnostic est très difficile, et sur les 22 cas, 15 fois on fit une erreur de diagnostic. La ponction exploratrice aide peu, car souvent le liquide est modifié et il ne sort ni crochets, ni lambeaux de membrane. Le diagnostic différentiel est à faire avec les kystes de l'ovaire, les lipomes sous-péritonéaux, les tumeurs de la vésicule biliaire, les kystes hydatiques dépendant du foie, les tumeurs malignes de l'abdomen.

Le traitement chirurgical est le même que celui des autres tumeurs de l'abdomen.

Notes sur les chéloïdes observées chez le noir et principalement sur la chéloïde de l'oreille, par A. Clarac (*Archives de médec. navale*, juin 1891, p. 459). — Les chéloïdes sont fréquentes chez les nègres à la suite des traumatismes les plus divers et les plus légers. Leurs sièges de prédilection sont le lobule de l'oreille et la partie antérieure du thorax. La chéloïde de l'oreille, consécutive à la perforation du lobule, est constituée par une tumeur lobulée ayant la forme d'une noisette, de coloration un peu plus claire que celle de la peau, dont le volume peut atteindre celui d'une petite orange, souvent double et symétrique. L'auteur considère l'ablation comme possible à condition qu'elle soit faite largement afin d'obtenir la réunion immédiate, seul moyen de diminuer l'étendue de la cicatrice et par suite les chances de récidive.

BIBLIOGRAPHIE

Traité des résections et des opérations conservatrices qu'on peut pratiquer sur le système osseux, par L. Ollier, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Lyon, correspondant de l'Institut, associé de l'Académie de médecine, t. III (fin de l'ouvrage). Résections en particulier : membre inférieur, tête et tronc, avec 225 figures. Paris, G. Masson, 1891.

Lorsque, en 1888, nous avons analysé ici le deuxième volume du *Traité des résections*, nous croyions que l'ouvrage devait être terminé quelques mois plus tard : et il y a de cela près de trois ans. Ce retard, M. Ollier est le premier à s'en accuser dans la courte préface par laquelle commence le volume actuel. Il s'en excuse, il est vrai, plutôt qu'il ne s'en accuse, et tous les chirurgiens lui sauront gré de sa lenteur voulue. Quels en sont en effet les motifs ? Les exposer, c'est passer en revue l'œuvre entière de M. Ollier en fait de chirurgie osseuse.

Cette œuvre, déjà à plusieurs reprises les éléments fondamentaux en ont été exposés à nos lecteurs : elle a consisté à étudier expérimentalement, d'une façon approfondie, les lois du développement, de l'accroissement et surtout de la régénération des os et des articulations ; à créer ainsi, au nom de la théorie, la méthode des résections sous-capsulo-périostées ; à appliquer ensuite ces données à la médecine opératoire humaine et à prouver que cette méthode était incomparablement supérieure à ses devancières.

Mais cette supériorité ne s'affirme point au moment même de l'intervention chirurgicale : il suffit d'avoir fait quelques résections sous-périostées pour tumeur blanche pour être bien convaincu que ce n'est point une chirurgie brillante, capable d'ébahir, par la rapidité de l'acte, une assistance nombreuse — mais incompétente. C'est un ensemble de manœuvres lentes, patientes, minutieuses, où l'élégance joue un rôle bien accessoire. Et cela fait, M. Ollier pousse plus loin encore le mépris du résultat immédiat : il professe que l'on ne doit pas tenter, dans les cas tout au moins où l'on recherche une néarthrose mobile, la réunion immédiate totale. C'est que, conservant périoste et ligaments, il laisse forcément des parcelles tuberculeuses — puisque aussi bien nous comptons n'envisager ici que les tumeurs blanches — mais à l'élimination ultérieure, d'autant plus qu'il a soin de cautériser profondément au fer rouge les tissus suspects. Cette cavité, encore partiellement infectée, sera donc tamponnée à la gaze iodoformée et abandonnée à la réunion par deuxième intention. Mais grâce à cette méthode les tissus capables de reconstituer l'os et la jointure sont conservés *ad maximum* et le résultat définitif sera bon au point de vue orthopédique et fonctionnel, à condition cependant que les soins consécutifs soient convenablement dirigés et c'est là que triomphe le maître de la chirurgie lyonnaise. Il ne s'avance donc que pas à pas, appuyé sur l'expérimentation d'abord, sur des faits cliniques longtemps suivis : et voilà pourquoi le tome III du *Traité des résections* a mis trois ans à paraître.

C'est que M. Ollier ne s'était attaqué qu'assez récemment au membre inférieur : pour les grandes jointures, les statistiques mortuaires étaient terribles avant l'antisepsie ; et lorsqu'il a voulu étayer ses conclusions sur des données fermes, il a dû, à chaque instant, recourir à un supplément d'informations. Pour le genou, chacun accorde que l'ankylose doit être le but visé après la résection. Mais en est-il de même à la hanche, au cou-de-pied ? A la hanche surtout, la motilité a ses partisans : M. Ollier au contraire se prononce avec netteté pour l'ankylose en légère abduction et il montre, observation en main, que le fonctionnement de l'article, c'est-à-dire la marche, est bien meilleure. C'est une opinion que l'on pourra combattre : mais on ne saurait contester qu'elle est basée sur une analyse soigneuse de faits longtemps suivie.

Ce n'est pas tout, et M. Ollier ne s'en est pas tenu à l'étude des résections du membre inférieur. Pour que son traité fût homogène, il a voulu revoir, au dernier moment, le plus grand nombre possible de ses anciens opérés, de façon à effacer ce qu'aurait pu donner de disparate à l'œuvre une publication échelonnée en plusieurs années. Il a donc recherché une fois encore ses malades — et l'on sait ce qu'une telle recherche

coûte de temps et de peine — et il a, dans un chapitre final, repris une à une ses anciennes conclusions, pour les confirmer presque toutes et leur donner ainsi plus de valeur, grâce à la consécration des années.

Voilà comment nous ne nous trouvons pas en face d'un livre, seulement, semblable à tant d'autres, mais devant l'œuvre entière d'un homme éminent, qui a consacré toute sa vie à l'établissement, puis à l'application, puis à la vulgarisation d'une doctrine et d'une méthode, et en lisant ces pages on trouve tout naturel que, parmi les chirurgiens français de notre époque, M. Ollier soit un de ceux dont la réputation ait franchi nos frontières.

A. Broca.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Explication physiologique de l'action de la tuberculine (Ueber die physiologische Grundlage der Tuberculinwirkung), par le prof. O. Hertwig, directeur du II. Institut anatomique de Berlin. — Broch. de 38 pages. Fischer, Iéna.

L'auteur fait, à propos de la tuberculine, une incursion dans le domaine général de l'immunité, de ses modes, de ses formes. On trouvera dans cet opuscule les notions actuellement établies en ce qui concerne les actions vaccinantes, la chimiotaxie, la phagocytose, l'affection locale opposée à l'infection générale. L'auteur se plaît à rendre hommage, à côté des travaux importants de ses compatriotes, aux recherches fondamentales dès longtemps poursuivies en France par Pasteur, Bouchard, Roux, Metschnikoff, etc.

Les maladies des enfants a Paris, par le Dr E. Goubert. In-8° de 165 pages. Librairie J.-B. Baillière et fils. Paris, 1891.

Dans cet opuscule, l'auteur a rassemblé les remarques cliniques que lui suggère sa pratique médicale, et il a fait surtout une large place à l'enquête statistique, qui contribue souvent si largement, quoique d'une manière bien indirecte, à éclairer l'étiologie.

Ecriture droite et écriture penchée (Ueber schiefe und gerade Heftlage. — Schiefschrift und Steilschrift), par C. v. Voit.

Il faut introduire dans les écoles primaires l'écriture penchée et défendre l'écriture droite.

Les professeurs veilleront à ce que pendant l'écriture les enfants se tiennent droits et gardent une certaine distance entre les yeux et le cahier.

Thèses des Facultés

PARIS

Une épidémie de fièvre typhoïde a Tauves (Puy-de-Dôme), en 1890, par L. Bertrand.

M. Bertrand conclut de son étude que l'épidémie de Tauves reconnaît pour facteur principal et primordial l'eau des fontaines de la Halle. La conclusion finale est que le bacille typhoïque peut, en dehors de l'organisme humain, s'acclimater dans certains milieux extérieurs naturels. Il a pu notamment à Tauves, en conservant ses propriétés infectieuses, vivre et pulluler durant 3 années dans la vase du lavoir des Gannes, et dans les terrains immédiatement au voisinage du canal d'évacuation de ce lavoir, dans lesquels on le retrouve encore aujourd'hui.

Du Pyopneumothorax sous-phrénique, par Sadik Ramadan.

Les abcès gazeux sous-diaphragmatiques se trouvent par la nature gazeuse d'une partie de leur contenu et par leur situation juxtapulmonaire dans des conditions spéciales qui font qu'ils se revèlent habituellement par les symptômes classiques de l'hydro-pneumothorax. Ces abcès ne constituaient autrefois que des curiosités anatomo-pathologiques qu'on ne découvrait qu'à l'autopsie. Depuis Leyden (1879) on a commencé à les diagnostiquer. Ils ont généralement pour cause un ulcère simple perforant de l'estomac ou du duodénum. Dans la grande majorité des cas, ils se développent surtout vers le thorax, exceptionnellement ils évoluent vers l'abdomen et ne donnent pas naissance alors aux signes du pyopneumothorax.

Le diagnostic avec le pyopneumothorax se fait par le mode de début abdominal, l'intégrité relative des poumons, l'abaissement de la limite sonore de l'abcès pendant les grandes inspirations, le mode d'écoulement du liquide purulent au moment d'une ponction. Une intervention opératoire faite à temps permet de sauver le malade.

Des différentes méthodes d'oblitération des pertes de substance du crane, par Moisson.

Les rondelles osseuses enlevées par le trépan, et immédiatement réimplantées, se réunissent par un cal, le plus souvent osseux, rarement fibreux. La restauration du crâne est indiquée dans tous les cas de trépanations étendues pour fractures de la voûte, hématômes de la dure-mère, tumeurs cérébrales, à condition que la dure-mère ait été respectée ou soigneusement restaurée.

Dans les trépanations pour épilepsie jacksonienne, la restauration du crâne ne paraît pas avoir d'influence fâcheuse. Dans les petites trépanations la réapplication de la rondelle est le procédé de choix; mais dans les opérations portant sur une surface étendue de la voûte, il est préférable d'avoir recours à la résection temporaire du crâne (Wagner). Dans les cas de pertes de substance anciennes ou quand il n'est pas possible de réappliquer l'os enlevé (carie, tuberculose, cancer), la greffe osseuse avec les os d'animaux est supérieure aux procédés autoplastiques (Kœnig) qui créent un 2e traumatisme. Les procédés hétéro-plastiques ont donné quelques bons résultats.

VARIÉTÉS

La loi sur l'exercice de la médecine. — On sait que la commission sénatoriale chargée d'examiner le projet voté par la Chambre s'est trouvée assez perplexe sur la suppression de l'officiat. Pour se tirer d'embarras, elle a imaginé une sorte de plébiscite des conseils généraux. La suppression de l'officiat y a rallié la majorité. Citons parmi les départements qui l'ont votée les suivants :

Alpes-Maritimes, Ariège, Aube, Aveyron, Bouches-du-Rhône, Cantal, Cher, Côte-d'Or, Eure, Eure-et-Loir, Finistère, Gard, Haute-Garonne, Gironde, Hérault, Indre-et-Loire, Isère, Haute-Loire, Loiret, Lot, Lot-et-Garonne, Maine-et-Loire, Marne, Haute-Marne, Mayenne, Meurthe et-Moselle, Meuse, Nièvre, Oise, Orne, Puy-de-Dôme, Pyrénées-Orientales, Haut-Rhin, Rhône, Sarthe, Haute-Savoie, Deux-Sèvres, Tarn, Tarn-et-Garonne, Var, Vaucluse, Vendée, Vienne, Haute-Vienne, Vosges, Yonne.

Les partisans du maintien sont, entre autres, les suivants :

Aisne, Hautes-Alpes, Ardèche, Calvados, Côtes-du-Nord, Creuse, Doubs, Ille-et-Vilaine, Indre, Landes, Loir-et-Cher, Lozère, Morbihan, Pas-de-Calais, Hautes-Pyrénées, Seine-Inférieure, Seine-et-Marne, Somme.

Quelques-uns, tels que les Bouches-du-Rhône, le Doubs, le Var, consentent à la suppression si on assure l'assistance médicale dans tous les cantons. C'est pourquoi la Haute-Vienne insiste sur les propositions suivantes :

1° La nécessité de conserver et de développer les Ecoles préparatoires de médecine;

2° La nécessité de permettre aux élèves de prendre toutes leurs inscriptions dans les Ecoles préparatoires, c'est-à-dire la liberté pour eux de faire leurs études là où ils trouveront la plus grande économie;

3° La nécessité de leur permettre de passer dans ces Ecoles au moins les deux premiers examens de doctorat avec un jury mixte;

4° La nécessité de rétablir les examens de fin décembre qui existent toujours pour les officiers de santé;

5° La nécessité d'ouvrir plus largement les portes de l'enseignement médical par une transformation des examens qu'on fait subir aux élèves qui doivent y entrer, c'est-à-dire du baccalauréat.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le Dr Boudet de Paris, bien connu par ses travaux d'électricité médicale.

Livres déposés au Bureau du Journal

PUBLICATIONS DU PROGRÈS MÉDICAL.
Paris. — 14, rue des Carmes. — Paris.

Leçons cliniques sur les maladies mentales (Le délire chronique à évolution systématique), par V. Magnan, recueillies par les docteurs Journiac et Sérieux. Vol. in-8° de 117 pages. Prix 3 fr. 50.

Leçons sur les localisations cérébrales, par D. Perrier, traduites par R. Sorel. Volume in-8° de 138 pages, avec 35 fig. Prix 3 fr. 50.

Les fonctions du cerveau (Doctrines de l'Ecole de Strasbourg, Doctrines de l'Ecole Italienne), par Jules Soury. Un volume in-8° de 464 pages, avec figures dans le texte. Prix 8 fr.

Etude sur l'atonie et les névroses de l'estomac (Neurasthenia Vago-Sympathica), par le docteur Paul Glatz. Brochure in-8° de 67 pages. Prix 2 fr.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES SAMEDIS ET PUBLIANT TOUS LES MERCREDIS

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

RÉDACTEUR EN CHEF : Dr L. LEREBOULLET. — SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION : Dr A. BROCA.

COMITÉ DE RÉDACTION

MM. E. BRISSAUD, G. DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, A. GILBERT, A. HÉNOCQUE, A.-J. MARTIN, A. PETIT, P. RECLUS

BULLETIN

Paris, 25 septembre 1891.

La désinfection dans les maladies infectieuses.

La Direction des affaires municipales de la Préfecture de la Seine vient de prendre une mesure excellente. A notre retour à Paris, nous avons trouvé une circulaire adressée à la plupart des médecins et un carnet renfermant une série de cartes postales à l'aide desquelles la désinfection de tous les objets contaminés à la suite d'une maladie infectieuse pourra être immédiatement obtenue. Dans la circulaire adressée au Corps médical, il est dit qu'en vue d'étendre et de développer les services que peuvent rendre les étuves à désinfection que la Ville de Paris a installées dans ses établissements, il importe d'en faire connaître l'existence et d'en faciliter l'usage. Le Directeur des affaires municipales engage donc tous les médecins qui auront à soigner une maladie infectieuse à expliquer et à faire comprendre aux représentants de la famille qu'il est de leur devoir et de leur intérêt de prendre toutes les mesures nécessaires pour empêcher la transmission des germes infectieux. Si, comme il arrivera sans doute le plus souvent, la famille consent à recourir aux étuves municipales de désinfection, il suffira soit de s'adresser aux mairies d'arrondissement, soit de détacher du carnet envoyé aux médecins la carte-poste qui demandera la désinfection. Une fiche annexée à cette carte et destinée à être laissée aux familles porte l'indication suivante : « Le service a pour objet d'assurer la destruction des germes infectieux contenus dans les objets contaminés. Pour le transport des objets, l'Administration envoie des voitures spéciales hermétiquement fermées; ces voitures ainsi que le personnel sont soigneusement désinfectés après chaque opération. Les objets désinfectés sont reportés à domicile dans d'autres voitures uniquement affectées à cet usage et par un personnel distinct. » On ne saurait trop louer une initiative de ce genre. A Paris, trois étuves municipales fonctionnent et sont dès lors à la disposition du public. Les médecins peuvent s'y adresser directement. Ils peuvent choisir comme intermédiaires le Préfet de la Seine ou les mairies. Cinq autres adresses leur sont indiquées. Nul ne pourra donc désormais arguer de son ignorance pour négliger cette mesure de salubrité publique et nous espérons qu'à ce point de vue les municipalités et les Conseils d'hygiène de la province imiteront ce qui vient d'être fait à Paris. Nous ajouterons que l'initiative qui vient d'être prise par le Préfet de la Seine aura pour résultat de rendre plus facile et plus acceptable par le Corps médical et par la population parisienne la déclaration des maladies transmissibles. Lorsqu'on aura pris l'habitude d'avoir recours à la Préfecture pour obtenir la désinfection des locaux contaminés, on se préoccupera moins de s'inscrire à l'avance en vue de l'assurer plus parfaitement.

L. L.

REVUE GÉNÉRALE

De la cholécystectomie.

La *cholécystectomie* ou extirpation de la vésicule biliaire est une opération de date toute récente, dirigée soit contre les affections organiques de la vésicule, soit contre les accidents de la cholélithiase.

L'idée n'en est pas neuve; car, dès la fin du XVIIe siècle, un étudiant, dont parle Etmüller dans ses œuvres, extirpait la vésicule chez un chien, refermait le ventre, et voyait l'animal continuer à vivre sans aucun trouble. Plus tard Herlin (1767) fit des expériences semblables chez le chat, mais il n'osa les appliquer à l'homme.

Ces tentatives passèrent inaperçues pendant bien longtemps; et c'est en 1882, seulement, que Langenbuch (1) fit la première cholécystectomie chez l'homme, avec un plein succès. A sa suite vinrent les travaux de Thiriar, Courvoisier (2), Riedel, etc., à l'étranger. En France nous devons surtout citer notre maître M. Terrier, qui a fait faire un grand pas à la question, et par ses interventions, et par les thèses qu'il a inspirées à ses élèves MM. Delagenière (3) et Calot (4). Nous recom-

(1) LANGENBUCH. *Berliner klinische Wochensch.*, 1882, p. 724.
(2) COURVOISIER. *Casuistisch. statistische Beitræge zur Pathologie und Chirurgie der Gallenwege.* Leipzig, 1890.
(3) DELAGENIÈRE. *De la cholécystentérostomie.* Thèse de Paris, 1889-1890.
(4) CALOT. *De la cholécystectomie.* Thèse de Paris, 1890-91.

mandons, à ceux qui voudraient avoir plus de détails sur l'historique de la cholécystectomie, la lecture d'un excellent chapitre de Rodet (1).

Aujourd'hui trois grands modes d'intervention se partagent la chirurgie des voies biliaires :

La cholécystotomie où l'on se contente d'inciser la vésicule, de la vider de son contenu; puis, on referme immédiatement la plaie (cholécystotomie *idéale* de Bernays et des Américains), ou on établit une bouche cysto-cutanée.

La cholécystentérostomie qui fait communiquer la vésicule avec l'intestin par une fistule cysto-entérique.

Enfin la *cholécystectomie* : Quelles sont les indications de cette dernière opération ? Quel en est le manuel opératoire ? Quels résultats est-on en droit d'en attendre ?

Et tout d'abord, peut-on supprimer un tel organe sans danger pour l'économie ; ne s'exposera-t-on pas à des déboires, comme après l'extirpation totale de la thyroïde ? Sans aller jusqu'à dire que la vésicule soit absolument inutile, on peut néanmoins affirmer qu'il est fort possible de s'en passer, en se basant sur deux ordres de faits :

1° La chirurgie expérimentale nous montre que les animaux auxquels on a enlevé la vésicule ne présentent aucun trouble des fonctions digestives, leur poids ne diminue pas, leur santé reste bonne.

2° Les nombreux opérés de cholécystectomie qu'on a pu suivre continuent à vivre ; et, chez tous, l'état général s'est amélioré.

D'ailleurs l'anatomie comparée, en montrant que dans une même classe d'animaux la vésicule manque chez certaines espèces tandis qu'elle existe chez des espèces très voisines, qu'elle peut même faire défaut chez certains individus d'une même espèce, devait faire prévoir cette conclusion aujourd'hui admise par tous les chirurgiens : la cholécystectomie est une opération *physiologiquement* permise, et l'on ne peut plus avec Lawson Tait (2) continuer à la traiter d'illogique et de stupide.

Si l'on en croit notre collègue Calot, traduisant les idées de Langenbuch et d'Hirschberg (3), la cholécystectomie est indiquée et même urgente dans les cinq cas suivants :

A. Perforations traumatiques ou spontanées de la vésicule.
B. Tumeurs organiques.
C. Tumeurs liquides { *a*. hydropisie. / *b*. empyème.
D. Coliques hépatiques rebelles.
E. Fistules biliaires persistantes.

Elle ne reconnaît que deux contre-indications : la trop grande étendue des adhérences (cholécystotomie), l'occlusion du cholédoque (cholécystentérostomie). Dans une revue récente M. Forgue (4) soutient une thèse diamétralement opposée ; pour lui la cholécystectomie n'est jamais indiquée, et c'est toujours à l'incision de la vésicule qu'il faut recourir.

Nous croyons ces deux opinions aussi exagérées l'une que l'autre. Suivant les cas, le chirurgien devra agir d'une façon différente ; et il n'adoptera pas une opération à l'exclusion des autres. Toutes les fois que le cholédoque est oblitéré, et on en a la preuve soit par l'exploration directe, soit par les troubles fonctionnels qu'il entraîne (ictère, cirrhose biliaire), on doit aboucher la vésicule à l'intestin (Delagénière).

Dans les cas qui restent, et ils sont nombreux, où le cholédoque est perméable, on doit inciser la vésicule, ou en faire l'extirpation.

(1) *Traité des maladies du foie de Harley*, 1890. Trad. par Rodet, p. 438 et suiv.
(2) LAWSON TAIT. The surgical treatment of gall-stones. *Lancet*, 29 août 1885.
(3) HIRSCHBERG. Der Empyeme der Gallenblase und seiner chirurgische Behandlung (*Deuts. Zeitsch. f. Chir.*, t. XVI, p. 204-429).
(4) FORGUE. *Montpellier médical*, 1891, p. 533-548.

Il faut, au point de vue opératoire, diviser les affections des voies biliaires en plusieurs groupes : Pour les *tumeurs* solides de la vésicule, qui sont le plus souvent malignes, la discussion ne saurait être longue, c'est à la cholécystectomie précoce qu'il faut recourir.

Certains chirurgiens, ayant rencontré des kystes hydatiques du foie adhérents sur une grande étendue à la vésicule, n'ont pas hésité à sacrifier cet organe, pour pouvoir enlever complètement le kyste. Nous avons vu faire cette opération, avec un plein succès, par notre maître M. Terrier.

Les *perforations* de la vésicule peuvent succéder à une surdistension de l'organe qui se rompt au cours d'une colique hépatique ; mais, le plus souvent, elles sont consécutives à des ulcérations qui surviennent soit au déclin d'une fièvre typhoïde, chose rare, soit dans le cours d'une cholécystite calculeuse. La conséquence à peu près forcée d'une perforation est l'épanchement de bile dans le péritoine, et une péritonite aiguë.

Pourquoi cette péritonite ? Est-ce parce que la bile est septique ? Non ; mais l'infection vient de l'intestin, et est produite exceptionnellement par le *bacille typhique*, d'ordinaire par le *bacterium coli commune*, comme l'ont montré les recherches de Gilbert et Girode (1) et de Dupré (2). Que faire en présence de pareils accidents ?

Doit-on faire la laparotomie, suturer la vésicule, et l'abandonner dans le ventre, pratiquer en un mot une cholécystotomie idéale ?

Calot prétend que ce serait là une mauvaise opération ; car, on réduirait un organe infecté, et pour peu que la ligne de suture cédât, il y aurait une nouvelle inoculation au péritoine. En effet, le nettoyage et une irrigation antiseptique de quelques instants, ne suffiraient pas à restituer aux parois de la vésicule leur intégrité. Il faut l'enlever.

Une telle pratique n'est-elle pas trop radicale ; et, quand la perforation se produit sur une vésicule peu malade, n'est-il pas préférable de suturer les lèvres de la plaie vésiculaire à la paroi abdominale et de drainer ?

L'*hydropisie* et l'*empyème* de la vésicule sont des affections rares, et le plus souvent liées à la lithiase. Elles reconnaissent évidemment comme cause première une oblitération du canal cystique ; sans cela le liquide sécrété continuerait à se déverser dans l'intestin.

L'hydropisie, comme l'a fait remarquer Périer (3), ne représente que le premier stade de l'empyème. En effet, le liquide contient toujours quelques leucocytes, et l'examen bactériologique montre que ces deux affections sont causées par le même microbe, le *bacterium coli commune*.

Si donc hydropisie et empyème sont une même maladie, il faut leur appliquer le même traitement, qui sera la cholécystectomie si les parois de la vésicule sont très malades, la cholécystotomie si elles le sont peu, et si le cathétérisme permet de rétablir la perméabilité du canal cystique.

Il est une dernière affection justiciable de la cholécystectomie, c'est la *cholécystite calculeuse ;* beaucoup plus fréquente que celles que nous venons de passer en revue, elle mérite surtout d'attirer l'attention.

Elle s'observe chez des malades souffrant depuis longtemps de coliques hépatiques, la vésicule a contracté des adhérences plus ou moins grandes avec les organes voisins, elle est distendue par un liquide bilieux ou purulent, elle contient des calculs. Un examen attentif montre que

(1) GILBERT et GIRODE, Communications à la *Soc. de Biologie*, 27 décembre 1890, 21 mars 1891.
(2) DUPRÉ, *Les infections biliaires*, Th. de Paris, 1891, *passim*, et Revue générale in *Gaz. des hôp.*, 1891, n° 97.
(3) PÉRIER, *Bull. de l'Acad. de méd.*, 10 octobre 1890.

le cholédoque est perméable. Faut-il faire l'opération de Langenbuch, faut-il se contenter de la cholécystostomie? On ne peut d'ordinaire prendre un parti, qu'après laparotomie exploratrice et examen des voies biliaires.

D'après la plupart des chirurgiens, l'indication se tire de la perméabilité ou de l'oblitération du canal cystique: ce que l'on reconnaît par le cathétérisme des voies biliaires, remis en honneur par M. Fontan, et qui vient de faire l'objet d'un remarquable mémoire de MM. Terrier et Dally.

Il se pratique, après ouverture de la vésicule, avec des bougies à urèthre préalablement stérilisées, et variant entre les nos 4 et 12. Parfois, de même que pour les rétrécissements de l'urèthre, les bougies tortillées rendent de réels services.

La bougie parcourt-elle les canaux cystique et cholédoque, pour ne s'arrêter qu'à l'ampoule de Vater, il y a perméabilité, et « il faut terminer la cholécystostomie soit en un seul temps, si l'état de la vésicule le permet, soit en deux temps si leur altération fait craindre la rupture des points de suture. Si l'on trouve le canal cystique obstrué, et si l'on ne peut lever l'obstacle, il faut faire la cholécystectomie, c'est-à-dire supprimer la vésicule biliaire, organe devenu inutile et même nuisible, et qui ne pourrait plus servir de déversoir à la bile, si le cholédoque venait à s'obstruer » (1).

De ce que la bougie n'a pu franchir le canal cystique, est-on absolument en droit de conclure qu'il est oblitéré et d'enlever la vésicule? Non, et une telle conclusion serait exagérée, comme vient de le montrer notre maître et ami M. Hartmann (2) dans une importante communication faite à la Société anatomique.

Et tout d'abord le canal peut être comprimé par un obstacle extérieur aux voies biliaires, tel qu'une tumeur de la tête du pancréas, du duodénum. Il suffit de lever cet obstacle, pour rendre au canal sa perméabilité.

D'autres fois, en s'arrêtant, la bougie fera constater un frottement rugueux, indice d'un calcul, dont l'ablation suffira à rétablir le cours de la bile.

Enfin il arrive fréquemment (Hartmann) qu'il existe dans les voies biliaires normales des valvules membraneuses, situées à l'abouchement du canal cystique dans la vésicule. Elles s'insèrent à plus des trois quarts de la circonférence du canal; et, que l'on essaye de passer de bas en haut ou de haut en bas, avec des bougies droites ou tortillées, on ne le peut. L'instrument butte toujours contre un de ces plis valvulaires, et pourtant le canal est libre, car on peut constater, une fois les valvules écartées, qu'il a un calibre d'au moins 3 ou 4 millimètres de diamètre.

En résumé, si la bougie passe jusqu'au cholédoque, la perméabilité du cystique est établie; mais, de ce que l'on rencontre un obstacle, on ne peut nullement conclure à l'existence d'une oblitération. Les résultats donnés par le cathétérisme sont donc insuffisants pour motiver l'ablation d'une vésicule; c'est en se fondant sur d'autres indications que l'on pratiquera la cholécystectomie.

L'absence de bile dans le contenu vésiculaire ne démontre pas d'une façon plus péremptoire, que la vésicule est isolée du reste des voies biliaires. En effet, ce symptôme peut aussi bien être produit par un calcul, qui ferme hermétiquement l'entrée du canal cystique, que par l'oblitération de ce canal.

Si l'on pouvait s'assurer d'une façon certaine de l'imperméabilité du cystique, on aurait par cela même démontré que la vésicule ne sert plus à rien, et qu'elle doit être enlevée. Mais comme c'est impossible, il faut s'appuyer sur d'autres données, pour conclure à l'inutilité de la vésicule.

(1) Terrier et Dally, Du cathétérisme des voies biliaires (*Revue de chirurgie*, 1891, p. 655 et 658).
(2) Hartmann, *Bull. de la Soc. anat.*, juillet 1891.

Nous croyons, avec M. Hartmann, que l'état de ses parois doit être pris en sérieuse considération, et cela dans deux circonstances différentes:

1° Dans toute une série de cas, ces parois sont friables, et se déchirent trop facilement, pour qu'il soit prudent de faire la cholécystotomie idéale. Les fils auraient grande chance de couper, et le contenu de la vésicule de s'épancher dans le péritoine. On ne peut songer davantage, et pour les mêmes raisons, à suturer la vésicule à la paroi abdominale: il faut faire la cholécystectomie.

2° Dans une seconde série de cas, la vésicule semble moins malade, mais l'est tout autant: c'est quand de gros calculs restent longtemps enchatonnés dans sa cavité. Toute la paroi en contact avec le calcul a perdu son aspect réticulé normal, elle est devenue lisse et d'apparence fibreuse. Un tel aspect n'est pas dû à son déplissement, mais à une altération profonde de sa structure.

A la coupe histologique, on voit que, dans ces parois amincies, les fibres musculaires ont presque complètement disparu; il n'y a plus trace de glandes, le tout est remplacé par un tissu scléreux d'aspect cornéen. Donc, si ces lésions sont étendues, la vésicule, désormais simple réservoir fibreux, ne saurait remplir aucun but, et doit être enlevée (1).

Altération des parois avec obstacle au cathétérisme, telle est, croyons-nous, la véritable indication de la cholécystectomie dans la cholécystite calculeuse.

Supposons que le chirurgien se trouve en présence d'une cholécystite compliquée de fistule biliaire, les indications seront absolument les mêmes (2).

Enfin il est une dernière classe de malades que Langenbuch a prétendu, à tort peut-être, justiciables de la cholécystectomie; ce sont ceux qui, sans tumeur ni fistules biliaires, souffrent, à des intervalles très rapprochés, de coliques hépatiques atroces, et résistant à tous les moyens médicaux. Intervenant dans de pareils cas, il aurait obtenu, ainsi que Thiriar (3) et Péan (4), des succès.

L'indication, nous dit Calot, se tire de la fréquence et de l'acuité des crises. On doit intervenir dans l'intervalle de deux accès. Il peut se faire alors que la vésicule ne contienne plus de calculs, ceux-ci ayant été chassés dans l'intestin; mais il n'en faut pas moins l'enlever, car elle est le siège de production des calculs, et par suite des coliques. Or, supprimer la cause, c'est supprimer le mal, et l'on peut dire que, faite dans de telles conditions, la cholécystectomie est bien la *cure radicale de la lithiase biliaire.*

On a fait aux partisans de cette cure radicale de graves objections. S'il existe des calculs intra-hépatiques (les faits cliniques de Parkes (5) et Hofmokl (6) qui ont vu l'un 5, l'autre 24 calculs s'éliminer dans les quelques jours qui suivirent la cholécystotomie en montrent la possibilité), on verra l'affection récidiver. Et si l'un de ces calculs vient à oblitérer le cholédoque, la ligature placée sur le canal cystique ne tardera pas à céder, et la bile fera irruption dans le péritoine. C'est de cette façon que Dixon (7) et Kœberlé (8) ont perdu leurs malades.

Etant donnée la possibilité d'accidents aussi graves, la

(1) Hartmann et Pilliet, *Soc. anat.*, juillet 1891.
(2) Terrier et Dally, *loco citato*, pages 658-659.
(3) Thiriar, *Mémoires du premier congrès français de chirurgie*, avril 1885.
(4) Péan, *Clin.*, 1887, nos 754-755.
(5) Parkes, *American journ. of. med. scienc.*, 1885, p. 95.
(6) Hofmokl, *Wien. med. Presse*, 1885, p. 1509.
(7) Dixon, *Annals of surgery*, avril 1887.
(8) Kœberlé, *Gaz. méd. de Strasbourg*, mai 1888.

cure radicale des coliques hépatiques doit être abandonnée, et la cholécystectomie réservée aux tumeurs de la vésicule, à ses perforations, à l'empyème, à la cholécystite calculeuse avec altération des parois.

Et d'ailleurs, même en présence de ces affections, on ne saurait poser une règle absolue; car chaque cas a ses indications spéciales, qui, le plus souvent, ne peuvent être précisées qu'après laparotomie exploratrice.

En quel point faut-il donc inciser la paroi abdominale, pour aborder le plus facilement la vésicule?

Nous ne parlerons que pour mémoire de l'incision transversale de Deroubaix (1) et de l'incion en ⊢ renversé qu'emploie Langenbuch. On peut faire à cette dernière un grave reproche : elle sectionne le grand droit de l'abdomen et expose à l'éventration.

Aujourd'hui on a d'ordinaire recours à une incision verticale faite soit sur la ligne médiane, soit en dehors d'elle.

La laparotomie latérale (Michaux (2) Kœberlé) est recommandée par Calot. Ce chirurgien a montré le parti que l'on peut tirer de l'articulation lâche qui unit l'extrémité antérieure de la dixième côte droite à l'angle de la neuvième. On sait que ce repère a été utilisé à gauche pour la gastrostomie. Le fond de la vésicule lui répond très-exactement, et de plus il est situé à 1 cent. 5 ou 2 c. du bord externe du muscle droit.

Donc, parallèlement à ce bord, à 2 cent. en dehors de lui, on fera aux téguments une incision de 8 à 12 cent. à partir du rebord costal.

Ce procédé a l'avantage de manœuvrer dans une région pauvre en vaisseaux et en nerfs, d'arriver directement sur la vésicule qui peut même faire hernie dans la plaie, et de l'explorer avec facilité.

Néanmoins nous croyons la laparotomie médiane préférable. Elle est employée en France par MM. Périer (3), Broca, Vincent (4). Notre maître M. Terrier, après avoir fait dans ses premières cholécystectomies l'incision latérale, a eu recours dans ses dernières à l'incision médiane. Où faut-il faire l'incision? Quelle longueur doit-on lui donner? Rien de fixe à cet égard. Chez l'opérée de M. Broca elle partait de l'appendice xiphoïde et descendait à deux doigts au-dessous de l'ombilic. Chez l'une des malades de M. Terrier l'incision, longue de 10 cent., dépassait en bas l'ombilic de 3 cent. et allait en haut à 6 cent. au-dessous de l'appendice. D'une façon générale, on peut dire qu'il faut faire d'abord au bistouri une incision petite sur le point culminant de la tumeur, pour l'agrandir ensuite avec des ciseaux soit en haut, soit en bas, de manière à avoir un espace suffisant.

Les avantages de cette incision sont de rendre plus facile l'exploration de la cavité abdominale, de conduire beaucoup plus directement que par la voie latérale sur le canal cystique, pédicule de la tumeur à enlever et d'une libération souvent pénible.

Une fois le péritoine ouvert, un aide doit protéger, à l'aide de compresses stérilisées, l'épiploon et l'intestin, pendant que le chirurgien met la paroi antérieure de la vésicule à nu sur une petite étendue. Une ponction préalable avec l'aspirateur de Potain est parfois nécessaire pour vider la vésicule de son contenu, qui est un liquide séreux, séro-purulent ou mélangé à de la bile.

Au point où a été enfoncé le trocart, on fait une incision permettant l'introduction du doigt qui va aller explorer la vésicule, sentir les calculs et les extraire; manœuvre qui n'est pas toujours facile, et que l'on peut faire en s'aidant de curettes, ou de pinces à griffes. Une fois le premier calcul enlevé, il faut explorer de nouveau; et il n'est pas rare d'en trouver un deuxième, puis un troisième, etc. Enfin la vésicule est débarrassée, le moment est venu de s'assurer de l'état de *perméabilité* des voies biliaires, et de prendre une décision.

(1) DEROUBAIX, *Acad. de méd. de Belgique*, 1885, p. 368.
(2) MICHAUX, *Acad. de méd.*, 10 juin 1890.
(3) PÉRIER, *Chirurgie des voies biliaires*. Congr. franç. de chir. 1891, séance du 3 avril.
(4) VINCENT, De la cholécystectomie chez les enfants. (*Revue de Chir.*, 1888, p. 753).

Calot attache une très grande importance au palper, qui montre la veine porte sous forme d'un cordon moelleux analogue aux veines du varicocèle; les canaux cystique et cholédoque sont des cordons plats plus petits; s'il existe des calculs dans leur intérieur, on peut les percevoir.

Le cathétérisme, malgré ses imperfections, est un moyen de diagnostic plus précieux. Nous avons vu quels sont les renseignements qu'on est en droit d'en attendre. Si l'on ne peut franchir le canal cystique, il faut passer à l'examen des parois de la vésicule. Les trouve-t-on malades? la cholécystectomie est indiquée, à moins que des adhérences trop étendues ne la rendent impossible (Terrier (1), Terrillon (2) etc.)

La libération de la vésicule doit se faire en commençant d'abord par le fond que l'inflammation a pu fusionner avec le côlon, le grand épiploon, le rein droit, l'estomac, et même le duodénum. C'est un travail long et laborieux. On se servira des doigts en évitant autant que possible d'avoir recours au bistouri : les pinces de *Kocher* rendront les plus grands services. Si quelques artérioles donnent, il faut les pincer pour les lier une fois l'opération terminée.

Le fond de la vésicule est-il complètement isolé, il ne reste plus qu'à séparer la tumeur des adhérences normales qu'elle contracte avec la face inférieure du foie. Là encore il faut procéder par simple décollement : c'est le seul moyen de ne pas entamer le tissu hépatique, on ne fait que déchirer sa capsule. La pratique de Langenbuch, qui emploie le bistouri, ne saurait être recommandée.

Au cours de son opération de cholécystectomie (Calot p. 164), M. Broca a trouvé autour de la vésicule enflammée, et notamment au point en contact avec le foie, une véritable dégénérescence graisseuse analogue aux lipômes péri-pyélitiques (3). « La formation d'une atmosphère scléro-adipeuse autour des cholécystites est parfois telle, qu'il peut être possible d'énucléer pour ainsi dire d'une loge fibro-graisseuse la vésicule, faisant une opération qui rappelle beaucoup la néphrectomie sous-capsulaire. La vésicule enlevée, il reste une loge extra-péritonéale en quelque sorte, que l'on fixe facilement à la paroi et que l'on draine avec la plus grande sécurité » (4).

La vésicule libérée, le chirurgien doit faire l'*isolement* et la *ligature* du canal cystique. C'est un des temps les plus délicats de l'opération, en raison de la profondeur à laquelle on manœuvre, et des organes importants que l'on pourrait blesser. Calot a précisé les rapports du canal cystique, et a montré que si l'artère cystique était fatalement liée, on devait du moins éviter la branche droite de l'artère hépatique, le canal cholédoque et le canal hépatique.

Quand le canal est suffisamment dénudé, on applique sur lui, et le plus haut possible, une forte ligature à la soie. On pourrait, pour plus de prudence, ne le sectionner qu'entre deux ligatures. Le moignon, surtout dans le cas de cholécystite suppurée, sera soigneusement désinfecté en le

(1) TERRIER, Communic. à l'Acad. de méd., 16 juin 1891.
(2) TERRILLON, *Bullet. de la soc. de chir.*, 1889. t. XV p. 227.
(3) HARTMANN, Lipôme rénal. (*Bull. soc. anat.* juillet 1885.)
(4) HARTMANN. *Bull. Soc. anat.*, 1891, *loc. cit.*

touchant soit avec une solution de sublimé au millième, soit mieux avec le thermo-cautère.

La toilette du péritoine et le drainage termineront l'opération. M. Calot recommande une pratique employée par M. Terrier : c'est de former une cavité indépendante de la grande cavité péritonéale et dans laquelle on met le drain. Pour ce faire, il faut suturer au péritoine pariétal le bord droit du grand épiploon ; et, quand ils existent, les ligaments cystico-colique et hépato-rénal. La petite cavité ainsi formée, est une sorte d'infundibulum au fond duquel se trouve le moignon cystique, et dans lequel se ferait l'épanchement de bile si le lien venait à lâcher.

La suture de la paroi se fait comme dans toute laparotomie, soit en un seul plan, soit par étages. Vers le septième jour le pansement est renouvelé, on retire le drain pour ne pas le remplacer et, à moins de complications, la guérison ne tarde pas à être obtenue.

Quelles sont donc ces complications? Elles sont au nombre de trois :

L'*hémorrhagie*, qui pourra être évitée, en pratiquant, lors de l'opération, une hémostase rigoureuse.

La *péritonite* et la *septicémie* imputables à la malpropreté de l'opérateur et partant susceptibles d'être évitées.

L'*épanchement de bile* dans le péritoine qui est le plus à craindre, et qui se produit quand survient une occlusion du cholédoque. Il est vrai que par le drainage on peut éviter, ou du moins atténuer cet accident.

Calot a rassemblé tous les cas de cholécystectomie publiés jusqu'en 1891 : sur 78 il a trouvé 64 guérisons et 14 morts, soit une mortalité brute de 17,9 0/0. Mais en recherchant les causes de mort il arrive à abaisser ce chiffre à 8,9 0/0 en éliminant les cas de mort qui ne doivent pas être attribués à la cholécystectomie en elle-même.

Dans sa statistique personnelle (28 opérés), Courvoisier a eu une mortalité de 25 0/0 et Thiriar de 10 0/0 seulement. Enfin dans les 10 dernières opérations publiées en France (Terrier, Périer, Michaux), il n'y a pas eu un seul décès.

Le malade, comme nous le voyons, guérit la plupart du temps de son opération; que va devenir sa lithiase? Si l'on en croit Langenbuch, on assistera à la disparition complète des douleurs, à la régularisation des fonctions digestives, et à une grande amélioration de l'état général. Aussi ce chirurgien préfère-t-il la cholécystectomie à toute autre intervention.

Nous croyons qu'il faut être moins exclusif, et que la cholécystectomie restera une excellente opération à la condition de la réserver aux cas où, avec perméabilité du cholédoque, il y a oblitération probable du cystique, altération des parois de la vésicule, et où les adhérences avec les organes voisins ne sont pas trop étendues.

A. Guillemain.

CORRESPONDANCE

A Monsieur le Rédacteur en chef de la *Gazette hebdomadaire*.

Mon cher et très honoré confrère,

A propos de l'intéressante *Revue* sur *l'Anémie pernicieuse* publiée par M. Gilbert dans le dernier n° de la *Gazette* (n° 38, p. 449), il convient peut-être de rappeler qu'un caractère fort important de cette maladie est *l'augmentation de la valeur globulaire*. Ce caractère, signalé il y a quelques années par le prof. Laache et par moi, est, à en juger par un bon nombre d'observations que j'ai recueillies à Lyon, un caractère *constant*. Il est parfois fort utile pour le diagnostic de l'anémie pernicieuse et de l'anémie sous la dépendance de cancer latent de l'estomac. On trouvera des détails à cet égard dans la thèse de mon élève Benoît-Jeannin (Lyon, 1887) sur la valeur globulaire et dans le mémoire de M. Mouisset qui paraîtra dans le prochain numéro de la *Revue de médecine*.

Agréez, etc.

R. Lépine.

TRAVAUX ORIGINAUX

Diathèse goutteuse chez la femme. Multiplicité de ses formes. Transformation apparente de ses manifestations, par M. le Dr Baudon (de Nice), membre correspondant de la Société de chirurgie, de l'Académie de médecine de Belgique, etc.

C'est une opinion très générale que la goutte est des plus rares chez la femme ; si on entend par goutte une affection se traduisant par l'attaque arthritique, par les accès vulgaires, portant surtout sur les gros orteils, caractérisés par la fluxion articulaire, cette proposition est vraie.

Il n'est pas douteux, en effet, que cette forme de goutte est rare chez la femme.

On ne reconnaîtrait alors, comme goutte, que certains cas d'arthrite déformante, de rhumatisme noueux, etc., qui paraissent être le privilège de la femme et qui encore ont paru jusqu'ici appartenir, aussi bien au rhumatisme chronique, qu'à la goutte.

Mais si on rapporte à la goutte une foule de manifestations qui sont certainement sous sa dépendance et qui sont en relation directe avec cette diathèse, on ne doutera pas que la goutte féminine ne soit des plus communes.

Je ne prétends pas, dans ce travail, comprendre toutes les affections qui dépendent de la goutte et qui depuis longtemps en sont regardées comme des manifestations précoces. Dans cette étude, je ne m'occuperai que de faire entrevoir les relations qu'il peut y avoir entre la goutte et certaines névralgies ou migraines, certains asthmes, dits nerveux, toutes les maladies de peau et un grand nombre d'affections viscérales ou des sens, dont la nature ou la cause restent encore discutables, pour ne retenir qu'une certaine forme d'accidents nerveux, touchant à la respiration et à la circulation, que j'ai souvent rencontrés et qui par leur fréquence, leur gravité apparente, avaient vivement frappé mon attention, auxquels j'ai réservé une étude spéciale.

D'une façon générale, j'ai donné à ces affections le nom de névrose goutteuse du pneumo-gastrique.

Je joindrai à ce travail quelques observations sur certains troubles utérins mal connus, sur certaines formes de métrorrhagies, que j'ai cru devoir rattacher à la diathèse goutteuse, en raison des accidents et des complications qui les accompagnaient, en y ajoutant quelques observations du Dr Mabboux, qui, pendant que je faisais ce travail, arrivait à des conclusions parallèles aux miennes, sur la nature et sur la cause des accidents qu'il avait observés.

Morel Mackensie, dont la compétence est si grande pour toutes les maladies de la gorge et du larynx, admet, lui aussi, que certaines affections de ces organes sont souvent sous la dépendance de la diathèse goutteuse.

Dans plusieurs observations que je citerai, il a pu constater la disparition de manifestations pathologiques diverses, coïncidant avec l'apparition d'accidents de goutte légitime.

Dans un travail présenté dans les *Annales d'hydrologie* (T. XXXVI), Debout, d'Estrée, relate des observations de goutte du poumon, de l'œil, de l'oreille, des glandes sublinguale, parotide et du testicule ; la nature de ces

lésions ne peut être douteuse, puisqu'elles disparurent très rapidement à la suite de vrais accès de goutte.

Ces sortes d'accidents goutteux doivent être très fréquents, mais on ne voit pas toujours quelle est leur relation avec cette diathèse.

Je suis persuadé que beaucoup d'accidents qu'on ne s'explique pas, qu'on appelle nerveux, à défaut d'autre nom, n'ont pas d'autre cause que la goutte larvée, à l'état latent, et qu'il suffira d'être prévenu pour être frappé de leur relation intime avec la goutte.

Les troubles que j'ai observés ont surtout porté sur les organes innervés par le pneumo-gastrique et se sont surtout traduits par des étouffements, des palpitations, des intermittences et des battements précipités du cœur et une angoisse des plus pénibles.

Et cependant, quoiqu'on ait pu diagnostiquer chez ces malades des dilatations de l'aorte, des affections du cœur, j'ai pu m'assurer, en suivant ces personnes depuis très longtemps, que ces lésions organiques n'existaient en aucune façon.

Ma première observation remonte à 1867 et comme la malade vit encore, qu'elle n'éprouve plus les accidents pour lesquels elle m'avait consulté, j'ai dû en conclure qu'elle n'avait aucune affection organique du cœur, mais seulement des troubles dans le fonctionnement de cet organe, que j'ai rattachés à une névrose du pneumo-gastrique, sans voir alors la relation qu'il y avait entre cette névrose et la goutte.

Ce n'est que plus tard que j'ai pu voir quelles relations unissaient ces névroses et l'arthritisme.

Voici l'observation de cette malade, telle que je l'ai transcrite en 1888, lorsque cette personne a été débarrassée de tout symptôme inquiétant.

Obs. I. — Mme M..., en 1867, est âgée de 45 ans, atteinte dans sa jeunesse de migraines et d'acné rosacée.

Elle me consulte, en me disant qu'elle est prise plusieurs fois par mois, mais irrégulièrement, d'étouffements, de malaises du côté de la respiration et de la circulation, qui l'inquiètent beaucoup et lui font craindre une affection organique du cœur.

Pendant l'attaque, en effet, ce viscère est tumultueux, bat très fréquemment et quelquefois irrégulièrement et la malade éprouve un sentiment d'angoisse qui lui fait craindre une fin prochaine.

Rien cependant de l'angine de poitrine, car il n'y a pas de douleur présternale, ni de retentissement du côté de l'épaule gauche.

Et pourtant, l'auscultation, la percussion, ne révèlent rien du côté du cœur et des poumons. Les artères sont saines et ne montrent aucune trace de dégénérescence.

Ces accès, fréquents à l'époque de la ménopause, ont complètement disparu et jamais depuis ce temps Mme M... n'a eu à en souffrir (1).

Le traitement a consisté dans l'emploi des eaux de Vichy, Contrexéville, les pilules de Méglin et dans le massage longtemps continué.

J'ai tout d'abord longtemps hésité dans le traitement à suivre, car je n'avais pas alors vu comme aujourd'hui la relation qui existait entre ces accidents et la goutte.

J'avais cependant qualifié ces accidents de névrose du pneumo-gastrique, sans y ajouter le qualificatif goutteux.

Ces formes de goutte sont si variables, si multiples dans leurs manifestations, qu'on comprend facilement qu'on les ait méconnues et qu'il ait fallu du temps pour les rattacher à leur véritable cause.

Obs. II. — Mme B..., fille de la précédente, à antécédents goutteux très accentués, atteinte comme sa mère d'acné rosacée, ayant eu six grossesses, est prise subitement, à l'âge de 38 ans, d'accidents analogues à ceux que sa mère avait eus 20 ans auparavant. Ces accidents sont caractérisés par des étouffements, du malaise précordial, par une telle anxiété, survenant toujours la nuit, que le premier mouvement de la malade, quand ces accidents arrivent, est de se précipiter à la fenêtre et de l'ouvrir, en quelque saison qu'elle soit.

Ces attaques, toujours nocturnes, sont très courtes, durent à peine quelques secondes et se renouvellent plusieurs fois par semaine, sans motif appréciable.

Je conseille à cette malade de suspendre ses nombreuses visites, qui ne peuvent être que nuisibles, à cause des nombreuses ascensions qu'elles nécessitent et à cause de l'excitation qu'elles lui donnent.

Ces accidents ont disparu depuis 5 ans, par l'usage des bains alcalins, des eaux de Vals, de Contrexéville, le massage. Pour combattre les accidents nerveux, on a donné les pilules de Méglin et le bromure de potassium.

J'ai conseillé à cette personne l'abstention du café et depuis qu'elle a cessé d'en prendre les accidents ont tout à fait disparu; c'est à peine si une crise nocturne est survenue et, depuis 4 ans, elle n'a rien ressenti.

Le café agissait chez elle comme un vrai poison du cœur.

C'est chez cette dame, qu'en raison des accidents qu'elle éprouvait, on a diagnostiqué, il y a quatre ans, une dilatation de l'aorte, fréquente, disait-on, chez les femmes ayant eu de nombreuses grossesses.

Je n'ai pas accepté ce diagnostic, que les signes sthétoscopiques ne justifiaient pas et que la suite surtout n'a pas démontré.

La patiente n'a plus jamais souffert ni du cœur, ni de la poitrine.

Obs. III. — Chez une autre de mes malades, qui n'est atteinte ni du côté du cœur, ni du côté des poumons et des bronches, c'est la toux qui constitue toute la scène.

Cette dame est atteinte d'accès de toux opiniâtre, plusieurs fois par jour, datant de plusieurs années, se produisant ordinairement à heure fixe et contre laquelle les antipériodiques ont échoué.

Cette dame, dont la mère était goutteuse, a été dans sa jeunesse très sujette aux migraines et elle porte aujourd'hui des stigmates non douteux d'une goutte ancienne, sur les doigts.

J'ajouterai que cette toux ne trouvait pas d'explication dans l'état de la poitrine, car malgré plusieurs examens, très minutieux, je n'ai jamais pu trouver le moindre râle ou le moindre sifflement dans les bronches.

L'examen des crachats, fait à plusieurs reprises, n'a pas démontré la présence de bacilles dans l'expectoration.

J'ai conseillé à cette malade les alcalins, le massage avec l'essence de térébenthine; je lui ai donné la colchicine qui n'a pas produit grand effet, ce qui se conçoit, celle-ci n'ayant d'influence que sur les accès aigus de la goutte.

La malade ayant quitté Nice jusqu'à l'hiver prochain, je me propose de la traiter la prochaine saison par l'iodure de sodium.

Obs. IV. — Il n'est pas jusqu'à certaines formes de phthisie qui ne peuvent être attribuées à la goutte.

J'ai soigné à Nice une dame, fille de père et mère très goutteux, qui était atteinte, depuis longtemps, d'une phthisie à forme torpide, lui permettant de participer aux plaisirs de la vie de Nice, sans qu'elle eût à en souffrir.

Pendant les quelques années que j'ai soigné cette dame, son état de santé, précaire il est vrai, ne s'est jamais altéré profondément.

Elle aurait pu vivre longtemps avec ses poumons, si elle n'avait été prise de péritonite tuberculeuse, affection due certainement à la mauvaise habitude qu'elle avait d'avaler ses crachats.

Obs. V. — Les accidents inhérents à la diathèse goutteuse, n'attendent pas toujours, pour se montrer, que les femmes approchent de la ménopause; dans un certain nombre de cas, j'ai pu constater des névroses du pneumo-gastrique, chez des femmes relativement jeunes.

Obs. VI. — Une dame de Monaco, 30 ans environ, vient me trouver très effrayée, parce qu'elle a des troubles du côté du cœur, parce qu'elle a des étouffements, des arrêts dans les battements, des palpitations; elle se dit atteinte d'une affection organique du cœur et se croit perdue à brève échéance,

(1) Je viens cependant d'être à nouveau consulté par Mme M..., après 24 ans, pour réapparition des accidents; je lui ai prescrit l'iodure de sodium.

Comme je le prévoyais, je ne trouve rien du côté du cœur, pas de bruits anormaux, mais des intermittences.

Cette dame était sujette aux migraines, à des douleurs violentes du côté des organes génitaux, se montrant au moment des règles. Ces accidents ont disparu, en apparence, après un traitement arsénical prolongé, mais ont été remplacés par une névrose du pneumo-gastrique.

Le père de cette dame est mort d'asthme et la mère d'une cirrhose du foie.

J'annonce à cette dame qu'elle n'a aucune lésion du cœur, qu'elle n'a que des troubles fonctionnels, paraissant dépendre d'une névrose du pneumo-gastrique, de nature goutteuse, et qu'elle n'a qu'à combattre cette diathèse, sans s'occuper de son cœur.

Je lui prescris les pilules de Méglin, l'iodure de sodium et le massage. Comme régime : viandes blanches, vin blanc, eau de Vals aux repas. Peu ou pas de viandes noires, pas de gibier.

N'ayant plus revu cette dame, je ne puis dire ce qu'elle aura obtenu de ce traitement.

Chez deux de mes malades, les troubles nerveux ont été remplacés par des pertes utérines intenses.

Obs. VI. — Madame G., garde-malade, 45 ans environ, a été atteinte, il y a deux ans, d'étouffements, de battements de cœur très pénibles. Sa fille est atteinte d'un eczéma de la face.

Ces troubles nerveux se montrent surtout au moment des règles.

Appelé plusieurs fois près de cette dame, très effrayée de son état, j'arrivais à la rassurer, en lui affirmant qu'elle n'avait aucune lésion du cœur et je la calmais par des aspirations d'éther, des frictions de chloroforme dans la région du cœur et de l'estomac.

Ces accidents de peu d'importance et qui ne duraient du reste pas longtemps, furent remplacés par des pertes utérines considérables qui durèrent plus d'un mois et qui cessèrent spontanément, tous les traitements employés, l'ergotine, le tamponnement, étant restés sans effet.

Ces pertes étaient accompagnées de caillots énormes et laissèrent la malade exsangue.

La perte ne s'est plus renouvelée, la ménopause s'est établie, les accidents du côté du pneumo-gastrique ne se sont pas renouvelés et depuis 5 ou 6 ans la malade n'a plus rien ressenti, soit du côté du cœur, soit du côté de la poitrine.

Obs. VII. — Mme M..., 47 ans, pertes utérines considérables, fréquentes, ayant nécessité à plusieurs reprises le tamponnement.

Cette malade est goutteuse et porte sur les mains les stigmates de sa diathèse.

Sujette à des congestions intenses de la face. Ces pertes, qu'on ne peut rattacher à aucune lésion utérine, disparurent probablement d'une façon spontanée, quoiqu'un traitement ait été mis en pratique. Ces pertes ne se sont plus renouvelées depuis plusieurs années et la ménopause s'est établie.

Comme chez la malade précédente, ces pertes ont été jugées de nature goutteuse.

Obs. VIII. — Chez lady B..., d'origine anglaise, très goutteuse, ayant les doigts pleins de nodosités, les troubles du côté du pneumo-gastrique et du plexus solaire se traduisent par du tympanisme, du ballonnement intestinal, survenant brusquement et disparaissant de même, sans que j'aie besoin d'employer le moindre remède.

Quand le ventre est ballonné, la respiration est difficile, anxieuse, précipitée, mais il n'y a rien du côté de la poitrine, c'est une gêne toute mécanique, qui ne tient qu'au refoulement en haut du diaphragme.

Je fais suivre à cette dame un traitement par le massage, portant surtout sur l'abdomen, je lui donne la lithine, les eaux de Vals; je lui conseille l'exercice; — j'aurais dû lui donner des préparations d'iode.

Quoi qu'il en soit, sous l'influence de ce traitement, les troubles gazeux disparaissent, mais les nodosités restent.

Obs. IX. — Mme D..., israélite, profondément goutteuse, outre des migraines fréquentes, des pertes utérines répétées, des congestions de la face, présente des accidents portant tantôt sur la vessie, tantôt sur l'intestin.

Quand la vessie est prise, ce sont des douleurs très vives, avec envies fréquentes d'uriner ; les urines sont troubles, fétides, laissant déposer au fond du vase une grande quantité de liquide filant, assez consistant pour être enroulé autour d'un bâton. Puis cette sorte de cystite disparaît rapidement pour être remplacée par une poussée de goutte du côté des articulations, surtout des genoux.

Le traitement, outre celui des symptômes, a surtout été celui de la goutte : colchicine, massage, eau de Vals, etc. Je n'ai pas encore donné l'iodure de sodium, qui ne paraissait du reste guère indiqué dans ce cas.

Obs. X. — Mme B..., d'origine anglaise, 55 ans, goutteuse héréditaire, est atteinte de troubles du côté du cœur, avec complication d'angine de poitrine, de fausse angine, car elle n'a rien du côté du cœur et ses artères sont saines. Mais elle est diabétique, quoique le sucre disparaisse assez facilement de ses urines.

Mme B... sait qu'elle a des attaques d'angine de poitrine; elle en est très effrayée, car elle connaît la gravité de ce symptôme.

Ces accès se reproduisent souvent, surtout la nuit, sans cause appréciable, ce qui n'est pas le propre de l'angine vraie, due à la sclérose des artères coronaires, celle décrite par Rougnon et Héberden.

Je rassure la malade en lui disant qu'elle n'est pas atteinte de l'angine de poitrine vraie, mais de la fausse angine, celle des arthritiques, que ses accès peuvent se renouveler souvent sans amener la mort, tandis que dans l'angine vraie, les accès sont rares, mais très rapidement mortels.

Cette dame voyait ses accès d'angine de poitrine reparaître, même quand le sucre disparaissait des urines ; donc l'accès n'était pas la conséquence du diabète, mais plutôt de l'arthritisme.

Les accès d'angine de poitrine se reproduisirent fréquemment chez cette malade, qui finit par mourir d'épuisement, mais qui ne mourut pas de ses accès.

Obs. XI. — Mme Ch..., 60 ans, très goutteuse, figure couperosée, très sujette aux migraines, aux gastralgies, est prise brusquement de douleur présternale, s'irradiant vers l'épaule gauche, avec battements précipités du cœur.

Elle a en même temps la sensation d'un corps étranger, dont elle rapporte le siège à l'orifice de la glotte.

Les accès ne sont pas excessivement intenses, mais se développent, 9 fois sur 10, lorsque la malade fait une marche, même peu prolongée.

Mme Ch... n'est pas hystérique; l'examen à l'aide du laryngoscope ne laisse rien voir d'anormal. Il n'existe aucun gonflement, ni du côté de la glotte, ni du côté de l'épiglotte, expliquant la sensation qu'éprouve la malade. Il lui semble qu'une pilule lui est restée dans la gorge.

Devant la persistance de ce symptôme, de cette sensation, je ne veux pas m'en rapporter à mon examen; je fais voir la patiente à un laryngologiste, qui, comme moi, ne trouve rien et est d'avis qu'il faut attribuer ces accidents à une névrose du pneumo-gastrique et des nerfs laryngés, de nature goutteuse.

Je donne à cette dame des tubes de nitrite d'amyle pour combattre l'accès chaque fois qu'il reviendra, mais ce médicament est mal supporté, il amène du côté de la face des congestions, qui sont des plus pénibles.

A l'auscultation du cœur, je ne trouve aucun bruit anormal, annonçant une lésion des orifices ou de la sclérose des coronaires, les battements sont réguliers. Malgré cela, il est à craindre que ces symptômes, se développant à la suite de la marche, ne soient une conséquence de la dégénérescence athéromateuse.

Le traitement consiste dans le massage avec l'essence de térébenthine, massage répété matin et soir, dans l'emploi de l'eau de Vals et de l'iodure de sodium.

Les pilules de Méglin, essayées, n'ont pas paru avoir d'effet utile.

Les accès survenant presque toujours à la suite d'une marche même courte, je prescris le repos le plus absolu.

Cette dame quitte Nice au commencement de juin, elle rentre à Paris et je ne la reverrai que l'hiver prochain.

Obs. XII. — Chez une autre malade, ce sont des troubles dyspeptiques que je rencontre, avec pyrosis, revenant presque chaque nuit à heure fixe. Cette malade se soulage instantané-

ment avec le bicarbonate de soude, mais le pyrosis revient au moindre écart de régime et souvent sans cause aucune.

Cette malade, qui a été autrefois très sujette à des migraines, à des névroses, à forme congestive, du trijumeau, surtout de la branche ophthalmique, a vu ces migraines disparaître, soit sous l'influence de l'arsenic dont elle a fait un long usage (plus d'un an), soit par suite de transformations survenues par les progrès de l'âge.

Ces migraines ont été remplacées par le pyrosis et par des douleurs plus ou moins fixes, se répétant plusieurs fois par an, se portant toujours sur les membres inférieurs, durant un ou plusieurs jours, très analogues aux douleurs fulgurantes des ataxiques, quoique cette malade ne présente aucune trace d'ataxie locomotrice.

Ces douleurs portent quelquefois sur les parties innervées par le sciatique, mais surtout dans le domaine des nerfs génito-cruraux, lombo-abdominal, fémoro-cutané.

Chez cette personne, ces douleurs ont quelquefois coïncidé, les précédant souvent, avec des poussées d'herpès, du pubis et des grandes lèvres. Dans ces cas, j'ai pu souvent constater des points douloureux, très distincts sur le trajet des nerfs de la région — un point antérieur, un point postérieur et quelquefois intermédiaire.

Cette coïncidence prouve bien la nature goutteuse de ces douleurs. — La malade présentait du reste des nodosités sur les mains il y a quelques années; elles ont disparu.

J'ai administré contre ces douleurs, une seule fois la colchicine à la dose de cinq milligrammes, et j'ai pu faire disparaître ces douleurs qui avaient résisté à l'antipyrine, à l'exalgine, à la morphine, à l'enveloppement dans la fleur de soufre.

Quant aux frictions, aux pulvérisations avec l'éther, le chloroforme, outre qu'elles étaient pénibles, surtout les frictions, elles n'ont jamais amené la moindre amélioration.

Je dois dire cependant qu'à plusieurs reprises l'antipyrine avait fait merveille.

Depuis que ce travail était écrit, la malade a eu une poussée de goutte du côté du gros orteil droit.

Je pourrais encore citer nombre d'observations, mais elles se ressembleraient toutes; j'ai choisi, parmi elles, celles qui présentaient une certaine originalité, des types spéciaux et je m'en tiendrai aux douze cas que je viens de relater.

Dans un travail présenté au congrès international d'hydrologie et de climatologie, par de Ranse, (de Néris), je trouve deux observations de malades atteintes de névralgies utéro-ovariennes, que l'auteur semble attribuer à l'hystérie, au nervosisme, à la chloro-anémie, sans penser que la goutte pourrait bien être la cause de ces affections.

Une de ces malades parut guérir après l'ablation des trompes et des ovaires, suivie d'une longue saison à Néris.

Je pense que l'opération aurait pu être évitée, puisque les organes enlevés étaient sains et qu'on aurait pu essayer soit la colchicine, soit les préparations de colchique, dont l'effet aurait été complété par une saison, soit à Néris, soit à Contrexéville, soit à Vichy.

Cependant, comme il n'est pas dit dans cette observation que cette malade fût goutteuse, qu'on ne signale pas la présence de stigmates goutteux, tels que nodosités d'Héberden, tophus, etc., ce qui ne veut pas dire pour moi que la malade n'était pas goutteuse, je ne puis faire ici que des suppositions.

J'ai peu employé jusqu'ici la colchicine, qui ne peut agir que contre l'accès, dans les cas qui dépendent manifestement de la goutte, mais quand je l'ai employée, j'ai remarqué que pour agir, elle devait déterminer de la diarrhée; le résultat m'a paru nul quand je n'ai pu la déterminer, ce qui n'est pas toujours facile.

Seule, la diarrhée peut amener, par la révulsion qu'elle produit sur l'intestin, la décongestion des pneumo-gastriques névrosés.

Peut-être agit-elle en provoquant l'expulsion de l'acide urique et de ses composés, en provoquant une hypersécrétion intestinale.

Je crois que la vraie médication à employer dans toutes ces formes sera toujours l'iode et ses dérivés. Son emploi devra toujours être précoce et on devra commencer dès que la malade se plaindra d'un trouble quelconque, pouvant être rattaché à la goutte.

On ne devra plus se payer de mots, comme on l'a fait jusqu'ici; on ne devra plus invoquer les changements de temps, le nervosisme, l'anémie, qui, s'ils influencent la malade, ont peu de chose à faire dans ces états.

L'iodure de sodium rend l'alcalinité au sang, ce qui manque toujours chez les goutteux, en facilitant l'oxydation des acides organiques, qu'il contient. Il facilite aussi l'oxydation et la transformation des graisses qui encombrent le myocarde et les tuniques des vaisseaux.

L'iodure de sodium, en faisant disparaître les acides de l'économie, empêche la formation du biurate de chaux, qui, bien plus que l'acide urique, se dépose dans nos tissus, est insoluble et donne naissance à tous les accidents de la goutte.

Sous l'influence de l'iode, l'urine augmente en quantité.

L'action de l'iodure de potassium se fait sentir à la fois par l'iode et par la base, tous deux contribuent à l'alcalinisation du sang.

L'emploi de l'iode paraît s'accompagner de la mise en liberté d'oxygène naissant, qui favorise la combustion des acides organiques, qui, chez les goutteux, arrivent difficilement au dernier terme de leur transformation, « l'urée ».

L'oxygène débarrasse la fibre musculaire et tous nos tissus, des détritus appelés « rouille de la vie ».

La goutte, comme l'artério-sclérose, est souvent due à une erreur dans l'alimentation, qui jette dans l'organisme des matières toxiques, «ptomaïnes, toxines alimentaires».

Concurremment, il faudra, bien entendu, employer le massage qui facilite les échanges nutritifs, les eaux alcalines, qui détruisent sur place les acides et un exercice en rapport avec les forces du malade.

On devra interdire aux malades une nourriture trop azotée, telle que poissons, coquillages, crustacés, viandes noires, gibier, surtout faisandés. Comme boisson, le vin blanc, coupé d'eau de Vals, le cidre, et s'abstenir d'alcool, de vin de Bourgogne et de tous les vins trop alcoolisés, tels que porto, madère, etc.

Je ne pense pas qu'on devra interdire au malade toutes espèces de viandes, ce serait tomber dans l'excès contraire et affaiblir inutilement son organisme.

Ce travail était préparé depuis longtemps, lorsque j'ai trouvé mes vues confirmées dans des brochures, qui m'ont été adressées par Mabboux (1), de Ranse (2), Debout d'Estrée (3), Cazalis d'Aix-les-Bains (4).

Mabboux, dans son travail, corrobore mes observations, en ce qui touche certaines lésions de l'appareil utérin. Il a pu constater la présence de l'acide urique dans le sang des règles.

Pour le traitement, il indique nettement, comme moi, l'emploi de la colchique, l'usage des eaux minérales, les bicarbonatées sodiques, tout d'abord, et, dans quelques cas, Royat, Saint-Nectaire, Contrexéville, Aulus, Capvern, etc.

De Ranse donne, comme je l'ai fait, une origine gout-

(1) *La goutte chez la femme*, par MABBOUX, extrait de la *Gazette d'hydrologie*, 1889.

(2) DE RANSE, travail présenté au *Congrès international d'hydrologie*.

(3) DEBOUT D'ESTRÉE, Quelques formes rares de goutte, *Annales d'hydrol.*, TXXXVI.

(4) *Hygiène des arthritiques*, par CAZALIS.

teuse aux accidents de l'appareil utérin, qu'il a observés.

Ce qui prouve bien cette origine, c'est l'absence de lésions du côté de l'utérus, la disparition rapide des accidents par la colchicine et l'apparition de gonflements articulaires, de tophus, de sable dans les urines, etc.

Je ne citerai que pour mémoire certaines affections du larynx que Morel Mackensie attribue à la goutte.

Dans un mémoire extrait des Annales d'hydrologie, Debout d'Estrée signale des affections du poumon, de l'œil, de l'oreille, des glandes salivaires, du testicule, qu'il considère comme goutteuses.

Dans tous ces cas, l'origine goutteuse a le plus souvent été démontrée par la disparition brusque des poussées glandulaires, cédant à des accès de goutte du côté des articulations.

Tous ces faits prouvent que la diathèse goutteuse peut se traduire de façons bien différentes et que nous sommes loin aujourd'hui des croyances des anciens, nous pouvons même dire de nos anciens.

La goutte, en effet, revêt mille formes différentes et la goutte vraie, l'accès goutteux caractérisé par la fluxion articulaire, n'est pas toute la goutte, elle ne représente qu'une des manifestations de l'arthritisme.

Nous devons donc agir plus activement qu'on ne l'a fait jusqu'ici dans cette maladie, et non seulement nous devrons espérer soulager le malade, mais encore prévenir une foule d'accidents, qui rendent si dangereuses ces formes de goutte.

Il faudra, pour cela, commencer le traitement, dès qu'on soupçonnera la nature du mal, dès les premiers troubles, et même avant leur manifestation, pour peu qu'on soit renseigné sur les antécédents et les ascendants des malades.

Pour cela, il faut interroger soigneusement ceux chez qui la diathèse peut être soupçonnée, car, le plus souvent, ils ignorent les antécédents goutteux de leurs ascendants.

Ils ne savent pas, en effet, qu'on peut considérer comme goutteux tous les migraineux, les asthmatiques, les calculeux, etc.

Je pense qu'en agissant comme je le demande, le médecin pourra prévenir bien des complications, bien des malheurs.

En se comportant ainsi dans une maladie qui revêt des formes si multiples, si insidieuses et si graves, le rôle du médecin me paraît des plus utiles.

C'est, je crois, de cette facon que la mission d'un médecin sérieux doit être envisagée.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Du réflexe du genou après une hémiplégie chez un tabétique (Remarks on a case of return of knee-jerks after hemiplegia in a tabetic), par Hughlings Jackson et James Taylor (*British medical journal*, 11 juillet 1891, n° 1593, p. 57). — Le malade âgé de 49 ans entre à l'hôpital de Londres en février 1888, pour une hémiplégie droite. Il était en même temps tabétique. Il avait souffert de douleurs fulgurantes deux ans avant son admission, ainsi que de difficultés de la marche. Les signes de tabès étaient, entre autres, les troubles pupillaires d'Argill Robertson, et l'absence des réflexes pupillaires (avec la manœuvre de Iendrassik). Il avait eu deux attaques d'hémiplégie. La première s'était produite en janvier, la seconde en février 1888. Au moment de son admission, la face, le bras, et la jambe droite étaient paralysés. Il recouvra partiellement les mouvements de ce côté. Mais le fait important est qu'en mars, on nota le retour du réflexe rotulien à droite, tandis qu'à gauche il restait aboli. On ne peut supposer dans ce cas que l'hémiplégie a été un symptôme du tabès. Il est probable que le retour du réflexe a été contemporain de l'établissement d'une sclérose du faisceau pyramidal. Le nombre de fibres nerveuses respectées dans le cordon postérieur est suffisant alors pour déterminer l'action des cellules des cornes antérieures.

Tabès dorsal avec symptômes gastriques et troubles trophiques des os (On a case of tabes dorsalis with gastric symptoms and changes in the bones), par R. L. Macdonnell (*New-York medical journ.*, 18 juillet 1891, n° 659, p. 57). — Le cas qui fait le principal objet de ce travail se rapporte à une femme de 46 ans, qui souffrit tout d'abord de vomissements pour lesquels elle entra une première fois à l'hôpital, vomissements qu'on aurait pu attribuer à un premier examen à la gastrite alcoolique, à l'ulcère rond, au cancer, ou même à l'hystérie. Il existait toutefois d'autres symptômes, et en particulier de la rétention d'urine. Lorsqu'elle revint une seconde fois à l'hôpital, elle eut de nouveau des vomissements d'aliments, de bile, même de sang, qu'on considéra encore comme dus à une simple névrose de l'estomac. Cependant on constata des troubles pupillaires, des douleurs fulgurantes, l'absence des réflexes, des troubles de sensations qui firent diagnostiquer le tabès. Ultérieurement on vit évoluer des altérations des os du pied tout à fait analogues à celles que Charcot et Féré ont décrites sous le nom de « pied tabétique ». Il est à remarquer que ce trouble trophique osseux est apparu dans la période préataxique, car il n'existait pas d'incoordination motrice. Un autre cas de tabès préataxique d'un diagnostic difficile est rapporté par l'auteur : là les crises gastriques étaient particulières, car elles s'accompagnaient très souvent d'hématémèses.

Syringomyélie (Zur Casuistik der partiellen Empfindungslæhmung), par H. Schlesinger. (*Wiener medizinische Wochenschrift*, 1891, n°s 10, 11, 12, 13, 14). — L'auteur rapporte six observations nouvelles à l'occasion desquelles il trace un tableau complet de la syringomyélie. Son observation 1 est tout à fait classique; dans l'observation 2, il est à noter que l'atrophie musculaire n'offre pas son type Duchenne habituel, mais bien le type Erb; dans les observations 3 et 4 il existe des altérations des nerfs crâniens et des symptômes bulbaires; enfin les observations 5 et 6 se remarquent par des troubles moteurs des membres inférieurs.

Dégénérations ascendantes de la moelle; faisceaux cérébelleux directs (Beitrag zur Kenntniss der ascendirenden Degeneration des Rückenmarks, und zur Anatomie der Kleinhirnseitenstrangbahn) par Auerbach. (*Archives de Virchow*, 1891, vol. CXXIV, fasc. 1, p. 149). — L'auteur a pratiqué des sections de la moelle sur des chats pour chercher à déterminer le trajet de la dégénération ascendante des faisceaux cérébelleux directs. Il a pu se rendre compte qu'il n'y a pas continuité entre ces faisceaux et les fibres arciformes profondes et les corps restiformes. Le faisceau cérébelleux se divise en deux parties qui se distribuent dans le vermis supérieur du cervelet.

Commotion de la moelle épinière (Zur Casuistik und pathologischen Anatomie der Rückenmarkserschütterung), par Schmaus (*Archiv fur klin. Chir.*, t. XLII, fasc. 1, p. 112). — A l'occasion d'une observation suivie d'autopsie qu'il a recueillie, l'auteur étudie la question de la commotion de la moelle en général. Il s'agit le plus souvent d'une nécrose traumatique suivie de farcissement hémorrhagique. Le ramollissement par lequel se traduit cette lésion a tantôt la forme d'une myélite transverse, tantôt il se localise dans la corne antérieure. Dans ce cas il y a retentissement sur les cylindres axes de la substance blanche.

MÉDECINE

Granulie apyrétique (Fieberloser Verlauf der acuten allgemeinen Miliartuberculose), par Joseph (*Deut. med. Woch.*, n° 28, p. 872, juillet 1891). — On admet communément que la tuberculose aiguë granulique est une maladie fébrile ; et, si son type thermique n'a rien de fixe, peut simuler une fièvre continue, ou hectique, ou rémittente, ou intermittente, le niveau de la courbe thermique est élevé dans son ensemble. Certains auteurs cependant ont vu la tuberculose miliaire évoluer à froid (Lange, Strümpell, Eichhorst, O. Wyss et Henoch). Ce sont des faits de ce genre que l'auteur a eu l'oc-

casion d'observer à la clinique de Fürbringer. Le diagnostic a pu dans quelques cas rester longtemps en suspens à cause de l'absence de fièvre, dans les cas surtout où l'expectoration manquait pour l'examen bacillaire (granulie primitive). Il est difficile de donner une explication plausible de cette anomalie. Sans doute il s'agit de quelque influence nerveuse paralysant les sources de la thermogénie, ou au contraire activant d'une manière durable la déperdition de chaleur.

Arthritisme et phthisie (Arthritische Diathese und Lungentuberculose), par SOKOLOWSKI (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, vol. XLVII, p. 558, 1891). — L'auteur a recueilli différentes observations, qui viennent à l'appui de l'opinion de Pidoux, en ce qui concerne l'allure particulière imprimée à la phthisie par la diathèse arthritique. Chez ses malades, les débuts de l'affection étaient souvent marqués par des symptômes vagues, affaiblissement, douleurs des membres, dyspepsie; parfois, il y avait des accidents typiques de la famille arthritique, ou bien il en restait encore des vestiges. On notait l'apyrexie habituelle, et l'absence d'hecticité; l'hémoptysie n'était pas rare. Localement les phénomènes physiques et fonctionnels répondaient au type le plus torpide de la phthisie fibreuse : aussi le pronostic était-il relativement moins fâcheux. L'auteur a observé encore des malades chez lesquels la lithiase urinaire venait traverser l'évolution de la phthisie, en partie à cause de la disposition constitutionnelle, peut-être aussi à cause de l'exercice insuffisant. Il lui a paru que la diète lactée pourrait peut-être aider au développement d'une diathèse urique artificielle. Dans la phthisie arthritique on recommandera l'exercice réglé, une diététique comportant peu de graisses, de farineux et d'alcool; on surveillera le fonctionnement de la peau et de l'intestin. Les bains salés ou sulfureux seront utiles, de même que les climats d'altitude. On usera par instants de la médication alcaline, en particulier des eaux minérales naturelles.

Tuberculose par inhalation (Wirkung des inhalirten tuberculœsen Giftes), par PREYSS (*Münch. med. Woch.*, n°s 24 et 25, p. 440, juin 1891). — L'auteur consigne dans ce travail le résultat de ses recherches expérimentales. Il a tenté de fixer plus spécialement le rôle de dilution des produits virulents, et d'autre part le mécanisme de la prédisposition artificiellement créée. Il a trouvé que, chez le cobaye, une parcelle minime de crachats bacillifères, supposée contenir 40 bacilles environ, engendre communément la tuberculose. Celle-ci se localise tout d'abord et avec l'intensité maxima dans les ganglions bronchiques, puis le poumon, la rate, le foie, rarement le rein. La dissémination est en proportion directe de la quantité de bacilles inhalés. Les animaux affaiblis au moment de l'expérience par exemple par une glycosurie provoquée ou la diète prolongée s'infectent plus aisément, l'inhalation concomitante de poussières métallique (fer) n'a pas une influence uniforme, ni constante, mais semble pouvoir favoriser la localisation plus spéciale de la maladie dans le poumon.

Tuberculose miliaire et méningite (Acute Miliartuberculose und tuberculœse Meningitis), par REINHOLD (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, vol. XLVII, p. 423, 1891). — Dans cette étude importante, l'auteur fonde sur les descriptions antérieures et sur l'analyse de 76 cas nouveaux, une classification des formes cliniques de la phthisie aiguë granuleuse. Dans la forme typhoïde, les symptômes généraux dominent, et aucun trouble partiel précis n'attire l'attention sur une localisation dominante. Dans la forme broncho-pulmonaire, c'est l'appareil respiratoire qui fournit les manifestations les plus importantes, sans préjudice de l'existence de troubles généraux également très marqués. Enfin dans la forme méningée, les symptômes sont en rapport avec la tuberculisation précoce et prédominante de la pie-mère cérébro-spinale. Pour ranger ces derniers faits dans la tuberculose miliaire aiguë, l'auteur s'autorise de cette constatation que, dans toutes les méningites tuberculeuses, il existe des granulations viscérales, surtout dans la rate et le foie. L'auteur envisage également le mécanisme présumé de la tuberculose miliaire, et reconnaît qu'à part les tuberculoses chirurgicales, c'est dans le thorax qu'il faut toujours chercher le foyer primitif qui a versé dans la circulation les éléments de cette tuberculose hématogène.

Le salicylate de soude dans le traitement des pleurésies séreuses, par TALAMON (*La Médecine moderne*, 18 juin 1891, p. 472). — Le salicylate a une efficacité réelle dans les pleurésies séreuses et d'autant plus marquée et plus prompte que la pleurésie est moins ancienne. En le donnant dès le début, on a probablement des chances d'enrayer l'inflammation exsudative et de prévenir l'épanchement. A tout autre moment de la maladie, il active la résorption du liquide; après la thoracentèse, il peut achever la résorption et s'opposer à la reproduction de l'épanchement. On doit le donner pendant une huitaine de jours à la dose de 4 à 6 grammes.

CHIRURGIE

Péritonite chronique guérie par la laparotomie (Ueber einen durch Laparotomie geheilten Fall von chronischer Peritonitis), par E. HENOCH (*Berl. klin. Woch.*, 1891, n° 28, p. 689). — Une petite fille de cinq ans est amenée à l'hôpital pour une ascite, développée un mois après une chute que l'enfant a faite sur le ventre.

A l'examen, on trouvait une ascite colossale mais sans tumeur abdominale, ni sensibilité du ventre, un foie normal; pas de fièvre. En même temps il existait une pleurésie gauche avec épanchement remontant jusqu'à l'épine de l'omoplate. L'enfant était vigoureuse et paraissait jouir d'une santé florissante.

Malgré la présence de la pleurésie, Henoch fit le diagnostic de péritonite chronique simple. L'épanchement pleurétique se résorba rapidement, mais l'ascite se reproduisait toujours après trois ponctions faites à 3 semaines d'intervalle. Henoch se décida alors pour une laparotomie qui fut faite par Bardeleben. A l'ouverture de la séreuse, on trouva le péritoine couvert d'une quantité de tubercules. C'était donc une péritonite tuberculeuse. Mais l'examen microscopique de plusieurs nodules a démontré qu'il n'y avait ni bacille, ni structure de tubercule.

L'enfant a du reste guéri en 15 jours. Henoch est d'avis que la plupart des péritonites guéries par la laparotomie n'étaient pas de nature tuberculeuse. En analysant les 130 cas réunis dans la thèse de Philips, il trouve d'abord que parmi ce nombre il y a très peu d'enfants et un grand nombre de femmes. Cela lui fait penser qu'il s'agissait dans ces cas de péritonite chronique simple si fréquente chez la femme.

Goître migrateur (Ein Fall von Wanderkropf), par REUTER (*München. med. Wochenschr.*, 1891, n° 26, p. 452.) — L'observation se rapporte à un homme de 72 ans, venu consulter pour de l'enrouement de la voix.

A l'examen laryngoscopique on trouvait une déviation de la glotte, une paralysie du récurrent droit et un peu de laryngite chronique. A l'inspection du cou on était frappé par un déplacement de la trachée et du larynx à gauche et par l'existence, du côté droit, d'une fossette limitée en bas par le bord supérieur du sternum, en dehors par le sterno-mastoïdien, en dedans par le larynx et la trachée, en haut par le muscle omo-hyoïdien. Au fond de la fossette, sous la clavicule, on sentait une tumeur dure, lisse, des dimensions d'un œuf de poule. La peau était normale; les organes thoraciques de même.

La fossette s'est formée depuis 10 ou 15 ans à la place d'une tumeur que le malade disait porter depuis son enfance. Diagnostic : compression du récurrent par un goître congénital.

Quelques jours après, le malade revint en disant que la tumeur reparaissait au cou quand il faisait un effort. Et en effet, en faisant tousser le malade, l'auteur vit apparaître dans la fossette une tumeur volumineuse, lisse et dure, qui disparaîssait sous la clavicule aussitôt qu'on la comprimait. Il s'agissait donc d'un goître migrateur, dans le genre de ceux publiés par Roser et Wœlfler.

Fracture du crâne, épilepsie jacksonienne, extraction des fragments, guérison (Su di un caso grave di epilessia di Jackson da frattura del cranio, estrazione de frammenti e rapida guarigione), par CALLIANO (*Il Morgagni*, juin 1891, p. 356). — Homme de 55 ans, ayant à la suite d'une chute dans un fossé une fracture avec plaies contuses multiples sur le côté gauche du crâne; aphasie, accès d'épilepsie, de 3 à 4 minutes de durée, suivis de coma avec suspension presque complète des mouvements respiratoires et cardiaques; on fait une incision qui réunit la plupart des plaies contuses, et on enlève 17 fragments osseux qui laissent après eux une perte de substance irrégulièrement arrondie mesurant 9 centimètres dans le sens horizontal et 5 à 6 centimètres dans le sens vertical; malgré une hémorrhagie assez abondante pendant l'opération, disparition en

quelques jours des phénomènes paralytiques, et au bout de 3 mois on ne constate plus qu'une légère faiblesse musculaire du bras droit.

La question du cancer. Le cancer est-il contagieux? par O. Guelliot (*Union médicale du Nord-Est*, février, avril, mai, juillet 1891). — Ce travail, antérieur aux récentes péripéties de la question de la contagion du cancer, a pour base principale une enquête que M. Guelliot a faite auprès de ses confrères de l'arrondissement de Reims ; il résume les observations qui lui ont été communiquées, et celles qu'il a recueillies dans sa pratique ou relevées dans ses lectures. L'auteur arrive à cette conclusion que tout plaide en faveur de la nature infectieuse du cancer, son inégalité de distribution, son développement fréquent à la suite de solutions de continuité de la peau ou des muqueuses. La possibilité de la contagion ne doit pas être rejetée *a priori* : les observations de cancer de famille ou de maison viennent à l'appui de cette contagion dont l'auteur cite 29 cas plus ou moins probants. L'hérédité est évidente dans nombre de cas; son action qui a été exagérée par les auteurs ne paraît s'exercer que dans 10 ou 15 pour 100 des cas au maximum; elle paraît plus fréquente dans les cas où les deux parents sont consanguins ou issus de familles cancéreuses. L'arthritisme et l'herpétisme sont des causes prédisposantes, en mettant l'individu en état de moindre résistance contre l'invasion cancéreuse, ou en préparant aux germes infectieux un terrain favorable.

Hernie diaphragmatique (Ein Fall von Hernia diaphragmatica), par Reinhard (*Deutsch. med. Wochenschr.*, 1891, n° 31, p. 954). — Une fille publique de 27 ans est prise dans la nuit de coliques violentes et meurt peu de temps après. Un médecin appelé auprès d'elle n'arrive pas à savoir de quoi il s'agit et se contente de faire une injection de morphine.

A l'autopsie, on ne trouva pas trace de traumatisme. Le cœur est fortement déplacé à droite; le poumon, repoussé vers la colonne vertébrale, était petit, gris, sec, complètement atélectasié. Tout l'espace pleural gauche était rempli par une anse de l'intestin grêle, l'épiploon, le côlon transverse, une partie du côlon ascendant et du côlon descendant et la plus grande partie de l'estomac. L'orifice de la hernie se trouvait sur la partie postérieure du centre tendineux. Il n'existait pas de sac et les viscères étaient libres dans la cavité. Pas d'adhérences pleurales, péricardiques ou entre les viscères. Ces derniers de même que la plèvre étaient normaux et ne présentaient pas trace de gangrène. Les veines des viscères et de l'épiploon hernié étaient dilatées ; les bords de l'orifice herniaire étaient minces, lisses, non ecchymotiques.

La cavité abdominale était remplie de sang, mais le péritoine était normal, de même que les organes abdominaux. Cœur normal, poumon droit un peu œdématié.

L'hémorrhagie était due à la rupture d'une veine du mésentère.

L'auteur, qui n'a été chargé que de l'autopsie et ne connaissait pas la malade, considère ce cas comme celui d'une hernie diaphragmatique congénitale. La mort a été produite par la rupture de la veine du mésentère.

OPHTHALMOLOGIE

Embolie de l'artère centrale de la rétine guérie par le massage de l'œil (Heilung einer Embolie der Arteria centr. retinæ durch Reibung des Auges), par R. Fischer (*Deut. med. Wochenschr.*, 1891, n° 23, p. 754). — Fischer rapporte un cas d'embolie récente de l'artère centrale de la rétine, guéri dans une seule séance de massage de l'œil. L'œil était massé dans tous les sens avec l'index d'une main, en même temps que l'index de l'autre fixait le globe dans une position convenable. L'examen ophthalmoscopique pratiqué à plusieurs reprises pendant la séance de massage a montré que les manipulations provoquaient une sorte de morcellement du caillot qui peu à peu était emporté par le courant sanguin. La rétine reprit sa coloration normale, d'abord en haut, ensuite sur les côtés, et quand la malade quitta le cabinet de M. Fischer, elle avait recouvré la vue en conservant toutefois un léger scotome central.

Plusieurs cas analogues ont été publiés par Wood-White, Mules et Hirschberg.

Sur une nouvelle méthode blépharoplastique, par B. Wicherkiewicz (*Rev. gén. d'ophth.*, 1891, p. 1). — Ayant à reconstituer une paupière supérieure, W... eut l'idée d'emprunter les téguments nécessaires à la paupière inférieure. Une incision verticale de 2 millimètres divise le bord libre en son milieu, puis se bifurque de manière à circonscrire un triangle adhérent par sa base. Ce triangle étant rabattu sur la joue, la plaie cruentée est fermée après débridement convenable par suture des deux branches de l'incision première en Y renversé. Le sommet du triangle et ses deux bords libres sont ensuite suturés aux bords de la perte de substance que présente la paupière supérieure. Enfin la base du triangle est sectionnée au bout de 5 à 6 jours pour rétablir la fente palpébrale.

Tumeurs gommeuses de la conjonctive, par Caudron (*Rev. gén. d'ophth.*, 1891, p. 145). — Les tumeurs gommeuses de la conjonctive sont rares et leur diagnostic repose surtout sur la notion de l'infection syphilitique ou, à défaut d'aveu de la part du malade, sur la rapide efficacité du traitement spécifique. Il est vrai que les tumeurs peuvent disparaître rapidement par la galvano-cautérisation, par l'application de poudre d'iodoforme, mais alors la récidive ne tarde pas.

BIBLIOGRAPHIE

Traité de médecine publié sous la direction de MM. Charcot, Bouchard, Brissaud. Tome I, par MM. Charrin, Le Gendre, Roger, Chantemesse, Fernand Widal, avec figures dans le texte. Paris, G. Masson, 1891.

Le mouvement scientifique a été si rapide dans ces vingt dernières années ; il a si complètement transformé la pathologie médicale et surtout la pathogénie qu'un livre nouveau devenait nécessaire pour enregistrer l'ensemble des progrès réalisés jusqu'à ce jour. Les traités de pathologie anciens, quel qu'ait été leur mérite, ne pouvaient être réédités. Il sera désormais impossible à un médecin d'approfondir assez toutes les questions théoriques et pratiques qui font partie du domaine des sciences médicales pour écrire seul un traité nouveau. Tout au plus pourrait-il diriger de haut une sorte d'encyclopédie écrite par des collaborateurs jeunes, actifs, assez instruits pour résumer les mononographies qui établissent les faits scientifiques acceptés de tous, assez disciplinés pour suivre exactement un plan tracé à l'avance et accepter docilement les réductions et les amendements qu'il impose. On peut encore résumer succinctement dans un manuel, analogue à celui dont la réputation reste si légitime, les principes généraux sur lesquels s'appuie de nos jours la pathologie générale et les découvertes dues aux recherches bactériologiques. Pour mieux faire connaître, pour arriver à faire comprendre ce qu'est devenue la pathologie médicale, il est également utile d'exposer dans une série de chapitres écrits par des spécialistes, c'est-à-dire par des savants dont les travaux personnels sur telle ou telle branche des sciences médicales font déjà autorité, les doctrines pathogéniques nouvelles avec toute l'ampleur qu'exige un livre d'études plus encore qu'un ouvrage de vulgarisation.

C'est ce qu'ont voulu tenter les auteurs du beau livre que nous venons de lire. A l'exception de notre collaborateur F. Widal à qui a été imposée, bien qu'il n'ait jamais été épidémiologiste, la tâche ingrate d'écrire l'histoire des maladies infectieuses autres que la fièvre typhoïde, tous les auteurs du nouveau traité de médecine étaient désignés, par leurs travaux antérieurs, pour préciser l'état de nos connaissances actuelles sur les sujets qu'ils avaient à traiter. Nous ne pouvons passer successivement en revue tous les chapitres de ce premier volume d'une œuvre qui fera le plus grand honneur à la médecine française. Nous ne voulons donc que signaler en quelques lignes ce qui caractérise ses tendances et lui assure aujourd'hui déjà un succès aussi exceptionnel que justifié.

Dès ses premières pages, le nouveau *Traité de médecine* montre bien que son plan le distingue de tous ceux qui l'ont précédé. La microbiologie y tient une place prépondérante, et le chapitre de pathologie générale écrit par M. Charrin est un magistral exposé de la doctrine microbienne et des con-

quêtes qu'elle a réalisées. Le savant auteur de cette étude, qui doit aujourd'hui servir d'introduction à l'histoire des maladies infectieuses, a rendu pleine et entière justice à Pasteur et à Bouchard, à qui la microbiologie est redevable de tant de découvertes et de tant d'applications utiles. Mais il a pu maintes fois aussi, en citant ses propres travaux et ceux de son collaborateur Roger, donner plus d'autorité encore à sa judicieuse critique des doctrines nouvelles. Dans une note qui termine son travail, M. Charrin s'excuse de n'avoir pu y apporter jusqu'à la dernière heure les additions et les modifications de forme et de fond que comporte l'importance du sujet. Ses lecteurs seront plus indulgents à son égard qu'il ne l'a été lui-même. Sans doute les problèmes multiples dont M. Charrin a abordé l'étude ne sont point encore définitivement résolus. Souvent encore ils soulèveront d'intéressantes controverses. Mais n'est-il pas évident que lorsqu'il s'agit d'une science en voie d'évolution rien n'est plus difficile que d'en préciser la doctrine? Nous ne saurions donc trop encourager tous les médecins et tous les étudiants à suivre, dans cette introduction à l'étude des maladies infectieuses, le guide autorisé qui leur trace avec une si grande précision la voie qui devra être parcourue par tous les travailleurs de l'avenir.

Nous rapprocherons de la partie due à M. Charrin celle qu'a écrite M. H. Roger sur les maladies infectieuses communes à l'homme et aux animaux. L'histoire du charbon, de la morve et du farcin, celle de la rage, de la tuberculose, et de l'actinomycose y sont traitées avec une compétence et un talent qui seront justement appréciés. Il était difficile d'être tout à la fois plus concis et plus complet.

A un autre point de vue devront être louées par tous les praticiens les pages écrites sur les troubles et les maladies de la nutrition. Élève de M. Bouchard, rédacteur de quelques-unes de ses leçons, habitué à cette discipline de l'esprit qui s'impose à tous ceux qui s'efforcent de vulgariser, c'est-à-dire d'oublier un peu ce qu'ils ont fait eux-mêmes pour rendre plus accessibles aux lecteurs d'un livre ou d'un journal les nouvelles acquisitions de la science, M. Le Gendre était bien désigné aussi pour l'œuvre qui lui a été confiée. Il l'a traitée en clinicien, ne se contentant point d'exposer les considérations de pathologie générale qui ont assuré à son maître une si grande renommée, mais donnant à la symptomatologie et à la thérapeutique des maladies de la nutrition tous les développements qu'elles exigent. Ce n'est point sa faute si le plan général de l'ouvrage a séparé le rhumatisme articulaire aigu de la goutte et du rhumatisme chronique. Nous le regrettons; mais nous regrettons plus encore que l'étude des maladies infectieuses exotiques n'ait pas reçu plus de développements et que l'on ne trouve même pas mentionnés, dans le volume qui vient de paraître, le typhus exanthématique non plus que la fièvre récurrente et la fièvre typhoïde bilieuse. Il est probable que les volumes suivants combleront cette lacune. Elle doit nous inspirer cependant une réflexion d'ordre général. L'introduction de ce livre indique en termes excellents quels sont les principes traditionnels de l'École française : « *Partir d'où l'on peut, le plus souvent de la clinique, mais revenir toujours à la clinique.* » C'est en méditant bien cette maxime que les auteurs des volumes qui vont suivre parviendront à rendre l'œuvre à laquelle ils auront eu l'honneur de collaborer vraiment digne des maîtres éminents qui l'ont prise sous leur patronage. Une étude nouvelle sur la fièvre typhoïde devait nécessairement insister sur les découvertes nouvelles qui ont complètement modifié les idées régnantes au sujet de son étiologie et par conséquent de sa prophylaxie. Les travaux si appréciés de MM. Chantemesse et Widal ont largement contribué à éclairer la pathogénie de la maladie. On comprend dès lors qu'une très grande place ait été faite par M. Chantemesse à l'étude du bacille typhique. Mais nous lui aurions volontiers accordé plus de pages encore pour traiter avec autant d'ampleur les chapitres consacrés à la séméiologie et au traitement de la maladie. Ce ne sont là d'ailleurs que des observations de détail. Nous aimons à répéter que ce premier volume d'une œuvre considérable mérite tout le succès qu'il a déjà obtenu et nous sommes heureux de penser qu'à côté du *Traité de Chirurgie* nous aurons bientôt une œuvre nouvelle rédigée par l'élite de la génération médicale contemporaine.

L. LEREBOULLET.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

RECHERCHE DES BACILLES DANS LES CRACHATS (Untersuchung der Auswrfs auf Tuberkelbacillen), par le Dr E. CZAPLEWSKI. In-8° de 125 pages. G. Fischer, Iéna, 1891.

Il n'y a pas encore dix ans que la valeur pathogène du bacille de Koch a été mise en évidence, et déjà la recherche de ce microbe dans les tissus et les excreta a suscité un grand nombre de travaux. La méthode primitive de Koch a fait place à des procédés souvent plus complexes, mais aussi plus sûrs. C'est à une revue critique des divers perfectionnements que l'auteur a consacré cette monographie. Il ne se borne pas à indiquer la recherche des bacilles; il élargit son cadre et le complète par d'intéressants aperçus sur la séméiologie des crachats chez les phthisiques.

Ainsi que le fait remarquer l'auteur, qui a observé au sanatorium pour phthisiques de Gœrbersdorf et qui possède une grande expérience personnelle, la multiplicité des méthodes laisse les jeunes chercheurs dans l'embarras. L'auteur s'attache à décrire ce qui lui a le mieux réussi; il indique les procédés de choix, et ne craint pas de s'appesantir sur le détail des manipulations élémentaires dont la bonne exécution constitue ce *tour de main* grâce auquel les investigations donnent le maximum de résultats positifs. Du reste, quoique la recherche des bacilles soit chose facile, elle ne peut être bien faite qu'avec de l'habitude : c'est en répétant les explorations qu'on arrive à se faire sa méthode à soi, à en corriger les défectuosités, à lui demander des indications comparatives dans les examens successifs. On lira avec fruit le chapitre où l'auteur indique la manière de résoudre une préparation, et d'apprécier jusqu'à un certain point la valeur bacillaire dans un cas donné (V. la planche en chromolith. annexée au travail).

La deuxième partie de ce travail comprend la revue historique des procédés et méthodes proposés par les auteurs. On y trouvera les indications précises, et des citations souvent textuelles.

Enfin l'auteur indique en terminant le détail des réactifs utilisés pour l'étude du bacille tuberculeux.

Thèses des Facultés

MONTPELLIER

DE L'URÉTHROTOMIE EXTERNE; LES INDICATIONS ET LES SOINS POST-OPÉRATOIRES, par CH. VIEU.

L'uréthrotomie externe pratiquée d'emblée est le meilleur mode de traitement des ruptures graves de l'urèthre. Cette intervention doit être aussi hâtive que possible. Dans les cas moyens, il y a aussi avantage à y recourir hâtivement. Tous les cas de rétrécissements réellement infranchissables sont justiciables de l'uréthrotomie externe. Loin d'être une contre-indication à l'opération, les lésions rénales, surtout si elles sont peu avancées, y trouveront une réelle utilité; si ces lésions sont trop graves, l'uréthrotomie prolongera l'existence. Les indications de l'uréthrotomie sur conducteur sont plus restreintes; mais si on considère les sérieuses garanties qu'elle offre contre la récidive, on ne doit pas hésiter à l'employer quand les rétrécissements perméables sont accompagnés d'anciens trajets fistuleux au périnée. L'emploi de la sonde à demeure pendant 4 à 6 jours est extrêmement favorable à la rapidité de la cicatrisation de la plaie périnéale.

DES TUMEURS INCLUSES DANS LES LIGAMENTS LARGES, par CH. LASSALLE.

Ces tumeurs incluses sont très variables, quant à leur nature et leur point de départ : elles présentent comme caractère essentiel d'être comprises dans la cavité virtuelle des ligaments larges. Les tumeurs incluses compriment et déplacent souvent des organes et provoquent une hypertrophie des vaisseaux. Il n'y a pas de symptôme pathognomonique et, quand on arrive au diagnostic, ce n'est que par une analyse soigneuse des symptômes fonctionnels et par un examen méthodique des organes du bassin. Le pronostic est grave. Il n'existe pas de traitement purement médical. S'il s'agit d'un kyste para-ovarien uniloculaire, avant de faire la laparotomie, il est indiqué de pratiquer la ponction qui peut, quoique rarement, être une opéraiton curative. L'*extirpation* est la méthode générale à laquelle on devra s'arrêter; selon les circonstances elle sera complète ou incomplète.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'IMP. DES ARTS ET MANUFACTURES et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

TRENTE-HUITIÈME ANNÉE | N° 40 | 3 OCTOBRE 1891

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES SAMEDIS ET PUBLIANT TOUS LES MERCREDIS

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

REVUE GÉNÉRALE

De certaines formes de bacillose aiguë prétuberculeuse.

En dehors des modalités cliniques habituelles de la tuberculose, phthisie ulcéreuse à marche lente ou rapide, pneumonie tuberculeuse, granulie, toutes caractérisées à la fois par des phénomènes locaux et généraux, il en est d'autres, moins connues, où, les symptômes locaux faisant défaut, le syndrôme, réduit aux manifestations générales, revêt, à s'y méprendre, la physionomie de divers états infectieux, comme la fièvre typhoïde à tous ses degrés, ou d'auto-intoxications, comme celle qui relève du surmenage. Dans les formes classiques de bacillose, la toxémie ne va pas sans production de néoplasies tuberculeuses; dans les cas, au contraire, auxquels nous faisons allusion, l'infection générale domine le processus et peut entraîner la mort alors que les localisations tuberculeuses, bien peu accusées, restent muettes au point de vue séméiologique, comme la variole ou la scarlatine tuent parfois avant que les éruptions caractéristiques aient eu le temps de se produire.

Mais l'économie ne succombe pas toujours dans cette lutte contre le bacille; il peut aussi arriver que l'action du germe morbide s'épuise, sans donner naissance à des lésions locales cliniquement appréciables et que la véritable nature de ces fièvres tuberculeuses guéries, portées au compte de l'embarras gastrique ou de la fièvre typhoïde, reste méconnue, à moins qu'un incident nouveau ne mette sur la voie du diagnostic. C'est L. Landouzy qui dès 1882 a appelé l'attention sur ces « fièvres bacillaires prétuberculeuses à forme typhoïde » dans une série de leçons cliniques (*Gaz. des hôp.*, 14 janv. 1886, *Semaine médicale*, 3 juin 1891). Il a été suivi dans cette voie par divers observateurs, notamment Jeannel (*Thèse de Montpellier*, 1887, et *Congrès de la tuberculose*, 1888) et Coustan (*Arch. de méd. milit.*, juillet 1888). Maintes fois nous avons eu l'occasion d'observer des faits cliniques justiciables d'une semblable interprétation, et de les ranger dans trois groupes distincts, suivant leurs analogies avec la fièvre typhoïde, l'embarras gastrique fébrile ou la fièvre intermittente.

I

Un individu, jeune encore, se présente à l'hôpital, avec la plupart des signes d'une fièvre typhoïde au début : abattement, céphalalgie, insomnie, anorexie, fièvre plus ou moins intense, tous phénomènes datant de quelques jours. Bientôt le ventre se ballonne, la diarrhée apparaît, la rate augmente de volume; sans qu'il se produise de phénomènes thoraciques appréciables, l'état ataxo-adynamique se prononce et le malade succombe comme dans les infections aiguës. A l'autopsie, au lieu des altérations des glandes de Peyer qu'on s'attendait à trouver, on ne constate qu'une légère infection de l'intestin; mais l'hypertrophie et la diffluence de la rate, la dégénérescence graisseuse des reins, sont l'indice d'un processus infectieux dont la nature est révélée par quelques granulations tuberculeuses au sommet d'un poumon ou le long des artères sylviennes. C'est en somme une tuberculose aiguë, sans granulie, où la toxémie a été le fait capital.

En pareille occurrence, alors que le diagnostic de fièvre typhoïde semble s'imposer, peut-on éviter l'erreur? Oui, jusqu'à un certain point. Car, sans parler des cas où l'existence d'une fièvre typhoïde antérieure ne saurait être révoquée en doute — ce qui, étant donnée la rareté des récidives de cette maladie, a une grande importance, — la toxémie tuberculeuse se distingue de la toxémie typhoïdique par quelques caractères de valeur. C'est d'abord la marche irrégulière de la température, procédant par grandes oscillations, et n'offrant pas l'ascension graduelle, suivie d'un plateau, qu'on observe d'habitude dans la dothiénentérie. C'est ensuite l'absence des phénomènes de catarrhe, en dehors de la diarrhée habituellement peu accusée et non caractéristique. C'est enfin, et surtout, l'absence de taches rosées.

A ces éléments de diagnostic différentiel qui, pour ne pas avoir une valeur absolue, n'en doivent pas moins être pris en sérieuse considération, Landouzy et Jeannel en ajoutent un autre, emprunté à la thérapeutique. Pour eux, tandis que la quinine, si efficace souvent comme antithermique dans la dothiénentérie, est impuissante en cas de typhobacillose, l'antipyrine, à la dose quotidienne de 0 gr. 50 à 3 grammes, exercerait une remarquable influence sur la fièvre tuberculeuse. J'avoue qu'à cet égard mes expériences aujourd'hui multipliées me laissent quelque peu sceptique; car s'il est vrai que l'antipyrine réussit souvent à abaisser la température dans la tuberculose, aiguë ou chronique, alors que la quinine, même à doses suffisantes, a échoué, cette influence s'épuise le plus souvent trop vite pour qu'on puisse considérer l'antipyrine comme un spécifique de la fièvre tuberculeuse.

Réserves faites à cet égard, il n'en est pas moins établi qu'on ne doit pas poser le diagnostic formel de fièvre typhoïde quand la courbe de température diffère de la courbe classique, que les phénomènes de catarrhe et surtout les taches rosées font défaut. Est-on en droit pour cela d'affirmer l'infection tuberculeuse? Evidemment non, en raison de l'extrême variabilité, au point de vue clinique, de la fièvre typhoïde.

Dans ces faits, qui simulent une dothiénentérie grave, où la virulence bacillaire atteint son maximum, la terminaison est constamment fatale; mais il est des cas où l'organisme résiste à l'intoxication et parfois même en triomphe.

La physionomie clinique est alors celle d'une fièvre typhoïde de moyenne intensité ou même moins sévère; entre la forme que nous venons de décrire et ces fièvres tuberculeuses atténuées il existe la même distance et la clinique montre les mêmes types de transition qu'entre la fièvre typhoïde confirmée et certains embarras gastriques fébriles également dus au bacille d'Eberth.

II

Ce sont ces variétés de fièvre tuberculeuse sans lésions locales à masque d'embarras gastrique ou de fièvre intermittente qu'il est le plus important de connaître pour éviter de graves mécomptes. Car, à ne pas dépister, ou du moins à ne pas soupçonner leur véritable nature, on risque de porter un pronostic favorable auquel les événements peuvent bientôt donner un démenti cruel.

La fièvre tuberculeuse peut, avons-nous dit, simuler l'embarras gastrique fébrile avec sa symptomatologie vague : état saburral de la langue, anorexie, diarrhée ou constipation, fièvre à allures variables, dépression des forces, le tout sans phénomènes thoraciques nets, ou avec une légère poussée congestive à la base d'un des poumons. La médication, purgatifs, sulfate de quinine, etc., reste inefficace et l'abattement augmente, sans que les phénomènes caractéristiques d'une dothiénentérie au second septenaire apparaissent.

La symptomatologie est parfois plus mal dessinée encore au début et se réduit à une fièvre intermittente ou plutôt rémittente avec exacerbations vespérales irrégulières et un abattement très accusé : phénomènes analogues à ceux que Cuffer vient de décrire dans un article de la *Revue de Médecine* (juin 1891) sur l'incubation et la période prégranulique de la tuberculose. Cuffer cherche à y démontrer que dès son début on peut la reconnaître, en l'absence de signes stéthoscopiques, à trois phénomènes : un mouvement fébrile accompagné d'une sensation de chaleur extrême plus accusée que ne le comporte l'élévation thermique, une anémie globulaire intense et enfin l'hypertrophie splénique.

Quels que soient les symptômes du début, qu'ils rappellent ceux de l'embarras gastrique ou de l'impaludisme, la scène change bientôt. Tantôt l'ataxo-adynamie se prononce et la mort survient, comme dans la forme typhoïde, sans localisations cliniquement appréciables du côté des poumons ou d'autres organes. Tantôt une lésion se dessine à l'un des sommets, et alors, ou bien le malade succombe rapidement par l'aggravation simultanée des lésions locales et des troubles généraux, ou bien, ceux-ci restant stationnaires, c'est la note pulmonaire qui domine et l'évolution se continue dans le sens soit de la phthisie galopante, soit de la phthisie chronique vulgaire. Tantôt enfin, et ce sont les faits les plus difficiles à interpréter, il se produit une amélioration progressive et le malade finit par revenir à la santé, au moins en apparence. Dans ces cas, il semble que l'antipyrine ou le tannin préconisé, à très juste titre selon nous, par Raymond et Arthaud et par Cuffer, ne sont pas étrangers à cette terminaison favorable.

Evidemment, lorsque le malade guérit, le diagnostic de tuberculose reste des plus problématiques; et l'on croit avoir cause gagnée au moment où l'infection bacillaire se démasque soit par des signes stéthoscopiques d'induration au sommet, soit par l'apparition d'une pleurésie dont l'évolution ne laisse pas de doutes sur son origine tuberculeuse et qu'on ne saurait attribuer, ainsi que cela se produit souvent, au surmenage, soit enfin par l'éclosion d'une méningite tuberculeuse. Landouzy a signalé plusieurs faits des plus démonstratifs de ce genre.

La rémission peut même être beaucoup plus prolongée, à telles enseignes qu'il semble légitime de croire à une guérison définitive. Des semaines, des mois se passent après la disparition de semblables états muqueux mal dessinés et l'on en a pour ainsi dire perdu le souvenir lorsque apparaissent des manifestations tuberculeuses franches et l'on en est alors à se demander s'il ne fallait pas voir dans ces affections étiquetées fièvres typhoïdes ou embarras gastriques fébriles une première atteinte en quelque sorte avortée de l'intoxication bacillaire.

S'il existe des rémissions prolongées, ne peut-il survenir aussi une guérison définitive pour la tuberculose aiguë comme pour la tuberculose chronique? Pour notre part, non seulement nous pensons qu'il faut mettre à l'actif de cette infection maints syndrômes réputés embarras gastriques simples ou fièvres typhoïdes, mais encore nous nous inscririons volontiers en faux contre le caractère absolument fatal assigné d'habitude à l'intoxication tuberculeuse aiguë. Un jour viendra peut-être où l'on reconnaîtra que, pour la plupart, nous payons, à un degré plus ou moins accusé, notre tribut à la tuberculose, comme il en est, semble-t-il, pour l'infection typhoïdique. Est-il d'ailleurs si paradoxal d'admettre la curabilité de certaines variétés de bacillose aiguë, alors que nous voyons guérir jusqu'à des pneumonies tuberculeuses, à expectoration fourmillant de bacilles? Malheureusement, pour trancher cette question, il nous manque un criterium certain de l'intoxication tuberculeuse à son début.

L. Dreyfus-Brisac.

Abcès du grand droit de l'abdomen simulant un abcès du foie.

Lorsque, dans les livres classiques, on étudie les abcès de la gaîne du muscle grand droit abdominal d'une part, les abcès du foie d'autre part, on ne songe pas à établir un diagnostic différentiel entre ces deux lésions, cliniquement fort différentes. J'ai cependant commis cette confusion dans un cas où j'ai été trompé par l'étude des commémoratifs. Comme je n'ai pas été seul mis en défaut, c'est que, sans doute, l'erreur était jusqu'à un certain point excusable. Dès lors elle porte peut-être en elle un léger enseignement et c'est pour cela que je vais insister sur ce fait clinique.

Un journalier de 35 ans entra, le 15 septembre 1890, à l'hôpital Bichat, dans le service de M. Huchard, alors suppléé par M. Hippolyte Martin. Il racontait une histoire pathologique fort complexe. Les antécédents héréditaires étaient nuls : père, mère se portent bien, ainsi que deux sœurs. Il disait avoir guéri, dans son enfance, du croup et d'une méningite, mais de tout cela il ne lui était rien resté et jusqu'en 1878, en somme sa santé a été excellente.

En décembre 1877, il partit pour faire son service militaire à la Guadeloupe et il ne tarda pas à tomber malade : trois mois en effet après son arrivée, en février 1878, il fut pris de fièvres intermittentes dont les accès

se manifestèrent à intervalles plus ou moins rapprochés pendant toute la durée de son séjour aux Antilles. Il fut rapatrié en 1880, atteint en outre d'une rectite qu'il rapportait des pays chauds, souffrant, de ce chef, de ténesme avec selles sanglantes et glaireuses. Il ne tarda pas à se rétablir de ces accidents rectaux, après deux mois de séjour à l'hôpital de Saint-Nazaire. Quant aux fièvres intermittentes, elles ont eu depuis une série de retours offensifs, au moins un par an, jusqu'en 1888 inclusivement.

Fièvres intermittentes, rectite dysentériforme des pays chauds, sinon dysentérie vraie : avec cela on a souvent des troubles hépatiques et en effet notre homme commença, en 1884, quatre ans après son retour en France, par conséquent, à sentir dans la région du foie des douleurs pour lesquelles il dut garder le lit pendant plus d'un mois. En 1885 et en 1886 il eut plusieurs attaques semblables, moins intenses il est vrai, quelquefois accompagnées d'un léger mouvement fébrile; et le patient différencie bien cette fièvre des accès paludiques auxquels il était en même temps sujet. Ces douleurs, auxquelles on ne peut assigner des caractères nets de coliques hépatiques, ne se sont jamais accompagnées d'ictère. Jamais à cette époque une tumeur, une déformation n'ont été constatées dans la région hépatique.

A partir de 1886, ces symptômes n'ont plus reparu; depuis 1888, même, il n'y avait plus eu d'accès paludiques, lorsque vers le 15 juillet 1890 le malade fut fortement serré par un cheval contre un mur; la contusion porta sur le côté droit de l'abdomen, en haut, au niveau du foie. Elle ne fut suivie que d'une douleur insignifiante et le blessé put continuer son travail. Mais quelques jours après, le 22 juillet, il ressentit dans la région hépatique une douleur qui lui rappela celles dont il avait souffert de 1884 à 1886; il dut suspendre son travail, se mettre même au lit. Pendant deux mois il se fit soigner chez lui : on lui appliqua des vésicatoires, on le soumit au régime lacté. Mais l'efficacité de cette thérapeutique fut nulle, et le 15 septembre enfin il se décida à entrer à l'hôpital.

Dans la salle de médecine où il fut admis, son observation ne fut pas rédigée. Mais M. Hipp. Martin l'examina attentivement, trouva que le foie était gros et, d'après les antécédents, diagnostiqua une hépatite aiguë. Deux ou trois jours plus tard il remarqua sous le rebord des fausses côtes une tuméfaction très douloureuse dont il constata l'accroissement : il pensa alors que l'hépatite se terminait par un abcès pointant à la paroi et le 1er octobre le malade m'était envoyé à la salle Jarjavay (lit n° 14). Le seul renseignement précis que j'aie eu sur l'état général m'était donné par la feuille de température jointe à la pancarte administrative : pendant les trois derniers jours, les 29 et 30 septembre et 1er octobre, on avait pris la température qui s'était élevée le soir à 38°2, mais était normale le matin, les 29 et 30 septembre; le 1er octobre elle avait été de 37°8 le matin et de 37°6 le soir. Pour en terminer avec cette étude thermique je dirai immédiatement qu'à partir du 2 octobre — jour où les températures furent 37°4 et 37°2 — le thermomètre ne dépassa plus jamais 37°2.

Lorsque je vis le malade il était donc apyrétique, et je savais que depuis trois jours la fièvre était très modérée. Néanmoins il y avait à l'épigastre et à l'hypochondre droit une lésion phlegmoneuse manifeste que je vis s'accroître un peu pendant un jour. Le 4 octobre, la douleur était un peu moins vive; depuis 48 heures la tuméfaction paraissait stationnaire et l'examen local donnait les résultats suivants.

A l'inspection on voyait une voussure, sans rougeur à la peau, qui, un peu à droite de la ligne médiane, allait, sans bord saillant, du rebord des fausses côtes à peu près au niveau de l'ombilic : son sommet était situé, à la jonction de l'épigastre et de l'hypochondre, à deux doigts et demi au-dessus de l'ombilic. A la palpation on ne constatait ni œdème sous-cutané ni hyperthermie locale notable, mais il y avait dans la profondeur un empâtement phlegmoneux; la pression sur cette masse était fort douloureuse; au sommet de la voussure, assez près de la ligne médiane, on sentait de la fluctuation profonde. A droite de cette tumeur on appréciait, dans l'hypochondre, le bord antérieur du foie débordant les fausses côtes de deux travers de doigt environ; à gauche la tumeur débordait la ligne médiane d'un travers de doigt et demi. La tumeur était mate. Quant à la matité hépatique, elle dépassait un peu les fausses côtes à droite; en haut, elle ne dépassait que peu ses limites normales et atteignait le quatrième espace intercostal. La rate était légèrement hypertrophiée mais indolente; les poumons et le cœur étaient normaux.

L'hypertrophie hépatique légère, les commémoratifs de paludisme et de rectite me conduisirent d'emblée — et je n'agitai aucun diagnostic différentiel — à la même opinion que M. Hipp. Martin : je crus à un de ces abcès hépatiques subaigus qui se déclarent parfois plusieurs années après que le sujet a quitté les pays chauds et je résolus d'intervenir par une laparotomie qui, à mon sens, devait être très simple. Il était certain, en effet, que la paroi abdominale participait à l'inflammation et que, dès lors, l'abcès pointant à ce niveau avait contracté des adhérences. C'est dans cette pensée que, le 7 octobre, j'entrepris l'opération, avec l'aide de mon ami le Dr Hartmann qui avait examiné le malade et avait porté le même diagnostic.

Comme le point culminant de la tumeur était fort voisin de la ligne médiane, c'est à la laparotomie médiane sus-ombilicale que j'eus recours et je fis une incision longue de 8 centimètres qui intéressa la peau et le plan sous-cutané induré, épaissi; puis je fis à l'aponévrose, sur la ligne blanche, une petite boutonnière, dans les lèvres de laquelle apparut le péritoine translucide, mince, souple, certainement sain et sans adhérences. Je ne l'ouvris donc pas, mais je travaillai à la sonde cannelée contre la lèvre droite de mon incision, vers la gaine du grand droit, dans la couche conjonctive épaissie et friable : après quelques millimètres de trajet je vis sourdre quelques gouttes de pus. J'agrandis l'orifice jusqu'à y introduire le doigt et j'évacuai ainsi environ un verre à bordeaux de pus phlegmoneux franc : l'exploration digitale attentive ne m'ayant révélé aucun prolongement, aucun diverticule vers la profondeur, je lavai la poche à l'eau phéniquée forte, j'y mis un drain transversal gros et court, je fermai par deux points en capiton, à la soie, l'incision aponévrotique médiane; puis je suturai la peau avec des crins de Florence. Je terminai par un pansement iodoformé.

Après cette intervention, la température ne s'éleva jamais au-dessus de 37°; le pansement ne fut renouvelé que le 8e jour, 15 octobre. Il n'y avait pas une goutte de pus; fils et drain furent retirés. Le 22 octobre, second pansement : la cicatrisation était complète et le 25 octobre le malade quittait l'hôpital, entièrement guéri, avec une région épigastrique partout sonore, avec un foie indolent, dépassant les fausses côtes d'un travers de doigt environ.

Ainsi, on ne peut conserver aucun doute : mon opéré n'a eu qu'un abcès de la paroi abdominale, dans la gaine du muscle grand droit. Et si, après les constatations directes faites le bistouri en main, on réfléchit à l'examen local, l'erreur de diagnostic paraît presque inexcusable. N'est-ce pas, en effet, une histoire classique, que celle de cet abcès du grand droit évoluant lentement, en deux

mois, à la suite d'une contusion médiocre, avec une fièvre très modérée, causant une tumeur verticalement allongée à droite de la ligne médiane? La seule chose ne rentrant pas dans la règle est le siège sus-ombilical, car on sait que les phlegmons du grand droit sont presque toujours sous-ombilicaux. La tumeur, sans doute, était aussi immobile latéralement que dans le sens vertical, la contraction du grand droit ne la fixait pas davantage : mais cette mobilité latérale et cette fixation intermittente des abcès du grand droit est souvent plus théorique que réelle. En somme donc, les symptômes locaux étaient bien ceux d'un simple abcès pariétal : sur un malade quelconque, il est à peu près certain que j'y aurais songé et que j'aurais posé le diagnostic, probablement sans soulever de discussion. Mais ici l'étude des commémoratifs a induit en erreur tous ceux qui ont examiné le cas. Rectite, fièvre intermittente mal éteinte, crises de douleurs antérieures ayant à plusieurs reprises atteint la région hépatique, hypertrophie, légère il est vrai, du foie en dehors de la tuméfaction phlegmoneuse : il y avait là des arguments valables pour que l'idée d'hépatite suppurée se présentât naturellement à l'esprit et fût aussitôt adoptée.

A. Broca.

TRAVAUX ORIGINAUX

Autoplastie de la main par désossement d'un doigt,

par le Dr Guermonprez (de Lille).

L'exossation ou désossement d'un doigt est une opération très connue comme opération partielle. On l'a plus rarement pratiquée sur la totalité d'un doigt.

Par trois fois, je me suis trouvé amené à y recourir et à prolonger l'exérèse jusqu'au milieu du métacarpien. Afin de faire apprécier la valeur de cette opération, j'ai l'honneur de présenter à l'Académie la relation succincte des faits.

Le premier est dû à un coup de cylindres, le second à une plaie par ratissage, le troisième à une brûlure profonde : ce sont précisément les causes principales, celles qui déterminent le plus communément la perte de la valeur fonctionnelle de la main, sans imposer l'amputation du membre.

Il faut cependant y ajouter les coups d'engrenages. M. le Dr Véroudart (de Noyon) a décrit les résultats

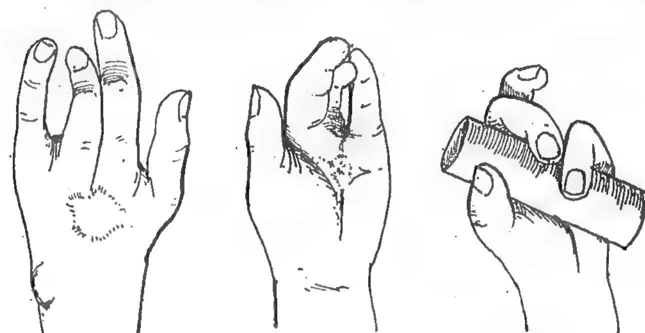


Fig. 1 Fig. 2 Fig. 3

fâcheux d'une conservation exagérée : Après la gangrène et l'élimination spontanée d'un médius, une rétraction cicatricielle a déterminé une sorte de chevauchement de l'annulaire sur l'index et a entravé le mouvement de cet index comme le montrent les figures 1, 2 et 3 (A. Véroudart; *Des limites de la conservation après les traumatismes de la main* ; Thèse Paris, 1887, pp. 106, 107).

« La flexion et la préhension n'existent que pour le pouce et pour l'auriculaire...; l'annulaire demeure allongé, immobile. » Il est par conséquent nuisible au fonctionnement de l'index.

Le même auteur a fait connaître un autre cas plus concluant, causé par une plaie par ratissage (coup de carde). La conservation fut obtenue ; mais l'oblitération de la dernière fistule ne fut définitive que 2 ans 1/2 après l'accident ; et l'usage de la main ne devint utilisable que trois ans seulement après l'accident. Les mouvements des médius et annulaire sont presque totalement perdus. Ceux de l'auriculaire sont considérablement entravés par un tissu cicatriciel dorsal (fig. 4 et 5). C'est pourquoi le malheureux ouvrier, tout en conservant la totalité numé-



Fig. 4



Fig. 5

rique de ses doigts, s'est trouvé réduit à quitter sa profession de cardeur et à devenir simple manœuvre de maçon (1).

La ruine de la fonction du membre est plus déplorable encore, lorsque deux causes viennent à s'accumuler pour contribuer à l'étendue et à la profondeur de la perte de substance des parties molles. M. le Dr H. Delbecq (de Gravelines) en a fourni une démonstration, en faisant

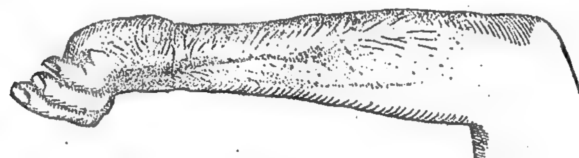


Fig. 6

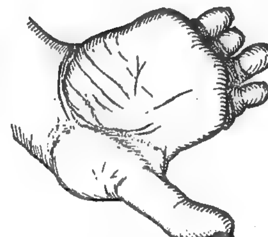


Fig. 7

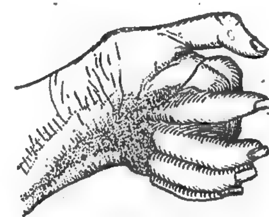


Fig. 8

connaître les conséquences d'un traumatisme complexe (dans un séchoir de papier), chez un sujet observé vingt-

(1) « Pour éviter de tomber de l'échelle, il fait de sa main une sorte de crampon, de façon à placer l'échelon dans le pli palmaire de son poignet.

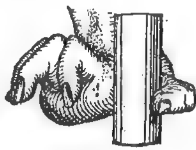
» Pour gâcher le mortier, il ne peut faire la manœuvre de force alternativement de la main droite et la main gauche. Sa main droite sert de conductrice et, quand sa gauche est trop fatiguée, c'est l'impulsion du genou correspondant qui vient y suppléer. » (Docteur Véroudart, p. 109.)

cinq ans après l'accident. Dans ce cas, le coup de cylindre était compliqué de brûlure profonde.

Le pouce a conservé une partie de ses mouvements de flexion et d'extension; mais il a perdu tous ceux d'adduction et d'abduction et surtout ceux d'opposition : « aussi le sujet est-il capable d'écrire; il le fait même avec une certaine correction; mais il se fatigue bientôt : avant de terminer une page d'écriture, il est pris de tremblement, de douleur crampoïde, et l'impossibilité de ce genre de travail est absolument la même que dans les cas de crampe des écrivains de nature idiopathique.

» Il peut saisir une manivelle, un marteau, comme le montre la fig : 10; mais, pour cet acte, comme pour celui de l'écriture (fig. 9), le pouce fonctionne seul, sans autre point d'appui que la tête du second métacarpien. Il en


Fig. 9


Fig. 10

résulte un geste forcé, d'une extrême débilité, dont le sujet n'a jamais su trouver l'utilisation » (1).

Ces faits, tardivement observés, sont les seuls qui permettent de bien juger la valeur des résultats obtenus; ils échappent trop souvent aux chirurgiens et ils sont encore trop peu connus, bien que nombreux et parfois déplorables. C'est pourquoi la conduite à tenir est peu uniforme, malgre l'égale sollicitude de tous les chirurgiens pour sauvegarder la valeur fonctionnelle, qui est l'unique valeur réelle de la main des ouvriers.

Lorsqu'un doigt est simplement inutile, on peut le *conserver* sans grand inconvénient.

Lorsque ce doigt devient une entrave au bon fonctionnement des autres, c'est sagesse d'en faire le sacrifice; et la plupart des chirurgiens tombent d'accord pour admettre que l'*amputation* est absolument indiquée (2).

L'amputation pure et simple est bien sommaire et elle peut souvent suffire.

Mais il est des cas où le traumatisme a déterminé des lésions plus étendues et où la perte de la valeur fonctionnelle d'un doigt n'est que le petit côté. — Plus importantes et plus graves sont les pertes de substance de la face palmaire, ou de la face dorsale de la région métacarpienne : — c'est là qu'est toute la gravité du traumatisme, qui réduit le blessé à l'état d'invalide.

Sans doute il est toujours pénible de faire le sacrifice d'un doigt; et il faut tendre à l'épargner, en appliquant à la main le bénéfice des divers procédés connus d'autoplastie. — C'est ainsi que les greffes de toute nature devaient être tentées, et plus spécialement la greffe humaine dermo-épidermique; — et elles l'ont été en effet (3).

Personnellement, j'ai plusieurs fois pratiqué des greffes animales dans ces circonstances : le résultat fut toujours satisfaisant au point de vue de la reconstitution des téguments; mais il fut une constante déception au point de vue de la réparation fonctionnelle.

Les greffes humaines, selon la méthode de Thiersch, réussissent également bien entre les mains d'un chirurgien habile; mais il faut, pour juger la méthode, apprécier les résultats tardifs.

Les circonstances étaient propices chez une ouvrière âgée de 16 ans seulement : le traumatisme avait perdu presque toute la peau de la face dorsale des quatre derniers métacarpiens jusque vers le milieu de la face dorsale des phalanges métacarpiennes correspondantes; les tendons extenseurs des annulaire et auriculaire sont éliminés peu à peu dans une étendue de trois centimètres. Cinquante jours après l'accident, la plaie est bien détergée et elle est recouverte de bourgeons charnus réguliers : c'est alors que mon savant collègue, M. le prof. Duret, applique des greffes de Thiersch; les greffes réussissent et la jeune fille quitte l'hôpital avec une plaie parfaitement cicatrisée, soixante-douze jours après son accident. Trois mois plus tard, je suis amené à apprécier la valeur fonctionnelle de cette main. La fig. 11 permet de juger l'étendue des cicatrices, dont la couleur, la souplesse et la résistance sont de très bonne nature. La fig. 12 montre le chevauchement partiel de l'auriculaire sur l'annulaire. La figure 13 mesure l'insuffisance professionnelle des mouvements de flexion des doigts. D'ailleurs l'exploration des mouvements provoqués de ces doigts montre l'ankylose de l'annulaire; et l'impossibilité

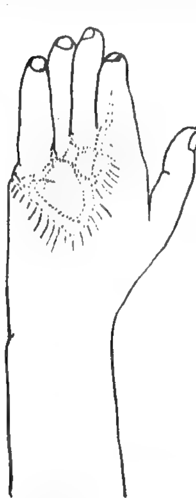

Fig. 11


Fig. 12


Fig. 13

de faire plus de 40° pour le médius, ce qui n'est réalisable que pour l'articulation métacarpo-phalangienne seulement. Il faut donc bien le reconnaître, ces limites de mouvements sont incompatibles avec la fonction de la préhension, qui est le propre de la fonction de la main.

Lorsque la greffe est pratiquée sur un sujet encore jeune, lorsqu'elle est appliquée par un chirurgien d'une incontestable habileté et qu'elle aboutit à un résultat aussi insuffisant, il devient rationnel d'y renoncer.

L'amputation d'une part, la greffe d'autre part, sont donc des ressources insuffisantes. C'est ainsi que tout naturellement le désossement arrive à trouver son indition.

Pratiqué dans des étendues diverses et dans des con-

(1) Dr H. Delbecq (de Gravelines, Nord). Brûlure par les cylindres sécheurs d'une fabrique de papier; résultats éloignés de la conservation. *J. des sc. méd. de Lille.* 1885 p. 380.

(2) « Tous les auteurs prescrivent d'examiner tout d'abord les fonctions des doigts. A quoi servirait-il de séparer ces appendices, s'ils étaient privés de leurs tendons, si les os étaient fusionnés, les articulations ankylosées ?.. Si la peau était complètement détruite et tout à fait impropre au toucher, il y aurait encore contre-indication. Il y aurait peu de bénéfice, en effet, à obtenir la séparation d'une série de baguettes, qu'on me passe l'expression, immobiles et insensibles. »

A. Verneuil, *Journ. des conn. méd. chir. de Martin-Lauzer*, 1er mars 1856, p. 113.

(3) Dans un cas de cheiroplastie après brûlure, Jones (*the Lancet*, 1877) transplanta quatre petits morceaux de peau pris sur le bras. Ces greffes réussirent.

Darwel (*Med. press. and circular*, 1866) emprunta un lambeau à la fesse, et James Adams (*the Lancet*, 3 déc. 1882), à la partie latérale de la poitrine, pour réparer une perte de substance de la main, d'après la méthode italienne. (Cf. Polaillon, 221).

ditions variées, c'est une opération qui n'est pas encore jugée (1).

On peut discuter si Dessaix, chirurgien de l'Université de Turin, peut être considéré comme le précurseur de l'exossation d'un doigt. Il semble avoir fait le sacrifice systématique d'un index, sans en avoir exécuté l'exact et délicat désossement.

Pour opérer un cas de syndactylie totale, « il s'agissait de chercher dans l'art des moyens pour suppléer aux défauts de la nature. Mes vues furent de séparer, avec le bistouri, cette masse en petites portions, pour en faire des doigts; et ayant pris mes dimensions, j'ai vu que la nature ne serait pas suffisante pour nous donner cinq doigts, qui auraient été faibles, avortons et comme atrophiés. J'ai mieux aimé n'en faire que quatre, dont il pût se servir.

» .... Pour parvenir à faire un pouce, étant le plus nécessaire à la main, j'ai plongé un bistouri droit en dehors; et l'ayant enfoncé..... j'ai incisé jusqu'à l'extrémité, qui était toute ossifiée : j'en ai fait deux autres à distance convenable : de sorte que ce qui était en place de l'index a été divisé en deux parties : l'une pour améliorer le pouce et l'autre le médius, n'y ayant pas assez de matière, comme je l'ai déjà dit, pour les cinq doigts..... » (2).

M. le prof. A. Verneuil a le premier précisé, en termes formels, l'indication du principe du désossement, le 1er avril 1856.

« Je pose à la sagacité des chirurgiens le problème suivant : Si la main était absolument sans usage; si, par suite d'une brûlure surtout, les doigts étaient mutilés, agglutinés, fléchis, immobiles, recouverts d'une peau très tendue,.... faudrait-il s'abstenir complètement, ou opérer? Dans le dernier cas quelle ressource serait utile? Il serait à la rigueur possible d'amputer le membre pour mettre un terme au moins aux douleurs, aux tiraillements de la cicatrice; mais ne serait-il pas permis de recourir à une autre pratique, incertaine il est vrai, mais qui aurait chance de sauver au moins quelques pièces de la main?

» On sait, qu'après les mutilations les plus graves de cet organe, on s'estime heureux de sauver le pouce, même seul, ou avec un seul doigt, de manière à garder une pince mobile, qui par suite permet une préhension très utile, quoique rudimentaire. Ne pourrait-on pas se décider d'emblée à quelques sacrifices partiels pour conserver quelque chose et faire une sorte de part à la destruction?

» Je m'explique. On se rappelle l'opération de Dessaix;..... Toute singulière que soit cette idée, elle ouvre le champ à la réflexion et permet de se poser la question suivante : — Ne serait-il pas permis, en présence d'une malformation portée très loin par la nature, ou par un accident, de sacrifier un doigt pour avoir plus d'étoffe pour en former quelques autres? Ne pourrait-on pas, si je puis ainsi dire, remplacer la quantité par la qualité? — Je prends un exemple : Trois doigts voisins, le pouce, l'index, le médius, je suppose, sont déformés, rétractés, unis en une seule masse; leurs usages sont perdus et ils sont devenus plus gênants qu'utiles. Si on essaye de les séparer par l'incision, la récidive imminente reproduira la difformité, car il n'y aura pas assez de peau pour obtenir la réunion immédiate des plaies latérales, seule condition qui offre des chances suffisantes de succès. Que perdrait-on en supprimant le squelette de l'index, et en utilisant la peau qui le recouvre à recouvrir complètement les faces correspondantes du médius et du pouce? On arriverait ainsi sans peine à former entre ces deux doigts une commissure large et souple..... La désarticulation du doigt sacrifié augmenterait sans doute les chances funestes de l'opération; mais cela serait toujours moins grave que l'amputation de la main.....

» Je crois qu'on pourrait dans beaucoup de cas utiliser à la réparation de la main le tissu cicatriciel lui-même, malgré son peu de vitalité; car, grâce à une dissection soignée, qui consisterait à ne supprimer rigoureusement que les os et les tendons, la peau serait épaisse, le tissu cellulaire sous-cutané resterait intact, et la gangrène, par conséquent, serait peu à craindre.

» Tout en faisant avec réserve la proposition précédente, je tiens à démontrer que je ne l'appuie pas seulement sur l'idée bizarre de Dessaix, mais bien aussi sur un fait tiré de la pratique d'un chirurgien très habile, Nélaton. »

Après avoir enlevé un épithélioma de l'extrémité inférieure de la face dorsale du troisième métacarpien, Nélaton fit le désossement du médius, puis la désarticulation métacarpo-phalangienne et enfin l'autoplastie du dos de la main au moyen du lambeau de peau fourni par le médius (1).

A cette époque, la question était encore méconnue, sinon ignorée.

On s'en tenait à la comparaison critique des procédés opératoires adressés à la syndactylie accidentelle; et on admettait que « les opérations, que l'on peut tenter dans ces cas, sortent du domaine des opérations réglées. » (Polaillon.)

1° *Procédé ancien :* après la section de l'adhérence, compression méthodique et continue, qui mette obstacle à l'extension de la cicatrice (Dupuytren); ou bien section réitérée toutes les 24 heures sur l'angle d'union, là où menace la récidive (Amussat); — ou bien intercalation immédiate et suture d'un lambeau dermique dans l'angle dont il s'agit (Zeller, de Vienne);

2° *Procédé de Rudtorfer* : percer au moyen d'un trocart le point, qui doit être le sommet de l'angle à obtenir; y placer un fil de plomb, qu'on y laisse jusqu'à cicatrisation complète; ensuite seulement, section du pont cutané et pansement ordinaire;

3° *Procédé autoplastique* (Boyer, Velpeau, Vidal) : lambeaux distincts disséqués et suturés isolément pour chacun des doigts. Malgaigne a employé ce procédé pour l'adhérence des doigts. (*Médecine opératoire,* édition de M. Le Fort. Paris, 1888, I, 171.) — Un procédé analogue, mais non identique, a été appliqué par Jules Guérin pour une flexion palmaire d'un doigt. (Alph. Guérin. *Chir. opér.*, 1874, p. 324.) — Dieffenbach commence par exciser tout le tissu cicatriciel, puis il dissèque un lambeau de peau, qu'il attire entre les lèvres de la plaie. — Didot, de Liège, 1850, dédouble la palmature et suture le lambeau palmaire à un doigt, et le lambeau dorsal à l'autre doigt. — Décès (*Soc. chir.*, 1858) fait une greffe par glissement du lambeau d'union; ce lambeau est sectionné sur ses parties latérales, mais il est laissé totalement adhérent et intact au sommet de l'angle, que l'on rabat sur la commissure et que l'on fixe au besoin.

Dès 1851, Courty avait discuté la pathologie des cicatrices; il avait donné les indications chirurgicales qui s'y rapportent et érigé en méthode absolue l'excision totale du tissu cicatriciel; mais il n'avait pas été plus loin (2).

Le 17 avril 1857, il pratiqua une première autoplastie de la main, au moyen des lambeaux obtenus par désossement d'un doigt. La blessée, âgée de 20 ans, avait eu la main droite ratissée par une carde. Le médius était accolé dans toute son étendue à la paume de la main, et sa présence dans la région palmaire *empêchait* l'opposition du pouce avec les deux derniers doigts; elle la rendait même très difficile pour l'index, puisqu'elle ne per-

(1) M. le prof. Farabeuf a bien écrit : « Conserver le doigt correspondant à un métacarpien qu'on est obligé d'extirper en totalité, c'est faire une opération aléatoire. Qu'importe un doigt de plus ou de moins, surtout un mauvais doigt? » (*Précis de manuel opératoire*, 1889, 696.) Cette appréciation ne saurait être opposée au désossement total dans un but d'autoplastie. Il indique seulement qu'il faut savoir faire le sacrifice d'un doigt, lorsqu'il n'est plus utilisable.

(2) M. Dessaix. Observation intéressante sur un vice de conformation singulier. *Journal de médecine, chirurgie, pharmacie,* etc., par Vandermonde, t. XIV, Paris, mars 1761, p. 275.).

(1) A. Verneuil. (*J. des conn. médico-chir.* de Martin-Lauzer, 1er avril 1856. Paris, pp. 173, 174, 175).

(2) Mémoire inséré dans les *Comptes rendus de la clinique chirurgicale de Montpellier*, p. 273.

mettait pas l'interposition d'un corps volumineux entre les deux premiers doigts (fig. 14 et 15).

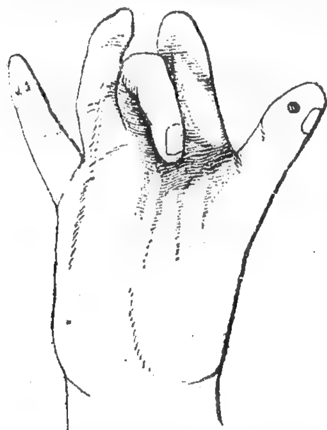
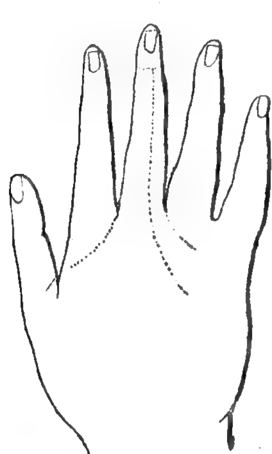
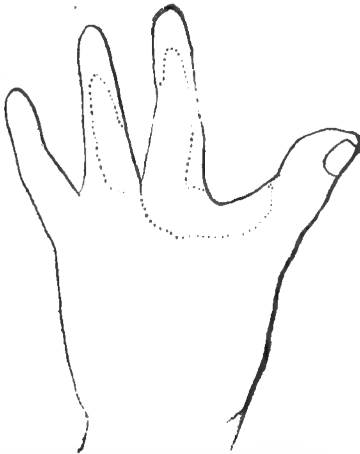

Fig. 14


Fig. 15

Courty enlève la totalité du tissu inodulaire de la face palmaire des index et médius; — il désarticule le médius, — après avoir disséqué les téguments sains, qui recouvraient sa face dorsale et ses faces latérales — et en avoir fait (fig. 16) deux lambeaux, un postéro-interne et un postéro-externe. — Ce dernier fut subdivisé lui-même. (C'est probablement ce morcellement qu'il faut rendre responsable de sa gangrène partielle.) — Les lambeaux furent suturés comme le montrent les fig. 17 et 18. Six semaines après l'opération, la jeune fille se servait de sa main pour balayer, transporter des objets fragiles, etc. Les seules


Fig. 16


Fig. 17

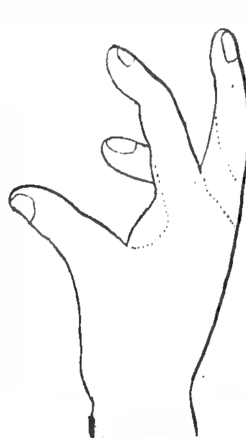
déformations qui aient subsisté, sont une minime flexion des index et auriculaires et aussi un peu d'adduction du pouce (1).

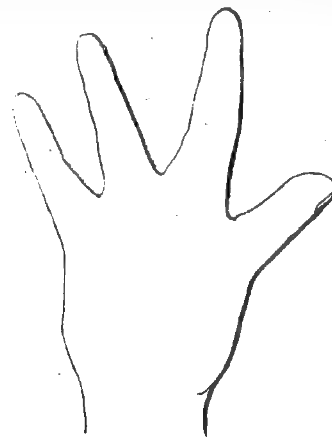
Le 30 avril 1865, dans le service de Sédillot à Strasbourg, M. Eug. Bœckel pratique une autoplastie moins importante sur un enfant de deux ans. Une petite fille atteinte de syndactylie du médius et de l'annulaire gauches avait été opérée une première fois à l'âge de 15 jours : ce fut un insuccès : il y avait récidive ; le tissu de cicatrice était épais, irrégulier et maintenait les doigts fléchis dans la paume de la main. La phalangette manquait à l'annulaire, tandis que celle du médius était large, revêtue d'un ongle également large avec une saillie médiane, longitudinale, indice d'une fusion congénitale. La fonction de la main était entravée par la rétraction palmaire et par la masse considérable de la cicatrice. M. Bœckel, voyant pour la première fois l'enfant alors âgée de deux ans, fit le désossement de la phalangine de l'annulaire, reporta la peau disponible sur la portion cruentée de la phalange métacarpienne de ce même doigt et se prémunit davantage encore contre une récidive, en intercalant dans la commissure de ces doigts un petit lambeau triangulaire dorsal, selon la méthode de Zeller. L'enfant guérit (1).

(1) Courty, *Montpellier médical*, 1858, t. Ier, p. 149. Cf. Hanotte, *Restauration fonctionnelle du pouce*. Thèse de Lyon, 1888, p. 18.

Cependant ces faits n'eurent pas de retentissement. Celui de Courty ne figure sous aucune forme dans la thèse de concours de M. Panas : « *Des cicatrices vicieuses et des moyens d'y remédier*, Paris, 1863. »

En 1884, dans l'article Main du *Dictionnaire encyclopédique*, M. Polaillon appuie le précepte de MM. Verneuil et Courty. Il trouve « excellent de *sacrifier le squelette du doigt le plus imparfait* et de conserver son enveloppe


Fig. 18


Fig. 19

tégumentaire pour faire des lambeaux, qui serviront à réparer les autres doigts. Mieux vaut, ajouta-t-il, avoir moins de doigts à la main, mais des doigts indépendants, mobiles et capables de rendre des services... » (p. 219.) Lorsque la syndactylie accidentelle est irrégulière, lorsqu'il y a des adhérences antérieures ou postérieures du doigt, M. Polaillon se prononce catégoriquement : « Le sacrifice d'une ou de plusieurs phalanges, d'un ou de plusieurs doigts, est le seul procédé qui permette de restaurer certaines difformités de la main... » (p. 220).

Plus loin, M. Polaillon insiste à nouveau : « Avant d'entreprendre une restauration pour des cicatrices vicieuses de la main, il importe d'explorer attentivement cet organe, afin de bien saisir les indications et les contre-indications. Si les articulations sont ankylosées, si les tendons sont détruits, si les cicatrices adhèrent aux os, il faut mieux s'abstenir de toute intervention. » (p. 221.) C'est assez dire que, si de semblables ruines sont limitées à un doigt, il est indiqué d'en faire le sacrifice, avec le loisir d'en utiliser les restes au moyen du désossement.

Le 11 août 1886, M. le Dr H. Toussaint, médecin-major au 1er escadron du train des équipages à Lille, suivit ce précepte et fit la désarticulation du médius et l'autoplastie à l'aide des téguments palmaires de ce doigt. Il s'agissait d'un mendiant âgé de 10 ans, qui, au Tonkin, avait été atteint à la main droite par une morsure de serpent. Le pansement avait été fait au moyen d'une sorte de chaux caustique, dont l'application avait été suivie par de vastes et profondes plaques de gangrène et, plus tard, par une rétraction cicatricielle, dont la figure 20 permet d'apprécier la grande importance. « Elle immobilise complète-

(1) *Gazette des hôpitaux*, obs. de M. Schnell, 28 sept. 1865, p. 453.

ment la main, dont l'enfant ne peut se servir en rien. » Une première opération, pratiquée par M. le Dr Toussaint, consista en une section de la cicatrice, suivie de compression. Le résultat fut déjà bon, la préhension était redevenue possible, mais le médius était immobilisé, ankylosé dans son articulation métacarpo-phalangienne, et il gênait la flexion des autres doigts (fig. 21). C'est alors que le même chirurgien fit la désarticulation du médius et l'autoplastie à l'aide des téguments palmaires de ce doigt. On peut juger de l'excellent résultat par la figure 22. L'opéré fut transformé au point de boutonner

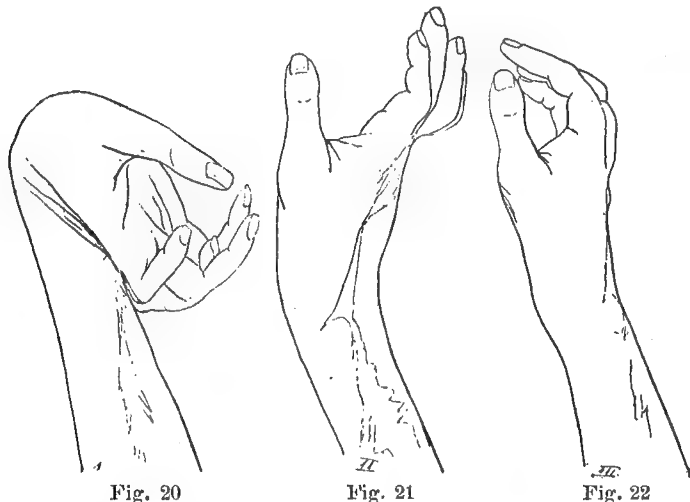


Fig. 20 Fig. 21 Fig. 22

ses vêtements, de recoudre ses habits et même d'écrire des lettres françaises (1).

Dans les deux opérations de MM. Courty et Toussaint, la tête du métacarpien du doigt desossé a été conservée. Elle n'a plus de doigt à porter; donc elle n'est plus utile et elle aurait pu être supprimée. Cette tête métacarpienne maintient à distance deux doigts, qui auraient gagné à se trouver plus voisins, et même à devenir contigus : elle

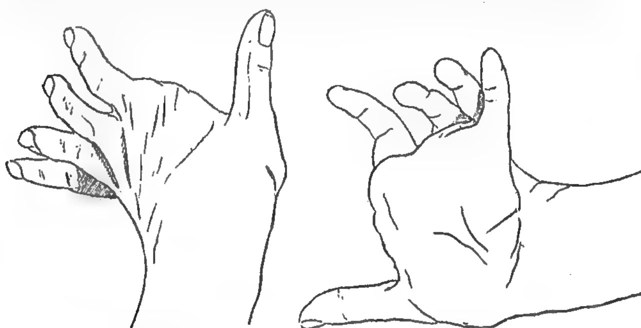


Fig. 23 Fig. 24

est donc nuisible, du moins dans une certaine mesure. C'est pourquoi j'ai préféré pratiquer systématiquement l'amputation dans le corps du métacarpien et non plus la simple désarticulation (2).

Ma première opération se rapporte à une petite fille de 8 ans. En 1888 la rétraction cicatricielle, après une brûlure, avait suivi sa marche progressive; elle en était arrivée au renversement de la main sur l'avant-bras et au renversement des doigts dans le dos de la main (fig. 23 et 24). La flexion des doigts était devenue absolument insuffisante, ainsi que le montre la figure 25; elle était surtout incompatible avec l'acte de la préhension. Le

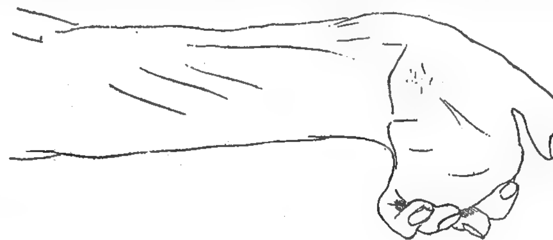


Fig. 25

médius et l'annulaire étaient particulièrement entravés. — Voulant restreindre le sacrifice, je n'allai pas jusqu'à supprimer deux doigts et j'opinai pour le désossement de l'annulaire, par ce motif que la cicatrice, étant plus longue et plus profonde sur le bord cubital, avait entraîné une déviation plus importante de ce côté. — L'ongle fut enlevé en même temps que tout le squelette jusqu'au milieu du métacarpien. Toute la peau du doigt, qui n'avait pas été transformée par du tissu inodulaire, fut conservée; elle fut reportée sur la face dorsale de la main, afin de recouvrir la surface cruentée, qui résultait de la section et de la libération de la cicatrice sur cette face dorsale de la main. — Le résultat fut une déception : le lambeau fourni par le désossement avait bien et dûment conservé toute sa vitalité; il n'y avait qu'une très minime portion gangrénée du lambeau libéré de la cicatrice; mais, contre toute prévision, il y avait de la gangrène de la phalange unguéale de l'index et de celle de l'auriculaire.

La main fut incontestablement et notablement plus utile qu'avant l'opération; mais il n'était pas possible de juger le procédé par ce cas malheureux.

Mon second opéré est un lamineur âgé de 16 ans, qui fut atteint, le 15 décembre 1890, d'un coup de cylindres dans une machine à cintrer les zincs destinés aux piles électriques. Le traumatisme porta plus particulièrement sur le bord cubital de la main. L'auriculaire fut écrasé. Les annulaire, médius et index furent aplatis. Les quatre

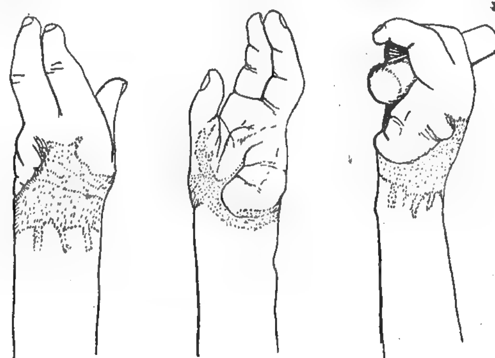


Fig. 26 Fig. 27 Fig. 28

derniers métacarpiens furent fracturés immédiatement au-dessus de leurs têtes et celles-ci furent renversées en arrière. La peau fut sectionnée au niveau du poignet dans tout le pourtour du membre. En se dégageant énergiquement, l'enfant retira la main; mais il retroussa complètement toute cette peau, tant de la face dorsale que de la face palmaire de la main et depuis le poignet jusqu'aux espaces interdigitaux.

Vers la fin de décembre se fait l'élimination des eschares. Celles-ci comprennent malheureusement, non seulement l'auriculaire, mais encore la totalité de la peau de

(1) Dr Charles, *Des résections de l'avant-bras après les traumatismes des parties molles*. Thèse de Paris, 1891, p. 28, 30.

(2) M. le docteur Ch. Flament, de Wasquehal (Nord), a remarquablement établi les motifs de ce choix dans sa thèse ; *Sur l'amputation des doigts dans les métacarpiens*, Paris, 1890.

la région métacarpienne, des deux faces de la main et de tout son bord cubital. Mon excellent confrère et ami, le docteur Dransart, de Douai, me fit l'honneur de me confier le soin d'une opération autoplastique, laquelle fut pratiquée à Auby le 6 janvier 1891. — Après abrasion des bourgeons charnus, le cinquième métacarpien fut enlevé au moyen de la scie à marqueterie aussi près que possible de son articulation supérieure; puis, fut pratiqué le désossement de l'annulaire, dont le col du métacarpien était fracturé et l'articulation métacarpo-phalangienne ouverte. — L'incision est conduite longitudinalement sur le milieu de la face interne de cet annulaire, en évitant de léser les artères collatérales; elle se termine par une sorte de raquette, afin de circonscrire l'ongle et de le supprimer en totalité. — La dissection est menée au moyen d'un ténotome droit, qui suit de près la gaine fibreuse des tendons. — La section du quatrième métacarpien est faite de la même façon que celle du cinquième. — Cependant, le lambeau obtenu s'enroule, se recoqueville, dans des conditions peu propices pour recouvrir la vaste surface cruentée : alors, quelques coups de bistouri sectionnent les tractus fibreux de la face profonde du lambeau, tantôt sur le milieu de la portion palmaire, exactement entre les deux artères collatérales palmaires, tantôt et plus souvent sur le milieu même du lambeau, entre les deux collatérales externes, palmaire et dorsale. — Dans ces conditions, le lambeau se trouve régulièrement étalé et il est maintenu au moyen de quelques crins de Florence, qui font, non pas l'affrontement, mais un simple rapprochement du lambeau vers la région cubito-carpienne.

La réunion se fit régulièrement par seconde intention et sans trace de gangrène.

Actuellement, ce jeune garçon ne souffre pas; il peut se servir de sa main; et, s'il ne travaille pas, c'est parce qu'il a temporairement quitté l'usine pour retourner dans une école.

Mon troisième opéré est un ouvrier de 15 ans 1/2 atteint le 19 mars 1891 par un coup de carde sur la face dorsale de la main droite. La conservation fut tentée et obtenue comme le montre la fig. 29; mais les bains chauds, les douches chaudes, les frictions et le massage furent vainement employés. Les quatre derniers doigts demeuraient immobiles dans l'extension. Le pouce, demeuré à peu près hors de cause, ne parvenait pas à fonctionner à cause de l'entrave apportée par la grande cicatrice dorsale qui était adhérente aux trois métacarpiens médians (Fig. 30). La préhension était impossible (Fig. 31).

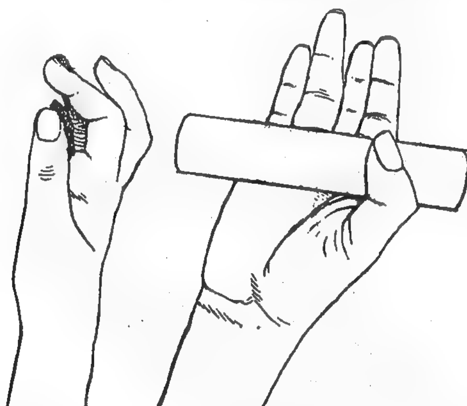


Fig. 29 Fig. 30 Fig. 31

En juillet 1891, une opération fut demandée par le blessé, par sa famille et en même temps par l'industriel chez lequel l'accident était arrivé. — La suppression des médius et annulaire était évidemment imposée. La question était douteuse pour l'index; mais la première incision permit de l'élucider; il n'y avait plus d'extenseur propre, ni d'extenseur commun, et la cicatrice était adhérente au métacarpien : le sacrifice de l'index était donc nécessaire; mais ce doigt était, par proximité du pouce et aussi par la valeur de ses tissus, plus avantageux que les autres pour fournir les éléments du lambeau de cheiroplastie : il fut donc choisi pour le désossement, avec suppression de la totalité de l'ongle. — La section des trois métacarpiens fut faite aussi près que possible de leurs articulations carpo-métacarpiennes. L'étalement du lambeau désossé fut rendu possible et facile par un débridement de tous les tractus fibreux de la couche cellulograisseuse situés sur la ligne médiane palmaire. (C'est le débridement, dont il s'agit, qui se trouve marqué par un pli très appréciable sur les fig. 32 et 33.) Un drain fut placé transversalement sous la base du lambeau; et la suture, faite en surjet, fut complétée par un pansement, non antiseptique, formé d'une copieuse quantité d'ouate stérilisée à l'autoclave et dont la compression méthodique fut conduite selon la méthode de M. Alph. Guérin. — La réunion fut obtenue complètement par première intention, même sur la face dorsale du premier espace intermétacarpien, là où le tissu inodulaire était encore épais de 6 à 8 millimètres.

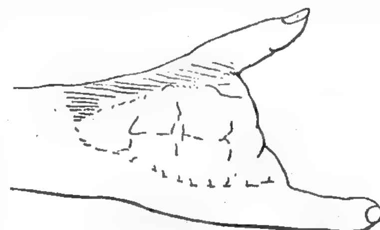


Fig. 32



Fig. 33



Fig. 34



Fig. 35

Actuellement, cet ouvrier a repris son travail de cardeur. Il fournit des mouvements de flexion du pouce (fig. 34) et des mouvements d'extension (fig. 32). Il exerce facilement la préhension des objets de moyen volume et il le fait sans fatigue pendant toute sa journée de travail. Il peut également manier des objets de petit volume : c'est ainsi qu'il écrit d'une façon très satisfaisante.

On peut donc le dire, ce blessé, réduit à l'état d'invalide par la conservation totale de son membre, est redevenu capable de fournir la somme régulière de son travail professionnel après la cheiroplastie par désossement d'un doigt.

Malgré le petit nombre de ces faits, j'ai l'honneur de présenter à l'Académie les conclusions suivantes :

L'autoplastie de la main par désossement d'un doigt est indiquée pour remédier aux vastes pertes de substance déterminées par des plaies par ratissage, par des coups de cylindre, ou par des brûlures.

Cette autoplastie doit être pratiquée en longeant de très près la surface de la gaine fibreuse des tendons, au moyen

d'un ténotome droit, afin de bien sauvegarder l'intégrité des vaisseaux et des nerfs.

Tous les éléments de l'ongle doivent être supprimés.

Il est avantageux d'amputer le squelette du doigt dans son métacarpien, sans se borner à la désarticulation métacarpo-phalangienne.

Il est utile de faire à la face profonde du lambeau un débridement longitudinal des tractus fibreux, afin de favoriser l'étalement du lambeau.

Il suffit de modérer la compression pour éviter l'oblitération des artères, dont la direction se trouve si complètement renversée par la direction du lambeau.

CORRESPONDANCE

Mon cher rédacteur en chef,

Dans l'anémie pernicieuse progressive, le processus de sanguinification est atteint dans sa source même, en d'autres termes la genèse des hématoblastes se suspend. De cette infécondité du sang en hématoblastes découlent l'abaissement du chiffre des hématies, l'hypertrophie compensatrice de celles qui subsistent et la résurrection des fonctions hématopoiétiques fœtales du foie, de la rate et de la moelle osseuse, qui se traduit par la réapparition dans la circulation d'éléments qui y font défaut à partir du septième mois de la vie intra-utérine: les globules rouges à noyaux.

L'hypertrophie d'un certain nombre de globules rouges peut avoir pour conséquence l'*augmentation de la valeur globulaire;* c'est-à-dire l'élévation au-dessus de la normale du chiffre qui exprime la richesse individuelle moyenne des hématies en hémoglobine. M. Hayem d'abord, puis MM. Laache et Lépine ont bien mis en relief cette particularité.

Mais, d'une part, l'augmentation de la valeur globulaire *n'est pas constante* dans l'anémie pernicieuse et je n'en veux pour preuve que l'observation III de M. Hayem. D'autre part, *elle n'est pas spéciale* et a été rencontrée dans diverses anémies symptomatiques. Elle n'a donc point une valeur essentielle ni une signification pathognomonique.

Néanmoins, si dans une revue consacrée, non pas à l'histoire générale de l'anémie pernicieuse progressive, mais simplement à celle de *ses causes*, de *ses lésions* et de *sa nature*, je n'ai pas cru devoir aborder cette question intéressante, je l'ai fait longuement et à propos, je pense, c'est-à-dire à l'occasion de l'*étude clinique* et du *diagnostic* dans un article actuellement imprimé que renfermera le tome II du traité de médecine.

Veuillez, etc.

A. Gilbert.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Convulsions du radial (Ueber Radialiskrampf), par Laquer (*Berliner klinische Wochenschrift*, 27 juillet 1891, n° 39, p. 747). — L'auteur a rapporté déjà au Congrès de Bade en mai 1889, ce cas de spasmes cloniques localisés dans le domaine du radial de l'avant-bras droit. En raison de la rareté de ce cas dont il n'a pas trouvé d'exemples dans la littérature, il y revient pour compléter son histoire. Il s'agissait d'un homme de 45 ans, qui, après avoir eu de la crampe des écrivains et de la neurasthénie, fut pris en décembre 1886 de contractions dans les extenseurs de l'avant-bras droit. Toutes les 8 à 10 secondes survenait une secousse douloureuse qui étendait la main, et que le patient ne pouvait empêcher volontairement. Malgré les divers traitements employés, les secousses durèrent 8 mois. Le diagnostic hésitait entre un spasme fonctionnel, ou une lésion des centres moteurs corticaux. Un beau matin les spasmes disparurent (en août 1887) et jusqu'à présent (18 juillet 1891) ne sont pas revenus. L'auteur fait remarquer qu'il avait dit au malade qu'un jour il n'aurait plus de secousses, et qu'on pourrait interpréter la guérison comme un fait de suggestion post hypnotique; mais le sujet n'a jamais été hypnotisé.

Anémie cérébrale (Ueber eine bei ohnmachtsæhnlichen Zustænden therapeutisch verwerthbare Beeinflüssung der Blutcirculation des Gehirns durch Schleimhautreflexe), par C. Laker (*Wiener medizinische Presse*, 21 juin 1891, n° 25, p. 984). — Un grand nombre d'états de faiblesse générale peuvent être incontestablement rapportés à l'anémie du cerveau. Dans beaucoup de ces cas le traitement consistera dans la position horizontale; en d'autres cas la douche d'air par la méthode de Kessel, par l'influence réflexe qu'elle a sur la circulation cérébrale, aura des résultats remarquables.

Géromorphisme cutané, par Souques et J. B. Charcot, (*Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, 1891, n° 3, p. 169). — Les auteurs proposent de désigner sous ce néologisme l'affection spéciale qu'ils ont rencontrée chez une malade âgée de 21 ans, qui présente une apparence tout à fait sénile due aux caractère de sa peau. En dehors de cet aspect, dont on se rend très bien compte sur les photographies jointes par les auteurs à leur mémoire, aspect qui aurait débuté il y a 10 ans, il n'existe aucun signe pathologique : seule la peau est altérée, ridée, flasque, pendante comme chez le vieillard.

Un cas de rhumatisme chronique infantile avec idiotie, par Diamantberger (*Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, 1891, n° 4, p. 271). — Sujet âgé de 19 ans, remarquable par l'apparition précoce de son rhumatisme à l'âge de 2 ans, la coexistence de la forme noueuse et des nodosités d'Heberden, et surtout le degré peu avancé de son intelligence.

Fonction du tuber cinereum (The function of the tuber cinereum), par Isaac Ott (*The journal of nervous and mental diseases*, juillet 1891, n° 7, p. 431). — L'auteur a entrepris des expériences sur des lapins et a constaté que la piqure du tuber cinereum provoquait une élévation de température ainsi que de la polypnée. Il en conclut que le tuber cinereum est un centre thermique et de polypnée.

Kyste hydatique du cerveau, par Ducamp (*Progrès médical*, 12 septembre 1891, n° 37, p. 185). — Jeune fille de 16 ans, souffrant depuis 3 mois de céphalée, de vomissements et de fièvre. On constate une hémiparésie avec anesthésie gauche plus accentuée au membre supérieur; une paralysie du moteur oculaire commun et du pathétique droit, ainsi que de la névrite optique double. La mort survient dans le coma 5 mois après le début. A l'autopsie, kyste hydatique saillant à la face externe du lobe sphénoïdal droit et comprimant le pédoncule.

Myélopathie (Notes of a case probably referable to a recently described form of spinal disease) par Grainger Stewart. (*British medical journal*, 6 juin 1891, p. 1219.) — Un homme âgé de 48 ans ressent vers le milieu de janvier 1889 des engourdissements dans les doigts des deux mains. Les fonctions motrices et les réflexes organiques étaient naturels, les réflexes rotuliens exagérés. Toutefois les mouvements volontaires étaient incertains. A ce moment l'auteur pensa qu'il s'agissait peut-être de névrite périphérique. Bientôt les symptômes s'aggravèrent; il y eut diminution de la sensibilité des mains et incoordination de la marche, sans que celle-ci fût influencée par l'occlusion des yeux, sans que les réflexes rotuliens disparussent. Pendant l'hiver 1889-1890, le malade alla à Menton, plus tard à Aix, mais il continua à s'aggraver, et dans l'automne de 1890, il parut évident qu'il s'agissait d'ataxie locomotrice avec sclérose antéro-latérale. Il existait toujours des sensations morbides variées dans les bras, les jambes et même dans la tête, la sensibilité était diminuée, le pouvoir moteur très affaibli et les mouvements incoordonnés. Ce cas ne se rapporte à aucun type bien déterminé de maladie nerveuse. Il ne correspond pas à la névrite, ni à de l'ataxie, non plus qu'à l'ataxie paraplégique, mais à une forme morbide décrite par Putnam et Dana, et correspondant à une sclérose combinée des colonnes latérales et postérieures, associée en dernier lieu à du ramollissement à certains points.

MÉDECINE

Etiologie de l'angine folliculaire (Aetiologie der angina follicularis), par Sendtner (*Münch. med. Woch.*, n° 26, p. 451, juin 1891). — L'évolution générale de cette affection,

presque cyclique, les symptômes généraux qui l'accompagnent, le caractère épidémique, l'ont fait dès longtemps ranger parmi les infections aiguës (B. Frænkel, Seifert). Mais sa définition microbienne n'a guère été donnée, quoique la bactériologie des maladies de la gorge ait fait aujourd'hui de grands progrès. L'auteur a eu l'occasion d'étudier à ce point de vue quatre cas d'angine folliculaire et il a pu isoler uniformément un streptocoque qui lui semble impossible à différencier du streptocoque de la suppuration ou de l'érysipèle. Il faudrait donc dire que la plupart des angines folliculaires sont une forme de l'infection à streptocoques; par là s'expliquerait la possibilité d'une septicémie mortelle à streptocoques à la suite, ou la coïncidence avec des épidémies de fièvre puerpérale.

Cystadénomes biliaires multiples (Fall von multiplen Cystadenomen der Gallengange mit Durchbruch in's Gefæssystem), par Hippel (*Virchow's Arch.*, Bd. 123, p. 473, 1891). — Avec les auteurs, Hippel distingue 3 variétés de l'adénome du foie, considéré dans son sens le plus large : 1° l'hyperplasie nodulaire simple ou multiple, à cellules typiques; 2° l'adénome hépatique vrai à tubes épithéliaux pleins ou canaliculés, 3° l'adénome biliaire qui rappelle singulièrement la variété précédente, mais qui s'en distingue par ce fait que les bourgeonnements glanduliformes partent des voies biliaires. Aux faits de ce dernier groupe publiés par Birch-Hirschfeld, Brigidi, Pawlowski, etc., l'auteur ajoute un cas personnel observé fortuitement chez un sujet atteint de myélite transverse, mort d'accidents urinaires. Aucun symptôme n'avait attiré l'attention du côté du foie. A l'examen anatomique, on trouvait dans un foie en apparence sain, des tumeurs adénomateuses, nées des canaux biliaires, offrant souvent la dégénérescence kystique, communiquant en différents points avec le système porte sans qu'il existât cependant de métastase à distance. Il s'agit en somme de tumeurs intermédiaires entre le simple adénome et l'épithéliome infectant, auquel se rapportent les cas de Lancereaux, Sabourin, Sevestre, Merklen, Jungmann. Le fait le plus étrange est leur latence absolue.

Les œufs en lavements (Næhrwerth der Eierklystiere), par A. Huber (*Deut. Arch. f. klin., Med.*, vol. XLVII, p. 495, 1891). — On a beaucoup vanté dans ces derniers temps la valeur nutritive des lavements d'eau salée additionnée d'œufs (Bauer, Ewald, Eichhorst, etc.). L'auteur a expérimenté la méthode sur quelques malades. On instituait un régime *ferme*, et l'on donnait en supplément des lavements nutritifs. Le dosage de l'Az dans l'urine et les fèces renseignait sur l'absorption de ces lavements. Les résultats furent positifs; l'absorption se fait mieux quand le lavement contient non-seulement les œufs, mais du sel marin. Jamais il n'y eut d'albuminurie. Toutefois, l'auteur a remarqué que les lavements trop salés avaient pu entraîner dans quelques cas des diarrhées profuses. Il recommande un gramme de sel par œuf; les lavements doivent être portés très haut dans l'intestin par une canule molle appropriée.

Ulcère rond et catarrhe gastrique hypéracide (Rundes Magengeschwür und saurer Magenkatarrh), par Korczynski et Jaworski (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, vol. XLVII, p. 578, 1891). — Dans tous les cas où il existait des signes d'ulcère rond, la sécrétion chlorhydrique était conservée; souvent il y avait hypersécrétion et hyperchlorhydrie. Celle-ci augmentait ou diminuait en proportion des oscillations des symptômes gastriques : les maxima s'observèrent au moment des hématémèses. L'hyperacidité est *continue*, indépendante des ingestions alimentaires, constatable à jeun. L'urine dans ces cas est rare, dense, faiblement acide ou même alcaline, pauvre en chlorures. L'amélioration qui accompagne la diminution d'acidité peut porter aussi sur l'ectasie qui disparaît dans quelques cas.

Les lésions anatomiques sont les suivantes : catarrhe gastrique, tuméfaction et épaississement de la muqueuse, état mamelonné ou même chagriné et polypeux, infiltration lymphatique sous-épithéliale et inter-glandulaire ou même intra-glandulaire et sous-muqueuse, dégénération et désintégration des cellules principales avec intégrité des cellules bordantes qui se montrent parfois disséminées dans les traînées d'infiltration lymphatique. Les lésions sont susceptibles d'une régression complète, ou conduisent à la gastrite atrophique.

C'est l'afflux sanguin déterminé par le contact de la muqueuse gastrique avec des irritants divers, qui engendre l'infiltration lymphatique, l'hyperfonctionnement glandulaire, et éventuellement les lésions destructives plus profondes, soit des éléments issus des vaisseaux, soit des épithéliums. L'hyperacidité fait le reste.

Les auteurs font en terminant la remarque que le régime végétarien favorise peu l'ulcère rond, par ce fait qu'il entretient l'alcalinité normale du sang.

CHIRURGIE

De la grossesse après l'hystéropexie, par R. Labusquière (*Annales de gynécologie*, août 1891, p. 123). — 14 observations de grossesse après hystéropexie, réunies par Labusquière, montrent que cette opération n'empêche nullement la conception. De ces 14 grossesses, 2 ont été suivies de fausses couches, 2 sont encore en observation, 10 sont arrivées à terme normalement. On peut donc affirmer dès aujourd'hui que l'hystéropexie n'est ordinairement pas un obstacle à l'évolution normale de la grossesse et de l'accouchement.

De l'extirpation de l'utérus par la voie sacrée, par Félix Terrier et Henri Hartmann (*Annales de gynécologie,* août et septembre 1891, p. 81 et 178). — Deux observations personnelles, rapprochées de 21 autres, permettent aux auteurs de préciser l'état actuel de la question. L'opération est délicate, expose à des accidents nombreux : hémorrhagies, difficultés dans l'ouverture du péritoine que l'on ne reconnaît que difficilement, lésion du rectum, de la vessie, de l'uretère; cellulite pelvienne, pelvipéritonite, phlegmatia, nécrose d'un fragment osseux réappliqué, etc. Sur 23 cas on relève 7 morts. Aussi l'opération ne peut-elle subir le parallèle avec l'hystérectomie vaginale. Elle mérite cependant d'être conservée pour les cas où celle-ci n'est pas applicable et est indiquée dans les cancers volumineux et adhérents, surtout lorsque le vagin est rétréci et scléreux.

Passant en revue les divers procédés opératoires employés, incision parasacrée, résection oblique du sacrum et ablation du coccyx, opérations ostéoplastiques, les auteurs insistent sur la nécessité de créer une brèche large, de se donner du jour; c'est le seul moyen d'opérer facilement et d'assurer par là même la guérison de la malade.

Sur quelques modifications du procédé opératoire de l'hystéro-myomectomie, par Dmitri de Ott (*Annales de gynécologie,* septembre 1891, p. 161). — Pour éviter les deux grands accidents de l'hystérectomie abdominale, la septicité et l'hémorrhagie, Ott (de Saint-Pétersbourg) commence par désinfecter la cavité cervicale par un curettage suivi d'une cautérisation au fer rouge. Après avoir lié et coupé jusqu'au voisinage de l'utérus les ligaments larges, il place sur l'utérus un lien élastique provisoire et l'ampute. Les ligatures définitives sont faites à la soie. Les fils, au nombre de 2 ou 4 suivant le volume du moignon, sont passés avec une aiguille forte à travers le tissu utérin, cheminant à un centimètre de la surface de section et laissant béante la cavité cervicale. Par celle-ci on glisse une mèche iodoformée jusque dans le vagin, de manière à drainer la surface du moignon si, par malheur, elle suintait, ce qui n'arrive guère lorsqu'on a eu la précaution de la toucher au fer rouge.

Gastrostomie dans le cancer du cardia (Zur Anlegung der Magenfistel wegen krebsiger Cardia-verengerung), par Hacker (*Centralb. f. Chir.*, 1891, n° 37, p. 713). — L'auteur rapporte 6 cas de gastrostomie pour cancer du cardia, et en conclut que les résultats sont aussi bons dans le cancer du cardia que dans celui de la portion inférieure de l'œsophage. La formation d'un sphincter péri-fistuleux aux dépens du muscle droit (méthode de l'auteur) est aussi facile et la survie (2 à 3 mois) aussi longue dans les deux cas.

Anévrysme de la carotide (Zur Diagnose und Therapie der spontanen Aneurysma der Carotis communis), par Karewski (*Berlin. klin. Wochenschs.*, 1891, n° 37, p. 909). — Homme de 30 ans qui a eu la syphilis il y a 7 ans. Depuis 14 jours apparition brusque d'une tumeur sur le côté droit avec douleurs, troubles de la déglutition et de la parole.

A l'examen on trouve une tumeur molle, dépressible, non pulsatile, sans thrill ni souffle, étendue entre l'os hyoïde et le sterno-mastoïdien d'un côté, entre la fosse sus-claviculaire et l'apophyse mastoïde de l'autre. La ponction exploratrice donne

issue à du sang liquide noir. Le diagnostic reste hésitant entre un anévrysme et un kyste hématique.

Incision pour mettre à nu la tumeur qu'on reconnaît pour un anévrysme; on dénude la carotide primitive à son origine et la jugulaire interne et on met une ligature d'attente. Pendant la dissection du sac, hémorrhagie. Ligature de la carotide primitive, de la carotide interne et externe; résection du sac. Tamponnement à la gaze iodoformée. Plus tard drainage. Pas de paralysie ni d'anémie cérébrale. Guérison en 15 jours.

L'auteur insiste sur la valeur diagnostique de la compressibilité de la tumeur, seul signe des anévrysmes qu'ils ont en commun avec les kystes hématiques et permet d'éviter les confusions avec les abcès. Le traitement doit être l'extirpation du sac, d'autant plus qu'avec l'antisepsie la mortalité après la ligature de la carotide primitive est descendue à 20 0/0.

Fièvre intermittente dans les calculs biliaires (Intermittirende Fieber bei Gallensteinen), par Schmitz (*Berlin. klin. Wochenschs.*, 1891, n° 37, p. 915). — Après une bibliographie très complète du sujet (travaux de Frerichs, Charcot, Budd, Paulicki, Regnard et autres), l'auteur nous donne une description détaillée de cette fièvre qu'il a observée dans un grand nombre de cas. Parmi les symptômes, il insiste principalement sur deux qui lui paraissent d'une grande valeur diagnostique : le tympanisme de l'abdomen avant et après l'accès, la somnolence après l'accès.

BIBLIOGRAPHIE

A Dermatological bibliography, par G.-Th. Jackson. In-8° de 90 pages. New-York, 1891.

Dans cet index bibliographique publié sous les auspices de la Société Dermatologique américaine, Jackson n'a voulu donner que l'indication des traités de dermatologie et des monographies, et a négligé les articles de journaux. Il n'a d'ailleurs pas eu la prétention de donner ces indications d'une façon complète. Néanmoins, tel qu'il est, son travail peut rendre de grands services, car il renferme l'indication exacte, souvent si incomplètement et incorrectement donnée, des anciens traités des maladies de peau et celle d'un grand nombre de thèses des facultés allemandes. Il est à regretter seulement que l'auteur n'ait pas indiqué le format des ouvrages dont il donne les titres et qu'il ait mentionné seulement le lieu de publication, sans faire remarquer s'il s'agit d'une simple monographie ou d'une thèse inaugurale, ce qu'il serait facile de faire par une disposition typographique très simple. Georges Thibierge.

Le Laboratoire de toxicologie, par P. Brouardel, doyen de la Faculté de Médecine, et J. Ogier, directeur du Laboratoire. In-8° de 220 pages. J.-B. Baillière et fils, Paris, 1891.

Ce volume constitue à proprement parler l'histoire naturelle du Laboratoire de Toxicologie depuis sa fondation. Cette institution ne pouvait avoir de meilleurs historiens que notre savant maître, le professeur Brouardel, à l'initiative duquel elle a dû le jour, et que M. Ogier qui en dirige le fonctionnement avec une grande autorité.

On retrouvera dans ces pages tout ce qui concerne les origines du laboratoire, son installation, son mécanisme, et l'orientation qui y est donnée aux travaux.

Les auteurs ont présenté dans un chapitre spécial et très important les principes généraux des expertises toxicologiques. Quoiqu'il y ait là un ensemble d'opérations qui exigent une compétence et un outillage particuliers, tout médecin lira avec fruit ce qui a trait aux opérations préliminaires et à certaines manipulations qui pourraient éventuellement être pratiquées avant l'intervention du chimiste expert et qui devraient être conduites de manière à faciliter la tâche de ce dernier.

La dernière partie de l'ouvrage et la plus étendue, contient le résumé ou l'indication de quelques-uns des travaux scientifiques effectués au Laboratoire de Toxicologie dans ces dernières années. Cette partie échappe à l'analyse et se passe du reste de tout commentaire. En tout cas, elle servirait amplement, s'il était besoin, à légitimer la création d'une institution qui a su dans une période relativement courte éclairer la justice dans tant d'occasions différentes et contribuer pour sa part aux progrès de la science médico-légale.

Girode.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Traitement du goitre (Die chirurgische Behandlung des Kropfes), par A. Wœlfler, professeur à l'Université de Graz; Berlin, A. Hirschwald, 1891.

M. Wœlfler est aujourd'hui fort connu par ses nombreuses publications sur le goître. Son volume actuel est consacré aux diverses méthodes de traitement du goître, au sens propre du mot, c'est-à-dire abstraction faite des thyroïdites et des tumeurs malignes. On y trouve l'exposé du traitement médical, du traitement chirurgical curatif ou palliatif des goîtres solides et des goîtres kystiques, la description précise des divers procédés opératoires, par exemple l'énucléation, la thyroïdectomie. Les études historiques de M. Wœlfler sont fort complètes et fort consciencieuses, et l'appréciation des procédés est basée sur l'analyse d'observations nombreuses, recueillies par l'auteur soit dans le service de Billroth (1878-1884) soit à sa propre clinique (1886-1890). Il est à remarquer que M. Wœlfler admet aujourd'hui et décrit la cachexie strumiprive, dont il n'avait pas observé d'exemple en 1883 quand il publia au Congrès des chirurgiens allemands la statistique de son maître Billroth.

Les protozoaires (Die Protozoen als Krankheitserreger), par L. Pfeiffer. 2e édit. Iena, G. Fischer, 1891.

L'an dernier nous avons annoncé ce livre et nous avons dit dans quel esprit il était conçu. L'éloge que nous en avons fait a une sanction, puisqu'aujourd'hui nous avons déjà une 2e édition à annoncer.

Thèses des Facultés

NANCY

Le pansement occlusif dans les maladies des yeux, par Ed. Julg. Thèse de Nancy, 1891.

Dans la période aiguë de la plupart des plaies; ulcères de la cornée peu envahissants, abcès étendus ou multiples, kératites phlycténulaires, iritis même avec hypopyon l'auteur conseille d'appliquer sur l'œil une compresse imbibée d'une solution de sublimé à 1/5000 et par-dessus une série de rondelles de coton imprégnées de la même solution, de façon à former un coussin uniforme que l'on recouvre d'une feuille de taffetas gommé dépassant légèrement tout le pansement; le tout est fixé avec une légère compression par une bande de flanelle. Ce pansement est compressif, antiseptique, occlusif; sa permanence lui donne l'avantage sur l'emploi des compresses chaudes souvent renouvelées.

VARIÉTÉS

Corps de santé militaire. — M. le Dr Gerbault, médecin-major, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— *Ecole militaire de Lyon.* — A la suite du concours de 1891 ont été nommés à cette école les étudiants en médecine suivants :

1 Mainguy, 2 Viallet, 3 Schneider, 4 Legrand, 5 Léon, 6 Denis, 7 Deroin, 8 L'Homme, 9 Sallet, 10 Ponsot, 11 Weil, 12 Peyroux, 13 Richon, 14 Ligouzat, 15 Challiol, 16 Stéfani, 17 Oui, 18 Beaugeois, 19 Paul, 20 Masure.

21 Peyrolle, 22 Gault, 23 Mauviez, 24 Beaumelou, 25 Galiot, 26 Boullain, 27 Carrez, 28 Fache, 29 Gaziot, 30 Mélot, 31 Miramond, 32 Boucarut, 33 Leniez, 34 Saint-Martin, 35 Deuzans, 36 Dehoey, 37 Bonthoux, 38 Bory, 39 Lascoutx, 40 Bailby.

41 Bontemps, 42 Opin, 43 Ravé, 44 Bar, 45 Pignet, 46 Gerbaux, 47 Augarde, 48 Gautraud, 49 Collet, 50 Coullaud, 51 Couraud, 52 De Lauwereyns de Roosendaële, 53 Cros, 54 Defoug, 55 Lamoureux.

Les trente premiers admis devront se présenter à l'école le 23 octobre prochain; les vingt-cinq autres le lendemain 24 octobre.

Corps de santé de la marine. — La rentrée de l'Ecole de médecine navale de Bordeaux se fera en trois périodes : au 1er octobre les élèves ajournés aux examens de la Faculté; au 15 octobre les élèves nouvellement admis; le 4 novembre les élèves en cours d'études.

MM. Brassac et Merlin, médecins en chef de la marine, et Guyot, médecin principal, sont nommés membres du conseil de perfectionnement de l'Ecole de Bordeaux.

Prix quinquennal des sciences médicales de Belgique. — Ce prix vient d'être décerné pour la période de 1886-1890 à M. le professeur von Lair de Liège.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON 12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES SAMEDIS ET PUBLIANT TOUS LES MERCREDIS

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

RÉDACTEUR EN CHEF : Dr L. LEREBOULLET. — SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION : Dr A. BROCA.

REVUE GÉNÉRALE

De l'intervention chirurgicale dans les rétrécissements et occlusions du pylore.

On peut rattacher à deux méthodes principales les diverses opérations entreprises pour rendre possible le passage des aliments de l'estomac dans l'intestin.

A. **Méthode directe**, qui comprend : 1° la résection de l'obstacle, la *pylorectomie ;*

2° L'incision de l'obstacle, la *pyloroplastie ;*

3° La *dilatation de l'obstacle.*

B. **Méthode indirecte**, dans laquelle, sans toucher à l'obstacle, on assure le passage des aliments, en abouchant l'intestin grêle à l'estomac : *gastro-entérostomie.*

Ne pouvant exposer en détail la technique de ces opérations diverses, je me bornerai à un court résumé de leur histoire et de leurs résultats :

A. — MÉTHODE DIRECTE

1° PYLORECTOMIE

La résection du pylore cancéreux a été faite, pour la première fois, à Paris, par Péan, le 9 avril 1879 (1). Ce chirurgien enleva une tumeur gastro-duodénale en forme de boudin long de 6 centimètres, et sutura le duodénum à l'estomac. L'opération dura deux heures et demie. Le patient succomba au cinquième jour, de faiblesse et d'inanition, malgré deux transfusions de sang.

La deuxième opération a été pratiquée par Rydygier, en 1881 (2). Le malade mourut de collapsus, au bout de douze heures.

Le premier succès appartient à Billroth (1881) (3) L'opéré guérit rapidement et put reprendre son existence habituelle (Wœlfler).

Depuis la publication du travail de Wœlfler, la résection du pylore a été pratiquée souvent, surtout en Autriche et en Allemagne.

(1) PÉAN, De l'ablation des tumeurs de l'estomac par la gastrectomie. *Gaz. des hôp.*, 27 mai 1879, n° 60, p. 473.
(2) RYDYGIER, Sur la résection du pylore. *Samml. klin. Vortræge von R. Volkmann*, 1882, n° 220, p. 1077.
(3) WŒLFLER, *Résection de pylore cancéreux faite par Billroth.* Vienne, 1881.

Winslow, en 1885 (1), arrivait au chiffre de 59 opérations, avec 17 guérisons et 42 morts ; soit une mortalité de 71 pour 100.

Morris, la même année (2), pouvait réunir une statistique de 29 pylorectomies, dont 27 pour cancers, et 2 pour rétrécissements non cancéreux.

Von Hacker (3), quatre ans plus tard, donnait la statistique intégrale de Billroth, soit : 18 pylorectomies, avec 8 guérisons et 10 morts, c'est-à-dire avec une mortalité de 55 pour 100.

Rydygier, de son côté (4), sur 48 opérations, trouvait 17 succès et 31 morts, soit 64 pour 100, seulement, de mortalité. Sur ces 48 opérations, 43 avaient été entreprises pour des cancers, avec 13 guérisons et 30 morts ; et 5 pour des ulcères simples, avec 4 guérisons et une mort.

L'opération de la pylorectomie comprend, d'après Rydygier, qui, le premier, en a bien réglé la technique, cinq temps principaux, auxquels les chirurgiens qui ont suivi n'ont apporté que des modifications assez peu importantes :

1° Incision de la paroi abdominale ; — la ligne médiane est adoptée par la plupart des chirurgiens (Rydygier, Czerny, Kocher, Billroth, sauf pour sa première opération). Le péritoine étant ouvert, on explore la tumeur, on reconnaît son siège, son volume, ses connexions. Il importe d'examiner la face postérieure de l'estomac ; pour cela, Hacker a proposé d'inciser le petit épiploon et le ligament gastro-colique, perpendiculairement aux courbures de l'estomac, et en des points dépourvus de vaisseaux.

2° Isolement du pylore. — On le sépare des épiploons et du reste de l'intestin, en ayant soin d'inciser chaque épiploon entre deux rangées de ligatures ; on détruit les adhérences, avec précaution, et l'on attire à l'extérieur, par la plaie abdominale, la partie à réséquer. Cet isolement du pylore est le temps le plus délicat de l'opération. Les adhérences les plus importantes sont celles qui unissent le pylore au côlon transverse et à son mésocôlon, car, si elles sont étendues, leur destruction peut être suivie de la mortification de la partie correspondante du côlon, ainsi que cela est arrivé dans certaines opérations de Rydygier, Heinecke, Czerny, Küster, etc.

3° Après avoir pris toutes les précautions pour éviter l'effusion du contenu de l'estomac et de l'intestin dans le péritoine (éponges, compresses, ligatures temporaires

(1) VON HACKER, *Arch. f. klin. Chir.*, 1885, t. XXXII, p. 616-625.
(2) MORRIS, *Encycl. intern. de chir.*, 1886, t. VI, p. 307.
(3) WINSLOW, *Amer. Journ. of the med. sc.*, avril 1885, n° 178, p. 345.
(4) RYDYGIER, *Deutsche Zeitschr. für Chir.*, 1885, t. XXI, p. 546.

sur l'intestin et sur l'estomac, compresseurs spéciaux de Rydygier, de Küster, etc.), on sectionne, circulairement, l'estomac avec des ciseaux, en liant, au fur et à mesure, les vaisseaux qui saignent, et l'on agit de même pour le duodénum.

4° Abouchement, au moyen de deux rangs de sutures (une suture muco-muqueuse et une suture séro-séreuse), du duodénum sectionné à ce qui reste de l'estomac. Ici, l'une des grosses difficultés provient des dimensions inégales de l'orifice intestinal et de l'orifice stomacal; aussi a-t-on recours à divers artifices pour diminuer l'ouverture de l'estomac: Rydygier résèque, sur la grande courbure, un coin triangulaire, dont la base est à droite, et il suture ensuite les deux lèvres de la plaie, rétrécissant ainsi l'orifice d'abouchement; Billroth réunit par des sutures la partie de l'ouverture qui avoisine la petite courbure en ne laissant persister, du côté de la grande courbure, qu'un espace juste suffisant pour y adapter l'intestin.

Si, après l'excision des parties malades, il n'est pas possible de réunir l'intestin et l'estomac, il faut, suivant le conseil de Billroth, fermer, isolément, l'estomac et l'intestin, et compléter l'opération par un abouchement du jéjunum à l'estomac; un de ses opérés, traité de la sorte, a survécu à l'opération, mais il récidivait au bout d'un mois et demi.

5° On remet les parties en place après avoir fait une toilette minutieuse, et après s'être assuré que les sutures sont suffisantes; enfin, on referme la plaie de la paroi abdominale.

Je ne m'étendrai pas davantage sur les détails de l'opération que l'on trouvera, très complètement exposés, dans un travail inséré par Jonnesco dans la *Gazette des hôpitaux* (1).

Quels sont les résultats fournis par cette opération, si compliquée et si laborieuse?

Je ne reviendrai pas longuement sur les statistiques de Morris, Winslow, Rydygier, citées plus haut; la mortalité est considérable: 71 p. 100 (Winslow), 64 p. 100 (Rydygier). La même gravité se retrouve dans un relevé plus récent de Lauenstein (2): sur 150 polyrectomies faites par trente chirurgiens, la mortalité opératoire est de 70 pour 100.

Il ne faut pas, néanmoins, accorder une valeur trop absolue à ces groupements d'opérations, appartenant à des chirurgiens d'expérience et d'habileté fort inégales; en effet, si nous réunissons les pylorectomies faites par trois chirurgiens rompus à la pratique de ce genre d'opération: Angerer (*Beilage zum Centr. f. Chir.*, 1889, n° 29, p. 56), 6 pylorectomies, avec 3 morts opératoires; Czerny (*Centr. f. Chir.*, 1889, n° 51, p. 925), 11 pylorectomies, avec 4 morts opératoires; Billroth ou ses assistants (Congrès de Berlin, 1890), 41 pylorectomies, avec 22 morts; nous arrivons au chiffre de 58 opérations avec 29 morts, soit, exactement, une léthalité opératoire de 50 p. 100. Ces statistiques comprennent les rétrécissements simples et les cancers.

Je ne possède pas les éléments d'une statistique des opérations pour rétrécissements simples (3); mais, je dois à l'obligeance de Jonnesco la communication d'un travail encore inédit, et basé sur 130 pylorectomies pour cancers. Cette statistique est très intéressante, en ce sens qu'elle nous renseigne non seulement sur la gravité opératoire, mais aussi sur les causes qui ont entraîné la mort, et, surtout, sur la durée de la survie, après une opération suivie de succès:

1° *Résultats généraux*: 130 opérations ont fourni 46 guérisons et 84 morts, soit, 65 pour 100 de mortalité.

2° *Causes de la mort*:

Collapsus	42
Péritonite par perforation	22
Inanition	4
Shock	3
Epuisement	2
Hémorrhagie stomacale	1
Paralysie vaso-motrice (?)	1
Cause non indiquée	9

3° *Durée de la survie* des 46 opérés, guéris de l'intervention.

Dans 11 cas.	Les résultats sont trop récents.	
1 —	1 mois 1/2. Cause de mort :	faiblesse.
3 —	3 — —	récidive, pneumonie.
2 —	4 — —	récidive.
1 —	5 — —	pyhémie.
1 —	8 — —	récidive.
1 —	10 — —	récidive.
1 —	11 — —	récidive lointaine.
2 —	12 — —	récidive.
1 —	14 — —	récidive.
2 —	15 — —	récidive { locale. lointaine.
1 —	17 — —	récidive.
1 —	18 — —	récidive.
1 —	24 — —	récidive.
1 —	30 — —	récidive.

Dans 15 cas, les opérés étaient en bonne santé:

Depuis 1 mois 1/2	1
2 —	2
2 — 1/2	1
3 —	1
4 —	2
5 —	1
9 —	1
12 —	1
15 —	1
18 —	1
24 —	2
4 ans 1/2	1

Ce sont là, à tout prendre, des bénéfices assez peu importants, pour une opération presque toujours palliative, et qui comporte une mortalité immédiate aussi grande. Ce qui frappe, surtout, c'est le chiffre élevé des morts par collapsus, dans les premières heures. L'opération est d'autant plus meurtrière que le cancer est plus avancé et qu'il a contracté des adhérences plus étendues avec les organes voisins; Hacker (1), publiant la première statistique de Billroth comprenant 14 pylorectomies pour cancers, donne, à cet égard, les chiffres suivants:

Pylorectomies, adhérences nulles....	2 cas.	2 guér. opératoires.
— légères....	7 —	{ 4 succès opératoires. 3 morts opératoires.
— étendues..	5 —	{ 5 morts, survenues de 12 à 31 heures après l'opération.

Aussi, Hacker propose-t-il de renoncer à la résection du pylore, dès que les adhérences ont quelque importance, et de la remplacer par une opération palliative.

Il y aurait un grand intérêt à pouvoir se rendre compte, à l'avance, du degré des adhérences pyloriques. D'après Angerer (2), on arriverait à se renseigner assez exactement à l'aide d'un artifice; dans les cas de tumeur présumée, ce chirurgien pratique la distension gazeuse de l'estomac, soit en insufflant de l'air, soit en faisant

(1) JONNESCO, Technique opératoire des gastrectomies pour cancer. 1er article. *Gaz. des Hôp.*, 23 mai 1891, n° 60, p. 553.

(2) LAUENSTEIN, Huitième congrès de méd. interne, Wiesbaden, 1889. *Beilage zum Centr. für klin. Med.*, 1889, n° 28, p. 33.

(3) MAYDL (Soc. Império-Royale de médecine de Vienne, 17 avril 1891. *Semaine médicale*, 22 avril 1891, p. 174) dit que le nombre des pylorectomies faites pour des ulcères est de 24 et que la mortalité est de 42 0/0. Les résultats sont donc bien meilleurs que pour le cancer qui donne, d'après le même auteur, sur 120 cas, une mortalité de 63 0/0.

(1) HACKER, *Arch. f. klin. Chir.*, 1885, t. XXXII, p. 616.

(2) ANGERER, *Beilage zum Centralblatt f. Chir.*, 1889, n° 29, p. 56.

absorber au malade une poudre effervescente; il serait alors facile d'apprécier la mobilité ou l'adhérence de la tumeur; en effet, une tumeur pylorique non adhérente pourrait se déplacer, depuis la ligne parasternale, à droite et en bas, jusqu'à la ligne mamelonnaire. Si le déplacement est impossible, c'est que la tumeur est adhérente. Si, par la distension, la tumeur disparaît ou diminue notablement de volume, on doit en conclure qu'elle occupe la paroi postérieure de l'estomac, et, en pareil cas, elle est toujours adhérente. La résection ne sera entreprise que si la portion pylorique de l'estomac jouit d'une mobilité parfaite. En cas de doute, on est toujours autorisé à faire l'incision exploratrice, et, si la tumeur est adhérente, il faut renoncer à l'extirpation. L'incision exploratrice n'est pas grave en elle-même; en effet, sur 14 incisions exploratrices pour des cancers reconnus inopérables, Czerny (1) n'a eu qu'un seul décès.

2° PYLOROPLASTIE

Cette opération consiste dans l'incision longitudinale du rétrécissement, suivie de la suture transversale de l'incision. On transforme ainsi la portion rétrécie en une portion dilatée.

Heinecke, en 1885, et, après lui, Mikulicz (2) ont été les promoteurs de cette opération : Mikulicz fit une incision longitudinale, de quelques centimètres, à la paroi antérieure du pylore, puis, rapprochant l'une de l'autre les deux extrémités de l'incision, de manière à lui donner une direction transversale, il sutura exactement les bords de la plaie. Sa malade, qui était dans un état d'inanition grave, succomba le troisième jour, et l'on put constater, à l'autopsie, qu'il n'y avait plus trace de rétrécissement.

Ortmann (3) donne le résultat de quatre opérations : Heinecke, Mikulicz, Bardeleben (4), Ortmann. Une seule de ces opérations avait été suivie de mort, celle de Mikulicz.

L'opéré de Bardeleben mourut phthisique, quatre mois plus tard, et Kœhler présenta la pièce à la réunion libre des chirurgiens de Berlin (5) : le pylore était resté parfaitement perméable, et c'est à peine si l'on pouvait reconnaître une cicatrice sur la muqueuse.

Kœhler, dans un travail d'ensemble publié l'année dernière (6), fournit l'indication de 16 opérations avec 12 succès. Parmi les 4 décès, il en est 1 par hémorrhagie interne, et 2 qui doivent être rapportés à l'état d'inanition dans lequel se trouvaient les malades au moment de l'intervention. Pour Kœhler, dans tous les cas de sténose cicatricielle du pylore, c'est l'opération de choix, à cause de sa simplicité.

La pyloroplastie n'est pas applicable aux rétrécissements cancéreux.

3° DILATATION

Richter (de Breslau) (7) avait proposé et pratiqué, en 1881, la dilatation du pylore, à l'aide de bougies.

Loreta (de Bologne) (8) imagina la divulsion digitale. Voici en quoi consiste cette opération : incision, à droite de la région pylorique, parallèle aux côtes; l'estomac, attiré au dehors, est ouvert, près du pylore; l'index droit est introduit, graduellement, dans le rétrécissement, puis l'index gauche est glissé le long du premier; on écarte alors les deux doigts, avec force, jusqu'à ce qu'on ait produit une dilatation de 7 à 8 centimètres, et qu'on ait senti le pylore céder. La durée de l'opération est de vingt à cinquante minutes.

Winslow, en 1885, pouvait réunir 6 opérations, avec 4 guérisons et 2 morts : l'un des malades, qui avait succombé en douze heures, était dans un état déplorable au moment de l'intervention; l'autre avait succombé en trente-six heures. Ces deux cas malheureux n'avaient pas été opérés par Loreta.

Hache (1), en 1887, écrivait que Loreta avait pratiqué, à cette date, 23 opérations sans insuccès !

Macc Burney (2) en 1886 faisait connaître 2 opérations, avec 2 morts, dont 1 par déchirure vasculaire.

Kinnicutt et Bull (3) en 1889 nous donnent une statistique de 18 cas, avec 12 guérisons et 6 morts, soit 33,3 pour 100 de mortalité; les causes de mort ont été : une hémorrhagie gastrique, une affection rénale, l'épuisement, le collapsus et le tétanos; le premier cas est imputable à l'opération, d'où la nécessité d'agir prudemment, en dilatant le rétrécissement.

J.-M. Barton (de Philadelphie) (4), à propos de deux observations personnelles (1 mort et 1 guérison), publie en 1889 une statistique de 25 opérations, dont 15 appartiennent à Loreta. Ces 25 opérations ont été faites sur 24 malades, car un patient fut opéré deux fois, à cause de récidive; elles ont donné 15 guérisons et 10 morts, soit une mortalité de 40 pour 100.

Enfin, il résulterait d'une communication faite à Barton par Perruggi, assistant de Loreta, que ce chirurgien en était, en 1889, à sa trentième opération et que tous les cas à diagnostic exact auraient guéri.

Ces renseignements, donnés par Perruggi, ne concordent pas avec ceux qui émanent de Loreta, lui-même, dans une lettre à Bull (5) : en effet, le chirurgien italien écrit qu'il ne peut établir de statistique, ayant perdu une bonne partie de ses notes; d'autre part, en 1887 et 1888, il a opéré 7 malades, avec 5 guérisons et 2 morts; l'un des malades est mort d'hémorrhagie, par l'incision gastrique, l'autre, de péritonite, le péritoine ayant été déchiré, sans que l'opérateur s'en soit aperçu. Loreta ajoute quelques détails sur ses opérations : il a observé 3 fois la récidive, après la dilatation; deux fois sur des femmes, et une fois sur un homme. La récidive se montre, toujours, peu de temps, deux ou trois semaines, après l'opération, lorsque la dilatation « n'a pas complètement paralysé le tissu cicatriciel, et, par conséquent, n'a pas produit sur lui, une dégénérescence graisseuse immédiate » (*sic*). Sur ces 3 malades, 2 subirent une nouvelle opération, suivie d'un bénéfice durable. Sur les rares sujets qu'il a pu observer quelques mois ou quelques années après l'opération, Loreta a remarqué que la dilatation de l'estomac diminuait, dans des proportions considérables, dès que l'organe avait recouvré son fonctionnement normal.

Le dernier mot n'est pas encore dit sur la valeur de la dilatation digitale; en effet, elle ne peut s'appliquer qu'aux rétrécissements cicatriciels, car, pour les cancers, elle est toujours suivie d'une mort rapide. Or, on comprend difficilement comment, dans bien des cas, le diagnostic exact a pu être posé; par exemple, nous voyons que, sur

(1) Czerny, *Centr. für Chir.*, 1889, n° 51, p. 924.
(2) Mikulicz, Seizième congrès des chir. allem., 1887. *Semaine méd.*, 1887, p. 156.
(3) Ortmann, Travail statistique sur le traitement opératoire de la sténose pylorique, cicatricielle. *Deutsche med. Woch.*, 1889, p. 172.
(4) Bardeleben, *Berliner klin. Woch.*, 1888, n° 46.
(5) Kœhler, *Deutsche medic. Wochenschrift*, 1889, p. 259.
(6) Kœhler, *Deutsche med. Woch.*, 28 août 1890.
(7) Richter (de Breslau), *Deutsche med. Woch.*, 1882, p. 381.
(8) Loreta (de Bologne), *Acad. dell sc. Instit. di Bologna*, 11 fév. 1883.

(1) Hache, *Bull. méd.*, 1887, p. 1067.
(2) Burney, *Annals of surgery*, 1886, t. III, p. 372.
(3) Kinnicutt et Bull, *New-York med. Rec.*, 1889, t. XXXV, p. 617.
(4) J.-M. Barton (de Philadelphie), *Jour. of the Amer. med. Assoc*, 1889, t. XII, p. 799.
(5) Bull, *New-York med. Rec.*, 1889, XXXV, p. 619.

les 24 opérés qui figurent dans le travail de Carton, 7 fois le rétrécissement formait tumeur. D'un autre côté, il est bien extraordinaire que les récidives ne soient pas plus fréquentes, et que, seul, parmi tous les rétrécissements cicatriciels, le rétrécissement du pylore soit ainsi définitivement guéri par une divulsion.

Jusqu'ici, l'opération n'a guère été faite qu'en Italie et en Amérique. Lauenstein (1) dit que, jusqu'à l'année 1889, l'opération de Loreta n'a jamais été pratiquée en Allemagne. Il en a été de même en France, jusqu'à présent; au moins, à ma connaissance.

En résumé, pour les *rétrécissements cicatriciels* du pylore, on a le choix entre l'opération de Heinecke et celle de Loreta. Mais la difficulté, dans nombre de circonstances, consiste à reconnaître, même au cours de l'opération, si l'on est en présence d'un rétrécissement cicatriciel ou d'un cancer.

Pour les *cancers* du pylore, la pylorectomie paraît l'opération de choix, si la tumeur est très mobile, nullement adhérente et peu étendue.

Lorsque, par suite des conditions opposées, l'opération doit être laborieuse, longue, ou incomplète, il faut, sans hésiter, renoncer à agir directement sur l'obstacle, et se rejeter sur une opération palliative, l'abouchement de l'estomac à un point de l'intestin grêle pris en aval de l'obstacle, de manière à permettre aux aliments qui ne peuvent franchir le pylore de pénétrer, cependant, dans l'intestin pour y achever l'élaboration nécessaire à la nutrition du malade. Il faut faire la *gastro-entérostomie*.

B. — MÉTHODE INDIRECTE

GASTRO-ENTÉROSTOMIE.

Cette opération a été imaginée et pratiquée, pour la première fois, par Wœlfler (de Vienne), en 1881 (2); ne pouvant, à cause des adhérences, venir à bout d'une résection du pylore, il eut l'idée d'attirer une anse d'intestin grêle, d'y pratiquer, sur le bord libre, une incision de 4 centimètres, puis, d'aboucher, par une suture de Lembert, cette ouverture à une ouverture semblable faite sur la paroi antérieure de l'estomac, près de la grande courbure. Les vomissements, qui duraient depuis trois mois, disparurent, et la malade, très soulagée, vécut quatre mois.

Billroth (cité par Wœlfler) fit la même opération, mais des vomissements bilieux se produisirent, et la mort survint le dixième jour; on reconnut, à l'autopsie, que l'anse intestinale abouchée à l'estomac s'était coudée, de manière à former un éperon conduisant la bile dans l'estomac, et s'opposant au passage des aliments dans le bout inférieur de l'intestin. En vue d'éviter cet accident, Wœlfler proposa de rétrécir le calibre du bout supérieur en y faisant, au moyen de sutures, un pli, saillant dans sa cavité, et, aussi, d'aboucher plus largement le bout inférieur à l'estomac. Billroth pratiqua, dans le même but, la fixation complémentaire de l'anse intestinale à l'estomac, dans une direction telle que la voie alimentaire fût orientée convenablement.

Dans la gastro-entérostomie telle que la faisaient Wœlfler et Billroth, l'intestin grêle, fixé à l'estomac, passait, à angle droit, sur le côlon transverse. On reconnut que la compression exercée ainsi sur le côlon y gênait le cours des matières. De là, des modifications à l'opération primitive. Courvoisier (3) amena l'intestin grêle à la paroi postérieure de l'estomac, en le faisant passer au-dessous du côlon, à travers une large ouverture du méso-côlon transverse; il avait divisé le grand épiploon, sur une certaine étendue, au voisinage de l'estomac. Ce procédé expose à la gangrène du côlon transverse.

(1) Lauenstein, Huitième congrès de méd. intern. Wiesbaden, 1889. *Beilage zum Centr. für klin. Med.*, 1889, n° 28, p. 33.
(2) Wœlfler, *Centr. für Chir.*, 1881, n° 45, p. 705.
(3) Courvoisier, *Centr. für Chir.* 1883, n° 16, p. 794.

v. Hacker (1), sans toucher au grand épiploon, releva l'estomac et le côlon, fit une simple boutonnière au méso-côlon transverse, et, conduisant par cette fente la plus élevée des anses du jéjunum, il l'aboucha à la face postérieure de l'estomac.

Dans ces conditions, l'anse anastomosée, passant au-dessous du côlon, ne risque pas de le comprimer, et, l'épiploon n'étant pas lésé, il n'y a pas tendance au sphacèle du côlon; seulement les manœuvres sont difficiles, et, d'ailleurs, le procédé n'est pas applicable, si l'estomac est peu mobile, et si la paroi postérieure est envahie par le néoplasme.

Winslow (2) rassemblait, en 1885, 13 opérations de gastro-entérostomie, ayant donné 4 guérisons et 9 morts, soit une mortalité de 70 pour 100.

Rockwitz, deux ans plus tard (3), trouvait, sur 21 opérations, 9 guérisons et 12 morts, soit, 57 pour 100 de mortalité. Mais, en ajoutant à ces 21 cas, 8 opérations de Lücke dans lesquelles un seul malade était mort, il voyait tomber la mortalité à 44,8 pour 100. Sur ces 20 opérations il y en a 5 pour des rétrécissements simples, avec 1 seul cas de mort. D'après Rockwitz l'amélioration serait due aux perfectionnements apportés par Lücke à la technique de la gastro-entérostomie.

Lauenstein (4) considère la gastro-entérostomie comme étant moins grave que la pylorectomie: il l'a faite 9 fois, avec 7 succès opératoires.

Angerer (5) a pratiqué 6 gastro-entérostomies, avec 3 décès opératoires; 2 morts en quelques semaines, et 1 survie depuis plus de deux mois.

Czerny (6), de son côté, sur 11 gastro-entérostomies pour cancer, a eu 7 décès opératoires, soit une mortalité de 63,6 pour 100. Sur les 4 malades, un mourut quinze jours après sa sortie de l'hôpital, un autre vécut cinq mois et demi; un, onze mois et demi; le dernier était encore en bonne santé deux mois et demi après l'opération.

Eiselsberg (7) a publié les résultats des gastro-entérostomies faites à la clinique de Billroth. Sur 19 opérations, 9 avaient été pratiquées suivant le procédé de Wœlfler, et 10 suivant le procédé de Hacker. De ces 19 opérés (dont 18 étaient atteints de cancer), 10 sont morts des suites de l'opération, 4 de péritonite, les autres d'épuisement; 5 ont survécu, de un à sept mois; 3 vivaient encore de un à quatre mois après l'opération; 1 avait été opéré pour un rétrécissement simple, et survivait.

Herbert W. Page (8), qui a réuni une statistique de 36 cas, trouve 21 guérisons et 15 morts, soit, une mortalité de 42 pour 100.

En procédant comme nous l'avons fait pour la pylorectomie, c'est-à-dire en prenant les opérations de chirurgiens pour qui la gastro-entérostomie est de pratique courante: Lauenstein, 9 opérations; Angerer, 6; Czerny, 11; Billroth et ses assistants, 19, nous arrivons au chiffre de 45 opérations, avec 22 morts opératoires, soit 48,4

(1) v. Hacker, *Arch. für klin. Chir.*, 1885, t. XXXII, p. 616.
(2) Winslow, *Amer. Journ. of med. sc.*, 1885, n° 178, p. 345.
(3) Rockwitz, *Deutsche Zeitschr. f. Chir.*, 1887, t. XXXII, p. 501, 564.
(4) Lauenstein, Huitième cong. de méd. interne, Wiesbaden, 1889. *Beilage zum Centr. für klin. Med.*, 1889, n° 28, p. 33.
(5) Angerer, Congrès des chirurg., allem. de 1889. *Beilage zum Centralbl. für Chir.*, 1889, n° 29, p. 56.
(6) Czerny, *Centr. für Chir.*, 1889, n° 51, p. 925.
(7) Eiselsberg, Congrès des méd. et natur. allem., Heidelberg, 1889, *Centr. f. Chir.*, 1889, n° 51, p. 926.
(8) Herbert W. Page, *British med. Journ.*, 1889, p. 1114.

pour 100. La mortalité est donc seulement un peu inférieure à celle de la pylorectomie, qui, entre les mains des mêmes chirurgiens, donne 50 pour 100.

La gastro-entérostomie n'est donc pas une opération sans danger, et les bénéfices sont peu durables. Malgré tout, il est légitime de l'entreprendre, dans les cas de cancers inopérables du pylore, de même qu'on pratique la trachéotomie pour faire respirer un malade étouffé par un cancer du larynx. Mais il faut, soigneusement, distinguer les cas: je ne saurais mieux faire, à ce point de vue, que de rappeler ici les conclusions par lesquelles Ch. Monod terminait, à la Société de chirurgie, son remarquable rapport sur deux observations de gastro-entérostomie communiquées par Roux (de Lausanne) (1) :

« Pour que cette opération soit justifiée, il faut :

1° Que le malade soit encore relativement jeune, pas trop affaibli, en état par conséquent de supporter le choc opératoire ;

2° Que la maladie soit de date relativement récente, ou, au moins, que l'obstacle absolu au passage des aliments ne soit pas trop ancien ;

3° Que cet obstacle absolu existe, et que la sténose pylorique soit telle que l'alimentation soit devenue impossible ;

4° Il faut enfin, dirais-je, le consentement exprès du malade qui doit, dans une certaine mesure, supporter sa part de responsabilité dans la décision à prendre à son égard. »

Quant à l'avenir de la gastro-entérostomie, on ne peut encore prévoir ce qu'il sera. En France, elle n'a guère tenté jusqu'ici les opérateurs; je ne connais, à vrai dire, que Pozzi qui l'ait pratiquée, une fois, en 1887 (2); il s'agissait d'un cancer de l'estomac, et l'opéré, très affaibli, succomba, le lendemain de l'opération. En Angleterre et en Amérique, de même qu'en Autriche et en Allemagne, l'opération jouit par contre d'une réelle faveur (3).

Parmi les dernières opérations anglaises et américaines, beaucoup ont été pratiquées au moyen de plaques résorbables d'os décalcifié, d'après le procédé imaginé par Nicholas Senn, de Milwaukee (4), et dont voici, très résumés, les principaux détails de technique. Je les décris, d'après B. Jessett, qui s'en proclame le partisan enthousiaste (5).

Les plaques d'os, décalcifiées par l'acide chlorhydrique, et conservées dans un liquide antiseptique, doivent être perforées à leur centre, d'une ouverture ovale de 3/4 de pouce de long, sur 1/2 pouce de large; près du bord de cet orifice, on perce quatre trous, un à chaque extrémité du grand diamètre, un à chaque extrémité du petit. Par chacun de ces trous, on passe un fil de catgut n° 1 ou de soie de Chine, monté sur une aiguille à suture; ces quatre fils sont réunis, derrière la plaque, par un autre fil circulaire, formant un anneau concentrique avec l'orifice central, mais un peu plus large que lui.

Opération. — On attire, à l'extérieur, une anse de jéjunum, aussi élevée que possible, et une portion d'estomac, choisie à trois pouces de la grande courbure, et aussi près que possible du pylore; après avoir pris toutes les précautions pour éviter l'effusion du contenu, on fait, sur la face convexe du jéjunum, une ouverture d'un pouce de long, et on y engage une plaque d'os; les aiguilles des deux fils latéraux sont passées, de dedans en dehors, *à travers toute l'épaisseur de la paroi intestinale*, près du bord de la plaie; les deux fils correspondant au grand diamètre *sont attirés par l'orifice même de la plaie*, à chacune de ses extrémités; ces fils sont tenus par un aide, tandis que le chirurgien fait, sur l'estomac, une autre incision parallèle à la grande courbure : une seconde plaque est engagée dans l'estomac, par cette incision; les aiguilles des fils latéraux sont passés *à travers toutes les couches de l'estomac*; les fils extrêmes sont, comme pour le jéjunum, *attirés directement par la plaie*. Les deux ouvertures sont, alors, juxtaposées soigneusement, et les plaques, qui se correspondent par leurs faces, sont maintenues exactement en place par un aide, pendant que le chirurgien noue solidement les fils homologues de chaque plaque. Les fils latéraux inférieurs doivent être serrés les premiers, puis les fils extrêmes, et, en dernier lieu, les fils latéraux supérieurs. Si les extrémités des plaques semblent flotter, il est prudent d'appliquer une suture de Lembert, à ce niveau. Le jéjunum se trouvant, ainsi, étroitement uni à l'estomac, on n'a plus qu'à réduire les parties, et, après toilette, à refermer le ventre.

Il paraît que, depuis la vulgarisation de ce procédé, la mortalité de la gastro-entérostomie a notablement diminué; en effet, si l'on divise en deux séries les 36 opérations réunies par Page, on voit que, tandis que les 18 premières ont donné 10 morts, les 18 dernières en ont donné 5 seulement.

Ad. Jalaguier.

(1) Roux (de Lausanne), *Bull. de la Soc. de Chir.*, 10 juillet 1889, p. 582.
(2) Pozzi, *Bull. de la Soc. de chir.*, 17 juillet 1889, p. 586.
(3) Bowreman Jessett, *Brit. med. Journ.*, 27 juillet 1889, p. 169. — Du même, *The Lancet*, 12 juillet 1890, p. 68. — Stansfield, *British med. Journ.*, 8 février 1890, p. 294. — Bernays, Congrès de Berlin, 1890. — Beatson. *The Lancet*, 11 octobre 1890, p. 761. — Kilner Klarke, *The Lancet*, 6 déc. 1890, p. 1213.
(4) N. Senn, An experim. contrib. to intestinal surgery, with special reference to the treatment of intestinal obstruction. Travail lu le 5 septembre 1887 au neuvième congrès intern. de Washington. *Annals of surgery*, 1888, t. VII, p. 1, 99, 171, 264, 367, 421.
(5) B. Jessett, *British med. Journ.*, 27 juillet 1889, p. 169.

CORRESPONDANCE

Nous recevons de notre collaborateur et ami le professeur Dieulafoy la lettre suivante :

Mon cher rédacteur en chef,

Un agent d'une Compagnie d'assurances contre les maladies, « *le Progrès* », s'est présenté chez le docteur Péchadre (d'Epernay) comme il s'était présenté chez plusieurs de nos confrères de Lyon, pour proposer à ces confrères d'être médecins de ladite Compagnie, à la condition toutefois de *souscrire une assurance personnelle.*

A titre de références, l'agent de la Compagnie exhibait plusieurs certificats d'assurance signés de moi et me représentait à nos confrères comme attaché à la Compagnie.

Le docteur Péchadre ayant eu quelques soupçons sur la véracité de ces faits, m'en a prévenu. Je m'empresse de déclarer que j'ignorais absolument l'existence de cette Compagnie d'assurances et que je n'ai jamais eu par conséquent le moindre rapport avec elle.

Mais alors comment expliquer qu'un agent de la Compagnie exhibe de moi plusieurs certificats?

Je crois me rappeler avoir signé il y a quelques mois, à titre privé, un certificat qui m'était demandé par un monsieur qui était venu me consulter. Ma bonne foi a-t-elle été surprise, et ne serait-ce pas ce certificat qui est exhibé par la Compagnie comme document officiel avec d'autres certificats semblables dont j'ignore la provenance? Je ne sais; mais il est de mon devoir de mettre mes confrères en garde contre de pareilles manœuvres.

Veuillez agréer, etc.

Dr Dieulafoy.

La manœuvre inqualifiable dont il est question dans cette lettre mériterait d'être signalée au Parquet afin qu'une enquête judiciaire en établît le mobile, en fît connaître l'agent responsable. Il nous revient, en effet, de divers côtés qu'elle doit être considérée comme un épisode de la campagne contre laquelle ont déjà protesté plusieurs de nos confrères. Une instance ayant été introduite devant le Tribunal de la Seine

par un grand nombre de ceux-ci, nous devons attendre le jugement à intervenir. Mais il nous fallait sans plus tarder associer une fois encore la Presse médicale à de justes protestations.

L. L.

PATHOLOGIE CHIRURGICALE

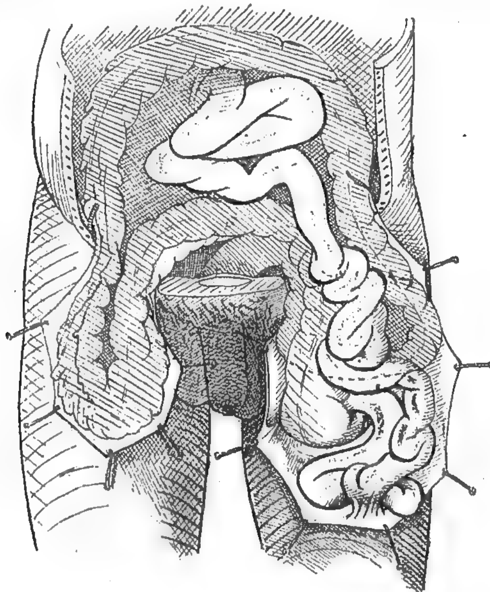
Hernie du cæcum à gauche.

Il y a maintenant près de trois ans, après que j'eus communiqué à la *Société anatomique*, quelques recherches sur l'anatomie pathologique de la hernie inguinale, je disséquai, sur un cadavre de l'Ecole pratique, une pièce assez remarquable de hernie bilatérale. J'ai toujours différé de présenter la description de cette pièce, assez rare et intéressante : j'en ai cependant toujours eu l'intention, car à ce propos je désirais surtout soutenir devant vous une opinion opposée jusqu'à un certain point à une doctrine émise par M. Tuffier dans son mémoire si intéressant sur le cæcum et ses hernies (1). Je publie aujourd'hui ce fait cadavérique d'autant plus volontiers que j'ai fait au cours de mes cures radicales de hernie inguinale, aujourd'hui assez nombreuses, quelques constatations que j'en puis rapprocher.

Voici d'abord la description de la pièce. Je dois à la grande obligeance de mon maître le professeur Farabeuf le dessin qui l'accompagne.

Obs. *Hernie inguinale directe bilatérale contenant* : 1° *à droite l'épiploon et le côlon transverse*; 2° *à gauche la dernière anse d'intestin grêle, le cæcum et l'S iliaque*.

Homme âgé, disséqué en décembre 1888. Sur ce cadavre on voit à gauche une hernie énorme. La moitié gauche du scrotum a 30 cent. de long au-dessous du pli de l'aine. Cette



hernie est sonore. A droite il y a aussi une distension scrotale. Mais la tumeur n'a pas plus que le volume du poing.

Dissection à gauche. Après incision longitudinale de la peau et du dartos, le sac herniaire est facile à isoler en haut, mais en bas il n'en est pas de même. Il y a des adhérences assez intimes des diverses enveloppes entre elles, et la dissection est d'autant plus difficile que la peau de cette région est déjà un peu sèche. Le sac est enfin isolé; en bas il est très mince, les tissus qui le doublent étant restés adhérents à la peau. Le testicule est situé à sa partie inférieure, à sa face postéro-externe. Le sac est alors incisé sur toute la longueur de sa face antérieure. A la jonction de son 1/3 inférieur et de ses 2/3 supérieurs apparaît alors un pli perpendiculaire à son grand axe. Ce pli ne fait pas tout le tour du sac. Il est très saillant (2 centimètres) en avant et en dedans; en arrière il s'atténue peu à peu et en dedans il est réduit à une bride étroite. Au-dessous de ce pli est de l'intestin grêle, adhérent au fond du sac et se prolongeant au-dessus; sur la face supérieure de la partie antéro-interne repose le fond du cæcum. Ce pli est formé par la séreuse; il est lisse et souple et au premier abord il m'a fait croire à l'existence d'une hernie congénitale. Mais cette valvule se déplisse si on tire le sac en haut et en bas au-dessus et au-dessous d'elle.

D'autre part, l'examen complet a fait voir : 1° que la hernie est directe; 2° qu'elle est située en dehors de la gaine profonde du cordon. L'épigastrique est en effet située au côté externe du collet; elle est fortement refoulée en dehors. Le cordon est en bas assez adhérent au sac; mais en haut il est facilement séparable. Il n'est pas éparpillé. La tunique vaginale est presque complètement oblitérée. Enfin, sur le 1/4 supérieur du sac, j'ai pu isoler de la séreuse une membrane continue avec le fascia transversalis en haut et latéralement, insérée à la partie inférieure du collet sur la lèvre postérieure de l'arcade de Fallope.

Le contenu de cette hernie est très complexe. On y trouve d'abord 2 m. 10 d'intestin grêle, avec son mésentère; à 78 cent. du cæcum, le bord libre de cet intestin adhère au fond du sac. Cette anse constitue la partie la plus déclive de la hernie. L'adhérence se fait par trois points limités, entre lesquels l'intestin forme des ponts sous lesquels les doigts s'engagent. Autour de cette région, la face interne du sac présente des plaques épaissies.

Le cæcum, dont j'ai indiqué la situation sur la face supérieure de la valvule du sac, ne présente aucune adhérence. Au-dessus de lui il y a 15 centimètres de côlon ascendant également libre. C'est seulement au collet qu'existe, outre une légère adhérence inflammatoire, une adhérence charnue naturelle, ou par glissement. L'adhérence inflammatoire unit au collet la face interne du côlon; elle se prolonge en arrière sur les parties voisines du mésentère iléo-cæcal, ou plutôt iléo-côlique. L'adhérence charnue naturelle unit le côlon au bord postérieure de l'anneau et elle forme un pli qui se prolonge vers la face antérieure du méso-côlon iliaque.

Derrière cette masse énorme formée par l'intestin grêle et le côlon ascendant, le côlon iliaque tout entier est hernié. En arrière et en dehors du collet il est fixé par une adhérence charnue naturelle unie à la face postérieure de son méso. Toute la partie contenue dans le sac est absolument libre.

A droite, la constitution exacte du sac ne m'arrêtera pas longtemps. La hernie est directe et située sous le crémaster atrophié, mais hors de la gaine profonde du cordon. Elle est entourée de deux enveloppes faciles à mettre en évidence : il suffit de retourner le péritoine en doigt de gant vers l'abdomen pour constater qu'il reste un sac empêchant une sonde de descendre plus bas dans le scrotum. La dissection prouve que le sac est constitué par le fascia transversalis, inséré à l'arcade de Fallope.

Sur la pièce ainsi préparée, on voit le cordon, contenu dans sa gaine profonde, perforer le fascia transversalis, sans lui adhérer (anneau inguinal interne), en dehors du collet; et après l'avoir perforé se dissocier dans le fascia propria.

Il y a un peu d'hydrocèle vaginale. Pas d'anomalie péritonéo-vaginale.

Le contenu de cette hernie est gros comme le poing. Il est formé par le grand épiploon et par le côlon transverse plié en anse. Il n'y a aucune adhérence, et la hernie est réductible.

Si maintenant on suit le trajet de l'intestin dans l'abdomen et dans les sacs herniaires, on constate l'état suivant, en remontant à partir du rectum le long du tube intestinal.

L'origine du rectum est attirée en avant et à gauche, près de l'orifice herniaire gauche. Le côlon iliaque lui fait suite; il descend dans la hernie, à peu près à mi-hauteur du sac, contre la paroi postérieure duquel il est situé. Son extrémité supérieure est au contact de la partie externe du collet. Là est, en arrière, une adhérence charnue naturelle, qui remonte derrière le côlon descendant et fixe au collet la face postérieure

(1) Tuffier, Etude sur le cæcum et ses hernies, *Arch. gén. de méd.*, 1887, t. I, p. 641, et t. II, p. 52.

du méso-côlon iliaque. De là, le côlon descendant va à peu près verticalement jusqu'au niveau de la terminaison du duodénum. Là il se recourbe et se continue avec le côlon transverse qui, très oblique, va de là au côté externe du collet herniaire droit. Dans ce trajet son bord externe, presque vertical, est côtoyé par l'épiploon et longé par l'estomac qui, lui aussi presque vertical, descend jusqu'à 9 centimètres de l'arcade de Fallope. Puis le côlon transverse s'engage, derrière l'épiploon, dans le sac herniaire droit, s'y recourbe en anse et remonte contre le bord interne du collet. Dans tout cela, aucune adhérence, soit inflammatoire, soit naturelle.

A partir de ce point commence le côlon ascendant qui se porte en demi-circonférence à convexité supérieure et postérieure, contre le bord interne de l'anneau gauche et s'y engage, en passant devant l'anse inférieure du côlon iliaque, pour aller, 15 centimètres plus bas, se jeter dans le cæcum. Là commence l'iléon qui descend au-dessous du cæcum, puis ressort au côté externe de l'anneau, devant le chef supérieur du côlon iliaque. De là il va au duodénum, dont le siège est normal.

Ainsi, le côlon forme dans la cavité abdominale deux courbes à peu près demi-circulaires, dont les extrémités répondent aux deux anneaux herniaires. L'une d'entre elles, petite, est constituée par le côlon ascendant, et s'étend entre les bords internes des deux anneaux. Entre elle et le pubis se trouve l'origine du rectum. L'autre, de grande courbure, est constituée par le côlon descendant et la partie gauche du côlon transverse; elle s'étend entre les bords externes des deux anneaux. Dans sa concavité, dirigée en bas et à droite, se trouve embrassée l'extrémité supérieure du mésentère.

Le flanc droit est déshabité : le côlon ascendant et le cæcum étant déplacés vers la hernie gauche. Ils sont remplacés par l'estomac et la moitié gauche du côlon transverse.

Il faut revenir un peu sur l'adhérence charnue naturelle du côlon ascendant à gauche. Cette adhérence ne commence qu'au collet, c'est-à-dire à 15 centimètres au-dessus du cæcum. En tirant sur l'intestin un peu relevé, on la voit formée de deux plis séreux. L'un d'entre eux, déjà signalé, va à la face antérieure du méso-côlon iliaque, au niveau du collet : il faut remarquer que cette face, devenue antérieure sur l'anse oméga herniée, est en réalité supéro-droite sur le méso-côlon iliaque en place. L'autre pli séreux passe au-dessus de la partie postérieure du petit bassin pour aller à la partie antéro-interne de la fosse iliaque droite, près de l'anneau herniaire de ce côté. Ce repli est concave en avant et à gauche, autour de l'origine du rectum.

La vessie n'est pas déplacée.

Les quelques remarques que j'ajouterai à cette description viseront : 1° la constitution du sac ; 2° le contenu de ces hernies.

1° *Constitution du sac.* — La particularité intéressante consiste dans le repli valvulaire que la séreuse présente dans le sac gauche, repli formant une sorte de nid sur lequel repose le fond du cæcum, tandis que l'intestin grêle descend au-dessous. Au premier abord, cela ressemblait beaucoup à un de ces diaphragmes ou valvules dont Ramonède fait la caractéristique des hernies péritonéo-vaginales : or il s'agit ici d'une hernie certainement acquise, puisqu'elle est directe, extra-funiculaire et entourée par le fascia transversalis refoulé. Ce repli, je le sais, est formé par l'adossement de deux plans séreux lâchement unis, faciles à séparer l'un de l'autre par simple traction sur les deux bouts du sac ; ce déplissement est autrement facile que pour les diaphragmes de la hernie péritonéo-funiculaire. Mais on conçoit que, surtout au cours d'une opération sur le vivant, cette appréciation soit sujette à l'erreur. J'en conclurai que l'existence d'une valvule partielle dans un sac herniaire, pour être réservée presque exclusivement à la hernie congénitale, n'est cependant pas un caractère absolu de congénitalité ; qu'à cet égard ce caractère ne vaut pas ceux, sur lesquels j'insiste depuis plusieurs années, que fournit l'examen attentif des rapports anatomiques précis du sac avec les éléments du cordon d'une part et le fascia transversalis d'autre part. Je n'ai pas à revenir sur cette étude anatomique, que j'ai esquissée ici même dans plusieurs notes successives, que j'ai développée dans l'article Inguinale (hernie) du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, sur laquelle je suis revenu cette année même devant le *Congrès de chirurgie* pour prouver que la médecine opératoire peut et doit faire son profit de ces constatations anatomiques en apparence minutieuses, en réalité très faciles à vérifier sur le vivant. On trouvera publiées *in extenso* dans la thèse de mon élève Duret les 39 opérations sur lesquelles j'appuie mon opinion (1).

Puisque je reviens en quelques mots sur les caractères différentiels de la hernie congénitale et de la hernie acquise, je relaterai une observation de *hernie oblique externe acquise*. C'est là, en effet, une variété fort rare. Dans mes nombreuses dissections cadavériques, j'avais constaté que, si la hernie directe, acquise, était loin d'être aussi rare qu'il est classique de le prétendre, la hernie oblique funiculaire, par contre, était presque toujours située sous la gaine profonde du cordon, était donc presque toujours péritonéo-vaginale. Je n'avais pu trouver sur le cadavre qu'une seule hernie externe extra-funiculaire et ayant refoulé le fascia transversalis. Mes opérations sur le vivant ont confirmé cette rareté. Elles sont aujourd'hui au nombre d'une cinquantaine, et si j'ai trouvé 4 hernies directes — bien plus rares que sur le cadavre, mais on n'opère guère les hernies de faiblesse — c'est il y a quelques semaines seulement que j'ai trouvé, sur le vivant, ma première hernie externe extra-funiculaire, pourvue d'un sac du fascia transversalis.

Obs. II. — *Hernie acquise oblique externe avec sac du fascia transversalis. Cure radicale. Guérison.* (Obs. rédigée d'après les notes de M. Goschbaum, externe du service). — Salad... Edouard, âgé de 58 ans, sculpteur, est entré le 20 août 1891, à l'hôpital Bichat, dans le service de M. Terrier que je suppléais alors, salle Jarjavay, lit n° 1. Il ne connaît aucun hernieux dans sa famille. Sa santé habituelle est bonne ; il n'a jamais eu de maladie sérieuse. Il y a 15 ans environ que sa hernie a débuté, sous forme de pointe ; elle a été pendant longtemps bien maintenue par un bandage et c'est seulement depuis un an qu'elle est devenue volumineuse, qu'elle provoque dans le ventre et dans les reins des douleurs empêchant le malade de travailler. Le bandage est devenu inefficace : la station debout suffit pour faire sortir la hernie malgré lui. La hernie rentre complètement et d'elle-même lorsque le sujet est couché. Les garde-robes sont rares, n'ont lieu que tous les 3 à 4 jours, mais c'est l'état habituel du malade, qui est hémorrhoïdaire.

A l'entrée, l'inspection révéla dans l'aine gauche une tumeur descendant jusque dans les bourses ; tumeur molle à la palpation, facilement et complètement réductible avec gargouillement, se reproduisant sous l'influence des efforts de toux. L'anneau inguinal est large, libre d'adhérences. A la percussion la hernie est sonore. Il est donc probable qu'il s'agit d'une entérocèle.

Opération le 27 août, avec l'aide de M. Goschbaum. M. Du Bouchet, externe, administre le chloroforme, qui est bien supporté. Au moment de l'opération, la hernie est complètement réduite. Je fais sur le trajet du cordon, au-dessous de l'anneau inguinal, une incision longue de 5 centim. qui fend successivement la peau, puis le crémaster, et j'arrive aisément sur le sac que j'incise. Ce sac sort par l'anneau externe, mais il est situé hors de la gaine profonde du cordon que l'on voit réuni en un faisceau à son côté externe et un peu postérieur. Je pris alors entre les ongles une des lèvres de l'incision du sac et de la sorte il me fut très facile de dédoubler ce sac en un feuillet séreux et un feuillet cellulo-fibreux. Le feuillet séreux fut très aisément disséqué avec l'ongle jusque dans le ventre et je le réséquai après ligature à la soie (nœud de Tait) et après m'être bien assuré que l'artère épigastrique

(1) Duret (Emile). *Considérations sur les variétés anatomiques et la cure radicale de la hernie inguinale chez l'homme.* Thèse de doctorat, Paris, 1890-91.

contournait son collet en bas, puis en dedans. Quant au sac cellulo-fibreux, par sa demi-circonférence postérieure, il se continuait avec l'arcade de Fallope; en avant on pouvait l'attirer et le libérer. Lui aussi fut lié au nœud de Tait et excisé; après quoi je reconstituai au-dessus de lui, par des sutures en capiton à la soie, le canal inguinal dont la paroi antérieure avait été largement fendue. Suture de la peau au crin de Florence; pansement iodoformé sans drainage. Le premier pansement fut fait au 6e jour, ablation des fils, réunion parfaite; un pansement de simple protection resta en place pendant 8 jours encore. La température ne dépassa jamais 37°. Le seul incident à noter est une rétention d'urine d'origine prostatique qui nous força à cathétériser le malade (sonde molle), les 4, 5, 6 et 7 septembre. Le 8 je fis donc lever le malade et l'envoyai au bain. A partir de ce moment la rétention cessa et le 16 septembre Salad... quittait l'hôpital, évacuant complètement sa vessie. Il doit porter un bandage léger.

2° *Contenu des hernies.* — La hernie droite contenait le grand épiploon, ayant attiré en anse le côlon transverse : ce cas vulgaire ne mérite aucun commentaire. A gauche, le contenu était beaucoup plus complexe : il était, je le répète, divisé en deux plans. En arrière était l'S iliaque; en avant se trouvait la fin de l'iléon, surmontée par le cæcum.

Je n'insisterai pas sur la hernie de l'S iliaque. On la considère quelquefois comme une très grande rareté, mais je crois qu'à cet égard on a beaucoup exagéré. Dans les hernies inguinales gauches la présence de l'S iliaque est loin d'être exceptionnelle : je l'ai constatée plusieurs fois sur le cadavre; j'en ai trouvé un cas très net sur le vivant (obs. XV de la thèse de Duret). Si d'ailleurs on réfléchit à sa constitution, à cette *anse oméga* qui flotte au-dessus du bassin, on n'est nullement étonné qu'elle puisse assez volontiers s'engager dans l'anneau inguinal, pour peu qu'une laxité anormale des mésos permette un léger abaissement. Il semble bien, en effet, et, sur le conseil de Farabeuf, Mérigot de Treigny y a insisté dans sa thèse, qu'à leur état normal les replis péritonéaux permettent aux anses qu'ils gouvernent d'affleurer seulement, pour les plus inférieures, les régions inguino-crurales : il faut soit un abaissement en masse, soit un allongement anormal pour que l'engagement ait lieu dans un anneau; abaissement ou allongement bien légers au début, puis accrus par la traction de la partie engagée à mesure que grossit la hernie.

Lorsque l'on regarde dans un abdomen ouvert les anses intestinales, on constate que les parties qui sont à la fois le plus proches des anneaux herniaires, le plus abaissables et le plus flottantes sont le grand épiploon, chez les sujets adipeux surtout, la dernière anse de l'intestin grêle et l'S iliaque. C'est de la dernière anse de l'intestin grêle exclusivement que je vais m'occuper : je pense en effet que, dans la très grande majorité des cas, c'est elle qui forme le contenu des entérocèles inguinales droites et souvent celui des entérocèles gauches; et j'ajoute qu'à mon sens presque toujours lorsque le cæcum descend dans une hernie, c'est qu'il est y attiré à la suite de cette anse.

Cette doctrine est donc radicalement opposée à celle qu'a soutenue Tuffier dans l'intéressant mémoire que je citais tout à l'heure. D'après notre distingué collègue, en effet, si parfois le cæcum peut être entraîné à la suite d'un autre segment intestinal, du côlon ascendant par exemple, le type est la hernie cæcale *primitive,* laquelle *se complique* secondairement de la descente de l'intestin grêle. Si l'on compare la mobilité du cæcum à celle de la fin de l'iléon, cette opinion paraît déjà inexacte; si l'on constate, en outre, que la hernie primitive pure est très rare et que dans la statistique de Tuffier la hernie *compliquée* comprend la presque totalité des cas (36 fois sur 38, *loc. cit.*, p. 62), on conclut que cette prétendue *complication* est la règle et l'on est de plus en plus porté à admettre que le cæcum a, en réalité, suivi l'intestin grêle. Quant aux cas où le cæcum existe seul dans le sac, rien ne prouve qu'il y soit toujours seul, et l'on peut très bien supposer que, dans ces 2 cas sur 38, l'intestin grêle avait fait hernie à un moment donné, mais que, vu la réductibilité facile, il était rentré dans le ventre au moment de la dissection, laissant derrière lui le cæcum irréductible. Mais, objectera-t-on, le cæcum a un sac complet dans les hernies, Trèves l'a prouvé : donc il est réductible. A condition toutefois qu'il n'ait pas attiré dans le trajet inguinal le méso-côlon ascendant, formant adhérence charnue naturelle, comme disait Scarpa. Dans ce cas, en effet, le côlon ascendant étant fixé en cette position, le cæcum ne peut plus que se fléchir angulairement de bas en haut pour suivre l'ascension de l'intestin grêle réduit : et de là ce renversement en apparence bizarre quelquefois constaté dans les hernies du cæcum seul, renversement auquel Tuffier attache à mon sens une signification erronée quand il en conclut que l'origine de tout a été la descente du côlon ascendant (*loc. cit.*, p. 666). Je ne veux pas nier la possibilité de la hernie primitive du côlon ascendant, mais j'avoue qu'en principe je n'y crois guère : sa genèse est difficile à comprendre et la position du cæcum fond en haut s'explique au moins aussi bien de la façon que je viens d'exposer.

Cette position, d'ailleurs, est rare, et presque toujours on se trouve en présence d'une hernie, contenant à la fois de l'intestin grêle et le cæcum, où l'intestin grêle occupe le fond du sac tandis que le cæcum est plus ou moins près de l'anneau. J'ai constaté la chose très nettement sur les deux hernies du cæcum que j'ai disséqué sur le cadavre et dont je décris aujourd'hui le second cas. Ma pièce actuelle est fort démonstrative à cet égard, puisque, en outre, l'anse d'iléon est fixée au fond du sac par d'anciennes adhérences. J'ajouterai qu'au cours de deux opérations de cure radicale pour des hernies inguinales droites j'ai trouvé dans le sac l'intestin grêle, et après réduction j'ai vu la pointe de l'appendice faisant saillie au-dessous du collet : je crois que la traction par une hernie ancienne de l'iléon explique fort bien cet abaissement anormal. La première de ces observations est publiée dans la thèse de Duret (obs. XXXI).

A l'aide de ce mécanisme, on s'explique que le cæcum puisse être attiré jusque dans le trajet inguinal gauche surtout si, comme dans ma pièce actuelle, l'intestin grêle a contracté des adhérences inflammatoires fournissant un point d'appui à la traction. Mais je ne peux pas étudier longuement la hernie du cæcum à gauche : un assez grand nombre d'observations de ce genre ont été réunies en 1889 par M. Hedrich, élève de M. J. Bœckel, dans la *Gazette médicale de Strasbourg*. Je renverrai donc à ce mémoire. Je signalerai seulement une particularité anatomique fort nette sur ma pièce : la liberté remarquable du côlon ascendant, en sorte que l'adhérence charnue naturelle n'existait que juste au collet, à 15 centim. au-dessus du cæcum. C'est dire qu'il y avait 15 centim. de côlon ascendant sans méso-côlon. Cette disposition anatomique, qui n'est pas, d'après mes recherches, d'une rareté extrême chez l'enfant, n'est peut-être pas indispensable à la production de la hernie cæcale à gauche; mais on comprend, sans qu'il soit nécessaire d'y insister, qu'elle la facilite notablement.

A. Broca (1).

(1) Communication à la *Société anatomique*, séance du 2 octobre 1891.

TRAVAUX ORIGINAUX

De l'acétate neutre de plomb dans le traitement de la pneumonie (1), par le Dr Omer Marquez, médecin en chef honoraire de l'hôpital d'Hyères (Var), membre correspondant de l'Académie de Médecine, etc.

L'expression « Association pour l'avancement des sciences » éveille l'idée de progrès et de nouveauté dans le domaine des choses de la science. C'est cependant sur une vieillerie que je me propose d'arrêter un instant votre attention, une vieillerie que je crois négligée à tort : l'acétate neutre de plomb dans le traitement de la pneumonie.

A introduire cette question devant vous, Messieurs, je ne pense pas être incorrect vis-à-vis du Congrès de la tuberculose auquel j'ai présenté dernièrement, par les soins obligeants de son distingué secrétaire général, en mon absence, une note relative à l'emploi du sel dont il s'agit dans le traitement de la pneumonie de sujets tuberculeux ou menacés de le devenir. Ce Congrès avait un objet parfaitement déterminé ; je devais rester dans les limites de son programme. Aujourd'hui, je saisis volontiers l'occasion que m'offre la session actuelle de votre Association pour déclarer, devant votre section de médecine, que je ne dois pas restreindre mon plaidoyer à la seule cause de la tuberculose, par la raison qu'il m'est arrivé d'aller plus loin, toutefois sans sortir du cadre des affaiblis.

C'est en effet, ainsi que je l'ai déjà indiqué ailleurs, pour le cas de ces pneumonies et broncho-pneumonies où les antiphlogistiques directs ou indirects et les antimoniaux menacent de délabrer une économie qui, marquée ou non d'une tare spécifique, manque de ressort, que je réserve mon recours à la méthode dont M. le professeur agrégé Strohl (de notre ancienne et regrettée faculté de Strasbourg) a fait connaître les avantages, à la Société médicale du Haut-Rhin, en 1859. — Rentrent dans le même cadre les pneumoniques visés par M. le professeur Crocq (de Bruxelles), au Congrès international de thérapeutique tenu à Paris, en 1889 : des alcooliques, des diabétiques, des brightiques, ceux-là aussi des sujets qui ne sont pas facilement justiciables du traitement classique, s'ils ne sont déjà tombés en déchéance irrémédiable.

Sans doute, pour tous ces affaiblis, l'alcool est un excellent remède, un puissant moyen d'entretenir la résistance de leur cerveau et de relever leur vitalité. Mais l'alcool se borne ici à escompter le temps et les bienfaits de l'expectation, quand l'expectation suffit à guérir ; il est sans action sur la fluxion pulmonaire ; il n'aide pas à tempérer, pour l'amener ensuite à régression, le travail inflammatoire et infectieux qui pèse sur le poumon, en même temps qu'il compromet l'ensemble de l'organisme. —Il y a cependant là matière à intervenir d'une façon plus active et à contre-stimuler, sans toutefois se laisser entraîner à une thérapeutique de spoliation, comme s'il s'agissait d'une pneumonie où prédominerait franchement l'élément sthénique. On pourrait associer l'alcool à l'antimoine et prescrire celui-ci à doses plus modérées que de coutume. Cela se fait ; mais cela fait peu merveille.

Sur des pneumoniques, jeunes ou vieux, déjà mis en dépression par une usure quelconque de leur constitution et alors surtout que leur ventre veut être ménagé, aux antimoniaux je préfère l'acétate neutre de plomb ; je le donne à la dose moyenne de 20 à 30 centigrammes, en solution dans de l'eau distillée, et je l'accompagne de quelques gouttes de laudanum.

Sous l'influence de cette médication qui n'exclut pas l'intervention, en temps utile, des adjuvants vésicatoires ou autres, la fièvre baisse assez rapidement : le pouls en témoigne, moins fréquent et mieux étoffé ; de même la température, moins anormale et la peau, plus souple avec tendance à devenir halitueuse. — Localement, l'hyperémie pulmonaire, d'abord demeurée stationnaire, ne tarde pas à rétrocéder, en même temps que la défervescence s'accentue, que la dyspnée fait place à une respiration moins pénible et moins douloureuse, que la toux perd de sa fréquence et de son caractère angoissant, et que l'expectoration donne des crachats moins sales et moins caractéristiques de la nature du mal. L'oreille et la percussion, à son tour, confirment cette amélioration ; l'une, par la décroissance progressive de la matité pulmonaire ; l'autre, par la perception des râles qui attestent, aux deux temps de la respiration, le retour du parenchyme phlogosé à la perméabilité qu'il avait perdue, encore qu'il ne soit pas absolument débarrassé de tout l'exsudat qui était venu l'encombrer. — Quant aux phénomènes accessoires et complémentaires du tableau de la maladie, ils sont la conséquence des troubles survenus dans l'ensemble de l'économie ; ils font cortège ; ils suivent le mouvement et s'amendent à mesure de la détente et du retour à l'équilibre fonctionnel.

Cela, c'est l'ordinaire de la pneumonie qui guérit et cela se fait plus ou moins vite. Dans les cas du genre de ceux qui me préoccupent, cela se fait avec moins d'hésitation et de tiraillements, par suite avec moindre perte de temps, en traitement saturnin que dans les conditions du traitement officiel.

Voici trois femmes ; elles viennent de passer, presque dans le même temps, par une pneumonie qui, sur chacune d'elles, a affecté le poumon droit et n'a pas dépassé l'hépatisation.

Obs. I. — Cinquante-trois ans, constitution sèche, ménopause bien franchie. Pneumonie lobaire, constatée le 16 juillet, paraissant dater de deux ou trois jours, ascendante du 13 ou 14 au 22, caractérisée par un ou deux jours de malaise précurseur et de froid, lassitude excessive, céphalalgie, oppression, point sous-mammaire et sous-axillaire, dyspnée croissante, crachats visqueux, rouillés et où l'on a vu quelque peu de sang ; fièvre de 100 à 120 P. et de 39 à 40° A. — Matité ; râles crépitants, souffle tubaire. — Traitement : analgésine ; kermès, d'abord mal toléré ; vésicatoires. — Le 23, râles de retour et défervescence.

Obs. II. — Soixante-dix-huit ans ; de complexion moyenne ; depuis plusieurs années, fonctions digestives mauvaises et, notamment en été, diarrhées fréquentes. Le 6 août, après deux ou trois jours de malaise et d'oppression, a, depuis la veille, la respiration courte, haletante, avec douleur pongitive sous le sein et dans le dos ; toux pénible ; quelques crachats visqueux d'abord striés de sang, puis d'une teinte abricot ; bruit respiratoire diminué ; râles humides, à bulles inégales ; peau chaude et sèche ; pouls petit et fréquent, de 76 à 80 ; insomnie ; une nuit, du délire. — Traitement du 6 au 10 : sucre de Saturne ; boissons vineuses. — Râles de retour et défervescence ; un vésicatoire ; de l'alcool (rhum). — Aucun accident du côté des voies digestives.

Obs. III. — Vingt-huit ans ; constitution moyenne, fatiguée par le travail. 19 août : depuis quinze jours a perdu l'appétit et le sommeil, souffre du ventre et de la tête ; depuis trois ou quatre jours, gêne croissante de la respiration, avec points sous-mammaire et dorsal ; toux difficile, quelques crachats sanglants, bientôt remplacés par des crachats teinte rouille, peu abondants. Matité des deux tiers inférieurs, râles crépitants très fins, souffle ; fièvre modérée. — Le 24, râles de retour et défervescence. — Traitement : sucre de Saturne et vésicatoires ; sur la fin, un laxatif.

(1) Mémoire lu à *l'Association française pour l'avancement des sciences* ; Congrès de Marseille, septembre 1891.

Ces trois femmes, assez semblablement atteintes, sont arrivées à la défervescence, la première après sept jours de traitement antimonial et probablement dix de maladie; les deux autres après quatre ou cinq jours de traitement par la médication saturnine, cinq ou six, peut-être sept, du début à la convalescence.

Le fait est récent; je le cite à simple titre d'exemple en conformité des résultats énoncés par les observateurs qui m'ont précédé et pour me justifier de voir dans le sucre de Saturne un précieux agent thérapeutique contre certaines pneumonies. Il contre-stimule sans asthénier; il enraye la maladie, fièvre et lésion. Ainsi faisant, il facilite, souvent il hâte la décongestion du poumon et la résolution des produits accumulés par l'inflammation et, ménager des forces du malade auquel il n'inflige ni vomissements, ni diarrhée, ni sueurs énervantes, il modère les sécrétions morbides et ramène, sans secousses, à plus de régularité les fonctions déviées de la normale par la marche de la maladie; en fin de compte, il abrège le processus pneumonique et avance la convalescence.

L'acétate de plomb n'est pas un nouveau venu dans le traitement de la fluxion de poitrine; je le répète à dessein, il a été employé avec succès dans quelques cas exceptionnels : en Allemagne, par Ritscher (Richter, d'après Valleix) et par Burkardt, lorsqu'ils voyaient ne pas réussir la médication primitivement adoptée par eux; en Belgique, par M. Crocq (de Bruxelles); chez nous, par Leudet (de Rouen) et par moi-même; peut-être par d'autres encore; je les ignore. — Mais ce sel a été particulièrement utilisé et préconisé comme d'emploi dans toute pneumonie, par M. l'agrégé Strohl (de Strasbourg) (1). Ce dernier, « après quelques essais dans le genre de ceux de Ritscher et de Burkardt, est arrivé à prescrire le sucre de Saturne, comme base essentielle de médication, dès le début d'une pneumonie aiguë, sur enfant, adulte ou vieillard; il l'a fait avec des résultats qui l'ont encouragé à persévérer et à s'attaquer par la même méthode aux pneumonies secondaires des phthisiques et à celles des typhoïdiques. Sur les typhoïdiques, le succès a été douteux. Dans les autres cas, il n'est jamais survenu d'accident imputable au médicament, la cure a été plus rapide et les insuccès ont été en moindre proportion qu'il n'arrive par le traitement classique. »

La communication de M. Strohl à la Société médicale du Haut-Rhin date d'octobre 1859. C'est donc bien, par droit de naissance, une étude de l'Ecole française. Souffrez que je le rappelle devant votre Association et que je relève ici son mérite à ne pas tomber en oubli... Et puisse, Messieurs, sous vos auspices, l'objet de la communication que je viens d'avoir l'honneur de vous faire sur les données de ma pratique, pour n'être pas une nouveauté scientifique, avancer cependant d'un pas dans la confiance des médecins!

(1) Strohl. Du traitement de la pneumonie par l'acétate neutre de plomb (Société médicale du Haut-Rhin, 16 octobre 1859; *Gazette médicale de Strasbourg*, mai 1860).

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Le dos dans le « Railway spine » (The back in Railway spine), par Dercum (*The american journal of the medical sciences*, septembre 1891, n° 233, p. 247). — L'état physique du dos a été jusqu'ici insuffisamment étudié; l'attention de l'auteur a été attirée spécialement sur cette région dans un grand nombre de cas d'accidents de chemin de fer. Il rapporte 8 observations où différents troubles ont été notés de ce côté. La première est celle d'une femme de 24 ans, qui fut examinée deux ans après le traumatisme, et fut trouvée porteuse d'une aire de douleur à la pression au niveau de la région vertébrale qui avait reçu le choc. La deuxième a trait à un homme de 27 ans; légère douleur marquée à la pression dans la région lombo-sacrée; dans le troisième cas, sujet âgé de 29 ans, attitude en scoliose à convexité gauche, hyperesthésie à la pression superficielle du dos. Douleurs et exagération de l'attitude vicieuse par spasmes musculaires, lors des mouvements imprimés à la colonne vertébrale. La douleur superficielle exquise diffère de la douleur à la pression profonde présentée par les deux cas précédents : la rigidité par contracture musculaire provoquant la déformation est également remarquable. Dans le quatrième cas, homme de 46 ans, même rigidité par spasme musculaire déterminant une attitude spéciale en scoliose à concavité droite. Le cinquième cas se rapporte aussi à une rigidité spasmodique de la colonne, avec douleur à la percussion. Dans le sixième et le septième on trouve de même de la rigidité avec douleur exquise à la pression superficielle. Dans le huitième cas, lordose par rigidité musculaire, avec douleur réveillée par les mouvements de la colonne vertébrale. En somme, on constaterait d'après M. Dercum : 1° des modifications physiques du dos; 2° des désordres fonctionnels; 3° des symptômes psychiques et hystériques.

Neurasthénie (Some illustrative cases of neurasthenia, and a study of that condition with special reference to its causation and prevention), par E. Lockwood (*The New-York medical journal*, 25 juillet 1891, n° 660, p. 92). — L'auteur émet à ce sujet diverses considérations basées sur six observations personnelles, et sur des recherches bibliographiques. Les causes sur lesquelles il insiste sont les suivantes : l'hérédité, la grande différence d'âge des parents, les mariages consanguins, la goutte, l'alcoolisme, la phthisie, les maladies cachectisantes et paludiques des ascendants; le surmenage intellectuel des enfants, la mauvaise hygiène des écoles, l'administration de l'opium aux enfants, les excès vénériens, les irrégularités dans le régime alimentaire. Les causes déterminantes seraient l'anémie, l'oxalurie, les affections utéro-ovariennes et prostatiques. C'est en combattant ces causes qu'on pourra empêcher le développement de la neurasthénie.

Névrose de la peur avec anomalies de l'ouïe (Ein Fall von Schreckneurose mit Gehœrsanomalien), par Freund et Kayser (*Deut. med. Woch.*, 30 juillet 1891, p. 949). — Il s'agit d'un forgeron âgé de 45 ans qui fut terrorisé par un éclair ayant éclaté tout à proximité de son côté gauche, suivi d'un coup de tonnerre formidable ayant laissé une odeur de soufre intense. Il ne perdit pas connaissance. Plus tard il ne put préciser ni la forme de l'éclair, ni l'endroit exact de l'accident. Ultérieurement il perdit l'ouïe. C'est à cette occasion surtout qu'il fut examiné. A ce moment aucun trouble viscéral, aucun trouble moteur; pas d'ataxie, pas de signe de Romberg; rien au facial ni à l'hypoglosse; pas de paralysie des yeux ni des pupilles. Mais la sensibilité au tact est partout supprimée : les fortes pressions sont seulement perçues comme des contacts. Les troubles occupent toute la surface cutanée sauf quelques ilots. Il existe aussi des troubles de la sensibilité spéciale : rétrécissement concentrique double du champ visuel plus prononcé à gauche, surdité incomplète à droite et complète à gauche, suppression de l'odorat, et diminution du goût des deux côtés. Le traitement par la suggestion (le sujet était hypnotisable) ne put être d'aucun secours à cause de la surdité. On obtint des résultats ultérieurs par l'électrothérapie. L'auteur range son cas dans les *névroses par frayeur*, et non pas dans l'*hystérie*, et revient à ce propos sur les divergences qui séparent Charcot et Oppenheim et Strümpell au sujet de la névrose traumatique. Il prend un parti éclectique entre les deux opinions qu'il trouve l'une et l'autre trop absolues.

Paralysie dissociée du facial inférieur d'origine hystérique, par Charcot (*Archives de Neurologie*, n° 64, p. 1). — L'existence de la paralysie faciale hystérique avait jusqu'à présent paru douteuse à l'auteur, qui avait démontré que dans les cas observés il paraissait le plus ordinairement s'agir de spasme. Actuellement, la paralysie faciale, pour exceptionnelle qu'elle y figure, n'en est pas moins susceptible de faire partie de la nosographie de l'hystérie. Cinq cas en ont été rapportés, et le sujet présenté par le professeur en est un

nouvel exemple. Chez ce malade, garçon de 24 ans, alcoolique, il existe une paralysie du facial inférieur (m. buccinateur et grand zygomatique), avec anesthésie limitée aux parties paralysées, ainsi que divers stigmates hystériques et des crises convulsives caractéristiques. M. Charcot insiste non seulement sur les particularités de la paralysie faciale, mais encore sur le rôle des facteurs étiologiques multiples — traumatisme, alcoolisme, hérédité nerveuse, — qui ont présidé au développement de la névrose.

Note sur le dédoublement de la personnalité et les hallucinations verbales psycho-motrices, par J. Séglas (*Archives de Neurologie*, n° 64, p. 25). — A l'occasion de deux observations, ayant trait à des aliénés qui ont présenté nettement les phénomènes relatés, l'auteur remarque que les troubles de la volonté jouent un rôle prépondérant dans les faits de dédoublement de la personnalité. Il pense que l'hallucination psychique de Baillarger est avant tout un trouble fonctionnel des centres moteurs de la fonction du langage, et que l'élément moteur qu'elles renferment en fait une cause puissante de dédoublement de la personnalité.

MÉDECINE

Modifications morphologiques du sang à la suite des injections de lymphe de Koch (Ueber die morphologischen Veraenderungen des Blutes bei den Injectionen der Koch'schen Flüssigkeit), par Tschistowitsch (*Berlin. klin. Woch.*, 24 août, p. 835). — L'auteur a repris, à la suite de Ukoff, les recherches tendant à reconnaître les modifications subies par le sang sous l'influence des injections de lymphe. Il a vu que les leucocytes subissaient un accroissement très notable et surtout très rapide, lequel précédait tout autre symptôme de réaction locale ou générale. La multiplication des leucocytes s'arrête d'ailleurs très promptement, mais d'autre part on voyait la proportion des globules blancs adultes, volumineux, polynucléaires, augmenter d'une façon également transitoire. La lymphe de Koch détermine donc une suractivité leucocytique transitoire au point de vue du nombre et de la qualité des globules.

Acide carbonique et mécanique respiratoire (Kohlensaure und Athembewegung), par Speck (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, vol. XLVII, p. 509, 1891). — Le travail musculaire exagéré exerce une influence accélérante sur la mécanique respiratoire. C'est que cet acte a pour but d'éliminer en permanence l'acide carbonique produit en excès dans les muscles qui travaillent. Si intense que soit cette production, l'élimination pulmonaire suffit, grâce à une activité plus grande de la respiration. L'auteur pense que c'est dans l'appareil à sang noir, entre les capillaires périphériques et les capillaires pulmonaires, que naît l'excitation qui par voie réflexe active le jeu des poumons. Il accorde que l'appauvrissement du sang en oxygène agit dans le même sens, ainsi que l'intervention de l'acide sarcolactique musculaire. Mais il ne croit pas qu'il faille admettre avec Geppert et Zuntz que l'action musculaire engendre une toxine chargée d'impressionner les centres respiratoires de l'encéphale.

Cristaux de Charcot dans l'organisme vivant (Charcot'sche Krystalle im Gewebssaft des Lebenden), par A. Westphal (*Deut. Arch. für klin. Med.*, vol. XLVII, p. 614, 1891). — C'est dans un cas de leucémie que Charcot découvrit à l'autopsie dans le sang, le foie, la rate, les élégants cristaux rhomboédriques qui portent son nom. Plus tard les recherches de Neumann, Eberth, Zenker, von Jacksch, etc., confirmèrent cette première donnée en l'élargissant. Mais il restait admis que ces cristaux ne s'observent qu'à l'autopsie, et sont des productions cadavériques. Leur constatation dans les crachats des asthmatiques semblait bien indiquer que ces cristaux peuvent se voir dans un milieu vivant; mais la question restait douteuse.

L'auteur a examiné deux cas de leucémie splénique, l'un chez un homme de 36 ans, l'autre chez une femme de 23 ans. Dans les deux cas, une ponction aseptique de la rate lui a permis de retirer un peu de suc qui examiné immédiatement montrait des cristaux caractéristiques, plus nombreux après un certain repos, amassés surtout au voisinage des groupes leucocytiques. La chambre humide, la platine chauffante, sont favorables à leur production et à leur accroissement. Si le mécanisme de leur production, de même que leur valeur diagnostique, sont encore obscurs, leur existence dans l'organisme vivant ne saurait donc être mise en doute.

CHIRURGIE

Intoxication par la cocaïne (Ein Fall von Cocainvergiftung), par Trzebicky (*Wien. med. Woch.*, 1891, n° 38, p. 1521). — L'auteur rapporte un cas d'intoxication par la cocaïne à la suite de l'injection de 0,05 centigr. de cocaïne en solution au 20ᵉ, faite dans le but d'obtenir l'anesthésie locale pour une herniotomie.

Une heure après que l'opération fut finie, l'enfant, âgé de 2 ans et demi, fut pris d'agitation, de convulsions, de pâleur de la face, etc. Le pouls devint filiforme et la respiration prit le type de Cheyne-Stokes. On administra des excitants, de l'éther, etc., et ce n'est qu'au bout de 8 heures que l'enfant pouvait être considéré comme hors de danger. Les attaques s'espacèrent et disparurent au bout de 48 heures. L'enfant a guéri.

Ponction lombaire dans l'hydrocéphalie (Die Lumbalpunction des Hydrocephalus), par Quincke (*Berl. klin. Woch.*, 1891, nᵒˢ 38 et 39, p. 929 et 965). — Lorsque la tension du liquide cérébro-spinal augmente, on peut évacuer une certaine quantité de liquide par la ponction lombaire faite dans l'espace qui existe entre les arcs postérieurs des vertèbres lombaires. Pour ne pas léser la moelle, cette ponction doit être faite entre les apophyses épineuses de la troisième et de la quatrième vertèbres lombaires avec un trocart de 6 à 12 mm. de diamètre qu'on pousse à une profondeur de 2 centim. chez les enfants, de 4 à 6 chez les adultes. En donnant au trocart la forme d'une lancette qui déchire alors la dure-mère, on peut instituer une sorte de drainage chronique du liquide cérébro-spinal.

L'auteur a fait cette opération 22 fois sur 10 malades dont cinq enfants pour parer aux symptômes de compression du cerveau dans l'hydrocéphalie chronique et aiguë, dans la sclérose et les tumeurs du cerveau, dans l'hémorrhagie cérébrale. Dans plus de moitié des cas la ponction a une influence favorable soit sur les symptômes céphaliques, soit sur la marche même de la maladie.

L'auteur admet, jusqu'à nouvel ordre, deux indications de la ponction : l'augmentation considérable de la tension intra-crânienne, l'existence d'un exsudat chronique.

Chirurgie de l'estomac (Beitraege zur Chirurgie des Magens), par Lauenstein (*Deut. med. Woch.*, 1891, n° 34, p. 1005). — L'auteur a présenté à la Société de Hambourg quatre estomacs provenant d'individus opérés pour un carcinome du cardia ou un rétrécissement du pylore.

Dans le premier cas il s'agit d'une femme de 65 ans, morte 10 heures après l'opération. La gastrostomie fut faite d'après le procédé de Hahn et pendant l'opération on perfora la plèvre. A l'autopsie on trouva un carcinome du cardia qui comprimait légèrement l'aorte. C'est à cette compression que l'auteur attribue le bruit de souffle systolique qu'on entendait pendant la vie de la malade au niveau de l'épigastre.

Le second cas se rapporte à un homme de 59 ans, atteint de carcinome du cardia. Il fut impossible d'attirer l'estomac à travers l'incision de Hahn, de sorte qu'on fut obligé de suturer la première incision et d'en faire une autre sur la ligne médiane. Le malade mourut au bout d'un mois.

Le troisième cas, où l'on fit l'opération de Heinecke-Mickulicz pour un rétrécissement cicatriciel du pylore, est remarquable par ceci que, malgré l'absence d'acide chlorhydrique dans le suc gastrique, il n'y avait pas de néoplasme. Le malade, un homme de 57 ans, s'est suicidé peu de temps après, et l'autopsie confirma ce point.

Enfin le quatrième cas se rapporte à un individu de 37 ans présentant tous les symptômes d'un rétrécissement non néoplasique du pylore. A l'ouverture de l'abdomen on trouva un rétrécissement de la partie supérieure du duodénum avec un pylore forcé, et on établit une fistule gastro-intestinale. Le malade guérit de son opération, mais fut pris de diarrhée incoercible et mourut trois mois après l'opération. A l'autopsie on trouva que la fistule était située sur la partie inférieure de l'iléon, à 25 cm. au-dessus de la valvule. La partie supérieure du duodénum formait un véritable cul-de-sac au centre duquel existait un orifice qui laissait à peine passer une allumette.

BIBLIOGRAPHIE

Du chimisme stomacal, par G. Hayem et J. Winter. (G. Masson, édit., Paris, 1891).

Voilà bientôt un an que MM. Hayem et Winter, colligeant leurs divers travaux sur le chimisme stomacal, ont présenté un volume sur ce sujet au public médical. Toutes les conclusions des deux savants auteurs sont restées intactes; on a pu ajouter quelques faits intéressants pour l'étude de ce chimisme dont l'histoire semble si difficile à faire, mais rien n'a été détruit. La stabilité de leur œuvre est le meilleur éloge qu'on en puisse faire, en cette époque où l'on voit se succéder si rapidement les théories sur les modifications chimiques des sucs digestifs dans les maladies de l'estomac.

MM. Hayem et Winter commencent par donner un aperçu général sur l'histoire chimique et physiologique de la digestion et sur les diverses méthodes qui ont été successivement appliquées à l'étude chimique du suc gastrique. Chemin faisant, ils discutent ces méthodes et adressent surtout leurs critiques aux méthodes acidimétriques dites cliniques. M. Hayem, en présentant son ouvrage à la *Société médicale des hôpitaux*, disait que ces méthodes, sous prétexte de simplification et tout en conservant l'élément chlore, comme base d'appréciation du travail chimique de l'estomac, négligent le dosage direct de cet élément et déduisent sa valeur de déterminations diverses, bonnes en elles-mêmes, mais très discutables quand on leur attribue arbitrairement une part de diverses formes du chlore. Il y a là évidemment, ajoutait le savant professeur, de nombreuses causes d'incertitude et des sources d'erreurs contre lesquelles nous ne saurions trop mettre en garde. S'il est permis de prendre comme base de classification des états gastriques un élément chimique quelconque, il n'en est pas moins vrai que ce choix doit être justifié et que cette classification doit reposer sur des déterminations aussi précises que possible de l'élément choisi.

L'étude de M. Hayem aboutit à une détermination pratique, au classement des états gastriques considérés au point de vue chimique. M. Hayem rejette la division allemande des dyspepsies basées sur l'hyperacidité ou l'hypoacidité. L'acidité totale, dit-il, est incontestablement un facteur important, mais les éléments acides du suc gastrique sont multiples, et par suite les fluctuations de l'acidité totale ont des origines variables.

La division en *hyperchlorhydrie* ou *anachlorhydrie* ne vise que l'augmentation ou la diminution poussée jusqu'à l'absence totale de l'acide chlorhydrique libre. Les variations de cet acide libre ne concernent pour M. Hayem qu'un seul des éléments à doser.

La digestion stomacale pour MM. Hayem et Winter est une fermentation ayant pour résultat chimique de faire passer le chlore de l'élément minéral sécrété par les glandes sur la matière albuminoïde introduite à titre d'aliment. L'altération chimique de ce processus doit donc être essentiellement constituée par un défaut plus ou moins notable dans la proportion des combinaisons chloro-organiques. La déviation du processus fermentatif peut être quantitative ou qualitative. L'estomac est, en effet, le siège d'autres fermentations que la fermentation chlorhydro-peptique. Normalement il s'y forme au début de la digestion une certaine proportion d'acide lactique de fermentation. A l'état pathologique, cette fermentation paraît pouvoir être exagérée. Les produits de fermentation peuvent être encore des acides de la série grasse: lactique, acétique ou formique, butyrique, etc.

Altérations quantitatives, déviations qualitatives, processus fermentatifs anormaux, tels sont chimiquement les caractères des mauvaises digestions gastriques.

Ces altérations sont constatées par des méthodes d'investigation dont la technique ne peut même pas être résumée dans une courte analyse. Pour ces détails il faut se reporter au beau livre de MM. Hayem et Winter.

En résumé, dans la dyspepsie, les deux auteurs admettent trois grandes classes : l'hyperpepsie, la dyspepsie simple, l'hypopepsie, cette dernière pouvant aller jusqu'à l'apepsie.

« Cette classification, tout en reposant sur des données « chimiques, offre l'avantage de rapprocher les uns des autres « les faits qui se ressemblent le plus au point de vue clinique « et de susciter des indications thérapeutiques générales.

« Ainsi l'hyperpepsie indique le repos, la sobriété, les calmants, les révulsifs, tout ce qui peut contribuer à diminuer « l'irritation stomacale, l'excitation fonctionnelle, la congestion probable de la muqueuse gastrique. L'hypopepsie est, « au contraire, justiciable de la médication excitante, reconstituante ou tonique. »

Cette simple citation montre suffisamment toute la portée pratique des recherches de MM. Hayem et Winter.

Fernand Widal.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Des inhalations d'oxygène chez les nouveau-nés, par le Dr E. Bonnaire. Paris, A. Coccoz, 1891.

Ce traitement est indiqué :

1° Chaque fois qu'il existe une hématose pulmonaire insuffisante soit par obstruction des voies respiratoires, soit par faiblesse de l'appareil musculaire, soit par défaut d'excitation du centre nerveux respiratoire;

2° Dans les troubles de circulation interstitielle dont le sclérème est une manifestation commune;

3° Dans les altérations du sang d'origine infectieuse;

4° Dans tous les cas où il survient de l'abaissement de la température.

Le tubage du larynx, par le Dr de Lamallerée. Gannat, F. Marion, 1891.

Court plaidoyer théorique en faveur de l'intubation du larynx dans le croup, avec relation d'un cas personnel où l'auteur s'est servi d'une simple sonde.

Neurasthénie et goutte hypoazoturique, par F. Chiais. Paris, G. Masson, édit, 1891.

Les troubles nutritifs à hypoazoturie absolue sont très fréquents dans la neurasthénie et dans la goutte chronique. D'après l'auteur, l'action curative des eaux d'Evian est incontestable dans les perversions hypoazoturiques; elles sont donc spécialement indiquées dans ces deux cas.

Thèses des Facultés

BORDEAUX

Des troubles vésicaux et des altérations de l'urine symptomatiques des affections rénales, par M. Brodu.

Les affections de la vessie agissent par réflexe sur le rein, ce fait est connu depuis longtemps; la réciproque devait être également vraie, à savoir que les affections purement rénales donnent lieu à des sensations vésicales alors que l'appareil récepteur de l'urine est complètement intact. C'est sur ce dernier point que porte le travail de M. Brodu. Il passe successivement en revue les principales lésions du rein et examine leur retentissement sur la vessie.

Le plus souvent ce sont les symptômes vésicaux qui sont les seuls sensibles, car le rein malade ne donne lieu à aucune manifestation bien nette, même lorsqu'il est atteint gravement.

La tuberculose rénale occasionne des troubles vésicaux fréquents; en même temps il y a de la pyurie, de l'hématurie, de la polyurie et, chose qu'oublie de signaler l'auteur, de la phosphaturie.

Dans les tumeurs malignes du rein on remarque une hématurie qui a pour caractère d'être subite, sans cause saisissable; l'urine peut aussi contenir les fragments de tissu pathologique, cependant sa composition chimique ne paraît pas sensiblement modifiée, excepté quand il y a en même temps pyélite.

Dans la lithiase rénale les effets réflexes sur la vessie sont très fréquents et souvent intenses, mais ils peuvent aussi manquer totalement, car l'organe tolère parfois sans douleur des calculs énormes.

La pyélite, la pyélo-néphrite calculeuse et tuberculeuse amènent en général de la polyurie avec une hypodensité proportionnelle, de l'albuminurie, des sédiments, des déchets épithéliaux variés, une hématurie à manifestations tardives, irrégulières.

L'abcès du parenchyme rénal produit des douleurs de cystite, des crises vésicales, du ténesme, de la pollakiurie avec tendance à la diminution de la quantité d'urine excrétée. L'abcès peut se vider tout d'un coup dans l'urétère correspondant; l'hématurie n'est pas un symptôme constant, elle est rare et tardive.

L'hydronéphrose s'accompagne aussi de troubles douloureux dans la miction, elle est d'ordinaire exempte de coliques néphrétiques, de calculs, d'hématurie, de troubles des urines; l'absence de ces symptômes aide au diagnostic de cette affection.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et Dubuisson
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES SAMEDIS ET PUBLIANT TOUS LES MERCREDIS

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

RÉDACTEUR EN CHEF : Dr L. LEREBOULLET. — SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION : Dr A. BROCA.

COMITÉ DE RÉDACTION

MM. E. BRISSAUD, G. DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, A. GILBERT, A. HÉNOCQUE, A.-J. MARTIN, A. PETIT, P. RECLUS

BULLETIN

Paris, 16 octobre 1891.

Etiologie de la fièvre typhoïde.

On a pu lire dans le dernier numéro du *Mercredi médical* (p. 516) la remarquable communication faite à l'Académie de médecine par MM. Chantemesse et F. Widal. Nous n'avons donc point à insister ici pour faire ressortir avec quelle netteté les jeunes savants, auxquels la microbiologie est déjà redevable de tant de travaux utiles, ont réfuté les expériences qui tendaient à nier la spécificité du bacille d'Eberth. Aux procédés de coloration des milieux de culture qui permettent jusqu'à un certain point de différencier le *bacterium coli commune* du *bacille typhique*, MM. Chantemesse et Widal ajoutent une méthode très élégante qui établit leur diagnostic d'une facon aussi certaine que précise. Le bacterium coli commune fait toujours fermenter les sucres. Le bacille typhique n'acquiert jamais cette propriété. La question bactériologique paraît donc résolue. Il est désormais possible de reconnaître nettement l'existence du bacille d'Eberth, de prouver qu'il n'est pas une transformation du bacterium coli, que celui-ci, lorsqu'il devient pathogène, c'est-à-dire lorsqu'il détermine des péritonites, des accidents cholériformes ou des infections généralisées, ne perd point ses caractères propres et ne prend jamais ceux du bacille typhique. L'un des arguments invoqués par les médecins qui, dans ces dernières années, avaient admis la spontanéité de la fièvre typhoïde disparaît donc en même temps que la signification des observations et des expériences de MM. Rodet, Gabriel Roux et Vallet.

Dans toutes les villes, dans toutes les localités où l'on pourra soupçonner l'existence antérieure d'un typhoïdique, on sera dès lors en droit d'attribuer la genèse de la maladie au bacille d'Eberth lorsque celui-ci aura été retrouvé soit dans le sol, soit dans l'eau de boisson, alors même que l'on ne sera pas en mesure d'en démontrer l'existence préexistante. Mais en est-il de même dans les circonstances si diverses où l'épidémiologiste peut avoir à constater le développement de la maladie? Notre ami, le professeur Kelsch, en mettant en relief l'influence que l'organisme lui-même, par la détérioration que lui impriment l'encombrement, le surmenage, une mauvaise alimentation, etc., peut exercer sur la genèse de la fièvre typhoïde (1), a cité des observations qui semblent au premier abord donner gain de cause aux partisans de la transformation des germes d'ordinaire inoffensifs en agents pathogènes.

L'histoire de nos campagnes de Tunisie et d'Algérie démontre d'une manière irrécusable ce que Kelsch a si bien appelé « la véhiculation des germes par l'homme et leur silence prolongé dans l'organisme ». Parties de Marseille dans un état sanitaire parfait, les troupes envoyées en Kroumirie subirent les premières atteintes de la fièvre typhoïde plus de quarante jours après leur embarquement, en pleine forêt, dans un pays demi-sauvage, sur un sol vierge où les campements étaient renouvelés tous les jours, où la chaleur et le surmenage semblent avoir été les agents pathogéniques capables de suppléer aux causes ordinaires de la maladie. Dans le Sud Oranais, la colonne Innocenti, partie dans un état sanitaire des plus satisfaisants, ne fut atteinte de la fièvre typhoïde que deux mois après le commencement des hostilités, alors qu'elle se trouvait en plein désert, sur un sol vierge de toute contamination humaine. « De pareilles observations, dit Kelsch, écartent toute idée soit d'incubation prolongée ou de contagion, soit d'infection tellurique initiale; elles dénoncent l'homme lui-même comme le substratum du germe. Emporté de la garnison, celui-ci reste silencieux comme s'il était semé sur un terrain inanimé, jusqu'à ce que le milieu humain soit suffisamment modifié pour se prêter à son retour à l'activité et à la reprise de son pouvoir pathogène. » Et, dans les conclusions de son beau travail, insistant encore sur les conditions qui interviennent, en même temps que le microbe, pour déterminer la maladie, Kelsch affirme bien que, sans un terrain favorable, il n'y a pas d'épidémie, mais ajoute explicitement : « Il ne s'agit pas ici, bien entendu, de l'auto-infection dans le sens de la spontanéité, mais d'une adaptation — et des plus fécondes — des organismes à l'état de germes latents ou de germes répandus, chemin faisant, par les masses autour d'elles. »

(1) De la fièvre typhoïde dans les milieux militaires, par le Dr Kelsch. *Revue d'hygiène*, 1890.

Cette doctrine, qui est celle d'Arnould et de la plupart des médecins de l'armée, rappelle ce que le professeur Verneuil a désigné sous le nom de *microbisme latent*. « Logiquement, dit M. Chantemesse (1), elle n'a contre elle aucune impossibilité. Le microbisme latent de la pneumonie est bien connu et personne ne disconvient que certains cas d'infection typhique ne se seraient peut-être pas développés s'il n'était survenu des conditions adjuvantes, écarts de régime, surmenage, etc. »

L'importance des causes secondes dans le développement de l'infection typhoïdique n'est donc niée par aucun de ceux qui affirment le plus énergiquement l'influence prédominante d'un agent spécifique. Aussi bien, à l'appui de la doctrine défendue par M. Chantemesse, ne pourrait-on rappeler certains faits qu'il a cités lui-même et qui prouvent combien de temps le bacille typhique peut séjourner dans certains organes (2). La fièvre typhoïde guérie, le bacille typhique reste parfois 9 mois, 15 mois localisé dans certains points de l'organisme, constituant ainsi une lésion latente et conservant sa virulence et sa vitalité. Ne faut-il point admettre dès lors qu'un soldat atteint d'une de ces lésions anciennes et longtemps ignorées a pu être le premier agent de ces épidémies qui frappent à l'improviste des colonnes expéditionnaires, et cette hypothèse, qui rendrait compte de tous les faits observés, ne pourrait-elle pas être admise de préférence à celle de la transmutation des germes? Il nous suffira d'ailleurs de poser cette question, car nous n'avons voulu que signaler l'importance et l'intérêt des problèmes soulevés par les études épidémiologiques et résolus en grande partie par les intéressants travaux de MM. Chantemesse et Widal.

L. Lereboullet.

(1) *Traité de médecine*, p. 723.
(2) *Traité de médecine*, p. 701 et 702.

REVUE GÉNÉRALE

Essai sur l'étiologie et la pathogénie générales des bronchites.

La bronchite est une maladie extrêmement commune. On l'observe avec une égale fréquence chez l'enfant, chez l'adulte et chez le vieillard; l'âge lui imprime même des caractères particuliers, qui permettent de décrire, comme variétés cliniques, la bronchite des enfants et la bronchite des vieillards.

Certains sujets ont une extrême susceptibilité des bronches; chez eux, les causes efficientes que nous allons énumérer ne manquent jamais d'engendrer la bronchite. Nous devons nous borner à constater cette prédisposition dont nous ignorons l'essence. Dans quelques cas cependant, elle est la conséquence de la profession : l'abus du chant, l'abus de la parole (prédicateurs, professeurs, acteurs, lecteurs, crieurs des rues), le jeu des instruments à vent, favorisent l'apparition des bronchites.

I

CAUSES DES BRONCHITES AIGUES.

On peut reconnaître, au point de vue des causes, cinq groupes de bronchites aiguës :

Les bronchites infectieuses spécifiques;
les bronchites infectieuses non spécifiques;
les bronchites toxiques par élimination;
les bronchites par action topique physico-chimique;
les bronchites par angio-névrose.

I. *Bronchites infectieuses spécifiques.* — Nous appelons bronchites infectieuses spécifiques celles dont la cause efficiente est un micro-organisme spécifique.

Dans la *grippe*, dans la *coqueluche*, dans la *rougeole*, la bronchite est un élément morbide essentiel, qui ne peut manquer sans que la maladie soit complète; selon toute apparence, c'est le microbe pathogène encore inconnu de ces maladies qui est là cause de la bronchite. Dans ces trois affections, la bronchite est constamment associée à une inflammation des premières voies; elle est descendante.

Dans la *diphthérie*, les fausses membranes produites par le bacille de Klebs peuvent s'étendre des premières voies dans la trachée et les bronches, donnant lieu à une forme morbide que nous appellerons, pour éviter toute confusion, *bronchite pseudo-membraneuse diphthéritique*. La bronchite diphthéritique est en général une bronchite descendante.

Le *pneumocoque* est une cause fréquente de bronchite fibrineuse (pseudo-membraneuse) ou purulente, accompagnant ou non la pneumonie. C'est surtout dans la forme morbide étudiée par M. Grancher sous le nom de *pneumonie massive* que le pneumocoque provoque un exsudat fibrineux à la surface des bronches; il y a dans ces cas une *bronchite pseudo-membraneuse pneumonique*, probablement ascendante (1).

L'*érysipèle* peut atteindre les muqueuses, soit primitivement (ce qui est fort rare), soit secondairement. Schlumberger a décrit et figuré dans sa thèse (2) l'érysipèle de la trachée et des bronches. Causée par le streptococcus de l'érysipèle, la trachéo-bronchite érysipélateuse, véritable éruption qui reproduit sur la muqueuse les caractères de la lésion cutanée, est distincte de la broncho-pneumonie causée par le streptocoque pyogène, ou par le streptocoque érysipélateux à virulence transformée et devenu pyogène (3). La trachéo-bronchite érysipélateuse est une bronchite descendante.

M. Lodge fils (de Bradford) a montré que, chez les trieurs de laine, l'*infection charbonneuse* pouvait produire, par aspiration des spores, une bronchite très grave, souvent mortelle, et liée à la pullulation de la bactéridie charbonneuse sur la muqueuse bronchique (maladie des trieurs de laine) (4).

A côté de ces bronchites exogènes où le microbe est apporté par l'air inspiré, il existe des bronchites hématogènes où le germe est apporté par le sang.

Dans la *variole*, l'éruption peut se produire sur la trachée et les bronches et les vésico-pustules donnent souvent naissance à une fausse membrane. Une bronchite intermittente peut être la manifestation de l'*impaludisme*. Dans la *morve*, l'éruption tuberculeuse trachéobronchique s'accompagne souvent d'une phlegmasie diffuse de la muqueuse. Dans la *syphilis secondaire*, l'éruption peut frapper les bronches.

(1) Boulay. Des affections à pneumocoques indépendantes de la pneumonie. Thèse de Paris, 1891, p. 37.
(2) Schlumberger. *Erysipèle du pharynx et des voies respiratoires.* Thèse de Paris, 1872.
Straus. *Erysipèle des voies respiratoires. Soc. méd. des hôp.*, 1880.
Luc. Erysipèle du pharynx, de la bouche, de la poitrine, de la face et du poumon, *France médicale*, 31 mars 1880.
(3) Stackler. *Essai sur la broncho-pneumonie érysipélateuse.* Thèse de Paris, 1881.
Denucé. *Pathogénie et anat. path. de l'érysipèle.* Thèse de Bordeaux, 1885.
Mosny Note sur un cas de broncho-pneumonie érysipélateuse sans érysipèle externe. *Archives de méd. expérimentale*, 1890.
(4) *Archives de médecine expérim.*, nov. 1890.

Enfin, on a dit que, dans certains cas, le *pemphigus de la peau* s'accompagnait d'une éruption semblable sur la trachée et les bronches (1). On doit réserver cette question; car, à l'heure actuelle, le groupe pemphigus est l'objet d'un démembrement complet.

II

BRONCHITES INFECTIEUSES NON SPÉCIFIQUES.

J'appelle ainsi les bronchites où le rôle des micro-organismes est évident, mais où ce rôle paraît tout à fait secondaire et banal. Pour expliquer ma pensée sur ce point, je vais étudier d'abord l'étiologie et la pathogénie de la bronchite *a frigore* qui est le type des bronchites infectieuses non spécifiques. Je montrerai ensuite que les bronchites observées dans les maladies adynamiques sont du même ordre et relèvent de la même pathogénie.

A. *De la bronchite a frigore. — Action du froid sur l'organisme.*

Jusqu'à l'avènement des doctrines microbiologiques, le froid était considéré comme cause directe et principale de beaucoup de maladies. Le rhumatisme, le tétanos, la pleurésie, la pneumonie, la péripneumonie, les catarrhes, les angines, la toux, etc., n'avaient pas d'autre étiogénie. Il fallut arriver aux travaux de Pasteur, et aux nombreuses recherches dont ils furent le point de départ, pour que l'influence du refroidissement fût discréditée. Les découvertes bactériologiques qui se succédaient avec rapidité montrèrent la spécificité de la plupart des maladies où on lui faisait jouer le rôle de principal générateur; dès ce moment on lui dénia toute action pathogénique.

Actuellement il se fait un retour vers les anciennes idées. On admet que le froid favorise, en certains cas, l'invasion microbienne dans les milieux ou dans les tissus (Jaccoud, Bouchard).

Quoi qu'il en soit, même au plus fort de la réaction, il resta une maladie *a frigore* non contestée, le rhume, la bronchite vulgaire.

La bronchite aiguë est parfois occasionnée par la respiration d'un air froid qui pénètre subitement et avec violence dans les bronches. Mais ce n'est pas par le contact direct du fluide aérien refroidi avec la muqueuse des voies respiratoires qu'elle est habituellement provoquée. C'est le plus souvent par le refroidissement de la peau, surtout par le refroidissement brusque. Quand le corps est en sueur, ou quand il est échauffé par un exercice prolongé, s'il est exposé à un courant d'air (coup d'air), ou refroidi par des vêtements mouillés par la pluie, il peut se déclarer une inflammation plus ou moins vive des bronches. Cette corrélation de la maladie et de sa cause est d'observation vulgaire, et le malade qu'on interroge ne manque jamais de la signaler.

Naturellement les *saisons* et les *climats* ont une grande influence sur le développement des bronchites *a frigore*.

Des recherches de A. Hirsch il résulte que la bronchite est surtout fréquente dans les climats froids et humides, qu'elle est très rare dans les climats chauds et secs. Cela tient à ce que, dans les régions humides, on observe des oscillations de température plus rapprochées, plus brusques, plus sensiblement inégales, que dans les régions chaudes et sèches. Exceptionnelle dans les régions équatoriales, la bronchite devient d'autant plus commune qu'on se rapproche du Nord.

Les saisons ont une influence analogue. Dans nos climats c'est au printemps et à l'automne, c'est-à-dire dans ces périodes de l'année où l'état thermo-hygrométrique de l'atmosphère est le plus mobile, que la bronchite s'observe le plus fréquemment. D'ailleurs des variations brusques et répétées des divers éléments qui caractérisent un climat (température, humidité, pression barométrique, état électrique) peuvent créer une *constitution médicale* particulièrement favorable à l'éclosion de la bronchite, et cela n'importe à quelle époque de l'année.

Les conditions climatériques et saisonnières multiplient donc les causes de refroidissement. Mais son action s'exerce de préférence sur certains sujets particulièrement impressionnables.

Les enfants et les vieillards y sont très sensibles. Il est des individus chez lesquels la moindre exposition au froid amène une bronchite. Il y a chez eux une véritable idiosyncrasie qu'on a cherché à définir, mais en réalité il est très difficile de l'expliquer. Certainement tous ceux qui ont une constitution faible présentent cette disposition (anémiques, scrofuleux, rachitiques, cachectiques). Mais que de sujets vigoureux présentent aussi cette aptitude! Geigel prétend que les hommes soumis pendant leur enfance à une éducation physique amollissante sont très exposés à subir l'action pathogène du froid. Les statistiques qu'il a dressées à Wurzbourg montrent que les enfants illégitimes ont rarement des bronchites, et sont atteints surtout d'affection du tube digestif. Pour les enfants légitimes, c'est l'inverse qui se produit, et la fréquence de la bronchite chez ces derniers tiendrait aux soins excessifs dont ils sont l'objet, et qui ne leur permettent pas de s'endurcir, d'acquérir l'immunité au froid.

Il est à remarquer aussi que certains sujets ont *une susceptibilité au froid limitée à certaines régions* : tel prend une bronchite s'il a froid à la tête, tel autre s'il laisse refroidir ses pieds; tel autre s'il reste un instant les bras nus ou la poitrine découverte.

La bronchite *a frigore* est donc une réalité. Mais comment le refroidissement agit-il pour provoquer l'inflammation d'une muqueuse? Les anciens supposaient que tous les pores exhalant de la transpiration étaient fermés par le froid et que l'humeur excrémentitielle de cette transpiration était refoulée à l'intérieur. De là résultait un changement important. L'appareil pulmonaire, celui des reins, de la vessie, de l'intestin (cutis rara, alvus densa, *Hippo.*) étaient chargés de la suppléance. Cette opinion est aujourd'hui abandonnée.

On a porté la question sur le terrain de l'expérimentation. Riegel et Ackerman, Rosenthal ont refroidi brusquement des animaux préalablement surchauffés. Ils ont constaté sur l'animal soumis à l'action de la chaleur une dilatation considérable des vaisseaux cutanés; le sang y circule avec force et abondance. Si l'on opère un refroidissement brusque, le sang qui gorge le réseau vasculaire périphérique se refroidit en masse, et par répercussion refroidit l'organisme. Cette perte subite de calorique apporte un trouble profond dans les organes internes.

Mais l'expérimentation s'arrête là. Elle ne peut expliquer pourquoi l'abaissement de la température interne engendre la bronchite.

L'*étude bactériologique des crachats* pourra peut-être nous en donner une explication plus satisfaisante et plus rationnelle.

Etude bactériologique des crachats de la bronchite. — Cette étude est encore enveloppée d'obscurités. Mais le résultat des recherches qu'elle a provoquées permet un certain nombre de déductions.

Disons d'abord que les voies respiratoires et les bronches en particulier renferment des microbes en dehors de tout état de souffrance. Parmi eux on a signalé d'abord les quatre espèces suivantes qui ont des propriétés pathogènes : le staphylococcus pyogenes (aureus et albus), le streptococcus pyogenes, le pneumococcus de Talamon-Frænkel, le pneumo-bacille de Friedlander (Cornil et

(1) De Lignerolles. *Soc. anat.*, 1886.

Babes, p. 573, 3e édition). Il est vrai qu'ils sont peu nombreux et manquent quelquefois. Mais qu'il survienne une bronchite *de quelque nature qu'elle soit*, on constate, en examinant les crachats, qu'ils deviennent plus abondants; on y voit même apparaître des espèces nouvelles : des *proteï*, qui sont pathogènes et même pyogènes, quand on les inocule aux animaux; les microbes mycogènes de Frænkel, un saprogène, découvert par Babes, dont la forme se rapproche de celle du bacille d'Eberth et d'un saprogène trouvé dans la vessie des cadavres.

Cornil et Babes font en outre cette remarque d'une importance capitale que ces microbes se retrouvent dans toutes les bronchites, non seulement dans la bronchite *a frigore*, mais dans la bronchite de la grippe, dans celle qui complique la pneumonie, la néphrite, l'emphysème, la tuberculose.

Un certain nombre de travaux récents ont agrandi le champ de ces recherches primitives. Citons d'abord le travail de Pansini dont nous allons donner un résumé (1). D'après cet expérimentateur, les streptocoques sont les seuls micro-organismes qu'on rencontre constamment dans les crachats, aussi bien dans la bronchite qu'à l'état de santé. Il décrit huit espèces différentes de ces streptocoques. Après eux, par ordre de fréquence, il signale les sarcines et spécialement la *sarcina variegata* (état normal, bronchite simple ou grippale). Il a noté trois champignons du genre *oïdium* ou *saccharomyces*; 21 espèces de bacilles dont 11 ont la propriété de fluidifier la gélatine, 10 espèces de microcoques dont 3 n'ont pas cette propriété. Il a rarement rencontré le streptocoque et le staphylocoque à propriétés pyogènes; mais il a trouvé dans les crachats purulents d'autres bactéries pyogènes. Dans l'expectoration des phthisiques, il a constaté une grande abondance de micro-organismes de toute espèce. Il n'a jamais observé la présence du *micrococcus tetragenus*.

On a aussi étudié les bactéries *chromogènes* qui donnent au crachat sa couleur *verte*. Le premier, A. Frick (2) a porté ses investigations sur des crachats verts de provenances diverses (asthme, dilatation des bronches, pneumonie, bronchite aiguë et chronique, phthisie). Cet expérimentateur a isolé et cultivé un bacille spécial, aérobie, et il a pensé que c'était à lui qu'il fallait attribuer la couleur verdâtre des crachats.

Combemale et François ont abordé le même sujet, et leurs recherches tendent aussi à montrer que le crachat vert, parfois épidémique, a une origine parasitaire. Si le parasite existe dans le poumon, l'expectoration est verte d'emblée; s'il ne se trouve que dans les *circumfusa* d'hôpital, l'expectoration ne prend cette couleur qu'après avoir séjourné dans le crachoir. Les mêmes auteurs ont constaté que la désinfection des objets d'hôpital par la vapeur d'eau sous pression, et l'usage de l'acide borique à l'intérieur, la faisaient disparaître (3).

Pansini croit que les parasites des crachats verts sont multiples, et que cette coloration peut être produite par le *bacillus pyocyaneus*, le *bacillus fluorescens putridus*, le *fluorescens non liquefaciens*. Frick avait d'ailleurs prouvé expérimentalement que les crachats devenaient verts lorsqu'on les ensemençait avec le bacillus pyocyaneus (non la variété B), avec le *bacillus fluorescens liquefaciens*, le *bacillus viridis pallescens*, le *bacillus virescens*, le *bacillus iris* et le *bacillus fluorescens*.

La couleur jaune et orangée des crachats serait due, d'après Pansini, à la présence des *bacillus aureus* et *squamosus*, de la *sarcine jaune*, *orangée* ou *variegata*.

Froid et microbes. — De ces résultats, incomplets et encore mal coordonnés, que peut-on conclure à l'heure actuelle en ce qui concerne la bronchite *a frigore*? Bien que la démonstration directe n'ait pas été faite, il est difficile de ne pas penser que tous ces microbes ont une influence pathogène réelle. Qu'ils vivent normalement dans les voies respiratoires, ou qu'ils viennent de l'atmosphère, il faut admettre que le *froid favorise leur fixation et leur pullulation sur la muqueuse des bronches*.

La solution du problème consiste donc à savoir pourquoi la perturbation apportée dans l'organisme par le froid favorise ce développement microbien. A l'état normal, l'organisme se défend contre l'invasion microbienne par les propriétés bactéricides du sérum et les propriétés phagocytiques des éléments anatomiques (Bouchard). Ces deux propriétés, surtout la seconde, sont en partie sous la dépendance du système nerveux (Bouchard et ses élèves) (1). Il est vraisemblable que la perturbation profonde apportée par le froid dans la calorification interne cause un désordre de l'innervation, particulièrement de l'innervation vaso-motrice, qui met l'organisme en état de moindre résistance, et là où celui-ci est normalement en contact avec des microbes (voies respiratoires, intestin, peau), on pourra voir apparaître des inflammations microbiennes, qu'on a le droit d'appeler infectieuses non spécifiques.

On conçoit aussi qu'une première atteinte de bronchite diminue le pouvoir de défense des bronches, et laisse des microbes plus virulents, ce qui favorise les récidives.

Coryza et bronchite a frigore. — Enfin il nous faut faire connaître une dernière face du problème étiologique de la bronchite *a frigore*. Dans la bronchite *a frigore* il existe constamment un coryza, avec ou sans pharyngite, avec ou sans laryngite. La constance du coryza prodromique de la bronchite est telle que, pour quelques auteurs, toute bronchite qui n'a pas été précédée d'un coryza n'est pas une bronchite simple et relève d'une autre cause que le froid (Lasègue).

Ce que nous venons de dire, au point de vue étiologique, de la bronchite *a frigore*, s'applique d'ailleurs exactement au coryza *a frigore*; mais on peut interpréter leur coexistence de deux façons : ou bien, le froid, agissant de la même manière sur la muqueuse nasale et la muqueuse bronchique, favorise l'invasion microbienne simultanée ou successive des deux muqueuses; ou bien, le coryza seul est déterminé par le froid, et les microbes ayant acquis leur virulence dans les fosses nasales envahissent plus tard, par simple propagation, la muqueuse trachéo-bronchique (bronchite descendante). Rien ne permet, à l'heure actuelle, de choisir entre ces deux manières de voir. Cela n'a d'ailleurs qu'un intérêt médiocre au point de vue pratique. Bornons-nous à retenir ce fait : la bronchite *a frigore* est presque toujours précédée d'un coryza; elle est, au point de vue clinique, une bronchite descendante.

B. *Bronchites infectieuses non spécifiques dans les maladies adynamiques.* — Il est un certain nombre d'états adynamiques dont la *fièvre typhoïde* offre le type, qui favorisent le développement des bronchites infectieuses non spécifiques, simplement par l'adynamie profonde dans laquelle elles plongent le sujet. L'adynamie agit comme le froid; elle désordonne l'innervation vasomotrice, met l'organisme en état de moindre résistance, et là où celui-ci est normalement en contact avec des mi-

(1) Pansini, *Arch. für Path. An. und Phys.*, Bd CXXII, Hft 3.
(2) A. Frick, *Arch. für Path. Anat. und Phys.*, Band CXVI, Hft 2.
(3) Combemale et François, *Soc. de biologie*, 17 mai 1890. — Combemale et Ladrière, De l'acide borique contre le crachat vert *Bull. méd. du Nord*, 24 juillet).

(1) Le système nerveux est le premier à ressentir l'action ennemie du froid; son épanouissement, qui était si considérable dans l'état de chaleur et de sueur, cesse aussitôt. *Frigus non est principium vitale, sed extinctionnis* (Van Helmont).

crobes, dans les bronches en particulier, on voit apparaître des inflammations microbiennes. On sait quelle perturbation l'empoisonnement typhique apporte dans l'innervation; l'innervation vaso-motrice des bronches étant troublée, il se produit des stases sanguines éminemment favorables au développement des germes qui vivent normalement dans les voies respiratoires ou qui pénètrent avec l'air respiré. Aussi la bronchite est-elle la règle dans la fièvre typhoïde; mais elle n'est qu'un élément secondaire, et nullement lié à la présence dans les bronches du bacille d'Eberth. Le broncho-typhus véritable, s'il existe, est une grande rareté.

La bronchite infectieuse non spécifique peut se présenter, comme une complication du même ordre, dans tous les états adynamiques et cachectiques (endocardite infectieuse, diphthérie, choléra, scorbut, affections cérébro-spinales; cachexies paludique, brightique, syphilitique, diabétique, goutteuse, alcoolique, cancéreuse, etc.). Elle survient souvent à la période ultime de beaucoup de maladies; c'est la bronchite des mourants de Laënnec qui se traduit par le gargouillement trachéo-bronchique (râle du vulgaire).

Dans ces états adynamiques, cachectiques et agoniques, la stase bronchique n'est pas due seulement à l'affaiblissement de l'innervation vaso-motrice, mais aussi à l'*affaiblissement de l'action du cœur* qui a un effet si marqué sur la circulation des bronches).

C. *Bronchites toxiques par élimination*. — Certaines substances, parmi lesquelles il faut citer l'*iode* et le *brome* au premier rang, viennent s'éliminer par les voies respiratoires et provoquent une bronchite plus ou moins intense. La bronchite iodique est bien connue; elle n'offre aucune gravité, et, depuis les travaux de G. Sée, on l'utilise parfois dans le sens d'une action thérapeutique. La bronchique bromique est plus grave et constitue souvent un empêchement majeur à la médication bromurée. Il nous paraît vraisemblable que l'iode et le brome, en s'éliminant par la muqueuse respiratoire, engendrent une bronchite infectieuse non spécifique.

L'empoisonnement par la *cantharidine* donne naissance à une trachéo-bronchite. Cette bronchite cantharidienne a été provoquée expérimentalement par les auteurs qui ont voulu étudier l'histologie des lésions de la trachéo-bronchite (Cornil et Ranvier).

D. *Bronchite par action topique physico-chimique* (*Respiration de poussières ou de gaz délétères*). — L'action nocive de la respiration des poussières répandues dans l'atmosphère sur les bronches doit être étudiée avec les pneumo-konioses. La *déglutition dite de travers* et la pénétration dans les bronches de débris d'aliments putrescibles peut engendrer, surtout chez les aliénés, une bronchite fétide.

La respiration de certains gaz peut donner naissance à la bronchite; le sulfhydrate d'ammoniaque des fosses d'aisances est une cause de bronchite chez les vidangeurs; les vapeurs d'acide nitrique chargées d'acide picrique que respirent les ouvriers chargés de la fabrication de la mélinite causent une bronchite spéciale avec accès asthmatiques (1). Le chlore, l'acide acétique, l'acide chlorhydrique, l'acide sulfureux, l'acide azotique et surtout l'acide hypoazotique ont des effets analogues. Les vapeurs d'acide hypoazotique ont une action qui peut aller jusqu'au sphacèle de la muqueuse.

E. *Bronchites par angionévroses*. — Nous trouvons dans ce groupe : 1° la bronchite de la fièvre des foins, étudiée plus haut; 2° la bronchite asthmatique qui rentre plutôt dans les bronchites chroniques; 3° l'urticaire des bronches.

(1) Regnault et Sarlet. Bronchite méliniteuse. *Marseille méd.*, 1891, p. 176, et *Ann. d'hyg. publique*, 1891.

Dans ces bronchites, il y a vaso-dilatation plus ou moins longue des vaisseaux bronchiques; dans l'urticaire, le phénomène est passager; dans les deux autres formes, il est plus prolongé et les micro-organismes interviennent au bout d'un certain temps.

III

CAUSES DES BRONCHITES CHRONIQUES

La bronchite chronique est primitive ou succède à des bronchites aiguës souvent répétées. Mais les mêmes causes qui engendrent la bronchite chronique d'emblée favorisent le passage à l'état chronique d'une bronchite aiguë. Ces causes, il faut les chercher : 1° dans une diathèse; 2° dans une affection naso-pharyngée chronique; 3° dans une affection chronique du poumon, de la plèvre ou du médiastin; 4° dans une affection du cœur et des vaisseaux; 5° dans l'insuffisance urinaire résultant d'une lésion du rein.

1° *Bronchite chronique des neuro-arthritiques*. — L'influence des diathèses sur la genèse de la bronchite chronique est un des points les plus débattus de l'heure actuelle. Il fut un temps où bronchite chronique était l'équivalent de manifestation diathésique. C'était après les travaux de Bazin. Beaucoup de médecins [C. Paul (1), Dujardin-Beaumetz (2), Schlemmer (3)] acceptent encore cette manière de voir. D'autres la repoussent absolument, comme M. G. Sée qui en a fait une critique très vive. M. Schlemmer admet une bronchite syphilitique, une bronchite arthritique, une bronchite scrofuleuse, une bronchite dartreuse. M. G. Sée montre que la bronchite syphilitique n'a aucun droit à être considérée comme une bronchite diathésique; que la scrofule n'existe plus, une partie ayant émigré dans le domaine de la tuberculose, l'autre partie ayant passé dans le domaine du lymphatisme, et que tous les enfants ont le tempérament lymphatique, sauf à le perdre plus tard; que la diathèse dartreuse ou herpétique est contestée même par les partisans les plus convaincus des diathèses; qu'il ne reste que l'arthritisme, et que ce qu'on a appelé la bronchite arthritique est une bronchite asthmatique ou une bronchite cardio-vasculaire; et si nous avons bien compris la pensée de M. G. Sée, il n'y a pour lui que deux causes de bronchite chronique, l'asthme et les lésions cardio-vasculaires.

Pour la syphilis, la scrofule et la dartre, M. G. Sée est d'accord, croyons-nous, avec la majorité des auteurs qui les ont repoussées du cadre des diathèses. Mais nous admettons qu'en dehors de l'asthme et des lésions cardio-vasculaires, il existe une bronchite chronique spéciale aux arthritiques (4).

Pour bien préciser les termes de la question, il nous faut dire ici ce que nous entendons par *arthritisme*, et en quoi la conception que nous adoptons, conception qui se dégage des travaux de Bouchard et Charcot, diffère des anciennes doctrines qui sont extrêmement vagues.

Sous l'influence de la civilisation, des causes multiples telles que le surmenage intellectuel, moral ou physique, l'alcoolisme, la syphilis, etc., produisent des dégradations

(1) C. Paul. Traitement de la bronchite chronique chez les arthritiques. *Ann. de la Soc. d'hyd. méd.* t. XXIV, 1879.

(2) Dujardin-Beaumetz. *Clinique thérapeutique*. T. II, p. 461. 3e édition.

(3) Schlemmer. *Etude sur les bronchites dans leurs rapports avec les maladies constitutionnelles*. Thèse de Paris, 1882.

(4) Chez les enfants, c'est surtout le lymphatisme qui prédispose à la bronchite chronique : or nous admettons avec MM. Bouchard et Le Gendre que les enfants lymphatiques deviennent plus tard des arthritiques. C'est donc le même fond diathésique qu'on retrouve chez les enfants et les adultes atteints de bronchite chronique.

héréditaires de l'espèce humaine. Ces dégradations portent tantôt sur les fonctions de nutrition (hérédo-trophopathies : arthritisme, ou maladies par ralentissement de la nutrition de Bouchard), tantôt sur les fonctions nerveuses (hérédo-névropathies), souvent sur les deux ordres de fonctions à la fois, ce qui a conduit certains auteurs à désigner sous le nom de *neuro-arthritisme* les effets de ces dégradations héréditaires (1).

Il n'est pas douteux que, chez ces neuro-arthritiques héréditaires, on observe des bronchites qui relèvent plus ou moins directement de la diathèse.

Et d'abord la *bronchite asthmatique*. L'asthme s'observe chez les neuro-arthritiques héréditaires (Brissaud); la bronchite asthmatique relève donc indirectement du neuro-arthritisme.

Ensuite il faut citer la *bronchite goutteuse*, la goutte ayant des affinités très étroites avec l'hérédité neuro-arthritique. Mais la bronchite goutteuse, comme M. G. Sée l'a bien montré, n'a pas d'existence propre. En fait, il ne peut y avoir qu'une seule bronchite goutteuse vraie, c'est celle, très rare, qui est caractérisée par les dépôts d'urate de soude dans les ramifications bronchiques (Bence Jones). Les autres bronchites des goutteux sont des bronchiques cardiaques ou albuminuriques, ou asthmatiques, ou arthritiques simples.

Enfin, il existe, et c'est la forme la plus commune, une bronchite chronique chez des neuro-arthritiques qui ne sont ni asthmatiques ni goutteux.

Cette bronchite est d'ailleurs très analogue à la bronchite asthmatique; comme elle, elle est sèche ou humide; elle n'en diffère que parce que les malades n'ont jamais eu d'accès d'asthme vrai. Mais la névrose asthmatique est composée, dit M. G. Sée, de trois éléments : un dyspnéique ou pneumo-bulbaire, un mécanique représenté par l'emphysème, un nervo-sécrétoire représenté par le catarrhe bronchique. Il se peut que, d'emblée, l'élément nervo-sécrétoire soit prédominant, l'élément dyspnéique étant nul ou peu marqué. On comprend dès lors pourquoi M. G. Sée assimile la bronchite des neuro arthritiques sans accès d'asthme avec la bronchite asthmatique. M. G. Sée est-il dans le vrai ? c'est ce qu'il est difficile de décider.

M. Bouchard et son élève Le Gendre ont insisté sur ce fait que, dans beaucoup de cas, les bronchitiques chroniques ont de la *dilatation de l'estomac* et attribuent à celle-ci une influence pathogénique sur le catarrhe. L'ectasie gastrique agit-elle sur les vaso-moteurs des bronches par voie réflexe ou par auto-intoxication ? Cela est difficile à préciser. Ce qui est sûr, c'est que les dilatés sont souvent des neuro-arthritiques héréditaires.

En résumé, le neuro-arthritisme peut produire une bronchite chronique, soit directement, soit par l'intermédiaire de l'asthme ou de la dilatation de l'estomac. Le trouble immédiat est probablement une hyperhémie bronchique d'origine nerveuse; secondairement les germes pullulent à la surface de la muqueuse ainsi modifiée, et il se produit une bronchite infectieuse non spécifique (2).

2° *Bronchites dans les affections naso-pharyngées chroniques*. — Très fréquemment les neuro-arthritiques qui ont une bronchite ont en même temps une affection naso-pharyngée chronique; tantôt il s'agit d'une rhinite hypertrophique, tantôt d'une rhino-pharyngite chronique avec ou sans végétations adénoïdes. Ces lésions ont-elles une action pathogène sur la bronchite chronique ? Cela est difficile à dire, car les malades qui portent ces lésions sont souvent des neuro-arthritiques avec ou sans asthme, avec ou sans dilatation de l'estomac. Nous avons observé un cas où la curation de l'affection naso-pharyngée a guéri une bronchite assez ancienne. Peut-être est-il permis de penser que, dans quelques faits, le neuro-arthritisme agit par l'intermédiaire de l'affection naso-pharyngée pour produire la bronchite, et cela par des mécanismes divers : propagation phlegmasique, respiration buccale et action irritante de l'air non filtré par le nez; action réflexe partie de la muqueuse des cornets enflammés aboutissant aux vaso-moteurs des bronches, et entretenant la bronchite avec ou sans asthme.

3° *Bronchites dans les affections chroniques du poumon, de la plèvre et du médiastin*. — Si l'appareil bronchique et le parenchyme du poumon possèdent chacun un système artériel distinct et indépendant, ils ont un système veineux qui leur est commun en grande partie. En effet, une partie des veines bronchiques se jette dans la veine cave par l'intermédiaire de la veine azygos, mais l'autre partie se jette dans les veines pulmonaires (veines broncho-pulmonaires) et se rend au cœur gauche. De cette disposition, il résulte que les altérations du poumon peuvent avoir une influence sur la circulation bronchique, qu'elles peuvent donner lieu à l'hyperhémie bronchique avec exsudation et végétation microbienne consécutives. Ainsi s'explique pourquoi la bronchite accompagne presque constamment la *congestion pulmonaire*; ainsi s'explique la fréquence de la bronchite dans l'*emphysème pulmonaire*, affection qui rétrécit le système vasculaire du poumon et a pour effet d'engorger les bronches. Et comme, d'un autre côté, la bronchite est une cause puissante d'emphysème, on comprend l'association si commune des deux éléments morbides, et l'extrême fréquence du syndrome : emphysème pulmonaire avec bronchite chronique.

Toutes les autres affections chroniques du poumon peuvent aussi se compliquer de bronchite. C'est ainsi que dans la *phthisie pulmonaire*, en dehors des tubercules bronchiques, il existe une bronchite infectieuse non spécifique, souvent remarquable par sa limitation aux bronches qui aboutissent au territoire tuberculeux, ce qui permet de dire que toute bronchite chronique localisée au sommet du poumon est symptomatique d'une tuberculose.

La bronchite chronique s'observe aussi comme conséquence de l'*atélectasie pulmonaire* due à un épanchement pleural ou à une tumeur du médiastin.

4° *Bronchites cardiaques*. — Parmi les causes les plus fréquentes de la bronchite chronique, il faut citer toutes les affections cardio-vasculaires, au cours desquelles l'action du myocarde est susceptible de s'affaiblir; l'anatomie des veines bronchiques explique bien comment les bronches sont le réactif peut-être le plus sensible de l'asthénie cardio-vasculaire. Dès que celle-ci se produit, il y a stase bronchique avec exsudation et végétation microbienne plus ou moins abondante. Aussi la bronchite est-elle la règle dans presque toutes les affections du cœur.

5° *Bronchites albuminuriques*. — La bronchite est une complication commune dans les affections des reins. Lasègue a bien décrit ces bronchites albuminuriques. Elles se produisent par divers mécanismes; il faut faire intervenir l'affaiblissement du cœur (G. Sée) et l'empoisonnement urémique agissant sur les vaso-moteurs bronchiques, soit directement, soit par l'intermédiaire du bulbe. Ces bronchites brightiques sont d'origine cardio-urémique (Lecorché et Talamon).

(1) Le neuro-arthritisme, ainsi compris, est très analogue à l'*herpétisme* de M. Lancereaux.

(2) J'ai laissé de côté, dans l'histoire des bronchites diathésiques, la bronchite des *diabétiques*. Celle-ci ne présente qu'une particularité: survenue sous l'influence d'une des causes que nous venons d'indiquer, elle se transforme très rapidement en bronchite tuberculeuse.

A toutes ces causes de bronchite, il faut ajouter, pour clore la liste, le passage par les bronches du pus provenant d'une collection purulente de la plèvre, du foie, des reins, et irritant constamment la muqueuse bronchique.

RÉSUMÉ. — On peut résumer cette étiologie et cette pathogénie si complexes des bronchites dans la formule suivante. *Si on met de côté les bronchites infectieuses spécifiques de la grippe, de la rougeole, de la coqueluche, de la diphthérie, etc..., toutes les autres bronchites aiguës ou chroniques sont infectieuses non spécifiques. Les causes qui les engendrent sont toutes celles qui sont capables de congestionner la muqueuse bronchique. soit en troublant l'innervation vaso-motrice, soit en affaiblissant l'action du cœur. La congestion bronchique, s'accompagne d'un exsudat dans lequel les micro-organismes vivant normalement dans les voies respiratoires, ou dans l'atmosphère, trouvent un milieu favorable à leur multiplication. Cette multiplication est en outre favorisée par l'affaiblissement de la vitalité des éléments anatomiques sous l'influence de la congestion. Ainsi, à l'élément congestif initial, s'ajoute ordinairement et secondairement un élément microbien qui lui donne son caractère phlegmasique, lequel est plus ou moins accentué suivant les cas, ce qui donne lieu à des variétés cliniques différentes.*

A. B. Marfan

Addendum. Dans notre dernier numéro nous avons oublié d'indiquer que le travail de M. Jalaguier est extrait du tome VI du *Traité de chirurgie*, qui paraîtra incessamment.

TRAVAUX ORIGINAUX

Recherches expérimentales sur les fractures du cartilage cricoïde. Applications au mécanisme de la mort dans ces fractures et au traitement,

par M. le Dr Zilgien, chef des travaux d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine de Nancy.

Les fractures du larynx sont le plus souvent mortelles; elles ne sont heureusement pas fréquentes. Des différents cartilages qui constituent le larynx, le cartilage cricoïde est celui dont les fractures ont le pronostic le plus grave. Gurlt (1), Catérinopoulos (2), Bessière (3), et en général tous les observateurs qui se sont occupés de cette question ont constaté que la mort suivait fatalement cette lésion. Ce qui nous frappe cependant dans ces diverses statistiques, c'est un certain nombre de cas désignés sous le titre général de fractures du larynx, qui se sont terminés par guérison. Dans ces observations peuvent s'être trouvées des fractures du cartilage cricoïde. De plus, la littérature médicale étrangère nous donne trois observations de fractures du cartilage cricoïde terminées par guérison après trachéotomie : nous y reviendrons dans le cours de cette étude.

D'une façon générale cependant, on peut dire que la fracture du cartilage cricoïde est extrêmement grave. C'est dans l'anatomie et la physiologie pathologiques que nous avons cherché à trouver la cause de ce pronostic.

Cette question a peu préoccupé les auteurs. Seul, le professeur Tillaux, dans son *Traité d'anatomie topographique*, donne son avis et pense que la gravité de ces fractures tient à l'intensité que doit avoir le traumatisme pour briser le cricoïde. Il explique ainsi la bénignité de la cricotomie : dans cette opération, en effet, la solution de continuité est produite par section et non par coup. Si fondée que pût paraître cette hypothèse au premier abord, ce n'était cependant qu'une hypothèse. C'est pour la vérifier que nous avons fait quelques recherches expérimentales. Ces recherches nous ont d'ailleurs conduit à quelques constatations anatomo-pathologiques intéressantes.

Les cartilages du larynx passent par différents états pendant le cours de la vie. L'histoire de ces modifications est encore peu connue. Dans le cas qui nous occupe, il serait cependant très utile de les connaître exactement : un cartilage ossifié exige en effet pour être fracturé un traumatisme moins considérable qu'un cartilage ayant simplement subi la dégénérescence amiantacée. Tout ce que nous savons, c'est que le cartilage hyalin, avant de subir la calcification ou même l'ossification, subit d'abord la dégénérescence dite amiantacée. Nous ignorons quand celle-ci peut apparaître et combien de temps elle peut durer. Vers l'âge de 40 ans, disent les traités d'histologie, les cartilages du larynx se calcifient. Cette proposition, quoique vraie en général, subit de nombreuses exceptions. Certains états pathologiques, certaines diathèses encore mal connues et dont l'étude sortirait du cadre de ce sujet doivent hâter ces transformations. Peut-être les cartilages du larynx sont-ils soumis aux mêmes lois que les artères, pour ce qui est des modifications qu'ils subissent dans leur constitution. Une propriété commune à ces deux organes, l'élasticité, et ce que nous savons de l'histoire anatomo-pathologique des artères, nous permettent ce rapprochement.

Quoi qu'il en soit, rappelons, pour l'intelligence de ce qui va suivre, que la dégénérescence dite amiantacée est caractérisée par de fines striations dans la substance hyaline.

I

D'après les expériences, au nombre d'une trentaine, que nous avons entreprises et dont nous rapportons ici un exemple type pour chaque état du cartilage, nous avons trouvé qu'un cartilage dont la substance hyaline est intacte ne peut être brisé. On ne parvient pas à vaincre son élasticité ; comme le roseau de la fable, il plie et ne rompt pas. C'est dans l'élasticité énorme d'un cartilage hyalin normal, dans son homogénéité parfaite et dans la couche assez épaisse de périchondre dont il est enveloppé qu'il faut chercher la cause de ce phénomène.

Voici le procédé que nous avons adopté pour faire nos expériences (1) :

Le cadavre, étant couché sur le dos, est placé de façon à ce que sa nuque repose sur le bord de la table. Le cou tiré par le poids de la tête est ainsi rendu très saillant.

Après avoir débarrassé le larynx d'une façon tout à fait sommaire des parties molles qui l'environnent, nous exerçons, à l'aide d'un dynamomètre, sur les cartilages thyroïde et cricoïde des pressions lentes et de plus en plus fortes jusqu'à production de la fracture.

Nous mettons le larynx à nu pour saisir plus facilement le moment où se fait la fracture. Ces cartilages

(1) Gurlt. Handb. der Lehre von den Knochenbrechen, t. II, 1864.
(2) Catérinopoulos. Thèse de Paris, 1879.
(3) Bessière. Thèse de Paris, 1885.

(1) Aucune expérience n'a encore été faite jusqu'ici dans le but d'évaluer la force nécessaire pour briser les cartilages du larynx. Un auteur italien, Marucci (Études expérimentales et cliniques à propos d'un cas de fracture du cricoïde suivi de guérison. *Archivi italiani di laryngologiae*, janvier 1882) a fait des recherches expérimentales sur les fractures du larynx. Mais, d'après les conclusions de cette étude dont nous lisons le résumé dans la *Revue des sciences médicales*, Marucci ne s'est occupé que de la direction du traumatisme et de l'état des cartilages. « Ceux-ci, dit-il, doivent avoir subi un certain degré d'ossification. » Quel est ce degré? l'auteur ne précise pas davantage.

étant très superficiels, ce mode de faire n'altère pas les résultats. Des expériences analogues faites sans dissection préalable du larynx, nous ont d'ailleurs donné des résultats à très peu de chose près identiques. Enfin, la position spéciale dans laquelle nous plaçons le cou a pour but de fixer le larynx contre la colonne vertébrale : la contraction des muscles pendant l'effort réalise cette position chez le vivant.

Expérience I. — Vieillard de 73 ans. Tuberculose pulmonaire. Cartilages complètement ossifiés.

Le cartilage thyroïde se fracture exactement sur la ligne médiane sous l'influence d'une pression de 16 kilogr.

Le cartilage cricoïde présente, sur son arc antérieur, une fracture médiane et deux latérales avec une pression de 13 kilogr.

Muqueuse et membrane inter-crico-thyroïdienne intactes.

Le périchondre est déchiré sur les deux faces de la fracture médiane et sur la face antérieure seulement des fractures latérales du cartilage cricoïde.

Expérience II. — Homme de 34 ans. Alcoolisé. Pneumonie grise du sommet gauche. Cartilages calcifiés.

Fracture médiane à bords dentelés sur le cartilage thyroïde avec une pression de 20 kilogr.

Une fracture médiane et une latérale sur l'arc antérieur du cartilage cricoïde avec une pression de 19 kilogr.

Muqueuse et membrane inter-crico-thyroïdienne intactes.

Le périchondre est déchiré sur les deux faces antérieures seulement du cartilage cricoïde.

Expérience III. — Jeune homme de 19 ans. Insuffisance et rétrécissement mitrales. Dégénérescence amiantacée des cartilages.

Fracture extra médiane complète sur la lame droite du cartilage thyroïde, avec une pression de 30 kilogr.

Trois traits de fracture, un médian et deux latéraux, sur l'arc antérieur du cartilage cricoïde avec une pression de 18 kilogr.

Muqueuse et membrane inter-crico-thyroïdienne intactes.

Le périchondre est déchiré sur les faces antérieures des deux traits latéraux et sur la face antérieure du trait médian de la fracture.

Expérience IV. — Enfant de onze ans. Pleurésie tuberculeuse. Dégénérescence amiantacée des cartilages.

Fracture extra-médiane du cartilage thyroïde avec une pression de 23 kilogr.

Le cartilage cricoïde se brise sur la ligne médiane et à l'extrémité droite de l'arc antérieur, sous une pression de 20 kil.

Muqueuse et membrane inter-crico-thyroïdienne intactes.

Le périchondre est intact sur la ligne médiane, déchiré sur la face antérieure du trait latéral.

Expérience V. — Enfant de 27 mois. Méningite tuberculeuse. Les cartilages du larynx s'aplatissent sous la pression du dynamomètre et ne se brisent pas. Le larynx étant enlevé, chaque cartilage pressé entre les doigts et dans tous les sens, résiste à la façon d'une lame de caoutchouc. Les faces internes se touchent sans qu'il se produise de fracture.

Examinés au microscope, ces cartilages présentent leur substance fondamentale parfaitement hyaline. Il est impossible de reconnaître, même au microscope, les points de flexion.

Expérience VI. — Enfant de 32 mois. Rougeole. Les cartilages du larynx se comportent comme les précédents (1).

Tel est le résumé de nos expériences.

Ainsi donc, pour le cartilage thyroïde, on constate que le trait de fracture est le plus souvent médian quand les cartilages sont ossifiés ou calcifiés, et extra-médian quand les cartilages ont seulement subi la dégénérescence amiantacée. Celle-ci ne se fait pas en effet d'une façon uniforme. Elle nous a toujours paru moins marquée sur la ligne médiane que sur les parties latérales. Nous pensons que c'est de cette façon qu'il faut comprendre le cartilage médian, en forme d'aiguille de boussole, invoqué par le Dr Rambaud pour expliquer le siège extra-médian des traits de fracture du cartilage thyroïde.

La pression nécessaire pour briser le cartilage thyroïde est en moyenne de 22 à 23 kilogr.

Pour le cartilage cricoïde, il y a le plus souvent trois traits de fracture siégeant tous trois sur l'arc antérieur : un médian et deux latéraux. On peut également n'en rencontrer qu'un médian, ou un médian et un latéral. Nous n'avons trouvé qu'une fois deux fractures latérales sans fracture médiane.

La pression nécessaire pour briser le cartilage cricoïde est en moyenne de 16 à 18 kilogr. D'après l'intensité du traumatisme nécessaire, les fractures du cricoïde seraient moins graves que celles du thyroïde. L'hypothèse de M. le professeur Tillaux est ainsi infirmée.

II

De ces expériences, il ressort un fait anatomo-pathologique des plus importants et qui peut nous aider à comprendre la gravité des fractures du cricoïde. Nous voulons parler du siège des traits de fracture que nous signalions il y a un instant.

Ce siège avait déjà été noté par Cavasse et en 1868 par Frédet. En parcourant les observations de fracture du larynx, on se convaincra facilement que le cricoïde se brise sur le vivant aux mêmes endroits qu'expérimentalement sur le cadavre. Témoin les observations VI et VII de la thèse de Cavasse, XII, XXXVIII, XXXIX, XLII de la thèse de Bessière, l'observation de Jeanmaire (1) et la nôtre.

Nous avons cherché à saisir le mécanisme suivant lequel se font ces fractures et voici ce que nous avons trouvé.

Par la pression d'avant en arrière exercée avec le pouce sur la partie médiane du cartilage cricoïde, on produit d'abord l'enfoncement de l'arc antérieur. Puis, si le cartilage est atteint de dégénérescence amiantacée, il se produit une fracture au point de jonction de l'arc antérieur avec le chaton du cartilage, à 6 millimètres environ en avant de l'articulation crico-thyroïdienne : cette fracture latérale double ou simple est donc une fracture indirecte. Le cricoïde par cette pression antéro-postérieure tend à s'aplatir et par suite se brisera au voisinage des extrémités du grand diamètre transversal formé par l'aplatissement du cartilage. Mais, à ce niveau, le cartilage présente une hauteur et une épaisseur plus grandes que dans cette partie appelée l'arc antérieur; de plus l'arc rencontre l'articulation crico-thyroïdienne dont la capsule et les ligaments renforcent la solidité de ce point. La fracture ne peut donc se produire qu'au voisinage du sommet et dans le point le plus faible : ce point correspond à l'union de l'arc antérieur avec le chaton.

En même temps que se produit cette fracture, l'arc se brise sur la ligne médiane. Si, cependant, le cartilage est ossifié ou calcifié, la fracture médiane se produit la première.

Lorsque la pression se fait suivant l'axe qui réunirait les deux articulations crico-thyroïdiennes, les traits de fracture siègent toujours aux mêmes endroits : la fracture médiane antérieure se fait toujours la première. Nous n'avons jamais rencontré de fracture médiane postérieure.

Il existe donc, en résumé, une certaine analogie entre le mécanisme de ces fractures et celui des fractures du bassin. Cela tient à ce que le bassin, comme le cricoïde, est un anneau osseux, dont la partie la plus faible est

(1) Hunt, cité dans l'étude d'Hénocque (Histoire et critique des fractures du larynx. *Gaz. hebdom.*, 1868), rapporte cependant des cas de fracture du larynx chez des enfants de un à quatre ans. Ceci prouverait que la dégénérescence amiantacée peut être très précoce.

(1) *Archives de médecine militaire*, 1890, p. 21.

antérieure : aussi est-ce toujours elle qui se fracture la première.

Nous avons constaté de plus que les surfaces de fractures offrent parfois une grande ressemblance avec des surfaces d'articulations diarthrodiales. C'est ainsi que dans l'observation que nous avons publiée, la cassure d'un des fragments avait une forme arrondie, tandis que celle du fragment correspondant présentait une cupule. Plusieurs de mes maîtres ont été témoins de cette disposition.

L'examen histologique nous a montré que cette disposition tenait à la direction des striations amiantacées dirigées parallèlement aux surfaces de fractures. Les fractures se font en effet suivant ces striations.

On constate parfois le chevauchement des fragments antérieurs lorsque le traumatisme exercé avec le pouce a été très violent. Ceci tendrait à vérifier l'hypothèse du professeur Tillaux, puisque le chevauchement ainsi produit diminue la lumière du tube laryngien.

La muqueuse laryngée est rarement déchirée. Les observations nous la montrent le plus souvent contusionnée.

La membrane intercrico-thyroïdienne reste le plus souvent intacte.

Nous avons trouvé presque toujours le périchondre antérieur déchiré alors que le périchondre postérieur restait intact au niveau des fractures latérales. Nous l'avons trouvé déchiré sur la face postérieure au niveau de la fracture médiane. On ne peut donc pas, comme le pensait Langlet (1), savoir d'après l'état de conservation du périchondre si la fracture s'est faite par pression antéro-postérieure ou par pression bilatérale.

III

Le cartilage cricoïde étant brisé ainsi que nous venons de le dire, le larynx sera privé du support résistant que lui offre normalement ce cartilage. Aussi avons-nous eu la pensée qu'à chaque inspiration la pression atmosphérique tendait à enfoncer dans le larynx le segment antérieur, détaché du cricoïde, et à produire ainsi, aidé par le gonflement inflammatoire et le chevauchement, l'obstruction de ce conduit.

Ceci demandait une vérification expérimentale. Voici comment nous avons opéré.

Le cartilage cricoïde ayant été brisé, nous détachons la trachée au niveau du sternum et y introduisons la canule d'une grosse seringue à injection que nous maintenons par une ligature serrée. Puis, la bouche et le nez du cadavre étant maintenus fermés, nous tirons le piston de la seringue. Sous l'influence du vide ainsi produit dans le larynx, nous constatons que malgré les trois traits de fracture la dépression des fragments ne se fait pas. A plus forte raison ne se fera-t-elle pas chez le vivant dont le larynx et la trachée sont protégés contre la pression atmosphérique par les aponévroses du cou.

La physiologie pathologique nous permet cependant de comprendre ce que l'expérience ne nous permet pas de voir.

Ces fractures, une fois produites, vont se comporter comme tout foyer de fracture : autour d'elles se développera un gonflement soit inflammatoire, soit emphysémateux, soit sanguin, soit les trois à la fois. Le siège de ce gonflement sera entre l'aponévrose moyenne et l'aponévrose profonde du cou. Ce gonflement, ainsi que le rapportent toutes les observations de fractures du larynx, est assez fort pour augmenter notablement le volume du cou. Bridé par l'aponévrose moyenne, il pressera sur les fragments du cricoïde, les enfoncera et cette cause d'obstruction laryngée s'ajoutant à celles produites par le chevauchement des fragments et le gonflement de la muqueuse laryngée produira l'asphyxie lente et progressive, la dyspnée, la diminution de la voix, etc.

C'est ainsi, pensons-nous, qu'il faut comprendre la mort dans les cas de fracture du cricoïde.

Est-il possible en effet de faire intervenir un autre facteur? Les phénomènes d'inhibition, par exemple, étudiés par Pflüger en 1855 et par Brown-Sequard en 1886, peuvent-ils nous expliquer la mort ?

« L'inhibition, nous dit Brown-Sequard, est la cessation absolue ou incomplète, temporaire ou persistante d'une propriété, d'une activité, d'une fonction provoquée par une irritation venant d'une partie plus ou moins éloignée de celle où cet effet se produit. »

Des travaux de Brown-Sequard rapportés et étudiés par Mina S. Minovici (1), il résulte que le larynx, la trachée et la peau correspondants sont capables, sous l'influence d'une irritation mécanique, de produire l'inhibition du cœur, de la respiration et de toutes les activités cérébrales. La mort survient alors sans convulsions, sans agonie, dans un état syncopal complet. Après une syncope qui dure plus ou moins longtemps (20 minutes dans l'observation 23 de la thèse de Bessière), le blessé peut se remettre. S'il meurt ensuite, ce ne sera certainement pas d'inhibition. Celle-ci en effet produit une mort brusque.

Lorsque le cartilage cricoïde est brisé, on constate, outre les phénomènes possibles d'inhibition toujours immédiats et subits, une dyspnée progressive. En fin de compte le blessé ne succombe pas à l'inhibition, mais à une asphyxie qui met 12 à 18 heures pour se compléter.

Enfin, les fractures du cricoïde devraient être moins graves que celle du thyroïde, au point de vue de l'inhibition. F. Franck (2) n'a-t-il pas constaté que la muqueuse sous-glottique est réfractaire à toute excitation, alors que la manière de se comporter de la muqueuse sus-glottique est tout autre?

Laissons donc l'inhibition expliquer la mort lorsque celle-ci survient à la suite d'un coup appliqué sur le larynx, alors que ce coup n'a produit ni fracture ni nulle autre lésion matériellement appréciable.

Le gonflement inflammatoire qui se fait autour des foyers de fracture peut atteindre les nerfs importants de voisinage soit mécaniquement par compression, soit physiologiquement par envahissement de l'inflammation. Si le nerf récurrent est ainsi atteint, les spasmes de la glotte relatés dans quelques observations pourront survenir et amener une mort rapide.

IV

En résumé, la mort dans les fractures du cartilage cricoïde est donc due, selon nous, à la disposition des traits de fracture. Cette disposicion permet à un gonflement quelconque, dont la production est d'ailleurs fatale, d'enfoncer ces fragments dans le canal laryngien : l'asphyxie se produit par ce mécanisme.

Le seul traitement rationnel est donc la trachéotomie préventive et immédiate déjà préconisée d'ailleurs par Mussa (3), Gurlt (4), Laugier (5), P. Koch (6), etc.

Alors même que la dyspnée est peu intense, il faudra se souvenir que l'irritation des nerf laryngés peut provoquer un spasme de la glotte capable de produire une mort brusque.

(1) *In* Caterinopoulos. Thèse de Paris, 1879.

(1) Mina S. Minovici. Thèse de Paris, 1888.
(2) F. Franck. Physiologie expérimentale. *Travaux du laboratoire de Marey*, t. II, 1876.
(3) Mussa. Thèse de Paris, 1872.
(4) *Handb. der Lehre von den Knochenbrüche*, t. II, 1864.
(5) *Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, 1875.
(6) *Idem*, 1879.

Au cours de l'opération peuvent survenir des accidents qu'il faut connaître pour pouvoir, non seulement les combattre, mais encore les prévenir. Si les phénomènes d'inhibition ne nous expliquent rien en effet, au point de vue du pronostic, leur connaissance peut nous servir pour expliquer ces accidents provoqués par la trachéotomie. Cette opération n'est, somme toute, qu'un traumatisme portant sur le cou et, à ce titre, elle peut produire l'inhibition. En effet, Brown-Sequard a précisément regardé comme relevant de cet état, certains phénomènes graves d'asphyxie qui peuvent survenir pendant la trachéotomie. En lisant les observations I et II consignées dans la thèse de Cavasse, on voit l'asphyxie se produire subitement chez des individus non chloroformés, de suite après l'incision de la peau.

Deux indices peuvent peut-être permettre au chirurgien de prévoir ces accidents et par suite de les prévenir par des stimulants administrés au blessé. Ce sont, d'une part, les causes prédisposantes que signale Mina E. Minovici, à savoir la faiblesse, la sensibilité, la délicatesse du sujet, et, d'autre part, le fait de l'apparition des phénomènes d'inhibition lors du traumatisme.

Si notre théorie du mécanisme de la mort dans les fractures du cartilage cricoïde est exacte, nous devons pouvoir sauver tous ces blessés par la trachéotomie. Voyons ce que disent les statistiques.

A notre connaissance, il existe 7 cas de fracture du cricoïde traités par la trachéotomie. Deux sont rapportés dans la thèse de Caterinopoulos : l'un des opérés, celui de Sachs, est mort d'une albuminurie qu'il avait depuis longtemps; l'autre, celui de Hamilton, avait outre sa fracture du cricoïde une déchirure très étendue de l'œsophage dont il est mort. Deux autres cas sont consignés dans la thèse de Bessière : celui de Béchard où la mort fut la conséquence d'une infection purulente, et l'autre de Hunt, mort également, sans cause spécifiée.

Nous avons pu rassembler trois cas dont l'issue a été favorable. L'un est dû à un auteur italien dont nous n'avons pu nous procurer le travail et que nous avons déjà eu l'occasion de citer tout au début de cette étude (1). Les deux autres sont les suivants que nous rapportons ici à cause de leur importance :

OBSERVATION I. — Fractures multiples du larynx; rupture de la trachée, guérison. J. Treulich (*Prager, Viertelj. f. d. prakt. Heilk.*, t. CXXIX, 1877).

Un palefrenier, âgé de 33 ans, mordu au cou par un cheval, est soulevé de terre et secoué. Il perd connaissance, puis ne peut ni parler, ni avaler. Il est ensuite atteint d'un emphysème étendu au cou et au thorax. Dyspnée. Trachéotomie. On constate la déchirure de la membrane crico-thyroïdienne; la trachée est arrachée du larynx et descendue à près de trois centimètres au-dessous du larynx; l'aile gauche du cartilage thyroïde est fracturée; le cricoïde porte deux traits de fracture longitudinaux isolant une portion médiane. Treulich maintient une canule à demeure introduite par la déchirure de la membrane et la guérison survient en trois mois et demi, malgré la nécrose de quelques portions des deux cartilages laryngés. Le blessé garde de la raucité de la voix. Son larynx est asymétrique, ses cordes vocales sont rouges et épaissies.

OBSERVATION II. — Fracture du larynx, par Sokolowski (*Berl. klin. Woch.*, p. 915, 6 octobre 1890).

Jeune fille de 20 ans saisie par un engrenage et pendue par son tablier roulé autour de son cou. Dyspnée, douleur violente, toux et expectoration de sang. Crépitation au niveau de la lame gauche du thyroïde. Trachéotomie. A l'examen laryngoscopique, on voit l'épiglotte rouge, tuméfiée et deux parties gonflées répondant au bord supérieur du thyroïde qui remplissent l'espace glottique. Quelques jours plus tard on put préciser que ces saillies étaient formées par les bandes ventriculaires repoussées par les fragments du thyroïde. Sur la paroi postérieure du larynx on constate une élévation difficile à expliquer. Après quelques mois, la canule ne pouvant être enlevée, on se décide à pratiquer une laryngotomie complète pour dégager les parties nécrosées et rendre à la glotte sa perméabilité. On constate alors que la partie postérieure du larynx était formée en réalité par la paroi antérieure du larynx et que le cricoïde à ce niveau avait disparu. Pas de troubles de déglutition. La malade a quitté l'hôpital un an après avec sa canule.

(1) Etudes expérimentales et cliniques à propos d'un cas de fracture du cricoïde suivie de guérison, par M. MAGURCI (*Archivi italiani di laryngologiæ*, janvier 1882).

Contrairement à ce qui avait été avancé jusqu'ici par les auteurs, on voit donc que les fractures du cartilage cricoïde ne sont pas fatalement mortelles.

Nous pensons même que, grâce à la connaissance exacte du siège des traits de fracture, on pourra désormais prévenir les rétrécissements du larynx signalés après la guérison des fractures. En introduisant en effet la canule dans l'espace inter-crico-thyroïdien, les fragments ainsi maintenus se consolideront en bonne position.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Note sur un cas de paralysie hystéro-traumatique des quatre membres, par P. SÉRIEUX (*Archives de Neurologie*, n° 64, p. 31). — Jeune fille âgée de quinze ans, à antécédents nerveux héréditaires, est prise d'attaques hystériques à la suite d'une frayeur, puis d'une paralysie des membres inférieurs, et d'une parésie des supérieurs, avec anesthésie complète, en botte pour les membres inférieurs, et comprenant de plus les membres supérieurs et le tronc en exceptant les sens. A noter, la disparition complète de l'excitabilité électrique des muscles paralysés, un épisode de chorée électrique survenu ultérieurement, l'impossibilité enfin de provoquer l'hypnose. Guérison à l'aide des procédés préconisés par M. Charcot (exercices dynamométriques).

Matérialité des névroses (Materialismo nelle neurosi), par R. MASSALONGO (*La Riforma medica*, 1891, n° 118, p. 505; n° 119, p. 517). — Il existe une analogie certaine entre les maladies organiques et les névroses qui plaide en faveur d'une semblable localisation. Tels sont les rapports qu'on observe entre l'hémichorée et la chorée nerveuse, entre l'épilepsie nerveuse et l'épilepsie traumatique, entre l'apoplexie et l'hémiplégie hystériques et l'apoplexie et l'hémiplégie organiques, entre les névrites périphériques et les accidents périphériques de l'hystérie, entre le tremblement hystérique et organique, entre le tabès dorsal hystérique et organique..., etc. Les altérations ont donc le même siège, mais elles sont dynamiques dans le premier cas. Les causes de l'hystérie, en particulier les intoxications, montrent que les névroses peuvent être dues à des modifications matérielles. Les phénomènes de la vie, quels qu'ils soient, sont tous réductibles à des phénomènes physiques et chimiques. Il en est ainsi en particulier en ce qui concerne les opérations psychiques qui donnent lieu, lorsqu'elles se produisent, à des variations thermiques. Aussi l'énergie physique peut-elle équivaloir et se convertir même en énergie psychique.

Hypnotisme (Hypnotism), par J.-T. ESKRIDGE (*The New-York medical Journal*, 1er août 1891, n° 661, p. 113). — L'hypnotisme est un état réel, subjectif, qui n'a rien à voir avec l'influence mystérieuse autrefois soupçonnée entre l'expérimentateur et le sujet. L'hypnotisme présente certains dangers pour l'hypnotiseur comme pour le sujet; on ne le devra pratiquer que devant une tierce personne. Au point de vue de sa valeur thérapeutique, le scepticisme ne convient pas mieux que l'enthousiasme : on peut, si le sujet est suffisamment impressionné, avoir raison de certains troubles fonctionnels, provoquer dans quelques cas l'anesthésie chirurgicale ; quant aux affections reconnaissant pour cause des lésions

organiques, il ne faut pas espérer les guérir par cette méthode. La pratique de l'hypnotisme devrait être réservée aux seuls médecins ou aux hommes de science.

Traitement électro-thérapique de la maladie de Graves (The practical electro-therapeutics of Graves disease), par Cardew (*Lancet*, 1891, n° 3540, p. 64). — D'après l'auteur la galvanisation est supérieure à la faradisation : un courant de 2 ou 3 milliampères est suffisant, à condition d'être appliqué fréquemment (3 fois par jour). L'anode doit être placé dans la région correspondant à la septième vertèbre cervicale ; le cathode sera mobile et mis en rapport, tout le long du sterno-mastoïdien, avec le trajet du pneumogastrique. Ces applications sont suivies de la réduction de fréquence et de force des palpitations cardiaques.

MÉDECINE

Pigment de la rate (Uber den Pigmentgehalt der Milz bei verschiedenen physiologischen und pathologischen Zustænden), par Wicklein (*Virchow's Arch.*, t. CXXIV, Hft 1, p. 1). — L'auteur confirme et complète les recherches de Sokoloff à cet égard. A l'état normal, on trouve dans les corpuscules cellulaires de la rate du chien des dépôts d'un pigment que ses réactions et son aspect identifient avec le pigment hématique. Ce dépôt pigmentaire d'abondance variable peut être approximativement soumis à une mensuration directe. L'auteur a cherché comment se comportait la valeur pigmentaire en cas de stase veineuse expérimentale : malgré l'issue globulaire intense, le pigment reste stationnaire ou même diminue. Quant aux globules extravasés, dès que l'obstacle circulatoire cesse, les contractions propres de la rate les font rentrer dans la circulation. A la suite des infarctus, il reste une hyperpigmentation ; elle tient à la désorganisation du tissu propre, empêchant la résorption des globules sanguins épanchés. La transfusion sanguine intrapéritonéale n'a point paru influencer la proportion de pigment sanguin contenu dans la rate.

Cellules éosinophiles du sang (Eosinophile Zellen im circulirenden Blut), par Muller et Rieder (*Deut. Arch. für klin. Med.*, 1891, t. XLVIII, p. 96). — Depuis les recherches d'Ehrlich, les cellules éosinophiles sont considérées comme un élément normal et rare du sang circulant. Les leucocytes de cette variété offrent un petit diamètre et un ensemble de caractères spéciaux. Les auteurs ont eu l'occasion d'étudier les variations dans la teneur du sang en cellules éosinophiles, et l'appoint séméiologique qu'on en peut tirer. Ils ont d'abord remarqué que dans un grand nombre d'affections très disparates, le nombre des cellules d'Ehrlich est augmenté sans que les caractères soient changés. Quand il s'agit d'une affection atteignant les organes hématopoiétiques, la rate, et plus spécialement la moelle osseuse, les cellules d'Ehrlich augmentent, elles ont un plus grand diamètre, des aspects optiques particuliers, et une très faible mobilité amiboïde sur la platine chauffante. C'est ce que l'on constatait par exemple chez un malade de douze ans porteur d'ostéosarcomes multiples du crâne et d'une grosse rate : cette constatation permettait d'induire un état pathologique de la moelle osseuse correspondante. Les mêmes faits s'observent dans la leucémie. Il y a là une légère particularité qu'on pourrait utiliser au besoin dans les cas commençants ou obscurs.

Méthode pour accélérer la desquamation dans la scarlatine (A method of accelerating desquamation, and therefore of shortening the infective period, in scarlet fever), par A. Jamieson (*Lancet*, 12 septembre 1891, p. 604). — L'auteur recommande l'emploi de savons contenant un excès de graisse et auxquels on ajoute 3 pour 10 de résorcine et d'acide salicylique pour rendre la desquamation plus rapide dans la scarlatine ; il a constaté que, en employant ce savon dès le début de la desquamation, celle-ci est terminée au bout de 40 jours, tandis que la moyenne, dans les cas abandonnés à eux-mêmes, est de 55 jours. Les malades gagnent donc 15 jours sur la durée totale de leur maladie et sur l'isolement auquel ils sont obligés.

Tuméfaction du foie dans l'ictère chez les enfants (Jaundice in children accompanied by temporary enlargement of the liver), par G. Carpenter and Sykes (*Lancet*, 12 septembre 1891, p. 605). — Les auteurs rapportent 6 observations d'enfants de 10 mois à 6 ans, atteints d'ictère simple se terminant rapidement par la guérison, chez lesquels le foie était augmenté de volume d'une façon plus ou moins notable et persistant un temps plus ou moins long ; ils insistent sur ce fait auquel on ne fait pas attention, parce qu'on considère trop généralement l'ictère comme une maladie sans importance.

CHIRURGIE

Lipome arborescent des gaines tendineuses (Ein Fall von Lipoma arborescens der Sehnenscheiden), par Sendler (*Centralb. f. Chirurgie*, 1891, n° 28, p. 537). — Une fille de 14 ans se présente avec une tumeur de la main droite, développée sans occasionner de troubles, depuis 1 an et demi. Ces temps derniers, douleurs, faiblesse et flexion du doigt.

A l'examen on trouve une tumeur élastique, pseudo-fluctuante, limitée en haut par le ligament transverse du carpe et envoyant des prolongements dans les extenseurs des 2e, 3e et 4e doigts. Diagnostic : hygroma ou lipome de la gaine des extenseurs. Incision de la peau et de la gaine du médius. Il s'écoule d'abord un peu de liquide visqueux, jaune, puis apparaît une tumeur molle lobulée, un lipome. Extirpation de la tumeur avec une partie des gaines qu'on suture autant que possible avec du catgut. Suture de la plaie, pansement antiseptique, guérison de la plaie par première intention ; guérison fonctionnelle. La tumeur ne contenait pas trace de tubercules ; mais deux mois plus tard l'enfant fut emportée par une tuberculose rapide.

L'auteur rappelle à cette occasion que Broca considérait les lipomes arborescents comme des fongus tuberculeux dégénérés. La tuberculose a été notée encore dans les cas de Sprengel et Haeckel.

Kyste hydatique du foie (Zur Diagnose des Leberechinococcus), par Eisenlohr (*Deut. med. Woch.*, 1891, n° 39, p. 1105). — Un cas de kyste hydatique du foie ayant présenté les particularités suivantes : tumeur ou plutôt tuméfaction uniforme avec augmentation du volume du foie, sans proéminence ni fluctuation ; alternatives d'augmentation et de diminution de cette tuméfaction s'accompagnant de fièvre et de périodes apyrétiques avec état général bon ; apparition des signes indiquant la formation, au niveau du lobe gauche du foie, d'une grande cavité remplie d'air, donnant le bruit de succussion et le tintement métallique. La laparotomie fut faite quand la tumeur de l'hypochondre droit fut devenue saillante. On tomba sur une cavité se prolongeant jusqu'à la colonne vertébrale et remplie de pus et de membranes des hydatides. Extraction de la membrane, drainage ; guérison en 6 semaines.

Abcès du cerveau (Fall einer geheilten Gehirnabscesses), par Lohmeyer (*Berlin. klin. Woch.*, 1891, n° 37, p. 918). — Homme de 43 ans. Scarlatine à 10 ans, à la suite de laquelle une raideur des membres qui disparaît au bout de quelque temps. En 1862, carie du rocher droit avec abcès derrière l'oreille. Bonne santé jusqu'en mars 1889, époque à laquelle le malade est pris de douleurs violentes dans la tête à droite, avec vertiges, mais sans vomissements. Le point douloureux siège sur la partie inférieure du pariétal droit ; les douleurs irradient de là dans la moitié droite de la tête, la nuque et l'œil droit. Rien du côté des nerfs crâniens ; absence de phénomènes oculaires, température normale. En avril, paralysie du membre inférieur gauche ; le 16 mai paralysie du membre supérieur du même côté ; le 19 ptosis ; le 12 juin le malade tombe dans le coma, avec une température 34°4.

C'est à ce moment seulement qu'on fait la trépanation, le malade ayant jusqu'alors refusé toute intervention. Incision de 6 cm. au niveau du point douloureux, et application du trépan. On enlève une rondelle osseuse des dimensions d'une pièce de 5 francs. Incision cruciale de la dure-mère par où fait saillie la substance cérébrale œdématiée. Ponction exploratrice qui donne lieu à l'écoulement d'un pus verdâtre ; ouverture de la cavité et évacuation de 70 gr. de pus. Lavage à l'eau boriquée, ablation des restes de la membrane pyogène, tamponnement iodoformé. Guérison et cicatrisation complètes au bout de 6 semaines.

BIBLIOGRAPHIE

Le cervelet et ses fonctions, par F. COURMONT. (Paris, 1891, F. Alcan, édit.)

L'auteur a consacré un volume de 600 pages à défendre cette idée que le cervelet, loin d'être un organe de motilité comme on l'admet assez généralement, préside à la sensibilité psychique. Cette *hypothèse* s'appuie, suivant lui, non seulement sur des faits anatomiques et anatomo-pathologiques, mais encore sur des considérations psychologiques et physiologiques qui la rendent plus que vraisemblable. Toute l'argumentation qui nous est présentée repose sur des extraits empruntés aux auteurs anciens et modernes, à l'exclusion d'une partie expérimentale d'une valeur discutable. Nous avouons, *a priori*, que nous eussions préféré à cette accumulation de documents une seule bonne observation personnelle avec autopsie.

M. Courmont établit tout d'abord que les fonctions du cervelet sont assez peu connues ; il montre ensuite que la constitution anatomique du cervelet est presque identique à celle du cerveau. Ce ne sont là encore que de faibles présomptions. La démonstration est surtout fondée sur l'examen des observations publiées sur des cas de lésions du cervelet, et dans lesquelles se trouvent signalées, plus ou moins explicitement, des changements de caractère, des accès de terreur, enfin des troubles émotifs divers. Quant aux expériences de l'auteur, elles ont consisté dans la destruction du cervelet chez des rats ; l'opération déterminait invariablement une *apathie* évidente. L'anatomie comparée montre enfin qu'au plus grand développement des hémisphères cérébelleux correspond aussi le plus remarquable développement des facultés affectives, et réciproquement. L'auteur ajoute que les nerfs crâniens qui par leurs fonctions sont plus particulièrement affectés à l'expression des émotions — le pathétique, le lacrymal, le facial, l'auditif — ont tous des origines en connexion avec le cervelet.

L'hypothèse du cervelet organe de sensibilité psychique, lui paraissant suffisamment établie, M. Courmont examine alors les conséquences qu'on en peut tirer à divers points de vue. Toutes les notions acquises sur le système nerveux s'éclairent par la théorie du *cervelet psychique*. « Deux grandes parties du système nerveux : la moelle et l'encéphale. Dans la moelle deux parties ; dans l'encéphale deux parties. Au confluent de ces deux organes, deux organes sont chargés d'une élaboration spéciale, l'un des mouvements, l'autre des sensations. Deux organes président aux fonctions du corps. Deux organes président aux fonctions de l'esprit. Cerveau et moelle antérieure, tout le système antérieur est moteur ; moelle postérieure et cervelet, tout le système postérieur est sensitif. A ces deux fonctions inférieures se trouvent superposées les deux fonctions psychiques. » Cette citation résume on ne peut mieux la théorie de M. Courmont qui a surtout le mérite de la simplicité. Nous nous bornerons à cet exposé, sans entrer dans la critique détaillée, qui nous entraînerait trop loin ; nous ne pouvons toutefois ne pas signaler certaines assertions de l'auteur qui permettront, mieux peut-être qu'une argumentation très longue, d'apprécier l'*ardeur* avec laquelle il défend sa thèse. Alors qu'à l'occasion de l'observation « capitale » (absence du cervelet) qu'il produit, il *insiste* sur l'intégrité de la sensibilité (p. 167), il affirme cependant (p. 500 et suiv.) que le cervelet est le foyer de la sensitivité. A noter encore cette théorie de l'hystérie. « Il y a un certain ton, ou, pour parler comme les électriciens, une certaine tension de la motricité et de la sensibilité (dans la statique du système nerveux), et cette dernière est proportionnelle au développement du système postérieur. S'il prédomine, ses réactions sont plus vives ; *de là la notion vraie de l'hystérie. Qu'elle soit génésique, médullaire ou psychique, ses bizarreries motrices s'expliquent, et l'on n'a plus à chercher la raison de son existence si fréquente chez la femme.* »

Nous nous étonnerons, en dernier lieu, que dans ce livre consacré à la fonction émotive, il soit si peu parlé des *phénomènes vaso-moteurs* dont le rôle est si considérable en la matière.

PAUL BLOCQ.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA SEPTICÉMIE GANGRÉNEUSE CHEZ LE CHEVAL, par DELAMOTTE (Extrait du *Journal de médecine vétérinaire et de zootechnie* publié à l'Ecole de Lyon, 1891).

Une jument de demi-sang (11 ans) présentant une irritabilité nerveuse excessive, on se décide à la castrer. Cette jument portait à ce moment une plaie avec vaste décollement et ébréchement de la tête de l'olécrâne au niveau du coude gauche, plaie produite par une chute de la bête. Avant de pratiquer l'ovariotomie, on injecte, sur le côté gauche de l'encolure, 5 décigrammes de chlorhydrate de morphine dans un mélange de 5 grammes d'eau distillée et de 5 grammes d'alcool à 90°. La jument se débattant beaucoup, on a dû injecter en 2 fois 5 autres décigrammes sur le côté droit de l'encolure. On arrive aussi à enlever les 2 ovaires. L'état de la jument paraissait des plus satisfaisants, quand, 3 jours après l'opération, on apercevait, sur le côté gauche de l'encolure, un œdème ayant la forme et les dimensions d'un pain de munition. Il a rayonné autour du point où on a injecté la morphine. Malgré des débridements, des pansements antiseptiques, malgré une dissection de toutes les parties envahies, il se forme un vaste foyer gangréneux qui ne fait qu'augmenter, l'œdème remonte vers l'auge, la gorge et la base des oreilles. La bête est atteinte d'une épistaxis et d'un cornage continus et elle ne tarde pas à mourir.

Autopsie. — Œdème formé par une infiltration conjonctive diffuse de sérosité sanguinolente gélatiniforme; il enveloppe la trachée, les jugulaires, les carotides, les pneumogastriques, les laryngés inférieurs et les phréniques. Muqueuse du larynx œdématiée. Conjonctives infiltrées. Pas trace d'inflammation dans la cavité abdominale. La sanie qui imprégnait les muscles gangrénés renferme un grand nombre de microbes vraisemblablement saprogènes et une notable quantité de vibrions septiques.

Quelle est l'origine d'un accident aussi grave et aussi rare ? Il est vraisemblable que le vibrion septique a été inoculé par l'injection de morphine; on n'a jamais une certitude absolue de la propreté des mains de celui qui a touché la canule de la seringue à injection; de plus la canule a été enfoncée sur un point qui n'avait pas été préalablement désinfecté. Il est peu probable, mais il est possible que cette septicémie ne soit pas sans connexion avec la plaie du coude. Il faut aussi faire intervenir l'aptitude morbide que présente l'organisme des juments qui viennent de subir l'opération de l'ovariotomie. L'épistaxis a été peut-être causée par une diastasémie produite par la sepsine et surtout par la compression des veines céphaliques par l'œdème. Le cornage était la conséquence de l'œdème du cou. On est autorisé à supposer que l'intoxication a été produite par les microbes saprogènes associés aux vibrions. Cette observation montre que le cheval prend facilement la septicémie, et elle montre que l'ovariotomie le rend apte à contracter la septicémie. De plus, le tissu musculaire du cheval constitue un terrain des plus propices à l'évolution du processus septicémique. On devra donc s'entourer de toutes les précautions antiseptiques dans la pratique des injections sous-cutanées (laver la peau avec de l'eau crésylée ou une solution de sublimé). On fera peut-être bien aussi de proscrire l'alcool de ces injections, parce qu'il pourrait bien avoir une action annihilante sur les tissus; on lui a reproché aussi de déterminer des coagulations et par suite de ralentir la diffusion et l'absorption.

Livres déposés au Bureau du Journal

Rôles du grand sympathique dans l'accommodation, par le Dr Maurice Doyon, licencié ès sciences naturelles, interne des hôpitaux de Lyon, préparateur de physiologie à la Faculté de médecine. 1 brochure in-8°. Paris, G. Masson, éditeur, 1891.

Les mesures sanitaires en Angleterre, depuis 1875 et leurs résultats, par Henri Monod, directeur de l'Assistance et de l'hygiène publiques. 1 brochure in-8°. Paris, G. Masson, éditeur, 1891.

Recherches sur les modifications de la pupille, chez l'homme sain, l'épileptique et l'hystérique, par le Dr F. J. Bosc, interne à l'hôpital général de Montpellier, lauréat de la Faculté. 1 brochure in-8°, Montpellier, C. Coulet, et Paris, G. Masson, éditeur, 1891

Contribution à l'étude des tumeurs solides de l'ovaire, par le Dr T. Larnaudie, externe des hôpitaux de Montpellier, lauréat de la Faculté. 1 brochure in-8°, Montpellier, C. Coulet, et Paris, G. Masson, éditeurs.

De la conduite à tenir dans les cas de dystocie due aux épaules, par Vilpelle, ancien interne des hôpitaux. In-8°. Paris, G. Steinheil, éditeur. Prix : 3 fr. 50

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'IMP. DES ARTS ET MANUFACTURES et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES SAMEDIS ET PUBLIANT TOUS LES MERCREDIS

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

BULLETIN

Paris, le 23 octobre 1891.

Étiologie de la fièvre typhoïde. Dépopulation de la France.

Les arguments que viennent de développer MM. A. Rodet et G. Roux (de Lyon) en réponse à la communication de MM. Chantemesse et Widal (voy. *Mercredi médical*, p. 528) reposent sur l'interprétation d'observations bactériologiques qu'ils opposent à celles de leurs contradicteurs et sur la signification que pourrait avoir, au point de vue doctrinal, la constatation de l'identité du bacterium coli commune avec le bacille d'Eberth. Nous avions admis, avec la plupart de ceux qui se sont occupés d'études bactériologiques, la précision des expériences nouvelles dont MM. Chantemesse et Widal venaient de faire connaître les résultats. Il leur appartient de démontrer à nouveau que M. Dubief d'une part, MM. Rodet et Georges Roux d'autre part, ont omis, dans leurs recherches, quelques causes d'erreur qui ont pu infirmer leurs conclusions. C'est à l'aide de nombreuses et patientes études de laboratoire que l'on arrivera à faire la lumière sur une question d'ordre exclusivement expérimental.

Quant à la question de doctrine, elle nous intéresse d'autant plus qu'elle tend à remettre en question non seulement la genèse de la fièvre typhoïde, mais encore celle de toutes les maladies spécifiques. En ce qui ne concerne que la fièvre typhoïde, il paraît démontré que, dans tous les cas où une observation rigoureuse des épidémies a pu être faite, ce n'est pas le bacterium coli commune qui en a été l'agent. Une ville est infectée pendant plusieurs années par des eaux contaminées. La communication des fosses d'aisances avec les sources ou les citernes a été reconnue. Des accidents gastro-intestinaux, diarrhées, embarras gastriques, etc., etc., ont été la conséquence inévitable de l'ingestion fréquemment répétée d'eaux souillées par le bacterium coli. La fièvre typhoïde ne s'est pas développée. Vienne un typhique. Aussitôt les eaux de boisson, jusqu'alors simplement malsaines, deviennent typhogènes. Une épidémie redoutable se développe. Elle dure jusqu'à ce que toute la population apte à gagner la maladie ait été atteinte, ou jusqu'à ce que des travaux d'aissainissement aient fait disparaître le germe morbide. C'est là ce que l'on constate presque chaque jour. Dans l'immense majorité des cas, c'est donc à un microbe essentiellement pathogène et non pas seulement aux conditions secondes de la maladie que doit être attribuée l'épidémie.

Celles-ci, nous l'avons dit et nous ne saurions trop l'affirmer encore, ont sans doute une très grande importance. Sont-elles prédominantes? Est-il possible d'admettre que, sous leur influence, un bacille qui existe toujours et se reproduit incessamment dans l'organisme humain puisse se transformer et acquérir une puissance typhogène aussi active que persistante? C'est ce qu'il faudrait démontrer. Dans la pathologie militaire où le surmenage joue un si grand rôle, c'est presque toujours le terrain, le milieu intérieur qu'il faut incriminer pour arriver à se rendre compte de la genèse des épidémies. Dans la pathologie urbaine, c'est surtout la virulence du microbe qui entre en ligne de compte. Répétons dès lors, avec les épidémiologistes les plus autorisés, qu'une étiologie bien comprise doit embrasser ces deux ordres de causes pathogéniques, et attendons, avec patience, que la commission nommée par l'Académie nous apporte une solution.

— Un rapport inséré ce matin au *Journal officiel* (p. 5058) donne au sujet du mouvement de la population en France, durant l'année 1890, une série de renseignements et de documents des plus attristants. Le nombre des décès l'a emporté de 38,446 sur celui des naissances. Jamais depuis vingt ans le chiffre des décès n'a été aussi considérable. Jamais, sauf en 1870, le nombre des mariages n'a été aussi restreint. Sans doute on invoque, pour expliquer ce que ces résultats ont de désastreux, l'épidémie de grippe qui, dans les quatre premiers mois de l'année 1890, a causé tant de victimes. Sans doute aussi on cherche à rendre compte du nombre si restreint des naissances par la mortalité des années 1854 et 1855 (guerre et choléra) et par celle qui, en 1870, a frappé tant de jeunes hommes valides. Il n'en est pas moins vrai que la diminution de la natalité est progressive et que la dépo-

pulation de la France s'accuse d'année en année sans qu'aucune mesure efficace ne soit encore intervenue pour en diminuer les dangereuses conséquences.

L. LEREBOULLET.

REVUE GÉNÉRALE

Hystérectomie vaginale et laparotomie.

A mon retour des vacances, je trouve, dans le dernier numéro de la *Revue de Chirurgie*, un travail de MM. Pozzi et Baudron sur le traitement des inflammations des annexes. J'y suis si souvent cité — moi simple critique — qu'un moment j'eusse pu me croire le créateur ou, pour le moins, le principal vulgarisateur de l'hystérectomie vaginale préliminaire. Très fier d'un pareil honneur, et avant de marquer à nouveau les points qui me séparent de M. Pozzi, je viens le remercier d'avoir répondu à mon modeste article par un véritable mémoire original.

I

A lire le travail de M. Pozzi, on supposerait que les partisans de l'hystérectomie vaginale préliminaire veulent la substituer à la laparotomie dans tous les cas de suppuration pelvienne : aussi l'auteur a-t-il beau jeu pour exposer combien cette pratique serait dangereuse. Le diagnostic des altérations des annexes est souvent obscur; on ignore parfois la nature du mal et parfois il est bien délicat d'affirmer que les trompes et les ovaires des deux côtés sont irrémédiablement perdus pour la fonction : or la laparotomie est une opération de contrôle qui permet de rectifier à temps les erreurs, tandis que l'hystérectomie est une opération de certitude qui suppose l'infaillibilité du diagnostic. M. Pozzi avait déjà développé cet argument à la Société de Chirurgie; il y revient longuement dans son dernier mémoire, et ne nous donne pas moins de quatre observations pour démontrer avec quelle facilité les plus perspicaces se trompent, aussi bien sur la gravité des lésions que sur leur bilatéralité.

Rien n'est plus exact, et, dès la première heure, j'ai souscrit sans réserve aux conséquences qui découlent de ces difficultés. J'accorde une telle importance à cet argument que je le vise dans une des trois conclusions qui résument mon article, et « lorsqu'il n'est pas démontré que les annexes des deux côtés ont perdu leur fonction, je conseille de recourir à la laparotomie qui seule permet d'établir sur un diagnostic indiscutable les indications précises de l'extirpation. » Et ce n'est point un vœu platonique : dans la pratique je me suis tellement conformé à ce principe que, depuis la communication de Paul Segond à la Société de Chirurgie, consulté onze fois pour des inflammations anciennes des annexes, je n'ai eu recours que quatre fois à l'hystérectomie vaginale, dans sept cas j'ai fait la laparotomie; or, dans ces sept cas, les altérations des trompes et des ovaires étaient doubles, mais je n'étais pas « absolument sûr de la gravité et de la bilatéralité des lésions », et j'ai écrit déjà « que le doute doit profiter à la laparotomie. »

Aussi les observations que M. Pozzi nous donne pour exemple sont-elles loin de nous troubler : je ne parle pas du premier fait où, au lieu d'annexes malades, on trouva « des intestins surchargés de graisse. » En vérité, ce cas, fût-il doublé de celui de M. Doléris, est trop exceptionnel pour entrer en ligne de compte. Dans la deuxième observation, les annexes des deux côtés furent enlevées par la laparotomie; ils l'eussent été également par l'hystérectomie, et malgré ce qu'en pense M. Pozzi, on n'aurait pas eu plus de peine à libérer l'intestin et les ovaires de leurs adhérences récentes; on aurait aussi facilement extrait « les fausses membranes fibrineuses », et quant au lavage du péritoine, le drainage parfait que donne l'hystérectomie l'aurait rendu inutile. Je ne sache pas d'ailleurs qu'il soit difficile de le pratiquer après l'opération de Péan. Restent les deux dernières observations; j'eusse, tout comme M. Pozzi, traité ces cas par la laparotomie : il me faut des lésions plus graves pour oser affirmer que les annexes sont, des deux côtés, perdus pour la fonction.

J'ai récemment opéré une femme de 29 ans chez qui le palper bimanuel révélait à gauche une tumeur transversale, allongée, de consistance élastique, du volume d'un œuf et très douloureuse; à droite, une tumeur analogue, mais plus petite et moins douloureuse. La salpingite était certainement bilatérale, mais je ne connaissais pas au juste la gravité des lésions, qui, à droite, pouvaient se borner à des adhérences faciles à rompre. Que de fois, en effet, n'a-t-on pas constaté que la coalescence de la trompe et de l'ovaire, leur adhérence aux parties voisines suffisent pour constituer une tumeur qui, à la palpation, paraît plus volumineuse que ne le démontre l'examen direct! J'ai donc recours à la laparotomie, et je trouve, à gauche, une masse très adhérente au ligament large et à l'utérus. En rompant les néomembranes, fort résistantes, d'ailleurs, mon doigt s'enfonce tout à coup dans un abcès : je libère enfin les annexes et je les extirpe. La trompe, du volume du pouce, est distendue par du pus; à droite, les adhérences sont fragiles et l'ovaire paraît sain, mais la trompe est plus rouge, moins souple, à pavillon oblitéré. Je l'enlève; elle contenait du pus. L'opération dura 33 minutes et la guérison fut rapide.

A cette observation, je pourrais en ajouter six autres, toutes postérieures à la discussion pendante, et où j'ai pratiqué la laparotomie : la clinique révélait des lésions bilatérales certaines; mais, comme je n'étais pas « absolument sûr » de la gravité des désordres, comme l'ensemble des signes ne permettait pas d'affirmer la perte irrémédiable des annexes des deux côtés, le doute profitait à la laparotomie. Dans ce cas, fidèle à mes principes, c'est à elle que j'ai eu recours — avec succès, d'ailleurs — puisque mes malades ont bien guéri. Mais, deux fois, la décortication a été malaisée; quelques débris d'annexes restés attachés aux néomembranes ou à l'utérus, des poches purulentes ouvertes ont nécessité le drainage, et je regrettai, au cours de l'opération, que l'examen ne m'eût pas donné de notions plus précises sur l'étendue et la gravité des lésions, car l'hystérectomie vaginale préliminaire me sembla mieux indiquée. On ne saurait donc se méprendre sur notre pratique, et pour tout un groupe de cas, nous recourons à la laparotomie.

« Et même dans une grande catégorie de faits — les salpingites récentes, peu volumineuses, sans adhérences appréciables aux parois du bassin — nous nous abstenons le plus souvent d'une intervention chirurgicale; nous mettons la malade au repos; nous curetons et nous drainons l'utérus s'il y a lieu; nous prescrivons les irrigations vaginales biquotidiennes, surtout les lavements à la température de 55°, et qui doivent être gardés une demi-heure au moins. Et dans quelques faits, rares, il est vrai, mais fort remarquables, nous avons pu éviter la laparotomie. Je dis laparotomie, car pour ces cas de diagnostic difficile, c'est à elle que j'ai recours. Nous ne voudrions pas substituer l'hystérectomie vaginale à la laparotomie. » Dans un tout autre ordre d'idées, on a parlé des partisans « du bloc » : on le voit, et malgré tout ce qu'on pourrait en inférer d'après M. Pozzi, nous ne sommes pas pour « le bloc. »

II

Mais il est des cas où, malgré la haute autorité de M. Pozzi, nous croyons à la supériorité de l'hystérectomie vaginale. Elle nous paraît indiquée dans « ces salpingites que M. Reclus qualifie de scléreuses », et que M. Pozzi appelle « parenchymateuses », dénomination qu'il pense être le premier à avoir employée, et qui, « depuis lors, a été adoptée par de nombreux auteurs. » Ces salpingites parenchymateuses — nous n'insistons pas sur le mot « scléreuses », qui du reste, n'est pas de nous — peuvent être extirpées par la laparotomie, et notre contradicteur nous donne trois observations où la décortication des annexes a été menée à bien. Mais la lecture très instructive de ces faits n'est pas pour nous convaincre et, décidément, nous préférons l'hystérectomie vaginale : nous n'aimons guère les modes d'intervention où, pour libérer les adhérences et déchirer les néomembranes, « il faut déployer une force très grande, allant presque jusqu'à la violence. »

Dans la première observation, en effet, « l'opération demande une grande force par suite d'adhérences multipliées et résistantes. » Dans la deuxième, « les trompes très adhérentes, friables, se déchirent sous la traction et donnent un suintement sanguin assez abondant. Les adhérences, à la face postérieure de l'utérus, dans le cul-de-sac de Douglas, sont aussi rompues et donnent beaucoup de sang. La trompe gauche n'est enlevée qu'à moitié, toute la partie interne restant adhérente à l'utérus. » Inconvénients et dangers analogues dans un troisième cas où, avant d'atteindre les annexes, il faut franchir un obstacle, une sorte de cloison due aux anses intestinales soudées entre elles. « Avec beaucoup de précautions et de difficultés, » on se fraye un passage jusqu'au foyer pelvien où l'on ne peut décortiquer et extraire les annexes sans provoquer un suintement sanguin abondant et la formation de caillots. On le voit, si la laparotomie est possible dans ces cas, nous n'exagérons rien en disant qu'elle n'est pas facile.

Certes, dans un cas analogue, nous avons côtoyé moins de dangers en pratiquant l'hystérectomie ; l'intervention a été plus simple malgré certaines circonstances qui l'ont rendue fort délicate : la grande étroitesse du vagin chez une femme qui n'avait pas eu d'enfant, la friabilité de l'utérus, son immobilité dans le petit bassin, l'impossibilité de l'abaisser vers la vulve. Lorsque je dégageai le fond de la matrice par le morcellement, une poche volumineuse vida son pus par le vagin : j'essayai alors d'énucléer la portion d'annexes qui n'avait pas été enlevée avec la matrice et dont je voyais l'extrémité saisie par les pinces des ligaments larges : ces tentatives furent vaines, car le tissu scléreux des organes était intimement uni à celui des néomembranes. La guérison a été obtenue en dix jours ; guérison durable, succès thérapeutique et non simplement opératoire, car, sept mois après, nous avons revu cette femme que rendaient méconnaissable un léger embonpoint et des couleurs perdues depuis l'invasion du mal.

M. Pozzi nous objectera-t-il que nous avons payé cette sécurité plus grande par le grave inconvénient d'une opération incomplète ? — Non, car il n'a pas oublié son observation où « la trompe gauche n'est enlevée qu'à moitié, toute la partie interne restant adhérente à l'utérus. » Et, justement, dans une hystérectomie, cette coalescence à la matrice aurait assuré son extirpation. Cette ablation inachevée n'aura pas empêché sans doute le succès thérapeutique de couronner le succès opératoire, comme chez notre patiente : au bout de sept mois, je l'ai dit plus haut, celle-ci était fraîche, engraissée ; elle ne ressentait ni douleurs, ni pesanteur, ni gêne, aucun de ces accidents qui, avant notre intervention, compromettaient son existence. Cette question des extirpations incomplètes est trop importante, du reste, pour que je n'y insiste pas.

Les laparotomistes, dit-on, extirpent les annexes enflammées, tandis que les hystérectomistes les laissent en place : ainsi formulée, la proposition est inacceptable. D'abord, les premiers échouent parfois dans leur entreprise ; l'observation de Pozzi que nous venons de citer en est une preuve ; en voici une deuxième du même auteur, dans le même mémoire : « Leur énucléation complète étant notoirement impossible, les portions les plus adhérentes sont abandonnées après désinfection. » En voici une troisième, toujours du même auteur, toujours du même mémoire : « A gauche, on parvient à énucléer, au milieu des adhérences intestinales, une tumeur salpingo-ovarienne du volume d'une orange, sans qu'il soit possible de faire un pédicule. Elle est comme arrachée d'un bloc pendant les tentatives de libération.... Du côté droit, il est impossible de frayer, à travers les anses intestinales agglutinées, un chemin jusqu'aux annexes. Le ventre est alors refermé.... »

Il y a donc, d'une part, des cas où la laparotomie n'assure pas la décortication ; et, d'autre part, il y en a où l'hystérectomie la permet : j'en ai cité un exemple dans mon premier article : l'utérus une fois enlevé, je vois les annexes malades envahir, pour ainsi dire, le champ opératoire et prendre la place de l'organe morcelé : j'ouvre des kystes séreux dont le liquide s'écoule au dehors par le vagin : puis les poches, flasques et vides, viennent avec l'ovaire scléreux et la trompe droite, dilatée par le pus et semblable à une petite outre ; à gauche, les adhérences avec le ligament large et les parois du petit bassin sont solides ; j'introduis la main par la vulve et, du bout du doigt, je décortique lentement la poche purulente qui crève, trop amincie en un point, mais dont le contenu s'évacue par déclivité, et sans contact avec les anses intestinales.

Un second cas, inédit, celui-ci : je reçois de l'Hôtel-Dieu une malade ayant eu quatre accouchements normaux dont le dernier date de 25 mois : depuis cette époque, on note des douleurs abdominales constantes ; les règles reviennent trop fréquentes et trop copieuses, avec un écoulement leucorrhéique incessant. Le toucher bimanuel révèle à gauche une tumeur volumineuse assez nettement délimitable, et, à droite, une masse empâtée ; l'utérus, inabaissable, paraît peu mobile. Nous pratiquons l'hystérectomie et, la matrice enlevée, nous décollons, à gauche, l'ovaire kystique et la trompe purulente adhérentes aux parties voisines ; à droite, la manœuvre est plus compliquée ; outre les annexes altérées, se trouve, haut situé, un kyste du volume du poing que nous détachons après avoir introduit la main par la vulve malgré cinq grandes pinces et une dizaine de petites. Au bout de trois semaines, l'opérée quittait l'hôpital. Nous venons de la revoir quatre mois après l'intervention : le succès thérapeutique paraît complet.

On peut donc, quoi qu'en pense M. Pozzi, énucléer, décortiquer, extirper par la voie vaginale « malgré une dizaine de pinces constituant dans un vagin, même large, un obstacle assez sérieux aux manœuvres de la main la plus expérimentée. » Mais, en fin de compte, cette voie est-elle ou non plus aisée ? — A Segond de répondre avec son demi-cent d'hystérectomies. — Si nos quatre opérations ne me permettent pas d'affirmer, à plus forte raison les deux de M. Pozzi ne l'autorisent pas à nier. Je dis tout simplement ceci : dans les cas qui, d'après nous, ressortissent sans conteste à l'hystérectomie préliminaire, pour les ovaires scléreux adhérents à l'utérus dont nous venons de parler et pour les pachypelvipéritonites dont

nous allons nous occuper, l'extirpation est difficile par les deux voies : il y a chance de laisser dans le bassin quelque débris d'organe infecté. Mais, alors, l'hystérectomie est supérieure, grâce au drainage « idéal » qu'elle assure. Et ce point est trop important pour ne pas y insister à loisir.

III

« Il existerait, d'après M. Reclus, une variété de suppurations pelviennes que seul, jusqu'à présent, il aurait observée ou osé opérer. » Il faudrait vraiment pratiquer le « *nil mirari* » des anciens pour ne point être stupéfait d'une pareille assertion! Mais où donc M. Pozzi a-t-il trouvé cela ? J'ai lu et relu mon article, et nulle part je n'ai dépisté, ni dans l'esprit, ni dans la lettre, la trace de la prétention exorbitante qu'on me prête ! « M. Pozzi, ai-je dit, malgré sa pratique fort étendue, n'a pas encore vu ces « pachypelvipéritonites » auxquelles nous faisons allusion. » Et plus loin : « Les lésions (dans les cas de M. Pozzi) n'avaient pas alors, nous osons l'affirmer, l'étendue et la gravité des nôtres » Et c'est tout ! Et d'après ces deux phrases, M. Pozzi m'attribue la puérile vanité d'avoir dégagé une variété nouvelle de suppuration pelvienne, « la pachypelvipéritonite, ou la pachypéritonéo-salpingite de Reclus. »

Je ferai d'abord remarquer à M. Pozzi que lui ou son prote a — inconsciemment — mal reproduit mon texte : il supprime des guillemets fort importants dans l'espèce, puisqu'ils avertissaient le lecteur mal versé dans la nosographie que l'expression de pachypéritonite du petit bassin n'était pas de moi ; elle est d'usagec ourant dans les livres de nos prédécesseurs immédiats et M. Pozzi retrouverait le mot et la chose dans le traité jadis classique de Courty. — Je n'oserais affirmer, je n'ai pas le livre sous les yeux, que « pelvi » se trouve enchâssé entre « pachy » et « péritonite ». Mais, en vérité, ce n'est point pour une telle modification, si tant est qu'elle m'appartienne, que je croirais avoir créé une « variété » nouvelle. Si, dans mon ignorance naïve, j'avais pensé faire une découverte, je ne me serais pas contenté d'une phrase incidente : un mémoire l'aurait apprise à mes collègues. Mais, au fait, s'il me supposait cette prétention, pourquoi M. Pozzi, dont on connaît le faible pour les bibliographies savantes, ne m'a-t-il pas rappelé doucement à la lecture de nos aînés ?

Non, je ne crois pas avoir découvert la pachypelvipéritonite, je crois simplement m'être trouvé en présence de lésions particulièrement graves. « Certes, pour qui juge de la gravité des lésions par les résultats opératoires, M. Reclus doit avoir raison : sur ses quatre opérées, trois sont mortes, l'une de l'opération, deux de suppurations prolongées, la quatrième vit avec une fistule intarissable. » M. Pozzi, au contraire, a guéri toutes ses opérées, soit trois malades atteintes de pachypelvipéritonite qu'il qualifie, lui, d'abcès pelviens. Au lecteur sagace à tirer la conclusion que la courtoisie de M. Pozzi lui défendait d'énoncer lui-même. Mais je lis ses observations, et je constate que, lui aussi, a pu « juger de la gravité des lésions par les résultats opératoires. » Lui aussi a rencontré, depuis lors, de ces cas « extrêmes » dont je parlais, où les trompes et les ovaires enflammés ont provoqué dans les feuillets péritonéaux voisins la formation de néomembranes épaisses qui les agglomèrent en une masse indistincte creusée de cavités purulentes, de coulées plastiques qui mesurent plus de trois centimètres, englobent les annexes et doublent les anses intestinales d'une couche rigide. Après l'opération, il reste un large cloaque que ne peut remplir la poussée des intestins immobilisés par le blindage des néomembranes ; la suppuration recommence, et sa persistance a provoqué, chez deux de nos malades, des dégénérescences amyloïdes du foie et de la rate.

M. Pozzi s'est trouvé en présence d'un cas semblable, et comment ce souvenir n'a-t-il point émoussé la pointe de l'épigramme qu'il me décoche? Cette observation, nous l'avons déjà signalée à propos des difficultés de la décortication, en dépit du large champ que donnerait la laparotomie. On se rappelle comment elle se termine : « Du côté droit, il est impossible de frayer, à travers les anses intestinales agglutinées, un chemin jusqu'aux annexes. Le ventre est alors refermé.... Morte — tout comme la mienne — le soir du deuxième jour. » Mais pourquoi, trois pages avant cette observation, M. Pozzi nous dit-il avoir guéri toutes ses opérées de ce qu'il appelle « abcès pelviens ! » ?

Comme mon collègue, j'ai pu guérir par la laparotomie des cas fort sérieux « d'abcès pelviens » ou de pachypelvipéritonites. En voici une observation récente : mon collègue de Broussais, M. Barth, fait passer dans mon service une malade dont le ventre, distendu par une tumeur, avait grossi très rapidement au milieu de phénomènes généraux très graves ; la température est à 39°4 ; les douleurs sont intolérables ; je crois à la torsion du pédicule d'un kyste de l'ovaire, et je l'opère séance tenante. J'arrive, en effet, sur un kyste ovarique d'où la ponction retire trois litres de pus ; je le dégage assez facilement d'adhérences récentes, mais, au niveau du pédicule, je trouve une nouvelle tumeur qui remplit le petit bassin ; elle est fluctuante aussi ; ses parois, très épaisses, adhèrent aux parties voisines et la décortication en est des plus pénibles ; la rupture des néomembranes ouvre des vaisseaux volumineux que je dois tamponner au fur et à mesure qu'avance le décollement ; en un point, je dois laisser une portion de la paroi adhérente à la matrice : il s'agissait d'une trompe énorme, et qui mesurait 16 centimètres de long sur 9 de haut. Je dus ensuite dégager les annexes droites, perdues, elles aussi, dans une gangue de tissu scléreux et adhérente à l'épiploon et à l'intestin. La guérison, un instant entravée par un œdème considérable du membre inférieur droit, était complète à la quatrième semaine.

La laparotomie peut donc guérir certaines pachypelvipéritonites, et à défaut des observations de mes collègues, les miennes me l'auraient appris, mais les dangers que l'on court sont grands, et les membres les plus autorisés de la Société de Chirurgie ont déclaré que, en pareil cas, l'hystérectomie est préférable. D'abord répétons que « ces collections purulentes du petit bassin ont pour centre l'utérus ; à droite et à gauche sont les annexes abcédées, en arrière le cul-de-sac de Douglas distendu, au-dessus des poches qui soulèvent les intestins le plus souvent protégés par l'épaisseur des néomembranes. Lorsque, par le morcellement, la matrice est extraite, on a, pour ainsi dire, enlevé la clef de voûte ou retiré la « bonde » sur laquelle s'appuient ou qui ferment toutes les collections purulentes : elles se vident, et les poches reviennent sur elles-mêmes par rétraction inodulaire ou sous la poussée des intestins. — Je viens d'obtenir, dans un cas semblable, un magnifique succès encore inédit chez une dame de 32 ans dont la vie était menacée à brève échéance par une péritonite commençante. — La matrice une fois retirée, il reste des débris d'annexes et des néomembranes infectées ; mais n'en est-il pas ainsi dans la laparotomie qui, elle non plus, n'assure pas la décortication complète? Le drainage devient alors nécessaire, et l'on sait — je reviens maintenant sur ce point — que l'hystérectomie la réalise d'une façon bien supérieure,

Et nous ne pouvons que nous répéter : l'hystérectomie ouvre un accès large et déclive qui amène forcément les

sécrétions au dehors, tandis que, après la laparotomie, l'évacuation se fait par une boutonnière étroite, par une sorte de goulot que le chirurgien laisse en un point de l'incision abdominale, et les liquides doivent remonter par capillarité dans les lambeaux de gaze antiseptique. Ce drainage est bon, sans conteste, mais l'autre est infiniment meilleur. Puis, combien moins grandes les chances d'infection du péritoine au cours de l'opération! Dans les extirpations « violentes », « en apparence brutales », où « il faut déployer une très grande force », l'infection peut se faire par la rupture d'une poche : une attention sans cesse soutenue, des précautions multipliées sont nécessaires pour protéger les anses intestinales qui bordent le champ opératoire. Aura-t-on recours « à la position déclive » ou à « l'éviscération », mais nous croyons qu'il n'est pas indifférent de sortir de l'abdomen la masse intestinale : cette manœuvre ne nous paraît pas prête à entrer dans la pratique, dans la pratique *courante*, ajouterai-je, pour éviter à M. Pozzi les frais d'une nouvelle épigramme.

Cette considération, bien plus que l'absence de cicatrices sur le ventre, a persuadé nombre de chirurgiens, et lorsque M. Pozzi nous prend seul à partie, il oublie que les conclusions de notre article sont à peu près celles de Nélaton, à peu près celles de Bouilly qu'on ne peut accuser, ce me semble, de ne pas avoir la laparotomie « bien en main ». C'est l'un d'eux, et non pas moi, qui a insisté le premier sur les avantages de l'hystérectomie dans l'extirpation des annexes « scléreuses », et pour les pachypelvipéritonites, l'accord, me semble-t-il, est bien près de se faire : la plupart de nos collègues ont accepté, dans les cas graves, l'hystérectomie préliminaire comme la meilleure méthode. Mais quoi! ne voyons-nous pas M. Pozzi lui-même adoucir, à la fin de son mémoire, l'intransigeance des premières pages et dire que, dans les cas extrêmes de pachypelvipéritonite, « elle pourra être mise en parallèle », ou même « paraître préférable » à beaucoup de chirurgiens? « Le choix entre l'hystérectomie et la laparotomie dépend alors uniquement du tempérament particulier et des aptitudes individuelles. »

Je veux m'arrêter sur cette déclaration, car dans une semblable discussion, et avec un adversaire aussi courtois, j'aime mieux insister sur ce qui nous rapproche. Mais pourquoi, au cours de son mémoire, M. Pozzi me qualifie-t-il deux fois d' « éminent collègue »? Il est vraiment trop bon s'il n'y mêle quelque ironie, et ma conscience s'effarouche à juste droit d'un mot que nous réservons d'habitude pour les maîtres incontestés. Oserai-je rappeler à mon trop aimable contradicteur combien je suis plus discret? Il sait en quelle estime je tiens et sa personne et son talent, et pourtant, dans l'article auquel il répond, je me contente de l'appeler mon « distingué » collègue.

Paul Reclus.

TRAVAUX ORIGINAUX

Sur la contagion de la rougeole, par le Dr Maurice Mercier, médecin-major de 1re classe.

Depuis plusieurs années la rougeole augmente de fréquence dans l'armée, et le 9e corps est signalé comme étant un de ceux où elle se développe le plus souvent. Comment se propage une maladie qui est si inégale dans ses manifestations et ses conséquences, qui, bénigne à l'extrême pendant une épidémie, amène dans une autre une mortalité de 16 0/0? c'est ce que l'on ne sait pas encore d'une façon précise. Cette question préoccupe beaucoup les médecins des hôpitaux d'enfants à Paris; depuis plusieurs années elle a été l'objet de nombreuses communications et de discussions vives dans les diverses sociétés savantes.

Ainsi Béclère, qui a observé la rougeole à l'hôpital des Enfants-Malades et qui a fait sur ce sujet une thèse remarquable (Paris, 1882), dit : La rougeole ne semble pas être contagieuse au delà de la période d'éruption; le contage est diffusible dans l'atmosphère, mais sa diffusion est très limitée; il ne semble pas pouvoir se répandre au delà de quelques mètres; il est très rarement transporté par des personnes ou par des objets; il ne persiste pas dans les bâtiments qui ont été occupés par les morbilleux.

M. Sevestre, médecin de l'hôpital des Enfants-Assistés, admet que le contage de la rougeole se mêle à l'air ambiant, mais cette zone contagieuse ne paraît pas dépasser quelques mètres (*Progrès médical*, mars 1889). Dans une communication faite, le 28 mai dernier, à la Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle, M. le professeur Grancher, après avoir fait rechercher depuis dix-huit mois les conditions de la propagation de la rougeole dans les salles de son service, à l'hôpital des Enfants-Malades, n'est arrivé qu'aux conclusions suivantes : il pense que la rougeole se transmet sûrement par les mains ou les vêtements contaminés d'une tierce personne et que, si l'atmosphère contient *exceptionnellement* des germes rubéoleux, ceux-ci ne forment pas autour du malade un milieu ambiant dangereux.

Il y a peu de temps, M. A.-J. Martin, résumant dans la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie* (n° 23, 1890), un débat sur cette question, dit que l'existence d'un contage diffusible par l'air est admise pour la rougeole par le plus grand nombre des médecins; l'atmosphère est souillée par le mucus nasal et bronchique desséché. Il signale la nécessité de poursuivre les recherches dans cette voie, en notant avec soin le sens et la direction des mouvements de l'air autour d'un rubéoleux et en étudiant l'influence que le nettoyage de la salle peut avoir sur la contagion elle-même.

Placé dans des conditions très favorables, nous avons pu étudier une petite épidémie de rougeole et recueillir quelques faits intéressants sur le mode de contagion de la maladie.

1° *A quel moment la rougeole est-elle contagieuse?* — Au mois de janvier 1890, une épidémie de rougeole se déclarait parmi les hommes du 90e de ligne, logé tout entier dans la caserne Bertrand, à Châteauroux.

La rougeole n'avait pas été observée au régiment depuis le mois de mars 1888 et la maladie ne régnait pas dans la population civile (1). Le germe morbilleux fut importé au 90e par un jeune soldat (obs. I) qui, étant allé en permission chez ses parents pendant les fêtes du jour de l'an, y avait contracté la rougeole. Cette épidémie reconnaissait donc la même cause, le même mode d'importation que celle qui avait atteint le régiment en 1887-1888; cette fois encore, c'était un jeune soldat du recrutement du Blanc qui avait apporté la rougeole au corps. Dans cette dernière épidémie, la rougeole avait donné lieu à 5 décès sur 52 cas, soit une mortalité de 10 0/0; mais dans celle que nous avons observée en 1890, la mortalité a été de 5 malades sur 30 cas, soit 16 0/0, ce qui est une proportion absolument exceptionnelle.

Le premier cas de rougeole se déclara le 14 janvier, à un moment où l'épidémie de grippe sévissait sur le régiment, et c'est grâce à cette simultanéité que nous avons

(1) Au mois de janvier 1890, mais elle y a régné au mois d'avril suivant.

pu observer quelques faits intéressants. La grippe ayant acquis une assez grande intensité, le nombre des malades devint tel, qu'il fut ordonné d'installer dans chaque compagnie une chambre spéciale où les hommes grippés pourraient être isolés de leurs camarades et recevoir des soins plus attentifs et plus complets que dans les chambres communes. Les prodromes de la rougeole ressemblent beaucoup à ceux de la grippe; le malade qui importa la rougeole au 90e était rentré de permission le 6 janvier; le 8 il se sentit mal à l'aise et courbaturé; il continua cependant à faire son service; le 12 il alla même laver du linge au lavoir de la caserne, mais, le soir, il sentit que les bras « le brûlaient ».

Le 13 janvier au matin, il se présenta à la visite médicale; il était atteint de rougeur des conjonctives, larmoiement, enchifrènement avec épistaxis, toux rauque, fièvre modérée; il n'y avait pas d'éruption sur le corps, ce qui était facile à constater, puisque tous les malades se déshabillaient pour être auscultés. Pensant que cet homme était atteint de grippe, nous prescrivîmes de le placer dans la chambre spéciale de sa compagnie, où il se rendit vers huit heures et demie du matin. Le lendemain, 14 janvier, à six heures et demie du matin, ce malade était trouvé porteur d'une éruption boutonneuse, très confluente, qui était sortie pendant la nuit et qui était absolument caractéristique de la rougeole; il fut envoyé immédiatement à l'hôpital.

Voici comment s'est exercée la contagion :

Dans la chambre n° 75 du bâtiment A, où couchait cet homme depuis le 6 janvier, pendant la période d'incubation et pendant la période d'invasion, aucun de ses camarades ne fut atteint de rougeole.

Dans la chambre n° 62 du bâtiment A, chambre spéciale aux grippés, où ce malade ne resta que vingt-deux heures environ pendant lesquelles l'éruption sortit, sur six hommes qui se trouvaient là, quatre contractèrent la rougeole. Voilà donc un fait bien établi, qui montre que, dans l'épidémie de rougeole observée par nous, le contage morbilleux a possédé le maximum de sa virulence *pendant les heures qui ont précédé et accompagné la sortie de l'éruption*.

Pendant la journée du 13 janvier, le malade fit plusieurs voyages de la chambre 62 à la chambre 75, pour aller chercher ses effets, et chaque fois il eut à traverser les chambres du 3e étage du bâtiment A.

Dans ces chambres, trois autres cas de rougeole se déclarèrent, en même temps que la maladie se manifestait sur les quatre hommes qui avaient couché dans la chambre des grippés. Le premier malade a reconnu avoir craché sur le plancher des chambres et des corridors qu'il traversait.

Un autre fait, observé il y a quelques jours sur les enfants d'un officier, est venu s'ajouter au précédent. Dans cette famille, le petit garçon fréquentait une école où régnait la rougeole (1); il fut atteint de bronchite légère avec toux rauque; nous le visitâmes le deuxième jour de son indisposition; il avait sur le voile du palais une éruption pointillée qui nous permit d'annoncer la rougeole.

Malgré notre recommandation, on attendit encore un jour pour lui faire quitter la chambre dans laquelle il couchait à côté de ses sœurs; pendant cette journée l'éruption morbilleuse se montra chez le petit garçon, et onze jours après les deux petites filles furent atteintes par la maladie.

La rougeole est *faiblement contagieuse une fois l'éruption sortie*. En effet, les malades atteints de rougeole furent tous placés dans une même salle à l'hôpital; dans cette salle couchait un infirmier civil, jeune homme âgé de seize ans, presque un enfant, peu vigoureux, que nous avions dû conserver à ce poste à défaut d'autre infirmier civil; ce jeune homme resta pendant un mois et demi en contact immédiat et continu avec les rougeoleux et il ne contracta pas la maladie; comme il est orphelin, qu'il a été élevé à l'hospice de Châteauroux, les Sœurs, qui le connaissaient depuis plus de quinze ans, ont pu affirmer qu'il n'avait pas eu antérieurement la rougeole.

Ce fait que la contagion de la rougeole s'exerce surtout avant l'éruption est déjà reconnu par un grand nombre de médecins. Girard de Marseille, d'Heilly de l'hôpital Trousseau, admettent que la rougeole est contagieuse avant la période d'éruption. M. le professeur Grancher, dans sa communication à l'Académie de médecine du 3 juin 1890, dit que la contagion de la rougeole se fait avant que la maladie soit reconnue, et que le hasard semble présider à la distribution des germes. Pour Sevestre, la contagion se fait dès la période d'invasion et c'est surtout à ce moment qu'elle se fait; il admet que la rougeole est contagieuse pendant la période d'éruption, au moins pour les premiers jours, mais encore le fait est-il exceptionnel. Dans une étude sur la statistique médicale de l'armée française en 1886, M. le professeur agrégé Burlureaux cite une épidémie de rougeole à Lons-le-Saulnier au 44e de ligne, où la maladie fut apportée par un homme revenant de permission; bien que ce malade ne soit resté en contact avec ses voisins que pendant la période qui précédait son éruption, il a néanmoins contagionné ses camarades Pour notre camarade Louis (*Arch. de méd. et de pharm. milit.*, janvier 1890), la contagion a lieu le jour de l'éruption.

Ainsi donc la rougeole est surtout contagieuse avant l'éruption et principalement dans les quelques heures qui précèdent celle-ci.

On dirait que le microbe morbilleux, encore inconnu, est très peu contagieux par lui-même, mais qu'il l'est surtout par les spores qu'il émet et qui servent à sa reproduction, spores dont la production cesserait aussitôt l'éruption sortie.

2° *Marche et diffusion de l'épidémie.* — Une fois entrée dans la caserne, la maladie a frappé les hommes par groupes, par fournées, suivant l'expression dont s'est servi le médecin-major Geschwind dans son remarquable mémoire sur la rougeole (*Arch. de méd. et de pharm. milit.*, 1886).

Ces fournées sont séparées entre elles par un intervalle égal à la durée de l'incubation de la maladie.

Le premier malade avait été atteint de l'éruption rubéolique le 14 janvier; onze jours après, le 25 janvier, quatre hommes de sa compagnie, dont trois avaient été ses voisins dans la chambre des grippés, se présentaient à la visite avec la rougeole ; le lendemain 26, huit autres malades; le 28, deux dont le quatrième de la chambre des grippés, et enfin le 29, un dernier malade étaient reconnus, soit dix en tout pour cette première fournée. Sur ces dix malades, sept étaient de la même compagnie que le premier malade, quatre avaient contracté la maladie en couchant à côté de lui dans la chambre des grippés, trois dans les chambres du 3e étage du bâtiment A que ce malade avait traversées à plusieurs reprises pendant la journée du 13 et sur le plancher desquelles il avait craché; les trois autres malades venaient : l'un du bâtiment A mais du 1er étage, un autre du bâtiment C situé de l'autre côté de la cour, et le troisième d'une chambre située à l'angle ouest du bâtiment B, qui est perpendiculaire aux deux autres. Cette dernière chambre est à 34 mètres, à vol d'oiseau, des chambres où les premiers malades avaient été atteints. Voilà la première fournée de rougeoleux reconnue du 25 au 29 janvier.

(1) En avril 1890.

Dès le premier cas de rougeole, des mesures de désinfection, sur lesquelles nous reviendrons plus loin, avaient été prises sans délai dans la chambre des grippés; à partir du 25 janvier, elles furent appliquées aux chambres où des malades étaient observés; aussi, du 29 janvier au 8 février, aucun cas nouveau de rougeole ne se produisit.

Dans la journée du 8 février, une nouvelle fournée de rougeoleux commença, suivant la première à un peu plus de dix jours d'intervalle; trois malades le 8 février, un le 9, deux le 11 et cinq le 12 étaient reconnus, en tout onze malades. C'est ici que la distribution de ces cas devient intéressante. Six de ces malades contractent la rougeole dans le bâtiment A, mais il n'y en a plus au 3e étage qui a été désinfecté à fond.

Tous les nouveaux malades viennent: quatre du 1er étage et deux du 2e étage; ils habitent des chambres immédiatement au-dessous de celles où se trouvaient les premiers malades; ainsi les chambres 36 et 38 du 1er étage, qui fournissent trois cas de rougeole, correspondent à la chambre 68 du 3e étage, où il y a eu quatre malades; les chambres 33 du 1er étage et 47 du 2e sont situées immédiatement au-dessus de la chambre 62 du 3e.

La rougeole cesse de se montrer au 3e étage du même bâtiment A pour descendre au 1er et au 2e étage du bâtiment.

Comment le germe morbilleux pénètre-t-il dans les chambres? Par les fenêtres spécialement. En effet, sur ces 6 malades (obs. 12, 14, 15, 16, 21, 22), 14 et 15 couchent contre la fenêtre, leur lit est contre la croisée; 12 a son lit séparé de la fenêtre par un seul lit et dans ce lit couche un homme qui a eu la rougeole étant jeune, 21 et 22 sont séparés de la fenêtre par deux lits, et 16 a son lit contre un mur tout près de la porte.

Mêmes remarques dans le bâtiment C, où se produisent cinq cas (obs. 13, 17, 18, 19 et 20); 20 a son lit placé contre la fenêtre; 13 et 17 sont séparés de la fenêtre par un lit chacun, dans lequel couche un homme ayant eu la rougeole étant jeune; 18 et 19 couchent près des portes donnant sur les corridors. Dans ce bâtiment C, le germe morbilleux est répandu partout et il frappe à tous les étages. En résumé, sur onze cas de la deuxième fournée, trois malades couchent contre les fenêtres, trois autres ne sont séparés de la fenêtre que par un lit dans lequel couche un homme qui a eu la rougeole étant jeune, deux sont séparés de la fenêtre par deux lits seulement et trois occupent des places différentes rapprochées des portes.

Les mêmes mesures de désinfection sont prises et l'épidémie s'arrête encore pendant quelques jours. Une troisième fournée commence le 21 février, donnant cinq malades, un le 21, un le 24 et trois le 25 février. Sur ces cinq cas, aucun ne se développe dans le bâtiment A primitivement atteint; deux viennent du bâtiment C, qui avait eu cinq malades dans la deuxième fournée, et trois du bâtiment B très épargné jusqu'alors, puisqu'il n'avait encore eu qu'un seul malade dans la première fournée.

Dans le bâtiment C (obs. 23 et 26), les deux malades ont leur lit situé immédiatement contre la croisée, et il est à remarquer que 23 vient de la chambre 39 située audessous de la chambre 53, dans laquelle il y a eu un homme atteint de rougeole dix jours avant, et 26 vient de la chambre 30 située au-dessous de la chambre 60 dans laquelle il y a eu un malade treize jours auparavant.

Dans le bâtiment B (obs. 24, 25 et 27), 24 couche contre la fenêtre, 25 et 27 ont leur lit en différentes parties de la chambre.

La quatrième et dernière fournée se montra onze jours après la troisième; elle fournit 2 cas (obs. 28 et 29), tous deux habitant le bâtiment B; l'un venait d'une chambre où il y avait eu un cas de rougeole onze jours auparavant.

Le trentième cas (obs. 30) de cette épidémie s'est développé à l'hôpital chez un malade atteint d'érysipèle de la face, placé dans une salle située immédiatement au-dessous de celle qui était affectée aux rougeoleux; il était en traitement depuis neuf jours; il est très probable qu'il était en incubation de rougeole quand il a été envoyé à l'hôpital, car il couchait dans une chambre du bâtiment A situé au-dessous de celle où avaient été atteints les premiers rougeoleux.

En résumé, l'épidémie de rougeole a marché de la façon suivante: le 14 janvier, un cas est reconnu dans le bâtiment A. *Première fournée*, du 25 au 29 janvier, dix cas dont huit dans le bâtiment A, sur lesquels sept sont de la même compagnie que le premier malade.

Deuxième fournée, du 8 au 12 février, onze cas dont six dans le bâtiment A et cinq dans le bâtiment C.

Troisième fournée du 21 au 25 février, cinq cas dans le bâtiment C et trois dans le bâtiment B.

Quatrième fournée, le 8 mars, deux cas dans le bâtiment B. Sur les vingt-neuf cas de rougeole observés à la caserne, retirons le premier malade qui a apporté l'affection de chez ses parents et les dix malades de la première fournée qui ont été contaminés par lui, il reste dix-huit malades atteints par les germes morbilleux développés chez leurs camarades.

Or sur ces 18 malades, six couchaient immédiatement contre la fenêtre, trois n'étaient séparés chacun de la fenêtre que par un lit occupé par un homme ayant eu la rougeole dans le jeune âge, deux n'étaient séparés de la fenêtre que par deux lits chacun, cinq couchaient à des places différentes mais rapprochées des ouvertures des chambres, et deux venaient d'une chambre où il y avait eu antérieurement un cas de rougeole.

Il est difficile de ne voir dans ce fait qu'une simple coïncidence. Déjà dans une épidémie de rougeole observée à Besançon, nous avions remarqué la fréquence des atteintes chez les hommes qui couchaient près des fenêtres; c'est pour cela que nous avons recherché cette particularité avec autant de soin et le résultat n'a pas trompé notre attente.

Dans sa statistique localiste de Saint-Cyr, M. le médecin principal Viry dit avoir trouvé qu'une chambre où il y avait eu des rougeoleux, était située immédiatement au-dessous d'une chambre dans laquelle des élèves avaient été atteints précédemment de la maladie.

Comment expliquer la dissémination des germes morbilleux dans une caserne dont les bâtiments sont séparés entre eux par une vaste cour de 84 mètres? Or il est reconnu que le contage morbilleux se trouve dans l'exhalation des poumons, dans les crachats, dans les sécrétions nasales et conjonctivales. Toutes ces sécrétions se dessèchent, se transforment en poussières qui, entraînées par les courants d'air, pénètrent dans les chambres par les ouvertures, par les fenêtres surtout, et viennent tomber sur les lits placés à proximité. Les hommes qui couchent dans ces lits contractent ainsi la rougeole, s'ils n'ont pas eu cette maladie étant enfants.

Cette hypothèse explique parfaitement la marche de la petite épidémie que nous avons observée. Tous les matins, on balaye les chambres à sec; les poussières doivent être ramassées dans des boîtes à main ou sur des pelles et descendues au rez-de-chaussée où la corvée de quartier vient les prendre. Mais, malgré les ordres, malgré la surveillance la plus étroite, il faut compter avec la paresse des hommes de chambre; quand on se trouve au 3e étage, on regarde à descendre les poussières au rez-de-chaussée et, pour ne pas être obligé de remonter trois étages, on trouve plus pratique de jeter les poussières par les fenêtres.

C'est ainsi que les germes morbilleux sont livrés à l'atmosphère et qu'ils viennent tomber dans les chambres. Comme le 2e étage est séparé du 3e par une corniche

assez saillante, c'est au 1er étage surtout que la maladie pénètre.

Comparons ces faits de contagion par les poussières dans les chambres des hommes à ce qui s'est passé à l'infirmerie: les malades qui entrent à l'infirmerie avec de la bronchite reçoivent un crachoir en porcelaine; en outre tous ceux chez lesquels l'angine prémonitoire faisait redouter la rougeole, remettaient à l'infirmier leurs mouchoirs et leurs bonnets de coton; l'infirmier les trempait dans un seau contenant de la solution de sublimé à 1/1000. Le parquet de l'infirmerie étant ciré, on ne crache pas dessus et le balayage ne donne presque pas de poussières.

Onze malades ont passé ainsi à l'infirmerie les quelques heures qui ont précédé la sortie de l'éruption morbilleuse, heures pendant lesquelles, nous l'avons vu plus haut, la rougeole offre le plus grand pouvoir contagieux; aucun malade n'a contracté la rougeole à l'infirmerie, bien que cette dernière soit un peu encombrée à cette époque de l'année.

Il serait donc utile à l'état sanitaire d'un corps de défendre le balayage à sec dans les chambres des hommes, d'ordonner que ce balayage n'aurait lieu qu'après arrosage du plancher avec une solution antiseptique faible et que toutes les poussières ainsi recueillies soient immédiatement noyées dans un seau renfermant la même solution.

3° *Quelle est la durée de l'incubation de la rougeole?* —Nous avons vu que, comme l'a très bien observé M. le médecin-major Geschwind, la rougeole se manifestait par groupes de malades, par fournées séparées entre elles par un nombre de jours sensiblement égal à la durée de l'incubation.

Cependant, cette proposition n'est exacte que quand on prend des mesures de désinfection pour la chambre, la literie et les effets des malades, aussitôt qu'ils sont reconnus, et quand la rougeole a été importée à la caserne par un malade venant d'un autre pays, la maladie ne régnant pas dans la localité, conditions sans lesquelles les hommes sont exposés à prendre le contage morbilleux d'une façon continue toutes les fois qu'il sortent en ville.

Dans l'épidémie observée par Geschwind, la durée de l'incubation, depuis la contamination jusqu'aux *premiers symptômes et non jusqu'à l'éruption*, a été de dix à treize jours.

Nous renvoyons à son excellent mémoire pour les indications bibliographiques très complètes qui s'y trouvent sur la durée de l'incubation.

Paul Legendre, dans une épidémie observée à la Salpêtrière, a constaté que la maladie s'était manifestée en trois fournées séparées par des intervalles qui ont été de sept, neuf, et quinze jours.

Giron (1) dit que la durée de l'incubation varie suivant la durée du contact; si le contact est prolongé, l'incubation est de neuf à onze jours; elle peut s'étendre à treize et quatorze jours, quand il n'a été que passager. Cette remarque s'accorderait peut-être avec celle-ci que la durée de l'incubation est d'autant plus longue que la maladie est plus bénigne.

Notre camarade Louis (2) a observé trois fournées séparées entre elles par un intervalle de treize jours; la maladie a été très bénigne.

Soul de Pont-de-l'Arche (3) a reconnu à l'incubation de la rougeole une durée variable de sept, onze et quinze jours.

Enfin Sevestre, dans une communication à la Société médicale des hôpitaux, indique une incubation moyenne de treize à quatorze jours.

L'incubation étant la période qui s'étend du jour, souvent mal déterminé, où le malade a été en contact avec des rougeoleux, au jour où il ressent les premiers symptômes de la rougeole, on comprend que cette période ne peut avoir rien de bien précis. Les prodromes de la rougeole n'ont pas toujours une intensité suffisante pour affecter le malade au point que ce dernier prenne le lit ou vienne consulter le médecin; le plus souvent les hommes ne viennent à la visite qu'après la sortie de l'éruption, qui ne peut guère passer inaperçue.

Ne serait-il pas préférable de réunir en une seule période l'incubation et l'invasion, période qui s'étendrait du jour où le contact a eu lieu au jour où l'éruption apparaît?

C'est ainsi que nous avons compté et nous avons trouvé les chiffres suivants : le premier malade a été en contact avec un rougeoleux le 3 janvier; il n'y avait de rougeoleux ni chez ses parents, ni dans son village; c'est dans la demeure de son beau-frère, chez lequel il a été passer la journée du 3, qu'il a contracté la maladie; l'éruption est sortie dans la nuit du 13 au 14 janvier, soit onze jours pour l'incubation et l'invasion réunies; trois sur les quatre malades qui avaient couché à côté de lui dans la chambre des grippés ont eu l'éruption de la rougeole dans la nuit du 24 au 25 janvier, soit encore onze jours pour l'incubation et l'invasion réunies; à partir de ce moment, la durée de cette période perd la précision mathématique que nous avons pu lui donner dans les deux cas précédents, car si les germes morbilleux sont déposés dans une chambre le 13 janvier par exemple, on ne peut savoir quel jour ils pénétreront dans la bouche ou dans le nez d'un homme bien portant et lui donneront la rougeole.

La deuxième fournée a été séparée de la première par un intervalle de dix jours et demi environ, mais si on étudie de plus près la marche de l'épidémie, on voit que le premier malade observé dans le bâtiment C a eu l'éruption morbilleuse le 28 janvier et que le deuxième malade dans ce bâtiment a présenté la même éruption le 8 février, soit exactement onze jours après. On retrouve encore cet intervalle de onze jours entre l'éruption des hommes atteints le 25 février dans le bâtiment B et l'éruption de ceux qui, habitant le même bâtiment, ont été atteints le 8 mars. Enfin, chez l'officier dont nous avons parlé plus haut, les deux petites filles ont eu l'éruption le même jour, onze jours après l'éruption du petit garçon.

Toutes ces divergences dans les chiffres prouvent qu'on ne saurait enfermer la rougeole dans des limites d'une précision mathématique. Quand la maladie a été inoculée, on lui reconnaît une incubation de sept jours, ce qui, joint aux quatre jours de la période d'invasion, donne bien onze jours pour les deux périodes réunies.

4° *Valeur de l'angine prémonitoire.* — Il y a encore bien des divergences sur la valeur de l'angine prémonitoire. Trousseau, dans le tome Ier de ses *Leçons cliniques*, dit: «Alors qu'*il n'y a pas encore* d'exanthème à la peau, vous voyez *la maladie inscrite sur le pharynx*, les amygdales et le voile du palais. » Jaccoud écrit : « Dès *le début* de l'exanthème, *quelquefois même un peu avant*, la voûte palatine, le voile du palais, le pharynx présentent un piqueté rouge produit par une éruption muqueuse. »

Pour Dieulafoy, si l'on a soin d'examiner la gorge du malade, on voit que l'éruption *est parfois* inscrite sur la muqueuse pharyngée avant de se montrer à la peau.

Girard, de Marseille, a vu que les taches rouges du voile du palais sont visibles, quatre, cinq et même six jours avant qu'elles ne se montrent à la peau, tandis que

(1) *Revue générale de clinique et de thérapeutique*, 1889.
(2) *Archives de méd. et de pharm. militaires* février, 1890.
(3) *Normandie médicale*, 1888.

Geschwind dit qu'il n'a pu voir que deux fois l'exanthème du voile du palais et il croit qu'il ne faut pas y ajouter une importance trop considérable.

Cependant l'angine prémonitoire de la rougeole deviendrait un des prodromes les plus importants de cette maladie, s'il était possible de la reconnaître d'une façon précise, deux ou trois jours avant l'éruption cutanée ; le médecin aurait ainsi à sa disposition un moyen sûr pour prévoir la rougeole et en empêcher la dissémination par l'isolement du malade, à un moment où il est particulièrement dangereux pour ses voisins.

Nous avons recherché cette angine prémonitoire et nous l'avons reconnue chez tous nos malades sans exception. Un ou deux jours avant la sortie de l'éruption, onze malades sont venus à la visite, se plaignant de courbature, de toux et d'insomnie; quelques-uns ont ajouté qu'ils éprouvaient un peu de douleur à la gorge en avalant leur salive ; nous avons examiné la gorge et nous avons vu sur le voile du palais,et particulièrement sur les piliers antérieurs, une rougeur sombre, framboisée, formant un liséré large de plus d'un doigt le long du bord libre, sans gonflement des parties sous-jacentes ; sur ce liséré, autour de lui, sur le voile du palais et la voûte palatine, sur la paroi postérieure du pharynx on constate des élevures de la grosseur d'une tête d'épingle à celle d'un grain de mil, nettement saillantes ; il n'y a pas de gonflement, nous le répétons, et nous n'avons pas vu non plus de dépôts pultacés. Grâce à ce symptôme, nous avons pu faire entrer à l'infirmerie onze de nos rougeoleux; dans les premiers jours, nous appelions cette angine une angine suspecte et nous nous bornions à placer les malades dans la salle des fiévreux, mais un peu à l'écart ; dans les derniers jours de cette épidémie, connaissant mieux les caractères de cette angine, nous isolions les malades aussitôt qu'ils étaient reconnus et nous les gardions jusqu'au moment où l'éruption venait confirmer le diagnostic.

Comme nous avons observé quelques cas de scarlatine en même temps que l'épidémie de rougeole suivait son cours, nous avons pu faire la différence entre l'angine morbilleuse, pointillée et sans gonflement des parties sous-jacentes, avec la rougeur diffuse du voile du palais, des amygdales, du pharynx et de la scarlatine, rougeur avec gonflement et accompagnée de dépôts pultacés jaunâtres.

La rougeole s'étant répandue dans la population civile de Châteauroux, nous avons vu un assez grand nombre d'enfants atteints de cette maladie et chez tous nous avons observé l'angine prémonitoire, deux et même trois jours avant l'éruption. Cette angine morbilleuse doit donc être recherchée avec soin, dans le cas où une épidémie de rougeole commence dans un corps de troupe; c'est un des moyens les plus sûrs d'arrêter la diffusion de l'épidémie, parce qu'il permet d'isoler les malades avant le moment où ils sont contagieux.

5° *Mesures de désinfection.* — Aussitôt qu'un homme était reconnu atteint de rougeole, sa literie était pliée et enveloppée dans un des draps du lit ; elle était descendue dans une cellule de correction qui avait été mise à notre disposition pour les désinfections ; elle était étalée sur le lit de camp de la cellule, les vêtements que l'homme avait portés pendant les derniers jours étaient placés pardessus, une fois les boutons et les ornements en métal enlevés, et le tout était soumis pendant 24 heures aux vapeurs de l'acide sulfureux à raison de 30 gr. par mètre cube. L'infirmerie délivrait à la compagnie 10 litres de solution de sublimé corrosif à un millième; les hommes de la chambre où il y avait eu un rougeoleux lavaient avec cette solution le chalit du malade, les portes, les fenêtres, les planches à bagages et à pain, et enfin le plancher en le frottant fortement avec des brosses en paille de riz. Ceci fait, les fenêtres de la chambre étaient fermées et une pulvérisation d'une solution d'acide phénique du commerce à un dixième était pratiquée dans la pièce avec un petit pulvérisateur à vapeur. Pendant deux heures les fenêtres restaient fermées et, quand on entrait dans la chambre, on sentait que l'atmosphère était fortement imprégnée d'acide phénique.

Ces moyens réunis ont paru être efficaces, puisque l'épidémie de rougeole n'a atteint que 28 hommes. Si l'on veut bien admettre, comme nous avons essayé de le démontrer, que les poussières des chambres sont dangereuses, on comprendra l'utilité et l'efficacité des lavages avec la solution de sublimé, qui a également réussi entre les mains de notre camarade Louis. A l'infirmerie, grâce à la désinfection des crachoirs, des mouchoirs et des bonnets de coton, aucun malade n'y a contracté la rougeole.

REMARQUES. — Cette épidémie si courte mais si meurtrière nous a permis de faire quelques remarques intéressantes. C'est d'abord le caractère franchement hémorrhagique de l'éruption ; la teinte violacée et noirâtre que prenaient les boutons trois et quatre jours après leur sortie, le gonflement très marqué de la peau et du tissu cellulaire sous-jacent, la fréquence des épistaxis, l'intensité de la fièvre indiquaient une rougeole maligne.

Dans la marche de la maladie, nous avons observé une particularité que nous n'avons pas vu mentionner encore. Habituellement l'oppression, l'enrouement et le catarrhe laryngo-bronchique offrent leur maximum d'intensité avant l'éruption et ils s'améliorent une fois que celle-ci est bien sortie. Or, dans presque tous les cas que nous avons vus, nous avons remarqué que cette période d'accalmie ne durait que vingt-quatre ou trente-six heures; au bout de ce temps, l'enrouement, l'oppression et la toux augmentaient brusquement pour devenir plus marqués et plus pénibles que pendant la période d'invasion. Une fois même nous avons observé une rougeole secondaire, qui a débuté deux jours après la première éruption qui avait déjà pâli beaucoup.

Il s'est produit, dans cette épidémie, ce qui avait déjà été signalé par nos camarades de l'armée, la mortalité ne s'est montrée que vers le milieu de l'épidémie; il n'y a pas eu de décès dans la première fournée, tandis qu'il y en a eu quatre sur onze cas dans la deuxième. Sur cinq décès, quatre ont été causés par le catarrhe suffocant et un par une méningite aiguë dans le cours d'une pneumonie secondaire. Le catarrhe suffocant a commencé trois, quatre, cinq et six jours après l'éruption, et dans ce dernier cas il a entraîné la mort du malade en douze heures de temps. C'est le seul cas dans lequel nous ayons pu faire l'autopsie et nous avons trouvé les poumons transformés en éponges imbibées de sang épais et noir.

Les complications les plus intéressantes ont été au nombre de deux. Un malade, se réveillant le matin, se retournait brusquement et s'asseyait sur son lit, quand il fut pris tout d'un coup d'anxiété, il devint très pâle et il perdit connaissance. Visité un quart d'heure après cet accident, il fut trouvé très pâle, les lèvres violacées, anxieux, la respiration courte et fréquente, le corps couvert d'une sueur abondante ; le pouls était filiforme, très fréquent, dépressible; les battements du cœur étaient sourds, profonds et tumultueux, sans bruit anormal; l'auscultation des poumons ne présentait rien de particulier. Ces symptômes s'amendèrent petit à petit, sous l'influence de la digitale et de l'iodure de potassium, au point que, six jours après cet accident, le malade ne se ressentait plus de rien ; le pouls avait perdu sa fréquence et il était redevenu fort et régulier. Mais les veines su-

perficielles du membre inférieur gauche, et en particulier la veine saphène interne, présentèrent tous les signes d'une phlébite adhésive qui descendit depuis l'aine jusqu'à la malléole interne. Il est probable que cette phlébite avait commencé par la veine iliaque et que, sous l'influence d'un mouvement brusque, un petit caillot s'est détaché de la paroi veineuse pour venir dans l'oreillette droite.

Un autre malade, après une rougeole compliquée de broncho-pneumonie, fut pris de fièvre intense et d'une névrite sciatique double, suivie d'atrophie de tous les muscles des deux membres inférieurs. La guérison fut obtenue par les pointes de feu, l'iodure de potassium et la faradisation.

D'une façon générale, la thérapeutique suivie a été la médecine des symptômes, boissons chaudes, acétate d'ammoniaque, etc.; mais nous n'avons ouvert ce chapitre que pour faire connaître notre pratique, malheureusement inefficace, dans les cas de catarrhe suffocant. Voyant les moyens habituels de traitement rester sans résultat, considérant les malades comme étant dans un état absolument désespéré, nous avons voulu employer l'enveloppement dans le drap mouillé qui est conseillé par Kaposi (*Leçons sur les maladies de la peau*, I, 280).

L'éminent dermatologiste dit que, dans la rougeole, « contre la température exagérée du corps, on peut recourir à des lavages froids, même à des enveloppements humides méthodiques. On n'a nullement à craindre par l'emploi de ces moyens une répercussion de la rougeole ». Quatre de nos malades, atteints de catarrhe suffocant avec température du corps très élevée, ont été enveloppés avec le drap mouillé trempé préalablement dans un seau d'eau à la température de 15° environ; ils étaient ensuite recouverts de deux couvertures de laine épaisse. Une fois la première minute passée dans le malaise, dans l'anxiété et le frisson, nous avons observé que la figure perdait la teinte asphyxique, que les yeux étaient de moins en moins saillants, que les lèvres reprenaient petit à petit leur coloration normale; la respiration descendait de trente-cinq mouvements par minute à vingt-deux et elle devenait plus profonde.

L'expectoration, nulle auparavant, commençait à se faire peu à peu, amenant des crachats qui avaient la consistance et l'aspect du beurre. Le pouls diminuait de fréquence, devenait plus fort, plus ample, et à plusieurs reprises les malades ont pu uriner un peu. Une fois ces signes d'amélioration bien accentués, ce qui demandait une demi-heure environ, le malade était sorti du drap mouillé, séché et frictionné vigoureusement; des injections sous-cutanées d'éther, des boissons chaudes et stimulantes cherchaient à favoriser la réaction. Une heure environ après la sortie du malade du drap mouillé, les symptômes alarmants reprenaient avec une nouvelle intensité, et il ne nous a pas été possible de sauver un seul malade. Nous avons sans doute employé ce puissant moyen de traitement avec trop de timidité, bien qu'un des malades (Obs. XVII) ait été mis deux fois par jour et pendant trois jours dans le drap mouillé. Nos regrets sont d'autant plus vifs que, quelques mois après nos insuccès, M. le professeur Dieulafoy publia deux observations (*Gaz. heb. de méd. et de chir.*, 1890, n°s 19 et 25), d'après lesquelles il a sauvé deux malades par l'emploi des bains froids. Dans une discussion qui suivit une communication sur ce sujet à la *Société médicale des hôpitaux*, 20 juin 1890, la majorité des médecins parut favorable à l'emploi de ce moyen de traitement.

RÉSUMÉ. — Nous avons essayé de démontrer que la rougeole peut être transmise par l'atmosphère, que le contage, représenté par les crachats desséchés, mélangé aux poussières du plancher d'une chambre, peut être transporté à une distance supérieure à quelques mètres, que cette maladie est surtout contagieuse dans les quelques heures qui précèdent l'éruption; que l'angine prémonitoire, dont les caractères sont assez nets pour lui permettre d'être reconnue, constitue un signe fréquent de l'invasion de la rougeole, et qu'à ce titre, elle peut rendre de grands services, en permettant d'isoler les malades avant le moment où ils sont surtout contagieux; que les mesures de désinfection, pour être efficaces, doivent s'adresser aux poussières des chambres aussi bien qu'à la literie, aux mouchoirs et aux effets des malades; et enfin que, dans le cas de rougeole maligne, compliquée de catarrhe suffocant, il ne faut pas craindre d'employer les bains froids comme moyen de traitement.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Chorée des vieillards (Chorea in the aged. The report of a case), par Frank R. Fry (*The Journal of nervous and mental disease*, 1891, n° 9, p. 596). — Le cas dont il s'agit est celui d'une femme de 69 ans atteinte de chorée caractéristique. Les muscles du côté droit du corps sont seuls pris — hémichorée droite. Il existe en même temps une hébétude marquée, et une grande difficulté de comprendre les diverses questions. Les troubles étaient survenus à la suite d'un état aigu qui paraît pouvoir être attribué à une attaque d'influenza. Les mouvements choréiques disparurent au bout de 2 mois 1/2.

Chorée chronique progressive (Sulla corea chronica progressiva. Nuovo contributo clinico), par G. Mirto (*Riforma medica*, 3 août 1891, n° 175, p. 289). — La chorée chronique se caractérise par la marche lente, chronique et progressive des mouvements choréiques, atténués par les actes volontaires, par des troubles de la parole, par des troubles psychiques (perte de la mémoire, manie, démence), par son issue fatale. L'auteur rapporte une observation et discute le diagnostic avec l'ataxie, l'athétose double et la maladie des tics.

Contribution à la théorie microbienne de la chorée (A case of chorea insaniens with a contribution to the germ theory of chorea), par Henry S. Berkley (*The Johns Hopkins Hospital Reports*, août 1891, n° 6, p. 318). — Après diverses considérations sur les analogies que présente la chorée avec les infections — elle survient à la suite de pyrexies, s'accompagne parfois de suppurations, est souvent suivie d'endocardite, d'exanthèmes, est sujette aux récidives, donne lieu à des désordres mentaux — l'auteur rapporte un cas de la forme rare que Bernt a appelée « chorea insaniens ». Il s'agit d'une jeune fille de 27 ans prise de mouvements choréiques intenses, puis de troubles mentaux, qui succomba deux mois après, en ayant présenté les troubles — élévation de température, cessation des mouvements, — de la chorée grave ou état de mal chronique. A l'autopsie on trouve, en dehors des altérations du système nerveux, de l'endocardite aiguë de la mitrale, un abcès de la parotide et de la broncho-pneumonie. Dans le système nerveux lui-même on observe des lésions vasculaires plus ou moins généralisées, mais avec de véritables foyers, des épanchements de corps hyalins, signalés déjà par d'autres auteurs (V. *Gaz. hebd.*, 1890, n° 1), qui semblent indiquer une maladie infectieuse. Les pièces ayant été recueillies dans la liqueur de Müller, on ne put procéder à des recherches bactériologiques. Celles-ci furent entreprises sur un chien choréique que le hasard permit à l'auteur de trouver. Ni les cultures, ni les examens histologiques ne permirent de déceler l'existence d'un organisme, mais les lésions des vaisseaux et des éléments furent trouvées semblables à celles de la diphthérie. L'auteur pense donc que la chorée doit être considérée comme une maladie bacillaire portant sur le système vasculaire des méninges, et que les « Choreakœrperchen » de Flechsig et Wollenberg ne sont pas particuliers à la chorée.

MÉDECINE

Formes subfébrile et apyrétique de la granulie (Subfebrile und afebrile Form der acuten allgemeinen Miliartuberculose), par Leichtenstern (*Deut. med. Woch.*, n° 32, p. 979, août 1891). — Des observations thermométriques nombreuses et méthodiques ont permis à l'auteur d'affirmer dès longtemps la granulie apyrétique. C'est plus spécialement chez les sujets âgés que s'observe cette forme; on l'a vue aussi compliquer la cirrhose, le mal de Bright. Elle se manifeste parfois sous les apparences d'une dégénération du cœur, avec le complexus de l'asystolie; ailleurs on a le tableau d'un état marastique inexpliqué. Chez les enfants, on a pu croire au rachitisme grave, à la cachexie de misère. Dans quelques cas, on avait pensé à l'œdème pulmonaire, à une bronchite capillaire diffuse; ou bien encore, la bacillose était masquée par une détermination pneumonique surajoutée revêtant les allures d'une pneumonie franche, mais appartenant au type de la pneumonie épithéliale et hémorrhagique, faiblement fibrineuse. Quoi que puisse donner à l'égard de cette dernière l'investigation pneumococcique, l'auteur pense qu'elle est en relation directe et intime avec la dissémination du virus tuberculeux.

Embolisation rétrograde (Ueber rücklæufigen Transport), par Arnold (*Virchow's Arch.*, t. CXXIV, Hft 3, p. 385). — A l'autopsie d'une femme morte des suites d'un cancer du sein, avec envahissement des ganglions du thorax et du cou, on trouvait dans des veines encéphaliques de calibre et plus particulièrement dans le sinus longitudinal des masses néoplasiques constituées par du cancer adénomateux; cette métastase parut à l'auteur ne pouvoir s'expliquer que par la migration rétrograde d'une masse encéphaloïde. Dans un autre cas, après l'extirpation d'un myome utérin compliqué de thromboses multiples des plexus pampiniformes, on assistait au développement de coagulations veineuses dans le tronc cave inférieur, et de plus il existait à l'autopsie au niveau d'un éperon de bifurcation d'une grosse veine sus-hépatique, un coagulum volumineux tout à fait comparable à ceux des veines cave et pampiniformes : le transport rétrograde parait ici encore hors de doute. Des faits cliniques analogues ont été vus par Heller, Recklinghausen, Bonome, Cohn. Après Morgagni, Magendie, Amussat, etc., l'auteur a reproduit expérimentalement le processus de la migration rétrograde en injectant dans les veines des grains de blé fragmentés. D'ailleurs cette embolisation en sens inverse du courant sanguin est communément admise pour les particules figurées vivantes, pour les microbes. On a même démontré un processus de migration rétrograde dans les voies lymphatiques, surtout en ce qui concerne l'infection des lymphatiques pulmonaires à la suite d'adénopathies médiastines (Recklinghausen, Arnold, Cornil, Troisier, etc.).

CHIRURGIE

Tétanos céphalique (Zur Pathogenese des Kopftetanus), par C. Brunner (*Berlin. klin. Woch.*, 1891, n° 36, p. 881). — Sous ce nom, l'auteur désigne les cas de tétanos dans lesquels la porte d'entrée du virus se trouve située dans le domaine des nerfs crâniens. Les cas observés jusqu'aujourd'hui peuvent se diviser en deux catégories, suivant l'absence ou la présence des phénomènes paralytiques. Ce qui caractérise la première catégorie, c'est l'existence de contractions locales au début, fait qui ne se rencontre pas dans le tétanos ordinaire, contractions locales qui souvent sont limitées aux muscles innervés par les nerfs crâniens. Les cas avec phénomènes paralytiques du côté des nerfs crâniens se divisent à leur tour en deux groupes : ceux où la paralysie occupe exclusivement le facial, et souvent alors, elle siège du côté blessé et précède la contracture (cas de Kirchhoff, Rockliff, Thenée, Dumolard); ceux où la paralysie s'étend sur d'autres muscles que ceux innervés par le facial (ptosis, ptosis et diplopie, ptosis et fixité du globe oculaire comme dans le cas de Sereins, Rockliff, Roberts).

L'auteur ne croit pourtant pas que les paralysies soient l'effet de l'action des toxines. « Si le poison, dit-il, agit d'une façon paralysante sur les terminaisons nerveuses du facial, c'est que situées très superficiellement elles sont très exposées à l'action des toxines. Peut-être faut-il encore compter avec l'action directe du poison sur les fibrilles fines des muscles. »

Les paralysies obstétricales, par Dauchez (*Ann. de gynéc.*, Paris, septembre et octobre 1891, p. 194 et 288). — Dauchez distingue dans les paralysies obstétricales congénitales deux ordres de faits : A, les paralysies spontanées, liées à une compression du fœtus indépendamment de toute intervention opératoire; B, les paralysies traumatiques post-opératoires (forceps, traction, version) portant sur la face ou les membres.

Ces diverses paralysies portent presque exclusivement sur le mouvement. Il ne faut pas les confondre avec les pseudo-paralysies, dans lesquelles la paralysie est simulée par une luxation.

BIBLIOGRAPHIE

Traité de Thérapeutique et de Pharmacologie, tome second, par Henri Soulier.

Nous annoncions il y a quelques mois l'apparition du tome premier du *Traité de thérapeutique* de M. Soulier et nous exprimions le désir de la voir bientôt suivie par la publication du tome second. Ce désir est une réalité et l'ouvrage de M. Soulier est aujourd'hui complet Nous renonçons à l'analyse d'un volume qui touche à tant de sujets importants, qui termine l'étude des *médicaments cardiaques*, des *vomitifs*, des *purgatifs*, des *diurétiques*, des *eupeptiques*, des *alcalins*, etc., et où le lecteur trouvera des indications précieuses sur le *massage*, sur l'*électrothérapie*, l'*aérothérapie*, la *climatothérapie*, les *régimes*, etc. Disons seulement que le traité de M. Soulier est d'une grande clarté, conçu dans un esprit judicieux, qu'il y est fait preuve d'une large connaissance des travaux étrangers et français, et qu'ainsi il est appelé à rendre de grands services aux thérapeutes et aux praticiens.

A. Gilbert.

VARIÉTÉS

L'assainissement de Marseille.

Pour la première fois en France l'assainissement d'une ville a donné lieu à des réjouissances publiques auxquelles le gouvernement, la cité, la population elle-même ont tenu à donner un grand éclat. L'événement est trop rare et trop caractéristique pour que nous ne nous y arrêtions pas un instant, d'autant plus qu'il est bien fait pour réjouir les médecins et leur inspirer confiance dans le succès de leurs revendications en faveur de l'hygiène publique.

Les fêtes qui viennent d'avoir lieu à Marseille ont eu en effet un grand retentissement, et si la présence de cinq membres du gouvernement, groupés autour du président du conseil des ministres, a donné lieu à des manifestations publiques diverses, il ne faut pas oublier que l'occasion principale de ces manifestations était la pose de la première clef de voûte du grand égout collecteur qui ne sera pas l'une des parties les moins intéressantes du projet d'assainissement désormais en cours d'exécution.

Tous ceux qui connaissent Marseille savent que cette magnifique cité, si favorisée par son climat, est malheureusement considérée à juste titre comme l'une des villes maritimes les plus malsaines de France : la mortalité moyenne y est de 32 0/00, beaucoup plus élevée encore dans certains quartiers. Exposée aux premières atteintes des maladies pestilentielles exotiques, elle est souvent devenue comme un lieu d'élection pour les plus redoutables d'entre elles et c'est précisément depuis les épidémies cholériques de 1884 et de 1885 que son assainissement s'est imposé de plus en plus à l'attention des pouvoirs publics.

Son insalubrité est due à des causes tout à fait exceptionnelles. Ainsi, d'après les rapports officiels, 13,600 maisons sont dépourvues de toute espèce d'appareils de cabinet d'aisances; 10,000 possèdent des tinettes dites sèches, qui ne servent pas à grand'chose; 4,000 ont des puisards, qui sont tout à fait propres à empoisonner le sol et c'est à peine si le septième des immeubles est desservi par des tinettes filtrantes encore très imparfaites. Un grand nombre de maisons pauvres n'ont

aucune espèce de cabinets d'aisances et, à l'exception d'un petit nombre de logements, les cabinets qui existent possèdent seulement des cuvettes sans appareils de chasse, sans obturateurs hydrauliques, sans tuyaux de ventilation. Pour avoir l'air d'obéir aux règlements administratifs, le propriétaire fait souvent placer une tinette dans la cave ou au niveau de la toiture, mais il ne la fait jamais enlever, ce qui met naturellement les locataires dans l'impossibilité de s'en servir; c'est ce qu'on appelle une tinette sèche qui est censée tenir lieu de cabinets d'aisances.

Il existe un certain nombre de fosses fixes, placées dans des cours ou des jardins, mais fort différentes de ce qu'on imaginerait tout d'abord. Ces fosses servent souvent en commun à tous les locataires de la maison, qui n'ont pas de cabinets d'aisances et qui viennent y vider toutes les immondices. Presque toujours on trouve à proximité de ces fosses des puits qui servent à l'alimentation pendant l'été, surtout à cause de la fraîcheur de leur eau. Les puisards placés ordinairement sous les trottoirs reçoivent directement les matières provenant des lieux d'aisances mêlées à toutes les eaux ménagères de la maison. A cinquante centimètres au-dessus du radier, ils sont munis d'une grille qui retient les matières solides et laisse écouler les liquides à l'égout, dans les rues où il y en a; quand il n'y en a pas, dans la rue même, on relie le puisard à l'égout le moins éloigné par des canalisations particulières qui échappent à toute surveillance administrative et qui sont presque toujours en mauvais état.

Le réseau des égouts, bien qu'il reçoive déjà en fait une bonne partie des vidanges, est très incomplet, construit dans de mauvaises conditions de pente et de curage, parfois même composé de tronçons qui n'aboutissent à rien. Les collecteurs portant ces eaux pestilentielles se déversent tout près, dans les ports, aux Catalans, à la plage du Prado, sur les points les plus fréquentés où se trouvent les plus belles promenades et les principaux établissements de bains.

Après des tentatives diverses et malgré des difficultés nombreuses, la municipalité de Marseille est enfin parvenue à pouvoir apporter un remède radical à cette intolérable situation. Ainsi qu'on devait le prévoir, elle a justement fait choix du système du tout à l'égout, avec évacuation rapide sans repos ni stagnation de toutes les eaux résiduaires vers la pleine mer.

On va construire un réseau complet d'égouts capables de recevoir et d'écouler toutes les eaux usées; on imposera aux immeubles les installations et les modifications nécessaires pour en faire des habitations salubres. Sur une surface d'environ 1,500 hectares, renfermant près de 300,000 habitants et 25,000 maisons, la ville sera divisée en bassins dont les limites sont données naturellement par le relief du sol. Sous chaque rue, sous chaque impasse, on établira un égout ou une canalisation qui ira chercher et qui recevra directement tous les écoulements des maisons riveraines.

Ces égouts se videront rapidement sans arrêt, à l'aide de chasses énergiques, dans des collecteurs secondaires à construire dans la partie basse de chaque bassin. Ces collecteurs secondaires seront construits eux-mêmes avec des pentes et des sections assurant l'écoulement rapide et sans arrêt vers le collecteur émissaire.

L'habitation sera assainie par la suppression de tous les appareils de vidanges plus ou moins défectueux actuellement en usage, par les modifications à apporter aux cabinets d'aisances, chaque logement étant mis en communication directe avec l'égout public de manière à appliquer le tout-à-l'égout, en se conformant aux règles de l'hygiène.

La longueur totale des égouts et des canalisations à établir dans la ville est d'environ 180,000 mètres, dont la moitié environ sera en tuyaux d'un diamètre variant entre 25 et 50 centimètres, l'autre moitié en égouts de différents types. Ces égouts et ces canalisations seront établis généralement suivant l'axe de la rue, des branchements particuliers à chaque immeuble les mettront en communication directe avec les maisons riveraines.

Les anciens égouts conservés et restaurés auront une longueur d'environ 58,000 mètres, le nouveau réseau à créer aura 180,000 mètres, et le collecteur émissaire 12,000 mètres, ce qui donnera pour la longueur totale du réseau environ 250,000 mètres.

Ce projet, qui porte le nom de M. Cartier qui l'a conçu et qui est confié à l'exécution de MM. Genis et Chérot, a pour base essentielle la construction d'un collecteur émissaire qui doit recevoir tous les autres égouts et conduire au loin toutes les immondices de la ville. Ce collecteur émissaire, dont M. de Freycinet vient de poser la première clef de voûte, aura son origine au nord de la ville qu'il traversera dans toute sa longueur, du nord au sud, en empruntant les voies les plus larges; il sera assez central et assez profond pour recevoir tous les égouts secondaires. Les eaux de la partie basse seront élevées au moyen de machines élévatoires, mises en communication avec la mer pour y puiser au besoin. Après avoir traversé la ville, il ira déboucher au loin, de l'autre côté d'une côte abrupte formée de rochers arides, inhabitables, où il existe de grands fonds, à des profondeurs de 60 mètres. Les matières lourdes s'y perdront, les matières légères seront diluées dans cette masse d'eau et entraînées au large. Rien ne reviendra plus dans le golfe; aucun intérêt existant ne peut être incommodé par le déversement de cet égout.

Ce grand ouvrage aura 12,000 mètres de longueur avec des pentes et des sections successives combinées de manière à obtenir une vitesse uniforme sur tout le parcours d'un mètre à la seconde; la cunette aura 3 m. 50 de largeur sur 2 mètres de profondeur ; le débit normal au débouché sera de 4 mètres cubes à la seconde. Le projet adopte des cunettes profondes afin de faciliter les chasses et la manœuvre de rayon et des bateaux vannes. Des banquettes ménagées de chaque côté de la cunette permettront de circuler dans toute la longueur. Le collecteur débouchera librement au-dessus du niveau de la mer. A quelques mètres de la sortie on ménagera de grands déversoirs de superficie à l'abri des plus fortes mers, déversoirs qui assureront en tout temps la marche régulière du collecteur.

Tel est l'ensemble de cette œuvre gigantesque qui sera exécutée dans un délai maximum de cinq années et pour la somme de 33,500,000 francs par un entrepreneur des mieux qualifiés, qui a déjà réussi l'assainissement de Bruxelles dans des conditions analogues.

Pour couvrir l'intérêt et l'amortissement de ces dépenses, il était nécessaire d'imposer une taxe aux habitants, taxe qui n'est pas un impôt nouveau, puisqu'elle remplace les dépenses de la vidange que la ville fait elle-même maintenant pour tous, par l'égout. On a souvent préconisé en pareil cas une taxe par logement ou par famille. La ville de Marseille l'a repoussée avec raison, parce que cette taxe aurait été trop lourde pour les ouvriers et les petits locataires; elle a adopté un autre système et pris pour base l'immeuble total, sans s'inquiéter du nombre de logements qu'il renferme, mais en proportionnant la taxe à la valeur locative de l'immeuble. Les maisons rapportant moins de 500 francs payeront 20 fr. par an; celles de 500 à 1,500 francs de revenus payeront 42 fr. et ainsi de suite jusqu'aux maisons ayant un revenu de plus de 10,000 fr., qui seront imposées à 200 francs : il n'y en a pas beaucoup plus de cinq cents dans ce cas, à Marseille. Ces taxes, on le voit, n'augmentent pas sensiblement les charges supportées aujourd'hui par les propriétaires, malgré l'organisation déplorable de la vidange.

Il n'échappera à personne que l'économie de ce projet donne à la fois des avantages marqués aux particuliers qui, pour une dépense moindre, seront assurés de l'écoulement régulier et continu de leurs matières usées, à la caisse municipale qui y trouvera dans quelques années un surcroît de recettes très appréciable, et à la santé publique. Il y a tout lieu d'espérer que cet exemple trouvera promptement de nombreux imitateurs.

Nécrologie. — L'un des membres les plus estimés du corps médical alsacien, le Dr Berger, vient de mourir à Bischwiller à l'âge de 78 ans. Tous ceux qui l'ont connu ont rendu hommage à son désintéressement professionnel et à la fermeté de sa conduite durant les cruelles épreuves qu'il eut à traverser. Il était le beau-père de notre confrère et ami le Dr Christian. — De Genève on nous annonce la mort de M. L. Monnier, qui vient de succomber, à l'âge de 24 ans, aux suites d'une diphthérie contractée au lit d'une de ses malades. — Nous apprenons aussi la mort de MM. les docteurs Millet-Lacombe, conseiller général de la Dordogne; Griffe, médecin aide-major; Bagneris (de Mirande), et A. Bergeron (de Paris).

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES SAMEDIS ET PUBLIANT TOUS LES MERCREDIS

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

RÉDACTEUR EN CHEF : Dr L. LEREBOULLET. — SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION : Dr A. BROCA.

BULLETIN

Paris, le 30 octobre 1891.

De la toxicité des préparations d'aconit.

La mort presque subite d'un médecin, empoisonné par l'alcoolature d'aconit, nous engage à revenir sur une question de pratique médicale que nous avons maintes fois déjà traitée dans les colonnes de la *Gazette*, mais qui paraît rester indifférente à un trop grand nombre de nos confrères. Il s'agit de la manière de prescrire les préparations d'aconit et des doses auxquelles celles-ci peuvent devenir toxiques. L'exemple du Dr A. Bergeron engagera peut-être les médecins à être plus attentifs qu'il ne l'a été lui-même. Qu'est-il arrivé, en effet? A l'exemple d'un grand nombre de praticiens, le Dr A. Bergeron prescrivait l'alcoolature d'aconit sans préciser s'il s'agissait de feuilles ou de racines. Il en faisait absorber à ses malades 20, 30 gouttes *à la fois*. Il n'avait jamais observé d'accident. Un soir, il envoie chercher chez un pharmacien, qui prépare lui-même avec grand soin la teinture et l'alcoolature de racine d'aconit, une dose assez élevée de ce dangereux médicament. Après en avoir fait absorber à un de ses amis une dose relativement faible à ses yeux et qui déjà cependant était toxique, il avale lui-même trente à quarante gouttes d'alcoolature de racine d'aconit. Quelques heures plus tard il était mort. Ce qui lui est arrivé, et c'est pourquoi nous écrivons ces lignes, pourrait s'observer très fréquemment. Nous avons vu plusieurs fois, signées de noms justement estimés, des formules de potions contenant deux et trois grammes d'alcoolature d'aconit. Nous avons connu bien des malades qui, sur la foi d'un avis donné par un homœopathe ou par une femme du monde, gardaient chez eux une fiole de teinture mère d'aconit et en prenaient régulièrement à doses assez élevées, sans demander conseil à leur médecin. Or il suffirait qu'après avoir constaté, à diverses reprises, l'innocuité apparente d'un médicament dont on abuse si souvent, le malade changeât de pharmacien, pour que, aux doses auxquelles il est habitué, il s'empoisonnât rapidement.

Nous avons, dans nos précédents articles, cité une observation de N. Guéneau de Mussy qui a vu de graves accidents d'intoxication survenir chez une malade de soixante ans ayant ingéré en une fois *trois gouttes* d'alcoolature de racine d'aconit. Et cependant M. C. Paul a déclaré à la Société de thérapeutique (v. *Gaz. hebd.*, 1883, p. 155) qu'il employait depuis longtemps cette même préparation à la dose de 60 à 80 gouttes sans avoir jamais observé le moindre accident. Il ajoutait que la teinture peut être prescrite à la dose de 20 gouttes. Nous croyons, au contraire, qu'à ces doses, la teinture (et même l'alcoolature) *de racine* d'aconit, préparée avec soin par un pharmacien consciencieux, peut devenir toxique. Tout dépend, en effet, du mode de préparation de ce médicament. Dans son *Dictionnaire de thérapeutique* (p. 29), M. Dujardin-Beaumetz rappelle, en citant les travaux de Duquesnel, que les extraits de racine donnent des proportions très variables d'aconitine suivant la manière dont on les traite pour extraire cet alcaloïde. Il en est de même en ce qui concerne les préparations officinales.

Nous ne saurions donc trop vivement engager tous ceux de nos confrères qui prescrivent l'aconit à fractionner les doses d'un médicament qui peut, chez certains sujets, provoquer à l'improviste les plus sérieux accidents. Nous ne prescrivons plus jamais ni l'alcoolature, ni la teinture de feuilles d'aconit. Nous avons pu, en effet, à diverses reprises, en constater l'inefficacité thérapeutique à peu près absolue. En 1877, alors que l'on prétendait guérir la fièvre typhoïde par l'alcoolature d'aconit, nous avons plusieurs fois montré à nos élèves que l'on pouvait impunément absorber 10 et 15 grammes de l'alcoolature de feuilles alors fournie à l'hôpital du Val-de-Grâce par la Pharmacie centrale des hôpitaux militaires. L'alcoolature et la teinture de racine d'aconit sont autrement actives. C'est à la dose de deux à trois gouttes *en une fois* qu'il faut les ordonner, sauf à renouveler plus ou moins fréquemment l'administration du médicament suivant les indications et la tolérance du sujet. Procéder autrement serait s'exposer à d'inévitables accidents.

Un dernier mot. Il arrive journellement que certains pharmaciens délivrent, avec ou même sans ordonnance spéciale, des flacons renfermant 60 à 80 granules d'aco-

nitine cristallisée. Or il est démontré que 10 à 15 de ces granules peuvent déterminer des accidents toxiques, voire même une mort très rapide. Bien plus, dans nos campagnes surtout, médecins et malades, séduits par les facilités qu'offrent à la thérapeutique usuelle certains granules plus ou moins efficaces, s'habituent à considérer comme dépourvue de tout danger l'usage de ces pilules microscopiques d'une absorption si facile. Il en résulte, nous en avons vu un exemple lamentable, que l'on peut s'empoisonner en quelques secondes en absorbant les granules d'aconitine ou de digitaline que droguistes et pharmaciens sont autorisés à délivrer en quantités considérables. C'est là un abus qu'une réglementation intelligente de la vente des spécialités pharmaceutiques pourrait empêcher. Il appartient aux pharmaciens instruits et consciencieux d'intervenir à cet égard. Nous n'avons eu d'autre but, en écrivant cet article, que de prémunir une fois de plus tous nos confrères contre les dangers que présenteront toujours les préparations d'aconit.

— L'intérêt croissant que présentent les tentatives faites en vue d'assurer, par une hygiène bien entendue et, en particulier, par la cure d'air, le repos physique et la suralimentation, la curabilité de la phthisie pulmonaire, nous a engagés à publier les deux travaux qu'on lira plus loin. Il n'était pas inutile d'apprendre aux médecins français que l'on peut trouver en France et en Suisse des établissements où l'on parle français et où, tout en insistant sur la cure hygiénique, on ne méconnaît pas l'importance du traitement thérapeutique de la phthisie.

L. Lereboullet.

REVUE GÉNÉRALE

La suggestion hypnotique au point de vue médico-légal (1).

Mon maître, M. le professeur Charcot, m'a fait l'honneur de m'inviter à vous entretenir aujourd'hui de la suggestion hypnotique dans ses rapports avec la médecine légale.

Je suis très touché de cette marque de confiance, et je ne puis mieux y répondre qu'en m'efforçant d'exposer aussi consciencieusement et aussi exactement que possible ce que nous savons et aussi ce que nous ignorons sur cette intéressante question.

Il s'agit là d'un sujet à l'ordre du jour, je dirai volontiers trop à l'ordre du jour; car ce ne sont plus seulement les médecins qui s'en occupent. Il semble même que les incompétents s'attachent plus volontiers à en discourir que ceux dont les travaux et les préoccupations habituelles ont orienté l'esprit vers l'étude de l'hypnotisme et des états morbides analogues. Je ne parle pas seulement des légistes, qui sont après tout sur leur domaine en s'occupant, avec circonspection toutefois, d'une question médico-légale. Mais la littérature, vous ne l'ignorez pas, s'est emparée du sujet et j'ose dire que ses dissertations sur la matière ne sont pas de nature à entretenir le recueillement et la réserve prudente qu'exige l'étude d'une question après tout fort complexe.

A l'en croire, un nouveau péril social aurait apparu. Et les recherches sur le sommeil provoqué, poursuivies avec ardeur depuis quinze ans environ, auraient mis entre les mains des criminels un nouveau moyen d'action singulièrement redoutable. Il faut le dire, les affirmations, à mon sens risquées et hâtives, de quelques médecins et légistes ont fourni le prétexte à ces assertions légères des romanciers et des hommes de lettres: ces derniers, si coupables il y a, ne sont pas après tout les seuls ou plutôt les vrais coupables.

Lorsque vers 1878 on commençait, dans cet hospice, les études prudentes, qui, il ne faut pas l'oublier, ont reconquis à l'hypnotisme droit de cité dans la science, on ne s'attendait guère à déchaîner un nouveau fléau. Et il est bon de le remarquer, ce ne sont pas les travailleurs du premier moment, ni M. Charcot et ses élèves, ni M. Ch. Richet dont les consciencieuses observations ont servi, avec quelques autres, d'indication aux recherches de la Salpêtrière), qui s'effrayent de ce fléau. Au point de vue thérapeutique comme au point de vue médico-légal, ce sont les ouvriers de la seconde heure, quelques-uns systématiquement sceptiques au début, qui sont devenus les croyants de l'heure actuelle. La foi avec ses enthousiasmes et ses appréhensions a remplacé l'incrédulité d'autrefois.

Nous qui sommes resté fidèle aux traditions de cette école, qui ne repoussons aucun fait solidement établi, mais refusons d'accepter les présomptions et les hypothèses comme des vérités démontrées, nous ne partageons ni ces enthousiasmes ni ces craintes. M. Babinski vous a récemment montré ce qu'il fallait penser des premiers; j'ai à rechercher aujourd'hui si les secondes sont mieux fondées.

On a parlé bien haut des dangers de l'hypnotisme, des périls que la suggestion fait courir à la société. Voyons ce qu'il en est.

***

Il importe tout d'abord de bien circonscrire le sujet. Il faut se garder de confondre avec l'hypnotisme provoqué et les suggestions hypnotiques des états qui à un certain point de vue (à un certain point de vue seulement) en sont profondément différents.

A côté du sommeil artificiel qu'on provoque à volonté, chez les sujets prédisposés, il y a d'autres modalités du sommeil pathologique, celles-là spontanées et apparaissant d'elles-mêmes. Tel le somnambulisme dit naturel, dont M. Mesnet notamment a rapporté un cas curieux, tel le somnambulisme hystérique dans lequel est plongée par exemple, depuis plusieurs mois, la malade Hab. *** que voici, tels ces faits de double vie ou d'existences successives, qui ne sont que des modalités du sommeil hystérique et dont le type peut être représenté par la Felida de M. Azam, tels encore les cas de somnambulisme épileptique dont M. Charcot vous a récemment montré un fort curieux exemple. Si j'excepte le somnambulisme (ou mieux vigilambulisme) épileptique, qui reconnaît une étiologie très spéciale, je me hâte de vous rappeler qu'il y a, au moins à notre avis, d'étroits rapports nosologiques entre les différents états que je viens d'énumérer et le sommeil hypnotique provoqué. Mais quelque intimes que soient ces relations sur le terrain de la nosographie, il y a au point de vue médico-légal, le seul qui m'occupe aujourd'hui, une distinction radicale à établir entre les somnambulismes spontanés et le somnambulisme provoqué. Vous allez me comprendre.

Lorsqu'un individu tombe spontanément en somnambulisme, c'est un automate plus ou moins inconscient, qui est susceptible de commettre dans cet état des actes répréhensibles ou délictueux. Mais ces actes qui, (sauf le cas spécial de somnambulisme épileptique) n'ont en général

(1) Leçons faites à la Salpêtrière le 23 et le 26 juin 1891.

que peu de gravité, ne sont en aucune façon comparables à ceux dont on parle journellement à propos des prétendues suggestions hypnotiques. Dans l'espèce, en effet, le délit est le fait même du malade, agissant en vertu d'une impulsion morbide qui est née spontanément chez lui. L'inculpé rentre dès lors dans cette catégorie nombreuse d'irresponsables du fait d'un état maladif, en présence desquels le médecin légiste se trouve journellement.

Lorsqu'au contraire on parle de crimes commis sous l'influence de l'hypnotisme et de la suggestion hypnotique, on suppose l'intervention d'un tiers, se servant du sommeil artificiel provoqué à volonté chez un intermédiaire, pour commettre crime ou délit au moyen de cet intermédiaire. Vous saisissez aisément la différence; si j'y insiste, c'est qu'à leur insu ou systématiquement, les croyants aux dangers de la suggestion ont absolument négligé de la faire. De telle sorte que, lorsque dans une affaire quelconque le somnambulisme spontané arrive à jouer un rôle ou un semblant de rôle, on s'empare de cette affaire et, sans s'arrêter aux détails, on la met à l'actif de la criminalité nouvelle dont on cherche à charger l'hypnotisme.

A cet égard laissez-moi vous citer un fait, autour duquel, il y a peu de temps, on a fait quelque bruit. Il s'agit d'un individu atteint de crises de somnambulisme naturel, qui, durant une de ces crises, s'était livré dans un urinoir à des manœuvres que les agents avaient jugées délictueuses. Cet homme fut traduit en police correctionnelle et il dut son acquittement à l'heureuse intervention de MM. Mesnet et Motet qui le connaissaient, et n'eurent pas de peine à établir qu'il avait agi sous l'influence d'un état morbide. Je ne conteste pas l'intérêt d'un cas de cette nature. Il prouve que le médecin légiste qui ignognerait le somnambulisme naturel et les états nerveux qui s'en rapprochent, serait aussi blâmable que s'il ignorait les symptômes de la démence, de l'épilepsie ou de l'alcoolisme. Mais ce fait, j'en demande pardon à ceux qui le citent, n'a rien à voir avec les délits ou crimes par suggestion. Si l'hypnotisme est intervenu dans l'affaire, il est intervenu à titre de procédé de démonstration, comme la piqûre, par exemple, pour prouver l'anesthésie hystérique. MM. Mesnet et Motet ont endormi le malade devant les juges et reproduit ainsi artificiellement l'état qui dans d'autres circonstances se montrait spontanément. Dans tout ceci la suggestion n'a rien à faire.

La suggestion et les crimes qu'on lui attribue sont des faits d'un tout autre ordre. Il est nécessaire, pour fixer vos idées sur ce point, d'entrer dans quelques détails sur les caractères du sommeil hypnotique et ses diverses phases.

Vous n'ignorez pas que l'hypnotisme, tel que nous l'observons journellement ici, revêt des aspects divers ou, si vous préférez, une symptomatologie différente suivant que les malades sont dans l'un ou l'autre des trois états qui constituent, d'après M. Charcot, les trois phases du grand hypnotisme : ces trois phases sont la léthargie, la catalepsie et le somnambulisme. Je sais bien qu'à Nancy on n'en admet pas la réalité, ou du moins qu'on les interprète autrement qu'on ne le fait à la Salpêtrière. Mais cela importe peu au point de vue particulier qui nous occupe. Que ces phases en effet constituent des états plus ou moins profonds du sommeil, modifiés suivant le cas par l'intervention des suggestions, comme on le croit à Nancy, ou qu'elles soient, comme nous le pensons, des modalités du sommeil hypnotique indépendantes de toute influence suggestive, cela, je le répète, n'a, dans l'espèce, aucune importance.

Ce qu'il faut que vous reteniez, c'est que dans deux de ces états, la catalepsie et la léthargie, la léthargie surtout, l'hypnotisé est insensible ; son intelligence semble complètement abolie, on a affaire à une apparence de « corps sans âme ». Il en résulte que les attentats sur la personne sont possibles et faciles. M. le professeur Brouardel a rapporté un exemple curieux d'un crime de cet ordre. Il s'agit du dentiste Lévy, qui, après avoir hypnotisé une de ses clientes, profita de son état d'inconscience pour la violer. Dans ces cas, l'hypnotisme joue le même rôle que jouerait la chloroformisation, par exemple : il sert à anéantir la connaissance et à supprimer la sensibilité de la malade. Les faits de cet ordre sont intéressants à connaître, le médecin légiste peut de loin en loin avoir à s'en occuper. Mais jusque-là la suggestion n'est intervenue en aucune façon, tout au moins comme procédé direct du crime.

C'est d'elle, ne l'oubliez pas, que je veux surtout vous entretenir. J'y arrive donc.

Vous savez en quoi elle consiste. Je vais vous le rappeler brièvement. Voici une malade bien connue de la plupart d'entre vous, la nommée Wit... Je l'endors en lui faisant fixer l'extrémité de mon doigt. La voici en léthargie ; les paupières sont abaissées ; j'exerce sur les muscles de l'avant-bras une légère compression ; aussitôt, vous le remarquez, ces muscles se contractent. Dans cet état, la malade n'est pas suggestionnable. Mais il me suffit d'exercer sur le vertex un léger frottement pour plonger Wit... dans un autre état très différent de la léthargie, l'état somnambulique. Remarquez que dans cet état l'attitude et l'aspect extérieur sont très différents de tout à l'heure. Wit... a les yeux ouverts, elle va et vient. La compression des masses musculaires ne provoque plus de contractions ; en revanche, si je frôle la peau à distance, les muscles se contractent. Je dis à Wit... : « Voici un bel oiseau » ; voyez comme elle se dirige vers lui, elle le caresse. Je lui commande de frapper la table du poing, aussitôt elle m'obéit. Qu'ai-je fait ? J'ai suggestionné la malade, je lui ai donné par suggestion une hallucination d'abord, puis une impulsion : celle de frapper la table. Mais ces suggestions se sont produites au cours même du sommeil. Or, ce qu'il y a d'intéressant, c'est qu'elles peuvent, tout en étant communiquées pendant l'hypnose, ne se réaliser qu'après le réveil. Je dis à Wit... pendant qu'elle dort : « A votre réveil vous mettrez ce chapeau sur la tête, et vous vous promènerez autour de la table. » Je lui souffle sur les yeux ; la voici éveillée ; vous voyez qu'elle accomplit ponctuellement l'acte que je lui ai commandé. Notez que j'aurais pu lui ordonner de n'exécuter cet acte que dans une heure, ou demain ou dans huit jours, les choses se fussent passées exactement au moment indiqué.

Ce sont les faits de cette seconde catégorie qui ont surtout frappé les observateurs. On s'est dit : Mais si l'on peut ainsi ordonner à une hypnotisée de commettre un acte à une date fixe, rien ne sera plus facile à un criminel habile que d'endormir quand et comme il voudra une personne hypnotisable à sa disposition, et de lui faire commettre un faux, un vol, un assassinat à une date plus ou moins éloignée.

Voilà l'hypothèse, plausible en apparence, d'autant plus plausible qu'en fait, les suggestions expérimentales ne se sont pas bornées à des actes insignifiants analogues à ceux que je viens de faire exécuter à Wit..., mais qu'on a pu réaliser des sortes de crime de laboratoire.

Voyons donc ce que l'expérience et l'expérimentation nous permettent de penser de cette hypothèse.

Tout d'abord une première remarque s'impose. Pour tous les désordres psychiques qui sont de nature à porter à l'accomplissement d'actes criminels, la clinique, qu'on pourrait appeler médico-légale, s'est faite au Palais, ou dans l'antichambre des cabinets d'instruction. C'est là que les médecins experts ont été mis face à face avec les

faits, qu'ils ont eu à les débrouiller, et à montrer que tel ou tel acte délictueux ou criminel dépendait de l'épilepsie par exemple, de l'alcoolisme ou du délire des persécutions. Et c'est à la lumière des notions qu'ils ont apportées que le clinicien, à l'hôpital ou à l'asile, a pu tracer des descriptions plus exactes et plus complètes des maladies dont il s'agit. Ce n'est pas l'observation faite à l'hôpital qui a appris aux médecins légistes les caractères de telle ou telle variété de criminalité morbide, c'est au contraire l'étude de cette criminalité morbide qui a permis de mieux fixer les traits cliniques de chacune des maladies qui la provoquent. Sur ce point spécial, en d'autres termes, les renseignements sont venus moins de l'hôpital au Palais, que du Palais à l'hôpital.

Pour l'hypnotisme les choses se sont passées autrement : on a vu des faits de laboratoire, et on est parti de ces faits pour construire *a priori* une clinique médico-légale de l'hypnotisme.

Je relève la différence des méthodes, sans lui attribuer plus d'importance qu'elle n'en mérite. J'ai toutefois le droit de m'étonner que l'attention des médecins légistes n'ait pas été attirée vers le rôle de la suggestion dans les actes criminels, si ce rôle a l'importance qu'on est tenté de lui attribuer.

Après tout, dira-t-on, ils ont pu ne pas voir les faits ou ne pas les comprendre.

Mais si ces faits avaient la fréquence que quelques-uns sont disposés à leur attribuer, on devrait, tout au moins, en retrouver la trace dans les annales judiciaires et à la lumière de nos connaissances théoriques actuelles il serait certainement facile d'en exhumer au moins quelques-uns.

La nécessité d'une pareille enquête rétrospective s'est fait sentir aux partisans les plus convaincus du danger des suggestions criminelles. « C'est en vain, dit M. Liégeois (l'un des auteurs qui ont travaillé la question avec le plus d'ardeur et de conscience), que nous aurions tenté de montrer l'influence que peuvent et doivent exercer les phénomènes hypnotiques sur la distribution de la justice, si nous ne pouvions apporter à l'appui de notre thèse aucun fait précis, positif, formel qui pût lui servir d'illustration, comme on dit aujourd'hui. »

M. Liégeois en effet a cité des faits; voyons ce qu'ils valent.

Je ne puis vous les rapporter en détail; cela me demanderait beaucoup trop de temps. Il me suffira du reste de vous énumérer ces faits pour en faire la critique. Je vous laisse le soin d'en lire la relation complète dans l'ouvrage de M. Liégeois (1).

1er *Fait. Affaire La Roncière.* — Cette affaire, qui s'est jugée en 1835 devant la cour d'assises de la Seine, est célèbre dans les annales judiciaires. Le lieutenant La Roncière fut accusé par une jeune fille hystérique de s'être livré sur elle à des tentatives criminelles. Il fut de ce chef condamné à dix ans de réclusion. A supposer, ce que tout le monde n'admet pas, qu'il y ait eu erreur judiciaire, il s'agirait d'une de ces trames mensongères comme savent habilement en ourdir certaines hystériques. Où peut-on voir là de l'hypnotisme et de la suggestion ?

2e *Fait. Affaire Benoît.* — Il s'agit encore d'une simple erreur judiciaire. Dans cette affaire, comme le dit M. Liégeois lui-même, il ne fut question ni de somnambulisme ni d'hystérie. — Alors en quoi ce fait a-t-il trait au sujet qui nous occupe ?

3e *Fait. Affaire Jacquemin.* — En 1814 la comtesse de N... avait accusé sa servante d'avoir voulu l'empoisonner. Il fut reconnu qu'elle s'était attachée elle-même sur son lit et qu'elle avait versé le poison qui noircissait ses lèvres. Ce fait comme les précédents n'a aucun rapport avec l'hypnotisme.

Ceux qui suivent, bien que moins complètement étrangers à la question des sommeils morbides, n'ont cependant rien à faire avec les crimes par suggestion.

C'est l'affaire D..., dont j'ai parlé plus haut et où intervinrent MM. Mesnet et Motet.

C'est le cas du Dr Dufay : une femme en somnambulisme spontané volant les bijoux de sa maîtresse, et ne se souvenant plus au réveil de l'endroit où elle les a mis.

C'est le fait d'Annette Gaudin, morphinomane et hystérique, commettant un vol sans importance et relaxée sur le rapport de MM. Charcot, Brouardel et Motet qui trouvèrent que « la culpabilité disparaissait devant l'état pathologique ».

C'est l'affaire Ulysse C..., vols commis pendant des accès de somnambulisme. Le malade fut acquitté sur un rapport de M. P. Garnier.

J'aurais pu fournir à M. Liégeois un autre cas du même ordre qui m'est personnel. Il s'agit d'un nommé D... atteint lui aussi d'accès de sommeil spontané, durant lesquels il lui est arrivé de commettre certaines incartades. Sur mon intervention, une ordonnance de non-lieu fut rendue. Je dois ajouter que dans la suite le même D..., pendant la veille, a commis des actes d'escroquerie et que j'ai dû cette fois l'abandonner aux sévérités de la justice.

Mais que prouvent tous ces faits ? que des individus atteints de somnambulisme peuvent commettre des délits dont ils sont irresponsables ? La remarque n'est pas bien nouvelle et dans tous les cas il s'agit là d'autre chose que de délits par suggestion. Je me suis assez apesanti sur ce point au début de cette leçon pour n'avoir pas à y revenir.

Poursuivons l'examen des faits rapportés par M. Liégeois. Afin de ne rien leur enlever du peu de valeur qu'ils peuvent avoir, j'ai conservé pour la fin ceux qu'on pourrait tenir pour les plus décisifs.

Ici il s'agit « de crimes commis contre les somnambules »; il serait plus exact, je crois, de dire contre des léthargiques : mais laissons ce détail.

1. *Affaire Castellan.* — J'aurai l'occasion d'y revenir par la suite, je n'en parle pas pour l'heure.

2. *Affaire Lévy.* — Il s'agit du dentiste de Rouen auquel j'ai fait allusion plus haut, et à l'affaire duquel fut mêlé M. Brouardel.

Restent 3 autres affaires, deux de Tardieu, une du docteur Ladame. Il est question dans les trois cas d'individus accusés par les victimes, ou prétendues telles, d'avoir profité du sommeil provoqué pour les violer.

M. Pitres a cité un fait du même ordre.

Je vois bien là, à supposer les accusations fondées (et il n'a pas été dans tous prouvé qu'elles le fussent), des malades endormies, et des individus abusant d'elles pendant le sommeil; j'y vois bien le rôle de l'hypnotisme, ce rôle que j'ai eu soin d'indiquer plus haut, mais je cherche vainement dans tout cela la suggestion.

C'est qu'en effet c'est en vain que M. Liégeois, malgré le soin scrupuleux avec lequel il a fouillé les annales judiciaires, a cherché « le fait précis, positif, formel » qu'il juge cependant avec raison nécessaire à la démonstration de sa thèse. Ce fait, nous l'attendons encore.

Mais je me trompe. M. Aug. Voisin vient de nous le fournir. Je le trouve sommairement rapporté dans le numéro de la *Revue de l'hypnotisme* de juin 1891. Je cite textuellement : « Récemment commis par le parquet à l'examen d'une femme accusée de vols nombreux dans les grands magasins, M. Voisin acquérait la certitude que

(1) *De la suggestion et du somnambulisme dans leurs rapports avec la jurisprudence et la médecine légale.* Paris, 1889, et *Comptes-rendus du Congrès de l'hypnotisme*, 1889.

cette femme n'avait accompli ces vols que sous l'influence de suggestions qui lui étaient faites quotidiennement par trois malfaiteurs. Devenue leur complice inconscient, elle accomplissait, avec l'automatisme le plus complet, les actes qui lui étaient suggérés et dans les conditions dans lesquelles il lui était enjoint de le faire. Lorsque les magistrats chargés de l'enquête voulurent faire enlever du lieu de recel les objets de toute sorte volés par cette femme, ils constatèrent qu'il y en avait de quoi remplir une grande voiture de déménagement. M. Voisin a pu par son examen arriver à démontrer la complète irresponsabilité de cette femme, qui a bénéficié d'une ordonnance de non-lieu, tandis que les trois véritables auteurs du délit tombaient sous la juste application de la loi. »

Voilà un fait qui aurait une importance très grande si son authenticité était bien établie. Et je m'étonne que M. Voisin, s'il a eu la bonne fortune de mettre le premier la main sur un exemple de crime par suggestion, n'ait pas jugé à propos de nous présenter lui-même ce fait avec tous les détails qui sont nécessaires pour juger de sa valeur.

La coupable a été suggestionnée ! comment ? En état de veille ou en état d'hypnose ? Quels sont les signes auxquels on a reconnu la réalité de la suggestion ? Voilà, j'imagine, des renseignements qu'il eût été nécessaire de donner. Jusqu'à ce qu'on nous les ait fournis, nous sommes en droit de révoquer la valeur du cas dont il s'agit. Et j'avoue qu'il me semble reconnaître là un de ces faits nombreux de vols dans les grands magasins, dont les exemples ne se comptent plus, et dont Lasègue et Legrand du Saulle nous ont appris à reconnaître le mobile souvent pathologique.

Mais je suppose, pour un instant, qu'il se soit réellement agi dans l'espèce d'un vol par suggestion, je ferai remarquer que les auteurs de ladite suggestion ont été découverts et punis, ce qui établirait, comme je me propose de vous le redire plus tard, que le procédé n'est pas des meilleurs pour se mettre à l'abri des atteintes de la justice.

On pourrait objecter que si l'on n'a pas relevé, jusqu'à présent, de cas probant de crime suggéré, c'est qu'on a laissé passer les crimes de cette nature sans y prendre garde, l'attention des magistrats et des médecins légistes n'étant pas attirée de ce côté.

A cette objection je me contenterai de répondre que les magistrats s'empressent de prendre l'avis des médecins-experts chaque fois que le mobile d'un crime ne leur apparaît pas nettement, et que les experts, de leur côté, sont portés à faire ressortir les anomalies des mobiles dans tous les cas où elles se présentent à leur observation. Il est donc très vraisemblable que s'il y avait eu des crimes par suggestion commis au moins durant les dernières années, on en retrouverait la trace, sous une étiquette ou sous une autre, dans les annales judiciaires et les rapports médico-légaux.

Je ne crois pas devoir insister davantage, et je conclus, légitimement je pense, que l'expérience du passé ne nous a révélé jusqu'à présent aucun acte délictueux ou criminel positivement dû à la suggestion.

Gilbert Ballet,

Professeur agrégé à la Faculté de médecine, médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

(À suivre.)

TRAVAUX ORIGINAUX

De l'acclimatement au froid pour les phthisiques,

par le Dr Ch. Sabourin, Directeur du Sanatorium du Canigou.

Tant que nous ne serons pas en possession d'un agent médicamenteux doué d'une action spécifique sur le bacille de Koch, nous verrons surgir tous les jours quelque « médication nouvelle contre la tuberculose pulmonaire », et il est à craindre que nous n'assistions longtemps encore à la disparition rapide de nombre de ces méthodes thérapeutiques après une apparence de succès. Seule la créosote paraît devoir survivre à cet écroulement général. Encore n'est-il pas facile de faire la part exacte qui revient à cet agent dans les améliorations obtenues.

On prend un tuberculeux presque toujours dans des conditions défectueuses d'existence, on le transplante dans un milieu nouveau, où il respire un air meilleur, où il se repose, où il est plus sainement nourri, où surtout il est à l'abri des imprudences ou des fatigues de son existence antérieure; enfin on lui prescrit de la créosote sous une forme quelconque. Il s'améliore. Les uns disent que la créosote a fait merveille; d'autres prétendent que tout est dû au changement d'hygiène. C'est que malheureusement il paraît démontré que l'on n'aurait rien obtenu de la créosote, ou bien peu de chose, chez ce malade si on l'avait laissé continuer sa vie ordinaire.

Est-ce à dire qu'il faille renoncer jusqu'à nouvel ordre à toute intervention médicamenteuse dans la phthisie ? Loin de là. Mais tout semble prouver que, pour l'instant, ce qui domine le traitement du phthisique, c'est l'hygiène.

C'est un axiome vieux comme le monde que les poitrinaires qui guérissent, guérissent surtout à la campagne, à l'air libre, pur. L'idée de réglementer ce traitement hygiénique, pour multiplier les guérisons, revient aux Allemands, et c'est à Gœrbersdorf que fut faite la première tentative, puis à Falkenstein, puis au sanatorium établi, il y a deux ans, en pleine station de Davos-Platz. Quelles que soient les différences de climat, les résultats ont été remarquables.

A part quelques exceptions, on semblait en France ignorer ces choses, et jusqu'à ces derniers temps, nous n'aurions à signaler que de rares essais individuels pratiqués dans leur clientèle par plusieurs médecins de nos stations méditerranéennes.

C'est cette cure hygiénique par l'aération continue que nous avons inaugurée l'an dernier, d'une façon méthodique, en la modifiant un peu pour la conformer davantage aux habitudes françaises.

Ayant visité et étudié sur place les établissements de l'étranger, notre conviction était établie. Après l'expérience personnelle que nous avons faite, nous n'hésitons pas à affirmer l'excellence de la méthode. On peut aujourd'hui faire chez nous la cure d'air tout comme en Allemagne et en Suisse.

Qu'on ne nous demande pas des observations détaillées de guérisons et d'améliorations. Nous sommes décidé à n'en publier aucune avant plusieurs années. Il serait ridicule d'affirmer dix mois après la cure, qu'un tuberculeux est guéri. Nous attendrons du temps qu'il confirme les résultats obtenus, pour pouvoir fournir une statistique de quelque valeur.

En publiant ce qui suit, nous avons voulu, poussé par notre confiance absolue en la méthode thérapeutique, mettre en évidence quelques résultats généraux de la cure telle que nous l'avons pratiquée, et prendre date dans la question. Le reste viendra à son heure.

Nous venons de diriger le traitement d'un certain

nombre de tuberculeux pulmonaires par la cure d'air des montagnes, pendant l'hiver dernier, à la station de Vernet-les-Bains (Pyrénées-Orientales), où a été installé le Sanatorium dit du *Canigou*.

Si les conditions climatériques de cette station avaient été ce qu'elles sont ordinairement dans cette région des Pyrénées, nous aurions pu présenter au public médical un résumé intéressant de la saison hivernale dans ce pays, en nous appuyant, par surcroît, sur des observations prises régulièrement pendant une série d'années précédentes. Mais l'on sait trop bien que le rude hiver dernier a frappé surtout le Midi, et que par suite il en est résulté pour les stations pyrénéennes une situation tellement anormale qu'il est impossible de tirer des conclusions quelconques d'observations faites pendant un hiver qui n'avait pas eu son semblable ou quelque chose d'approchant depuis 1829-1830.

En effet, le thermomètre descend d'ordinaire à zéro, et oscille autour de ce chiffre pendant la nuit, du 15 décembre au 15 janvier, les journées étant marquées par un soleil bienfaisant. Or, pendant l'hiver de 1890-91, le froid a été intense depuis la fin de novembre jusqu'au 10 janvier. Le thermomètre a marqué 12° et 13° sous zéro pendant plusieurs nuits à l'époque de la fameuse tempête de mistral qui a balayé pendant plus d'une semaine la Provence et le Roussillon et fait geler le vin sur plusieurs points du littoral. Le jour, à l'ombre, nous avions fréquemment 6° à 8° sous zéro. En outre, la neige, qui d'habitude ne se montre que fin décembre, est tombée en abondance le 25 novembre.

Hâtons-nous de dire que cette rigueur climatérique a été largement compensée par l'état du ciel. C'est dans le fait une chose essentielle. Ce qu'il faut considérer pour la cure d'air dans les montagnes, c'est le ciel bleu. Or les journées à ciel couvert sont rares à Vernet. Le froid avec du ciel bleu et point de vent, un beau froid, comme on l'appelle vulgairement, à une altitude qui donne la certitude absolue de l'air pur, est la condition essentielle de la cure des tuberculeux pulmonaires.

C'est là une sorte d'axiome pour médecins et malades qui ont passé l'hiver dans des stations élevées. C'est une vérité qui s'est affirmée pour nous de la façon la plus évidente pendant la saison dernière. Et nous n'hésitons pas à formuler de suite ce principe, que les neuf dixièmes des tuberculeux, soit dit pour laisser une porte ouverte à de rares exceptions, se trouvent admirablement mieux par le temps froid, dans un climat sec, que par les temps doux. Les malades sont les premiers à le reconnaître.

Au point de vue de la sécheresse pendant l'hiver, le Vernet ne laisse rien à désirer. Deux fois seulement, nous avons vu la brume toucher terre à la station, et cela pendant deux heures, avant 10 heures du matin.

C'est donc dans ces conditions, en apparence très défavorables, que le Sanatorium du Canigou a fait ses débuts. Nous disons « en apparence », car les résultats de la cure ont été en tous points remarquables et excellents.

Mais tout ce que nous voulons mettre en relief dans cette première campagne si intéressante, c'est la facilité avec laquelle les tuberculeux s'acclimatent au froid. A ce point de vue, l'hiver dernier nous a tout particulièrement bien servi.

Au Vernet tous les malades vivent de la vie d'hôtel, comme partout ailleurs dans les stations hivernales : chambres chauffées au calorifère, trois repas par jour, à la mode française. A part l'heure des grands repas, la journée se passe complètement dehors, *quelque temps qu'il puisse faire.*

Le matin entre 9 h. et 9 h. 1/2, plus tôt pour ceux qui veulent et sont en état de s'y habituer, les malades quittent l'hôtel après le premier déjeuner et vont s'installer à la « *cure* ».

Cette cure se fait dans des vérandas ou des kiosques tout ouverts par devant, quoique munis de vitrages que l'on peut fermer en tout ou partie. Le mur du fond est occupé par des chaises longues, d'une forme particulière, sur lesquelles, à demi couchés, les patients passent la plus grande partie de la journée. Boules d'eau chaude aux pieds, et couvertures varient en nombre suivant la susceptibilité de chacun et suivant l'état de l'atmosphère. Il est à bien noter que jamais dans les vérandas le malade ne reçoit directement les rayons du soleil. Il n'est pas douteux pour nous que si l'absence de soleil n'a pas d'inconvénients, sa chaleur ou sa lumière tombant franchement sur les tuberculeux au repos peuvent en avoir de très sérieux. Nous traduirions volontiers notre pensée de la façon suivante, bien qu'un peu familière : « Le tuberculeux, à la cure, doit voir la lumière du soleil, mais ne doit pas être vu par lui. » Il faut à ces malades un bain de lumière solaire, tandis que la chaleur solaire n'a sur eux que des effets déplorables. Pour nous servir d'une tournure de phrase célèbre, empruntée à Ricord, nous dirions que la meilleure recette pour donner de la fièvre vespérale à un tuberculeux qui n'en a pas ou qui n'en a plus, est de l'exposer en repos au soleil.

Notre cure se fait donc à l'ombre. Après chaque repas, les malades font, suivant leurs forces, une promenade plus ou moins longue, en général plutôt courte. A 10 heures du soir, rentrée à l'hôtel pour le coucher. La nuit, la fenêtre de la chambre, qui n'a pas été close un seul instant depuis le matin, reste ouverte plus ou moins largement pour que l'air y soit en état de rénovation constante. La partie du lit la plus proche de la fenêtre est entourée d'un vaste paravent.

A la cure les malades se groupent comme ils l'entendent, lisent, causent, jouent de voisin à voisin, dorment tant qu'ils veulent. C'est un fait très remarquable que bon nombre de tuberculeux, qui, menant la vie ordinaire, passent des journées intolérables à tousser, cracher, souvent en proie à une agitation continuelle, dorment avec la plus grande facilité à la cure, chose qui ne leur arrivait guère lorsque, par crainte du froid, ils se calfeutraient dans un appartement surchauffé. Il faut noter d'ailleurs que ce sommeil bienfaisant n'empêche nullement le sommeil pendant la nuit. Comme autre source de distraction, les malades ont près d'eux, dans la partie libre de la véranda, les personnes qui peuvent les accompagner. En somme, il ne nous a jamais semblé qu'on s'ennuyât beaucoup à la cure, pas plus les enfants que les grandes personnes.

Telle est l'hygiène particulière à laquelle furent soumis nos tuberculeux pendant 3, 4, 5 et 6 mois. Ce genre de vie nécessite de la part du médecin une surveillance assidue, et de la part du patient une soumission entière. C'est une discipline assez douce au fond à laquelle nous n'avons vu personne manifester la moindre velléité de se soustraire. Ce qui indique suffisamment que tous s'en trouvent rapidement bien.

Cette vie au dehors, de 9 h. du matin à 10 h. du soir, s'est continuée par tous les temps, nous le répétons avec insistance. Nous n'avons interrompu la cure que deux soirées seulement, alors que le thermomètre marquait au dehors 11° sous zéro. Mais que de fois, le matin et le soir, nos malades « curaient » (pour employer leur mot) sans sourciller à — 6° et — 7° ! Ces jours-là, on ne lisait pas, on n'écrivait pas, on ne jouait pas, les conversations étaient ralenties, le nombre des couvertures s'accroissait en conséquence, mais les malades, habitués à dormir à la cure, n'en sacrifiaient que mieux à leur bonne coutume, avec le bien-être qui en était le résultat.

Il y a dans ce fait évidemment de quoi surprendre quiconque n'est pas familiarisé avec l'exposition des malades à l'air libre. Mais c'est affaire d'acclimatement, et les hésitations de l'entourage des tuberculeux se dissipent rapidement quand on voit la grande amélioration qui en résulte à bref délai.

A bref délai, disons-nous, car il n'est pas besoin d'un long stage pour qu'un malade soit mis *au courant de la cure* continue. Il est très remarquable au contraire qu'il suffise de quelques jours pour atteindre ce but.

Quand un tuberculeux arrive à la station, nous le laissons à peu près en liberté pendant un ou deux jours, pour voir quelles sont ses réactions du soir, soit habituelles, soit provoquées, comme cela est possible, par le changement de climat. Le troisième jour au plus tard, il commence la cure de l'après-midi; le lendemain il reste à la véranda jusqu'au dîner, et le troisième jour, il y passe la journée complète. En général l'accoutumance au genre de vie nouveau n'est pas plus longue.

Que le malade soit apyrétique le soir, ou qu'il ait un mouvement de fièvre, la marche est la même. Devant le bénéfice qu'un tuberculeux fébrile trouve à son exposition à l'air libre, il n'y a pas lieu à hésitation. Nous parlons, bien entendu, des fébriles dont la fièvre rentre dans le cortège ordinaire de la tuberculose, et non pas de ceux qui sont pyrétiques pour une complication pleuro-pulmonaire aiguë.

Dans ces conditions, un patient à fièvre vespérale, qui, au lit dans sa chambre, serait abattu ou agité, ne sachant comment faire pour trouver une position supportable, fait tranquillement son accès de fièvre sur sa chaise longue, quel que soit le degré marqué par le thermomètre, et cela dans un état de bien-être relatif tout nouveau pour lui.

C'est que tous les symptômes surajoutés à l'état fébrile sont atténués à un degré considérable. Le plus important de ces symptômes, l'anorexie, disparaît bientôt. Disparaît également ce besoin de régurgitation qui, si souvent, suit à échéance variable le repas pris sans appétit et par contrainte en pleine fièvre. C'est un fait que nous ne saurions trop mettre en lumière. La cure d'air, appliquée à un tuberculeux fébrile curable ou susceptible d'amélioration, arrête en un temps variable la fièvre du soir, mais son effet immédiat est de faire disparaître les symptômes accessoires de cette fièvre. Or pour le malade, c'est tout, ou peu s'en faut. Ce qui le tourmente en effet, ce n'est pas l'hyperthermie, ce n'est même pas la cause de l'hyperthermie; il a surtout souci des accidents concomitants. Et si l'on parvient à annuler ces derniers, ce qu'il voit de plus clair dans le résultat obtenu, c'est la possibilité de se sentir vivre, de se nourrir, et par conséquent de lutter par l'alimentation et par un état moral meilleur contre la cause initiale de son état fébrile.

A l'appui de ce qui précède nous citerons le fait suivant. Un jeune homme, qui nous était arrivé dans un état général déplorable, avait de la fièvre intense le soir, la rémission matinale étant très faible. Une heure après son dîner, et souvent après le déjeuner, il vomissait la plus grande partie de ce qu'il avait absorbé sur l'insistance de son entourage. Il transpirait abondamment la nuit. L'état de sa poitrine cependant permettait d'espérer l'arrêt de ces accidents. Laissé à la chambre en observation, pendant les quelques jours qu'il y resta, aucun changement ne se produisit. On le transporta à la cure en petite voiture, et il y passa l'après-midi. Le soir même le vomissement redouté n'eut pas lieu et dès lors il ne reparut plus. Quinze jours plus tard le malade allait seul à la véranda, revenait dîner à l'hôtel en pleine fièvre. En quelques semaines il allait à la promenade avec ses compagnons : quant à ses sueurs nocturnes, elles avaient rapidement cédé, bien que le mouvement fébrile, devenu seulement vespéral, continuât. Il fut débarrassé complètement de son accès du soir quelque temps après, mais il ne s'en tourmentait plus guère, car depuis longtemps tous les symptômes pénibles concomitants ne l'incommodaient plus.

Ainsi donc, un tuberculeux fébrile peut rester toute la journée, passer la nuit dans une chambre dont la fenêtre est ouverte, et cela non seulement sans inconvénient, mais encore avec grand bénéfice. Il n'appréhende plus l'arrivée de son accès du soir dont les allures sont changées du tout au tout, et il envisage sa nuit avec tranquillité, sachant qu'il n'aura point ou à peine de sueurs.

La cure à l'air libre, l'acclimatement au froid, n'auraient-ils pour résultat que de faire supporter bénévolement leur fièvre aux tuberculeux, ce serait déjà raison suffisante pour que le médecin n'hésitât pas à soumettre ses malades à cette hygiène particulière. Mais ce même traitement influence tous les autres accidents de la tuberculose de la façon la plus favorable. Ce sont là des faits assez bien connus aujourd'hui, et nous signalerons seulement la diminution de la toux et le réveil de l'appétit.

Le traitement hygiénique de la phthisie se résumant à l'heure actuelle dans la formule suivante : *Alimentation utile, air toujours pur, et absence d'usure organique*, il est incontestable que la cure, telle que la suivent nos malades, est bien faite pour amener le résultat demandé.

Tout ce qui précède n'est pas nouveau assurément. Mais si, à l'étranger, la cure d'air *permanente par tous les temps* est largement appliquée aux phthisiques, pour leur plus grand bien-être, il s'en faut de beaucoup que, chez nous, les appréhensions de nombre de médecins et à plus forte raison de presque tous les malades soient dissipées. Nous nous estimerions trop satisfait si, par la publication de ce court travail, nous pouvions contribuer à persuader les hésitants ou les timides.

Leysin. Station alpine vaudoise. Cure d'hiver pour les phthisiques, par M. le Dr Gibert (du Havre).

Quelle que soit la valeur des médications thérapeutiques récemment conseillées contre la phthisie pulmonaire, il est un fait dont l'expérience aussi bien que les doctrines nouvelles affirment et maintiendront toujours l'autorité. Pour se trouver dans des conditions favorables à la guérison, un phthisique doit maintenir l'intégrité de son appétit, de ses forces, de l'activité des régions pulmonaires très indemne. Un traitement hygiénique qui ne s'oppose en aucune façon à l'action d'autres agents curateurs ou prétendus tels, est, à ce point de vue très efficace. C'est la cure d'air dans un sanatorium. Tout le monde aujourd'hui connaît Davos et beaucoup de médecins connaissent aussi les nouvelles stations de l'Engadine : la Maloggia, Wiesen, St-Moritz et Andermatt au haut de la vallée de la Reuss. Voici que maintenant nous allons avoir tout près de nous une station où l'on ne parle que français et qui présente tous les avantages des stations de l'Engadine : je veux parler de Leysin-sur-Aigle.

Cette station est connue depuis plusieurs années des médecins suisses qui y ont constaté des cas nombreux de guérison confirmée et durable. J'y ai fait deux séjours dont l'un en plein hiver et j'y ai vu de près le petit nombre de malades qui trouvaient asile dans la modeste pension de Mlle Cullaz.

Un travail important du Dr Secrétan, de Lausanne, sur

Leysin a paru dans la *Revue médicale de la Suisse Romande* il y a déjà cinq ans; le même médecin a de nouveau en 1890 entretenu la *Société de médecine Vaudoise*, de Leysin; et le professeur Rapin de Lausanne, qui a passé l'hiver de 1889 à 1890 dans cette station, a complété la communication du Dr Secrétan.

Nous sommes donc en possession de documents qui nous permettent de donner aux lecteurs de la *Gazette* une idée très nette des avantages de Leysin, et ce sera un service rendu à plusieurs de leurs malades que de les en entretenir, Davos étant bien loin de Paris et de la France et difficile d'accès pour les familles des malades. Leysin est un village situé sur un des plateaux les plus élevés des Alpes Vaudoises; on y accède depuis Aigle, station du chemin de fer du Léman, par une très bonne route qui va d'Aigle à Château-d'Œx et qui au Sepey bifurque, tourne vers le massif des tours d'Aï et conduit à Leysin. La montée se fait en trois heures, de sorte que le voyageur qui est parti de Paris le soir à 7 heures est le lendemain à 2 heures de l'après-midi à Leysin.

Le plateau où se trouva Leysin, dit le Dr Secrétan, court au pied de la chaîne des tours d'Aï sur une longueur de près de 3 kilomètres et une largeur qui va de 1 kilomètre à quelques centaines de mètres. Il est incliné du N.-E. au S.-E. et son orientation est du N.-E. au S.-O. avec une déviation légère vers le Sud; à l'Ouest, au Nord-Ouest et au Nord, Leysin est abrité d'une façon remarquable par la haute muraille des tours d'Aï et de Mayen dont l'altitude, qui va jusqu'à 2,000 mètres, suffit à arrêter les vents du Nord et de l'Ouest; au Nord-Est le petit plateau de Leysin aboutit aux pentes coupées de pâturages et de bois de sapins qui vont jusqu'au Sepey; à l'Est et au Sud l'espace est occupé par de petites collines boisées aboutissant aux pentes abruptes de la vallée de la Grande-Eau qui dominent Aigle.

La station de Leysin ainsi limitée est, on le voit, assez étroite, mais elle présente des qualités alpines remarquables.

D'abord la vue y est très belle; de jour et de nuit le malade a devant lui un des plus beaux spectacles qu'il soit possible d'imaginer, puisque ses yeux découvrent une grande partie de la chaîne des Alpes et, pour lui, c'est quelque chose, car l'ennui dans les montagnes est plus dur qu'ailleurs. L'air y est d'une pureté que tout le monde reconnaît nécessaire aujourd'hui; inutile d'insister sur ce point.

La sécheresse de l'air y est plus grande qu'à Davos, l'hygromètre y est descendu jusqu'à 19. Cette impression de sécheresse est perçue par tout le monde dès les premiers instants du séjour, et c'est là, pour quelques savants, une des causes efficientes de la guérison de la tuberculose.

La température de l'air, grâce au soleil, vrai soleil d'Italie, qui inonde le plateau de Leysin d'une manière presque continuelle pendant les mois d'hiver, y est très élevée : le jour jusqu'à + 11 et 14° (en plein air) et l'on y a plus chaud que dans la plaine. Le brouillard n'est pas inconnu à Leysin, c'est le vrai ennemi des stations alpines; les jours de brouillard varient d'une année à l'autre, mais jamais il n'est stagnant et par conséquent n'a pas une très grande importance.

La neige tombe principalement en octobre et en novembre, et son épaisseur est variable; une fois tombée elle durcit; on vit ainsi sur un sol de neige pendant toute la durée de l'hiver. Quand j'ai fait avec mon ami le Dr Morax de Morges l'ascension de Leysin pendant l'hiver de 1888 à 89, il était tombé la veille plus d'un mètre de neige, mais la bourrasque passée, le soleil était réapparu radieux et chaud.

Le froid est vif pendant la nuit et il importe d'avoir des chambres à coucher bien chauffées, puisqu'on observe communément de 5 à 12° au-dessous de 0.

Mais le froid dans une atmosphère absolument calme, sous un ciel radieux et avec un beau soleil, est essentiellement tonique et le meilleur stimulant pour faire des exercices.

En résumé, un malade est sûr de trouver à Leysin aussi bien qu'à Davos le climat des hauteurs; le ciel pur, l'atmosphère sèche, la radiation solaire énergique et durable; pas de vent et un froid sec qui n'est jamais désagréable.

Mais si le climat est la chose importante, l'installation n'est pas un facteur à négliger dans la cure d'air; jusqu'ici le village de Leysin offrait peu de ressources, mais cette année même une Société anonyme qui ouvrira un grand hôtel en juillet 1892, met à la disposition des malades deux grands chalets très confortables de 18 lits chacun; on trouve en outre dans le village quelques petits chalets à louer et la pension Cullaz établie là de longue date.

Quelles sont les indications du climat des montagnes quant aux tuberculeux? Quels sont les phthisiques à y envoyer, et quel régime faut-il leur faire suivre?

Il ne faut pas envoyer à Leysin des phthisiques déjà avancés; si j'en crois mon expérience, il convient surtout d'y envoyer cette masse de jeunes hommes et de jeunes filles qui sont menacés, sérieusement menacés, mais qui peuvent vivre à Leysin d'une vie active et non, comme à Falkenstein, faire, immobiles, la cure d'air avec une alimentation forcée et obligatoire. Leysin convient à ceux qui peuvent, plusieurs heures par jour, faire de grandes promenades ou pratiquer le fameux exercice de *la luge*. La luge est un petit traîneau à une ou deux places sur lequel les malades assis descendent les pentes neigeuses avec une vitesse quelquefois très grande; quand on est descendu on remonte sa luge derrière soi et l'on recommence jusqu'à ce que la fatigue vienne; excellent exercice qui fait entrer une grande quantité d'air dans les poumons, qui donne un vigoureux appétit et qui, comme tous les exercices au grand air, harmonise les fonctions. Se promener, se luger, se chauffer au soleil, voilà la vie à Leysin. Mais les soirées sont longues et les jours courts en hiver. C'est pourquoi l'installation actuelle des chalets, en amenant une plus nombreuse société à Leysin, rendra l'hibernation moins pénible à supporter pour des Parisiens habitués à toute autre chose qu'à la vie cellulaire; disons enfin que cet hiver déjà, un docteur, M. Morel, est venu s'installer à Leysin et qu'en quelques heures les médecins de Lausanne et de Montreux peuvent se rendre auprès des malades qui le désirent.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Méningo-myélite cervicale consécutive à l'influenza (Cervical meningomyelitis following influenza; necropsy), par H. Mackay (*The Lancet*, 1er août 1891, p. 229). — La malade, âgée de 31 ans, est prise d'une attaque de grippe accompagnée de violentes douleurs de la nuque. Ultérieurement les douleurs persistent, localisées vers les 6e et 7e vertèbres cervicales; il s'y joint de la faiblesse des membres supérieurs ainsi que de l'atrophie avec diminution de la contractilité électrique. Pupilles normales. Exagération des réflexes rotuliens. Pas de troubles de la sensibilité, sauf à l'extrémité des doigts où existe un léger degré d'anesthésie. Ultérieurement survinrent des troubles respiratoires, de la paralysie du diaphragme, puis le coma et la mort en asphyxie quatre mois après le début. A l'autopsie, adhérences et injection vasculaire des méninges de la région cervicale. La

moelle à ce niveau est ramollie et les racines atrophiées : l'examen ultérieur après durcissement montre la désagrégation du tissu nerveux avec surabondance de corps granuleux. L'auteur pense que la participation habituelle du système nerveux cérébro-spinal dans la grippe est démontrée par la clinique ; le cas actuel montre que ce système peut être suffisamment affecté pour déterminer la mort.

Hématomyélie (Hæmatomyelia), par A. Hoch (*The Johns Hopkins Hospital Reports*, août 1891, n° 6, p. 351). — Deux observations servent de sujet à diverses considérations sur la symptomatologie et le diagnostic de l'hématomyélie. Celui-ci peut hésiter entre la syringomyélie et la myélite ascendante aiguë, l'hématorachis et le ramollissement ischémique aigu de la moelle.

Hémorrhagie spinale idiopathique (A case of idiopathic spinal hemorrhage), par Th. Diller (*Medical Record*, 6 juin 1891, n° 1074, p. 651). — L'observation n'a pas été vérifiée par un examen nécropsique, l'auteur pense néanmoins que l'histoire clinique suffit à établir ce diagnostic rare. Le sujet, âgé de 51 ans, habituellement bien portant, fut pris subitement de douleurs lombaires atroces, avec vomissements, et de paraplégie. Cette attaque initiale dura 25 minutes. A l'examen on constata une paralysie des deux membres inférieurs avec paralysie des réservoirs, sans troubles objectifs de la sensibilité. Ultérieurement, amélioration.

Sclérose latérale amyotrophique et sclérose en plaques (Contributo allo studio clinico della sclerosi laterale amiotrophica e della sclerosi a placche disseminata), par Marelli (*Gazetta delli Ospitali*, n° 71, p. 682). — Le sujet de l'observation est âgé de 50 ans ; le début de l'affection se fait par des douleurs lombaires sourdes, puis par de la faiblesse des membres inférieurs, bientôt la faiblesse se montre au bras droit et plus accusée à la jambe gauche. A l'examen, légère lordose lombaire, parésie spasmodique des jambes, impotence du bras droit et atrophie des muscles de l'épaule à laquelle semble due cette impotence, avec secousses fibrillaires. Tous les réflexes sont exagérés. Sensibilité au tact, à la douleur, à la température, normale. Réaction de dégénérescence partielle. Il est à noter, dans cette observation, que l'atrophie a débuté par les muscles de l'épaule, et non par les petits muscles des mains comme c'est la règle.

Nous avons observé, pour notre part, un cas de sclérose latérale amyotrophique débutant de même par de l'atrophie des muscles de l'épaule, et M. le professeur Charcot nous a dit à cette occasion n'avoir pas observé de cas de ce genre.

Suspension dans les maladies de la moelle épinière (On the utility of suspension in disease of the spinal cord, illustrated by a case), par David D. Stewart (*Medical News*, 12 septembre 1891, n° 974, p. 292). — La suspension après avoir provoqué un accès d'enthousiasme dans le corps médical, semble être tombée dans un oubli qu'elle ne mérite pas. L'observation publiée par l'auteur montre qu'on lui peut attribuer encore des résultats remarquables. Le cas est celui d'une sclérose combinée survenue en 1890. Douleurs, perte de la sensation du sol, signe de Romberg. Exagération des réflexes rotuliens. Absence des réflexes crémastériens et plantaires. Anesthésie plantaire, anesthésie partielle de la main et des doigts. Douleurs dans la région lombaire, exagérées par la pression. Les pupilles réagissent à la lumière et à l'accommodation. Atrophie commençante du nerf gauche. A la suite de la suspension, tous les phénomènes disparurent ou du moins s'améliorèrent considérablement, sauf les signes oculaires.

Diplégie faciale comme forme de polynévrite (Die beiderseitige Facialislæhmung als ein Form der Polyneuritis), par Althaus (*Deuts. medic. Woch.*, 17 sept. 1891, n° 38, p. 1086). — Deux observations : la première a trait à un homme de 27 ans dont a déjà parlé Strumpell dans le *Neurologischen Centralblatt* du 1er novembre 1889. En 1887, le sujet fut pris de douleurs dans les membres, d'insomnie, d'incoordination des membres inférieurs et d'une double paralysie faciale. Il resta trois semaines au lit, puis s'améliora. L'auteur le vit à ce moment, et constata une paralysie faciale double périphérique ; le rétablissement se fit, mais les fonctions de l'orbiculaire des lèvres ne revinrent pas complètement. Le second cas se rapporte à un homme de 45 ans, qui ressentit d'abord des douleurs dans tout le corps, eut un peu de fièvre pendant trois semaines. Il remarqua alors qu'il lui était difficile de manger et de parler, et que son visage s'était modifié. Il s'agissait d'une paralysie faciale double périphérique sans anesthésie. Guérison 3 mois après. L'auteur, se basant sur le début par des douleurs généralisées, avec état général, sur le caractère périphérique et la symétrie des lésions faciales, pense qu'il s'est agi de polynévrite avec localisation sur les nerfs faciaux.

MÉDECINE

Traitement des vomissements de la grossesse (Zur Behandlung der Hyperemesis gravidarum), par Cohnstein (*Centralb. f. Gynækol.*, 1891, n° 36, p. 737). — L'auteur, après avoir essayé dans un grand nombre de cas le traitement par le bromure de potassium à haute dose préconisé par Friedreich encore en 1878, arrive aux conclusions suivantes :

1) Le bromure de potassium échoue quand les vomissements ne cessent pas après les premières doses.

2) Le bromure de potassium réussit principalement dans les cas récents et dans ceux où les vomissements se déclarent au début de la grossesse.

Tétanie mortelle dans la dilatation de l'estomac (Fatal tetany as a sequela of dilatation of the stomach), par Collier (*Lancet*, 6 juin 1891, p. 1251). — Observation d'un homme de 36 ans, atteint depuis 3 semaines de vomissements incoercibles dus à une dilatation de l'estomac ; ces symptômes persistent encore 20 jours après l'entrée à l'hôpital, le malade paraît très épuisé, son pouls est petit et faible. On lave l'estomac avec un siphon, et on n'introduit pas une grande quantité de liquide : cette opération soulage le malade, mais 5 heures plus tard il est pris de crampes violentes dans les bras et les jambes, les muscles des membres, du tronc et de l'abdomen sont contracturés, le pouls devint très petit, et le malade se cyanose ; après une légère amélioration, la contracture reparaît, puis cesse de nouveau et le malade meurt 7 heures après le début de ces accidents. L'auteur avait déjà observé un cas semblable et cite ceux rapportés par Kussmaul et Dujardin-Beaumetz, qui présentent les plus grandes analogies avec le sien.

Sur la leucémie (Zur Leukæmie-frage), par Müller (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, 1891, t. XLVIII, p. 47). — Les remarques de l'auteur ont eu pour point de départ l'observation d'un homme de 30 ans, atteint d'une leucémie intense avec tuméfaction splénique et ganglionnaire. On avait fait sans résultat une transfusion d'eau salée. A la suite d'une deuxième transfusion de sang humain défibriné additionné de solution physiologique de chlorure de sodium, il se développa des phénomènes septiques qui emportèrent le malade. L'examen du sang a montré les caractères habituels du sang leucémique, hypoglobulie, leucocytose, abaissement de la valeur hémoglobique. L'auteur a pu mettre en relief des processus karyokinétiques actifs dans les cellules sanguines, et il a retrouvé des processus analogues dans les organes lymphoïdes hypertrophiés et dans la moelle osseuse. Les grandes cellules de cette dernière montraient également de fausses apparences de division indirecte, qui sont rapportées simplement par l'auteur à la polymorphie du noyau, ou aux actes de motilité et de déformation dont il est le siège. On trouvait dans le foie des globules rouges à noyaux et même des grandes cellules rappelant celles de la moelle osseuse. A l'occasion des accidents septiques terminaux, les caractères du sang leucémique étaient fort atténués, et la leucocytose ainsi que la karyokinèse considérablement réduites.

Valeur des pesées chez les phthisiques (Prognose bei chronischer Lungenschwindsucht vermittelst der Wage), par Gabrylowicz (*Wien. med. Woch.*, nos 34 et 35, août 1891). — C'est par l'examen comparatif de tableaux statistiques que l'auteur s'efforce de mettre en relief l'importance du poids chez les phthisiques. Les variations du poids ont plus d'importance pronostique immédiate que les constatations thermométriques ; l'auteur eût mieux fait de dire qu'il y a souvent un fâcheux parallélisme entre la fièvre, d'une part, et d'autre part la dénutrition et la perte de poids. De même on voit difficilement comment l'auteur est amené à se préoccuper médiocrement de la diarrhée, sous prétexte qu'elle ne permet pas toujours de conclure à l'existence d'ulcérations

intestinales; on peut affirmer au contraire que c'est la diarrhée qui influence au maximum le poids du phthisique, qu'elle soit d'origine auto-toxique, inflammatoire simple, ou ulcéreuse. En somme, la balance ne fait pas le pronostic chez le phthisique, elle le contrôle seulement.

Antinervine (L'antinervina), par F. de Filippi (*La Riforma medica*, 3 septembre 1891, p. 601). — L'antinervine de Radlauer, ou salicyltéromanilide, donnée à la dose de 6 à 10 grammes au plus par 24 heures, ne détermine pas de phénomènes subjectifs; cependant de 7 à 10 grammes elle peut produire de la cyanose, avec pouls large sans arhythmie ni dicrotisme. Cette substance n'a aucun effet sur le diabète; à la dose de 50 centigr. par 24 heures elle détermine dans les maladies infectieuses fébriles une forte action antipyrétique qui se prolonge pendant 3 à 4 heures; à cette dose, elle n'a aucune action sur la fièvre vespérale des phthisiques; dans le rhumatisme articulaire aigu, une dose de 5 à 6 grammes amène une diminution progressive de la fièvre et des autres symptômes et la guérison en 5 à 6 jours; une dose de 1 gr. fait généralement cesser pour 5 à 6 heures les douleurs névralgiques.

Culture du bacille de la lèpre (Cultivation of the bacillus lepræ), par Kanthack et Barclay (*British medic. Journ.*, 29 août 1891, p. 476). — Les auteurs reconnaissent qu'en prétendant avoir cultivé le bacille de la lèpre (*British medic. Journ.*, 6 et 20 juin 1891, p 1222 et 1330), ils ont été trompés par quelques ressemblances dans les caractères d'un bacille. Baumgarten et C. Frænkel qui ont examiné leurs cultures n'y ont pas reconnu le bacille de la lèpre et Baumgarten pense que le microbe cultivé était un saprophyte auquel il donne le nom de « bacillus epidermidis » et qui lui paraît identique au prétendu « carcinoma bacillus » de Scheuerlen. Le prétendu succès de Kanthack et de Barclay est donc un échec qui vient s'ajouter à ceux de Campana, Cornil, Chantemesse, etc., qui n'ont pu parvenir à cultiver le microbe de la lèpre.

CHIRURGIE

Œdème aigu angio-nerveux (Acute angio-neurotic œdema), par C.-E. Simon (*The Johns Hopkins Hospital Reports*, août 1891, n° 6, p. 339). — L'auteur rapporte trois observations qui ont quelques rapports avec les cas d'œdèmes neuropathiques étudiés par Mathieu et Weill (*Arch. de méd.*, 1885). Ces cas sont caractérisés par l'apparition brusque d'œdèmes circonscrits, ordinairement multiples, siégeant de préférence aux paupières, aux lèvres, aux mains, aux pieds, aux parties génitales. Ceux-ci procèdent par accès, sans prodromes, qui s'accompagnent de lassitude générale et d'anorexie; ils sont peu douloureux. En quelques minutes l'enflure atteint son maximum, empêchant l'ouverture des paupières, gênant les mouvements de la main..., etc., selon son siège. La couleur de la peau n'est pas modifiée. Parfois l'œdème se localise au pharynx et à la glotte, pouvant alors occasionner la mort par suffocation. Ces œdèmes s'accompagnent parfois de troubles gastriques qui ne sont pas sans rapports avec les crises gastriques telles qu'elles sont décrites par Charcot dans le tabès. Elles peuvent être héréditaires, et se répéter périodiquement ou sous l'influence des mêmes causes. Dans un cas, l'ingestion de poisson provoquait invariablement un œdème du pharynx avec suffocation.

Goître migrateur (Ein Fall von Wanderkropff), par Wiesner (*Münch. med. Woch.*, 1891, n° 37, p. 642). — Homme de 69 ans, atteint de goître depuis sa jeunesse. Depuis un an, dyspnée surtout marquée quand le malade est couché.

Le côté droit du cou est occupé par un goître développé dans le lobe droit de la thyroïde; du côté gauche on trouve une excavation, une fossette limitée en haut par l'omo-hyoïdien, en dehors par le sterno-mastoïdien, en bas par le sternum et le sommet d'une tumeur faisant saillie sous le sterno-mastoïdien. Quand le malade tousse, une tumeur des dimensions d'un poing d'enfant apparaît dans la fossette et la remplit entièrement en se logeant contre la face gauche du larynx. La tumeur est dure, lisse et disparaît aussitôt que le malade fait une inspiration.

La clavicule gauche est très mobile dans l'articulation sterno-claviculaire. Les premières côtes descendent presque verticalement et à leur niveau la percussion donne à gauche un son mat.

L'auteur attribue la dyspnée non pas à la compression par le goître migrateur, mais à une myocardite concomitante, à laquelle il attribue encore l'albuminurie, l'œdème des pieds, la bronchite, symptômes qui furent améliorés par la digitale.

Effets de l'occlusion intestinale (Sugli effetti delle occlusione intestinale), par E. Pernice (*La Riforma medica*, 31 août et 1er septembre 1891, p. 555 et 577). — L'auteur a lié l'intestin sur des chiens et est arrivé à ce résultat que, si la ligature au moyen d'un fil peut se terminer vers le 6e jour par guérison spontanée à la suite de la section des parois intestinales par le fil et de leur soudure spontanée, la ligature avec un ruban aboutit constamment à la mort du 4e au 6e jour pour l'occlusion du duodénum et au 10e jour pour celle de l'iléon. On ne peut trouver de différences ayant une valeur diagnostique entre les symptômes produits par l'occlusion de l'intestin grêle à diverses hauteurs, mais il y a des différences importantes entre l'occlusion de l'intestin grêle et celle du gros intestin : dans l'occlusion de l'intestin grêle, l'animal est abattu, les vomissements se produisent spontanément ou de 1/2 ou 3/4 d'heure à 2 heures après l'ingestion d'aliments, l'animal refuse tout aliment solide, il a une soif vive, la température est abaissée, le pouls est fréquent et faible, l'amaigrissement est rapide et considérable, le nombre des globules blancs et des globules rouges du sang augmente. Dans l'occlusion du gros intestin, les vomissements sont rares, la constipation constante et accompagnée de besoins fréquents de défécation et de ténesme, l'animal reste actif, maigrit peu, ne refuse pas les aliments, il n'y a pas de modifications de la température ni du pouls, les globules blancs du sang sont augmentés de nombre et les globules rouges diminués. A l'autopsie, les lésions consistent en un amaigrissement général, une dilatation des portions de l'intestin situées au-dessus de l'obstacle et une diminution du calibre des portions situées au-dessous; le foie est congestionné, ses veines thrombosées; il y a des hémorrhagies par diapédèse, de l'épaississement du tissu conjonctif péri-portal, de l'atrophie avec pigmentation des cellules hépatiques, quelquefois de la stase biliaire, de l'inflammation interstitielle d'origine bactéricienne et de la dégénérescence graisseuse des cellules avec atrophie des lobules.

Pyoktanine dans les tumeurs malignes (Contributo alla cura dei tumori maligni inoperabili trattati con la pioctanina bleu), par M. Bellotti (*La Riforma medica*, 7 août 1891, p. 339). — L'auteur reconnaît à la pyoktanine une action efficace sur les tumeurs malignes dont elle arrête peut-être l'extension, dont elle empêche la suppuration et dont elle atténue beaucoup les douleurs. On peut l'employer soit en poudre, soit en solution de 1 à 2 pour 100, soit sous la forme de collodion à 1 pour 30 : ce procédé est d'une application facile et d'une grande activité; il suffit de faire chaque jour une application de ce collodion.

BIBLIOGRAPHIE

Traitement des maladies de l'estomac, par le Dr Dujardin-Beaumetz. Paris, O. Doin, 1891.

Les nouvelles médications (2e série), par le Dr Dujardin-Beaumetz. Paris, O. Doin, 1891.

L'enseignement libre, puisqu'il faut en France désigner sous ce nom l'ensemble des leçons professées en dehors de la Faculté, s'honore à juste titre de compter, parmi les médecins de nos hôpitaux, ses maîtres les plus renommés. A l'hôpital Saint-Louis, à Cochin, à l'hôpital Bichat, ailleurs encore on peut citer des cliniques qui rivalisent avec celles de l'Ecole et où les élèves sont certains de recevoir un enseignement dogmatique et pratique des plus utiles. Parmi les ouvrages écrits en vue de résumer ces leçons de clinique et de thérapeutique appliquées, nous avons souvent signalé déjà ceux qui sont dus à l'infatigable activité de M. le Dr Dujardin-Beaumetz. Les deux volumes que nous annonçons ici continuent dignement la série des travaux de thérapeutique entrepris à l'hôpital Cochin sous la direction de notre savant collègue. Dans le premier de ces deux volumes (extrait de la 6e édition des *Leçons de clinique thérapeutique*), M. Dujardin-

Beaumetz s'est efforcé d'établir sur des bases aussi scientifiques que possible le traitement et surtout le régime qui conviennent à ceux qui souffrent de l'estomac. Cette étude a été faite au point de vue clinique et l'auteur, tout en rendant justice aux méthodes dites scientifiques qui ont pour but de retirer à l'aide de la pompe stomacale une petite quantité de suc gastrique et d'en faire l'analyse, a eu mille fois raison de déclarer que ces procédés de recherche sont presque exclusivement des procédés de laboratoire et qu'ils ne donnent dans la pratique que des renseignements insuffisants. Lorsque l'on voit des médecins, surtout à l'étranger, je le crois, conseiller à des vieillards atteints de lésions cardio-vasculaires, de se soumettre, préalablement à tout autre examen, aux pénibles essais prônés par les adeptes des nouvelles méthodes d'exploration, on ne saurait trop protester contre une pratique aussi désastreuse. Le lavage de l'estomac a ses indications. La thérapeutique rationnelle des maladies de l'estomac repose sur d'autres signes que ceux de l'analyse directe du suc gastrique et, même dans les cas de dyspepsie où l'on doit reconnaître qu'elle est seule capable de donner immédiatement un diagnostic précis, cette analyse ne fait que préciser ce que l'expérimentation thérapeutique nous enseigne. Pour traiter avec quelque efficacité les maladies de l'estomac, si fréquentes de nos jours, si souvent liées à des troubles névropathiques qu'elles entretiennent et qu'elles aggravent, il faut savoir manier avec sagacité les divers médicaments antiseptiques, absorbants, acides ou toniques dont l'énumération, le mode d'action et les indications principales se trouvent si bien indiqués dans les ouvrages de thérapeutique clinique.

Le second livre que nous tenons à signaler renferme une série d'études sur la suspension chez les tabétiques, les nouveaux analgésiques, le traitement de la neurasthénie gastrique, de la diarrhée et de la constipation, de l'insuffisance rénale, du diabète et de la polyurie, de la tuberculose, de la fièvre typhoïde, etc. Cette simple énumération démontre l'utilité que peut présenter une semblable revue générale des acquisitions les plus récentes de la thérapeutique. Nous n'avons pas à analyser ces leçons cliniques qui, tout en exprimant sur divers sujets des idées personnelles à l'auteur, ont surtout le mérite de bien préciser ce que les médecins doivent retenir s'ils veulent arriver à remplir avec quelque succès leur mission bienfaisante. Ils liront surtout avec intérêt une consciencieuse étude de la dilatation de l'estomac, du régime végétarien et des nouvelles méthodes de traitement de la fièvre typhoïde. Quel est le médecin tant soit peu expérimenté qui, après avoir été aux prises avec la clinique de la ville, n'applaudira aux paroles suivantes : « C'est dans l'attention que portera le médecin au malade qu'il soigne ; c'est dans la ponctualité et la sévérité avec lesquelles sera appliqué le traitement; c'est dans la rapidité avec laquelle il combattra les phénomènes si variés qui peuvent se montrer dans le cours de la dothiénentérie que réside en entier le succès de la médication employée, qu'elle soit systématisée ou non. »

L. L.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Thèses de Lyon.

Contribution a l'étude de la technique de l'accouchement prématuré artificiel, par le Dr E. Grinda (de Nice).

Dans presque tous les cas où l'accouchement artificiel est indiqué, il y aura avantage à commencer l'opération par l'application du *ballon Tarnier*. Sous l'influence de cet agent, il est de règle de voir survenir des contractions douloureuses qui, dans la grande majorité des cas, sont suffisantes pour dilater complètement le col dans un espace de temps relativement court. *L'écarteur utérin* peut être employé comme *agent auxiliaire* du travail après l'expulsion du ballon Tarnier : 1° quand les contractions sont faibles et espacées pour éviter à la parturiente la prolongation de la période de dilatation; 2° quand l'utérus après s'être débarrassé du ballon cesse de se contracter; 3° dans tous les cas où il est indiqué d'accélérer la marche du travail. On peut encore avoir recours d'emblée à l'emploi de l'écarteur utérin comme agent provocateur du travail : 1° chez les multipares à col souple largement perméable. Il est à craindre, en effet, dans ces cas, que le ballon Tarnier, même très dilaté, ne soit rapidement expulsé et que l'utérus ne rentre dans le calme; 2° dans tous les cas où il est indiqué de hâter l'accouchement dans la mesure du possible.

Les eaux potables, par Eugène Prothière.

Les puits de Lyon fournissent en général des eaux de degré hydrotimétrique élevé, et, placés dans de mauvaises conditions, deviennent trop souvent de véritables foyers d'infection. — On ne peut les condamner, en principe, d'une façon absolue, puisque *quelques-uns* fournissent une bonne eau, mais, au point de vue de l'hygiène, il est fort désirable qu'ils disparaissent. — Nous nous associons au docteur V. Despeignes pour demander que la ville donne le bon exemple en condamnant les puits municipaux.

Le Rhône seul (aérien ou souterrain) peut fournir, en même temps, à une grande ville comme Lyon, des eaux de suffisante pureté et d'énorme abondance. Nous ne pouvons admettre aucun des projets qui tendent à alimenter Lyon avec des eaux d'autre origine.

Les meilleures eaux, après avoir traversé les galeries de filtration, contenant encore des micro-organismes, et ces bactéries, sans que cela ait été expliqué, se multipliant entre les réservoirs et les robinets d'alimentation, il importe de procéder à une seconde filtration. — Il est désirable que chacun fasse son possible pour rendre universel l'emploi, à domicile, du filtre de porcelaine.

VARIÉTÉS

Organisation de l'enseignement de la médecine dans les hôpitaux.

Les cours de la Faculté de médecine vont reprendre et leur programme vient d'être rendu public sans qu'aucune suite ait été donnée aux vœux exprimés par les représentants autorisés du corps médical des hôpitaux et par la presse scientifique tout entière. Il n'est donc pas surprenant que le conseil municipal se soit préoccupé d'organiser, le plus rapidement possible, un enseignement clinique indépendant de l'enseignement officiel. Le projet de délibération présenté à cette assemblée par M. Paul Strauss est précédé d'un exposé de motifs très intéressant. Nous en publions les parties principales :

L'an dernier, dit M. P. Strauss, le conseil municipal avait reconnu la nécessité de tirer un meilleur parti des ressources hospitalières de la ville de Paris; toutefois, avant de se prononcer sur le double projet de réorganisation des consultations externes et d'enseignement pratique dans les hôpitaux, il a voulu prendre l'avis du corps médical.

Bien que M. le directeur de l'Assistance publique n'ait pas encore porté officiellement à notre connaissance le résultat de cette consultation, nous ne croyons plus devoir attendre davantage avant de soumettre au Conseil des propositions précises.

Les sociétés des médecins, des chirurgiens et des accoucheurs des hôpitaux, et particulièrement la première, n'ont pas apprécié à sa valeur notre initiative; ce n'est pas ici le lieu de rechercher les causes d'un malentendu aussi étrange; mais les discussions qui se sont élevées dans ces différentes réunions professionnelles n'ont fait que démontrer avec plus de force l'urgence absolue de la réforme préconisée avant nous par le docteur Bourneville, par Robinet, et à laquelle le Conseil a donné une adhésion explicite par sa délibération du 23 décembre 1890.

Après avoir cité l'opinion de M. le professeur Potain (v. *Gaz. hebd.*, p. 109) et insisté sur l'intérêt que peut présenter pour les malades et pour les étudiants la multiplication des centres d'enseignement, M. P. Strauss ajoute :

Un rapide examen suffit à montrer qu'en favorisant les malades, une meilleure utilisation des ressources hospitalières répond à un besoin pressant.

Actuellement, la Faculté de médecine ne peut assurer l'enseignement pratique de ses quatre mille étudiants; elle ne dispose à cet effet que de seize chaires de clinique et elle n'utilise que partiellement ses dix professeurs de pathologie et ses vingt-huit agrégés pour l'enseignement de la médecine pratique. D'ailleurs, par l'organe d'un de ses membres, par le rapport de M. Potain, la Faculté a reconnu elle-même qu'elle n'était pas en état de donner à ces 4,000 élèves « les moyens complets d'instruction médicale théorique et pratique ».

Aussi, M. Potain proposait d'adjoindre trente médecins et quinze chirurgiens et accoucheurs des hôpitaux aux professeurs de clinique en titre; cette réforme, qui n'aura pas vu le jour, montre en quelle estime la Faculté tient le corps médical des hôpitaux pour l'enseignement des élèves.

Nulle part, ni dans la presse médicale, ni dans les réunions savantes, aucun désaccord ne s'est produit sur le principe d'une extension ou d'une réorganisation de l'enseignement pratique de

la médecine dans les hôpitaux; tout le débat a porté sur les différents moyens d'atteindre le même but.

La seule constatation à laquelle aient abouti toutes les discussions est celle-ci: c'est que notre corps hospitalier est tout désigné, tout préparé pour distribuer cet enseignement complémentaire.

Ce n'est pas une nouveauté, tant s'en faut, puisque, dans le présent, quelques-uns des maîtres de nos hôpitaux ont acquis une célébrité universelle par leurs cours et leurs leçons libres; les noms de Bazin, de Chassaignac, de Gendrin, parmi les disparus, peuvent être mis en parallèle avec ceux des plus illustres représentants de l'Ecole.

Aujourd'hui encore, il est tel amphithéâtre de chirurgie, telle salle de médecine qui attirent les élèves et les visiteurs à l'égal des services les plus renommés de la Faculté.

Il ne peut être indifférent à la Ville, à l'Assistance publique de Paris, de voir nos hôpitaux desservis par des praticiens d'une si haute valeur et d'une notoriété si éclatante.

Pour être plus modeste et moins en vue, l'action enseignante du plus grand nombre des médecins, des chirurgiens et des accoucheurs des hôpitaux ne rend pas de moindres services; seulement ces efforts ne sont pas coordonnés; toutes ces forces demeurent éparses et toutes les bonnes volontés ne sont pas groupées.

Avec l'outillage dont dispose l'Assistance publique, avec les incomparables ressources de nos hôpitaux, cet enseignement pratique complémentaire existe en réalité; il est tout prêt; une organisation seule lui a fait défaut jusqu'à ce jour.

Presque partout, des salles de cours, des amphithéâtres, des laboratoires, des musées, généreusement dotés sur le budget de l'Assistance publique, dispenseront de toute dépense nouvelle d'installation; le Conseil municipal consacre d'ailleurs chaque année des subventions spéciales au fonctionnement de ces instruments de recherches et d'étude. Il n'y a presque rien à faire, puisque la plupart des médecins, des chirurgiens et des accoucheurs des hôpitaux n'ont pas attendu des encouragements officiels pour répandre autour d'eux un enseignement bienfaisant.

Nous avons tous les éléments pour distribuer un enseignement médical aussi brillant que celui d'aucune autre ville; l'heure est venue d'en profiter.

L'Assistance publique possède un *amphithéâtre d'anatomie*, où sont enseignées l'histologie normale, la physiologie, la médecine opératoire; elle dispose de 88 services de médecine, de 42 services de chirurgie, de 8 services d'accouchement, avec un personnel médical nombreux et expérimenté.

Il n'y a qu'à le vouloir, à proprement parler, pour rassembler en un seul faisceau toutes ces forces disséminées, pour mettre en pleine activité tant de bonnes volontés et tant de compétences. Rien que pour un enseignement trop dédaigné jusqu'à ce jour, celui des *spécialités*, notre corps hospitalier n'aura pas de peine à prendre une place qui ne lui sera disputée par personne.

II

Ce n'est qu'après avoir pris l'avis des représentants les plus autorisés de nos hôpitaux, après avoir longuement conféré avec un certain nombre d'entre eux, que nous prenons la liberté de soumettre à l'approbation du Conseil municipal un programme d'exécution d'une réforme enfin parvenue à maturité.

Il sera tout d'abord nécessaire d'établir une entente entre tous les professeurs libres de clinique, de telle sorte que les diverses branches et les diverses spécialités de la médecine aient leur part de représentation équitable et simultanée dans cet enseignement; un programme commun des cours, leçons et conférences devra être rédigé chaque année par l'assemblée des professeurs des hôpitaux et soumis à l'approbation de M. le directeur de l'Assistance publique.

Nous pensons qu'à côté des cours pratiques, actuellement existants pour la plupart, il y aura lieu de mettre des amphithéâtres à la disposition des médecins et chirurgiens des hôpitaux excentriques, des nouveaux promus, de tous ceux qui, pour une raison ou pour une autre, éprouveraient le besoin de se livrer à un court apostolat, d'exposer en un petit nombre de conférences le résultat de leurs travaux et de leurs recherches; ainsi pourvus d'une tribune, ces futurs professeurs trouveront l'emploi de leurs brillantes facultés pour le plus grand profit des élèves et de la science médicale.

Les amphithéâtres très vastes et très confortables du nouvel Hôtel-Dieu, toujours inoccupés l'après-midi, sont naturellement appropriés à ces conférences, dont le succès ne serait pas un médiocre attrait pour les étudiants étrangers.

Tel médecin, tel chirurgien, tel accoucheur, à qui son auditoire habituel ne suffirait pas, aurait une tribune retentissante pour y exposer, en un très petit nombre de leçons, une sorte d'enseignement monographique sur un sujet déterminé.

Une affiche *unique* et *collective*, rédigée par les soins de M. le directeur de l'Assistance publique, comme celle des exercices d'anatomie de Clamart, donnerait une publicité suffisante aux cliniques et aux leçons des services d'hôpitaux comme aux conférences des amphithéâtres de l'Hôtel-Dieu, avec le programme des cours, l'indication des heures, etc.

Une telle organisation, très simple et facilement réalisable, ne fait, si l'on veut, que consacrer et développer un enseignement déjà prospère; aucune objection ne saurait lui être opposée; la Faculté de médecine, qui avait songé à s'adjoindre un certain nombre de maîtres de nos hôpitaux, ne pourra qu'applaudir à la réorganisation de l'enseignement pratique par le Conseil municipal de Paris; les étudiants se réjouiront d'une amélioration si profitable à leurs études; les malades y gagneront par cela même que s'élèvera le niveau intellectuel des hôpitaux; la ville de Paris y trouvera tout profit par une plus grande affluence d'étudiants français et étrangers.

Cet exposé est suivi du projet de délibération suivant :

Article premier. — Un crédit de 100,000 francs sera spécialement affecté à l'enseignement de la médecine dans les hôpitaux, soit à l'allocation d'une indemnité aux professeurs des hôpitaux chargés des chaires de clinique médicale générale, de clinique chirurgicale générale, de dermatologie, de syphiligraphie, de laryngologie, de maladies des enfants, d'accouchement et de gynécologie, de maladies nerveuses, d'ophthalmologie, d'otologie; il devra subvenir en outre aux frais des cours supplémentaires de l'Hôtel-Dieu, aux dépenses d'affichage et de publicité, ainsi qu'à la dotation actuelle des laboratoires subventionnés par le Conseil et aux encouragements de toute nature à l'enseignement hospitalier.

Art. 2. — Cette dépense sera inscrite à l'art. 9 du chap. XX des dépenses ordinaires du budget qui, au lieu de comprendre uniquement les subventions spéciales à l'Assistance publique pour divers laboratoires dans les hospices et hôpitaux, portera la rubrique suivante : « Subvention à l'Assistance publique pour encouragements à l'enseignement de la médecine dans les hôpitaux. »

De son côté, M. Navarre a fait la proposition suivante :

Deux chaires de clinique médicale et une chaire de clinique chirurgicale seront créées dans un hôpital de Paris à désigner ultérieurement.

L'enseignement sera donné par les médecins et chirurgiens des hôpitaux, parmi lesquels les titulaires seront choisis par le Conseil municipal, d'accord avec l'administration de l'Assistance publique, et auxquels sera conféré le titre définitif de *professeur de clinique des hôpitaux de Paris*.

Les cours de clinique comprendront :

1° La pathologie;

2° Le diagnostic avec ses déductions pronostiques et thérapeutiques.

Les cours de clinique médicale seront faits par deux professeurs: l'un sera chargé du cours de pathologie, l'autre du cours de diagnostic.

La séméiologie sera enseignée à la Clinique de pathologie en ce qui concerne *la technique* du signe et sa *physiologie pathologique*, et à la Clinique de diagnostic en ce qui concerne la *valeur séméiotique* du symptôme.

Les cours de clinique chirurgicale seront confiés à un professeur qui enseignera la pathologie, le diagnostic et la séméiologie.

Le programme des cours devra être parcouru dans l'espace d'une année.

Un laboratoire d'anatomie pathologique, d'histologie et de bactériologie sera annexé à cet hôpital.

Enfin, dans la dernière séance du Conseil municipal, M. Vaillant a déposé la proposition suivante :

« Le Conseil délibère :

« En accord avec la Faculté, comme complément des services, cours et exercices de l'Ecole et des services déjà établis par la Ville, et qu'elle se réserve de développer :

« 1° Tous les services médicaux et chirurgicaux des hôpitaux seront, suivant unn progression aussi rapide que possible, ouverts à l'enseignement clinique, au fur et à mesure de l'établissement dans ces hôpitaux des laboratoires nécessaires et suffisants;

« 2° Il sera construit ou établi dans chaque arrondissement, ou dans des sections définies d'arrondissement, un hôpital-dispensaire avec amphithéâtres et laboratoires qui sera le centre principal pour l'arrondissement ou la section de l'enseignement du service policlinique (dispensaire et soins à domicile ou policlinique proprement dite);

« 3° L'Administration et la 5e Commission sont invitées, après avoir entendu notamment MM. Bourneville, Passant, etc., et les auteurs des divers projets à présenter avec les demandes de crédits utiles, un projet d'exécution fondé sur les bases des considérations et dispositions qui précèdent.

« Signé : Vaillant, Chauvière, Rouanet, Charles Longuet, Baudin. »

Nous aurons l'occasion de discuter ces trois propositions lorsque la Commission chargée de les examiner aura fait son rapport.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant*.

Paris. — Soc. anon. de l'IMP. DES ARTS ET MANUFACTURES et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES SAMEDIS ET PUBLIANT TOUS LES MERCREDIS

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

RÉDACTEUR EN CHEF : Dr L. LEREBOULLET. — SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION : Dr A. BROCA.

COMITÉ DE RÉDACTION

MM. E. BRISSAUD, G. DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, A. GILBERT, A. HÉNOCQUE, A.-J. MARTIN, A. PETIT, P. RECLUS

BULLETIN

Paris, le 6 novembre 1891.

Les préparation d'aconit. — Les épidémies de diphthérie.

A l'occasion de notre dernier article nous avons reçu de notre honorable confrère, le Dr Deshayes, la lettre suivante :

Mon cher Directeur,

Votre judicieux article sur la *toxicité des préparations d'aconit* m'a rappelé une de mes douces illusions de jeunesse en matière thérapeutique. J'ai été en effet au nombre de ceux qui ont, sinon prétendu toujours guérir la fièvre typhoïde par l'alcoolature d'aconit, du moins cru, de bonne foi, aux vertus bienfaisantes du médicament. C'est ainsi que je fus amené, en 1875, à publier dans la *Gazette hebdomadaire* un mémoire sur la matière. C'était là, il ne m'en coûte pas de le reconnaître, une illusion.

Mais qui n'en a pas eu de semblables, en thérapeutique? Et chaque jour encore ne voyons-nous pas surgir telle ou telle médication à l'égard de la fièvre typhoïde, de la tuberculose, de la pneumonie, et de vingt autres affections aiguës ou chroniques? Que de fois aussi nous faut-il, hélas! en rabattre!

Quoi qu'il en soit, j'avais assisté à une de ces *heureuses* séries d'épidémies typhiques que nous connaissons tous, laquelle, par sa très faible mortalité, avait contribué à entretenir mon erreur.

J'étais alors médecin-adjoint à l'Hôtel-Dieu de Rouen, et l'alcoolature d'aconit qui nous était fournie par le pharmacien de l'hôpital m'avait paru (la chose, après tout, est fort possible) jouir de propriétés spéciales, tout à la fois *diurétiques* et *diaphorétiques*. Nous ne prescrivions du reste l'aconit que dans les 2 premiers septénaires de la maladie, contre et pendant l'hyperthermie — comme aujourd'hui la plupart d'entre nous prescrivent encore le sulfate de quinine.

J'assistai par la suite à d'autres séries moins heureuses, et depuis longtemps j'ai renoncé audit médicament.

Mais avec vous je reste convaincu que l'aconit est un singulier et parfois même un dangereux agent thérapeutique, le plus souvent dépourvu d'action, souvent aussi d'une infidélité regrettable. Et cependant, ne nous hâtons pas trop de conclure. L'histoire du Dr A. Bergeron nous montre que certaines préparations d'aconit sont loin d'être inactives.

On peut enseigner que la teinture d'aconit, que les préparations de feuilles d'aconit sont à peu près anodines; soit! qu'il n'en est plus de même de *l'alcoolature de racines*, soit encore! Mais il y a à tenir grand compte de la *provenance*, du *mode de préparation*, de *l'époque* où la plante a été *recueillie*, et enfin *probablement aussi de la date plus ou moins récente de la préparation elle-même*. Tout cela, vous le savez mieux que moi.

Il n'est pas non plus inutile de rappeler qu'il existe plusieurs variétés d'aconit; que l'aconit de notre région normande, celui de nos jardins et de nos champs est à peu près inerte; mais qu'il n'en est plus ainsi de l'aconit recueilli sur certaines montagnes, l'aconit Napel des Vosges, par exemple. Et puis encore, que la plante recueillie au moment de la floraison, alors qu'elle jouit de toute sa vitalité, que sa racine surtout jouira alors de propriétés bien autrement actives; qu'il y a enfin à distinguer entre la racine fraîche et la racine desséchée, etc., mais c'est l'affaire, n'est-il pas vrai, du chimiste, du pharmacien, du préparateur. Ce qu'il nous faudrait à nous, médecins, c'est un produit toujours identique et semblable à lui-même; or, c'est que nous n'avons jamais.

Il en est de l'aconit comme de bien d'autres médicaments; et ne voyons-nous pas journellement tel produit, telle préparation nous donner des effets tantôt à peu près nuls, et tantôt au contraire d'une activité surprenante, et cela en dehors de toute susceptibilité individuelle avec laquelle cependant il nous faut toujours compter?

Trop souvent certaines préparations *officinales* sont de vieille date et ont perdu toute énergie; ou bien peut-être la conscience du pharmacien a été surprise.

La pharmacie est devenue, à notre époque, une boutique commerciale; bien peu de pharmaciens préparent eux-mêmes leurs produits; ils s'approvisionnent en bloc aux *maisons mères*, et il arrive que l'on rencontre sur les rayons de telle pharmacie certaines préparations, certaines teintures ou alcoolatures qui sont là depuis 10 ans et plus.

Et l'on s'étonne alors de l'inaction de ces produits!

De tout cela il résulte que, ainsi que vous l'avez si bien établi, *l'alcoolature fraîche* de *racines* d'aconit, et j'ajouterai, si vous le voulez bien, de *racines d'aconit napel des Vosges*, récolté et préparé avec tout le soin voulu, doit seule être prescrite, à moins qu'on ne préfère la laisser de côté dans les officines, et ne pas la prescrire du tout, ce qui vaudrait peut-être mieux.

Veuillez agréer, etc.

Dr DESHAYES (de Rouen).

Nous associant aux conclusions de cette lettre, nous devons ajouter cependant que la *teinture* de racine d'aconit est beaucoup plus active que l'*alcoolature*, ainsi que l'a démontré notre collaborateur M. P. Vigier (*Gaz. hebd*, 1886, p. 254).

— Du consciencieux rapport lu à l'Académie par M. le Dr Worms nous devons retenir surtout les conclusions qu'il a déduites de l'étude des épidémies de diphthérie.

Alors qu'en 1857 Trousseau n'avait relevé l'existence de cette maladie que dans 18 départements, on la trouve partout aujourd'hui. Des grands centres de population elle a pénétré jusque dans les villages et les hameaux; bientôt, si l'on n'intervient activement par des mesures prophylactiques bien comprises, la France sera, comme l'Angleterre, ravagée par la diphthérie. Ces mesures ont été indiquées par M. Roux au Congrès de Berlin (*Merc. méd.*, 1890, p. 386) et par M. J. Bergeron au Congrès de Londres (*Merc. méd.*, 1891, p. 445). Elles sont d'une application relativement facile et contribueraient certainement, sinon à faire disparaître la diphthérie, du moins à en atténuer l'expansion épidémique. Il est vrai qu'elles sont rationnelles et n'ont pas, aux yeux de quelques-uns, le prestige de celles qu'ordonnent certains chefs militaires qui lisent sans les comprendre les comptes rendus académiques. N'a-t-on pas vu, il y a quelques mois, un illustre général soutenir à ses médecins qu'ils ne connaissaient rien aux progrès de la bactériologie et, sous prétexte que les animaux de basse-cour sont très souvent atteints de diphthérie, faire étrangler toutes les poules qu'on nourrissait dans les casernes et les hôpitaux ? La garnison tout entière a été privée d'œufs à la coque, mais l'épidémie n'a pas été éteinte !

L. LEREBOULLET.

REVUE GÉNÉRALE

La suggestion hypnotique au point de vue médico-légal (1).

(*Suite*).

Mais, dira-t-on, s'il n'y a pas jusqu'à présent d'exemple authentique de crime de cette nature, ce n'est pas une raison pour qu'il n'y en ait pas à l'avenir. Les recherches et les observations de ces dernières années ont dévoilé des faits dont les criminels pourraient bien faire leur profit.

Envisageons de près cette supposition, puisque aussi bien nous sommes maintenant dans le champ de l'hypothèse.

Deux points sont à examiner : 1° Le crime suggéré est-il possible ? 2° S'il est possible, fournit-il à son auteur des garanties d'impunité telles que celui-ci ait intérêt à préférer cette nouvelle façon d'opérer à celles jusqu'à ce jour en usage ? Car j'imagine que si les criminels recourent à la suggestion, c'est qu'il croiront avoir avantage à le faire.

1° *Est-il possible de faire exécuter un crime par suggestion ?*

Au premier abord, les expériences portent à répondre à cette question par l'affirmative. Il est incontestable que dans le laboratoire on peut faire commettre à des hystériques hypnotisées des simulacres de vols ou d'assassinat. Les expériences de cette nature sont même tellement impressionnantes qu'il est difficile de résister à la tendance de supposer que dans la vie pratique les choses se passeraient comme à l'hôpital. Cette tendance se trouve dans la communication que faisait en 1883 à la Société médico-psychologique M. Charles Féré, aujourd'hui médecin de Bicêtre.

Les hypnotisés en effet apparaissent comme de purs automates. Et l'on conçoit très bien qu'influencé par les apparences, on ait pu dire que l'hypnotisé appartient à l'hypnotiseur « comme le bâton du voyageur appartient au voyageur ». Ou encore, suivant le mot de M. Liébault, que les hypnotisés « vont à leur but comme la pierre qui tombe. »

Cependant en serrant les faits de près on se rend aisément compte qu'il n'en est pas tout à fait ainsi.

Je vais vous montrer que la suggestionnée n'est pas, comme on s'est plu à le dire, un automate absolument passif.

La jeune fille que je vous présente est, comme vous pouvez en juger, très facilement hypnotisable. Je la fais sortir. Elle reviendra tout à l'heure, pour exécuter les suggestions que je vais lui donner. Mais je tiens, pendant qu'elle n'est pas là, à vous dire ce que je compte vous démontrer avec elle. Vous allez voir que cette jeune fille exécute sans la moindre difficulté les suggestions indifférentes, mais, quand je vais lui commander des actes qui pour diverses raisons lui répugneront, elle les accomplira avec d'autant plus de résistance que ces actes lui répugneront davantage.

Je la fais rentrer et je l'endors à nouveau.

1re Expérience : Je lui ordonne de se gratter le nez au réveil; je la réveille, vous pouvez constater qu'aussitôt elle accomplit l'acte commandé.

2e Expérience : Je lui commande de faire un pied de nez à l'auditoire. Remarquez que cette seconde suggestion est réalisée avec certaines hésitations. Au demeurant, il ne s'agit pas d'un acte bien grave, mais simplement d'un manque de respect aux personnes présentes.

3e Expérience : Celle-ci, je ne la reproduis pas devant vous, pour des raisons que vous allez comprendre. Mais je l'ai faite à plusieurs reprises dans l'isolement relatif du cabinet. J'ai ordonné à la malade (car c'est, notez-le, d'une malade qu'il s'agit) d'embrasser une des personnes présentes. Au réveil les instincts de pudeur se sont révoltés, chez cette jeune fille honnête et chaste; elle a fini par m'obéir (à demi, car j'ai arrêté l'acte en voie d'exécution), mais après avoir opposé à la tentation suggérée une très grande résistance.

4e Expérience : Je lui montre ce verre et je lui dis : « Il y a là de l'arsenic. A votre réveil vous présenterez le verre à M. X., qui est très méchant et dit du mal de vous. » Je lui souffle sur les yeux. La voici éveillée. Elle prend le verre, mais avec difficulté. Remarquez que l'expérience n'aboutit pas. Dans une demi-heure, un quart d'heure elle aboutirait peut-être. Je n'en suis pas sûr, mais j'admets la chose.

Ce que je désire retenir de ces quatre expériences, c'est que cette jeune fille n'obéit pas d'une façon passive à une suggestion. Elle résiste à quelques-unes et avec d'autant plus d'énergie que l'acte suggéré est plus contraire à ses instincts et à ses tendances. L'obéissance n'est donc pas aussi constante et aussi absolue qu'on l'a dit. L'automatisme est positif, mais il est relatif. Ce fait vous permet d'entrevoir qu'on serait exposé à rencontrer au moins quelques difficultés si l'on prétendait se servir d'une honnête personne pour lui faire accomplir par suggestion un acte criminel.

La plupart des observateurs ont noté ces résistances des hypnotisés à certaines suggestions, et on a constaté en même temps que les procédés de résistance varient suivant les cas. Passons ces procédés en revue.

1° Un certain nombre d'hypnotisés refusent purement et simplement d'accomplir l'acte suggéré. Tout le monde, je crois, est d'accord sur ce point.

« Ma conviction, dit M. Liébault, pour ne parler surtout que des sujets endormis artificiellement, est qu'un *vingtième* d'entre eux peuvent seulement être mis dans les conditions essentielles pour l'accomplissement d'actes criminels par suggestion. »

(1) Leçons faites à la Salpêtrière le 23 et le 26 juin 1891.

M. Bernheim est encore plus explicite. Je tiens à vous citer ses paroles.

« Les somnambules, dit-il (1), ne sont pas tous des êtres dépourvus de résistance, livrés corps et âme à l'hypnotiseur. Ils conservent une certaine initiative; il en est qui ne réalisent que les suggestions qui leur sont agréables ou indifférentes. Voici une excellente somnambule endormie. Je veux la découvrir. Son sentiment de pudeur se révolte : elle rougit et réagit comme si elle était réveillée. Je lui ordonne de voler une montre; elle refuse, elle n'est pas voleuse. J'ai beau chercher à lui suggérer une autre personnalité, à lui dire qu'elle est pervertie, qu'elle n'a aucun scrupule; elle pourra accepter passivement mon dire, mais je n'arriverai pas à lui faire commettre un vol; je ne pourrai pas briser sa résistance. Tous les degrés existent d'ailleurs entre l'obéissance active, impulsive, immédiate, avec conviction, et la résistance inébranlable. Il en est qui résistent dans une certaine mesure et qui finissent, après bien des hésitations, par se laisser aller à l'acte criminel. On comprend d'ailleurs que le fond moral héréditaire ou acquis par l'éducation *constitue lui-même une suggestion primordiale antérieure qui neutralise les suggestions ultérieures.* »

Je retiens cette dernière phrase de M. Bernheim, qui exprime avec brièveté et précision une thèse que nous défendons ici.

Cette thèse est aussi celle qu'a soutenue dans ses leçons M. le professeur Brouardel, à propos des viols commis sur les somnambules. Il pense (et son avis est aussi le nôtre) qu'une jeune fille honnête et chaste opposera, en vertu de ces suggestions primordiales dont parle M. Bernheim, une résistance efficace aux suggestions hypnotiques qui pourraient lui être faites. Si elle se livre à l'hypnotiseur, c'est que l'acte en lui-même lui coûtera peu.

A cette opinion on pourrait, à la vérité, opposer un fait qui de prime abord semble lui donner tort. Il s'agit de l'affaire Castellan, à laquelle j'ai précédemment fait allusion, et qui a été jugée par la cour d'assises du Var en 1865.

Le 31 mars de cette année, vers six heures du soir, un homme de vingt-cinq ans, laid, mal vêtu, portant de longs cheveux noirs et une barbe inculte, affligé en outre d'un pied-bot, se présentait à la porte d'une maison du hameau des Gouelt, commune de Solliès-Farlide (Var), habitée par un vieillard, le sieur Hughes, et deux de ses enfants, un jeune garçon d'une quinzaine d'années et une jeune fille de vingt-six ans, nommée Joséphine. Cet homme, qu'on a su depuis se nommer Castellan Timothée, était un ancien ouvrier bouchonnier qui, à la suite d'une blessure à la main, avait abandonné son travail pour contracter des habitudes de vagabondage, se donnant à l'occasion pour un guérisseur, pour un magnétiseur, et même quelque peu pour sorcier. Quelque temps après le passage de cet homme, on constatait la disparition de la fille Hugues. On sut depuis qu'elle avait suivi Castellan, erré pendant plusieurs jours avec lui et qu'elle avait été violée par le mendiant. Bien qu'il soit assez difficile de porter un jugement rétrospectif précis sur cette affaire, il est vraisemblable, d'après ce qu'on en sait, que Castellan a hypnotisé sa victime et obtenu d'elle, grâce à ses manœuvres, qu'elle consentît à le suivre. Quant au viol, dans quelles conditions a-t-il été commis? c'est ce qu'il est assez difficile de dire. Castellan a-t-il plongé la jeune fille en léthargie, et profité de son impuissance à se défendre, comme l'avait fait à Rouen le dentiste Lévy? Cette opinion a été soutenue par M. Gilles de la Tourette (2), et elle est fort vraisemblable. Quoi qu'il en soit, rien ne prouve que la fille Hugues se soit livrée à son ravisseur sous l'influence d'une suggestion, et la lecture du compte-rendu de l'affaire n'incline pas vers cette manière de voir.

(1) *Hypnotisme, suggestion, psycho-thérapie*, Paris, 1891, p. 140.

(2) *L'hypnotisme et les états analogues au point de vue médico-légal*, Paris, 1887.

Je me hâte d'ailleurs de reconnaître, à propos de l'opinion qu'a émise M. Brouardel et qui est aussi la mienne, qu'on doit éviter de formuler, dans l'espèce, un avis trop absolu. Une certaine réserve est d'autant plus obligée que rien n'est difficile à jauger comme la vertu. Certes il y en a d'austères que je crois capables de résister aux plus puissantes suggestions. Mais il en est de vacillantes dont quelques séances d'hypnotisme auraient probablement raison. Je pourrais à ce propos vous citer le cas de madame de B... rapporté par le Dr Bellanger (1) et celui de Félida de M. Azam. Madame de B... comme Félida s'abandonnèrent pendant le somnambulisme à des tendresses qu'elles eussent sans doute repoussées à l'état de veille. Mais ces deux jeunes femmes étaient des malades atteintes de condition seconde. C'est pendant leur condition seconde qu'elles se livrèrent à leurs séducteurs, pour lesquels l'une et l'autre nourrissaient d'ailleurs des sentiments plus qu'affectueux. Et il n'est pas certain qu'elles eussent cédé à l'entraînement de leur cœur, si, au lieu de profiter de leurs bonnes dispositions pendant l'état second, les bénéficiaires avaient, dans l'hypnotisme, donné des suggestions exécutables après le réveil.

2° Mais il est des malades qui, au lieu de refuser purement et simplement d'accomplir les actes suggérés quand ces actes leur sont désagréables, se tirent de la situation, permettez-moi cette expression, par une échappatoire. Il en est notamment qui refusent de s'éveiller lorsqu'on leur a commandé d'exécuter au réveil un acte qui leur répugne. Il faut les *désuggestionner* pour pouvoir les ramener à l'état normal. M. Pitres a rapporté un exemple très démonstratif de ce procédé de résistance.

3° D'autres sujets retombent en léthargie, c'est-à-dire dans un état où ils cessent d'être suggestionnables, dès qu'on leur donne un ordre qui leur déplaît.

4° Enfin il en est qui se tirent d'affaire en recourant à l'attaque d'hystérie. Je vais vous en donner la preuve. Voici Cl..., une malade du service. Je l'endors. Je lui ordonne d'aller à son réveil frapper de ce poignard (je l'arme pour la circonstance d'un poignard en carton) le chef de clinique. Elle n'accepte pas la suggestion sans résistance. Je suis contraint de lui dire que M. G... est très méchant, qu'il a dit du mal d'elle. Je la réveille. Voici qu'elle hésite. Elle lutte énergiquement, vous pouvez en juger, contre la suggestion. Enfin elle se décide à obéir. Mais au moment de frapper, elle tombe en attaque.

Tous ces faits ne prouvent pas sans doute que dans le laboratoire (et jusqu'à présent nous n'en sommes pas sortis) il serait impossible de réaliser le simulacre d'un crime. Ils prouvent, et c'est la seule chose que je veuille établir, qu'il ne suffit pas de suggestionner une hypnotique pour être obéi, que l'automatisme est simplement relatif et qu'on se butte souvent à des résistances invincibles dans les circonstances où nous nous sommes placés.

Mais si les choses se passent ainsi dans le laboratoire, n'est-il pas présumable qu'elles se passeraient ainsi à plus forte raison dans les mille circonstances de la vie réelle?

Quelques auteurs, M. Delbœuf notamment, vont même plus loin dans leurs affirmations. D'après ce dernier, les hypnotisées n'obéissent que parce qu'elles savent qu'on leur demande de jouer une comédie. S'il en est ainsi, les crimes par suggestion seraient peu à redouter. Je ne serais pas éloigné d'accepter la manière de voir de M. Del-

(1) *Le Magnétisme, vérités et chimères de cette science occulte*, par le Dr Bellanger. Paris, 1854.

bœuf. Mais, dans l'impossibilité où je suis de prouver qu'elle est réellement fondée, je reste sur le doute. J'exige seulement que les partisans de l'opinion adverse, qui n'ont pas plus que nous d'argument décisif à l'appui de leur manière de voir, imitent notre prudente réserve.

Quoi qu'il en soit, les faits que je viens de vous exposer, en établissant, au moins chez un certain nombre d'hypnotisés, la possibilité d'une résistance aux actes suggérés, démontrent qu'il y aurait nécessité, pour le criminel désireux d'user des suggestions hypnotiques, de choisir ses sujets. Il ne suffirait pas d'avoir à sa disposition des hypnotisables, il faudrait encore étudier ces derniers et s'assurer qu'on en peut tirer parti. Or cette condition diminue singulièrement le danger, si danger il y a. Car « les criminels, comme le dit M. Berheim, ne sont pas en général des hypnotiseurs ».

Et puis, le fait d'avoir dû, pour constater les ressources qu'elle présente, endormir plusieurs fois une même personne, exposera, ce me semble, le coupable à être aisément découvert, s'il recourt à la suggestion dans l'accomplissement de ses tentatives délictueuses.

Mais ceci m'amène à traiter la seconde question que je dois examiner.

2. *Y aura-t-il sécurité à recourir à la suggestion pour accomplir un crime?*

Je ne le crois pas. Et si l'on a affirmé le contraire *a priori*, c'est, il me semble, qu'on a évité d'envisager de près les cas particuliers qui pourraient se présenter.

Faites vous-mêmes cet examen que je ne puis ici poursuivre par le détail. Supposez un instant que vous soyez acteurs, et en envisageant des cas spéciaux, cherchez les risques que vous pourriez courir, s'il vous prenait fantaisie de faire accomplir un acte criminel ou délictueux par une somnambule; je suis convaincu que les chances d'impunité ne vous apparaîtront pas assez nombreuses pour vous engager à satisfaire le désir que je vous suppose.

Voici un vol ou un assassinat qui viennent d'être commis. L'auteur de l'acte (je veux dire l'auteur irresponsable) sera aisément découvert. Agissant sous l'influence d'une impulsion communiquée, il n'est pas présumable en effet qu'il déploie pour échapper à la justice les artifices et les ressources dont usent les criminels vulgaires. Or ce que l'instruction recherche tout d'abord, c'est le mobile qui a pu inspirer l'acte répréhensible. Que le suggestionné ait obéi comme un impulsif, ou qu'on ait eu soin de donner en même temps que la suggestion d'acte celle d'une explication plus ou moins plausible que servira l'acteur, dans les deux cas l'absence ou l'invraisemblance du mobile frappera certainement les juges. En pareille occurrence il est d'usage de recourir à une expertise; or même en supposant l'hypnotiseur très au courant des moindres détails de la technique des suggestions, en admettant, si l'on veut, qu'il ait suggéré l'amnésie de certains faits, il ne me semble pas que l'expert puisse ne pas être fatalement conduit sur la voie de la vérité.

Mais, dira-t-on, il faudra pour cela que cet expert ne se refuse pas *a priori* à admettre la possibilité de crimes suggérés? Sans aucun doute. Et nous nous hâtons de proclamer que le médecin-légiste qui répondrait ainsi par une fin de non-recevoir, ne serait pas moins critiquable que celui qui, sans motif sincère, soulèverait dans une affaire criminelle quelconque la fantaisiste hypothèse de la suggestion.

D'après ce que je viens de dire, je ne pense pas qu'il soit prudent, si l'on médite un crime, d'user des facilités apparentes que présente au premier abord l'hypnotisme.

Mais s'il en est ainsi en matière criminelle, n'en serait-il pas autrement en matière civile? Ne sera-t-il pas aisé, par exemple, de profiter de l'hypnotisme pour contraindre une tierce personne à souscrire une valeur? Expérimentalement la chose est en effet des plus faciles. Voici un billet qui a été signé en bonne et due forme avant-hier : « Je reconnais devoir à M. Ballet la somme de cinq cents francs que je payerai mardi 23 juin courant. Signé F... Marguerite. »

J'introduis la signataire et je l'invite à s'exécuter. Elle regarde le billet en souriant et un dit : « Oh! ce n'est pas sérieux. Je ne vous dois pas cinq cents francs. » Je ne vous dois pas cinq cent francs : ce sera l'inévitable réponse que fera l'intéressée en pareil cas. Et il sera, ce me semble, plus malaisé au suggestionneur de faire la preuve de la dette, qu'à la suggestionnée d'établir le procédé d'extorsion dont on se serait servi à son égard. — Mais, dira-t-on, si cette dernière n'était plus là pour protester! Nous touchons ici à la question des donations après la mort, c'est-à-dire des testaments. Je me hâte de reconnaître que, dans ce cas particulier, il ne m'apparaît pas comme impossible qu'on puisse user de la suggestion avec succès. A la vérité, la chose ne serait pas nouvelle, et si l'hypnotisme n'est pas, que je sache, couramment employé pour extorquer des successions, la suggestion sous la forme courante que nous appelons persuasion est chaque jour mise en usage. Il ne me semble pas que l'hypnotisme, si on le fait intervenir, puisse aggraver beaucoup les abus de confiance qu'on a souvent à déplorer.

On a parlé aussi de la possibilité de faux témoignages. Si j'ai intérêt à perdre quelqu'un, je pourrai, par suggestion, convaincre un sujet docile qu'il a assisté à telle scène, qu'il a vu commettre par telle personne tel vol ou tel meurtre; *a priori* la chose apparaît comme possible, je ne le conteste pas. Mais je pense que là encore le péril est plus imaginaire que réel. Envisageons pour fixer vos idées un cas particulier, supposons avec M. Liégeois un crime effectivement commis : un homme a été assassiné : « Je me renseigne exactement, dit M. Liégeois, sur toutes les circonstances du fait, et je donne à quelques-uns des somnambules que fournit chaque jour la clinique de M. Liébeault une hallucination identique. Je leur fais *voir* à tous, successivement, les différents actes du drame; ils *voient* l'assassin guettant la victime; ils assistent à la lutte; ils entendent les cris, les appels désespérés, les exclamations suprêmes; ils sont terrifiés par le spectacle que j'évoque devant eux; mais surtout, je leur *montre le criminel* dans l'accomplissement même de son forfait, et ce criminel sera pour eux *la personne qu'il me plaira de désigner*! Et tous iront déposer devant la justice, feront des récits concordants, prêteront serment de dire la vérité, et, en leur âme et conscience, ils la diront, puisqu'ils ne raconteront que ce qu'ils auront *vu* et *entendu*! (1) »

Je dois vous faire remarquer d'abord qu'il ne sera pas très facile de réaliser l'hypothèse de M. Liégeois. Tout le monde ne peut pas puiser à pleines mains à la clinique de M. Liébeault ou à quelque autre clinique similaire, et c'est chose moins facile que M. Liégeois paraît le croire, de se procurer à point voulu tout un groupe de sujets hypnotisables et suggestionnables à merci. Et puis, comme le fait justement remarquer M. Gilles de la Tourette (2), en admettant que l'accusé, dans le cas supposé, ne puisse invoquer un alibi, « il pourra facilement prouver, si cette grossière erreur n'avait pas été révélée par l'enquête, que X, Y, Z n'étaient pas, au moment du crime, à tel endroit, ensemble, à la même heure. On pourra se demander alors dans quel but tous ces névropathes viennent faire une déposition — qui tout entière se

(1) *Loc. cit.*, p. 57.
(2) *Loc. cit.*, p. 381.

ressentira forcément de son origine, — et accuser M. A. d'un crime que rien dans ses antécédents et sa manière d'être ne pourrait justifier. »

Je regrette de ne pouvoir m'arrêter plus longtemps sur ce côté de mon sujet, mais je pense qu'il vous suffira d'y réfléchir un peu pour vous convaincre des périls que courrait l'hypnotiseur s'il s'avisait d'user de la suggestion dans la perpétration de ses méfaits. Je suis persuadé, quant à moi, que, dans la presque totalité des cas, les criminels ont avantage, au point de vue de leur sécurité relative, à opérer eux-mêmes.

***

Avant d'aller plus loin, je dois envisager brièvement une question subsidiaire, qui a toutefois, au point de vue de la pratique médico-légale, une réelle importance.

Un crime a été commis. On a des raisons (bonnes ou mauvaises) de supposer que l'inculpé ou l'un des inculpés a agi sous la pression d'une suggestion. Sera-t-on fondé à endormir cet inculpé pour rechercher la vérité?

S'il s'agit simplement de prouver, dans l'intérêt de la défense, que l'accusé est hypnotisable, qu'il l'est aisément et à un haut degré, la chose nous paraît parfaitement légitime. On recourt dans ce cas à un procédé d'information médicale analogue à tout autre. Le jour où MM. Mesnet et Motet, dans l'affaire dont je vous ai précédemment parlé, ont endormi Emile D...., ils n'ont pas eu d'autre but que de mettre en relief l'état morbide dont cet homme était atteint.

Mais il en serait tout autrement si l'on prétendait se servir du sommeil hypnotique pour arracher à l'accusé la vérité sur le crime qui l'amène en justice.

La première objection à faire contre l'hypnotisation en pareil cas, est une objection qui, pour être d'ordre moral, n'en a pas moins une grande valeur. Profiter de l'inconscience relative de l'état hypnotique pour contraindre un inculpé à des révélations, est une façon d'agir qui répugne parce qu'elle rappelle les procédés des tortionnaires. A cet égard on ne peut qu'approuver, il me semble, les protestations de M. Brouardel.

Mais à supposer qu'on tienne peu de compte de cette objection sentimentale, il y a d'autres raisons pour rejeter cette manière de faire. On ne serait pas sûr en effet de découvrir la vérité.

Certains hypnotisés refusent de répondre lorsqu'on leur pose des questions qui leur sont désagréables. M. Pitres l'a prouvé par des exemples très décisifs. D'autres mentent volontairement, bien que plongés dans le sommeil artificiel. Il ne faut pas oublier d'ailleurs que certaines somnambules victimes d'hallucinations qui auraient été suggérées par mégarde, pourraient faire des révélations qui ne correspondraient pas à la vérité. Enfin, il faut se rappeler que le suggestionneur (puisque suggestionneur il y a) aura pu ordonner à sa victime d'oublier la suggestion qu'il lui aura faite. Ce qui constitue une nouvelle cause d'erreur, non la moins grave.

D'ailleurs sera-t-il toujours facile de s'assurer que la personne interrogée dort bien réellement? Oui sans doute, si l'on constate les stigmates physiques (hyperexcitabilité musculaire, etc.) sur l'importance desquels M. Charcot a si justement insisté. Mais dans les cas (et on les dit fréquents) où ces stigmates n'existent pas, on s'exposerait à être la victime de la supercherie ou de la simulation intéressée.

Pour toutes ces raisons que j'indique sans pouvoir les développer, je pense que dans la plupart des cas ce serait être téméraire que de tenir les révélations d'une inculpée hypnotisée pour l'expression de l'absolue vérité.

***

Je crois vous avoir prouvé, Messieurs, que la suggestion hypnotique n'est pas d'un emploi aussi facile qu'on l'a soutenu; que s'il est possible de s'en servir pour la réalisation d'un délit ou d'un crime, ce ne peut être que dans des cas exceptionnels et dont il faudrait établir la réalité; qu'enfin les délinquants ne trouveraient pas dans cette nouvelle manière de faire, une sécurité telle qu'ils aient vraiment intérêt à y recourir.

S'il en est ainsi, n'a-t-on pas singulièrement exagéré en nous parlant d'un nouveau péril social, et en nous présentant l'hypnotisme et la suggestion hypnotique comme une arme véritablement redoutable entre les mains de gens malintentionnés?

Cette exagération semble tellement évidente, que parmi les auteurs qui professent sur l'hypnotisme des opinions différentes de celles qu'on vous enseigne ici, il s'en trouve qui ont jugé à propos de transporter la question sur un autre terrain. C'est ainsi que dans ses dernières publications M. Bernheim, faisant bon marché du sommeil provoqué, n'attache plus d'importance qu'à la suggestion, mot dont il élargit singulièrement la signification. Pour lui, Gabrielle Fenayrou, Gabrielle Bompard, Madame Grille, la complice et la victime de Chambiges, Troppmann lui-même n'étaient que des suggestionnés. Ecoutez ce qu'écrit cet auteur: « La suggestion est dans tout; elle conduit beaucoup de nos actes; et si l'on veut donner à ce mot sa signification la plus large et la plus vraie, on peut dire que dans toutes les actions, bonnes ou mauvaises, la suggestion joue un rôle. Les plus grands criminels ne sont pas toujours les plus coupables. Troppmann n'était peut-être que la victime d'une auto-suggestion.... C'était un pauvre sire: ni son physique, ni sa trempe morale ne semblaient l'avoir prédestiné à l'acte infernal dont il était l'auteur. L'idée d'un pareil crime peut-elle germer dans un cerveau sain? seul un monstre moral peut la concevoir et la réaliser.... Ne s'est-elle pas imposée comme une obsession, comme une auto-suggestion irrésistible, contre laquelle la raison a peut-être lutté, sans pouvoir l'expulser? Comme une tumeur maligne qui évolue dans un organe, cette corruption monstrueuse morbide s'est implantée dans son cerveau, a pris possession de lui, de même que chez d'autres s'implante sans raison l'idée fixe du suicide; et par une évolution fatale, elle a armé son bras et l'a conduit à réaliser brutalement cette chose infernale! Je n'affirme pas que telle soit la vérité, je l'ignore! Mais je dis que cela est possible! »

Et ailleurs: « Les nihilistes, les anarchistes, les socialistes, les révolutionnaires, les fanatiques de toute espèce, politique et religieuse, ne deviennent-ils pas, en réalité, des criminels par suggestion? Et dans les jours d'effervescence populaire, lorsqu'on voit la foule, qui contient beaucoup de braves gens individuellement, se ruer féroce et sanguinaire sur un pauvre diable inoffensif qu'une dénonciation malveillante désigne à sa vindicte, n'est-ce pas une suggestion collective? » Plus loin, M. Bernheim ajoute: « Quand je vois deux enfants élevés ensemble, soumis à la même éducation, vivant dans le même milieu, l'un manifester de bonne heure des instincts d'honnêteté et de moralité qui guideront tous les actes de son existence, l'autre s'affirmer d'emblée comme un vaurien sourd à toutes les exhortations, qui n'obéit qu'à ses impulsions mauvaises et sera toute sa vie un malfaiteur, quand je suis ces deux natures depuis leur naissance, je me demande si leur évolution morale n'était pas dans l'œuf, comme leur évolution physique! Et je me dis: Où est la responsabilité? Quand je suis en présence d'un criminel, je me demande quelle était à l'origine la conformation native de son être moral? Quelle part revient

au terrain, à l'organisation, à la suggestibilité héréditaire? Quelle part revient aux suggestions de l'éducation, du milieu, des lectures, des rêves, des personnes en contact avec lui, des événements de la vie? Quelle était sa capacité de résistance? Quelle part reste-t-il au libre arbitre? Quel est le degré de responsabilité? »

La citation est un peu longue, mais elle méritait de vous être faite. Elle montre la façon nouvelle et singulièrement large dont M. Bernheim considère la suggestion. La discussion se trouve ainsi transportée sur le terrain de la philosophie pénale et de la responsabilité morale. A l'envisager de ces hauteurs, je ne serais pas éloigné de m'entendre avec M. Bernheim. Mais combien nous sommes loin de la question spéciale qui fait l'objet de cette leçon! Ne vous semble-t-il pas qu'en élargissant ainsi la donnée du problème on la déplace? J'admets volontiers que la suggestion comprise de la nouvelle manière « est dans tout », mais ce que je ne vois pas, c'est où est la suggestion hypnotique. C'est pourtant de celle-là dont on nous parle et dont on nous menace.

Un mot encore! En transportant arbitrairement (disons hâtivement si vous voulez) dans le domaine de la réalité, les expériences de laboratoire, on n'a envisagé qu'un côté du problème : on a vu le crime et la possibilité du crime, on n'a pas regardé le criminel. Du moins on l'a supposé instruit, soucieux des précautions, prévoyant; on l'a vu combinant avec la science d'un observateur consommé les conditions de son expérience, je veux dire de son crime. N'est-ce pas commettre une erreur psychologique? Si le criminel était tout cela, s'il était préoccupé d'utiliser dans sa pratique les progrès journaliers de la science, n'eût-il pas trouvé dans la chimie notamment des moyens d'action d'une autre valeur que ceux que la suggestion lui fournit? Je ne sache pas que la découverte de certains alcaloïdes, qui constituent des poisons singulièrement redoutables et dont la trace se retrouve difficilement après la mort, ait augmenté ou modifié la criminalité. C'est que, comme l'a justement dit Lombroso, « le criminel, quelle que soit son habileté, porte toujours dans l'exécution de son crime l'imprévoyance qui est le fond de son caractère. » Supposer qu'il se pliera, avant d'agir, aux exigences des études préparatoires que la pratique adroite de la suggestion nécessite, n'est-ce pas faire une hypothèse invraisemblable?

Je concéderai volontiers, si l'on veut, qu'il n'est pas radicalement impossible qu'un jour un homme instruit, glissant sur la pente du crime, puisse rencontrer un sujet assez parfait, assez habilement éduqué, automate suffisamment complet, et s'en servir pour réaliser ses coupables desseins.

La chose n'est peut-être pas impossible, dis-je? Mais songez au nombre de conditions qu'une pareille éventualité exige, combien elle devra être rare! C'est là ce dont je voudrais vous avoir convaincus dans cette leçon. Je voudrais que vous sortiez d'ici persuadés que les dangers dont on nous menace sont plus imaginaires que réels. Protester contre l'affirmation de pareils dangers, c'est faire, je crois, suivant le mot très juste de M. Gilles de la Tourette, acte de salubrité publique. Les questions médico-légales, plus encore peut-être que les questions scientifiques d'un autre ordre, doivent être envisagées avec froideur, sans « emballement » et sans parti pris. Il faut apporter dans leur étude du savoir sans doute, des connaissances sérieuses du sujet dont on traite, mais il est une qualité plus nécessaire que toute autre, c'est le bon sens, qui nous met à l'abri des théories mal établies et des exagérations dangereuses.

Gilbert Ballet
Professeur agrégé à la Faculté de médecine, médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

TRAVAUX ORIGINAUX

Un cas d'infection par le streptocoque pyogène : broncho-pneumonie, phlegmon de l'œil, phlébite des sinus, par MM. Ch. Achard et J. Renault.

Les recherches microbiologiques ont quelque peu ébranlé, sur bien des points, les anciennes classifications de la nosologie. Grâce aux notions nouvelles qu'elles ont introduites en médecine, il est arrivé que des lésions siégeant en des organes très différents et décrites à part en tant qu'espèces morbides, se sont révélées comme les localisations diverses d'un même processus infectieux. Il a donc fallu, pour acquérir une vue d'ensemble sur un certain nombre de maladies microbiennes, rompre les barrières établies par les auteurs entre les différents départements de la pathologie et consacrées par un long usage. C'est ainsi qu'une histoire de la tuberculose, à l'heure actuelle, doit emprunter ses matériaux à la chirurgie autant qu'à la médecine. Les suppurations elles-mêmes, qui sont d'ordre avant tout chirurgical, peuvent, non seulement au point de vue de la doctrine générale des infections, mais encore par certains côtés de la pathologie spéciale, intéresser aussi le médecin. A ce point de vue, l'étude des accidents produits par les streptocoques est particulièrement instructive et capable de montrer avec évidence combien les anciennes divisions établies entre la médecine et la chirurgie, aussi bien qu'entre les différents chapitres de la pathologie interne, se trouvent parfois peu d'accord avec les classifications microbiologiques. La plus grande diversité préside aux manifestations de l'activité pathogène du streptocoque. C'est ce même parasite qui, suivant les circonstances, produit certains abcès et phlegmons, l'érysipèle, diverses inflammations viscérales, la pyohémie, l'infection puerpérale, la phlegmatia alba dolens. Il y aura lieu quelque jour sans doute de grouper en un faisceau ces nombreuses et diverses formes de l'infection streptococcique; peut-être même la pathologie consacrera-t-elle un de ses chapitres à leur histoire générale. En attendant que cette œuvre synthétique puisse être accomplie avec fruit, il n'est pas sans intérêt de recueillir les faits qui montrent, associées par un rapport précis, plusieurs localisations morbides entre lesquelles l'ancienne pathologie n'entrevoyait qu'une relation confuse. L'observation suivante peut prendre place parmi les cas de ce genre.

Observation. — L. Victor, âgé de 52 ans, est apporté le 28 juillet 1891 à l'hôpital Andral, dans le service de M. Debove. Ce malade présente l'aspect typhoïde. Il garde le décubitus dorsal et reste habituellement plongé dans un état de demi-torpeur d'où il sort seulement pour boire et pour répondre aux questions qu'on lui pose : on obtient de lui assez facilement des réponses, mais elles sont peu précises. On apprend ainsi qu'il est malade depuis une quinzaine de jours; il a ressenti des maux de tête et quelques frissons; il a surtout éprouvé une grande faiblesse qui l'a mis dans l'incapacité de tout travail. L'appétit s'est perdu, mais il n'y a pas eu d'autre trouble digestif, et en particulier pas de diarrhée. Il n'y a pas eu non plus d'épistaxis.

Actuellement le malade se plaint surtout d'une céphalalgie continue, mais peu intense. La langue est blanche et un peu sèche; la soif est vive, l'appétit nul. Le ventre est légèrement ballonné, mais la pression n'y détermine aucune douleur. Le malade perd ses urines et ses matières fécales, mais sans diarrhée. La rate n'est pas hypertrophiée; il n'y a point de taches rosées.

La respiration est un peu accélérée. Il n'y a pas de toux ni d'expectoration. L'auscultation révèle l'existence de quelques râles sous-crépitants fins à la base gauche. A droite on trouve de la submatité à la base à partir de l'épine de l'omoplate et sous l'aisselle. Dans toute cette zone on entend des râles crépitants peu abondants.

Rien au cœur. Le pouls est petit et assez rapide. Température = 39°.

Outre la stupeur déjà signalée, on note un léger trouble des fonctions cérébrales, caractérisé par des paroles inintelligibles que prononce le malade à certains moments. Pendant la nuit ce trouble s'accentue; il y a du délire, mais il est doux et tranquille.

29 *juillet*. — Températ. : 38°,2 le matin; 39°,4 le soir.

30 *juillet*. — Températ. : 39° le matin; 40° le soir. Les râles crépitants sont devenus beaucoup plus nombreux à la base droite et dans l'aisselle.

On remarque que la conjonctive gauche, qui était déjà un peu rouge le jour de l'entrée, est plus injectée.

31 *juillet*. — L'œil gauche est beaucoup plus saillant que le droit. Les paupières sont œdématiées et laissent voir dans leur écartement le bourrelet chémotique de la conjonctive bulbaire qui est le siège d'une vive injection. Le larmoiement est assez prononcé. Le globe oculaire a conservé sa mobilité; il est un peu douloureux à la pression ; la cornée et l'iris ont l'aspect normal.

Températ. : 39°,4 le matin; 40°,4 le soir.

1er *août*. — Températ. : 40°,2 le matin; 39°,8 le soir.

2 *août*. — Températ. 39°,2 le matin ; 39°,1 le soir. L'exorbitis est moins prononcé et l'œdème des paupières a diminué. Le malade se trouve mieux et répond plus facilement aux questions. Néanmoins la langue reste sèche et il y a toujours des évacutions involontaires.

3 *août*. — Températ. : 38°,8 le matin; 40° le soir.

4 *août*. — Températ. : 37°,4 le matin; 39°,6 le soir. Le teint est plombé. La langue complètement sèche a l'aspect de la langue rôtie. Les râles existent toujours aux deux bases, mais ils ont pris le caractère sous-crépitant. Ils sont plus fins et moins nombreux à gauche.

L'œdème des paupières a presque disparu et la conjonctive est bien moins injectée. Mais la cornée a perdu son brillant, ainsi que l'iris.

Le délire nocturne s'accentue de plus en plus. Le jour la torpeur est aussi plus profonde. Le malade a de la carphologie, du marmottement; il répond seulement par deux ou trois mots aux questions qu'on lui adresse. Il ne peut plus boire seul.

5 *août*. — Température 39°,7 le matin; 38°,4 le soir.

6 *août*. — Température 38°,8 le matin; 38°,8 le soir.

7 *août*. — Température 39°,4 le matin; 39°,7 le soir. La torpeur est de plus en plus grande. Le teint est jaunâtre, terreux. L'œil gauche est devenu complètement trouble.

8 *août*. — Température 39°,2 le matin; 39°,6 le soir. Le malade tombe dans le coma et meurt.

Autopsie le 10 août. — Le poumon gauche est congestionné surtout à la base. Le poumon droit présente une infiltration sanguine et œdémateuse de tout le lobe inférieur; de petits fragments du parenchyme flottent entre deux eaux. La coupe présente une surface planiforme; elle laisse suinter une grande quantité de sanie rougeâtre.

Pas de lésion macroscopique dans le cœur, les reins, l'intestin.

Le foie est jaunâtre et de consistance molle et onctueuse.

La rate est volumineuse et diffluente.

Pendant l'ablation du cerveau, le sinus pétreux supérieur droit est ouvert et il s'en écoule un peu de pus très liquide, de couleur vert-clair. Les méninges sont le siège d'une congestion assez vive. Elles présentent le long des vaisseaux de l'hexagone de Willis et dans les scissures de Sylvius de petites taches purulentes, punctiformes, très discrètes et sans relief. Celles-ci sont agglomérées seulement en une petite plaque de méningite au niveau du chiasma des nerfs optiques. Le cerveau ne présente pas d'autre altération qu'un piqueté sanguin assez prononcé.

L'œil gauche est rempli de pus roussâtre et mal lié. Il n'y a point de phlegmon orbitaire.

Examen histologique et bactériologique. — Le pus du sinus pétreux supérieur et celui du globe oculaire, examinés sur lamelles, renferment une grande quantité de chaînettes de streptocoques.

L'ensemencement de ces liquides donne des cultures pures de streptocoque pyogène, formant sur la gélose des colonies en petites taches, et produisant dans le bouillon un dépôt nuageux sans le troubler.

Sur les coupes du poumon (procédé de Gram), au niveau des foyers pneumoniques, on trouve la plupart des alvéoles remplis de fibrine granuleuse englobant quelques globules rouges et un grand nombre de globules blancs : dans ce magma fibrineux se voient des amas de streptocoques; il y a aussi des diplocoques lancéolés, présentant toutes les apparences du pneumocoque de Frænkel. Sur un grand nombre de points existent des hémorrhagies dans le tissu interstitiel et dans les gaines lymphatiques péri-artérielles; le sang de ces hémorrhagies contient des masses de streptocoques. Un certain nombre de branches artérielles sont oblitérées, et dans le thrombus qui les obstrue se trouvent des microbes disséminés.

Dans le rein on découvre des amas de streptocoques dans certains glomérules, dont quelques anses capillaires sont comme injectées par les microbes. On trouve encore des streptocoques disséminés par petits groupes dans les interstices des tubes et quelquefois aussi dans les capillaires. Il n'y a pas d'abcès.

Sur les coupes des enveloppes de l'œil malade, on trouve des streptocoques disséminés dans le tissu conjonctif orbitaire, attenant à la sclérotique. La sclérotique et la choroïde ne renferment pas de microbes. La rétine est détruite; l'œil est rempli par un magma granuleux qui contient des débris cellulaires, des globules rouges et blancs, et des streptocoques.

Quelques détails restent obscurs dans cette observation : l'ordre de succession des divers accidents, le point qui a servi de porte d'entrée à l'infection n'ont pu être déterminés avec certitude, le malade étant dans l'impossibilité de donner des renseignements précis lorsque nous l'avons examiné. Il est très probable néanmoins que la broncho-pneumonie a été la première en date parmi les manifestations infectieuses. C'était du moins la lésion prédominante lorsque le malade est entré à l'hôpital; l'aspect clinique était alors celui de la pneumonie grave, à forme typhoïde. Puis certains symptômes observés du côté d'un globe oculaire, ainsi que l'aggravation des phénomènes cérébraux et le facies terreux, propre aux pyohémies, nous firent porter le diagnostic de phlébite des sinus. L'autopsie confirma ce diagnostic; outre la broncho-pneumonie, il existait un phlegmon de l'œil, une phlébite des sinus avec suppuration du sinus pétreux supérieur et une méningite au début. Cette dernière lésion était manifestement consécutive à la phlébite. Mais il est plus difficile de décider si le phlegmon de l'œil a précédé ou suivi la lésion des sinus. On a parfois observé le phlegmon de l'œil comme complication d'infections diverses : pyohémie, pneumonie, fièvres graves; c'est alors une sorte d'abcès métastatique de l'œil. D'autre part on a décrit une ophthalmie phlébitique, consécutive à la phlébite, et dans laquelle l'évolution en plegmon s'accomplit avec une rapidité un peu moins grande, la propagation inflammatoire étant précédée par les phénomènes de stase. C'est assez bien cette marche que nous avons observée dans notre cas et c'est vers cette interprétation que nous inclinons. Mais il convient d'ajouter que ce rapport de succession qui peut exister entre deux lésions voisines a perdu aujourd'hui de son intérêt. La propagation inflammatoire ne se fait pas toujours avec régularité de proche en proche et les conditions mécaniques de la circulation ne sont pas seules en cause dans ce processus.

Une circonstance de notre observation le montre bien d'ailleurs : c'est que le phlegmon oculaire siégeait à gauche, tandis que la lésion des sinus atteignait son maximum, la suppuration, au niveau du sinus pétreux supérieur du côté opposé. Dès lors que l'infection est générale, peu importe que le microbe se soit déposé un peu plus tôt en tel ou tel point, pour y donner lieu à des foyers infectieux. Le fait vraiment capital, c'est la présence du streptocoque dans l'économie tout entière : dans le poumon qui semble avoir été l'origine de l'infec-

tion, dans les lésions de l'œil et des sinus, dans les organes même, comme le rein, qui semblaient indemnes à l'œil nu. Nous sommes bien en face d'une infection générale, d'une de ces pyohémies médicales sur lesquelles J.-P. Tessier a l'un des premiers attiré l'attention et à l'histoire desquelles l'étude des pseudo-rhumatismes infectieux, faite sous l'inspiration de M. le professeur Bouchard, a fourni une si large contribution. Parmi ces pyohémies de cause interne, le plus grand nombre est produit par les streptocoques et les staphylocoques; on en connaît aussi quelques faits imputables au bacille d'Eberth et au pneumocoque.

Dans l'observation que nous venons de rapporter, l'infection streptococcique s'est montrée avec quelques-uns des traits qui lui sont habituels. Il convient de signaler tout d'abord la broncho-pneumonie : l'on sait que streptocoques et pneumocoques se partagent, dans la grande majorité des cas, la pathogénie de ces inflammations broncho-pulmonaires. En second lieu la lésion des sinus témoigne ici de cette propriété, si manifeste dans l'infection puerpérale, que possède le streptocoque de se localiser sur le système veineux, pour y produire soit la phlébite, soit la simple thrombose. Enfin il y a lieu de mentionner les altérations rénales. Ces altérations sont purement microscopiques et il n'y a point d'abcès, à l'encontre de ce qui s'observe dans la plupart des cas de pyohémies produites par les staphylocoques, par exemple chez les sujets qui succombent à l'ostéomyélite aiguë. Cet état du rein, dans notre cas, est tout à fait comparable à celui que l'expérimentation réalise habituellement chez le lapin, par l'injection intra-veineuse du streptocoque.

Quelques remarques sur un cas de vaccine généralisée par auto-inoculation, par le Dr E. Jeanselme.

J'ai eu l'occasion d'observer récemment à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de mon maître M. Hallopeau, que j'avais l'honneur de suppléer pendant les vacances, un cas de vaccine généralisée remarquable à plusieurs titres.

Il s'agissait d'une femme âgée de 41 ans, atteinte de mycosis fongoïde depuis une dizaine d'années. Sans entrer dans le détail des lésions que présentait cette malade, je relève dans l'observation prise quelques jours avant la vaccination les particularités suivantes. Toute la surface du tégument externe est occupée par des altérations ayant les caractères objectifs de l'eczéma. Très prononcées sur la face antérieure des cuisses et des jambes dont le derme est partout excorié, crevassé, suintant et recouvert de croûtes mellicériques comme dans l'eczéma craquelé, les lésions prennent au niveau des bras l'aspect de l'eczéma squameux ; sur le tronc, elles sont seulement représentées par des îlots à forme capricieuse, d'aspect lichénoïde. Outre ces altérations de surface, il existe en plusieurs points des infiltrats dermiques et des tumeurs caractéristiques du mycosis fongoïde. Deux d'entre elles, du volume d'une noix environ, siègent sous le sein gauche. Une troisième néoplasie, située au-dessous du lobule de l'oreille droite, est ovalaire et son grand diamètre mesure 4 cent. Une quatrième tumeur, beaucoup plus considérable, ovoïde et longue de 6 cent., recouvre une grande partie du corps du maxillaire à droite du menton ; elle figure une sorte de plateau saillant, à base légèrement étranglée, à surface ulcérée, grisâtre et suintante. Ainsi donc, la malade qui fait l'objet de cette étude présente à un haut degré toutes les lésions fondamentales qu'on est accoutumé d'observer aux diverses phases du mycosis fongoïde.

C'est sur ces entrefaites que cette femme, déjà vaccinée dans son enfance, est soumise à la revaccination le 22 août 1891. Trois piqûres sont faites sur le bras gauche au lieu d'élection. Le vaccin employé venait d'être recueilli à l'instant même sur une génisse. Les pustules vaccinales développées aux points d'inoculation évoluent normalement jusqu'au 1er septembre (10e jour). A cette époque, la malade se plaint d'une céphalalgie violente accompagnée d'inappétence, de soif vive et de fièvre, elle ressent en outre des douleurs et des élancements à la partie supérieure du bras gauche, c'est-à-dire dans la région occupée par les pustules vaccinales. Le lendemain 2 septembre (11e jour), on compte au voisinage des trois boutons de vaccine une dizaine de pustules coalescentes. Le 3 septembre (12e jour), plusieurs pustules apparaissent simultanément sur la pulpe de l'index, du médius et de l'annulaire de la main droite; elles s'étendent rapidement, gagnent le pourtour des ongles et constituent de véritables *tournioles vaccinales*. Une grosse pustule se montre à la même époque au niveau de l'interligne articulaire qui sépare les deux phalanges du pouce droit. Le même jour, l'éruption pustuleuse se développe sur la face postéro-externe de la cuisse droite, puis sur la région antérieure du genou et de la cuisse du même côté. Enfin le 4 septembre (13e jour), quelques pustules se forment sur le membre inférieur gauche et de nombreux éléments se disséminent sur le tronc et les mains.

A partir du 5 septembre (14e jour), la généralisation est achevée, aucun élément nouveau ne se développe, l'éruption cesse brusquement de s'accroître. A cette date, il existe environ 500 pustules inégalement réparties sur toute la surface tégumentaire; seule la région dorsale reste à peu près indemne.

Un fait bien digne de remarque, car il démontre aussi rigoureusement qu'une expérience le mécanisme qui a présidé à la généralisation de l'éruption, c'est que sur toutes les régions qui étaient protégées par un pansement avant la vaccination, et qui par conséquent n'ont pu être contaminées par les doigts de la malade, il n'existe aucune manifestation éruptive. Ainsi les deux avant-bras étaient exactement recouverts par une bande sèche partant du poignet et remontant jusqu'au voisinage du coude ; or les pustules nombreuses qui couvrent les mains s'arrêtent aux poignets, l'éruption ne remonte pas sous le pansement. Même remarque doit être faite pour ce qui concerne la face, cette région était protégée, elle reste indemne ; mais au niveau des sourcils et de la base du nez, points qui correspondent au bord libre de la compresse, il existe un liséré de pustules vaccinales.

A l'époque où la marche extensive de la pustulation s'arrête (14e jour), voici quelle est la physionomie de l'éruption. Les éléments se présentent sous des aspects assez variés. Certains, en petit nombre et de date récente, paraissent avortés; ils sont constitués par une saillie papuleuse surmontée ou non d'une vésico-pustule. D'autres se présentent sous la forme de pustules aplaties, de la grandeur d'une lentille, sans dépression centrale. Quelques-uns seulement offrent tous les caractères des boutons de vaccine légitime, y compris l'ombilication. Parmi ces éléments éruptifs, beaucoup crèvent spontanément ou sous l'influence du grattage; le liquide qui s'en écoule est légèrement louche, très visqueux et se concrète immédiatement en croûtes ressemblant à celles de l'impétigo. En divers points, les pustules deviennent cohérentes ou confluentes et forment des placards de la grandeur de la main : c'est ce qu'on remarque en particulier au bras gauche, point de départ des accidents de généralisation, et à la face postéro-externe de la cuisse droite. Après que ces régions ont été détergées par l'application de pansements humides, l'éruption prend un aspect tout spécial; chaque élément ou chaque placard est représenté par un plateau situé au-dessus du niveau de la peau et constitué par une sorte de fausse membrane grisâtre, diphthéroïde, très adhérente, qui paraît être le corps muqueux de Malpighi altéré.

Le 6 septembre (15e jour), la fièvre, qui depuis cinq jours oscillait entre 38°5 et 39°, tombe brusquement; les lésions locales présentent également des modifications importantes, sur la plupart des pustules la base saillante, diphthéroïde, s'affaisse. Le 8 septembre (17e jour), les pustules ne sont plus représentées que par des collerettes épidermiques macérées par les cataplasmes. La maladie peut être considérée comme terminée. A aucun moment les symptômes généraux n'ont pris un caractère inquiétant. L'urine n'a jamais renfermé d'albumine. Les fonctions digestives n'ont pas été gravement compromises.

Le 16 septembre (24e jour), on remarque sur toutes les régions qui ont été le siège des pustules vaccinales des dépres-

sions très superficielles, arrondies en ovalaires, de la taille d'une pièce de vingt centimes, lisses, luisantes, violacées et bordées d'un mince anneau anémique qui sépare la macule de la peau eczémateuse. Cette apparence pseudo-cicatricielle existe encore aujourd'hui 1er octobre.

L'éruption de vaccine généralisée paraît avoir eu la plus heureuse influence sur la maladie préexistante. Les lésions eczématiformes se sont considérablement améliorées. Nulle part, à l'exception des bras et de la base du cou, il n'existe plus trace de suintement; l'aspect général est celui de l'eczéma sec lichénoïde avec épaississement du derme. Des quatre grosses tumeurs signalées au début de cette observation, celle qui était située au-dessous de l'oreille droite a complètement disparu, la place qu'elle occupait se reconnaît à l'état ridé, lâche et mollasse du derme à ce niveau. La tumeur ulcérée de la région maxillaire qui avait 6 centimètres de longueur n'en a plus que 3; elle fait aussi un relief bien moins considérable, sa surface presque entièrement cicatrisée ne porte que deux ou trois érosions superficielles. Les deux tumeurs de la région sous-mammaire sont réduites au tiers de leur volume primitif.

Les caractères objectifs et la marche de la poussée éruptive suffisaient à eux seuls pour établir le diagnostic. En pareil cas, en effet, il ne pouvait être question d'une variole discrète, bien moins encore d'une simple varicelle. Cependant j'ai jugé nécessaire de recourir à l'expérimentation pour ne laisser planer aucun doute sur la nature de l'éruption. Sur ma demande, M. Chambon, dont chacun connaît la compétence en pareille matière, a bien voulu, avec son obligeance habituelle, pratiquer une inoculation sur une génisse. La pustule qui a fourni la lymphe insérée à l'animal siégeait à la partie interne de la cuisse gauche et offrait les apparences d'un élément âgé de six jours environ. Cette inoculation fut suivie d'un plein succès; le 11 septembre, cinq jours après l'inoculation, la génisse présentait une pustule vaccinale typique. Avec du liquide extrait de cet élément, un enfant nouveau-né fut vacciné le 12 septembre; le 19 il portait des boutons de vaccine légitime qui servirent à inoculer avec succès un second enfant. La preuve que l'éruption méritait bien le nom de vaccine généralisée est donc aussi complète qu'on peut le désirer.

Est-il possible de pousser plus loin les investigations et de reconnaître le mécanisme qui a causé cette éruption anormale? La vaccine, comme on le sait, peut se généraliser par deux procédés fort différents. Dans l'immense majorité des cas, le mode de propagation est l'auto-inocution. Le prurit engage le patient à se gratter, les ongles déchirent les pustules et transportent la lymphe vaccinale dont ils sont imprégnés sur toute la surface cutanée. Que celle-ci présente des solutions de continuité, si minimes soient-elles (piqûres d'insectes, éruption acarienne, miliaire sudorale), et chaque point contaminé deviendra l'origine d'une nouvelle pustule vaccinale. Il en est *a fortiori* de même, quand le derme est dénudé sur de vastes étendues, comme cela s'observe chez les individus atteints d'eczéma. Dans des circonstances infiniment plus rares, cette explication ne saurait convenir, car le derme est partout recouvert de son vernis protecteur; or, le vaccin déposé sur la couche cornée ne peut germer. Dans ces cas tout à fait exceptionnels, l'éruption généralisée doit être considérée comme l'analogue de l'exanthème variolique dans le cours de la variole, autrement dit le transport du virus s'est effectué par la voie sanguine, et l'on conçoit que certains auteurs aient donné à cette variété le nom de fièvre éruptive vaccinale.

A chacun de ces mécanismes correspondent une physionomie et une évolution spéciales. Dans le cas présent, les caractères de la généralisation par auto-inoculation sont si nets, que l'on ne saurait hésiter sur le choix du mécanisme à invoquer. Je rappelle à l'appui de cette manière de voir qu'au niveau des parties abritées par des pansements, pas une seule pustule ne s'est développée, et que sur la région dorsale difficilement accessible au grattage l'éruption a été très discrète. D'ailleurs l'étude attentive de la répartition et de l'âge des divers éléments éruptifs permet de reconstituer l'histoire rétrospective de la généralisation. Au pourtour des boutons initiaux qui occupent les points d'inoculation, on remarque de nombreuses pustules surnuméraires qui constituent par leur coalescence un grand placard éruptif. Les éléments qui concourent à le former paraissent beaucoup plus jeunes que les pustules initiales dont elles procèdent. L'éruption constatée sur les doigts de la main droite, c'est-à-dire sur ceux qui peuvent le plus aisément atteindre le bras gauche (région sur laquelle a été pratiquée la vaccination), paraît de date encore plus récente. Ce sont donc certainement les ongles armés de matière virulente qui ont réparti le vaccin sur toutes les surfaces dénudées. Il ressort de cette analyse que trois grands symptômes caractérisent dans les cas typiques la généralisation par auto-inoculation, à savoir : 1° le développement, au voisinage du point sur lequel a porté la vaccination, de nombreuses pustules-filles; 2° l'existence de *tournioles vaccinales* qui trahissent le rôle des doigts dans la généralisation; 3° l'âge variable des éléments éruptifs. Ce dernier caractère a été bien exposé par Damaschino dans la discussion qui a eu lieu sur ce sujet en 1880 à la *Société médicale des hôpitaux*.

Il est à peine besoin de faire remarquer que si l'auto-inoculation est possible, c'est qu'il s'écoule un temps assez long entre le moment où la vaccination est pratiquée et celui où l'organisme perd sa réceptivité pour la vaccine. Cet intervalle a une durée moyenne de 6 à 9 jours, comme l'établissent les recherches de Trousseau et Dumontpallier, mais sur certains sujets il se prolonge bien au delà et Damaschino a pu réinoculer la vaccine au dix-septième jour. Pendant tout ce laps de temps, une multitude d'inoculations successives peuvent s'effectuer, ce qui explique l'inégal développement des boutons de vaccine; mais dès que la réceptivité est éteinte, l'éruption cesse brusquement de s'accroître, bientôt après les symptômes fébriles s'amendent et l'on assiste à une détente soudaine qui est l'une des particularités les plus curieuses de la vaccine généralisée.

Dans le cas actuel, la réceptivité recherchée le quinzième jour, à l'aide de l'inoculation, n'existait plus. Il est même probable qu'elle avait déjà cessé depuis longtemps, car le quatorzième jour la pustulation s'arrête tout à coup; or une pustule ne devient évidente que trois à quatre jours après l'insertion du virus; il est donc permis d'inférer de cette constatation que l'immunité était acquise dès le dixième jour, et que par suite la période de réceptivité dans le cas particulier a eu sa durée habituelle. De ces notions découlent des conséquences pratiques importantes; comme le disait M. E. Besnier, sous forme de conclusion, dans sa communication à la *Société médicale des hôpitaux* en 1880, chez les individus dont le derme est dénudé, « les points d'inoculation doivent être immédiatement soumis à l'occlusion d'une manière solide, et cette occlusion doit être maintenue avec une grande attention ». Quand la généralisation a commencé, il est presque toujours trop tard pour protéger efficacement les surfaces qui paraissent encore indemnes. En effet, la diffusion du vaccin sur les parties dénudées ne commence guère avant le sixième ou le septième jour; l'incubation étant de trois à quatre jours, c'est vers le neuvième ou le dixième jour que les premières pustules secondaires se manifestent; or à cette époque, dans la règle, l'immunité est bien près d'être acquise, si bien qu'une occlusion aussi tardive n'est pas ordinairement d'un grand secours. Toutefois, même dans ces conditions, l'enveloppement

ne doit pas être regardé comme inutile, d'abord parce qu'il arrête l'éruption dans les cas exceptionnels où la réceptivité se prolonge au-delà du terme normal, et en second lieu parce qu'il prévient la déchirure des pustules et diminue par là même les chances d'infections secondaires qui peuvent en être la conséquence.

Avant de terminer cette étude, je dois mentionner tout spécialement l'influence bienfaisante exercée par l'éruption vaccinale sur la maladie préexistante. Assurément il n'est pas très rare de voir survenir, pendant la longue évolution du mycosis fongoïde, des rémissions trompeuses qui peuvent faire espérer la guérison, et c'est même là un des traits les plus caractéristiques de cette singulière affection. Pourtant je considère qu'en l'espèce le rôle de la vaccine sur la maladie mycosique — toute interprétation pathogénique mise à part — a été indéniable. Ce fait mérite d'être rapproché du cas bien authentique de guérison observé par Bazin à la suite d'un érysipèle intercurrent (1).

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Névrite multiple après un cancer de l'estomac (Ueber einen Fall von multipler Neuritis nach Magencarcinom), par K. Miura (*Berl. klin. Woch.*, 14 septembre 1891, n° 37, p. 305). — Observation clinique et anatomique très complète, de névrite multiple périphérique développée chez un sujet âgé de 32 ans, à la suite d'un carcinome de l'estomac. C'est bien le cancer qui a déterminé les névrites, car il n'existait ni alcoolisme, ni diabète, ni tuberculose, ni intoxication. En raison des rapports qu'affectent les névrites avec les empoisonnements, on peut penser que le cancer est une cause d'auto-intoxication et que les toxines qu'il produit déterminent les névrites dégénératrices.

Névrite multiple rhumatismale avec autopsie (Case of rheumatic multiple neuritis with autopsie), par C. Gordinier (*The New-York medical Journal*, 1er août 1891, n° 661, p. 128). — Laboureur âgé de 31 ans, sans antécédents héréditaires tuberculeux, ni personnels syphilitiques. A eu plusieurs attaques de rhumatisme articulaire; la dernière, en novembre 1888, fut particulièrement grave, et le laissa dans un grand état de faiblesse et d'émaciation. Il se plaignit ensuite de douleurs dans les extrémités, et à l'examen pratiqué le 1er mars 1889, on trouva, outre les signes généraux cardiaques et pulmonaires, de l'atrophie des muscles des membres plus marqués sur certains groupes, de l'anesthésie à distribution irrégulière, de l'absence des réflexes tendineux, avec intégrité des réservoirs. Réaction de dégénérescence partielle sur les groupes musculaires (antéro-externes des membres inférieurs) les plus atrophiés. La mort survient le 16 mars. A l'autopsie, moelle normale à l'examen microscopique, et lésions de névrite interstitielle dans le sciatique, parenchymateuse dans le crural. Atrophie et infiltration nucléaire interstitielle des muscles.

Observation relative aux localisations motrices dans l'écorce cérébrale, par Bernheim (*Revue médicale de l'Est*, 1891, n° 17, p. 513). — Une femme de 63 ans, porteuse d'un rétrécissement mitral ancien, est prise d'une monoplégie brachio-faciale gauche, puis elle a une nouvelle attaque apoplectique avec hémiplégie droite. A l'autopsie on trouve deux foyers de ramollissement : l'un occupe le 1/4 inférieur des deux circonvolutions frontale et pariétale ascendantes à droite, l'autre occupe à gauche tout le département cortical de la sylvienne. Dans ce cas l'intégrité du 1/3 supérieur des circonvolutions fronto-pariétales droites et du lobule paracentral coïncide avec l'intégrité fonctionnelle du membre inférieur, et la lésion des 2/3 inférieurs de ces circonvolutions avec la paralysie de la face et du bras.

(1) Bazin, *Dict. encycl. des sc. médic.*, Art. Mycosis, p. 192.

Suspension dans le tabès dorsal (On the value of suspension in the treatment of tabes dorsalis), par Michell Clarke (*The Lancet*, 1891, n° 3542, p. 114). — L'auteur donne les résultats qu'il a obtenus de la suspension depuis mars 1889, sur 29 cas, dont 24 de tabès, 2 de M. de Friedreich, 2 de paraplégie spasmodique et 1 de nature douteuse (lésion de la queue de cheval ?). Après avoir fait cette réserve, qu'en raison des rémissions spontanées observées au cours de la maladie, il est difficile d'estimer avec certitude la valeur d'un traitement, il tire de sa statistique les conclusions suivantes : La suspension est capable d'apporter un soulagement dans un certain nombre de cas de tabès, surtout lorsque ces cas sont à la période préataxique; si l'ataxie a progressé, elle est inutile pour en prévenir la marche. La durée antérieure de la maladie paraît avoir peu d'influence sur le résultat; toutefois le traitement semble mieux agir lorsqu'elle ne remonte pas à plus de 6 ans. Il peut arriver qu'une amélioration ne progresse plus au bout d'un certain temps de traitement; dans ce cas, si on suspend la manœuvre pour la reprendre après un certain intervalle, on peut obtenir un nouveau bénéfice.

Diagnostic de l'hémorrhagie intra-crânienne et du ramollissement aigu (On the diagnosis of intra cranial hæmorrhage and acute softening; based on a study of seventy four cases with autopsies), par Ch. Dana (*Medical Record*, 25 juillet 1891, n° 1081, p. 91). — Cette étude est basée sur l'observation de soixante-quatorze cas d'apoplexie cérébrale, embolie, thrombose, terminés par la mort, qui se décomposent en 50 hémorrhagies et 24 ramollissements dont 12 par thrombose. Les hémorrhagies siégèrent 14 fois dans les méninges, 32 fois dans le cerveau (ventricules 23, corps striés 7, couche optique 1, corps quadrijumeaux 1), 1 fois dans la protubérance, 3 fois dans le cervelet. La durée de la vie dans les hémorrhagies ventriculaires a été de 1 à 3 jours, dans les autres hémorrhagies centrales ou corticales d'une semaine; dans le ramollissement de 1 à 10 semaines. L'âge est un facteur de diagnostic; l'hémorrhagie est surtout fréquente de 30 à 40 ans; le ramollissement par embolie, de 20 à 30 ans, et par thrombose, comme pour l'hémorrhagie. En somme les signes qui plaident plutôt pour l'hémorrhagie sont : de 30 à 40 ans, les antécédents héréditaires d'affections artérielles, l'envahissement brusque de la paralysie avec coma, la rigidité précoce, la paralysie profonde, l'inégalité pupillaire, la déviation conjuguée, les convulsions, la marche de la température. Les symptômes qui sont plus en rapport avec le ramollissement sont : la présence de prodromes, l'altération du cœur et de l'endocarde, une hémiplégie légère avec anesthésie, l'état puerpéral. Il n'y a pas de signes très précis permettant de distinguer la thrombose de l'embolie.

Epilepsie (Status epilepticus), par Trowbridge et Mayberry (*The Journal of Nervous and mental Diseases*, juillet 1891, n° 7, p. 399). — Etude basée sur 12 observations dont 4 avec autopsie. Les lésions rencontrées ont été, outre l'asymétrie des deux hémisphères, leur facile décortication, l'excessive congestion des méninges et de la substance cérébrale, enfin une effusion séreuse dans les ventricules et les confluents arachnoïdiens. La mort survient dans l'état de mal, par épuisement, par hémorrhagie cérébrale, par épanchement séreux. Comme traitement, les auteurs recommandent les injections hypodermiques d'hydrobromate d'hyoscine ou de conine combinées avec celles de sulfate de morphine.

MÉDECINE

Endocardite infectieuse et mort subite par embolie de l'artère coronaire (Malignant endocarditis, with note of a case in which death was caused by embolism of the right coronary artery), par O'Carroll (*Dublin Journ. of medical Science*, septembre 1891, p. 198). — L'auteur rapporte l'observation d'une femme de 27 ans, atteinte d'une endocardite végétante, au cours de laquelle se développa une éruption purpurique d'abord localisée aux membres inférieurs, puis bientôt étendue à l'abdomen et finalement généralisée à tout le corps avec prédominance sur la portion droite du thorax et de l'abdomen sur laquelle la malade se tenait continuellement. Il rapporte en outre le fait d'un homme de 20 à 25 ans, mort un quart d'heure après le début d'un malaise subit et à l'autopsie duquel il trouva, en même temps que de

nombreuses petites végétations endocardiques, une embolie occupant la branche descendante de l'artère coronaire droite.

Granulations colorables des cellules adipeuses (Specifisch færbbare Kœrner im menschlichen Fettgewebe), par Gerlach (*Virchow's Arch.*, Bd CXXV, Hft 1, p. 114). — En étudiant histologiquement la peau, dans des cas de lèpre anesthésique, l'auteur a constaté, dans les cellules graisseuses, des corps particuliers. Ce sont des grains arrondis, égalant ou dépassant le volume d'un coccus, isolés ou groupés deux à deux, ou encore réunis en série et pressés au point de simuler une forme bacillaire. Jamais cependant on ne voyait de bacilles nets. Ces grains occupent l'atmosphère protoplasmique périnucléaire, ou même sont au contact du noyau. Ils prennent les couleurs d'aniline à la manière des microbes. Cependant l'auteur ne peut dire s'il s'agit de vrais éléments parasitaires. Il a retrouvé des figures semblables dans des coupes de peau de provenance très variable.

Maladie d'Addison (Zur Lehre des Morbus Addisonii), par Leva (*Virchow's Arch.*, Bd CXXV, Hft 1, p. 35). — L'auteur étudie d'abord avec détail six cas inédits de maladie d'Addison : quatre se rapportent au sexe masculin, deux au sexe féminin. Trois fois sur six, les sujets étaient âgés de 42 à 50 ans. Tous les malades appartenaient à la classe ouvrière. L'étiologie est inconnue : à noter seulement que quelques sujets portaient antérieurement un foyer tuberculeux extra-surrénal. La durée totale de la maladie, souvent impossible à préciser, semble pouvoir atteindre jusqu'à 6 et 8 ans. Les phénomènes cliniques cardinaux ne manquaient jamais : asthénie, mélanodermie, troubles digestifs. L'auteur pense avec Eichhorst qu'en l'absence de pigmentation cutanée, le diagnostic de maladie d'Addison est plus que téméraire. Outre la pigmentation buccale, il existait dans 3 cas de la pigmentation conjonctivale (cas analogues de Lewin, Guermonprez, Senator, Wolff, etc.). Il y a là un signe qui peut intervenir dans le diagnostic d'un ictère chronique. Dans un cas, la teinte brune des cheveux s'était exagérée (faits de Sturges, Martineau, Müller, etc.). L'auteur signale encore l'angine de poitrine, des modifications digitales rappelant la cyanose ; il n'a observé ni polyurie, ni indicanurie, ni azoturie régulière.

L'auteur rapporte ensuite 2 cas de cancer surrénal évolué sans s'accompagner des symptômes de la maladie d'Addison, et un cas de mélanodermie, pris pour une maladie bronzée, et que l'autopsie montra être un ictère chronique noir consécutif à une sclérose hépatique.

Diabète sucré (Zur Lehre des Diabetes mellitus), par Leva (*Deut. Arch. für klin Med.*, Bd XLVIII, Hft 1 et 2, p. 151). — L'auteur a observé à la clinique d'Eichhorst 9 cas de diabète sucré, dont quatre suivis de mort et d'enquête nécropsique. Il consacre son étude à la description détaillée de ces faits. L'allure clinique fut conforme aux données habituelles : cependant on notait dans plusieurs cas une aggravation de symptômes alors que la glycosurie diminuait. Deux malades sont morts de tuberculose pulmonaire. On avait ici les caractères de la phthisie diabétique, telle qu'elle a été décrite en particulier par Leyden ; signes obscurs, absence d'hémoptysies, évolution rapide ; à l'autopsie, infiltration caséeuse étendue, rareté des cellules géantes, grande importance de l'artérite oblitérante. Dans un cas, il s'ajoutait de la gangrène.

Deux autres malades sont morts de coma diabétique. La prescription intempestive du régime carné exclusif et la baisse du sucre ne sont peut-être pas étrangères à ces accidents. Il s'agit sans doute d'une auto-intoxication complexe, plus ou moins directement rattachable à la rétention du sucre. L'auteur pense que certaines lésions parenchymateuses, nécrose épithéliale du rein, dégénérescence graisseuse du foie, etc., doivent être considérées comme des phénomènes secondaires dus à l'intoxication, et non pas comme la cause du coma diabétique.

L'auteur étudie la valeur pronostique de la disparition du réflexe pâtellaire, et rappelle que c'est un signe défavorable pour Bouchard, assez indifférent pour Rosenstein.

L'étiologie reste assez obscure ; on a noté la syphilis, des lésions du pancréas et du plexus solaire. En tout cas, la maladie est rare dans la clientèle zurichoise, surtout à l'hôpital.

CHIRURGIE

Laparotomie dans la péritonite purulente diffuse (Die Resultate der Laparotomie bei der diffusen eitrigen Peritonitis), par Krecke (*Münch. med. Wochenschr.*, 1891, nos 33 et 34, p. 572 et 591). — L'auteur, qui a réuni tous les cas de laparotomie pour péritonite diffuse (sans tenir compte des péritonites tuberculeuses et des péritonites enkystées), est arrivé à un total de 119 cas avec 51 guérisons et 68 morts. Cette statistique, divisée en groupes suivant le point de départ de la péritonite, se décompose comme il suit :

36 cas par perforation de l'appendice cæcal avec 19 morts;
13 cas consécutifs à l'ouverture d'une plaque de Peyer avec 7 morts;
12 cas par perforation de l'intestin de cause interne avec 7 morts;
7 cas par perforation de l'estomac (ulcère) avec 7 morts;
4 plaies pénétrantes de l'abdomen avec 3 morts;
8 cas de contusion du péritoine avec 5 morts;
12 péritonites puerpérales avec 8 morts;
9 péritonites de causes diverses avec 3 morts.

Colotomie iliaque (Zur Colotomia iliaca), par M. Landow (*Centralb. f. Chirurg.*, 1891, n° 30, p. 579). — L'auteur plaide en faveur de la fixation, aux lèvres de la plaie, des deux bouts de l'intestin. C'est la pratique adoptée depuis longtemps à la clinique de Gœttingen pour l'anus iliaque. Pourtant dans 4 cas on a été surpris de voir les matières fécales sortir par le bout inférieur du côlon. L'explication de ce fait fut donnée par l'autopsie d'un cas où la mort survint deux jours après l'établissement de l'anus iliaque.

L'S iliaque très long était pourvu d'un mésentère libre très long qui était situé très à gauche de l'extrémité inférieure du côlon. Ce dernier, entièrement recouvert par le péritoine, descendait jusqu'au promontoire et s'attachait à la paroi postérieure du bassin à l'aide d'un mésentère court. De là l'S iliaque qui le prolongeait, remontait en haut et à gauche bien au-dessus de l'anus artificiel et arrivait presque à l'estomac où il s'innervait presque à angle droit, en se portant vers la ligne médiane, et descendait au-devant du côlon descendant dans le petit bassin.

Les anomalies du S iliaque sont fréquentes et ceci doit faire abandonner le procédé de Madelung et accepter comme règle la suture des deux bouts du gros intestin aux lèvres de la plaie.

Bacilles aérogènes dans la colpite emphysémateuse (Gasbildende Bacillen bei Colpohyperplasia cystica), par G. Klein (*Centralb. f. Gynækol.*, 1891, n° 31, p. 641). — En 1888, Eisenlohr trouva dans la colpohyperplasie kystique et dans une affection analogue de la vessie ou de l'intestin de petits bacilles courts qui cultivés, sur de l'agar, de la gélatine et du bouillon, se développaient en donnant naissance à des gaz. Les cultures injectées sous la peau des lapins et des cobayes n'ont pu reproduire cette affection.

Dans un cas de colpite kystique emphysémateuse chez une femme de 22 ans, l'auteur a retrouvé les bacilles d'Eisenlohr. Le contenu de la paroi des kystes, étant ensemencé sur de l'agar à 37°, donna lieu au développement de bacilles courts avec formation de gaz. Les bacilles, aérobies facultatives, se cultivent sur l'agar et la gélatine qu'ils ne liquéfient pas. Les mêmes bacilles courts existent dans les parois et le contenu des kystes.

Les kystes gazeux du vagin seraient par conséquent dus à la pénétration de ces bacilles et au développement des gaz dans le tissu conjonctif sous-épithélial et ses fentes lymphatiques.

Elimination des staphylocoques pyogènes par la sueur (Versuch der praktischen Verwerthung des Nachweises von Eiterkokken im Schweisse septischen), par F. Gærtner (*Centralbl. f. Gynækol.*, 1891, n° 40, p. 804). — Dans trois cas de septicémie (deux d'origine puerpérale et un consécutif à une opération sur l'utérus) où l'on avait trouvé des staphylocoques dans la sueur, l'auteur a eu l'idée d'utiliser cette voie d'élimination en administrant de la phénacétine à la dose de 4 à 6 grammes par jour. En même temps le traitement comprenait la cautérisation de la cavité utérine à la solution phéniquée forte (90 0/0) et l'alcool à hautes doses. La tentative de l'auteur fut couronnée de succès, et les trois malades finirent par guérir.

BIBLIOGRAPHIE

NEUROPATHOLOGIE

I. **Rôle du grand sympathique dans l'accommodation**, par M. DOYON. Paris, G. Masson, édit. 1891.

II. **L'Anthropologie criminelle et les nouvelles théories du crime**, par EMILE LAURENT. Paris, Société d'éditions scientifiques, 1891.

III. **Leçons cliniques sur les maladies mentales**, par V. MAGNAN, Paris, Publications du *Progrès médical*, 1891.

IV. **Etude sur l'atonie et les névroses de l'estomac**, par PAUL GLATZ. Paris, Publications du *Progrès médical*, 1891.

I. Dans un mémoire paru récemment (*Archives de physiologie*, juillet 1891), M. le professeur Morat et l'auteur ont démontré que le nerf grand sympathique adapte l'œil pour la vision des objets éloignés. Le travail actuel étudie les mêmes faits et complète la démonstration. Le moteur oculaire commun est constricteur, le sympathique est dilatateur des muscles accommodateurs. Cette dernière action, analogue à une action inhibitrice ou d'arrêt, est indépendante de l'action vaso-motrice exercée par le même nerf. Le mécanisme de l'accommodation dévolu au muscle ciliaire et régi par les influences contraires des nerfs précités, est indépendant du jeu de l'iris, simple diaphragme qui suit les mouvements du muscle ciliaire dans l'exercice d'une fonction, distincte néanmoins de celle de ce muscle. En résumé, le mécanisme de l'accommodation dépend pour la vision rapprochée — constriction — du moteur oculaire, pour la vision à distance — dilatation — du grand sympathique.

II. Ce ne sont pas les nouvelles théories du *crime*, comme on pourrait le supposer d'après le titre de cet ouvrage, mais les théories du *criminel* que nous fait connaître M. Laurent. La confusion est du reste fréquente et nous avons eu pour notre part occasion de la relever dans un travail qui nous est commun avec M. Onanoff (1), et qui a trait précisément au *crime en lui*. Cette restriction faite, nous n'hésitons pas à rendre hommage à la clarté d'exposition avec laquelle l'auteur a synthétisé les doctrines encore discutées des diverses écoles de criminologie. Le volume, élégamment édité, est illustré des portraits des principaux représentants de l'anthropologie criminelle, rares encore dans notre pays. Aussi ne peut-on qu'applaudir à l'heureuse tentative de vulgarisation tentée par M. Laurent.

III. Ce volume complète les leçons de M. Magnan, dont il forme la quatrième partie. Il est consacré à l'étude du type morbide dont on doit la création à l'auteur : le délire chronique à évolution systématique. Maladie encore contestée, différenciée des divers états englobés jusque-là dans le délire des persécutions de Lasègue, elle a néanmoins été reconnue par nombre d'aliénistes distingués qui lui ont donné différents noms — psychose systématique progressive (Paul Garnier), — psychose systématique chronique progressive (Gilbert Ballet). — Ce délire est caractérisé par son évolution systématique en quatre périodes : incubation, persécution, ambition, démence. Il forme une entité pathologique autonome, une véritable espèce morbide qui mérite d'être étudiée à part, et nettement séparée des délires de persécution accidentels, et surtout des délires systématisés des dégénérés. L'auteur s'étend longuement sur ce diagnostic différentiel, au point de tracer en quelque sorte un parallèle entre son délire chronique et le délire des dégénérés, et il termine par quelques considérations médico-légales et thérapeutiques. Toutes les propositions qu'il avance sont appuyées sur des faits cliniques, aussi la *Maladie de Magnan* ne semble-t-elle plus discutable après la lecture de cet ouvrage, qu'un style sobre et précis contribue encore à faire valoir.

IV. L'atonie de l'estomac est caractérisée par des troubles de la motilité, conséquences d'une parésie musculaire, et est généralement combinée à de l'hypochlorhydrie. Sa cause la plus fréquente est la neurasthénie, dont on peut dire que l'atonie figure une manifestation commune. Elle se caractérise par de la pesanteur avec éructations, sans douleurs vraies ni vomissements, en même temps que d'une diminution de sécrétion avec hypochlorhydrie. Son diagnostic peut être établi par le salol : dans le cas où la réaction du salol (constatation de l'acide salicylique dans les urines) existe encore 30 heures après son absorption, il s'agit de dilatation, symptomatique ou non ; dans le cas où cette réaction a lieu plus de 24 heures (temps normal) mais moins de 30 heures, on a affaire à l'atonie. L'auteur après avoir développé ces divers points, et s'être étendu sur d'autres signes différentiels, consacre la plus grande partie de son travail à la thérapeutique de l'atonie. Celle-ci repose sur l'emploi de l'hydrothérapie, de l'électricité, du massage, du régime et de quelques médicaments. Il insiste sur ce fait que l'hydrothérapie doit être réglée d'une certaine façon pour être efficace. C'est en somme à l'application systématique selon les cas et telle qu'on la peut produire dans un établissement d'isolement disposé à cet effet, de ces divers agents, que l'on devra le succès.

PAUL BLOCQ.

(1) P. BLOCQ et J. ONANOFF. Une définition naturelle du crime, *Revue scientifique*, 13 décembre 1890, n° 24, p. 752.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

CURE RADICALE DE LA HERNIE CRURALE (Nuovo metodo operativo per la cura radicale dell' ernia crurale), par E. TRICOMI (Extrait de la *Riforma medica*, 1891, n° 122).

Sur une femme de 41 ans, atteinte de hernie crurale irréductible, Tricomi fit une incision oblique en bas et en dedans, partant à 3 centim. au-dessus de l'arcade de Fallope. Il isola le sac par sa face externe jusqu'au collet, puis l'ouvrit, libéra l'intestin et l'épiploon adhérents, lia le collet et excisa le sac et, relevant l'arcade de Fallope avec un crochet mousse, vit très nettement l'orifice herniaire, qu'il sutura à la soie, avec une aiguille de Hagedorn. Il fit à cet effet une ligature en chaîne, à 5 anses, et établit 3 étages semblables.

LAPAROTOMIE POUR PLAIE DE L'ABDOMEN (Laparotomia per ferita penetrante), par CESAR GHILINI. Bologne, 1891.

Après avoir résumé les principales discussions sur ce sujet, l'auteur relate une observation personnelle pour prouver l'innocuité de la laparotomie. Il s'agit d'un homme de 25 ans qui reçut un coup de couteau dans la région inguinale le 21 décembre au soir; le 22 décembre matin la plaie fut élargie, l'intestin examiné (il portait une plaie non pénétrante, de la séreuse seule), le péritoine désinfecté. Guérison en 20 jours.

VARIÉTÉS

Projet de loi sur l'exercice de la médecine. — La commission sénatoriale chargée d'étudier le projet voté par la Chambre des députés vient de voter la suppression de l'officiat. Cette décision, conforme au vote de la grande majorité des conseils généraux, rend probable l'adoption, dans un délai relativement court, du projet tout entier.

Questions professionnelles. — Un de nos confrères, le Dr Métivier, a été traduit devant la dixième chambre du tribunal correctionnel de Paris sous l'inculpation d'avoir involontairement causé la mort d'un enfant de deux ans en lui faisant absorber de l'huile de foie de morue phosphorée pour combattre le rachitisme dont il était atteint. De l'enquête à laquelle il a été procédé et des dépositions de M. le doyen Brouardel et de M. le Dr Legroux il résulte que les doses d'huile phosphorée prescrites par le Dr Métivier ne dépassaient pas celles que conseillent tous ceux qui ont préconisé cette méthode de traitement; qu'aucune faute lourde, entraînant une responsabilité pénale, n'a donc été commise par le médecin inculpé. Le Dr Métivier devait dès lors être renvoyé, sans dépens, des fins de la poursuite. C'est ce qu'a jugé le Tribunal.

Facultés de médecine. — Ont été nommés : M. le Dr Hugounenq, professeur de chimie médicale et M. le Dr Florence, professeur de matière médicale à la Faculté de Lyon.

Corps de santé militaire. — Ont été nommés : *médecins principaux de 1re classe* : MM. Ducelliez, Vanmerris, Gentit et Lœderich; *médecins principaux de 2e classe* : MM. Blaise, Zaepfell, Delorme et Boppe; *médecins-majors de 1re classe* : MM. Loillier, Buisson, Darde, Grandgury, Letellier; *médecins-majors de 2e classe*: MM. Bruncher, Chêne, Trilhe, Bilouet, Barreau, Bich, Murie, Fasquelle.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant*.

Paris. — Soc. anon. de l'IMP. DES ARTS ET MANUFACTURES et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES SAMEDIS ET PUBLIANT TOUS LES MERCREDIS

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

RÉDACTEUR EN CHEF : Dr L. LEREBOULLET. — SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION : Dr A. BROCA.

REVUE GÉNÉRALE

Le purpura et ses principales formes.

I

On donne le nom de purpura à une serie de manifestations cutanées dont les éléments, de coloration rouge ou bleuâtre, d'étendue variable, non saillants ou à peine saillants au-dessus du niveau de la peau, ne disparaissent pas par la pression, ce qui les a fait considérer cliniquement comme toujours dus à une extravasation sanguine.

Le terme de purpura ne peut être considéré comme répondant à une maladie déterminée, mais bien à un syndrome dermatologique relevant de causes très diverses.

Les éléments de l'éruption purpurique ont pour caractère général leur coloration rouge ou bleuâtre, coloration qui, par la pression, ne disparaît pas comme celle des érythèmes, mais persiste avec toute son intensité ou ne s'atténue que faiblement; cette coloration se modifie lorsque l'élément vieillit, elle passe alors au brun, au jaune et devient analogue à celle de la rouille, subit en un mot les changements de couleur que l'on observe au niveau des ecchymoses traumatiques. Les taches peuvent être d'étendue variable : tantôt punctiformes et souvent alors développées autour d'un poil, parfois légèrement saillantes à leur centre, elles portent alors le nom de *pétéchies*; tantôt plus larges, arrondies ou allongées, variant de la dimension d'une pièce de 50 centimes à celle de la paume de la main ou même, dans des cas exceptionnels, recouvrant toute la surface d'un membre, elles sont désignées sous le nom d'*ecchymoses*. Les larges ecchymoses s'accompagnent d'un épanchement sanguin profond, parfois d'une induration spéciale des téguments ou du membre tout entier.

Les taches, de dimensions variées, s'observent presque toujours simultanément en des régions voisines, ce qui donne à l'éruption une disposition irrégulière et tachetée toute spéciale; en outre des poussées éruptives se succédant les unes aux autres à intervalles variables, on voit simultanément des éléments d'âge et de coloration différents.

Les taches purpuriques offrent presque toujours, sauf les cas rares où le système nerveux n'intervient pas effectivement dans leur production et leur localisation, une symétrie plus ou moins exacte, surtout apparente aux membres.

Elles occupent surtout, parfois presque exclusivement, les membres inférieurs et sont généralement plus abondantes à leur extrémité qu'à leur racine; elles peuvent néanmoins siéger sur toutes les régions de la peau, et même envahir les muqueuses où elles donnent souvent lieu à la production de bulles remplies de sang qui se rompent bientôt.

Les taches purpuriques disparaissent ordinairement sans laisser de traces autres qu'une légère pigmentation brunâtre qui ne tarde pas à s'effacer. Dans quelques cas, particulièrement graves en raison de l'intensité de l'infection et de l'état général du malade, des eschares peuvent se développer aux places occupées par éléments purpuriques, donner lieu à des ulcérations parfois rebelles et à des cicatrices étendues.

Des hémorrhagies diverses (épistaxis, hématémèse, mélæna, stomatorrhagies, hématuries souvent précédées ou suivies d'albuminurie, métrorrhagies, plus rarement hémoptysies), voire même des hémorrhagies interstitielles, telles que les hémorrhagies des centres nerveux, bien étudiées par Duplaix (1), peuvent se produire dans le cours du purpura : la division du purpura en purpura simplex et purpura hémorrhagique, basée sur l'absence ou la présence de ces hémorrhagies, n'a pas l'importance qu'on lui a longtemps attribuée, car les deux types ne correspondent pas à une étiologie différente et rien ne permet de dire, au début d'un cas de purpura, si les lésions cutanées resteront isolées ou si elles s'accompagneront d'autres hémorrhagies.

Des douleurs musculaires ou articulaires, des épanchements articulaires, des œdèmes plus ou moins étendus accompagnent certaines formes de purpura.

Le purpura a été longtemps considéré, sans contestation, comme produit par une extravasation sanguine dans la peau et dans le tissu cellulaire sous-cutané, et ce fait semblait résulter suffisamment de cette constatation clinique, que les taches purpuriques ne disparaissent pas par la pression, les éléments purement congestifs devant, pour ainsi dire par définition, s'effacer par la pression.

De fait, on peut rencontrer, à l'examen microscopique, des amas plus ou moins considérables de globules sanguins au niveau des éléments purpuriques; mais, dans d'autres cas, ainsi que l'a montré le professeur Cornil (2),

(1) DUPLAIX. Etude sur les hémorrhagies des centres nerveux dans le cours du purpura hæmorrhagica. *Arch. génér. de médecine*, avril 1883.

(2) CORNIL *in* DU CASTEL. *Des diverses espèces de purpura*. Thèse d'agrégation, 1883, p. 56.

la lésion principale, voire même la lésion unique, est une distension colossale des vaisseaux papillaires qui peuvent atteindre jusqu'à 15, 20 et 30 fois leur diamètre normal : il y a là une congestion considérable, formant une sorte de tumeur érectile à évolution aiguë, accompagnée d'un certain degré d'extravasation de globules rouges : c'est l'exagération des lésions congestives qui constituent l'érythème, c'est là déjà un argument anatomique en faveur de l'assimilation clinique de certaines formes de purpura avec l'érythème polymorphe.

Outre ces dilatations vasculaires, on constate souvent une prolifération abondante avec desquamation de l'endothélium des capillaires, sorte de capillarite desquamative (Leloir) qui explique bien comment la transsudation de globules rouges peut se faire hors de ces vaisseaux.

Les vaisseaux plus volumineux peuvent être le siège de lésions plus ou moins considérables : Hayem a constaté l'endartérite dans 4 cas. Dans certains purpuras infectieux, on rencontre des embolies capillaires.

Les altérations du sang, soit microscopiques, soit chimiques, ont été peu étudiées et des données fournies par Quinquaud, Du Castel, etc., on ne peut tirer aucune conclusion qui s'applique à tous les cas de purpura, ni même à tous les cas ressortissant à un même groupe d'affections à purpura.

II

Causes et divisions du purpura. — Il n'existe pas plus une cause anatomo-physiologique du purpura, une lésion propre, soit du liquide sanguin, soit des parois vasculaires, soit de l'appareil vaso-moteur, qu'il n'y a une maladie répondant à ce nom.

De même que les érythèmes, avec lesquels il présente de nombreux points de contact, le purpura présente des conditions pathogéniques multiples, s'unissant souvent les unes aux autres dans un cas donné pour arriver à produire la lésion cutanée. Aussi n'est-il pas possible de baser une division des maladies à purpura sur des données pathogéniques, et doit-on se contenter de grouper ces différentes maladies suivant leurs affinités cliniques et suivant la cause qui paraît, d'après l'observation clinique, prédominer dans la production des éléments purpuriques.

Des lésions cutanées diverses peuvent, à un moment donné, présenter les caractères du purpura, qui se surajoute à leurs lésions propres : la coloration des éléments de l'éruption primitive cesse alors de s'effacer par la pression ; ce purpura secondaire peut s'observer dans les divers érythèmes, dans l'eczéma, dans les syphilides (Hartmann et Pignot) (1), etc.

Le purpura peut, d'autres fois, être la conséquence d'altérations vasculaires locales et présenter alors une topographie en rapport avec la localisation de ces altérations, dans la symptomatologie desquelles il n'intervient guère qu'à titre d'épiphénomène. Il en est ainsi, par exemple, dans quelques cas de phlegmatia alba dolens, d'artérite, à la suite de la compression rapide produite par l'enlèvement d'un pansement compressif (Hartmann) (2). On doit en rapprocher les éruptions purpuriques qui se produisent à la période asystolique des cardiopathies. C'est aussi à une lésion vasculaire qu'il faut attribuer les hémorrhagies cutanées que l'on observe dans l'hémophilie.

Des intoxications diverses peuvent donner lieu à la production du purpura : en première ligne, il faut citer le purpura iodique signalé par le professeur Fournier, celui qui est produit par l'arsenic, le chloral, le sulfate de quinine, par des auto-intoxications, comme l'ictère grave et l'urémie ; la pathogénie est déjà complexe dans ces cas, où l'agent toxique peut agir sur le sang, sur les parois vasculaires, sur le système nerveux même dont l'influence est évidente dans certaines éruptions purpuriques développées sur les membres inférieurs atteints de névrite alcoolique (Lancereaux et Œttinger) (1).

Les cachexies diverses, cancer, tuberculose, leucocythémie, infection paludéenne chronique, anémie pernicieuse, mal de Bright, pellagre, sans compter la sénilité, peuvent être l'origine d'éruptions purpuriques bien étudiées par A. Mathieu (2), dans la production desquelles interviennent l'altération du sang, les lésions artério-capillaires et le système nerveux lui-même, dont le rôle est dénoté dans la plupart des cas par la disposition symétrique de l'éruption et parfois par la coexistence de manifestations nerveuses. C'est probablement aussi en raison de la cachexie à laquelle elle donne lieu que la syphilis héréditaire s'accompagne dans certains cas de purpura.

Les maladies infectieuses aiguës peuvent s'accompagner presque toutes de purpura. Les lésions cutanées dans les formes hémorrhagiques des fièvres éruptives sont, en effet, constituées par des hémorrhagies surajoutées à l'éruption spécifique ou parfois évoluant sans cette dernière, comme dans la variole hémorrhagique (purpura variolosa). Dans la fièvre typhoïde, le purpura peut s'observer, soit au début, accompagné ordinairement de manifestations douloureuses myélopathiques, soit à une période plus avancée et relevant alors de l'infection ou de l'adynamie produite par la maladie. Dans la blennorrhagie, on observe parfois une éruption purpurique dont il faut rapporter l'origine, soit à l'infection, soit plutôt, dans nombre de cas, à une altération médullaire dont la fatigue et les excès sont les causes déterminantes et la blennorrhagie seulement la cause prédisposante.

L'intervention du système nerveux, accusée dans les formes vulgaires du purpura par la disposition symétrique de l'éruption, par les douleurs rhumatoïdes, par des œdèmes, etc., est plus manifeste encore, en raison de son isolement, dans certains cas d'éruptions purpuriques survenant à la suite de douleurs fulgurantes du tabès (ecchymoses tabétiques du professeur Straus) (3), sur le territoire d'un nerf atteint de névralgie et dans le cours de diverses myélopathies (Faisans) (4) : Barth (5) a rapporté un fait dans lequel une éruption purpurique a été la première manifestation d'une myélopathie à forme ascendante se rapprochant de la maladie de Landry.

Dans ces divers cas, le purpura n'apparaît souvent que comme épiphénomène, secondairement à une maladie presque toujours nettement déterminée avant le développement de la lésion cutanée.

Restent les formes dans lesquelles l'éruption purpurique constitue le phénomène principal, parfois unique. Il convient, au point de vue clinique plutôt qu'au point de vue étiologique, de décrire quelques types principaux.

(1) HARTMANN et PIGNOT. Hémorrhagies et syphilis, *Annales de Dermat.*, 1886, p. 1.

(2) HARTMANN. De l'influence des variations de la pression à laquelle sont soumis les vaisseaux sur la production du purpura. Immobilisation des membres et purpura. *Annales de Dermat.*, 1888, p. 702.

(1) ŒTTINGER. *Des paralysies alcooliques.* Thèse Doctorat, 1885.

(2) A. MATHIEU. Purpuras cachectiques. *Arch. génér. médec*, 1883, II, p. 273.

(3) STRAUS. Des ecchymoses tabétiques, à la suite des crises de douleurs fulgurantes. *Arch. de neurol.*, 1880-1881, p. 555.

(4) FAISANS. *Des hémorrhagies cutanées liées à des affections du système nerveux et en particulier du purpura myélopathique.* Thèse de Paris, 1882.

(5) H. BARTH. Un cas de myélopathie aiguë à marche ascendante rappelant la paralysie ascendante aiguë. *France médicale*, 1884, I, p. 561.

III

Purpura rhumatoïde. — Ce type est encore désigné sous les noms de purpura rhumatismal, de purpura exanthématique, de purpura myélopathique primitif, de péliose rhumatismale. Les arthropathies et les arthralgies qui l'accompagnent et lui donnent une apparence clinique particulière ont été considérées comme appartenant au rhumatisme vrai; mais, ainsi que l'a fait remarquer, dès 1876, E. Besnier (1), la coïncidence du purpura avec le rhumatisme vrai est exceptionnelle, et dans la plupart des cas de purpura les localisations articulaires sont frustes, erratiques, contestables, au moins en tant que manifestations rhumatismales.

Apparaissant souvent à la suite de fatigues (marche forcée, danses prolongées, excès vénériens), qui ont pu amener un surmenage médullaire, ou chez des sujets obligés par leur profession à rester longtemps dans la station verticale, parfois précédé de quelque maladie anémiante (métrite et blennorrhagie en particulier) qui favorise l'action de toutes les causes de fatigue, le purpura rhumatoïde s'observe de préférence chez les sujets jeunes, à tendance arthritique et névropathique. Comme l'érythème polymorphe, il offre une grande fréquence au printemps.

Son début peut être soit marqué par des douleurs occupant les articulations des membres inférieurs, soit par un œdème plus ou moins étendu des mêmes régions, soit par des phénomènes gastro-intestinaux, ces trois ordres de symptômes se montrant, d'ailleurs, presque toujours à une période quelconque de la maladie s'ils n'existent pas au début.

Les douleurs articulaires, généralement accompagnées de douleurs dans les masses musculaires et sur le trajet des nerfs, occupent les jointures des membres inférieurs au début, mais peuvent se montrer plus tard aux membres supérieurs; elles siègent de préférence au niveau des grandes articulations; réveillées par la pression, elles se localisent principalement au niveau des insertions ligamenteuses; un épanchement intra-articulaire plus ou moins abondant peut coïncider avec ces arthralgies, mais ne présente ni la réaction de voisinage (rougeur) ni la mobilité des arthrites rhumatismales; les épanchements n'occupent généralement qu'un petit nombre de jointures; ils disparaissent, sans laisser de trace, au bout d'un temps variable.

L'œdème, qui précède les poussées d'éruptions purpuriques et qui se reproduit généralement avant chacune d'elles, est un œdème blanc, plus rarement rosé, d'intensité variable, parfois remarquablement passager; il peut occuper uniquement les régions périarticulaires, principalement au niveau du cou-de-pied et du genou, ou s'étendre à tout le pied, remonter plus ou moins haut sur la jambe, envahir même la cuisse, dans quelques cas exceptionnels simulant ainsi l'œdème des affections cardiaques et du mal de Bright. Il disparaît rapidement, laissant après lui l'éruption purpurique qu'il a précédée et qui est due, comme lui à une fluxion d'origine névro-vaso-motrice.

Les phénomènes gastro-intestinaux sont caractérisés par des vomissements alimentaires ou bilieux, parfois très répétés, accompagnés souvent de douleurs au creux épigastrique, par des coliques intestinales souvent violentes, simulant parfois la douleur de la péritonite et par des crises diarrhéiques souvent accompagnées de mélæna rappelant quelque peu celles du tabès, dont elles partagent d'ailleurs l'origine nerveuse. Ces divers phénomènes sont parfois peu intenses, et doivent être recherchés; ils précèdent presque toujours les manifestations cutanées et se reproduisent rarement pendant leur cours.

L'éruption du purpura rhumatoïde est constituée par des pétéchies et des ecchymoses ordinairement peu étendues, disposées symétriquement et ayant pour siège de prédilection les membres inférieurs. Il n'est pas rare de voir se mélanger aux éléments purpuriques des taches érythémateuses plus ou moins saillantes, répondant aux formes papuleuse et noueuse de l'érythème polymorphe, et cette association montre bien, ainsi que l'a fait remarquer surtout A. Mathieu (1), les relations étroites qui unissent l'érythème polymorphe et le purpura, affections qui diffèrent uniquement par les caractères extérieurs de leur dermopathie, mais se confondent par leur étiologie et leur pathogénie. Dans certaines formes, particulièrement étudiées par Laget sous le nom de purpura exanthématique, les éléments éruptifs à la fois érythémateux et purpuriques sont en même temps tuméfiés, saillants, et offrent une certaine ressemblance avec des papules ortiées hémorrhagiques : ces faits montrent bien l'analogie pathogénique des éruptions ortiées et purpuriques.

Quelle que soit son apparence morphologique, l'éruption du purpura rhumatoïde procède par poussées successives, revenant à intervalles irréguliers, dont les éléments se mélangent entre eux pour marbrer la peau de taches d'âge inégal. Ces poussées surviennent souvent sous l'influence de la fatigue, du surmenage; la marche, la simple station debout peuvent en ramener le retour pendant un temps parfois assez long après la cessation des premiers accidents.

Un état fébrile variable et irrégulier, mais généralement peu intense, accompagne ordinairement et précède parfois les poussées du purpura rhumatoïde; des complications viscérales (péricardite, endocardite, pleurésie, etc.) peuvent être la cause d'élévations thermiques plus accusées.

Les hémorrhagies viscérales sont rares et surtout rarement abondantes et répétées dans le purpura rhumatoïde, bien qu'elles puissent se produire par des voies très diverses.

La marche du purpura rhumatoïde est presque toujours aiguë et l'affection se termine dans l'espace de quelques semaines; cependant on l'a vu se prolonger pendant des mois, par la répétition incessante de poussées éruptives subintrantes. En outre, il n'est pas rare d'observer des récidives de l'affection à intervalles plus ou moins longs.

Le diagnostic du purpura rhumatoïde est ordinairement facile.

L'érythème polymorphe présente avec lui de telles affinités qu'il est des cas où la confusion ne peut être évitée et où d'ailleurs, au point de vue de la pathogénie et du traitement, elle n'offre aucun inconvénient. Dans les formes nettes, le purpura se caractérise par son siège plus particulièrement aux membres inférieurs, par sa persistance malgré la pression, tandis que l'érythème polymorphe occupe presque également les membres supérieurs et inférieurs et que ses éléments s'effacent par la pression.

Certains rhumatismes infectieux avec hémorrhagies cutanées et multiples peuvent en imposer pour le purpura rhumatoïde, mais en diffèrent par la prédominance des manifestations articulaires, localisées à un petit nombre de jointures, et par les phénomènes généraux qui les accompagnent.

Le scorbut, dans ses formes atténuées, présente une

(1) E. Besnier. Article Rhumatisme du *Dictionnaire encyclopédique.*

(1) A. Mathieu. *Purpuras hémorrhagiques. Essai de nosographie générale.* Thèse Doctorat. Paris, 1883, et article Purpura du *Dictionn. encyclop. des Sciences médicales.*

telle analogie avec le purpura rhumatoïde que la confusion a été faite plus d'une fois. Cependant les conditions étiologiques, l'état fongueux des gencives, la coexistence d'infiltrations sanguines profondément situées et de consistance dure permettront ordinairement de faire la distinction. Le siège des pétéchies au pourtour des poils, considéré par quelques auteurs comme propre au scorbut, n'a aucune valeur diagnostique, car il peut se rencontrer également dans toutes les formes de purpura.

La marche aiguë de l'affection, son apparition à la suite de fatigues dans le cours d'une santé bonne, ou même parfaite, l'absence de toute cause apparente permettent d'éliminer les autres formes de purpura; il est cependant des cas dans lesquels un purpura développé au cours d'une maladie infectieuse (fièvre typhoïde, blennorrhagie, tuberculose, etc.) revêt une telle ressemblance morphologique et évolutive avec le purpura rhumatoïde qu'on est amené à admettre le développement accidentel de cette affection au cours de la maladie primitive.

La pathogénie du purpura rhumatoïde présente encore bien des obscurités. On ne peut préciser le siège médullaire ou ganglionnaire des altérations nerveuses qui lui donnent naissance. Néanmoins le rôle du système nerveux, bien établi par Henoch, Couty, Faisans, Albert Mathieu, découle manifestement de la disposition symétrique de l'éruption et de la coexistence de manifestations articulaires, œdémateuses et gastro-intestinales qui doivent être rapprochées des manifestations de même ordre et de même siège survenant au cours de diverses affections de la moelle.

Le repos au lit, avec élévation légère des membres inférieurs, la compression ouatée légère forment la base du traitement du purpura rhumatoïde. On y joindra l'emploi des médicaments analgésiques et nervins : sulfate de quinine, antipyrine, salicylate de soude ou opium lorsque l'élément douloureux est très accusé. Quant aux hémostatiques, tels que le perchlorure de fer, le tannin, l'ergot de seigle, leur influence sur les lésions cutanées du purpura est des plus restreintes, souvent même absolument nulle.

IV

Purpuras infectieux. — Des maladies infectieuses non classées, avec lésions viscérales plus ou moins appréciables pendant la vie, peuvent avoir pour manifestation clinique principale une éruption de purpura accompagnée de fièvre et parfois d'un état typhoïde plus ou moins accusé. Ces affections survenant parfois sous la forme d'épidémie (Guelliot) (1) et susceptibles de se transmettre de la mère au fœtus (Dohrn, Hanot et Luzet) (2) peuvent revêtir des types très différents.

L'un de ces types a été décrit par Landouzy et Gomot (3) sous le nom de *typhus angéio-hématique* : il s'agit d'une affection débutant brusquement par un frisson violent ou lentement par un malaise général auquel succèdent des hémorrhagies par diverses voies, des pétéchies et surtout des ecchymoses d'étendue variable, souvent très larges, disséminées irrégulièrement sur toute la surface du corps, en même temps que l'état général est profondément touché; le visage pâle et décoloré, plus que ne le comporte l'abondance des hémorrhagies, exprime la stupeur, l'abattement; il y a par moments du délire, les lèvres et la langue sont souvent desséchées; la température est élevée, atteint et dépasse 40° ; il y a de l'albuminurie, parfois de l'ictère. Si la vie se prolonge, il peut se produire des plaques de gangrène au niveau des éléments purpuriques; mais souvent la mort survient au bout de peu de jours, soit brusquement à la suite d'une hémorrhagie abondante, soit lentement par les progrès de l'adynamie.

Le *purpura fulminans* de Henoch, qui paraît propre au jeune âge, débute chez des enfants en pleine santé, d'une façon brusque, par un frisson violent ou par des hémorrhagies répétées suivies d'une fièvre plus ou moins intense ; les ecchymoses ordinairement très étendues occupent soit les membres inférieurs, soit le tronc, soit la face, des hémorrhagies multiples se produisent et l'enfant meurt dans l'adynamie en quelques heures, exceptionnellement en plus de 2 ou 3 jours.

A côté de ces types graves, on rencontre dans le purpura infectieux des faits de tout autre apparence, dans lesquels les symptômes généraux sont réduits au minimum, au moins pendant un certain temps, et dans lesquels la reconnaissance de la cause infectieuse est parfois fort embarrassante, tant est grande la ressemblance avec le purpura névropathique.

Survenant sans cause appréciable, s'installant sourdement sans fracas, sans manifestations douloureuses accusées, sans fièvre ou avec un état fébrile modéré, ces variétés de purpura infectieux donnent lieu à une éruption de pétéchies ou d'ecchymoses irrégulièrement distribuées, généralement asymétriques, occupant les membres, le tronc et la face, ou certaines régions seulement, accompagnées parfois d'un certain degré d'œdème périphérique; des arthropathies infectieuses peuvent se joindre à l'éruption qui évolue par poussées irrégulières. Des hémorrhagies viscérales, des manifestations de l'infection sur les viscères peuvent se produire; au bout d'un temps variable l'état général peut devenir grave, plus ou moins analogue à celui du typhus angéio-hématique; des plaques de gangrène cutanée, parfois très étendues, comme dans les cas de Worms et Martin de Gimard (1), peuvent se développer et, par l'atteinte que cette complication porte à l'état général, devenir la cause de la mort. Le plus ordinairement, malgré ces complications, la terminaison est favorable et la guérison se produit en un temps parfois assez long et après une convalescence souvent laborieuse.

Des agents infectieux très divers peuvent donner lieu à ces différentes variétés d'infections hémorrhagiques à purpura. Klebs, Watson Cheyne, Balzer, W. Legg, Petrone ont constaté dans le sang et dans les viscères des micro-organismes dont la détermination n'a pas été faite exactement. Martin de Gimard (1) ayant trouvé, chez deux enfants atteints de purpura compliqué de gangrène, un micrococque qu'il a pu cultiver, a considéré ce micro-organisme comme l'agent pathogène du purpura, qu'il regarde bien à tort comme une maladie toujours identique à elle-même, spécifique comme les fièvres éruptives. Tizzoni et Giovannini (2), dans un cas d'infection hémorrhagique, ont également trouvé un micrococque formé de grains isolés. Neumann (de Berlin) (3) a rencontré le microbe pyocyanique. Hanot et Luzet, chez une femme atteinte de méningite cérébro-spinale, avec lésions pur-

(1) O. Guelliot. Note sur 3 cas de purpura infectieux foudroyant chez l'enfant. *Union médicale et scientif. du Nord-Est*, 1884.

(2) Hanot et Luzet. Note sur le purpura à streptocoque au cours de la méningite cérébro-spinale streptococcienne. *Arch. de médec. expériment.*, 1890, p. 772.

(3) Gomot. *Du purpura idiopathique aigu ou typhus angéio-hématique*. Th. Doctorat, Paris, 1883.

(1) Martin de Gimard, *Du purpura hémorrhagique primitif ou purpura infectieux primitif.* Thèse de Doctorat, 1888.

(2) Giovannini u. Tizzoni, Bakteriologische und experimentelle Untersuchungen über die Entstehung der hæmorrhagischen Infection. *Beitræge zur path. Anat. und zur allgem. Pathol. herausgegeben von E. Ziegler*, Bd VI, p. 301.

(3) Neumann, Fall von Melæna neonatorum mit Bemerkungen über die hæmorrhagische Diathese Neugeborener. *Arch. f. Kinderheilkunde*, 1890, p. 540.

puriques des membres inférieurs, ont rencontré un streptocoque. P. Claisse (1) a vu le pneumocoque dans un cas.

Il résulte de ces recherches, encore trop peu nombreuses, que des infections très diverses peuvent devenir l'origine du purpura, et que cette lésion cutanée, même dans les cas où elle reconnaît pour cause une infection caractérisée, ne peut être considérée comme une véritable maladie, due à un agent pathogène spécifique et toujours le même.

Outre les affections énumérées à propos du *diagnostic* du purpura rhumatoïde, on peut être exposé à confondre le purpura infectieux avec la variole hémorrhagique : l'intensité de la rachialgie et de la fièvre, la notion épidémique pourront seules permettre d'éviter la confusion avec certains cas de purpura infectieux à marche rapide dans lesquels la mort survient à une époque où l'éruption caractéristique de la variole n'a pas encore eu le temps d'apparaître.

Le *traitement* du purpura infectieux consiste surtout dans l'emploi des toniques (alcool, quinquina, etc.), auxquels on ajoutera des antipyrétiques, et en première ligne les sels de quinine, lorsqu'il existe un état fébrile; lorsque les hémorrhagies sont abondantes et répétées, on recourra aux hémostatiques, bien que leur emploi ne donne souvent aucun résultat appréciable.

V

Maladie de Werlhof. — Le type de purpura décrit par Werlhof a reçu une extension trop considérable et pendant longtemps on y rangeait la presque totalité des cas de purpura : cette confusion, contre laquelle Bucquoy a protesté le premier dès 1855 (2), a heureusement cessé et on réserve le nom de maladie de Werlhof à une forme de purpura relativement rare, dont l'étiologie et la pathogénie restent encore indéterminées, mais dont le type clinique est assez net.

Dans le cours d'une santé parfaite, sans cause, ou après une émotion (cas de Lancereaux) ou un traumatisme souvent léger (cas de Hartmann), apparaît une hémorrhagie plus ou moins abondante, le plus souvent gingivale, quelquefois une épistaxis, plus rarement une hémorrhagie viscérale; au bout d'un jour ou deux, des pétéchies se montrent aux membres inférieurs, puis des ecchymoses plus larges, disséminées sur divers points du corps, en même temps que des hémorrhagies se font jour par diverses muqueuses; mais il n'y a pas de fièvre et la santé générale est peu atteinte. Au bout de huit à dix jours, rarement plus, les hémorrhagies cessent, l'état général redevient rapidement parfait et le malade guérit sans la moindre complication.

Le *diagnostic* de la maladie de Werlhof ne peut être établi définitivement qu'après la disparition de tous les symptômes; en effet, il faut bien reconnaître que ce tableau, presque entièrement négatif, caractérisé par l'absence même de toute complication et de tout phénomène sérieux, peut être réalisé dans les autres formes de maladies à purpura et que le purpura infectieux le plus fatalement mortel peut entrer en scène avec les mêmes dehors de bénignité.

Quant au *traitement*, il consiste surtout dans l'emploi des toniques et des hémostatiques.

La *pathogénie* de cette affection est complètement inconnue; les symptômes viscéraux, le manque de symétrie de l'éruption, et l'absence des poussées fluxionnaires cutanées et articulaires que l'on observe dans le purpura rhumatoïde semblent devoir faire rejeter l'intervention du système nerveux. La multiplicité des hémorrhagies viscérales paraît indiquer une altération sanguine; mais celle-ci est-elle d'origine infectieuse ou primitivement d'ordre chimique? Rien ne permet encore de trancher cette question et peut-être même le type différencié par Werlhof ne répond-il pas à une pathogénie univoque.

Georges Thibierge.

(1) P. Claisse, Note sur un cas de purpura à pneumocoque. *Arch. de méd. expériment.*, 1891, p. 379.

(2) Bucquoy, *Du purpura hæmorrhagica idiopathique ou maladie tachetée hémorrhagique de Werlhof.* Thèse de Doctorat, Paris, 1855.

TRAVAUX ORIGINAUX

De la gastrostomie dans le rétrécissement fibreux de l'œsophage et en particulier de la gastrostomie sans obturateur et sans sonde à demeure,

par J. Lafourcade, aide d'anatomie, interne des hôpitaux.

Egeberg, chirurgien suédois, fut le premier qui émit l'idée, en 1837, de créer une bouche stomacale pour parer aux accidents des rétrécissements infranchissables de l'œsophage. Le mot « gastrostomie » fut créé, en 1847, par Sédillot qui, deux ans plus tard, pratiquait cette opération pour un cancer de l'œsophage. Le malade succomba très rapidement. C'est en 1859 seulement que Cooper Forster fit, sans plus de succès, la première gastrostomie pour rétrécissement fibreux, chez un enfant de 4 ans 1/2. Bryant, Maury, Jackson ne sont pas plus heureux et il faut arriver à l'année 1876 pour voir clore, avec M. Verneuil, cette série malheureuse d'interventions pour des rétrécissements fibreux, les seuls que nous ayons en vue. Depuis cette époque, MM. Le Dentu, Tillaux, Lucas Championnière, Prengrueber, Demons, Segond interviennent sans un seul résultat favorable. Mais Bryant, Howse, Herff sont plus heureux, en Angleterre, grâce peut-être à la méthode en deux temps, préconisée par Howse, en 1879, et qui porte son nom. Les opérés eurent une survie de trois à cinq ans environ.

En 1883, la gastrostomie pour rétrécissements cicatriciels de simple opération palliative, qui permet de parer aux besoins de l'alimentation, tend à devenir curative, en donnant le temps et la possibilité d'attaquer directement l'obstacle. Schattauer, après l'établissement d'une fistule gastrique, parvint par le cathétérisme rétrograde à dilater un rétrécissement inacessible par les voies supérieures. Presque en même temps, Bergmann et Hjort arrivent au même résultat. Ils ferment même ultérieurement la bouche stomacale, obtenant ainsi une guérison complète.

De très nombreuses publications, dont l'énumération serait longue, ont été faites dans ces derniers temps sur le sujet qui nous occupe. Signalons seulement les discussions du congrès de Copenhague (1883-1884), le *Traité de la gastrostomie* de L. H. Petit (1879) et la *Thèse de Cohen* (1885).

Les procédés opératoires mis en usage peuvent se ranger en deux grandes catégories :

1° Opération en un seul temps;

2° Opération en deux temps.

M. Verneuil a remarquablement indiqué la façon de mener la première méthode. Comme je l'ai dit, Howse a préconisé la méthode en deux temps, qui porte son nom, bien que Sédillot ait opéré en deux temps, dans la seconde gastrostomie qu'il eut à faire.

Actuellement, grâce à la technique opératoire très améliorée et à l'antisepsie qui donne une sécurité absolue, on ne doit faire que l'opération en un seul temps. Je ne

décrirai pas les temps opératoires, le siège et la longueur de l'incision, la façon de rechercher l'estomac, de le fixer, de l'ouvrir et de fixer à sa paroi les bords muqueux de la fistule. Mais en publiant plus bas le fait qui m'est personnel, j'indiquerai rapidement le procédé opératoire dont je me suis servi, qui est celui indiqué par M. Terrier dans la *Revue de chirurgie*. Ce procédé est modifié par l'absence de sonde et d'obturateur à demeure, comme Bryant, Hartmann et Delagenière l'ont préconisé.

J'ai obtenu ainsi un résultat encourageant chez un malade opéré le 28 mai 1891, à l'hôpital Broussais, grâce à la libéralité de mon excellent maître M. Reclus, et en suivant ses conseils, pour un rétrécissement cicatriciel de l'œsophage consécutif à l'ingestion d'une solution de soude caustique. Pour l'alimentation, le malade introduit lui-même une sonde dans la fistule gastrique au moment des repas et la retire immédiatement après. Ni suc gastrique, ni substance introduite ne s'écoulent au dehors. Les cas de MM. Delagenière et Hartmann se rapportent à des malades atteints de cancer de l'œsophage. Tout le monde sait que la gastrostomie est alors peu brillante. Dans ces derniers temps, il est vrai, des survies de trois, quatre et cinq mois ont été signalées et il est certain qu'il faut en appeler de ce pronostic *immédiatement* fatal sur lequel insistait M. Lagrange, en 1885, dans la *Revue de chirurgie*, quand on intervient avant la cachexie, l'inanition et l'abaissement de la température. Mais, même dans les résultats considérés comme favorables, la survie est limitée, et bien plus intéressants sont les cas de gastrostomie pour rétrécissement fibreux. Alors, en effet, la survie peut être fort longue et toute amélioration dans le traitement post-opératoire peut avoir une grande importance pratique.

Nombreuses peuvent être les complications de la gastrostomie. En dehors des complications opératoires : hémorrhagie, difficulté de trouver l'estomac rétracté ou abaissé, saisie d'un viscère autre que l'estomac; et des complications rapides : collapsus, péritonite, etc., etc., les accidents éloignés peuvent tous se grouper autour du suivant : agrandissement de la fistule stomacale par digestion de ses bords et écoulement du suc gastrique sur la paroi abdominale. De là, des excoriations, des ulcérations, des érythèmes aigus, des phlegmons de la paroi abdominale par infection des ulcérations, et de l'autodigestion quelquefois très étendue. De là, des douleurs, des portes d'entrée à l'infection, autant de causes de déperdition des forces. Dans certains cas, surtout chez les cancéreux, sous l'influence de la toux si fréquente chez eux, la sonde peut être expulsée. Le suc gastrique s'écoule alors très abondant et les accidents précédents prennent une marche aiguë. Aussi toute l'attention des chirurgiens s'est-elle portée sur ce fait : comment empêcher l'agrandissement de la fistule et l'écoulement au dehors du suc gastrique ?

1° Quelques auteurs ont pensé que le siège de la région stomacale saisie avait une grande importance sur l'écoulement du suc gastrique. On a pris indistinctement le cardia ou la région pylorique. Les objections qui ont été faites à cette dernière n'ont pas une grande valeur. Que l'on choisisse la région pylorique ou le cardia, le résultat est le même quand on injecte le liquide alimentaire dans l'estomac : distension de l'estomac par ce liquide. La seule chose importante est de choisir un point aussi élevé que possible. M. Delagenière, dans le cas qu'il a publié dans la *Revue de chirurgie*, a choisi la face antérieure de l'estomac, non loin du pylore. Dans le cas publié plus bas, j'ai pris un point aussi voisin que possible du cardia, près de la petite courbure, en évitant des vaisseaux volumineux.

2° La suture aussi exacte que possible de la muqueuse gastrique aux bords cutanés de l'incision de la paroi abdominale avait pour but, non seulement de favoriser l'introduction d'un drain dans l'estomac, mais encore de parer aux inconvénients du contact du suc gastrique avec d'autres tissus que l'épithélium stomacal. On espérait ainsi empêcher dans une certaine mesure la digestion de la fistule. Il faut avouer que ce résultat était bien incertain.

3° La petitesse de l'ouverture fistuleuse était recommandée par Bryant dans le même but. La lecture des observations montre que l'introduction d'une sonde dans l'estomac même à frottement dur, faisait perdre tous les bénéfices de la petitesse de la fistule et que celle-ci finissait par s'élargir.

4° D'autres chirurgiens, comme Bergmann, et, non contents d'introduire une sonde ou une canule en vulcanite pour empêcher l'écoulement du suc gastrique au dehors, se servaient d'une canule à deux vessies en caoutchouc dilatables par l'insufflation, séparées par un interstice, dont l'une s'appliquait à la muqueuse et l'autre à la paroi abdominale, l'interstice étant en rapport exact avec les bords de la fistule. Il s'agissait en un mot d'un appareil analogue à la canule-tampon de Treudelenburg. M. Reclus s'est servi de cet appareil sans obtenir un résultat favorable.

5° Enfin, dans ces derniers temps, un certain nombre de chirurgiens ont proposé différents procédés de gastrostomie. Comme le font remarquer MM. Terrier et Louis, « tous avaient pour but de placer l'incision dans de telles conditions qu'elle ne devait pas s'élargir. » (*Revue de chir.*, avril 1891). Je vais les indiquer rapidement.

A. Girard, en 1888, a décrit un mode spécial de gastrostomie avec formation d'un sphincter. Il fait une incision verticale de 15 cent. environ au milieu du muscle grand droit, ouvre la cavité abdominale, fixe le péritoine et résèque dans le muscle droit deux ponts musculaires, un de chaque côté, de 10 cent. de long sur 12 à 15 de large, qu'il libère, sauf à leurs extrémités, et les croise pour former un sphincter. Il fixe ensuite l'estomac, l'ouvre et met une sonde à demeure. Le malade mourut le lendemain. On ne peut donc apprécier la valeur de ce procédé.

B. La même année, Hacker conseille de faire à 2 cent. et demi ou 3 cent. de la ligne médiane, entre les 2e et 3e intersections musculaires, une incision intra-musculaire à laquelle il fixe l'estomac. Il met une sonde dans la fistule et se sert plus tard d'un obturateur. Sydney Jones recommande aussi la fistule intra-musculaire.

C. Hahn (de Berlin) recommande une opération bien compliquée. Il fait d'abord une incision horizontale de 6 à 8 cent. sur l'extrémité antérieure du 8e espace intercostal. Il estime que l'ouverture de la plèvre et l'incision des insertions diaphragmatiques ne présentent aucun inconvénient. Il ouvre le péritoine pariétal au niveau de cet espace intercostal. Puis, il fait sur la ligne blanche, au-dessus de l'ombilic, une incision de 8 cent. qui lui permet d'aller à la recherche de l'estomac. Il prend alors une partie élevée de cet organe avec une pince, le fait hernier à travers l'incision horizontale intercostale et le fixe en ce point.

Pour Hahn, les avantages de sa méthode sont les suivants : siège élevé de fistule, — ouverture stomacale telle que le suc gastrique ne s'écoulerait pas — et enfin, si l'agrandissement de la fistule se faisait, il ne dépasserait pas les limites des cartilages costaux. Von Hacken a fait deux fois cette opération et les avantages signalés par Hahn sont pour lui bien hypothétiques.

D. Delagenière fait une incision médiane sus-ombili-

cale, cherche et fixe le pylore. Au lieu d'une sonde ou d'un obturateur, il place simplement dans la fistule aussi petite que possible un cordon dont l'extrémité a été coupée et qui s'oppose au contact des bords de la fistule.

Tels sont les principaux procédés opératoires auxquels on a eu recours, avec bien peu de succès, il faut l'avouer, pour s'opposer à l'écoulement du suc gastrique. D'après le résultat de M. Hartmann et de l'observation ci-jointe et d'après les observations de M. Terrier (*Rev. de chir.*, avril 1891), on peut, semble-t-il, parer à cet inconvénient en suivant les préceptes suivants :

1° Saisir un point élevé de l'estomac ;

2° Faire une ponction stomacale aussi petite que possible, au ténotome, pouvant admettre à peine une sonde 8 ou 10;

3° Ne pas laisser de sonde à demeure.

Comme pansement : carbonate de magnésie, coton aseptique, bandage de corps. (Le carbonate de magnésie a paru la substance neutralisant le mieux le suc gastrique, dans le cas où il s'en écoulerait quelque petite quantité.)

L'affrontement de la muqueuse gastrique, l'élasticité des tissus qui entourent la fistule s'opposent à tout écoulement. Si cependant celui-ci survenait, il est dû à certaines causes auxquelles on peut facilement remédier. Si l'orifice était un peu trop grand, un point de suture supplémentaire pourrait diminuer son diamètre. Dans l'observation ci-jointe, on peut voir que le malade a eu deux poussées d'érythème aigu. Pour arrêter tout écoulement, il a suffi de remplacer la sonde dont on se servait (n° 15) par une sonde plus petite (n°s 9 et 10).

Cette méthode appliquée en 1882 par Bryant a encore été peu employée en France. C'est pour cela que nous avons cru utile de publier notre cas. Les avantages en sont appréciables. Quand il s'agit d'un malade atteint d'un rétrécissement fibreux qui peut espérer une longue vie, le fait de ne pas porter en permanence une sonde ou un obturateur, de pouvoir aller, venir, vaquer à ses occupations sans perdre de suc gastrique, avec une fistulette à peine appréciable, qui reste toujours petite, est certainement préférable à tous les faits contraires qu'on pourrait opposer.

L'opération est d'une grande simplicité. L'incision classique de 8 cent., à 2 cent. en dedans du rebord des fausses côtes gauches, s'arrêtant au 9e cartilage costal, est celle que nous avons employée. Avec cette incision la recherche de l'estomac est en général facile et on tombe près du cardia si on veut saisir cette région.

Deux petits points au sujet des temps opératoires :

1° Quand on ponctionne l'estomac, après avoir suturé le péritoine pariétal au péritoine viscéral, et avoir fermé la paroi abdominale au-dessus et au-dessous de la collerette péritonéale, il vaut mieux faire la ponction normalement à la surface de l'estomac, en laissant cet organe en place, sans faire de pli avec des pinces. Dans ce dernier cas, en effet, les parois de l'estomac s'accolent entre elles sur une certaine étendue, la muqueuse s'adosse à elle-même, au niveau du pli que l'on forme et que l'on soulève. Aussi le ténotome, au lieu de tomber juste au milieu du pli pour pénétrer dans la cavité stomacale, peut cheminer dans l'épaisseur des parois stomacales et on ne sait plus alors où l'on se trouve. En laissant l'estomac en place, ce petit inconvénient disparaît.

2° Quand on a suturé la muqueuse et les lèvres cutanées supérieure et inférieure de la paroi abdominale par quelques points de suture séparés, il reste un point mal affronté, un petit hiatus au niveau de l'angle supérieur et inférieur de la réunion. Pour le supprimer, il suffit de prendre, avec le même fil, au niveau de chaque angle, *à la fois*, la muqueuse, la lèvre supérieure et la lèvre inférieure de l'incision cutanée. De cette façon l'affrontement cutanéo-muqueux est parfait.

Bien qu'un seul point de la gastrostomie soit développé plus haut, je désire, pour terminer, indiquer brièvement le pronostic de cette intervention dans les rétrécissements fibreux. Si l'on consulte les dernières statistiques publiées, celle de M. Cohen et celle de Zezas, on trouve une mortalité élevée : M. Cohen réunit 53 opérations avec 24 guérisons, Zezas donne 21 gastrostomies avec 7 guérisons définitives et 10 succès opératoires. En ne prenant que cette dernière, on a 4 décès sur 21 cas, soit 20 0/0 de mortalité. Mais ces statistiques ont le grand tort de prendre les cas antérieurs à l'antisepsie et de les grouper avec les faits de la période actuelle. Quand il s'agit d'une opération abdominale, cette façon de procéder charge les statistiques encore bien plus que dans les cas de chirurgie générale. Aussi peut-on affirmer que la gastrostomie est bien plus bénigne que ne le disent les statistiques. Avec l'antisepsie, le choc étant à peu près nul, *si l'on opère avant l'inanition*, la mortalité doit descendre à zéro, et la gastrostomie doit être considérée comme une des plus bénignes parmi les opérations abdominales.

Observation résumée. — *Gastrostomie pour rétrécissement fibreux, faite à la cocaïne sans laisser ni sonde ni obturateur à demeure.* — Le nommé Rav. Henri, âgé de 33 ans, infirmier à l'hôpital Broussais, ayant des antécédents alcooliques manifestes, absorbe, le 15 mars 1891, deux ou trois gorgées d'une solution de soude au 1/6. Le dernier repas avait eu lieu quatre heures avant l'accident. Vomissements d'abord après l'ingestion. Douleurs immédiates très vives dans la gorge et la bouche seulement.

Amené dans le service de M. Barth, le malade est soumis à la médication suivante : injection de morphine, lavement au chloral, absorption d'une solution vinaigrée, de lait et de glace.

Le lendemain matin : temp. 38°, facies exprimant souffrance et angoisse, vomissements incessants. Pas de douleur ni le long de l'œsophage, ni dans la région épigastrique. Exsudats pseudo-membraneux sur toute l'étendue de la langue et de la face interne des joues. L'arrière-bouche est brûlée plus profondément : pseudo-membranes sur piliers et sur amygdale gauche. Sur amygdale droite, ulcération assez profonde. Le malade ne peut avaler la moindre quantité de lait sans être pris de vomissements immédiats. Œsophagite ne laissant rien passer. Rien à l'auscultation. Trait. : glace, lait, collutoire cocaïné.

Le 17 mars, les vomissements sont un peu calmés, la souffrance est moins vive. Douleur épigastrique légère à la pression, ne durant d'ailleurs que 2 jours. On constate en outre de l'adénite rétro-maxillaire bilatérale qui disparaît après quatre jours.

Le 23 mars, dysphagie un peu diminuée, grande amélioration de l'état local. Langue complètement détergée. Dans le fond de la bouche on remarque des ulcérations assez profondes.

Je passe rapidement sur les accidents de dysphagie croissante qui se sont accentués jusqu'au moment de l'opération. le lait est lui-même rejeté sans être ingéré.

Amaigrissement rapide : perte de 500 grammes par jour. Cathétérisme œsophagien pratiqué le 15 mai, permet de constater l'existence d'un rétrécissement à 8 cent. et un second à 13 cent. de l'extrémité supérieure de l'œsophage. Ce dernier ne peut être franchi.

Soit à cause d'un rétrécissement fibreux, soit à cause de l'œsophagite avec spasme, le malade ne peut rien avaler et dépérit rapidement à tel point que le 25 mai, c'est-à-dire 2 mois 1/2 environ après l'accident, il a maigri de 30 kilogr. Temp. de 36°5 à 37°.

M. Reclus, auquel on montre le malade, décide l'opération de la gastrostomie. Mon excellent maître a la bonté de m'autoriser à la faire sous sa direction, ce dont je le remercie bien sincèrement.

Opération le 28 mai. — Injection de 5 centigrammes de cocaïne (deux seringues de Pravaz d'une solution au 1/50), d'après les règles bien connues, en suivant le trajet présumé de l'incision.

Incision de 10 centim. à 2 centim. en dedans du rebord des fausses côtes gauches partant de la ligne médiane oblique en bas et en dehors, et s'arrêtant au niveau du 9e cartilage costal. Section des divers plans de la paroi abdominale, hémostase parfaite, section du péritoine pariétal.

Recherche de l'estomac très facile en suivant le bord inférieur du foie. L'estomac est saisi avec une pince à traction et la surface de la paroi antérieure que l'on veut fixer à la paroi abdominale est attirée au dehors. Cette surface est située au-dessous et à gauche du cardia.

Fixation de l'estomac au péritoine pariétal et à la paroi de la façon suivante : un fil de soie saisit le muscle grand oblique, l'aponévrose profonde de ce muscle, le transverse ; son aponévrose et le péritoine pariétal, puis il prend le péritoine viscéral et la couche musculeuse seulement de l'estomac, chemine dans la paroi et marche suivant 1 cent. 1/2 ou 2 cent. et ressort pour saisir les mêmes couches de la paroi abdominale que précédemment. Quatre fils pour la lèvre supérieure. Quatre fils pour la lèvre inférieure. Un au niveau de chaque angle.

Le péritoine pariétal est fermé au-dessus et au-dessous de l'estomac. Réunion des lèvres cutanées au crin de Florence, au-dessus et au-dessous de la partie de l'estomac qui est fixée.

A ce moment, ponction de l'estomac avec un ténotome, en faisant un pli qui est attiré en avant à l'aide d'une pince à griffes. Difficulté de ce petit temps tenant à ce que le ténotome chemine dans l'épaisseur des parois de l'estomac au lieu de tomber dans la cavité stomacale. Ponction est faite normalement à la surface de l'estomac, en le laissant en place. Ponction aussi petite que possible. Fixation de la muqueuse gastrique à la lèvre supérieure et à la lèvre inférieure de l'incision cutanée. Fixation aussi exacte que possible de l'angle supérieur et de l'angle inférieur de cette incision à la muqueuse de l'estomac, comme je l'ai dit plus haut. Pas de sonde à demeure. Pansement au carbonate de magnésie, coton hydrophile, bandage de corps. Durée de l'opération : 45 minutes. L'opération a été bien supportée par le malade. Il ne s'est plaint que de quelques douleurs quand l'estomac était tiraillé pour être attiré au dehors.

Température normale le soir de l'opération et les jours suivants.

A trois heures de l'après-midi, premier repas comprenant du lait et du champagne. Introduction facile d'une sonde n° 15 pour l'alimentation. Sonde retirée immédiatement après l'ingestion. Rien ne s'écoule au dehors.

Les jours suivants, rien à noter : quatre repas par jour — ne comprenant que du lait et des jaunes d'œufs. — Le malade va et vient, depuis le 4e jour après l'opération.

Sutures enlevées 8 jours après l'opération.

Le 15 juin, poussée d'érythème aigu, consécutive à un écoulement assez abondant de suc gastrique, et qui cède rapidement à l'emploi de vaseline boriquée.

Le 20 juillet, nouvelle poussée d'érythème due à la même cause que précédemment. Pour remédier à ce petit écoulement, on remplace la sonde qui est un peu trop grosse (n° 18), qui fait un peu de dilatation de la fistule, par une sonde plus petite (nos 9 et 10). Depuis lors, plus d'érythème.

Le malade ingère par jour 5 litres de lait, 250 grammes de farine cuite qu'il dilue dans le lait et cinq ou six jaunes d'œufs. Il a engraissé de 5 kilos depuis l'opération.

L'état général laisse cependant à désirer. J'ai dit que le malade était alcoolique. Depuis l'opération, il est en outre devenu morphinomane.

Actuellement, la cicatrice a très bon aspect. Pas la moindre trace d'érythème. Fistulette à peine appréciable au milieu de la plaie. Pas la moindre quantité de liquide ne s'écoule, même sitôt après que l'ingestion a eu lieu.

Quant *à l'œsophage*, il est complètement imperméable. Un premier rétrécissement siège à 8 cent. de l'extrémité supérieure de l'œsophage, un second à 7 cent. plus bas. Le premier rétrécissement se laisse franchir par une sonde n° 12 de la filière Charrière ; le second est infranchissable par les plus petites sondes.

CORRESPONDANCE

A monsieur le docteur Paul Reclus, professeur agrégé, chirurgien des hôpitaux de Paris.

Mon cher maître,

En préconisant les injections intra-dermiques de cocaïne comme « anesthésie locale » dans les opérations courantes, vous avez rendu un très grand service aux praticiens des campagnes, à ceux qui, comme moi, appelés à faire, le plus souvent, des opérations d'urgence sans aides ou avec une assistance insuffisante, n'emploient que rarement le chloroforme à cause de la grande surveillance que réclame son administration.

Pour ces raisons j'ai voulu mettre en pratique vos conseils et je suis heureux de vous dire qu'ils ont été couronnés d'un plein succès. Voici les opérations que j'ai pratiquées depuis un an et dans lesquelles j'ai utilisé les injections de cocaïne :

1° Kélotomie pour hernie crurale étranglée chez une femme de 60 ans. Injection de 0,08 centigrammes de cocaïne (solution à 2 0/0). Assistance de mon confrère le Dr Parat (de Ballancourt) ;

2° Kélotomie pour hernie inguinale étranglée chez un homme de 42 ans, résection du sac, 0,08 centigrammes de cocaïne. Aide de mon confrère le Dr Leblanc (de Saint-Vrain).

3° Kélotomie pour hernie inguinale étranglée chez une femme de 50 ans, excision d'une certaine quantité d'épiploon, 0,08 centigrammes de cocaïne. Assistance de mon confrère le Dr Leblanc.

4° Cancer du rectum remontant très haut et formant à la marge de l'anus un volumineux champignon qui saignait beaucoup et rendait impossible la position assise. Femme de 61 ans. Extirpation du champignon au thermocautère, 0,08 centigrammes de cocaïne. Aide de mon confrère le Dr Regoby (de Perthes-en-Gâtinais).

5° Ablation d'une tumeur bénigne du sein, femme de 28 ans, 0,04 centigrammes de cocaïne.

6° Incision au thermocautère d'une fistule anale, femme de 30 ans. 0,06 centigrammes de cocaïne.

7° Incision au bistouri (avec grattage du trajet fistuleux) d'une fistule anale, homme de 45 ans, 0,06 centigrammes de cocaïne.

8° Ablation d'un cancroïde de la lèvre, homme de 53 ans, 0,04 centigrammes de cocaïne. Aide de mon ami M. Leclézio, étudiant en médecine.

9° Extirpation d'un lipome de la partie postérieure du cou (gros comme le poing), femme de 40 ans, 0,08 centigrammes de cocaïne. Assistance de mon confrère le Dr Leblanc.

10° Incision d'un vaste abcès de la cuisse, homme de 20 ans, 0,04 centigrammes de cocaïne ;

11° Incision d'un adéno-phlegmon du cou, homme de 23 ans, 0,04 centigrammes de cocaïne ;

12° Incision d'un abcès profond de la jambe, femme de 26 ans, 0,03 centigrammes de cocaïne ;

13° Ligature des artères de l'avant-bras pour arrêter une hémorrhagie de la paume de la main (blessure des arcades palmaires) qui avait résisté aux autres moyens hémostatiques (compression, cautérisation au fer rouge, etc.). 0,06 centigrammes de cocaïne. Assistance de mon ami M. Leclézio, étudiant en médecine.

14° Amputation du doigt, homme de 36 ans, 0,04 centigrammes de cocaïne.

Je n'ai pas eu, dans toutes ces opérations, la moindre alerte à subir et, pour me servir de votre expression, « rien n'est venu troubler l'équilibre physiologique de mes opérés ». Mais il est bon de vous dire que je ne me suis pas départi une seule fois des règles formulées par vous dans l'emploi de ce précieux anesthésique. Je me suis servi exclusivement de la solution de cocaïne à 2 0/0 et n'ai jamais dépassé les « doses maniables ». J'ai évité, avec le plus soin, d'injecter le liquide dans l'intérieur des vaisseaux sanguins et cela, en prenant les précautions que vous recommandez, c'est-à-dire qu'après avoir introduit l'aiguille de Pravaz dans les tissus, je la fais cheminer lentement tout en pressant sur le piston au fur et à mesure que j'avance. La cocaïne, ainsi déposée, produit une

traînée blanchâtre, analgésiée, sur laquelle porte mon incision.

J'estime que c'est pour m'être conformé à ces principes que je n'ai pas eu le plus petit accident à déplorer.

Veuillez agréer, etc.

Dr J. Para
(de La Ferté-Alais).

20 octobre.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Syphilis cérébro-spinale (Multiple cerebro-spinal syphilis), par B. Sachs (*The New-York medical Journal*, 19 septembre 1891, n° 668, p. 309). — A l'occasion de 6 observations qu'il rapporte, l'auteur étudie anatomiquement, et surtout cliniquement, la syphilis des centres nerveux. Au point de vue histologique il insiste sur les analogies qui existent entre les altérations produites par les processus tuberculeux et syphilitiques, analogies telles que seule, en bien des cas, la constatation du bacille permet de décider. Au point de vue clinique, il indique le diagnostic différentiel avec la sclérose en plaques, la tuberculose des centres nerveux, le tabès. A cette occasion, il rappelle un cas où le diagnostic de tabès fut porté, et où le réflexe rotulien réapparut d'un côté, à la suite du traitement spécifique.

En somme, dans la syphilis cérébro-spinale, il existe une méningite spécifique affectant inégalement le cerveau et la moelle, ainsi que des néoplasies déposées en divers points de la substance de ces organes; l'association de paralysies des nerfs crâniens avec des signes spinaux, — à type spasmodique le plus souvent, — les commémoratifs, des rémissions répétées, donnent une apparence réellement spéciale à cette maladie.

Syphilis cérébro-spinale (A case of cerebro-spinal syphilis with an unusual lesion in the spinal cord), par Henry M. Thomas (*The Johns Hopkins Hospital Reports*, août 1891, n° 6, p. 369). — Homme âgé de 33 ans, sans histoire syphilitique connue. Paralysie du nerf de la 6e paire à droite accompagnée de céphalée intense en janvier, améliorée par le traitement. En mai, céphalée avec paralysie du nerf de la 4e paire à gauche. En novembre, paralysie du nerf de la 3e paire à gauche. Parésie hémiplégique droite avec faibles troubles de la sensibilité. Coma. Mort. A l'autopsie, orchite syphilitique, endartérite gommeuse des artères cérébrales, gomme sur le nerf gauche de la 3e paire entourant le pédoncule, sur le nerf de la 4e gauche, le 6e droit, le 9e et le 12e. Gomme sur la face antérieure de la moelle au niveau de la 3e paire cervicale. Méningite rachidienne. Poliomyélite du renflement lombaire. Dégénération hyaline de la tunique des petites artères. A noter, outre les lésions de poliomyélite antérieure du renflement lombaire, qu'il existe dans la partie centrale de la corne gauche de la moelle lombaire une cavité consécutive sans doute à une hémorrhagie, entourée d'une aire de tissu dégénéré, et relativement considérable. L'auteur pense que les lésions de la poliomyélite elle-même sont consécutives aux altérations vasculaires.

Ophthalmoplégie nucléaire de la 3e paire (Contributo allo studio delle oftalmoplegie nucleari del III paio), par P. de Bono (*La Riforma medica*, 10 juin 1891, n° 130, p. 649). — Trois observations : la première concerne un homme de 66 ans, tabétique, atteint d'ophthalmoplégie interne complète bilatérale, avec ophthalmoplégie externe incomplète à droite et spasme unilatéral du facial du même côté; la seconde a trait à un syphilitique ayant du ptosis intermittent et de la parésie du droit interne et du droit inférieur gauche; dans le troisième cas, il existe une ophthalmoplégie interne complète bilatérale; de l'ophthalmoplégie partielle interne (droit interne et droit supérieur à droite, droit interne et oblique inférieur à gauche), de l'anesthésie bilatérale des rameaux ciliaires, de la dissociation des mouvements des yeux, de l'analgésie de la pointe et de la partie marginale de la langue, et de l'hypoesthésie de la moitié gauche de la face.

Centres vaso-moteurs dans la couche optique (Vaso-tonic centres in the thalami), par S. Ott (*The Journal of nervous and mental diseases*, août 1891, n° 8, p. 483). — Il résulte d'un certain nombre d'expériences faites sur des lapins, et ayant consisté en section de la partie antérieure des couches optiques, que ces lésions ont pour résultat de diminuer la pression artérielle; on en peut conclure que les couches optiques exercent une influence sur le système vaso-moteur.

Simulation dans les maladies nerveuses par accidents (Weitere Bemerkungen über Simulation bei Unfallnervenkranken), par Mœbius (*Münchener medicinische Wochenschrift*, 29 sept. 1891, n° 29, p. 677). — Dans ce travail, après avoir répondu à des critiques qui lui ont été adressées par M. Seeligmüller, l'auteur fait les remarques suivantes. Le nombre des névroses traumatiques a augmenté beaucoup en ces derniers temps, et parallèlement, le nombre des hystériques et des neurasthéniques s'est accru rapidement. Le rétrécissement concentrique permanent du champ visuel est, comme Charcot l'a enseigné constamment, un signe appartenant exclusivement à l'hystérie. Il est aisé de comprendre qu'un accident rompe plus facilement l'équilibre du système nerveux chez un alcoolique que chez un sujet sain : cependant dans les sujets atteints de maladies nerveuses par accident, il y a peu de buveurs. Toutefois c'est dans cette catégorie de sujets que l'on voit les cas les plus graves d'hystérie. Il est très vraisemblable que les intoxications et les infections, syphilitique et autres, constituent une prédisposition pour l'hystérie traumatique.

Recherches expérimentales sur les voies motrices de la moelle épinière, par G. Rossolimo (*Archives de neurologie*, n° 64, p. 52 et 65, p. 188). — L'auteur conclut d'expériences nombreuses et conduites avec sagacité que : lorsque chez un animal soumis à l'hémisection de la moelle épinière, les mouvements volontaires de l'extrémité paralysée reviennent à l'état primitif, cela se produit toujours par la suppléance des voies nerveuses atteintes par l'opération, se faisant par la création de nouvelles voies, disposées du côté opposé et intact de la moelle épinière dans toute sa longueur, du haut en bas, c'est-à-dire de l'entrecroisement des pyramides au niveau des racines motrices, contenant les fibres nerveuses pour l'extrémité postérieure, où elles passent immédiatement du côté de la lésion.

MÉDECINE

Un cas d'acromégalie, par P. Spillmann et P. Haushalter (*Revue de médecine*, septembre 1891, p. 775). — Observation d'une femme de 52 ans, chez laquelle les premiers symptômes de l'affection ont été reconnus pour la première fois à l'âge de 40 ans à la suite de la suppression des règles. Déformations caractéristiques de la face, des mains, des pieds; cyphose; la peau est devenue huileuse et salit beaucoup le linge, sueurs froides; pas de polyurie, ni de modifications qualitatives des urines, pouls très lent (56); pas de modifications du corps thyroïde, le larynx ne semble pas élargi, mais la voix est plus grave que chez les femmes du même âge; la vue a considérablement diminué depuis 10 ans; et à gauche amaurose complète avec un peu de strabisme externe.

Le calomel par la voie endermique dans la syphilis (L'uso del calomelano per la vie endermica nella cura della sifilide), par A. Ruata et R. Bovero (*Giornale della R. Accad. di Medic. di Torino*, mai 1891, p. 262). — Les frictions avec une pommade au calomel (calomel 1, lanoline 4, beurre de cacao 1), répétées 5 à 7 fois avec 50 à 60 centigr. de calomel à chaque friction amènent rapidement la guérison des accidents secondaires de la syphilis. Ce mode de traitement a sur les injections de calomel l'avantage de ne pas être douloureux, de ne pas obliger les malades à garder le lit et de ne jamais provoquer la formation d'abcès, sur les frictions avec l'onguent mercuriel celui d'être plus propre et plus facile à dissimuler et de ne provoquer ni lésions irritatives locales ni stomatite.

Diagnostic et traitement précoces de la syphilis (Premature diagnosis and premature treatment of syphilis), par Dembitz (*Medic. News*, Philadelphie, 29 août 1891, p. 229). — L'auteur pense qu'on ne doit jamais porter le diagnostic

de chancre syphilitique que lorsque l'on peut le faire avec certitude et qu'on ne doit jamais instituer le traitement que quand le diagnostic est absolument certain. Le mercure n'a d'après lui d'action tonique que lorsque la généralisation syphilitique est faite, et non quand la syphilis ne se traduit encore que par une lésion locale; de plus, si le diagnostic est erroné, le mercure peut être nuisible; aussi, à moins de nécessité particulière, ne doit-on commencer le traitement mercuriel que lorsqu'il y a des signes certains de syphilis constitutionnelle, tels que les éruptions généralisées ou les plaques muqueuses.

Déplacement du cœur à droite dans la pleurésie droite, par DUCAMP (*Montpellier médical*, 16 septembre 1891, p. 245). — Observation d'un homme chez lequel, quinze jours après le début d'une pleurésie droite avec épanchement plus abondant, on constata de la sonorité à la région précordiale, avec bruits du cœur lointains et affaiblis; à droite battements visibles à l'œil, très sensibles à la main dans les 3e et 4e espaces intercostaux et dans une étendue de 3 centimètres en dehors du sternum; les bruits du cœur ont leur maximum à droite. Au bout d'un mois, le cœur commença à regagner sa position normale qu'il atteignit 5 semaines plus tard; les déplacements du cœur, dans un sens ou dans l'autre, se sont toujours produits d'une façon brusque, ainsi que le faisait constater l'examen du cœur répété tous les jours. L'auteur rejette l'hypothèse du déplacement par suite de la rétraction d'adhérences établies entre la plèvre droite et le péricarde et pense que le déplacement était le résultat de la distension du poumon gauche par suite de la suractivité fonctionnelle à laquelle il était soumis en raison des lésions du poumon droit (tubercules, adhérences résultant d'une pleurésie ancienne, épanchement à la base); il le compare à ce qui se passe dans l'emphysème.

De la myocardite diphthéritique aiguë, par RABOT et A. PHILIPPE (*Arch. de médec. expérim.*, sept. 1891, p. 646). — La diphthérie toxique maligne détermine dans le myocarde, comme dans tous les organes, des lésions dégénératives importantes sans histoire clinique véritable, car les quelques signes qui peut-être dépendraient plutôt de ces lésions se confondent avec les symptômes de l'infection générale. La véritable myocardite diphthéritique aiguë est essentiellement une myocardite interstitielle qui présente le plus souvent une disposition nodulaire et ne paraît pas être sous la dépendance de lésions vasculaires. Cette myocardite se traduit souvent au début par une syncope et par une pâleur spéciale, une teinte jaune blafard qui rappelle la pâleur cadavérique et qui s'accompagne d'une faiblesse musculaire extrême; le pouls est remarquablement faible, sans tension; d'autres fois il y a de l'arhythmie à laquelle peut s'associer de la tachycardie, un rhythme de galop à bruit surajouté très avancé dans la diastole, un rhythme digitalique; l'albumine réapparaît dans l'urine; les lésions peuvent encore guérir à ce moment, mais elles peuvent aussi s'aggraver, le cœur se dilate, sa matité augmente, la tachycardie devient excessive, on entend un souffle systolique doux à la pointe, dû à la dilatation ventriculaire, il survient de l'œdème des membres inférieurs, parfois une anasarque généralisée, des vomissements alimentaires et bilieux, les urines sont rares et fortement albumineuses, l'oppression devient intense. La mort arrive par affaiblissement progressif ou par une complication telle qu'une pneumonie, plus souvent encore par syncope. La myocardite peut être confondue avec la paralysie cardiaque d'origine diphthéritique, laquelle est beaucoup plus rare qu'on ne le dit et dans laquelle il y a prédominance des troubles dyspnéiques et qui succède souvent à une paralysie diphthéritique absolument généralisée.

Nouvelle observation de lésion mitrale et tuberculose pulmonaire, par DUCAMP (*Montpellier médical*, 1er octobre 1891, p. 314). — Femme de 23 ans, présentant depuis 9 mois des symptômes de tuberculose pulmonaire; pas de signes fonctionnels de cardiopathie, mais on trouve un souffle râpeux occupant le premier temps du cœur à la pointe, avec propagation vers l'aisselle. Mort par les progrès de la lésion pulmonaire. A l'autopsie, cavernes aux deux sommets, lésions d'endocardite limitées à la valvule mitrale. L'affection cardiaque n'a eu aucune influence sur la tuberculose pulmonaire qui s'est développée à l'âge de sa plus grande fréquence. L'auteur fait remarquer que la lésion mitrale était compensée et qu'il n'y avait pas d'œdème pulmonaire, ce qui est, d'après Peter et Lépine, la lésion qui s'oppose au développement de la tuberculose chez les cardiaques.

CHIRURGIE

Résection de l'intestin (Ueber fünf Darmresectionen), par N. v. BARAÇZ (*Arch. f. klin. Chir.*, 1891, vol. XLII, p. 492). — Après avoir rapporté cinq cas de résection de l'intestin (dans 2 hernies étranglées, 2 anus contre nature, 1 sarcome du cæcum) et passé en revue la littérature du sujet, l'auteur arrive aux conclusions suivantes :

1° Dans la gangrène de l'intestin, la résection primitive n'est indiquée que dans le cas d'étranglement élastique et ayant déjà duré un certain temps, quand on ne trouve pas de collapsus, ni de symptômes péritoniques, ni de gangrène ou d'inflammation phlegmoneuse du sac. Dans le cas contraire, l'établissement d'un anus contre nature est préférable.

2° Dans l'anus contre nature, la résection est indiquée quand on n'arrive à le fermer ni par le procédé de Dupuytren ni à l'aide des opérations plastiques; elle est encore indiquée dans les cas de prolapsus et de rétrécissement de l'intestin. Elle est contre-indiquée et même dangereuse dans l'anus contre nature avec adhérences solides entre les anses intestinales.

3° Dans les tumeurs du gros intestin, la résection de l'intestin suivie d'entérorrhaphie doit être considérée comme une opération exceptionnelle dans les cas de petites tumeurs mobiles n'ayant pas altéré l'état général du malade. Si la tumeur est volumineuse, on peut faire soit un anus contre nature, soit l'entéro-colostomie de Senn.

4° Dans les néoplasmes du cæcum ou de la valvule de Bauhin on peut faire ou la résection de l'intestin suivie d'établissement d'un anus contre nature, ou l'anastomose indiquée par Senn, ou un anus contre nature seul. L'entérorrhaphie donne dans ces cas des résultats déplorables et, en plus, est très difficile.

Néoplasmes du vagin (Zur Kenntniss der Neubildungen der Scheide), par P. STRASSMANN (*Centralbl. f. Gynæk.*, 1891, n° 41, p. 825). — L'auteur rapporte deux cas de tumeurs du vagin. Dans le premier, il s'agit d'une femme de 41 ans, mariée depuis 18 ans, mais n'ayant pas eu d'enfants. Depuis quelque temps, elle éprouvait des élancements dans le vagin et l'anus qu'elle attribuait à la migration d'une épingle avalée il y a un an. Au toucher on trouvait sur le côté droit de la cloison recto-vaginale deux petites tumeurs des dimensions d'une lentille. On fit l'énucléation, et l'examen microscopique montra qu'il s'agissait de fibromes crétifiés.

L'autre cas se rapporte à une demoiselle de 34 ans chez laquelle on trouvait à l'entrée du vagin une tumeur bilobée, molle, presque kystique, dont la base s'insérait sur la paroi antérieure du vagin. L'urèthre était déplacé à droite.

La tumeur enlevée et examinée au microscope était un fibro-myome mou.

Lymphangiome caverneux (Notes of a case of lymphangioma cavernosum), par DALE JAMES (*Lancet*, 20 juin 1891, p. 1372). — Garçon de 5 ans, anémique, ne présentant d'autre maladie qu'une tumeur molle, demi-élastique, à l'angle de l'omoplate gauche; à la surface de cette tumeur, il y a quatre saillies vésiculaires du volume d'une tête d'épingle; ces saillies sont tellement tendues qu'elles semblent cornées et ne se rompent pas par la pression entre les ongles, mais à la piqûre il en jaillit un mince jet de liquide. La tumeur n'a été remarquée qu'il y a six mois; elle est molle, légèrement teintée de bleu, n'envahit pas beaucoup la peau, mais est sous-cutanée et mobile sur les parties sous-jacentes; son volume ne se modifie pas par la pression. Après son ablation, la tumeur présente à l'œil nu un grand nombre de petits espaces dont les plus larges peuvent contenir l'extrémité du doigt; les plus petits contiennent de la lymphe de coloration rosée, les plus larges un liquide qui a l'aspect du sang veineux. Au microscope, la tumeur présente les caractères du lymphangiome, mais diffère des faits décrits par la plupart des auteurs en ce qu'elle occupe non pas la couche papillaire du derme, mais une portion plus profonde et est due probablement non à une obstruction, mais à une hyperplasie congénitale.

Trois laparotomies avec anesthésie par éther et cocaïne (Drei Laparotomien ohne Chloroformnarkose unter Anwendung der localen combinirten Aether-Cocainanæsthesie) par Schleich (*Berl. klin. Woch.*, 1891, n° 35, p. 862). — Il y a longtemps que l'auteur a renoncé au chloroforme dans les opérations chirurgicales les plus variées (résections osseuses, amputation des doigts, herniotoses, etc.), où il provoque l'anesthésie par les pulvérisations d'éther et injections *intra-cutanées* de cocaïne.

Dans les trois laparotomies (2 kystes de l'ovaire, une gastrostomie), l'auteur a procédé d'une façon différente.

Dans un but humanitaire, pour cacher aux malades la vue des instruments, on donne au début un peu de chloroforme, sans aller jusqu'à provoquer l'abolition des réflexes, de sorte que la malade étourdie peut même répondre aux questions qu'on lui adresse. On fait ensuite sur la ligne médiane les pulvérisations d'éther et les injections intra-cutanées de cocaïne (8 piqûres espacées de l'ombilic jusqu'au pubis). Incision de la peau, et nouvelles piqûres de cocaïne le long de la ligne blanche. Ouverture de l'abdomen, recherche de la tumeur; nouvelles injections de cocaïne dans le pédicule et ablation de la tumeur. Suture du péritoine, suture de la plaie. Guérison sans accidents.

Dans le premier cas on a employé en tout 0,0225 milligr. de cocaïne d'une solution de 0,75 p. 100; dans le second cas 0,030 milligr. et dans le troisième la valeur d'une seule seringue de Pravaz. Les malades n'ont pas souffert pendant l'opération.

BIBLIOGRAPHIE

Histoire des doctrines de psychologie physiologique contemporaines. Les fonctions du cerveau. *Doctrines de l'Ecole de Strasbourg et de l'Ecole italienne*, par Jules Soury, de la Bibliothèque nationale, maître de conférences à l'Ecole pratique des Hautes-Etudes. 1 vol. in-8°, xvi-464 pages. Paris, Bureaux du *Progrès médical*, 1891.

Deux des grandes théories scientifiques, qui ont à si juste titre retenu l'attention des savants contemporains, ont eu une fortune presque identique. Nées l'une et l'autre dans les premières années du siècle, elles ont, après un éclat momentané, succombé sous les coups de leurs adversaires, mais pour renaître peu après, plus fortes et mieux armées. Ce n'est que cinquante ans après la publication de l'œuvre géniale de Lamarck, que le transformisme a eu droit de cité dans la science, grâce aux remarquables travaux de Darwin et de son école. La doctrine des localisations cérébrales, dont Gall s'était fait le promoteur, n'eut qu'un règne éphémère; elle tomba non seulement par les critiques qui lui furent adressées, mais aussi grâce à l'outrance de ses partisans. Mais la théorie, pour avoir été mal appliquée, n'en était pas moins vraie, comme l'avenir s'est chargé de le prouver.

Les mémorables recherches de Broca sur l'aphasie; puis, plus tard, les travaux de Fritsch et Hitzig, en Allemagne, et ceux de Ferrier, en Angleterre, ont réveillé la question des localisations cérébrales, qui semblait complètement abandonnée, et l'ont définitivement placée sur un véritable terrain scientifique. Une nuée de travailleurs s'est jetée avec empressement sur ce nouveau filon et l'a creusé avec ardeur : les uns à l'aide de l'expérimentation, les autres en appliquant l'observation anatomo-clinique. C'est à l'emploi presque exclusif de cette dernière méthode que nous devons les remarquables recherches de M. le professeur Charcot et de son école.

Depuis vingt ans surtout les travaux sur la question abondent : mémoires originaux, observations cliniques. Ce sont moins les documents qui manquent que leur appréciation critique, leur groupement synthétique et les déductions philosophiques ou psychologiques à en tirer. Une telle œuvre demande, il est vrai, des qualités multiples, heureusement réunies chez l'auteur du volume que nous présentons aux lecteurs de la *Gazette*. D'une érudition peu commune en tout ce qui concerne les sciences biologiques, écrivain clair et précis, M. Jules Soury est en outre un philosophe naturaliste, à qui n'est étrangère aucune des grandes synthèses scientifiques créées dans le cours des âges par la pensée humaine. Chargé, comme maître de conférences à l'Ecole des Hautes-Etudes, d'un cours d'histoire des doctrines psychologiques contemporaines, il a été naturellement amené à étudier les travaux relatifs à la théorie scientifique des localisations cérébrales. Cette étude, il ne nous la présente pas « en bloc », qu'on me passe l'expression, mais par écoles; non pas que les faits constatés ou constatables soient divers par pays ou nationalités, mais leur interprétation diffère selon la race, le milieu ou les circonstances. « Je ne sais, mais j'incline à croire, dit à ce sujet notre auteur, qu'on pourrait faire pour les théories scientifiques ce qu'on a fait pour les arts et pour les littératures, car il faut bien que le savant, lorsqu'il construit une théorie, qui n'est au fond qu'une œuvre d'art, décèle les origines ethniques de son esprit, les influences du milieu et de l'époque où il s'est développé, l'empreinte qu'il a reçue des maîtres ou de la culture du groupe dont il fait partie. Il est peut-être plus facile de réunir les éléments constitutifs d'une école de littérature ou de peinture que ceux d'une école de physiologistes ou de cliniciens. Mais, au sens où nous l'entendons, peut-on nier qu'il ait existé de tout temps et qu'il existe encore des écoles? N'y a-t-il pas eu l'école de Montpellier? N'y a-t-il pas l'école de la Salpêtrière et l'école de Nancy? » (P. xi.)

Partant de ce point de vue, M. Jules Soury étudie dans ce volume les doctrines de l'école de Strasbourg et celles de l'école italienne sur les fonctions du cerveau. De l'exposition des premières nous n'avons rien à ajouter à ce que nous en avons dit ici même, il y a trois ans (V. *Gazette hebdomadaire*, 1888, n° 35); rappelons seulement que cette première partie est consacrée à l'étude critique des recherches du professeur Goltz.

Goltz est surtout un expérimentateur. Les savants italiens, aux travaux desquels M. Jules Soury attache une importance méritée, ont associé la méthode clinique à la méthode expérimentale, et sont arrivés ainsi à des résultats plus précis et plus nets. Est-il besoin de rappeler à ce sujet les recherches si suggestives de Tamburini, de Luciani, de Leppilli, de Morselli, de tant d'autres travailleurs, dont on trouvera dans la seconde partie du volume de M. Soury une analyse si claire, en même temps qu'une critique si pénétrante? Il nous est impossible de suivre l'auteur pas à pas : nous voudrions surtout indiquer les points sur lesquels, grâce à sa sagacité, il a porté la lumière; mais il nous faudrait pour cela plus d'espace qu'il n'est d'ordinaire accordé à un simple article bibliographique. On nous saura gré de résumer en quelques lignes les diverses questions étudiées.

Après un chapitre d'une grande portée philosophique sur la méthode et le but des recherches de l'école italienne, M. Jules Soury expose les résultats obtenus par elle sur la localisation des centres corticaux des sens spécifiques : la vision, l'audition, le goût et l'olfaction; puis, passant à l'étude des centres corticaux de la sensibilité cutanée et musculaire et des mouvements volontaires, il fait ressortir que ces centres ne sont pas *sensoriels* ou *moteurs*, mais bien *psycho-sensoriels* et *psycho-moteurs*. Tous ces centres agissent les uns sur les autres. En effet, « les différentes aires fonctionnelles de l'écorce cérébrale, outre un territoire propre, un foyer central, possèdent aussi des territoires communs, des zones d'irradiation, où ces centres « s'engrènent », se confondent, se pénètrent en partie, et passent insensiblement les uns dans les autres. Il suit que les diverses fonctions du cerveau sont si intimement reliées entre elles, qu'il est impossible d'en léser une seule sans que les autres soient plus ou moins troublées. » (P. 392.)

Après une description très minutieuse des travaux des savants italiens sur l'histologie du système nerveux, M. Jules Soury termine par un chapitre sur les fonctions de l'intelligence. Il s'est inspiré, pour l'écrire, surtout des travaux de Buccola, de Herzen, de Corso et de Tanzi, sans oublier ceux des médecins dont nous avons cité les noms plus haut. Tous ces travaux, et en particulier ceux de Tanzi, viennent confirmer les idées philosophiques chères à notre auteur; il y trouve une démonstration de cette hypothèse, « que le travail cérébral, comme celui du muscle, est une forme de l'énergie cosmique, et que la pensée a des équivalents chimiques, thermiques et mécaniques »; il en conclut même que

« la psychologie n'est, en dernière analyse, comme la physiologie, qu'un chapitre de la physique et de la chimie ». Cette conclusion trouvera sans doute bien des contradicteurs.

Le volume est augmenté d'un appendice consacré à l'étude des recherches expérimentales et anatomo-cliniques de l'école italienne sur l'épilepsie corticale. Il est difficile, croyons-nous, d'analyser plus clairement en vingt-cinq pages les nombreux travaux que nos confrères d'au-delà les Alpes ont accumulés sur cette difficile et importante question de pathologie cérébrale, et qui peuvent se résumer dans la phrase suivante : « En somme, pour la plupart des cliniciens et des physiologistes italiens, l'organe central de l'épilepsie et qui est la condition nécessaire et suffisante de sa pathogenèse, ce sont les centres moteurs de l'écorce cérébrale ainsi que les ganglions sous-corticaux, de nature homologue, et cela, de quelque manière que le processus évolue, quelle que soit la cause de l'accès convulsif, que l'irritation provocatrice soit directe ou indirecte. » (P. 422.)

Ce que M. Jules Soury vient de faire si bien pour les doctrines de l'école de Strasbourg et pour celles de l'école italienne sur les fonctions du cerveau, il nous le promet pour celles des écoles de Berlin, de Vienne et même de Paris. Espérons qu'il tiendra prochainement l'engagement pris vis-à-vis de ses lecteurs. En attendant ses nouvelles études historiques et critiques, nous engageons vivement les médecins à lire ce premier volume; ils trouveront dans la lecture de cette œuvre, aussi fortement pensée qu'élégamment écrite, une heureuse diversion aux absorbantes préoccupations de la pratique.

Ant. Ritti.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Hystérectomie vaginale (Isterectomia per epitelioma), par E. Tricomi (Extrait de la *Riforma medica*, 1891, n° 192).

L'auteur emploie la méthode des pinces à demeure sur les ligaments larges. Il relate une observation *in extenso* et 6 en résumé, toutes suivies de guérison. Il se déclare partisan de l'hystérectomie totale.

Veines jugulaires superficielles, tronc artériel thyro-cervical, par le Dr P. E. M. Duval, répétiteur à l'École principale du service de santé de la marine à Bordeaux. 27 fig. dans le texte. Paris, G. Steinheil.

M. Duval étudie un certain nombre d'anomalies en général connues, mais qu'il a trouvées réunies sur un même sujet. Ces anomalies portent d'une part sur les veines jugulaires superficielles, d'autre part sur le tronc artériel thyro-cervical. C'est là un nom inconnu à tous les médecins qui n'ont appris leur anatomie que dans les livres dits classiques : dans ces livres, en effet, on trouve une description tout à fait fantaisiste des 7 branches de l'artère sous-clavière. Déjà en Angleterre R. Quain a cependant donné dès 1844 une description à peu près exacte, et surtout la vérité est enseignée depuis 1853 en France par Marcelin Duval, c'est-à-dire par un homme qui a étudié de très près l'anatomie et la ligature des artères. En réalité, la transverse cervicale naît par un tronc commun avec la thyroïdienne inférieure; et de plus de ce tronc vient encore une artériole souvent ignorée, la transverse cervicale superficielle; car la cervicale transverse classique est profonde. Un autre point, qui a son importance pour la médecine opératoire, est l'existence d'un tronc commun des jugulaires rampant derrière la clavicule avant de se jeter dans la veine sous-clavière.

Exposé de l'enseignement clinique, par Zakharine. 1 Broch. in-8° de 62 pages. O. Doin, éditeur, 1891.

Cet opuscule est le résumé de 3 leçons d'ouverture professées par l'auteur à la clinique médicale de l'Université de Moscou. L'auteur y expose ses idées sur l'enseignement de la clinique médicale générale. A propos de la gradation de cet enseignement, il indique les devoir du professeur aux divers échelons de l'instruction des étudiants : cette partie de son travail gagnerait à quelques notes explicatives sur l'organisation hospitalière et universitaire de la Russie. Il insiste avec raison sur la nécessité qu'il y a, pour le professeur, à *individualiser* chaque cas, à en montrer les particularités, ce qui est à proprement parler la clinique. Il consacre ensuite de longues pages au mode d'examen des malades : la méthode qu'il préconise, consistant en un examen systématique, suivant une marche fixée à l'avance et uniforme pour tous les malades, n'aura sans doute pas grand succès en France où les tentatives d'introduction de méthodes analogues ont toujours échoué et où, pour employer l'expression de l'auteur, on individualise volontiers l'examen des malades sans le couler toujours dans le même moule. Or trouvera néanmoins dans ces pages et dans celles qui ont trait au pronostic des conseils pratiques et empreints d'une haute sagacité clinique.

Cinq années de séjour aux îles Canaries, par le Dr R. Verneau, ouvrage illustré de 42 gravures, 4 planches et une carte. Paris, A. Hennuyer.

Ce livre, qui fait partie de la Bibliothèque de l'explorateur, est surtout destiné aux voyageurs, aux ethnographes et aux naturalistes. Toutefois il renferme aussi tout un chapitre que les médecins liront avec intérêt. Après avoir décrit avec de grands détails l'archipel des Canaries, et insisté sur l'histoire, l'ethnographie et la topographie de ses îles, l'auteur étudie ses conditions sanitaires. Les Canariens se protègent avec la plus grande énergie contre les maladies épidémiques importables; mais la syphilis, la scrofule, la pellagre et toutes les maladies cutanées sévissent avec intensité dans l'archipel, dont le climat est cependant très favorable et où les Anglais ont installé un sanatorium déjà florissant. Peut-être serait-il possible d'y trouver, pour le traitement hygiénique de la tuberculose, des conditions que n'offrent au même degré ni l'Egypte, ni surtout l'île de Madère.

Atlas of clinical medicine, by Byrom-Bramwell. Vol. I, Part II. Edinburgh. T. and A. Constable, 1891.

Nous venons de recevoir la suite du bel ouvrage dont nous avons déjà annoncé l'apparition (*Gazette hebdomadaire*, 1891, p. 447). Ce nouveau fascicule contient une excellente étude de la maladie d'Addison. Puis, après quelques pages sur les sarcomes mélaniques l'auteur aborde l'histoire de la maladie de Hodgkin. Sauf l'étude clinique, qui est fort bien faite et fort intéressante, ce chapitre nous a paru moins complet que les précédents : l'anatomie pathologique et l'historique sont très écourtées (le nom de Bonfils n'est même pas cité); la nature parasitaire de l'affection, ses rapports avec la leucocythémie ne sont pas discutés; il est vrai que l'auteur a écrit un atlas de médecine clinique et non un traité didactique, et les quelques critiques que nous venons de formuler n'ôtent rien à la valeur considérable de l'ouvrage.

Ce fascicule est accompagné de trois planches noires et de quatre planches en couleur d'une exécution remarquable : ce sont de vraies œuvres d'art.

Thèses de Lyon.

Étude sur le pancréas et sur le diabète pancréatique, par P. Nommès.

L'extirpation totale du pancréas produit toujours le diabète sucré grave, constant et durable, sauf dans quelques cas inexpliqués. C'est le diabète à forme maigre consomptive de Lancereaux. Le diabète est la conséquence *directe* de l'abolition d'une fonction du pancréas; il est indépendant des lésions du plexus solaire, de la ligature de tous les canaux excréteurs, de la sécrétion du suc pancréatique. Le diabète a une forme rapide, toujours glycosurique, et une forme lente dans laquelle le mode insipide et le mode sucré peuvent alterner. La suppression de toutes les voies veineuses engendre une glycosurie transitoire. La fonction inconnue consiste dans l'élaboration d'un *ferment soluble* qui détruit la glycose dans le sang, la *glycolysine*. Le pouvoir d'exercer la glycolyse existe surtout dans la lymphe du canal thoracique et dans le sang de la veine-porte. Le pancréas n'est probablement que la source principale, mais non la source unique du ferment glycolyseur. La glycose existe dans le plasma et la glycolysine dans les globules, surtout les globules blancs. Le pancréas exerce deux fonctions : il élabore la pancréatine; il élabore un autre ferment pour détruire la glycose dans le sang. Le pancréas posséderait la structure d'une glande en grappe pour la digestion et la structure d'une glande vasculo-sanguine pour la glycolyse. Le diabète artificiel des chiens, provoqué par la ligature du canal de Wirsung, cause primitivement la dilatation et la sclérose des canaux excréteurs, tardivement la sclérose vasculaire. Le diabète naturel de l'homme cause primitivement la sclérose vasculaire, tardivement celle des canaux excréteurs. C'est donc une pancréatite interstitielle diffuse. Il doit y avoir un rapport intime entre la fonction glycolytique du pancréas et le système nerveux.

Livres déposés au Bureau du Journal

Contribution à l'étude des lymphatiques des organes génitaux internes de la femme. Recherches sur les vaisseaux lymphatiques sous-séreux de l'utérus gravide et non gravide, par Wallich, ancien interne des hôpitaux. In-8° avec 4 figures et 3 planches en couleur. Paris, G. Steinheil, éditeur. Prix : 3 fr.

Essai clinique sur les troubles oculaires dans la maladie de Friedreich, et sur le rétrécissement du champ visuel dans la syringomyélie et la maladie de Morvan, par Rouffinet, ancien interne des hôpitaux. In-8°. Paris, G. Steinheil, éditeur. Prix : 2 fr.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES SAMEDIS ET PUBLIANT TOUS LES MERCREDIS

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

Rédacteur en chef : Dr L. LEREBOULLET. — Secrétaire de la Rédaction : Dr A. BROCA.

COMITÉ DE RÉDACTION

MM. E. BRISSAUD, G. DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, A. GILBERT, A. HÉNOCQUE, A.-J. MARTIN, A. PETIT, P. RECLUS

BULLETIN

Paris, le 20 novembre 1891.

Henri Roger.

Le dernier vœu exprimé par M. Henri Roger a dû être respecté. Aucun discours n'a été prononcé sur la tombe de l'ancien sécrétaire général de la *Société médicale des hôpitaux,* de l'ancien président de l'*Académie de médecine*, du président quatre fois réélu de l'*Association générale des médecins de France*.

Accourus en foule à ses obsèques, témoignant par leur douloureuse sympathie de la reconnaissante affection qu'ils lui avaient vouée, ses élèves, ses collègues, ses amis attendent qu'aux séances annuelles des compagnies auxquelles il a appartenu, des voix autorisées puissent louer dignement sa longue et glorieuse carrière.

Mais il nous sera permis, dès aujourd'hui, de redire les sentiments de gratitude et de respect qu'elle inspire à tous ceux qui l'ont connue. Aussi bien est-il peu d'existences médicales qui méritent au même degré d'être citées comme un enseignement et comme un exemple. Pendant quarante années, de 1836 à 1875, M. Henri Roger a été un médecin éminent, dont les travaux de séméiologie et de pathologie infantile ont été remarqués; les quinze dernières années de sa vie, celles que l'on consacre d'ordinaire à un repos bien mérité, il les a données tout entières à l'Association générale des médecins de France.

Interne des hôpitaux en 1833, médaille d'or en 1836, médecin des hôpitaux en 1840, une année après avoir soutenu une thèse sur l'*Auscultation*; agrégé de la Faculté en 1847; successivement médecin de l'hôpital des Enfants-Assistés et des Enfants-Malades; spécialement adonné à toutes les recherches qui permettaient alors de perfectionner les études consacrées aux maladies de l'enfance, H. Roger a publié sur *la diphthérie* et *la paralysie diphthérique, la fièvre typhoïde, le sclérème des nouveau-nés, la température fébrile chez les enfants* (*Arch. méd.*, 1844-1845), *la pleurésie et l'emphysème pulmonaire* observés dans le jeune âge, *les hydatides du poumon, la paralysie infantile et ses lésions, etc., etc.*, toute une série de travaux que sauront toujours apprécier ceux qui, tenant compte de l'époque où ils ont été écrits, auront à juger l'œuvre scientifique de ce maître si longtemps écouté et suivi. Ces travaux de pathologie infantile ont été réunis en deux volumes intitulés : *Recherches cliniques sur les maladies de l'Enfance*, Paris, 1872-1883. Son *Traité pratique d'auscultation médicale*, publié en collaboration avec le Dr Barth, est resté classique. Les rapports des prix qu'il a lus à l'Académie de médecine dont il a été successivement secrétaire annuel (1872 à 1878) et président (1880), aussi bien que ses discours aux séances de l'Association générale, ont été de petits chefs-d'œuvre d'éloquence familière semés de traits d'esprit et de citations où se reconnaissaient une influence héréditaire et l'impression que laissent toujours de fortes études littéraires classiques.

Tous ces travaux scientifiques seront rappelés et appréciés prochainement, nous en gardons l'espoir, dans l'une de ces séances académiques où l'on aime à voir évoquer par un collègue et un ami la figure d'un maître récemment disparu, où son souvenir, réveillant tout à la fois les choses de l'esprit et celles du cœur, fait ressortir avec plus d'éclat les qualités qui l'ont fait aimer.

Nous n'avons donc point à en parler. Mais nous tenons à rappeler ici la part qu'il a prise à la fondation de l'Association générale des médecins de France et l'influence prépondérante qu'il a exercée pendant les quinze années de sa présidence. Ce qu'il faut louer en lui, ce n'est, en effet, ni la générosité avec laquelle il dotait chaque année la caisse des pensions viagères ou celle de toutes les sociétés locales, ni la dignité avec laquelle il défendait les intérêts du Corps médical, non plus que l'autorité qu'il mettait, dans ses instances en faveur de l'Association, au service de ses collègues; mais c'est ce dévouement absolu de tous les jours, de tous les instants à l'œuvre à laquelle il avait consacré sa vie, c'est sa préoccupation incessante de la faire prospérer. En communion absolue d'idées et de désintéressement avec son ami M. le Dr Brun, notre cher et vénéré président ne négligeait aucun effort, aucune démarche pour attirer et retenir ceux qui pouvaient l'assister et l'aider dans la tâche qu'il avait entreprise. C'est à lui et à M. Brun que l'on doit la plupart des legs qui, dans ces dernières années,

ont enrichi l'Association. C'est à leurs pressantes instances que cédaient toujours nos plus généreux donateurs. C'est grâce à leur persévérance, au zèle qu'ils apportaient à la solution rapide de toutes les questions litigieuses que les difficultés finissaient toujours par être surmontées et qu'une jurisprudence aujourd'hui constante a pu vaincre les résistances parfois légales de l'administration supérieure.

Un jour viendra où pleine et entière justice sera rendue à la bienfaisante influence à laquelle sont déjà dus tant de résultats utiles, où l'on reconnaîtra qu'en prêchant toujours dans l'Association l'esprit d'union et de solidarité, en résistant à tous les efforts tentés en vue de créer une scission entre les membres de notre fédération médicale, en donnant à tous ses confrères l'exemple du dévouement et de la charité professionnelle, M. H. Roger a contribué mieux que tous ses devanciers à assurer la prospérité, la puissance et la grandeur de l'Association des médecins de France.

— Au moment même où nous avons appris la mort de notre président, nous écrivions, pour répondre à l'un de nos confrères de la presse, un article destiné à montrer que, dans l'année qui va finir, le Conseil général de l'Association avait fait son devoir et tenu *tous les engagements* qu'il avait pris à la dernière assemblée générale. On comprendra que nous ne puissions parler, en ce moment, que du deuil qui nous frappe si cruellement. On nous excusera cependant d'annoncer dès aujourd'hui que notre vice-président M. Lannelongue a obtenu de M. le Garde des sceaux l'assurance formelle que la question du relèvement des tarifs médico-légaux allait être définitivement réglée conformément aux vœux qui lui ont été exprimés par la Commission nommée par l'Association générale (1). L'administration vient, en effet, de préparer un projet de tarifs, qui est soumis à l'examen du Conseil d'Etat. Ce projet, grâce à des remaniements demandés par la Commission du budget, dans le chapitre des frais de justice, élèverait de moitié les tarifs médico-légaux. Lorsque les formalités qu'exigent toujours les réglementations de ce genre auront été remplies, M. Lannelongue en sera informé par M. le Ministre de la justice et pourra démontrer ainsi à tous les membres de l'Association que leurs revendications, lorsqu'elles sont justes et légalement acceptables, trouveront toujours parmi les membres du Bureau des défenseurs aussi autorisés que dignes de créance.

L. Lereboullet.

(1) Cette commission était composée de MM. H. Roger, Brouardel, Lannelongue, Riant et Motet.

REVUE GÉNÉRALE

L'immunisation.

La bactériologie dans son évolution si rapide vient d'arriver à un grand et fécond résultat : c'est la doctrine de l'immunisation qui par ses applications pratiques doit guider la médecine vers la guérison rationnelle des maladies et qui nous révèle dans ses explications théoriques une propriété fondamentale de l'organisme vivant.

Pour faire comprendre comment de la bactériologie est issu un principe d'une si haute importance, nous ferons un exposé très sommaire des idées générales qui ont dirigé les recherches microbiologiques.

La pathologie expérimentale suivait jusqu'ici surtout la voie qui lui avait été tracée par les grandes découvertes de M. Pasteur. Ce savant dans le domaine des maladies infectieuses avait fixé son attention sur la non-récidive de certaines affections microbiennes. S'inspirant de la découverte bienfaisante entre toutes que l'humanité doit à Jenner, M. Pasteur réussit à ériger en méthode la donnée empirique de la vaccine.

Il n'est pas besoin de rappeler la série mémorable de recherches qui conduisirent M. Pasteur à cette méthode. Il créa les races atténuées de microbes, les vaccins, et montra que l'inoculation des vaccins aux animaux rend ces animaux réfractaires à l'infection ultérieure. Cette méthode de vaccination par les virus vivants atténués, appliquée avec succès par M. Pasteur aux différentes épizooties et même à la prévention de la rage chez l'homme, était devenue pour une dizaine d'années le but principal vers lequel convergeaient tous les efforts de la pathologie expérimentale.

On chercha à appliquer les méthodes de Pasteur à de nouvelles maladies infectieuses.

On chercha aussi à varier les méthodes de vaccination; et, dans cette direction, par les travaux concordants de nombreux savants, fut réalisé le plus grand progrès depuis l'atténuation des virus : c'est la vaccination chimique par les produits microbiens, entrevue déjà par Toussaint.

Mais on chercha surtout à expliquer les effets de la vaccination, l'état réfractaire et l'immunité conférée aux animaux vaccinés. Ici encore, après une courte période d'hésitation, les efforts des savants ont été couronnés de succès : on trouva les protéides défensives — les antiseptiques spécifiques — produites pour sa défense par l'organisme animal (1). C'est cette dernière découverte des protéides défensives qui mena au principe de l'immunisation.

On trouva que la vaccination avait pour effet la formation dans l'animal des protéides défensives. Les vaccins chimiques provoquent chez l'animal la sécrétion des substances qui détruisent le microbe et son poison. Alors, on a eu l'idée — pour protéger l'animal contre l'infection — d'utiliser cette sécrétion déjà faite par un autre organisme : d'injecter les humeurs d'un animal possédant les protéides défensives à celui qui ne les avait pas. C'est le principe de l'immunisation.

Par cette méthode, au lieu de faire produire par l'animal les antiseptiques liquides, on les lui introduit empruntées à un autre organisme. Ce point différencie l'immunisation de la vaccination. Au point de vue pratique, l'immunisation a une propriété précieuse qui manquait à la vaccination : c'est la possibilité de guérir les maladies. Jamais, par la vaccination on n'avait jusqu'ici réussi à guérir les animaux malades : étant déjà infecté, l'organisme n'avait plus le temps de réagir par la sécrétion des antiseptiques à l'inoculation des vaccins.

Ceci restreignait considérablement la portée de la méthode de vaccination qui prévenait seulement la maladie future, mais qui était toujours impuissante contre la maladie déclarée.

L'immunisation, au contraire, copie exactement le procédé naturel de la guérison. Comme l'animal malade ne peut sortir guéri de sa lutte contre le microbe que par la quantité suffisante des protéides défensives, tout apport de celles-ci ne peut que lui être utile. Et en effet, on a déjà maintes fois réussi à guérir par ce moyen les maladies confirmées.

(1) Voir à ce sujet la *Médecine moderne*, n° 21, du 21 mai 1891. Voir aussi les *Comptes-rendus du VII[e] Congrès d'hygiène*, à Londres, où cette théorie a recueilli la presque unanimité des suffrages.

Il n'est pas difficile de prévoir que cette portée plus grande de l'immunisation doit nécessairement fixer sur elle l'attention principale des expérimentateurs, surtout dans l'étude des maladies aiguës, comme la pneumonie, la diphthérie, la fièvre typhoïde, etc.

Le principe de l immunisation est en train de déplacer ainsi le centre de gravité de la pathologie expérimentale. Jusqu'ici et pendant 10 ans qui étaient inaugurés et remplis par les grandes découvertes de Pasteur et Koch, tous les efforts et tous les progrès de la science étaient circonscrits dans le domaine des méthodes bactérioscopiques et bactériologiques, et le moindre fait relatif aux propriétés des bactéries paraissait digne de la plus grande attention et du plus grand intérêt.

Le principe de l'immunisation soulève les problèmes d'un ordre tout à fait différent se rattachant étroitement à la physiologie animale. Ce sont les questions sur la nature des protéides défensives, sur le mode de leur action, sur leur sécrétion et leur distribution dans le corps animal. Ces questions appartiennent, comme on voit, à la physiologie expérimentale qui depuis l'époque brillante de Claude Bernard était trop délaissée au profit de la bactériologie.

Après avoir indiqué la signification de l'immunisation et son importance théorique et pratique, nous allons passer en revue les faits expérimentaux sur lesquels est fondé et établi ce principe.

I. — *Immunisation par le sang et le sérum des animaux naturellement réfractaires.*

Guidés par l'idée que le sang des animaux naturellement réfractaires à une maladie infectieuse doit contenir des substances qui s'opposent à la vie de l'agent de cette maladie, les expérimentateurs ont étudié les effets de la transfusion de ce sang aux animaux sensibles à l'infection. On a cru pouvoir constater qu'après cette transfusion, les animaux qui avaient reçu le sang devenaient, eux aussi, réfractaires.

C'est ainsi que MM. Héricourt et Richet ont observé que la transfusion aux lapins du sang de chien rendait ceux-là plus réfractaires à l'infection par le « staphylocoque pyoseptique » auquel les chiens sont très résistants.

Les mêmes auteurs encore ont vu que la transfusion par le sang de chien augmente la résistance des lapins au bacille de la tuberculose aviaire. Le chien est réfractaire à ce dernier bacille. MM. Bouchard et Charrin ont de leur côté observé que la transfusion du même sang de chien rend les lapins plus résistants au bacille pyocyanique, auquel ordinairement ils sont très sensibles, tandis que les chiens lui sont réfractaires.

M. Behring a vu que le sérum de rat, qui est moins sensible que la souris à l'infection charbonneuse, injecté à celle-ci augmente sa résistance vis-à-vis de la bactéridie.

MM, Ogata et Jasuhara ont donné aux souris l'immunité contre le charbon par le sérum des animaux réfractaires au charbon: le chien et la grenouille. Ils ont confirmé, ainsi que M. Hankin, les données de Behring relatives au rôle prophylactique du sérum de rat.

MM. Ogata et Jasuhara ont encore trouvé que le sang de poule préserve les souris du bacille de la septicémie des souris auquel les poules sont réfractaires.

M. Behring a encore vu que le sérum des rats protège et guérit les cobayes, inoculés par le bacille diphthéritique.

Ainsi, se sont rassemblées un certain nombre de données expérimentales qui plaidaient toutes dans le même sens que le sérum ou le sang des animaux jouissant de l'immunité contre une infection peut immuniser les animaux auxquels il est injecté.

Ces expériences de l'immunisation marchaient du reste parallèlement avec les recherches bactériologiques qui montraient que même « *in vitro* » le sérum des animaux réfractaires exerçait une action antiseptique sur les microbes. Ainsi, on a vu que le sérum de grenouille et de pigeon est très bactéricide pour la bactéridie charbonneuse. On a vu que le sérum du chien, tout en laissant pousser *in vitro* la bactéridie charbonneuse, l'atténue. On a constaté que le sérum de rat mêlé au poison diphthéritique le détruit.

On arrivait par cet ensemble de faits à une idée très simple de l'immunité naturelle, résultant de la présence dans le corps des animaux réfractaires des substances antiseptiques et à une méthode très facile de l'immunisation, consistant en la transfusion du sang des animaux naturellement réfractaires aux animaux sensibles à l'infection. Bientôt, cependant, sont venues des recherches qui s'opposaient formellement à cette généralisation concernant les propriétés immunisantes des humeurs des animaux réfractaires. MM. Behring et Kitasato ont vu que le sérum de la poule, réfractaire au tétanos, ne pouvait aucunement immuniser les souris contre cette maladie.

M. Foa a trouvé que le sérum de poule ne peut non plus immuniser contre la pneumonie, quoique la poule soit absolument réfractaire au microbe de Talamon.

Les données mêmes d'Ogata et Jasuhara en ce qui concerne l'immunisation contre le charbon et la septicémie par le sérum de grenouille, de chien et de poule furent sur tous les points contredites par les recherches d'Enderlen, Pétermann et Rudenko qui, en répétant les expériences des auteurs japonais, arrivèrent aux résultats complètement négatifs.

Beaucoup d'autres auteurs encore n'ont pu retrouver aucune trace de protéides défensives dans les humeurs des animaux réfractaires. Un exemple bien étudié sous ce rapport est le chien qui est très peu sensible au charbon et dont le sérum est ordinairement trouvé complètement dénué du pouvoir microbicide envers la bactéridie charbonneuse.

Ainsi, toute cette doctrine de l'immunisation par les humeurs des animaux naturellement réfractaires se trouva fortement ébranlée. Les résultats contradictoires des recherches des partisans et des adversaires de cette immunisation faisaient prévoir que dans ces recherches il y avait une cause d'erreur qui échappait également aux deux parties. Cette cause d'erreur existe effectivement. Mais ce n'est que par un détour et notamment par l'étude des travaux sur l'immunisation par les humeurs des animaux vaccinés qu'on a pu la saisir et comprendre la raison des constatations contradictoires des auteurs.

II. — *Immunisation par les humeurs des animaux vaccinés.*

C'est Behring et Kitasato qui ont créé cette branche de pathologie expérimentale. Ayant réussi à vacciner les lapins contre le tétanos, ils ont découvert que le sérum de ces lapins vaccinés possède la propriété de détruire le poison tétanique auquel il a été mêlé *in vitro*. En injectant ce sérum antitoxique aux souris, Behring et Kitasato ont constaté que ces animaux si sensibles au tétanos deviennent, après cette injection, réfractaires. Enfin, ils ont pu même guérir par le sérum antitoxique les souris déjà infectées et présentant les convulsions tétaniques. On voit qu'il s'agissait là d'une véritable immunisation.

Tizzoni et Cattani confirmèrent sur tous les points principaux les données si importantes de Behring et Ki-

tasato. Tizzoni et Cattani vaccinèrent contre le tétanos les chiens, les pigeons, les rats, les lapins et les cobayes. Ils ont vu que le sérum de tous ces animaux vaccinés détruisait *in vitro* le poison tétanique et pouvait immuniser contre le tétanos les animaux non vaccinés. Ils ont constaté, en outre, qu'on peut extraire du sérum des animaux vaccinés une protéide, précipitable par l'alcool et le sulfate de magnésie et qui possède le pouvoir antitoxique et immunisant. M. Vaillard a de son côté confirmé les données précédentes, en y faisant toutefois deux restrictions importantes. Premièrement, il avait constaté que les lapins vaccinés présentaient beaucoup de variations dans le pouvoir antitoxique de leur sérum. Deuxièmement, il n'avait jusqu'ici réussi qu'à vacciner les animaux par le sérum antitoxique, sans pouvoir guérir les animaux malades.

Pour la diphthérie, Behring et Kitasato ont fait des constatations analogues à celles que nous venons d'exposer sur le tétanos. Ils ont vu que le sérum des cobayes, vaccinés contre la diphthérie, pouvait détruire *in vitro* le poison diphthéritique. M. Behring a trouvé, en outre, que ce pouvoir antitoxique du sérum était d'autant plus considérable que l'immunité des cobayes était plus parfaite. D'un autre côté, il a remarqué que l'introduction dans le corps des cobayes vaccinés de fortes doses du poison diphthéritique fait disparaître par une espèce de neutralisation la propriété antitoxique du sérum. Behring a trouvé que quand l'immunité des cobayes est très prononcée, leur sérum peut immuniser contre la diphthérie de nouveaux cobayes.

Le tétanos et la diphthérie sont des maladies qui diffèrent considérablement de la plupart d'autres affections microbiennes, car elles amènent la mort par intoxication sans pénétration des agents pathogènes dans l'intérieur du corps des animaux qui succombent. On pourrait croire que les faits remarquables découverts par Behring et Kitasato resteraient limités à ces deux maladies et ne pourraient pas être étendus à d'autres infections.

Cette illusion a été dissipée par les travaux d'Emmerich.

A M. Emmerich appartient l'honneur d'être un des principaux fondateurs de la théorie moderne de l'immunité — celle des protéides antiseptiques. Combattant depuis cinq ans pour cette théorie, il a publié en 1891 deux travaux importants qui nous intéressent plus particulièrement.

Le premier de ces travaux a été fait avec M. Mastbaum et concerne l'immunisation contre le rouget du porc.

Les auteurs vaccinent les lapins contre ce microbe par la méthode imaginée par M. Chauveau pour le charbon des moutons : en leur introduisant dans les veines de petites quantités du microbe très virulent. Cette injection produit une grave maladie chez les lapins, et ceux qui résistent à cette maladie deviennent complètement réfractaires au rouget du porc.

Leur immunité est encore renforcée par des injections répétées de fortes doses de cultures virulentes. Les lapins ainsi préparés contiennent en très grande quantité la protéide défensive contre le rouget. Le suc extrait de leurs organes peut immuniser les souris et les lapins.

Le second travail d'Emmerich a pour objet l'immunisation contre la pneumonie. Il a été fait avec M. Favitsky. Les lapins étaient vaccinés contre la pneumonie par les cultures diluées du streptocoque lancéolé virulent. Leur immunité était renforcée par l'injection de grandes quantités de cultures virulentes. Puis, ils étaient sacrifiés et le suc exprimé de leurs organes servait à l'immunisation des lapins.

Presque en même temps que le travail d'Emmerich et Fawitzky en a paru un autre sur le même sujet et avec les mêmes résultats dû à MM. G. et F. Klemperer. Ces auteurs ont constaté que le sérum des lapins vaccinés contre la pneumonie peut prévenir et guérir l'infection pneumonique chez des lapins non vaccinés auxquels il est injecté. Ils ont vu, en outre, que ce sérum des lapins vaccinés a la propriété de détruire *in vitro* le poison pneumonique.

On voit par conséquent que le principe de l'immunisation par les humeurs des animaux vaccinés n'est pas applicable qu'à des maladies toxiques comme le tétanos et la diphthérie, mais aussi aux affections infectieuses au plus haut degré, comme la pneumonie chez les lapins. Mais, il y a plus encore et ce principe semble être lié à une propriété fondamentale de l'organisation, car on le retrouvé en dehors de toute infection.

M. Ehrlich a réussi à rendre les animaux réfractaires à l'action de la ricine (principe actif de l'huile de ricin), et il a trouvé que chez les animaux ainsi « vaccinés » le sérum du sang possède la propriété de détruire la ricine et aussi d'immuniser contre la ricine les animaux non vaccinés auxquels il est injecté. Les mêmes résultats ont été obtenu avec l'abrine, principe actif des grains de jequirity.

Nous n'insisterons pas davantage sur ce sujet et nous n'apporterons pas d'autres exemples d'immunisation : ceux que nous avons déjà cités établissent suffisamment la réalité d'immunisation par les humeurs des animaux vaccinés. Aussi, les faits rassemblés dans ce chapitre jettent assez de lumière pour éclairer toutes les contradictions du chapitre précédent.

III. — *Le déterminisme de l'immunisation.*

Les recherches que nous venons d'exposer fournissent des données suffisantes pour établir les conditions essentielles de l'immunisation.

Et tout d'abord, il faut mettre en relief un résultat négatif important afin d'éviter les contradictions signalées précédemment. Les propriétés immunisantes des humeurs d'un animal ne dépendent pas de son immunité naturelle ou acquise.

Il est vrai que tous les auteurs et surtout Emmerich et Behring insistent longuement sur la nécessité, pour obtenir l'immunisation, de l'immunité parfaite de l'animal fournisseur des humeurs. Mais, nous avons déjà cité l'exemple de la poule réfractaire au tétanos et ne possédant, d'après Kitasato, aucun pouvoir immunisant contre cette maladie. Emmerich lui-même a constaté que les lapins vaccinés contre le rouget par les vaccins pastoriens ne peuvent aucunement servir à l'immunisation. Par conséquent, les propriétés immunisantes chez les animaux ne sont pas en rapport avec leur immunité.

Ces propriétés immunisantes dépendent essentiellement d'une autre condition, mise en évidence par tous les expérimentateurs : Emmerich, Behring, Kitasato, Tizzoni et Cattani, G. et F. Klemperer. Cette condition nécessaire est la présence dans les humeurs immunisantes des protéides défensives : toujours quand les humeurs d'un animal peuvent immuniser les animaux sensibles, elles sont douées d'un pouvoir bactéricide ou antitoxique manifeste. Ainsi se trouve posé le principe fondamental de l'immunisation : pour pouvoir immuniser, les humeurs animales doivent contenir une quantité suffisante de protéides défensives.

D'un autre côté, il faut convenir que les animaux réfractaires peuvent présenter des variations très grandes dans la valeur défensive de leurs humeurs. Emmerich a mis ce fait en lumière pour les lapins vaccinés contre le rouget du porc et la pneumonie. Behring a montré que le

pouvoir antidiphthéritique du sérum des cobayes peut disparaître par suite de l'injection d'une forte quantité du poison diphthéritique. Vaillard a montré que l'antitétanine n'apparaît dans le sérum des lapins vaccinés qu'à la suite de l'intoxication par le poison tétanique. Il a encore constaté que le sérum des poules qui n'a ordinairement pas de propriétés antitétaniques les acquiert à la suite d'injection du poison tétanique. Mais les recherches les plus complètes dans cette direction ont été faites par G. et F. Klemperer. Ils ont montré que l'antipneumotoxine (protéide défensive contre la pneumonie) peut résulter de l'injection de la pneumotoxine aux lapins qu'on vaccine. Mais, elle n'apparaît dans ces cas qu'après une période plus ou moins longue de maladie des lapins; tandis que l'on peut faire produire aux lapins beaucoup plus vite et sans malaise apparent la même antipneumotoxine, si on leur injecte la pneumotoxine modifiée par la chaleur ou autrement dit le vaccin chimique. Le pouvoir antitoxique du sérum croît en proportion directe des quantités de vaccin injectées. Ce principe que les propriétés antiseptiques et les propriétés immunisantes des humeurs des animaux vaccinés ne dépendent pas de leur immunité, mais de la quantité du vaccin chimique qu'ils avaient préalablement reçu, s'applique aussi au cas des animaux naturellement réfractaires. Les humeurs de ces animaux n'acquièrent la propriété antiseptique et immunisante qu'après une injection préalable du vaccin ou du virus. Nous n'avons qu'à rappeler ici l'histoire des poules dans le tétanos. A ce point de vue, la seule différence entre les animaux réfractaires et les animaux sensibles consiste en ce que ceux-ci nécessitent l'emploi des vaccins privés des propriétés toxiques et virulentes, tandis que chez ceux-là on peut se servir sans danger des vaccins mêlés aux virus et aux toxines. Nous revenons ainsi à l'idée qui a été développée il y a déjà trois ans : que les propriétés antiseptiques des humeurs ne sont pas un attribut constant des animaux réfractaires, mais que ces propriétés apparaissent par suite de l'introduction dans l'économie de ces animaux du virus, du poison ou du vaccin (1). Rien n'est plus facile dès lors que d'expliquer les résultats discordants des auteurs, relatifs à l'immunisation par le sérum des animaux naturellement réfractaires (v. chap. I) : les humeurs de ces animaux peuvent contenir ou ne pas contenir les substances immunisantes, selon que ces substances étaient ou non produites par l'injection préalable du virus. Il n'existe par conséquent aucune dissemblance sous ce rapport entre l'immunité artificielle et l'immunité naturelle.

Maintenant, comme les propriétés immunisantes des humeurs suivent ainsi de près l'introduction des vaccins dans l'économie animale, on pourrait croire que l'immunisation n'est qu'une variété de la vaccination chimique. Les substances immunisantes ne seraient que des vaccins chimiques retrouvés dans le sang des animaux auxquels ils ont été injectés. Mais cette idée est certainement fausse, car ces deux classes de produits sont évidemment différentes. Voici les principaux caractères qui les différencient :

1. Les vaccins chimiques ne peuvent que prévenir la maladie, les protéides défensives la guérissent.
2. Les vaccins chimiques n'ont pas d'action sur les microbes et leurs poisons, les protéides défensives les détruisent.
3. Les vaccins chimiques et les protéides défensives réagissent différemment à l'action de la chaleur et de divers réactifs chimiques.

(1) Voir *Annales de l'Institut Pasteur*, 1888, p. 543 et suiv. Aussi *Comptes rendus du congrès de Berlin*, t. II, section 3me, p. 33-36. L'immunité ne peut s'expliquer par la présence seule des protéides défensives dans le corps des animaux réfractaires. Un facteur encore plus important de l'immunité est la possibilité de sécréter ces protéides au moment opportun : à la suite de l'injection du poison.

Nous résumerons brièvement dans les conclusions suivantes les résultats de notre revue :

Par suite d'une propriété fondamentale de l'organisation, les animaux sensibles à une infection donnée réagissent à l'introduction du vaccin, et les animaux réfractaires à l'introduction du virus de cette infection par la production des protéides défensives.

Ces protéides défensives, substances albuminoïdes qu'on peut isoler des humeurs des animaux préparés, ont la propriété de détruire les agents figurés ou chimiques de la maladie.

Les protéides opèrent cette destruction *in vitro* et aussi dans le corps des animaux auxquels elles sont injectées. Par conséquent, en introduisant ces protéides défensives dans le corps des animaux sensibles à l'infection, on les rend réfractaires à celle-ci.

Introduites dans l'économie des animaux déjà malades, les protéides défensives les guérissent.

Cette guérison a été expérimentalement constatée pour le tétanos, la diphthérie, le rouget du porc et la pneumonie. Pour le tétanos et la pneumonie, le principe de l'immunisation a été appliqué non sans succès à l'homme malade.

N. Gamaleïa.

TRAVAUX ORIGINAUX

Hystéro-syphilis, par le prof. A. Fournier.

J'ai l'honneur de présenter à la Société un malade affecté d'*hystérie syphilitique*. Les symptômes de ce cas curieux se trouvent sommairement relevés dans l'observation suivante, recueillie par un de mes externes actuels, M. Eudlitz.

Observation. — *Syphilis sur un sujet exempt d'antécédents nerveux. — Divers accidents secondaires. — Puis, invasion de nombreux symptômes d'hystérie : crises de larmes; hémiparésie gauche; éclats de rire incessants; globe hystérique; hémianesthésie gauche sensitivo-sensorielle; crises intermittentes d'obnubilation mentale*, etc. — X..., âgé de 24 ans, sellier. — Antécédents héréditaires : père mort par accident; mère bien portante. — Antécédents personnels : croup et scarlatine dans l'enfance; fièvre typhoïde à 14 ans. — Quelques excès alcooliques (absinthe) en Algérie, à l'âge de 18-19 ans. — Pas le moindre symptôme nerveux jusqu'à ces derniers temps.

Le malade a contracté la syphilis en décembre 1890. Deux *chancres indurés* de la verge, diagnostiqués et traités à la consultation de l'hôpital Saint-Louis. — Quelques semaines après, *roséole*. — Traitement : pilules de protoiodure pendant 5 semaines; iodure de potassium pendant un mois.

En mai, il est admis dans le service de M. le Dr Du Castel pour une *syphilide acnéiforme* et une affection oculaire. Il n'y séjourne que 16 jours.

Au delà, il ne se traite plus que d'une façon très irrégulière. — Il est affecté alors, d'une façon pour ainsi dire continue, de *plaques muqueuses buccales*.

Vers la fin du mois d'août, il se sent « la tête lourde » et les jambes engourdies. En outre, il éprouve un symptôme singulier, consistant en des *accès de larmes* qui se reproduisent sans cause à chaque instant. Il raconte que, pour pleurer à son aise et sans crainte qu'on se moque de lui, il lui est arrivé maintes fois d'aller se cacher dans les latrines.

De cette époque, aussi, date un accident plus sérieux. Une nuit, il est réveillé par le besoin d'uriner. Il se lève, puis tout aussitôt *tombe* comme une masse sur le côté gauche, mais sans perte de connaissance. Impossibilité subite d'articuler un seul mot; mais *cris incessants*, que le malade compare lui-même aux « rugissements d'une bête sauvage ». En outre,

accès d'éclat de rire; « je ne cessais, dit-il (pour continuer à le laisser parler) de « rire comme un bossu ». Enfin, dès cette attaque, *parésie des membres gauches et de la face;* bouche déviée à droite, mais rien du côté de l'œil correspondant.

Les jours qui ont précédé cette attaque, nulle émotion, nul excès, ni alcoolique, ni vénérien; pas de fatigue, pas de travail forcé. En un mot, nulle cause appréciable n'a déterminé les accidents qui viennent de se produire.

Un médecin mandé aussitôt prescrit de l'iodure de potassium. Retour de la parole vers le cinquième jour. Amélioration des mouvements. Mais persistance des éclats de rire, qui se reproduisent à chaque instant, à propos d'une excitation quelconque et même sans la moindre excitation. Impossibilité de regarder un objet brillant, tel qu'un métal, une montre, le comptoir d'un marchand de vin, voire un verre d'eau, sans être pris d'un accès de fou rire.

Cet état persiste. Puis survient une *iritis* spécifique, pour laquelle le malade se décide à entrer dans le service, le 28 septembre dernier.

A cette époque, on constate les divers symptômes suivants: iritis d'ordre incontestablement spécifique; plaques muqueuses buccales (langue, voile du palais); céphalées nocturnes; parésie des membres; le malade ne peut écrire, mais exerce une certaine pression avec la main gauche. Celle-ci ne marque que 24 kilogr. au dynamomètre, tandis que la droite atteint 75 kil. — Il peut marcher et marche même assez bien; mais, au bout d'un certain temps, il traîne la jambe. Exagération notable des réflexes rotuliens. — Il répond bien aux questions, mais il a l'air béat. — Ce qui domine, c'est toujours le rire, qui se produit à tout instant, qui éclate à la moindre émotion, à chaque question que nous adressons au malade. X... nous raconte que souvent il éclate de rire même la nuit, au moment où il se réveille. Chez lui, ces derniers jours, il lui était impossible d'allumer sa lampe, parce qu'au moment où il apercevait le brillant de la flamme, il était pris d'un accès de rire qui agitait sa main et l'empêchait de placer le verre sur la galerie. La semaine dernière, il entre un jour dans un bureau de tabac pour allumer sa cigarette; au moment où il saisit le porte-flamme, il se trouve pris d'un tel accès de rire que sa main crispée ne peut plus quitter l'instrument; et alors un monsieur, qui attendait son tour derrière lui pour allumer son cigare, l'a injurié, croyant qu'il se moquait de lui, etc.

Traitement: frictions mercurielles à 6 gr.; iodure de potassium, de 4 à 6 gr. par jour; collyre à l'atropine.

Amélioration rapide. Céphalée rapidement guérie. Iritis amendée. Retour progressif de la motilité dans le membre droit. Le malade peut écrire dès les premiers jours d'octobre.

Le 24 octobre, le malade quitte l'hôpital contre l'avis de M. le Dr Netter (suppléant M. le prof. Fournier pendant les vacances).

Au dehors, il ne prend plus qu'une très faible dose d'iodure de potassium.

Le 10 novembre, il revient à Saint-Louis, où nous le trouvons dans l'état suivant:

Ce qui frappe dès le premier abord, c'est toujours le même phénomène prédominant, à savoir le rire, qui éclate à tout instant, par véritables spasmes de quelques secondes, parfois d'une demi-minute. La moindre excitation suffit à le déterminer, et par-dessus tout, comme auparavant, la vue d'un objet qui brille, tel que la cuvette d'une montre. Au moment où éclate le spasme, le malade se dit saisi d'une pression circulaire autour du thorax, puis d'une sorte de *boule* qui remonte de l'estomac à la gorge, et là l'étouffe « au point de perdre haleine ». Cette sorte de strangulation devient alors fort pénible.

Apyrexie. Grandes fonctions intactes. Langue un peu grisâtre. Peu d'appétit; voire certain dégoût pour les aliments.

L'intelligence est nette, en dépit de l'aspect béat, de l'aspect d'hébétude que présente la physionomie, souverainement ridicule par son rire perpétuel et stupide. Le malade peut lire; et nous nous assurons qu'il se rend compte de ce qu'il a lu, en exigeant de lui un commentaire sur ce qu'il vient de lire.

Il accuse une douleur de tête habituelle, siégeant vers la région pariétale gauche, et déterminant là une sensation pénible de pesanteur, de compression.

Il marche bien, et la jambe gauche ne traîne plus. Il écrit bien; mais la main gauche est encore notablement plus faible que la droite.

Hémianesthésie gauche sensitivo-sensorielle, très accentuée. La moitié gauche du corps est à peine sensible à la piqûre; l'analgésie y prédomine sur l'anesthésie. Thermanesthésie du même côté.

L'œil gauche ne peut lire. — L'oreille gauche entend moins bien que la droite. — L'abolition de l'odorat paraît complète pour la moitié gauche des fosses nasales. — Seul, le goût nous paraît altéré sur les deux côtés de la langue, et profondément altéré, au point que, dans une série d'expériences, nous voyons le malade ne pouvoir distinguer le lait de l'eau, l'eau pure de l'eau très sucrée, l'eau sucrée de la tisane de réglisse. Seule, la saveur du vin est distinguée, mais sans doute, comme le fait remarquer le malade, « en raison de la chaleur qu'il détermine vers l'estomac ». Une solution d'extrait de gentiane n'est pas perçue par le malade, en dépit de son excessive amertume.

Réflexe pharyngien très émoussé, mais non complètement aboli.

Le malade ajoute en outre aux résultats de cet examen une particularité qui pourrait avoir, au point de vue médico-légal, un très haut intérêt et qu'il importe de mentionner. Lors de son premier séjour dans le service, en octobre, il était pris chaque jour et presque à heures régulières (de trois à six heures de l'après-midi) d'une sorte de *crise d'obnubilation mentale*, au cours de laquelle il ne savait plus ce qu'il faisait. Il ne se rendait plus qu'obscurément compte de ce qu'il disait, de ce qu'on lui disait, de ce qui se passait autour de lui. Il oubliait d'un instant à l'autre ce qu'on lui avait dit, ce qu'il avait fait, ce qu'il voulait faire. « J'étais alors, raconte-t-il, comme braque, stupide, détraqué, à peu près fou. » Or, au cours de ces crises, il arriva plus d'une fois que, ses camarades se moquant de lui, l'agaçant, l'irritant, il entra dans de violentes colères, tira son couteau de sa poche, l'ouvrit, et se précipita sur les railleurs. Comme il n'était pas assez agile, en raison de sa jambe parésiée, pour les attraper, il lançait sur eux son couteau; une fois même, étant parvenu à rejoindre l'un d'eux, il lui enfonça l'arme dans l'avant-bras, et cela d'un centimètre environ. La chose resta ignorée à cette époque, et la blessure n'eut pas de conséquences. Mais, à supposer que le coup eût porté ailleurs et d'une façon plus dangereuse, voire mortelle, l'inconscience et l'irresponsabilité du malade pour un crime commis au cours de ces singulières crises d'obnubilation auraient bien pu n'être que difficilement démontrées devant un tribunal; d'autant qu'en dehors de ces crises le malade était ou paraissait absolument *compos suî*, ne déraisonnait en rien, et semblait se rendre absolument compte de ses actes.

L'état de ce malade ne saurait prêter à discussion. En toute évidence, il s'agit d'une hystérie, qui s'est brusquement révélée en l'espèce par toute une série de symptômes absolument caractéristiques (crises de larmes, hémiparésie gauche, hémianesthésie gauche sensitivo-sensorielle, boule ascendante de l'estomac au pharynx, accès de rire spasmodique, trouble mental, etc.).

Donc, là n'est pas la difficulté, — non plus que l'intérêt.

L'intérêt, c'est le pourquoi, la raison de cette hystérie.

Or, cette hystérie me paraît devoir être rapportée comme cause à la syphilis. C'est là pour moi une hystérie d'origine syphilitique; c'est là, comme on dit actuellement, un cas d'hystéro-syphilis.

D'une part, en effet, cette hystérie s'est développée en dehors, indépendamment de toute autre cause que la syphilis. Elle est survenue sans excitation d'aucun genre, sans émotion, sans secousse morale, sans choc nerveux, sans traumatisme, sans intoxication; elle n'a été précédée d'aucune maladie générale, d'aucune maladie infectieuse, etc., etc. Sur ce point, notre interrogatoire a été, je crois pouvoir le dire, poussé aussi loin que possible, et nous avons été impuissants à trouver à cette hystérie, en dehors de la syphilis, la moindre cause à laquelle elle puisse être rationnellement imputée.

Et, d'autre part, cette hystérie s'est développée en

pleine période secondaire, en pleine explosion secondaire. Elle a évolué côte à côte avec d'autres manifestations évidemment syphilitiques, telles que plaques muqueuses à répétitions incessantes et iritis indubitablement spécifique. Elle a fait partie, si je puis ainsi dire, d'un groupe, d'un ensemble symptomatologique marqué au coin de la spécificité la plus indéniable.

Je crois donc que, chez cet homme, l'hystérie a été développée, provoquée par la syphilis. Je la crois d'*origine* (je ne dis pas de nature) syphilitique.

Somme toute, cette hystérie du cas en question n'est, sous une forme exagérée, que le pendant de ce que nous observons si fréquemment chez les femmes syphilitiques, à la période secondaire, à savoir : état d'éréthisme nerveux, véritable nervosisme secondaire; asthénie nerveuse ; douleurs névralgiformes ; céphalée nerveuse; troubles de sensibilité (notamment analgésie mammaire et dorso-métacarpienne); spasmes divers, globe hystérique ; crises convulsives, absolument hystériques de forme; troubles thermiques, algidités périphériques; plus rarement, paralysies, ou troubles d'intelligence, etc., etc.

Ce fait justifierait donc une fois de plus, s'il en était besoin, ce que j'ai dit de la syphilis secondaire en tant que facteur possible d'accidents nerveux graves. Très positivement, la syphilis secondaire engendre chez certains sujets, chez les femmes notamment (mais on voit que les hommes n'y sont pas étrangers), un état profond de souffrance générale du système nerveux; elle crée une sorte de *diathèse nerveuse*, susceptible ou bien de stimuler certaines névroses préexistantes, ou bien même de provoquer, de créer de toutes pièces des névroses qui n'existaient pas avant elle ou n'existaient tout au plus qu'en germe, à l'état latent.

Dans le cas actuel, c'est la seconde de ces deux éventualités qui paraît s'être réalisée. Notre malade, jusqu'à l'époque de sa syphilis, n'avait pas présenté (autant du moins qu'il nous a été permis de nous en assurer) le moindre symptôme qui pût faire soupçonner l'hystérie. Survient la syphilis. De par elle, branle-bas dans le système nerveux de cet homme, et apparition de l'hystérie, *sans précédents d'hystérie.*

J'insiste et je dis : l'hystérie de notre malade n'est pas une hystérie à côté de la syphilis, une hystérie née et évoluant par éventualité de hasard, de coïncidence fortuite, parallèlement à la syphilis; c'est au contraire bel et bien, pour moi du moins, une hystérie *née de la syphilis*, à propos et par le fait de l'infection syphilitique; c'est, en un mot, une hystérie *par syphilis* et d'origine syphilitique.

Hôtel-Dieu de Lyon. — Service de M. le Prof. Poncet.

Fracture par écrasement de l'astragale. Ablation de cet os, par M. Jaboulay, agrégé, chef des travaux anatomiques.

Les fractures de l'astragale sont encore mal connues. Cela tient surtout à leur rareté. Lorsque, dans une chute sur les pieds, un des os du tarse postérieur se fracture, c'est le plus souvent le calcanéum. On a bien cependant signalé plusieurs cas de fractures astragaliennes. Jusqu'ici les types de solutions de continuité de cet os ont été rapportés aux catégories suivantes : Décapitation au niveau du col; séparation de tout l'astragale en deux moitiés antéro-postérieures; division en deux moitiés superposées; broiement total; arrachement de la lèvre externe de la gouttière du long fléchisseur propre du gros orteil, que nous avons démontré n'être le plus souvent qu'un décollement épiphysaire (1); arrachement de la moitié postérieure de l'os. Ce sont bien des cas de ce genre que l'on retrouve signalés ou rapportés dans les traités de Malgaigne, Hamilton, Jamain, Nélaton, dans les thèses de Monohan (Buffalo 1858), Barral (Montpellier 1868), Dupeyron (Paris 1880), dans les articles de Labbé, Delorme des dictionnaires, celui de Daniel Mollière (*Lyon médical*, 1880), et celui de Shepherd. (*Journal of anatomy*, XVII, 1883). En tout, 19 faits de fractures de l'astragale, qui sont réunis dans la thèse de Ballenghien (Paris 1890), lequel ne craint pas de dire, p. 14 : « On ne rencontre jamais une fracture de l'astragale sans que l'un des fragments ou même l'os entier ne soit en même temps déplacé. » L'observation que nous rapportons est donc unique en son genre.

Un homme de 35 ans, E. Ch., avait fait, au mois de décembre 1890, une chute sur les pieds, d'une hauteur de 6 mètres. Il était tombé d'aplomb, et les pieds ne s'étaient pas renversés; il souffrait du pied droit, il ne put marcher ni s'appuyer, et fut mis au repos complet pendant deux mois. Le malade ne put jamais reprendre ses occupations habituelles, la douleur, l'impotence revenaient avec les efforts qu'il faisait pour marcher, et c'est sur une canne plutôt que sur le pied qu'il s'appuyait.

Il vint à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Poncet, au mois d'août 1891, et nous pûmes constater l'état suivant. Le malade racontait qu'il s'était fait une nouvelle entorse en voulant marcher trop vite, mais il n'y avait pas trace d'ecchymose, ni de point douloureux au niveau des attaches ligamenteuses de l'articulation tibio-tarsienne. Il y avait simplement réveil des accidents occasionnés par la première lésion dont l'histoire nous fut racontée. Or, cette ancienne lésion avait laissé un pied gonflé vers la cheville, affaissé dans sa voûte, dévié de sa direction, ce que l'on voyait en le comparant à l'autre pied, et tourné en dehors, c'est-à-dire en pronation. Les mouvements de flexion et d'extension étaient presque nuls, et il était impossible d'imprimer à ce pied le moindre mouvement de rotation antéro-postérieur. Les articulations tibio-tarsienne et sous-astragalienne étaient donc ankylosées. La marche était impossible et le simple appui dans la station debout était douloureux.

En procédant au palper et au toucher, on était frappé de l'effacement des gouttières et dépression péri-malléolaire, surtout en arrière. En dedans comme en dehors, mais surtout en dehors, on sentait des masses dures, osseuses, qui faisaient hernie et refoulaient les tendons voisins. Une saillie surtout était évidente; elle emboîtait le bord antérieur de la malléole externe. Cet épaississement par du tissu osseux de la région des malléoles était plus manifeste encore lorsqu'on explorait les deux cous-de-pied simultanément. D'autre part, l'examen pratiqué, pendant que le malade est à genoux, montre bien l'épaississement de la région du tendon d'Achille. On dirait même que le calcanéum est plus gros de ce côté que de l'autre. Le mollet est atrophié et remonté. Les mensurations faites de chaque malléole aux extrémités antérieures et postérieures du pied n'ont pas donné de différences notables, pour l'un et l'autre pied.

La constatation de saillies osseuses autour des malléoles était assez évidente, pour que le diagnostic d'écrasement de l'astragale vint à l'idée. Mais l'épaississement du calcanéum en haut et en arrière nous fit aussi penser à la fracture de cet os.

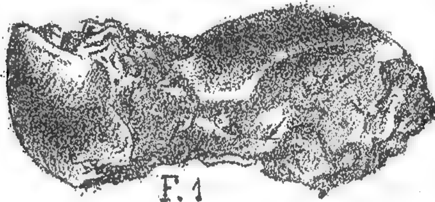
En tout cas, devant l'impotence fonctionnelle qui datait de plusieurs mois déjà, en présence des souffrances qui s'aggravaient encore à chaque effort au point de simuler une entorse, en face de l'insuffisance avérée du traitement par le repos, nous pensâmes que la seule manière de débarrasser le malade de son infirmité, était de lui enlever l'astragale.

(1) L'épiphyse de l'astragale et l'épiphyse du scaphoïde du pied. *Lyon médical*, 1889.

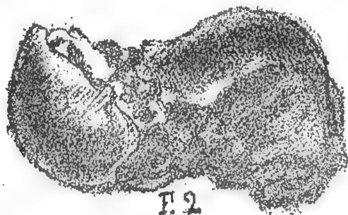
L'opération fut acceptée et nous la pratiquâmes le 18 août 1891. Elle fut difficile. De tous côtés, étaient des saillies anormales qu'il fallait contourner, des adhérences qu'il fallait détacher. Ainsi la malléole externe était tapissée en avant par un rempart osseux qui bouchait l'entrée de la mortaise. Il fallut le faire sauter au ciseau. Il y avait aussi des synéchies entre l'astragale et le tibia et l'ankylose était solide entre l'astragale et le calcanéum.

Après avoir enlevé l'astragale, le doigt porté sur le calcanéum, vers sa surface astragalienne postérieure, sentit quelques parcelles osseuses, comme si cet os eût été écrasé à niveau.

Voici l'aspect de l'astragale enlevé.

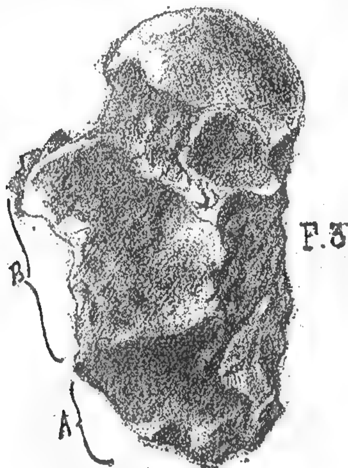


En le comparant à un astragale sain (Fig. 1 et fig 2),



on voit qu'il est plus allongé, que le corps est écrasé, au point de n'être pas plus haut que le col. En suivant le bord inférieur du corps, on constate une première courbe inclinée en avant et une seconde redressée en arrière : chacune est plus longue que son homologue de l'os sain.

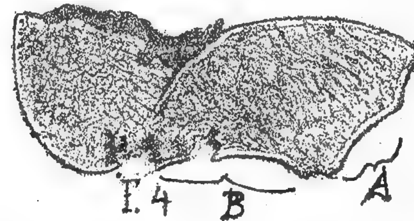
L'examen de la face inférieure (Fig. 3) montre les deux



territoires qui répondent à chacune de ces courbes A et B.

Le territoire antérieur B, est le plus grand. Mais il présente aussi une remarquable particularité. La partie qui confine à la face externe de l'os est plus enfoncée que celle qui est voisine de la face interne. C'est-à-dire que si l'on prend les dimensions verticales du corps de l'astragale en dedans et en dehors, on obtient comme hauteur en dedans 3 cm. 1 ; comme hauteur en dehors 2,4. Or, c'est là une différence tout à fait remarquable ; car le corps de l'astragale sain est plus haut en dehors qu'en dedans. Le tassement s'est donc opéré avec énergie sur le côté externe de l'os, c'est là une conclusion évidente de ces mensurations.

Si l'on fait la coupe antéro-postérieure de cet os qui a été examiné par sa périphérie, on est frappé de voir, ainsi que le représente la fig. 4, qu'il y a eu pénétration



des fibres du corps dans le col : on dirait le premier degré de la décapitation de l'astragale. Mais le traumatisme n'a produit que le tassement et la pénétration des lamelles. La hauteur du col au niveau de l'écrasement n'est que de 1 cm. Le col lui-même n'a rien eu, sa hauteur est normale, elle mesure 2,8, et ses contours ont été parfaitement respectés. Ajoutons, pour en terminer avec les mensurations, que la longueur totale de l'os est de 6,5.

Ainsi la chute verticale, directe sur les pieds a produit un écrasement limité au corps de l'astragale. Le col a été respecté. Pris entre le calcanéum et le plateau tibial, le corps astragalien a été tassé, surtout en dehors, et a enfoncé ses fibres dans le col que la pression tendait à relever avec le reste du pied.

C'est le même traumatisme qui produit la décapitation simple, la division en deux moitiés antéro-postérieures, verticales, ou le broiement total. Nous n'essayerons pas de discuter le mécanisme de la différence de ces lésions.

Nous ferons simplement remarquer combien les lésions constatées font comprendre les signes observés : l'impossibilité des mouvements de flexion et d'extension par arthrite tibio-tarsienne, l'absence des mouvements de pronation et de supination par ankylose astragalo-calcanéenne, l'affaissement de la voûte et la déviation du pied en dehors, en pronation à cause du tassement marqué surtout du côté externe, les saillies osseuses péri-malléolaires dont la principale est visible nettement sur la fig. 3, en avant du territoire B.

En face de ces désordres, on reste convaincu que le seul traitement efficace est bien celui que nous avons mis en œuvre. Au point de vue des arthrites, de la difformité, du défaut d'équilibre, et de l'immobilité du cou-de-pied, l'ablation de l'astragale était la seule méthode thérapeutique rationnelle qui pût s'adresser en même temps à chacun des éléments de la maladie.

D'ailleurs le malade a commencé à se lever vers le 15 octobre et à appuyer le pied à terre. Il n'est pas douteux, bien que la cicatrisation ne soit pas encore complète, que la déambulation ne s'effectuera bien.... Nous en avons pour garants les nombreux cas d'ablation de l'astragale que nous avons vu parfaitement réussir dans le service de M. Poncet, et s'accompagner d'une récupération fonctionnelle du pied à peu près parfaite.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Plaie du thorax par arme à feu, hémothorax non suppuré, pleurotomie, guérison.

Le moment précis où il faut évacuer par la pleurotomie un hémothorax traumatique n'est pas toujours fa-

cile à déterminer, en dehors, bien entendu, des cas où la suppuration de l'épanchement est démontrée. C'est à ce point de vue que l'observation suivante offre quelque intérêt :

Le 2 mai 1891, on apporta à 10 heures du soir, à l'hôpital Bichat (salle Jarjavay, n° 20, service de M. Terrier) un homme de 45 ans, peintre, qui venait de se tirer à bout portant un coup de revolver à 6 cent. au-dessous et à 2 cent. en dehors du mamelon gauche. Le blessé était très affaissé et présentait une dyspnée intense; en outre, il existait une faiblesse extrême et une grande pâleur des téguments. Une lésion du poumon était probable, malgré l'absence d'expectoration sanglante; l'interne de garde lava la plaie au sublimé et appliqua un pansement iodoformé. Le lendemain matin, le malade n'avait pas de fièvre, était relativement calme, malgré une dyspnée persistante; le soir sa température s'éleva à 38°4 et M. Guillemain, interne du service, constata à la base gauche de la matité et de l'obscurité respiratoire dans une notable étendue.

Le 4 mai, l'épanchement pleural était beaucoup plus étendu et occupait près de la moitié inférieure de la plèvre, d'où matité, abolition des vibrations thoraciques et absence du murmure vésiculaire; la participation du poumon est aujourd'hui démontrée par des crachats sanglants; la température est de 37° le matin; de 37°8 le soir.

Le 5 mai, état stationnaire, température 37°4 et 37°; le 6 au soir elle s'élève à 38°. Le 7, la plaie fut pansée et elle était en bon état.

Du 7 au 11 mai, les choses semblèrent en voie d'amélioration, la température oscilla entre 37°4 et 37°8, la dyspnée était un peu moindre. Mais le 12 mai, à la visite du matin, je trouvai le malade plus affaissé que les jours précédents; depuis la veille au soir il avait eu 6 selles diarrhéiques, mais sa température n'était que de 37°; l'épanchement occupait presque toute la plèvre et le murmure ne s'entendait qu'au sommet en arrière. En présence de cet état, je songeai à faire la pleurotomie et mis le malade en observation à cet égard. Je constatai que le 12 au soir la température monta à 38°6, le 13 à 30°4 et le 14 mai, au matin, j'intervins. Sans m'occuper de la plaie accidentelle, que recouvrait une croûte suppurant un peu, je fis en ligne axillaire, dans le 7° espace, une ponction aspiratoire : je ramenai du sang brunâtre et séance tenante, le diagnostic d'hémothorax étant ainsi vérifié, le malade fut endormi. La chloroformisation fut rendue difficile par des quintes de toux et des accès de suffocation; l'anesthésie put néanmoins être obtenue et je fis alors une incision franche du 7° espace. Il s'en écoula une grande quantité — trois litres environ — de sang fluide, brunâtre, sans caillots. Cette décompression brusque provoqua un état semi-syncopal sérieux, qui cessa en 2 ou 3 minutes, après quoi la respiration redevint normale et j'introduisis deux gros drains autour desquels je suturai la plaie. Avant cela, j'avais exploré de la vue et surtout du doigt la face supérieure du diaphragme et le cul-de-sac costo-diaphragmatique pour bien m'assurer que la balle n'y était point logée et il va sans dire que je ne songeai pas un instant à aller la chercher dans le poumon. Je terminai mon opération en excisant l'orifice, légèrement infecté, de la balle et en réunissant par quelques sutures au crin de Florence les deux lèvres de cette plaie, bien lavées au sublimé. Aucun lavage ne fut fait dans la plèvre. Pansement iodoformé.

Dans la journée, l'état fut assez alarmant et l'opéré présenta des accidents asphyxiques et syncopaux, qui furent combattus avec succès par des injections sous-cutanées d'éther et de caféine. Le soir, le pouls était faible, mais la température n'était qu'à 37°.

Le 15 mai, l'amélioration était nette, le pouls était meilleur, la température était normale. L'apyrexie resta ainsi complète jusqu'au 19 mai, soir : le thermomètre marqua alors 38°2 et le lendemain matin, 20 mai, il marquait 38°8. En outre la dyspnée était notable et le pansement était traversé par un suintement sanguin abondant : il fut donc renouvelé pour la première fois depuis l'opération. Il n'y avait pas de pus, mais seulement du suintement séro-sanguin; un des drains fut retiré. Le soir, la température s'éleva encore à 38°4, mais le lendemain elle tomba à 37°5 et 37°4; la dyspnée était beaucoup moindre, le suintement continuait et il fallut, ainsi que les 22 et 25 mai, renouveler le pansement traversé, bien que le malade restât apyrétique.

Du 25 mai au 7 juin, le pansement fut fait tous les deux jours et le soir du 2° jour la température était de 38°, une fois même de 39°. A partir de ce moment le liquide, assez abondant, était manifestement purulent : à chaque pansement il sortait environ un verre à madère de pus crémeux, inodore où — en date du 8 juin — M. Aldibert, interne du service, trouva le streptocoque à l'état de pureté. Or il est à noter que le liquide évacué par la pleurotomie avait été trouvé absolument stérile par M. Lieffring, externe, qui l'avait examiné au microscope et cultivé. Cette infection secondaire provient-elle du pansement, ou bien du poumon, dont la lésion par la balle est incontestable? Le fait est impossible à déterminer. Le 8 juin, d'ailleurs, la reprise des forces était manifeste, le blessé avait nettement engraissé et il respirait assez librement; à la partie inférieure de la plèvre existaient encore les signes d'un pneumothorax partiel, mais on entendait déjà le murmure vésiculaire lointain.

Du 7 juin jusqu'aux premiers jours de juillet, en présence de la légère fièvre vespérale des jours précédents, le pansement fut renouvelé tous les jours, et à partir de ce moment l'apyrexie fut complète. La suppuration ne tarda pas à diminuer et le 16 juillet elle était presque nulle. Une bougie stérilisée fut introduite dans la plaie, après ablation des drains : elle put être poussée sans effort à 30 centim. de profondeur, dans la direction de la région scapulaire. A sa suite il s'écoula environ deux cuillerées à bouche d'un liquide séreux. Un drain plus petit et plus court fut mis dans la plaie et le malade, dont l'état général était décidément devenu bon, fut autorisé à se lever.

A la suite de ce pansement, la température resta normale et le pansement ne fut renouvelé qu'au 8° jour (23 juillet); le drain était en partie chassé de la plèvre et l'écoulement purulent était insignifiant; la respiration s'entendait dans toute la hauteur du poumon et il n'y avait plus de signes de pneumothorax. Le 29 juillet, nouveau pansement et le drain fut définitivement supprimé. Le 10 août le malade quittait l'hôpital, complètement guéri, très engraissé. Le poumon remplissait bien la plèvre, non fistuleuse; il y avait un léger effacement des espaces intercostaux à gauche, avec un peu de scoliose. Depuis, au mois d'octobre, j'ai eu des nouvelles de mon opéré : il était resté guéri de sa plèvre, mais il était interné dans un asile d'aliénés. Je n'en suis d'ailleurs pas autrement surpris, car l'histoire de son suicide dénotait un dérangement cérébral manifeste.

Il est, depuis longtemps, admis par tous les chirurgiens, qu'en cas d'hémothorax il faut faire la pleurotomie aussitôt que l'épanchement devient purulent. Cette purulence, je ne veux pas discuter longtemps sa pathogénie. Un point sur lequel je désire toutefois dire quelques mots, c'est l'opinion soutenue par mon collègue et ami M. Ch. Nélaton : d'après cet auteur, dans une thèse qui date de 1880, la suppuration est avant tout liée à l'abondance de l'épanchement. Les grands épanchements suppurent, les petits se résorbent; l'accès de l'air n'a qu'une importance secondaire. Je crois, au contraire, qu'un épanchement aseptique ne suppurera pas, même s'il est très abondant, et c'est d'ailleurs un point mis en relief dans la thèse d'Evrain (1887-1888). Le fait clinique sur lequel insiste Nélaton est cependant exact : les grands épanchements suppurent. Le motif en est le suivant : les plaies superficielles du poumon, celles qui causent les petits épanchements, ouvrent, avec les artérioles, des bronchioles où Tyndall a prouvé il y a longtemps que l'air est aseptique; c'est même là ce qui, en 1865, servit de point de départ aux recherches de Lister. Prenons au contraire un épanchement abondant : il est dû, s'il est de provenance pulmonaire, à la lésion d'un vaisseau d'assez gros calibre, accompagnant les bronches de 1er, 2e ou 3e ordre, où l'air est encore septique. Mais, même ainsi, l'infection n'est pas fatale et quoique dans mon observation actuelle l'épanchement fût abondant, quand je l'évacuai au 13e jour il était encore stérile.

J'aurais donc pu — et c'est en cela que ma conduite n'est peut-être pas absolument classique — après m'être assuré de cette asepsie, tâcher de différer la pleurotomie, en calmant au besoin la dyspnée par des ponctions partiellement évacuatrices. J'eusse évité, de la sorte, les quelques symptômes alarmants dus à la décompression brusque intra-thoracique. J'aurais pu expliquer la fièvre, par un noyau de pneumonie autour de la balle. J'ai préféré — et mon maître Terrier m'a encouragé dans cette pensée — évacuer sans tarder et complètement cet épanchement menaçant. L'événement m'a donné raison : les accidents immédiats se sont rapidement amendés et la défervescence a été immédiatement obtenue. Faut-il invoquer ici une fièvre aseptique, par résorption de toxines dues à l'épanchement sanguin abondant, et rapprocher ce fait de ceux que MM. Gangolphe et Courmont ont relatés devant le dernier Congrès de chirurgie? Je n'insisterai pas sur ce point, d'importance surtout théorique, et je conclus qu'en pratique il convient d'évacuer sans tarder par la pleurotomie franche tout hémothorax qui cause de la fièvre.

A. Broca.

CORRESPONDANCE

A monsieur Lafourcade, aide d'anatomie, interne des hôpitaux.

Mon cher collègue,

Votre intéressant travail sur la gastrostomie dans les rétrécissements fibreux de l'œsophage (1), me classe parmi les chirurgiens qui, après 1876, « interviennent sans un seul résultat favorable. » Permettez-moi de vous détromper. La jeune femme de 26 ans que j'ai opérée à l'hôpital Necker, le 12 septembre 1884, et que j'ai présentée au premier *Congrès français de chirurgie* (2) jouit actuellement d'une santé parfaite.

Le tableau des gastrostomies pratiquées après 1876 est, vous le voyez, un peu moins sombre que vous ne le faites et, je crois même que mon observation peut être comptée au nombre des plus beaux succès de la gastrostomie. L'opération date maintenant de plus de *sept ans* et la santé de l'opérée est aujourd'hui, je vous le répète, aussi satisfaisante que possible. Elle boit librement, mais elle continue à introduire les aliments solides par la bouche stomacale et son bien-être est tel qu'elle a toujours refusé jusqu'ici de venir faire un nouveau séjour à Paris pour que je lui pratique la dilatation progressive de son rétrécissement.

Comme dernier renseignement, je vous rappellerai ce que j'ai dit à la *Société de chirurgie* (3), sur l'état de la fistule stomacale. Après bien des essais l'opérée a préféré se passer de tout appareil. « Grâce à des soins de toilette très minutieux, à l'application de vaseline au pourtour de l'orifice et à la fermeture hermétique de la fistule, en dehors des repas, avec un tampon de gaze, elle est arrivée à éviter le retour de tout accident local. »

Veuillez agréer, etc.

Paul Segond.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Maladie de Morvan (Ein Fall von Morvanscher Krankheit), par R. Pick (*Prager med. Woch.*, 28 octobre 1891, N° 43, p. 494, n° 44, p. 506). — Malade âgée de 47 ans; il y a 21 ans, premier panaris mutilant de l'index droit sans grandes douleurs : ultérieurement le même processus se reproduisit avec plus ou moins d'intensité sur tous les doigts des deux mains; les phalangettes ne furent éliminées toutefois qu'au médius et à l'index de la main droite. Un an après, un processus analogue se produisit sur le premier métatarsien du pied droit. Les dernières phalanges des deux gros orteils furent également malades. Plus tard troubles vaso-moteurs des extrémités. A un premier examen, en 1890, outre les déformations résultant des panaris on trouve : tous les sens intacts, pas de rétrécissement du champ visuel, abolition des deux réflexes patellaires, sans troubles de la marche, ni signe de Romberg, déformation de la colonne vertébrale, sensibilité au tact à la douleur, à la température normale, sur la peau et les muqueuses de la tête, du tronc et des extrémités. A un second examen en 1891, la sensibilité à la douleur et à la température est normale, ainsi que la tactile. Il existe des symptômes de tuberculose pulmonaire.

Nouvelle autopsie de maladie de Morvan : syringomyélie, par A. Joffroy et C. Achard (*Archives de médecine expérimentale*, septembre 1891, n° 5, p. 677). — Ce mémoire concerne l'autopsie d'un sujet dont la main et la moelle ont été présentées en février à la *Société médicale des Hôpitaux*, par M. Joffroy. Il s'agit d'une femme de 48 ans, qui souffrit, il y a 20 ans, d'un premier panaris mutilant, et en eut successivement à tous les doigts de la même main sauf le pouce. Outre les déformations en rapport avec ces panaris, la malade présente de l'atrophie de la main et du membre, des troubles de la sensibilité (diminution au tact, abolition à la douleur et à la température), de la scoliose. A l'autopsie, lésions caractéristiques de la syringomyélie. Cette observation confirme ainsi cette opinion que la maladie de Morvan n'est qu'une forme de la syringomyélie, opinion à laquelle M. Charcot a donné l'appui de sa haute autorité.

Sur un cas de paralysie radiculaire de la première paire dorsale, avec lésion hémilatérale de la moelle, d'origine traumatique, simulant la syringomyélie, par Charcot (*Archives de Neurologie*, septembre 1891, n° 65, p. 161). — Le sujet, âgé de 22 ans, reçut à la partie postérieure du cou, il y a 4 ans, une balle qui ne fut pas extraite. La blessure fut suivie immédiatement d'une paralysie des membres inférieur et supérieur droits, qui disparut complètement au bout de 2 mois. Trois ans après, en faisant effort, il ressentit une douleur entre les deux épaules, puis de la faiblesse de la jambe droite, du bras droit, et de l'anesthésie de ce dernier membre. A l'examen le bras droit présente la dissociation syringomyélique de la sensibilité, et de l'atrophie musculaire avec réaction de dégénérescence. La jambe droite offre de la parésie spasmodique, et la gauche ainsi que la moitié correspondante du tronc sont atteintes de dysesthésie. Le sujet est de plus scoliotique, et a de l'inégalité pupillaire. L'auteur discute le diagnostic de la syringomyélie, et d'une lésion de la moelle portant sur la première paire dorsale dont il démontre l'existence, en se basant sur la répartition de la zone d'anesthésie, sur la distribution de l'atrophie musculaire et sur les troubles pupillaires. L'interprétation proposée rend du reste un compte exact de tous les symptômes, et par suite devient seule acceptable. La trépanation effectuée par M. Tuffier au niveau de la septième cervicale et de la première dorsale a été négative quant aux constatations auxquelles elle a donné lieu, et quant à ses suites.

MÉDECINE

Phthisie et tuberculose (Phthisis und Tuberculosis pulmonum), par Langerhans (*Berl. klin. Woch.*, 1891, n° 42, p. 1034). — C'est, à proprement parler, un plaidoyer en faveur de la dualité de la phthisie, de la distinction entre la phthisie caséeuse et la phthisie tuberculeuse. Malgré la tradition, l'auteur propose une conception de la phthisie qui nous ramène à Arétée, ou tout au moins à Bayle. Et quant à la distinction entre les processus tuberculeux et caséeux, c'est la théorie de Virchow, Reinhardt, Niemeyer réchauffée pour le besoin de la cause, même après le rôle unitariste du bacille de Koch.

Ce qui est encore plus étrange, c'est l'interprétation que l'auteur donne de la première de ses observations, et les commentaires qu'il ajoute. Un sujet rend des crachats riches en bacilles tuberculeux et en pneumocoques. On trouve à l'autopsie une pneumonie récente, et un processus ancien, pneumonie chronique, induration ardoisée, bronchite purulente, etc.

(1) *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 1891, p. 549.
(2) *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.* Paris, 1888, p. 381.
(3) *Congrès français de chirurgie*, 1e session. Paris, 1886.

Que faisaient là ces bacilles de Koch? D'où venaient-ils? L'auteur ne le dit pas. Le bacille tuberculeux pourrait-il être un hôte habituel et inoffensif de l'organisme? En tout cas, dit l'auteur, ce sujet n'est point un tuberculeux. Nous croyons que l'unique observation de L. ne suffira pas à convaincre beaucoup de lecteurs, même et surtout dans le pays qui a vu les études de Koch, Cornet, etc.

Syphilis pleurale (Ueber die Lues der Pleura, par Wladimir Nikulin (*Berl. klin. Woch.*, 5 octobre 1891, p. 981). — On considère généralement que la syphilis de la plèvre est consécutive à des lésions, soit du poumon (pleuro-pneumonie syphilitique), soit de la paroi thoracique (périostites, gommes, etc.). C'est l'opinion de Virchow, Lancereaux, Mauriac, et l'auteur rapporte une observation où la syphilis pleurale fut en effet causée par des altérations primitives des côtes. Mais à côté de cela il peut y avoir une syphilis pleurale idiopathique. Dans un cas de Nikulin l'auteur vit évoluer, chez un ancien syphilitique, et en dehors de toute autre lésion, une pleurésie fébrile, tenace, caractérisée par de la douleur avec frottements, sans liquide, qui guérit rapidement sous l'influence du traitement spécifique. L'état général, mauvais jusque-là, s'améliora lui-même très vite.

Pleurésie à exsudat presque entièrement solide (Un caso di pleurite acutissima bilaterale ad essudato prevalmente solido), par G. Bassi (*La Riforma medica*, 18 juin 1891, p. 733). — Homme de 40 ans, mort au cinquième jour d'une affection thoracique qui avait donné lieu aux symptômes d'une pneumonie (dyspnée, toux, douleur pongitive à droite, expectoration muqueuse, adhérente et peu abondante, diminution de sonorité, râles sonores, souffle et abolition des vibrations thoraciques, température très élevée). A l'autopsie, méningite exsudative, sérosité parfaitement liquide dans le péricarde; fausses membranes fibrineuses jaunâtres, de plusieurs millimètres d'épaisseur, enveloppant complètement les deux poumons, avec un ou deux verres de liquide séro-fibrineux dans chaque plèvre; atélectasie de portions très étendues des deux poumons. Pneumocoque et staphylococcus pyogenes albus dans le liquide pleural. Les poumons ne présentant pas de lésions caractéristiques, l'auteur rejette l'hypothèse d'une pleurésie pneumonique et admet qu'il s'agit de l'affection décrite par Concato sous le nom de polyorroménite aiguë ou inflammation simultanée de plusieurs séreuses.

Valeur diagnostique des organismes de Laveran (On the diagnostic value of Laveran's organisms), par Toulmin (*Medical News*, Philadelphie, 19 septembre 1891, p. 317). — Dans certains cas, les commémoratifs et les signes actuels ne suffisent pas à reconnaître s'il s'agit d'une fièvre paludéenne ou de certaines autres maladies, et la présence ou l'absence dans le sang des organismes de Laveran peut fournir un moyen de diagnostic sûr et pratique. Dans quelques cas rares, on ne peut constater la présence de ces organismes, mais ces cas ne se présentent plus lorsque les examens sont faits avec soin et que l'observateur a l'expérience des moyens de recherche de ces micro-organismes.

Action de la quinine sur les hématozoaires du paludisme (Ueber Chinin und die Malariaamœbe), par Binz (*Berl. klin. Woch.*, 19 octobre 1891, p. 1046). — L'auteur élève une réclamation de priorité sur la découverte de l'action de la quinine dans le paludisme. Il prétend avoir dans ses travaux antérieurs contribué à ruiner la théorie qui expliquait l'action de la quinine par des modifications du système nerveux. Il a en effet signalé les propriétés antiseptiques du médicament dans certaines septicémies et dans les processus de putréfaction. Il se félicite donc de voir que la quinine produit dans le paludisme une action destructive directe sur les hématozoaires, analogue à celle qu'il avait déjà indiquée depuis longtemps.

CHIRURGIE

Chirurgie des voies aériennes supérieures (Beitræge zur Chirurgie der oberen Luftwege und Adnexa), par Grunwald (*Münch. med. Woch.*, 1891, n° 40, p. 699). — L'auteur rapporte 4 cas de guérison obtenue par la trépanation du sinus frontal dans deux cas de suppuration de cette cavité (dont un d'origine syphilitique), et par la thyrotomie dans un cas de laryngite tuberculeuse et un cas de polypes du larynx. Dans ces deux cas, la thyrotomie fut suivie d'ablation des néoplasmes au moyen de la curette tranchante.

Corps étranger du larynx (Removal of large fragment of glass from larynx affer lodgement for 21 months), par Ransom (*Medical Record*, 25 avril 1891, p. 478). — Une femme, mangeant un pâté, eut, le 25 octobre 1888, un accès de toux formidable allant jusqu'à menacer ses jours. Le médecin appelé ne put rien découvrir au niveau du larynx. Pendant 6 semaines la malade fut très faible et put à peine parler; puis elle s'améliora, mais la toux persista. Le 31 juillet 1890 elle consulta l'auteur, qui crut en l'examinant que son laryngoscope présentait une fêlure, mais il le retira et le trouva intact; il put se rendre compte de ce qu'il avait pris pour une raie dans le miroir du laryngoscope. Il s'agissait d'un fragment de verre suspendu entre les cordes vocales et dont le bord s'était réfléchi dans le larynx. Ce fragment, enlevé à l'aide de la pince de Schrœtter, était triangulaire et mesurait de 2 c.m. 1/2 à 3 c.m. au niveau de ses bords.

Corps étrangers des bronches (Foreign bodies in the bronchi), par Rushmore (*New-York med. Journ.*, 25 juillet 1891, p. 85). — Un homme de 41 ans avala pendant un accès de rire un bouchon de 12 mm. de long sur 22 mm. de diam. qu'il tenait entre ses dents. Après un accès de suffocation intense, il se remit et l'auscultation démontra une absence totale du murmure vésiculaire dans le lobe inférieur gauche. Au 5e jour, trachéotomie et essais infructueux d'aspiration et d'extraction et le malade succomba rapidement. L'auteur se proposait d'aller à la recherche du corps étranger par une thoracotomie, opération absolument justifiée, dit-il, par la gravité de ces cas.

Nous rapprocherons de ce cas celui d'un homme de 40 ans, observé par Epler (*Med. News*, 27 juin 1891, p. 729), qui mourut un an après son entrée à l'hôpital (fièvre, point de côté, toux, expectoration, dyspnée, hémoptysies, râles en un point mat et douloureux à la pression) et à l'autopsie duquel on trouva dans une excavation du lobe inférieur droit un morceau de métal rouillé, de provenance inconnue.

Toutefois il ne faudrait pas exagérer la fatalité du pronostic. Wessinger (A case of foreign body in the air passages, *New-York med. Journ.*, 12 septembre 1891, p. 292) publie l'observation d'un garçon de 14 ans qui avala un clou, logé dans la bronche gauche; 6 mois après, l'état était excellent, sauf une petite toux d'irritation, et dans un accès de toux avec suffocation l'enfant ne tarda pas à expectorer le corps du délit.

Chirurgie du poumon (Ein kleiner Beitrag zur Lungenchirurgie), par E. Kurz (*Wien. med. Presse*, 1891, n° 37, p. 1389). — L'observation rapportée par l'auteur date de 1884. A cette époque il ouvrit à son phthisique une caverne du sommet gauche (incision dans le 2e espace intercostal gauche, incision de la caverne au thermocautère) et fit le drainage de la cavité avec un tube d'argent. Les injections étant mal supportées, on faisait des insufflations de poudre d'iodoforme. Les résultats furent excellents. Au bout de 4 mois, la caverne avait disparu et le malade complètement rétabli avait pu reprendre ses occupations: mais deux ans plus tard il succombait à une tuberculose généralisée.

L'auteur rapporte à la fin un autre cas de tuberculose pulmonaire très avancée guérie par la tuberculine.

Francis Huber (Case of abcess of lung, operation, recovery, remarks, *Med. news*, 17 octobre 1891, p. 455) publie l'observation d'un garçon de 4 ans chez qui on croyait à une pleurésie enkystée du sommet droit en avant, avec purulence prouvée par la ponction exploratrice. Mais l'incision conduisit jusque dans le parenchyme pulmonaire. La guérison fut obtenue avec une fistule qui dura 10 mois.

Trois cas de pleurésies purulentes consécutives à la broncho-pneumonie, pleurotomie, par Sieur (*Lyon méd.*, 30 août 1891, p. 591). — On a prétendu que les pleurésies méta-pneumoniques étaient justiciables de la ponction, et en effet on a obtenu ainsi quelques succès. Mais l'auteur pense qu'il n'y a aucun inconvénient et au contraire des avantages à pratiquer la pleurotomie aussitôt la purulence reconnue. Il a vu succomber en deux heures un soldat de 21 ans, opéré au 16e jour, mais il s'agissait d'une pleurésie par foyer gangréneux du lobe moyen droit. Par contre il a vu guérir deux autres sujets : l'un, âgé de 21 ans, a été 5 mois malade et a présenté des accidents d'infection générale (abcès

des fesses), il fallut lui laver la plèvre; l'autre, âgé de 28 ans, était guéri en deux mois.

BIBLIOGRAPHIE

Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie, d'après l'enseignement de la Salpêtrière. Hystérie normale ou inter-paroxystique, par GILLES DE LA TOURETTE. E. Plon, Nourrit et Cie, édit., Paris, 1892.

Ainsi que nous en prévient excellemment M. le prof. Charcot, dans la préface qu'il a écrite en tête de ce volume, il s'agit d'un travail complet sur l'hystérie, reproduisant aussi fidèlement que possible l'enseignement du maître, et résumant parfaitement l'état actuel de la science, avec une conscience scrupuleuse.

Ce premier tome — le traité sera complet en deux volumes — est consacré à l'hystérie inter-paroxystique, c'est-à-dire aux stigmates permanents de la névrose. Il débute par un historique de la question, où se donne carrière le talent d'exégète de l'auteur de *Théophraste Renaudot*. L'étiologie de l'hystérie prend deux chapitres, consacrés successivement aux causes prédisposantes et aux agents provocateurs ; à ce propos se trouve très clairement résumée la longue discussion à laquelle a donné lieu la névrose traumatique. Vient ensuite l'étude des troubles de la sensibilité : anesthésies cutanées, des muqueuses et des organes des sens, hyperesthésies et zones hystérogènes. Les troubles de la vision, amblyopie et affections des muscles oculaires, prennent à eux seuls deux longs chapitres, et les développements dans lesquels entre l'auteur à leur sujet sont amplement justifiés par l'importance nosologique qu'acquièrent ces signes dans la symptomatologie générale de la névrose. La diathèse de contracture, puis les tremblements hystériques forment l'objet des chapitres suivants. L'exposé de l'état mental et des troubles trophiques, questions à la solution desquelles M. Gilles de la Tourette a apporté une part contributive importante, terminent ce magnifique volume.

Nous ne saurions entrer dans son analyse détaillée, car ce sont des faits didactiquement groupés, mais rien que des faits qui nous sont présentés. On sent que l'auteur ne se laisse pas entraîner par le mirage des théories, car il n'accorde aux interprétations hypothétiques qu'une place strictement mesurée ; mais étant donné le but qu'il s'est proposé, nous ne l'en saurions blâmer.

Ce but il l'a atteint, et ce n'était pas une tâche aisée que de condenser sous une forme définie la phénoménologie si considérable de l'hystérie. La connaissance de cette partie de la neuropathologie est devenue nécessaire actuellement, aussi est-ce un réel service que rendra ce volume tant aux élèves qu'aux praticiens, en les initiant aux multiples aspects que se plaît à revêtir la névrose.

PAUL BLOCQ.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

NOTES SUR LE TRAITEMENT DE LA SYPHILIS EN ALLEMAGNE ET EN AUTRICHE, par P. RAYMOND. 1 Broch. in-8° de 76 pages. Paris, 1891.

Ces notes ont été recueillies par l'auteur en 1888, au cours d'un voyage en Allemagne et en Autriche. Elles montrent que, pas plus en Allemagne qu'en France, ou plutôt moins en Allemagne qu'en France, il n'y a d'accord complet entre les syphiligraphes sur le traitement de la syphilis, ni au point de vue du mode d'administration du mercure, ni au point de vue de la durée de son emploi, ni au point de vue de l'époque à laquelle cet emploi doit commencer. On y trouvera l'exposé de la pratique des principaux syphiligraphes allemands en 1888, ce qui n'est peut-être pas sur tous les points la même chose que cette même pratique en 1891, et on y rencontrera quelques formules peu connues en France.

Thèses de Lyon.

DE LA GASTROSTOMIE DANS LES RÉTRÉCISSEMENTS CANCÉREUX DE L'ŒSOPHAGE. *Nouvelle technique opératoire,* par MICHEL TILLIER.

Dans cette thèse, destinée à nous faire connaître la pratique d'A. Poncet, l'auteur commence par déclarer que, surtout si elle est précoce, la gastrostomie est une excellente opération, qu'elle seule est capable de mettre le malade à l'abri de la mort par inanition. Aseptique, elle n'est pas dangereuse et les sujets qui y succombent meurent de choc parce qu'on les a opérés trop tard. Pour éviter l'écoulement continu du suc gastrique par la fistule, il faut faire celle-ci très petite et ne pas y laisser de sonde à demeure. Poncet part du principe que tous les malades atteints de rétrécissement cancéreux de l'œsophage sont voués à l'inanition. Aussi conseille-t-il d'être toujours prêt à leur faire la gastrostomie et, pour éviter un traumatisme grave à une période où l'état général est déjà compromis, il recommande de fixer l'estomac à la paroi abdominale sitôt le diagnostic posé : l'on se trouve ainsi prêt à créer au moment voulu, c'est-à-dire dès que l'alimentation normale devient insuffisante, la bouche stomacale nécessaire. Il va sans dire que si l'on opère tardivement il faut ouvrir l'estomac en une seule séance.

VARIÉTÉS

Institut médico-légal. — En exécution d'une délibération du conseil général de la Seine, le préfet de la Seine vient d'instituer une commission chargée d'étudier les questions se rattachant à la création d'un institut médico-légal à Paris et d'élaborer un programme destiné à servir de base à la rédaction d'un projet.

Cette commission se compose de la manière suivante :

MM. le préfet de la Seine, président; Alphand, directeur des travaux de Paris; Le Roux, sous-directeur chargé de la direction des affaires départementales; Louvard, chef du bureau des travaux de l'Etat et du département, — représentant la préfecture de la Seine.

Le secrétaire général de la préfecture de police et son suppléant.

MM. Alpy, Bompard, docteur Levraud, Lucipia, Stanislas Leven, membres du conseil général.

Le docteur Goujon, sénateur, maire du 12e arrondissement.

Le procureur de la République ou son substitut; le doyen des juges d'instruction du tribunal de la Seine; Me Demange, avocat près la cour d'appel de Paris, président de la Société de médecine légale, — représentant les services judiciaires.

Liard, directeur de l'enseignement supérieur au ministère de l'instruction publique; le docteur Brouardel, doyen de la Faculté de médecine; le docteur Motet, secrétaire général de la Société de médecine légale, représentant les services de l'enseignement et de la médecine légale.

Société de médecine de Paris. — Le prix Duparcque de 1,500 francs, plus une médaille d'or de 100 francs, est offert en 1893 au meilleur travail, *manuscrit* ou *imprimé*, paru dans le courant de 1891 ou 1892, sur un sujet quelconque afférant à la *tuberculose*.

Les mémoires devront être parvenus au secrétariat, 3, rue de l'Abbaye, avant le 31 décembre 1892.

Pharmacie militaire. — Un rapport inséré au *Journal officiel* (18 nov. 1851), suivi d'un décret conforme, modifie le recrutement des pharmaciens de l'armée. Il y aura, chaque année, du 1er au 15 novembre, un concours auquel seront admis les élèves ayant accompli une année de service militaire et un stage de deux années valable pour le grade de pharmacien de 1re classe ou les étudiants ayant accompli leur année de service militaire et possédant 4 ou 8 inscriptions valables pour le grade de pharmacien de 1re classe et ayant satisfait aux examens de fin d'année. Les autres conditions sont les suivantes : 1° Etre né ou naturalisé Français; 2° avoir moins de 23 ans pour les élèves ayant deux années de stage, moins de 24 ans pour les élèves à 4 inscriptions, moins de 25 ans pour les élèves à 8 inscriptions; 3° avoir fait constater l'aptitude au service militaire.

Les élèves admis sont répartis à leur choix entre les villes de Bordeaux, Lille, Lyon, Montpellier, Nancy, Paris et Toulouse. Ils sont attachés à l'hôpital militaire ou à l'hospice mixte, concourent à l'exécution du service pharmaceutique de l'hôpital et touchent une indemnité annuelle de 1,000 francs. Le prochain concours aura lieu le 21 décembre prochain. Le *Journal officiel*, p. 5550, indique quelles sont les pièces à produire et quelle est la forme et la nature des épreuves.

Livres déposés au Bureau du Journal

G. STEINHEIL, EDITEUR, 2, rue Casimir-Delavigne.

Traité des maladies des enfants, par Ad. Baginsky, privat docent à l'Université de Berlin, directeur à l'hôpital des enfants K. U. K. Friedrich, traduit sur la quatrième édition allemande par les docteurs Louis Guinon, chef de clinique adjoint à la Faculté pour les Maladies des enfants, rédacteur en chef de la *Revue mensuelle des Maladies de l'enfance*, et L. Romme, lauréat de la Faculté. Prix des deux volumes : 20 »

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'IMP. DES ARTS ET MANUFACTURES et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES SAMEDIS ET PUBLIANT TOUS LES MERCREDIS

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

RÉDACTEUR EN CHEF : Dr L. LEREBOULLET. — SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION : Dr A. BROCA.

COMITÉ DE RÉDACTION

MM. E. BRISSAUD, G. DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, A. GILBERT, A. HÉNOCQUE, A.-J. MARTIN, A. PETIT, P. RECLUS

BULLETIN

Paris, le 27 novembre 1891.

La question de l'indemnité-maladie devant l'Association générale des médecins de France.

Depuis le mois d'avril dernier, nous avons laissé passer, sans y répondre, plusieurs articles écrits à l'occasion des décisions prises par la dernière assemblée de l'*Association générale des médecins de France*. Il nous paraissait inutile d'y relever des erreurs de fait et des paroles désobligeantes émanant de publicistes qui prétendent cependant n'avoir en vue que la défense des intérêts professionnels du corps médical. Nous préférions laisser à celui qui, dans quelques années, alors que l'Association aura pu faire apprécier tous les progrès dont elle poursuit la réalisation, voudra écrire un curieux mais attristant chapitre de déontologie médicale, le soin de faire ressortir de quel côté s'est toujours manifestée la préoccupation de concilier les idées de concorde et d'union, qui ont fait la fortune de notre grande fédération médicale, avec les propositions nouvelles qui ont en vue l'extension des œuvres qu'elle devra et qu'elle saura mener à bien.

Mais voici qu'à l'occasion d'une convocation adressée aux membres de l'*Union des syndicats*, M. le Dr Cézilly accuse de nouveau le Conseil général de l'Association des retards apportés au vote des nombreux projets relatifs à la création de caisses d'assurances contre la maladie. Déclinant toute responsabilité à cet égard, il propose de faire *une démonstration en nombre* et, pour aboutir enfin, de « mettre l'Association en demeure de renoncer pour jamais à des tergiversations sans excuses. » (*Le Concours médical*, p. 530.)

Voici d'autre part M. le Dr Lardier qui, tout en rejetant comme inacceptables les propositions faites durant les deux dernières années, et cela pour les motifs que nous avons maintes fois développés, menace le Conseil général — (c'est par erreur sans doute que M. le Dr Lardier parle de la Société centrale, qui est aussi autonome que la Société des Vosges) — de rompre le statut qui unit les sociétés locales, si l'on n'accepte un projet tout nouveau et dont nous sommes loin, d'ailleurs, de contester l'utilité. Voici enfin que, sur la proposition de M. le Dr Lardier, la *Société des Vosges* prend l'initiative d'une « protestation des sociétés locales, protestation qui serait ultérieurement adressée au ministre de la justice *sans passer par le contrôle du Conseil général*, en vue d'obtenir l'élévation des tarifs médico-légaux. (*Bulletin médical des Vosges*, octobre 1891, p. 5.)

En présence d'allégations aussi injustifiées, ne tendant à rien moins qu'à créer une scission au sein de l'Association générale, nous ne pouvons garder plus longtemps le silence. Déjà nous avons répondu à la proposition de la *Société des Vosges* en annonçant que le relèvement des tarifs médico-légaux, accepté en principe sur les instances du Bureau de l'Association générale, serait appliqué dès que les formalités qu'exige une mesure de cette importance auront pu être remplies. Sans attendre le moment où le Conseil général rendra compte de ses travaux et fera approuver ses actes, nous croyons donc devoir répondre à nos honorables confrères par le simple exposé de faits indéniables et qui, nous en avons reçu l'assurance, peuvent être divulgués sans inconvénients.

La question de l'assurance-maladie a déjà été l'objet de deux rapports longuement motivés et de divers articles sur lesquels nous n'avons point à revenir. En vain nous nous étions efforcé, les années précédentes, de préciser l'état actuel de la législation qui rend impossible l'adoption des projets qui nous avaient été soumis (1). Deux seules solutions, disions-nous en 1890, s'offrent aux partisans de l'indemnité-maladie : Ou bien imposer à tous les membres de l'Association la cotisation supplémentaire qu'exige le fonctionnement régulier de l'œuvre nouvelle ; ou bien fonder une nouvelle société d'assurances qui, sous la forme et avec les statuts d'une *Société civile* et non d'une *Société de secours mutuels*, réunirait ceux de nos confrères qui, en échange du versement d'une cotisation de 5, 10 ou 20 francs par mois, acquerraient le droit à une indemnité de 5, 10 ou 20 francs par jour durant tout le cours de leurs maladies. La première solution exigeait au préalable que, par un vote *unanime*, nous fussions autorisés à reviser l'article 39 de nos statuts. Ce

(1) Voy. en particulier *Annuaire de l'Association générale*, 1890, p. 166 et 178.

vote, nous désespérions de l'obtenir. La deuxième solution nous paraissait à nous-même et a semblé inacceptable à tous ceux qui ont étudié d'un peu près le fonctionnement des compagnies d'assurances. Il ne nous restait plus dès lors qu'à demander à nos collègues de hâter, par leurs dons et les legs qu'ils pourraient obtenir en faveur de notre œuvre confraternelle, le moment où, suffisamment riches, la caisse des sociétés locales et celle de l'Association générale seront en mesure d'offrir à tous les médecins *qui en auraient besoin* une indemnité qui les mette à même, durant le cours d'une maladie un peu longue, de se faire remplacer et de faire face à toutes les difficultés dont ils auraient la préoccupation.

En 1891 (1), ces conclusions avaient été affirmées de nouveau après que « de nombreuses conférences avec d'éminents jurisconsultes et avec les représentants autorisés du Conseil d'État et du Ministère de l'Intérieur » nous eussent donné la certitude que les sociétés de secours mutuels étaient toujours soumises à l'approbation et au contrôle du gouvernement, et qu'aucune autorisation ministérielle ne serait accordée ni dans le présent ni dans l'avenir à l'œuvre nouvelle dont on poursuivait la création. Malgré l'appui que donnait alors à nos déclarations l'autorité de nos conseils judiciaires, l'Assemblée générale se laissa émouvoir par la chaleur et l'entraînante éloquence avec laquelle MM. Hameau, Lande, Surmay, etc., défendaient leurs projets. Rendant hommage aux idées généreuses qu'ils défendaient avec tant de conviction, elle décida qu'une nouvelle tentative serait faite auprès des ministres de l'intérieur et de la justice. Par un vote de confiance, dont la signification n'était point douteuse, elle donna à son bureau les pouvoirs les plus étendus pour que, « s'inspirant des sentiments exprimés par l'Assemblée et des idées défendues par M. Hameau», il examinât ce qu'il serait possible de faire, dans l'état actuel de la législation, pour organiser une caisse assurant aux médecins malades une indemnité suffisamment rémunératrice. M. Lannelongue, vice-président, et M. Brouardel, membre du Conseil général, prirent à cet égard un engagement qui a été tenu. Les objections faites au rapporteur de l'ancienne commission par les membres du Conseil d'Etat et les chefs de service du Ministère ayant paru susceptibles d'appel, c'est aux ministres eux-mêmes que s'est adressé notre vice-président M. Lannelongue et c'est après une nouvelle enquête, après de nouvelles instances, qu'une réponse définitive nous a été faite.

« L'Association générale des médecins de France, nous a-t-il été déclaré, est bien, comme vous le dites, une Société de secours mutuels approuvée. C'est même la seule Société de ce genre, ayant un caractère fédératif, qui ait reçu l'approbation ministérielle, car la Société des voyageurs de commerce et l'Union fraternelle des agents des Compagnies de chemin de fer, que l'on vous a citées, ne constituent pas des associations fédératives, puisqu'elles sont formées de membres non résidents à poste fixe et qu'elles n'ont qu'un siège social, tandis que l'Association générale des médecins de France est une fédération de Sociétés locales. Le gouvernement ne pourrait plus aujourd'hui autoriser la formation d'une Société fédérative qui lui soumettrait des statuts semblables à ceux qui vous régissent. Mais ce n'est point à dire qu'il songe à vous retirer l'autorisation qui vous a été donnée. Il est, au contraire, tout disposé à favoriser l'extension des œuvres que vous avez créées; et puisque l'article 6 de vos statuts indique explicitement que le but de l'Association générale est « de venir au secours des sociétaires que l'âge, les infirmités, *la maladie*, des malheurs immérités réduisent à un état de détresse », rien ne vous interdit de multiplier les secours accordés aux médecins malades, voire même de fixer, à l'avance, comme font d'ordinaire les Sociétés de secours mutuels, le taux de l'indemnité journalière que toucherait en cas de maladie chacun de vos adhérents. Il importe toutefois que vous ne perdiez pas de vue les obligations que vous imposent les statuts de l'Association, qui sont analogues à ceux de toutes les sociétés de secours mutuels. Il faut que, chaque année, une somme déterminée soit, par vous, versée à la Caisse des pensions ; il faut que tous les legs et tous les dons, qui n'auront pas une affectation spéciale, soient attribués à la Caisse des pensions; il vous est impossible de retirer de la Caisse des Dépôts les fonds qui y ont été versés pour servir à la création de pensions viagères. Ces conditions étant remplies, si vous prouvez que votre avoir social disponible vous permet d'attribuer à chacun de vos membres participants une indemnité en cas de maladie, nous n'hésiterons pas à vous accorder l'autorisation de créer une Caisse nouvelle analogue à votre caisse des pensions viagères. Dans le cas où vos recettes annuelles paraîtraient insuffisantes, vous aurez la ressource de demander une modification aux articles 38 et 39 de vos statuts. L'article 39 prévoit d'ailleurs que la cotisation imposée aux membres d'une Société locale peut être augmentée. Mais, si vous vous décidez à demander que le taux de la cotisation annuelle soit augmenté, il faut que la cotisation nouvelle soit *exigée de tous les membres de l'Association sans exception aucune*. Il est matériellement impossible, en effet, d'établir des catégories entre les membres participants d'une Société de secours mutuels et de donner aux uns, en les refusant aux autres, des droits à l'assistance en cas de maladie. C'est dire que les projets qui nous ont été soumis et qui tendent à créer au sein de l'Association une œuvre d'assurance-maladie à laquelle appartiendraient, moyennant le versement d'une cotisation facultative, quelques-uns seulement de vos sociétaires, n'obtiendront jamais l'autorisation ministérielle. *Tous ou pas un*, telle est la réponse qu'il convient de faire aux auteurs de ces divers projets. Si tous les membres de l'Association demandent à profiter, comme le font les membres des Sociétés de secours mutuels, de l'indemnité accordée en cas de maladie, qu'ils consentent à faire élever le taux réellement infime de la cotisation qui leur est demandée. Mais dites-leur bien qu'en aucun cas vous ne serez autorisés à créer au sein de l'Association une caisse d'assurances alimentée seulement par un certain nombre d'entre eux. Le refus opposé à M. le D[r] Lagoguey, qui maintes fois déjà a sollicité une approbation de ce genre, ne peut être accordé au Conseil général de l'Association agissant et parlant au nom d'une fraction seulement des membres de votre fédération médicale. »

Je me suis appliqué à reproduire presque textuellement les paroles officielles qui confirment si nettement ce que toujours, au nom du conseil général, j'avais affirmé devant les deux dernières assemblées. Il en ré-

(1) *Annuaire de l'Association générale*, p. 115.

sulte que la proposition faite par M. le Dr Surmay, qui avait si loyalement reconnu l'inutilité de rien entreprendre sans avoir obtenu une autorisation administrative, n'a pu, comme nous l'avions prédit, être admise ni par le Conseil d'Etat ni par le ministre de l'Intérieur. Il en résulte aussi que les retards, dont se plaint M. le Dr Cézilly, incombent surtout à ceux qui, refusant de reconnaître la valeur des objections juridiques qui leur étaient faites, et ne se préoccupant pas de consulter les personnages autorisés qui auraient pu les éclairer, n'acceptaient aucun amendement à leurs projets et se bornaient à affirmer encore et toujours qu'il fallait les accepter et les imposer aux sociétés locales. Nous n'insisterons point à ce sujet. Mais, pour mieux prouver le bon vouloir que n'a cessé de montrer, dans toute cette affaire, le Conseil général de l'Association, nous n'hésiterons pas à annoncer qu'il croit être en mesure, malgré les difficultés qu'il rencontre, de satisfaire, au moins en partie, aux vœux qui lui ont été exprimés. Parmi les projets qui déjà ont été discutés, dans les séances que le Conseil général a multipliées en vue de prouver son désir d'arriver à un résultat utile, il en est qui parviendront peut-être à faciliter, sans qu'il soit nécessaire d'imposer de nouvelles charges à nos adhérents, la formation d'une caisse nouvelle ou tout au moins d'une réserve qui permettra de subventionner les sociétés locales désireuses d'offrir à ceux de leurs membres à qui la maladie impose une gêne momentanée une indemnité suffisante. Sans doute la formule mathématique, acceptée comme inéluctable par la plupart des projets que nous avons jadis analysés, ne devra plus servir de base à nos combinaisons. Le droit à l'assistance en cas de maladie ne pourra être invoqué que par les médecins à qui leur incapacité de travail imposera une gêne momentanée. Mais, nous ne cesserons de le répéter, n'est-ce point là le but que doit poursuivre l'Association générale? Si nous pouvions affirmer que, dans un avenir relativement prochain, tous les médecins que l'âge, les infirmités, la maladie ou tout autre malheur immérité réduisent à un état de détresse seront assurés de trouver une assistance efficace en s'adressant aux trésoriers des sociétés locales, n'aurons-nous pas réalisé le vœu si souvent exprimé par le Président que nous venons de perdre et à la mémoire duquel tous ceux qui sont vraiment soucieux de défendre la dignité et les intérêts du corps médical ont rendu un juste et respectueux hommage? Que ce droit à la sympathie, au dévouement, à l'affectueuse assistance de leurs confrères se traduise par un emprunt qu'ils rembourseront quand, avec la santé, l'aisance leur sera rendue ou par un don que leur état de fortune ne leur permettra point de refuser, peu nous importe. Tous, dans l'Association, nous n'avons et ne devons avoir qu'une seule préoccupation : chercher, par tous les moyens dont nous disposons, à éteindre le paupérisme médical, à faire en sorte que tous nos adhérents soient toujours assurés de trouver autour d'eux, dans cette grande famille médicale qui ne devrait se réunir chaque année que pour resserrer les liens d'estime et de solidarité professionnelles qui sont sa raison d'être et de prospérer, l'assistance morale et matérielle dont ils peuvent avoir besoin. C'est cette idée généreuse qui a inspiré le projet que discute en ce moment le Conseil général. Nous ne doutons point que le nouveau rapporteur de la Commission nommée pour le défendre devant la prochaine Assemblée générale n'en fasse accepter le principe. Et nous espérons que, dans quelques années, les réserves accumulées en vue de créer une caisse d'assistance contre la maladie seront de nature à satisfaire les vœux exprimés par tous ceux qui se préoccupent de préparer et de fonder les institutions propres à compléter et à perfectionner l'œuvre d'assistance que l'Association générale des médecins de France a entreprise et qu'elle saura faire prospérer.

L. Lereboullet.

REVUE GÉNÉRALE

Pathogénie de l'hydronéphrose.

Bien décrite par Rayer, l'hydronéphrose a, jusqu'à ces dernières années, été regardée comme une affection dont la genèse était facile à expliquer. Liée sans conteste à l'existence d'un obstacle au libre cours de l'urine, elle dépendait le plus ordinairement, croyait-on, soit d'un vice de conformation des uretères, soit de la présence de calculs dans leur intérieur, soit d'une cause de compression extérieure au canal. Sur 52 cas, Roberts, dans son travail si souvent cité, relevait 20 cas dus à des malformations et 14 dus à des calculs. Des recherches anatomo-pathologiques plus précises ne tardèrent pas à montrer que, dans les *rétentions rénales*, il fallait faire des distinctions, que les hydronéphroses calculeuses étaient presque toujours des pyonéphroses et que dans les hydronéphroses chirurgicales vulgaires, la lésion causale échappait dans un grand nombre de cas. Aussi M. Le Dentu, dans son excellent traité didactique, pouvait-il écrire, en 1889, à propos de la pathogénie de l'hydronéphrose : « Ce qu'on en sait pour l'instant est juste suffisant pour montrer que l'histoire de l'hydronéphrose, au point de vue pathogénique, est presque toute à refaire » (1).

Les deux années qui viennent de s'écouler ont vu éclore, sur ce point spécial de la pathologie, une série de travaux dont les plus importants sont dus à L. Landau (2), en Allemagne, à Félix Terrier et M. Baudouin (3), Guyon (4) et Arnould (5) en France, et l'on peut, croyons-nous, esquisser aujourd'hui d'une manière définitive la pathogénie de cette affection.

I

Nous ne nous arrêterons pas sur les *hydronéphroses déterminées par un obstacle situé en dehors des voies urinaires*. Leur action ne peut être discutée. Ces hydronéphroses, surtout observées chez la femme, sont liées le plus souvent à l'existence de tumeurs, soit de l'utérus, soit de l'ovaire, en particulier à celles qui se développent dans l'épaisseur des ligaments larges, fait facile à expliquer par l'intimité plus grande des connexions qu'elles présentent alors avec l'uretère. Ce sont quelquefois des fibromes utérins, plus rarement des épithéliomas kystiques de l'ovaire enclavés dans les ligaments larges. Dernièrement nous avions l'occasion d'autopsier, dans le service de notre maître M. F. Terrier, une femme atteinte d'hydronéphrose double à la suite d'une lésion de cette dernière variété. Ce sont là des faits rares. L'hydronéphrose la plus fréquente est celle qui est liée

(1) *Affect. chirurg. des reins*, Paris, 1889, p. 423.
(2) *Berl. klin. Woch.*, 1888, p. 941 et 968.
(3) *Revue de chirurgie*, Paris, septembre et octobre 1891.
(4) *Ann. des mal. des org. gén.-urin.*, Paris, septembre 1891.
(5) Thèse de Paris, 1891, Steinheil.

au cancer de l'utérus. M. Arnould, dans sa thèse, tend à contester la fréquence de ces faits; pour lui, il s'agit le plus souvent de pyélites. Que l'on ait exagéré le nombre des hydronéphroses consécutives au cancer utérin, cela est possible et la fréquence de l'infection des voies urinaires à l'autopsie n'est certes pas contestable. Mais que l'hydronéphrose liée au cancer de l'utérus soit extrêmement rare, nous ne pouvons l'admettre. Aux rares observations réunies par M. Arnould nous pourrions en ajouter facilement beaucoup d'autres. De plus les lésions infectieuses, notées dans les autopsies et relevées soigneusement par M. Arnould, sont peut-être secondaires. Elles sont en général légères, superficielles, ne rappellent souvent en rien celles des pyonéphroses vraies et peuvent fort bien être dues à l'infection secondaire d'une hydronéphrose primitivement aseptique, fait des plus faciles à expliquer, les malades étant très fréquemment sondées avant la période ultime (1).

Bien plus on peut observer dans le cancer utérin des *hydronéphroses intermittentes*. Il y a deux ans environ, nous étions appelé par notre collègue de Gennes auprès d'une pauvre femme qui depuis la veille éprouvait dans la région lombaire et dans la fosse iliaque droite des douleurs extrêmement violentes. Le palper bimanuel permettait de constater dans la région rénale correspondante l'existence d'une hydronéphrose manifeste. Recherchant du côté de l'appareil génital la cause de cette hydronéphrose, nous apprîmes que, depuis quelques mois, notre malade avait, dans l'intervalle de ses règles, de petites pertes roussâtres. Le toucher nous montra l'existence d'un cancer du col ayant envahi le ligament large droit. Le lendemain tous les symptômes disparaissaient en même temps qu'il y avait émission d'une grande quantité d'urine claire et limpide. Les mêmes symptômes se reproduisirent quelque temps plus tard.

D'autres causes plus rares d'hydronéphrose sont celles qui dépendent d'un prolapsus utérin (Virchow, Philipps), d'exsudats péri-métritiques (Frænkel, Maas, Roberts, Tuffier).

Dans une autre catégorie de cas, l'*obstacle siège dans l'arbre urinaire lui-même*. Ce peut être un calcul, mais c'est exceptionnel, comme l'ont bien montré Morris, Le-gueu, puis Arnould. C'est quelquefois une tumeur de la vessie. Chez un malade que nous avons autopsié dans le service de notre maître le professeur Guyon, avec notre regretté ami F. Rollin, tout l'arbre urinaire était infecté, excepté le bassinet et le rein droit hydronéphrosé, dont l'uretère avait été oblitéré par le néoplasme; en pareil cas l'hydronéphrose peut même cesser momentanément par suite de la chute d'une portion de la tumeur; le fait a été observé par M. Morris. Plus exceptionnellement, comme dans un cas de Lemoine (de Lyon), l'hydronéphrose est déterminée par un rétrécissement fibreux de l'uretère.

Un mot suffira pour l'*hydronéphrose traumatique*, le plus souvent consécutive à une hématonéphrose et liée à l'oblitération de l'uretère par un caillot, exceptionnellement déterminée par le développement de tissu fibreux à la suite d'une infiltration sanguine sous-péritonéale le long de l'uretère.

II

Avec M. Arnould, nous regarderons comme *hydronéphroses congénitales* celles qui sont liées à un vice de conformation, que la tumeur liquide ait été constatée dès la naissance ou qu'elle ne soit apparue que plus tardivement. La sténose de l'uretère la détermine plus fréquemment que son oblitération ou son absence, 32 fois sur 56 d'après les relevées d'English. Elle est assez souvent due soit à une valvule à l'union de l'uretère et du bassinet, soit à une coudure du canal.

L'abouchement de l'uretère sur un point très élevé de la vessie, s'accompagnant d'un trajet oblique assez long du canal dans l'épaisseur de la paroi vésicale, semble pouvoir être une cause d'hydronéphrose. De même l'oblitération de l'uretère dont le mode d'action n'a pas besoin d'être expliqué. Citons enfin les faits rares de compression de l'uretère par un vaisseau sanguin à trajet anormal. M. Decressac en a présenté, l'an dernier, un bel exemple à la Société anatomique de Paris.

III

La dernière variété d'hydronéphrose, dont la pathogénie reste à élucider, est de beaucoup la plus importante. C'est celle de l'hydronéphrose que nous serions tenté de qualifier d'*essentielle*, bien qu'elle soit liée, comme nous allons le voir dans un instant, à une autre affection.

Pour la bien comprendre, il nous faut exposer tout d'abord la pathogénie de la variété d'hydronéphrose décrite, dans ces derniers temps, sous le nom d'*hydronéphrose intermittente*.

Cette variété d'hydronéphrose est *liée à la mobilité du rein*. Bien décrite par Newmann, puis par L. Landau, elle vient de faire ces jours derniers l'objet d'un important mémoire de MM. F. Terrier et M. Baudouin et se trouve bien étudiée dans la thèse de M. Arnould. La coïncidence de l'hydronéphrose avec les déplacements du rein était déjà notée depuis longtemps, mais on y voyait la mobilisation de l'organe par le développement de la tumeur, lorsque L. Landau, renversant les termes du problème, avança, dès 1888, que l'hydronéphrose était l'effet et non la cause de la mobilité rénale. Sous l'influence d'une cause banale, le rein se déplace et son déplacement entraîne une torsion, une coudure de l'uretère (1) ou un abouchement à angle aigu de ce canal dans le bassinet. Par suite d'une quelconque de ces causes, il y a diminution de la lumière du conduit, quelquefois formation d'une valvule et enfin occlusion complète par accolement des parois. Le rein se distend et devient douloureux. Si les lésions sont à leur début, la réduction de l'organe dans sa loge, en redressant la coudure peut faire cesser l'hydronéphrose. La néphropexie, en maintenant les rapports normaux, suffit alors pour guérir les malades. Nous avons entendu notre maître le professeur Guyon relater à cet égard une très intéressante observation. Il s'agissait d'une jeune fille qui était prise de douleurs extrêmes avec augmentation de volume du rein, dès que celui-ci sortait de sa loge. La réduction de l'organe amenait la cessation immédiate de tous les symptômes. Dans ce cas, la néphropexie fut suivie d'une guérison complète. Le lien entre les crises d'hydronéphrose et les déplacements du rein était évident.

Qu'à la suite d'un déplacement prolongé du rein, la coudure de l'uretère demeure fixe, et l'on aura l'hydronéphrose vraie, définitive.

Nous avons eu cette année l'occasion d'en observer dans le service de notre maître, M. F. Terrier, un cas intéressant. Il s'agissait d'une femme entrée à l'hôpital avec le diagnostic : kyste de l'ovaire; la tumeur, complètement indépendante des régions abdominales supérieures,

(1) Comme le fait observer, avec son grand sens clinique, notre maître M. Guyon, ce sont bien des lésions infectées, des pyonéphroses au point de vue histologique et bactériologique; « mais cependant combien elles ressemblent peu à ces collections purulentes qui forment le très gros contingent des pyonéphroses. » Ce sont, en définitive des *mopyonéphroses*, dit M. Guyon, se plaçant au point de vue anatomique pur; ce sont des *hydronéphroses infectées*, si l'on veut d'un mot caractériser leur pathogénie.

(1) L'hydronéphrose par coudure de l'uretère, dans un rein mobilisé, a été obtenue expérimentalement chez le chien par Tuffier.

plongeait dans l'excavation. On la sentait au toucher vaginal, immédiatement en avant et à droite du col utérin. Lorsque, la malade placée sur la table d'opération, on abaissa progressivement les parties supérieures du tronc pour opérer, dans la position élevée du bassin (1), nous vîmes, à travers la paroi abdominale mince et flasque, la tumeur émerger lentement de l'excavation pelvienne se diriger vers l'hypochondre droit et prendre le contact avec la fosse lombaire. La néphrectomie faite suivant la méthode transpéritonéale avec fixation des bords de la loge à ceux de la plaie abdominale antérieure fut suivie de guérison. La malade racontait qu'au début de son évolution la tumeur qu'elle portait avait diminué de volume pour redevenir ensuite de nouveau plus grosse et plus douloureuse. L'*hydronéphrose mobile*, après avoir été intermittente pendant un temps, était finalement devenue fixe.

Ces données nous expliquent la pathogénie de la majeure partie des hydronéphroses chirurgicales dont la cause restait indéterminée jusqu'à ces dernières années. La coudure ou la torsion de l'uretère, en ne suspendant pas d'une façon absolue le cours de l'urine, mais en en gênant l'écoulement, constitue une cause essentiellement favorable à la production de l'hydronéphrose.

Bien que MM. Albarran et Arnould aient vu se développer des hydronéphroses à la suite d'un arrêt complet du cours de l'urine par une ligature de l'uretère, nous croyons, avec M. Le Dentu, que l'oblitération brusque et complète de ce conduit ne détermine qu'exceptionnellement l'hydronéphrose.

Les expériences de Cohnheim ont établi que la ligature serrée de l'uretère n'était en général suivie d'aucune dilatation en amont et la clinique nous montre chaque jour que l'oblitération brusque et complète d'un uretère détermine un arrêt de la sécrétion rénale correspondante. Le fait s'observe dans l'enclavement brusque d'un calcul, dans le pincement d'un uretère. Récemment encore nous en avions la confirmation dans une autopsie où une ligature serrée de l'uretère n'avait été suivie d'aucune dilatation rénale, bien que la malade eût survécu quelque temps à cet accident, passé inaperçu au cours de l'opération.

Henri Hartmann.

TRAVAUX ORIGINAUX

Du diagnostic des tumeurs malignes du poumon,

par le Dr P. Spillmann, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Nancy, et le Dr Haushalter, chef de clinique à la Faculté de médecine de Nancy.

L'histoire clinique des tumeurs malignes du poumon est enveloppée de bien des obscurités : les descriptions classiques sont loin de répondre à la réalité dans la majorité des faits. Beaucoup d'auteurs considèrent le diagnostic des tumeurs malignes du poumon comme impossible ; il présente en tout cas de très sérieuses difficultés. Le récit des cas particuliers, avec l'aveu des erreurs commises, avec la discussion des symptômes et du diagnostic, reste le meilleur fil conducteur dans l'étude des néoplasies pulmonaires : à ce point de vue, les deux observations que nous allons relater, et que les hasards de la clinique nous ont permis de recueillir en l'espace de quelques mois, ne sont pas dénuées de valeur.

Observation I. — *Cancer du poumon droit secondaire à un épithélioma latent de la capsule surrénale : évolution clinique simulant les symptômes d'une phthisie broncho-pneumonique compliquée de pleurite.*

M... Michel, 37 ans, garçon épicier. Père mort à 72 ans ; mère morte à 60 ans de maladie aiguë. Un frère de 50 ans bien portant ; une sœur morte en couches à 40 ans. Marié à une femme bien portante ; 8 enfants bien portants. Soldat de 1870 à 1874. Jamais de maladie ; pas de syphilis ni d'alcoolisme ; vie régulière, hygiène suffisante.

Au commencement du mois d'août 1890, M... se met à tousser ; il vient à cette époque à la consultation ; il avait un peu maigri ; il était très pâle, ses forces diminuaient ; sous la clavicule droite le son et la respiration étaient affaiblis ; le malade avait le facies d'un phthisique au début ; nous l'engageâmes à aller passer quelque temps à la campagne ; il y demeura quatre semaines, et en revint sans avoir été amélioré.

Le 1er *octobre*, il entre à l'hôpital avec les signes d'un léger épanchement à droite ; la température oscille entre 38° et 38°5 ; l'état général est peu satisfaisant ; le malade est pâle, maigre, sans appétit, sans forces ; au bout de trois semaines l'épanchement s'est résorbé : on n'entend plus à droite qu'un bruit respiratoire atténué, avec une diminution de la sonorité.

Le 1er *novembre*, le malade se plaint d'un violent point de côté à droite.

2 nov. On constate les signes d'un vaste épanchement : matité compacte en arrière à droite ; matité en avant remontant jusqu'à deux travers de doigt au-dessous de la clavicule ; sous la clavicule son un peu skodique ; silence respiratoire. La température oscille aux environs de 38° à 38°5.

6 nov. Avec l'aspirateur Dieulafoy on évacue 1 litre de liquide citrin, limpide, au sein duquel se fait par le repos un coagulum fibrineux. Après la ponction, on entend du haut en bas le bruit vésiculaire atténué.

8 nov. L'épanchement s'est reformé : matité compacte en arrière ; souffle bronchique dans la fosse sous-épineuse avec bronchophonie et pectoriloquie aphone ; silence respiratoire au-dessous. Expectoration séro-muqueuse assez abondante. Sous la clavicule droite silence respiratoire ; sous la clavicule gauche sonorité et respiration normales. Etat général mauvais ; teint d'un blanc sale ; perte totale des forces et de l'appétit ; amaigrissement. Hypertrophie considérable des dernières phalanges des doigts ; ongles larges recourbés ; le gros orteil nous paraît bien plus volumineux que normalement.

10 nov. Dyspnée croissante ; ponction ; on retire 600 c. c. d'un liquide clair ; lavage de la plèvre avec 200 c. c. d'une solution de naphthol à 1 p. 1000. Dans la soirée, violent point de côté à droite, qui nécessite une injection de morphine ; la température monte à 39°2 ; les jours précédents elle oscillait entre 37°4 et 38°2.

11 nov. La douleur a disparu ; l'expectoration séro-muqueuse est légèrement striée de sang. Les signes stéthoscopiques à droite restent les mêmes : matité jusque deux travers de doigt sous la clavicule ; silence respiratoire partout, sauf dans la fosse sus-épineuse. Le malade attire l'attention sur une douleur vive qu'il ressent depuis plusieurs semaines au niveau de l'insertion du cartilage de la 3e côte droite sur le sternum ; la région, très douloureuse à la pression, n'est pas modifiée ; on songe à un point d'ostéite tuberculeuse. Les urines ne présentent rien d'anormal. L'examen bactériologique de l'expectoration ne révèle pas de bacilles.

17 nov. Dyspnée continue ; orthopnée ; amaigrissement ; insomnie ; sueurs nocturnes. Sous la clavicule droite, son skodique et bruit de pot fêlé dans la percussion forte ; souffle tubaire à ce niveau ; respiration soufflante dans la fosse sus-épineuse ; partout ailleurs matité compacte et silence respiratoire ; abolition des vibrations vocales. Ponction : on ne retire que 20 c. c. d'un liquide rougeâtre.

20 nov. Mêmes signes. Ponction infructueuse ; l'insuccès est attribué aux fausses-membranes flottant dans le liquide, et aux cloisonnements de la plèvre.

24 nov. Ponction avec l'aiguille n° 3 de l'aspirateur Dieulafoy : on ne retire que 600 c. c. d'un liquide clair, sans dépôt, mais légèrement sanguinolent ; à ce moment l'écoulement s'arrête ; les signes stéthoscopiques sont peu modifiés. Cette ponction est suivie d'une expectoration séro-fibrineuse abondante.

26 nov. Deux nouvelles tentatives de ponction restent infructueuses. La dyspnée augmente beaucoup après les repas.

(1) C'est là une pratique adoptée depuis un an (octobre 1890) dans le service de chirurgie de l'hôpital Bichat. Voir : Labusquière, *Annales de gynécologie*, janvier 1891.

1er décembre. Depuis trois jours le malade se sent mieux; il respire plus facilement. A gauche, la sonorité et la respiration sont normales; à droite, les signes sont les mêmes; la matité cependant remonte jusque sous la clavicule; à ce niveau souffle amphorique profond, sans râles, sans égophonie; abolition des vibrations vocales. Le malade est en proie à une dyspnée intense; fréquemment il est pris de violentes quintes de toux et de points de côté très douloureux, que l'on calme par des injections de morphine; l'expectoration est muqueuse, vitrée, collante, non sanglante, un peu purulente. Au niveau de l'articulation costo-sternale de la 2e côte droite se trouve depuis quelques jours une petite tumeur fluctuante, douloureuse, de la grosseur d'une noisette: à ce niveau la peau n'est pas changée de coloration; l'abcès a apparu au niveau du point douloureux du sternum dont nous avons parlé.

Le même état persiste les jours suivants; deux nouvelles ponctions exploratrices restent sans résult t. Amaigrissement progressif; sueurs; insomnie; orthopnée; quintes de toux; mêmes signes stéthoscopiques; même expectoration. Quelques petits ganglions sus-claviculaires à droite.

16 déc. Crises de dyspnée, surtout après le repas. Le 26 le malade succombe dans une de ces crises, en proie à une angoisse effrayante.

Autopsie. — Au niveau du tiers supérieur du sternum, petit abcès osseux large comme deux francs; perforation de l'os. La plèvre et le poumon gauche sont absolument sains. Pas de liquide dans la plèvre droite; épaississement, adhérence des deux feuillets de la plèvre.

Le poumon droit, très volumineux, remplissant tout le côté droit du thorax, est transformé en un bloc compact, dur, absolument privé d'air. Après arrachement de la plèvre, la surface du poumon se montre criblée de nodules blanchâtres, cohérents, saillants, gros comme un pois environ. A la coupe, le tissu pulmonaire est dur, résistant; il est farci de nodosités blanchâtres, dures, presque énucléables, variant du volume d'un pois à celui d'une lentille; entre ces nodosités on voit quelques travées conjonctives blanches serrées, et des lames de tissu pulmonaire grisâtre, condensé; les bronches, à parois très épaisses, lardacées, à lumière rétrécie, contiennent une mucosité spumeuse.

Le hile du poumon est entouré de gros ganglions. *Cœur*, normal. *Péritoine*, normal. *Diaphragme*, normal, non adhérent au foie.

Foie, très gros, couleur normale; à la surface 5 ou 6 taches jaunâtres arrondies, grandes comme une pièce de 1 franc, correspondant, à la coupe, à de petits noyaux qui se confondent insensiblement avec le parenchyme hépatique.

Rate, normale. *Reins*, normaux.

La *capsule surrénale* droite est transformée en une masse ovoïde, grosse comme une noix, jaunâtre, lardacée. La *capsule surrénale gauche* contient un petit foyer gros comme une noisette, à centre ramolli.

L'examen histologique des organes a été pratiqué par M. le professeur Baraban.

Examen histologique des organes. — La capsule surrénale a subi une transformation presque totale; il ne reste du tissu primitif qu'une mince bordure brunâtre, perceptible seulement au microscope et n'occupant qu'un point fort restreint de la masse actuelle. On reconnaît fort bien, dans ce vestige, les dispositions caractéristiques de l'organe, quoique les éléments dont il se compose aient été refoulés, comprimés, et plus ou moins atrophiés par le tissu anormal.

Le tissu anormal se compose d'un stroma fibreux creusé de lacunes où sont logées des cellules polyédriques; les lacunes et les travées fibreuses ont des dimensions moyennes et se trouvent les unes par rapport aux autres dans des proportions sensiblement égales. L'activité formatrice est actuellement peu intense dans le stroma qui tend vers la sclérose presque partout; mais il n'en est pas de même pour les cellules polyédriques; celles-ci présentent de nombreuses mitoses, aux différentes phases de karyokinèse, et par conséquent sont en voie de multiplication rapide; l'arrangement de ces cellules est nul: elles sont, presque partout, juxtaposées pêle-mêle et remplissent complètement les alvéoles qui ont eux-mêmes une forme quelconque; quelquefois cependant, elles tendent à former bordure, même dans des cavités de petites dimensions, comme si ces cavités, d'abord pleines, allaient être transformées en tubes; dans ces cas, la bordure forme une couche d'apparence épithéliale, parfois simple, plus souvent stratifiée, toujours très irrégulière, à peu près constamment limitée par une ligne nette du côté de la cavité; celle-ci est alors remplie de cellules dégénérées mélangées à un grand nombre de globules blancs.

Les nodules cancéreux développés dans le foie ont une structure sensiblement analogue à celle des précédents; il faut noter seulement qu'à leur périphérie, c'est-à-dire dans la zone d'envahissement, le stroma fibreux est à peine développé: on dirait qu'en ces points le néoplasme s'approprie les éléments conjonctifs du foie, en même temps qu'il substitue ses cellules aux cellules hépatiques; il en résulte un aspect particulier facile à comprendre. Plus tard, les traînées conjonctives s'épaississent, les cellules nouvelles se multiplient activement, comme le prouvent de nombreuses karyokinèses, et bientôt la similitude avec la tumeur surrénale est complète.

Différentes un peu sont les allures des nodosités pulmonaires, au point que la plupart paraissent appartenir à un autre type anatomique que les précédentes, et en imposent au premier abord pour un épithélioma cylindrique, ce qui tient, sans doute, à ce que les nodosités pulmonaires n'ont pas eu le temps jusqu'ici d'atteindre au type définitif et gardent trop encore l'empreinte de la structure du terrain où elles ont pris naissance. En effet, quand on les examine avec attention dans toute leur étendue, sur des séries de coupes assez rapprochées, on constate sur quelques-unes de la façon la plus manifeste:

1° Qu'elles ont débuté dans une artère par embolie;

2° Que le contenu de l'artère reproduit la structure de la tumeur surrénale et des nodosités hépatiques;

3° Que l'apparence d'épithélioma cylindrique n'appartient qu'à la zone d'envahissement propre à chaque nodosité. Si, cependant, cette apparence existe quelquefois au centre des nodosités, cela tient à ce que deux nodosités voisines produites chacune par embolie ont fusionné leur masse, presque tout entière constituée par la zone d'envahissement.

Ces petites embolies artérielles sont faciles à reconnaître, car leur origine est trop récente pour que les parois des vaisseaux aient eu le temps de disparaître: on y voit très bien la membrane élastique interne et la couche musculaire; ce qui devrait être la lumière du vaisseau est occupé par un tissu analogue à celui de la tumeur initiale, mais avec prédominance du stroma fibreux sur l'élément épithélial. La couche musculaire est lardée, çà et là, par des boudins épithéliaux qui, non seulement tendent à la faire disparaître, mais encore deviennent, après perforation de l'artère, les agents de l'envahissement du tissu pulmonaire lui-même.

Cet envahissement porte naturellement sur les bronches et sur les alvéoles. Le tissu conjonctif du poumon, les parois bronchiques et alvéolaires constituent tout d'abord, comme dans le foie, le stroma fibreux initial; à peine se modifie-t-il jusqu'à ce que l'épithélium naturel à ces canaux et cavités ait fait place à des éléments analogues à ceux du néoplasme. Il est difficile d'affirmer comment se comporte l'épithélium alvéolaire, s'il se transforme en celui de la tumeur, ou bien s'il disparaît devant lui; certaines préparations plaident cependant pour la transformation. Pour l'épithélium bronchique, la chose n'est pas douteuse: il n'est pas rare de rencontrer des sections de petites bronches qui sont encore tapissées sur une portion de leur circonférence par des cellules caliciformes ou ciliées, tandis que sur l'autre portion s'étale, en continuité avec celles-ci, une couche irrégulière de cellules polyédriques sans type défini.

Cliniquement la maladie a évolué comme dans un cas de tumeur primitive du poumon: les symptômes pleuro-pulmonaires, les premiers en date, sont les seuls qu'une observation attentive ait permis de découvrir jusqu'à la fin de la vie. Anatomiquement, il semblait encore, à un examen général des organes, que la carcinose avait débuté dans le poumon; le parenchyme pulmonaire à droite était totalement envahi par la néoplasie, tandis que quelques noyaux seulement s'observaient dans le foie et la capsule surrénale; le poumon gauche était indemne. Mais l'examen histologique des organes, pratiqué par M. le professeur Baraban, a prouvé que la marche de la maladie ne pouvait se déduire de ces données anatomiques grossières; la tumeur du poumon était secondaire à un

épithélioma de la capsule surrénale : la preuve résulte de ce fait que partout, dans le poumon, les nodules sont issus de bourgeonnements endartériels nés par embolie; les artères frappées appartiennent au système de la petite circulation : car les lésions qui y sont décrites au cours de l'observation, ont été notées au niveau du lobule pulmonaire, là où n'existent plus d'artères bronchiques, capillarisées avant leur pénétration dans le lobule; l'ensemencement épithélial dans le poumon s'est donc fait par le sang veineux.

Dans quel organe siège la lésion initiale ? Ce n'est pas dans le foie, où ont été trouvés 5 ou 6 nodules récents et probablement contemporains; les capsules surrénales seules restent en cause. Il s'agit d'un épithélioma primitif des capsules surrénales : incidemment, nous ferons remarquer que cet épithélioma est demeuré latent et n'a pas donné lieu au symptôme caractéristique de la maladie d'Addison, à la coloration bronzée de la peau; des documents recueillis par MM. Alezais et Arnaud (1), il semble ressortir que la maladie bronzée ne résulte pas directement de la maladie des capsules surrénales, mais bien de la lésion des ganglions nerveux du sympathique contenus dans leur enveloppe fibreuse, ce qui peut expliquer la tuberculose ou le cancer des capsules sans maladie d'Addison. La capsule surrénale droite, dont les lésions sont décrites au long dans l'observation, avait subi une transformation néoplasique presque totale; la capsule gauche était moins envahie, mais le noyau, ramolli à son centre, semblait plus ancien.

L'épithélioma a pris naissance sans doute dans la capsule surrénale gauche : voici comment nous concevons le mode d'envahissement de la néoplasie. Un embolus quitte le nodule primitif, pénètre dans la veine capsulaire gauche, et de là dans la veine rénale; un noyau épithélial passe dans la veine anastomotique qui réunit la veine mésentérique à la veine rénale gauche, et ainsi arrive dans le foie; un autre fragment porté dans la veine cave inférieure est poussé par la colonne sanguine ascendante dans la veine capsulaire droite qui s'abouche dans la cave inférieure en face et un peu au-dessus de l'origine de la veine rénale gauche; la greffe trouve dans la capsule un terrain identique à son lieu d'origine et y provoque facilement la néoformation spéciale. De la capsule droite ou de la capsule gauche, arrive dans la veine cave une embolie qui aboutit au cœur droit d'où elle est lancée dans une des branches droites de division de l'artère pulmonaire; elle se fragmente, et les fragments poussés dans les rameaux artériels intralobulaires vont y coloniser, et donnent lieu à ces noyaux confluents qui ont été observés.

La voie de propagation que nous supposons ici n'est qu'une hypothèse évidemment, mais elle a le mérite de s'adapter aux faits. Il demeure certain que la tumeur, qui cliniquement a évolué comme une tumeur primitive, a été secondaire; ce n'est donc pas le lieu, à l'occasion de notre malade, de nous livrer à des considérations sur la fréquence du poumon, sur ses rapports avec l'âge, le sexe, etc. Nous ferons observer seulement que tous les auteurs s'accordent pour reconnaître que le cancer primitif du poumon siège habituellement à droite : il est remarquable que dans notre cas le poumon droit ait été seul touché. La mort est bien survenue par le fait du cancer pulmonaire : elle a eu lieu 5 mois et demi après le début des premiers accidents thoraciques.

Un enseignement découle de cette observation : l'examen histologique peut quelquefois être seul capable de décider si dans un cas où le poumon est atteint en même temps que d'autres organes, alors même que la lésion est dominante dans le poumon et minime ailleurs, la néoformation a été originelle ou consécutive dans le poumon.

(A suivre.)

(1) Alezais et Arnaud. Etudes sur la tuberculose des capsules surrénales et ses rapports avec la maladie d'Addison. *Rev. de méd.*, 10 avril 1891.

De l'allongement d'un tendon divisé, avec écartement plus ou moins considérable de ses deux bouts par des incisions en zigzag pratiquées sur ses bords. — Allongement en accordéon, par M. le prof. Antonin Poncet, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

Dans un mémoire récent *sur la mobilisation de quelques tendons par déplacement des saillies osseuses sur lesquelles ils s'insèrent* (1), j'ai envisagé la possibilité d'allonger, par un nouveau procédé, les deux bouts d'un tendon divisé, alors que leur écartement est trop considérable pour en permettre l'affrontement.

A propos de la section du tendon d'Achille, je proposais, dans les cas récents, lorsque la distance entre les deux extrémités n'est pas trop grande, d'augmenter la longueur des deux bouts par des sections en zigzag pratiquées méthodiquement sur leurs bords. J'ajoutais après quelques recherches sur le cadavre que l'on pouvait ainsi, à volonté, allonger un tendon, mais que jusqu'alors je n'avais pas eu l'occasion d'employer sur le vivant ce procédé particulier.

Il m'a été donné, depuis lors, de l'utiliser, et voici dans quelles circonstances :

Le 19 juin 1891, entrait à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Joseph, n° 22, J. M...; âgé de 16 ans, exerçant la profession de cultivateur. Ce jeune homme avait reçu la veille, d'un de ses camarades, un coup de faulx à la partie postéro-inférieure de la jambe droite. Une hémorrhagie abondante s'était produite, et, depuis lors, le malade n'avait pu marcher. A 3 centim. environ au-dessus de l'insertion du tendon d'Achille, existait une plaie cutanée transversale de 20 à 25 millim. de largeur, avec section complète du tendon. Le malade fut anesthésié et l'exploration de la plaie, qui ne paraissait pas infectée, révéla les particularités suivantes : les deux bouts du tendon sectionné, le pied faisant un angle droit avec la jambe, sont distants l'un de l'autre de trois cent. environ; au bout supérieur remonté dans sa gaine est adhérent un caillot sanguin de 5 à 6 millim. de hauteur, le bout inférieur est long de 15 à 20 millim. L'artère tibiale postérieure a été coupée, on aperçoit aisément les deux bouts qui sont liés séparément; quant au nerf et aux tendons voisins, ils sont indemnes.

Le pied étant placé et maintenu dans l'extension forcée, on arrive difficilement à mettre en contact les deux extrémités tendineuses. Le fait est encore plus net, lorsque après avoir placé un fil de soie traversant les deux bouts, à 1 cent. environ de la section, on essaie de les rapprocher, le fil tire et paraît devoir couper les tissus. Pour diminuer une telle traction et ne pas condamner le pied à une flexion par trop forcée qu'il eût été difficile de maintenir, je pratiquai, sur le bout supérieur seulement, deux incisions en zigzag intéressant un peu plus de la moitié de la largeur du tendon. J'obtins ainsi un allongement notable, d'où un affrontement sans traction des extrémités tendineuses et sans flexion par trop pénible du pied sur la jambe. Deux points de suture à la soie furent encore placés latéralement comme sutures complémentaires. Réunion des bords de la peau, drainage avec un drain d'os décalcifié faisant saillie vers l'angle inférieur de la plaie.

Une attelle plâtrée formant la guêtre et remontant jusqu'au genou, assura l'immobilisation. Les suites opératoires furent celles d'une plaie aseptique. Lorsqu'on changea pour la première fois le pansement, le 8 juillet, la réunion était complète et la continuité du tendon rétablie.

Les sutures enlevées, le membre fut immobilisé de nouveau pendant quinze jours.

(1) *Revue d'orthopédie*, 1er septembre 1891.

C'est à partir de ce moment que l'on permit au malade de se lever et de marcher. Sous l'influence des frictions, du massage, etc., la fonction s'améliora rapidement et le malade quitta l'hôpital le 9 août, boitant à peine.

Cette observation vient à l'appui de l'idée que j'avais émise d'un allongement tendineux obtenu par des incisions libératrices pratiquées d'une certaine façon sur le corps du tendon.

Le tendon d'Achille est un de ceux qui, par leur volume, par leur largeur, se prêtent le mieux à ce genre d'opération, dont la technique est des plus simples.

Si l'on examine sur le cadavre la disposition de ce tendon, on voit que, sur une hauteur de six centimètres environ à partir de son insertion au calcanéum, il forme un cordon indépendant entouré d'un tissu cellulaire plus ou moins épais. Ce cordon, tapissé d'une gaine séreuse, mesure deux centimètres environ de largeur. En bas, à son insertion osseuse, il est large de 0,025 à 0,030, en haut il se continue avec le triceps sural et se confond, sous forme d'une large aponévrose, avec le tissu musculaire du soléaire et des jumeaux.

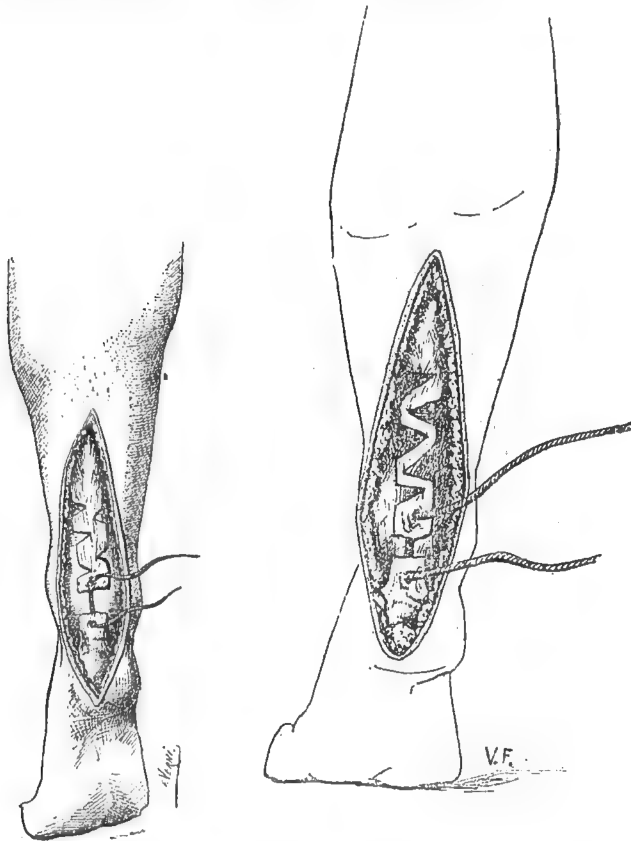


Fig. 1 Fig. 2

Si l'on sectionne le tendon au niveau du bord supérieur de la face postérieure du calcanéum, c'est-à-dire, à un centimètre, à peu près, de son insertion osseuse, le bout supérieur est représenté par une longueur de cinq centimètres.

On peut, par des incisions en zigzag, augmenter cette longueur dans une proportion telle qu'elle est presque doublée.

Pour obtenir ce résultat, il faut, soit avec des ciseaux, soit avec un bistouri à lame étroite, encocher d'une certaine manière le tendon sur ses deux bords et ses deux faces.

La première incision est pratiquée à 5 ou 6 millimètres de l'extrémité tendineuse, sur le bord interne par exemple, la deuxième, sur le bord externe, distante de la première également de 5 à 6 millimètres. On fait ainsi un nombre plus ou moins grand d'incisions alternantes. Chacune d'elles doit dépasser plus ou moins la moitié de la largeur du tendon; une sorte de soufflet, d'accordéon, qui s'ouvre par une légère traction.

Le mécanisme de l'allongement se comprend aisément, de même que son accroissement, soit en rapprochant les incisions libératrices qui se trouvent ainsi multipliées, soit en augmentant leur profondeur. Si elles vont, en effet, jusqu'à 2 ou 3 millimètres par exemple du bord opposé, l'écartement des deux lèvres de l'incision devient d'autant plus grand et par cela même l'allongement. Il est nécessaire, dans tous les cas, que les incisions, quel qu'en soit le nombre, s'étendent plus ou moins au delà de la partie moyenne du tendon. C'est le seul moyen de les transformer, par traction sur l'extrémité du tendon, en V plus ou moins ouverts.

Si, le tendon d'Achille étant coupé à 0,01 c. de son insertion au calcanéum, on pratique sur le bout supérieur qui représente une longueur de 0,05 environ, les incisions que j'indique, on obtient aisément un accroissement de 0,04. On double presque sa longueur.

Suivant le niveau où aura porté la section tendineuse, les incisions extensives seront pratiquées sur les deux bout ou seulement sur le plus long. Si l'écartement était par trop considérable, soit par le fait d'une perte de substance du tendon, soit par suite d'une rétraction telle des deux extrémités que l'on ne puisse multiplier les incisions et augmenter ainsi suffisamment sa longueur, on aurait recours à la mobilisation avec glissement de l'extrémité postérieure du calcanéum.

Le même procédé qui transforme le tendon d'Achille en une sorte de ressort à boudin est naturellement applicable à tous les autres tendons, pourvu qu'ils ne soient pas trop petits et trop cylindriques. L'allongement obtenu sera d'autant plus appréciable que le tendon sera plus large. C'est ainsi que chez un homme adulte, pour les extenseurs, au niveau du dos de la main, qui mesurent 5 à 6 millim. de largeur, on gagne sur une longueur de trois centim., un centimètre par des incisions distantes les unes des autres de quatre à cinq millimètres. (1).

Doit-on, après une telle opération, redouter la nécrose du tendon? Il me semble inutile de discuter une telle éventualité. C'est qu'en effet, quel que soit le peu de vascularité des tissus conservés, s'ils sont, comme ils doivent l'être aujourd'hui, maintenus à l'abri de toute infection, leur nutrition ne saurait se trouver compromise.

On aura soin, du reste, de ne pas dilacérer, arracher la gaine tendineuse lorsqu'elle existera. Les incisions comprendront la séreuse et son tendon.

Une dernière considération enlève toute crainte au sujet de la nécrose. Ne connaît-on pas dans ces dernières années plusieurs cas de greffe tendineuse de l'animal à l'homme : Peyrot, Monod, Polaillon, etc.; et M. Rochet a récemment montré, par une observation fort intéressante (2), que la greffe pouvait être empruntée chez l'homme, avec le même succès, aux tendons voisins.

Les transplantations à distance d'autres tissus : fragments osseux, lambeaux cutanés, etc., ont également démontré que l'on pouvait, en principe, compter sur la

(1) V. ROCHET, Nouveau procédé de greffe tendineuse dans le cas de section ancienne des fléchisseurs des doigts. *Gazette hebdomadaire*, 15 juin 1891.

(2) Le 20 novembre dernier, dans un cas de section de l'extenseur propre de l'index datant de 24 heures, deux incisions en zigzag pratiquées sur le bout supérieur m'ont permis de mettre, sans aucune tension, les deux extrémités en contact immédiat. Avant ces incisions, le fil menaçait de couper les deux bouts du tendon.

réussite, mais à une condition, c'est que la plaie fût et restât aseptique.

La ténoplastie en zigzag me paraît appelée à rendre des services dans les cas de perte de substance ou d'écartement considérable, par rétraction, des extrémités tendineuses. Elle est également indiquée dans les sections tendineuses récentes où elle évite une position forcée et assure le succès de la suture en mettant à l'abri de la traction des fils.

Quant à l'autoplastie tendineuse à un lambeau, au sujet de laquelle je n'ai pas d'expérience personnelle, elle peut avoir ses indications, mais, de même que la greffe à distance, elle ne peut être employée que dans les plaies absolument aseptiques. L'infection la plus légère expose, en effet, à la mortification de la languette tendineuse, qui n'est plus en continuité avec le tendon que par une implantation limitée.

On sait, en effet, que dans cette autoplastie «on détache la moitié correspondante du tendon, en forme de bandelette jusqu'à 3 ou 4 millim. environ de la surface de section du bout périphérique. On renverse ensuite le lambeau tendineux dans l'intervalle des bouts, en lui faisant décrire une rotation de 180°. Son extrémité est fixée au bout central par un point de suture. » (Chotot, *Nouveaux éléments de chirurgie opératoire.*)

Pour des tendons, comme le tendon d'Achille, dont la puissance et la résistance doivent être très grandes, le procédé en accordéon a encore, sur ce dernier, l'avantage de laisser un tendon plus solide. L'écartement des bords des incisions libératrices est comblé par du tissu fibreux résistant. De même qu'entre les deux bouts affrontés se produit un cal intertendineux, ramenant bientôt le tendon à sa solidité normale, de même entre les branches des V, se forment d'autres cals non moins solides.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Un cas d'hystéro-traumatisme très amélioré par l'électricité, par Matignon (*Journal de médecine de Bordeaux*, 18 octobre 1891, n° 12, p. 114). — A la suite d'un coup de poignard, au niveau du sein, le sujet, âgé de 34 ans, vit se développer au lieu du traumatisme une zone hystérogène; on crut un instant à une tumeur, mais il ne s'agissait que d'un gonflement produit par la contraction des faisceaux inférieurs du grand pectoral — erreur que nous avons eu, pour notre part, occasion de relever dans un cas analogue — et une monoplégie avec anesthésie caractéristique du bras droit. Amélioration de la paralysie à la suite d'un traitement électrique, mais persistance de l'anesthésie.

Hystérie chez un enfant de 6 ans à la suite de l'influenza (Case of hysteria in a child six years of age following influenza), par T. C. Railton (*The Lancet*, n° 3654, p. 809). — Enfant de 6 ans, prise d'influenza au milieu de mai, à la suite de quoi elle a une attaque, plus des accidents qui la font admettre à l'hôpital. A l'examen, blépharospasme, pupilles réagissant à la lumière; muscles normaux quant à leurs réactions électriques et sans paralysie. Spasmes cloniques de la main et de l'avant-bras, plus forts à droite qu'à gauche. Anesthésie généralisée. Traitement par la faradisation. Guérison.

Astasie-abasie (Considerazioni sopra un caso di astasia-abasia), par Enrico Pittaluga (*Gazzetta degli ospitali*, 23 septembre 1891, n° 75, p. 722). — Enfant de 9 ans et 7 mois, pris de phénomènes nerveux à la suite d'une fièvre typhoïde qui le tint au lit pendant 25 jours. Les parents avaient remarqué que bien que le malade ne pût faire un pas, il grimpait et descendait avec rapidité une longue échelle conduisant au sous-sol. Le sujet ne présente rien d'anormal au repos; il marche soutenu par des aides, mais tombe à terre dès qu'on l'abandonne à lui-même. Aucun trouble autre de la motilité, ni de la sensibilité ni des réflexes; pas de stigmates hystériques. La guérison survint brusquement. L'auteur rapproche son cas d'une des observations de Blocq, où l'affection survint ainsi à la suite de la fièvre typhoïde, et fait remarquer que si l'on ne peut dire que son malade était hystérique au vrai sens du mot, il présentait néanmoins une disposition à la névrose.

Suggestion à l'état de veille (Die Rolle der Suggestion im wachen Zustande, vom forensischen Standpunkte ausbeleuchtet), par Van Deventer (*Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie*, septembre 1891, p. 385). — L'auteur rapporte l'opinion de divers savants sur le rôle occulte que pourrait jouer la suggestion dans ces mystérieuses tragédies qui se dénouent à la cour d'assises, et il rapporte plusieurs faits qui, selon son interprétation, prouveraient que la suggestibilité peut être aussi intense à l'état de veille que pendant l'hypnose. Une femme, après 14 ans d'une vie heureuse, est prise de crises extatiques de nature hystéro-épileptique probable. Elle croit avoir été ensorcelée par une voisine, et elle persuade à son mari et à sa fille de la rouer de coups de pied et de poing pour rompre le charme. Ceux-ci, ainsi suggestionnés, s'acquittèrent si bien de ce soin, que la femme succomba sous leurs coups. Le mari avoua avoir frappé sa femme jusqu'à ce qu'elle en mourût, mais avoir toujours cru que c'était le démon contenu en elle qu'il frappait.

Contribution à l'étude des aphasies, par Bernheim (*Revue de médecine*, 10 mai 1891, n° 5, p. 372). — De l'étude d'une observation avec autopsie, l'auteur conclut que l'agraphie peut exister avec intégrité du pied de la deuxième circonvolution frontale gauche, sans doute par rupture des communications de ce centre avec le lobule pariétal inférieur. La première circonvolution temporo-sphénoïdale gauche joue un rôle dans le mécanisme de l'évocation des images auditives; mais elle ne représente pas un centre pour les représentations auditives des mots; sa destruction totale ne supprime aucune image. Le lobule pariétal inférieur gauche joue un rôle dans le mécanisme de l'évocation des images visuelles; mais il ne représente probablement pas un centre pour les représentations visuelles des mots et des choses. La cécité (amnésie visuelle) des choses, peut exister sans qu'il y ait cécité (amnésie visuelle) des mots.

Kyste parasitaire du cerveau, par Pierre Janet, (*Archives générales de médecine*, octobre 1891, p. 465). — La malade, âgée de 14 ans, a des antécédents nerveux héréditaires, elle-même a toujours été bizarre : elle fut prise de céphalée persistante avec délire temporairement, puis d'une grande apathie intellectuelle, avec tendances comateuses. On constatait en même temps une hémiparésie des membres à droite avec hémispasme facial à gauche. Aucun trouble de la sensibilité générale ni spéciale; réflexes normaux. Etat de torpeur, puis de coma, et mort avec des convulsions 4 mois après les premiers accidents. A l'autopsie, tumeur kystique — sans hydatides — située dans l'extrémité inférieure du lobe sphénoïdal droit, ne gagnant pas toutefois la limite de ce lobe, empiétant sur les 1re et 2e circonvolutions, sans intéresser ni la capsule interne, ni les circonvolutions temporales. L'hémiplégie est-elle due à une compression à distance, le spasme à un réflexe méningé? L'auteur ne peut évidemment conclure, aussi garde-t-il une sage réserve, et se contente-t-il de faire remarquer que les névropathes présentent sans doute une certaine prédisposition aux tumeurs parasitaires de l'encéphale qui évoluent chez eux avec des allures spéciales.

Myéloméningite cervicale antérieure dans la tuberculose (Ueber Myelomeningitis cervicalis anterior bei Tuberkulose), par Goldscheider (*Berl. klin. Woch.*, 21 septembre 1891, n° 38, p. 935). — Autopsie d'un malade étudié par Remak (*Berl. klin. Woch.*, 1890, n° 15), où l'on trouva, outre des lésions avancées de tuberculose pulmonaire, une myéloméningite antérieure. On voit une infiltration et un épaississement de la pie-mère qui gagne et empiète sur les parties antérieures de la substance blanche qui sont elles-mêmes envahies par de la prolifération nucléaire (de la 4e cervicale à la 1re dorsale). Dans la partie inférieure de la moelle, on constate éga-

lement une infiltration diffuse des faisceaux antéro-latéraux, et du faisceau postérieur droit. L'auteur remarque que l'exsudat a dû éviter les faisceaux antéro-latéraux, ce qui a produit l'exagération des réflexes notée pendant la vie. L'observation peut servir aussi à l'histoire des localisations médullaires, en raison de la corrélation des phénomènes de contracture limitée observés du vivant du malade d'une part, et de la lésion localisée de la moelle qu'il vient de décrire, d'autre part.

Contribution à l'étude des manifestations spinales au cours de la blennorrhagie, par Spillmann et Haushalter (*Revue de Médecine*, août 1891, n° 8, p. 651). — Deux observations : dans la première, qui a trait à une femme de 26 ans, atteinte de vaginite blennorrhagique, il survint des douleurs et de l'hyperesthésie des membres inférieurs avec atrophie des muscles de la cuisse et de la jambe, et eschare sacrée. La seconde concerne une femme de 29 ans, qui souffrit de même à l'occasion d'une vaginite blennorrhagique de douleurs lancinantes dans les membres inférieurs, d'hyperesthésie, de paraplégie, d'atrophie musculaire avec eschare. La guérison survint dans les deux cas. Les deux malades avaient présenté des arthropathies très douloureuses des genoux. Les auteurs discutent le diagnostic de la polynévrite et de la méningo-myélite et se demandent si, en ce dernier cas, il s'agit du retentissement des lésions articulaires sur la moelle, ou d'une localisation microbienne directe sur le même organe.

De l'appareil nerveux central de l'olfaction, par Trolard (*Archives de neurologie*, n° 60, p. 335 ; n° 62, p. 183 ; n° 64, p. 69 ; n° 65, p. 203). — Les nerfs olfactifs forment au niveau de l'espace perforé antérieur une sorte de zone radiculaire, carrefour ou champ olfactif. Ce carrefour est mis en relation avec le bulbe, la couche optique et l'écorce cérébrale, par des connexions constituant les arcs rachidien, intermédiaire, direct. Dans le bulbe, c'est la partie du plancher du 4e ventricule située à côté et en dehors de l'origine du facial, dans la couche optique c'est le tubercule antérieur de cette couche, dans l'écorce enfin c'est la formation godronnée, qui constituent les points de départ dont les radicules du champ olfactif, origines elles-mêmes des troncs nerveux, sont les aboutissants. Ce travail consciencieux, qui prête mal à une courte analyse, représente non seulement la synthèse des opinions des auteurs, mais de plus leur critique et leur raccord, basé sur des découvertes et sur des recherches anatomiques originales, à une conception nouvelle.

Sur un cas d'agoraphobie, par Courtois-Suffit (*Gazette des hôpitaux*, 6 octobre 1891, n° 116, p. 1081). — Le sujet de l'observation, dont le père était tabétique, et qui a souffert lui-même de peines et de souffrances morales, n'offre aucun stigmate de neurasthénie ni d'hystérie. Il est exclusivement atteint d'agoraphobie, dont il offre un exemple complet et caractéristique.

Sur le pseudotabès ou tabès périphérique (Beitrag zur Pseudotabes s. tabes peripherica), par Higier (*Deuts. med. Woch.*, 20 août 1891, n° 34, p. 1007). — L'auteur, après un exposé de cette question controversée, où il insiste notamment sur les difficultés du diagnostic entre les pseudo-tabès et le tabès vrai, rapporte trois observations, l'une de polynévrite où se montrèrent des accidents aigus d'apparence tabétique se terminant par guérison, l'autre analogue aux cas de Korsakoff, la dernière de paralysie alcoolique.

Traumatisme avec perforation du crâne, par Petrucci (*Archives de neurologie*, septembre 1891, n° 65, p. 187). — Il s'agit d'un mélancolique, qui se porta un coup de marteau, perforant le crâne au niveau de la suture sagittale. Ultérieurement, suppuration, et mort dix mois après. Pendant cette période plusieurs accès épileptoïdes se sont produits, ainsi qu'une hémiplégie gauche, et de la difficulté de la parole. A l'autopsie, foyers et infiltration purulente remplissant les ventricules. Observation clinique peu précise, et lésions trop diffuses pour légitimer sans réserves les conclusions de l'auteur.

MÉDECINE

Recherches sur la toxicité urinaire chez les cardiaques, par Ducamp (*Montpellier médical*, 1er octobre 1891, p. 294). — La toxicité urinaire reste normale dans les lésions cardiaques qui ne s'accompagnent ni d'une grosse hypertrophie du cœur ni de trouble de la circulation périphérique ; dans ces mêmes conditions, si le régime lacté est substitué au régime ordinaire, la toxicité peut diminuer d'un tiers. Dans l'asystolie, la toxicité urinaire s'abaisse considérablement et n'arrive plus qu'à la moitié de la normale ; dans l'hypertrophie du cœur, la toxicité urinaire est élevée, atteint et dépasse même le double de la toxicité normale.

Nature et causes de l'eczéma (Some suggestions as to the nature and causation of eczema), par W. Hutchinson (*Medical News*, Philadelphie, 1er août 1891, p. 123). — L'auteur divise l'eczéma en trois classes reconnaissant des causes différentes : 1° Eczémas produits par des causes purement externes, climatiques, chimiques, mécaniques, mycotiques ou parasitaires : cette classe renferme près de 80 0/0 des cas d'eczéma ; 2° Eczémas produits par des causes individuelles agissant de dehors en dedans, eczéma intertrigo, eczéma de l'anus, de l'aine, de la face postérieure de l'oreille ; 3° Eczémas produits par des causes individuelles agissant de dedans en dehors, par influence locale comme la goutte ou le rhumatisme, ou par influence générale comme la lactation ou l'anémie. L'eczéma est la forme la plus simple et la plus rudimentaire d'inflammation chronique de la peau. Les variétés qu'il présente dans son processus et dans ses caractères sont dues à l'infinie variété de ses causes.

Le bacterium coli commune comme agent habituel des péritonites d'origine intestinale, par E. Malvoz (*Arch. de médec. expérim.*, sept. 1891, p. 593). — Les auteurs rapportent 6 observations de péritonite d'origine intestinale (infarctus embolique de l'intestin grêle avec nécrose des parois, cancer avec rétrécissement du rectum sans perforation, ulcérations de la vésicule biliaire consécutives à des calculs, gastrite et entérite ulcéreuses aiguës, ulcères perforants du côlon ascendant, appendicite consécutive à la présence d'un calcul stercoral et de corps étrangers), dans lesquelles ils ont constaté la présence du bacterium coli commune et une observation de péritonite fibrineuse consécutive à la résection de la vésicule biliaire pour calculs, mais sans inflammation des voies biliaires dans laquelle ils ont rencontré le streptococcus pyogènes. Ils concluent de ces faits que la présence du bacterium coli commune au sein des exsudats d'une péritonite doit toujours faire rechercher la cause et l'origine des lésions dans le tube digestif.

Action du sublimé corrosif sur la spore charbonneuse (Wirkung des Sublimats auf Milzbrandsporen), par Gepper (*Deut. med. Woch.*, 1891, n° 37, p. 1065). — Après un séjour relativement court dans du sublimé à 1/1000, la spore charbonneuse perd la propriété de fructifier dans n'importe lequel des milieux qui lui sont ordinairement favorables. Si l'on enlève le composé mercuriel par précipitation, la spore recouvre ses propriétés germinatives même après plusieurs heures. Pendant ces manipulations en sens inverse, la spore est modifiée de différentes manières : dans un premier stade, elle peut encore cultiver dans le milieu animal, mais non dans les milieux inertes *in vitro* ; dans un deuxième stade, elle donne des résultats sur l'animal et sur les milieux artificiels ; enfin dans un troisième stade, elle ne donne plus rien sur l'animal, mais se développe encore sur les milieux favorables. Au delà, c'est la mort définitive. Le troisième stade peut être considéré, comme le stade *d'atténuation* : celle-ci correspond à un contact mercuriel de 20 heures. La mort du germe n'est assurée qu'après 3 jours. Il est aisé de concevoir combien ces études intéressent la question de la désinfection avec la liqueur de van Swieten, désinfection qui porte souvent sur des produits virulents sporulés, et qui semblerait ainsi devoir être souvent illusoire et insuffisante.

Cellules à noyau non coloré dans les épanchements sanguins (Cellule a nucleo non colorabile nei versamenti sanguini), par G. Bassi (*Rivista clinica*, 1891). — Bassi a rencontré, dans un foyer d'hémorrhagie cérébrale, des cellules différant des corpuscules de Glüge par ce fait que leur noyau ne se colore pas par les réactifs ordinaires ; les plus petites de ces cellules ont le diamètre d'un globule rouge du sang. L'auteur constate la présence de ces éléments ; il n'a pu en déterminer le mode de formation et fait seulement remarquer qu'ils ne sont pas le résultat de la nécrose de coagulation.

Sclérose pulmonaire (On cirrhosis of the lung), par M. Finny (*Dublin Journ. of medic. science*, octobre 1891, p. 265). — Homme de 40 ans présentant tous les signes d'une phthisie à marche rapide, avec signes de caverne à la partie inférieure du poumon droit, amélioration notable de la santé générale, puis réapparition de fièvre, d'anémie, de prostration; absence de bacilles dans les crachats; pas de réaction générale après injections de 1 milligramme et de 4 milligrammes de lymphe de Koch; on avait remarqué pendant la vie l'aplatissement et l'immobilité de la région sous-claviculaire droite, et la diminution d'amplitude de la partie droite du thorax. A l'autopsie, adhérences considérables du poumon droit à la plèvre; le poumon est dur, d'un bleu d'acier foncé, il a perdu son aspect spongieux et lobulé, et présente par places de petites cavités du volume d'un pois cassé à celui d'un haricot, ressemblant aux espaces intertendineux des ventricules du cœur, qui semblent être des dilatations bronchiques.

Souffles cardiaques dans la chlorose (Clinical observations on the cardiac bruits of chlorosis), par A. Barrs (*Amer. journ. of medic. science*, octobre 1891, p. 347). — — Barrs a constaté dans 22 cas de chlorose un souffle systotique s'étendant non seulement à la base et à la pointe du cœur, mais encore à l'angle de l'omoplate gauche et dans son voisinage immédiat, souffle qui ne peut être distingué de celui de l'insuffisance mitrale. Ce souffle, qui disparaît sous l'influence du traitement de la chlorose, ne tient par conséquent pas à des altérations organiques de la valvule mitrale. Cependant dans deux cas il a constaté la persistance de ce souffle pendant plusieurs mois, ce qui ne peut s'expliquer que par le développement de lésions permanentes du cœur.

De l'élimination des produits toxiques dans la fièvre typhoïde suivant les diverses méthodes de traitement, par G. Roque et E. Weill (*Revue de médec.*, sept. 1891, p. 758). — Dans la fièvre typhoïde abandonnée à elle-même, les produits toxiques fabriqués par le bacille et l'organisme s'éliminent en partie pendant la durée de la maladie et le coefficient urotoxique est double du coefficient normal, mais cette élimination est incomplète et elle s'achève pendant la convalescence. Dans la fièvre typhoïde traitée par les bains froids, l'élimination des produits toxiques est énorme pendant la période d'état où le coefficient urotoxique devient 5 à 6 fois plus considérable qu'à l'état normal; il diminue à mesure que les symptômes généraux s'amendent, de sorte que, au moment de l'apyrexie de la convalescence, il est redevenu normal. Le bain froid est donc un traitement éliminateur, qui ne gêne pas la production des toxines, mais assure leur expulsion au fur et à mesure de leur production. Dans la fièvre typhoïde traitée par l'antipyrine, l'élimination des produits toxiques est nulle tant que durent la maladie et l'usage du médicament, elle peut même être inférieure à la normale, et dans le cours de la convalescence elle se fait à dose massive pendant une durée de 5 à 7 jours. L'antipyrine n'est donc pas un antiseptique, elle ne s'oppose pas à la fabrication des substances toxiques, mais empêche leur élimination par l'urine.

CHIRURGIE

Deux cas de glossite parenchymateuse aiguë (Two cases of acute parenchymatous glossitis), par Greene (*The medical and surgical Reporter*, 29 août 1891, p. 333). — Un homme de 60 ans, inspecteur de la douane, a eu une pneumonie, il y a 8 ans, a beaucoup usé de narcotiques. Il fut pris brusquement d'un frisson, de vomissements, de faiblesse et sa gorge commença à enfler. Fièvre, amygdales normales; bientôt la langue augmenta de volume, gênant la déglutition et la parole; bientôt elle arriva à remplir complètement la bouche et même, elle ne tarda pas à être projetée hors de la bouche; parole et déglutition impossibles; respiration peu gênée; cependant le malade avait des sensations d'étouffement principalement quand il était sur le point de s'endormir. Dès le 4e jour de la maladie, la langue diminua de volume et, sans aucune formation de pus, les symptômes diminuèrent rapidement; pendant quelque temps encore subsistèrent l'inappétence et la perte du goût. Cette attaque fut suivie de prostration générale, état nerveux, un peu d'aberration mentale. Ce ne fut qu'au bout de 3 mois que le malade put reprendre son travail. Le malade est actuellement phthisique.

Un jeune homme fut pris de mal de gorge avec douleur violente dans la déglutition; le plancher de la bouche du côté gauche était enflammé. Il y avait également du gonflement sous le menton du même côté. Au bout de 36 heures la langue avait plus que doublé de volume; le malade craignait d'étouffer; pas de fièvre. Le malade peut avaler des liquides avec difficulté. Calomel; cataplasmes. Deux jours après, un petit abcès s'ouvrit dans la région de la glande sublinguale; lavage de la cavité avec une solution de chloral. Guérison.

Gangrène du pied dans le cours d'une pneumonie (Gangræn des Füsses als Complication einer croupœsen Pneumonie), par W. Benedikt (*Wien. med. Presse*, 1891, n° 81, p. 1206). — Homme de 22 ans, est pris, au 6e jour d'une pneumonie franche, de gangrène du pied; au 15e jour établissement d'une ligne de démarcation au niveau de l'articulation tibio-tarsienne suivie d'ouverture de l'article au bout de huit jours. Amputation de la jambe au tiers supérieur. Guérison.

L'auteur attribue la gangrène à la thrombose des artères tibiale postérieure et dorsale du pied, survenue par le fait de l'affaiblissement du cœur.

Diverticule œsophagien (Un caso di diverticolo esofageo), par Tusa (*La Riforma medica*, 27 août 1891, p. 532). — Observation d'un garçon de 16 ans ayant depuis trois ans des troubles de déglutition survenus après l'arrêt d'une coquille d'œuf dans l'œsophage au-dessous du cricoïde : sensation de brûlure à la suite de l'ingestion des aliments solides, devenue très intense et obligeant souvent le malade à rejeter les aliments ingérés; après l'ingestion de liquide, formation sur la partie gauche de la base du cou d'une saillie qui se vide par la régurgitation de liquide mélangé de matières non digérées et donnant la réaction du glycogène ; le cathétérisme fait sortir du liquide de cette poche et fait constater une résistance qui tantôt empêche et tantôt permet le passage d'une sonde; à l'auscultation, râles au début de la déglutition au niveau de la 3e dorsale; lorsque la tuméfaction atteint de grandes dimensions, elle provoque de la suffocation. Le rétrécissement siège à 20 centim. de l'arcade dentaire, à l'union du pharynx et de l'œsophage : c'est-à-dire au point où siègent habituellement les diverticules. D'ailleurs la présence d'un diverticule explique les symptômes et une coquille d'œuf n'aurait pu être l'origine de lésions suffisantes pour amener le rétrécissement de l'œsophage.

Fistule branchiale opérée (Un caso di fistolo congenita completa del collo, — fistola branchiale, — operazione, guarigione), par E. Tricomi (*La Riforma medica*, 28 août 1891, p. 541). — Observation d'une femme de 27 ans portant depuis l'enfance une fistule s'ouvrant d'une part à 2 cent. 1/2 au-dessus de l'articulation sterno-claviculaire sur le bord interne de la portion sternale du sterno-cléido-mastoïdien droit, et d'autre part en arrière de l'amygdale, ainsi que le prouvait l'injection de liquide coloré à travers l'orifice externe; la malade éprouvait pendant la déglutition une sensation de tiraillement du cou et une forte douleur de tête. Incision sur le trajet de la fistule en se guidant sur la sonde, isolement du trajet par dissociation d'abord puis par dissection laborieuse jusqu'à son orifice interne qui est oblitéré au moyen d'un point de suture; guérison complète.

Calculs du scrotum (Di un caso di calcolosi dello scroto), par Caprara (*La Riforma medica*, 4 septembre 1891, p. 613). — Observation d'un enfant de 9 ans, pris tout à coup de dysurie, puis d'infiltration d'urine; une ponction du scrotum devient l'origine d'une fistule qui persiste pendant un an; après l'oblitération de la première fistule, nouvelle infiltration d'urine qui nécessite une ponction, à la suite de laquelle on met un tube à demeure pour assurer l'écoulement de l'urine; peu à peu, il se développe une tuméfaction dure qui au bout d'un an occupe tout le scrotum depuis l'orifice de la ponction jusqu'à l'urèthre sous la forme d'un cône à base inférieure et à la partie externe de laquelle on trouve une tuméfaction plus petite; la sonde laissée dans la fistule est recouverte de concrétions blanchâtres. Par l'incision, on met à nu trois concrétions calcaires de 6 centimètres sur 2, de surface irrégulière, de coloration brunâtre, pesant 13 grammes après dessiccation et formées de phosphate et de carbonate de chaux et de magnésie. La vessie ne renfermait pas de calculs; il n'y avait plus de traces de testicule, la tunique vaginale était très épaissie.

BIBLIOGRAPHIE

Traité de thérapeutique chirurgicale, par Emile Forgue, prof. d'opérations et appareils à la Faculté de médecine de Montpellier, médecin-major de l'armée, et Paul Reclus, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital Broussais, membre de la *Société de Chirurgie*. 2 vol., avec 364 figures dans le texte. Paris, G. Masson, 1892.

Hier a paru un livre dont nous connaissions de longue date la préparation : le *Traité de Thérapeutique chirurgicale* de MM. Forgue et Reclus. C'est un livre destiné, croyons-nous, à un grand avenir, car il répond à un besoin, et d'autre part, ce qui ne nuit jamais, les deux auteurs sont doués au suprême degré du talent d'exposition.

Qu'il réponde à un besoin, le titre seul le prouve. Certes, depuis quelques années les traités et manuels de chirurgie et de médecine opératoire se sont multipliés; et parmi eux il est des ouvrages remarquables, tels que le *Manuel opératoire* de Farabeuf et le récent *Traité de chirurgie*. Mais le *Manuel* ne s'occupe que des opérations cadavériques; le *Traité* étudie surtout la nosographie et n'insiste que sur les indications thérapeutiques et opératoires. Où donc avions-nous un raccord entre la médecine opératoire et la clinique, un livre où fût exposé l'état actuel de la science en thérapeutique chirurgicale et où les indications cliniques fussent mises en parallèle avec les procédés opératoires? Ce livre n'existait nulle part, et aujourd'hui il existe, destiné à être accueilli avec faveur par tous les praticiens.

Le labeur a dû être grand pour mener à bien une semblable entreprise, et depuis plus de deux ans nous avons vu les auteurs travailler sans relâche. C'est qu'ils ne se sont pas contentés d'accumuler sans ordre des matériaux indigestes : ils ont voulu que ce livre fût à la fois nourri de faits et cependant facile, agréable à lire. Ce but, ils l'ont atteint, et nous n'avons pas besoin de le dire à nos lecteurs, qui certainement n'ont pas oublié les articles qu'au fur et à mesure, depuis deux ans, nous avons extraits du traité de MM. Forgue et Reclus. En ce qui concerne spécialement M. Reclus, ils savent depuis longtemps avec quelle clarté il sait exposer une question, quelle élégance et quelle limpidité de style il met au service de cet exposé. Et à cet égard il ne pouvait trouver mieux que son jeune collaborateur; celui-ci, auquel revient, nous a-t-on dit, une part prépondérante dans la rédaction effective, est de ceux qui ont souci de la forme littéraire. Descriptions au courant de la science, riches en documents, aisées à lire et à comprendre, voilà donc ce que le lecteur trouvera dans ce livre.

En voilà assez pour assurer un succès, et ce n'est pas tout encore, car il nous reste à dire que le texte, extrêmement bien imprimé, est orné de figures pour la plupart originales, les unes schématiques, les autres d'après nature, toutes remarquablement exécutées.

Ces éloges mérités, nous les donnons sans réserves, sans craindre qu'on nous taxe de complaisance pour des auteurs et éditeur qui nous touchent de près. Aussi bien dirons nous sans ambages que nous ne souscrivons pas à toutes les conclusions pratiques auxquelles se rallient les auteurs. Nous avons lu les pages où M. Reclus s'ingénie une fois de plus à prouver que pour les plaies pénétrantes de l'abdomen l'abstention est la bonne conduite chirurgicale : et nous continuons à penser qu'il combat du mauvais côté. Nous pensons qu'on peut en appeler de certains jugements sur quelques opérations, que, par exemple, la cholécystectomie est quelquefois parfaitement indiquée d'emblée. Mais ces divergences de vues sont en somme personnelles et nous n'avons pas la prétention de les ériger en critiques. Si nous nous permettons un léger reproche, ce sera sur une question d'ordre purement matériel, sur l'exactitude et la précision de la bibliographie : nous l'avons déjà dit bien des fois dans ces colonnes, nous ne cesserons de le répéter, et nous regrettons d'avoir à le dire encore aujourd'hui, c'est prendre souci de la peine de ses successeurs que de donner des indications complètes et précises, avec le tome et la page. En outre, MM. Forgue et Reclus n'ont pas toujours veillé à la correction de l'orthographe dans les langues étrangères. Nous concédons que c'est là une querelle... d'allemand : mais nous prions les auteurs de le prendre pour un simple conseil, à l'usage d'une seconde édition qui ne saurait tarder.

A. Broca.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Les Morphinomanes, par Henri Guimbail. J.-B. Baillière et fils, édit. Paris, 1892.

Nous avons lu avec grand intérêt cette excellente monographie, dans laquelle sont exposées, selon une succession ordonnée, et avec une rigueur d'observation que n'affaiblit pas une langue riche et aisée, toutes les questions relatives aux morphinomanes, ainsi qu'on en jugera par ces conclusions de l'auteur : On devient morphinomane, dit-il, par deux voies différentes : l'accoutumance thérapeutique et la recherche d'une volupté malsaine. Sont particulièrement prédisposés à devenir morphinomanes : les intellectuels, les désœuvrés, les hystériques, les hypochondriaques, les neurasthéniques, les héréditaires. Il y a deux espèces de morphinomanes : les morphinomanes par euphorie, et les morphinomanes par nécessité vitale, avec cette réserve que ceux de la première catégorie passent toujours et rapidement dans la seconde. La morphine, en regard de plaisirs éphémères, d'une surexcitation transitoire du cerveau, accable l'infortuné qui s'est livré à ses charmes de maux physiques épouvantables. La morphine altère l'intelligence, détraque le système nerveux, et peut conduire à la folie et à la démence. L'habitude du poison dynamogène pervertit le sens moral, abolit l'énergie volontaire, et peut conduire au crime. La morphinomanie est curable; et son traitement quelquefois pénible ne garantit pas des récidives.

Suppurations et pneumocoques (Contributo alle suppurazioni prodotte dal pneumococco di Frænkel), par A. Nannotti (Extrait de *Lo Sperimentale*, 30 juin 1891).

Quatre observations d'abcès occupant diverses parties du corps (région sous-maxillaire, région mastoïdienne, gencives, région périnéphrique) et produits par le pneumocoque; dans tous ces cas, l'incision de l'abcès et le lavage ont fait cesser complètement les troubles locaux et généraux. Les caractères cliniques de ces abcès ont présenté des différences : l'abcès de la région sous-maxillaire s'accompagnait d'une fièvre élevée, de fortes douleurs et d'une prostration; l'abcès périnéphrique qui s'était traduit au début par des phénomènes assez violents ne donna plus lieu au bout de 2 ou 3 jours qu'à des symptômes locaux et généraux peu intenses.

VARIÉTÉS

Loi relative à l'exercice de la médecine. — Les travaux de la commission sénatoriale ont pris fin par la nomination, comme rapporteur, de M. Cornil qui en avait dirigé les débats. Nous n'avons pas cru devoir reproduire au jour le jour les modifications de détail apportées au texte de la loi votée par la Chambre des députés. Les retards dus à la singulière idée qu'a eue la commission sénatoriale de consulter les conseils généraux sur l'opportunité qu'il pourrait y avoir à maintenir ou à supprimer les officiers de santé rendent très improbable le vote définitif d'un texte quelconque avant plusieurs mois. Quels que soient le zèle et les instances de M. Cornil, la discussion ne pourra venir devant le Sénat avant le vote de lois qui paraissent plus urgentes. Voté par le Sénat, le texte de la loi nouvelle, si peu amendé qu'il soit, devra revenir devant la Chambre et être enfin définitivement voté, si la Chambre maintient son texte primitif, par le Sénat consulté de nouveau. Nous avons donc le temps d'examiner à loisir ce qui pourra être tenté pour obtenir que l'article 30 de la nouvelle loi, le seul que nous aurions voulu voir supprimé, soit au moins modifié dans un sens plus conforme aux intérêts des médecins et des magistrats.

— **Collège de France.** — Les cours suivants, qui intéressent nos confrères, seront commencés à la date du 7 décembre :

Histoire naturelle des corps organisés : M. François-Franck, professeur suppléant, commencera ce cours, le mercredi 2 décembre, à 3 heures et demie, et le continuera les vendredis et mercredis à la même heure. Il traitera des applications de la physiologie à l'étude expérimentale des poisons et médicaments du cœur avec expériences et démonstrations.

Médecine. — M. d'Arsonval, suppléant de M. le professeur Brown-Séquard, traitera du muscle et de la thermo-dynamique animale les mercredis et vendredis, à 4 heures et demie.

Embryogénie comparée. — M. Henneguy, remplaçant M. le prof. Balbiani, traitera du développement des vertèbres, les mercredis et samedis à 1 heure.

Anatomie générale. — M. Ranvier traitera du système vasculaire les mercredis et vendredis à 5 heures.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant*.

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON 12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES SAMEDIS ET PUBLIANT TOUS LES MERCREDIS

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

RÉDACTEUR EN CHEF : Dr L. LEREBOULLET. — SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION : Dr A. BROCA.

COMITÉ DE RÉDACTION

MM. E. BRISSAUD, G. DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, A. GILBERT, A. HÉNOCQUE, A.-J. MARTIN, A. PETIT, P. RECLUS

BULLETIN

Paris, le 5 décembre 1891.

Sur l'organisation de l'enseignement médical dans les hôpitaux.

Après avoir mis sous les yeux du lecteur (*Gaz. hebd.*, p. 531) le texte officiel des propositions soumises au conseil municipal en vue d'organiser, dans les hôpitaux, un enseignement clinique plus complet, nous voulions attendre que la Commission chargée de faire un rapport sur ces diverses propositions ait précisé ce qu'elle propose. Mais nous ne pouvons ne point signaler dès aujourd'hui l'intéressant article que publie la *Revue générale de clinique et de thérapeutique* (p. 759), et dans lequel notre confrère et ami M. Huchard établit si nettement qu'il ne doit plus être question de consacrer, par des titres nouveaux et une sorte d'investiture officielle, la situation des médecins, chirurgiens et accoucheurs qui depuis de longues années déjà ont honoré l'enseignement libre. « La nomination de professeurs, dit M. H. Huchard, n'avance point d'un pas l'organisation de l'enseignement et lorsque vous aurez nommé ou plutôt choisi ces professeurs, il n'y aura rien de changé dans l'enseignement, puisqu'ils existent déjà dans tous les hôpitaux : il n'y aura que quelques professeurs... j'allais dire quelques fonctionnaires de plus. Là n'est pas la question. » Et pour mieux marquer sa résolution bien arrêtée de lutter contre l'organisation hiérarchique d'un enseignement municipal, officiel notre excellent collègue décline formellement toute candidature aux chaires nouvelles dont quelques-uns réclament encore la création : « J'en connais, dit-il, qui, tout en exprimant au Conseil municipal leur sincère gratitude pour l'œuvre patriotique qu'il entreprend, tiendront à honneur de ne vouloir rechercher ni accepter aucune distinction à l'exclusion de collègues plus méritants. » Ces paroles ont d'autant plus d'autorité ; elles seront d'autant plus remarquées qu'elles viennent de celui qui a provoqué le mouvement d'idées et les nombreuses discussions que, si souvent déjà, nous avons analysées et commentées. On ne s'étonnera donc pas que nous y applaudissions, nous qui avons toujours soutenu l'inutilité d'un enseignement municipal organisé à l'exemple des facultés libres et manifestement conseillé en vue de rivaliser avec l'enseignement de la Faculté. Mieux vaudra infiniment, comme le demande M. H. Huchard, mettre à la disposition de tous ceux qui voudront se consacrer à l'enseignement propédeutique, c'est-à-dire à l'enseignement pratique de la médecine, les assistants et les laboratoires dont ils pourront avoir besoin. Ce qu'il faudra surtout, c'est instituer, dans les hôpitaux, des centres d'enseignement où tous les étudiants puissent trouver à des heures différentes des maîtres assez dévoués pour les initier à ce qu'un médecin praticien doit toujours apprendre et toujours retenir.

Rien ne servirait de créer de nouveaux cours à l'amphithéâtre, ou bien de ces cliniques magistrales, où le professeur se préoccupe infiniment moins d'enseigner à ses auditeurs à bien reconnaître et à bien traiter une maladie commune qu'à prouver la finesse de son diagnostic et l'étendue de son savoir en recherchant surtout les observations rares et de nature à enrichir ses travaux personnels. Ce n'est donc point pour les maîtres, c'est exclusivement pour les élèves que devra être réorganisé l'enseignement clinique de la médecine, de la chirurgie et de l'obstétrique. Or, pour que les élèves puissent en profiter, il faut, comme l'a si bien expliqué M. Potain (*Gaz. hebd.*, p. 109), que cet enseignement soit méthodique et progressif, c'est-à-dire qu'il existe une série de conférences et de cours essentiellement pratiques et destinés aux débutants, une série d'examens cliniques et de démonstrations faites suivant un plan déterminé à l'avance et permettant d'enseigner en quelques mois ce qu'il faut apprendre pour connaître non seulement les maladies générales, mais encore les maladies de la peau, les maladies vénériennes, les maladies des yeux, des oreilles, etc., etc. Ces cours pratiques, ces conférences, ces démonstrations pourraient être directement rétribués par les élèves qui, en nombre assez considérable, nous n'en doutons nullement, tiendraient à les suivre, et l'on éviterait ainsi de distraire de l'allocation votée par le Conseil municipal pour les laboratoires et les assistants une indemnité qui, partagée entre tous les médecins des hôpitaux, deviendrait insignifiante pour chacun d'eux. Nous persistons

donc à maintenir ce que nous avons maintes fois déjà exposé dans les colonnes de la *Gazette* et, nous associant sincèrement aux idées que vient de défendre M. H. Huchard, nous souhaitons vivement qu'au lieu de songer à la création d'une Faculté municipale de médecine on pense surtout, comme l'a si bien dit le rédacteur en chef de la *Gazette des hôpitaux*, à encourager, en le subventionnant, à consacrer et à développer ce qui existe déjà un peu partout, ce que viennent de réaliser les médecins de l'hôpital Saint-Antoine dont nous publions ci-dessous le programme, ce qu'a fait avec tant de zèle et de talent M. Budin à l'hôpital de la Charité. En publiant ci-après la leçon inaugurale de notre ami le professeur Pinard, nous avons tenu à montrer que la Faculté ne se désintéresse point de cette grave question. Les nombreux collaborateurs qui viennent compléter et rendre plus utiles certains cours de clinique magistrale démontrent qu'un vigoureux effort a déjà été tenté en vue de multiplier les sources où les étudiants pourront puiser un enseignement utile. Comme le dit M. Pinard, la Faculté se montre disposée à accueillir tous les chefs de service qui voudront participer à l'enseignement officiel. Cela ne suffit point. Il faut encore, comme nous ne cesserons de le demander, que ces cours et ces conférences se fassent à des heures différentes dans différents hôpitaux et que, dans chaque hôpital, une affiche spéciale indique à quelles heures et dans quelles conditions les étudiants désireux de parfaire leur éducation clinique pourront être admis, en nombre relativement restreint, à des exercices vraiment pratiques, vraiment utiles. Ce n'est pas trop exiger que de demander, en vue du résultat à atteindre, qu'un accord puisse être établi à cet égard entre la Faculté et l'administration de l'Assistance publique.

L. Lereboullet.

CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS BAUDELOCQUE

Séance d'ouverture du Professeur A. PINARD.

Des réformes de l'enseignement obstétrical à la Faculté de médecine de Paris (1).

Messieurs,

Dès le début de cette année scolaire, il ne me paraît pas qu'il soit hors de propos d'examiner devant vous et avec vous, les modifications qui ont été apportées à l'enseignement obstétrical depuis une vingtaine d'années. Vous pourrez ainsi juger en connaissance de cause si ces changements sont de bonnes ou de mauvaises choses, si ces modifications méritent la critique ou l'approbation, si elles constituent des réformes dans la pleine et large acception du mot, c'est-à-dire si elles marquent des étapes vers le progrès.

Pour cela, si vous le voulez bien, nous allons vivre de la vie de l'étudiant qui vers l'année 1872, c'est-à-dire il y a environ vingt ans, prenait la détermination d'apprendre la science ou l'art des accouchements.

A cette époque, on ne songeait nullement aux accouchements avant d'avoir passé son quatrième examen de doctorat, car c'était seulement au cinquième et dernier examen que l'étudiant était appelé à faire preuve de connaissances obstétricales.

Voilà donc notre étudiant venant de passer avec succès son quatrième examen, qui veut passer de la même façon son cinquième et pour cela désire apprendre les accouchements.

Méthodique comme tous les bons élèves, il veut commencer par la théorie. Il va alors à la Faculté, regarde toutes les affiches des cours officiels et n'en voit aucune annonçant un cours d'accouchements.

C'est que malheureusement il a passé son quatrième examen au commencement de l'année scolaire, au mois de novembre, et qu'à cette époque on ne faisait, pendant le semestre d'hiver, aucun cours officiel d'accouchements à la Faculté.

Notre élève, peu enchanté de cette découverte, se résigne à attendre le semestre d'été et il passe l'hiver en travaillant quelques spécialités : maladies des yeux, de la peau, etc.

Enfin l'été arrive, les affiches blanches sont apposées et il voit l'annonce du cours d'accouchements. Au jour et à l'heure fixés, il se rend au grand amphithéâtre, où il a quelque peine à pénétrer, tellement l'affluence des auditeurs est considérable — on allait entendre le professeur Pajot !

Casé tant bien que mal, il écoute et de suite il est charmé. La parole imagée du Maître l'enflamme, il est pénétré bientôt de l'idée que les accouchements constituent une branche des sciences médicales fort intéressante et, alors, malgré l'encombrement, malgré l'heure insolite et étrange à laquelle se faisait le cours — de midi à une heure — il suit le cours avec assiduité et arrive ainsi à la fin du mois de juillet où en terminant une leçon plus brillante encore, si c'est possible, que les autres, le professeur remercie ses auditeurs de leur assiduité et leur donne rendez-vous à... l'année suivante.

Rentré chez lui avec la satisfaction d'avoir appris beaucoup de choses, notre étudiant compulse ses notes, mais, les mettant en regard du programme d'examen, il constate avec terreur que toute une partie de l'obstétrique sur laquelle il pourra être interrogé n'a pas été traitée dans le cours qu'il a suivi avec tant de zèle. En effet, le professeur Pajot faisait son cours en deux années !

Ainsi en 1872, quand un élève de la Faculté de Paris voulait apprendre les accouchements au point de vue théorique, ou bien il était obligé de consacrer deux années à cette étude, ou bien il était obligé de s'adresser à des professeurs libres qu'il payait le plus souvent de ses deniers, ou encore, et c'était le moyen auquel on avait recours le plus souvent, on se contentait du livre, et non pas du traité, mais du manuel, et du plus petit.

Après avoir ainsi, par l'un de ces moyens, étudié ou cru étudier la théorie des accouchements, on songeait à étudier la clinique ou plutôt, comme on le disait, on désirait *faire des accouchements*. Imbu de ces bonnes idées, notre étudiant se renseigne afin de savoir où, quand, et comment il pourra réaliser son désir. On lui apprend qu'avec une carte délivrée au secrétariat il pourra entrer à la clinique d'accouchements qui se trouve à côté de la Faculté. Muni de son talisman, il pénètre dans l'établissement, suit la visite et comme justement il est arrivé un jour de cours, il entend une leçon qui lui rappelle de loin, de très loin, ce qu'il a déjà entendu dans le grand amphithéâtre de la Faculté. La leçon terminée, il voit le chef de clinique se lever et l'entend appeler six élèves qui descendent les gradins, viennent se ranger autour de lui, et bientôt ce groupe disparaît sous une petite porte au-dessus de laquelle on lit, écrits en gros caractères, ces trois mots : *salle du toucher*.

Le nouveau venu intrigué dit à ses camarades : Où vont-ils? on lui répond: — Ils vont toucher. — Ah ! et comment faut-il faire pour aller toucher ? — Il faut se faire inscrire. — Il attend alors la sortie du chef de clinique et lui demande de l'inscrire. Le chef de clinique prend son nom et lui dit : « Vous êtes, monsieur, le 135°, c'est-à-dire qu'étant donné le nombre des appelés et celui des absents, vous avez chance de toucher dans un mois. » Et pendant un mois, l'étudiant suit la visite dans les salles des nouvelles accouchées, entrevoit les mystères de la régression utérine, et attend avec anxiété à la fin de chaque leçon l'appel de son nom. Le bienheureux jour arrive enfin ! Et à son tour il pénètre dans la salle du toucher où, sur trois lits, reposent trois femmes enceintes.

Il voit alors le chef de clinique plonger son indicateur dans un grand récipient rempli de cérat jaune — du vrai cérat de Galien qu'on renouvelait une fois par mois — et, le doigt ainsi oint, pratiquer le toucher; il l'entend bientôt exprimer à

(1) Leçon sténographiée par M. Dedieu, ancien externe du service.

haute voix aux élèves qui l'écoutent respectueusement, les sensations qu'il éprouve, et leur faire connaître la bonne direction à suivre pour aller sûrement à la rencontre du fameux col qu'ils trouveront ramolli et entr'ouvert ou consistant et fermé. A tour de rôle chaque élève plonge son doigt dans le pot de cérat et, employant le même procédé d'exploration, s'efforce, avec plus ou moins de succès, de reconnaître ce qui lui a été enseigné par le chef de clinique.

C'était là le premier acte.

On passait ensuite au second qui consistait à rechercher les foyers d'auscultation, c'est-à-dire à *promener* un stéthoscope sur la paroi abdominale des femmes enceintes à seule fin d'entendre le *souffle utérin* et les *pulsations fœtales*.

Je dois reconnaître que le plus souvent, après un tâtonnement plus ou moins long, on finissait par percevoir le double bruit tant cherché, perception qui, du reste, s'accusait presque toujours par un épanouissement se manifestant sur le visage de l'élève victorieux. Il en est, d'ailleurs, encore ainsi aujourd'hui. Ayant touché et ausculté trois femmes, les élèves s'en allaient et attendaient un nouveau mois pour recommencer. Vous voyez que l'examen des femmes enceintes n'était pas chose facile et je ne vous étonnerai plus en vous disant qu'en 1875-1876 — j'étais alors chef de clinique —,

135 élèves seulement examinèrent des femmes pendant l'année scolaire :

2	élèves examinèrent	des femmes	5 fois.
5	—	—	4 —
16	—	—	3 —
43	—	—	2 —
69	—	—	1 —

Les autres élèves inscrits sur mes cahiers ne répondaient pas à l'appel. Pourquoi ? Les uns ne venaient pas par insouciance, je le reconnais; les autres et le plus grand nombre, parce qu'après être venus pendant un mois sans pouvoir examiner une femme, ils quittaient le service découragés et ne revenaient plus.

Ainsi, une excellente mesure prise par Paul Dubois en 1834, alors qu'il organisait la première clinique obstétricale à Paris : la mise en série des élèves qui devaient à tour de rôle examiner des femmes enceintes et pratiquer des accouchements, était devenue absolument insuffisante et je dirai presque illusoire en raison d'un défaut d'organisation complète. Ce que je viens de dire à propos de l'examen des femmes enceintes, je puis le répéter pour les accouchements. La mise en série existait sur le papier, mais en fait elle n'existait pas, ainsi que je vais vous le démontrer. D'abord, les élèves (je ne parle que des étudiants et non des sages-femmes) ne pouvaient voir dans leur année que 300 accouchements environ. De plus, quand le professeur et le chef de clinique étaient partis, en dehors des heures de visite, il n'y avait pour diriger et surveiller les élèves que deux sages-femmes. Or, pour pratiquer, il fallait être sympathique à ces dames — ou alors on était bientôt rebuté et on désertait le service, après y avoir fait des pauses plus ou moins longues, mais toujours infructueuses. En dehors de cela, il n'y avait rien. — Cependant quelquefois on apprenait qu'à l'hôpital Saint-Barnabé il y avait un service d'accouchements où l'infirmière était très forte. Alors on allait dans ce service et, en se faisant bien venir de l'infirmière, elle vous apprenait à exercer des tractions intempestives sur le cordon !

Voilà ce qui se passait il y a vingt ans, et c'est ainsi qu'un étudiant pouvait apprendre les accouchements ! Il fallait des qualités exceptionnelles, une persévérance et une ténacité que rien ne rebutait pour faire au point de vue obstétrical des études effectives et efficaces. Quelques-uns seulement possédaient ces qualités et parmi ceux-ci, qui constituaient les piliers de la clinique et qui stationnaient du matin au soir dans la salle de travail, se rencontraient, hélas ! plus d'étudiants étrangers que d'étudiants français.

Si nous passons maintenant à cet examen pour lequel on avait tant de facilités à se préparer, on voyait des choses absolument étonnantes. Bien souvent, le candidat poussé dans ses retranchements avouait n'avoir jamais vu un accouchement. Que de fois les examinateurs ont-ils entendu dire que le forceps s'introduisait tout articulé ! Il y avait aussi des élèves, des moins ignorants, qui savaient que chaque branche doit être introduite séparément, mais quelques-uns, invités à simuler l'opération sur le mannequin, introduisaient le manche généralement terminé par un crochet !

Apercevez-vous les conséquences d'un pareil état de choses? C'était épouvantable pour tout le monde, en raison des désastres qui résultaient d'une semblable ignorance. Je ne parle pas et ne veux pas parler des victimes, mais avez-vous pensé à la situation effroyable d'un jeune médecin appelé pour faire une opération qu'il n'a jamais faite ni vu faire ? Il sait que cette opération est nécessaire, urgente, qu'elle seule peut sauver ou l'enfant ou la mère, quelquefois les deux, et il est obligé de se lancer dans l'inconnu ! Quelle souffrance pour lui, le plus souvent, hélas ! suivie de celle des autres ! Mais, direz-vous, pourquoi les a-t-on reçus, ces ignorants? Moi qui me demande toujours, avant de recevoir un élève, si je lui confierais la santé des miens, j'ai fait comme tous mes collègues, j'ai reçu des élèves qui n'avaient jamais vu un accouchement et qui n'avaient jamais manié un forceps ! Et je vais vous en expliquer les raisons.

Quand vous passez un examen, le temps vous paraît très long, il est en réalité très court. L'examinateur ne peut vous poser que quelques questions, la chance joue alors un rôle considérable. Autrefois on était interrogé, en tout et pour tout, un quart d'heure sur les accouchements. Or tel candidat répondait suffisamment à quatre ou cinq questions, il obtenait un satisfecit, l'examinateur ayant eu ou croyant avoir eu la preuve des connaissances suffisantes du candidat, le recevait avec plaisir et ayant la conscience tranquille, et, il se trouvait que ce candidat qui avait brillé sur l'éclampsie, sur les accidents de la grossesse, n'avait pas vu un accouchement.

Il y avait encore une autre raison. Cet examen devait porter sur la théorie et la clinique des accouchements. Or le plus souvent cet examen se passait dans un hôpital où il n'y avait ni femmes enceintes ni femmes en travail. De sorte que c'était un examen de clinique passé en effigie.

Tout ce que je viens de vous dire vous explique suffisamment, je crois, comment, d'une part, beaucoup d'élèves assidus, travailleurs, animés des meilleures intentions, se présentaient au 5ᵉ examen sans avoir vu un accouchement en raison des difficultés ou de l'impossibilité qu'il y avait à faire de la clinique obstétricale, et comment, d'autre part, des examinateurs consciencieux donnaient le titre de docteur à des ignorants en fait d'accouchements. Ceci se passait, je le répète, il y a vingt ans et même moins. Tout le monde déplorait cet état de choses, mais l'initiative manquait pour le faire changer.

C'est alors qu'en 1877, le doyen de la Faculté, M. Vulpian, qui n'était cependant pas accoucheur, obtint du Ministère, après des démarches réitérées, la création d'un cours auxiliaire d'accouchements durant toute l'année. Ce cours fut fait pour la première fois le 21 avril, par un agrégé. Comme corollaire et conséquence de cette modification, on adopta une autre mesure concernant les examens. Convaincu qu'un seul examen était insuffisant et qu'on ne pouvait en un quart d'heure savoir à peu près l'étendue des notions que peut posséder un candidat sur la science obstétricale, la Faculté exigea des élèves un examen théorique, examen qui constitue la première partie du 3ᵉ de doctorat. Cette mesure fut mise en vigueur deux années après, le 1ᵉʳ novembre 1879. Vous voyez que la Faculté avait commencé à faire ce qui était nécessaire pour donner aux élèves la facilité d'apprendre, puisqu'elle avait créé des cours théoriques durant toute l'année. Voilà donc déjà deux modifications ayant un double but : donner aux élèves la facilité d'acquérir d'une façon plus complète et plus rapide ce qu'ils doivent savoir, et le moyen d'en faire la preuve.

Vers la même époque, un homme qui n'était pas accoucheur non plus, pensa que les élèves devraient faire plus que de s'exercer à lier les artères et à couper des membres. Il créa à l'école pratique le cours de démonstrations et de manœuvres obstétricales. Cet homme, vous le connaissez tous, c'est le professeur Farabeuf, qui vient de parfaire son œuvre en mettant à votre disposition cet admirable livre que vous devez avoir tous entre les mains.

A partir de 1879, les élèves purent avec des mannequins et des fœtus pratiquer, sous la direction de moniteurs officiels, les principales opérations obstétricales. Je n'ai pas besoin d'insister pour vous faire comprendre que ce fut là pour l'enseignement officiel une modification ou plutôt une acquisition extrêmement précieuse qui, dès le premier jour, a donné et donne encore les meilleurs résultats.

En 1882, on put en allant à l'hôpital Saint-Barnabé, rencontrer dans les services d'accouchement autre chose qu'une infirmière. Les accoucheurs des hôpitaux étaient créés et les élèves trouvèrent non plus une seule clinique pour y apprendre la clinique obstétricale, mais d'abord quatre, puis six, puis sept services qui leur furent ouverts où ils purent, sous la direction de chefs de service, aussi expérimentés, aussi habiles que dévoués, faire de la bonne et vraie clinique obstétricale, dans la mesure du possible.

Ce changement dans l'étendue de l'enseignement obstétrical n'est pas dû à la Faculté, mais je devais vous le signaler en passant, pour y revenir du reste tout à l'heure.

Du fait de la Faculté, nous trouvons, en 1884, une autre modification. Le professeur Tarnier, ayant succédé au professeur Pajot, combina son programme avec celui de l'agrégé chargé des cours complémentaires, de telle façon que le cours théorique d'obstétrique fût complet en une année.

En 1887, lors de la retraite du professeur Pajot, le conseil de la Faculté émit à l'unanimité le vœu que la chaire de théorie fût transformée en chaire de clinique, les cours théoriques devant être faits par des agrégés. Cette transformation fut votée le 13 janvier 1887, le titulaire de cette deuxième chaire de clinique fut nommé le 9 mai 1889, il entra en fonctions le 1er juillet 1889 et fit sa première leçon officielle le 21 mars 1890.

Dès lors il y eut à la disposition des élèves deux cliniques d'accouchements, dans lesquelles il se fait environ 3,000 accouchements par an.

Après avoir essayé de vous montrer en détail les éléments que ne possédaient pas les étudiants de 1872 pour faire leur éducation obstétricale, dressons au même point de vue le bilan des étudiants de 1889.

Au point de vue théorique, il y a à la Faculté : 1° un cours complet en un an ; 2° un cours de démonstrations et de manœuvres obstétricales qui permet aux élèves de se familiariser avec les principales opérations.

Au point de vue clinique, ils ont à leur disposition deux cliniques dans lesquelles ils peuvent aller toute la journée et dans l'une le jour et la nuit, l'autre étant jusqu'à présent réservée la nuit aux élèves sages-femmes. De plus, dans les hôpitaux, ils rencontrent sept services d'accouchements dirigés par des accoucheurs.

Avec ces changements si profonds, qu'a-t-on pu observer au point de vue du niveau des études ? Avec cette abondance de facilités pour s'instruire, les examens doivent être plus brillants, les refus doivent être rares ? Oui, cela est vrai, mais en partie seulement. Oui, nous avons tous constaté avec la plus grande satisfaction que la moyenne s'était considérablement élevée à l'examen de théorie. Les élèves savent beaucoup mieux et beaucoup plus qu'autrefois. Le même résultat n'avait pas été constaté à l'examen de clinique. Si nous avions le plaisir de rencontrer des élèves nous donnant la preuve éclatante d'études cliniques sérieuses, tous les examinateurs ont pu constater que les élèves qui se présentaient au 5e sans avoir vu un accouchement ni manié un forceps étaient presque aussi nombreux qu'autrefois. Ces élèves sont bien coupables, direz-vous ? Comment, avec tant de matériaux à leur disposition, sûrs d'être bien accueillis partout, ils ne vont pas faire de clinique ! Eh non, ils n'y allaient pas, ou ils y allaient, mais n'y restaient pas longtemps. Ne se rendant pas compte de l'importance de ces études, avec les meilleurs intentions, beaucoup s'imaginaient qu'il suffit d'aller assister à la visite du matin pour apprendre la clinique obstétricale ; d'autres, poussant l'insouciance plus loin, pensaient même que c'était inutile et qu'il leur suffisait d'assister à un certain nombre d'examens, de noter les questions posées le plus souvent par les juges pour être bien préparés.

Aussi, la Faculté, après avoir constaté ces résultats, jugea qu'il ne lui appartenait pas seulement de posséder la collation des grades et qu'il était temps de ne plus compromettre son prestige et son autorité en donnant à des hommes et malgré elle, le droit d'exercer dans toutes les branches de l'art médical, alors qu'ils ignoraient, en particulier, plus ou moins l'art des accouchements. Sur la proposition de M. Tarnier, à la suite d'une lettre adressée par lui au doyen de la Faculté, le Conseil nomma une commission chargée d'étudier les conditions dans lesquelles le stage obstétrical serait imposé aux élèves et fait par eux. La Commission adopta la proposition et le programme de M. Tarnier et, le 20 février 1890, l'obligation du stage d'un mois dans une des cliniques de la Faculté fut votée à l'unanimité.

En demandant que tout élève se présentant pour subir son dernier examen de clinique obstétricale eût dans son dossier la preuve qu'il avait vu des accouchements, qu'il en avait pratiqué *au moins deux* sous la direction de personnes compétentes et qu'il avait répété sur le mannequin les principales opérations obstétricales, la Faculté a demandé un minimum et un maximum. Un minimum qui ne constitue qu'une garantie pour la Faculté, une garantie pour les examinateurs, une garantie pour la société tout entière. Après avoir fait ce mois de stage, l'élève le plus intelligent et le plus adroit ne sera pas pour cela un accoucheur habile et expérimenté. Mais nous avons tous la certitude qu'il ne sera plus dangereux. A lui de compléter ses études comme bon lui semblera. Après le stage fait, toutes les portes lui sont ouvertes comme auparavant et il a les mêmes facilités pour parfaire son éducation. En demandant un mois, la Faculté a demandé le maximum qu'elle pouvait obtenir d'un certain nombre d'élèves ; elle ne voulut prendre aucune mesure draconienne, elle se contenta d'adopter une mesure qui, au point de vue de la santé publique, était absolument nécessaire. Et en agissant ainsi, la Faculté n'a pas seulement exercé son droit, elle a surtout rempli son devoir et je dirai un devoir impérieux. Comme complément à cette mesure, le 5e examen fut modifié sur la proposition et à la suite d'un rapport du professeur Le Fort. Le 5e examen était déjà divisé en 2 parties : une partie médicale distincte et une partie chirurgicale et obstétricale. Cette dernière partie, comme je vous l'ai dit, se passait presque toujours dans les hôpitaux où il n'y avait pas de femmes enceintes ou de femmes en travail à faire examiner. De plus, l'examen portant à la fois sur la chirurgie et sur l'obstétrique, il en résultait de graves inconvénients. Si un candidat avait fait preuve de connaissances suffisantes en chirurgie et insuffisantes en obstétrique, ou il était admis grâce aux deux examinateurs de chirurgie qui l'emportaient sur le seul accoucheur, ce qui était fâcheux pour la société, ou il était refusé, ce qui était fâcheux pour le candidat, obligé de recommencer non seulement au point de vue obstétrical, mais encore au point de vue chirurgical.

Afin de sauvegarder tous les intérêts, le 5e examen fut modifié de la façon suivante : Examen divisé en 3 parties : 1re partie médicale, passée devant des médecins ; 2e partie chirurgicale, passée devant des chirurgiens ; 3e partie obstétricale, passée devant des accoucheurs et dans l'une des cliniques d'accouchement de la Faculté.

Il me reste à examiner le résultat de l'application de ces mesures en vigueur depuis six mois environ.

Et d'abord qu'a dit la partie intéressée ? comment avez-vous, messieurs, accueilli ces mesures ? Si j'en crois ce que m'a dit M. Tarnier, si j'en crois ce que je vois ici tous les jours, ces mesures ont été fort bien accueillies par vous. Vous êtes venus de bonne humeur dans l'une ou l'autre clinique, et, bien plus, l'étude des accouchements a paru tellement vous intéresser, qu'après votre stage, dit obligatoire, accompli, vous ne demandez qu'une seule chose : rester avec nous et travailler davantage et étudier plus longtemps. Pourquoi donc ces mesures, que quelques esprits chagrins ont dites vexatoires, ont-elles été si bien accueillies par les élèves ? Parce que les élèves ne tardent pas à comprendre, dès le début de leur stage, qu'en les obligeant à agir ainsi, la Faculté n'a qu'un but : leur apprendre, et qu'ils ont la preuve, en entrant dans les cliniques, que l'on fait tout le possible pour leur rendre la chose aisée. Ce n'est point parce qu'ils rencontrent tel ou tel chef de service ; l'homme seul, quelle que soit sa valeur, quelle que soit la dépense de son énergie, de son temps, n'a qu'une influence relative. L'homme vaut par le système qui l'entoure. Or le système que vous trouvez dans les établissements où l'on vous appelle n'offre pas seulement une complète analogie, mais une parfaite similitude. Et ce système converge vers un seul but : votre instruction.

Vous êtes guidés dès votre entrée et pendant un mois l'on ne vous quitte pas pour ainsi dire. Je vais vous en donner la preuve.

Pendant vos gardes, vous avez constamment, quelle que soit l'heure, à défaut du chef de service, le chef de clinique, un répétiteur à votre disposition. Vous êtes guidés à la salle

de travail, au dortoir des femmes enceintes, à la consultation. Chaque femme qui accouche est surveillée par deux d'entre vous, l'on vous surveille pour la rédaction de l'observation, et à tour de rôle l'un fait l'accouchement et l'autre la délivrance, toujours sous la direction d'une personne compétente.

La création de répétiteurs est pour moi l'un des rouages les plus importants du bon fonctionnement du service. Il n'a manqué à Paul Dubois, pour créer d'emblée une clinique parfaite au point de vue de l'enseignement, que les répétiteurs et le nombre d'accouchements suffisant.

Nous ne nous contentons pas de vous demander votre présence ainsi effective. Nous faisons plus. Nous vous demandons pendant votre mois de stage d'assister à un grand nombre de leçons.

Je ne vous demanderai plus qu'une chose maintenant. Croyez-vous que ces modifications apportées depuis vingt ans à l'enseignement obstétrical et dont quelques-unes datent d'hier, constituent de véritables réformes? N'est-ce pas plutôt une véritable révolution dans le bon sens du mot? Dans tous les cas, l'on ne pourra pas dire que l'on a détruit quelque chose? Qu'a-t-on fait disparaître ou essayé de faire disparaître? Une seule chose, l'ignorance. Mais tout ce qui a été créé est-il bon? Je ne dis pas est-il parfait, car il n'est rien de parfait, mais y a-t-il quelque chose de mauvais? Je pourrais vous laisser le soin de répondre, à vous les meilleurs juges, je pourrais laisser aux événements le soin de démontrer ce qui est à perfectionner, mais il me plaît aujourd'hui, usant du privilège que me donne la leçon d'ouverture, de répondre en quelques mots à certaines critiques adressées en particulier au stage obstétrical.

On a dit de cette mesure 1° qu'elle était inapplicable en raison du nombre trop considérable d'étudiants; 2° qu'elle n'avait qu'un but : celui de faire le vide dans les services des accoucheurs des hôpitaux; 3° qu'elle était une atteinte portée à la liberté de l'enseignement supérieur; 4° qu'elle était contraire au développement du progrès scientifique et contraire aux intérêts du pays. Examinons successivement chacun de ces griefs.

1° Le stage est inapplicable et les cliniques officielles sont insuffisantes. Eh bien, messieurs, le stage fonctionne depuis six mois, et je demande s'il en est parmi vous qui, voulant passer leur 5e examen, n'ont pu accomplir leur stage? Le nombre d'accouchements est insuffisant, a-t-on dit? Je prends les cahiers du service, et je vois que les 100 derniers stagiaires ont fait 535 accouchements. Ceux qui ont écrit « qu'il serait facile de démontrer que pour ce stage d'un mois, les deux services de clinique obstétricale seraient absolument insuffisants », ou ignoraient le nombre d'accouchements effectués dans ces cliniques, ce dont je doute, ou ont lancé cette affirmation pour le besoin de leur cause. On espérait ainsi tromper l'opinion publique. Je laisse à d'autres le soin de caractériser cette manière de faire.

2° Cette mesure aura pour résultat de faire le vide dans le service des accoucheurs des hôpitaux. A cela je répondrai tout d'abord que les services que peuvent rendre aux élèves les accoucheurs des hôpitaux n'ont jamais été plus mis en relief que dans les cliniques officielles. Dès ma leçon d'ouverture, je vous ai dit quelles ressources précieuses les élèves qui voudraient travailler rencontreraient chez nos collègues. Est-ce que, le mois de stage accompli, les élèves ne sont pas libres d'aller dans le service qui leur convient achever leurs études obstétricales? Car, je le répète, ce n'est pas en un mois qu'on devient accoucheur. Et enfin, pour vous montrer la bonne foi de ceux qui ont formulé cette accusation, je vous dirai qu'ils n'ignoraient pas le vœu adopté à l'unanimité par la Faculté le 9 avril 1891 et qui est ainsi conçu : « La Faculté est disposée à accueillir tous les chefs de service : médecins, chirurgiens et accoucheurs des hôpitaux, qui voudraient participer à l'enseignement officiel ». Voilà ce qu'a fait cette Faculté à l'esprit rétrograde et autoritaire.

3° Cette mesure porte atteinte à la liberté de l'enseignement supérieur. Oui, cette mesure porte atteinte à une liberté : à la liberté de faire de la médecine sans la savoir. Mais en dehors de cela, je vous demande en quoi la liberté de l'enseignement supérieur est atteinte par le stage obligatoire.

4° Cette mesure est contraire au développement du progrès scientifique et aux intérêts du pays. Vraiment on croit rêver en lisant des choses semblables! Comment, ce séjour d'un mois imposé aux élèves va s'opposer au développement du progrès scientifique. Les étudiants qui veulent faire des recherches, les chefs de service qui ont l'intention de faire de la science transcendante, vont être stérilisés par cette mesure! Avouez, messieurs, que s'il en était ainsi, il faudrait que chez ces hommes l'amour de la science fût peu prononcé.

Quant aux intérêts du pays, je crois que s'il est une mesure qui les sauvegarde, c'est bien celle-ci. Depuis trop longtemps nous savons combien de mères, combien d'enfants ont payé de leur vie l'ignorance que cette mesure fait disparaître. Cette simple mesure, je ne crains pas de le dire, se traduira certainement par une économie de vies humaines.

Mais je m'arrête et je dirai en terminant : dédaignant ces récriminations, négligeant ces critiques injustes ou intéressées, applaudissant à tout ce qui se fera avec la Faculté, à côté de la Faculté ou en dehors d'elle, pour le bien des élèves, nous continuerons à faire tous nos efforts pour augmenter la somme de vos connaissances afin d'augmenter en même temps la somme des services que vous pourrez rendre.

REVUE GÉNÉRALE

Prophylaxie de la surdité.

Tandis que la prophylaxie des affections oculaires commence à retenir sérieusement l'attention des pouvoirs civils qui ont charge de la santé publique, il ne semble pas que les maladies de l'oreille aient jusqu'à ce jour obtenu les premières marques d'un égal intérêt. Sans doute on s'occupe des sourds-muets; les établissements qui leur sont ouverts, les remarquables résultats de l'instruction qu'ils y reçoivent sont là pour en fournir la preuve; mais on ne paraît pas songer à ceux qui sont menacés de surdité. Dans le monde médical même, si l'ophthalmologie a son représentant parmi les membres de l'enseignement officiel des Facultés, l'otologie n'y a pas encore droit de cité, et, c'est au zèle des maîtres de l'enseignement libre que les élèves doivent s'adresser pour acquérir les connaissances qui leur seront plus tard nécessaires.

Une donnée statistique cependant, en plus de l'expérience journalière des otologistes, décèle qu'il y a quelque chose à faire au point de vue de l'hygiène des oreilles. Cette donnée est fournie par les tableaux des statistiques annuelles établies d'après les opérations des conseils de révision. On y lit, en effet, que, sur un total de trois cent et quelques mille jeunes gens examinés en moyenne chaque année, on a constaté des affections de l'oreille susceptibles d'entraîner l'exemption complète ou l'affectation aux services auxiliaires :

en 1881	chez	1080,	725	exemptions,	355	services auxiliaires.
1882	—	1265,	851	—	414	—
1883	—	1211,	776	—	435	—
1884	—	1314,	864	—	450	—
1885	—	1309,	841	—	468	—
1886	—	1369,	925	—	444	—
1887	—	1364,	818	—	546	—
1888	—	1328,	814	—	514	—
1889	—	1307,	819	—	488	—

Ainsi, après une brusque ascension en 1884, laquelle s'accentue en 1886 et 1887, le nombre des conscrits atteints de maladies des oreilles tendrait à décroître. Cette décroissance toutefois n'est qu'apparente; car, en sus des jeunes gens ainsi arrêtés au seuil de l'armée, on doit compter ceux qui ont été réformés après un certain temps de service, et, à mon sens, il est d'autant plus légitime d'opérer ainsi que ces derniers pour la plupart étaient déjà touchés à leur arrivée au corps. D'après la pratique de mon service du Val-de-Grâce, cette particularité exis-

tait chez 153 malades sur 265, soit dans la proportion de 2 sur 3. Or, les réformes prononcées ont été, d'après les volumes de statistique médicale de l'armée,

en 1881	de 268
1882	341
1883	314
1884	327
1885	314
1886	387
1887	355
1888	392
1889	445

Même en tenant compte pour l'année 1889 de l'influence exercée par l'épidémie de grippe, après lecture de ces chiffres il est permis de penser à une moindre sévérité des conseils de révision dans le choix des examinés pour expliquer l'abaissement du nombre des éliminés en 1888 et 1889.

Cette amélioration douteuse de la statistique des affections de l'oreille chez les conscrits d'autre part n'est plus constatée quand on relève le nombre des hommes exemptés pour surdi-mutité pendant la même période de 1881 à 1889. On compte, en effet,

en 1881	203 sourds-muets
1882	213
1883	214
1884	245
1885	307
1886	308
1887	304
1888	359
1889	389

Ici la progression reste croissante, et n'est-il pas inquiétant de constater qu'en 1889 le nombre des sourds-muets s'est élevé presque au double de celui noté en 1881 (203 et 389)? Si de plus l'on considère que dans les statistiques précédentes il s'agit uniquement d'adultes mâles arrivés à l'âge de la reproduction, l'on est en droit d'exprimer quelques craintes sur l'intégrité de l'audition chez leurs enfants, l'hérédité à des titres divers paraissant exercer une certaine influence dans la transmission des différentes affections de l'oreille.

On ne saurait ici, à propos de la prophylaxie de la surdité, passer en revue toutes les maladies de l'oreille susceptibles d'altérer la fonction auditive, en signaler l'étiologie et en discuter le traitement. C'est là du reste affaire purement médicale et l'hygiéniste, s'il veut être utile, doit se borner à mettre en relief quelques données générales dont la diffusion dans le public vulgarisera les règles d'une bonne hygiène des oreilles.

Si, d'après certains auteurs, 90 pour 100 des sourds auraient dû guérir complètement ou en partie de l'affection cause première de leur infirmité, combien en est-il qui auraient pu éviter même l'atteinte du mal? La statistique ne fournit pas de réponse à cette question; elle permet toutefois, d'après les chiffres cités plus haut, de constater que le mal existe à l'âge adulte. De plus, si l'on consulte les otologistes, on apprend que les observations prises sur 8145 enfants par Weil, Moure, Reichardt, Gellé, au moyen de la voix basse, de la voix murmurée, ou d'une dictée faite à quelques mètres, donnent une moyenne de 20,5 pour 100 enfants dont l'ouïe est défectueuse (Baratoux). C'est donc dès l'enfance qu'il faut surveiller les oreilles, voire même dès le plus jeune âge.

Les maladies susceptibles d'altérer l'audition ou bien s'attaquent directement à son appareil nerveux, ou bien mettent obstacle au fonctionnement de l'oreille interne en modifiant les annexes de cette dernière, l'oreille moyenne.

La prophylaxie des affections de l'oreille interne se confond en partie avec celle des lésions de l'oreille moyenne dont elles ne sont parfois que la conséquence. Mais, quand il s'agit de lésions labyrinthiques ou centrales survenues comme manifestations d'infections générales : fièvres éruptives, fièvre typhoïde, pyohémies, syphilis, méningite cérébro-spinale, méningite d'autre nature, aucune prophylaxie spéciale n'est possible. C'est à l'hygiène générale surtout qu'il appartient, en supprimant la cause première, de supprimer ses effets sur l'oreille. L'impuissance est plus absolue encore quand on se trouve en présence de certaines lésions traumatiques de l'oreille interne (fracture de la base du crâne par exemple). Il n'en est plus de même, par contre, lorsqu'il s'agit de l'agent traumatique le plus souvent nuisible au nerf auditif, le son, soit en tant que bruits violents et momentanés comme les détonations des armes à feu, soit en tant que bruits intenses et prolongés comme ceux auxquels sont soumis certains ouvriers (chaudronniers par exemple). Enfin il n'est pas jusqu'aux sons musicaux qui n'aient été accusés de pouvoir altérer l'ouïe; les violonistes en particulier seraient presque tous plus ou moins sourds de l'oreille gauche, la plus rapprochée de l'instrument. A ces derniers l'on a donné le conseil de moins pencher la tête sur le violon, de se reposer à des intervalles plus ou moins éloignés, de porter du coton dans les oreilles pendant qu'ils jouent. Plus intéressants sont les ouvriers qui travaillent au milieu du bruit, les artilleurs enfermés dans une tourelle auprès des énormes pièces à feu modernes. Peut-être les industries bruyantes pourraient-elles modifier leurs procédés de travail de façon à modérer dans une certaine mesure leur influence fâcheuse sur l'oreille. S'il n'en est rien, l'on est en droit d'appuyer le conseil que M. Ferrand (1) donne à ces ouvriers, voire même aux artilleurs, de se munir d'oreillettes particulières. Ces oreillettes, constituées par de la paille de plomb logée entre deux lames métalliques, offrent d'un côté le relief de la conque de l'oreille et de l'autre une surface plane. Elles ont pour effet de briser les ondes sonores et de diminuer ainsi leur puissance vulnérante.

Quant à la prophylaxie des maladies de l'oreille moyenne, elle découle de cette donnée capitale que presque toutes sont sous la dépendance quelquefois des affections du conduit auditif externe ou le plus souvent des affections des premières voies respiratoires, fosses nasales et pharynx nasal. Il n'est pas en effet jusqu'aux traumatismes de la caisse qui ne subissent cette influence, les germes infectieux qui viennent compliquer leurs désordres pouvant provenir des régions précitées. D'autre part, c'est par propagation des rhinites et pharyngites, ou des otites externes que l'oreille moyenne de règle s'enflamme; aussi, à notre époque où l'on parle tant d'antisepsie médicale, y a-t-il lieu de recourir à ses procédés multiples pour combattre sur place l'infection qui menace la caisse. C'est dire l'importance trop peu accordée encore aux manifestations primitives ou secondaires de beaucoup de maladies du côté des fosses nasales et du pharynx; c'est dire en un mot l'utilité de l'examen du nez et de la gorge chez l'enfant comme chez l'adulte. On oublie trop que le tissu lymphoïde du nez, du pharynx et de l'isthme du gosier constitue une couche continue, dont il ne convient pas de traiter un seul point quand elle est malade dans toute son étendue. Mais les premières voies respiratoires n'intéressent pas seulement en raison de la propagation possible de leur inflammation à l'oreille moyenne, leur intégrité importe encore parce qu'elle est une condition de la perméabilité de la trompe d'Eustache. Que cette dernière soit mécaniquement obli-

(1) *Compt. Rend. du Cong. Intern. d'Hygiène de Paris en* 1889, p. 786.

térée par une tuméfaction pharyngée (végétations adénoïdes), ou qu'elle soit obstruée parce que sa muqueuse participe à l'inflammation, la cause première de l'obstacle au rôle qu'elle doit remplir réside dans le pharynx ; c'est donc encore sur celui-ci que doivent porter les moyens prophylactiques destinés à prévenir la surdité possible en pareil cas.

Du côté du conduit auditif externe, c'est tout d'abord par des soins de simple propreté que l'on peut supprimer une cause de surdité qu'on voudrait voir plus habituelle, étant donnée la facilité ordinaire de la restitution de l'ouïe : il s'agit des bouchons de cérumen. De même la propreté suffit pour prévenir le développement des otites que provoque la présence de champignons ou des microbes vulgaires de la suppuration. Mais, en outre, en raison de la communication qu'il établit entre les parties profondes de l'appareil auditif et l'extérieur, le conduit auditif externe sera avantageusement fermé dans certaines circonstances. Déjà à propos de l'effet des bruits violents sur l'oreille interne ce conseil a été donné ; de plus contre l'action fâcheuse de l'air humide et froid, contre l'action nuisible de l'eau (bains froids), il est indiqué de prendre la même précaution pour peu que l'intégrité de la caisse soit douteuse.

Sans qu'il soit besoin de plus amples développements, il ressort des considérations précédentes que la prophylaxie des affections de l'oreille et par suite la prophylaxie de la surdité mérite un certain intérêt qu'il importe de faire saisir aux familles, aux maîtres dans les écoles, aux intéressés eux-mêmes.

H. Nimier.

TRAVAUX ORIGINAUX

Du diagnostic des tumeurs malignes du poumon, par le Dr P. Spillmann, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Nancy, et le Dr Haushalter, chef de clinique à la Faculté de médecine de Nancy.

(*Suite*).

Observation II. — *Sarcome du poumon gauche : symptômes simulant, au début, une affection aortique.*

Frédéric K..., 42 ans, cordonnier. Père et mère morts de maladie inconnue. Pas marié. A 10 ans, a eu au cou des ganglions suppurés; pas de maladies graves; pas de syphilis; a fait autrefois quelques excès alcooliques. Depuis 2 ans, il a de temps en temps, dans le côté gauche, quelques douleurs qu'il attribue à la fatigue, et par moments des battements de cœur. Au commencement d'avril 1891, le malade vient à la consultation, se plaignant de palpitations : jusqu'alors il n'a pas cessé de travailler ; c'est un homme très pâle, la région précordiale est soulevée par des battements énergiques; à la base du cœur on entend un souffle systolique; nous diagnostiquons une affection aortique et l'engageons à entrer à l'hôpital; il entre le 6 avril.

6 avril. Homme très pâle, très amaigri ; apyrexie; pas d'albumine dans les urines; pas de troubles notables des fonctions digestives, ni du système nerveux.

Voussure précordiale; choc du cœur au 6e espace sur la ligne mamillaire ; la matité précordiale va en largeur de la ligne mamillaire gauche à la ligne parasternale droite; pas de matité augmentée au niveau de la crosse de l'aorte. Battement diffus à la région précordiale ; frémissement cataire systolique au 1/3 supérieur du sternum; bruit systolique de la pointe net, intense; à la base, souffle systolique rude au 1/3 supérieur du sternum, vers la droite; bruit diastolique de la base, net, bref. A droite, la sonorité et la respiration sont normales. A gauche, voussure notable de tout le thorax, portant surtout sur la région comprise sous l'omoplate entre la gouttière vertébrale et la ligne axillaire; à la percussion, sous la clavicule gauche et en avant, son tympanique; dans l'aisselle, son très ample, très profond matité sur une zone de la largeur d'une main, partant de la fosse sus-épineuse pour gagner la base en longeant la colonne vertébrale. Sous la clavicule, et dans l'aisselle, respiration renforcée, supplémentaire ; dans la gouttière vertébrale, au niveau de la matité, respiration faible, voilée, sans modification de la voix, abolition des vibrations vocales à ce niveau. Peu de toux ; pas d'expectoration ; pas de dyspnée ; pas de ganglions sus-claviculaires.

7 avril. Ponction exploratrice dans l'aisselle ; on ramène quelques grammes d'un liquide rougeâtre, dans lequel l'examen microscopique ne permet de reconnaître comme élément figuré que quelques globules rouges.

Durant le mois d'avril, l'état général va se détériorant : la pâleur croît, l'amaigrissement s'accentue ; apyrexie. Les signes cardiaques restent les mêmes; la voussure du thorax s'accentue dans l'aisselle et en avant surtout à la base; la zone de matité augmente; le 20 avril elle a envahi l'aisselle et gagné jusqu'au 3e espace intercostal; sous la clavicule, son clair, skodique; au niveau de la matité, murmure vésiculaire aboli ; très affaibli sous la clavicule.

27 avril. Matité compacte dans tout le côté gauche du thorax, jusque sous la clavicule, absence de vibrations vocales, silence respiratoire ; battements cardiaques diffus entre la ligne mamillaire et le sternum ; mêmes signes stéthoscopiques cardiaques; pouls très petit ; pâleur croissante ; pas de dyspnée, ni de toux. Amaigrissement ; sueurs.

1er mai. Pouls presque incomptable ; pas de dyspnée; apyrexie.

4 mai. Etat syncopal. Mort le 5 mai.

Autopsie. Tout le côté gauche du thorax est fortement bombé ; le sternum est dévié à droite et en bas.

Après l'ouverture de l'abdomen, on constate que toute la partie gauche du diaphragme est refoulée vers la cavité abdominale sous forme d'une masse arrondie, grosse comme une tête de fœtus ; cette masse repousse fortement le foie dans l'hypochondre droit.

La partie antérieure du thorax étant enlevée, on voit le cœur dévié vers la droite, derrière le sternum ; la base de l'organe est située immédiatement en arrière du manubrium ; le cœur a un volume normal ; le muscle est un peu pâle ; les valvules sont saines et les orifices normaux.

Le poumon droit est un peu volumineux; emphysémateux en avant, congestionné à la base; son poids est de 925 gr. ; il est refoulé très en dehors, contre les côtes, par le poumon gauche.

Les organes étant en place dans le thorax, on voit le poumon gauche réduit à une languette mince, large de 4 cent. environ ; sous cette languette, en arrière du cœur, et refoulant le cœur en avant, se trouve une masse dure, grosse comme une tête d'enfant ; en dehors, et à gauche de cette masse, une poche fluctuante, à surface triangulaire, à base inférieure ; c'est cette poche qui refoule le diaphragme dans l'hypochondre gauche ; cette poche contient environ 1 litre de liquide rougeâtre; la plèvre est épaissie ; dans la poche, font saillie à la partie interne 2 bosselures, grosses comme une noix, faisant corps avec la tumeur.

La tumeur et le poumon gauche faisant corps pèsent réunis 3095 gr. ; la tumeur mesure 28 cent. de longueur et 17 cm. de largeur; la consistance est dure; à la coupe, on trouve, au centre, une masse rouge, grosse comme une orange, un peu plus molle que le reste du tissu, dont elle est séparée par une sorte de paroi formant kyste ; tout autour, la tumeur est dense, fibreuse, blanche, composée de lames fines stratifiées ou disposées en tourbillon ; à la partie inférieure, la tumeur est creusée de lacunes grandes comme des noisettes, remplies de magma rougeâtre. Tout autour de la tumeur est appliqué le tissu pulmonaire, condensé sous forme de lame grisâtre ; mais il est facile de voir qu'à la partie supérieure le poumon est pénétré par la tumeur qui y semble implantée.

La crosse de l'aorte s'est creusé une loge dans la tumeur, mais ne paraît pas comprimée par elle ; l'aorte descendante est appliquée contre la tumeur, mais lâchement adhérente à elle par des tractus faibles ; il en est de même pour l'œsophage.

Le *foie* est gras ; il pèse 1300 gr. *Reins et rate* normaux. Pas de *ganglions* hypertrophiés.

Examen histologique de la tumeur (pratiqué par M. le prof. Baraban).

La tumeur est un sarcome kystique appartenant à la catégorie des sarcomes fasciculés. On y rencontre des cavités; la consistance de la tumeur est variable; les variations de consistance sont dues à la présence d'une quantité plus ou moins grande de substance amorphe entre les cellules fusiformes, qui constituent les éléments de la tumeur. Cette substance amorphe est assez abondante sur certains points pour que les vaisseaux en soient complètement entourés, et se trouvent, par là, plus exposés aux ruptures; on trouve du reste çà et là des amas de globules rouges extravasés ou des granulations amorphes d'hématoïdine.

Dans les parties les plus dures, la structure de la tumeur rappelle celle du fibrome; on y trouve néanmoins des vaisseaux assez dilatés, comme dans les parties de moindre consistance : mais ils y sont moins nombreux. Ces dilatations vasculaires, en général exceptionnelles dans les fibromes, indiquent peut-être que cette tumeur était sarcome dès l'origine, et qu'elle ne doit pas être envisagée comme un fibrome transformé en sarcome, mais plutôt comme un sarcome dont certaines parties auraient subi depuis quelque temps l'induration fibreuse.

La plupart des cavités visibles à l'œil nu ont pour parois ce tissu induré; leur face interne est lisse, comme si elle était revêtue d'un épithélium, mais en réalité il n'y a pas d'épithélium : le tissu de la tumeur est à nu dans les cavités, baigné par le liquide qu'elles contenaient pendant la vie; il est resté teinté de rouge, comme ce liquide, dans les parties les plus internes.

Les parties périphériques de la tumeur, sauf en arrière, contiennent des traînées de pigment pulmonaire, seul vestige, en ces points, du tissu de l'organe, qui est à la fois refoulé, tassé par l'augmentation de volume du sarcome, et envahi par la néoplasie elle-même; ce pigment paraît résister au processus envahissant, plus longtemps que les fibres élastiques elles mêmes, et celles-ci plus que les autres éléments vivants du poumon.

L'oblitération des alvéoles se fait par épaississement graduel des parois : l'épithélium disparaît.

La tumeur a-t-elle pris naissance primitivement dans le poumon? Actuellement elle appartient bien au poumon : à sa partie supérieure, elle est implantée, infiltrée en plein parenchyme; à sa surface externe, elle renferme des portions pigmentées et dégénérées de tissu pulmonaire; sur la face antéro-externe du néoplasme est appliquée une lame de poumon aplati, atrophié. En tout cas, la tumeur n'est pas née par métastase, aucun autre organe n'étant atteint. A-t-elle, développée dans un organe du thorax, gagné le poumon par continuité? a-t-elle par exemple ses racines dans le médiastin ou la plèvre? A aucun moment, le malade n'a présenté les signes habituels des néoplasmes du médiastin (compression veineuse ou nerveuse, dysphagie, etc.); le premier, et l'unique symptôme pendant longtemps, a été une douleur de côte : aussi est-il plus rationnel d'admettre le début par la plèvre ou le poumon.

Le néoplasme a-t-il débuté par la plèvre gauche à sa partie interne, s'avançant en dehors, refoulant et absorbant le poumon? Le fait est possible, mais rien ne prouve qu'il soit vrai; actuellement une seule chose demeure nette : la tumeur fait corps intimement avec le poumon, elle l'a détruit en partie; il ne reste de tissu pulmonaire qu'à sa partie externe; l'hypothèse de sarcome primitif du poumon est plausible.

Le sarcome primitif du poumon semble fort rare; on en connaît 20 cas environ; la fréquence du sarcome par rapport au carcinome primitif du poumon est d'après Fuchs (1) dans le rapport de 1 à 7; sur 18 cas, on compte presque deux fois plus d'hommes (11) que de femmes (7).

Le sarcome du poumon paraît avoir une prédilection pour la première moitié de la vie; sur 16 cas, où l'âge est spécifié, on le rencontre deux fois plus souvent avant 40 ans qu'après; il a été observé deux fois chez des enfants âgés de moins de 10 ans, et deux fois entre 10 et 20 ans.

(1) FUCHS. *Beitræge für Kenntniss der primæren Geschwulstbildungen in den Lungen.* Munich, 1886.

Ordinairement, comme dans notre cas, un seul poumon est pris : deux fois seulement, les deux poumons furent trouvés malades.

Les métastases sont plus rares que dans le cancer; lorsqu'elles se produisent, elles frappent surtout les ganglions péri-bronchiques, ceux du médiastin, de l'aisselle et du creux sus-claviculaire; la plèvre, le foie, la rate sont pris plus rarement. Dans notre observation, il n'y a pas eu de transport ou de propagation de l'affection.

La durée moyenne du sarcome primitif du poumon est de 13 mois; dans un cas de Krœnig (1), la mort survint 8 à 10 semaines après le début; d'après Rütimeyer (2), il est exceptionnel que la maladie dépasse 2 ans. Dans notre cas, si l'on tient compte des douleurs de côté, éprouvées quelquefois par notre malade, le début semblait remonter à 2 ans lorsque nous l'avons observé; l'évolution a été insidieuse pendant une grande partie de la durée de la maladie; après l'entrée du malade à la clinique, le développement de la tumeur fit des progrès effrayants, et la mort survint au bout d'un mois. Dans bien des cas à évolution soi-disant rapide, la période initiale ne se manifestant au malade et au médecin que par des signes vagues, on fait remonter la maladie aux premiers phénomènes thoraciques reconnus.

Diagnostic. — Lorsque les tumeurs malignes du poumon sont secondaires à des tumeurs de l'utérus, du rectum, des os, etc., leur diagnostic n'offre pas de difficultés; quelquefois cependant dans ces cas elles ne se manifestent par aucun symptôme subjectif. Lorsque les tumeurs sont primitives, ou, comme dans notre observation I, secondaires à des néoplasmes inaccessibles et ne provoquant aucun symptôme, le diagnostic est souvent délicat, et même impossible; parfois l'autopsie seule vient l'éclairer; et encore l'aspect macroscopique de la tumeur n'offre-t-il quelquefois rien de caractéristique; témoin ce fait, où, à l'autopsie d'un malade mort de cancer primitif du poumon droit, MM. Bernheim et Simon (3), à première vue, pensèrent avoir affaire à une simple pneumonie chronique; seule, l'apparence gélatiniforme de certaines portions du poumon attira leur attention.

Au début, les symptômes des tumeurs malignes du poumon sont habituellement insidieux; dans bien des cas, une dyspnée légère, une toux sèche, quelques signes de pleurite, de l'amaigrissement, font songer à la tuberculose pulmonaire : lorsque le malade de l'observation I se présenta à nous, son aspect ne différait pas de celui des tuberculeux à la première période, qui encombrent les consultations; comme eux, il se plaignait d'affaiblissement, d'essoufflement, de sueurs, il toussait un peu, ne crachait pas : et pour achever la confusion, les seuls symptômes objectifs observés étaient une diminution de la sonorité et de la respiration sous la clavicule droite. Quant au malade de l'observation II, pendant 2 ans il n'avait éprouvé que quelques vagues douleurs de côté; puis étaient survenues des palpitations; quand il vint à la consultation, il avait le facies d'un aortique; la région précordiale était soulevée, les battements du cœur violents; à la base s'entendait un souffle systolique assez rude; à un examen rapide nous conclûmes à un rétrécissement aortique; c'est à ce titre que nous engageâmes le malade à entrer à la clinique; grand fut notre étonnement, lorsque nous constatâmes dans le thorax, en arrière, les signes stéthoscopiques considérables indiqués

(1) KRŒNIG. *Berliner klin. Wochenschrift*, n° 51, 1887.
(2) RUTIMEYER. *Correspondenzblatt für schweizer Aerzte*, n° 17, 1886.
(3) BERNHEIM et SIMON. *Recueil de faits cliniques*, 1890, p. 103.

dans l'observation; le malade n'avait pas de dyspnée, ni de toux; il n'expectorait pas : ainsi, symptômes cardiaques au premier plan, avec une tumeur thoracique déjà manifestée par de gros signes objectifs. Et précisément, il arrive souvent que les phénomènes thoraciques, la première fois que le malade se présente au médecin, sont déjà fort considérables, et le diagnostic alors doit être posé, sans que les renseignements donnés sur la période initiale puissent être d'un grand secours.

Les signes à l'aide desquels on est réduit à discuter le diagnostic sont d'ordre vulgaire, et n'ont rien de spécifique : certaines combinaisons de symptômes seules permettent d'être affirmatif — cachexie cancéreuse, signes stéthoscopiques d'induration pulmonaire avec ou sans épanchement pleural, ganglions sus-claviculaires, douleurs thoraciques vives, expectoration rosée contenant des débris du néoplasme; mais ces combinaisons sont singulièrement rares. Habituellement la maladie évolue jusqu'à la fin avec un cortège restreint de symptômes, simulant telle ou telle affection.

Souvent la maladie se cache sous les apparence de la pleurésie avec épanchement, d'une pleurésie survenue insidieusement, ou bien brusquement comme dans la seconde poussée pleurétique de l'obs. I. Le liquide pleurétique n'est pas toujours hémorrhagique dès le début; chez le malade de l'observation I, deux ponctions donnèrent issue à un liquide citrin; les deux suivantes seules évacuèrent un liquide sanguinolent. La persistance de l'épanchement n'a qu'une signification relative : le premier épanchement, dans l'observation I, disparut sans ponction 3 semaines après son début, mais pour reparaître, il est vrai, au bout de 10 jours.

L'épanchement hémorrhagique lui-même, fréquent dans les tumeurs malignes du poumon, se rencontre aussi dans les pleurésies simples, dans la tuberculose aiguë ou chronique (1). La récidive rapide d'un épanchement sanguinolent, à la suite de la ponction, est un signe en faveur du néoplasme pulmonaire, comme dans un cas rapporté par Mathieu (2).

L'auscultation pratiquée immédiatement après la ponction évacuatrice ne donne souvent que peu de renseignements: murmure vésiculaire affaibli, ou respiration rude; ces signes appartiennent aussi à la tuberculose pleuro-pulmonaire. L'absence de signes stéthoscopiques dans le sommet ne permet pas d'éliminer complètement l'hypothèse de tuberculose : nombre de pleurésies tuberculeuses évoluent sans lésions apparentes du sommet. Combien plus grandes sont les chances d'erreur lorsque dans le cancer, les phénomènes du sommet précèdent la pleurésie! (Obs. I.)

Il est un signe qui, dans les tumeurs du poumon à forme pleurétique, peut mettre sur le chemin du diagnostic : les premières ponctions donnent issue à une quantité de liquide clair ou sanguinolent, assez abondante; le liquide se reproduit rapidement; mais au moment de chaque nouvelle évacuation les signes pleurétiques ont pris une intensité plus grande : il semble qu'on ait affaire à un épanchement énorme — dilatation thoracique, matité compacte en avant et en arrière, son tympanique sous la clavicule, absence de vibrations vocales, silence respiratoire. La ponction est pratiquée, et malgré des essais réitérés, on est étonné de ne retirer que peu de liquide; on met en cause les fausses membranes qui obstruent l'aiguille, on croit à un épanchement cloisonné; après la ponction, les signes stéthoscopiques sont à peine modifiés; la dyspnée est aussi vive, la douleur de côté reste la même. Bientôt, alors que les symptômes d'épanchement sont à leur maximum, on ne parvient plus à retirer une goutte de sérosité (Obs. II); on a la sensation de pénétrer avec l'aiguille dans une masse compacte. La plèvre est vide de liquide; le poumon, volumineux, densifié, en partie privé d'air, occupe tout un côté du thorax; les phénomènes observés sont les mêmes que dans la pneumonie massive, dans certaines congestions ou spléno-pneumonies chez des tuberculeux. Mais la confusion n'est pas possible entre le cancer du poumon et la pneumonie massive; seule elle pourrait exister, dans certains cas, avec la congestion ou la spléno-pneumonie des tuberculeux, lorsque les lésions de la phthisie sont unilatérales et peu avancées au sommet : ici, l'étude de l'expectoration est d'un grand secours.

Dans le cas où le diagnostic reste hésitant entre une pleurésie tuberculeuse et une pleurésie masquant une tumeur maligne du poumon, le problème peut être résolu à échéance de trois à quatre semaines par l'injection du liquide de ponction à des cobayes.

L'absence de fièvre relègue au second plan l'idée de pleurésie tuberculeuse; mais l'existence de la fièvre ne doit pas faire rejeter l'hypothèse d'une pleurésie compliquant un cancer du poumon : l'évolution du cancer du poumon s'accompagne quelquefois d'une fièvre irrégulière, rappelant la fièvre hectique des tuberculeux (observation I), comme le cancer stomacal, utérin, où nous l'avons rencontrée maintes fois, ainsi qu'en font foi de nombreux tracés recueillis à la clinique. Cette circonstance n'est pas faite pour diminuer la confusion avec la tuberculose, surtout si le malade est sujet, en outre, à des sueurs rappelant la sueur des phthisiques (Obs. I).

Lorsque le malade expectore, le produit de l'expectoration devient un élément de diagnostic.

L'aspect des crachats n'a rien de caractéristique. Dans l'observation I, ils étaient muco-purulents, un peu vitrés et adhérents, ressemblant à l'expectoration que l'on voit dans certaines broncho-pneumonies ou pneumonies chroniques, simples ou tuberculeuses. Quelquefois ils ont une teinte rosée, qui les fait ressembler à de la gelée de groseille; d'autres fois, ils sont verdâtres : mais ces colorations diverses, auxquelles on attribuait une grande importance, n'ont rien de pathognomonique (1); on les observe dans tous les cas où des caillots sanguins, avant d'être expectorés, séjournent quelque temps dans les organes respiratoires : on conçoit que l'idée d'infarctus pulmonaire puisse s'imposer, si en même temps existent des troubles cardiaques primitifs ou consécutifs au développement de la tumeur.

Les crachats peuvent renfermer du sang pur; de véritables hémoptysies ont été observées. On a signalé une expectoration fétide : le diagnostic peut alors devenir fort délicat, surtout si, comme dans un cas de sarcome métastatique publié par Ramdohr (2), la maladie présente l'évolution et les signes de la gangrène pulmonaire.

Dans les cas douteux, l'examen bactériologique et histologique des crachats devient un moyen précieux de diagnostic. L'absence de bacilles de Koch dans certains cas peut permettre d'écarter absolument l'idée de la tuberculose : dans notre observation I cependant, l'absence de bacilles ne nous parut pas suffisante, étant données la physionomie et l'évolution de la maladie, pour rejeter complètement l'hypothèse de tuberculose : nous nous y croyions d'autant moins autorisés que le malade était porteur d'un abcès sternal, ayant les ana-

(1) Dieulafoy. Des pleurésies hémorrhagiques. *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 1885, n°s 17, 18, 20, 21, 23, et 1886, n° 8.
(2) Mathieu. Pleurésie hémorrhagique, cancer du poumon. *Gaz. des hôpitaux*, 25 juin 1891.

(1) Ebstein. Zur Lehre vom Krebs der Bronchien und der Lungen. *Deutsch. med. Wochensch.*, 1890, n° 42.
(2) Ramdohr. *Schmidts Jahrbücher*, Bd. 178, p. 31.

logies les plus frappantes avec les abcès froids osseux : avec beaucoup d'autres, nous avons observé maints cas de tuberculose pleuro-pulmonaire, tôt ou tard avérée, où le bacille fut absent dans les crachats pendant une période assez longue. D'autre part, la présence du bacille n'exclut pas absolument l'existence de cancer : les tubercules et le cancer peuvent se rencontrer dans le poumon chez le même individu ; des bacilles ont été trouvés dans l'expectoration par Suckling (1) ; dans un cas de Hildebrand (2), le diagnostic ne put être établi à cause d'une tuberculose pulmonaire concomitante.

La découverte sous le microscope de débris de néoplasme est un fait précieux ; ils ont été retrouvés par Hampeln (3) et Huber (4), etc ;... mais ils sont plus rares dans le sarcome que dans le carcinome ; l'étude des fragments cellulaires de la tumeur est souvent le seul moyen de faire le diagnostic différentiel entre le sarcome et le carcinome primitif du poumon. C'est l'examen histologique des crachats qui pourra permettre de ne pas confondre avec le cancer pulmonaire certaines pneumonies chroniques arrivées à la période hectique et succédant à des pneumonies bâtardes des vieillards, des alcoolisés ; c'est également la présence dans l'expectoration de lambeaux ou de débris de vésicules, qui aidera à distinguer le kyste hydatique des néoplasmes pulmonaires.

Dans certains cas, l'expectoration manque (Obs. II) : les symptômes objectifs se résument en une ampliation progressive d'une moitié du thorax par une portion ou la totalité du poumon modifié : dans ces cas la ponction exploratrice s'impose ; elle permet de reconnaître si l'on a affaire à une collection liquide — pleurésie enkystée, pleurésie interlobaire, kyste hydatique, — ou à une tumeur solide ; en cas d'insuccès, il ne faut pas hésiter à répéter les tentatives ; car on sait combien sont fréquentes les ponctions négatives dans le cas de collections liquides enkystées dans le poumon. La moindre parcelle solide ramenée par la canule doit être examinée avec grand soin au microscope ; c'est ainsi que Krœnig (*loc. cit.*) arriva à porter le diagnostic dans un cas douteux ; il conseille même d'user du harponnage.

Le néoplasme peut quelquefois rester caché sous le masque de troubles cardiaques, soit que ces troubles aient préexisté, soit qu'ils soient secondaires à l'évolution de la tumeur. Dans un cas de sarcome du poumon rapporté par Stech (5), on attribua, pendant près de trois ans, à une hypertrophie du cœur et à des embolies les hémorrhagies pulmonaires qui se produisaient ; à la fin de la vie seulement, une matité progressive à la base du thorax, puis des adénopathies et des métastases, permirent de poser le diagnostic réel. Dans notre observation II, le malade avait, nous l'avons dit, le facies et les symptômes d'un aortique : le cœur, appliqué contre le thorax par la tumeur, donnait l'apparence d'un cœur hypertrophié ; les bruits de la pointe étaient éclatants ; au niveau de l'aorte un peu comprimée par le néoplasme, on entendait un souffle systolique ; le pouls était petit, égal des deux côtés ; étant donnés d'une part les symptômes cardiaques, d'autre part la matité compacte constatée en arrière le long de la colonne vertébrale, nous nous demandâmes au début si cette matité n'était pas due à un anévrysme de l'aorte thoracique, en partie rempli de caillots. L'absence de soulèvement systolique au niveau de la tumeur n'était pas suffisante pour faire rejeter l'hypothèse d'une poche anévrysmale ; nous nous souvenons avoir observé un malade, dont une moitié du thorax était dilatée par un énorme anévrysme tapissé à sa face interne d'une couche épaisse de caillots, et à sa face externe par le poumon comprimé, aplati ; il n'existait pas au niveau du thorax d'expansion systolique. Mais, dans notre cas l'ascension rapide de la matité, — due, comme le montrèrent les ponctions, en arrière, au développement d'un tissu solide, et à la base de l'aisselle, à la formation d'un épanchement pleural, — le refoulement progressif du cœur, l'abolition du bruit respiratoire, nous permirent bientôt d'affirmer l'existence d'un néoplasme qui se subtituait au poumon.

L'apparition de ganglions au cours de la maladie est un signe important ; mais souvent l'adénopathie manque (Obs. II) ; lorsqu'elle se limite à quelques ganglions sus-claviculaires (Obs. I), elle n'a de valeur relative pour le diagnostic que si la tuberculose a pu être éliminée d'une façon certaine. Elle acquiert plus de valeur, lorsqu'elle frappe les ganglions de l'aisselle et du médiastin, un certain temps après le début des accidents pulmonaires ; mais lorsque l'adénopathie médiastine est précoce et dominante, lorsqu'elle apparaît dès le début de la maladie avec son cortège de symptômes de compression vasculaire, nerveuse, bronchique, qu'elle soit isolée ou compliquée de pleurésie, elle peut en imposer pour une tumeur primitive du médiastin ; et dans ce cas le diagnostic avec un néoplasme primitif du poumon demeure fort difficile, et quelquefois impossible. D'autre part une adénopathie considérable occupant le creux sus-claviculaire, l'aisselle, les ganglions trachéo-bronchiques, l'aine, etc., peut prendre la physionomie de l'adénie : mais avant d'accepter l'idée d'adénie, il faut éliminer avec soin la tuberculose ou le cancer des organes thoraciques ou abdominaux, surtout si l'adénopathie a débuté par le creux sus-claviculaire ; les moindres symptômes pulmonaires unilatéraux doivent donner l'éveil.

Une thrombose veineuse peut enfin être le premier symptôme apparent de la maladie : mais on songe alors au cancer, sans pouvoir toujours arriver à le localiser. L'un de nous a vu récemment avec le Dr Vaté un malade, qui 4 mois auparavant avait été atteint d'un phlegmatia alba dolens du membre inférieur gauche ; ce malade avait maigri rapidement, puis avait présenté les signes d'un épanchement pleurétique gauche. Le liquide fut évacué plusieurs fois ; d'abord citrin, il finit par devenir franchement hémorrhagique, puis de moins en moins abondant à chaque ponction ; mais en même temps la matité devenait plus compacte, plus étendue : l'ensemble des symptômes nous fit admettre l'existence d'un néoplasme primitif du poumon.

Dans l'observation I, le malade nous a frappé peu de temps après son entrée à la Clinique par l'aspect de ses mains et de ses pieds, qui étaient plus volumineux que ceux de la moyenne des hommes de sa taille ; le poignet et la cheville étaient épais ; le gros orteil un peu déformé en massue dépassait beaucoup les autres doigts ; les dernières phalanges des doigts de la main, renflées en battant de cloche, étaient recouvertes par des ongles étalés sur la face dorsale, recourbés à leur extrémité ; le malade ne savait à quelle époque faire remonter ces modifications. Ces doigts hippocratiques, cet orteil volumineux, ces grandes mains et ces grands pieds, rappelaient dans des proportions atténuées les mains et les pieds de malades atteints d'ostéo-arthropathie hypertrophiante, dont plusieurs observations ont été publiées dans ces deux dernières années, depuis le mémoire important de M. P. Marie (1). M. Marie subordonne les lésions qui

(1) Cité par EICHHORST. *Pathol. int.* Trad. française de la 3e édit. vol. I, p. 468.

(2) HILDEBRAND. *Zwei Fælle von primæren malignen Lungentumoren.* Inaug. dissert., Marburg, 1887.

(3) HAMPELN. *Petersburger med. Wochensch.*, n° 40, 1876.

(4) HUBER. Über Lungensarcom *Zeitsch. für klin. Med.*, Bd XVII, p. 3 et 4, 1890.

(5) STECH. *Deutsch. Arch. für klin. Med.*, vol. 47, 1891.

(1) P. MARIE. De l'ostéo-arthropathie hypertrophiante pneumonique, *Rev. de Méd.*, 10 janvier 1890.

constituent les ostéo-arthropathies à des altérations primitives de l'appareil respiratoire ; un des malades d'Ewald, dont il parle, mourut de carcinome pulmonaire 2 ans après le début de l'affection osseuse. Les modifications des extrémités osseuses sont loin d'être la règle dans les tumeurs malignes du poumon : mais lorsqu'elles se présentent dans des cas douteux, où le diagnostic hésite entre une tumeur du médiastin, une adénie, etc., et un néoplasme pulmonaire, elles peuvent trancher la question en faveur de la carcinose pulmonaire.

D'après le relevé fait par MM. Bernheim et Simon *(loc. cit.)*, un des symptômes les plus fréquents du cancer pulmonaire consiste dans l'existence de douleurs plus ou moins vives dans la région thoracique ; immédiatement à côté de ces manifestations douloureuses, il faudrait placer la toux et la dyspnée. Un de nos malades (Obs. II), depuis son entrée à la Clinique jusqu'à sa mort, ne s'est jamais plaint de douleurs de côté ; il ne toussait pas, et, malgré une tumeur énorme et un épanchement assez vaste, il n'éprouvait pas de dyspnée ; chez l'autre malade au contraire (Obs. I), les douleurs étaient assez vives pour nécessiter des injections de morphine, et plus intenses, semble-t-il, que dans la pleurodynie des tuberculeux ; il était ordinairement en orthopnée. Douleur et dyspnée sont deux symptômes dont on doit tenir grand compte, quand ils existent ; mais il ne faut pas oublier qu'ils peuvent faire totalement défaut.

L'état cachectique se rencontre dans toutes les maladies avec lesquelles on peut confondre le cancer du poumon : tuberculose pleuro-pulmonaire, pneumonie chronique, kyste hydatique, tumeur médiastine, adénie, etc. ; et quand la cachexie existe dans les tumeurs malignes du poumon, la peau est loin d'avoir toujours la teinte jaune-paille classique : un de nos malades (Obs. I) avait le teint d'un tuberculeux, l'autre (Obs. II) celui d'un aortique. La cachexie ici peut manquer, aussi bien que dans certains cancers du sein ; le malade de Schech *(loc. cit.)* n'était ni amaigri, ni cachectique. Une cachexie vulgaire, sans teinte caractéristique de la peau, ou même l'absence de cachexie ne suffisent donc pas pour rejeter l'idée d'un cancer du poumon.

Nous ajouterons que la marche de l'affection dans le cancer, comme dans le sarcome du poumon, est des plus variables, lente, insidieuse, ou bien rapide, précipitée : elle peut durer quelques semaines, quelques mois (Obs. I), plusieurs années (2 ans, Obs. II ; 3 ans, Obs. de Stech).

En résumé, aucun des symptômes objectifs des tumeurs malignes du poumon n'a de valeur absolue. La solution du problème repose sur une association de symptômes et cette association diffère suivant les cas particuliers ; décisive dans les uns, banale et sans valeur dans les autres. Dans les cas douteux, l'examen des crachats au point de vue histologique et bactériologique ne doit pas être négligé ; si le malade n'expectore pas, ou si l'examen de l'expectoration demeure négatif, la ponction exploratrice doit être faite dans le poumon directement, ou après évacuation de l'épanchement en cas de pleurésie ; les parties liquides ou solides retirées et contenues dans la canule doivent être examinées au point de vue histologique. Mais souvent ces recherches ne sont pas pratiquées, parce que rien dans les symptômes stéthoscopiques ne fait songer au cancer ; l'hypothèse de tumeur maligne du poumon doit se présenter à l'esprit, lorsqu'un épanchement citrin ou sanguinolent plusieurs fois évacué, sans soulagement notable pour le malade, se reproduit avec des signes stéthoscopiques chaque fois plus considérables, la quantité de liquide diminuant après chaque évacuation et les signes d'amplification du thorax restant à peu près les mêmes qu'avant la ponction. Si à la voussure du thorax, à la matité compacte croissante, s'ajoutent une dilatation du réseau veineux du thorax et de l'adénopathie, l'hypothèse de tumeur maligne du poumon devient une réalité.

Il reste un autre point à déterminer : la tumeur est-elle primitive ou secondaire à un cancer latent ? L'histoire de notre premier malade montre que cette seconde partie du problème est souvent insoluble.

Erratum. — Dans l'article de M. Poncet, p. 577, au lieu de Chotot, lire le nom de M. Chalot, professeur à la Faculté de Toulouse.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Hémianopsie homonyme latérale (A case of lateral homonymous hemianopsia), par Th. Diller (*The journal of nervous and mental diseases*, octobre 1891, n° 10, p. 623). — Femme de 53 ans, qui eut successivement trois attaques d'hémorrhagie cérébrale : à la suite de la dernière, qui fut caractérisée par une hémiplégie gauche, elle présenta une hémianopsie homonyme droite. L'auteur fait suivre la relation du cas de quelques remarques sur l'hémianopsie, et sur les lésions des diverses parties de l'appareil optique susceptibles de la produire.

Influenza avec symptômes de tétanos (Su di un caso d'influenza con sintomi di tetano), par Coriolano Monoguidi (*Gazzetta degli Ospitali*, 30 septembre 1891, n° 77, p. 743). — Sujet âgé de 54 ans ; à la suite d'une très légère blessure qu'il s'est faite au dos de la main droite, et qui n'a intéressé que l'épiderme, blessure complètement cicatrisée deux jours après, il fut pris de frissons, de fièvre avec céphalée et douleurs lombaires, prostration et sub-délire. Ultérieurement, la fièvre tombe, mais il existe du trismus et de l'opisthotonos. Guérison. L'auteur se demande s'il s'est agi d'influenza, de tétanos, ou de concomitance des deux affections.

Maladie de Thomsen (Myotonie congénitale), (Over Thomsen'sche Ziekte-myotonia congenita), par C. Delprat (*Weekblad van het Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*, 24 octobre 1891, n° 17, p. 585). — Relation de 3 observations de maladie de Thomsen, avec exposé complet des réactions électriques, suivi de considérations et remarques générales sur la maladie de Thomsen.

Sur le vertige gastrique (Apuntes clinicos sobre el vertigo a stomacho læso), par Marin Perujo (*El Siglo medico*, 1er novembre 1891, n° 1975, p. 691). — Statistique portant sur 50 cas, se répartissant au point de vue étiologique en : intoxication par le tabac 6, alcoolisme 12, excès sexuels 8, rhumatisme 15, hypochondrie 2, dyspepsie sans causes spéciales 7, sur lesquels on compte 15 femmes et 35 hommes. Les symptômes dyspeptiques étaient peu appréciables dans 12 cas, et plus ou moins accentués dans 38 cas.

MÉDECINE

Purpura mortel (A fatal case of purpura hæmorrhagica), par M. Miller (*Medic. News*, Philadelphie, 8 août 1891, p. 156). — Homme de 21 ans, d'une bonne santé, pris à la suite d'un refroidissement de mal de gorge, de malaise général, de douleurs dans les os, puis de gonflement d'un doigt, puis de gonflement des articulations des genoux et des cous-de-pied ; en même temps, développement d'une éruption purpurique ; enfin généralisation des arthropathies et apparition de larges ecchymoses sur différents points de la surface du corps ; température variant de 37°5 à 38°8 ; le jour de la mort, expectoration sanguinolente, accélération de la respiration et signes de broncho-pneumonie ; les ecchymoses du bras et de l'épaule à droite ont l'aspect de plaques gangréneuses ; mort le dixième jour de la maladie, le huitième de l'éruption. L'auteur n'a pu déterminer la cause de cette maladie.

Etude sur le carcinome de l'estomac, par Mouisset (*Revue de médecine*, octobre 1891, p. 885). — Le sang présente, dans le carcinome de l'estomac, une diminution de la valeur globulaire aussi marquée que chez les chlorotiques et pouvant être utilisée pour le diagnostic chez les malades présentant des troubles dyspeptiques, en même temps qu'ils sont ané-

miques et cachectiques. Cette altération sanguine est très différente de celle que l'on rencontre dans l'anémie pernicieuse progressive où la valeur globulaire est normale ou même exagérée. La tuberculose pulmonaire est fréquente dans le cancer de l'estomac : elle existait dans 12 cas sur 61 autopsies de cancers de l'estomac faites dans le service de M. Lépine.

CHIRURGIE

La lithotritie chez la femme, par F. Guyon (*Ann. de gynéc.*, Paris, octobre 1891, p. 241). — La lithotritie chez la femme est plus difficile que chez l'homme, parce qu'il n'y a pas de bas-fond dans la vessie de la femme, que le calcul fuit et change constamment de place. Aussi faut-il se créer un champ opératoire sur le fond de la vessie en déprimant cette région avec le talon du lithotriteur. On arrive ainsi à faire, sans trop de difficultés, la lithotritie.

Remarques sur deux cas d'arthrites à pneumocoques, par Macaigne et A. Chipault (*Revue de médec.*, septembre 1891, p. 749). — A propos de deux cas d'arthrites à pneumocoques, l'un observé chez une femme de 60 ans et terminé par la guérison après arthrotomie, l'autre observé chez un homme alcoolique et dans lequel la mort a été causée par une méningite à pneumocoques, les auteurs décrivent, d'après les observations jusqu'ici connues, les caractères de ces arthrites qui sont les suivants : au point de vue clinique, localisation à une seule articulation ou extension à un grand nombre de jointures, début par des phénomènes fébriles et douloureux, aigus ou subaigus, mais très brefs et bientôt, lorsque l'épanchement est arrivé à son maximum, atténuation caractéristique des symptômes, de sorte que la température générale et même locale est normale ou peu élevée, la douleur peu intense, la peau pâle ; au point de vue anatomique, limitation des lésions à la synoviale (arthro-synovite) sans participation du tissu osseux, de sorte que l'arthrotomie évacuatrice suffit toujours, mais l'incision doit être large afin de rendre possible l'extraction des flocons de fibrine intra-articulaires. Le pronostic peut cependant être rendu grave soit par les complications diverses, soit par le nombre des articulations atteintes.

BIBLIOGRAPHIE

Encyclopédie d'hygiène et de médecine publique, dirigée par M. le Dr J. Rochard. — Paris, Lecrosnier et Babé, 18 fascicules.

Les dix-huit premiers fascicules, formant trois tomes et demi de l'*Encyclopédie d'hygiène et de médecine publique*, publiée sous la direction de M. Rochard, sont aujourd'hui parus ; cette vaste publication, qui doit comprendre huit volumes, se poursuit ainsi avec une régularité d'autant plus méritoire qu'on y est moins accoutumé dans des œuvres de ce genre. Dans une bibliographie parue au moment de l'apparition des premiers fascicules, nous avons déjà exposé le plan de l'ouvrage entrepris par M. Rochard avec de nombreux collaborateurs et montré l'intérêt qu'il présente. L'hygiène et la médecine publique font de plus en plus partie des préoccupations générales ; en France, le Dictionnaire de Tardieu et les Traités spéciaux dus à de nombreux auteurs, parmi lesquels Bouchardat, Arnould, Proust, Vallin, Lacassagne, Napias, etc., sont les plus connus, permettent, avec plusieurs monographies, de se tenir au courant de ces questions ; mais nous manquions encore d'une publication synthétique renfermant les développements que certaines personnes intéressées pouvaient avoir besoin de rechercher. Tel a été le but principal de la nouvelle Encyclopédie, dont le plan général a tout au moins quelques analogues à l'étranger. Il est vrai que les ouvrages étrangers du même genre sont considérablement plus restreints, plus précis aussi, ce qui n'est peut-être pas sans quelque mérite, et qu'ils présentent une homogénéité qu'il serait malheureusement assez difficile d'obtenir chez nous, en raison de la rareté des hygiénistes professionnels.

Actuellement l'*Encyclopédie* comprend des études, plus ou moins complètes, sur l'hygiène générale, notamment sur la démographie, la climatologie, la pathogénie, l'épidémiologie et les épizooties ; puis plusieurs chapitres sur l'hygiène alimentaire et l'hygiène urbaine. Prochainement paraîtront deux fascicules sur l'hygiène rurale, nouveauté qui ne manque pas d'attrait, avant la publication des parties consacrées à l'hygiène hospitalière et à l'assistance publique, à l'hygiène industrielle, à l'hygiène militaire, à l'hygiène navale et enfin à l'hygiène internationale et administrative ; soit pour trois ou quatre années encore au minimum.

Parmi les actualités il faut assurément comprendre les fascicules consacrés à l'hygiène urbaine ; il est assez remarquable de constater que la plupart des chapitres où il en est question dans cette *Encyclopédie* sont rédigés par des médecins, et cela n'est pas pour en diminuer la valeur, car ceux-ci sont incontestablement les plus soucieux en théorie et en pratique des bonnes règles de la construction et de l'assainissement des habitations et des villes ; la plupart des solutions les plus recommandables leur sont dues, ou du moins, s'ils n'ont pas toujours adapté suffisamment les solutions aux difficultés du métier, ils ont seuls été à même de les déterminer avec autorité et précision.

C'est pourquoi l'on peut sans crainte recommander la lecture et l'étude de cette *Encyclopédie* aux médecins eux-mêmes, car ils y trouveront d'abord dans le langage qui leur est familier tous les renseignements dont ils ont besoin pour se tenir au courant des progrès de l'hygiène ; quant aux recherches qu'ils seraient heureusement et judicieusement tentés de faire dans des domaines en apparence plus étrangers à leurs études, ils auront la bonne fortune de les emprunter à des confrères qui ont ainsi, une fois de plus, témoigné de la part prépondérante et indispensable que le corps médical doit prendre aux progrès de l'hygiène et de la médecine publique.

A.-J. Martin.

VARIÉTÉS

Nécrologie. — Samedi dernier ont eu lieu, au milieu d'un grand concours de confrères et d'amis, les obsèques de M. Bouchut, professeur agrégé de la Faculté de médecine, médecin honoraire de l'hôpital des Enfants malades. Né en 1818, interne des hôpitaux en 1838, médaille d'or en 1842, médecin des hôpitaux en 1850 et agrégé en 1853, Bouchut a consacré toute une longue existence à l'enseignement et à l'étude. Son traité des *Maladies des nouveau-nés, des enfants à la mamelle et de la seconde enfance* a été couronné par l'Institut. Ses *Nouveaux éléments de pathologie générale et de séméiologie* et son *Dictionnaive de thérapeutique* publié en collaboration avec M. Desprès ont eu plusieurs éditions. Ses ouvrages sur la *vie et ses attributs* et sur *l'histoire de la médecine et des doctrines médicales* prouvaient les aptitudes variées de cet infatigable travailleur. Ses cours à l'hôpital des Enfants malades, son ancien élève M. Grancher l'a rappelé sur sa tombe, ont eu, à diverses reprises, un juste et légitime retentissement. Citons encore ses travaux personnels sur la cérébroscopie, le diagnostic des maladies par l'ophthalmoscope, le tubage du larynx, etc. Il ne nous appartient pas de rechercher pourquoi tant de titres n'ont pu ouvrir devant Bouchut les portes de la Faculté non plus que celles de l'Académie de médecine. Nous ne voulons que nous associer ici à l'hommage rendu aux mérites du savant et laborieux médecin d'hôpital.

Enseignement clinique de l'hôpital Saint-Antoine.

A partir du lundi 7 décembre, une leçon clinique sera faite tous les matins à 10 heures et demie, à l'amphithéâtre de l'hôpital Saint-Antoine, par les médecins et chirurgiens de cet hôpital. Les leçons du semestre d'été seront faites par MM. Monod, Hanot, Gingeot, Tapret et Galliard ; celles du semestre d'hiver par MM. Blum, Letulle, Brissaud, Merklen et Ballet, conformément au programme suivant :

Lundi. — M. Blum. Clinique chirurgicale.
Mardi. — M. Merklen. Maladies du cœur et des vaisseaux.
Mercredi. — M. Brissaud. Maladies générales et séméiologie.
Jeudi. — M. Ballet. Maladies du système nerveux.
Vendredi. — M. Blum. Clinique chirurgicale.
Samedi. — M. Letulle. Maladies du foie et des reins.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES SAMEDIS ET PUBLIANT TOUS LES MERCREDIS

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

BULLETIN

Paris, le 11 décembre 1891.

L'enseignement médical dans les hôpitaux. La question de l'indemnité-maladie devant l'Association des médecins de la Gironde. Les bureaux d'assistance médicale.

Nous n'hésitons nullement à reconnaître que notre confrère M. Huchard n'a jamais soutenu, comme nous, qu'une entente de la Faculté de médecine avec l'administration de l'Assistance publique était désirable en vue de réaliser les progrès que réclament tous ceux qui parlent de notre enseignement clinique. Mais nous ne croyons point avoir jamais rien dit de semblable. C'est en notre nom personnel que nous avons écrit notre dernier article et nous nous sommes borné à prendre acte des paroles si nettes de notre excellent collègue qui, dans le dernier numéro de la *Revue générale de clinique et de thérapeutique* (p. 794), affirme encore que, « dans l'intérêt même de l'enseignement municipal de la médecine », tous les médecins des hôpitaux devront décliner toute candidature aux chaires nouvellement créées. S'il en est bien ainsi, et nous le souhaitons vivement, c'est-à-dire si les fonds alloués par le conseil municipal doivent exclusivement servir à donner des laboratoires et des assistants à tous ceux qui voudront se consacrer à l'enseignement professionnel, tout sera pour le mieux. Ce qui existe déjà sera amélioré, sans révolution, sans création de titres nouveaux ni de chaires nouvelles. Les médecins, chirurgiens et accoucheurs des hôpitaux pourront plus largement encore ouvrir leurs services aux stagiaires et aux étudiants étrangers désireux de perfectionner leur éducation clinique, et tout le monde profitera de cette réforme. Celle-ci s'annonce et s'affirme déjà d'ailleurs par la publication d'une affiche officielle, sur papier blanc, réunissant les noms de tous ceux qui, dans les hôpitaux, consentent à faire des cours libres, et indiquant les jours et les heures de ces cours. Le *Mercredi médical* fera connaître aux étudiants ce nouveau programme. Nous n'avons voulu aujourd'hui qu'applaudir à la publicité que lui donne l'administration de l'Assistance publique.

— On nous demande de divers côtés si, comme le laissent entendre plusieurs journaux, l'Association des médecins de la Gironde a reçu directement ou indirectement une réponse de M. le ministre de l'Intérieur au sujet de la question qui préoccupe la majorité de ses membres. Le Conseil général, s'il avait eu à transmettre à l'une des Sociétés locales un avis de ce genre, aurait considéré comme un devoir d'en informer en même temps toutes les autres sociétés, dont la fédération constitue l'Association. Rien de semblable n'était à faire. Le seul renseignement communiqué à l'Assemblée de la Gironde par son président, M. le Dr Hameau, a été l'article publié le 28 novembre dernier par la *Gazette hebdomadaire*. En écrivant cet article, je n'ai eu pour but que de répéter ce qui maintes fois déjà avait été déclaré aux séances annuelles de l'Association, ce qui, tout récemment encore, il est vrai, avait été confirmé par les ministres de l'Intérieur et de la Justice aussi bien que par les chefs de service des ministères. Aucune communication officielle ou officieuse ne pouvait être faite, ne devait être faite au nom du Conseil général qui, je l'ai dit, se préoccupe, en vue de la prochaine Assemblée générale, de répondre, dans la mesure où la loi l'y autorise, aux vœux qui lui sont exprimés.

— Nous recevons de notre honorable confrère M. le Dr T. Saucerotte (de Lunéville) la communication suivante.

Sur les bureaux d'Assistance médicale.

Le rôle social de la médecine a pris de nos jours une importance nouvelle. « Elle ne se croit plus appelée seulement à soulager les infirmités trop souvent irrémédiables de l'homme, elle se fait économique et sociale, c'est-à-dire qu'elle a la légitime ambition de seconder les gouvernements dans le but le plus élevé qu'ils puissent se proposer, le perfectionnement physique et moral de l'espèce humaine, l'amélioration de ses conditions d'existence. » L'hygiène publique dont la direction lui appartient n'est pas la seule tâche qui lui incombe ; il en est une moins complexe, mais qui, bien que restreinte, n'en est pas moins difficile dans ses applications quotidiennes en raison du caractère particulier mi-scientifique, mi-administratif ou judiciaire qu'elle revêt. Je veux parler de l'intervention du médecin dans la réglementation des retraites ou des indemnités à accorder aux fonctionnaires de l'Etat, aux serviteurs des administrations, aux victimes d'accidents de tout ordre, ouvriers, voyageurs, etc.

Dans l'état actuel des choses, il n'y a aucune règle, aucune organisation, aucune hiérarchie dans le personnel des juges ou des jurys appelés à prononcer, au point de vue médical, sur les intérêts souvent opposés des demandeurs et des défendeurs. M. de Ranse et moi avons naguère appelé l'attention sur un des côtés de cette question, sur celui qui a trait aux certificats demandés aux médecins pour l'obtention des pensions de retraite anticipées dans les administrations publiques. Je ne reproduirai pas ici l'exposé des raisons très sérieuses qui existent pour craindre qu'ils ne puissent parfois être abusivement accordés et je me permets de renvoyer le lecteur qui voudra les connaître à l'année 1875 de la *Gazette médicale de Paris* (p. 137). Mais aujourd'hui que les philanthropes, les économistes, les législateurs s'occupent d'étudier et de légiférer dans cette matière dans les congrès et dans les commissions parlementaires; aujourd'hui que non seulement en France, mais dans l'Europe tout entière s'organise d'une façon régulière l'assistance aux victimes du travail, il n'est pas inutile, ce semble, d'examiner le rôle que doivent y remplir ceux qui sont appelés, une fois la question de droit tranchée par la magistrature, à prendre à leur tour la parole et à se prononcer sur les faits qui leur sont soumis par elle. Bien que limité à des appréciations d'ordre médical, le rôle qu'ils ont à remplir a son importance matérielle et médicale. En effet, dans les débats qui s'élèvent fréquemment entre les demandes et les résistances plus ou moins fondées des uns et des autres, le médecin est souvent appelé à donner un avis décisif, aujourd'hui sans appel. C'est trop espérer de la faiblesse humaine que de compter toujours sur la lumière et l'impartialité d'un ou deux experts, que de croire que leur avis sera toujours conforme à la justice et à la vérité, que d'admettre enfin qu'ils doivent prononcer en premier et en dernier ressort.

Les parties en cause, dans ce genre de litiges, devraient, comme dans l'ordre judiciaire, trouver plusieurs degrés de juridiction qui leur permissent de s'élever de l'un à l'autre quand elles croient leurs intérêts lésés, ce qui peut arriver, et ce qu'elles ne peuvent faire aujourd'hui sans des difficultés ou des frais dans lesquels elles peuvent ne pas vouloir s'engager.

Restreignant aux retraites servies par l'Etat le point de vue auquel je m'étais placé il y a seize ans, j'avais, à ce moment, proposé : 1° la suppression des médecins délégués des administrations et 2° leur remplacement par une commission départementale qui devait seule avoir qualité pour prononcer dans le cas de maladies, blessures ou infirmités motivant des demandes de retraite avant l'âge et le temps voulus par la loi.

Il serait bon aujourd'hui d'élargir la compétence de ces juges et de leur attribuer : 1° la connaissance des cas susdits; 2° celle des cas d'accidents de toute cause et de toute nature entraînant à des titres divers et à des degrés divers la responsabilité de leurs auteurs.

Quand il s'agit de l'Etat ou des grandes administrations ou compagnies financières, industrielles, s'il s'élève des litiges de ce genre, on peut, sans s'éloigner de la vérité, admettre *a priori* que les exigences des demandeurs dépassent en général la mesure du juste et du raisonnable, car l'Etat et les grandes administrations comprennent leur devoir d'une façon suffisante pour que des arbitres n'aient point à le leur rappeler. Mais dans l'industrie privée, dans les compagnies d'assurance, dans les accidents fortuits où la responsabilité est engagée entre simples particuliers, les cas sont beaucoup plus nombreux dans lesquels l'individu lésé ne trouve pas chez son patron, chez son assureur, etc., l'équité qui doit régler les réparations nécessaires. Dans cette catégorie de faits, le médecin peut être aussi souvent appelé à se prononcer dans le sens du demandeur que dans celui du défendeur.

Pour remplir une mission qui deviendra de plus en plus fréquente dans l'avenir, l'expert doit présenter des garanties de capacité, de fermeté, d'honorabilité incontestées. Mais comment, en ce qui concerne les intérêts de l'Etat seulement, sont aujourdhui recrutés ces arbitres? L'administration départementale désigne dans chaque arrondissement un médecin délégué ou assermenté appelé à se prononcer sur les cas de retraite exceptionnelle. La plupart du temps, et sous tous les gouvernements les uns après les autres, cet expert est appelé là par des influences politiques et sociales. Il importe de procéder à ces choix d'une façon qui présente plus de garanties; de ne point laisser à l'arbitraire d'un seul fonctionnaire la désignation de celui ou de ceux qui doivent à l'occasion défendre les droits de l'Etat. Il importe surtout de ne pas confier à un seul une tâche parfois très délicate. Un mode de recrutement qui serait fort naturel consisterait à faire désigner les experts par les Facultés ou les Ecoles de médecine, par les conseils départementaux d'Instruction publique, ou même, si cela parait suffisant, par les associations médicales dont l'existence est reconnue par la loi. Ces jurys une fois installés pourraient avoir dans leur compétence, après les affaires qui leur seraient soumises par l'Etat, le règlement de toutes celles du même genre relatives aux intérêts privés.

Si un seul degré de juridiction paraît insuffisant pour assurer la solution équitable des conflits, rien n'est plus facile que d'en établir un second et de se conformer en ceci à l'organisation des conseils d'hygiène établis dans chaque chef-lieu d'arrondissement, dans chaque chef-lieu de département et placés éventuellement sous le contrôle suprême du conseil supérieur d'hygiène publique. Qu'on ne craigne point d'augmenter le nombre des fonctionnaires et les charges du budget. Les fonctions d'experts ainsi désignés seront trop honorables pour être déclinées, quoique gratuites, et seront bien moins onéreuses que celles qui incombent au jury au criminel. Je vois bien quels seraient les avantages de ces commissions, de ces *bureaux d'assistance médicale*, je n'en vois pas les inconvénients. Quand, pendant de longues années, on a été maintes fois appelé à émettre un avis dans des faits de l'ordre de ceux dont je m'occupe, on est convaincu que la justice sociale gagnerait à être rendue autrement qu'elle ne l'est maintenant dans certains cas. Je m'estimerais heureux, en soulevant cette question, d'avoir appelé sur elle l'attention des lecteurs de la *Gazette hebdomadaire* et par son organe celle des pouvoirs publics.

TONY SAUCEROTTE.

Bien que le projet de M. le Dr Saucerotte soulève diverses objections sur lesquelles nous aurons sans doute à revenir, nous n'avons pas hésité à le soumettre à une discussion publique. Il nous semble évident, en effet, que dans les administrations de l'Etat et des chemins de fer, au moins autant que lorsqu'il s'agit de compagnies d'assurances, quelque chose est à tenter en vue d'assurer aux demandeurs plus de garanties d'impartialité.

L. LEREBOULLET.

REVUE GÉNÉRALE

Du foie dans la fièvre typhoïde.

S'il est un organe qui doive subir les atteintes de l'infection typhoïde, c'est à coup sûr le foie, en raison de ses connexions étroites, anatomiques et physiologiques, avec l'intestin, habitat normal du bacille pathogène, et cependant, nous n'avions à cet égard jusque dans ces derniers temps que de bien vagues indications. A lire les descriptions des auteurs qui se sont surtout occupés de cette question, Hoffmann et A. Siredey par exemple, les lésions du foie typhoïde ne se différencieraient guère de celles que déterminent la plupart des maladies infectieuses. En ce qui concerne la clinique, les données étaient encore moins précises.

Tout récemment on a essayé de divers côtés de combler cette lacune ; c'est ainsi que dans un travail intéressant (*Contributions à l'étude du foie dans la fièvre typhoïde*, Thèse de Paris, 1890), Legry nous a fait connaître quelques particularités histologiques encore méconnues, en même temps qu'il demandait à la bactériologie la solution de problèmes pathogéniques qu'on n'avait guère abordés. D'autre part, la remarquable thèse de Dupré sur les infections biliaires (Paris, 1891) renferme d'utiles indications sur le mode de production de certaines lésions hépatiques au cours de la fièvre typhoïde.

Leur origine microbienne n'est plus contestable aujourd'hui et il est établi qu'à côté du bacille d'Eberth on doit incriminer d'autres micro-organismes, le streptocoque des infections secondaires ou le bacterium coli commune, qui envahissent le foie soit par les vaisseaux sanguins et lymphatiques, soit par les voies biliaires.

Mais nous n'en sommes pas plus fixés pour cela sur les conditions qui favorisent l'infection typhique du foie. Comme le fait remarquer Dupré, les cas de dothiénentérie accompagnée d'ictère semblent se montrer par séries, suivant un mode épidémique analogue à ce que l'on observe pour les ictères infectieux en général. Que certaines affections antérieures, comme l'alcoolisme, l'impaludisme ou même la lithiase biliaire, puissent créer dans le foie un *locus minoris resistentiæ*, rien de plus probable, sans que néanmoins cette vue de l'esprit soit étayée sur des faits positifs.

I

C'est au travail de Legry que nous emprunterons une description succincte des lésions hépatiques dans la fièvre typhoïde.

A l'œil nu, le foie n'est pas d'habitude hypertrophié dans de notables proportions, à moins qu'il n'ait été touché par un autre processus, tel que l'alcoolisme, l'impaludisme, la puerpéralité; la coloration pâle et grisâtre du parenchyme porte à admettre une dégénérescence graisseuse avancée, ce qui, comme nous allons le voir, ne répond pas d'habitude à la réalité.

D'ordinaire la bile est pâle, décolorée, peu abondante, de densité faible : néanmoins Dupré a pu, sur le vivant, recueillir une bile abondante, d'une belle couleur jaune d'or, renfermant, disons-le en passant, des bacilles d'Eberth.

Ce qui domine à l'examen microscopique, c'est la dégénérescence granulo-graisseuse, mais celle-ci est ordinairement peu accusée, surtout lorsque la mort n'a pas été tardive. Les granulations adipeuses se voient d'ordinaire de préférence dans les cellules de la périphérie du lobule; mais parfois aussi la lésion est centrale ou à la fois périphérique et centrale. En outre les cellules présentent souvent de la tuméfaction trouble avec multiplication des noyaux.

En certains points du parenchyme on rencontre des nodules de formes et de dimensions très variables, qui d'après Siredey seraient constitués par des amas de globules blancs renfermés dans les capillaires, tandis que pour Legry ils le seraient au moins en majeure partie par des noyaux et des débris de protoplasma provenant des cellules tombées en détritus. Enfin les parois des vaisseaux sont infiltrées par des cellules migratrices, avec ou sans prolifération endothéliale.

Gorgés de sang et dilatés au début, les capillaires voient bientôt leur calibre diminuer par suite du gonflement des cellules hépatiques atteintes de dégénérescence granulo-graisseuse ou de tuméfaction trouble.

Les nodules siègent un peu partout, mais surtout le long des fissures des espaces portes et des vaisseaux sus-hépatiques. Les ptomaïnes charriées dans le foie par la veine porte et des embolies microbiennes jouent certainement un rôle dans la production et la distribution de ces lésions.

Quant aux altérations des voies biliaires, elles sont assez connues pour que nous n'ayons qu'à les rappeler en quelques mots : c'est tantôt de la cholécystite, tantôt des ulcérations de la vésicule pouvant aboutir à la perforation avec péritonite généralisée. Les lésions graves de cette nature sont d'ailleurs rares, puisque Hœlcher n'en a rencontré que cinq cas sur deux mille dothiénentéries terminées par la mort.

Enfin on peut observer des abcès du foie dans la fièvre typhoïde et Romberg (*Berl. klin. Woch.*, 1890) a récemment réuni la plupart des observations de ce genre. Ces abcès reconnaissent pour origine soit des altérations des voies biliaires, comme Klebs en a vu un cas, soit une pyléphlébite suppurée, soit enfin une infection pyémique. Romberg a recueilli dix-neuf observations de cette dernière variété.

Disons incidemment que d'après Gervais (Thèse de Paris, 1887) il faudrait attribuer à l'infection typhique certains abcès du foie des pays chauds.

Quant à l'enquête bactériologique, elle a donné quelques résultats précis. Legry a examiné onze cas à ce point de vue; six fois il a pu isoler par des cultures le bacille d'Eberth et dans six cas également, qui ne correspondaient pas tous à ceux où les cultures avaient été positives, il en a constaté l'existence sur des coupes. D'un autre côté, divers micro-organismes ont été rencontrés dans le liquide des voies biliaires : Dupré, Gilbert et Girode (*Soc. de biologie*, 1890) et Schlier (*Deutsch. Arch.*, tome XLVIII) y ont trouvé le bacille d'Eberth, Malvoz (*Ann. de la Soc. médico-chir. de Liège*, janvier 1890) le streptocoque, enfin Dupré, le bacterium coli commune.

Ajoutons que de deux faits cités par Dupré il résulte que le bacille d'Eberth peut se retrouver dans la bile plusieurs mois après la guérison de la fièvre typhoïde : ce qui explique peut-être certaines rechutes de la maladie.

II

C'est en vain qu'on chercherait jusque dans les travaux les plus récents autre chose que de vagues indications sur la symptomatologie propre à l'infection typhoïdique du foie.

La glande hépatique ne présente qu'exceptionnellement, comme nous l'avons vu, une hypertrophie nette, alors même qu'il existe une lésion dégénérative très accusée de cet organe. Toutefois Leudet a donné la relation d'une épidémie de fièvre typhoïde où l'on observa souvent de l'hypermégalie hépatique avec subictère. Vînt-on du reste à constater une augmentation notable de volume du foie qu'on ne serait pas en droit de conclure à une infection très prononcée de cet organe; car cette hypertrophie relève souvent d'autres facteurs morbides, tels que l'alcoolisme, l'impaludisme, ou même la lithiase biliaire.

L'endolorissement de l'hypochondre droit est également un phénomène exceptionnel, sauf lorsqu'il y a inflammation des voies biliaires.

On sait que la bile joue le rôle d'un antiseptique intestinal; aussi, comme le fait remarquer Legry, dans les cas où la sécrétion biliaire est profondément troublée, les selles doivent présenter une fétidité plus grande qu'à l'état habituel. Ce signe évidemment ne saurait avoir qu'une importance minime.

Reste un phénomène auquel *a priori* il semble légitime d'attribuer une grande valeur diagnostique, c'est l'ictère. Il est d'ailleurs assez rare dans la fièvre typhoïde, ainsi qu'en témoignent les statistiques de Biermer (un cas sur 675 fièvres typhoïdes), de Liebermeister (26 sur 1620) et de Griesinger (10 sur 600).

Exceptionnellement il s'accompagne de phénomènes généraux sérieux rappelant le syndrome classique de l'ictère grave avec accidents ataxo-adynamiques et hémorrhagies diffuses. Il relève alors soit d'une infection pyoémique, soit d'une atrophie jaune aiguë du foie, comme dans un fait de Sabourin.

Le plus souvent il s'agit d'un ictère simple ou même d'un subictère. Tantôt c'est un ictère biliphéique où les

urines donnent la réaction de Gmelin; tantôt au contraire c'est la réaction de Gubler qu'on obtient et l'on se trouve en présence d'un ictère hémaphéique.

Cette distinction entre ces deux variétés d'ictère a une réelle importance clinique. L'ictère biliphéique, habituellement précoce, le plus souvent passager, se voit dans les formes bénignes aussi bien que dans les formes graves de la fièvre typhoïde. Il ne doit pas être imputé à une lésion du parenchyme hépatique, mais soit à un catarrhe soit à une inflammation plus profonde des voies biliaires, à moins qu'il ne soit consécutif à un accès de colique hépatique.

Tout autre est la signification de l'ictère, ou plutôt du subictère hémaphéique; il s'accompagne d'urobilinurie intense : or, on sait que pour Hayem et Tissier l'urobiline est le pigment du foie malade; il semble donc que de l'intensité de l'urobilinurie on peut conclure à la gravité des lésions hépatiques. Malheureusement à cette conception théorique manque la sanction de faits positifs, les recherches n'ayant jamais été dirigées dans ce sens. Tout ce que l'on peut dire d'après les faits recueillis par Tissier, c'est qu'une urobilinurie accusée et persistante se voit surtout dans les cas graves de fièvre typhoïde et offre par suite une signification fâcheuse au point de vue du pronostic.

En résumé, l'ictère lui-même sous ses deux formes ne nous renseigne guère sur l'état du foie dans la fièvre typhoïde.

Quant aux altérations des voies biliaires, elles donnent lieu à des phénomènes très variables; dans les cas légers on constate un peu de tuméfaction et d'endolorissement au niveau de l'hypochondre droit, avec ou sans ictère, avec ou sans vomissements.

D'après M. Lafon (*Montpellier médical*, 1889), la température suivrait quelquefois dans la cholécystite typhoïde une marche spéciale, caractérisée par l'amplitude des oscillations. Il en serait de même, d'après Gervais, dans le cas d'abcès du foie.

Lorsqu'il y a perforation, ou imminence de perforation par ulcération de la vésicule biliaire, des crises douloureuses se produisent en même temps qu'apparaît le péritonisme ou même qu'éclate une péritonite suraiguë à évolution toujours fatale.

Ainsi, abstraction faite des lésions des voies biliaires, il nous faut conclure par un aveu d'impuissance; il n'est aucun signe qui permette d'apprécier l'intensité de l'infection hépatique dans la fièvre typhoïde. Cette lacune dans nos connaissances est d'autant plus regrettable qu'il doit exister une relation entre l'état fonctionnel du foie et la gravité de la maladie elle-même. Les expériences de Legry démontrent en effet que cet organe exerce une action protectrice à l'égard des produits solubles sécrétés par le bacille d'Eberth, qu'il en diminue la toxicité et aussi qu'il arrête et détruit en partie les microbes qui lui sont amenés par la veine-porte. C'est dire qu'une atteinte profonde du foie doit avoir pour conséquence une aggravation notable de la fièvre typhoïde et pourrait expliquer la malignité encore mystérieuse de certaines formes morbides.

L. Dreyfus-Brisac.

TRAVAUX ORIGINAUX

Note sur deux cas de dégénération ascendante occupant à la fois le faisceau de Burdach dans la moelle épinière et le faisceau cunéiforme dans le bulbe rachidien. Communication à la Société anatomique, par Albert Gombault, médecin des hôpitaux.

Il est inutile de rappeler ici ce qu'on entend par le terme dégénération secondaire quand il s'agit de la moelle épinière. On sait que l'étude de ces dégénérations envisagées dans leurs localisations diverses, a fourni quelques-unes des notions les mieux établies relativement à la constitution de certains des faisceaux blancs médullaires. En ce qui concerne le cordon postérieur, on sait que cette dégénération est ascendante, c'est-à-dire qu'elle s'effectue au-dessus du point où la moelle est détruite. Son mode de localisation est classique et bien connu. D'abord un peu diffuse, elle se limite bientôt au faisceau de Goll qu'elle suit dans toute sa longueur, puis elle passe dans le faisceau grêle du bulbe et cesse avec ce faisceau au niveau de l'ouverture du plancher du 4e ventricule. Ainsi donc la dégénération secondaire ascendante s'effectue dans le cordon de Goll. Le faisceau de Burdach n'est atteint qu'accessoirement et toujours sur une étendue restreinte en hauteur. Certaines observations ont montré de plus que, lorsque la cause de destruction avait porté non plus sur le cordon postérieur mais sur les racines postérieures et en particulier sur les racines de la queue de cheval, il se produisait aussi une dégénération ascendante dans la moelle et que celle-ci, après un court trajet dans le faisceau de Burdach, se localisait encore rapidement dans le faisceau de Goll. En résumé, quelle que soit la cause de la dégénération ascendante, elle ne suivrait jamais bien longtemps le faisceau de Burdach et aboutirait fatalement au faisceau de Goll.

Les préparations et les dessins que j'ai l'honneur de soumettre à la *Société anatomique* sont relatifs à deux cas où cette dégénération secondaire ascendante affecte une localisation différente. Dans le premier de ces deux faits, le point de départ est une lésion destructive qu'on peut délimiter de la façon suivante : en largeur, elle occupe une grande partie de la moelle et en particulier la presque totalité du cordon postérieur; en hauteur, elle a une étendue de deux centimètres environ; enfin, elle présente son maximum d'intensité à peu près au niveau de l'émergence de la 4e paire cervicale.

On peut voir, qu'au-dessus de ce foyer transversal, il s'est produit une lésion ascendante qui occupe, dans la moelle, le faisceau de Goll et dans le bulbe inférieur le faisceau grêle. Elle s'accuse sur les coupes convenablement traitées (méthode de Pal, puis carmin ou éosine) par la grande diminution des fibres à myéline et la coloration rouge que prend la région atteinte. Mais à côté de ce premier tractus rouge qui occupe la place habituelle de la dégénération secondaire ascendante, on en constate un second situé, de chaque côté, dans le faisceau de Burdach. De plus, si on examine le bulbe inférieur, on retrouve ce même tractus rouge dans le faisceau cunéiforme où il figure une sorte d'arc convexe du côté de la surface surmontant à distance le noyau du même nom à la manière du sourcil au-dessus de l'œil.

Il s'est donc, contrairement à la règle généralement admise, produit au-dessus du foyer une double lésion systématique et s'il est permis de penser que celle qui siège dans le cordon de Goll et le faisceau grêle représente la dégénération secondaire habituelle, puisqu'elle occupe le même siège et est survenue dans des conditions où celle-ci se produit ordinairement, il n'en va plus de même pour la seconde dont la localisation est loin d'être classique.

Il convient donc, tout d'abord, de se demander si on peut considérer cette seconde lésion comme étant, elle aussi, de provenance dégénérative.

Cette question a son importance parce que les lésions dégénératives indiquent le trajet des fibres nerveuses ou des faisceaux de fibres avec une précision que ne sauraient égaler les lésions autonomes, alors même qu'elles

se sont systématisées. Il est bien évident, du reste, qu'ici la démonstration ne saurait être rigoureuse et qu'on ne peut chercher à la faire que par exclusion.

Une première supposition doit être mentionnée sans qu'il soit nécessaire, je pense, de s'y arrêter bien longuement. Elle consisterait à dire qu'on est ici en présence d'une ataxie locomotrice anormale, en ce sens que la lésion serait restée limitée à la partie supérieure de la moelle et inférieure du bulbe. Il est certain que le mode de disposition des tractus rouges rappelle d'une façon singulière la localisation qu'affecte bien souvent la sclérose tabétique dans les mêmes régions et l'analogie est assez frappante pour mériter qu'on la signale ; mais rien dans le reste des détails anatomiques ou dans la nature des symptômes relevés par l'observation clinique ne permet de conclure dans ce sens.

On pourrait aussi supposer qu'au-dessus du foyer, il s'est produit deux lésions également systématiques et ascendantes, mais de nature différente. D'une part, une dégénération secondaire cantonnée dans le cordon de Goll et le faisceau grêle; d'autre part une lésion de même nature que celle qui constitue le foyer principal (néoplasme ou myélite) s'étendant le long du faisceau de Burdach et du faisceau cunéiforme, et ne représentant en quelque sorte qu'un prolongement systématisé de ce foyer. Pour écarter cette hypothèse, il suffira d'indiquer que dans ces derniers faisceaux la lésion est histologiquement identique à celle qui occupe le faisceau de Goll et le faisceau grêle, tandis qu'elle est très différente de celle qui constitue le foyer principal. On est ainsi, par élimination, conduit à penser que vraisemblablement tous ces tractus scléreux ascendants sont de même nature, qu'ils ont une même origine, à savoir l'interruption de fibres nerveuses ayant leur centre trophique situé plus bas, qu'en un mot ils se sont formés par le mécanisme de la dégénération secondaire. On doit dès lors se demander pourquoi cette dégénération secondaire affecte une localisation différente de celle qu'elle présente d'habitude.

C'est ici le lieu de rappeler que le fait qui nous occupe est différent de la plupart de ceux qui ont servi à étudier la dégénération secondaire ascendante. En effet, le foyer est ici situé très haut dans la moelle, et comme il est rare qu'une semblable localisation se montre compatible avec une survie assez prolongée pour permettre la constitution d'une sclérose facile à localiser, les faits analogues sont peu nombreux. Le plus souvent le foyer destructeur occupe la région dorsale ou la région lombaire. La cause des différences observées dans le mode de disposition des tractus de dégénération paraît donc être le siège exceptionnellement élevé du foyer destructeur. Mais alors, puisque nous savons que la dégénération secondaire se limite strictement aux fibres interrompues et qu'elle les poursuit sur toute leur longueur, la conclusion qui semble s'imposer est, qu'à la région cervicale, le faisceau de Burdach n'est pas constitué de la même manière que dans les parties inférieures de la moelle, qu'en particulier il renferme un grand nombre de fibres longues, n'ayant pour la plupart aucune connexion avec le faisceau de Goll et montant directement dans le bulbe où elles contribuent à former une partie du faisceau cunéiforme.

Donc on peut tirer de ce fait une première conclusion, à savoir qu'à la région cervicale, la dégénération ascendante se poursuit sur une grande longueur dans le faisceau de Burdach et que cette localisation est liée à la structure spéciale du faisceau qui contiendrait de nombreuses fibres passant directement dans le bulbe sans emprunter la voie du faisceau de Goll.

S'il en est ainsi, on peut se demander quelle est l'origine de ces fibres longues, dont la dégénération secondaire indique l'existence et le trajet. Le fait suivant m'a paru de nature à fournir quelques éléments à la solution de cette question.

Il s'agit de la moelle d'un vieux saturnin ayant eu autrefois une paralysie saturnine et ayant conservé dans le membre supérieur droit de la parésie avec un degré assez prononcé d'anesthésie. On constate à l'autopsie une atrophie à peu près complète de la cinquième racine cervicale postérieure droite. Cette atrophie est isolée, les autres racines postérieures sont toutes saines; elle occupe la racine sur toute sa longueur, car on a pu la poursuivre jusqu'au voisinage du ganglion rachidien; de plus, elle ne s'explique par aucune lésion des méninges susceptible de retentir sur la moelle. La pie-mère, l'arachnoïde et la dure-mère sont absolument indemnes à ce niveau. La moelle est normale dans toute sa longueur, au-dessous du point d'entrée de cette racine, au point précis où celle-ci pénètre. On constate la présence d'une tache rouge à la face interne de la corne postérieure droite. Cette tache siège au niveau de la substance gélatineuse, irradiant un peu dans la zone interne de Lissaüer. Elle s'élargit pendant un certain temps tout en occupant le même siège au fur et à mesure que les coupes s'élèvent, puis elle se détache de la corne et se place à une certaine distance; elle s'allonge d'avant en arrière et occupe toute l'étendue antéro-postérieure du faisceau de Burdach. Cette bande rouge se retrouve ensuite avec le même siège, la même forme, les mêmes dimensions, sur toutes les coupes de la moelle pratiquées au-dessus de la lésion principale. Enfin, au niveau du bulbe inférieur, toujours à droite, une tache rouge indique qu'un certain nombre de fibres manquent dans le faisceau cunéiforme. Par contre il ne s'est produit dans le faisceau de Goll qu'une modification bien minime. Autant la bande de raréfaction des fibres nerveuses est nette dans le cordon de Burdach et le faisceau cunéiforme, autant elle est douteuse dans le cordon de Goll et le faisceau grêle.

Ce fait a la netteté et, je crois, la valeur d'une expérience véritable et aussi des plus délicates. Il est bien difficile d'admettre que l'atrophie de la racine postérieure ne se soit pas produite la première. En effet, on ne rencontre dans les enveloppes de la moelle aucune lésion susceptible d'avoir influencé à la fois la moelle et les filets radiculaires, et il serait, d'autre part, peu conforme aux faits connus de supposer qu'une lésion primitive du cordon postérieur ait pu déterminer la dégénération de la racine correspondante. Il est donc permis de penser que la dégénérescence de la moelle s'est développée en conséquence de l'atrophie de la racine postérieure. On a vu quel trajet a suivi cette dégénérescence. Ce trajet est différent de celui qu'on assigne d'habitude aux lésions dégénératives qui succèdent à l'atrophie des racines postérieures; mais il faut répéter qu'il s'agit aussi d'habitude de lésions siégeant beaucoup plus bas dans la moelle et que les différences tiennent sans doute à la constitution spéciale des différentes régions de l'organe. Dans nos deux cas, au contraire, la moelle est intéressée à peu près au même niveau et les résultats sont comparables. Or la seconde observation montre qu'avec la destruction d'une racine postérieure cervicale coïncide une lésion dégénérative du faisceau de Burdach et du faisceau cunéiforme. D'où on peut conclure que, suivant toute vraisemblance, à la région cervicale, les filets radiculaires postérieurs s'engagent en très grand nombre dans le faisceau de Burdach, qu'ils le suivent dans toute sa longueur et qu'ils vont s'épuiser dans le faisceau cunéiforme. Dès lors on comprend qu'une lésion destructive portant à la région cervicale non plus sur les racines, mais sur le cordon postérieur, rencontre dans leur trajet ces fibres radiculaires

ascendantes et amène en les faisant dégénérer une lésion analogue à celle qui succède à l'atrophie des racines. C'est ce qui semble s'être produit dans le premier fait. Il suffit de comparer les préparations et les dessins relatifs à chacun d'eux pour constater qu'aux dimensions près — et ici la différence s'explique par le nombre des fibres intéressées — les tractus qui occupent le faisceau de Burdach et le faisceau cunéiforme sont figurés et localisés de façon très comparable.

Ainsi donc à propos du premier fait, pour expliquer la dérogation qu'il présente aux lois de la dégénération ascendante, on doit invoquer le siège très élevé qu'occupe le foyer de destruction. Ce foyer aurait coupé des faisceaux de fibres, dont la seconde observation indique nettement et la provenance et le trajet. Ce seraient les filets radiculaires postérieurs et ces filets auraient à la région cervicale un trajet et des rapports différents de ceux qu'ils affectent dans les régions inférieures de la moelle.

Il est clair que de nombreuses observations confirmatives devront se produire avant qu'on puisse considérer comme démontré ce détail de structure relatif au faisceau de Burdach à la région cervicale.

En terminant il convient d'appeler à nouveau l'attention sur la similitude qui existe, au point de vue de la localisation, entre les lésions du bulbe inférieur consignées dans la première observation et celles qu'on rencontre dans un certain nombre de cas d'ataxie locomotrice progressive. Il est d'usage en pareil cas de considérer la sclérose du faisceau grêle comme une sclérose secondaire, conséquence des lésions tabétiques qui se sont développées dans la moelle, tandis que la sclérose du cordon cunéiforme est plutôt considérée comme primitive, comme le résultat de l'envahissement du bulbe par les lésions tabétiques. Les faits qui viennent d'être relatés montrent qu'il se pourrait que, dans certains cas tout au moins, la lésion du faisceau cunéiforme fût également de nature dégénérative en conséquence, soit de la sclérose totale du cordon postérieur, soit de l'atrophie des racines à la région cervicale. Nous ne faisons du reste ici qu'émettre une hypothèse; les recherches que nous avons entreprises à ce sujet ne nous permettent pas encore de formuler une conclusion.

Tables d'opérations. Lit de Trendelenburg, par M. le professeur Antonin Poncet, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

Ce n'est pas une petite affaire pour un chirurgien que d'avoir un bon lit d'opérations. On l'a bien vu, dans ces dernières années, où chacun de nous s'est efforcé de modifier, de transformer l'ancien matériel, désireux de l'adapter aux nécessités des méthodes nouvelles. Le grand desideratum plus ou moins heureusement réalisé a été la désinfection facile de la table d'opérations. Le verre, le métal ont donc été, dans la construction, à peu près exclusivement utilisés. On cherchait, en même temps, à rendre cet appareil aussi commode que possible, en vue des positions différentes à donner aux malades suivant le siège de l'opération qu'il avait à subir.

Ces nombreuses tentatives ont-elles abouti? Existe-t-il aujourd'hui un modèle de lit d'opérations qui puisse rallier la plupart des suffrages?

J'ai vu, soit en France, soit à l'étranger, beaucoup de tables d'opérations, j'ai lu les descriptions qui ont été publiées de divers côtés, et je crois que la plupart de ces tables sont excellentes, par certains côtés, mais qu'il n'en est pas une seule pouvant servir à toutes fins, c'est-à-dire s'adapter à toutes les opérations courantes.

Il est entendu que la condition *sine qua non* d'un bon lit opératoire est son asepsie facile. Le chirurgien s'est placé ainsi à l'abri d'une cause d'infection possible, il ne s'ensuit cependant pas qu'il puisse négliger d'autres questions en apparence secondaires et relatives à la position de l'opéré, de l'opérateur, de ses aides. On doit, en outre, tenir compte de la nature de l'opération, de la qualité de la plaie, si je puis dire. Est-elle aseptique ou infectée? Dans le premier cas, elle doit rester sèche, et l'emploi des liquides antiseptiques sous forme de lavages, d'irrigations est un non-sens. Dans le second cas, au contraire, il faut la désinfecter par des ablutions larges et répétées. Les liquides doivent donc alors pouvoir s'écouler facilement, sans inonder le malade, sans souiller le chirurgien et ses assistants. Deux tables d'opérations sont donc déjà indispensables, de même que deux salles d'opérations, l'une pour les malades infectés, l'autre pour ceux qui ne le sont pas. Le problème est, comme on le voit par ces quelques détails, assez complexe, et il me paraît inutile de passer en revue les diverses positions dans lesquelles l'opéré doit être placé et maintenu; les différentes attitudes que doit prendre l'opérateur, etc. Le lecteur suppléera par ses connaissances en médecine opératoire à un exposé qui manquerait vraiment d'intérêt, en raison des longs détails de lui déjà connus, dans lesquels il faudrait entrer.

J'ai décrit autrefois la table d'opérations dont je me sers dans mon service (1); je la trouve naturellement excellente, mais l'expérience m'a démontré qu'il ne fallait pas demander à un appareil de ce genre plus qu'il ne peut donner. En d'autres termes, une table bonne pour certaines opérations ne l'est pas pour d'autres et la conclusion que je désire déjà tirer de ces quelques considérations, est la nécessité, dans un grand service de chirurgie, d'avoir sous la main au moins deux lits d'opérations (2). Cette idée ne paraîtra certainement pas nouvelle, car depuis longtemps, dans un service bien aménagé, avec la table opératoire que l'on pourrait appeler ordinaire, en raison de son emploi fréquent et du grand nombre d'opérations qui s'y pratiquent, se trouve la table pour les opérations gynécologiques. Je préciserai davantage, en ajoutant qu'un tel outillage ne permet cependant pas de pratiquer aussi aisément qu'elles doivent l'être certaines opérations: celles, entre autres, dans lesquelles, par exemple, l'opéré doit être fortement incliné. Le lit de Trendelenburg répond, au contraire, très bien à cette indication et il peut être, à volonté, transformé en table gynécologique.

Au point de vue de la médecine opératoire et du meilleur appareil pour le patient, les opérations peuvent être divisées en deux grandes classes : opérations sur les membres dont les deux catégories principales sont les résections, les ostéotomies, les amputations, opérations sur le tronc et la tête.

Une amputation peut être faite sur un lit quelconque, mais une résection exige que le membre soit solidement soutenu par un plan résistant, qu'il soit plus ou moins élevé, etc.

Le meilleur lit sera donc celui qui, avec d'autres qualités, telles que la solidité, présentera une certaine largeur alors que le membre opéré reposera à son aise. S'agit-il, au contraire, d'une opération sur le tronc,

(1) Une salle d'opérations à l'Hôtel-Dieu de Lyon. *Revue de chirurgie*, 1889.

(2) Je dispose depuis un an d'une deuxième salle d'opérations, exclusivement réservée aux malades infectés. Dans ce nouveau local, tout est disposé pour la désinfection facile, pour une *chirurgie humide* par lavages et irrigations antiseptiques des plaies contaminées, en opposition avec la salle d'opérations voisine construite en vue de l'asepsie et dans laquelle on ne pratique des opérations que sur des sujets non infectés. Cette salle est réservée à la *chirurgie sèche*.

d'une laparotomie, par exemple, il importe que le chirurgien, placé de côté, soit aussi rapproché que possible du champ opératoire. Ce dernier appareil présente alors des inconvénients, un lit étroit est de beaucoup préférable. Si j'ajoute que dans certaines opérations la position inclinée du sujet rend les manœuvres plus faciles et permet ainsi de mieux opérer, on comprendra que l'on ne peut demander au même lit de satisfaire à ces diverses exigences.

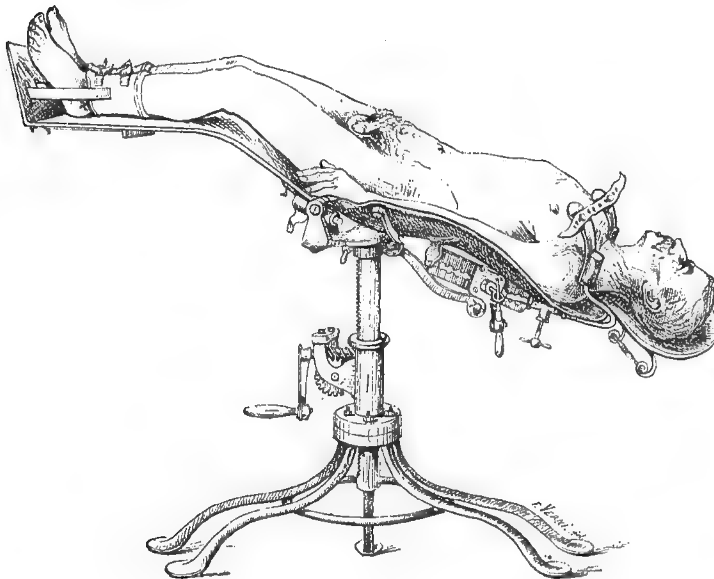
Depuis six mois, sur les conseils du professeur Witzel, de passage à Lyon, j'emploie fréquemment le lit de Trendelenburg. Je l'utilise exclusivement pour les opérations sur la tête et plus particulièrement sur le tronc. Aujourd'hui, après une expérience suffisamment grande, je le considère comme le meilleur lit opératoire pour les interventions chirurgicales sur le tronc, quel qu'en soit le siège. Il ne saurait être utilisé pour les opérations conservatrices sur les membres, mais en tant qu'opérations sur les organes génitaux, sur le tronc, il est admirablement disposé et rend les plus grands services.

J'emprunte à la thèse d'un de mes élèves, le Dr A. Humbert, la description qu'il en a donnée. Avec les trois dessins : fig. 1, 2 et 3, qui le représentent dans la position horizontale, dans la position à inclinaison maximum, enfin dépourvu de l'avant, B et réduit à sa partie supérieure, pour les opérations sur les organes génitaux externes, etc. On peut se rendre compte de ses principaux avantages.

« Le lit de Trendelenburg se compose essentiellement de deux parties : un pied supportant un plateau ; le plateau lui-même comprend deux portions, l'une destinée à supporter la tête et le tronc, l'autre les membres inférieurs.

Le pied est formé par cinq branches en fer massif, recourbées et jointes en leur milieu par un cercle de même métal. Elles se fixent à leur partie supérieure sur un cylindre creux, dans lequel glisse une tige de 8 cent. de diamètre ; celle-ci porte sur l'une de ses faces des dents qui s'engrènent avec une roue en crémaillère, mue par une manivelle adaptée à une vis sans fin. Grâce à cet engrenage, tout l'appareil peut être élevé ou abaissé, suivant la taille de l'opérateur. La partie supérieure de cette tige est terminée par un pivot reçu dans un support en T, qui peut tourner dans un plan horizontal, suivant un cercle complet, et présenter facilement à la lumière la région opérée.

La portion A, ou abdomino-thoracique du plateau, est formée par une plaque métallique modelée sur la face dorsale du tronc. Elle comprend une partie céphalique


Fig. 1.

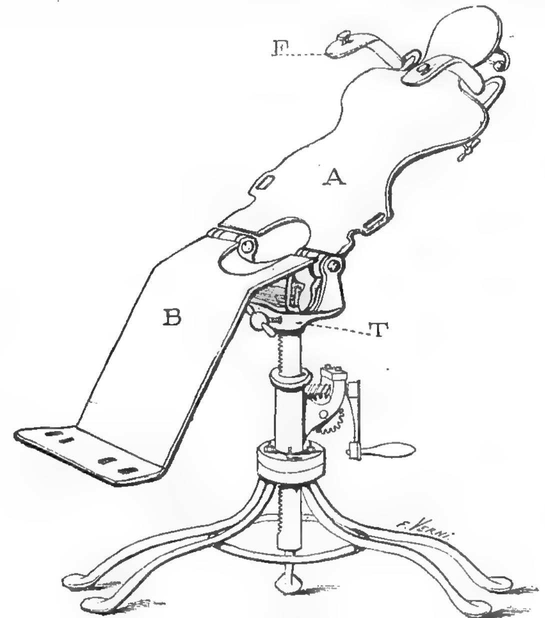


Fig. 2.

légèrement concave et arrondie suivant un diamètre de 25 cent. La partie dorso-lombaire présente une légère saillie marquant la courbe lombaire normale, puis sur ses bords, un relèvement au niveau des flancs. Elle est articulée par deux charnières aux extrémités du T de la partie supérieure du pied.

On peut la fixer dans une position définitive, grâce à une tige à glissement et à crans d'arrêt placée à la partie inférieure et reliée au pied ; cette tige lui permet des mouvements de bascule oscillant entre la verticale et 23° au dessous de l'horizontale. A la partie supérieure et latérale de la région cervico-thoracique, sont deux coulisses dans lesquelles on peut faire mouvoir ou fixer, à l'aide d'une vis à pression, deux tiges terminées en F par deux plaquettes métalliques convexes, qui viennent s'appuyer sur les épaules du malade et l'empêcher ainsi de remonter dans une position de la tête au-dessus de l'horizontale, ou de glisser dans une position déclive. Sur les bords de la portion la plus rapprochée du pied sont deux petites boucles destinées à recevoir les courroies des bracelets fixateurs des mains.

La fraction B ou des membres abdominaux est placée dans son sens transversal. Dans son sens longitudinal elle présente deux courbures : l'une convexe en haut au niveau du pli du genou ; l'autre concave en bas, formée par la plaque destinée à servir d'appui aux pieds. Elle est réunie au T de la partie supérieure du pied, par deux charnières placées à côté de celle de la fraction A. Ces charnières sont solidaires des premières dans les mouvements d'extension. Elles sont libres dans les mouvements de flexion, aussi le malade peut-il, à volonté, être placé dans le décubitus dorsal parfait, suivant un plan horizontal ou oblique, ou bien être placé les cuisses fléchies sur le tronc. Dans cette position, la plaque B est fixée par un taquet situé sous la plaque A. La partie la plus rapprochée du pied présente une ouverture qui est, à volonté, fermée par une plaque fixée par de petits verrous. A l'extrémité opposée, on voit deux trous destinés à recevoir les

courroies des bracelets fixateurs des pieds. Enfin la plaque B peut à volonté être supprimée, comme le montre la fig. 3, où le malade est dans une position telle que l'on

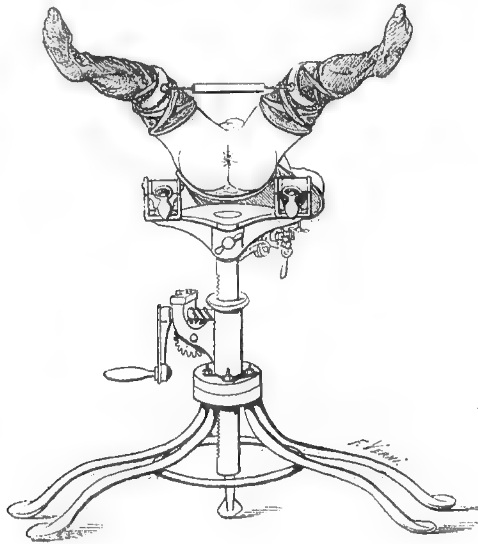


Fig. 3.

peut aisément opérer sur le périnée ». (A. Humbert, *De la cure radicale des hernies inguino-scrotales volumineuses*. Thèse de Lyon, 1891.)

D'après ces quelques détails, le lit de Trendelenburg paraîtra compliqué et d'un maniement plus ou moins difficile. Il n'en est rien, malgré ces mécanismes divers qui peuvent, *a priori*, effrayer quelques opérateurs. J'avoue qu'avant de m'en être servi, d'après la description qui en avait été donnée, telle était mon impression. En principe, je ne suis pas partisan des lits d'opérations compliqués, je les ai souvent comparés à des appareils d'une utilisation problématique; ils me produisaient l'effet d'un de ces beaux couteaux à quinze ou vingt lames dont on ne se sert pas, et dans lesquels une seule lame peut remplir les indications de toutes les autres. Ma table d'opérations ordinaire répond à cette idée, elle se compose d'un plateau de verre horizontal supportant un petit matelas de caoutchouc. Veut-on élever, abaisser telle ou telle région, des coussins de crin de divers volumes sont réservés à cet usage.

Les principaux avantages du lit dont nous donnons les dessins sont, en dehors de sa solidité, de sa stabilité, de permettre d'élever l'opéré dans la position horizontale à telle ou telle hauteur, de chercher la lumière pour le champ opératoire en portant très facilement dans tel ou tel sens le lit qui tourne sur son trépied. Enfin, le lit de Trendelenburg, sur lequel l'opéré est commodément fixé par des courroies s'attachant aux extrémités, peut basculer d'avant en arrière et donner au malade une position plus ou moins fortement inclinée qui est une position de choix pour beaucoup de laparotomies.

Complètement en métal, le lit en question peut être lavé et désinfecté après chaque opération; par ses dimensions, il laisse le chirurgien et ses aides en contact immédiat avec l'opéré.

Préconisée par Trendelenburg, pour certaines opérations, la position déclive, que j'ai vu utiliser à Bichat dans le service de Terrier et dont Baudouin (1) a bien indiqué les avantages, simplifie beaucoup la manœuvre de quelques opérations.

S'agit-il de la vessie, de l'utérus et de ses annexes, en un mot, des organes contenus dans l'excavation pelvienne, la bascule du tronc en arrière, la tête en bas, met à découvert ces divers organes. L'intestin est attiré par son poids du côté du diaphragme, où il est ensuite, s'il y a lieu, aisément maintenu; la lumière pénètre dans la région opératoire, le chirurgien voit ce qu'il fait et ses mouvements ne sont pas gênés par les viscères voisins.

(1) *Progrès médical.*

La taille sus-pubienne, l'exploration intra-vésicale deviennent alors d'une simplicité extrême; il en est de même de la plupart des opérations intra-abdominales.

Quant à l'anesthésie, dans la position déclive, elle ne présente ni inconvénients, ni dangers, contrairement à ce que l'on avait pu supposer au début. On paraissait, en effet, redouter, de par l'inclinaison plus ou moins forte de la tête, des troubles de la circulation cérébrale. Ces craintes n'ont rien de fondé; dans plus de deux cents anesthésies, pratiquées sur le lit de Trendelenburg, nous n'avons observé aucun accident qui pût être attribué à la position déclive du sujet. L'irrigation sanguine des centres nerveux est, au contraire, mieux assurée, et cette réflexion ne paraîtra point paradoxale si l'on songe que l'on a recommandé depuis longtemps, pour parer à des accidents graves de l'anesthésie, de placer le sujet la tête en bas.

Pour les opérations sur les organes génitaux chez la femme, sur le périnée chez l'homme (fig. 3), l'ablation de la moitié antérieure B du lit (fig. 1), ne laisse que la partie postérieure qui supporte la tête et le tronc. Les membres inférieurs relevés en l'air et maintenus écartés, le siège apparaît complètement à découvert; on peut l'élever, le maintenir à la hauteur voulue et rendre le champ opératoire encore plus abordable, en donnant au tronc une position plus ou moins déclive, d'arrière en avant, et de haut en bas.

Comme je le disais au début de cet article, les opérations si diverses que l'on pratique aujourd'hui avec sécurité et alors que la technique opératoire a subi de nombreux perfectionnements, ne sauraient être pratiquées indistinctement sur telle ou telle table d'opérations.

Dans cet ordre d'idées, le mieux n'est pas l'ennemi du bien, et si personne ne conteste que dans un service d'hôpital, deux tables d'opérations sont nécessaires, l'une pour les sujets sains, sans infection, l'autre pour les sujets contaminés, et qui, à ce titre, deviennent une source de dangers pour les premiers, je crois qu'il est également indispensable d'avoir à sa disposition une table spéciale, dont le lit de Trendelenburg me semble être le meilleur modèle, pour tout une série d'opérations sur le tronc.

La chirurgie des membres réclame un autre lit, dont les qualités essentielles sont d'être d'un nettoiement facile, d'une longueur, d'une solidité suffisantes, et, brochant sur le tout, d'une simplicité aussi grande que possible.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Vertige auriculaire (On some points in the pathogenesis of aural vertigo), par Oren D. Pomeroy (*The New-York medical Journal*, 20 juin 1891, n° 655, p. 716). — L'auteur rapporte diverses observations : dans la 1re le vertige résulte d'un trouble de l'œil ou de l'oreille, ou d'une tumeur du cerveau,

(1) Pour ne pas laisser l'opéré en contact direct avec le métal de la table, pour le soustraire au froid extérieur, je le fais envelopper d'un vêtement de caoutchouc (feuille anglaise). Des jambières de caoutchouc sont aussi appliquées sur les membres inférieurs. C'est ainsi qu'est représenté l'opéré, fig. 3.

d'une suppuration de l'oreille moyenne dans le cas 2, d'un traumatisme du labyrinthe dans les cas 4, 9, 12, d'une otite moyenne aiguë dans le cas 5, d'une otite sèche dans le cas 6, d'une suppuration aiguë dans le cas 7, d'une maladie de Menière dans les cas 8 et 10, d'un polype suppuré dans les cas 11, 14, 16 et 21, d'un catarrhe auriculaire chronique dans les cas 13, 17, 19, 22 et 23; d'une affection du labyrinthe secondaire à une otite moyenne dans le cas 18, d'une sclérose de l'oreille moyenne dans le cas 20, de syphilis, d'épilepsie, d'affection de l'oreille moyenne dans le cas 24.

Empoisonnement chronique par le mercure (A report of five cases of chronic mercurial poisoning), par Lewis H. Adder (*Medical News*, 15 août 1891, n° 970, p. 186). — Les observations de l'auteur ont trait à des cas d'intoxication chronique par le mercure; la paralysie affecte surtout les extrémités inférieures, mais atteint à divers degrés tout le système musculaire. Dans un cas, très avancé, les muscles de la déglutition et de la mastication furent pris. Dans aucun cas il n'y eut de clonus du pied, mais dans plusieurs on constata de l'exagération des réflexes patellaires.

Caractères histologiques différentiels de la paralysie générale, par M. Klippel (*Archives de médecine expérimentale*, 1er septembre 1891, n° 5, p. 660). — Il existerait dans les paralysies générales des lésions pathognomoniques du cerveau, portant sur les divers éléments : cellules, tubes, névroglie, vaisseaux et permettant de faire le diagnostic histologique de cette affection. On pourrait, en se basant sur ces caractères, établir des distinctions, entre : 1° les paralysies générales proprement dites; 2° les paralysies générales compliquées ou associées à d'autres lésions et 3° les pseudo-paralysies générales ou maladies cérébrales simulant la paralysie générale.

Encéphalite aiguë primitive (Acute primary cerebral inflammation, producing hemiplegia and other forms of paralysis), par S. J. Sharkey (*The Lancet*, 31 octobre 1891, n° 3557, p. 973). — Sujet âgé de 39 ans, qui entra à l'hôpital en août 1890, et mourut un mois après; il était dans le coma, et porteur d'une hémiplégie droite. Inégalité pupillaire, conservation du réflexe cornéen. Pouls à 104. Absence des réflexes cutanés, et conservation des tendineux. Convulsions quelques heures après l'admission. La connaissance revient en partie 8 jours plus tard : on constate alors de légères convulsions dans la moitié droite de la face, avec déviation des yeux du même côté. Puis survinrent des accès épileptoïdes et la mort. A l'autopsie, macroscopiquement il n'y a pas de différence très appréciable entre les deux hémisphères, et ce n'est qu'à l'examen histologique qu'on put voir une très intense inflammation diffuse de l'hémisphère gauche, dont la cause est attribuable à la diathèse urique. L'auteur a déjà rapporté un cas de ce genre (*Lancet* du 6 juin 1885) dans lequel, à la suite de phénomènes cliniques bien marqués, l'examen à l'œil nu n'avait révélé aucune altération des centres nerveux, alors que, histologiquement, les centres présentaient des plaques d'inflammation très intense.

Méningite traumatique. Ataxie de Friedreich chez un enfant (Traumatic meningitis. Friedreichs ataxia in a child), par Madison Taylor (*The medical and surgical Reporter*, 29 août 1891, n° 1800, p. 325). — A la suite d'un coup, un petit enfant présente des signes évidents de méningite : dilatation pupillaire, douleur et raideur de la nuque, abdomen rétracté. La guérison suivit. Il sera intéressant de savoir plus tard l'influence que pourra avoir cet accident sur le développement intellectuel. Le cas de maladie de Friedreich a trait à un enfant de 9 ans, chez lequel l'évolution — à la suite d'un trauma — fut assez rapide pour qu'on ait, au début, pensé à la chorée.

Tumeur cérébrale (Cerebral tumour illustrating the difficulties of cerebral localisation), par E. H. Bennett (*The Dublin Journal of medical Science*, 2 novembre 1891, n° 239, p. 337). — Homme de 45 ans, avec exophthalmie, léger embarras de la parole sans paralysie définie des membres. Plus tard, troubles de la déglutition, puis épilepsie partielle, céphalée occipitale, respiration de Cheyne Stokes. A l'autopsie, tumeur cérébrale occupant l'hémisphère droit, de la grosseur d'une orange siégeant au niveau de la scissure de Sylvius, occupant les 2/3 de la scissure de Rolando, et gagnant la face inférieure du cerveau, reconnue comme étant un sarcome à l'examen histologique.

Un cas d'hémiplégie alterne, par Souques (*Nouvelle Iconog. de la Salpêtrière*, 1891, n° 5, p. 358). — Enfant de 4 ans 1/2, pris, il y a 2 ans, presque insidieusement d'une hémiplégie des membres à droite, avec paralysie gauche de la face et de la langue, et paralysie double des nerfs de la sixième paire. Il s'agit d'une lésion — tuberculeuse probablement — de la région bulbo-protubérantielle.

Lésion de la première circonvolution temporale localisée au centre auditif (Lesions of the superior temporal convolutions accurately locating the auditory centre), par Ch. K. Mills (*University medical magazine*, novembre 1891, n° 2, p. 103). — Surdité verbale consécutive à un ictus apoplectique, surdité complète, et hémiplégie partielle gauche, à la suite d'une seconde attaque. Autopsie, lésion de la première et de la seconde circonvolutions temporales des deux hémisphères. Lésion de la première et de la seconde circonvolutions temporales de l'hémisphère gauche avec localisation probablement limitée au centre auditif des mots. L'auteur conclut de l'étude de ce cas : que le centre auditif des mots est situé dans le 1/3 postérieur de la première et de la seconde circonvolutions temporales, sur une ligne partant verticalement de l'extrémité postérieure de la branche horizontale de la scissure de Sylvius. Il est possible que ce centre soit limité à la deuxième circonvolution temporale seule.

MÉDECINE

Immunité acquise (Erworbene Immunitæt gegen Infectionskrankheiten), par Wolff (*Centralb. für allg. Pathol. und path. Anat.*, Bd II, n° 11, p. 449). — On a donné de nos jours trois théories différentes de l'immunité : 1° théorie phagocytaire de Metschnikoff; 2° théorie de l'épuisement du milieu; 3° théorie de la rétention ou de l'imprégnation toxique.

L'auteur est plus disposé à chercher le mécanisme de l'immunité dans les lois de la pathologie cellulaire ; les cellules organiques résistent aux microbes ou à leurs poisons d'une façon différente suivant les espèces, les tissus, les éléments d'un même tissu. L'infection se fait en vertu d'une disposition ou *réceptivité cellulaire*. Quand l'infection a suivi son cours, elle a détruit ce jeu de cellules *disposées* et dès lors l'atteinte de la même espèce parasitaire n'est plus à craindre. On conçoit d'ailleurs aisément qu'en matière de vaccination et d'immunité, l'inoculation du microbe ou de ses produits peut produire les mêmes effets que l'existence antérieure de l'infection. Il n'est pas impossible que le système, les cellules disposées, détruit par l'infection, soit susceptible de se réparer et de prêter ainsi à une infection nouvelle. L'inoculation des virus atténués a précisément pour effet de neutraliser et détruire peu à peu ces éléments, et non pas tout d'un coup et en produisant le complexus de l'infection type. La vaccination jennérienne, antirabique, et même l'action de la tuberculine peuvent être interprétées à la lumière de ces propositions.

Nouveaux faits relatifs à l'histoire de la tuberculose infantile, fréquence de la tuberculose, cause majeure de mortalité dans le premier âge, étiologie, prophylaxie, par L. Landouzy (*Revue de médecine*, sept. 1891, p. 721). — Landouzy rapporte dans ce travail 15 nouvelles observations de tuberculose chez des enfants au-dessous de 2 ans; la tuberculose a causé 21 0/0 des décès dans son service de crèche, et en tenant compte seulement des cas autopsiés. Il insiste sur les causes diverses de contagion par les circumfusa chez les enfants vivant dans des familles de tuberculeux, surtout dans les familles pauvres, l'enfant étant tributaire de soins incessants qui multiplient à l'infini les contacts et les occasions de contagion ; sur la nécessité des précautions à prendre pour mettre l'enfant à l'abri de cette contagion et en particulier de l'isolement.

Mérycisme (Fall von Rumation), par Freyhan (*Deut. med. Woch.*, 1891, n° 41, p. 1147). — Ce cas concerne un homme de 67 ans, atteint de mérycisme depuis la quarantième année environ. L'affection avait débuté peu après la perte accidentelle des dents ; du reste, le sujet prenait ses repas très

vite et mastiquait insuffisamment. Le phénomène du mérycisme se produisait après chaque ingestion d'aliment ou boisson, débutant après quelques minutes, se prolongeant de 2 à 7 heures; la régurgitation se produisait parfois jusqu'à 25 reprises. C'est à la fin seulement que les parties alimentaires étaient modifiées par un commencement de digestion. Du reste, cathétérisme œsophagien facile, estomac non dilaté, bonne santé générale : on notait un peu d'hypochlorhydrie.

On a diversement interprété le mérycisme depuis les premières observations de Fabrice d'Acquapendente et Bartholin. Les uns ont invoqué des considérations d'atavisme, les autres une disposition anatomique anormale (estomac double, diverticule œsophagien, etc.). L'auteur pense, avec Poensgen, Dumier et Dehio, qu'il s'agit d'une névrose gastro-œsophagienne avec parésie du cardia : la régurgitation se relierait ainsi directement au péristaltisme gastrique. La diminution d'acidité est plutôt un effet commun de la même causalité nerveuse qu'une condition de cette névrose motrice.

Amers et sécrétion chlorhydrique (Einfluss der Bitterstoffe auf die Menge der Salzsæure im Magensaft), par Tawiski (*Deut. Arch. für klin. Med.*, Bd 48, Hft 3 et 4, p. 344). — L'auteur a expérimenté la gentiane, le quassia, l'absinthe, le condurango, etc. D'observations suivies, il tire les conclusions suivantes :

Les amers donnés à jeun ou peu avant le repas augmentent la sécrétion chlorhydrique dans les dyspepsies avec hypochlorhydrie. La motricité de l'estomac ne paraît pas sensiblement modifiée (méthode du salol), non plus que sa faculté d'absorption; quand la dyspepsie se rattache à un état général grave comme la phthisie, l'utilité des amers est plus contestable;

L'acidité totale ne subit pas une augmentation sensible, au moins dans la plupart des cas;

La quantité de suc gastrique sécrétée n'est pas plus considérable avec l'emploi des amers;

Les amers ne présentent entre eux aucune différence quant aux résultats produits.

Erosions hémorrhagiques de l'estomac (Ungewœhnliche Art der hæmorrh. Erosion des Magens), par Langerhans (*Virch. Arch.*, 1891, Bd CXXIV, Hft 2, p. 373). — On attribue communément les érosions gastriques de ce genre à la concomitance d'un catarrhe gastrique et de troubles de la circulation capillaire. Dans un petit territoire de la muqueuse, les érosions sont nombreuses, lenticulaires, partout disséminées, parfois confluentes en une surface érosive d'apparence serpigineuse, mais ne reproduisant pas la forme ni la grandeur de l'ulcère rond chronique. De plus, il est exceptionnel qu'elles donnent lieu à des hémorrhagies. L'auteur a pourtant observé chez une éclamptique de 37 ans, concomitamment avec la forme érosive habituelle, de grandes ulcérations en tout semblables à l'ulcère rond, avec suffusion hémorrhagique et grandes pertes de sang. C'est sans doute à l'importance des hémorrhagies pendant les attaques éclamptiques et aux destructions étendues de la muqueuse à la suite, qu'il faut attribuer cette anomalie singulière des érosions hémorrhagiques qui n'altère du reste en rien la différence pathogénique et clinique d'avec l'ulcère simple.

Kyste hydatique suppuré du foie (Echinococco suppurato del fegato), par L. Pernossi (*La Riforma medica*, 9 septembre 1891, p. 649). — Observation d'une femme de 27 ans, atteinte depuis 18 mois d'une tumeur abdominale et ayant eu 6 mois auparavant une fièvre typhoïde grave suivie de pneumonie qui avait déterminé un avortement. La ponction ayant démontré la présence du pus, on tente de déterminer des adhérences au moyen de la méthode de Récamier; puis, ce procédé paraissant trop lent, on fait une laparotomie, on suture au catgut la face antérieure du foie au péritoine pariétal, et 6 jours plus tard on fait avec le thermo-cautère une incision par laquelle il s'écoule près de 200 vésicules hydatiques et une très grande quantité de pus ne renfermant pas le bacille d'Eberth. Un léger écoulement de bile se produit par la plaie pendant quelques jours, puis cesse complètement et la malade guérit sans avoir eu de réaction fébrile.

Leucémie aiguë (Acute Leukæmie), par Hinterberger (*Deut. Arch. für klin. Med.*, Bd XLVIII, Hft 3 et 4, p. 324). — La leucémie aiguë a été observée dès 1857, par Friedreich, et depuis lors souvent signalée (Ponfick, Ehrlich, Gaucher, Kelsch, etc.). La rapidité de son évolution, l'intensité de la leucocythémie en sont les deux caractères les plus frappants. Elle présente souvent dans une complexité frappante toute la série des manifestations qu'on sait pouvoir appartenir au tableau général de la leucémie : cependant quelques cas sont incomplets.

L'auteur ajoute aux faits publiés l'observation d'une femme de 30 ans, chez qui l'affection évolua en cinq semaines avec fièvre et symptômes généraux graves. Du reste l'évolution comme les lésions furent conformes au tableau de la leucémie aiguë. Ce qu'il y a de particulier, c'est que l'affection avait débuté à la suite d'un abcès dentaire; les hypertrophies ganglionnaires avaient fait suite aux phénomènes d'adénite inflammatoire et s'étaient de là généralisées au reste du corps. Des faits analogues ont été observés par Ponfick, Kelsch et Lauenstein. Ils pourraient être invoqués manifestement en faveur de l'origine exogène et probablement infectieuse de la leucémie. Il est vrai que les examens bactériologiques ne sont pas concordants : toutefois on peut espérer que les faits analogues bien étudiés apporteront dans la question des documents décisifs.

CHIRURGIE

Luxation spontanée de la main (Ein Beitrag zur Ætiologie und Casuistik der Spontanluxation der Hand), par Bodde (*Berl. klin. Woch.*, 1891, n° 47, p. 1128). — Fille de 15 ans. Il y a trois ans, rougeole et scarlatine suivies d'affaiblissement général de la moitié droite du corps : l'enfant devient gauchère, ne mâche les aliments qu'avec la moitié gauche de ses maxillaires et commence à traîner le pied droit. En juin 1889, elle est prise d'une arthrite de la hanche et du genou, et entre à l'hôpital de Friedrichshain, où l'on reconnaît une contracture hystérique de ces deux articulations. Améliorée, elle entre à la clinique des maladies nerveuses pour des accidents hystériques graves. Là elle est prise de coxalgie hystérique grave qui cède à la suggestion. Un jour tous les accidents disparaissent à la suite d'une frayeur.

Depuis quatre mois la malade travaille dans une fabrique de papier, mais depuis deux mois elle éprouve des faiblesses dans le membre supérieur droit, principalement dans le poignet.

A l'examen on trouve un élargissement de la région articulaire de la main avec l'avant-bras. Le dos de la main est situé sur un plan plus profond que celui de l'avant-bras, et l'angle qui en résulte est couvert par les tendons des extenseurs des doigts. A ce niveau le doigt pénètre très facilement dans la cavité de la tête du radius. Le diamètre antéro-postérieur du poignet est au niveau de l'articulation deux fois plus grand qu'à l'état normal. Sous les tendons des fléchisseurs on sent très facilement les osselets de la première rangée du carpe. La flexion dorsale du poignet est diminuée mais non douloureuse; la flexion palmaire, l'abduction, l'adduction, la pronation et la supination sont normales.

Il s'agit de la luxation du carpe en avant, vers la face palmaire de la main, ce qui explique aussi le raccourcissement du membre. La réduction est des plus faciles. Les os et les cartilages paraissent normaux.

En examinant la malade en détail, on trouve, en plus, que toute la moitié droite du corps est moins développée que la moitié gauche (os, muscles, articulations), mais que les nerfs périphériques sont intacts. L'auteur s'appuie sur ces faits pour chercher l'explication de son cas dans une hémi-atrophie d'origine cérébrale.

Hystérectomie vaginale pour tumeurs malignes (Erfahrungen über die vaginale Totalextirpation des Uterus wegen malignen Erkrankungen desselben), par Gusserow (*Berl. klin. Woch.*, 1891, n° 47, p. 1125). — De 1882 à 1891 l'auteur a fait 67 extirpations de l'utérus pour sarcome ou carcinome. Dans 4 cas on fit l'opération de Breisky-Freund (laparotomie après section vaginale des culs-de-sac) : 3 malades moururent; le quatrième cas se rapporte à une femme atteinte d'un cancer volumineux du corps : la malade peut être considérée comme guérie, car depuis 5 ans et 4 mois que l'opération a été faite, il n'est pas encore survenu de récidive.

Dans tous les autres cas on fit l'hystérectomie vaginale. 7 malades moururent peu de temps après l'opération (septi-

cémie, hémorrhagie, etc.), 10 ont été opérées depuis trop peu de temps (6 mois) pour pouvoir entrer en ligne de compte.

Restent 50 opérées. 16 sont vivantes et n'ont pas eu de récidive : 1 a été opérée il y a 8 ans; une autre il y a 4 ans et demi; 2 depuis 3 ans et 3 ans et 2 mois, 5 depuis 2 ans à 2 ans et 3 mois, 6 depuis 1 an à 1 an et 8 mois.

12 sont mortes : 11 de récidive, 1 de pyélo-néphrite, 4 sont mortes 1 an à 1 an et 4 mois après l'opération, les autres 7, de 4 à 7 mois après l'intervention.

11 sont vivantes, mais ont déjà une récidive; chez 9, la récidive est survenue de 2 à 9 mois après l'opération (8 fois dans la cicatrice et le tissu cellulaire du bassin), chez 1 au bout de 1 an 5 mois, chez une au bout de 1 an.

10 n'ont pu être retrouvées.

Grossesse après ventro-fixation de l'utérus (Ueber Schwangerschaft nach konservativer Ventrofixation uteri retroflexi), par Sænger (*Centralb. f. Gynæk.*, 1891, n° 44, p. 881). — L'auteur reproche à Schucking la façon dont sont faites les statistiques qui tendent à démontrer la supériorité de la ligature vaginale (procédé de Schucking) sur l'hystéropexie antérieure, au point de vue de la grossesse ultérieure. Sur 100 cas d'hystéropexie on trouve 13 grossesses bien constatées. Schucking compte sur 217 ligatures vaginales 23 grossesses, mais on ne sait d'où viennent ces 217 cas, ni le sort des 23 femmes enceintes.

BIBLIOGRAPHIE

I. **Les nouvelles maladies nerveuses,** par G. André, Paris, O. Doin, édit., 1892.

II. — **Précis théorique et pratique de neuro-hypnologie. Etude sur l'hypnotisme**..., etc., par Paul Joire. Paris, A. Maloine, 1892.

III. — **L'Education des facultés mentales,** par J.-J. Nogier. J.-B. Baillière et fils, édit., Paris, 1892.

I. — La neuropathologie a fait dans ces dix dernières années de véritables pas de géant, et ses progrès se multiplient au point qu'il est devenu presque impossible de les condenser en des traités. C'est ce qu'a sans doute pensé l'auteur en publiant ce petit livre sans prétention, basé autant sur les travaux des neurologistes que sur ses recherches personnelles et où il nous met rapidement au courant de la plupart des sujets nouvellement étudiés de la pathologie nerveuse. Ainsi passe-t-il successivement en revue : les nouveaux types d'amyotrophie, la syringomyélie et la maladie de Morvan, les polynévrites, l'astasie-abasie, la neurasthénie, les pseudo-chorées, le paramyoclonus, la maladie de Thomsen, la maladie des tics, l'acromégalie, la tachycardie essentielle paroxystique... etc. La plupart de ces chapitres exposent en un résumé clair, bien que concis, les notions primordiales les plus fermement établies sur la matière; parfois même l'auteur ne se borne pas à la clinique, et indique quelques préceptes thérapeutiques. En somme, ce volume représente un essai de vulgarisation qui comble une véritable lacune dans la littérature et, comme il est écrit avec une compétence et un soin que nous nous plaisons à reconnaître, nous ne doutons pas de l'excellent accueil que lui réservera le public médical.

II. — Cette étude sur l'hypnotisme et les différents phénomènes nerveux est un assemblage résumant un certain nombre de travaux, souvent contradictoires, choisis sans esprit critique marqué, parmi les innombrables publications qui, depuis quelques années, ont eu pour objet cette partie de la neuropathologie. Les prolégomènes *anatomiques* de l'auteur ne nous ont pas montré la précision scientifique que nous promettait sa préface. « Dans les masses centrales, dit-il, on distingue des *centres cérébraux particuliers* qui sont le *siège* fonctionnel des *facultés* connues sous le nom d'*instinct*, d'*intelligence*, de *volonté*, de *mémoire*. » Si l'anatomie de M. Joire est ainsi en avance sur les plus récentes découvertes des localisations cérébrales, la psychologie, par compensation, retarde sur les notions devenues aujourd'hui vulgaires. Il entend, en effet, par *idées*, « tous les *faits*, les *états*, les *événements* dont nous avons eu conscience, les impressions des sens *internes* et *externes* (?), les *émotions*, les *pensées* de toutes sortes, les *actes* volontaires. »

En ce qui concerne le livre en lui, nous ne saurions porter un jugement; ce serait en effet donner un avis sans intérêt sur des travaux et des auteurs déjà connus, MM. Charcot, Brouardel, P. Richer, etc., qui y sont reproduits, cette fois, avec une réelle précision.

III. — L'organisation de l'éducation est un phénomène complexe qu'il faut chercher à résoudre à l'aide des données scientifiques : tel est le point de départ de l'auteur qui pense que l'éducation de l'enfant peut, à cet égard, être calquée sur l'éducation utilitaire que l'industriel donne à l'ouvrier, puisque, dit-il, les intérêts des sociétés sont ceux d'une grande industrie coopérative, et les rôles particuliers sont analogues à ceux qu'exige toute collaboration industrielle. Cette conception est très légitime, mais tout à fait irréalisable dans l'état social actuel où les hasards de la naissance, et non les aptitudes naturelles de l'enfant, président seuls au rôle que celui-ci jouera ultérieurement dans le mécanisme social. Quant aux procédés préconisés par l'auteur pour arriver au but proposé, ils sont en grande partie basés sur des notions *philosophiques* d'ordre métaphysique, et dont l'école de psychologie expérimentale a démontré l'inanité. Au point de vue *pathologique* nous sommes surpris que M. Nogier pense que les lésions des cornes antérieures de la moelle produisent des contractions désordonnées et de la paralysie. La *physiologie* exposée dans ce volume n'est pas, elle non plus, sans desiderata : la faculté de localiser les sons est confondue avec leur intensité, au toucher sont rapportées les sensations thermiques, tactiles et dynamiques, celles-ci comprenant les sensations d'effort distinguées en *mode léger* et *mode lourd*. Nous ne saurions, en dernier lieu, partager les opinions *cliniques* de l'auteur sur le surmenage et ses signes, où il est question d'infections et pas de neurasthénie.

Paul Blocq.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Les quatre points cardinaux de la médecine, par M. le docteur P. M. Dechaux, 1891. 1 volume in-16 de 450 pages avec 1 pl. coloriée. Librairie J.-B. Baillière et fils.

L'auteur, frappé de la prodigieuse quantité de médicaments nouveaux annoncés chaque jour dans les journaux et surtout des inconvénients que présentent ces innovations parfois dangereuses, a voulu réagir contre l'enthousiasme irréfléchi qui les accueille, et les fait accepter d'emblée par les gens du monde et même par les médecins. Toujours attaché aux saines doctrines de l'observation, il indique les résultats d'une pratique déjà longue, qui a été toujours rationnelle et souvent heureuse.

Les *Quatre points cardinaux* sont, d'après lui, la Saignée, l'Emétique, l'Expectation et l'Opium.

A ces moyens il ajoute, il est vrai, bien des spécifiques et bien des remèdes qu'il dit accessoires, ce qui prouve sa bonne foi et son désir de concilier la tradition avec l'expérience.

Précis d'assistance aux opérations, par le Dr Paul Thiéry, prosecteur à la Faculté de médecine de Paris. Paris, A. Maloine, 1892.

M. Thiéry regrette, et il a raison, que nulle part on ne puisse trouver la liste des instruments à préparer pour les opérations. De là, pour celui qui remplit le rôle secondaire mais important de l'aide, des difficultés souvent grandes; de là des ennuis pour l'opérateur. Il est donc certain que ce livre comble une lacune : moins cependant qu'on ne le croirait, peut-être, car en somme chaque chirurgien a ses habitudes et c'est à lui qu'il appartient de faire l'éducation de ses aides propres. Aussi bien M. Thiéry est-il le premier à insister sur ce facteur individuel. Et de là résulte qu'à notre sens il eût bien mieux réussi si, au lieu de répéter à chaque opération la liste des choses constamment utiles, il eût dressé cette liste une fois pour toutes. Pourquoi oublie-t-on tantôt la pince, tantôt les ciseaux, tantôt le bistouri : c'est parce que l'aide n'a pas la notion nette de ce dont on a *toujours* besoin. Nous pensons donc que ces répétitions non seulement allongent inutilement le livre, mais surtout ont l'inconvénient de ne pas attirer assez l'attention sur les instruments, pansements, soins communs à toutes les opérations.

GOITRE EXOPHTHALMIQUE ET RHUMATISME, par A. WEILL et DIAMANT-BERGER (Clermont, 1891, Daix, édit.).

Les auteurs ont rassemblé un certain nombre d'observations (18) desquelles il résulte que la maladie de Basedow affecte des rapports indéniables avec le rhumatisme. On connaît les relations générales qui existent entre les maladies nerveuses et l'arthritisme, et les remarques présentées dans ce travail confirment ces notions sur un point particulier.

DYSMORPHOPHOBIE, TAPHIPHOBIE ET FOLIE DU DOUTE (La dismorfofobia e la tafefobia, nei loro rapporti con le forme consimili di pazzia del dubbio (paranoia rudimentaria), par MORSELLI.

L'auteur propose ces néologismes pour désigner des idées obsessives ressortissant à la folie du doute. La dysmorphophobie est l'idée qui vient au sujet de la peur de devenir difforme. Toute la journée le malade craint soit d'avoir le front déprimé, soit d'avoir le nez ridicule, la colonne vertébrale tordue... etc. Sous l'empire de cette crainte il a recours au miroir, regarde son front, mesure son nez, remarque des proportions du tronc, la direction des membres. La taphiphobie est la peur d'être enterré vivant. Ce doute occasionne une angoisse terrible : le malade étudie les cas de mort apparente, prend des mesures testamentaires. . etc. M. Morselli rappelle à l'occasion les divers épisodes de la folie du doute : misophobie, rupophobie, agoraphobie, claustrophobie, aichmophobie, acrophobie, onomatomanie, arithmomanie. L'idée en tous ces cas, l'idée est logique, vise une chose future et non présente, est obsessive, impulsive, consciente, et angoissante. S'agit-il d'épisodes de dégénérés héréditaires ou de neurasthénie psychique? L'auteur adopte une opinion éclectique, et range ces variétés dans un état morbide unique qui modifie la personnalité du sujet qui en est affecté.

VARIÉTÉS

Nécrologie. — L.-F.-H. FÉRÉOL. — Lorsque, pendant plus de trente années, un médecin n'a eu qu'un seul but : faire le plus de bien possible ; lorsque sa seule préoccupation a été de se tenir toujours au courant des progrès de la science pour se rendre plus digne de la confiance et de l'estime publiques, aucun honneur, aucun témoignage de gratitude ou de respect ne saurait manquer à sa mémoire. Telle a été la vie du docteur Féréol et c'est pourquoi M. le Président Tarnier a levé hier la séance de l'Académie de médecine, pour bien marquer que tous ses collègues s'associaient au deuil du corps médical des hôpitaux. Né le 12 février 1825, Louis-Félix-Henri Féréol avait été reçu licencié en droit en 1848. Inscrit au barreau d'Orléans, il avait, en 1851, partagé le sort de ceux qui luttaient alors pour le droit et la justice. Arrêté aux côtés du préfet du Loiret et condamné à la déportation, il n'avait dû sa liberté qu'à l'influence de ses amis ; mais il n'hésita pas à briser une carrière qui s'annonçait brillante plutôt que de mentir à ses convictions politiques. Sur le conseil du docteur Delacroix, professeur à l'Ecole de médecine de Besançon, il se fit inscrire comme étudiant en médecine. En 1854, il était admis le premier au concours de l'Externat. Il était reçu interne en 1855. De ses maîtres Robert, Bernutz, Cazenave, Gubler et Guéneau de Mussy un surtout, N. Guéneau de Mussy, ne cessa de multiplier en sa faveur les témoignages de la plus sympathique estime. En 1859 M. Féréol se fit recevoir docteur avec une thèse intitulée : *De la perforation de la paroi abdominale antérieure dans les péritonites*. En 1865 il était nommé médecin des hôpitaux. C'est à Saint-Antoine, à la maison Dubois, à Lariboisière, à Beaujon, enfin à la Charité que notre confrère recueillit les matériaux des nombreuses communications qu'il fit à la Société médicale des hôpitaux qu'il présida en 1887 et à l'Académie de médecine dont il faisait partie depuis 1883. Ses panégyristes feront ressortir l'importance et l'intérêt de ses travaux cliniques. Nous ne pouvons qu'en mentionner quelques-uns. C'est Féréol qui, le premier, défendit la doctrine de l'infection générale dans la blennorrhagie et fit considérer l'arthrite blennorrhagique comme un pseudo-rhumatisme infectieux ; c'est à lui que l'on doit la description des accidents laryngés du tabès, des nodosités rhumatismales éphémères, du premier cas observé en France de la maladie d'Addison, etc. C'est lui qui le premier institua le traitement du rhumatisme cérébral par les bains froids et qui l'un des premiers s'efforça de préconiser le traitement de la fièvre typhoïde par la méthode de Brandt. Ce qu'on ne saura jamais trop louer, c'est l'aménité, la courtoisie, la bienveillance de cet honnête homme dont l'esprit libéralement ouvert à toutes les idées généreuses savait comprendre (il l'a bien montré dans une discussion récente à l'Académie) l'influence qu'exercent non seulement les études scientifiques bien dirigées, mais encore l'éducation littéraire et les goûts artistiques. Trop modeste pour faire valoir ses œuvres, Féréol n'était guère connu que comme un médecin dont le dévouement et l'intégrité professionnels égalaient le savoir. Ses amis — et ils sont nombreux — savent apprécier toute l'étendue de la perte que viennent de faire nos collaborateurs A. Petit et Brissaud qui pleurent sa mort et gardent respectueusement le souvenir de ses vertus.

L. L.

— E. BARTHEZ. — Il y a plusieurs années déjà que M. Barthez avait quitté Paris. Il n'y était revenu qu'un seul jour, le 22 mars 1887, pour bien prouver à son ami M. Bergeron la fidélité de son affectueuse estime. Nous n'avons donc pu connaître personnellement ce savant médecin en qui une grande situation professionnelle se trouvait rehaussée par ce que donnent de prestige et d'autorité l'honnêteté de la vie, la dignité du caractère et cette douce sérénité d'âme qui semble être la marque d'un esprit vraiment supérieur. Mais nous avons pu, soit en lisant ses œuvres, soit en correspondant avec notre éminent collègue à l'occasion de la lettre qu'il avait écrite à propos du livre de Chauffard sur *la Vie* (*Gaz. hebd.*, p. 302), apprécier la haute valeur morale de l'homme, la rectitude de son jugement et, par conséquent, toute l'étendue de la perte que viennent de faire ceux qui ont eu le bonheur de vivre dans son intimité.

Né le 10 janvier 1811 à Narbonne, Antoine-Charles-Ernest Barthez avait été reçu interne des hôpitaux en 1834 et docteur en 1839 après avoir soutenu une thèse intitulée : « *Les avantages de la marche et des exercices du corps dans les cas de tumeurs blanches, caries, nécroses des membres inférieurs chez les scrofuleux.* » Médecin des hôpitaux en 1846, il se donna tout entier à l'étude des maladies de l'enfance et c'est à l'hôpital Sainte-Eugénie qu'il fut retraité en 1874. La plupart de ses ouvrages — ils sont nombreux et lui ont ouvert en 1866 les portes de l'Académie de médecine — sont remplis d'observations intéressantes et ont eu pour couronnement le *Traité clinique des maladies des enfants* dont la première édition fut publiée avec Rilliet en 1843 et dont la dernière, toute récente (1891), est due à la collaboration de son gendre le Dr Sanné. Mais, à côté de ces œuvres purement médicales, Barthez a écrit, avec une hauteur de vues et une élégance de style qu'on ne saurait trop louer, plusieurs articles philosophiques, entre autres une étude sur le vitalisme de Barthez, et la lettre à M. Bergeron que nous avons analysée il y a peu de mois. Dans le cours d'une longue et brillante carrière médicale, Barthez a su toujours mériter l'estime et le respect de tous ses confrères et de tous ses élèves.

L. L.

— L. TRIPIER. — C'est à l'âge de 49 ans, c'est en pleine activité intellectuelle que notre confrère vient d'être foudroyé par un accès d'angine de poitrine. Sa mort si imprévue enlève à la Faculté de médecine de Lyon l'un de ses maîtres les plus écoutés et les plus aimés. Interne du professeur Ollier (1862) L. Tripier avait, sous la direction de ce maître éminent, puis dans le laboratoire de M. Chauveau, successivement étudié l'anatomie pathologique et la physiologie expérimentale. Ses travaux publiés avec la collaboration de M. Arloing sur le système nerveux périphérique le tétanos, la tuberculose, le rachitisme lui valurent un prix à l'Académie des sciences. Ses recherches sur les nouvelles méthodes d'autoplastie chirurgicale, aussi bien que le soin qu'il avait apporté à introduire dans les services hospitaliers les procédés d'asepsie les plus rigoureux lui avaient valu une brillante situation professionnelle. M. L. Tripier était professeur de clinique de la Faculté depuis 1881 président de la Société des Sciences médicales de Lyon, professeur à l'Ecole des Beaux-Arts, correspondant de la Société de chirurgie.

L. L.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'IMP. DES ARTS ET MANUFACTURES et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES SAMEDIS ET PUBLIANT TOUS LES MERCREDIS

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

RÉDACTEUR EN CHEF : Dr L. LEREBOULLET. — SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION : Dr A. BROCA.

BULLETIN

Paris, le 18 décembre 1891.

Séance annuelle de l'Académie de médecine.

L'Académie tout entière et l'auditoire qu'elle avait convié pour assister à sa séance annuelle ont applaudi aux paroles éloquentes et émues de M. le secrétaire perpétuel Bergeron, venant remplacer à la tribune le secrétaire annuel Féréol et exprimer les sentiments de regrets qu'inspirent sa mort et celle de Barthez. L'éloge de H. Roger, c'est Féréol lui-même qui l'avait écrit dans le *Rapport général sur les prix* qu'il se préparait à lire devant ses confrères. « Nous avions pu, pendant dix mois passés, disait le secrétaire annuel de l'Académie, nourrir l'espérance que l'année 1891 se terminerait sans un deuil. C'eût été trop beau ! » Hélas ! c'est Féréol qui succombait quelques jours après avoir écrit ces lignes, laissant après lui un rapport excellent où se révélaient toutes les qualités de son esprit.

Ce rapport, le *Mercredi médical* (p. 625) en a donné l'analyse. Nous n'avons donc point à y revenir; mais nous devons signaler ce qu'a dicté à M. Féréol son dévouement affectueux aux œuvres multiples dont l'Académie de médecine poursuit la réalisation. « L'*Asclépion de la rue des Saints-Pères* » est dans un état si lamentable que l'on se préoccupe d'en modifier l'installation. L'année dernière, M. le président Tarnier avait obtenu de belles promesses et assuré ses collègues qu'il poursuivrait leurs revendications « avec toute l'énergie que donne une bonne cause, surtout lorsqu'il s'agit d'une question d'intérêt public ». Nous n'avions pu enregistrer ces paroles sans quelques réserves et nous avions repris l'idée d'une souscription publique, ouverte en vue d'édifier, pour loger l'Académie, ses laboratoires et sa bibliothèque, un monument plus confortable (*Gaz. hebd.*, p. 13). Féréol a donné l'exemple de ce qui pourrait être fait dans ce sens. Il donne à l'Académie une somme de 1000 fr., qui s'ajoutera au legs de Demarquay et encouragera peut-être ses confrères et tous ceux qui ont en vue l'intérêt public à imiter son exemple. Nous espérons qu'un jour ou l'autre les noms de ces généreux donateurs seront inscrits en lettres d'or sur les murs du nouvel édifice.

La Médecine française au XIXe *siècle*, tel est le titre de la lecture faite par M. Cadet de Gassicourt. Sujet bien séduisant, en effet, et qui devait certainement tenter un médecin aussi érudit que disert; sujet bien difficile toutefois à traiter aujourd'hui en toute impartialité. Sans doute notre siècle est « le premier qui ait entrepris de transformer en science ce qui n'était jusqu'alors que l'art médical »; mais quels ont été les promoteurs et les principaux artisans de cette révolution si féconde ? Faut-il en attribuer la gloire à ces maîtres incontestés, qui, avant 1830, ont fondé la médecine sur deux bases inébranlables : l'observation clinique perfectionnée par de nouveaux procédés d'exploration et l'anatomie pathologique devenue plus rigoureuse ? Ou bien devons-nous considérer les médecins contemporains qui, après Pasteur, ont précisé l'étiologie de la plupart des maladies et pénétré la nature intime du processus morbide et ceux qui, après Charcot, ont débrouillé le chaos des maladies nerveuses, comme en droit d'affirmer que les plus grands progrès accomplis en médecine l'ont été depuis vingt années seulement? « C'est en n'oubliant rien du passé qu'on rendra fécond l'avenir », répond M. Cadet de Gassicourt, et si l'on s'applique à lire entre les lignes, on reconnaîtra que, pour notre savant collègue, c'est à Laennec d'abord, puis à Bouillaud, Louis, Cruveilhier, Bretonneau et Trousseau que l'on doit « les idées géniales sous l'influence desquelles la science médicale moderne a pris naissance et s'est développée ». La plus grande partie de l'étude historique et critique lue devant l'Académie est consacrée à l'exposé des travaux que nous ont légués les médecins dont nous venons de citer les noms. S'il nous trace un tableau très exact des conquêtes dues à la microbiologie; s'il montre les perspectives que nous ouvrent, non seulement aux points de vue de l'hygiène et de la prophylaxie, mais encore en ce qui a trait aux vaccinations pastoriennes, les mémorables découvertes des savants contemporains, on sent bien que les préférences de M. Cadet de Gassicourt sont pour « la science dont Laennec a été l'initiateur » et qu'il ne veut à aucun prix « laisser étouffer le passé par le présent, si brillant qu'il soit ».

Aussi bien notre patriotisme ne peut-il que gagner à un jugement aussi flatteur des travaux qui servent de base à la science médicale. En 1830, la France se trouvait sans contestation possible à la tête du mouvement scientifique contemporain. Les noms d'Andral, de Cruveilhier, de Bouillaud, de Louis et de plusieurs autres encore étaient partout célèbres. Nous sera-t-il permis cependant, après avoir lu et écouté avec l'attention qu'elle mérite, l'œuvre si justement applaudie par tous nos collègues, d'en appeler du jugement porté par M. Cadet de Gassicourt sur Broussais et sur Andral? Est-ce assez de dire que Broussais n'a rendu d'autres services que de démontrer l'inanité de tous les systèmes — à commencer par le sien? Avant l'*Examen des doctrines médicales*, n'avait-il pas écrit l'*Histoire des phlegmasies chroniques*? N'a-t-il pas été le promoteur des recherches qui ont constitué la science médicale contemporaine en proclamant la nécessité d'étudier les lésions organiques, de préciser le diagnostic local, d'interpréter avec rigueur les symptômes observés? Broussais n'a-t-il pas été le successeur de Bichat dont il avait fidèlement suivi les leçons avant de prêcher, avec non moins d'enthousiasme et de passion, la doctrine qu'il croyait de nature à révolutionner le monde savant? Cette doctrine n'a eu, comme tous les systèmes exclusifs, qu'une durée éphémère. Il n'en est pas moins vrai que Broussais a été, comme clinicien, comme anatomo-pathologiste, l'émule de son compatriote Laënnec. Et si l'œuvre et la renommée de Laënnec subsistent incontestées, comme l'a si bien dit M. Cadet de Gassicourt, il serait injuste de dénier à Broussais l'honneur d'avoir « débrouillé les cris souvent confus des organes souffrants ». Le grand mérite de Laënnec a été de ne point chercher la gloire qui lui est venue sans restrictions et sans réserves. Le tort de Broussais, — il l'a payé pour la première fois, le jour où il a vu déserter son cours officiel, lui, le héros acclamé de l'enseignement libre, — a été de lutter trop ardemment pour faire prévaloir une doctrine erronée. Mais cette aberration d'un homme de génie ne saurait point nuire à sa renommée et nous devons affirmer ses titres à la gratitude de tous ceux qui jugent dans son ensemble l'évolution de la science médicale.

Nous aurions à faire les mêmes réserves au sujet d'Andral. Il ne suffit pas non plus de citer son nom, comme en passant, après avoir longuement insisté pour faire admirer l'œuvre de Bouillaud. N'est-ce point à Andral que l'on doit, après Laënnec, dont il a complété et rectifié sur bien des points les divisions séméiologiques, les plus belles découvertes au point de vue clinique? N'est-ce point lui qui a restauré l'anatomie pathologique, qui lui a marqué sa place en établissant un parallèle toujours constant entre les symptômes et les lésions? Comme l'a dit Dechambre, Andral « a fait pour les organes et pour les viscères ce que les anatomo-pathologistes d'aujourd'hui essaient de faire pour les éléments ».

Ce n'est point ici d'ailleurs qu'il nous serait possible d'insister à cet égard. Il ne nous appartient pas d'écrire à notre tour l'histoire médicale du commencement de ce siècle. Ce que nous avons voulu, c'est justifier ce que nous disions en commençant. L'appréciation impartiale du mouvement scientifique contemporain est d'autant plus difficile qu'elle ressortit davantage aux impressions que laissent à chacun de nous, suivant la tournure de leur esprit, les lectures qui les ont frappés au début de leurs études médicales.

Et c'est pourquoi nous avons cru pouvoir ne point nous borner à louer, comme elle mérite de l'être, une étude de critique médicale dans laquelle notre cher et savant collègue a montré une fois de plus une érudition, une bonne foi scientifique et un talent littéraire auxquels ont applaudi sans réserve tous ceux qui viennent de l'entendre.

L. Lereboullet.

CLINIQUE SYPHILIGRAPHIQUE

Enquête sur la prétendue action tabétogène du traitement mercuriel. — Quelques réflexions sur le traitement des sujets syphilitiques prédisposés aux affections du système nerveux.

Deux raisons m'ont conduit à instituer l'enquête dont il va être question.

La première, c'est l'impression affligeante qui a résulté pour moi de deux cas récents, dans lesquels j'ai vu aboutir au tabès deux sujets syphilitiques, en dépit d'un traitement antisyphilitique régulier, rationnel, et longtemps poursuivi.

La seconde, c'est la nécessité de juger à leur exacte valeur les accusations qui, ces derniers temps, ont été formulées contre le mercure, en tant que cause possible du tabès chez les sujets syphilitiques. On a dit que peut-être bien le mercure n'était pas étranger à la fréquence de plus en plus indéniable du tabès chez les malades entachés de syphilis. On a même précisé, en ajoutant ceci : Le mercure est un poison *vasculaire*, qui s'en prend aux vaisseaux, à l'endothélium des vaisseaux. Or, en exerçant une action nocive de ce genre sur les vaisseaux à la fois si multiples et si déliés du système nerveux, ne pourrait-il pas compromettre la circulation de ce système à texture si délicate, si vulnérable, et par suite y devenir l'occasion de dégénérescences variées, dont la sclérose tabétique ne serait qu'un mode d'expression?

Qu'y a-t-il de fondé, de vrai, dans cette nouvelle accusation fulminée contre le mercure, dans cette théorie du tabès à genèse mercurielle? J'ai voulu m'en rendre compte, j'ai voulu — passez-moi l'expression — en avoir le cœur net, c'est-à-dire édifier ma propre religion sur un point de thérapeutique qui — personne n'en doutera ici — comporte un intérêt de premier rang.

A cet effet, j'ai repris une à une les nombreuses observations que j'accumule de vieille date sur le tabès des syphilitiques, et consulté soigneusement chacune d'elles par rapport au point en litige. De ces observations, cela va sans dire, j'ai dû sacrifier bon nombre, qui, pour telles ou telles raisons, ne contenaient pas de détails suffisants sur la nature et la durée du traitement suivi par les malades. Mais, toutes éliminations faites, je n'en suis pas moins resté en possession de 321 cas où les éléments nécessaires à mon enquête spéciale se trouvaient formulés d'une façon assez précise, assez exacte, pour me permettre d'en tirer profit. C'est à l'analyse de ces observations que j'ai consacré quelque loisirs des dernières vacances, et voici les résultats auxquels j'ai abouti.

Comme antécédents thérapeutiques chez ces 321 malades (tous entachés de syphilis indéniable et tous affectés de tabès non moins authentique), j'ai trouvé ceci :

1° D'abord, 16 cas où aucun traitement (ni mercuriel, ni autre) n'a été opposé à la syphilis avant l'invasion du tabès;

de la région rénale à la suite d'une chute dans un escalier. Cliniquement on constatait une tumeur au niveau du rein gauche et des hémorrhagies à répétition. A l'autopsie on trouvait un anévrysme de l'artère rénale, empiétant sur la substance du rein même, et ouvert dans l'atmosphère celluleuse et le bassinet.

Le deuxième cas est un fait observé chez un jeune homme mort d'endocardite maligne. Anévrysme latent de l'artère rénale droite, du volume d'une pomme.

Le diagnostic dans les cas analogues devra se fonder sur l'existence de la tumeur pulsatile, la perception d'un souffle, les douleurs, l'hématurie. L'affection devra être différenciée de la lithiase rénale, des tumeurs et ruptures du rein, de l'hémophilie rénale (Senator, Nitze).

Sclérose de l'artère pulmonaire (Ueber Sklerose der Lungenarterie), par Romberg (*Deut. Arch. für klin. Med.*, Bd XLVIII, Hft 1 et 2, p. 197). — La sclérose de l'artère pulmonaire n'est point très rare dans les conditions suivantes : stase chronique de la petite circulation, rétrécissement mitral, tuberculose pulmonaire, endocardite des sigmoïdes pulmonaires propagée à l'artère, dilatation anévrysmatique de cette dernière. La sclérose des branches peut entraîner la dilatation anévrysmatique du tronc (Tommasi Crudele, Wolfram); ou bien elle peut constituer un type morbide isolé et important (Klob). C'est un fait de ce dernier ordre que rapporte l'auteur. Il s'agit d'un homme de 24 ans pris sans cause de dyspnée, céphalalgie, vertiges, puis de cyanose avec ictère sans œdèmes. A l'exploration physique, signes d'une hypertrophie intense du ventricule droit, double souffle systolique et mésosystolique au foyer tricuspidien, le dernier se prolongeant dans la direction de l'artère pulmonaire dont le deuxième ton est renforcé. Pouls à 116, petit, régulier; gros foie; urines albumineuses. Mort dans le collapsus. On trouvait à l'autopsie une sclérose étendue de l'artère pulmonaire et de ses branches, au lieu d'une malformation cardiaque qu'on avait diagnostiquée pendant la vie. L'étiologie reste inconnue; le malade n'était ni syphilitique, ni alcoolique, ni taré héréditairement.

CHIRURGIE

Rupture du rein (Rupture of the kidney and traumatic aneurysm of the abdominal aorta, the result of a fall from a bicycle) (*The Lancet*, 14 nov. 91, p. 1096). — H. B..., 21 ans, est tombé d'un bicycle très élevé; douleurs vives; urines sanglantes ; le sang a été rendu dans les urines et ne s'est montré ni avant, ni après. Il s'agit donc d'une hémorrhagie rénale. Douleur très vive dans la région lombaire droite augmentée par la pression et irradiant dans le testicule avec rétraction de testicule. Constipation. Pendant quelques jours la douleur persiste ; les urines sont rares et contiennent des caillots ; le 3e jour, douleur dans la région ombilicale et vomissements; le sang est plus abondant dans l'urine. Bientôt on sent une grosse tumeur pulsatile, présentant un thrill à la palpation et siégeant au même point que la douleur. Progressivement le malade va de mieux en mieux, les urines deviennent claires, la station verticale et la marche deviennent possibles. Mais maintenant l'anévrysme augmente de volume et le malade commence à en être incommodé.

Infection par le catgut (Bemerkungen zu dem Aufsatz von P. Klemm « Ueber Catgutinfection bei trockener Wundbehandlung »), par Brunner (*Arch. f. klin. Chir.*, 1891, vol. XLII, p. 557). — L'auteur prend la défense du catgut contre les attaques de Klemm. Après avoir critiqué le travail de cet auteur (v. *Gaz. hebdom.*, 1891, p. 347) et refait ses expériences, Brunner arrive à la conclusion que la suppuration des plaies profondes était due dans les cas de Klemm à une infection secondaire de la plaie dont les causes ont pu échapper à Klemm. Au contraire, le catgut aseptique qui se résorbe rapidement a des avantages sur la soie dans les cas où après l'hémostase parfaite la plaie est suturée et non drainée.

Anesthésie au bromure d'éthyle (Bromæthyl in der Chirurgie), par Ziemacki (*Arch. f. klin. Chirurg.*, 1891, t. XLII, p. 717). — L'auteur a essayé cette substance comme narcotique à l'hôpital Oboukhow de Saint-Pétersbourg dans un grand nombre de cas et est arrivé aux conclusions suivantes :

1° Le bromure d'éthyle agit d'abord comme analgésique sans exercer d'action sur le système nerveux central et abolit en même temps les sensations tactiles; 2° il provoque des spasmes musculaires toniques peu prononcés; 3° la perte de connaissance survient en dernier lieu et, pendant la narcose, surtout quand elle dure longtemps, on observe des convulsions cloniques et même de véritables accès de manie furieuse. La respiration est accélérée ; 4° Au réveil, on constate un bien-être, rarement des vomissements et des nausées.

En pratique, les inhalations peuvent remplacer le chloroforme quand l'opération peut être rapidement faite, et la narcose, par conséquent, de courte durée.

Ce travail contient une partie historique très complète et une étude chimique de cette substance.

Chute d'un adénome par suppuration (Ausstossung eines Adenoma mammæ durch Eiterung), par Jahoda (*Wien. med. Woch.*, 1891, n° 49, p. 1969). — Une femme de 23 ans vient à la clinique pour un adénome du rein des dimensions d'un œuf d'oie. On retarde l'opération à cause d'un eczéma de la peau du rein ; puis au bout de deux jours survient une mastite suppurée. On incise, et avec le doigt introduit dans l'incision, on constate que l'adénome nage librement dans du pus de la cavité purulente dont les parois paraissent uniformément lisses. On fait une autre incision et on retire la tumeur avec une pince. L'examen microspique montra qu'il s'agissait réellement d'un adénome.

Chloroformisation (Ueber eine Modification des Chloroformisiren), par O. Zuckerkandl (*Centralb f. Chir.*, 1891, n° 43, p. 833). — A la clinique de von Dittel, on verse maintenant le chloroforme sur le masque goutte par goutte, en dépensant en moyenne 0,60 centig. de chloroforme par minute (au lieu de 1 gramme avec la méthode ancienne). La période d'agitation est à peine accusée, et on a encore l'avantage de dépenser moins de chloroforme qu'auparavant.

Brandt *Zur Einleitung der Chloroformnarkose*, *ibid.* 1891, n° 47, p. 905) nous apprend qu'à l'hôpital de Hambourg on obtient, aussi depuis deux ans, la narcose en versant le chloroforme goutte par goutte et en dépensant en moyenne 0,48 cm c. de chloroforme par minute. Presque toujours la période d'excitation manque.

Les avantages de ce procédé sont : 1° La narcose est obtenue d'une façon plus rapide et plus uniforme; 2° la narcose elle-même évolue tranquillement sans excitation; 3° on use la moitié de la quantité nécessaire avec les autres procédés; 4° La malade se sent mieux subjectivement et ne présente ordinairement pas au réveil les phénomènes classiques (vomissements, etc.).

BIBLIOGRAPHIE

Traité des falsifications et altérations des substances alimentaires et des boissons, par E. Burcker, pharmacien principal, professeur à l'Ecole du Val-de-Grâce. Paris, O. Doin, 1892.

Depuis la publication du *Dictionnaire des altérations et falsifications des substances alimentaires* de Chevallier et Baudrimont, aucun ouvrage n'était venu offrir aux médecins et aux pharmaciens le moyen sûr et rapide de rechercher et de constater les fraudes qui trop souvent encore sont si préjudiciables à la santé publique. Le livre de M. Burcker servira à combler cette lacune. Il commente et explique dans tous ses détails une série de questions longuement étudiées à l'Ecole du Val-de-Grâce en vue d'initier les pharmaciens de l'armée à toutes les recherches qui leur permettront de contrôler et de vérifier les substances alimentaires destinées à nos soldats. Tous les procédés d'analyse chimique ou microscopique qu'il indique ont été soumis au contrôle de l'expérience. Il n'est pas nécessaire d'insister longuement pour démontrer toute la rigueur avec laquelle ils ont été étudiés.

L'ouvrage se divise en neuf chapitres dans lesquels M. Burcker passe successivement en revue : l'eau, les boissons alcooliques, les aliments d'origine animale et végétale, les aliments d'épargne, les matières grasses, les matières sucrées, les condiments. Un dernier chapitre est consacré à l'examen des vases en étain, des étamages, du vernis des poteries.

De nombreux tableaux, de nombreuses figures éclairent les descriptions de l'auteur, qui, dans un langage d'une précision toute scientifique, s'est efforcé de mettre à la portée de tous, médecins et pharmaciens, les indications nécessaires pour arriver rapidement à reconnaître les caractères physiques et chimiques, la composition, l'état de pureté, puis les altérations et les falsifications des diverses substances qui intéressent l'hygiène alimentaire. En parcourant ce bel ouvrage, qui ne se borne pas à indiquer ce que nous ont appris les recherches faites en France ou à l'étranger, mais qui renferme sur bien des sujets des idées originales et des procédés d'analyse plus simples que les méthodes classiques, on ne peut manquer de louer l'esprit dans lequel il a été conçu, et d'affirmer, par l'intérêt qu'il présente, l'utilité qu'il doit avoir.

L. LEREBOULLET.

Traité de chirurgie, publié sous la direction de MM. SIMON DUPLAY, professeur de clinique chirurgicale, et PAUL RECLUS, professeur agrégé. (Paris, G. Masson, 1892.)

Le 6e volume du *Traité de chirurgie* vient de paraître et possède, comme ses devanciers, les qualités qui ont assuré le succès de cet important ouvrage. Nous ne pouvons analyser en quelques lignes tous les sujets traités qui, réunis, forment un livre de 870 pages, aussi nous bornerons-nous, comme pour les précédents, à indiquer le nom des auteurs et les affections chirurgicales qu'ils ont étudiées. M. Peyrot s'est chargé des maladies de la poitrine et a apporté, dans les différents chapitres qu'il a écrits, cette méthode et cette clarté que nous avons pu apprécier déjà dans le tome troisième du *Manuel de pathologie externe*. Les plaies pénétrantes de la plèvre et du poumon, les plaies du cœur, et la pleurésie purulente avec l'étude si complète de son traitement ont particulièrement attiré notre attention.

M. Delbet, avec les maladies de la mamelle, nous donne une étude très importante et très au courant de la question. Les anomalies de cet organe y sont traitées avec le développement qu'elles comportent. La pathogénie des mastites aiguës leur donne un intérêt nouveau. Signalons encore la maladie de Paget qui permet à l'auteur d'exprimer ses idées sur ce sujet et de nous présenter une relation exacte des travaux qui ont paru sur les coccidies et sur leurs rapports avec le cancer. Enfin le chapitre si important des tumeurs de la mamelle termine ce travail qui se recommande à tous. Les parois de l'abdomen sont étudiées par M. Michaux. Cette partie de la pathologie quoique limitée n'en est pas moins intéressante.

M. Jalaguier, dans son travail sur les affections de l'abdomen, traite un sujet si nouveau que nous regrettons de ne pouvoir que le signaler au lecteur. Toutes les questions des interventions dans les plaies pénétrantes de l'abdomen, dans les occlusions et rétrécissements du pylore, toute l'étude de l'occlusion intestinale sont exposées par l'auteur avec le plus grand développement et nous ferons les mêmes éloges des chapitres qui ont trait à l'étude des typhlites et appendicites, des péritonites circonscrites et tuberculeuses. M. Berger termine l'ouvrage par un véritable traité des hernies. Il appartenait à l'élève de M. Gosselin de continuer l'œuvre de son maître. Il est inutile de dire que toutes les questions les plus nouvelles y sont traitées avec l'érudition et la compétence que chacun connaît; nous n'en voulons pour preuve que les chapitres des hernies inguinales congénitales et celui des lésions des organes génitaux de la femme.

N'oublions pas cependant de citer l'étude de l'anus contre nature et des fistules stercorales confiée à M. Chaput qui s'occupe spécialement de cette question.

EUGÈNE ROCHARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

PRÉCIS DE ZOOLOGIE MÉDICALE, par le Dr G. CARLET, professeur à la Faculté des sciences et à l'École de médecine de Grenoble, petit in-8o de 718 pages, avec 636 figures dans le texte; 3e édition entièrement refondue. Paris, G. Masson, 1892. Prix 8 francs.

Les deux premières éditions de cet ouvrage ont paru dans la Bibliothèque Diamant et des comptes-rendus détaillés en ont été publiés dans ce journal en 1881, p. 260, et en 1887, p. 782. Ce que nous en avons dit dans la dernière analyse peut s'appliquer à la 3e édition. C'est toujours un tableau concis et exact de la zoologie, au niveau des progrès de la science, un *vade-mecum* précieux pour l'étudiant. La partie physiologique a reçu plus de développements, et il n'y a pas lieu de s'en plaindre. Dans la partie systématique, on a tenu compte des découvertes récentes. Pour ne citer qu'un exemple, l'embranchement des *Chordés* s'est enrichi d'une division nouvelle, le sous-embranchement des *Entéropneustes* ou *Hémichordés*, ce groupe bizarre qui a été ballotté à travers tout le règne animal et qui dans la dernière édition de Claus se trouve encore placé à la suite des échinodermes, tout près des vers, parmi lesquels on l'a longtemps rangé; il a fallu constater très positivement que ces animaux possèdent une notocarde persistante, limitée, il est vrai, à la région branchéale de la partie antérieure du corps, pour lui trouver sa place définitive à la suite des tuniciers, des acrâniens et des vertébrés.

Les caractères des différents groupes sont présentés avec méthode et clarté, et avec des détails généralement suffisants, quoique très succincts. Naturellement les chapitres relatifs aux hirudinées, aux trématodes, aux cestodes et aux autres animaux qui intéressent d'une manière toute spéciale le médecin et surtout l'étudiant arrivé à la veille de subir le premier examen de doctorat sont traités plus largement, et auraient peut-être gagné à être un peu plus développés. La forme agréable de ce livre, sa valeur scientifique réelle, sa belle exécution typographique et les nombreuses figures qui en facilitent la lecture, assureront à cette troisième édition le même succès qu'aux précédentes.

L. HAHN.

PRÉCIS DE BOTANIQUE MÉDICALE, par L. TRABUT, professeur d'histoire naturelle médicale à l'École de médecine d'Alger. Paris, G. Masson, 1891, petit in-8o de 700 pages, 830 figures dans le texte.

La botanique est, dit-on, une science aimable; demandez à nos étudiants en médecine ce qu'ils en pensent. Le but que s'est proposé M. Trabut a été du moins d'en rendre l'étude agréable, de la faciliter, de la rendre pratique et utile. Il commence par la description des familles, et dans une deuxième partie s'occupe de la botanique générale, c'est-à-dire de la morphologie et de la physiologie des plantes; rien n'empêche les élèves d'étudier la deuxième partie avant la première, ou concurremment avec elle; il n'est guère possible de bien comprendre la description d'une plante sans connaître les organes et les termes techniques qui servent à les désigner. Mais il ne faut pas perdre de vue que cet ouvrage s'adresse à des personnes qui sont censées connaître l'histoire naturelle. L'ordre suivi est donc assez indifférent. Louons sans réserve l'auteur d'avoir placé à la fin de la deuxième partie l'étude de la cellule, qui dans la plupart des ouvrages de cette nature vient au contraire rebuter et décourager les lecteurs dès le commencement. Dans la partie systématique, nous signalons l'adoption par l'auteur de groupes ou cohortes renfermant les familles qui présentent des affinités réelles et des caractères communs; cette disposition facilite beaucoup l'étude des familles; il n'est pas indifférent pour l'étudiant de voir d'un coup d'œil les affinités qui lient les solanées, les verbascées et les scrofulariées et les caractères qui les séparent, dans le même groupe, des convolvulacées et des borraginées. Mais pourquoi les noms bizarres qui désignent ces cohortes ou du moins le manque d'uniformité de la nomenclature : ici solariales ou labiales, là primulinées, campanulinées, puis composées ? Chaque famille, chaque section importante est accompagnée d'une clef des genres dont le caractère pratique saute aux yeux. Enfin, les végétaux inférieurs, parasitaires ou non, ne sont pas négligés et nous recommandons spécialement les chapitres consacrés aux Levures, aux Bactéries et aux Sporozoaires. Nous souhaitons à ce livre, auprès du public médical et des étudiants en particulier, tout le succès qu'il mérite.

L. HAHN.

VARIÉTÉS

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur S. Dehenne, décédé à Bombourg (Nord), à l'âge de 71 ans. Notre vénéré confrère était depuis 1846 médecin de l'hôpital de cette ville. Son dévouement à ses malades et l'exactitude avec laquelle il remplissait diverses fonctions publiques l'avaient fait estimer de tous.

Livres déposés au Bureau du Journal

Traité pratique de gynécologie, par le Dr A. Auvard, accoucheur des hôpitaux de Paris. Un beau volume grand in-8o de 800 pages avec 225 figures dans le texte et 12 planches en couleur hors texte. Librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon, Paris. Prix : 18 fr.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'IMP. DES ARTS ET MANUFACTURES et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES SAMEDIS ET PUBLIANT TOUS LES MERCREDIS

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

RÉDACTEUR EN CHEF : Dr L. LEREBOULLET. — SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION : Dr A. BROCA.

BULLETIN

Paris, le 25 décembre 1891.

Dangers des injections hypodermiques. — La politique sanitaire.

L'observation que M. P. Berger vient de communiquer à la *Société de Chirurgie* (*Merc. méd.*, p. 638) nous paraît devoir être signalée à l'attention de tous les praticiens. Il s'agit d'un empoisonnement mortel survenu après l'injection dans la tunique vaginale d'une *très petite* quantité de cocaïne. Ce n'est point en effet *trente-huit centigrammes de cocaïne* qu'a pu absorber le malheureux qui a été victime de cet accident. S'il a été injecté une cuillerée à potage (c'est-à-dire 15 à 20 grammes) d'une solution de cocaïne au cinquantième et si, après quelques minutes, le liquide anesthésique a été « aspiré en totalité » et remplacé par la solution iodée, la quantité absorbée a dû être des plus minimes, en tout cas bien inférieure aux vingt centigrammes que M. Reclus a pu si souvent injecter sans jamais provoquer aucun accident. Mais il convient de faire observer que le malade opéré dans le service de M. Berger était un athéromateux, atteint d'une lésion mitrale, enfin et surtout que l'injection a été faite dans des conditions d'absorption très rapide.

Quoi qu'il en soit, il convient de faire ressortir les dangers que présentent chez certains sujets, en particulier chez les athéromateux et les cardiaques, l'administration des alcaloïdes alors surtout que cette administration se fait par la voie sous-cutanée. Qu'il s'agisse d'une injection hypodermique ou d'une absorption rapide à la surface d'une muqueuse, on peut citer des malades impressionnables avec une intensité qui déjoue parfois toutes les prévisions. Nous n'avons jamais constaté d'accidents après les injections de cocaïne, mais nous en avons vu après avoir fait usage de chlorhydrate de morphine, et si nous n'avons jamais eu à déplorer la mort de ceux à qui nous avons pratiqué ces injections, nous connaissons assez d'exemples mortels pour insister à cet égard.

Toutes les fois que l'on n'a point la certitude que le filtre rénal fonctionne normalement, on devra se montrer très réservé lorsqu'il s'agira de pratiquer l'injection hypodermique d'un médicament actif. Sans doute les injections de morphine sont d'une utilité incontestable chez les asthmatiques et même les cardiaques, fussent-ils athéromateux. On risque toutefois de les tuer s'ils sont albuminuriques. Et trop souvent encore, ignorant qu'il en peut être ainsi ou négligeant d'examiner à ce point de vue les malades qui réclament d'eux un soulagement immédiat, les médecins s'exposent à de graves mécomptes, en abusant d'une méthode thérapeutique dont l'utilité indéniable pourrait être compromise par leur imprudence.

Il en est de même en ce qui concerne la cocaïne. Les règles si prudentes indiquées par M. Reclus devront être strictement observées par tous ceux qui feront usage de ce médicament. Presque toujours ils éviteront ainsi les accidents signalés par divers observateurs. Le fait rapporté par M. Berger les engagera à d'autant plus de prudence qu'il démontre que l'intoxication peut être foudroyante chez certains sujets.

Ajoutons, en rappelant les observations récemment publiées par M. Verneuil, que les injections hypodermiques d'antipyrine sont très souvent plus nuisibles qu'utiles. Non seulement elles ne guérissent point, comme on l'a prétendu, toutes les douleurs périphériques, depuis le lumbago simple jusqu'aux névrites les plus intenses, mais encore elles sont toujours douloureuses et provoquent souvent des ecchymoses profondes, des œdèmes durs, des lymphangites et des névrites. On évitera ces accidents en ayant soin de n'employer que des solutions très diluées et surtout en veillant avec le plus grand soin à ne faire usage que d'instruments parfaitement aseptiques et à ne jamais injecter le liquide médicamenteux dans une veine.

En faisant ces réserves, nous n'avons nullement l'intention de proscrire les injections hypodermiques. Nous ne voulons que protester contre la tendance fâcheuse que l'on a parfois de les considérer comme absolument inoffensives. Si tous les médecins étaient bien convaincus des dangers qu'elles peuvent présenter, s'ils ne se faisaient pas les complices de leurs clients en les encourageant à les pratiquer eux-mêmes, les abus contre lesquels nous protestons diminueraient peu à peu. Nous reproduisons

plus loin (p. 627) la lettre que nous écrit un de nos distingués confrères dans le but, croyons-nous, de démontrer surtout que les sévérités d'une législation nouvelle ne parviendraient pas à empêcher l'usurpation des titres universitaires. Mais une législation nouvelle ne pourrait-elle pas interdire plus sérieusement la vente des solutions et des seringues hypodermiques que l'on fournit sans ordonnance aux morphinomanes? Et, sans parler même des morphinomanes, le souci de leur responsabilité morale ne devrait-il pas engager tous les médecins à réagir contre la tendance qui fait considérer la pratique des injections hypodermiques comme absolument inoffensive? Poser la question, c'est la résoudre.

— La discrète réserve que nous imposent nos collaborateurs, lorsqu'il s'agit de leurs succès et de leurs travaux, ne doit point nous interdire de signaler l'impression produite par l'important travail que notre ami A.-J. Martin vient de lire devant l'Académie. L'insertion au *Bulletin officiel* de cette étude si intéressante et si suggestive de la politique sanitaire a été demandée par MM. Hervieux, Brouardel, Rochard et Larrey. Et puisque dans diverses circonstances — il en est au moins trois que nous pourrions citer — des motions analogues ont été favorablement accueillies, nous espérons encore que, malgré quelques difficultés d'ordre exclusivement administratif, l'Académie pourra faire connaître à nos législateurs une œuvre qui devra solliciter toute leur attention. Quoi qu'il en soit d'ailleurs et quelque précise qu'ait pu paraître l'analyse qu'en a donnée le *Mercredi médical* (p. 635), la *Gazette* ne tardera pas à consacrer à ce sujet l'une de ses Revues générales.

L. LEREBOULLET.

REVUE GÉNÉRALE

Diagnostic et traitement des tumeurs malignes du rein.

Les tumeurs malignes du rein ont été, dans ces dernières années, l'objet de travaux importants au point de vue de leur diagnostic, et surtout de leur traitement. Autrefois elles faisaient partie du cadre de la pathologie interne; mais aujourd'hui, grâce aux progrès accomplis dans la technique de la néphrectomie, elles sont devenues une maladie essentiellement chirurgicale. L'école de Necker a fait faire un grand pas au sujet qui nous occupe; aussi, ferons-nous de larges emprunts aux excellentes thèses que le professeur Guyon a inspirées à ses élèves Guillet (1) et Chevalier (2).

Et tout d'abord sous quelle forme se présente le cancer du rein? C'est un épithélioma ou un sarcome : le premier s'observant chez l'adulte et le vieillard; le deuxième chez l'enfant et l'adulte. Au point de vue clinique, il est presque impossible de les distinguer l'un de l'autre. Leur évolution présente une période d'état, facile à reconnaître, décrite par les auteurs classiques, et une période de début, moins connue, mais beaucoup plus importante; car, comme le dit avec raison le professeur Guyon, « il faut se rapprocher autant que faire se peut du début de l'affection, pour essayer de rendre la néphrectomie moins meurtrière ». C'est donc le diagnostic précoce que nous aurons surtout en vue.

(1) GUILLET, *Des tumeurs malignes du rein*, th. de Paris, 1888.
(2) CHEVALIER, *De l'intervention chirurgicale dans les tumeurs du rein*, th. de Paris, 1891.

L'attention sera attirée du côté du rein par un certain nombre de symptômes de valeur inégale. *La douleur* est à peu près constante. Parfois c'est elle qui domine la scène, au point de constituer une forme douloureuse du cancer du rein (1). Roberts (2), qui l'a beaucoup étudiée, prétend qu'on peut en tirer de précieux renseignements, au point de vue de la topographie de la lésion. S'irradie-t-elle dans les espaces intercostaux, elle indique une tumeur de l'extrémité supérieure du rein. Se limite-t-elle au contraire à la région lombaire, c'est une tumeur de l'extrémité inférieure. Prétendre à une telle précision nous paraît au moins exagéré, et nous croyons que, quand elle existe seule, la douleur n'est pas un signe de première valeur.

Plus importantes sont les *hématuries*, si bien analysées par M. Guyon (3). Elles se font remarquer par leur spontanéité : elles apparaissent sans cause et disparaissent de même. Le mouvement, le repos n'ont aucune influence sur elles.

Leur répétition : elles reviennent sous forme d'attaques à intervalles longs, durant de quelques semaines à plusieurs mois.

Leur durée : chaque attaque dure de cinq à six jours; et comme elles se répètent, elles occasionnent à la longue une abondante perte de sang.

Avec le sang intimement mélangé à l'urine, il n'est pas rare de trouver des caillots allongés, vermiformes, pouvant atteindre jusqu'à 22 centimètres, et étant à peu près pathognomoniques d'une hématurie rénale (Planche de la th. de Guillet, p. 62).

Enfin il est un dernier signe capital : c'est la constatation d'une *tumeur* dans la région du rein. Elle ne fait défaut que 3 fois sur 100 quand le mal est arrivé à la période d'état.

Pour la découvrir, on examine le rein soit par le procédé de Guyon (4), soit par celui d'Israël (5), en faisant coucher le malade sur le côté sain.

Quels sont les caractères de cette tumeur? Elle siège dans l'un des flancs et se prolonge en arrière dans la région lombaire qu'elle déforme. Elle *ballotte* d'arrière en avant, quand on lui communique des impulsions avec une main placée sous les lombes. Enfin, il existe au devant d'elle une zone sonore; ou bien, quand cette sonorité fait défaut, un ruban aplati verticalement dirigé, roulant sous le doigt, et constitué par le côlon. La coexistence d'un varicocèle du même côté est fréquente et sa valeur séméiologique est réelle quand il siège à droite.

Etant donnée une telle tumeur, appartient-elle bien au rein? Ne provient-elle pas du foie, de la vésicule biliaire, de la rate, du mésentère ou de l'ovaire?

Les tumeurs du foie font saillie dans l'hypochondre droit et projettent les côtes en avant, fait exceptionnel pour le rein. Leur matité se continue avec la matité hépatique, elles suivent les mouvements du diaphragme pendant la respiration, elles ne ballottent pas. Certains kystes hydatiques pédiculés, des vésicules dégénérées prêtent plus à confusion; mais, par une palpation profonde, on arrive sur un pédicule qui se prolonge sur la face inférieure du foie.

(1) BRAULT, Sur quelques formes rares du cancer du rein. Forme douloureuse. *Sem. méd.*, 1891, p. 249.
(2) ROBERTS, *Am. Pract. News.* Louisville, 1888, t. VI, p. 33.
(3) GUILLET, *loc. cit.*, p. 65.
(4) GUYON, *Cong. franç. de chir.*, 1886.
(5) ISRAEL, Ueber Palpation gesundern und kranken Nieren. *Berlin. klin. Woch.*, 1889, nos 7 et 8.

Les tumeurs de la rate déforment l'hypochondre gauche, ont un grand axe vertical, un bord antérieur tranchant et échancré en son milieu, elles suivent les mouvements du diaphragme et sont souvent accompagnées d'altérations du sang.

Les tumeurs du mésentère se reconnaissent d'ordinaire à leur siège médian et symétrique, et à leur grande mobilité.

Enfin, les kystes de l'ovaire ont pu être confondus (Bœckel), avec des tumeurs du rein ayant envahi toute la cavité abdominale. Disons que d'ordinaire le siège dans la région sous-ombilicale, l'ascension de l'utérus, la matité, suffisent à lever les doutes. L'erreur sera facile à commettre quand on tombera comme Tuffier (1) sur un kyste de l'ovaire avec ballottement. Le ballottement d'ailleurs, malgré sa grande valeur, est loin d'être pathognomonique. Albarran (2) a pu le constater nettement chez un malade porteur d'un cancer du jéjunum.

S'il est parfois difficile de localiser l'affection au rein quand il y a tumeur, il en est bien autrement quand le cancer à ses débuts ne se traduit que par des hématuries. Peut-on par l'analyse de ce seul symptôme remonter à l'origine du mal? Peut-on affirmer que le sang vient du rein, et non pas d'un autre point des voies urinaires?

Oui, dans la plupart des cas. Ce ne sont guère que les hématuries d'origine vésicale qui prêtent à confusion; et en particulier celles dues à la tuberculose et au cancer. En effet, l'hématurie des calculeux a des allures telles qu'il est difficile de la méconnaître.

Celle de la tuberculose vésicale est, comme celle des tumeurs du rein, spontanée et intermitente; l'examen de l'appareil génital sera d'un grand secours, car il est rare qu'il n'y ait pas de lésions de la prostate, des vésicules séminales, de l'épididyme. La recherche des bacilles dans l'urine ou l'inoculation à des animaux suffiront, si elles donnent des résultats positifs, à lever les doutes.

Plus difficile est le diagnostic des néoplasmes de la vessie, dont l'hématurie a à peu près les mêmes caractères que pour les tumeurs du rein. Pourtant le professeur Guyon (3) a reconnu entre elles quelques différences : l'intervalle qui sépare les hématuries vésicales est plus court que celui qui sépare les hématuries rénales, la durée de l'accès est plus étendue; enfin, signe capital, la dernière partie de l'urine obtenue par le cathétérisme a une coloration plus intense. Albarran (4) a pourtant montré que ce dernier signe n'est pas absolu, et qu'il peut se rencontrer dans les hématuries rénales, quand le sang qui vient du rein est si abondant qu'il remplit immédiatement la vessie.

D'ailleurs, même quand l'examen du rein, le toucher rectal, le cathétérisme, ont été négatifs, on n'est pas désarmé : un nouveau mode d'investigation, la *cystoscopie*, donne des renseignements d'une précision autrement grande.

La pratique-t-on, dit Janet (5), en dehors des hématuries, si l'on ne trouve pas de tumeur de la vessie, on inclinera fortement vers une tumeur du rein. Alors on devra explorer les uretères dans une période hématurique, après avoir assuré dans la vessie la présence d'un liquide limpide par un courant d'eau continu. Si l'on voit le sang sourdre de l'un d'eux, on ne saurait avoir de doutes sur l'existence d'une affection rénale.

La cystoscopie permet encore de cathétériser l'uretère supposé sain, d'en recueillir de l'urine, de l'analyser, et

(1) Tuffier, *Ann. des org. gén. ur.*, 1888, p. 65.
(2) Albarran, *Soc. anat.*, février 1890.
(3) Guyon, De l'intervention chirurgicale dans les tumeurs de la vessie. *Ann. des mal. des organes gén. ur.*, mars 1884.
(4) Albarran, *Soc. anat.*, *loco citato*.
(5) Janet, *De la cystoscopie*, in th. de Chevalier, page 45.

de voir s'il y a intégrité de l'autre rein. On le voit, c'est un moyen qui, en l'absence de tumeur, permet de faire le diagnostic topographique de la maladie. Il n'est donc plus permis aujourd'hui de le négliger.

Nous sommes arrivés à reconnaître une affection du rein. Nous n'avons résolu que la moitié du problème. Quelle est la nature de cette affection? — S'il n'y a pas de tumeur appréciable, et si pourtant l'on est sûr que le sang vient du rein, on pourra songer aux calculs ou à la tuberculose.

Les hématuries des calculs du rein (1) sont provoquées par les fatigues, les marches, se calment par le repos, contrairement à ce qui a lieu pour les tumeurs. Le sujet a des antécédents lithiasiques, il est fréquent de trouver du gravier dans ses urines.

La tuberculose se reconnaîtra par les lésions de voisinage, les recherches bactériologiques et expérimentales que nous avons indiquées à propos de la tuberculose de la vessie.

S'il y a tumeur, et si elle est liquide, ce n'est pas un cancer, mais bien un kyste, une hydronéphrose ou une pyonéphrose. Malheureusement, la fluctuation n'est pas toujours facile à apprécier, surtout quand la tumeur est petite et que sa paroi est épaissie et indurée. Par contre, certains sarcomes peuvent donner lieu à une fausse fluctuation, et en imposer pour une tumeur liquide.

Une pyurie intermittente, une augmentation passagère de la sécrétion urinaire coïncidant avec une diminution de la tumeur, sont à peu près sûrement dues à la pyonéphrose ou à l'hydronéphrose. Ce signe de l'intermittence vient d'être étudié dans un remarquable mémoire de MM. Terrier et Baudouin (2).

Les tumeurs bénignes du rein, si l'on en excepte les fibro-lipômes qui se développent autour des urétéropyélites, sont rares. Ce ne sont guère que des fibrômes. Guillet en a réuni 11 cas; et, le plus souvent, ils ont été pris pour des cancers.

De toute cette étude il résulte qu'aucun signe n'est pathognomonique d'une tumeur du rein; même quand le tableau clinique est au complet (*tumeur, varicocèle, hématurie, douleur*), le diagnostic est difficile. A plus forte raison en est-il de même dans les formes frustes, où un ou plusieurs symptômes viennent à manquer. Dans ces cas l'examen le plus rigoureux est insuffisant, et il faut recourir à l'incision exploratrice, qui sera sans dangers d'ailleurs pourvu qu'elle soit aseptique. En effet, sur un total de 65 opérations réunies par Newmann et Gross (3), il n'y a eu aucun décès.

Comme cette incision pourra se transformer en néphrectomie, suivant qu'il préférera enlever le rein par la voie lombaire ou par la voie abdominale, le chirurgien fera l'incision dans l'une ou l'autre région.

a. Incision exploratrice et néphrectomie par la *voie lombaire*. — On compte presque autant d'incisions que de chirurgiens; mais on peut avec Chevalier (pag. 85) les ramener à deux :

L'incision verticale de Simon au niveau du bord externe du carré des lombes, et l'incision *oblique* de Morris et de Le Dentu. Guyon fait son incision légèrement oblique, partant à 8 centimètres des apophyses épineuses en haut, et aboutissant à 10 centimètres en bas, il passe ainsi en dehors de la gaine du long dorsal.

Quel que soit le procédé choisi, une fois que l'on est arrivé sur le rein, on place des écarteurs et on explore sa face postérieure en allant jusqu'au hile. On saisit en-

(1) Legueu, Thèse de Paris, 1891, pag. 56.
(2) Terrier et Baudouin, De l'hydronéphrose intermittente, *Rev. de chir.*, 1891, p. 719 et suiv.
(3) Gross, Indic. et contre-ind. de la néphrectomie. *American journ. of med. sc.* 1885, p. 79.

suite, entre le pouce et l'index, le bassinet, puis l'uretère; glissant alors, en contournant son bord externe, l'index et le médius sur la face antérieure du rein, tandis que le pouce est en arrière, on a en quelque sorte l'organe dans la main.

Constate-t-on des bosselures à sa surface, on les ponctionne, pour voir si elles sont dues à des abcès, des calculs, une tumeur. Quand le palper ne donne pas de résultats suffisants, on peut attirer légèrement le rein au dehors et rendre ainsi visible un petit néoplasme (Guyon).

On terminera par l'exploration du hile : on verra si ses ganglions ne sont pas dégénérés et si les veines, fait assez fréquent, ne sont pas envahies par le cancer. Il est bien entendu qu'auparavant on aura pris notion du volume de la tumeur et des adhérences.

S'il n'y a pas de contre-indication, on fera immédiatement la néphrectomie. Pour la facilité de l'opération, Chevalier conseille, si la tumeur est petite, l'incision oblique; si elle est volumineuse, une incision plus antérieure, dans le flanc, suivant la méthode de Thornton (1): c'est l'incision dite *parapéritonéale*. On pourra avoir utilement recours au morcellement. Si l'on veut que l'opération soit radicale, il ne faudra pas faire la néphrectomie sous-capsulaire d'Ollier (2), qui serait cependant bien utile, dans les cas compliqués d'adhérences nombreuses.

Après avoir libéré la tumeur d'avec les organes voisins, temps parfois très laborieux, on place avec un fil solide une double ligature sur le pédicule susceptible, à cause de l'artère rénale, de donner une hémorrhagie abondante, on sectionne au-dessus de la ligature, et l'opération est terminée. Il ne reste plus qu'à lier les quelques artérioles qui ont été pincées, à drainer, et à réunir les téguments.

Les rares complications de la néphrectomie lombaire pour tumeur sont : la blessure de la plèvre (Le Dentu, Thiriar) du péritoine et enfin celle plus grave du côlon (Dittel (3). Toutes seront traitées par la suture.

b. Incision exploratrice et néphrectomie par la *voie abdominale* ou *transpéritonéale* : c'est une laparotomie ordinaire à incision soit sur la ligne médiane, soit sur les parties latérales de l'abdomen au niveau du bord externe du muscle grand droit, suivant le tracé de Langenbuch (4). Chevalier préfère cette dernière qui, dit-il, permet d'aborder plus facilement l'atmosphère graisseuse du rein à sa partie externe, et d'éviter l'issue de l'intestin. Nous croyons ces avantages douteux; et en somme on peut dire que la laparotomie médiane est le procédé de choix. L'abdomen est ouvert, comment allons-nous explorer le rein?

On se place, dit Récamier (5), du côté supposé sain, et l'on introduit la main à plat, la face dorsale appuyée contre la paroi abdominale. La manœuvre est facile à gauche; mais il n'en est pas de même à droite, à cause de la présence du foie et du côlon. L'uretère droit est presque impossible à sentir; car il est à peu près toujours masqué par le cæcum et le côlon ascendant.

Après avoir exploré le rein, on doit, comme par la voie lombaire, aller à la recherche des ganglions du hile. Le néoplasme a-t-il envahi le péritoine, les vaisseaux mésentériques, l'intestin, il faut renoncer à toute intervention et refermer le ventre. Sinon, on pratiquera la néphrectomie en incisant le péritoine qui recouvre la tumeur sur sa face antéro-externe, en dehors du côlon. C'est ce point qui expose le moins aux hémorrhagies. On décollera ensuite les deux lèvres du feuillet péritonéal avec le bistouri, ou mieux avec les doigts; si des artères donnent, on les saisira avec des pinces de Kocher, pour les lier ensuite.

Quand la tumeur est isolée de sa capsule, il ne reste plus qu'à l'enlever après avoir lié et sectionné son pédicule. Certains chirurgiens abandonnent l'uretère dans le ventre; d'autres, craignant qu'il n'occasionne des abcès, le fixent à la paroi abdominale. Cette pratique, bonne quand il s'agit de lésions inflammatoires du rein et que l'uretère est infecté, peut ici être négligée, car dans les tumeurs malignes l'uretère est généralement sain.

Il reste à la place occupée par la tumeur une cavité, plus ou moins grande, que l'on peut appeler *rétropéritonéale*. Elle communique avec la grande cavité péritonéale; et, si on l'abandonne à elle-même, elle y déverse son contenu et peut ainsi causer nombre d'accidents. C'est pour cela que Spencer Wels a conseillé de suturer l'une à l'autre les deux lèvres du feuillet postérieur du péritoine. Nous croyons que là, comme après toute néphrectomie transpéritonéale, il faut adopter la pratique de notre excellent maître M. Terrier (1) qui « attire au dehors les bords de l'incision péritonéale postérieure, et les suture aux bords de l'incision abdominale antérieure, préalablement rétrécie par des points de suture, placés au-dessus et au-dessous de l'endroit où il est le plus facile de fixer les deux lèvres de l'incision péritonéale postérieure.

» De cette façon la grande cavité péritonéale est isolée de la cavité occupée jadis par la tumeur; et, s'il s'exhale de cette dernière de la sérosité, elle peut s'écouler à l'extérieur, grâce aux tubes à drainage qu'on introduit dans l'orifice suturé à la paroi abdominale antérieure. »

Nous connaissons maintenant les deux voies qui nous permettent d'aborder le rein. Quelle est celle qui rend l'exploration plus facile? Quelle est celle qui donne les meilleurs résultats au chirurgien qui pratique la néphrectomie?

Chevalier, épousant les idées du professeur Guyon, conclut d'une façon absolue en faveur de la voie lombaire. Et tout d'abord, dit-il, si l'on ne veut qu'explorer le rein, c'est une opération plus facile et moins grave que la laparotomie. A cela on peut répondre que la laparotomie n'est pas plus grave, si l'opérateur est aseptique. Les renseignements fournis par la voie lombaire sont plus positifs; car, on peut saisir le rein entre le pouce et l'index, et même l'attirer au dehors et le voir. Par l'abdomen, au contraire, on ne peut qu'explorer sa face antérieure.

« Reconnaître, dit Guyon (2), par un palper à distance, sur un organe profond, masqué par des anses intestinales, protégé par le péritoine, plongé dans son atmosphère cellulo-adipeuse, une tumeur de petit volume, qui peut être située à l'extrémité supérieure du rein, ne faire saillie que sur sa face postérieure, est au moins fort difficile. »

La voie abdominale a pourtant un avantage énorme, car elle permet d'explorer les deux reins, et doit seule être employée quand on doute du côté malade.

Passant à la néphrectomie, Chevalier n'est pas moins affirmatif; avec la majorité des chirurgiens (3) (Guyon, Le Dentu, Gross, Israël, Thiriar, Morris), il opte pour la voie extrapéritonéale, qui est, dit-il, moins meurtrière. En effet, en compulsant les statistiques des différents

(1) Knowsley, Thornton *Brit. med. journ.*, 1884, t. II, p. 425.
(2) Ollier, *Congrès français de chirurgie*, 1886.
(3) Dittel. Néphrectomie pour tumeur. Blessure du côlon. *Soc. impér. des méd. de Vienne*, 15 avril 1887.
(4) Langenbuch, *Transact. of med. internat. Cong.*, Londres, 1881, t. II, p. 278.
(5) Récamier, *Les rapports du rein et son explorat.* Th. de Paris, 1889, p. 151.

(1) Terrier. Sur un nouveau procédé de néphrectomie transpéritonéale. *Rev. de chir.*, 1887, p. 342-353.
(2) Guyon in Chevalier, *loco citato*, p. 83.
(1) *Congrès français de chirurgie*, 1886. Discussion.

chirurgiens au point de vue de la mortalité *opératoire*, il trouve :

21 néphrectomies lombaires donnant une mortalité de 24 p. 100;

66 néphrectomies transpéritonéales donnant une mortalité de 59 p. 100; et il conclut en disant que la voie lombaire est la méthode de choix, tandis que la voie transpéritonéale est une méthode d'exception, de nécessité, qui sera de plus en plus mise de côté, si l'on adopte le parti d'opérer de bonne heure.

Malheureusement, comme le dit Guillet (p. 108), on a rarement le choix, l'espace costo-iliaque étant insuffisant pour extirper des tumeurs d'un volume un peu gros. Il suffit, ajoute-t-il, d'avoir vu un certain nombre de tumeurs du rein, et d'avoir remarqué quel est leur mode de développement, quelle tendance elles ont à se porter en avant vers l'ombilic, pour se convaincre que le plus souvent ce procédé est seul possible.

D'ailleurs, ce serait une erreur de croire que la traversée péritonéale constitue un plus grand danger, lorsqu'elle est faite proprement. Si la statistique précitée donne une mortalité deux fois plus grande, il ne faut pas oublier que les cas ne sont pas tout à fait comparables. Ceux que l'on a attaqués par l'abdomen étaient à une période avancée de leur évolution, et les malades se trouvaient dans de mauvaises conditions.

Nous conclurons donc en disant que dans un quart des cas au plus (statistique de Chevalier), alors que les tumeurs sont encore à leur début, on les enlèvera par la voie lombaire ; dans les trois quarts qui restent, on ne pourra intervenir que par la laparotomie.

Quels sont les résultats observés à la suite de la néphrectomie ? Chez l'*enfant*, il y a 70 pour 100 d'insuccès (mort dans les premiers jours qui suivent l'intervention), et ceux qui guérissent ont une survie de courte durée. Aussi, nombre de chirurgiens, en tête desquels il faut placer Gross, repoussent-ils toute opération. Quénu (1) a récemment montré que ces tumeurs ont une marche très rapide, et que, au bout de quelques mois, alors qu'on voit les malades pour la première fois, elles sont déjà trop volumineuses pour qu'on puisse songer à les enlever. L'opinion unanime est que la néphrectomie, chez l'enfant porteur d'une tumeur maligne, est une opération des plus graves et qui doit à peu près toujours être repoussée.

Chez l'*adulte*, les résultats sont un peu meilleurs; il n'y a que 58 pour 100 d'insuccès. L'opération est donc plus indiquée, surtout si l'on se reporte aux cas favorables publiés récemment par Israël (2) et Terrillon (3). Leurs malades, opérés depuis un temps relativement long, vivent encore, mais ils ont été pris au début de leurs accidents. En se basant sur leurs résultats, on peut dire que l'intervention doit être *précoce* si l'on veut qu'elle soit *utile*.

Il est d'ailleurs un certain nombre de contre-indications qu'il faudra respecter. Nous avons dit qu'on ne devait presque jamais opérer les enfants ; nous ajouterons qu'il ne faut jamais opérer les vieillards ni les cachectiques. Il faudra respecter les tumeurs volumineuses ; celles dans lesquelles l'exploration aura révélé des adhérences aux organes voisins, une propagation au péritoine, à l'intestin, aux ganglions. Il en sera de même des tumeurs s'accompagnant de généralisation, que l'on trouvera surtout dans le poumon ou le foie.

Cependant, même dans ces cas, il est un accident, l'hémorrhagie, qui peut par son abondance forcer la main du chirurgien. Nous en dirons autant de certaines douleurs néphrétiques intenses ; alors on aura recours soit à la néphrectomie soit la néphrotomie (Reliquet (1) qui peut donner un soulagement momentané. En dehors de ces cas exceptionnels, on limitera l'intervention à ceux qui sembleront être le plus favorables, convaincu que l'on aura même dans ces conditions des résultats qui seront loin d'être satisfaisants.

A. Guillemain.

(1) Quénu, *Bull. de la Soc. de chir.*, 19 mars 1890.
(2) Israel, *Soc. méd. de Berlin*, 11 juin 1890.
(3) Terrillon, *Bull. de la Soc. de chir.*, 11 février 1891.

(1) Reliquet, Obs. in Chevalier, p. 137.

TRAVAUX ORIGINAUX

Fièvre typhoïde et embarras gastrique. Histoire d'une épidémie, par H. Richardière, médecin des hôpitaux.

L'embarras gastrique constitue un ensemble de phénomènes morbides, un syndrome plutôt qu'une maladie véritable. On sait que l'état pathologique, décrit sous ce nom, est caractérisé en clinique par des symptômes généraux (fièvre, abattement, courbature générale, parfois stupeur légère, etc.) et par des symptômes locaux manifestant un trouble plus ou moins profond des organes digestifs. La langue est blanche, la bouche est pâteuse; l'appétit est complètement perdu. Les vomissements et la diarrhée sont des phénomènes ordinaires.

Ces symptômes répondent à des troubles fonctionnels de la muqueuse digestive et des glandes annexes. L'auto-intoxication, d'origine gastro-intestinale, qui est la caractéristique de l'embarras gastrique, est due aux fermentations anormales qui se produisent sous l'influence des altérations bio-chimiques des sucs digestifs.

Le syndrome de l'embarras gastrique peut se montrer en clinique dans deux conditions différentes, d'où résultent deux classes bien distinctes d'embarras gastriques. Tantôt l'auto-intoxication gastro-intestinale, dont ce syndrome est la manifestation, est due à une maladie générale, qui porte une atteinte plus ou moins profonde à l'élaboration des liquides sécrétés par les glandes de la muqueuse du tube digestif ou annexées à cette muqueuse et empêche ces liquides d'exercer leur action physiologique sur les aliments introduits dans l'estomac et dans les intestins. Tel est l'embarras gastrique qu'on observe au début et dans le cours de la plupart des maladies générales graves (pneumonie, érysipèle, fièvres éruptives, tuberculose au début, etc., etc.).

Dans une deuxième série de faits, la plus importante au point de vue nosologique, l'embarras gastrique paraît être une maladie primitive, dans laquelle les phénomènes d'auto-intoxication gastro-intestinale forment les symptômes prédominants. Cette variété d'embarras gastrique, désignée encore sous le nom de fièvre gastrique, est celle qui est le plus ordinairement étudiée. C'est à elle que se rapportent la plupart les descriptions classiques.

Cet embarras gastrique primitif, d'observation courante, est parfaitement connu dans ses manifestations cliniques. Sa nature seule est encore incertaine et la place qu'il doit occuper en pathologie est actuellement en discussion. Pour la plupart des auteurs, l'embarras gastrique primitif est une maladie autonome, due à une cause spéciale et formant une infection ou une intoxication de nature particulière. Pour d'autres auteurs, l'embarras gastrique primitif ne serait pas une maladie spécifique : il constituerait une variété de fièvre typhoïde atténuée, une fièvre typhoïde abortive.

Parmi les auteurs qui ont adopté cette dernière opinion nous mentionnerons en première ligne M. Colin, qui

faisait remarquer, dès l'année 1877, que les épidémies de fièvre typhoïde étaient toujours précédées par une période caractérisée par des embarras gastriques, des courbatures, et des fièvres rémittentes, M. Colin ajoutait qu'il était ordinaire d'observer, pendant les épidémies, simultanément des fièvres typhoïdes et des embarras gastriques évoluant dans le même milieu.

MM. Kelsch et Kiener se sont faits également les défenseurs de cette opinion. M. Kiener (1), à l'aide de tracés pris au Val-de-Grâce et à Montpellier, a montré qu'il y avait un parallélisme à peu près complet entre la répartition annuelle et mensuelle des deux maladies.

M. Kelsch, qui a recueilli un grand nombre d'observations de fièvre typhoïde pendant l'expédition de Tunisie, a fait voir qu'à côté de 200 malades atteints de fièvres typhoïdes bien caractérisées, un grand nombre de soldats avaient éprouvé dans le même temps des symptômes d'embarras gastrique ou avaient présenté des fébricules plus ou moins graves.

M. Kelsch a divisé ses observations prises pendant la même période en 4 groupes.

Dans le premier, il s'agissait de simples embarras gastriques avec fièvre modérée, décroissant lentement à partir du 8e jour.

Dans le deuxième, la température était élevée et la défervescence brusque.

Dans le troisième, la fièvre avait la marche rémittente.

Dans le quatrième, les observations tenaient le milieu entre les formes précédentes et la dothiénentérie classique.

M. Chantemesse (1) a adopté cette manière de voir qui trouve sa confirmation dans une épidémie observée par cet auteur à l'hôpital Tenon. Pendant cette épidémie, causée par une distribution de l'eau de la Seine dans Paris, M. Chantemesse a observé 6 cas de fièvre typhoïde et 18 cas d'embarras gastrique. Dans quelques cas, l'existence de taches rosées lenticulaires, l'hypertrophie de la rate, la polyurie de la convalescence, les vertiges, les fuliginosités de la langue rendaient le diagnostic à peu près impossible entre les deux formes morbides. Dans un cas fort intéressant, un malade ayant eu un embarras gastrique a eu une rechute sous forme de fièvre typhoïde grave.

En dépit des arguments nombreux mis en avant par les auteurs qui considèrent l'embarras gastrique comme une forme atténuée de la fièvre typhoïde, cette opinion rencontre encore de nombreux contradicteurs, car elle manque encore du contrôle anatomique et bactériologique. L'embarras gastrique ne se terminant pas par la mort, il n'existe aucune donnée anatomo-pathologique qui puisse servir à trancher la question. D'autre part, les recherches entreprises par M. Chantemesse ne lui ont pas permis de démontrer la présence du bacille typhique dans les organes (dans la rate en particulier), des malades atteints d'embarras gastrique.

En l'absence de ces preuves, qui seules dans l'espèce seraient absolument démonstratives, il importe de publier les faits qui peuvent être de nature à éclairer la question. A ce point de vue, une épidémie de fièvre typhoïde et d'embarras gastrique que j'ai eu l'occasion d'observer dans le courant de cette année me paraît pouvoir fournir quelques données intéressantes. Cette épidémie, qui a sévi dans un milieu restreint (dans un ouvroir du faubourg Saint-Antoine), m'a mis en présence d'une série de cas de fièvre typhoïde, d'embarras gastriques et de cas intermédiaires impossibles à classer dans l'une ou l'autre catégorie. Tous ces cas ont évolué dans un espace de temps relativement court (dans l'espace d'un mois et demi). Ils se sont développés dans les mêmes conditions, donnant lieu chez certains sujets à des fièvres typhoïdes graves ou légères, chez d'autres sujets à des embarras gastriques. Tous les malades atteints avaient été contaminés à la même source. De l'identité de la cause, il paraît logique de conclure à l'identité des effets : dans l'épidémie que j'ai observée, je crois pouvoir affirmer qu'une même cause pathogène a produit tantôt la fièvre typhoïde, tantôt l'embarras gastrique. L'histoire de cette épidémie fournit donc un argument à l'appui de l'opinion qui identifie les deux maladies.

Voici le récit de cette épidémie :

Au mois de mai 1891, une épidémie de fièvre typhoïde et d'embarras gastrique a sévi dans un ouvroir de la rue du Faubourg-Saint-Antoine.

Cet ouvroir est bien construit et placé dans de bonnes conditions hygiéniques. Il est entouré de vastes jardins. Il donne asile ordinairement à 250 ou 300 enfants. Au moment de l'épidémie, il n'y avait pas d'encombrement.

La fièvre typhoïde a sévi à différentes reprises dans cet ouvroir. Plusieurs fois et à des intervalles variables, des enfants y ont été atteints de dothiénenterie. Toutefois, presque toujours, les cas ont été isolés, et la directrice de l'établissement affirme qu'il n'y a jamais eu de véritable épidémie.

Pendant l'année 1890 il y a eu dans l'établissement quelques cas isolés de fièvre typhoïde. Le dernier cas a été observé en novembre 1890. Depuis ce moment jusqu'à la fin du premier semestre de 1891, la santé des enfants de l'ouvroir a été excellente; on n'a signalé, en particulier, aucun cas de fièvre typhoïde pendant cette période.

L'épidémie de 1891 paraît avoir débuté dans les conditions suivantes : Peu de temps après les vacances de Pâques (c'est-à-dire après la semaine qui s'étendait du 29 mars au 5 avril), une enfant qui avait passé cette semaine dans sa famille habitant Paris, fut atteinte d'une maladie qui fut qualifiée de fièvre muqueuse. Cette maladie fut peu grave et dura une quinzaine de jours. Ce cas fut d'abord isolé; puis à la fin du mois, d'autres cas se déclarèrent. Ce fut d'abord celui d'une jeune fille de 20 ans, la nommée Blanche P... qui tomba malade le 30 avril. La maladie se manifesta tout d'abord par de violents maux de tête et par des étourdissements. Le 2 mai, Blanche P... fut obligée de prendre le lit à l'infirmerie de l'ouvroir. Elle avait alors tous les signes d'une fièvre typhoïde au début. Au bout d'une semaine, les signes de la dothiénenthérie se confirmèrent, et quand la malade fut transportée à l'Hôtel-Dieu, le 17 mai, le diagnostic était absolument évident. Blanche P... avait alors une fièvre continue à oscillations variant de 38 et quelques dixièmes le matin à 39 et quelques dixièmes le soir. Le ventre était ballonné; il y avait de la diarrhée. La langue était sèche et fuligineuse. L'auscultation permettait de constater l'existence de râles ronflants et sous-crépitants disséminés. Il y avait de nombreuses taches roses lenticulaires. Cette jeune fille guérit sans avoir présenté aucune complication.

Au moment où la jeune P... présentait les premiers symptômes de la dothiénentérie, d'autres cas se déclarèrent chez les pensionnaires de l'ouvroir. Pendant les deux premières semaines de mai, un certain nombre de fillettes tombèrent malades. Elles furent envoyées à l'infirmerie, où on constata, chez la plupart, des signes d'embarras gastriques. Presque toutes avaient une fièvre légère, des vomissements, de la diarrhée. Aucune des enfants soignées à l'ouvroir n'eut de taches rosées lenticulaires, ni d'état typhoïde. D'autres enfants furent atteintes plus gravement. Quatre d'entre elles, considérées tout d'abord comme atteintes d'embarras gastrique, pré-

(1) *Société médicale des hôpitaux*, 1885.

(2) Chantemesse. La fièvre typhoïde, l'embarras gastrique fébrile et la distribution d'eau de Seine à Paris. *Semaine médicale*, 1889.

sentèrent bientôt des signes de dothiénentérie et furent envoyées à l'hôpital Trousseau, dans le service de M. le docteur Cadet de Gassicourt. C'étaient les nommées Peckels Marguerite, Léon Marguerite, Kumpt Marie et Dumoulin Blanche. Voici, d'après la note qui m'a été remise par l'interne de M. Cadet de Gassicourt, ce qu'il advint de ces quatre malades :

Peckels M. a eu une fièvre typhoïde très grave, compliquée de myocardite. Entrée à l'hôpital Trousseau le 17 mai, elle y a succombé le 27. L'autopsie a fait constater les lésions ordinaires de la fièvre typhoïde et particulièrement les lésions de la myocardite typhoïdique, qui a été la cause de la mort.

Léon M., entrée à l'hôpital Trousseau le 17 mai, a eu une fièvre typhoïde avec myocardite. Elle a été plusieurs jours en grave danger de mort.

Dumoulin Bl., entrée à Trousseau le 17 mai, a eu une fièvre typhoïde, qui s'est également compliquée de myocardite.

Kumpt Marie, entrée à l'hôpital Trousseau le 25 mai, a eu une fièvre typhoïde très légère, pour laquelle le diagnostic a été longtemps incertain, hésitant entre une dothiénentérie et un embarras gastrique. Finalement, la malade a eu quelques taches rosées lenticulaires.

En même temps que ces quatre malades, atteintes de fièvre typhoïde, étaient envoyées à l'hôpital Trousseau, d'autres étaient soignées chez leurs parents ou admises à l'Hôtel-Dieu annexe. C'est ainsi qu'en plus de Bl. P..., j'ai reçu dans mon service quatre autres jeunes filles venues de l'ouvroir : Loir Marie, Guinon Octavie, Clerc Mélanie et Guyard Léonie.

Loir Marie, 16 ans, entrée le 21 mai, pour de violents maux de tête, de la diarrhée et des vomissements. Les vomissements durèrent 2 jours. La diarrhée s'arrêta le 3e. La rate était un peu douloureuse et paraissait augmentée de volume. Il n'y avait pas de taches rosées lenticulaires. La température prise matin et soir du 21 mai au 27, fut le premier jour seulement de 38°2 le soir. Le reste du temps elle ne dépassa pas 37°4.

Guinon Octavie, âgée de 19 ans, entra à l'Hôtel-Dieu annexe le 25 mai. Elle était soignée depuis trois jours à l'infirmerie de l'ouvroir pour des malaises consistant en maux de tête, nausées et douleurs au creux de l'estomac. Au moment de l'entrée de la malade à l'hôpital, ces malaises persistaient et s'accompagnaient d'une diarrhée assez intense, sans caractère particulier. Il n'y avait pas de fièvre. La température était le 26 mai de 37° le matin et 37° et quelques dixièmes le soir.

Clerc Mélanie, âgée de 16 ans, entrée à l'Hôtel-Dieu annexe le 21 mai, était également souffrante depuis 3 jours. Elle se plaignait de mal de tête, de nausées et de faiblesse. La langue était saburrale. Il n'y avait ni vomissements, ni diarrhée. L'inappétence était absolue. Dans ce cas, la fièvre faisait de même complètement défaut.

Guyard Léonie, entrée le 27 mai, n'a été malade que trois jours. Elle a eu comme ses compagnes de la céphalalgie, des nausées, une courbature générale. Elle n'a pas eu d'élévation de la température.

En résumé, ces quatre jeunes filles ont été atteintes très légèrement. Les principaux symptômes qu'elles ont présentés ont consisté dans du mal de tête, de la courbature générale et de la faiblesse. Du côté du tube digestif, on a noté l'état saburral de la langue, une inappétence complète, des nausées, des vomissements et de la diarrhée. Chez l'une des malades, la rate a paru légèrement augmentée de volume. Il n'y a pas eu de taches rosées lenticulaires. La température est restée normale. La durée de la maladie a été de 3 à 8 jours. Dans ces quatre cas, l'ensemble des symptômes justifiait le diagnostic d'embarras gastrique.

Telle est, en résumé, l'histoire des cas de l'épidémie de l'ouvroir qui ont été soumis à mon observation ou pour lesquels j'ai pu avoir des renseignements précis.

J'ai su, de plus, par la directrice de l'ouvroir qu'une vingtaine d'autres enfants avaient été atteintes à des degrés variables. Une de ces enfants a été soignée chez ses parents pour une fièvre typhoïde bien caractérisée. Les autres ont été soignées à l'infirmerie de l'ouvroir et au domicile de leurs parents pour des embarras gastriques, généralement légers. Quelques-unes, en petit nombre, ont été considérées comme ayant une *fièvre muqueuse?*

Je dois dire maintenant quelques mots d'un fait dont j'ai été témoin et qui semble se produire assez fréquemment quand une épidémie de maladie infectieuse frappe un pensionnat ou une caserne. Le jour où j'ai été faire mon enquête à l'ouvroir (c'était au commencement de juin), l'infirmerie regorgeait véritablement de malades. Il y avait là une trentaine d'enfants entrées depuis 1 jour ou 2, qui accusaient toutes des symptômes à peu près identiques et analogues à ceux dont se plaignaient leurs compagnes véritablement malades. Toutes ces enfants se plaignaient de mal de tête, de maux d'estomac et de ventre. Aucune d'elles ne présentait de fièvre ni de symptôme objectif quelconque. Mon opinion, après examen de ces enfants, a été que les symptômes qu'elles accusaient étaient des symptômes imaginaires, qui leur étaient suggérés par la crainte de la maladie qui avait frappé leurs compagnes ou qu'elles accusaient par esprit d'imitation. J'ai écarté du récit de l'épidémie tous ces cas si tardivement produits et si universellement répandus, considérant ces malaises comme dus principalement à l'auto-suggestion, si fréquente dans les agglomérations d'enfants. J'ajouterai que ces malaises disparaissaient généralement après quelques paroles rassurantes.

En ne tenant compte que des faits authentiques, il y a eu à l'ouvroir du Faubourg-Saint-Antoine, sur une population de 300 enfants, 30 cas de fièvre typhoïde ou d'embarras gastrique, ainsi répartis :

2 cas de fièvre typhoïde soignés à domicile; 1 cas de fièvre typhoïde à l'Hôtel-Dieu annexe; 4 cas de fièvre typhoïde à l'hôpital Trousseau, et 23 cas d'embarras gastrique soignés, 4 à l'Hôtel-Dieu annexe, les autres à l'ouvroir et chez les parents.

Parmi ces embarras gastriques, quelques-uns (en petit nombre) ont été prolongés et ont pu être qualifiés de fièvre muqueuse.

Les causes de cette épidémie de fièvre typhoïde et d'embarras gastrique sont restées obscures. Un argument me paraît plaider toutefois en faveur de l'origine locale. Au moment où les enfants sont tombées malades, il n'y avait que fort peu de fièvres typhoïdes dans Paris. Cette maladie était rare dans le quartier même où est situé l'ouvroir. Dans ces conditions, il était vraisemblable que l'épidémie avait pour origine un vice d'hygiène locale. Ma première idée étant d'incriminer l'eau bue par les enfants, j'ai recueilli de l'eau à la fin du mois de mai avec les précautions usitées en pareil cas, et je l'ai fait examiner au point de vue bactériologique au Laboratoire de Toxicologie par M. Ogier. Les résultats ont été négatifs au point de vue de la présence du bacille typhique.

Les résultats négatifs de cette analyse ne me paraissent cependant pas devoir faire rejeter la possibilité d'une contamination par l'eau. En effet, je ferai remarquer que l'examen a été fait au commencement de juin, alors que l'épidémie était décroissante et qu'il y avait plus de 8 jours qu'aucun cas nouveau n'avait été signalé. Le bacille d'Eberth-Gaffky avait donc pu disparaître quand l'examen de l'eau a été pratiqué. D'autre part, j'ai appris que la distribution d'eau de l'ouvroir, alimenté tantôt par de l'eau de l'Ourcq, tantôt par l'eau de la Seine, était des plus irrégulières. Le plus souvent (8 mois sur 12), l'eau de Seine serait fournie comme eau de boisson. Cette eau a donc pu être distribuée au mois d'avril et

amener le développement des accidents observés à l'ouvroir. Une remarque faite par la directrice de l'établissement doit être notée : au mois d'avril, pendant quelques jours où la température était relativement élevée, les enfants auraient bu de l'eau puisée aux fontaines des cours en assez grande quantité.

Sans insister davantage sur la cause de l'épidémie, dont l'étude ne rentre pas dans le cadre de ce travail, on voit qu'une cause restée ignorée, mais certainement identique pour tous les cas observés pendant l'épidémie, a donné naissance à des accidents variés. Dans une première série de faits, cette cause pathogène a déterminé 7 cas de fièvre typhoïde; dans une deuxième série, elle a amené la production de 23 cas d'embarras gastrique. Quelques-uns de ces faits ont été difficiles à classer : désignés sous le nom de fièvres muqueuses, ils pouvaient être considérés comme des fièvres typhoïdes, ou comme de simples embarras gastriques.

Du récit de cette épidémie, il résulte donc qu'une même cause pathogène, représentée dans le cas particulier par un microbe bien connu par ses effets, frappant un groupe d'individus, a déterminé dans ce groupe des accidents morbides classés en nosologie sous des noms différents. Que conclure de ce fait, sinon que ces accidents, différents en apparence, doivent être en réalité rapprochés et considérés comme de même nature? Si la même cause agissant sur deux individus amène dans un cas une fièvre typhoïde, dans l'autre un embarras gastrique, il en résulte que la fièvre typhoïde et l'embarras gastrique sont des maladies identiques, différant seulement par le degré. La cause restant la même, la différence de l'effet produit ne tient qu'à une inégale résistance du terrain. Le terrain présentant des conditions favorables, le germe morbide produit le maximum de ses effets, représenté par la fièvre typhoïde. Si le terrain est moins favorable, c'est l'embarras gastrique qui se développe. L'embarras gastrique doit donc être considéré comme une fièvre typhoïde, atténuée par les mauvaises conditions de réceptivité du terrain.

Cette manière de voir admise, il devient facile d'expliquer les cas mixtes, où le diagnostic reste en suspens pendant longtemps, hésitant toujours entre fièvre typhoïde et embarras gastrique, et où l'apparition d'une ou de deux taches rosées lenticulaires, suspectes comme apparence, ne suffit pas pour trancher la question dans un sens ou dans l'autre.

On explique ainsi, comme on l'a dit fort justement, l'apparente immunité de personnes qui, vivant au milieu de typhiques, paraissent, sans avoir eu de fièvre typhoïde antérieure, présenter une résistance complète à la maladie. Bien souvent cette immunité n'est qu'apparente et la résistance à la fièvre typhoïde est due à une atteinte antérieure d'embarras gastrique, dont la véritable nature n'a pas été reconnue.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Paralysie du bras par compression (Ein Fall von Drucklæhmung des Armes), par R. STERN. (*Berliner klinische Wochenschrift*, 9 novembre 1891, n° 46, p. 1113). — A l'âge de 22 ans, le malade, garçon boucher, se fit une entaille à la première phalange de l'index droit en aiguisant un couteau de boucher. Cette plaie fut suivie d'enflure du bras, et le médecin traitant fit un bandage compressif assujetti à la ceinture osseuse omo-claviculaire. Ce bandage aurait été laissé en place pendant 6 semaines. A la suite, il survint une déformation avec atrophie considérable du membre. La paralysie atrophique de la plupart des muscles du bras doit être attribuée non pas à l'ischémie, mais à la compression du plexus brachial, La lésion porte plus sur la motilité que sur la sensibilité, et la paralysie affecte plus les extenseurs que les fléchisseurs.

D'une malformation spéciale de la poitrine, thorax en entonnoir, par RAMADIER et SÉRIEUX (*Nouv. Icon. de la Salpêtrière*, n° 5, 1891, p. 330). — La malformation en question de la poitrine est essentiellement caractérisée par une dépression de dimension variable située au niveau de la partie médiane et antérieure du thorax, et formée par une incurvation du sternum ; on la peut appeler thorax en entonnoir. Les auteurs ont observé 5 cas de cette anomalie qu'ils considèrent comme un stigmate physique de la dégénérescence héréditaire.

Syringomyélie à forme de sclérose latérale amyotrophique et syringomyélie compliquée d'anesthésie et de perte du sens musculaire, par BOUCHAUD (*Journal des sciences médicales de Lille*, 1891, n° 44, p. 409, n° 47, p. 506, n° 48, p. 529). — La première observation concerne un sujet âgé de 39 ans, scoliotique, avec paralysie spasmodique atrophique des membres supérieurs respectant les muscles de la main et de l'avant-bras et parésie spasmodique des membres inférieurs. Quelques phénomènes douloureux ressentis à la nuque et au talon. Analgésie en plaque sur le cou et le tronc avec thermo-anesthésie, sans anesthésie tactile. Aucun trouble sensoriel ni trophique. Dans la deuxième, il s'agit d'un homme de 36 ans qui a eu trois panaris mutilants et non douloureux depuis 3 ans aux doigts de la main droite, puis de la thermo-anesthésie des deux mains. On constate de la paralysie atrophique des mains et des avant-bras des deux côtés. La sensibilité tactile est conservée aux membres supérieurs, mais la sensibilité à la douleur, à la température et le sens musculaire y sont abolis. Les mêmes troubles de la sensibilité existent, moins accentués, sur le thorax. Il y a une scoliose, de l'exagération des réflexes rotuliens, et des sueurs exagérées. Cette observation vient à l'appui de l'opinion de MM. Charcot, Joffroy et Achard, qui considèrent la maladie de Morvan comme une forme clinique de la syringomyélie

Un cas d'acromégalie (Ein Fall von Akromegalie), par M. LITTHAUER (*Deut. med. Woch.*, 19 novembre 1891, n° 47, p. 1282). — L'observation rapportée par l'auteur est tout à fait typique, et ne présente aucune particularité notable. C'est un homme de 38 ans, dont l'affection aurait débuté à l'âge de 25 ans : la face et les mains représentées par des dessins sont tout à fait caractéristiques.

De la chorée arhythmique hystérique, par AUCHÉ (*Progrès médical*, 5 décembre 1891, p. 435). — Il existe une forme de chorée dont la nature hystérique est universellement reconnue : la chorée rhythmée. Quant à la chorée de Sydenham, qui, à l'exemple d'autres affections nerveuses, peut se développer chez des hystériques, doit-on la considérer comme de nature hystérique? L'auteur croit, selon l'opinion de M. Debove, que cette chorée est hystérique dans les cas où elle survient chez des hystériques. Il rapporte trois observations de cette dernière catégorie, et s'autorise, pour faire accepter cette nouvelle forme symptomatique de l'hystérie, de ce que les mouvements étaient influencés par la pression de certaines zones, ou disparaissaient à l'aide de manœuvres particulières, caractères qui n'appartiennent pas à la chorée de Sydenham.

Grande hystérie traumatique mâle (Zur Kenntniss der Hysteria magna virilis traumatica), par A. NEUMANN (*Deuts. Arch. für klin. Med.*, 1891, t. XLIX, 1er fasc., p. 58). — L'auteur rappelle les deux opinions qui divisent les neurologistes sur la nature des troubles nerveux consécutifs au traumatisme. Une partie des auteurs (Thomsen, Benedikt, Strümpell), admettent avec Oppenheim une névrose traumatique locale ou générale; les autres se rangent aux enseignements de l'école de Charcot, et pensent que ces troubles ne constituent pas une nouvelle maladie, mais ressortissent à l'hystérie ou à la neurasthénie, enfin à l'association des deux névroses, Il est en dernier lieu des auteurs (Schultze, Seeligmuller) qui mettent en suspicion ces troubles eux-mêmes, et font jouer un

rôle capital à la simulation. L'observation rapportée est celle d'un mécanicien de locomotive âgé de 36 ans, qui à la suite d'un accident de chemin de fer, reçut une contusion peu grave au bras droit, et présenta quelques semaines ensuite divers troubles caractéristiques : maux de tête, abattement, rêves de son accident, tels que les a décrits Charcot, sensations d'aura, de boule, suivis bientôt de convulsions et de périodes délirantes. Plus tard, des attaques de grande hystérie se déclarèrent. A l'examen, anesthésie généralisée de tous les modes, plus prononcée à droite, et rétrécissement concentrique du champ visuel plus accentué à droite, zones hystérogènes etc. L'auteur n'hésite pas à porter le diagnostic d'hystérie, et non de névrose traumatique; il justifie aisément son opinion, en réfutant par avance les objections qui pourraient être opposées par les partisans de la doctrine adverse.

MÉDECINE

Souffle anémique du cœur (Contributo allo studio del soffio anemico del cuore), par F. Pullé (*Rivista clinica, archivio italiano di clinica medica*, 1891). — Le souffle anémique du cœur a son maximum sur le bord gauche du sternum, au niveau du 3ᵉ ou du 4ᵉ espace intercostal et, plus exactement, au niveau ou un peu au-dessus de la ligne bimamelonnaire; il s'accompagne de dilatation du cœur, portant surtout sur le ventricule droit; il est probable, mais les faits sont encore trop peu nombreux pour permettre de l'assurer, qu'il est plus fort à l'expiration. La théorie la plus plausible pour expliquer ce souffle est celle du rétrécissement relatif de l'orifice pulmonaire. En l'associant à celle de la dilatation du ventricule droit, on s'explique bien les faits signalés par Parrot, à savoir les ondulations des veines du cou et le pouls veineux.

Aorte à 2 sigmoïdes (Anwesenheit von nur zwei Aortenklappen), par Babes (*Virch. Arch.*, t. CXXIV, Hft 3, p. 562, 1891). — L'anomalie résulte parfois d'un processus d'endocardite valvulaire chronique qui amène deux des valves à se fusionner au niveau de leurs extrémités contiguës; dans ce cas, on trouve d'ordinaire des vestiges du processus endocarditique, épaississements, plaques de sclérose, etc. Les faits que l'auteur a en vue se rapportent surtout aux anomalies congénitales, dans lesquelles l'inflammation est fort douteuse, alors que le vice de développement des gros vaisseaux et de la cloison ventriculaire paraît davantage en cause; ici la valvule unique résulte de la fusion primitive de deux bourrelets valvulaires, sur bord libre et simple, et présente tout au plus une encoche moyenne légère. L'auteur en rapporte 7 cas dont quelques-uns personnels. Souvent, on a dit que la lésion était silencieuse; mais parfois Babes a noté des signes d'insuffisance, ou même les syndromes de l'asystolie. Il semble même que la malformation puisse servir d'appel aux localisations inflammatoires et aux processus bactériens (Orth, Wyssokowitsch, Babes). Dans quelques cas, il existait un état anévrysmatique secondaire de l'aorte et même du cœur.

De la myocardite interstitielle chronique, par L. Bard et C. Philippe (*Revue de médecine*, mai, juillet, août 1891, p. 345, 603 et 660). — Ce mémoire est destiné à établir l'existence d'une myocardite interstitielle chronique, indépendante de l'artério-sclérose qui tend de plus en plus à englober toutes les scléroses cardiaques. La myocardite interstitielle chronique donne lieu à une hypertrophie du cœur, elle est caractérisée par le développement de foyers scléreux occupant surtout la pointe et la base du cœur et d'une façon générale les points du cœur qui travaillent le plus. Au microscope, les plaques de sclérose n'ont aucun rapport constant avec les vaisseaux qui peuvent être ou normaux ou plus ou moins dilatés; les vaisseaux englobés dans les plaques de sclérose présentent généralement des lésions accusées de périartérite qui ont été invoquées à tort pour affirmer le point de départ vasculaire du processus ; plus rarement il y a une endartérite inflammatoire. Les lésions interstitielles sont manifestement actives, inflammatoires, primitives et non secondaires à des lésions dégénératives des fibres musculaires ; elles sont comparables aux inflammations interstitielles des autres organes, du foie et du poumon par exemple. La myocardite interstitielle chronique est produite par des intoxications (alcoolisme, saturnisme, uricémie) dont la localisation est parfois favorisée par le surmenage du cœur; elle se produit encore dans des maladies générales, telles que le rhumatisme, et des maladies infectieuses (fièvre typhoïde, diphthérie, fièvres éruptives, tuberculose). Les symptômes initiaux sont ceux qui sont considérés par certains auteurs comme appartenant à l'artério-sclérose et par d'autres comme dénotant les premières périodes de la néphrite interstitielle ; puis surviennent une hypertrophie cardiaque généralement modérée et de l'arhythmie qui se présente le plus souvent sous la forme d'une accélération notable du pouls et de salves de battements précipités séparés les uns des autres par un plus ou moins grand nombre de pulsations rhythmiques ; à une période plus avancée, se montrent des phénomènes asystoliques portant souvent sur les poumons et les reins. Dans les périodes avancées, il y a fréquemment une insuffisance fonctionnelle de la mitrale, avec souffle systolique ordinairement plus court, moins constant, plus doux et à propagation plus limitée que celui de l'insuffisance mitrale ou des lésions endocarditiques. La myocardite interstitielle peut, en raison de ses conditions étiologiques, coïncider avec une endocardite chronique ou avec des lésions valvulaires organiques. La mort résulte des progrès croissants de l'asystolie et peut être avancée par l'apparition de complications pulmonaires inflammatoires survenant au cours d'une poussée asystolique. La myocardite interstitielle diffère du cœur graisseux par la rapidité des pulsations cardiaques qui sont au contraire ralenties dans le cœur graisseux ; le cœur sénile ne donne pas lieu à l'asystolie quoiqu'il puisse être arhythmique ; l'artério-sclérose du cœur ne produit habituellement aucun symptôme, à moins qu'elle ne coïncide avec des lésions inflammatoires interstitielles qui en sont d'ailleurs indépendantes au point de vue pathogénique ; le diagnostic avec la néphrite interstitielle, souvent difficile, repose le plus souvent sur l'existence de troubles du rhythme cardiaque et d'un souffle d'insuffisance dans la myocardite, du bruit de galop et de la polyurie dans la néphrite interstitielle.

CHIRURGIE

Suture des vaisseaux (Ein Beitrag zur Lehre von der Gefæssnaht), par Jassinowsky (*Arch. f. klin. Chir.*, 1891, t. XLII, p. 816). — L'auteur rapporte une série d'expériences sur la suture des plaies de la carotide et de l'aorte abdominale des chiens. Dans toutes ces expériences (au nombre de 22) la suture a parfaitement réussi ; tous les animaux ont guéri. A l'autopsie, faite longtemps après l'opération, on n'a pas trouvé un seul cas d'anévrysme. Du reste l'opération terminée et le champ opératoire essuyé, il ne sort pas une seule goutte de sang à travers la suture. L'examen microscopique des artères suturées fait à différentes époques après l'opération a montré que le processus de cicatrisation est le même que dans la cicatrisation classique des plaies des artères.

Pour que l'expérience réussisse, certaines conditions sont nécessaires :

La suture doit être faite avec de fines aiguilles et de la soie, et la soie ne doit traverser que la tunique moyenne sans toucher à la tunique interne. L'antisepsie doit être rigoureuse.

La suture peut trouver ses indications chez l'homme : 1° dans les plaies des artères par instruments piquants et tranchants; 2° dans les plaies artérielles à bords lisses. Ici encore on ne doit tenter la suture que lorsqu'on est sûr de pouvoir faire une antisepsie parfaite.

Déchirure spontanée du vagin et du rectum pendant l'accouchement (Ein Fall von seltener Geburtsverletzung), par Piering (*Centr. f. Gynæk.*, 1891, n° 48, p. 961). — Femme de 41 ans, primipare. Au bout de 12 heures de travail la tête apparaît à la vulve, puis le travail s'arrête presque complètement. On fait une incision oblique à la fourchette de la vulve, et quelques minutes après, la main et l'avant-bras de l'enfant sortent par l'anus de la parturiente. On réduit le bras ; la tête sort immédiatement par la vulve, et l'accouchement se termine spontanément en quelques minutes. Le placenta sort; au bout de 20 minutes, on examine la malade, et on trouve une déchirure de la paroi postérieure du vagin avec ouverture du rectum sur une étendue de 5 à 8 centim. Tamponnement iodoformé du vagin. Au troisième jour, selles spontanées avec sortie de matières par le vagin. Mouvements fébriles à plusieurs reprises, puis cicatrisation spontanée de la plaie. Guérison parfaite.

L'auteur attire l'attention sur cette déchirure simultanée du vagin et du rectum qui constitue une complication passée jusqu'à présent presque complètement inaperçue.

Sarcome avec fièvre intermittente (Ueber Sarcom mit sogenanntem chronischem Ruckfallfieber), par PURITZ (*Virchow's Archiv*, 1891, t. CXXVI, p. 312). — En 1887, Ebstein attira l'attention sur une forme particulière de fièvre qu'il désigna sous le nom de fièvre intermittente chronique. Le malade, qui resta en observation près de 10 mois, présentait des mouvements fébriles qui survenaient tous les 10 à 11 jours et duraient 13 à 14 jours. A l'autopsie on trouva un lymphosarcome. Des observations analogues furent peu de temps après publiées par Pel, Renvers, Hanvr. Klein et autres et dans tous ces cas on trouva à l'autopsie des sarcomes soit des ganglions lymphatiques soit des organes.

Le cas publié par Puritz se rapporte à la même catégorie de faits. Il s'agit d'un homme de 29 ans arrivé à la clinique du professeur Tschudnowsky avec des symptômes d'un cancer du foie ayant débuté il y a un an ou 18 mois. Pendant son séjour à la clinique, près de 2 mois, il présenta une sorte de fièvre intermittente qui survenait tous les 3 à 5 jours, durait quelques jours et ne cédait pas à la quinine. A l'autopsie on trouva un sarcome énorme du foie.

Luxation en arrière du radius (Dislocation of radius backward; reduction after eight weeks), par FRASER (*Med. News*, 1891, t. LIX, p. 543). — Une fille de 12 ans, en tombant de cheval, se frappa le coude. Au bout de 4 semaines on consulta l'auteur. Le bras était dans l'extension, la main était dans une position intermédiaire à la pronation et à la supination; il y avait une fracture du cubitus juste au-dessous de l'apophyse coronoïde; la tête du radius était luxée en arrière et en dehors. Articulation du coude complètement immobile. On chloroformisa cette jeune fille; l'auteur porta le bras en extension et en rotation en dehors, pendant qu'un aide pressait avec ses pouces en bas et en dedans sur la tête du radius, qui revint à sa place après des efforts assez considérables. Application d'une longue attelle postérieure. Mouvements passifs de l'articulation, électrisation des muscles. Il y a 10 jours que le traitement est commencé : la jeune fille peut faire complètement les mouvements de pronation; flexion jusqu'à 45°.

BIBLIOGRAPHIE

Traité de gynécologie pratique, par le Dr A. Auvard, accoucheur des hôpitaux. Paris, O. Doin, 1892.

Lorsque, il y a quelques mois, M. Auvard constatait le succès remarquable du *Traité de gynécologie* de M. Pozzi, un étonnement se mêlait à ses louanges : que ce livre, dont il était forcé d'admettre la valeur, eût été écrit un chirurgien. Cette proposition, qui cependant flatte médiocrement la corporation à laquelle nous avons l'honneur d'appartenir, nous l'avons enregistrée avec un double plaisir. N'était-ce pas un engagement que prenait M. Auvard de mettre à son tour la main à la pâte? N'était-ce pas un engagement de nous donner, dans le livre promis, la recette pour faire un bon livre de gynécologie? Notre espoir n'a pas été déçu et il y a quelques semaines M. Auvard, dont chacun admire la fécondité, a ajouté un *Traité de gynécologie* aux gros volumes qu'il a déjà à son actif.

Et la recette promise s'y trouve, dans une introduction qui gardera sans doute les chirurgiens du péché d'orgueil. « Pour faire un spécialiste complet, un *génitologue féminin parfait*, les études médicales devraient être divisées en trois phases : 1° études médicales générales; 2° études obstétricales; 3° études gynécologiques ». Sans quoi l'accoucheur non gynécologue ou le gynécologue non accoucheur ne seront jamais que des « monorchides scientifiques ». Voilà certes qui m'embarrasse, car d'après cette définition Terrier, Bouilly, Pozzi, etc. (je ne parle bien entendu pas des accoucheurs non gynécologues) ne sont que des monorchides scientifiques; et dans ma jeunesse je ne puis guère m'attribuer que le nom de cryptorchide, en attendant, pourvu que Dieu me prête vie, l'unilatérale descente qui m'est promise. Les chirurgiens sont d'ailleurs en partie consolables, car ils savent — et en particulier ils le liront p. 717 dans le livre de M. Auvard — que la monorchidie, la cryptorchidie même, n'entraînent pas fatalement la stérilité; et voilà pourquoi, malgré ma cryptorchidie (temporaire je l'espère), j'ose présenter au public le livre d'un des rares diorchides qui préparent en France — pour le XXe siècle nous prédit M. Auvard — la cinquième période ou période d'épanouissement de la gynécologie.

Il est certain, d'ailleurs, que M. Auvard a su se garder du banal, qu'il a presque appliqué à la gynécologie la table rase de Descartes. D'abord, soucieux de la forme, il s'est demandé si « gynécologie » convenait bien à ce livre « consacré à l'étude des organes génitaux de la femme à l'état normal et pathologique, en dehors de la puerpéralité »; non, car ce n'est pas là un « traité de la femme »; gynécopathie ne vaudrait guère mieux et il faudrait dire « traité de génitologie féminine apuerpérale » (ici nous signalons à l'éditeur une faute d'impression que la disposition typographique fait immédiatement sauter aux yeux; et nous prenons la liberté de faire remarquer que le mot « apuerpéral » est hybride). Mais, « par condescendance à la routine et aux usages », M. Auvard a adopté « à contre cœur » le terme de gynécologie.

Voici maintenant la table des chapitres du traité : 1° pathologie générale; 2° thérapeutique générale; 3° malformations génitales; 4° vulve et vagin; 5° génitalite; 6° déviations utérines; 7° inversion utérine; 8° hémorrhagies péri-utérines; 9° tumeurs génitales; 10° voies urinaires : 11° rectum et bassin; 12° abdominopathies simili-pelviennes; 13° emménologie; 14° stérilité (y compris celle de l'homme); 15° diagnostic des génitopathies. Rien qu'à parcourir l'ordre des chapitres, on voit que ce n'est pas un livre jeté dans le moule classique et, en analysant de plus près, un observateur superficiel serait bien capable de se demander pourquoi, dans les maladies du rectum, les phlegmons et abcès (inflammation) sont séparés par toutes les tumeurs (ou plutôt par l'ensemble des ulcérations, rétrécissements, tumeurs) des solutions de continuité, fissures et fistules, quoique les chirurgiens aient coutume d'associer abcès et fistules à l'anus. Mais évidemment M. Auvard a ses motifs et il y a une constatation qui doit nous rendre réservés dans nos appréciations. Au premier abord, en effet, on est surpris de trouver le cancer du rectum, les cystites, l'uretéro-pyélite, la pyourie dans ce traité qui devrait s'appeler de *génitologie*. Mais le livre de M. Auvard fournit lui-même la réponse au lecteur attentif. Parmi les « causes coïtales » de la stérilité, ne trouvons-nous pas les cas où « volontairement ou involontairement le pénis s'égare dans le rectum » ou dans l'urèthre dilaté? Cette constatation nous prouve bien qu'il s'agit là d'annexes de l'appareil génital.

Donc, M. Auvard ne recule pas devant l'innovation et, pour frapper avec intensité l'esprit de ses lecteurs, il a des expressions qui sont d'heureuses trouvailles. Qui donc oubliera la « céphalalgie utérine » liée à la congestion; la blennorrhagie, la syphilis, les chancres mous, « trinité menaçante dont les épines entourent toutes les roses de la jouissance sexuelle » (M. Auvard aurait dû ajouter : illégitime); le rôle protecteur du mucus du col, « le concierge de l'utérus »; les « métrites crépusculaires » « qui surviennent à l'aurore et au déclin de la vie génitale » etc.?

Resterait à juger la partie purement chirurgicale, celle qui est relative au manuel opératoire précis. Ici nous avouons que, en ce qui concerne spécialement les laparotomies pour tumeurs ovariennes et utérines, les préceptes donnés par M. Auvard ne sont peut-être pas toujours suffisants, mais, vu notre ignorance totale en obstétrique, nous ne nous aventurerons pas sur le terrain glissant des critiques de détail.

A. BROCA.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

CASISTICA CLINICA, par G. BASSI (Extrait de la *Rassegna di Scienze mediche*). Broch. in-8°. Modène, 1891.

Cette brochure renferme 6 observations intéressantes recueillies à la clinique du professeur Galvagni. Elles ont trait à un cas d'adénopathies mésentérique, pelvienne et cervicale caséeuse avec cystite chez une femme de 30 ans, à un cas de septicémie présentant quelques caractères se rapprochant de la morve, mais que l'absence de recherches bactériologiques et expérimentales ne permet pas de rapporter indiscutablement à cette maladie, à un

cas d'endocardite septique, à un cas de médiastico-péricardite tuberculeuse, à un cas de thrombose de la veine jugulaire interne droite chez une femme atteinte de rétrécissement mitral, à un cas d'ictère essentiel.

VARIÉTÉS

Monsieur le Professeur !

(*Conte de Noël.*)

A Monsieur le rédacteur en chef de la *Gazette hebdomadaire*.

Monsieur le rédacteur en chef,

Je m'aperçois à mon grand regret que, depuis l'annexion du *Mercredi médical*, vous ne publiez plus de feuilletons. Pourtant ce rez-de-chaussée du journal grave et sérieux que vous dirigez et que nous lisons avec intérêt et profit n'était pas sans avantages. On y avait ses coudées franches. Dechambre y excellait à *castigare ridendo mores*. Mais vous-même n'avez-vous pas, plusieurs années durant, écrit des *Lettres médicales* sur les sujets à l'ordre du jour? Laissez-moi donc m'autoriser de ce précédent et vous adresser une *lettre*. Vous la mettrez où vous voudrez — je ne suis pas difficile — au bas ou à la dernière page de notre *Gazette*. Mais vous ne la jetterez point au panier, n'est-ce pas? La question que j'y prétends traiter est de celles qui intéressent quelques-uns de vos lecteurs. Je ne la prends pas au tragique, mais elle touche à notre organisation universitaire, académique et sociale. Ce sera mon excuse. Cette question, la voici :

MM. J.-B. Baillière et Cie, éditeurs d'ouvrages de médecine, ont engagé à leur service un ou plusieurs manœuvres littéraires qui fabriquent, en vue de la préparation aux examens de doctorat, des manuels traitant de divers sujets : c'est leur droit. Ces manuels sont assez médiocres : c'est leur affaire. Mais, pour les signaler aux étudiants français et étrangers, les manœuvres en question les signent : Professeur P. Lefort. Professeur, c'est un titre. Lefort, c'est un nom médical connu et estimé. Sans doute il s'écrit en un seul mot sur la reliure rouge des manuels en question; sans doute aussi le nom Lefort est précédé d'un P et non d'une L. Mais n'arrive-t-il pas que l'on ignore ou que l'on oublie le prénom et l'orthographe exacte du nom d'un professeur de la Faculté de Paris? Telle a été peut-être l'espérance des auteurs ou des éditeurs. Telle a été l'erreur de quelques lecteurs. Aussi, M. Léon Le Fort, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris, a-t-il reçu d'un médecin espagnol une lettre lui demandant l'autorisation de traduire un de ses manuels.

M. Léon Le Fort a été médiocrement flatté d'être confondu avec « le professeur P. Lefort » et il a obtenu de MM. J.-B. Baillière, en les menaçant d'une traduction non pas en espagnol, mais en police correctionnelle, que le ou les manœuvres changeraient dorénavant de pseudonyme. En effet, deux volumes ont paru depuis, dus à la plume du professeur Lefert.

Lefert, voilà qui est bien; et encore un E cassé et mal fondu peut-il ressembler à un O. Nous soumettons, par exemple, à MM. Baillière le Lefert ci-dessous :

Lefert

Mais « le professeur », voilà qui est moins bien, et c'est sur ce point que M. Léon Le Fort attire l'attention des législateurs — et de M. Cornil en particulier — qui nous préparent une loi sur l'exercice de la médecine. Voici sa thèse : je cite textuellement :

« Pourra-t-on continuer à afficher, dans les édicules des boulevards et ailleurs : « Traitement des maladies secrètes, cabinet du professeur M... »? Sera-t-il permis à ceux qui n'ont pas le droit au titre de docteur, à d'anciens officiers de santé, par exemple, de s'intituler : « Le professeur X..., médecin de la Faculté de Paris »? Ne pouvant usurper le titre de docteur, pourra-t-on s'attribuer celui de professeur?

« Le mot de professeur, suivant qu'il précède ou suit le nom patronymique, est la désignation d'une profession ou un titre honorifique. On peut à bon droit ajouter *après* son nom la qualification de professeur : « M. X..., professeur de telle ou telle chose, professeur à telle école, à telle institution, à tel lycée, » etc.; mais le mot de professeur, *précédant* le nom : « Le professeur X... », est un titre, qui, à l'étranger, est réservé aux titulaires des chaires officielles de l'enseignement supérieur, c'est-à-dire des Facultés. C'est aussi la signification qu'on lui donne en France. On peut exercer la profession de professeur, sans avoir droit au titre honorifique de professeur. »

Telle est l'opinion que soutient M. Léon Le Fort. Ne vous paraît-elle point difficile à défendre au point de vue strictement juridique?

Nous dirions, bien au contraire : M. X..., professeur de telle ou telle chose, à tel ou tel endroit ou école, ne peut prendre ce titre que s'il exerce réellement la fonction (et encore les malins peuvent-ils mettre sur leur carte de visite *professeur libre de*..., sans avoir jamais professé); mais aucun article de loi ne peut empêcher un charlatan de s'intituler « M le professeur X... ».

Oui, comme le dit M. Le Fort, « le titre de professeur a, dans le monde médical, une signification précise ». Mais cette signification a-t-elle une valeur légale? Quand nous disons, M. le professeur X..., cela veut dire « M. X... est professeur à la Faculté de médecine de Paris ». Oui, cela est si vrai qu'un journal très connu, bien que d'origine récente, n'attribue ce titre de professeur qu'aux collègues parisiens de son directeur (il fait une exception en faveur d'un seul professeur de province — un seul et c'est assez) et ne cite les autres que de la manière suivante : X..., professeur à la Faculté de médecine de... Si donc, comme le rappelle M. L. Le Fort, le titre de professeur est réservé à l'étranger aux titulaires des chaires officielles de l'enseignement supérieur; en France, ce titre semble exclusivement revendiqué par ceux de la Faculté de médecine de Paris. Cela est-il juste? Ne serait-il pas plus conforme aux habitudes reçues, à l'usage qui prévaut pour les autres établissements d'enseignement supérieur, à commencer par le Collège de France et le Muséum pour finir par les Facultés de droit, des sciences, des lettres, etc., etc., d'écrire non « le professeur X... » mais bien « M. X..., professeur de... à la Faculté de médecine de... »?

Mais on écrit bien « M. le docteur X » et ce titre ne se prend que par les docteurs en médecine, alors que les docteurs en théologie aussi bien que les docteurs ès lettres auraient le droit de l'arborer sur leurs cartes de visite! Je n'en disconviens pas. Un docteur en théologie qui s'aviserait de faire de la médecine pourrait, à mon avis, signer « Docteur X... ». Si j'étais juge je le condamnerais pour exercice illégal et non pour usurpation de titre. Mais l'usage a réservé aux seuls docteurs en médecine ce qualificatif de *Docteur*. C'est même là, pour le dire en passant, une habitude qui horripile parfois quelques médecins militaires aux yeux desquels le grade dont ils sont revêtus doit compter seul dans leurs rapports avec les officiers. Ne touchons donc point à l'arche sainte. Continuons à identifier le titre de « *docteur* » tout court avec celui de « *docteur en médecine*, » puisque telle est la tradition créée par l'habitude. Mais pourquoi le titre de Professeur précédant le nom patronymique? Il n'est invoqué, réclamé, inscrit sur leurs cartes de visite, écrit au bas de leurs ordonnances que par un très petit nombre de nos maîtres. Je ne veux pas citer ici de noms propres! Combien j'en pourrais invoquer à l'appui de ce que je soutiens? D'ailleurs, même à la Faculté de Paris n'existe-t-il pas une autre anomalie? Les agrégés de nos facultés ne sont pas nommés officiellement « professeurs agrégés » mais « agrégés » tout court; et cependant les cartes de visite des agrégés portent presque toutes : « M. X..., professeur agrégé à la Faculté »; et les agrégés *libres* ont laissé tomber en désuétude ce dernier qualificatif. Quelques esprits chagrins se souviennent du temps où il n'en était pas ainsi, mais la majorité des professeurs s'en soucie comme un poisson d'une pomme. N'a-t-elle pas mille fois raison? Aussi bien les agrégés eux-mêmes, en adoptant ce titre, ont-ils ouvert la porte à une supercherie dont ils sont les premières victimes : à un âge plus ou moins tendre on se fait nommer agrégé pour une Faculté quelconque, en choisissant de préférence la place la moins briguée; on ne met jamais les pieds dans cette Faculté et l'on exerce à Paris avec le titre, parfaitement exact, de M. X... professeur agrégé; ou M. X..., agrégé des Facultés de médecine. Songez donc! être agrégé de toutes les Facultés à la fois, voilà qui est mieux que d'être agrégé d'une seule Faculté, même celle de Paris, puisque la partie est dans le tout.

Je prends maintenant les médecins, chirurgiens et accoucheurs des hôpitaux. Beaucoup de titulaires mettent sur leur carte de visite le nom de l'hôpital auquel ils sont attachés.

D'autres s'intitulent simplement « médecins, chirurgiens et accoucheurs des hôpitaux », et c'est le nom adopté, pour plus de brièveté, par tout le corps « du Bureau central des hôpitaux de Paris » pour employer la dénomination officielle. Mais ce titre abrégé n'existe pas légalement et il serait impossible de poursuivre en usurpation de titre les médecins « d'édicules du boulevard » qui mettent sur leur affiche le titre chirurgien d'hôpital ou chirurgien des hôpitaux, comme le dénommé Anastay, récemment condamné pour autre chose. J'en dirai autant pour les « internes des hôpitaux » qui sont réellement internes en médecine et en chirurgie des hôpitaux de Paris et dont le titre abrégé est pris, sans réclamation légale possible, par bien des internes en pharmacie, par bien des internes des hôpitaux cantonaux de Fouilly-les Oies et autres lieux analogues. Je sais même un docteur en médecine (il l'est) que toute sa clientèle croit ancien interne médaille d'or des hôpitaux parce que sa carte de visite porte « médaille d'or des hôpitaux de Paris » : or j'ignore ce qu'est sa médaille, mais j'affirme qu'il n'a jamais été interne en médecine des hôpitaux de Paris. Certes, il y a mauvaise foi, au point de vue moral, à être interne de Carpentras et à exercer à Paris sous le vocable « ancien interne des hôpitaux »; mais au point de vue légal il n'y a rien, et il n'y aura jamais rien à faire. Que ceux qui possèdent un titre sérieux le libellent en son entier et qu'ils laissent au public le soin de séparer l'ivraie du bon grain, c'est tout ce qu'ils peuvent faire.

Rien à faire non plus en ce qui regarde les titres académiques. L'histoire du « *poêle de l'Académie* », si plaisamment contée par M. Bergeron, en est une preuve. Dans le langage vulgaire le titre de « membre de l'Académie » accolé au nom d'un docteur en médecine signifie « membre de l'Académie de médecine ». Membre de l'Institut signifie : membre de l'Institut de France. Mais vous n'ignorez pas, sans doute, qu'on avait créé jadis un *Institut des provinces* et que plusieurs de ses membres libellaient ainsi leurs cartes de visite :

X...
Membre de l'Institut
des Provinces.

Il en est de même partout. Il y a quelques jours un de mes amis assistait au banquet offert à notre très honorable et très aimé confrère M. Cadet de Gassicourt qui vient d'être admis à l'honorariat des hôpitaux. Il m'a raconté l'histoire suivante : M. Cadet de Gassicourt, étant arrivé le premier, vit venir à lui, dans les salons de Marguery, une figure inconnue qui lui tendait la main (excusez celle de rhétorique, la figure, pas la main), puis s'engagea un colloque : « Je viens pour le banquet. — Ah ! oui ; moi aussi. — Pour le banquet de l'Académie ? — Mon Dieu, oui, je suis de l'Académie. — De l'Académie nationale ? — Mon Dieu, oui..., l'Académie est nationale. » Mais ici fut rompu l'entretien, car M. Cadet de Gassicourt demanda de quelle Académie nationale il s'agissait : c'était l'Académie de coiffure, dont le banquet annuel se donnait à l'étage au-dessus. Si mes souvenirs chorégraphiques sont exacts, un des maîtres de ballet — directeur, si vous voulez, soit Dr, en style de vespasienne — s'appelle Vasquez. Voyez-vous d'ici, en clientèle, la carte du Dr Vasquez, membre de l'Académie (sous-entendu : nationale de musique)?

Je n'invente rien : notre confrère le Dr Lacassagne, professeur à la Faculté de médecine de Lyon, n'a-t-il point publié une thèse sur la couverture de laquelle un correcteur malintentionné ou simplement badin a laissé imprimer au dernier moment : « lauréat de l'Académie nationale de musique »? M. Lacassagne a été le premier à rire de cette coquille. Faisons comme lui et disons en concluant : les lois n'arriveront jamais à faire disparaître le charlatanisme. C'est au bon sens public qu'il faut s'adresser toujours pour bien établir la valeur réelle des titres que l'on invoque. Avant la Révolution il n'existait en... (je ne veux pas citer la province) que huit à dix familles nobles. Aujourd'hui l'on en compte huit à dix qui ne le sont pas. Les titres de comte ont été achetés à Rome; les noms redondants ont été substitués peu à peu aux noms roturiers. Et le tour a été joué.

Il en est de même en ce qui concerne les titres dont s'affublent certains médicastres ou dont on pare à tort la couverture de certains livres. On commence par s'y laisser prendre. Bientôt on hausse les épaules et l'on passe. Et c'est pourquoi, bien que j'appartienne au corps médical des hôpitaux d'une grande ville, bien que je professe au besoin, je ne signe pas « le professeur X ». Si vous me le permettez même, je ne signerai pas du tout : cela m'évitera peut-être des ennuis.

Le ministre de l'instruction publique à l'Académie.

L'Académie de médecine va-t-elle enfin pouvoir trouver un abri qui lui permette de loger ses livres, ses collections et de donner à ses commissions et même à ses membres la place qui leur est nécessaire ?

A la suite des pressantes démarches de MM. Tarnier et Bergeron, M. le ministre de l'Instruction publique a bien voulu venir juger par lui-même la situation. Hier matin, à 11 heures, il a visité, sous la conduite des membres du bureau, tous les locaux, bien connus de nos lecteurs, où se pressent depuis 1845 les divers services de l'Académie. Il n'a pu cacher son étonnement de constater une aussi misérable installation et, avec la clairvoyance et le sens pratique qui le distinguent, il s'est empressé de promettre tout son appui pour que l'Etat intervienne dans le plus bref délai pour faire cesser cet état de choses. Par son ordre, un devis va être immédiatement dressé afin d'installer l'Académie rue Bonaparte, sur l'emplacement de l'ancien Mont-de-Piété qui avoisine l'école des Beaux-Arts, local actuellement disponible et que l'Assistance publique céderait volontiers contre le terrain prtmitivement affecté à l'Académie dans l'allée de l'Observatoire. Un projet sera sans doute soumis au Parlement dans ce sens à la rentrée de janvier.

Quelle que soit la solution qui interviendra, le corps médical ne peut que se montrer reconnaissant à M. le Ministre de sa décision, car elle permet d'espérer que, grâce à lui, l'ère des promesses fera bientôt place à celle des actes; on ne peut qu'en féliciter les membres du bureau et en particulier MM. Tarnier et Bergeron, dont le dévouement constant aux intérêts de la savante compagnie sera ainsi récompensé.

Nécrologie. — Au moment de mettre sous presse, nous avons le vif regret d'apprendre la mort subite de M. Moutard-Martin, ancien président de l'Académie en 1889, médecin des hôpitaux. Dans notre prochain numéro nous associerons la *Gazette* aux regrets unanimes que cause cette mort si inattendue.

Livres déposés au Bureau du Journal

La librairie Asselin et Houzeau vient de mettre en vente **l'Agenda médical pour 1892**. Cet agenda contient :

1° *Un Mémorial thérapeutique du Praticien*, par le Dr C. Paul, membre de l'Académie de médecine, professeur agrégé à la Faculté de médecine, médecin de l'hôpital de la Charité.

2° *Un Mémorial obstétrical*, par le professeur Pajot;

3° *Un Formulaire magistral*, par M. Delpech;

4° *Notice sur les stations hivernales de la France et de l'étranger*, par le Dr De Valcourt.

Plus un Calendrier à un ou deux jours par page, sur lequel on peut inscrire ses visites et prendre des notes; la liste des médecins, officiers de santé, pharmaciens, dentistes et vétérinaires du département de la Seine; les médecins des hôpitaux civils et militaires de Paris; les médecins des bureaux de bienfaisance; les médecins inspecteurs des eaux minérales, maisons de santé de Paris et des environs; la liste des divers journaux scientifiques; *les Facultés et Ecoles préparatoires de Médecine de France; les Ecoles de Médecine militaire et navale*, avec le nom de MM. les professeurs; l'Académie de médecine et les diverses Societés médicales; le nouveau tableau des rues de Paris, etc., format in-18 de 610 pages, dont 190 de calendrier et 420 de renseignements utiles.

Le prix varie entre 1 fr. 75 et 9 francs suivant la forme et la reliure. L'agenda sera envoyé *franco* sur demande adressée aux éditeurs.

— M. Lucien Rosenwald, éditeur, 13, passage Saulnier, vient de publier, sous le nom de *Guide Rosenwald*, la 6e édition de son annuaire de statistique médicale et pharmaceutique contenant l'indication de tous les médecins, officiers de santé, pharmaciens, sages-femmes, bandagistes, etc., de la France et des colonies, avec leur classement à Paris par rues, quartiers et arrondissements ; en province, par chefs-lieux de canton ou communes.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'IMP. DES ARTS ET MANUFACTURES et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

TABLE DES MATIÈRES

DE LA *GAZETTE HEBDOMADAIRE* ET DU *MERCREDI MÉDICAL*[1]



1. Pour la commodité des recherches, les deux tables ont été réunies en une seule. Les articles où le mot est suivi d'un G renvoient à la pagination de la *Gazette hebdomadaire*; les autres à la pagination du *Mercredi médical*.

C

D

E

F

G

H

I

J

M

N

O

Q

R

S

U

V

W

X

Y

Z

TABLE DES FIGURES

FIN DES TABLES

Paris. Typographie Gaston Née, 1, rue Cassette. — 5650.

N° 1. — 7 JANVIER 1891 LE NUMERO QUINZE CENTIMES

LE MERCREDI MÉDICAL

95011

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

PUBLIÉ PAR

LA GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Et servi gratuitement à tous les abonnés de ce journal

ABONNEMENTS SPÉCIAUX POUR MM. LES ÉTUDIANTS. — UN AN : 6 FRANCS

L. LEREBOULLET, Rédacteur en chef. — A. BROCA, Secrétaire de la Rédaction

Librairie de G. MASSON, 120, boulevard Saint-Germain.

SOMMAIRE

ACTES OFFICIELS

Légion d'honneur. — Sont nommés ou promus :

Au grade de commandeur. — M. le médecin-inspecteur Papillon.

Au grade d'officier. — MM. Chauvel, Kelsch, Derazez, Longet, Dubois, Dogny, Bernard, Beaumanoir.

Au grade de chevalier. — MM. Billot, Durand, Collin, Lippmann, Gigon, Dubujadoux, Duponchel, Daymard, Longuet, Lesourd, Descargues, Sommeillier, Troy, Lazare, Gross, Pozzo di Borgo, Janin, Letassier, Liermain et Tournon, officiers de santé. Guillot, Négadelle, Tardi, Prat, Bertrand, Brou-Ductaud, Jabin-Dudognon, Guillabert.

Corps de santé militaire. — Ont été promus :

Au grade de médecin principal de 1*re classe*, M. Kiener.

Au grade de médecin principal de 2*e classe*, M. Rouflay.

Au grade de médecin-major de 1*re classe*, MM. Choux, Mores, Renaut, Bachos, Burlureaux, Voizard, Girardin, Boutié, Husseuet, Villiès.

Au grade de médecin-major de 2*e classe* : MM. Lassale, Pesme, Samier, D'Audibert, Caille du Bourguet, Mazeillé, Talayrach, Forgue, Jacquemin, Morin, Bordes-Pagès, Joire, Treillet.

ACTES DES FACULTÉS DE MÉDECINE

PARIS

Limites des consignations pour examens probatoires.

1° Les Consignations pour les examens dont désignation suit seront reçues jusqu'aux dates ci-après désignées :

Pour le 2e examen de doctorat (1re partie), jusqu'au mardi 17 mars inclusivement ;

Pour le 2e examen de doctorat (2e partie), jusqu'au mardi 14 avril inclusivement ;

Pour le 3e examen de doctorat (1re partie), jusqu'au mardi 14 avril inclusivement ;

Pour le 3e examen de doctorat (2e partie), jusqu'au mardi 19 mai inclusivement ;

Pour le 4e examen de doctorat, jusqu'au mardi 2 juin inclusivement;

Pour le 5e examen de doctorat (1re et 2e parties), jusqu'au mardi 23 juin inclusivement.

Pour les examens de sage-femme, jusqu'au mardi 23 juin inclusivement ;

Pour les thèses, jusqu'au mardi 7 juillet inclusivement.

Officiat.

Pour le 1er examen, jusqu'au mardi 17 mars inclusivement;

Pour le 2e examen, jusqu'au mardi 5 mai inclusivement ;

Pour le 3e examen, jusqu'au mardi 23 juin inclusivement.

2° Les élèves ajournés après le 6 juin à un examen, quelle qu'en soit la nature, ne pourront plus se présenter avant les vacances.

Passé le 9 juillet, MM. les professeurs n'accepteront plus de présidence de thèses, et ne signeront plus de manuscrits.

Un cours pratique de microbiologie commencera au laboratoire de M. le professeur Cornil, à la Faculté de médecine, le 15 janvier, à 2 heures. Chaque élève sera exercé individuellement aux manipulations. Se faire inscrire au laboratoire.

VARIÉTÉS

Le Congrès français de chirurgie a mis à l'ordre du jour de la 4e session les questions suivantes :

1° Intervention chirurgicale dans les affections des centres nerveux (la trépanation primitive du crâne exceptée);

2° Résultats éloignés de l'ablation des annexes de l'utérus dans les affections non néoplasiques de ces organes;

3° Des diverses espèces de suppurations examinées au point de vue bactériologique et clinique.

Le Congrès s'ouvrira à Paris, sous la présidence de M. le professeur GUYON, du lundi 30 mars au samedi 4 avril inclusivement.

Les communications devront être adressées à M. le Dr S. Pozzi, secrétaire général, chez M. Alcan, éditeur du congrès, 108 boulevard Saint-Germain, Paris.

Bureau municipal d'hygiène à Lyon. — Le concours pour la place de directeur du Bureau municipal d'hygiène de la ville de Lyon vient de se terminer par la nomination de M. Gabriel Roux.

Concours de l'internat, *séance d'oral* ; 4°, ligament de l'articulation de la hanche ; symptômes de la coxalgie : Péron 14 (38), Maupaté 12 (35); Chaillou 14 (38); Emerit 13 (35); Meslay 14 (37); Meunier 13 (36); Dauriac 12 (34); Raffray 13 (36); Mayet 15 (40).

Encore un remède secret. — On raconte que l'empereur Guillaume a reçu la visite d'un coiffeur du nom de Rieger, de Glogau, qui venait l'entretenir d'un mode de guérison secret de la diphthérie qui aurait, assurait-il, d'après des témoignages authentiques, fait merveille parmi les malades diphthériques, à Glogau et dans les environs. La découverte est due au père de Rieger, un ancien berger. L'empereur aurait promis à son visiteur de lui fournir le moyen de faire expérimenter son remède à l'hôpital de la Charité, sous la surveillance des docteurs Koch et Bergmann. (Le *Temps*.)

COURS LIBRES

Hôpital Necker. — M. le Dr Rendu reprendra ses leçons cliniques le jeudi 8 janvier, à 10 heures du matin, et les continuera les jeudis suivants.

Hôpital Trousseau. — M. le professeur Lannelongue fait des conférences suivies d'exercices cliniques tous les mercredis, à 9 heures et demie du matin, à l'hôpital Trousseau, 89, rue de Charenton.

— Les Drs Lubet-Barbon et Alfred Martin commenceront un nouveau cours particulier sur les maladies des oreilles, du larynx et du nez, le jeudi 15 janvier, à 1 h. 1/2. La durée du cours sera de deux mois. Pour les renseignements, s'adresser à la Clinique, 19, rue des Grands-Augustins, les mardis, jeudis, samedis, de 1 h. à 5 heures.

AVIS

MM. les Abonnés de la France à la Gazette hebdomadaire et au Mercredi médical qui n'auraient pas renouvelé leur abonnement avant le 10 janvier prochain sont prévenus que, à moins d'ordre contraire, une quittance leur sera présentée à partir du 15 janvier, augmentee de 1 franc pour frais de recouvrement.

Un mandat collectif, *sans frais de présentation quand la somme atteindra 50 francs*, **sera présenté le 15 janvier à ceux de nos clients qui reçoivent en même temps plusieurs des recueils édités par la maison.**

CLINIQUE MÉDICALE

Hôpital Necker. — M. le Dr Rendu.

Rhino-bronchite spasmodique.

Nous avons depuis un mois dans le service un homme qui est entré à l'hôpital pour des accidents broncho-pulmonaires de nature spéciale. Cet homme, âgé de 29 ans, vigoureux et robuste, n'avait jamais été malade jusqu'en 1881. A cette époque, il contracta en Algérie des fièvres intermittentes à type tierce et, depuis lors, chaque année au mois de mai, il est pris de malaises plus ou moins fébriles qu'il rattache à cette origine malarienne, qui durent une dizaine de jours et qui consistent en phénomènes congestifs avec tendance au rhume de cerveau. L'an dernier, au mois de mai, il a eu une bronchite avec quelques crachats hémoptoïques qui a nécessité un séjour de 33 jours à l'hôpital.

L'affection actuelle remonte à deux mois : au commencement de mai, cet homme s'est jeté à l'eau pour sauver un enfant qui se noyait; il a ainsi contracté un rhume qui n'a pas cessé depuis ce moment; au bout de trois semaines, ce rhume a subi une aggravation, la toux est devenue quinteuse, le malade a été pris de points de côté et d'une fatigue générale.

Actuellement, il a une apparence congestive, ses yeux sont injectés, il a du larmoiement, une céphalée habituelle avec bouffissure de la face, phénomènes qui s'exagèrent à la suite de la toux. Celle-ci est fréquente, sans caractères spéciaux sauf une certaine tendance aux quintes, mais sans vomissements consécutifs. La voix est rauque; le malade se plaint de picotements dans la gorge.

Malgré ces troubles fonctionnels, il y a peu ou pas de signes physiques à l'examen du thorax; on ne trouve pas de signes d'emphysème; la respiration est seulement un peu affaiblie, mais sans modification du rhythme respiratoire, sans expiration sifflante; on n'entend que quelques râles sibilants disséminés avec prédominance en haut et à gauche.

En somme, il y a contradiction entre les troubles fonctionnels intenses et l'insignifiance des signes physiques. Avec cela, pas de phénomènes généraux, pas de fièvre.

Nous avons pensé tout d'abord à une trachéo-bronchite catarrhale et le malade a été soumis au traitement sulfureux (eau d'Enghien) et ioduré, ainsi qu'aux pulvérisations émollientes dans la gorge.

L'évolution de la maladie a été caractéristique. Au lieu de s'améliorer, les accidents ont subi une aggravation vers le 15 juin, c'est-à-dire six semaines environ après leur début, et alors sont survenus des symptômes de 3 ordres : 1° congestion oculo-nasale, caractérisée par de la rougeur conjonctivale avec tuméfaction des paupières, larmoiement et photophobie, des éternûments répétés, en série, mais avec sécrétion nasale peu abondante, perte de l'odorat et douleur au niveau des sinus frontaux; 2° congestion pharyngo-laryngée se traduisant par la rougeur de la gorge qui était dépouillée, granuleuse, par la raucité de la voix qui cependant était devenue moins voilée, enfin par une sensation de picotements survenant par intervalles au niveau de l'arrière-gorge; 3° toux spéciale avec sensation de dyspnée, de plénitude thoracique et de poids sur la poitrine.

Cette toux, qui mérite une mention particulière, avait le caractère coqueluchoïde, survenait par accès suivis de bouffissure de la face, avec injection et teinte violacée des téguments et douleurs de tête. Les quintes survenaient fréquemment, se répétaient environ deux fois par heure, étaient surtout fréquentes le soir et la nuit; elles n'étaient pas suivies de reprise sifflante, ne s'accompagnaient pas de vomissements, mais de nausées et parfois de pertes de connaissance dues à l'intensité des quintes; elles se jugeaient par l'expulsion de mucosités filantes. Comme au début, nous ne trouvions pas de signes stéthoscopiques.

En présence de ces symptômes, le malade fut soumis à un traitement calmant : teintures de belladone, d'aconit et de drosera, poudre de Dower.

Actuellement, le malade est amélioré; il a moins de bouffissure de la face, quoique les conjonctives et la gorge restent toujours rouges, les quintes sont plus rares et moins intenses, le sommeil est meilleur; néanmoins, le coryza et la toux quinteuse n'ont pas disparu.

Voyons quel diagnostic on doit porter en présence d'un cas pareil.

Ce n'est évidemment pas une bronchite simple.

Ce n'est pas non plus une bronchite symptomatique de tuberculose, malgré les hémoptysies de l'an dernier : celles-ci étaient dues à la violence des quintes et à la rupture des capillaires pharyngés et non à une lésion tuberculeuse, ainsi que le prouve l'absence d'antécédents tuberculeux et de signes actuels de tuberculose.

Le diagnostic pouvait hésiter avec les diverses affections spasmodiques des bronches : coqueluche, adénopathie trachéo-bronchique, toux quinteuse symptomatique de tumeurs du médiastin ou d'un anévrysme de l'aorte, etc.

Il y avait en effet de grandes analogies avec la coqueluche : la longueur de l'évolution, l'existence d'une période catarrhale puis d'une période convulsive, l'absence de signes stéthoscopiques, l'expectoration filante qui suivait les quintes, la prédominance nocturne des quintes; il n'y avait ni reprise sifflante ni vomissements, mais la reprise manque souvent chez les adultes et chez les vieillards, ce qui rend alors le diagnostic très difficile. Cependant la coqueluche n'était pas probable dans le cas actuel, pour deux raisons que voici : d'abord la prédominance extrême du coryza et du larmoiement, car la conjonctivite n'est pas dans les allures habituelles de la coqueluche, et lorsque le larmoiement existe il est la conséquence mécanique de la quinte, tandis qu'ici il s'agissait d'un phénomène constant, d'un symptôme précoce et indépendant des quintes; en second lieu, les conditions étiologiques n'étaient pas en faveur de la coqueluche, car la fille de notre malade a eu il y a 8 mois la coqueluche sans que celui-ci l'ait contractée et dès lors il était peu probable qu'il en fût atteint ultérieurement.

L'adénopathie trachéo-bronchique donne bien lieu à une toux quinteuse coqueluchoïde survenant sans phénomènes fébriles; mais elle ne s'accompagne pas de catarrhe oculo-nasal; de plus, elle se traduit par des signes stéthoscopiques spéciaux : râles bruyants dans la région sus-claviculaire, respiration rude et forte, parfois par du cornage; fréquemment il y a coexistence de ganglions cervicaux engorgés, on trouve de la submatité dans la région sous-claviculaire au voisinage du sternum, au niveau des ganglions bronchiques; enfin, elle se produit sous l'influence de conditions générales (strume, maladies infectieuses) qui faisaient défaut ici.

A plus forte raison, on ne pouvait admettre l'existence d'une tumeur du médiastin qui se traduit par une oppression habituelle et s'accompagne d'une altération de la santé générale.

Par exclusion, on arrivait au diagnostic de rhino-bronchite spasmodique.

Cette affection, encore connue sous les noms de hay-fever, d'asthme des foins, d'asthme d'été, a été signalée d'abord en Angleterre par Heberden, par Bostock (1819),

par Mackenzie (1851); en Allemagne, une enquête provoquée par Phœbus (1860) a fait connaître 58 observations; en France, Guéneau de Mussy en a donné une description en 1868, Herbert (1872) et mon ancien interne Leflaive (1887) ont consacré leurs thèses inaugurales à l'étude de cette affection.

Un caractère très important de la rhino-bronchite spasmodique est la périodicité de son apparition : elle revient tous les ans de mars à juillet avec les mêmes allures et chez les mêmes individus. La saison joue donc un grand rôle, mais les causes provocatrices diffèrent beaucoup suivant les malades.

Le tableau clinique est identique à celui que nous avons observé chez notre malade. Le début est marqué par un rhume de cerveau banal avec sécrétion et fluxion abondante, qui présente dès les premiers jours des allures spéciales : la fluxion nasale se produit d'une façon instantanée, sous l'influence des rayons du soleil, des odeurs, des poussières, d'un traumatisme. Le malade est alors pris d'éternuements qui se répètent avec une grande fréquence et qui s'appellent les uns les autres : parfois ils se reproduisent 15 ou 20 fois de suite; leur intensité ne dépend pas de l'abondance de la sécrétion nasale. Celle-ci est séreuse et plus ou moins abondante; quand elle devient épaisse, au bout de 5 à 6 semaines, la crise finit.

Les altérations de la conjonctive et celles de la muqueuse pituitaire sont presque toujours simultanées; il y a des picotements des paupières, du larmoiement, du boursouflement des paupières au moindre frottement et une congestion exagérée par les éternuements. En même temps, les malades se plaignent de céphalée et d'une photophobie parfois excessive.

A cela se bornent les manifestations de la première forme de rhino-bronchite spasmodique, qui comprend les cas, très fréquemment observés chez les arthritiques, de coryzas atténués et subits.

A côté de cette forme, il faut en placer une seconde dans laquelle prédominent les phénomènes thoraciques. Les symptômes commencent par le catarrhe oculo-nasal, et la gorge, puis la trachée se prennent ensuite, ou bien encore il y a d'emblée des signes de bronchite.

Ordinairement la bronchite se développe progressivement, comme dans la coqueluche : le malade éprouve du malaise, de l'oppression à exacerbation vespérale, de la céphalée, un point de côté, il a de la toux presque sans expectoration. C'est ce qui s'est produit d'emblée chez notre malade à cause d'une circonstance spéciale, l'immersion dans l'eau froide. Tantôt le malade a le facies d'un asthmatique, la respiration est sibilante et prolongée, tantôt il a des quintes de toux. Finalement, la toux devient grasse, catarrhale, ce qui indique la fin de la crise paroxystique qui dure environ deux mois.

C'est là le tableau qu'a présenté notre malade. Dans son histoire antérieure on trouve la succession des deux formes que je viens de vous indiquer : pendant les premières années, il a eu uniquement du coryza; depuis l'an dernier, la bronchite est apparue; actuellement, les phénomènes sont devenus plus intenses, mais les symptômes d'origine nasale existaient déjà longtemps avant que cet homme n'ait eu d'accès d'impaludisme.

Le seul point qui s'éloigne ici des faits classiques est l'absence de dyspnée à forme asthmatique, qui est remplacée par les quintes de toux coqueluchoïde.

Un point qui mérite également d'être signalé est l'état des urines. Ordinairement, dans la période d'état, elles diminuent de quantité et sont riches en urates et en acide urique; elles augmentent pendant la convalescence; elles sont toujours pigmentées et renferment de l'indican. Chez notre malade, nous avons observé de la polyurie avec albuminurie.

Comme dans toutes les observations connues, nous n'avons pas constaté de fièvre, mais une courbature énorme et de l'amaigrissement dû à ce que l'appétit est très diminué.

Le point intéressant de l'histoire de la rhino-bronchite spasmodique consiste en ceci, que c'est une bronchite diathésique.

Elle ne ressemble pourtant pas aux bronchites arthritiques franches. Celles-ci ont plusieurs caractères : elles sont tenaces, récidivent facilement, sont suivies de la persistance de râles, d'emphysème et de catarrhe plus ou moins sec, elles s'accompagnent souvent de quintes convulsives; rarement paroxystiques, elles n'ont pas de rapports intimes avec l'asthme, mais bien avec la congestion pulmonaire. La rhino-bronchite spasmodique, au contraire, a des rapports indubitables avec les asthmes, surtout les asthmes d'origine nasale (produits par la poussière d'ipéca, etc.), elle n'en a pas cependant avec l'asthme vrai. De plus, les bronchites diathésiques naissent en toutes saisons, sous des influences multiples. Ici, il y a une récidive annuelle au printemps, jamais en dehors de cette saison, et cette récidive a une évolution cyclique qui dure 5 à 6 semaines.

Malgré ces différences, la rhino-bronchite spasmodique a des ressemblances avec les bronchites diathésiques. Comme celles-ci, elle se voit dans des familles de goutteux, coïncide avec l'eczéma, la migraine, les hémorrhoïdes, le rhumatisme, la lithiase rénale, la lithiase biliaire, le diabète, ce qui explique pourquoi on l'observe rarement à l'hôpital. Il faut cependant remarquer que les accès de goutte franche alternent très rarement avec la rhino-bronchite.

Souvent il y a une disposition héréditaire au développement de la rhino-bronchite spasmodique : notre malade, qui avait avant 1887 des coryzas répétés, est le fils d'un homme qui a éternué toute sa vie.

Certaines races sont plus prédisposées que d'autres à cette maladie : aussi l'observe-t-on plus souvent chez les Anglais et les Américains que chez les Français. Il faut cependant remarquer que, même en France, les formes atténuées, caractérisées par du coryza à répétitions fréquentes et par du larmoiement, sont très communes.

Quant à la cause déterminante, elle est mal connue. Peut-être s'agit-il d'une imprégnation microbienne. On a pu accuser dans certains cas les poussières (blé, ipéca, etc.), les gaz irritants, la chaleur et la congestion de la muqueuse. Le pollen des plantes agit, mais ce n'est certainement pas la cause exclusive de la maladie. La lumière suffit souvent à elle seule. A ces diverses causes, il faut ajouter les causes morales, telles que les émotions, les fatigues, le surmenage, peut-être le refroidissement.

En réalité, on ignore la nature véritable de la maladie et on ne saurait répondre aux deux questions suivantes qui résument les hypothèses plausibles : Est-ce une manifestation diathésique comme l'accès de goutte, évoluant au printemps ou à l'automne? S'agit-il d'un microbe à développement estival et à vie passagère?

Dans le traitement de cette singulière maladie, on doit se proposer d'agir sur la névrose et de supprimer le réflexe.

Autrefois, on admettait qu'il s'agissait d'une forme de bronchite inflammatoire et on avait recours à la saignée, aux sangsues, aux vésicatoires. Ce traitement est abandonné aujourd'hui, sauf dans des cas très graves et rares.

Pour calmer le réflexe nasal, on peut avoir recours aux poudres absorbantes ou à la cocaïne; on a encore proposé les cautérisations des cornets (Hack), et l'emploi du camphre phéniqué au 1/3 (Robinson).

Pour calmer le réflexe pharyngien, on pratiquera des cautérisations, des attouchements à la cocaïne, etc.

Contre la toux trachéale, on emploiera la belladone, l'aconit, le drosera, la poudre de Dower.

L'iodure de potassium, qui est si efficace contre l'asthme, n'a qu'une valeur médiocre dans la rhino-bronchite.

Contre les phénomènes généraux, et en raison de la périodicité des accidents, on a eu recours à la quinine, qui est également antiparasitaire, mais ce traitement a donné peu de succès.

L'hydrothérapie réussit parfois, mais pour enrayer les accidents son emploi doit en précéder l'apparition.

Le pronostic de l'accès est bénin, mais les récidives se produisent fatalement.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Chirurgie intra-crânienne.

A sa réunion annuelle de 1890, l'*Association médicale de l'état de New-York* avait mis à l'étude, au sujet des lésions intra-crâniennes, les cinq questions suivantes :

1° Moyens actuels de localiser les lésions intra-crâniennes ;
2° Nature des principales lésions intra-crâniennes (hémorrhagies, tumeurs, etc.), et leur diagnostic ;
3° Indications et contre-indications de l'intervention opératoire ;
4° Du meilleur mode opératoire ;
5° Résultats immédiats et éloignés de l'opération.

Les 3 dernières de ces questions, qui sont du domaine plus particulier de la chirurgie, ont été soigneusement étudiées par W. Keen, qui a ouvert la discussion.

Contenu dans une enveloppe osseuse, plus close que celle de tout autre organe, le cerveau ne peut échapper à un excès de pression intra-crânienne, et cette pression, avant d'avoir vaincu la résistance du crâne, a agi sur le cerveau au point de le priver de ses fonctions et même d'entraîner la mort. Toutefois, il faut tenir compte de la rapidité de cette augmentation de pression : une hémorrhagie méningée, de l'hydrocéphalie aiguë, déterminent le coma et la mort, tandis que l'hydrocéphalie chronique, et parfois les tumeurs, se développent lentement, et le cerveau s'y accoutume ; si le patient est jeune, les os peuvent céder, et l'issue fatale se trouve longtemps retardée.

Outre les troubles « de compression », il est des troubles « fonctionnels », résultat probable d'altérations microscopiques encore inconnues.

Au point de vue de l'intervention, on peut donc établir deux catégories de faits, selon qu'on note des symptômes de compression ou des symptômes qu'à défaut de terme meilleur, on peut désigner sous le nom de fonctionnels.

La première classe comprend les abcès, tumeurs, effusions, hémorrhagies, les fractures avec enfoncement ; les coups de feu, les plaies, les lacérations du cerveau contusionnent l'organe, et se traduisent par nombre de signes semblables à ceux que détermine l'augmentation de pression.

Dans la deuxième classe se groupent l'épilepsie traumatique — s'accompagnant souvent de lésions cérébrales ; l'épilepsie vraie — sans lésions apparentes ; les céphalalgies invétérées, la folie, et divers troubles influant sur le développement de l'intelligence ou du corps.

Des symptômes, les uns sont dus à l'augmentation de pression, cause générale qui n'est elle-même qu'une conséquence commune à plusieurs affections. L'excès de pression endocrânienne entraîne du côté de l'intelligence, de la motilité, de la sensibilité, de la vision, des troubles connus, et sur lesquels W. Keen insiste à nouveau.

A ces phénomènes viennent se joindre d'autres signes particuliers à la lésion : si c'est une tumeur, des vomissements « cérébraux », des céphalalgies, des convulsions ; dans les abcès, une température anormale, des vomissements cérébraux, et on constatera souvent que le patient est atteint d'otite moyenne, qu'il a fait une chute ou a subi un traumatisme ; si c'est une hémorrhagie, on trouve dans l'histoire du malade un traumatisme, suivi d'un intervalle de lucidité après lequel s'est établi le coma, — tandis que dans l'apoplexie, l'âge, l'athérome artériel, l'absence de traumatisme guideront le diagnostic.

Enfin parfois s'observent des signes qui permettent de localiser l'affection.

Lorsqu'il n'existe que des troubles fonctionnels, pour qu'on soit autorisé à intervenir, diverses conditions doivent être réunies : la maladie compromet la vie, le développement du corps ou de l'intelligence, ou bien, peut entraîner de pénibles infirmités ; tous les moyens médicaux ont été épuisés, et on n'a plus rien à en attendre ; enfin, le danger de mort par suite de l'opération ne doit pas être tel qu'on ne puisse en courir le risque, dans l'espoir d'un grand soulagement.

En chacune de ces classes, il est souvent des faits dans lesquels le diagnostic est douteux : toutefois l'imminence du danger, la certitude d'un résultat fatal si on n'intervient pas, commandent le trépan explorateur, quitte à compléter l'opération si elle est possible ; les conditions sont assurément plus mauvaises que dans une laparotomie exploratrice qui permet l'examen de l'abdomen tout entier : ici l'exploration est limitée : aussi, autant que possible, ne la doit-on pratiquer que lorsque le siège de la lésion aura été déterminé d'une manière probable.

Lors d'une trépanation, le premier soin est de raser entièrement la tête, et examiner avec soin toutes les cicatrices du cuir chevelu : ce n'est point toujours sous la cicatrice la plus apparente que siège la lésion, et en cas de cicatrices multiples on est parfois obligé d'appliquer sur plusieurs d'entre elles des couronnes de trépan avant de trouver le point malade du cerveau : une observation longuement rapportée par W. Keen est particulièrement instructive à cet égard.

Le sublimé au 1/1000e sera réservé aux parties extra-cérébrales : l'eau bouillie sera exclusivement employée lorsque le cerveau aura été découvert.

La position demi-assise durant l'opération diminue les chances d'hémorrhagie qu'on arrêtera, si elle se produit, à l'aide de pinces ou avec de l'eau chaude : et ici il faut éviter un excès. Keen croit devoir attribuer des troubles cérébraux mortels chez un de ses malades à l'emploi d'eau trop chaude : la température de 50° ne doit pas être dépassée. — L'hémorrhagie du sinus longitudinal supérieur ou du sinus latéral est toujours alarmante : et lors de la blessure accidentelle d'un de ces vaisseaux, l'hémostase est des plus difficiles. La ligature est un moyen plus sûr que les pinces à demeure ou que la compression à l'aide de gaze. — Horsley, chez un malade atteint d'un anévrysme de la base du crâne comprimant les nerfs optiques, a enlevé une large portion du frontal et la portion squameuse du temporal, et a lié le sinus : relevant ensuite le lobe frontal, il s'est créé accès jusqu'à l'anévrysme, confirmant ainsi son diagnostic : le patient, auquel on avait précédemment lié les 2 carotides, a guéri de l'opération : l'avenir montrera s'il guérira de son anévrysme.

Le drainage est inutile : chez ce dernier malade, Horsley ne l'a point employé.

Le choc est, avec l'hémorrhagie, le plus redoutable danger de la trépanation : pour l'éviter il faut agir vite. Pour se créer rapidement une voie suffisante, W. Keen emploie des couronnes de un pouce et demi de diamètre : les couronnes de 2 pouces sont difficilement maniables.

Les résultats opératoires sont encourageants. Pour les abcès, pas de doute possible : s'abtenir est une faute, et l'opération a déjà sauvé maint malade. De même pour les tumeurs : chaque malade qui guérit est un patient sauvé d'une mort certaine, et des opérés sont encore vivants après plusieurs années. Malheureusement, la séméiologie des tumeurs est encore incomplète : le siège, le volume, le nombre, les autres caractères des tumeurs ou des lésions intra-crâniennes sont encore très difficiles sinon impossibles à établir.

Les tumeurs du cervelet ne peuvent être enlevées avec sécurité : un petit nombre seulement ont été opérées, et le résultat a toujours été fatal.

Le quart des malades épileptiques opérés a guéri, la plupart ont été améliorés, aucun n'a retiré dommage de l'intervention.

On a objecté que lorsque l'on enlevait du tissu cérébral malade, il en résultait une paralysie : mais cette paralysie, alors même qu'on a excisé un centre moteur, est temporaire.

L'hémorrhagie intra-crânienne par rupture de la méningée moyenne est mortelle : l'opération, bien qu'elle ait souvent

échoué, a cependant donné quelques brillants résultats, qui autorisent à la pratiquer dans presque tous les cas.

Des céphalalgies invétérées, ayant résisté à tous les moyens, ont été radicalement guéries. Dans les cas de folie consécutive aux traumatismes, l'opération est légitime, ainsi que dans les cas d'arrêt de développement, de microcéphalie, de paralysie générale.

M. J. Putnam confirme, d'après ses observations, la valeur du symptôme paralysie localisée, indice de lésion corticale elle aussi localisée, tandis que les spasmes localisés peuvent reconnaître pour cause des lésions distantes du centre de l'organe atteint.

Les zones corticales correspondant aux mouvements particulièrement spécialisés, ceux de la main par exemple, ont une irritabilité plus grande et peuvent être influencées par des lésions éloignées : ainsi, une paralysie ou des spasmes des muscles de l'épaule, indiquent une lésion de la zone corticale correspondante, plus sûrement que des troubles de même nature, spasmes surtout, observés à la main, n'indiquent une lésion du centre de la main. Peut-être même, en général, pourrait-on admettre que le spasme des extenseurs et la paralysie des fléchisseurs sont de valeur plus grande au sujet des localisations, que les troubles inverses.

Les phénomènes initiaux des tumeurs cérébrales, en particulier les signes moteurs, ont été souvent d'excellents guides, mais ils ont été parfois cause d'erreur. Et *Charles K. Mills* rappelle que dans tous les cas de spasme localisé, d'origine réflexe, urémique, toxique ou hystérique, le spasme se présente avec un signe initial dans les membres ou la face : cela indique seulement que le centre qui préside à ces mouvements a été excité, mais il serait imprudent d'opérer sur une telle indication. Il en est de même pour la déviation conjuguée de la tête et des yeux qui a donné lieu à des erreurs de localisation. Les signes moteurs consécutifs à des hémorrhagies ou des abcès résultent souvent de la diffusion des lésions vers les centres moteurs : isolés, ou associés à des troubles sensoriels ou autres, ils ont pu décider une opération, sans conduire le chirurgien au siège de la lésion.

Lorsque existe un corps étranger, dans les coups de feu par exemple, *John B. Roberts* conseille la trépanation exploratrice, moins pour retirer le corps étranger que pour établir le drainage : il recommande également de rendre aseptiques le nez, le pharynx, etc., lors d'une fracture du crâne, pour éviter les abcès à l'intérieur du crâne. — Alors même qu'il n'y a point de maladie évidente de l'oreille, s'il existe des signes d'abcès du cerveau, il faut d'abord ouvrir l'apophyse mastoïde : si l'on y trouve du pus, le siège de l'abcès sera très probablement dans le lobe temporal : ce dont on pourra s'assurer par une trépanation exploratrice.

Ensuite a pris part à la discussion *Joseph D. Bryant* : il insiste sur les accidents, parfois très sérieux, consécutifs à des traumatismes qui paraissent devoir être insignifiants. Un traumatisme léger du cerveau, à la partie supérieure de la scissure de Rolando, peut déterminer une désorganisation cérébrale suffisante pour comprendre les centres moteurs voisins, sans cependant causer de troubles généraux graves. Des complications étendues et fatales se constituent souvent à une distance considérable du siège d'une lésion du crâne, bénigne en apparence. Pour Bryant, quand la paralysie des centres moteurs suit un traumatisme banal de la tête, il y a lieu de trépaner au niveau de la zone supposée atteinte, ne fût-ce que comme exploration. Quant à l'ablation de caillot comprimant le cerveau, elle n'est point nécessairement suivie de la disparition des symptômes de compression ; et si le cerveau ne reprend pas rapidement sa situation normale dans le crâne, la mort s'ensuit.

M. Thomas H. Manley fait également remarquer qu'il n'y a point de relation obligée entre les lésions du crâne et celles du cerveau : le cerveau pouvant être très fortement atteint dans un crâne sans lésions, ou inversement. Un hématome de volume modéré se résorbe rapidement, et, en ces cas, Manley estime la trépanation inutile, illogique et dangereuse.

Maubrac.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 6 janvier 1891.

Présidence de MM. Moutard-Martin et Tarnier.

MM. Hanriot et *Galezowski* se portent candidats à la place déclarée vacante dans la section de physique et chimie médicales.

Installation du Bureau pour 1891.

Les discours d'installation du bureau sont prononcés par *M. Moutard-Martin*, président sortant, et par *M. Tarnier*, président pour 1891.

Décès de M. Baillarger.

M. François-Franck donne lecture du discours qu'il a prononcé aux obsèques de M. Baillarger.

La séance est aussitôt après levée en signe de deuil.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 31 décembre 1890

Présidence de M. Horteloup.

Hémorrhagie de la méningée moyenne.

M. Routier fait un rapport sur une observation adressée par **M. Claudot**. Un chasseur à cheval reçut le 13 mars 1890 un coup de pied de cheval à la tempe droite. Il tomba comme une masse, mais reprit connaissance au bout de 2 à 3 minutes et put faire quelques pas. Il avait une plaie qui saignait beaucoup et le sang paraissait venir, pour une bonne part, de la profondeur de la face interne du crâne fissuré. M. Claudot débrida la plaie, enleva un fragment osseux enfoncé, portant le sillon de la méningée moyenne, et constata que le sang venait de l'angle inférieur de la fracture. Il ne put voir de jet et tamponna à la gaze iodoformée. Le sujet eut un peu de dysurie, quelques vomissements, mais il guérit aisément en 37 jours.

M. Claudot rapproche ce fait de celui que M. Routier a communiqué à l'Académie de médecine (voy. *Mercredi*, 1890, n° 22, p. 259). Mais il en diffère notablement, dit M. Routier, qui a trépané sans qu'il y eût de plaie, pour le cas typique avec coma et hémiplégie secondaire. Mais, dans un cas comme dans l'autre, la trépanation et le tamponnement ont sauvé la vie des blessés.

Prolapsus rectal.

M. G. Marchant. — J'ai pratiqué la rectopexie inférieure de M. Verneuil avec quelques modifications indiquées par le cas particulier, et je désire étudier ces indications.

Mon sujet est un homme de 45 ans, vigoureux, atteint d'un prolapsus total, long de 10 centim., ne sortant que par les efforts de défécation, facile à réduire. Le rectum ne portant ni tumeur ni rétrécissement, je repoussai l'idée d'excision ; le sphincter et le périnée étant solides, je ne crus pas indiquées les périnéorrhaphies de Duret, de Schwartz. Je songeai donc à rétablir les moyens de suspension, et je me décidai pour la rectopexie de Verneuil, car je pense que la colopexie de Jeannel doit être réservée aux cas graves. Je mis le rectum à nu, exactement comme fait M. Verneuil (voy. *Gazette*, 1889, p. 812) et je constatai alors (le prolapsus étant réduit) qu'il était fort long et bombait dans la plaie. En sorte que je le raccourcis par trois plissés transversaux en étage, avivés par grattement et suturés au catgut : c'est, en somme, ce qu'a fait Lange pour rétrécir le rectum par un plissé longitudinal. Cela fait, je grattai la face antérieure du coccyx et je suturai à cette face, par un fil perdu, le rectum remonté aussi haut que possible. Puis je terminai exactement comme M. Verneuil. Le résultat a été bon, quoiqu'il y ait eu un peu de suppuration et que j'aie dû retirer les deux points de suture inférieure. Je n'avais pas drainé. Mon malade est sorti le 1er novembre, 4 mois 1/2 après l'opération ; son prolapsus ne s'est pas reproduit, mais je sais que Ch. Nélaton a observé une récidive au 6e mois : je me garderai donc de dire que le résultat est définitif. Je crois seulement que mes deux petites modifications au procédé de Verneuil méritent d'être étudiées.

M. Berger. — Je serai plus optimiste que M. Marchant, dont j'ai suivi le malade pendant plusieurs semaines. Après la résection, j'admets la récidive tardive, car la cause n'est pas supprimée. Mais dans la rectopexie inférieure, les adhé-

rences doivent, à mon sens, céder vite ou pas du tout. Je crois les deux modifications de M. Marchant très heureuses.

Chirurgie hépatique.

M. Terrillon relate neuf observations de chirurgie hépatique, dont une a déjà été communiquée à l'*Académie* et rapportée par M. Polaillon il y a cinq ans (cholécystotomie, extraction du calcul; guérison sans fistule, voyez *Gazette* 1886, n° 50, p. 815); dont une autre sera rapportée devant la même compagnie par M. S. Duplay (Voy. *Mercredi*, 1890, n° 32 p. 396). Les sept inédites sont les suivantes :

1° Jeune femme qui, à la suite d'une violente attaque de péritonite périhépatique, s'aperçut de la présence d'une tumeur dans la région de la vésicule. Un an après, M. Terrillon retira par ponction 700 gram. de liquide légèrement bilieux. Il fit la *cholécystotomie*, trouva la vésicule remarquablement incrustée, la gratta en partie et la sutura à la peau. La malade a rapidement guéri.

2° Femme de 52 ans qui avait commencé à 30 ans à avoir des coliques, depuis 9 ans portait une tumeur biliaire et arriva à un état ictérique prononcé avec anémie grave. Il y a 7 mois, M. Terrillon l'opéra, après avoir vainement tenté de la ponctionner, car l'incrustation était telle que le trocart ne put pénétrer. La vésicule incisée contenait plus de 200 petits calculs; elle fut suturée à la paroi. Peu à peu le cours de la bile se rétablit, il est sorti par la fistule (aujourd'hui insignifiante) une cinquantaine de calculs et la malade a engraissé de 12 livres.

3° Cette observation est remarquable par le volume de la poche, qui contenait 3 litres de liquide de bile fortement muqueuse. Sans les antécédents nets de colique et d'ictère, on eût pu penser, objectivement, à un kyste hydatique. La vésicule une fois incisée, une sonde métallique fut enfoncée jusqu'à 25 centim., et là trouva un obstacle de consistance non calculeuse, de nature restée indéterminée. Après 6 semaines de fistule, la guérison a été complète

4° Dans ce dernier cas, la choléystectomie n'apporta à la malade, religieuse de 42 ans, qu'un soulagement temporaire. Le cholédoque était obstrué et l'opérée mourut d'épuisement.

5° Il s'agit ici d'une *cholécystectomie* simple, faite à une femme de 45 ans, dont la vésicule n'était nullement adhérente. Il y avait un petit calcul du canal cystique. Guérison datant de 13 mois.

Les deux observations suivantes ont trait à des *laparotomies exploratrices restées infructueuses*, l'une pour un petit abcès, l'autre pour une petite masse cancéreuse située au hile.

6° Un jeune homme de 26 ans reçut dans un duel un coup d'épée si léger, qu'il put sceller la réconciliation dans le déjeuner traditionnel. Pendant 21 jours il se promena sans aucune gêne, et à ce moment fut pris d'un violent frisson avec douleur dans la région hépatique; tout se calma, sauf la douleur. Puis le frisson revint 2 jours après et M. Terrillon fut appelé au 3e jour. Le seul symptôme étant à ce moment une douleur très vive à la pression, M. Terrillon s'abstint. Mais 48 heures après, 3e frisson; il put alors contater que l'épée avait fait un véritable trou dans la chemise de flanelle portée par le jeune homme au moment du combat. Il y avait donc, certainement, un abcès autour de ce corps étranger. L'abdomen fut ouvert, à deux doigts environ au-dessous de la cicatrice cutanée, mais la surface hépatique apparut normale. M. Terrillon fit alors cinq ponctions exploratrices infructueuses et se décida à recoudre la plaie. Le malade eut un nouveau frisson 3 jours après et il succomba. L'autopsie révéla un abcès gros comme le pouce à côté duquel l'aiguille avait passé.

7° En 1888 M. Terrillon fut appelé par M. Brouardel auprès d'un homme de 50 ans, subictérique, porteur d'une tumeur hépatique ressemblant à un kyste hydatique; mais la ponction donna issue à un liquide formé d'un mélange de sang et de bile. Laparotomie exploratrice, constatation d'une collection liquide, ponction donnant 300 gr. de liquide sanglant et bilieux. M. Terrillon conclut à une ectasie des voies biliaires et referma simplement simplement le ventre. Le soulagement fut considérable, mais le liquide se reproduisit et malgré une nouvelle ponction le malade mourut. A l'autopsie, petite masse cancéreuse au hile.

M. Tuffier présente un malade auquel il a fait la *cure radicale d'une hernie du poumon*.

M. Reynier montre des pièces de *salpingite* à propos desquelles il combat l'ouverture par la voie vaginale.

A. Broca.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 22 decembre 1890.

Action physiologique de la morphine chez le chat.

M. L. Guinard. — Dans le cours de mes recherches sur l'anesthésie des petits animaux, j'ai été amené à étudier l'action de la morphine chez le chat. Cette action, que l'on pourrait croire semblable à celle que l'on observe ordinairement chez le chien, est bien différente et ne se manifeste jamais par le sommeil et la prostration narcotique. Elle est toujours caractérisée, au contraire, par une excitation remarquable, proportionnelle en intensité avec la dose du médicament, excitation accompagnée de désordres évidents dans les fonctions du cerveau et se terminant, si la dose est trop forte, par une période de convulsions qui se continue jusqu'à la mort du sujet.

J'ai fait dix-neuf expériences sur des sujets différents, auxquels la morphine a été administrée, par la voie hypodermique ou la voie veineuse, à des doses variant de 0 gr. 0004 à 0 gr. 09 par kilogramme d'animal, et, dans toutes ces expériences, je n'ai jamais rencontré un seul chat présentant le moindre signe de stupeur morphinique.

Voici d'ailleurs, en résumé, les résultats auxquels je suis arrivé :

1° La morphine est toujours, et à quelque dose que ce soit, un excitant et un convulsif énergique pour les chats;

2° Elle a, cependant, une action telle sur ces animaux que les centres nerveux, bien qu'excités à l'excès, sont comme ébranlés et affaiblis, et cèdent beaucoup plus facilement à l'action des anesthésiques;

3° Ces effets d'excitation remarquables, constatés chez un animal très nerveux, pourraient être rapprochés des phénomènes de même ordre, observés dans l'espèce humaine, particulièrement chez les femmes, où on rencontre quelquefois des sujets pour lesquels la morphine n'est jamais un calmant.

M. Milne-Edwards — En vue de pratiquer certaines opérations chez les grands fauves de la ménagerie du Muséum (lions, tigres et panthères), j'ai essayé l'action de la morphine sur les chats; je n'ai jamais pu obtenir l'anesthésie, soit que j'aie fait ingérer cette substance avec les aliments, soit que je l'aie employée en injections sous-cutanées. Les tigres et les lions sont également réfractaires à l'action stupéfiante de la morphine.

De l'action excitatrice et inhibitoire du nerf en dessèchement sur le muscle.

M. N. Wedensky. — Le nerf moteur, soumis à la dessiccation lente, commence, après un certain temps, à exciter son muscle. Les phénomènes musculaires, provoqués par ce procédé, peuvent être répartis dans les trois stades suivants:

Premier stade. — Le muscle produit d'abord des secousses faibles et rares, puis plus fortes et plus fréquentes ;

Deuxième stade. — Le muscle entre en tétanos permanent, de forte intensité;

Troisième stade. — La contraction tétanique devient de plus en plus faible et bientôt le muscle se relâche presque complètement.

Les explications que l'on a données de ce troisième stade, si probables et plausibles qu'elles puissent être, ne répondent pas à la réalité. En effet, d'une part, le nerf desséché envoie encore au muscle, dans ce troisième stade, des impulsions même *plus fortes* que celles que le muscle recevait dans le deuxième stade, et, d'autre part, le muscle est loin d'avoir perdu, à ce moment, sa contractilité. Si donc, malgré tout cela, il ne se contracte pas, cela tient à ce qu'il tombe alors dans un état particulier, notamment dans un état d'arrêt. Cette interprétation m'a été suggérée par mes recherches précédentes sur le tétanos électrique. Elle est aujourd'hui

confirmée par les expériences entreprises, sur mes conseils, par M. K. Saint-Hilaire, étudiant à l'Université de Saint-Pétersbourg, dont les recherches me permettent de formuler dès maintenant la proposition suivante : *Le dessèchement du nerf, tout aussi bien que le courant interrompu, suivant son intensité, agit sur le muscle de deux façons : il le stimule et provoque une contraction, ou bien il déprime son excitabilité et provoque son relâchement.*

Ces expériences peuvent d'ailleurs être facilement vérifiées. Si le dessèchement du nerf arrive à produire un tétanos violent, il produira aussi des phénomènes d'inhibition. Mais, pour que les expériences réussissent, il faut éviter de se servir de grenouilles épuisées par une captivité prolongée.

ÉTRANGER

LE TRAITEMENT DE KOCH

La méthode de Koch en Allemagne.

M. Sonnenburg (Berlin) (1). — Koch, dans sa communication, a appelé l'attention sur les services que paraissaient rendre à sa méthode les procédés chirurgicaux nouveaux. Dans nombre de cas la mortification qui suit l'usage des injections ne peut être éliminée que par l'intervention chirurgicale. Le Dr Sonnenburg n'a pas hésité à appliquer aux poumons les procédés employés pour l'évidement des foyers osseux ou articulaires, et il a pratiqué dans trois cas de phthisie avancée la pneumotomie avant d'utiliser les injections de Koch. L'auteur aborde le poumon par le premier espace intercostal, dans le cas de cavernes du sommet. Des recherches nombreuses lui ont permis de constater que c'est à ce niveau que les adhérences pleuro-pulmonaires de la tuberculose étaient le plus constantes. Il incise l'espace au-dessous de la clavicule, à partir de la poignée du sternum jusqu'aux fibres du petit pectoral et résèque au besoin, si le jour n'est pas suffisant, toute la partie de la première côte qui déborde la clavicule. Il n'y a en aucun cas de danger de rencontrer les gros vaisseaux. Lorsque les parties molles ont été sectionnées et largement réclinées, on fend la coque pleuro-pulmonaire avec le thermo-cautère chauffé au rouge sombre et on incise en plein parenchyme jusqu'aux cavernes. Il s'écoule bientôt par la plaie une quantité plus ou moins considérable de liquide muco-purulent. Le foyer ainsi mis à jour est tamponné avec de l'iodoforme, de l'ouate stérilisée et le pansement est renouvelé de temps à autre. L'auteur n'a jamais eu d'accidents opératoires, de suppurations diffuses ni d'hémorrhagies. Une seule fois, le poumon étant libre d'adhérences, il se produisit un pneumothorax partiel qui guérit rapidement.

Après l'opération les malades reçurent l'injection de Koch. Au bout de 15 jours et après augmentation progressive des doses, la plaie pulmonaire présentait un aspect granuleux de bonne nature.

Les injections sont cependant de date trop récente pour que l'on puisse conclure.

M. Hahn (Berlin) (2). — Rien de spécial à signaler dans la communication de l'auteur.

Dans la plupart des cas il s'agissait de tuberculoses chirurgicales. La valeur diagnostique du médicament n'a pas été en défaut. Sa valeur curative a semblé manifeste dans certains cas de mal de Pott et dans des ostéopathies tuberculeuses contre lesquelles tout autre traitement avait échoué. Il semblerait que le médicament est surtout actif dans les lésions fistuleuses ou déjà traitées chirurgicalement, c'est-à-dire dans celles dont le foyer est accessible et ouvert.

M. Leichtenstern (Cologne) (3). — L'auteur fait une étude détaillée des phénomènes de la réaction et distingue plusieurs types : continu, retardé, décroissant, etc. Il pense que les nombreux cas signalés d'injections sans résultats s'expliquent par ce fait que tel tuberculeux qui réagirait à cinq milligrammes, n'est plus en état de réagir lorsque l'on est arrivé à cette dose en débutant par des doses tout à fait minimes. Ainsi donc, lorsqu'un malade ne présente pas de phénomènes réactionnels après des injections de deux, trois millig., etc., il faut interrompre les injections, attendre quelques jours, puis recommencer avec une dose plus active. Malgré tout, certains phthisiques ne réagissent pas, et ce sont surtout les phthisiques porteurs de lésions étendues.

Parmi les symptômes d'amélioration observés, le plus constant semble avoir été l'augmentation de poids.

M. Schmidt (Stettin) (1). — L'auteur n'a inoculé que des tuberculeux, qui ont tous réagi. Dans un cas, le malade atteint de lésions articulaires était dans un état général mauvais. Des injections de deux, puis quatre milligrammes restèrent sans résultats ; enfin les phénomènes réactionnels apparurent à 6 millig. Mais le malade succomba rapidement avec des accidents cérébraux. A l'autopsie on trouva une hémorrhagie étendue des méninges de la convexité ainsi que de la substance cérébrale. La médication doit-elle être incriminée ?

M. F. Schultze (Bonn) (2). — Les expériences sont ici de date récente. Il n'y a donc pas encore à parler d'effets curatifs (quand donc enfin en parlera-t-on ?).

L'auteur admet la valeur diagnostique du médicament ; il a remarqué aussi que les tuberculeux au début réagissaient plus vivement que les phthisiques avancés. Les phénomènes locaux ont été assez analogues à ceux déjà observés. Dans un cas la réaction générale a reparu, extrêmement violente, et à une dose minime, après une longue série d'injections.

Dans deux cas de pleurésie aiguë, réaction générale marquée, réaction locale nulle.

L'auteur n'a pas noté d'accidents, si ce n'est quelques érythèmes, une dépression nerveuse extrême, des douleurs dans les membres, etc.

M. Schwimmer (Budapest) (3). — Dans les cas de lupus vulgaire, réaction générale et locale toujours manifestes. Mais la résorption signalée au niveau des points atteints n'a jamais porté que sur les tubercules faisant saillie. Les granulations tuberculeuses intra-dermiques sont restées intactes. Il semblerait donc que l'action du remède n'est pas profonde. Les modifications superficielles ont été prises jusqu'ici pour des guérisons par des auteurs enthousiastes. Leurs constatations sont donc insuffisantes.

Incidemment l'auteur fait remarquer l'analogie de la réaction dans les cas de tuberculose cutanée et dans ceux de lupus. Evidemment il faut se décider à admettre la similitude d'origine des deux affections.

Le lupus érythémateux a présenté une égale sensibilité à la réaction générale sans modifications locales. Ici, pour l'auteur, la nature de l'affection reste donc en suspens.

Dans plusieurs cas de psoriasis, de syphilis la réaction générale a été manifeste, la réaction locale nulle.

M. Israël (4). — L'auteur a rapporté récemment les résultats d'un examen histologique pratiqué par lui chez une malade traitée par la méthode de Koch. Celle-ci, au bout de cinq semaines de traitement, ne réagissait plus aux injections ; c'est à ce moment que le chirurgien avait enlevé des tissus sphacélés au pourtour d'une articulation tuberculeuse. L'examen bactériologique avait montré que ces tissus contenaient encore des bacilles, ce qui n'était d'ailleurs pas contraire aux faits annoncés par Koch. Il s'agissait de savoir si ces bacilles avaient conservé toute leur virulence. Une injection faite le 22 novembre dans l'œil d'un lapin a été suivie des manifestations typiques de la tuberculose. On peut donc admettre que les tissus sphacélés restent infectieux au premier chef.

Le Dr Israël termine cette communication en proposant une modification intéressante à la technique bactériologique en usage pour la coloration des bacilles de Koch. Cette modification a pour but de rendre l'examen histologique plus fructueux et de faire apparaître notamment plus nettement les figures karyokinétiques dans les cellules. Elle consiste à colorer les coupes à l'hématoxyline avant d'employer la fuchsine.

(1) *Deutsch. medic. Wochenschr.*, 1er janvier, p. 21.
(2) *Deut. medic. Wochensch.*, 1er janvier, p. 27.
(3) *Société médicale de Cologne*, 22 décembre 1890.

(1) *Deut. medic. Wochensch.*, 1er janvier, p. 35.
(2) *Deuts. medic. Woch.*, 1er janvier, p. 25.
(3) *Deuts. medic. Woch.*, 1er janvier, p. 37.
(4) *Société des médecins de la Charité*, 18 décembre 1890.

L'auteur procède de la façon suivante :

1) Hématoxyline de Bœhmer (1 à 2 minutes), puis lavage à l'eau distillée.
2) Solution de Ziehl (3 à 5 minutes).
3) Solution de Lugol (1 minute au plus).
3) Huile d'aniline jusqu'à décoloration, puis xylol et baume.

M. Browez (1) également a examiné au microscope des tissus tuberculeux ayant subi l'action de la lymphe. Il a constaté des ulcérations qui se distinguent du processus de nécrose par divers caractères :

1) Par l'existence, en de certains points, de toutes les lésions de l'inflammation typique ;

2) Par l'apparition possible de foyers hémorrhagiques, type extrême de l'inflammation ;

3) Par la production de la suppuration dans les tissus tuberculeux, laquelle n'est elle-même que secondaire à l'inflammation et diffère par cela de la nécrose primitive.

L'infection bacillaire n'étant pas tarie du fait des injections, on peut craindre, pour les organes non accessibles au chirurgien, soit une réinfection de proche en proche, soit une généralisation de l'infection. Il semble donc nécessaire, dans le cas de lésions internes, pulmonaires par exemple, de ne procéder aux injections que par faibles doses et à intervalles éloignés, pour permettre aux tissus sphacélés de se résorber avant de devenir une source d'infection pour les parties voisines.

La méthode de Koch en Amérique.

A New-York les injections de lymphe de Koch ont commencé le 10 décembre dans plusieurs hôpitaux ; à Philadelphie et dans quelques autres villes, elles ont commencé à peu près à la même époque. Les médecins américains accueillent en général la découverte de Koch avec une grande réserve, qui aurait certainement beaucoup mieux convenu à certaine nation de la vieille Europe que son enthousiasme si bruyant et si différent de son calme habituel. On considère en Amérique que les faits connus sont très suggestifs et très intéressants, mais que rien ne prouve encore qu'on soit en présence d'un véritable agent curateur de la tuberculose : telle est l'opinion que l'on croit pouvoir déduire des faits nombreux publiés en Europe, examinés sans parti pris et avec toute l'indépendance que permet la situation du Nouveau-Monde. Quant aux faits observés en Amérique même et aux résultats obtenus par les injections de lymphe de Koch, celles-ci sont encore trop récentes pour permettre des conclusions quelconques au point de vue de l'efficacité thérapeutique de la méthode. On a constaté dans la tuberculose cutanée la réaction locale si curieuse qui a hypnotisé tant d'Européens ; on a également dans les tuberculoses ganglionnaires et osseuses observé des modifications rapides et considérables ; l'auscultation a révélé des transformations dans les lésions pulmonaires ; enfin on a vu la réaction générale se produire avec une intensité variable suivant les cas et les doses injectées ; mais tout cela dans les limites et sous les formes déjà signalées bien des fois.

Les doses injectées ont été généralement faibles, et même dans les cas de tuberculose externe on n'a pas dépassé à la première injection 1 milligramme chez l'adulte et 1/2 milligramme chez l'enfant ; quelquefois même les doses ont été plus faibles. Il y a loin de là aux doses employées en Allemagne et en Angleterre.

Quelques faits méritent une mention particulière.

Un malade atteint de tuberculose de la prostate (service de M. Kinnicut à l'hôpital Saint-Luc de New-York) fut pris à la suite des injections de douleurs intenses dans la région vésicale, avec grande irritabilité de la vessie ; l'albuminurie qui existait à un faible degré devint sensiblement plus intense après l'injection.

A l'hôpital du Mont-Sinaï, un homme atteint de sarcomes multiples avec adénopathies inguinales, axillaires, cervicales et médiastines, présenta à la suite des injections une réaction générale nette et des phénomènes de réaction locale (douleurs et tuméfaction des ganglions).

M. A. Jacobi a fait à une jeune fille de 19 ans atteinte de méningite tuberculeuse deux injections de lymphe de Koch : la première, de 1/2 milligramme, fut suivie d'une accélération du pouls et d'une très minime élévation de température, sans modification nette dans l'état comateux ni dans les mouvements convulsifs des membres ; après la deuxième injection, de 1 milligramme, les mouvements convulsifs furent beaucoup plus prononcés et devinrent presque continus, la malade mourut 21 heures après cette injection.

Ce fait ne saurait, pas plus que ceux déjà connus de mort à la suite d'injections de lymphe chez des sujets atteints de méningite, être mis au passif de la méthode de Koch : la responsabilité en revient uniquement aux médecins qui ne craignent pas, malgré les avertissements antérieurs, de précipiter la fin des malades et de leur donner, pour ainsi dire, le coup de grâce. On se demande comment des médecins peuvent réclamer avec insistance de leurs collègues des cas de méningite tuberculeuse pour y essayer l'effet des injections de lymphe de Koch : un neurologiste de Philadelphie, M. Hamilton, a cependant fait remettre au Dr Gibney une certaine quantité de lymphe en le priant de l'essayer chez des sujets atteints de méningite. Ce fait paraît isolé.

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE DE BERLIN

Séance du 22 décembre 1890.

Paralysie de Landry.

M. Klebs. — La paralysie de Landry-Kussmaul compte parmi les affections qu'on attribue, en se basant sur les travaux de Westphal, aux processus toxiques. Les travaux récents ont pu seulement démontrer que la paralysie de Landry s'observe souvent après les maladies infectieuses, telles que la fièvre typhoïde, la variole, le charbon, etc. ; pour toute une série d'autres cas, les causes étiologiques échappent, mais on peut supposer que dans ces cas encore il s'agit de processus toxiques.

A ces idées générales, un peu vagues, d'intoxication, on peut ajouter certaines données anatomiques qui permettront peut-être de mieux comprendre la nature exacte des troubles. Ainsi les troubles circulatoires dus dans ces cas à la thrombose et l'embolie ont dernièrement reçu une explication assez satisfaisante. Recklinghausen a démontré que dans une série de processus pathologiques il se forme des thromboses hyalines qui ne sont pas de nature embolique et ne peuvent être rangées dans la catégorie des thromboses marastiques. Or M. Klebs a attiré, déjà depuis un certain temps, l'attention sur ce fait que la thrombose hyaline s'observe dans les cas où les agents de coagulation du sang, les ferments du sang, sont mis en liberté, comme par exemple dans les brûlures étendues.

M. Klebs a observé les mêmes phénomènes dans la paralysie de Landry. Dans ce cas il s'agit de la thrombose hyaline localisée à un point circonscrit de la moelle, notamment dans les artères centrales, de sorte que les parties thrombosées se trouvent exclusivement au niveau de la racine des cornes grises. De chaque côté de l'épendyme on trouve des artères qui se portent vers la corne antérieure et qui sont thrombosées. Quant aux lésions secondaires qui se rattachent à la thrombose hyaline, on trouve des hémorrhagies dans le domaine des artères thrombosées ; les espaces péricellulaires, autour des cellules ganglionnaires, sont dilatés et remplis d'une substance fibrillaire coagulée renfermant un certain nombre de cellules avec des noyaux. Ces modifications sont provoquées par des processus de transsudation consécutifs à la thrombose.

Comment expliquer cette localisation de la thrombose qui permet de se rendre compte des phénomènes cliniques de la paralysie de Landry ?

M. Klebs fait intervenir un principe important pour expliquer les phénomènes circulatoires, principe qu'il appelle celui des artères concurrentes. Les cornes grises antérieures reçoivent du sang de deux côtés, des artères centrales d'une part, des artères radiculaires de l'autre ; les premières proviennent de l'artère spinale antérieure ; les secondes, plus petites, proviennent des branches postérieures des intercostales et se trouvent par conséquent en rapports très étroits avec l'aorte,

(1) *Centralbl. f. die med. Wissensch.*, 3 janvier, p. 1.

Toutes les deux contribuent à former un réseau capillaire extrêmement riche au niveau des cornes grises antérieures. Si une de ces artères devient thrombosée, la circulation continuera à s'effectuer normalement dans une partie, mais il y aura stagnation dans l'autre. Si malgré tout cela la circulation dans les capillaires continue à s'effectuer, il y a nécessairement un ralentissement du sang et une élévation de pression qui explique la pathogénie des hémorrhagies qu'on trouve à ce niveau. Lorsque tout un domaine artériel vient à manquer, il survient des troubles circulatoires profonds auxquels se rattachent certains troubles de nutrition. Les exsudations dans les espaces péri-ganglionnaires surviennent consécutivement à la thrombose. Quant à la question de savoir l'origine de la thrombose, il faut la chercher du côté des phénomènes cliniques.

Dans la paralysie de Landry il s'agit d'un processus qui peut se développer sous l'influence de certaines maladies infectieuses. Dans le cas observé par Klebs, la paralysie de Landry a été précédée d'un processus très particulier. Il s'agit d'un homme ordinairement bien portant qui depuis quelque temps présentait parfois des accès fébriles intenses avec troubles gastriques qui se sont compliqués de paralysie de Landry à laquelle le malade succomba au bout de peu de temps. A l'autopsie on trouva une péricardite tuberculeuse toute récente, principalement marquée au niveau des parties supérieures du cœur, dans la région du hile, entre l'oreillette et le ventricule. Comme cause on a pu trouver un petit ganglion bronchique caséeux, perforé. La thrombose de l'artère centrale de la moelle peut se trouver de deux façons en rapport avec la tuberculose : ou bien le ganglion s'est ouvert dans un vaisseau, ou bien les bacilles ont sécrété des enzymes qui ont provoqué la thrombose artérielle. Comme l'autopsie a montré que le ganglion ne s'est ouvert dans aucun vaisseau, Klebs se prononce en faveur de la seconde hypothèse. Dans ce cas particulier, les nerfs périphériques étaient intacts; du reste la névrite périphérique ne joue aucun rôle dans la paralysie de Landry.

Pérityphlite et appendicite.

M. Renvers. — On a coutume d'attribuer les inflammations du cæcum et de l'appendice vermiculaire à la présence de calculs stercoraux et de corps étrangers.

Pourtant déjà dans une première statistique, qui portait sur 46 cas de pérityphlite, les calculs ne furent notés que 20 fois. Les abcès du cæcum et de l'appendice jouent souvent un rôle important. Dans sa dissertation, Langfeldt a réuni 112 autopsies (sur 10.000 cas) d'individus ayant succombé à une affection du cæcum. Dans 24 cas on a trouvé des calculs stercoraux, dans 4 cas des corps étrangers; 29 fois on a trouvé des abcès dans le cæcum et l'appendice, dont 20 d'origine tuberculeuse. Renvers, qui a réuni 459 autopsies de pérityphlite, publiées par différents auteurs, a trouvé 179 fois des calculs stercoraux, 16 fois des corps étrangers. Dans presque tous les cas, la mort a été attribuée à une péritonite par perforation, et sur 586 autopsies, la perforation a été trouvée 479 fois. Au point de vue anatomo-pathologique, la mort a été causée par la perforation dans 4/5 des cas ; pour le reste, une moitié revient aux calculs stercoraux et aux corps étrangers, et une autre moitié aux abcès de l'appendice, plus rarement à ceux du cæcum. Sur 218 cas, la perforation du cæcum n'est signalée que 29 fois.

La mortalité de la pérityphlite n'est pas grande et comporte 3 à 4 0/0 des cas. Que deviennent les cas qui guérissent ? Renvers a pu faire l'autopsie de 13 individus qui auparavant avaient eu de la pérityphlite. L'appendice était complètement oblitéré et transformé en un tissu conjonctif dense, épais, cicatriciel. En même temps la séreuse du cæcum était épaissie et il existait des adhérences avec les organes voisins. Dans un cas seulement on a trouvé un calcul stercoral dans l'appendice.

Il n'y a pas encore bien longtemps les chirurgiens pensaient que la pérityphlite leur appartenait. La chose est certaine pour les cas où la suppuration est abondante, la fièvre élevée ; pour ces cas comme pour ceux qui se compliquent de péritonite par perforation, l'ouverture de l'abcès, le lavage du foyer et l'ablation de l'appendice doivent être faits de bonne heure. Mais les cas dans lesquels il y a formation aiguë d'un foyer encapsulé, l'intervention chirurgicale peut déjà se discuter. Ces cas guérissent aussi souvent qu'ils suppurent.

Suivant, Renvers les affections de la fosse iliaque sont dues le plus souvent à de la stase stercorale qui peut donner lieu à des inflammations phlegmoneuses et s'accompagner de fièvre élevée et de symptômes alarmants. Très souvent ces formes revêtent celles d'une véritable pérityphlite, et à l'examen du malade on trouve une tuméfaction très douloureuse au niveau de la fosse iliaque. Un purgatif suffit pour changer le tableau : la douleur persiste encore pendant 8 jours et tout se termine en 15 jours environ. Avec un régime convenable, un traitement hygiénique bien compris on peut certainement éviter les récidives, en combattant la tendance à la constipation qui existe presque toujours chez ces malades.

Dans une autre série de cas, l'affection débute également par de la constipation et de la sensibilité de la fosse iliaque droite. Ordinairement l'état s'aggrave, quelquefois après un repas copieux. La fièvre s'allume, les vomissements surviennent et au niveau de la fosse iliaque on voit se former une tumeur dure, très douloureuse, qui acquiert rapidement les dimensions d'un œuf. L'état reste tel quel pendant 8 à 15 jours, puis tout se calme peu à peu ; il persiste encore un peu de douleur dans la fosse iliaque qui s'exagère à la suite des repas copieux, des mouvements péristaltiques vifs. — Dans ces cas il s'agit ordinairement de la perforation de l'appendice avec formation de pus dans un foyer limité par des adhérences, encapsulé. Si ces foyers n'augmentent pas pendant les premiers 8 — 10 jours, on peut compter sur la résorption de l'exsudat. Mais si la collection augmente déjà pendant les premiers 8 jours, on ne peut guère compter sur la résorption; ni sur la ponction, qui réussit dans les cas précédents. L'opération en deux temps suivant la méthode du prof. Sonnenburg est indiquée, mais il serait toujours préférable de la faire en une seule fois. Enfin, dans une troisième série de cas, le début est le même que dans les affections septiques très graves. Ces cas appartiennent nettement à la chirurgie.

Suivant Renvers, la pérityphlite guérit dans la grande majorité des cas sans opération chirurgicale. L'application locale du froid, les sangsues, l'opium, permettent à la guérison de s'effectuer dans des conditions naturelles.

Scoliose dans la sciatique.

M. Remak. — Dans la sciatique on observe chez les malades, quand ils se tiennent debout, une déformation particulière de la colonne vertébrale consistant en une courbure à convexité tournée du côté du membre malade. On explique ce phénomène par ceci que la douleur force de prendre un point d'appui sur le côté sain, ce qui ne se fait pas sans une incurvation du même côté. L'incurvation de la colonne vertébrale entraîne une scoliose compensatrice du côté de la portion thoracique de la colonne vertébrale.

Chez le malade présenté par Remak, un sergent de ville, cette déformation existe d'une façon très prononcée. La distance entre la crête iliaque et le rebord des fausses côtes est de 6 cm. à droite et de 10 à gauche. Sur les dix cas rapportés par Brissaud, dans trois cas le corps était incliné du côté malade, en même temps que la hanche était fortement portée en dehors. Ces cas, suivant Brissaud, auraient été compliqués d'exagération de réflexes tendineux et de phénomènes spasmodiques. Or notre malade peut à volonté transporter l'incurvation du côté sain sur le côté malade. Pour cela il n'a qu'à tourner le pied gauche en dedans, mettre la jambe dans l'adduction prononcée et faire ressortir la hanche droite. Ceci montre que la position anormale, dans la sciatique, est une position instinctive de la colonne vertébrale qui est prise spontanément par le malade.

SOCIETE DE MEDECINE BERLINOISE

Séance du 17 *décembre* 1890 (fin).

L'hémophilie rénale.

M. Senator a été consulté au mois de février de cette année par une jeune dame de 17 ans pour une hématurie persistante, apparue pour la première fois en décembre 1887. Elle a duré quinze jours et a disparu jusqu'au mois de sep-

tembre 1889. Dans l'intervalle la malade a été prise d'une toux légère qui a fait soupçonner l'existence d'une tuberculose et elle fut envoyée dans le Midi, où elle a été justement reprise d'hématurie abondante en septembre 1889 et en février 1890.

La malade est bien bâtie, a eu une fièvre typhoïde à l'âge de 13 ans; à l'examen on ne trouve de lésions dans aucun organe. L'urine ne contenait ni pus, ni cristaux, et on pouvait exclure les causes ordinaires des hématuries : la tuberculose, les tumeurs, les calculs, etc. Aussi le diagnostic de l'hémophilie rénale s'imposait-il, d'autant plus que la malade appartenait à une famille d'hémophiles.

Le père de la malade, marié à une cousine, a été sujet, étant jeune, aux hémorrhagies fréquentes et abondantes ; le frère de la malade a été pris à l'âge de 17 ans d'une fièvre typhoïde et est mort en 24 heures au 14e jour de l'affection, après avoir été pris d'épistaxis violente, d'hématémèse et d'hémorrhagies sous-cutanées; les trois autres frères sont également sujets à des épistaxis violentes, et il en est de même d'un oncle paternel. La grand'mère paternelle est morte à 48 ans, et a été toujours sujette à des métrorrhagies abondantes.

La malade fut donc renvoyée avec un traitement astringent et un régime léger. Mais les hématuries reprirent avec une telle intensité que la malade retourna à Berlin et rentra le 27 mars dans un sanatorium. L'examen cystoscopique fait par M. Nitze a démontré qu'il n'existait aucune lésion de la vessie, mais qu'un jet de sang sortait de l'uretère droit. Le diagnostic d'hémophilie rénale fut donc confirmé.

Comme l'état de la malade empirait de plus en plus et que les hématuries devenaient de plus en plus abondantes, M. Senator se décida à courir les risques d'une opération qui fut faite le 22 avril par le professeur Sonnenburg. Le rein droit fut extirpé, bien qu'il fût trouvé normal. Les suites opératoires furent de plus en plus bénignes. La malade put quitter le lit au bout de 3 semaines, et partit guérie 4 semaines après l'opération. Le jour de l'opération l'urine contenait encore un peu de sang. Actuellement la malade est complètement rétablie et les urines ne contiennent plus de sang.

L'urine examinée, depuis, au point de vue de la quantité et de son contenu en substances azotées, montre que l'autre rein fonctionne normalement et remplace parfaitement le rein extirpé. Ce fait permet de formuler un pronostic favorable.

On trouve dans la littérature deux cas qui au point de vue thérapeutique se rapprochent de celui que Senator vient de rapporter. Dans les deux cas, qui appartiennent un à Ollier, l'autre à Schede, l'extirpation du rein a fait cesser les hématuries abondantes. Dans les deux cas, comme dans celui de Senator, les reins extirpés furent trouvés normaux.

Jusqu'à présent l'hémophilie était considérée comme une affection constitutionnelle, une maladie générale de nutrition. Les faits qui viennent d'être rapportés vont un peu à l'encontre de cette théorie. Dans la moitié des cas, l'hémophilie se manifeste sous forme d'épistaxis. Tous ces faits prouvent que que dans l'hémophilie, l'hémorrhagie peut être locale, exclusivement limitée à un seul organe. On est donc obligé d'admettre que dans un certain nombre de cas, au moins, il s'agit de troubles locaux, limités, basés peut-être sur l'hérédité spécifique. Peut-être existe-t-il une disposition locale particulière des vaisseaux, caractérisée par la minceur des parois.

Cette idée d'hémophilie comme affection locale a une grande importance pratique. Au lieu de prescrire inutilement un traitement général, comme on le faisait, il sera dorénavant indiqué d'intervenir localement, quand cela sera possible, d'une façon énergique et radicale.

SOCIÉTÉ DE PSYCHIATRIE ET DE NEUROPATHOLOGIE DE BERLIN

Séance du 8 *décembre* 1890.

Pathologie de la paralysie bulbaire.

M. Remak. — Le 8 septembre 1890, j'ai eu l'occasion de voir A. B., âgée de 12 ans, sans antécédents héréditaires.

Elle a eu au mois de février l'influenza, qui a été suivie d'une otorrhée purulente de l'oreille gauche. A cette époque, Lucœ a constaté chez la malade une parésie du facial gauche avec secousses musculaires dans le domaine de ce nerf, secousses qui se propageaient jusqu'à la lèvre supérieure. L'otorrhée a guéri au bout d'un certain temps; les secousses musculaires ne s'observaient plus, seulement il persistait quelques phénomènes paralytiques, principalement aux environs de la bouche. La mère de l'enfant a encore remarqué que son enfant riait d'une façon toute particulière, ne fermait pas bien les yeux pendant le sommeil et parlait un peu indistinctement. Peu de temps avant le 8 septembre, il est survenu des troubles de déglutition; la parole est devenue encore moins distincte, en même temps que l'expression du visage a changé.

A l'examen de la malade, on ne trouve pas d'asymétrie de la face; la bouche paraît large, les sillons périlabiaux très prononcés. La malade ne peut fermer les yeux ni froncer le front; elle peut froncer la peau du nez et élever la lèvre supérieure, mais en même temps la bouche s'élargit d'une façon particulière. La malade peut ramasser les lèvres et rétrécir en quelque sorte la bouche, mais n'arrive pas à faire la moue. Pas d'atrophie ni de paralysie des extrémités, mais les muscles de la déglutition sont pris. Les muscles des yeux, la réaction de l'iris sont normaux; rien de pathologique à l'examen ophthalmoscopique. La langue, légèrement aplatie, ne présente pas de contractions fibrillaires; la pointe de l'organe ne peut être portée au-delà de la lèvre supérieure. Le voile du palais reste presque immobile quand on fait prononcer A; la déglutition se fait par vis a tergo. La parole est troublée par le fait de la participation des muscles des lèvres au processus pathologique. Réaction électrique du facial et des muscles innervés par ce dernier normale; en tout cas, pas de réaction de dégénérescence. La voix était claire. Rien d'anormal dans les autres organes. *Diagnostic :* paralysie d'origine bulbaire. Traitement : iodure de potassium et courants galvaniques, sous l'influence desquels l'état paraît s'améliorer. Mais l'amélioration ne dure pas longtemps; la langue commence à présenter des contractions fibrillaires et ne peut plus être portée en haut; la parole devient plus embarrassée, la paralysie se propage aux muscles du bras; la dysphagie augmente. Le 21 octobre on trouve : dyspnée intense, pouls à 120, dysphagie absolue, pas de fièvre; tous ces phénomènes diminuent sous l'influence d'un lavement de chloral, reparaissent ensuite le 5 novembre et atteignent dans la journée une telle acuité que l'enfant meurt au milieu d'une dyspnée intense. L'autopsie n'a pu être faite.

L'affection paraît être en rapport plutôt avec l'influenza qu'avec l'otorrhée qui a parfaitement guéri. La paralysie bulbaire qui a évolué en environ 8 mois, a tué l'enfant par paralysie des centres respirateurs. On ne peut dire s'il s'agissait d'une véritable polioencéphalite inférieure, c'est-à-dire d'une affection des noyaux. On peut encore supposer qu'il s'agissait ici, comme dans le cas de Westphal, d'une névrose ayant revêtu les caractères d'une affection organique.

M. Bernhardt rappelle une observation de Berger dans laquelle il s'agissait d'une affection semblable d'origine hystérique chez des enfants. Il existait en même temps quelques symptômes d'arrêt de développement.

Un cas de cocaïnisme chronique.

M. Lewin. — Les cas de cocaïnisme chronique sont aussi rares que ceux de cocaïnisme aigu sont fréquents. Le cas en question concerne un homme de 27 ans, très nerveux et présentant des antécédents héréditaires. En 1885, on lui fait des badigeonnages du nez et du larynx avec une solution de cocaïne au 20e; il avale une partie de la solution et s'habitue peu à peu au poison. Actuellement, c'est-à-dire au bout de 2 à 3 ans, il est arrivé à absorber tous les jours 5 à 10 grammes de cocaïne. Par suite de cet abus, il a été pris de palpitations et d'oppression, a perdu complètement l'appétit et a maigri considérablement. Du côté du système nerveux central on trouve du vertige, des hallucinations, de l'insomnie. Le matin en se réveillant, il voit des apparitions blanches, ou bien il se croit couché dans une chambre dont les murs sont en verre et derrière lesquels il voit des gens qui parlent de lui dans une langue qu'il ne connaît pas. On trouve en même temps des idées de persécution. Ainsi le malade affirme qu'il lui a été impossible d'agir autrement et qu'il croyait devoir faire ce qu'il a fait (battre les personnes de son

entourage). Il ajoute encore qu'à un moment, il a été pris d'amnésie partielle et que la mémoire ne lui est complètement revenue que quelques jours plus tard.

M. Lewin considère ce cas non pas comme de la paranoïa cocaïnique, mais comme une épilepsie cocaïnique.

M. Heymann ne connaît pas le malade en question, seulement, d'après la description de Lewin, il ne croit pas que les accidents doivent être imputés au cocaïnisme. Lewin ne parle pas de symptômes importants du cocaïnisme tels que l'hyperidrose, l'amaigrissement rapide, l'aspect caractéristique des cocaïnistes (teint terne, yeux excavés), les sensations perverses et les hallucinations de la vue qui font voir à ces malades de petits animaux (poux, fourmis) dans les pores de leur peau, sous les ongles, l'exubérance de la parole, l'exagération de leur capacité. Aussi Heymann n'admet pas que les symptômes décrits par Lewin s'expliquent exclusivement par l'emploi de la cocaïne. Il n'admet pas non plus qu'il s'agisse d'épilepsie cocaïnique. Dans les trois cas de cette affection qu'on a observés, l'épilepsie fut très marquée et ne survint qu'après la paranoïa cocaïnique.

M. Mittenzweig fait observer que le malade était sujet à des hallucinations ou plutôt à des illusions et qu'il transformait, notamment, les mots simples en mots grossiers. Ainsi pour dire « siegel » (cachet), il disait « Sie Igel » (vous hérisson), etc.

M. Jolly demande si le malade prenait de fortes doses de cocaïne les jours de ses accès ?

M. Lewin répond que oui.

M. Jolly. — Contrairement à ce qui se passe dans les autres intoxications, dans le cocaïnisme les phénomènes, très variables, apparaissent presque immédiatement après l'absorption de la cocaïne.

M. Leppmann fait remarquer que dans l'alcoolisme on observe deux genres de psychose suivant le terrain sur lequel l'alcoolisme chronique s'est développé. Les alcooliques dont les parents présentaient différentes formes de paranoïa, ne sont pas pris des formes classiques du delirium. Dans ces cas l'alcool agit d'une façon plus durable, provoque de l'irritation, de la défiance, des emportements, etc. Le cas de Lewin rentrerait dans cette catégorie.

M. Siemerling a souvent observé des accès chez des alcooliques à antécédents héréditaires.

M. Heymann ne pense pas que, comme l'alcool, la cocaïne agisse autrement chez des individus psychopathes, héréditaires ou non, que chez les individus normaux. Les symptômes de cocaïnisme s'observent chez tous les cocaïnistes, et l'apparition de la paranoïa cocaïnique seule ou de la paranoïa suivie d'épilepsie, dépendrait de la durée de l'empoisonnement et de la valeur des doses.

RÉUNION LIBRE DES CHIRURGIENS DE BERLIN

Séance du 13 octobre 1890.

Chirurgie hépatique.

M. Langenbuch présente un cas de *fixation d'un lobe du foie.*

Il s'agit d'une dame de 50 ans qui, depuis l'âge de 20 ans, présentait, à des intervalles de plus en plus rapprochés, des accès rappelant un peu les coliques hépatiques : maux de tête, pesanteur et douleurs dans la région stomacale, douleurs hépatiques avec irradiations dans le sacrum et les épaules, vomissements, etc. Séparées d'abord par des intervalles de 4 à 5 semaines, les attaques survenaient depuis un an tous les 8 jours. La malade a notablement maigri ; en plus, depuis quelque temps elle était sujette à des constipations opiniâtres, en même temps qu'il s'est développé du ténesme vésical et un œdème chronique du membre inférieur droit.

A l'examen de la malade, on trouvait une tumeur lisse, résistante, remplissant toute la moitié droite du bassin et paraissant se continuer avec le foie. Il s'agissait probablement d'un déplacement du foie, qui comprimait non seulement les organes du petit bassin, mais aussi l'angle du côlon ascendant. Cette hypothèse expliquait bien tous les accidents. La guérison ne pouvait être obtenue qu'en replaçant le foie en haut et à droite et en le fixant dans cette position à la paroi abdominale.

La laparotomie, faite le 11 juin 1890, a confirmé le diagnostic et montré que le lobe droit du foie qui descendait jusqu'à la région iliaque, était divisé en deux parties par une bride fibreuse horizontale, dans la portion comprise entre le rebord des fausses côtes et l'ombilic.

Non sans efforts, on est arrivé à repousser le foie en haut et en arrière, de sorte que le bord inférieur de l'organe et la vésicule biliaire se trouvaient un peu au-dessus de l'ombilic. Le foie une fois replacé, on fit une incision horizontale de la paroi abdominale, parallèlement au bord du foie, et le lobe droit fut ensuite fixé à la paroi abdominale par des sutures de fil de soie qui traversaient les parties les plus épaisses du foie et les couches musculaire et sous-cutanée de la paroi abdominale. Les points de suture au niveau du foie ne donnèrent presque pas de sang. Le côlon, qui avait repris son volume et sa position normaux, fut également fixé par une large surface à la paroi abdominale. La plaie abdominale fut ensuite fermée.

Les suites opératoires furent très bénignes. La malade a pu quitter le lit au bout de 6 semaines. Actuellement, elle est guérie ; les accidents n'ont plus reparu ; le foie a conservé sa situation normale.

M. Langenbuch communique ensuite un fait de *foie flottant guéri par l'opération.* La malade en question a déjà subi une néphropexie lombaire pour un rein mobile droit. Peu de temps après les troubles reparurent avec des tiraillements dans l'hypochondre droit, et des irradiations douloureuses dans la cage thoracique et les épaules. A l'examen on trouva une tumeur mobile dans la partie supérieure du côté droit de l'abdomen, tumeur molle, assez volumineuse, qui fut prise pour le rein droit détaché. Une incision faite dans la région lombaire au niveau de l'ancienne cicatrice permit de constater que le rein n'avait pas changé de place et restait solidement fixé dans sa position normale. La plaie fut refermée, et une autre incision exploratrice faite le long du bord droit du muscle droit permit de constater très facilement que la tumeur mobile était composée par le lobe droit du foie notablement abaissé. On fit alors partir une autre incision le long du rebord des fausses côtes et, le foie replacé dans sa position normale, on fixa l'organe par 8 points de suture avec du fil de soie qui traversaient toute l'épaisseur de l'organe et les cartilages costaux correspondants. Les fils furent liés de façon à ne pas couper le parenchyme hépatique, qui du reste ne saignait presque pas. La plaie fut refermée. Suites opératoires très bénignes ; au bout de 6 semaines la malade a pu quitter le lit. Actuellement, 3 mois après l'opération, elle peut être considérée comme définitivement guérie.

La pathogénie du déplacement dans ce cas est assez curieuse. Pendant l'opération on a remarqué que la moitié droite du diaphragme était comme paralysée, convexe sur sa face inférieure. Or, il y a quelques années, la malade a eu une diphthérie très grave. Il n'est donc pas impossible que la cause première soit une paralysie diphthéritique. Cette étiologie existe peut-être dans les autres cas de déplacement du foie.

M. Langenbuch présente enfin un cas de *cholécystotomie idéale.* Il s'agit d'une femme de 30 ans qui depuis 4 semaines éprouvait des douleurs violentes au niveau de la vésicule biliaire qui à l'examen se présentait sous forme d'une tumeur dure, mobile, douloureuse, des dimensions d'un œuf d'oie. Comme tous les moyens de traitement avaient échoué, on fit une incision exploratrice qui montra que la tumeur correspondait bien à la vésicule biliaire. La vésicule fut attirée autant que possible et ouverte, ce qui permit de retirer une forte quantité de liquide gélatineux et 15 calculs. La muqueuse présentait une tuméfaction catarrhale ; les parois étaient infiltrées et épaissies. — Comme dans ce cas il n'y avait pas, en somme, de coliques hépatiques et qu'il s'agissait d'une cholécystite suppurée, on a décidé de ne pas faire l'extirpation de la vésicule et de faire la cholécystotomie idéale, avec quelques modifications toutefois. La vésicule suturée fut réduite, mais par un point de suture elle fut maintenue par précaution contre l'incision pariétale

Les suites opératoires furent très bénignes et la malade peut être considérée comme guérie.

M. Küster comprend que M. Langenbuch ait hésité à faire dans ce cas la cholécystotomie idéale simple qui est contre-indiquée dans les cas où il existe du pus dans la vésicule biliaire. Mais, en elle-même, l'opération est très bonne, comme le prouve une autre observation dans laquelle M. Küster a enlevé un calcul qui en obturant le canal cholédoque provoquait un ictère chronique. Le canal incisé fut suturé par deux plans de sutures, et la malade a guéri.

M. Hahn insiste sur le danger de la pénétration du pus et de la bile dans le péritoine à la suite de ces opérations. Pour lui la cholécystotomie en deux temps est celle qui mérite le nom d'idéale.

M. Langenbuch croit que la cholécystotomie en deux temps n'est pas dépourvue de dangers. D'abord il faut attendre au moins six jours avant que les adhérences se forment; ensuite les granulations et la rétraction de la plaie sont quelquefois tellement prononcées qu'il reste à peine une surface suffisante pour faire l'incision, d'autant plus que le foie attire souvent en arrière la vésicule (1).

SOCIÉTÉ DES MÉDECINS DE LA CHARITÉ DE BERLIN

Séance du 13 novembre 1890

Acromégalie et ostéoarthropathie pneumique.

M. Gerhardt. — Je vous présente un homme de 62 ans atteint d'acromégalie. Il a longtemps été cocher et a contracté des habitudes alcooliques. Comme antécédents, on note chez lui une blennorrhagie, la syphilis, la fièvre intermittente. A l'auscultation on trouve les phénomènes du catarrhe bronchique.

Au mois d'octobre 1888 il devint concierge et habita un logement humide, après quoi il fut pris de douleurs au niveau de l'articulation du pied gauche. Les douleurs ont envahi les autres articulations et n'ont jamais complètement disparu. En même temps il a remarqué que ses mains ont commencé à grossir d'une façon très marquée et se sont couvertes de poils abondants.

Actuellement les mains très volumineuses ressemblent à des battoirs et les doigts à des saucissons. Les phalangettes sont très épaissies; les ongles, très fragiles, présentent des striations transversales et longitudinales; sur les pieds on constate des modifications absolument semblables. L'hypertrophie est également marquée au niveau des articulations du pied et du poignet. Le malade n'a pas de fièvre, mais les battements de cœur sont fréquents; en même temps il se plaint de sueurs profuses, particulièrement marquées au niveau des parties hypertrophiées.

Ce malade, acromégalique, présentait donc certaines particularités : hyperidrose, douleurs rhumatismales et, comme on peut le constater un grand nombre de nævi sur le cou.

Or si l'on se rapporte à un travail publié récemment par Pierre Marie, les cas anciens d'acromégalie, ceux publiés par Fræntzel, Erb, moi-même, et un grand nombre des cas de Marie, ne seraient pas des cas d'acromégalie vraie, mais des cas d'arthroostéopathie pneumique. Cette dernière affection se distinguerait de l'acromégalie vraie par ceci que la face n'est jamais prise, qu'il n'existe pas de cyphose des vertèbres dorsales et cervicales ni de déformations des doigts en baguette de tambour (épaississement des phalangettes) ni d'hypertrophie de l'articulation du poignet; en revanche on trouverait une hypertrophie des clavicules, du sternum et d'autres os du squelette. Mon malade rentrerait donc dans la catégorie d'arthro-ostéopathie pneumique, dont il présente tous les symptômes, sauf la déformation caractéristique des doigts et des articulations. N'ayant pas encore vu de cas d'acromégalie vraie, il m'est très difficile de porter un jugement définitif sur l'opportunité de cette division proposée par Pierre Marie.

M. Fraentzel attire l'attention sur le développement tardif de cette affection. Dans le cas qu'il a publié, l'affection s'est développée à 40 ans; la fille de ce malade, qui avait 12 ans, présentait déjà une hypertrophie des pieds. On dit que le corps pituitaire est toujours très volumineux dans les cas d'acromégalie; or dans le cas avec autopsie qu'il a publié, l'hypophyse était normale. Quant à la division proposée par Marie, il croit que les symptômes relevés par cet auteur sont trop minimes pour justifier cette séparation.

M. Ewald fait passer le travail de Souza-Leite sur l'acromégalie (maladie de Pierre Marie). Si l'on se rapporte aux figures et à la description, la différence serait grande entre l'arthro-ostéopathie et l'acromégalie, et la division de Pierre Marie parfaitement justifiée. Les cas observés jusqu'à présent en Allemagne ne seraient pas de l'acromégalie vraie.

M. Fischer a observé à Breslau un cas d'acromégalie vraie avec hypertrophie du nez, du maxillaire inférieur, etc.

M. Lewin a publié dans les *Charité-Annalen*, 1879, vol. IX, un travail sur l'acromégalie à propos de l'hémi-atrophie et de l'hypertrophie de la face. Dans ces deux affections on observe des phénomènes semblables à ceux présentés par le malade de Gerhardt : lésions de la peau et de ses appendices, tels que les poils, les ongles, le pigment, l'augmentation de la sécrétion sudorale du côté malade après l'injection sous-cutanée de pilocarpine. La sensibilité est également atteinte. Il existe certainement une lésion des nerfs, et plus particulièrement peut-être une lésion des nerfs trophiques. Ainsi dans un cas d'hémiatrophie de la face publié par Mendel, il existait une lésion de la seconde branche du trijumeau.

M. Oppenheimer. — L'état du système nerveux n'a jamais été bien étudié dans cette affection. Dans un cas de M. Fraentzel, j'ai pu examiner la moelle et quelques nerfs de la peau. La moelle était normale, mais les nerfs cutanés étaient atteints de dégénérescence. Comme le malade était en même temps phthisique, les lésions des nerfs cutanés ne peuvent être attribuées sûrement à l'acromégalie.

M. Goldscheider ne pense pas qu'on puisse assimiler l'hémiatrophie à l'hypertrophie partielle comme le fait Lewin. L'hypertrophie n'est jamais limitée à un domaine déterminé d'innervation. Dans un cas observé par Goldscheider l'hémi-hypertrophie occupait une partie du domaine du radial et une partie de celui du médian.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE GREIFSWALD

Séance du 1er novembre 1890.

Chirurgie du poumon.

M. Hoffmann a communiqué 3 cas de chirurgie du poumon opérés avec succès.

Chez les deux premiers malades il s'agissait d'un kyste hydatique du poumon. L'ouverture de la cage thoracique avec résection costale a permis d'arriver sur le kyste, dont la paroi mesurait près de 2 centimètres d'épaisseur. Guérison complète après formation d'une fistule qui a persisté de 6 à 8 semaines après l'opération.

L'histoire du 3e malade est un peu plus compliquée. Il s'agit d'un meunier, âgé actuellement de 24 ans, qui depuis l'âge de 6 ans avait une otorrhée double. Trois semaines avant son entrée à l'hôpital, le 26 février, il fut pris de douleurs au niveau de l'apophyse mastoïde gauche. A l'examen du malade on trouvait une tuméfaction de l'apophyse mastoïde gauche très sensible au toucher, mais particulièrement douloureuse au niveau d'un point situé à 6 ou 7 centimètres en arrière du conduit auditif externe et correspondant à peu près à la veine émissaire mastoïdienne. Etat général très mauvais, température à grandes oscillations (35°5 à 40°5), expectoration abondante et toux sans lésions appréciables à l'auscultation. Diagnostic : pyémie par carie de l'apophyse mastoïde gauche et probablement phlébite du sinus.

Le 1er mars on fait la trépanation de l'apophyse mastoïde

(1) Puisque nous analysons aujourd'hui plusieurs communications relatives à la chirurgie hépatique, nous signalerons un mémoire lu par **M. Roux** (de Lausanne) à la *Société vaudoise de médecine*. Nous y trouvons d'abord une cholécystectomie heureuse chez une femme de 32 ans qui avait eu des coliques sans ictère, un calcul était enlevé dans le canal cystique devenu imperméable. Mais chez deux autres femmes, de 52 et de 45 ans, également atteintes de coliques sans ictère, Roux a pratiqué la cholécystotomie idéale, c'est-à-dire avec suture perdue, et les deux malades ont guéri. Une d'entre elles avait subi, en outre, la divulsion digitale du pylore. La cholécystotomie idéale est d'après l'auteur la méthode de choix quand la vésicule n'est pas enflammée et friable. Roux insiste encore sur ce fait que ces 3 femmes, multipares, avaient des phénomènes de ptose abdominale et il pense, avec Weisher, qu'il y a là une relation de cause à effet, en sorte qu'il conseille à ses opérés, pour éviter la récidive, de porter la sangle de Glénard.

au niveau de la veine émissaire, mais on ne trouve ni phlébite du sinus ni foyer purulent. La plaie guérit, mais l'état du malade empire de plus en plus, en même temps que l'expectoration devient plus abondante et commence à présenter une odeur excessivement fétide. Après plusieurs ponctions négatives, on fait (3 avril) une ponction au niveau d'un point mat situé sur la partie postéro-inférieure du poumon droit, et on retire un pus fétide qui indique clairement l'existence d'un abcès du poumon. Le 4 on fait la thoracotomie avec résection costale, et on tombe sur un abcès des dimensions du poing. Drainage et tamponnement avec de la gaze iodoformée. La convalescence fut très longue et accidentée ; le drain a dû être laissé en place pendant longtemps. La guérison ne fut complète qu'au mois de septembre, 7 mois après l'opération. Le malade a actuellement repris ses occupations.

Hoffmann considère ce cas comme une pyohémie. Le foyer primitif, qui siégeait certainement dans l'apophyse mastoïde, a pu très bien échapper à la trépanation.

L'intervention chirurgicale dans les affections du poumon est facile lorsque le diagnostic du siège peut être fait d'une façon précise, comme dans les cas d'abcès ou de kyste hydatique du poumon.

VARIÉTÉS

Le traitement de la goutte par la méthode d'Edison.

Cette fois, Edison n'a rien inventé. S'il a eu une bonne idée — et l'avenir seul nous le dira — un autre; qui, lui non plus, n'était pas médecin, l'a eue, il y a près de cent cinquante ans, et l'a mise en pratique avec quelque succès. Si ce petit point d'histoire arrivait jusqu'à Edison, je suis bien sûr qu'il ne m'en voudrait pas d'avoir rappelé à la postérité le nom de son précurseur.

Vers 1745, donc bien avant les expériences de Jean Jallabert, de l'abbé Sans et de Mauduyt, qui furent, comme on le sait — ou comme on l'ignore — les premiers « électro-thérapeutes », un jurisconsulte de Venise, auteur d'un *Dictionnaire des sciences*, et membre de l'illustre académie de Bologne, Pivati, écrivait à Zanotti, secrétaire de la même académie :

« L'inclination que je me suis sentie dès ma première jeunesse pour l'étude de l'Histoire naturelle a toujours nourri chez moi un esprit de recherche et d'observation... Il s'en est suivi qu'après avoir d'abord observé en Curieux, j'ai peu à peu observé en Physicien, et enfin en Médecin... J'en suis venu jusqu'à me flatter de produire un effet qui est le plus souvent impossible à tout l'art de la Médecine; c'est d'introduire dans les parties les plus internes du corps humain des médicaments topiques, qui, soit par des chocs réitérés (de l'électricité), pussent désobtruer les vaisseaux, soit *par un courant non interrompu*, pussent déterger, consolider, *porter un baume dans les parties jusques ici inaccessibles à l'art* : car on n'a guère d'autre moyen pour introduire les médicaments que de les faire avaler; mais en se ramassant dans l'estomac, et en s'y digérant, il faut, pour ainsi dire, qu'ils changent de nature avant qu'ils puissent arriver aux parties offensées... au lieu que *s'il était possible de les introduire dans le corps par le moyen de l'électricité*, ce seroit une manière tout à fait douce et commode d'administrer les remèdes *avec toute leur activité et d'une manière, pour ainsi dire, insensible*.

J'ai tâché de fortifier mes conjectures et mes raisonnements par l'expérience, et j'ai lieu de me convaincre qu'en effet les *écoulemens de la matière électrique entraînent les particules les plus subtiles*... »

Pivati énumère ensuite quelques succès obtenus par sa méthode; puis il arrive au traitement de la goutte.

La technique en est assez obscure. Il est peu probable qu'il ait, comme Edison, songé à introduire du carbonate de lithine dans l'économie, puisque l'action dissolvante de ce sel sur l'acide urique passe pour n'être connue que depuis 1840. Mais on ne peut jurer de rien. Ce qui est bien certain, c'est qu'il avait des notions rudimentaires sur la décomposition des sels par le *courant non interrompu*. Ainsi il avait expérimenté sur les composés du phosphore, de l'arsenic, du cobalt, du mercure, de l'antimoine, sur la calamine, le cinabre, le vitriol. Notez qu'à cette date on était loin de l'invention de la pile. L'électricité n'était qu'une amusette. Galvani n'avait pas atteint sa dixième année. Volta n'était pas né. L'âme de Faraday, encore dans les limbes, ne songeait pas à formuler les lois de l'électrolyse. Le seul appareil électrique dont on se servit, était le globe de soufre d'Otto de Guéricke. Or Pivati s'était construit une machine consistant dans un cylindre de verre dont il badigeonnait la face interne avec un enduit *spiritueux* (?) de plusieurs lignes d'épaisseur renfermant des substances minérales médicamenteuses. « Peu à peu la matière de cet enduit perdoit toute sa vertu et se consommoit au point de s'amincir comme une feuille de papier. Enfin il n'en restoit plus qu'une espèce de *tête morte*, qui n'avoit plus ni odeur ni saveur. »

Il est fâcheux que les détails manquent. Mais on peut se demander si notre auteur n'avait pas observé quelqu'un de ces phénomènes électro-chimiques, provoqués par ce qu'on appelle les *décharges obscures* ou les *effluves électriques*, et qui sont liés à un écoulement d'électricité sans étincelle et sans dégagement de chaleur. On sait que les décombinaisons, en pareil cas, sont très lentes. Pivati ne l'ignorait pas; il avait, en outre, relevé l'inefficacité de l'électrisation lorsque le corps est imprégné d'une substance grasse ou onctueuse, son efficacité quand il est imprégné d'une substance salée; enfin il avait signalé les différences du temps exigé pour la « dissipation de chaque enduit à force de faire tourner le cylindre ».

Edison préconise le courant de pile. Mais on sait que les courants fournis par la machine électrique se comportent, d'une manière générale, comme ces derniers, au point de vue de l'électrolyse. Ce qui les distingue seulement, c'est que, les machines n'ayant jamais qu'un faible débit, leurs effets sont peu considérables.

Quoi qu'il en soit, Edison a-t-il enregistré déjà un succès comparable à celui dont témoigne l'observation suivante

« J'eus la visite de M. l'Evêque de Sebenico, qui se trouve actuellement à Venise, avec un Gentilhomme, deux Prieurs conventuels, et un Médecin, et il me pria d'éprouver sur lui ma Médecine électrique. Ce Prélat, âgé de soixante-quinze ans, avoit les doigts tout-à-fait crochus d'une goutte invétérée, en sorte qu'il ne pouvoit plus depuis bien des années ouvrir ni fermer absolument la main. La goutte le tenoit aux piés à peu près de même, il ne pouvoit plier les genoux, ni marcher sans être soutenu par-dessous les bras; il falloit aussi le placer bien doucement dans son lit. Je préparai pour cette électrisation un cylindre garni de médicaments discussifs et anti-apoplectiques. A peine eus-je commencé à l'électriser, que ce Prélat, à son grand étonnement, commença à faire quelque mouvement de ses doigts. Je le laissai reposer quelque temps, et je fis observer, en attendant, quelques phénomènes d'Electricité à ceux de sa suite : mais ce commencement de succès le rendant impatient, il vouloit être électrisé de nouveau avec le même cylindre. Je répétai donc l'opération pendant environ deux minutes, et voilà tout à coup que le Prélat ouvre ses deux mains, et serre les poings d'une telle force, qu'ayant saisi le bras d'un des Religieux, celui-ci fut obligé de lui demander quartier, parce qu'il le serroit trop fort. Il se mit à se promener tout seul, à s'asseoir, à battre des mains; il s'agenouilla sans secours sur une chaise d'appui, et il se releva avec vigueur sur ses deux mains; il frappoit des pieds contre terre, il croyoit rêver, et demandoit à tous les assistants si on lui en avoit jamais vu faire autant.

Le Médecin qui étoit présent, avoua que la Médecine n'avoit en effet pour de semblables maux, que des remèdes palliatifs et généraux, qui servoient tout au plus à rendre le mal moins insupportable, mais qu'elle n'en avoit aucun de vraiment spécifique, encore moins d'aussi prompt. Quand il fut question de s'en aller, le Prélat ne voulut point de soutien, il descendit l'escalier d'un air délibéré, et entra dans sa gondole avec presque autant de vigueur qu'un jeune homme, ne cessant, à ce qu'on m'a rapporté, de raconter à tout le monde sa guérison qu'il qualifioit de prodige. »

Evidemment, l'enduit renfermait une substance dissolvante des urates plus efficace encore que toutes nos préparations de lithine. Mais cela importe peu; ce qui est intéressant, c'est que le principe de la méthode Edison et le principe de la méthode Pivati sont absolument identiques; ils n'en font qu'un seul, ils dérivent de la même idée, et qui sait si, dans l'application, on ne retrouvera pas d'autres analogies encore ?

J'ajouterai que Pivati savait, comme Edison, résister à l'enthousiasme irréfléchi dont les inventeurs sont assez coutumiers. Il faisait des réserves : « On peut, écrivait-il, dire que la découverte est encore au berceau ; j'en ai fait part, il y a quelques jours, à l'illustre M. Morgagni ; il a eu la bonté de me donner quelques avis, et il m'a puissamment exhorté à pousser plus avant une découverte aussi singulière et qui peut être d'un si grand secours à la médecine. Il m'a conseillé de recueillir les plus petites circonstances de chaque cure, et de m'aider dans l'occasion des avis d'un Médecin habile et prudent. Je ne manquerai pas de suivre exactement les conseils de ce sçavant homme, et je lui rends compte de tems en tems du succès de mes opérations. »

E. BRISSAUD.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Imp. des Arts et Manufatures, 12 rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud.

N° 2. — 14 JANVIER 1891 LE NUMÉRO QUINZE CENTIMES

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

PUBLIÉ PAR

LA GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Et servi gratuitement à tous les abonnés de ce journal

ABONNEMENTS SPÉCIAUX POUR MM. LES ÉTUDIANTS. — UN AN : 6 FRANCS

L. LEREBOULLET, Rédacteur en chef. — A. BROCA, Secrétaire de la Rédaction
Librairie de G. MASSON, 120, boulevard Saint-Germain.

SOMMAIRE

ACTES
DES FACULTÉS DE MÉDECINE

PARIS

Thèses du 19 au 24 janvier 1891.

Jeudi 22.— M. Dortel. L'anthropologie criminelle et la responsabilité médico-légale. — M. Villy. Essai sur la valeur thérapeutique du jambol. — M. Acquerin. Contribution à l'étude médico-légale de la paralysie générale. — M. Courtois-Suffit. Des pleurésies purulentes. — M. Boulay. Des affections à pneumocoques indépendantes de la pneumonie franche. — M. Adamski. De la colotomie iliaque dans le traitement du cancer du rectum; soins consécutifs.— M. Carillon. Du mal des montagnes.

Prix Barbier : Le prix Barbier n'a pas été donné; ont été accordés à titre d'encouragement : 300 francs à M. Janet, 300 francs à M. Lœvenberg.

Prix Jeunesse : Le prix a été accordé à MM. Wurtz et Bourges, en collaboration.

Prix Lacaze : Le prix a été accordé à MM. Chantemesse et Widal, en collaboration.

BORDEAUX

Thèses de doctorat soutenues pendant les mois de novembre et décembre 1890.

1 M Collin : Nouvelle théorie sur le mode de production de la contusion générale. — 2 M. Martin : Contribution à l'étude des contusions et déchirures du rein. — 3 M. Pascal : Du rôle de l'insula de Reil dans l'aphasie. — 4. M. de Coquet : Des néphrites sans albuminurie. — 5 M. de Luzaret : La résection du nerf optique (procédé de Wecker) comme traitement préventif et curatif de l'ophthalmie sympathique (migratrice). — 6. M. Cornet : Du traitement intra-utérin et vaginal des salpingites. — 7 M. Mongour : De la laryngectomie. — 8 M. Béjou : Contribution à l'étude du traitement électrique des fibromes utérins. — 9 M. Tardos : Critique du traitement abortif de la syphilis par la cautérisation et l'excision du chancre. — 10 M. Friot : Etudes cliniques sur les aliénés dangereux dits criminels.

LYON

Thèses présentées et soutenues en décembre 1890. — Charles Damian : Etude sur l'action physiologique de l'électricité statique. — Adhémar Menut : De l'atrophie musculaire progressive myopathique (type Landouzy-Déjerine). — Edmond Faure : Contribution à l'étude de la folie chez les nouvelles accouchées. — Joseph Brosset : Contribution à l'étude des connexions du cervelet. — Elie Chabalier : Du frottement péricardique et spécialement de sa valeur séméiologique et de ses diverses modifications par les mouvements respiratoires. — Léon Thilly : Des déviations et épaississements de la cloison nasale et de leur traitement par l'électrolyse. — Victor Le Goïc : La nostalgie et son diagnostic. — Léon Cros : Sur un nouveau procédé opératoire applicable au traitement chirurgical de l'exstrophie de la vessie (procédé de Paul Segond). — Louis Faure : Contribution à l'étude des méningites spinales chroniques. — Charles Aune : Essai sur les gangrènes des membres consécutives à l'artérite syphilitique. — Louis Dessirier : Des ténotomies sous-cutanées et à ciel ouvert dans le traitement du torticolis musculaire chronique. — Edmond Coup : Essai d'histoire médicale. La chirurgie à Lyon, son développement, ses grands hommes. — Casimir Garai : Essai sur 100 cas de fièvre typhoïde infantile traités par les bains froids à la clinique des maladies des enfants avec 11 tracés thermométriques. — Gabriel Ulliel : La grippe et le système nerveux et en particulier des complications cérébro-spinales dans la convalescence. — Paul Bonnaud : Contribution à l'étude de la chorée infantile d'après 235 observations recueillies à la clinique des maladies des enfants. — Henri Huot : Etude sur le traitement des fractures de la rotule par le massage sans immobilisation. — Gaston Marsais : Des blessures de la matrice dans les manœuvres criminelles abortives. — Jean Cuilleret : Etude sur l'épididymite syphilitique secondaire. — Edmond Chantré : Etude sur la restauration des paupières. — Henri Decorps : Contribution à l'étude des péritonites chroniques idiopathiques chez les alcooliques et les cardiaques. — Ange-Toussaint Giorgi : Du diabète sucré en rapport avec les lésions du pancréas.

VARIÉTÉS

Conférences d'internat : par MM. Chavane, Louis, Jules Renault. — *Hôpital de la Charité*. Amphithéâtre Gosselin, le samedi 17 janvier, à deux heures.

MM. Charrier, F. Delagénière, Gastou et de Saint-Germain, le samedi 10 janvier à 3 h. *Hôtel-Dieu*, amphithéâtre Chomel.

MM. Michel, Chibret et Dubrisay, le samedi 17 janvier à 3 h. 1/2, *Hôtel-Dieu*, amphithéâtre Trousseau.

MM. Baillet, Leredde, Nicolas et Terson, le samedi 10 janvier, *Hôtel-Dieu*, amphithéâtre Trousseau.

MM. Thiroloix, Laffitte, Delbet et Baudron, le jeudi 15 janvier à 3 h. 1/2, *Hôtel-Dieu*, amphithéâtre Chomel.

MM. Guillemin, Boulloche, Renon et Soupault, samedi 24 janvier, *Charité*, amphithéâtre Gosselin.

Concours de l'internat. — 5e Séance d'oral. (*Nerfs récurrents. Examen clinique des crachats*). Steeg 11 (34) ; Binaud W. 16 (42); Fiquet 12 (35); Diriart 13 (35); Touche 14 (37) ; Condamy 12 (34) ; Prieur 13 (35) ; Sée 16 (39); Danseux 14 (38).

6e Séance. (*Prostate. Infiltration d'urine*). Bresard 15 (38); Binot 14 (36); Bouglé 15 (40) ; Courtey 14 (37); Demantké 13 (36) ; Héan 13 (37) ; Lebon 14 (39); Martin (A.). 14 (38); Dudefoy 16 (39); Fort 14 (39).

COURS LIBRES

Hôpital Necker. — M. le Dr Rendu a repris ses leçons cliniques le jeudi 8 janvier, à 10 heures du matin, et les continuera les jeudis suivants.

Hôpital Trousseau. — M. le professeur Lannelongue fait des conférences suivies d'exercices cliniques tous les mercredis, à 9 heures et demie du matin, à l'hôpital Trousseau, 89, rue de Charenton.

— Les Drs Lubet-Barbon et Alfred Martin commenceront un nouveau cours particulier sur les maladies des oreilles, du larynx et du nez, le jeudi 15 janvier, à 1 h. 1/2. La durée du cours sera de deux mois. Pour les renseignements, s'adresser à la Clinique, 19, rue des Grands-Augustins, les mardis, jeudis, samedis, de 1 h. à 5 heures.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

La stérilité du pus des abcès du foie et ses conséquences chirurgicales.

(Communication à la *Société de chirurgie* par J.-J. Peyrot, chirurgien de l'hôpital Lariboisière.)

L'ouverture large et d'emblée des abcès du foie tend de plus en plus à se faire accepter. Elle rencontre pourtant de temps en temps une certaine opposition. Pourra-t-il en être autrement tant que les raisons de son innocuité ne seront pas bien connues? Il semble presque prodigieux qu'une collection purulente cachée souvent dans les profondeurs du foie puisse être attaquée à main levée sans qu'une péritonite rapide s'ensuive. Le fait est si exceptionnel, si peu en rapport avec ce qui s'observe pour les autres viscères de l'abdomen, qu'il a fallu accumuler succès sur succès avant d'entraîner à peu près complètement la conviction des chirurgiens.

Il nous semble qu'aujourd'hui nous pouvons fournir cette théorie de l'innocuité de la large incision dans les abcès du foie. L'observation qui suit nous aidera à la démontrer.

Observation : Louis D..., 28 ans, ajusteur, est entré le 1er décembre 1890 à l'hôpital Lariboisière, dans le service du Dr Raymond, pour des douleurs qu'il éprouve dans le ventre et pour un état fébrile datant de plusieurs semaines. Il est amaigri, terreux, cachectique. Il raconte qu'il a fait, à l'âge de 8 ans, une chute sur le côté droit qui fut contusionné par le bord d'un trottoir. De ce fait, il dut rester deux mois au lit.

Peu après il partit pour la Nouvelle-Calédonie où il a passé 7 ans. En 1875 il a été atteint, dans cette colonie, d'une dysentérie grave, qui dura trois mois. Il finit par se remettre et rentra en France trois ans après. Depuis il a été atteint assez souvent de bronchite et il est considéré par M. Raymond comme un emphysémateux.

En juillet 1890, il commence à souffrir dans le flanc droit. De temps en temps se montrent des frissons d'abord légers, mais qui, peu à peu, se répètent plus souvent et s'aggravent. En septembre, le malade est appelé à faire une période d'instruction militaire de 28 jours; au bout de quelques jours il souffre davantage, devient incapable de continuer son service et garde le lit à l'infirmerie.

En octobre, une tuméfaction douloureuse apparaît au-dessous des côtes droites; le décubitus de ce côté devient impossible. Les frissons ne se reproduisent plus; mais l'appétit se perd, les forces diminuent, le malade maigrit et bientôt ne peut plus quitter le lit. Il entre à Lariboisière le 1er décembre. M. Raymond constate l'existence d'une vaste collection, formant saillie dans la région de l'hypochondre droit. Il fait le diagnostic d'abcès du foie consécutif à la dysentérie, confirme cette opinion par une ponction avec la seringue de Pravaz qui lui permet d'aspirer, comme il s'y attendait, un liquide purulent, et veut bien faire passer le malade dans mon service.

Il est aisé de constater que le volume du foie est énorme. Il descend en avant à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic; latéralement il déborde les fausses côtes de trois travers de doigt. En arrière, la matité thoracique mesure sept à huit travers de doigt.

Une voussure très nette soulève l'hypochondre droit et la région épigastrique. Il est facile de s'assurer que cette partie saillante est fluctuante.

Le malade tousse et présente dans toute la poitrine de nombreux râles sibilants.

Le 4 décembre 1890, après une injection de cocaïne dans le tissu cellulaire sous-cutané, j'ouvre la collection de la façon suivante : sur le point le plus saillant, qui me paraît correspondre à peu près au beau milieu de la partie supérieure du muscle grand droit, je fais une incision à la peau, verticale, longue de 5 centimètres, commençant à un centim. du rebord des côtes. Cette incision pratiquée, je plonge un bistouri directement dans le foyer et j'ouvre de haut en bas en sectionnant directement et d'un seul coup la paroi abdominale et celle du foyer hépatique.

Une énorme quantité de pus, évaluée par nous à deux litres au moins, s'écoule rapidement. La canule du laveur est introduite dans le foyer et nous injectons plusieurs litres de solution phéniquée à 1/40. L'opération me paraissait terminée heureusement. J'essaye, à ce moment, d'introduire par mon ouverture deux tubes à drainage que j'avais préparés à l'avance pour cet usage; mais dans ce mouvement, je laisse échapper mon incision hépatique; or, il n'y avait aucune adhérence entre le foie et la paroi; le parallélisme entre la plaie extérieure et la plaie profonde est aussitôt détruit. Il m'est impossible de placer mes tubes. Le malade, très émotif, se plaint beaucoup, crie à la moindre tentative que je fais. En désespoir de cause, je lui donne du chloroforme, et je ne reprends ma recherche qu'après avoir obtenu l'anesthésie complète.

Je finis par découvrir et par accrocher l'incision que j'avais faite au foie. Elle était allée se loger du côté du flanc droit, à 5 ou 6 centimètres de l'incision pariétale. Je l'attire au niveau de cette dernière et je l'unis à elle par deux points de catgut. Introduction des tubes à drainage; nouveau lavage qui donne encore une grande quantité de pus, pansement antiseptique.

On comprend aisément qu'au sortir de cette intervention je n'aie pas été sans quelque inquiétude au sujet de mon opéré. Voilà une ouverture qui était restée béante dans l'abdomen, pendant près de vingt minutes, et qui forcément avait déversé dans la cavité péritonéale une certaine quantité du pus encore contenu dans l'abcès fort incomplètement vidé. Qu'allait-il advenir?

Je retournai le soir à l'hôpital. L'opéré allait très bien. Le ventre n'était point douloureux. La région de la plaie seule était sensible, d'autant plus que le malade, atteint de bronchite, comme nous l'avons dit, toussait fréquemment. Rien non plus les jours suivants; pas le moindre retentissement sur le péritoine. La température, qui les jours précédant l'opération oscillait entre 37°5 le matin et 39° le soir (dans le rectum), conserve cette allure pendant une huitaine de jours. Peut-être la bronchite pouvait-elle être accusée en grande partie de cette persistance de la fièvre. A partir du 12 décembre, la température ne dépasse plus 38°. Elle devient absolument normale dès le 19. Nous avons fait des lavages boriqués quotidiens par les tubes pendant les quatre premiers jours. On n'a plus changé ensuite le pansement que tous les deux ou trois jours. Pendant quelques jours à partir du 11 décembre, un écoulement biliaire assez abondant s'est produit; mais il a cessé dès que nous avons remplacé les deux gros tubes par un tube unique plus petit (20 déc.). Le 25 décembre, ce dernier tube a été retiré définitivement. La cicatrisation était complète deux jours après.

J'ai gardé le malade dans mon service jusqu'au 7 janvier. Il est méconnaissable. En quinze jours il a repris d'une façon étonnante. Il est parfaitement guéri.

Supposons qu'au lieu d'un abcès au foie, il se fût agi d'une collection développée dans tout autre organe de l'abdomen, les choses eussent-elles suivi le même cours?

M. Mabboux, dans l'intéressant article qu'il a consacré dans la *Revue de chirurgie* de 1887 *au traitement chirurgical des abcès du foie*, laisse percer un certain étonne-

ment en présence des succès de la méthode de Stromeyer Little dont il s'est pourtant constitué le propagateur. Obligé d'un côté d'admettre — ce qui est évident dans tant d'observations et en particulier dans la mienne — que le péritoine n'est pas forcément défendu par des adhérences plus ou moins solides, refusant d'autre part d'accepter qu'un lavage forcément incomplet fasse perdre au pus ses qualités nuisibles, il arrivait à penser que la large ouverture permettait à ce pus un écoulement si facile vers le dehors que toute pénétration dans le péritoine était évitée. C'était là le point faible de la théorie. Comment imaginer que les abcès profonds ouverts sur le trocart cannelé à 7 à 8 cent. de profondeur par les chirurgiens de l'Inde ne laissaient pas écouler dans le péritoine une parcelle de leur contenu; et chez mon malade est-il possible de croire que rien ne s'est déversé non plus dans la séreuse abdominale?

Non, l'explication n'était pas là. Elle se trouvait dans un fait tout à fait inattendu, constaté pour la première fois, croyons-nous, par Kartulis en 1887 (1), et récemment vérifié par Laveran (2) et par Netter (3), à savoir que le pus des abcès du foie consécutifs à la dysentérie est ordinairement dépourvu de micro-organismes susceptibles d'être décelés par tous les moyens d'investigation connus.

Le cas que nous avons eu sous les yeux nous a permis de vérifier ce fait. M. Veillon a bien voulu faire pour nous, avec le pus que nous avions recueilli avec pureté dans des pipettes stérilisées au moment où il s'écoulait de l'abcès, les recherches nécessaires, et voici les résultats qu'il a obtenus : Par l'examen microscopique nous n'avons jamais pu constater de micro-organismes, bien que nous ayons fait de nombreuses tentatives de coloration avec les couleurs d'aniline ordinairement employées.

Tous les ensemencements de ce pus sur gélatine, sur agar, sur sérum ou dans le bouillon liquide n'ont donné lieu à aucun développement, bien que nous ayons eu soin de semer une grande quantité de pus.

L'inoculation intra-péritonéale chez le cobaye n'a donné lieu à aucun phénomène morbide.

Le pus de cet abcès du foie ne contenait donc pas de micro-organismes pouvant être décelés par les méthodes actuellement employées en bactériologie. On peut affirmer en particulier *que les microbes habituels de la suppuration y faisaient complètement défaut.*

Je n'ai pas à insister sur les hypothèses que l'on peut faire pour expliquer cette absence de microbes dans les abcès dysentériques du foie.

Les microbes de ces abcès, peu virulents de leur nature, seraient-ils morts au moment de l'ouverture de la collection? L'hypothèse est peu vraisemblable.

Il est plus probable que les abcès dysentériques du foie sont d'une nature toute spéciale et qu'ils sont causés par un organisme spécifique non cultivable sur nos milieux artificiels.

Ce qu'il faut retenir ici au point de vue chirurgical, c'est que ces abcès ne contiennent pas d'ordinaire les microbes pyogènes qui causent habituellement les accidents septiques. Là est certainement la véritable explication de l'innocuité de la méthode de Stromeyer Little pour l'ouverture des abcès du foie. Le *pus de ces abcès* peut en effet être déversé sans danger dans la cavité abdominale même en quantité notable.

Je ne voudrais pas que cette notion fût exagérée. Ce qui paraît bien établi pour les abcès consécutifs à la dysentérie n'est certainement pas vrai pour les suppurations qui ont une autre origine.

Les abcès dysentériques eux-mêmes peuvent être envahis par des infections probablement secondaires. Kartulis, sur 13 cas qu'il a examinés, aurait trouvé 2 fois le staphylococcus pyogenes aureus et 3 fois le staphylococcus pyogenes albus. Mais nous manquons de détails sur ces observations et nous ne savons pas si des ponctions, par exemple, n'avaient pas produit cette infection secondaire.

S'il se vérifiait que les abcès dysentériques peuvent ainsi être envahis par des infections secondaires, l'ouverture à main levée exposerait à de terribles dangers, et il me paraîtrait nécessaire, avant d'intervenir chirurgicalement, de faire l'examen bactériologique du pus retiré par une ponction exploratrice. J'avoue qu'en présence des succès à peu près constants de la méthode de Stromeyer Little, l'existence de cette infection secondaire me semble, malgré les faits de Kartulis, absolument rare.

(1) KARTULIS, Zur Ætiologie des Leberabcess. — *Centralblatt für Bacteriologie*, II, n° 25, 1887.

(2) LAVERAN. Deux observations d'abcès du foie; examen bactériologique du pus de ces abcès. (*Soc. médic. des hôpitaux*, 25 juillet 1890.)

(3) NETTER, *Ibid.*

PATHOLOGIE MÉDICALE

Action anatomique du remède de Koch.

Communication à la *Société de médecine berlinoise* (séance du 7 janvier), par M. R. VIRCHOW.

Je désire vous communiquer l'examen histologique d'une série de pièces qui m'ont été soumises; je ne parlerai d'ailleurs que d'anatomie pathologique. Jusqu'à la fin de 1890, il est mort à ma connaissance 21 malades traités par les injections de Koch, et depuis 1891 je crois qu'il y en a eu 6 ou 7.

Dans les 21 cas que j'ai étudiés en décembre, il y avait 16 phthisiques, au sens ordinaire du mot, c'est-à-dire des tuberculeux pulmonaires. Parmi les 5 autres, il y a un cas de tuberculose ostéo-articulaire; un cas de cancer du pancréas compliqué de petites excavations du sommet pulmonaire; une pleurésie purulente chez une accouchée, qui serait certainement morte sans les injections; un cas d'anémie pernicieuse avec de vieilles lésions pleuro-pulmonaires; une méningite tuberculeuse.

Je n'étudierai aujourd'hui que les modifications générales. Je reviendrai ultérieurement sur les cas particuliers.

Pour les tuberculoses externes, la rougeur et le gonflement sont la preuve qu'il y a avant tout un processus irritatif. Il en est de même pour les organes internes. Je vous ai à cet égard apporté une préparation typique, provenant d'une méningite tuberculeuse du service de M. Hénoch. Ce sujet portait également d'anciens noyaux caséeux pulmonaires qui ont sans doute été l'origine de l'infection finale, et toute une série de modifications inflammatoires récentes. L'enfant, âgé de 2 ans 1/2, mourut 16 heures après la 4e injection. Il avait en tout reçu 2 milligr. L'autopsie révéla une hyperémie énorme de la pie-mère et du cerveau : je ne me souviens pas d'avoir jamais rien vu de semblable. Sur les coupes on voit très bien cette congestion. C'est le seul cas de méningite que j'aie eu l'occasion d'examiner. J'y ai moi-même cherché les tubercules, et je dois dire que nulle part je n'ai trouvé quelque chose qui ressemblât à un processus de régression. Les tubercules étaient fort bien constitués et avaient l'aspect ordinaire des tubercules cérébro-méningiens.

Ces hyperémies et gonflement aigus existent aussi dans les autres viscères. En particulier, il y a une rougeur intense des parois caverneuses, et même des infiltrats hémorrhagiques, voire des épanchements récents dans les excavations. Ainsi un homme de 30 ans, atteint de fistule à l'anus et d'ulcérations tuberculeuses du côlon, mourut d'hémoptysie dans une vieille caverne, 13 jours après la 7e injection.

Tout ne se borne pas à une congestion éphémère. Il y a certainement des manifestations d'inflammation vraie, avec processus intense de prolifération active. Cela s'observe surtout au bord des ulcérations et dans les ganglions correspondants, principalement dans les ganglions mésentériques et

bronchiques. Les ganglions présentent le gonflement avec multiplication cellulaire qui caractérise l'inflammation aiguë. Il y a une augmentation considérable des globules blancs.

Ces gonflements peuvent avoir des conséquences très dangereuses. Je vous rappellerai à cet égard ce qui se passe quelquefois dans la tuberculose laryngée. Il peut même y avoir des accidents phlegmoneux qui se rapportent au phlegmon rétropharyngien, et à cet égard, je vous citerai un décès tout récent, qui est particulièrement intéressant.

Aucun signe objectif ne nous permet de dire si l'inflammation est ou non provoquée directement par l'injection : d'après ce que j'ai observé, il y a identité anatomique avec les inflammations souvent constatées chez les phthisiques. Néanmoins j'insisterai sur certains faits intéressants relatifs à la tuberculose pulmonaire.

Dans les pièces de cette espèce, il y a des altérations récentes en général très étendues, atteignant non seulement le poumon, mais aussi la plèvre, et en particulier souvent il y avait de la pleurésie grave, simple ou tuberculeuse, parfois bilatérale et souvent hémorrhagique.

Dans le poumon lui-même, les lésions sont de deux ordres. Les unes sont le type de la classique pneumonie caséeuse et évidemment il reste douteux que la cause soit alors directement l'injection de lymphe. Je me prononcerais peut-être pour la négative, s'il n'y avait quelques observations importantes. Une des principales est celle d'un sujet chez lequel j'ai trouvé une infiltration caséeuse si énorme que depuis bien des années je n'en avais pas vu de semblable : il ne reste à peu près pas de parenchyme sain entre les lobules malades. A la coupe macroscopique, l'aspect était celui d'un gros caillot sanguin noirâtre, farci de masses caséeuses à contours nets. Cet homme, âgé de 33 ans, mourut 4 semaines après la 6e injection. Les injections avaient été cessées a cause de la fièvre et de l'augmentation de l'infiltration. Cette infiltration avait débuté après le début du traitement, entrepris lorsqu'il n'y avait que de l'induration ancienne d'un seul des sommets. Ici donc, certainement, les accidents aigus ont suivi l'emploi des injections.

Sur mes 16 autres phthisiques, il y en avait 5 qui présentaient de l'hépatisation caséeuse récente plus ou moins abondante, mais moins énorme que dans le cas précédent.

Le second ordre de lésions est également inflammatoire, mais, d'après mon expérience, diffère notablement de ce que nous voyons ordinairement, sans que cependant je croie pouvoir conclure encore à quelque chose de pathognomonique.

Les pneumonies des phthisiques sont de trois catégories : caséeuses, fibrineuses ordinaires et catarrhales. Je ferai d'abord remarquer que chez aucun des injectés je n'ai trouvé de vraie pneumonie fibrineuse, mais seulement quelques foyers, accessoires, d'hépatisation fibrineuse. J'ai déjà parlé de la pneumonie caséeuse. Reste donc la pneumonie catarrhale : or la pneumonie des injectés, tout en lui ressemblant, me semble en différer un peu. En général, l'exsudat alvéolaire forme des masses faciles à extraire des cavités; quelquefois il est de telle apparence qu'on comprend l'ancienne doctrine de Laënnec, pour qui l'infiltration tuberculeuse est d'abord gélatineuse. Or dans mes pièces actuelles il n'y a pas de ces productions gélatineuses, mais l'exsudat est aqueux et trouble : il rappelle les exsudats phlegmoneux. Par places il s'épaissit et prend un aspect caséeux, sans être jamais aussi sec, cependant. Sur la même préparation on voit souvent côte à côte la caséification vraie et cette pneumonie catarrhale, et la différence d'aspect saute aux yeux. J'ai trouvé 7 fois sur 16 cette pneumonie catarrhale spéciale. Cette pneumonie a encore ceci de particulier qu'elle amène des excavations, dans les lobes inférieurs par exemple, d'une rapidité telle qu'on n'en observe guère de semblable que dans la broncho-pneumonie gangréneuse. Il est vrai que ce n'est pas fréquent.

A mon sens ces inflammations sont, en partie du moins, du même ordre que celle que l'on observe dans les tuberculoses externes, comme conséquence directe de l'injection et qui, selon les individus, atteint une intensité si variable.

Enfin il est un fait bien établi par de nombreuses observations cliniques : l'éclosion de nouveaux tubercules. Vous comprendrez que je n'y insiste pas, car anatomiquement il n'y a pas de critérium pour déterminer l'âge des granulations miliaires. Cependant, nous avons toujours tendance à les croire jeunes. On a vu des éclosions de ce genre se faire après l'injection sur la muqueuse du larynx et, sous l'œil de l'observateur, s'ulcérer alors qu'auparavant la place était saine. D'après ce que j'ai lu, on croit que ces foyers préexistaient, mais qu'on ne les voyait pas. La preuve absolue de cette opinion est impossible à donner; mais ce que je puis dire, c'est que dans les viscères, et surtout sur les séreuses, *j'ai vu une éruption de granulations toutes fraîches, dans des conditions telles qu'il est à peu près invraisemblable qu'elles soient de date ancienne.* Ainsi pour la plèvre, le péritoine, le péricarde. Nulle part je n'ai vu dans ces granulations de modifications permettant de croire qu'elles ont été pour ainsi dire attaquées par le remède, même quand le traitement avait duré plusieurs semaines, et je suis persuadé que l'éruption est consécutive.

Vous savez combien les granulations les plus fines sont difficiles à voir dans le poumon : je n'en parlerai donc pas, et j'en viens aux granulations miliaires des muqueuses, comme sur la muqueuse du larynx. J'en ai vu sur l'intestin d'un homme de 41 ans, chez lequel existait aussi un semis péricardique récent. Et j'ajouterai que j'en ai vu sur l'épicarde, en un point qui ne touchait absolument pas le poumon malade : c'était un petit foyer où 4 granulations étaient entourées d'une hyperémie intense.

Dans ce dernier exemple, l'infection ne peut être que métastatique. Et comment ne songerions-nous pas ici à la métastase, que les bacilles aient été pour ainsi dire mobilisés, ou bien qu'ils aient subi une multiplication intense? D'ailleurs, vous le savez, M. Koch lui-même accorde que les bacilles restent vivants dans les produits tuberculeux modifiés; et il est bien possible qu'il se produise dans les foyers un ramollissement qui favorise, par la production de liquides, la migration des agents infectieux. Pour le poumon, une autre hypothèse est bien probable : les produits ramollis ne tombent-ils pas du sommet, d'abord seul malade, dans les parties inférieures, produisant, par aspiration, une véritable « schlukpneumonie » caséeuse?

Je crois donc devoir mettre en garde contre ces accidents, et recommander une prudence extrême, au moins pour les cas où l'on peut supposer que le patient n'aura pas la force d'expulser par la toux les foyers qu'on lui aura artificiellement ramollis.

J'ajouterai quelques mots sur la réaction locale spécifique, sur laquelle surtout M. Koch a insisté. Je reconnais qu'elle se produit en beaucoup d'endroits, mais je vous ai déjà dit qu'à mon sens les granulations miliaires lui échappent en bien des points. Je sais bien que des observateurs ont vu un état trouble de ces granulations dans la plèvre, mais je dis qu'il n'en est pas toujours ainsi.

Et même de gros tubercules peuvent résister. J'en ai vu un exemple frappant sur un enfant de 3 ans atteint de tuberculose osseuse et cérébrale. A l'autopsie, j'ai trouvé des tubercules solitaires anormalement nombreux du cerveau et du cervelet; il y en avait en effet 7, gros comme des noix. Or aucun d'eux ne présentait de modification dans sa substance ou autour de lui.

Pour les ulcérations intestinales, on observe sans contredit un processus de détersion tout à fait analogue à celui que l'on voit sur les ulcérations lupiques; on y trouve des modifications remarquablement étendues, et chez le malade dont je vous ai parlé il y a un instant, la mortification allait presque à la séreuse; quelque jours de vie de plus, et l'intestin se fût sûrement perforé, comme on l'a vu, d'ailleurs, dans certains cas, dans un fait de M. B. Frænkel, je crois. Mon devoir est, je pense, d'attirer l'attention sur ce grave accident, observé une couple de fois en deux mois. Et certainement une semblable rapidité de mortification, avec ses conséquences, peut s'observer dans le poumon.

Parmi mes autres pièces, j'en mentionnerai une de tuberculose très grave du larynx, où on a fait 20 injections, la dernière le jour même de la mort. C'est précisément cet homme sur lequel j'ai étudié la tuberculose péricardique et la nécrose intestinale. Chez lui, une ulcération large et récente, d'intensité extraordinaire, prend tout le larynx et gagne la trachée.

Voici une pièce vous montrant de l'hépatisation caséeuse récente, après 6 injections, dont la 6e a été faite 4 jours avant la mort. En voici une autre où le sujet ayant succombé 10 jours après la 3e injection, il y a des foyers caséeux et une

inflammation diffuse. Sur la dernière, enfin, recueillie ce matin, vous voyez, outre des dilatations bronchiques du lobe inférieur, une suppuration étendue du poumon.

FORMULAIRE THÉRAPEUTIQUE

Traitement de la maladie de Bright.

I. Régime classique. — Les prescriptions climatériques consistent à éviter l'humidité et les brusques changements de température.

Comme prescription diététiques, éviter les mets épicés ou irritants, supprimer les œufs, suivre le régime lacté intégral ou mixte, proscrire le vin, l'eau-de-vie, les liqueurs et même la bière.

II. Régime de Senator. — Il consiste à autoriser les viandes blanches et la viande de porc; à défendre les viandes rouges et à conseiller les aliments féculents et herbacés, les fruits, les graisses et le lait. Senator permet pour boisson l'usage du vin coupé d'eau.

III. Régime de Semmola. — Il consiste dans l'observation des prescriptions précédentes et à faire prendre dans les vingt-quatre heures, la solution ainsi formulée.

Iodure de potassium	1 gramme
Phosphate de soude	2 —
Chlorure de sodium	5 à 6 —
Eau	1000 —

IV. *Régime de Bamberger.* — Il peut se formuler ainsi : compléter l'alimentation lactée par l'usage des toniques et des ferrugineux. L'auteur recommande les préparations suivantes :

1° Pilules de perchlorure de fer. — Ces pilules sont administrées à la dose de trois à six par jour en deux ou trois prises. Elle contiennent chacune :

Perchlorure de fer	2 centigr.
Menyanthe pulvérisée	5 —
Extrait de gentiane	q. s.

2° Pilules de sulfate de fer. D'après Wiethe :

Sulfate de fer	ââ 5 gr.
Bicarbonate de soude	ââ 5 gr.
Extrait de pissenlit	q. s.

Pour soixante pilules. Six par jour, trois le matin et trois le soir.

3° Potion à l'écorce de quinquina :

Ecorce de quinquina gris concassé 20 gr. que l'on fait infuser pendant une demi-heure dans :

Eau bouillante	200 gr.

et que l'on édulcore avec :

Sirop d'écorces d'oranges amères	20 gr.

D'après Wiethe, cette potion s'administre à raison d'une cuillerée à bouche de deux en deux heures. (*Rev. de clin. et de thérap.*)

REVUE DES JOURNAUX

La grippe au point de vue épidémiologique, par F. Antony (*Arch. de médec. et de pharm. milit.*, novembre 1890, p. 345). — La grippe est une maladie spécifique, infectieuse, dont l'agent est encore inconnu, mais dont la transmission, indépendante de toutes les causes étiologiques d'ordre banal, s'effectue surtout par la contagion, seul facteur qui se retrouve d'une façon constante. La virulence de l'agent infectieux semble particulièrement variable. Il est possible que l'agent infectieux existe partout autour de nous et n'acquière que sous l'influence de conditions générales favorables, toutes les qualités de l'épidémicité.

Cancer latent de l'estomac chez un homme de 23 ans, par Clavelin (*Arch. de médec. et de pharmacie milit.*, octobre 1890, p. 300). — Les symptômes observés consistaient en perte d'appétit, dégoût pour tous les aliments solides, dilatation considérable de l'estomac et ballonnement très marqué de tout l'abdomen; jamais de vomissements, sauf un vomissement pituiteux 5 jours avant la mort, cachexie et amaigrissement rapide, durée totale d'environ deux mois. On avait pensé à l'anémie pernicieuse progressive. A l'autopsie, tumeur non ulcérée en forme d'entonnoir au-dessus du pylore, qui est rétréci, mesurant 4 centimètres de hauteur dans la partie supérieure et 6 dans la partie inférieure; masses volumineuses de ganglions dégénérés; pas de généralisation viscérale.

De l'emploi du gavage dans la paralysie diphthérique limitée au voile du palais et au pharynx, par C. Faguet (*Journal de médecine de Bordeaux*, 19 et 26 octobre 1890, p. 102 et 113). — Le gavage permet de remplir l'indication fondamentale du traitement de la paralysie diphthérique limitée au voile du palais et au pharynx, lorsque les aliments passent en totalité ou en grande partie par la plaie trachéale ou par les fosses nasales. L'introduction de la sonde par le nez est beaucoup plus avantageuse à tous les points de vue et, chez les enfants indociles surtout, doit être préférée à l'introduction par la bouche.

Adhérences péritonéales après la laparotomie (Versuche über die Entstehungsbedingungen peritonealer Adhæsionen nach Laparotomien), par G. Kelterborn (*Centralbl. für Gynækol*). 1890, n° 51, p. 914). — Kelterborn a repris, sur des chats, un chien et un lapin les expériences de Sænger, Dembovski, Manlowski et autres, sur la formation des adhérences péritonéales. Les cautérisations très étendues, mais superficielles, l'abrasion de la surface du péritoine et même de la couche musculaire de l'intestin, guérissent par formation d'une cicatrice lisse, sans adhérences, si l'opération ou l'expérience est faite d'une façon antiseptique. Si les expériences étaient faites au niveau du grand épiploon (incision sur la ligne médiane et suture), les adhérences n'existaient qu'aux points de suture, au niveau des canaux creusés par l'aiguille et le fil. Les adhérences qui se formaient dans ce cas entre l'épiploon et la paroi abdominale, seraient dues, d'après l'auteur, à la pénétration, pendant l'opération, dans la cavité abdominale de l'air qui repousse ensuite l'épiploon contre la paroi abdominale et favorise la formation des adhérences précoces. Aussi M. Kelterborn arrive-t-il aux conclusions contraires à celles des auteurs que nous venons de citer :

1° Les ligatures de la cavité abdominale ne donnent pas lieu aux adhérences, mais présentent une tendance à l'encapsulement; 2° la formation des adhérences après la laparotomie, en supposant le péritoine normal, est due à l'infection de la plaie; 3° rien ne s'oppose à ce que les adhérences soient détruites par le thermocautère.

Chondro-sarcome costal (Ein Fall von Osteochondrosarkom der Rippen), par Seydler (*Centralbl. f. Chirurg.* 1890, n° 51, p. 992). — J. B., âgé de 22 ans, se fait au mois de juin deux contusions au niveau de la partie inférieure du thorax. Les signes de contusion disparaissent, mais une douleur persiste au niveau de la 8e côte qu'on sent un peu tuméfiée. La tuméfaction se propage sur les autres côtes avoisinantes, et au mois d'août il devient certain qu'il s'agit d'une tumeur maligne (le malade a maigri considérablement) occupant la partie inférieure du thorax. L'opération, faite seulement au mois de septembre, n'a pu être faite d'une façon radicale, la tumeur ayant envahi le foie par sa face profonde. On s'est donc contenté d'enlever la tumeur et les côtes envahies (7e, 8e, 9e).

La tumeur a récidivé sur le thorax et, lorsque le malade mourut au mois de février, la tumeur s'étendait du sternum à la ligne scapulaire et du mamelon à la crête iliaque.

A l'autopsie on a trouvé des métastases dans les deux sommets du poumon et la plèvre; le foie et le lobe inférieur du poumon droit étaient soudés par la tumeur.

Le Dr Bollinger qui a fait l'examen microscopique de la tumeur, a trouvé que le néoplasme primitif des côtes se composait de tissu sarcomateux, dans les parties périphériques molles, de tissu cartilagineux et osseux néoformés dans les parties centrales. Dans les métastases des poumons et de la plèvre étaient des ostéo-chondromes purs.

Anévrysmes variqueux de l'aorte et de la veine cave supérieure (Varicose aneurisms of the aorta and superior vena cava), par W. Pepper et C. Griffith (*Amer. Journ. of medic. sciences*, octobre 1890, p. 329). — A propos

d'une observation nouvelle de cette forme de communication artério-veineuse, Pepper et Griffith résument et comparent entre eux les 28 cas rapportés par les auteurs et en donnent une étude complète mais sans originalité, qui sera cependant consultée avec fruit.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 13 *janvier* 1891.

Présidence de M. Tarnier.

Vaccination obligatoire.

M. Hervieux. — De grands efforts sont faits de tous côtés pour répandre la vaccination. J'en ai déjà plusieurs fois informé l'Académie et montré que les résultats ont toujours été favorables. Récemment, dans le XIIIe arrondissement de Paris, M. le Dr Mongenot a pu ainsi avec grand succès revacciner tous les enfants des écoles. La très grande majorité des parents ont accepté; quelques-uns seuls ont refusé.

Dans les campagnes malheureusement et certaines villes, la pratique de la vaccination est encore bien restreinte. Les causes de cette impardonnable incurie sont les suivantes : 1° l'habitude invétérée d'attendre les saisons équinoxiales, mais surtout le printemps, pour vacciner les enfants; 2° la crainte, très rare d'ailleurs, que la vaccination ne prédispose à la variole ou ne la détermine; 3° la nécessité de payer en province les vaccinations qui à Paris sont toujours gratuites dans les divers arrondissements comme à l'Académie; 4° l'ignorance et le mépris des soins ou précautions les plus élémentaires se rapportant à l'hygiène. Toutes ces causes mènent à la négligence et à l'inertie en matière de vaccinations, mais non à la rébellion. L'habitant des campagnes respecte généralement l'autorité et les prescriptions légales. D'ailleurs des faits récents montrent que l'opinion est de plus en plus en faveur de la vaccination obligatoire. Dans une enquête faite par le Conseil d'hygiène des Pyrénées-Orientales à l'instigation du Dr Massot, nous voyons que 55 conseils départementaux ont émis des avis très favorables.

En somme, à cet égard on constate la résistance systématique des indigènes dans les colonies, la résistance passive en France dans certaines couches de la population; l'une et l'autre sont justiciables de la vaccine obligatoire, ce qui autorise à dire de nouveau que la variole doit être détruite.

M. Léon Le Fort. — Partisan déclaré de la vaccination facultative, je suis l'adversaire ardent de la vaccine obligatoire.

Les individus de tout âge pouvant être rendus réfractaires à la contagion par la vaccine, il est à désirer que le service vaccinal soit sérieusement organisé dans toute la France, que le vaccin animal soit seul employé et qu'il soit mis facilement et gratuitement à la disposition de tous les médecins, de manière à permettre d'obtenir ce résultat que tous les enfants soient vaccinés, que tous les adolescents et adultes soient revaccinés.

Pour entraîner les convictions, on a fait le roman de la vaccination obligatoire en Prusse et en Angleterre, il est temps d'en faire l'histoire. La vaccination obligatoire est une grave atteinte à la liberté individuelle; on ne saurait proposer une pareille loi avant d'avoir prouvé que la mortalité par variole est considérable et qu'on a pris inutilement toutes les mesures pour s'opposer à la contagion et, en première ligne, l'isolement des varioleux, qu'on a organisé un service vaccinal irréprochable, que la vaccination est pour tout le monde gratuite et facile, et qu'on ne trouve plus devant soi qu'un seul obstacle, la résistance ou la négligence des parents à faire vacciner leurs enfants.

En France, on ne connaît pas le chiffre des décès par variole; on sait seulement que, depuis 1886, la mortalité moyenne par cette maladie a été de 2,929 décès dans 195 grandes villes ayant une population de 8,573,574 habitants.

Pour réduire la mortalité, on peut prendre deux mesures : 1° combattre la contagion par l'isolement des varioleux, 2° rendre, par la vaccination, les individus réfractaires à la contagion. Quant aux précautions, sauf à Paris, il n'y a que peu de chose. A Paris, la création de l'hôpital spécial d'Aubervilliers a abaissé la mortalité par variole de 55 à 3 pour 100,000.

De même, nous ignorons le nombre des enfants vaccinés en France, les statistiques officielles donnant des résultats manifestement exagérés. Or, s'il y a peu de vaccinés, et c'est ce qui doit être puisqu'on demande la vaccination obligatoire, cela ne peut tenir qu'à la résistance à la vaccination, à la négligence des parents ou à la difficulté de faire vacciner les enfants. Cette difficulté est à l'heure qu'il est presque insurmontable dans les campagnes; si quelques médecins y ont du vaccin, c'est parce qu'ils l'achètent à Paris, à Lyon, à Genève ou à Bruxelles.

Le service vaccinal de l'Académie n'a que 14,000 francs de budget, tandis qu'en Angleterre le service vaccinal jouit d'une dotation de 198,000 fr. Quant à notre service départemental de vaccine, il est absolument au-dessous de sa tâche. Il faudrait commencer par rendre la vaccine possible avant de demander l'obligation légale; il faudrait surtout isoler les varioleux et s'opposer à la contagion.

C'est en 1874 qu'une loi applicable à tout l'empire d'Allemagne a uniformisé l'obligation de la vaccination, en même temps que celle de mesures rigoureuses d'isolement et de désinfection; depuis 1807 (Bavière), 1811 (Schleswig), 1820 (Nassau), 1821 (Hanovre), 1828 (Hesse), 1835 (Prusse), divers Etats allemands avaient pris les mêmes dispositions.

Les statistiques recueillies montrent que dans tous ces pays d'abord, puis dans l'empire ensuite, la variole a surtout diminué lorsqu'on a pu assurer l'isolement et la désinfection, alors que la décroissance variolique avait été plus faible ou qu'elle n'avait pas été constante sous l'influence de la vaccination obligatoire seule.

L'exemple de l'Angleterre montre qu'une loi illibérale, imposée à un pays libéral, peut rester impuissante. Depuis 1867 la vaccination y est légalement obligatoire; d'autres lois ont renforcé la première, aggravant sa sanction par des pénalités plus grandes, cherchant à diminuer la résistance offerte par le public et développant de plus en plus le service vaccinal. Cependant la mortalité par la variole ne diminuait pas (22 décès pour 100,000 de 1851 à 1860, 24 de 1871 à 1880), lorsqu'on se résolut à prendre des mesures rigoureuses contre la contagion. On créa des hôpitaux spéciaux d'isolement, on fit même des hôpitaux flottants, on obligea à l'isolement les varioleux soignés dans leurs demeures. A Londres, les résultats furent extraordinairement remarquables : en 1885, il y mourut 1,419 varioleux, 24 en 1886, 9 en 1887 et 1888, 1 seul en 1889. Cette diminution s'est aussi constatée dans toute l'Angleterre : en 1885, on y compta 2,827 décès varioliques, en 1886, 275, et 7 seulement en 1889 sur les 9,555,406 habitants des plus grandes villes. En France, sur une population presque égale de 8,573,574 habitants, nous avons eu de 1886 à 1888 une moyenne annuelle de 2,929 décès par variole.

En présence de tels faits, comment peut-on demander l'obligation de la vaccine? Dans l'intérêt public on imposerait obligatoirement la vaccine à un enfant qui n'a qu'une chance sur 65,000 de contracter la variole et de devenir un danger public, et on ne demande pas de loi pour protéger la société contre un varioleux qui est un danger actuel, certain, immédiat; quelle grande inconséquence! D'autre part, on ne vit en société qu'à la condition d'aliéner une partie de ses droits et de sa liberté; mais il y a des droits imprescriptibles et l'on n'a pas le droit d'inoculer malgré moi, à mon corps ou au corps de mes enfants, un virus quelconque. Aussi jamais une loi aussi attentatoire à la première de toutes nos libertés ne sera-t-elle votée par une Chambre française. En Angleterre, des ligues n'ont pas tardé à se former, dès que la loi a été promulguée et il est incontestable qu'aujourd'hui la loi a eu pour effet d'y compromettre la vaccine elle-même. Or, la vaccine est entrée dans les mœurs françaises, l'obstacle à la vaccination est dans la difficulté de se faire vacciner. Ne compromettons pas cette situation par des mesures imprudentes; ne forcez pas les partisans dévoués de la vaccine facultative à devenir les adversaires implacables de la vaccine obligatoire. Organisez le service vaccinal, rendez la vaccination gratuite, répandez-la, obligez à des mesures rigoureuses de prophylaxie, et la variole sera bien près de disparaître.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 10 *janvier* 1891

Présidence de M. Ch. Richet

Pseudo-crampe des écrivains de nature épileptique.

M. Féré a observé un malade de 33 ans, employé d'une maison de banque, et présentant des éblouissements et des vertiges que l'on pouvait faire rentrer dans l'épilepsie larvée, qui fut pris d'une crampe de la main tout à fait particulière. Il survenait d'abord un fourmillement et une sensation de froid, puis les doigts se serraient violemment, à casser le porte-plume, et au bout de quelques instants la crampe se dissipait et le malade pouvait reprendre son travail. Au bout de quelque temps, il se mordit la langue dans une de ces crises ; puis l'accès se généralisa à tous les muscles et la crampe devint le début d'un accès d'épilepsie confirmée. Le bromure de potassium eut d'excellents résultats dans ce cas. M. Féré rappelle à ce propos que Herpin a signalé un graveur chez lequel l'accès de mal comitial débutait par une crampe de la main et qui fut obligé de cesser son métier.

Le bacterium coli commune dans les abcès du foie.

M. Veillon a observé un cas d'abcès du foie chez un soldat revenu du Tonkin avec la dysentérie. L'abcès fut ponctionné, et le pus examiné avec le plus grand soin par M. Netter ne montra aucun microbe. Un mois après il fut incisé, et alors M. Veillon trouva dans le pus le bacterium coli commune, reconnaissable à ses cultures. Il existait seul, et on put en constater la présence pendant onze jours de suite. L'abcès guérit ensuite. Le bactérium coli peut donc envahir les parenchymes.

M. Laveran fait remarquer que dans ce cas le bacille trouvé n'était pas pathogène, puisqu'il n'existait pas au début. Les abcès hépatiques des pays chauds sont encore inconnus au point de vue de leurs micro-organismes pathogènes.

M. Arnaud présente un malade dont le cœur est situé à droite, probablement par suite d'une *hernie diaphragmatique* gauche, et un lapin sur lequel il a fait glisser les deux reins dans le tissu sous-cutané. L'opération a parfaitement réussi.

M. Darsonval montre un appareil qui peut servir à filtrer le liquide testiculaire ou les liquides de culture des microbes. Il se compose d'un tube de cuivre renfermant à une extrémité une bougie Pasteur. On verse dans le tube le liquide à filtrer et l'on donne de la pression au moyen de l'acide carbonique liquide, qui développe de 60 à 80 atmosphères. Le filtrage des liquides les plus mucilagineux s'opère alors très vite.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 7 *janvier* 1891

Présidence de M. Horteloup.

Abcès du foie.

M. Marchand, à propos de la laparotomie exploratrice infructueuse rapportée la semaine dernière par M. Terrillon, cite un cas analogue. Une femme de 27 ans fut prise brusquement de frissons et, après diverses hésitations, on songea à un abcès du foie. M. Marchand, qui vit la malade au bout de deux mois, constata une voussure épigastrique et une courbe thermique de suppuration. Mais après laparotomie exploratrice il ne trouva rien; la malade mourut au bout de 13 jours et l'autopsie fit voir des abcès multiples de cause inconnue, dont un volumineux, près de la veine cave.

M. Peyrot fait sur l'asepsie du pus des abcès dysentériques une communication donnée *in extenso* p. 13.

M. Bouilly. — J'ai publié dans la thèse de Caravias un fait semblable à celui de M. Peyrot : le parallélisme des deux incisions se détruisit si bien que les drains étaient presque verticaux. Le pus était très fétide et il en coula sûrement dans le péritoine. J'avais donc peur : mais mon malade a guéri. Depuis, pour plus de sécurité, j'ai eu soin de suturer immédiatement à la peau la lèvre inférieure de l'incision hépatique, ce qui empêche de perdre cette incision.

M. Périer. — Une fois j'ai ouvert un abcès du foie sans adhérences à la paroi et j'ai suturé d'abord le foie à l'incision pariétale. J'ai évité ainsi l'épanchement de pus dans le péritoine. Malgré la stérilité fréquente de ce pus, j'agirais encore de même. Cela me semble plus prudent.

M. Peyrot. — Peut-être est-ce plus prudent, mais on pourrait s'en passer si l'innocuité du pus des abcès dysentériques non ponctionnés était définitivement démontrée.

M. Quénu. — J'ai opéré un jeune soldat atteint d'ascite chez qui, le foie étant volumineux, je diagnostiquai un abcès du foie en raison d'une dysentérie contractée au Tonkin. Le ventre une fois ouvert, la palpation du foie ne m'apprit absolument rien; trois ponctions avec un gros trocart restèrent blanches. Je recousis donc la plaie pariétale. Or l'autopsie m'a fait voir une vaste poche centrale, contenant plus de deux litres de pus. Ce fait m'a appris qu'un volumineux abcès central peut ne pas causer de bosselure, de fluctuation, et que j'ai eu tort de ne pas insister sur les ponctions exploratrices.

M. Chauvel. — J'ai ouvert 4 abcès du foie et jamais je n'ai trouvé d'adhérences. Dans un mémoire publié à ce propos j'ai combattu la suture : le foie une fois vidé remonte, en effet, et alors la suture lâche, ou bien elle fixe l'organe dans une situation vicieuse. Deux fois j'ai ouvert des kystes hydatiques suppurés, je crois que du pus a coulé dans le ventre et je n'ai pas eu d'accident.

M. Peyrot. — Dans mon cas j'ai suturé le foie à la paroi : la poche était flasque et n'a pas tiré sur la suture. Pour les kystes hydatiques, il ne faudrait pas trop s'y fier, surtout quand la suppuration est consécutive à une ponction.

M. Robert. — Au Tonkin j'ai vu beaucoup d'abcès du foie, et j'ai été frappé de la multiplicité des poches. Nous avions coutume d'opérer par l'incision en deux temps. Après avoir provoqué des adhérences par le tamponnement iodoformé de l'incision pariétale, nous ponctionnions, puis nous incisions le foie. Mais souvent la température ne tardait pas à remonter et il fallait chercher de nouvelles poches. Si bien que je n'ai vu guérir que deux malades. Les abcès qu'on voit en France — et j'en ai vu au Val-de-Grâce — sont plus circonscrits, à marche plus lente.

M. Peyrot. — Dans mon cas, la marche avait été très lente. La dysentérie avait 15 ans de date.

M. Charvot. — Même dans les pays chauds, la bénignité peut être grande. A Tunis j'ai vu ouvrir deux abcès du foie, à collection unique, et les suites ont été remarquablement simples.

Kystes dermoïdes sus-hyoïdiens.

M. De Lens fait un rapport sur une observation de **M. Schmidt** intitulée : Kyste dermoïde sublingual pris pour une grenouillette sus-hyoïdienne, extirpation par la voie buccale, guérison. M. Schmidt explique l'erreur de diagnostic par le peu de netteté des deux symptômes différentiels principaux : la couleur jaunâtre et la persistance de l'impression du doigt. Mais il y avait deux autres signes de grande importance : la tumeur était bien circonscrite et non diffuse, et de plus elle était médiane. A propos de ce fait, M. Schmidt étudie la pathogénie, et il croit qu'on exagère le rôle des fentes branchiales : dans 1/4 seulement des cas la tumeur est congénitale ; dans le cas particulier, elle a eu chez un adulte une évolution aiguë ; la paroi n'était pas poilue. Malheureusement, fait observer M. De Lens, l'examen histologique de cette paroi n'a pas été pratiqué. Pour l'extirpation, M. Schmidt pense que la voie buccale, lorsqu'elle est possible, est préférable à la voie sus-hyoïdienne. Dans le cas particulier, la poche n'avait aucune adhérence squelettique.

M. G. Marchant. — Rien ne prouve que, comme dans le cas de Reclus, la poche n'existât, latente, depuis longtemps, et n'ait subi un coup de fouet. L'absence d'adhérences

squelettiques est possible, mais rare. Dans un mémoire sur ce point, j'ai divisé ces kystes en adhyoïdiens et adgéniens et je crois qu'on peut les diagnostiquer, car les premiers ne laissent pas s'interposer le doigt entre eux et l'os hyoïde. J'ai récemment vérifié ce signe, pour un kyste adhyoïdien que j'ai extirpé. En principe, je crois que la voie sus-hyoïdienne est préférable; par la voie buccale, l'asepsie est impossible et les phénomènes inflammatoires sont fréquents. L'opéré de M. Schmidt a eu un peu de lymphangite.

M. Bazy a enlevé deux kystes adhyoïdiens avec succès. Il préfère en principe la voie sus-hyoïdienne, seule compatible avec une asepsie certaine.

Extirpation d'anévrysme inguinal.

M. Bazy a été consulté, le 31 mai 1888, par un homme porteur d'un anévrysme inguino-fémoral, gros comme un œuf de dinde, sans caillot appréciable; il conseilla la ligature de l'iliaque externe. Le malade s'y refusa et pendant plus d'un an (l'anévrysme avait deux ans de date) ressentit peu de troubles. Mais en août 1889, à la suite d'une forte marche, la tumeur s'accrut et le patient revint vers M. Bazy en novembre 1889. La tumeur était alors énorme, remontait dans la fosse iliaque, était enflammée, s'accompagnait d'un léger mouvement fébrile et de douleurs atroces. L'opération fut donc faite d'urgence et ce fut l'extirpation, l'inflammation déja existante contre-indiquant la ligature simple. Après ligature au-dessus et au-dessous, la dissection fut entreprise; pour la mener à bien il fallut inciser largement le sac et le vider; au fond sortait un gros jet de sang, dû à la fémorale profonde. Ce vaisseau fut pris dans une pince placée par dessous. Finalement il fut lié. Suture partielle, drainage, guérison.

Ce fait démontre donc la possibilité d'appliquer aux anévrysmes de l'aine la méthode d'extirpation. A ce propos, M. Bazy étudie les indications de cette méthode et il conclut de considérations physiologiques, peut être un peu nuageuses, que ces indications sont surtout le volume de la poche, l'absence de pouls au-dessous.

M. Berger. — On a dit, et c'est encore dans le mémoire de Delbet, que la ligature en amont fait suppurer le sac. Je ne le crois pas si la ligature est aseptique. En Angleterre cette ligature est actuellement en grand honneur et on n'a pas ces accidents.

M. Championnière parle dans le même sens.

M. Peyrot fait remarquer cependant qu'on a vu les sacs suppurer après des séances de compression indirecte.

M. Bazy. — Je pense si bien comme MM. Berger et Championnière que j'ai d'abord proposé la ligature. Mais quand j'ai opéré, le sac était déjà enflammé et plein de caillots, et c'est ce qui m'a déterminé à extirper de parti pris.

M. Lucas-Championnière présente deux *réséquées du genou* marchant remarquablement bien.

A. Broca.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 9 janvier 1891

Présidence de M. Chauffard

Maladie kystique de la mamelle.

M. Pilliet a reçu deux seins que M. Reclus a enlevés (à deux femmes) après avoir porté le diagnostic de maladie kystique de la mamelle. Ces pièces sont déjà décrites, mais incomplètement, dans la thèse de Sicre. M. Pilliet a constaté que dans les deux cas il s'agit nettement d'épithélioma interacineux, avec kystes un peu végétants dans une des pièces; et de plus il est incontestable que les espaces lymphatiques sont pris. Les examens probants sont importants, car aujourd'hui on remanie la maladie kystique, et il faut, en particulier, déterminer si c'est une maladie bénigne ou maligne.

M. Darier. — Ainsi, dans les pièces de M. Pilliet, la maladie kystique n'a en somme rien de spécial : c'est une forme, un degré de l'épithéliome intra-acineux. D'autre part, la maladie kystique a-t-elle réellement une individualité; et en particulier on donne comme caractère sa bilatéralité. Est-ce bien constant? D'après ce que j'ai vu, je crois que c'est simplement un syndrome clinique.

M. Broca. — M. Toupet a présenté, d'autre part, à la Société quelques pièces où il s'agissait histologiquement d'une mammite chronique, et d'ailleurs Quénu a déjà soutenu à la Société de chirurgie qu'il s'agit d'une cirrhose d'origine épithéliale. J'ai enlevé il y a quelques mois le sein à un homme dont l'autre sein avait été amputé quelques années auparavant. A la palpation, l'état grenu rappelait celui de la maladie kystique. L'examen histologique pratiqué par M. Toupet a démontré une mammite chronique, avec début de l'évolution vers des formations kystiques. A côté de cela, il semble bien y avoir des épithéliomas : et même une malade dont M. Valude a présenté la pièce ici en 1884 est morte récemment de généralisation cancéreuse, et dès 1884 il y avait dans la pièce des points de structure carcinomateuse. Mais jusqu'à nouvel ordre on n'établit guère le diagnostic entre les deux variétés, si différentes dans leur pronostic. Je rappellerai que j'ai présenté en 1886 une pièce de maladie kystique unilatérale.

M. Chauffard fait remarquer qu'il y a des relations dans toutes les glandes entre les cirrhoses épithéliales et les cancers épithéliaux; ainsi pour le foie, pour l'estomac.

Abcès aréolaire du foie.

M. P. Claisse a observé un homme qui, syphilitique depuis 1885, eut des accès de fièvre d'abord attribués à l'impaludisme, puis présenta des signes d'abcès du foie ayant fait basculer l'organe en bas. A l'autopsie il a été trouvé dans le foie un vaste abcès aréolaire, et de plus deux calculs dans le canal cholédoque, et ce canal cholédoque était enflammé. L'examen bactériologique du pus y a fait trouver, outre le streptocoque pyogène, un bacille ressemblant au B. coli commune. La preuve complète nécessite des examens complémentaires, qui seront communiqués ultérieurement et peut-être démontrera-t-on bien ainsi l'hypothèse de M. Chauffard, pour qui ces abcès sont d'origine biliaire.

Invagination intestinale.

M. Dagron relate l'observation d'un homme qui a été soigné autrefois pour des coliques de plomb, et dans les antécédents duquel on trouve des accidents semblant devoir être rapportés à de la tuberculose intestinale. Cet homme, atteint en outre d'un mal de Pott, fut pris d'occlusion intestinale et fut traité d'abord pour des coliques de plomb. On l'apporta à l'hôpital au 10e jour et il mourut trois heures après son entrée. A l'autopsie, invagination iléo-cæcale avec gangrène du cylindre invaginé. Le ligament suspenseur du cæcum semble avoir eu un rôle important pour limiter l'invagination.

M. Delbet a eu l'occasion d'observer sur un chien une invagination qui ne datait certainement pas de plus de 6 heures et qui déjà ne put être réduite par traction sur le bout supérieur; mais elle put l'être par expression ascendante du bout inférieur. Il y a peut-être là quelque chose à utiliser en chirurgie.

Epingle ayant perforé l'œsophage.

M. Dagron présente des pièces provenant d'un homme qui, soigné d'abord dans un service de médecine pour une angine, eut un phlegmon du cou, puis un abcès sous-pectoral et mourut de septicémie. A l'autopsie on a trouvé contre l'œsophage un ganglion lymphatique entouré de pus et embroché par une longue épingle. En effet, le malade racontait qu'il était malade depuis un jour où, au cours d'un repas, il avait ressenti une douleur brusque dans la gorge.

Pièces diverses.

M. Damourette montre une *fracture verticale antérieure unilatérale du bassin*, sans aucune lésion postérieure. Le fragment ischiatique a été déchirer l'urèthre et le malade est mort d'infiltration d'urine.

M. Raoult fait voir deux *rétrécissements de l'intestin grêle*, dus probablement à une hernie opérée il y a quelques années pour étranglement.

M. Faure présente une pièce d'*ostéomyélite prolongée du tibia* ayant 47 ans de date.

M. Morel décrit des préparations d'*érysipèle des nouveau-nés* et montre le streptocoque dans le derme au niveau du bourrelet.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 9 janvier 1891

Présidence de M. E. Labbé

Epilepsie cardiaque et tachycardie paroxystique.

M. Talamon. — L'observation de tachycardie essentielle communiquée récemment à la Société par M. Debove me rappelle un cas que nous avons observé avec M. Lecorché. Il s'agissait d'un homme de cinquante-trois ans, très nerveux, mais n'ayant jamais eu d'attaques de nerfs, ni de convulsions, qui, à la suite d'une chute d'un lieu élevé (8 mètres) sur la tête, fut pris d'un délire furieux qui dura un mois et demi. Il eut ensuite, sous forme de crises, des palpitations se montrant 3 ou 4 fois par mois, survenant brusquement, commençant par une sensation de vertige, s'accompagnant d'une oppression et d'une anxiété terribles, et durant en général une demi-heure, après quoi survenait une sensation bizarre dans la tête. Nous avons constaté dans une de ces crises approximativement 200 pulsations cardiaques par minute. Les battements du cœur étaient remplacés par une sorte de roulement sourd continu, pas d'intermittences ni de bruits de souffle. Pendant la crise, les yeux étaient saillants. Après la crise, le cœur retombait à 76 pulsations par minute.

C'est là, je crois, un exemple très net de tachycardie essentielle. L'absence de toute lésion cardiaque, le début brusque du paroxysme par une sensation subite de vertige, la violence et la rapidité des mouvements du cœur, l'angoisse extrême du patient pendant la crise, sont des caractères communs à toutes les observations publiées. La courte durée de l'accès, la terminaison non moins brusque que le début, par une sorte de choc cérébral, la relation évidente qui existe entre l'apparition des phénomènes cardiaques et les accidents cérébraux graves consécutifs à un violent traumatisme crânien, sont, toutefois, des particularités qui appartiennent en propre à notre observation et qui n'ont pas encore eté signalées.

En commentant ce fait, nous disions que cette observation paraissait se rapporter à cette variété d'épilepsie que Trousseau proposait d'appeler épilepsie partielle et qu'on pourrait encore, par analogie, avec ce qu'on observe dans l'hystérie, nommer épilepsie locale. Trousseau rangeait dans ce cadre la névralgie épileptiforme de la face, certains cas d'angine de poitrine, des convulsions douloureuses limitées à un côté du corps. Ce qui caractérise ces formes larvées de l'épilepsie, c'est toujours, comme dans les formes régulières du petit mal, l'invasion brusque, la marche rapide et la cessation soudaine. Chez notre malade l'attaque durait une demi-heure portant uniquement sur le cœur, qui était comme affolé, ce qui déterminait une angoisse comparable à celle de l'angine de poitrine, mais sans irradiations douloureuses. Ce qui nous a porté à croire à une épilepsie larvée, c'est le vertige initial qui ouvrait brusquement la scène et la sensation cérébrale bizarre qui annonçait la cessation non moins brusque des attaques.

Je reconnais que le phénomène principal de l'accès de l'épilepsie vraie : la perte de connaissance et de conscience, fait défaut, mais il en est de même dans les cas de tic épileptiforme de la face, de migraine et d'angine de poitrine, que Trousseau regarde comme de l'épilepsie partielle.

Du reste mon intention n'est pas de généraliser cette interprétation à tous les faits de tachycardie paroxystique. En tout cas il faut sûrement distinguer les tachycardies essentielles des tachycardies symptomatiques ou, du moins, compliquées de lésions valvulaires ou organiques du cœur. Celles-ci peuvent, sans doute, s'expliquer par une irritation réflexe partie de l'organe malade; mais même pour les tachycardies essentielles il n'est pas invraisemblable de penser qu'elles puissent, comme la syncope ou les convulsions, reconnaître une étiologie multiple et que des causes différentes soient capables de provoquer l'excitation des centres nerveux qui détermine la production du syndrome.

En supposant qu'une de ces causes est parfois l'épilepsie, je ne fais qu'émettre une hypothèse pathologique fort analogue à celle qu'ont proposée MM. Debove et Huchard touchant l'origine bulbaire névrosique de la tachycardie.

Il y aurait donc lieu à mon avis de rechercher :

1° Si les accès de tachycardie essentielle ne sont pas, chez des épileptiques avérés, un équivalent du mal comitial, au même titre que certaines formes de délire ou d'autres manifestations du petit mal (on sait dès à présent que l'accès convulsif d'épilepsie peut débuter par une *aura cardiaque* avec un violent affolement cardiaque qui rappelle de bien près le paroxysme de la tachycardie essentielle).

2° Si dans les antécédents des tachycardiques on ne trouve pas une tare héréditaire qui les rattache plus ou moins directement, comme les tachycardiques exophthalmiques, à la famille névropatique. Quoi qu'il en soit, abstraction faite de toute théorie, le fait que je viens de citer montre que la tachycardie essentielle paroxystique peut être la conséquence de phénomènes cérébraux consécutifs à un traumatisme du crâne (chute sur la tête) et à ce titre il peut être invoqué à l'appui de l'hypothèse formulée par MM. Debove et Huchard, de l'origine nerveuse centrale de ce trouble cardiaque.

M. Henri Huchard. — En admettant que la tachycardie puisse avoir une origine épileptique le fait n'en serait pas moins extrêmement rare. On sait du reste que la tachycardie se rencontre surtout chez des gens âgés et l'épilepsie chez des sujets jeunes.

De même que pour les prétendues angines de poitrine épileptiques. Elles ne reposent guère, je crois, que sur des erreurs de diagnostic.

Paralysie faciale hystérique.

M. Gilbert Ballet communique, au nom de **M. Boinet**, professeur agrégé à la Faculté de Montpellier, un cas de paralysie faciale hystérique, très analogue à celui qu'il a présenté il y a quelques semaines, et à ceux présentés tout d'abord par M. Chantemesse.

Il s'agit d'une femme de trente et un ans, journalière, qui, à la suite d'une émotion vive, fut prise, il y a sept ans, d'une paralysie faciale du côté droit, limitée au domaine du facial inférieur, n'intéressant pas, par conséquent, l'orbiculaire.

Cette paralysie qui dure depuis sept ans est incomplète. Une anesthésie très nette est superposée à la paralysie.

Je rappellerai que le cas que j'ai présenté à la Société a été vu par M. Charcot, qui après examen a confirmé la nature hystérique de la paralysie. Mon maître ne croyait pas jusque-là à la paralysie faciale hystérique qu'il n'avait pas encore rencontrée. Le cas de M. Boinet montre quelle peut être la longue durée de la paralysie faciale hystérique.

M. Rendu. — J'ai observé récemment sur une campagnarde robuste, sans stigmate hystérique, une paralysie faciale que la malade rapportait à un coup de froid. Je la traitai par une application de sangsues à l'origine du facial, et au bout d'une huitaine de jours, il ne restait plus rien. Je me suis demandé si l'hystérie ne jouait pas un certain rôle, en raison de la superposition de l'anesthésie à la paralysie.

M. Ballet. — La superposition de l'anesthésie à la paralysie est une présomption d'hystérie, mais non un signe de certitude.

SOCIÉTE D'OPHTHALMOLOGIE

Séance du 6 *janvier* 1891

Anophthalmie congénitale.

M. Despagnet présente une petite fille de 20 jours qu'i a vue huit heures après sa naissance, et qui, très bien constituée par ailleurs, présente une double anophthalmie. Chez cette enfant les paupières s'enfoncent par leur bord libre dans l'orbite peu profond, mais où à la palpation on constate l'ab-

sence de tout globe oculaire. Pas de sécrétion anormale. Les deux fentes palpébrales qui mesurent moins de un centimètre se laissent écarter et dans la cavité conjonctivale il n'existe aucun kyste palpébral ou intra-orbitaire. A gauche cependant on aperçoit un petit bourgeon du volume d'un pois qui se déplace et peut-être est un microphthalmos.

Les parents de cette petite fille sont bien portants, sans diathèse et sans consanguinité; c'est leur premier enfant; pendant la grossesse, qui a été normale, la mère aurait été très frappée par la vue dans son entourage d'un enfant aveugle.

M. Toledano. — Il y a 6 à 7 ans j'ai observé un cas analogue chez un enfant de quelques mois dans une famille qui ne présentait pas d'autre exemple d'anomalies congénitales.

M. Gillet de Grandmont. — L'an dernier on m'a amené un enfant de 6 mois qui présentait un œil normalement développé et de l'autre côté une simple fente palpébrale sans cul-de-sac conjonctival ni globe oculaire. Je suis parvenu en maintenant derrière les paupières de petits globes de verre de plus en plus gros, à développer une cavité assez grande pour me permettre d'espérer que, en continuant à la dilater, il sera possible de faire porter à l'enfant un œil artificiel qui masquera sa difformité.

Capsulotomie et capsulo-ectomie ténoniennes.

M. Dransart. — J'ai démontré que l'amaurose pouvait être la conséquence d'un épanchement séreux rétro-oculaire siégeant dans la capsule de Tenon, et que l'atrophie du nerf optique pouvait être le résultat de la compression du nerf par ce liquide. D'autre part, j'ai établi l'existence des épanchements séreux rétro-oculaires *sans chémosis* et j'ai signalé qu'ils s'accompagnaient presque toujours de troubles oculaires, ce qui n'a pas lieu dans les épanchements séreux de la capsule de Tenon avec chémosis. Des différences individuelles dans la constitution de la capsule expliquent la présence ou l'absence de chémosis. Pour permettre l'évacuation du liquide intra-capsulaire quand sa filtration fait défaut, je pratique à la capsule une ouverture tout comme l'on ouvre la plèvre dans les cas d'épanchement. C'est la *capsulotomie ténonienne* qui dans plusieurs cas d'amaurose m'a donné des résultats remarquables. Le lieu d'élection se trouve entre les insertions des droits inférieur et externe; là on pratique une incision d'environ huit millimètres qui intéresse toute l'épaisseur de la conjonctive à sept millimètres du bord cornéen qu'elle suit; par dissection d'avant en arrière la capsule de Tenon est mise à nu, puis incisée et détachée assez profondément de la sclérotique.

N'ayant obtenu chez celui de ses opérés, dont il relate l'observation, aucun écoulement de liquide, M. Dransart explique ce fait en attribuant à l'épanchement une certaine consistance et en admettant qu'il se trouve emprisonné comme dans une éponge dans les mailles de la capsule.

La capsulotomie ténonienne est encore indiquée dans la ténonite phlegmoneuse.

La capsulo-ectomie ténonienne n'est autre chose que l'opération précédente avec excision d'un lambeau de la capsule. Elle a été pratiquée par M. Dransart dans certains cas de blessures de l'œil avec chémosis rapide, dans les décollements de la rétine, dans les troubles de l'humeur vitrée, dans la myopie progressive, et dans certaines affections du nerf optique.

M. Gorecki. — A l'appui des faits signalés par M. Dransart je rappellerai l'observation que j'ai rapportée ici d'atrophie du nerf optique après perforation de la paupière et petit phlegmon localisé intraténonien.

M. Parinaud. — Le premier j'ai signalé les névrites et atrophies consécutives d'origine rhumatismale dont parle M. Dransart et les ai rapportées à l'inflammation des parties fibreuses soit de la gaine du nerf, soit des parties postérieures de la sclérotique. C'est là qu'il faut chercher la cause de la compression et non dans un épanchement liquide intraténonien. Du reste, si dans l'opération que conseille M. Dransart il ne s'écoule pas de liquide, je ne vois pas sur quoi repose sa théorie.

Cysticerque du corps vitré.

M. Chibret. — J'ai observé 3 fois le cysticerque du corps vitré sur 17,000 malades; dans ces 3 cas j'ai tenté l'extraction par l'incision méridienne d'Alp. de Graefe au point correspondant à l'emplacement du cysticerque et dans les 3 cas j'ai complètement échoué. Chez le dernier malade, trois jours après ma première tentative j'introduisis par la plaie sclérale la canule d'une seringue d'Anel en la dirigeant dans la direction du cysticerque, puis j'aspirai doucement et à la 2e tentative je ramenai au bout de ma canule un cysticerque de 4 mm. environ. J'ai revu mon malade il y a huit jours, le tonus de l'œil est normal, mais en raison d'un épanchement de sang dans le vitré, il ne possède qu'une perception lumineuse quantitative.

M. Chevallereau. — Ne pourrait-on pas éclairer le fond de l'œil afin de mieux diriger la canule vers le cysticerque?

M. Chibret. — Il est difficile d'éclairer et d'opérer en même temps, car on a besoin des deux mains pour intervenir, mais il me paraît plus simple de préciser la position du cysticerque, puis de se guider sur cette notion.

M. Parent. — N'a-t-on pas injecté dans le vitré des substances toxiques pour le cysticerque?

M. Chibret. — Chez mon second malade j'ai injecté 2 gouttes d'une solution de cyanure de mercure à 1/500, après 2 tentatives infructueuses d'extraction. La réaction immédiate a été assez vive, et trois mois après le globe était atrophié et présentait une cataracte, du fait sans doute de l'injection.

M. Galezowski. — J'ai vu trois cysticerques du corps vitré et j'en ai opéré un seul. Après incision faite en face du point où j'avais vu le cysticerque, celui-ci vint de lui-même se présenter à l'ouverture et put être saisi avec une pince.

Actuellement j'ai parmi mes malades une dame grecque que je vois avec le professeur Panas et chez laquelle la papille optique est masquée par une tumeur qui est probablement un kyste hydatique.

H. Nimier.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

Séance du 8 janvier 1891

Présidence de M. le professeur Hardy.

Traitement du lupus à l'hôpital Saint-Louis par les injections de lymphe de Koch.

M. Vidal, au nom de la *Commission des médecins de l'hôpital Saint-Louis*, fait une communication sommaire et préliminaire sur les résultats obtenus jusqu'ici dans le traitement de la tuberculose cutanée par les injections de lymphe de Koch.

32 malades ont été soumis aux injections, dont les premières remontent au 30 novembre dernier. La plupart des malades ont reçu de 4 à 6 injections, séparées par un intervalle moyen de 4 à 8 jours. Chez quelques malades, très éprouvés par les premières injections, l'intervalle a été de 10 jours; un rapprochement plus considérable entre les injections produit une anémie plus rapide et épuise plus promptement la disposition à la réaction locale.

La réaction générale n'a pas la régularité schématique annoncée par Koch et les médecins de Berlin : son irrégularité ne saurait d'ailleurs étonner quand on songe à la variabilité d'action des divers agents thérapeutiques suivant les individualités, et elle doit rendre encore plus prudent dans la direction d'un traitement qui est loin d'être sans danger.

La réaction locale n'est pas toujours en proportion avec la réaction générale ; celle-ci peut être très forte alors que la réaction locale est peu considérable, et cela surtout dans les cas de lupus non exedens.

Une réaction intense peut succéder à des injections faibles : un malade a eu à la suite de deux injections de 1 milligramme une température de 40°,6 et de 40°,2; après une troisième injection, faite à la dose de un *demi-milligramme*, la température s'éleva à 40°,8.

La durée de la réaction fébrile varie également suivant les sujets. Très souvent elle persiste 2 jours et parfois il y a encore une élévation thermique vespérale le 4e et le 5e jours.

Les incontestables dangers de la lymphe de Koch sont nom

breux et variables suivant les sujets, sans que rien puisse en faire prévoir l'apparition ni la localisation. La congestion pulmonaire de la base est assez fréquente pendant les deux premiers jours. Plusieurs malades ont présenté des symptômes d'endocardite et de myocardite, d'autres ont eu de la cardialgie et de l'anxiété précordiale comme on en observe dans les maladies infectieuses. La rate est souvent augmentée de volume d'une façon passagère. L'albuminurie a été plusieurs fois observée et n'a pas duré plus de 3 à 4 jours. Chez plusieurs malades, il y a eu, à la suite des injections, un état de dépression physique et morale accompagné d'une grande pâleur et d'une anémie rapide.

Deux malades ont présenté le lendemain de l'injection une tuméfaction d'apparence érysipélateuse qui a envahi la joue, le front et une partie du cuir chevelu : ces accidents ont duré six jours dans un cas et cinq dans l'autre. Le sang des malades ne contenait pas de streptocoques.

Dans le but d'éviter autant que possible les accidents, il faut employer des doses faibles, commencer par un demi-milligramme, et dans les injections suivantes élever au besoin la dose de 1 demi-milligramme jusqu'à ce qu'on obtienne une réaction élevant la température jusqu'à 39°, et ne pas dépasser la dose qui a été suivie de cette réaction, tant que la température de 39° est atteinte. En outre il faut laisser entre les injections un intervalle de 4 à 8 jours.

Les résultats obtenus, au point de vue de la valeur thérapeutique de la méthode de Koch dans le lupus, seront l'objet d'une communication nouvelle dans la prochaine séance de la Société.

Dermatite herpétiforme en cocarde et albuminurie.

M. Hallopeau donne de nouveaux détails sur le cas qu'il a présenté dans la dernière séance sous la dénomination d'*herpès en cocarde confluent du tronc* et qu'il propose aujourd'hui d'appeler *dermatite herpétiforme en cocarde.* L'éruption a, en effet, rapidement changé de caractère et est devenue nettement polymorphe ; de nombreuses taches de purpura sont venues s'ajouter aux placards érythémateux, vésiculeux et bulleux. Il s'est produit en outre une néphrite aiguë caractérisée par de l'albuminurie, de l'oligurie, une anasarque généralisée, de l'ascite et un état d'asthénie profonde ; l'existence du malade est en danger ; ce fait montre une fois de plus que la bénignité attribuée à ces dermatites est loin d'être une règle absolue ; M. Hallopeau a actuellement dans son service un autre cas qui vient de se compliquer d'endocardite aiguë ; il semble que les toxines, dont la pénétration ou la production dans l'organisme est, selon toute vraisemblance, la cause prochaine de cette maladie, puissent ne pas limiter leur action phlogogène à la peau et l'exercer simultanément sur différents viscères tels que les reins et le cœur.

Syphilide de la face simulant la trichophytie cutanée chez un enfant hérédo-syphilitique.

M. Feulard présente un enfant de 21 mois, né de parents syphilitiques, porteur de déformations crâniennes, chez lequel il s'est développé il y a quelques semaines une éruption rouge et légèrement croûteuse, constituée par deux grands demi-cercles occupant les deux joues : au premier abord, l'aspect était celui de la trichophytie cutanée ; l'éruption en différait cependant par un relief plus prononcé, par la présence de petites croûtes ; de plus il y avait sur le menton une lésion nettement syphilitique. La mère a fait trois fausses couches avant la naissance de cet enfant, et depuis cette époque elle a encore fait une fausse couche de 6 mois.

Syphilis et vaccination animale.

M. Mareschal. — Un certain nombre de faits de syphilis vaccinale ont été observés à la suite de la vaccination avec le vaccin de génisse : il faut dans ces cas accuser la contamination de l'instrument vaccinateur par le sang d'un sujet syphilitique vacciné dans la même séance. Pour éviter le retour de pareils accidents, il est indispensable de n'employer pour la vaccination qu'un instrument neuf ou tout au moins minutieusement stérilisé. Après avoir essayé différents instruments, aiguilles, épingles, etc., j'ai constaté que celui avec lequel j'obtenais les succès les plus fréquents était la plume à écrire non fendue, telle qu'on peut se la procurer pour un prix minime dans les fabriques de plumes : on peut ainsi mettre de côté cet instrument peu coûteux après qu'il a servi une fois. J'ai fait construire pour tenir la plume (vaccinostyle) un manche métallique léger muni d'une pièce qui permet de rejeter la plume après chaque vaccination sans la toucher avec les doigts.

M. Lailler. — Il y a 20 ans, j'ai déjà cherché à employer pour la vaccination un instrument qui ne fût pas contaminé par les humeurs des sujets vaccinés : j'ai fait construire une aiguille de platine et d'iridium contournée en forme de vrille qui en raison de sa composition peut être portée au rouge sans craindre de l'altérer. La désinfection et la stérilisation par la chaleur me paraissent un moyen bien plus sûr pour empêcher la transmission de la syphilis que l'emploi d'un instrument qui, rejeté après la vaccination, peut être ramassé par des gens de service, revendu et utilisé une seconde fois sans désinfection réelle et efficace.

Vaccine généralisée suivie de mort.

M. Gaucher lit l'observation d'un enfant nouveau-né qui, neuf jours après la vaccination, fut pris d'une éruption très étendue présentant l'aspect de la vaccine ; la température s'éleva à 40°,5 ; la respiration s'embarrassa et l'enfant mourut le 14e jour après la vaccination. A l'autopsie, on trouva des lésions de maladie infectieuse du foie, de la rate et des reins, avec congestion très intense des deux poumons. On ne peut invoquer, dans ce cas, d'autre cause de la généralisation de l'éruption qu'une prédisposition spéciale du sujet.

Pseudo-chancres indurés.

M. Humbert. — M. Du Castel a émis l'opinion que l'induration qui accompagne les lésions ulcéreuses développées chez les anciens syphilitiques était due au terrain même sur lequel ces lésions évoluaient (voir *Mercredi médical*, 16 juillet 1890, p. 340). Cette proposition me paraît inadmissible. Les lésions que l'on désigne à tort sous le nom de pseudo-chancre induré ne se rencontrent qu'au niveau des organes génitaux, ce qui n'aurait pas lieu si l'induration était due à l'état constitutionnel des malades ; elles occupent la rainure balano-préputiale, c'est-à-dire une région dans laquelle toutes les ulcérations ont une grande tendance à s'entourer d'une induration et c'est à leur topographie qu'il faut rapporter la cause de celle-ci. On ne peut, en se basant sur ce siège aux organes génitaux, attribuer le développement de ces lésions à une repullulation des agents infectieux demeurés silencieux après l'évolution du chancre infectant.

M. Fournier. — Je suis parfaitement d'avis que le pseudo-chancre induré n'a rien de particulier aux anciens syphilitiques ; c'est seulement un accident localisé aux organes génitaux, et qui présente avec le chancre syphilitique une ressemblance extérieure telle que tout le monde peut s'y tromper.

La reproduction, au même siège et à plusieurs reprises successives, d'accidents syphilitiques est un fait de la plus haute importance, qui n'est pas assez signalé dans les traités classiques. J'en ai vu pour ma part un très grand nombre d'exemples. Un des plus remarquables est un fait d'exostose syphilitique du frontal qui s'est reproduit 14 fois de suite au même point. Une malade que j'ai longtemps suivie a eu à cinq reprises différentes des lésions gommeuses du voile du palais qui récidivaient dès qu'elles étaient guéries et qui ont amené une atrésie gutturale énorme à laquelle il a fallu remédier par une intervention chirurgicale. Les faits de récidives incessantes des glossites syphilitiques sont connus de tous les médecins dont ils font le désespoir ; on réussit quelquefois à en débarrasser le malade en employant des doses de mercure plus élevées que les doses habituelles.

Xanthélasma.

M. Vidal présente un malade atteint de xanthélasma à foyers multiples périfolliculaires.

H. Hallopeau. — On confond certainement sous le nom de xanthélasma plusieurs maladies différentes qui ont pour traits communs la coloration et la consistance des lésions.

M. E. Besnier. — L'aspect du malade et des lésions m'a fait croire tout d'abord qu'il s'agissait d'un cas de xanthome des diabétiques. Quoique le sujet ne soit pas glycosurique, je crois qu'il faut ranger ce cas dans le groupe du xanthome des diabétiques, en employant le terme de diabète dans son acception la plus large, celle de maladie générale se traduisant par une série de troubles dont la glycosurie est l'attribut le plus caractéristique, mais non l'attribut indispensable.

ÉTRANGER

LE TRAITEMENT DE KOCH

MM. Kœnigshœfer et Maschke (Stuttgart) (1). — Les auteurs admettent la valeur diagnostique du médicament dans les affections oculaires. Ils signalent cependant deux cas d'iritis syphilitique qui ont réagi. Cependant les lésions tuberculeuses présentent une sensibilité toute spéciale aux injections et de plus les ulcères de la cornée se détergent rapidement et entrent rapidement en voie de cicatrisation.

Ils signalent ce fait que les affections des yeux de nature tuberculeuse présentent des modifications locales rapides, précédant habituellement la réaction générale.

Dr Bæumler (Fribourg) (2). — L'auteur ne signale aucun fait nouveau. Les effets de la médication sont variables; dans un cas, un sujet atteint d'affection chronique non tuberculeuse des poumons a réagi avec une violence extrême et a présenté des symptômes généraux graves.

En résumé le Dr Bæumler estime que tout sujet peut réagir aux injections, suivant les doses et avec une intensité proportionnelle à la réceptivité spéciale, non encore déterminée, des malades; que les tuberculeux présentent, de par leurs lésions locales ou leur état général, une sensibilité toute particulière. Il y a donc encore bien des inconnues dans la question.

Nous signalerons la discussion qui a eu lieu à la *séance du* 16 *décembre* 1890 de la Société de médecine de Hambourg.

M. Korach (Hambourg). — L'auteur estime que la valeur diagnostique du médicament est réelle et que seuls les tissus tuberculeux encore en activité peuvent réagir.

Il signale un cas d'amélioration rapide de tuberculose pulmonaire.

M. Alsberg (Hambourg). — Les cas de lupus et d'affections tuberculeuses chroniques des os et des articulations ont présenté des améliorations manifestes. Mais l'auteur se demande, non sans raison, pendant combien de temps la médication doit être continuée pour amener une guérison définitive. On ne compte plus en effet les observations où l'on signale des lupus améliorés, réellement ou non; on ne cite pas encore un cas où la guérison ait paru complète, totale.

L'auteur rapporte en plus un cas fort intéressant.

Une malade, antérieurement opérée d'un kyste de l'ovaire, avait conservé une fistule de la ligne blanche. Après injection de 0,01 de lymphe, réaction générale et locale très vive. On avait toujours signalé, comme possédant une sensibilité toute spéciale à la lymphe, les fistules tuberculeuses. Ce ne serait donc plus en tant que tuberculose, mais comme fistule, que la lésion réagit. Voilà, comme dit le Dr Alsberg, qui déconcerte et donne à réfléchir.

M. Michael. — Les injections pratiquées sur des malades atteints d'affection du larynx ont permis dans nombre de cas d'établir sûrement un diagnostic encore hésitant. La valeur du médicament ne paraît donc pas douteuse à ce point de vue.

L'auteur estime que le lupus du larynx, qu'il sépare de la tuberculose de cet organe, peut être très rapidement et presque sûrement amélioré, que la tuberculose du larynx présente des réactions locales manifestes, mais incertaines dans leur effet.

(1) *Deuts. medic. Woch.*, 8 janvier, p. 73.
(2) *Deuts. medic. Woch.*, 8 janvier, p. 61.

En aucun cas la médication n'a amené d'accident, d'œdème glottique par exemple.

De Lyon, nous apprenons quelques résultats obtenus dans le service du **prof. Poncet** : il y a peut-être quelques améliorations locales. Mais le plus saillant nous semble être la non-spécificité de la réaction. Des cancéreux, des syphilitiques auraient réagi, et dès lors que deviendrait la valeur diagnostique de cette lymphe dont, après les déboires de la thérapeutique, c'est le dernier débris d'une gloire éphémère? Et à Berlin, **M. Th. Biedert**, lui aussi, déclare que cette valeur est loin d'être bien établie même pour la phthisie (*Berl. klin. Woch.*, 12 janvier, n° 2, p. 31). Pourtant, à la *séance du* 9 *janvier* de la Société império-royale des médecins de Vienne, le **prof. von Schrœtter** a publié un cas où il a eu à se louer de la valeur diagnostique du remède de Koch. C'était sur une femme de 22 ans, laparotomisée pour kyste de l'ovaire : le ventre une fois ouvert, l'aspect fut celui d'une tuberculose péritonéale. M. Schrœtter diagnostiqua néanmoins une carcinose, put en effet injecter sans réaction jusqu'à 15 mmg. de lymphe, et finalement l'autopsie démontra le cancer.

M. J. Goldschmidt (*Berl. klin. Woch.*, 12 janvier, n° 2, p. 28) arrive d'ailleurs, par l'étude de la lèpre, à peu près à la même conclusion. Sur 4 lépreux il a eu, avec 1 centigr. la réaction générale et une fois la réaction locale. Dans la lèpre nerveuse il y a une réaction générale et une légère réaction locale.

ANGLETERRE

SOCIÉTÉ PATHOLOGIQUE DE LONDRES

Séance du 6 *janvier* 1891.

Milieux pour la culture du bacille de la tuberculose.

M. Hugh Beevor. — Les milieux qu'on peut employer sont des plus divers et la température peut également varier beaucoup. Sur la pomme de terre les cultures se font très lentement; il s'écoule de 20 jours à un mois avant qu'on puisse noter les premières apparences de la culture. La culture sur pomme de terre pendant 3 générations ne diminue pas la virulence du bacille. Ces bacilles croissent dans du bouillon additionné de glycérine à une température inférieure à celle que nécessite la culture sur pomme de terre ou dans l'agar-agar glycériné. Voici des tubes qui ont été conservés une à température ne dépassant 60° F. Des bacilles cultivés dans l'agar-agar glycériné additionné de sublimé dans la proportion de 1 pour 200.000 ont été un peu gênés dans leur développement. Cette proportion de sublimé ramenée au poids moyen de l'homme équivaut à 5 ou 6 grains. Les variations de température compatibles avec ces cultures sont intéressantes, car elles montrent que leur habitat est probablement plus étendu qu'on ne le supposait.

M. Crookshank. — Les résultats des inoculations de ces cultures aux animaux seront très intéressants.

Ascite à forme chyleuse.

M. Smith. — Il s'agit d'une femme de 67 ans ayant souffert de dysménorrhée toute sa vie et présentant de temps en temps des symptômes dyspeptiques. Sa maladie ultime a commencé de même en 1889 par des troubles dyspeptiques; une ascite est survenue en juillet 1890. On pensait à des tumeurs cancéreuses de l'abdomen et du bassin. L'autopsie montra des productions primitives dans les deux ligaments larges et sur tout le péritoine une péritonite chronique se traduisant par de petits nodules. La capsule du foie était épaissie et 2 calculs fermaient le conduit cystique. Je crois à une simple péritonite chronique, en raison de l'existence de ces calculs et de la longue durée de l'affection.

M. Spencer. — A-t-on cherché la graisse dans les matières fécales et examiné les parois intestinales avec l'acide osmique?

M. Maguire. — Un grand nombre d'ascites chyleuses ont été vues coïncider avec le cancer du péritoine. On en a décrit

2 variétés, dont une est due aux éléments cellulaires se détachant du néoplasme et tombant dans le liquide.

M Dickinson. — Ces ascites sont probablement dues à l'obstruction des lymphatiques dans le mésentère ou ses environs.

Kyste hydatique obturant les uretères.

M. Hurry Fenwick. — Il s'agit d'un malade de 25 ans, qui a eu pendant six mois des céphalées persistantes, des vomissements, un amaigrissement considérable. Six jours avant sa mort il présenta des signes d'irritation de la vessie qui aboutirent à une rétention d'urine complète. Le toucher rectal révéla la présence d'une tumeur semi-fluctuante remplissant le bassin, et séparée de la prostate par un léger intervalle, mais comprimant les vésicules séminales et les canaux déférents. Un cathéter introduit dans la vessie montra qu'elle était vide. Il devint évident que les uretères avaient été comprimés par la tumeur du bassin. Une ponction aspiratrice pratiquée par le rectum donna un liquide de kyste hydatique. Les uretères se vidèrent immédiatement dans la vessie et on trouva de l'urine dans celle-ci; du reste le malade urina seul le jour suivant. On se proposait de faire une opération quand le malade mourut subitement. A l'autopsie on trouva un gros kyste uniloculaire, occupant le bassin et comprimant les uretères qui étaient très distendus; les reins étaient désorganisés. On ne trouva pas d'hydatides ailleurs. Le cerveau était sain. Beaucoup de cas analogues existent dans la littérature médicale: la plupart de ces kystes sont situés dans le péritoine, à la base de la vessie. Pratiquement on peut les diviser en deux groupes : ceux qui sont placés bas et produisent de la rétention d'urine par compression au niveau de la prostate, et ceux qui sont situés plus haut et en arrière et ne donnent que peu de symptômes urinaires jusqu'au moment où des lésions rénales profondes se sont établies par suite de la compression des uretères. La 1re variété donne plus de succès dans le traitement qui consiste d'ordinaire en une ponction aspiratrice par le rectum.

Aortite aiguë.

M. R. Maguire. — Le malade porteur de cette lésion est resté 4 mois à l'hôpital et pendant sa vie a présenté un souffle systolique à la pointe et à la base du cœur et un murmure diastolique doux à la base. La matité de la rate était augmentée. A l'autopsie on trouva une endocardite ulcéreuse de la face auriculaire de la valvule mitrale, et quelques ulcérations récentes sur la face ventriculaire. Les valvules aortiques étaient épaissies. A l'union des portions ascendante et horizontale de la crosse de l'aorte était une dilatation nettement localisée; les parois à ce niveau étaient minces, fibreuses et dépourvues de tout dépôt fibrineux. Sur les limites de la dilatation étaient d'importants dépôts de végétations fibrineuses, qui montrèrent à l'examen microscopique de nombreux streptocoques. La rate hypertrophiée contenait un infarctus. Il s'agit là d'un cas d'endocardite maligne dans lequel la matière morbigène s'est localisée sur l'aorte produisant une aortite verruqueuse et ulcéreuse, avec formation d'un anévrysme aigu. Il n'est pas vraisemblable que cette affection soit due aux organismes trouvés dans les végétations.

M. Shattock. — Je crois au contraire qu'il s'agit d'une infection secondaire.

M. Hale White. — Le rapport du nombre des endocardites ulcéreuses à celui des lésions chroniques est bien plus grand dans le cœur droit que dans le cœur gauche, fait significatif eu égard à l'origine parasitaire de l'affection.

Kystes dermoïdes des doigts.

M. Stabb. — Le 1er de ces kystes est survenu chez un forgeron, qui s'était piqué le doigt avec un clou rouillé ; ce kyste fut ponctionné, puis se reforma. On en fit alors l'ablation et on vit qu'il était entièrement composé d'éléments épithéliaux. Le second s'est montré chez un charretier de 20 ans, à la suite d'une blessure d'un doigt, laquelle guérit assez rapidement. Quatre mois plus tard il se forma une tuméfaction qu'on enleva et qui au microscope présenta la même structure que la précédente. Il est intéressant de remarquer que, tous deux, ces kystes sont venus à la suite de piqûres qui ont entraîné l'épiderme dans les couches profondes.

AUTRICHE

SOCIÉTÉ IMPÉRIO-ROYALE DES MÉDECINS DE VIENNE

Séance du 9 janvier 1891.

Hémiatrophie faciale.

M. Nothnagel présente une malade de 22 ans, atteinte d'hémiatrophie faciale progressive. Cette femme fut bien portante jusqu'à l'été de 1888 : alors elle ressentit une névralgie du trijumeau, aujourd'hui encore persistante. En 1889 débuta l'affection actuelle, et la moitié gauche de la face s'est atrophiée. L'atrophie porte sur la peau, les muscles, les os. La face est déviée à gauche, ainsi que la commissure labiale. La langue, elle aussi, est nettement atrophiée et déviée vers la gauche; de même aussi le voile du palais. Le masséter gauche est atrophié. Le fonctionnement du nerf facial est conservé. La réaction électrique est semblable des deux côtés; le goût, l'odorat, l'ouïe, sont normaux. La sensibilité n'est pas diminuée dans le domaine du trijumeau gauche : au contraire il semble y avoir une légère hyperesthésie. D'après cet ensemble clinique et d'après l'autopsie où Mendel a constaté une névrite interstitielle proliférante du trijumeau avec dégénération ascendante jusqu'aux racines encéphaliques de ce nerf, M. Nothnagel croit pouvoir diagnostiquer dans ce cas une névrite du trijumeau.

Cette observation dévoile quelques aperçus nouveaux dans le domaine des névralgies. On sait que des troubles concomitants divers accompagnent les paroxysmes douloureux. Ainsi les secousses musculaires dues soit à des réflexes, soit à l'irritation des filets moteurs, les troubles vaso-moteurs ou trophiques. Et certains groupes se laissent ainsi individualiser. Ainsi, dans les névralgies périphériques, nous ne trouvons en règle générale que des altérations sensitives; dans les polynévrites infectieuses, il y a des troubles moteurs et sensitifs assez spéciaux suivant l'agent causal. Dans l'observation actuelle, il y a participation des filets trophiques et des filets sensitifs du trijumeau.

Résections intestinales.

M. Hofmokl fait voir deux malades auxquels il a pratiqué l'entérectomie.

Le premier est un homme de 24 ans qui avait une hernie étranglée depuis deux jours et perforée. Un anus contre nature fut établi, puis au 14e jour, on lui réséqua 8 centim. d'intestin; réunion immédiate.

La seconde observation est celle d'une femme à qui un adéno-carcinome de l'intestin fut extirpé en 1886. En octobre 1890, les accidents d'occlusion intestinale récidivèrent et la laparotomie fut de nouveau pratiquée. Elle fit voir une tumeur grosse comme une noix, causant un rétrécissement très étroit. Résection de 8 centim. d'intestin. Mais cette fois il n'y a pas de carcinome : dans le tissu cicatriciel existent des bacilles de la tuberculose.

Ostéites perforantes du crâne.

M. Kundrat montre une série de crânes présentant des perforations arrondies, comme celles du trépan. Ces perforations ont à la face externe des bords arrondis et à la face interne elles sont plus larges et ostéophytiques. Elles sont d'origine tuberculeuse et, contrairement aux perforations syphilitiques, s'observent surtout au pariétal, à l'occipital, rarement au fontal. Elles diffèrent des processus tuberculeux ordinaires en ce que leur point de départ est à la dure-mère et non dans l'os et au péricrâne. Il se développe sur la dure-mère un tissu fongueux richement vascularisé qui, peu à peu, creuse la paroi crânienne.

Une seconde variété est offerte par le crâne d'une femme de 34 ans, qui, après un coryza, eut une inflammation du sinus frontal, d'où une nécrose avec trajet fistuleux et mort avec méningite de la base et abcès du cerveau.

M. Bleich décrit le procédé employé à la clinique de Billroth pour *stériliser l'ouate hydrophile* et la conserver stérile.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Imp. des Arts et Manufatures, 12 rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud.

N° 3. — 21 JANVIER 1891

LE NUMÉRO QUINZE CENTIMES

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

PUBLIÉ PAR

LA GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Et servi gratuitement à tous les abonnés de ce journal

ABONNEMENTS SPÉCIAUX POUR MM. LES ÉTUDIANTS. — UN AN : 6 FRANCS

L. LEREBOULLET, Rédacteur en chef. — A. BROCA, Secrétaire de la Rédaction

Librairie de G. MASSON, 120, boulevard Saint-Germain.

SOMMAIRE

ACTES OFFICIELS

Par arrêté ministériel du 3 janvier 1891, M. le professeur Trasbot est nommé directeur de l'Ecole d'Alfort, en remplacement de M. Nocard, relevé, sur sa demande et pour raison de santé, de ses fonctions de directeur et maintenu professeur de police sanitaire et de pathologie des maladies contagieuses.

ACTES DES FACULTÉS DE MÉDECINE

PARIS

Thèses du 26 au 31 janvier.

Mercredi 28. — M. Jacquemart. Du salol. De son emploi dans les affections rhumatismales tendant à la chronicité. — M. Wallich. Recherches sur les vaisseaux lymphatiques sous-séreux de l'utérus gravide et non gravide. — M. Canniot. De la résection du bord inférieur du thorax pour aborder la face convexe du foie. — M. Sardou. Traitement des cals vicieux avec chevauchement par l'ostéotomie oblique.

Jeudi 29. — M. Fage. Indications et contre-indications de l'énucléation du globe oculaire. — M. Mercier. Quelques cas de septicémie gangréneuse. — M. Le Renard. De l'ulcère perforant du duodénum. — M. Gastel. Etude des follicules de de Graaf et des corps jaunes. — M. Peltier. De la lèpre en Nouvelle-Calédonie. — M. Benoît (Ovide). Contribution à l'étude de la muqueuse intestinale. (Remarques sur les villosités). — M. Bourges (Henri). Angines de la scarlatine. — M. Jacquet (Ferdinand). Contribution à l'étude clinique de l'insuffisance aortique d'origine artérielle.

VARIÉTÉS

Dans sa séance du 29 décembre dernier, le Conseil général de la Seine a ouvert les crédits suivant pour dépenses hospitalières :

1° 79,266 fr. pour travaux à exécuter en 1891 à l'asile Sainte-Anne (création de nouvelles chambres d'isolement, agrandissement des bains construction d'une salle de consultation gratuite pour les malades).

2° 5,200 fr. pour établissement dans cet asile d'une étuve fixe à vapeur humide sous pression, pour la désinfection des linges et vêtements.

D'autre part, le Conseil municipal a décidé l'installation d'une étuve du même genre à Saint-Antoine, Lariboisière, Bichat et Saint-Louis, et la création d'un service d'électrothérapie à Saint-Louis.

Dès que les ressources budgétaires le permettront, un service semblable sera installé dans divers hôpitaux.

Sur la proposition du Comité consultatif d'hygiène publique de France, le ministre de l'intérieur a décerné les récompenses suivantes aux médecins dont les noms suivent, qui se sont distingués par leur participation dévouée aux travaux des conseils d'hygiène publique et de salubrité pendant l'année 1887 :

Méd. d'or : M. le prof. Hallez (Lille).

Méd. de vermeil : MM. Pujos (Gers), Raymondaud (Limoges), Jablonski (de la Vienne).

Méd. d'argent : M. Gounaud (Doubs).

Méd. de bronze : MM. Mordet (Sarthe), Fouquet (Morbihan), Longbois (Yonne).

Le cinquantenaire de Mlle Bottard. — Une intéressante cérémonie a eu lieu lundi dernier à la Salpêtrière, sous la présidence de M. Peyron, directeur de l'Assistance publique, pour fêter le cinquantenaire des services hospitaliers de Mlle Bottard, surveillante de cet établissement où elle a débuté comme infirmière le 12 janvier 1841. Le grand amphithéâtre de la Salpêtrière, élégamment décoré, contenait une foule nombreuse d'invités. M. Félix Voisin, président du conseil de surveillance de l'Assistance publique, et M. le professeur Charcot ont successivement rendu hommage à la vie de dévouement de Mlle Bottard. M. Louis Gallet, directeur de l'hôpital Lariboisière et librettiste bien connu, a lu une pièce de vers adressée à Mademoiselle Bottard; M. Le Bas, directeur de la Salpêtrière, lui a offert un magnifique bronze au nom de tout le personnel de l'hospice; enfin, M. Peyron a lu une lettre de M. Demagny, chef de cabinet du ministre de l'Intérieur, annonçant que M. Constans décernait une médaille d'or à Mlle Bottard.

Concours aux emplois de médecins du traitement à domicile.

Un concours aux emplois de médecins du traitement à domicile s'ouvrira le lundi 16 février 1891.

Les candidats devront se faire inscrire à l'administration centrale de l'Assistance publique, avenue Victoria, 3 (service des secours à domicile), de 11 heures à 4 heures.

Les inscriptions seront reçues jusqu'au samedi 17 janvier, à 4 heures, inclusivement.

Les candidats doivent justifier qu'ils sont Français, âgés de 25 ans au moins, munis d'un diplôme de docteur d'une des facultés de médecine de l'Etat, et prendre l'engagement de résider, aussitôt après leur institution, dans l'arrondissement où ils doivent exercer leurs fonctions ou dans un quartier limitrophe.

Il sera délivré récépissé de la déclaration de candidature et du dépôt des diverses pièces. Un exemplaire du règlement du concours sera remis aux candidats lors de leur inscription.

Hôpitaux de Rouen. — Un concours pour une place de chirurgien-adjoint s'ouvrira le jeudi 16 avril 1891, à l'hospice général de Rouen.

Pour tous renseignements s'adresser à la direction des hospices de Rouen.

Hospices de Bourges. La Commission des Hospices donne avis que, le lundi 13 avril 1891, à neuf heures du matin, il sera ouvert, à la Faculté de Médecine de Paris, un concours public pour l'emploi de médecin en chef des hospices de Bourges.

Le concours aura lieu devant un jury composé de cinq professeurs ou agrégés de la Faculté.

Les épreuves comprendront : 1° une épreuve écrite de pathologie interne ; 2° une épreuve clinique (examen de deux malades à l'hôpital, suivi d'une leçon de 20 minutes sur ces 2 malades).

Concours de l'internat. — *Epreuve orale.* (7e *Séance*, Muscles et nerfs du voile du palais. Signes et diagnostic des polypes naso-pharyngiens). Mad. Bonnier 13 (36); MM. Malherbe 14 (38); Taurin 14 (39); Brodier 15 (41); Michon 17 (42); Reymond 14 (38); Gervais de Rouville 15 (38); Magniaux 13 (38); Richerolle 15 (39); Bodin 15 (38).

8e *Séance* (Articulations de la tête avec la colonne vertébrale. Diagnostic de la présentation du sommet au terme de la grossesse). MM. Benoit (Ch.) 11 (34); Cazenave 15 (40); Floersheim 14 (37); Durante 15 (40); Bezançon 13 (38); Chabory 14 (37); Galpin 13 (36); Escat 13 (35).

9e *Séance* (Dure mère rachidienne. Causes, symptômes et diagnostic de la compression de la moelle épinière). — Phulpin 15 (40); Letoux 14 (38); Valch 14 (39); Duwournier 13 (32); Haron 14 (38); Fournier 12 (35); Diaz 14 (37); Grilhaut des Fontaines 12 (35).

La conférence d'internat de MM. Guillemhain, Boulloche, Renon et Soupault commencera le 24 janvier à 3 heures et demi au musée Dupuytrin (amphithéâtre Cruveilhier).

CLINIQUE DES MALADIES NERVEUSES

Note sur l'hystérie mâle, par le Dr E. Bitot, chef de clinique médicale de la faculté de Bordeaux.

L'existence de l'hystérie chez l'homme est, depuis quelques années, un fait définitivement acquis. Toutes les dissidences d'autrefois se sont dissipées le jour où on a démontré que cette affection ne dépendait en rien de l'utérus.

Cette manière de voir, établie et soutenue par Charcot et ses élèves, ne trouve plus de contradicteurs. Comment ne pas admettre l'unicité de troubles qui, se traduisant par des manifestations la plupart du temps identiques, s'accompagnent des mêmes stigmates et suivent une évolution similaire ?

Quoi qu'il en soit, il n'est pas contestable qu'il reste encore bien des points de la question à éclaircir, et qu'il est du devoir des observateurs de contribuer au perfectionnement de l'édifice.

C'est ainsi, par exemple, que les accidents hystériques de l'homme, étudiés par l'École de la Salpêtrière, ont été constatés, suivis et analysés dans un même milieu de malades, par conséquent de sujets qui, de près ou de loin, étaient susceptibles de subir les mêmes influences. On sait aujourd'hui que les épidémies hystériques existent et que chacune d'elles est capable de revêtir tel ou tel type. Eh bien! les hystériques mâles, en dehors du milieu parisien et des hôpitaux ou services spécialement affectés aux maladies nerveuses, ne présentent-ils pas des types différents? Cette question méritait, à notre avis, une réponse que nous avons essayé de fournir.

Ayant eu la bonne fortune de passer quatre années, en qualité d'externe ou d'interne, dans le service de notre éminent maître M. le professeur Pitres, nous avons vu défiler sous nos yeux un assez grand nombre d'hystériques, dont le séjour à l'hôpital Saint-André a été suffisamment long pour nous permettre de les observer avec attention.

Faisons remarquer, tout d'abord, que ce service, qui se compose de deux salles, l'une d'hommes (40 lits), l'autre de femmes (34 lits), reçoit toutes les catégories de malades. On y place des fièvres typhoïdes, des rougeoles, des tuberculeux, etc., etc. Aussi, les hystériques que nous y avons examinés n'entraient-ils souvent que pour des accidents étrangers à leur névrose, que nous ne découvrions qu'au cours des interrogatoires. C'est là un point important. L'absence de sélection éliminait d'emblée l'entraînement inévitable qui se produit dans un milieu composé de sujets similaires.

Ce que nous pouvons établir d'ores et déjà par la plus simple statistique, c'est la fréquence de l'hystérie mâle. Nous avons recueilli en effet, dans l'espace de quatre ans, *22* cas typiques dans un service de *40* lits. Nous disons typiques, parce que nous n'avons tenu compte que des faits irréfutables, laissant volontairement de côté bien des manifestations qui, vraisemblablement, relevaient de la grande névrose, mais sur le compte desquelles il y aurait eu matière à discussion.

Avant notre entrée dans le service, on avait recueilli *neuf* observations d'hystérie mâle qui, ajoutées aux nôtres, font un total de *31*.

Relativement, cette proportion est plus grande que celle qui concerne les femmes, car, dans le même laps de temps, on a constaté 69 cas d'hystérie féminine. En tout *100* hystériques des deux sexes dans un service général de 74 lits.

Nos observations personnelles (1) se divisent en deux groupes bien nets. Dans l'un se trouvent des paralysies, dans l'autre des accidents spasmodiques.

Les manifestations paralytiques sont représentées par 8 monoplégies brachiales, 2 hémiplégies et 1 paraplégie.

Les manifestations spasmodiques se réduisent à 5 tremblements, 2 pseudo-chorées saltatoires, 1 spasme localisé du cou, 1 toux-aboiement, 1 bégaiement, enfin 1 troubles de la parole et tics convulsifs de la face.

Les paralysies n'ont rien présenté de bien spécial. Toutes étaient à peu près classiques, surtout les monoplégies. L'un de nos malades, hémiplégique, a présenté cette particularité que l'hémispasme glosso-labié siégeait à droite, alors que la paralysie des membres était à gauche, en somme une hémiplégie alterne. Bien que connu, le fait n'en est pas moins rare ni moins précieux. — Le sujet atteint de paraplégie est à coup sûr celui qui nous a embarrassé le plus, car les troubles moteurs des membres inférieurs, tout en étant liés à des modifications sensitives assez nettes, s'accompagnaient d'un état bizarre des réflexes et des viscères. Tantôt nous trouvions de l'abolition des réflexes rotuliens d'un côté, avec exagération du même réflexe à l'opposé, et trépidations épileptoïdes. Tantôt, c'était l'inverse. De la veille au lendemain tout avait changé. De plus, le malade, qui n'avait pas un habitus extérieur des plus robustes, crachait le sang en assez grande abondance, et présentait des troubles dans la miction, dans la défécation (rétention ou incontinence), s'accompagnant de douleurs lombaires et irradiant vers les membres inférieurs. La vue elle-même n'était pas indemne, bien que l'examen ophthalmoscopique n'eût décelé aucune lésion. Un tel cortège de symptômes invitait à mûre réflexion. Néanmoins, vu le rétrécissement du champ visuel, l'anesthésie nettement limitée en haut par une ligne passant par les plis inguinaux, etc., nous pensâmes immédiatement à l'hystérie, encouragé d'ailleurs dans cette voie par l'existence antérieure de convulsions accusées par le sujet. Nous nous dispenserons d'énumérer les traitements multiples mis en exercice. Ce qu'il y eut de consolant pour nous, c'est de constater, au bout d'un séjour assez prolongé d'ailleurs, la guérison complète de notre malade qui a repris ses occupations professionnelles (jardinier).

Les cas complexes, comme celui-là, sont des plus instructifs, car, outre qu'ils engagent à réserver un diagnostic, ils montrent une fois de plus la tendance mimique de la grande névrose.

Les accidents spasmodiques ont été des plus variés. Rien en somme ne nous a manqué, puisque nous avons été témoin d'attaques convulsives, de spasmes plus ou moins généralisés, de tics convulsifs, de troubles de la parole, enfin de tremblements.

De tous ces symptômes, les tremblements sont ceux qui ont attiré le plus notre attention.

Les malades qui en étaient porteurs ont été l'objet de leçons faites par M. le professeur Pitres (1) qui leur a décrit trois types principaux. L'un, dit vibratoire, se rapproche beaucoup du tremblement alcoolique, l'autre revêt la forme de la trépidation épileptoïde, le troisième enfin est intentionnel. C'est dire qu'il n'existe pas *un* tremblement hystérique pathognomonique, mais *des* tremblements pouvant se présenter sous plusieurs formes.

Outre la variété de forme, chacun d'eux a son siège de prédilection et réclame certaines conditions pour atteindre son maximum d'intensité. Ainsi, le type vibratoire, de même que l'intentionnel, se constate uniquement aux membres supérieurs; mais, tandis que le premier ne se montre que lorsque les membres sont placés horizontalement,

(1) Toutes nos observations ont été publiées *in extenso* dans notre thèse : L'hystérie mâle dans le service de M. le prof. Pitres, à l'hôpital Saint-André de Bordeaux. — Thèse, Bordeaux, 1890.

(1) *Progrès médical*, septembre 1889.

avec de petites oscillations, le second au contraire éclate au moindre mouvement volontaire, avec des oscillations variables en étendue, mais très prononcées. Le type trépidatoire, lui, est cantonné aux membres inférieurs et se manifeste soit pendant la marche, soit au repos, mais il faut pour le constater que les membres inférieurs soient dans la position verticale et que les pieds appuient sur le sol ou sur une surface quelconque. A côté de ces différences, il est un caractère commun qui touche aux modifications qu'on peut leur imprimer. La seule compression de la bande d'Esmarch, appliquée pendant 20 minutes, ou bien une séance d'aimant, suffisaient en général pour atténuer considérablement les oscillations, sinon pour les faire cesser complètement.

Les deux cas de pseudo-chorées saltatoires, l'une d'origine saturnine, l'autre émotive, n'ont été de notre part le sujet d'aucune donnée nouvelle. Ce que nous avons trouvé de plus intéressant, c'est leur modification par les séances d'aimant, signe précieux qui nous a permis d'en confirmer facilement la nature.

Aussi généralisées que possible chez nos malades, les secousses étaient si brusques, chez l'un, qu'on était obligé de le maintenir par des liens pour éviter toute chute en dehors du lit. Chez l'autre, l'intensité des mouvements convulsifs l'obligeait à marcher pour se procurer un peu de calme.

Pendant le sommeil, tout rentrait dans l'ordre.

La toux-aboiement, le bégaiement et les troubles de la parole combinés à des tics convulsifs de la face appartiennent au groupe des spasmes rythmiques respiratoires accompagnés ou non de sons articulés.

La toux, survenue chez un adolescent de 14 ans, sans cause accusée (?), était remarquable par son intensité et sa fréquence. Le bégaiement qui avait éclaté à l'âge de 16 ans, après une vive émotion, nous a étonné par la facilité avec laquelle il disparaissait quand le malade comptait, déclamait ou chantait à voix haute ou basse, tandis que dans la conversation ordinaire il ne pouvait éviter de répéter plusieurs fois certains monosyllabes. Ces monosyllabes, représentés par «gue», «pa», «a, a», ou bien «e, e, e» étaient prononcés cinq ou six fois comme moyens de secours au début des phrases principales, pour ne plus être émis dans la suite.

Quant aux troubles de la parole accompagnés de tics convulsifs de la face et des lèvres, ils consistaient dans une prononciation vicieuse des lettres de l'alphabet et par conséquent des mots usuels.

Nous n'avons relevé la présence des attaques convulsives que chez six de nos sujets, encore n'en avons-nous été témoin que chez deux seulement, les autres ayant éclaté avant le séjour des malades à l'hôpital. A cela rien d'étonnant, car, en opposition avec l'hystérie de la femme, celle de l'homme se développe plutôt sous la forme monosymptomatique.

L'hypnotisation a été tentée chez *tous* les malades. Pour l'obtenir nous avons fait appel aux divers procédés indiqués. Grande a été notre déception de voir l'inefficacité de nos tentatives réitérées chez 21 malades sur 22 !

Si nous n'avions auparavant hypnotisé pas mal d'hystériques femmes, quand nous prenions leurs observations, nous eussions volontiers mis nos insuccès sur le compte de notre inexpérience. Néanmoins, voulant n'avancer que des faits précis, nous avons maintes fois livré nos malades à d'autres mains plus habiles que les nôtres. Elles ne réussirent pas davantage. Dès lors, notre opinion fut arrêtée et nous considérâmes comme trop hasardée la doctrine de ceux qui accordent à tous les tempéraments, même en dehors des névropathes, la possibilité d'être hypnotisés. Nous n'aurions pas mieux demandé d'ailleurs que d'arriver à un résultat, car c'eût été une grande satisfaction que de guérir par suggestion plusieurs sujets dont l'état est resté stationnaire.

L'homme que nous avons pu endormir, sujet à des attaques convulsives, était atteint de monoplégie brachiale d'origine traumatique depuis huit mois environ. Nous y sommes arrivé par la compression et la friction prolongées des globes oculaires. La première séance ne fournit de résultat qu'au bout de treize minutes. Dans la suite le sommeil arriva plus rapidement. Sauf le premier jour, la suggestion nous a donné satisfaction chaque fois que nous l'avons employée, et avec d'autant plus de succès qu'elle était plus répétée. Aussi, dans la 2e séance, notre individu a-t-il mis les deux bras en croix et a-t-il exécuté quelques efforts. Dans la troisième, le résultat était encore meilleur et enfin, au bout de 5 ou 6 séances, la guérison était complète.

L'amélioration a marché progressivement. Après chaque séance le malade remuait et sentait de mieux en mieux son bras.

Un détail intéressant, c'est qu'il se souvenait, à l'état de veille, de tout ce qu'on lui avait fait et dit dans le sommeil et que, dans ces dernières conditions, ses forces étaient bien supérieures à celles de l'état de veille. Aussi il n'a pas pu s'empêcher de nous dire un jour : « Oh! quelle différence ! Comme j'ai plus de force et comme je remue mieux mon bras quand je dors ! »

Actuellement cet homme se porte fort bien et se livre à des travaux pénibles.

L'âge auquel ont éclaté les premiers accidents chez nos malades, hommes et femmes, présente quelques considérations à noter :

	Hommes.	Femmes.
de 6 à 10 ans	1	1
de 11 à 15	4	12
de 16 à 20	6	34
de 21 à 25	2	18
de 26 à 30	4	4
de 31 à 35	8	0
de 36 à 40	5	0
de 41 à 45	0	0
de 46 à 50	1	0

On voit que l'hystérie chez les hommes s'est plus particulièrement montrée de 31 à 35 ans, tandis que, chez les femmes, elle n'a pas frappé de premier coup après 30 ans. C'est une simple constatation de fait. Nous lui attachons l'importance qu'elle mérite.

En dehors de l'hérédité névropathique que nous avons retrouvée chez tous, les causes des accidents sont celles qu'on a citées dans toutes les observations analogues. Par ordre de fréquence nous avons relevé des traumatismes (8 fois), des émotions (5 fois), l'intoxication par le plomb, le mercure (3 fois), par l'alcool (2 fois), l'albuminurie (une fois), la dothiénentérie (1 fois), enfin des excès multiples (1 fois).

Les stigmates n'ont jamais manqué, réunis ou isolés. Néanmoins nous avons plus particulièrement rencontré le rétrécissement du champ visuel (22 fois), aussi serions-nous porté à le considérer comme le plus fréquent, voire même le plus précieux de tous.

Les modifications psychiques se réduisent à peu de chose. Cependant il y avait plutôt tendance à la gaieté qu'à la mélancolie. En outre, presque tous nos malades éprouvaient un besoin très notable de se livrer à des exercices physiques ou à leurs travaux professionnels.

La terminaison a été favorable dans bon nombre de cas. Ainsi, *sept* états stationnaires, *sept* améliorations, *onze* guérisons nous semblent suffisants pour considérer l'hystérie mâle comme moins persistante qu'on a bien voulu le dire.

Ce court exposé de nos observations montre nettement que l'hystérie de l'homme est la même partout, dans les

services de clinique générale, comme dans les milieux où il existe une sélection. Les accidents éclatent avec les mêmes causes, les mêmes caractères et une fréquence égale. Si, dans les salles de médecine générale, on cherchait avec soin les symptômes qui en relèvent, nul doute que nos conclusions ne fussent au-dessous de la vérité.

REVUE DES JOURNAUX

Kyste séreux du mésentère, traité par l'extirpation, par Duret. (*Journal des sciences méd. de Lille*, 19 décembre 1890, p. 577). — Une fille de 19 ans, à la suite d'un coup de pied dans le flanc gauche, voit se développer lentement dans le ventre, une tumeur qui au bout d'un an était sphérique, kystique, uniloculaire, du volume de la tête d'un enfant de 10 ans, située entre l'ombilic et le pubis, à gauche de la ligne médiane. On diagnostiqua un kyste de l'ovaire, tout en faisant quelques réserves en raison de la présence d'anses intestinales en avant de la tumeur. Par la laparotomie on trouve un kyste, sans connexion avec les organes du petit bassin, adhérant aux plans sous-jacents, au promontoire, du côté gauche de la colonne vertébrale : dans la paroi se trouvent l'anse de l'S iliaque et deux autres anses de l'intestin grêle : le kyste s'insère sur les parties latérales gauches des 3 dernières vertèbres lombaires, à gauche de l'aorte : il occupe le siège exact du mésentère de l'S iliaque.

Le kyste énucléé, on suture simplement la paroi abdominale après avoir placé deux drains reposant dans le fond de la plaie rétro-péritonéale, et sortant par la plaie abdominale. — Marche régulière vers la guérison. — D'après l'examen microscopique de la pièce, Duret pense que le kyste enlevé est un kyste angiomateux ou mieux lymphangiomateux, d'origine congénitale

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 20 *janvier* 1891.

Présidence de M. Tarnier.

M. André se porte candidat à la place déclarée vacante dans la section de physique et chimie médicales.

M. le Dr Morvan (de Lannilis) demande à être inscrit sur la liste des candidats au titre de correspondant national dans la division de médecine.

Chirurgie hépatique.

M. Duplay. — Le 12 août 1890 (Voir 1890, p. 396), M. le Dr Terrillon a donné lecture de l'observation d'un cas d'ablation d'un morceau de foie rempli de petits kystes hydatiques par la ligature élastique, guérison.

Ce que cette observation a de plus remarquable, c'est le fait de la résection d'une partie de l'organe hépatique et le procédé opératoire qui a été suivi. La littérature médicale renferme divers exemples d'ablation du foie : tantôt le chirurgien s'est trouvé en présence d'une hernie du foie consécutive à une plaie de l'hypocondre droit et a pratiqué l'excision de cette portion herniée ; tantôt l'opération a été faite de propos délibéré après la laparotomie et dans le but d'extirper une tumeur du foie. On compte une dizaine de cas se rapportant à la première catégorie ; la plupart de ces blessés ont guéri.

Les exemples de résection du foie dans le but d'extirper une tumeur sont beaucoup plus rares ; plusieurs ont été suivis d'une hémorrhagie mortelle, même après l'application d'une ligature.

En imaginant de se servir, en pareille circonstance, d'un tube élastique, M. Terrillon a donc été bien inspiré, car ce moyen d'assurer l'hémostase ne convient pas seulement dans les cas de tumeur pédiculée, mais dans le cas de tumeur sessile ; il est alors doublement utile d'une part en produisant par la constriction du tissu hépatique une sorte de pédicule artificiel qui permet de circonscrire très exactement la partie malade et de la fixer en dehors, si l'on ne veut pas pratiquer de suite l'excision, et, d'autre part, en amenant une hémostase parfaite.

Pied plat valgus douloureux. Opération d'Ogston.

M. Kirmisson a observé en 1889 à l'Hôtel-Dieu un garçon marchand de vins atteint de tarsalgie bilatérale avec difformité considérable. La douleur était vive ; la station debout était impossible. M. Kirmisson lui pratiqua sur le pied droit, le 27 septembre 1889, l'opération d'Ogston, c'est-à-dire la résection cunéiforme de l'articulation astragalo-calcanéenne ; les surfaces furent réunies par une cheville d'ivoire aseptique. La difformité était bien réduite. Le résultat immédiat fut bon et le 3 mai 1890 le côté opposé fut opéré : le côté droit était resté en très bon état et fonctionnait fort bien. Le résultat fut également bon du côté gauche.

(M. Kirmisson termine par quelques considérations générales, que nous avons déjà analysées à propos d'un mémoire du même auteur. (Voyez *Gazette*, 1890, p. 131).

Vaccination obligatoire.

M. Proust. — Je suis heureux de constater l'accord qui règne entre M. Le Fort et moi sur certains points, et en particulier sur l'isolement et la désinfection qui doivent être imposés aux varioleux, comme d'ailleurs à tous les individus atteints d'affections transmissibles. J'ai recommandé ces mesures et dans l'Instruction générale et dans l'Instruction spéciale à la variole que j'ai rédigées au nom du Comité d'hygiène. Mais si nous sommes obligés de nous en contenter contre la diphthérie, la scarlatine, la rougeole, le choléra, etc., nous nous trouvons, à l'égard de la variole, dans une situation particulière, depuis que Jenner nous a donné le moyen de rendre le terrain réfractaire, d'autant plus que, malgré tous les procédés d'isolement et de désinfection, nous ne pouvons jamais être certains qu'un individu contaminé ne puisse pénétrer dans une ville et y devenir le point de départ d'une épidémie. Ce qui prouve, d'ailleurs, que les moyens d'isolement ne sont pas infaillibles, c'est qu'à Sheffield, où éclata en 1887 une épidémie de variole, il existait précisément un hôpital d'isolement pour les varioleux, et les cas se répartirent tout autour de l'hôpital dans un cercle de 4,000 pieds.

Pour ce qui concerne la législation allemande, certaines observations présentées par M. Le Fort doivent être relevées. C'est ainsi que c'est bien depuis 1874 que la vaccination est obligatoire, un très grand nombre d'exceptions étant jusqu'alors prévues par les ordonnances antérieures. De même, la notification et l'isolement ne sont pas encore régulièrement et complètement effectués dans toute l'Allemagne.

M. Le Fort semble croire qu'il n'y avait, en France, qu'à Paris qu'on isole les varioleux ; or, il existe un hôpital spécial à Bordeaux ; des services ou pavillons isolés à Marseille, au Havre, Montpellier, Nantes, Reims, Lille, Narbonne, Valenciennes, dans presque toutes les grandes villes ; de plus, dans toutes les villes de France où il existe un Bureau d'hygiène, des mesures sont prises régulièrement contre la variole. Si, à Paris, on isole les varioleux à Aubervilliers, on a également beaucoup vacciné.

Il faut reconnaître : 1° que la variole est encore comme autrefois une maladie grave lorsqu'elle rencontre un terrain qui n'a pas été rendu réfractaire par la vaccination ; 2° que si l'isolement obligatoire rend des services, la vaccination et la revaccination obligatoires ne sont pas moins nécessaires ; 3° que l'exemple de l'Allemagne est à cet égard absolument démonstratif. En effet, la loi allemande de 1874 a rendu obligatoires non seulement la vaccination mais encore la revaccination ; c'est là la raison principale pour laquelle jusqu'à ces dernières années le succès n'avait pas été aussi grand en Angleterre qu'en Allemagne.

Lorsqu'on examine les résultats obtenus dans les différents pays avant et après l'obligation légale de la vaccination, notamment en Suède, en Ecosse, en Prusse, en Angleterre, etc., on constate partout une diminution considérable de la mortalité par variole, ainsi que je l'ai démontré dans mon rapport

au Comité d'hygiène. Par exemple, de 1874 à 1886 il n'y a eu qu'un seul décès par variole dans toute l'armée allemande. On peut conclure de la comparaison des diverses statistiques que la mortalité moyenne pour les 10 années consécutives à la loi de la vaccination et de la revaccination obligatoires, est tombée à 2,23 p. 100.000. En Angleterre, où la vaccination seule est obligatoire, la mortalité est trois fois plus élevée. En Autriche, où aucune obligation n'existe, la mortalité est 27 fois plus élevée. Paris, à lui seul, compte plus de décès par variole que tout l'empire allemand.

Ce qui effraie M. Le Fort, c'est le mot obligatoire; mais n'avons-nous pas déjà le service obligatoire, l'instruction obligatoire et n'imposons-nous pas la vaccination et la revaccination obligatoires à tous les soldats, à tous les employés des grandes administrations publiques? La liberté de répandre les maladies est, comme l'avait dit Bouley, une de celles que l'intérêt commun ordonne le plus de refréner. Comment, l'Allemagne est arrivée à supprimer à peu près complètement la mortalité par variole, et nous ne pourrions arriver au même résultat! Mais en agissant ainsi nous commettrions un acte de lèse-patrie, nous compromettrions la défense nationale!

Aussi, pour donner une sanction à ces débats, je propose à l'Académie d'adopter les conclusions du Comité d'hygiène, votées par lui à l'unanimité et qui sont absolument d'accord avec le vote précédent de l'Académie :

Considérant que la vaccination et la revaccination sont les seuls moyens d'empêcher le développement de la variole; que ces opérations ne présentent aucun danger lorsqu'elles sont pratiquées suivant les règles de l'art; que non seulement elles ne sont pas dangereuses en temps d'épidémie de variole, mais qu'elles sont le seul moyen qui puisse arrêter ces épidémies; que la variole a presque complètement disparu des pays où la vaccination et la revaccination sont obligatoires et régulièrement pratiquées; que cette maladie doit disparaître définitivement des pays civilisés; que nous possédons enfin avec le vaccin animal une source pure de vaccin donnant une sécurité absolue et pouvant satisfaire à toutes les éventualités, — une loi doit rendre obligatoires en France la vaccination et la revaccination.

M. Dujardin-Beaumetz. — Rapporteur des instructions récemment adoptées par le Conseil d'hygiène de la Seine, je crois, contrairement à M. Le Fort, que si l'on parvient à rendre plus facile et absolument gratuite la pratique de la vaccination, tous les citoyens français s'y soumettront volontiers. Mais j'admets son hypothèse et je voudrais démontrer que l'isolement réel et la désinfection des varioleux soulèvent des questions bien autrement graves et violant bien plus les principes de liberté que la pratique de la vaccination obligatoire.

Pour isoler, il faut commencer par obtenir la déclaration médicale et vous savez que nombre de médecins s'y opposent en invoquant l'obligation du secret professionnel. Puis, il est nécessaire de pénétrer dans le domicile de l'individu et de l'interner pendant tout le temps où il peut transmettre sa maladie; d'où une loi rendant obligatoire cet internement sur déclaration d'un médecin! Si le malade n'est pas soigné à domicile, il le sera dans un hôpital de varioleux; ces hôpitaux, si leur personnel n'est pas soumis à une discipline sévère, peuvent être des foyers de contagion; les communes les repoussent et, pour Paris, la question est actuellement pendante devant le Conseil d'Etat.

La désinfection, enfin, compagne obligée de l'isolement, entraîne aussi des mesures vexatoires, moins rigoureuses, il est vrai, et de plus la création de médecins délégués, sanitaires ou autres, chargés de constater si les mesures de désinfections édictées par l'autorité ont été rigoureusement prises. Il faut enfin faire accepter de telles mesures, dans un pays de suffrage universel où les pouvoirs publics hésitent toujours à contrarier les électeurs.

Aussi je prie l'Académie d'adopter les conclusions suivantes : De tous les agents prophylactiques des maladies infectieuses et en particulier de la variole, la vaccination obligatoire est celle dont l'obligation lèse le moins la liberté individuelle. Cette obligation doit donc être rigoureuse, imposée. Des mesures législatives doivent, malgré les résistances qu'elles pourront soulever, être édictées par une loi de police sanitaire. L'adoption d'une pareille loi est absolument urgente.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 12 janvier 1891.

Sur l'intoxication par les moules.

M. S. Jourdain. — L'ingestion des moules est quelquefois suivie d'accidents qui, sans mettre en danger, sauf de très rares exceptions, la vie, sont cependant très pénibles et assez sérieux pour exiger souvent l'intervention du médecin. Ces accidents ont un caractère particulier, spécifique en quelque sorte, si bien qu'un praticien exercé reconnaît promptement à quelle cause il faut les rapporter. Les symptômes ne sont pas ceux d'une simple indigestion, mais bien d'un empoisonnement.

Quelle est la nature du poison qui a ainsi rendu la moule nuisible?

On a parlé de moules détachées du doublage en cuivre des navires et rendues toxiques par les sels de ce métal, comme si l'on avait jamais recueilli une moule fixée de la sorte et comme si l'empoisonnement par ce mollusque ressemblait à celui que déterminent les sels de cuivre.

On a invoqué la présence du frai des astéries dans l'intérieur de la moule, mais a-t-on jamais rencontré, dans une moule, du frai d'astérie?

On a été jusqu'à mettre en cause un petit crustacé décapode, le pinnothère, commensal fréquent, mais inoffensif, de la moule.

Dans ces derniers temps, on a attribué, avec plus de vraisemblance, la toxicité accidentelle de la moule à la présence d'une ptomaïne, la mytilotoxine. Cette ptomaïne paraît exister normalement dans le mollusque, sans que celui-ci perde son innocuité. Mais, dans certaines conditions, encore indéterminées, la proportion de mytilotoxine s'exagérant la moule devient toxique.

Dans un document officiel paru récemment, il est dit que l'intoxication mytilique est d'une rareté extrême et, de plus, que les moules nuisibles ne se trouvent pas parmi celles qui ont séjourné dans les eaux stagnantes et souillées des ports.

Mais il convient de remarquer d'abord que les accidents n'ont pas la rareté excessive que leur attribue ce document. Tous les médecins qui exercent dans la zone littorale, où la consommation des moules se fait sur une plus grande échelle, ont été appelés assez souvent à donner leurs soins à des personnes incommodées. Encore leur intervention est-elle loin d'être réclamée pour tous les cas; souvent on se traite soi-même, ou l'on a recours à un pharmacien.

Toutefois les accidents n'ont quelque fréquence qu'en raison du nombre énorme de moules qui entrent dans la consommation. La proportion des individus devenus toxiques doit être très faible et, pour ma part, je pense que l'empoisonnement est déterminé, la plupart du temps, par l'ingestion d'un seul individu nuisible.

Est-il vrai, maintenant, que les moules nuisibles sont celles qui ont séjourné dans les eaux stagnantes et souillées? Au contraire, les accidents peuvent se déclarer après l'ingestion de moules recueillies sur des rochers baignés par la pleine mer, ou dans des chenaux où la marée renouvelle l'eau incessamment.

Il me semble donc que, dans l'état actuel de nos connaissances, en admettant que la mytilotoxine soit bien la cause des accidents, nous sommes dans l'ignorance des conditions qui font que la proportion de cette ptomaïne s'exagère au point de rendre le mollusque dangereux.

Le document dont j'ai parlé n'admet pas, contre l'opinion généralement reçue, qu'à l'époque du frai, la moule présente plus de dangers. Je me range volontiers à cet avis et, toute autre considération écartée, je crois qu'il y aurait lieu de rendre libres, en toute saison, la récolte et la vente d'un mollusque qui constitue pour l'alimentation des populations côtières un appoint qui n'est pas à négliger.

Une ptomaïne se rencontre, très rarement, à la vérité, à dose toxique, dans l'*huître commune* et occasionne des accidents d'une certaine gravité. Le mollusque ainsi devenu nuisible n'est point modifié dans son aspect, et il ne paraît point possible de le distinguer d'un spécimen normal. On a aussi attribué ces accidents à la présence de sels de cuivre que, dans des conditions tout exceptionnelles, les huîtres peuvent effectivement absorber en grande quantité. Mais ces huîtres n'entrent guère en France dans la consommation, et

leur saveur est telle que seul un palais des plus grossiers pourrait les tolérer.

Des traces de ptomaïne se retrouvent encore dans d'autres bivalves comestibles, mais elles ne paraissent pas s'y accumuler à dose toxique. Toujours est-il que les troubles qui peuvent survenir après leur ingestion ont le caractère d'une simple indigestion, et non d'un empoisonnement.

Réactif pour reconnaître la falsification des beurres.

M. R. Brullé. — Au moyen du réactif suivant : solution de nitrate d'argent à 25 °/₀₀ dans l'alcool de vin à 95°, on parvient à constater si l'on a affaire à un beurre naturel ou à un beurre dans lequel on a mélangé de la margarine.

Traité au réactif, le beurre naturel conserve sa coloration primitive, tandis qu'un beurre de margarine pur devient rouge-brique ; cette teinte, quoique moins apparente, se reconnaît facilement pour l'œil le moins exercé dans un beurre contenant moins de 5 °/₀ de margarine ; à 10 °/₀ la teinte rouge est très accentuée.

Des beurres de diverses provenances ayant toujours donné des réactions très nettes, on peut affirmer que ce réactif pourra servir à déterminer la fraude des beurres au moyen de la margarine.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 14 *janvier* 1891

Résections du pied.

M. Berger. — J'ai à vous rendre compte de trois observations que nous ont adressées MM. Michaux (de Paris), Gellé (de Provins) et Phocas (de Lille) : il s'agit de deux résections par le procédé de Mikulicz et d'une résection atypique du cou-de-pied.

M. Michaux a eu à soigner un homme de 26 ans, chez qui une tumeur blanche était rebelle au traitement non opératoire depuis 2 ans. M. Michaux fit donc la résection de Wladimiroff-Mikulicz, mais par un procédé spécial. Il commença par circonscrire, par des incisions allant à fond, un triangle sur la face externe du pied : un des côtés est horizontal sous la base de la malléole, allant jusqu'à l'articulation scapho-cuboïdienne ; un est vertical le long du bord externe du tendon d'Achille ; l'autre enfin, curviligne, va de la pointe du talon à la scapho-cuboïdienne, en passant par le tubercule du 5ᵐᵉ métatarsien. Dans l'aire de ce triangle, les parties molles sont sacrifiées et de là une large fenêtre. L'articulation tibio-tarsienne est ouverte en dehors et luxée, astragale et calcanéum sont libérés en dedans et, de la sorte, M. Michaux est arrivé jusqu'aux métatarsiens qu'il a sciés perpendiculairement à leur base. Section des malléoles ; suture osseuse au catgut. L'évolution a été simple ; la consolidation a eu lieu, un peu lente il est vrai, et la marche est bonne. Le pied n'est pas tout à fait dans l'axe de la jambe, mais, la section métatarsienne étant un peu oblique, il est légèrement incliné en avant et le malade est encore un peu plantigrade.

M. Gellé a opéré pour une fracture mal soignée par un rebouteur et compliquée de suppuration, si bien qu'il avait fallu faire deux incisions latérales. M. Gellé a tenté le Wladimiroff au lieu d'amputer la jambe et a employé à peu près le procédé classique : il a soulevé en pont, entre les deux incisions, les parties mortes dorsales, a coupé la plante à fond transversalement, a relevé le lambeau talonnier, puis a scié à 4 cent. au-dessus des malléoles d'une part, à travers les cunéiformes et le cuboïde d'autre part. Réunion sans suture osseuse. La plaie a suppuré, ce qui n'est pas étonnant, mais le résultat final est bon.

M. Gellé a, par un procédé qu'imposaient les incisions anciennes, tiré bon parti d'un mauvais cas. Mais en principe, je suis opposé à ce procédé et déjà ici (voy. *Gazette*, 1889) j'ai insisté sur l'intérêt qu'il y a à ménager les nerfs ; sur la possibilité de faire tout le nécessaire par une incision externe ; car à l'avance on ne peut guère savoir si l'on fera la simple résection, le Wladimiroff, l'amputation de Le Fort ou la désarticulation tibio-tarsienne. A cet égard, le procédé de M. Michaux me paraît excellent, car il donne un très large accès en dehors.

M. Phocas a opéré un enfant de 7 ans 1/2 atteint de lésions qui rendaient la conservation impossible. Par une incision, qu'il décrit insuffisamment, il a énucléé, évidé, gratté les parties malades et a eu un bon résultat : sa note manque un peu de précision sur la marche. Cette observation soulève une question qui, depuis quelques années, s'est modifiée. Il y a 7 ou 8 ans, nous étions en majorité opposés à ces résections partielles pour les tumeurs blanches du pied et nous avons combattu les conclusions que nous proposait M. Robert. Depuis, mon avis s'est modifié et, surtout dans la classe ouvrière où on a besoin d'un pied solide, je n'hésite plus autant à énucléer l'astragale malade, à faire la résection tibio-tarsienne. Chez les enfants, M. Phocas a raison, il faut recourir aux résections atypiques.

Lymphadénome testiculaire.

M. Terrillon. — Lorsqu'en 1879, M. Monod et moi avons décrit le lymphadénome du testicule, nous avons attribué à cette tumeur une malignité absolue, si bien que nous nous prononcions en principe contre la castration. Je crois donc devoir vous communiquer deux faits où, par la castration, j'ai obtenu une longue survie.

Le 4 juin 1887, j'ai châtré un vigoureux homme de 45 ans chez qui une tumeur toute récente occupait le 1/4 inférieur de la glande : par précaution, j'avais administré pendant 5 semaines le traitement antisyphilitique. J'avais diagnostiqué un sarcome : l'examen histologique, par M. Brault, a révélé un lymphadénome. Depuis 3 ans 1/2, pas de récidive.

Pas de récidive, également, chez un homme de 32 ans qui s'aperçut par hasard d'une tumeur toute petite. Je lui fis sans succès le traitement spécifique pendant 5 à 6 semaines, et enfin je l'opérai le 28 février 1888. L'examen histologique est encore dû à M. Brault.

M. Bouilly. — J'ai opéré en 1885 un homme de 25 ans pour une tumeur ayant les allures cliniques du sarcome, mais c'était histologiquement un lymphadénome. J'ai revu cet homme il y a peu de temps, en excellent état : il venait me demander s'il pouvait se marier.

Tuberculose testiculaire.

M. Terrillon communique deux observations pour montrer que par la castration on peut obtenir des guérisons durables.

La première est celle d'un homme opéré en 1882, pour une tuberculose épididymaire classique, sans autre foyer. Il est aujourd'hui absolument indemne.

L'autre est celle d'un homme chez qui le testicule gonfla très rapidement : M. Terrillon fit la castration en croyant à un sarcome et fut stupéfait quand M. Brault lui apprit que c'était une tuberculose aiguë diffuse du testicule, sans participation de l'épididyme. Depuis 18 mois la santé s'est rétablie et maintenue.

M. Reclus s'étonne de l'étonnement de M. Terrillon sur la première de ces observations ; car il est bien connu que la tuberculose testiculaire est une des plus bénignes des tuberculoses locales.

M. Reclus suit à cet égard de nombreux malades. La grande majorité n'est pas à opérer, ou ne doit subir que des opérations partielles : en particulier M. Reclus connaît un tuberculeux testiculaire soigné par Velpeau et auquel il reste un vieux foyer scléreux. A quelques-uns M. Reclus a fait la castration ; en particulier il cite le cas d'un homme aujourd'hui bien portant, auquel il a enlevé les deux testicules il y a 9 ans. De même un notaire de Nîmes, chez lequel en outre une vésicule séminale était douteuse.

La seconde observation de M. Terrillon est intéressante, car c'est le type de l'orchite tuberculeuse aiguë, simulant le sarcome quelquefois, décrite par M. Duplay, puis par M. Reclus dans sa thèse. C'est d'ailleurs une question jugée, si bien qu'on ne présente même plus ces pièces à la Société anatomique.

M. Verneuil ne rejette pas d'une manière absolue la castration par tuberculose, mais presque toujours il a de très bons résultats et des guérisons durables par la thermo-cautérisation profonde. Il ne reste sans doute qu'un testicule moral, mais cela vaut mieux que rien. Deux fois M. Verneuil

a opéré ainsi des sujets dont la prostate était prise, et il craignait un coup de fouet : or, par un mécanisme inconnu, les lésions profondes ont rétrocédé.

M. Bazy se loue de la thermo-cautérisation profonde. Une fois il a vu rétrocéder nettement les lésions de la prostate et des vésicules séminales.

M. Terrillon croit que M. Reclus a un peu trop exagéré, dans ses critiques, la banalité de ses observations. En particulier, pour la tuberculose aiguë, la plupart des faits publiés ont trait à des lésions épididymaires.

Constriction musculaire des mâchoires (1).

M. Le Dentu propose un procédé spécial de traitement pour une variété déterminée de constriction des mâchoires, car il va sans dire que ce procédé est inapplicable quand il y a des cicatrices du vestibule buccal. M. Le Dentu a eu à soigner une femme de 23 ans qui depuis 26 mois avait une constriction à peu près absolue, consécutive à une ostéo-périostite de la mâchoire inférieure. Fallait-il lui appliquer la méthode de Rizzoli-Esmarch ? Les résultats n'en sont pas merveilleux. Sans doute, l'obstacle venait d'une rétraction du masséter : mais la myotomie ne donne guère que des échecs. M. Le Dentu a donc cherché à désinsérer le masséter en bas, par une incision le long du bord inférieur de la mâchoire. Il n'a pu, il est vrai, écarter la mâchoire que lorsque sa rugine a eu contourné le bord antérieur de la branche montante. Pendant 10 à 12 jours il a laissé la bouche ouverte par le bâillon unilatéral de Mathieu et, le masséter ayant alors subi un véritable « avancement tendineux », il a fait continuer la dilatation par les coins de bois.

L'écartement n'est pas resté ce qu'il était dès les premiers jours, mais il est encore de 2 cent. 1/2.

Ce procédé, dont M. Le Dentu ne connait pas d'autre observation, n'est proposé par son auteur que pour les constrictions par rétraction musculaire.

M. Moty présente un *réséqué au genou*.

A. Broca.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 16 *janvier* 1891

Suppuration aseptique.

M. Répin communique l'observation d'une femme de 30 ans chez qui une tumeur fluctuante et froide se développa dans la région sous-pectorale. A l'incision il s'écoula un liquide puriforme dans lequel nageait une hydatide vivante, à liquide clair. Le pus fut examiné au microscope, fut ensemencé : il était certainement stérile. Si l'on songe à l'absence constante de réaction, on est porté à admettre que probablement il avait toujours été aseptique ; une objection il est vrai peut se tirer de ce fait que la collection avait trois ans de date. D'autre part M. Répin a déjà recueilli, malheureusement sans examen bactériologique, une observation cliniquement analogue. Dès lors on peut penser que le pus est dû à l'action irritante d'une substance chimique sécrétée par l'hydatide.

M. Hartmann fait remarquer que l'ancienneté de cet abcès empêche le cas d'être probant, car avec le temps le pus peut devenir peu ou même pas virulent. On en a quotidiennement la preuve pour les vieilles salpingites.

Tumeur cérébrale.

M. Vassal présente une pièce provenant du service de M. Le Fort à la Pitié.

Il s'agit d'un malade entré à l'hôpital le 25 octobre dernier, présentant, outre un état semi-comateux, une paralysie de tout le côté gauche du corps. Il avait une paralysie complète pour le moteur oculaire commun droit, partielle pour le moteur commun gauche. Les renseignements fournis nous apprirent que la maladie remontait à 4 mois, époque à laquelle le malade était tombé d'une hauteur de 3 mètres, d'une façon qui paraissait tout accidentelle. Depuis il était resté affaibli du côté gauche du corps.

En présence de l'état de plus en plus grave du sujet, M. Le Fort fit la trépanation à droite le 5 décembre. On ne constata rien d'anormal sur les méninges ni sur la face externe du cerveau. Le malade eut à la suite de cette opération un réveil momentané et retomba dans un état comateux de plus en plus accusé, jusqu'au moment de la mort le 13 janvier 1891. La paralysie constatée au début avait persisté et s'était compliquée de contracture.

A l'autopsie on trouva une tumeur du volume d'une noix, très dure, placée dans l'épaisseur de la couche optique droite et ayant détruit presque complètement le pédoncule cérébral droit. Le gauche était quelque peu comprimé. On constata à l'examen de la poitrine une infiltration tuberculeuse des deux poumons.

L'examen histologique de la tumeur et du bulbe sera fait ultérieurement.

Infection biliaire.

M. Ernest Dupré présente un cas d'infection biliaire streptococcique, consécutive à une angiocholite calculeuse chronique. Sur les coupes histologiques, on voit nettement la dilatation, considérable et généralisée, des canalicules biliaires intra-hépatiques, la sclérose péricanaliculaire, dont la topographie est exactement systématisée autour des voies biliaires, l'épaississement de la muqueuse de ces voies, tapissées d'un liquide puriforme, dans tout l'arbre biliaire. Sur les coupes bactériennes, on aperçoit l'infiltration de la paroi interne des canalicules par les chaînettes de streptocoques. Il s'agit donc en ce cas d'une *infection biliaire monobactérienne, streptococcique*, survenue au cours d'une lithiase chronique, avec dilatation des canaux, et angiocholite, par conséquent, selon toute probabilité, d'origine intestinale, et de migration ascendante.

Ce cas est à rapprocher de l'observation présentée dernièrement à la Société anatomique par M. Claisse, dans laquelle, au cours d'une lithiase, s'était produite une infection biliaire, suppurée, où l'examen bactériologique a décelé la présence de deux microbes, le *streptocoque*, et un bacille, analogue au *bacterium coli commune ;* infection par conséquent *polybactérienne*, et due aussi probablement à la migration ascendante des microbes de l'intestin (Voyez *Mercredi*, 1891, p. 19).

M. E. Dupré a reçu du Dr Malvoz, assistant d'anatomie pathologique de l'Université de Liège, communication d'un cas d'infection des voies biliaires, due au streptocoque, au cours d'une fièvre typhoïde. Ce sont actuellement les seuls cas publiés d'infection biliaire streptococcique. Ces faits sont intéressants à rapprocher des cas d'angiocholite microbienne présentés récemment à la Société de biologie par MM. Gilbert et Girode : dans ces cas, la suppuration était due soit au bacille d'Eberth-Gaffky, soit au bacille d'Escherich ; et, par eux, se trouve élucidée la qualité pyogène de ces bacilles dans les infections biliaires. M. Dupré réunira bientôt, dans un travail d'ensemble sur les infections biliaires, tous ces cas dont le sens confirme les conclusions auxquelles il est arrivé dans son mémoire, dont est détachée l'observation ci-dessus.

M. Martin-Durr présente une *rupture de l'aorte* ayant causé la mort d'une femme de 89 ans. L'épanchement sanguin n'a pas eu lieu, comme d'ordinaire, dans le péricarde, mais s'est infiltré autour des organes du médiastin.

Prix Godard. — Ce prix est décerné à M. Pilliet, interne des hôpitaux.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 17 *janvier* 1891

Présidence de M. Ch. Richet

Structure de la rate.

M. Laguerre a décrit dans sa thèse de doctorat ès sciences la formation du réseau de la rate chez les poissons, par des cellules anastomosées dont les noyaux s'atrophient peu à peu. Il a pu s'assurer chez des embryons de mammifères que l'évolution de la pulpe splénique est exactement la même que chez les poissons. Le réseau y est formé de cellules bien visibles,

(1) M. Le Dentu a appelé ce fait : constriction *cicatricielle*, ce qui ne nous semble pas être le terme exactement convenable.

dont les prolongements d'abord granuleux deviennent homogènes et prennent des caractères qui sont toujours assez différents de ceux du tissu conjonctif vrai.

Rachitisme expérimental.

M. Limay a rendu de jeunes canards et d'autres oiseaux rachitiques en leur donnant une nourriture absolument privée de sucre. Il a obtenu des courbures rachitiques démonstratives et attribue la maladie en général à un désordre dû à une insuffisance de la nutrition.

Tuberculose du chien.

MM. Cadiot, Gilbert et Roger. — La rareté de la tuberculose chez le chien nous a engagés à faire connaître un cas que nous venons d'observer. Il s'agit d'un chien de berger qui depuis plusieurs mois maigrissait et toussait ; on l'amena à la clinique d'Alfort où nous portâmes le diagnostic de pleurésie. L'animal ayant été sacrifié, nous avons trouvé dans la plèvre gauche deux litres de sérosité louche ; la plèvre était fortement épaissie, surtout dans sa portion médiastine, où elle atteignait 1 et même, par places, 2 et 3 centimètres d'épaisseur. Dans le lobe inférieur du poumon, nous avons trouvé un foyer caséeux, gros comme une noix et creusé de petites vacuoles pleines d'un liquide muco-purulent. Les autres organes étaient sains. L'examen histologique du poumon montra que nous avions affaire à une pneumonie caséeuse, remarquable par la présence d'un grand nombre de bacilles se comportant vis-à-vis des matières colorantes comme les bacilles de la tuberculose humaine ; ces bacilles étaient plus minces et plus longs que ceux de l'homme ; ils étaient extrêmement nombreux et par places ils se réunissaient en amas, vivement colorés en rouge par la fuchsine et assez volumineux pour être visibles à l'œil nu.

L'altération pleurale ne relevait pas du même processus ; l'examen des coupes démontra qu'il s'agissait d'un lympho-sarcome. Il est possible que cette lésion, qui paraît la plus ancienne, ait favorisé le développement des bacilles dans le poumon. Quant à l'origine de cette tuberculose, elle semble assez obscure ; dans l'entourage de ce chien nous n'avons pas trouvé de phthisiques, mais cet animal, dont le propriétaire était conducteur de bestiaux, se rendait à l'abattoir avec son maître et dévorait les déchets des animaux sacrifiés ; peut-être se sera-t-il infecté de cette façon et aura-t-il contracté une tuberculose d'origine bovine.

Les expériences de Zagari démontrent que les chiens nourris avec des matières tuberculeuses ne deviennent pas tuberculeux ; les bacilles ne pénètrent pas moins dans les viscères. seulement ils s'y détruisent ; on conçoit qu'une cause qui diminue la résistance d'un organe, puisse permettre à l'agent pathogène de se développer et de susciter des réactions anatomiques qui aboutissent à la formation du tubercule ; c'est ainsi qu'aurait agi, dans notre cas, le lympho-sarcome pleural. Quelle que soit du reste l'interprétation que l'on adopte, le fait que nous venons d'observer prouve, contrairement à l'opinion ancienne, que, pas plus chez les animaux que chez l'homme, il n'y a antagonisme entre le cancer et la tuberculose.

Nous nous sommes servis du foyer caséeux trouvé dans le poumon de notre chien, pour inoculer plusieurs animaux ; nous reviendrons plus tard sur les résultats de ces expériences.

ÉTRANGER

LE TRAITEMENT DE KOCH

Méthode de Koch en Allemagne.

M. Esmarch (Kiel) (1). — L'auteur rapporte une série de dix cas de lupus traités par les injections. La réaction s'est produite avec ses symptômes habituels. Les manifestations locales ont paru de bon augure. D'autres lésions chirurgicales ont été également traitées par l'auteur qui en rapportera ultérieurement l'histoire.

(1) *Deut. med. Woch.*, 15 janvier, p. 103.

M. Sonnenburg (Berlin) (1). — Dans les affections tuberculeuses chirurgicales, notamment les ostéites, les arthrites, accompagnées ou non de fistules, les injections de Koch produisant une mortification des parties malades, l'œuvre du chirurgien se trouve facilitée et l'auteur estime que la chirurgie continuera à tirer grand profit de la méthode de Koch.

M. Kaatzer (Rehbourg) (2). — L'auteur pense que les modifications générales et locales qui se manifestent chez les tuberculeux étant extrêmement variables, c'est au seul examen bactériologique que l'on doit s'en remettre pour connaître la valeur diagnostique et curative du remède de Koch.

M. Rumpf (Marbourg) (3). — C'est la communication la plus intéressante de cette semaine par les contradictions qu'elle révèle et le cas grave qu'elle rapporte, en complète analogie avec l'opinion de Virchow.

A ne prendre que les conclusions, l'auteur estime que le remède de Koch possède, vis-à-vis du processus tuberculeux, une surprenante énergie, sans analogue jusqu'à ce jour. Au point de vue du diagnostic, la dose est des plus nettes et la lymphe possède la *réaction tuberculeuse* par excellence. L'action parallèle de ce remède est sûrement d'amener la mortification des lésions tuberculeuses, aussi bien pour les affections externes que pour les affections internes. Cette mortification peut être suivie, si l'élimination des parties mortifiées est possible, de cicatrisation définitive. Il n'y a de contre-indication que chez les sujets très débilités ou chez lesquels les lésions locales sont trop étendues pour laisser le champ possible aux manifestations réactionnelles.

Ces conclusions sont des plus encourageantes. Voyons les faits.

Nous passerons rapidement sur le relevé des *premiers effets* de l'injection, comme l'intitule l'auteur, et qui comporte la relation d'exanthèmes rubéoliformes, de troubles vasculaires avec angor pectoris et tachycardie, de troubles digestifs, de délire, d'hémoptysie, qui ont été notés à diverses reprises.

Passons aux effets secondaires.

Au bout de quelques jours dans la plupart des cas, l'augmentation de l'expectoration marche de pair avec l'accentuation des signes locaux. On entend des râles là où il n'y en avait pas, dans certains cas on voit apparaître des cavernes ignorées (ou nouvelles ?) et on a pu aussi constater l'augmentation de cavernes anciennes. Cela peut s'accompagner d'hémoptysie et dans un cas la perte de sang atteignit, en plusieurs reprises, environ 1/2 litre. Chez une diabétique, la mort étant survenue, on nota, à l'autopsie, de l'infiltration pneumonique de tout un lobe et en différents points des tubercules caséeux n'ayant aucune tendance à la mortification. La tuberculose était si légère, pendant l'existence, qu'on la soupçonnait à peine.

Enfin chez un jeune enfant de 4 ans les injections avaient été pratiquées à différents intervalles jusqu'au 11 décembre pour de la tuberculose pulmonaire subaiguë. Le 26 décembre l'enfant était pris de tuberculose miliaire généralisée et mourait quatre jours après. L'autopsie révéla l'existence d'une hépatisation pulmonaire étendue autour d'un foyer caséeux, avec de nombreuses granulations jeunes disséminées dans le reste du parenchyme. Les méninges présentaient une hypérémie notable avec tuberculisation miliaire.

Nous croyons, pour notre part, que de tels cas doivent ajouter un correctif peu encourageant aux conclusions de l'auteur.

M. Burkhardt (4). — Nous relèverons dans la communication de l'auteur un cas de mort indubitablement causé par les injections.

Il s'agissait d'une jeune fille atteinte de lupus disséminé. A la suite d'une injection de 0,01 c. on vit apparaître une accélération considérable de la respiration et du pouls, l'urine présenta une quantité énorme d'albumine avec cylindres épithéliaux et la mort arriva au bout de 22 heures, dans le coma.

(1) *Deut. med. Woch.*, 15 janvier, p. 117.
(2) *Deut. med. Woch.*, 15 janvier, p. 129.
(3) *Deut. med. Woch.*, 15 janvier, p. 106.
(4) *Medic. Correspondenzblatt des Württemb. Ærztl. Landesvereins*, 1890, n° 23-25.

L'autopsie faite par M. Baumgarten révéla l'existence d'une néphrite diffuse, suraiguë.

M. Rosenwald (Breslau) (1). — L'auteur a consacré deux articles au mode d'apparition de la réaction. Il estime que celle-ci dépend surtout des conditions individuelles du sujet, bien que l'on puisse admettre que les tuberculoses légères possèdent une puissance de réaction plus manifeste. Lorsque la réaction cesse de se produire à de fortes doses, il faut laisser reposer le malade et recommencer quelque temps après avec de faibles doses. Dans ces cas et en procédant méthodiquement, il est exceptionnel que la tuberculose ne manifeste pas de réaction après l'injection de Koch.

MM. Babes et Kalindero (Bucharest) (2). — Les injections du liquide de Koch produisent chez les lépreux des manifestations dans l'état général analogues à celles que l'on rencontre chez les tuberculeux, parfois suivies de bien-être persistant, parfois accompagnées d'affaiblissement et de malaise notables. Par contre la réaction locale reste d'ordinaire très modérée. A peine parfois voit-on se produire un peu de rougeur avec soulèvement des parties malades et suintement superficiel. Cependant, même dans la lèpre nerveuse, la réaction locale peut se manifester. Ces caractères peuvent donc indiquer que le remède de Koch a une certaine valeur diagnostique dans les affections lépreuses. La valeur curative reste à étudier.

M. Jaruntowski (3). — Un seul point à signaler dans la communication de l'auteur, qui admet la valeur diagnostique du remède et son bon effet sur la fièvre et les sueurs des phthisiques : c'est l'apparition fréquente de lésions pulmonaires là où on ne les soupçonnait pas. Faut-il penser que celles-ci étaient inconnues? faut-il admettre qu'elles ont été déterminées par les injections? faut-il dans ces cas suspendre le traitement? autant de questions que l'auteur se pose et auxquelles il ne se croit pas encore en droit de répondre.

C'est encore le remède de Koch qui a été discuté le 12 *janvier* à la Réunion libre des chirurgiens de Berlin, avec présentation des malades de **MM. A. Kœhler** et **Bardeleben.** M. Kœhler a donné surtout un relevé général des 59 malades traités depuis le 11 octobre à la clinique. Rien de neuf à y relever et l'auteur est toujours partisan du traitement chirurgical associé aux injections. A mentionner un cas de lèpre resté indifférent à une injection de 2 centigr. M. Bardeleben a fait présenter des malades par ses assistants, Muhlack, Salzwedel, R. Kœhler. Parmi ces malades, tuberculeux osseux, ganglionnaires, etc., nous relèverons deux lupiques présentés par **R. Kœhler**. En effet, ces deux malades sont en traitement depuis le 11 octobre, c'est eux dont il a été question dans les communications antérieures de l'auteur et leur guérison semble se maintenir.

M. Kaposi, le 16 *janvier*, a présenté à la *Société des Médecins de Vienne* 6 malades remarquablement améliorés, guéris même; on n'y trouve plus ni ulcérations, ni nodules, et des injections élevées jusqu'à 8 centigr. ne provoquent plus de réaction générale ni locale. Cela confirme donc le fait bien établi que le remède de Koch est un modificateur puissant du lupus, mais il est à noter que le traitement n'a chez ces malades que six semaines de date. Au reste, M. Kaposi ne pense pas que les autres méthodes soient définitivement détrônées. Dans 6 semaines il montrera de nouveau ses malades et croit pouvoir porter alors un jugement.

M. Billroth a communiqué des résultats analogues. Comme M. Kaposi, il a constaté que parfois, après une suspension d'une quinzaine de jours, la réaction, auparavant amortie, se manifeste à nouveau. Mais une de ses malades, avec 5 milligr., a eu une réaction grave, avec hématurie. Il pense qu'il faut un an, un an et demi, avant de pouvoir juger de la valeur d'une cicatrice de tuberculose.

---

(1) *Deut. med. Woch.*, 8 janv., 15 janvier.
(2) *Deut. med. Woch.*, 15 janvier, p. 115.
(3) *Nowiny lekarskie*, 1890, n° 13.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 14 janvier.

Méthode de Koch.

M. B. Frænkel. — Parmi les cas que j'ai traités, je n'ai eu qu'une terminaison fatale; il s'agissait d'un malade porteur de lésions avancées, véritable candidat à la mort. Il y avait comme lésions récentes des granulations péritonéales et intestinales dont une avait déterminé la mort par perforation, des lésions caséeuses consistant en des ulcérations extrêmement étendues du pharynx et des poumons.

Dans d'autres cas de lupus du larynx, de la peau et de tuberculose laryngée, le résultat a été excellent. Le dernier malade a augmenté de poids, son état général s'est amélioré, les bacilles ont diminué dans les crachats ; aujourd'hui même il n'y a plus la moindre expectoration.

Jusqu'à nouvel ordre, je considère le malade comme guéri.

M. A. Frænkel. — Je désire présenter un seul malade. Un homme de 25 ans me fut présenté le 20 novembre, porteur de lésions tuberculeuses des poumons et du larynx. Je commençai tout de suite les injections avec les précautions habituelles. Le 10 décembre le malade présenta une éruption tuberculeuse miliaire de la langue, caractérisée par des granulations extrêmement petites et superficielles, dont quelques-unes, recouvertes d'un enduit jaunâtre, tendaient à s'ulcérer à leur sommet. Depuis ce jour les granulations n'ont pas cessé d'augmenter en nombre, et je puis dire qu'aujourd'hui encore il y en a déjà plus qu'hier.

Je ne veux que présenter le fait sans aucun commentaire.

M. Baginsky. — Le cas que je veux présenter est assez analogue à celui de M. A. Frænkel.

J'ai commencé à traiter par les injections, le 28 novembre, une jeune fille atteinte d'ulcérations tuberculeuses des fosses nasales et des gencives, consécutives à une contagion nettement constatée. Les réactions générales et locales évoluèrent comme à l'ordinaire. Quelques jours après le début des injections, les ganglions de l'angle de la mâchoire présentèrent une tuméfaction et une sensibilité manifestes.

Enfin, depuis peu nous avons vu apparaître sur l'amygdale gauche des granulations tuberculeuses bientôt suivies d'ulcération, et aujourd'hui la malade présente un ulcère tuberculeux de l'amygdale. L'ulcération nasale semble être cicatrisée, mais tout autour on peut constater la présence de granulations miliaires récentes.

M. Virchow. – Je tiens, en vous présentant de nouvelles pièces, à ajouter quelques mots à ma communication précédente. Voici tout d'abord deux cas de tuberculose péritonéo-intestinale à caractères tout particuliers. Dans la première observation, il s'agit d'un malade atteint de tuberculose pulmonaire qui reçut deux injections, la dernière quatre semaines avant la mort. L'intestin présente des ulcérations massives qui me firent tout d'abord penser à la fièvre typhoïde. Les lésions sont en effet extrêmement confluentes, certaines plaques de Peyer sont tuméfiées en masse, ulcérées à leur surface; en y regardant de près, on voit que les ulcérations résultent de la confluence de granulations miliaires sphacélées. Ces lésions typhoïdiques (je dis typhoïdiques, bien que je rejette entièrement l'idée d'une fièvre typhoïde intercurrente et seulement pour caractériser l'aspect anatomique des altérations de l'intestin) sont accompagnées de tuméfactions ganglionnaires également analogues à celles de la fièvre typhoïde. Si l'on examine le péritoine, on y constate une éruption de tuberculose miliaire.

Dans la deuxième observation il s'agissait également de lésions intestinales tuberculeuses; il y avait, en plus, de la tuberculose miliaire du foie de date toute récente. J'ai de plus à vous présenter les poumons d'un individu traité dans la période ultime d'une tuberculisation pulmonaire et laryngée, laquelle avait nécessité la trachéotomie. L'examen des poumons vous montrera à quel point les lésions de destruction et d'infiltration en étaient arrivées, et il faut avouer que dans ces cas les tentatives de traitement sont illusoires et qu'il y a des cas où la thérapeutique a une limite. Que serait-il arrivé, si le malade avait dû éliminer ces masses caséeuses énormes entourées de leur zone d'hépatisation?

Dans un autre cas, le malade mourut rapidement. Je trouvai à l'autopsie un pneumo-thorax en relation avec des lésions

tuberculeuses anciennes du poumon, et d'autres plus récentes de cet organe et de la plèvre.

Enfin, chez un sujet mort à la clinique chirurgicale après une tentative de suicide, mais porteur de lésions tuberculeuses du poumon, j'ai retrouvé cette pneumonie spéciale caséiforme, mais plus humide et jaunâtre, que j'ai remarquée à la suite des injections. Nous n'avons pas eu de renseignements suffisants : le malade a-t-il été traité par la méthode de Koch ? Je signale ce cas pour ne laisser échapper aucun renseignement qui puisse nous faire connaître à fond la lésion d'hépatisation qui succède aux injections.

M. Lazarus rapporte l'observation clinique du malade mort de pneumothorax dont l'autopsie a été faite et présentée par M. Virchow.

M. Guttmann. — Les résultats que j'ai obtenus à l'hôpital Moabit me portent à admettre que si toute tuberculose à lésions avancées contre-indique absolument la méthode de Koch, il n'en est pas de même des tuberculoses au début, qui sont certainement favorablement influencées par les injections.

M. Kœrte. — Certains de mes malades atteints de lésions tuberculeuses chirurgicales n'ont pas réagi malgré l'augmentation des doses injectées ; par contre, une malade atteinte d'actinomycose présenta une réaction générale et locale manifeste. La lésion ne guérit pas pour cela.

J'ai observé trois cas de mort. Dans un de ceux-ci il s'agissait de tuberculose aiguë cérébro-spinale. Faut-il admettre qu'elle a été provoquée par les injections ? On peut dire en tout cas qu'elle est survenue dans le cours du traitement. Le malade avait une arthrite tuberculeuse.

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE DE BERLIN

Séance du 5 janvier 1891.

Traitement des appendicites.

M. A. Frænkel. — Suivant Sonnenburg, il faut distinguer entre les exsudats consécutifs à la typhlite par simple coprostase, et les exsudats produits par la perforation de l'appendice vermiforme ; les premiers seraient volumineux et de nature séro-fibrineuse, les seconds circonscrits et purulents. Mais si les idées de Sonnenburg étaient justes, on ne comprendrait pas les succès du traitement par l'opium qui, en retardant la défécation et en augmentant par conséquent la stase stercorale, devrait aggraver la typhlite.

Les exsudats par stase stercorale sont extrêmement rares. Ordinairement il s'agit de masses stercorales qui, en pénétrant dans l'appendice, acquièrent une dureté de pierre et entretiennent l'inflammation. La perforation a lieu en général après la formation d'adhérences qui empêchent la sortie des masses fécales dans l'abdomen.

La question la plus importante est de savoir s'il y a ou non suppuration. Or les autopsies et la thérapeutique prouvent que dans la grande majorité des cas il n'y a pas suppuration. Ce fait est très important au point de vue de l'intervention chirurgicale. Dans nombre de cas, le traitement par l'expectation parvient à enrayer le processus ; mais dans un certain nombre de cas les choses ne se passent pas ainsi et l'inflammation se propage aux parties voisines, soit par la faute du malade qui continue à marcher après la perforation, soit par le fait d'un traitement mal dirigé, par les purgatifs qui augmentent le péristaltisme de l'intestin. Les accidents graves peuvent être divisés en deux groupes : tantôt il survient une péritonite foudroyante, suraiguë, tantôt une inflammation circonscrite avec formation d'un abcès qui, dans les circonstances favorables, est encapsulé, et la guérison survient soit par ouverture spontanée, soit après l'incision de la collection, comme cela a été le cas de trois malades opérés avec succès par Kœrte. Le diagnostic est facile quand la collection se porte vers la paroi abdominale : il existe une fièvre plus ou moins typique et on sent sous la paroi abdominale une infiltration qui s'étend de plus en plus. Dans ces cas il faut faire toujours une ponction exploratrice à la condition qu'il n'existe pas d'anse intestinale au devant de l'abcès.

Dans d'autres cas les abcès se portent en arrière et en bas, et pour les diagnostiquer on est obligé de pratiquer le toucher rectal ou vaginal bimanuel. Leyden a déjà attiré l'attention sur ce fait que ces abcès peuvent provoquer des phénomènes semblables à ceux de l'iléus, quand la collection comprime une anse intestinale. Les mêmes phénomènes peuvent encore se produire, quand l'appendice vermiculaire est situé à gauche au lieu d'être situé à droite. Chez un malade, le processus s'est ainsi développé à gauche de la ligne médiane et le diagnostic resta longtemps incertain. Il s'agissait d'un compositeur d'imprimerie qui se plaignait de coliques et n'avait pas de fièvre. La fosse iliaque droite n'était pas douloureuse, de sorte que l'on pensa à une colique de plomb. Peu à peu se développa une tuméfaction qui atteignit la région ombilicale et dépassa, à droite, la ligne médiane. Après une ponction exploratrice qui révéla l'existence du pus fécaloïde, on fit l'opération. L'abcès descendait dans le petit bassin et contenait un demi litre de pus. Peu de temps après, la plaie livra sortie à des matières fécales. Guérison complète.

Il y a des cas où le pus remonte le long du tissu cellulaire rétro-péritonéal, arrive au rein et au diaphragme et perfore même la plèvre. Dans ce cas le diagnostic est quelquefois impossible, comme le prouve le cas suivant :

Le 2 juillet 1890, on amenait à l'hôpital un officier de 42 ans toujours bien portant, tombé malade il y avait 8 jours à la suite d'un écart de régime. Dans la nuit il avait été pris de vomissements violents, de diarrhée, et le lendemain de douleurs violentes et d'une fièvre de 39°. Au huitième jour de son séjour à l'hôpital, le malade fut pris de frissons, la fièvre monta à 40°, de sensibilité des régions épigastrique et hépatique avec exagération de la matité de cette dernière. On fit la laparotomie dans l'idée de trouver un abcès du foie ; on ne trouva pas d'abcès et le malade mourut au bout de quelques jours. A l'autopsie on trouva une péritonite par perforation de l'appendice, mais sans exsudat. Les anses intestinales au niveau de la région iliaque droite étaient accolées et, entre elles, l'appendice macéré ; de là, on voyait partir une traînée purulente dans le mésentère avec suppuration de presque tous les ganglions mésentériques et rétropéritonéaux. Il s'agissait évidemment d'une ancienne perforation avec péritonite adhésive. L'écart de régime et ses conséquences ont dû réveiller le processus.

Peu de temps après se présenta un autre malade chez lequel le diagnostic a pu être fait de bonne heure. Cet homme, âgé de 29 ans, malade depuis une quinzaine de jours, a été pris d'accidents de perforation de l'appendice avec formation d'exsudat dans la fosse iliaque droite. La fièvre persistait et un matin on constata de la matité au niveau du poumon droit, depuis le rebord des fausses-côtes jusqu'au milieu de la clavicule. Au bout de quelques jours la matité et la résistance de la fosse iliaque droite disparaissent, la matité en arrière du poumon s'est abaissée en même temps qu'un son tympanique a paru sur les parties supérieures du poumon. Diagnostic : abcès rétropéritonéal et sous-diaphragmatique. La ponction faite au niveau du 11e espace intercostal fait sortir du pus fécaloïde et on fait l'opération qui permet de confirmer pleinement le diagnostic. Le malade eut de la fièvre encore pendant quelque temps ; la suppuration s'étendit en haut, traversa le diaphragme et détermina une pleurésie purulente qui nécessita une nouvelle opération après laquelle le malade guérit définitivement.

On trouve dans la littérature médicale plusieurs cas de ce genre, mais le nombre de cas où le diagnostic fut fait de bonne heure n'est pas grand.

Au point de vue thérapeutique, trois questions sont à résoudre : 1° Faut-il opérer dans les cas de péritonite circonscrite aiguë par perforation de l'appendice quand on ne sait encore s'il y a déjà formation de pus ? 2° Quelle conduite faut-il tenir quand une péritonite circonscrite par perforation tend à se généraliser ? 3° Est-il indiqué d'opérer les cas de pérityphlite à récidive compliqués de troubles gastriques ?

Les jeunes chirurgiens sont d'avis que dans la première catégorie de faits il faut toujours opérer, parce qu'il y a toujours formation de pus. Cette opinion n'est pas conforme à la réalité, car dans la grande majorité des cas, le pus manque. L'exsudat est produit par l'accolement des anses intestinales, les dépôts fibrineux, l'épaississement du péritoine ; ces cas sont du ressort de la médecine interne, et les malades guérissent par le seul traitement médical. Du reste, l'ablation de l'appendice vermiculaire avec le corps du délit n'est pas

facile dans ces cas, et si on tient à la faire quand même, on risque de produire une issue de matières fécales dans la cavité abdominale. Contre l'opération en deux temps, proposée par M. Sonnenburg, il y a plusieurs faits difficiles à réfuter. Ou bien il n'y a pas de pus, et alors l'opération est inutile, ou bien il y a une collection de pus, et dans ce cas on ne voit pas comment l'opération en deux temps peut arrêter la diffusion de la péritonite.

Dans les cas de péritonite diffuse, septique, il faut opérer, car autrement, les malades sont voués à une mort presque certaine. Le tableau clinique et la marche de l'affection sont variables quand il s'agit moins d'une péritonite diffuse que d'une péritonite purulente progressivement envahissante. Deux exemples de ce genre ont été observés : une fois à la suite d'une fièvre typhoïde, une autre fois consécutivement à la perforation d'un ulcère de l'estomac.

Dans la pérityphlite récidivante, il se forme des adhérences entre les anses intestinales, ce qui gêne considérablement le péristaltisme de l'intestin et peut à chaque instant provoquer des poussées inflammatoires aiguës. Il se forme à la longue une tumeur de consistance cartilagineuse fort difficile à faire disparaître. La discussion qui a eu lieu au dernier congrès de chirurgie sur l'opportunité de l'intervention chirurgicale dans ces cas, a montré que les chirurgiens sont loin d'être d'accord à ce sujet. Toutefois Kümmel a obtenu 5 guérisons sur 5 opérations.

M. Salzwedel communique un cas où un exsudat pérityphlitique a donné lieu à la formation d'un abcès sous-diaphragmatique qui s'est ouvert dans le poumon. Il s'agit d'un homme chez lequel la tumeur de la fosse iliaque paraissait devoir se terminer par la résolution, lorsqu'il s'est mis à expectorer pendant 3 jours une grande quantité de matières fécaloïdes; la tumeur de la fosse iliaque, disparue à ce moment, a reparu au bout d'un certain temps; quelques jours après l'expectoration fécaloïde s'est de nouveau fait jour, et le malade finit par guérir au bout de 14 jours.

M. P. Guttmann constate, en se basant sur sa statistique personnelle de 1879 à 1890, qu'un grand nombre de pérityphlites guérissent spontanément. Sur 96 malades qu'il a observés dans cet espace de temps à l'hôpital Moabit, 5 seulement sont morts, ce qui concorde avec la statistique de Renvers qui donne également une mortalité de 5 0/0 pour les cas diagnostiqués pendant la vie. Sur les cas qui se terminent par la mort, on en trouve un certain nombre de compliqués d'autres affections, telles que la tuberculose, la carcinose, etc. Dans ces cas l'opération chirurgicale n'aurait pas eu de succès.

M. Guttmann ne pense pas que toute perforation doive s'accompagner de formation de pus, et il reste certain que parmi les malades qui guérissent, un certain nombre ont eu l'appendice perforé. Chez deux phthisiques il a vu l'appendice séparé en deux par une perforation étendue, et il n'y avait pas trace de pus autour.

Entre les exsudats franchement purulents et les fibrinopurulents il existe toute une série de cas intermédiaires. Mais quand il y a du pus, la ponction seule ne suffit pas, il faut faire l'incision, car les collections franchement purulentes ne se résorbent pas complètement. Si l'exsudat purulent n'est pas volumineux, il peut s'encapsuler et ne pas constituer un danger pour l'organisme.

Dans les cas d'adhérences et de rétrécissement cicatriciel, l'opération est presque impossible, à cause des difficultés insurmontables qu'on éprouve quand il s'agit de séparer les anses intestinales accolées et formant un paquet uniforme.

M. Leyden. — Il y a un an et demi, lorsque la question fut soulevée à la Société des médecins de la Charité, les chirurgiens soutinrent que la pérityphlite était produite presque toujours par des calculs stercoraux et que pour éviter les récidives il fallait enlever l'appendice avec le corps étranger. Il résulte des débats qui viennent d'avoir lieu que l'intervention chirurgicale n'est indiquée que dans les cas où il se forme des foyers purulents étendus et où les abcès volumineux, en comprimant l'intestin, provoquent des phénomènes alarmants. Les exsudats qui ne sont pas très volumineux se résorbent spontanément et les malades guérissent. Dans la péritonite diffuse, l'opération est indiquée. La pérityphlite récidivante guérit par la résection de l'appendice vermiculaire, seulement les indications de l'opération sont difficiles à formuler.

SOCIÉTÉ DE DERMATOLOGIE DE BERLIN

Séance du 6 janvier 1891

Nouvelle affection de la peau.

M. Saalfeld s'est aperçu, au mois d'octobre 1889, qu'il avait sur le milieu de la face palmaire de son pouce droit une petite plaque infiltrée, des dimensions d'un petit pois, fort douloureuse. Au bout de 8 jours l'épiderme s'est soulevé à ce niveau et l'on pouvait constater en dessous l'existence d'un exsudat liquide. D'autres plaques semblables se formèrent, à plusieurs semaines d'intervalle, sur le bout du médius, le côté cubital de l'index et le pouce gauche. Vers le milieu de décembre 1889, l'affection a complètement disparu. M. Saalfeld ne sait rien sur l'étiologie ni sur la signification de cette éruption vésiculeuse. Il n'existe pas chez lui de causes constitutionnelles ni d'irritation chimique de la peau.

M. Blaschko croit que cette affection est de l'herpès digital qu'il a également observé sur lui-même. L'herpès était localisé à un seul doigt et a récidivé plusieurs fois. Au point de vue diagnostique il est important de constater l'existence des « névralgies prémonitoires » au niveau des parties atteintes, comme dans le cas personnel de Saalfeld.

M. Saalfeld insiste sur ce fait que la localisation de l'affection aux doigts desservis par des nerfs différents n'est pas compatible avec le diagnostic d'herpès digital.

Traitement du lupus par les injections de Koch.

M. Rosenthal a présenté 4 lupiques traités par la méthode de Koch.

Le premier, un garçon de 10 ans, est en bonne voie de guérison. Chez lui chaque injection était suivie d'une élévation thermique excessive (41°2) et d'une prostration de forces considérable. Après la première on a constaté une éruption morbilliforme qui n'a disparu que lentement et a donné lieu à une desquamation. La seconde malade est également en voie de guérison. On a débuté à la dose de 0,005; actuellement les doses de 0,08 provoquent une réaction locale et générale insignifiante.

La troisième malade, qui paraissait en voie de guérison après 4 semaines de traitement, a été prise d'une récidive 3 semaines après, et de nouveau un grand nombre de nodules caractéristiques ont paru sur les joues, les oreilles.

Le quatrième malade, garçon de 3 ans, présentait une ulcération lupique de la joue presque guérie par les scarifications et la pommade à l'aristol. L'injection de 0,004 de liquide a provoqué une réaction locale du côté de la cicatrice.

Dans un cas où le diagnostic oscillait entre le lupus et le carcinome de la joue, l'absence de toute réaction après les injections (0,005 à 0,03) a permis de constater la nature carcinomateuse de l'affection. La valeur diagnostique de la lymphe est moins marquée en ce qui concerne le lupus érythémateux, qui doit être nettement séparé du lupus vulgaire. Or, dans un cas de lupus érythémateux l'injection a été suivie de réaction, mais il n'y eut pas d'effet curatif.

La lymphe a une réelle valeur curative dans le lupus vulgaire. Mais il faut dire que jusqu'à présent on ne possède pas de guérison définitive.

M. Lassar a vu, sous l'influence des injections, la tuméfaction, dans le lupus érythémateux, diminuer. Malgré un grand nombre de cas de lupus vulgaire, traités par la méthode de Koch, il ne connaît pas encore un seul cas de guérison définitive. Les récidives sont également possibles.

M. Isaac croit que, même pour le lupus, la dose initiale de 0,01 est trop élevée. Pour le lupus érythémateux, il est du même avis que M. Rosenthal : les injections provoquent une réaction générale violente, une réaction locale à peine marquée et une amélioration insignifiante.

M. Blaschko insiste sur la valeur d'autres méthodes pour

le traitement du lupus. Chez un malade traité auparavant par les injections d'eau oxygénée, l'injection de lymphe n'a provoqué aucune réaction.

M. Koebner insiste sur la rapidité avec laquelle les lupiques s'habituent aux doses élevées. Chez un malade, après la 20e injection (de 11 cm.), on trouva une température de 36°,9, malgré l'existence d'une réaction locale autour des nodules tuberculeux nombreux. Il en fut de même d'un autre malade; chez les deux, les nodules étaient situés dans le tissu conjonctif de la cicatrice. La lymphe de Koch a peu d'action sur les foyers anciens.

Ulcération de la voûte palatine de nature indéterminée.

M. Lewin a présenté le 4 novembre à la Société dermatologique de Berlin un malade chez lequel le diagnostic est resté en suspens.

Il s'agit d'un homme âgé de 20 ans, bien portant jusqu'à l'âge de 9 ans, et, qui eut à ce moment la scarlatine et la diphthérie. Il resta au lit six mois, dans un état de faiblesse extrême et incapable de reconnaître les personnes de son entourage. A l'âge de 13 ans, nouvelle diphthérie. La maladie ne se guérit qu'avec des pertes de substance et laissa une ulcération de la voûte palatine. L'année suivante et peu à peu il se développa de la surdi-mutité, puis une paralysie faciale droite complète. Aujourd'hui on constate une perforation de la voûte palatine du diamètre d'une pièce de 1 franc. Les piliers postérieurs se rejoignent et simulent l'orifice supérieur du larynx. Celui-ci est normal La surdité semble causée par la présence d'une néo-membrane dans le conduit auditif externe.

L'ensemble des symptômes semble se rattacher à une affection de nature syphilitique héréditaire. L'absence des dents incisives ne permet pas de se faire une opinion sur l'état de la dentition chez le malade. En tout cas, jamais le présentateur n'a vu la diphthérie produire des lésions aussi profondes ni aussi étendues.

ANGLETERRE

SOCIÉTÉ MÉDICALE ET CHIRURGICALE DE LONDRES.

Séance du 13 janvier 1891

Néphrolithotomie à la suite d'une néphrectomie.

M. Lucas. — La nommée F. F... âgée de 57 ans, entra à Guy's hospital le 22 juin 1885. Elle présentait dans sa famille des antécédents tuberculeux. Pendant 17 ans elle avait eu des hématuries accompagnées pendant 9 ou 10 ans de douleurs dans le côté droit de l'abdomen et pendant 7 ans d'une tumeur située du même côté et diagnostiquée rein flottant. Le 14 juillet, le rein droit fut enlevé par la voie lombaire; ce n'était plus qu'une coque contenant des calculs et pesant 21 onces. Le 10 août, la malade quitta l'hôpital et jouit d'une excellente santé pendant 3 mois. Le 24 octobre, elle ressentit subitement une douleur symopale dans la région lombaire à droite, douleur qui irradia dans les parties antérieures de l'abdomen et jusque dans l'aine. Les urines se supprimèrent et les vomissements apparurent. Les vomissements et l'anurie continuèrent les 25, 26, 27 et 28. Le 29 la malade tomba dans une sorte de collapsus. Je lui fis alors une incision qui me conduisit sur le rein restant. Je trouvai au haut de l'uretère un calcul que j'enlevai. Pendant 12 jours l'urine passa par l'incision lombaire. Puis graduellement elle reprit sa voie par l'uretère et la vessie. La guérison, complète au bout de 10 semaines, continue depuis 5 ans.

M. Godlee. — En 1888 je diagnostiquai un calcul et une pyélite du rein gauche, soupçonnant du reste aussi des lésions à droite, chez un homme de 37 ans. En novembre j'enlevai du rein gauche plusieurs calculs. Des accidents ayant reparu, le 19 novembre 1890 de gros calculs d'acide urique furent enlevés de son rein droit. Il y eut une hémorrhagie veineuse dont on se rendit aisément maitre par la compression. Une heure et demie après l'opération, le malade mourut subitement d'une nouvelle hémorrhagie.

M. Robson, il y a 3 ans, a fait une néphrotomie qui fut suivie d'hémorrhagie assez grave pour nécessiter l'ablation de l'organe; il existait dans ce cas une grosse veine anormale à la surface du rein.

M. Harley. — Il faut s'efforcer de diagnostiquer les calculs quand il sont petits, car on peut les détruire par des moyens chimiques. Mais ce diagnostic est difficile; pendant 7 ans chez un malade on a confondu une affection calculeuse du rein avec un lumbago. La formation de ces calculs est souvent due à des causes constitutionnelles et on a pu noter l'hérédité pendant trois générations. Les troubles causés par ces calculs dans l'organisme ne sont pas toujours en rapport avec leur volume.

Un malade qui avait émis un calcul d'acide urique fut traité par les alcalins pendant un an; il rendit alors un calcul d'oxalate de chaux; le malade prit ensuite de l'acide lactique et rendit plus tard un calcul de phosphate. Cela prouve qu'on peut, par des procédés chimiques, agir sur les calculs.

M. Turner. — M. Whipham a enlevé un calcul à chaque rein d'une malade, qui mourut du reste d'asthénie.

M. Smith. — Comment peut-on diagnostiquer un rein scrofuleux d'un rein calculeux? Le pronostic des opérations rénales est établi par l'état des reins eux-mêmes.

M. Harley. — Je ne peux pas diagnostiquer un rein scrofuleux d'un rein calculeux.

M. Lucas. — Quand le rein qui porte le calcul est très malade, il vaut mieux faire la néphrectomie.

M. Godlee. — Je me demande si dans ces opérations il est bon de tamponner la plaie; derrière le tampon peut en effet se faire une hémorrhagie qui empêchera les tissus de se rapprocher. Chez le malade de M. Turner, je n'aurais opéré qu'un rein, en attendant la guérison pour attaquer l'autre.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE LONDRES

Séance du 12 janvier 1891.

Salpingo-ovarites chroniques.

M. Duncan a ouvert sur ce point un débat que nous résumerons rapidement, car aucune notion bien nouvelle n'en résulte.

M. Duncan, partisan de l'origine en général endo-métritique, décrit à la salpingite un premier degré, catarrhal, où la trompe se vide bien, et la lésion peut en rester là indéfiniment; mais souvent, du pavillon l'inflammation gagne le péritoine pelvien, de là des adhérences oblitérant le pavillon et finalement des rétentions dans la trompe, d'où des hydro-, hémato- ou pyo-salpingites, qui peuvent se vider par intermittences dans l'utérus. La poche, close, peut s'ouvrir dans une des cavités viscérales voisines.

Du côté de l'ovaire, outre la description ordinaire des scléroses, des abcès, M. Duncan admet que les hémorrhagies, interstitielles ou intra-folliculaires, sont moins rares qu'on ne le pense.

Rien de spécial à noter sur les signes fonctionnels (douleurs, métrorrhagies) ou physiques (toucher rectal ou digital, palper abdominal).

Au point de vue thérapeutique, en cas de salpingite chronique simple on essaiera d'abord les vésicatoires sur l'abdomen, les douches vaginales chaudes. Mais si l'on n'obtient pas d'amélioration on proposera la laparotomie. L'opération convient seule aux hydro- et pyosalpingites; de même quand la malade a eu des poussées nettes d'inflammation pelvienne avec douleur et dysménorrhée.

M. Duncan donne encore quelques renseignements sur la conduite à tenir pour les rétentions menstruelles par malformations génitales. Il faut, si l'on peut, dilater le col de l'utérus; si cela est impossible ou inefficace, on aura recours à la laparotomie.

Pour les laparotomies, M. Duncan, d'abord partisan de l'éther, s'est rallié au chloroforme. Il ne draine que s'il a

fallu rompre beaucoup d'adhérences. Il ne donne rien à manger à la malade pendant 24 heures, si ce n'est une cuillerée d'eau chaude toutes les deux heures. On sondera la malade toutes les trois heures. Quelquefois le sulfate de magnésie calme très bien les vomissements.

M. Doran reproche cependant à ce dernier agent, dont il reconnaît l'efficacité, qu'il est capable de faire rompre les adhérences, d'où des accidents. D'après M. Doran, comme pour M. Duncan, la laparotomie est le seul traitement chirurgical des salpingites. Il ne croit guère à l'électricité, quoiqu'elle puisse tuer le gonocoque. C'est théoriquement que l'on a admis l'action favorable du curettage utérin, de l'opération d'Emmet. Le massage est dangereux quand il y a des collections liquides dans les trompes. Une fois le ventre ouvert, il faut, si c'est possible, faire l'oophorectomie; mais quelquefois il suffit de rompre en partie les adhérences; et même quelquefois, chez des névropathes, la laparotomie est efficace, sans qu'on ait rien fait aux annexes.

M. Sinclair s'est borné à insister sur le rôle étiologique de l'infection puerpérale et de la blennorrhagie.

A côté de cette discussion, je signalerai en quelques mots celle qui a eu lieu le 7 *janvier* à la Société obstétricale de Londres. On s'y est occupé tout spécialement de la castration ovarienne contre les accidents névropathiques. **M. Smith** a sans doute déclaré qu'on avait obtenu de la sorte quelques résultats thérapeutiques, mais **MM. Playfair, Priestley, Sp. Wells** se sont élevés contre cette manière de faire : on ne doit enlever les ovaires que s'ils sont malades.

SOCIÉTÉ CLINIQUE DE LONDRES

Séance du 9 *janvier* 1891

Invagination intestinale.

MM. Turner et Whipham. — E. H..., âgée de 29 ans, cuisinière, entra à Saint-George's-Hospital le 29 janvier 1890. Depuis des années elle souffrait de mauvaises digestions. Etant convalescente d'influenza, elle ressentit une douleur soudaine, aiguë, à l'ombilic; puis elle eut des vomissements; puis tout rentra dans l'ordre. Le 28, pendant la défécation, elle eut une nouvelle attaque. Elle avait le ventre distendu et on sentait une tumeur. M. Turner fit la laparotomie; on trouva que la tumeur était produite par l'utérus gros comme au 3e mois d'une grossesse. De plus, en 2 points différents on trouva un volvulus de l'intestin grêle. Dans l'hypochondre droit on trouva une intussusception comprenant le jéjunum. Les choses furent remises en place; au niveau de l'intussusception il y avait une congestion intense, mais la malade était trop abattue pour qu'on pût tenter une résection de l'intestin. La malade mourut 24 heures après l'opération. A l'autopsie on vit que l'intussusception avait été amenée par un polype de l'intestin grêle.

M. C. B. Lockwood. — Une petite fille de 4 ans fut prise de diarrhée et de vomissements. L'abdomen était distendu et on sentait une tumeur dans la fosse iliaque droite. Une intussusception fut diagnostiquée et on fit une laparotomie. On trouva un peu de péritonite; l'intestin invaginé était une partie de l'iléon. On réséqua la portion invaginée et on fit un lavage antiseptique. Sutures de Czerny-Lembert. L'enfant resta dans le collapsus et mourut au bout de 20 heures.

L'autopsie montra que les sutures avaient très bien tenu; il est probable que la mort a été amenée par une durée trop grande de l'opération, inutilement allongée par une résection d'une portion du mésentère. Sur 15 résections pour invaginations qu'on trouve dans la littérature médicale, 3 ont guéri.

M. Ormsby. — J'ai traité en 1889 une femme qui pendant 40 jours n'avait pas été à la selle. J'ai fait la laparotomie et j'ai ponctionné l'intestin en 2 ou 3 endroits; j'ai trouvé alors le siège de l'obstruction au milieu du côlon descendant; c'était une bride qui coudait l'intestin. La malade guérit.

M. Cripps. — Quand il s'agit d'invagination irréductible, il faut avoir recours à la résection. J'ai vu un cas d'invagination dans lequel la valvule iléo-cæcale s'avançait jusqu'à l'anus. On fit la laparotomie et, avec l'aide de l'autre main poussant par en bas, on put retourner l'intestin. L'enfant mourut. A l'autopsie, on trouva que tout avait été réduit, excepté la valvule iléo-cæcale elle-même, qui était tout entière dans le cæcum où elle formait une véritable tumeur.

Je me souviens d'un autre cas où il s'agit d'une enfant qui présenta une sorte de tumeur sortant par l'anus; on tira sur cette tumeur et on la réséqua. Six mois après, l'enfant mourut de rougeole. On vit alors qu'il avait perdu la plus grande partie de son gros intestin.

M. Howse. — Quand la valvule iléo-cæcale pend à l'anus, il s'est formé des adhérences et le mieux est, non pas d'avoir recours à la laparotomie, mais de réséquer ce qui pend au-dessous de l'anus. Les deux extrémités de l'intestin réséqué sont ensuite suturées l'une à l'autre.

M. Parker. — Dans un cas où j'avais beaucoup de peine à retourner l'intestin, j'introduisis dans l'anus un long tube par lequel les gaz purent s'échapper. Dans un autre cas, j'ai eu affaire à une invagination aiguë greffée sur une invagination chronique. Je pus réduire la première, mais non la seconde, que je rentrai néanmoins dans l'abdomen, croyant que l'enfant allait mourir. Il se remit cependant.

M. Whipham. — On ne doit employer l'opium qu'avec la plus grande réserve dans ces cas, car trop souvent il amène un calme trompeur qui fait croire à une guérison.

AUTRICHE

SOCIÉTÉ IMPÉRIO-ROYALE DES MÉDECINS DE VIENNE

Séance du 16 *janvier* 1891.

Grossesse extra-utérine.

M. Lihotzky présente deux pièces de grossesse extra-utérine qu'il a opérées avec succès. Dans un cas il y avait dans la trompe gauche un petit reste de cordon ombilical et au microscope on put trouver des cellules de la caduque et des débris de villosités choriales; dans l'ovaire il n'y avait pas de corps jaune et l'ovule provenait de l'ovaire droit. Mais la trompe de ce dernier ovaire était atrophiée. Dans le second cas, il y avait dans la poche un fœtus macéré, long de 44 cent.; il s'agit d'un kyste tubo-ovarien devenu gravide.

Indications de la laparotomie.

M. Chrobak a fait sur ce point une communication où il n'ajoute pas grand'chose aux indications posées par les chirurgiens franchement opérateurs. Parmi les points un peu spéciaux, nous relèverons les suivants :

A part les signes classiques permettant de soupçonner la malignité des tumeurs ovariennes, M. Chrobak en indique un autre : l'adhérence du pôle inférieur de la tumeur à la voûte vaginale, quand il n'y a pas de formation d'abcès.

Pour les myomes, il y a indication opératoire quand on constate un accroissement rapide, des hémorrhagies rebelles, des douleurs vives, des troubles de compression, la dégénérescence kystique, l'ascite. Mais toujours les myomotomies sont graves. Cependant la statistique des 51 opérations faites par M. Chrobak dans les 15 derniers mois donne à l'hôpital 6,8 0/0 de mortalité; en ville 10,5 0/0.

Pour les salpingites simples (interstitielles ou avec collection séreuse peu volumineuse), M. Chrobak ne préconise la laparotomie qu'après l'échec avéré des moyens non opératoires.

Le remède de Koch.

(Nous avons réuni les communications sur ce sujet aux autres travaux publiés à cet égard. Voy. p. 32)

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Imp. des Arts et Manufactures, 12 rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud.

Nº 4. — 28 JANVIER 1891 LE NUMÉRO QUINZE CENTIMES

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT
PUBLIÉ PAR
LA GAZETTE HEBDOMADAIRE
DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE
Et servi gratuitement à tous les abonnés de ce journal

ABONNEMENTS SPÉCIAUX POUR MM. LES ÉTUDIANTS. — UN AN : 6 FRANCS

L. LEREBOULLET, Rédacteur en chef. — A. BROCA, Secrétaire de la Rédaction
Librairie de G. MASSON, 120, boulevard Saint-Germain.

SOMMAIRE

ACTES
DES FACULTÉS DE MÉDECINE

PARIS

Thèses du 2 au 7 février 1891.

Mardi 3. — M. Regnauld. Contribution à l'étude de la laparotomie dans les grossesses extra-utérines. — M. Perret. Considérations sur les néoplasmes primitifs des nerfs des membres. — M. Luzet. Etude sur les anémies de la première enfance et sur l'anémie infantile pseudo-leucémique. — M. Helie. La laryngotomie chez l'adulte.

Mercredi 4. — M. Cuellar. Curettage de l'utérus dans les affections périutérines, les fibromes et le cancer de l'utérus.

Jeudi 5. — M. Mosny. Etude sur la bronchopneumonie. — M. Leledy. Contribution à l'étude de l'épidémie de grippe 1889-1890. Ses rapports avec l'aliénation mentale.

Clinique médicale. — M. le professeur Peter, remis de son indisposition, recommence ses leçons, à l'hôpital Necker, aujourd'hui mercredi 28 janvier, à 10 heures. La première leçon sera consacrée à l'étude des effets de la *lymphe de Koch.*

VARIÉTÉS

Concours de l'internat. — Les trois dernières questions orales qui ont été données sont les suivantes :

1º Articulation de l'épaule. — Erythème noueux ;

2º Creux de la main. — Phlegmons de la paume de la main ;

3º Veine cave supérieure. — Causes, signes et diagnostic de l'insuffisance tricuspide.

Ont été nommés à la suite du concours :

Internes titulaires : 1. Bineau (William), Lepetit, Michon, Potel, Londe, Michel-Dansac, Brodier, Charcot, Cazenave, Durante.

11. Mayet, Phulpin, Lévy (Léopold), de Massary, Bonglé, Glantenay, Perrin, Halipré, Bernard (Félix), Jayle.

21. Taurin, Dudefoy, Lebon, Richerolle, Fort, Walch, Dormet, Sée, Braquehaye, Hulot.

31. Collinet (Edouard), Giresse, Malherbe, Damaye, Gervais-de-Rouville, Magniaux, Bernard (Gustave), Bernardbeig, Manson, Reymond.

41. Haron, Chaillou, Péron, Poussard, Carrel, Bezançon, Finet, Bresard.

Internes provisoires : 1. Martin (Albert), Lantzenberg, Daudet, Letoux, Longuet, Danseux, Bodin, Diaz, Jacquinet, Chabory.

11. Guépin, Flœsheim, Héan, Meslay, Courtey, Chorin, Isidor, Touche, Follet, Riche.

21. Binot (Jean), Trékaki, Bois, Meunier (Henri), Vaudremer, Demantké, Banzet, Lévy (Emile), Raffray, Mme Bonnier.

31. Galpin, Maupâté, Emerit, d'Hotman de Villiers, Fiquet, Fournier, Prieur, Grilhaud des Fontaines, Ozanon, Diriart.

41. Auclair, Navarre, Dutournier, Escat, Condamy, Gellé, Steeg, Mangin Boquet, Marmasse, Benoit (Charles).

51. Dauriac, Malbec, Magdelaine, Meige, Dunchir, Morallié.

Un concours pour trois places de médecin du bureau central, s'ouvrira le 27 février 1891, à midi, 3, avenue Victoria. Le registre d'inscription sera ouvert de midi à 3 heures du 2 au 14 février.

Classement des internes et externes. — Les cartes seront délivrées :

Aux internes de 2e, 3e et 4e année, le lundi 26 janvier, à deux heures, dans l'amphithéâtre de l'Administration centrale, avenue Victoria, nº 3 ; de 1re année et aux internes provisoires, le mardi 27 janvier, à une heure et demie ;

Aux externes de 2e et de 3e année, le mercredi 28 janvier, à une heure et demie ; de 1re année, première moitié de la liste, le jeudi 29 janvier, à une heure et demie ; deuxième moitié de la liste, le vendredi 30 janvier, à une heure et demie.

Vente du remède de Koch. — Le remède de Koch, selon certains journaux, va être mis à la disposition de tous les médecins. La vente s'effectuera dans les pharmacies avec les mêmes restrictions imposées aux remèdes toxiques. Les plus grands flacons contiendront un gramme.

L'Etat a renoncé à monopoliser la fabrication ; il se bornera à exercer son contrôle sur les établissements auxquels il accordera la concession de fabriquer la lymphe. Ces établissements livreront la lymphe aux pharmaciens en indiquant combien de temps elle peut servir. Ils s'engageront, en outre, à échanger les flacons non utilisés dans les délais voulus contre des flacons de lymphe fraîche.

M. Mackensie et la lymphe. — Les médecins allemands, qui, d'après la *Pall Mall Gazette*, sont loin d'avoir oublié leur animosité contre M. Morell Mackensie, sont furieux à l'idée qu'il a pu se procurer de la lymphe de Koch et qu'il a ainsi été un des premiers à démontrer ses effets curatifs. Il y a une ou deux semaines on savait à Berlin que M. Morell cherchait à avoir de la lymphe. « Il n'en aura certainement pas », dit M. de Bergmann à un journaliste. Et cependant M. Morell en a. Comment s'y est-il pris ? C'est là la question qui intrigue les médecins berlinois. (*Medical Record*, 3 janvier 1891, p. 19).

Position des jambes et sociabilité. — Le seul défaut de l'Allemand au point de vue social consiste en ce qu'il ne peut pas croiser les jambes. Or les relations sociales ne peuvent atteindre leur maximum d'agrément qu'autant que les sujets qu'elles unissent présentent des aptitudes anatomiques pour cette position. Dans l'action les jambes sont parallèles ; dans les moments d'émotion elles prennent diverses attitudes variées ; mais pendant les plaisirs calmes de la vie sociale et de la bonne fraternité, les jambes sont croisées. On ne saurait dire si cette inaptitude physiologique des Allemands est due à une absence de centres corticaux pour les muscles adducteurs, à une faiblesse du système nerveux périphérique ou à un développement excessif du panicule graisseux intra-crural : dans tous les cas, c'est là un défaut profondément fixé dans la race. (*Medical Record*, 20 décembre 1890, p. 702).

COURS LIBRES

M. le docteur J.-V. Laborde, professeur à l'Ecole d'anthropologie, président de la Société de même nom, commencera ce cours le mercredi 28 janvier, à 4 heures, et le continuera chaque mercredi à la même heure. Il traitera des *fonctions intellectuelles et instinctives.*

M. le Dr Landolt commencera un cours de thérapeutique oculaire, en sa clinique, 27, rue Saint-André-des-Arts. Ce cours est destiné essentiellement aux étudiants et jeunes médecins. Il aura lieu le samedi à 1 heure, à partir du samedi 7 février.

Avis à MM. les abonnés.

La table de la Gazette hebdomadaire et du Mercredi médical est en composition et sera expédiée aux abonnés dans les premiers jours du mois de février.

SUPPLÉMENT THÉRAPEUTIQUE AU MERCREDI MÉDICAL

FORMULAIRE THÉRAPEUTIQUE

Pommades rafraîchissantes.

M. Unna.

Sous ce nom, M. Unna désigne des mélanges de graisse et d'eau qui, appliqués sur la peau, lui soutirent, par l'évaporation continue de l'eau, une certaine quatité de chaleur et qui, pour cette raison, peuvent être employés avec avantage contre les affections congestives et inflammatoires de la peau (brûlures, acné, eczéma, lupus, etc.). Voici la formule de la pommade rafraîchissante simple (pouvant remplacer le cold-cream) :

Lanoline	10	grammes.
Axonge benzoïnée	2)	—
Eau distillée de roses	20	—

Mêlez. — Usage externe.

On peut, suivant le cas, remplacer les 20 grammes d'eau de roses par la même quantité d'eau de chaux, d'extrait de saturne, etc., ou bien les 20 grammes d'axonge par autant de pommade de zinc benzoïnée.

Voici encore la formule d'une pommade rafraîchissante à l'ichthyol :

Lanoline	10	grammes.
Axonge benzoïnée	20	—
Eau distillée	24	—
Ichthyol	6	—

Mêlez. — Usage externe.

(*Semaine médicale.*)

Usage thérapeutique de l'acide chlorhydro-pepsique justifié par les expériences physiologiques.

Nous ne saurions relater ici les nombreuses discussions auxquelles a donné lieu la diversité des opinions sur la nature de l'acide du suc gastrique, et nous ne pouvons que rappeler les belles expériences faites par le savant professeur de physiologie M. Charles Richet, au laboratoire de la Faculté de médecine de Paris. Ces expériences, connues de tous, ont été consignées par lui dans un remarquable article publié dans la *Semaine médicale* (du 17 juillet 1889, page 237), en même temps qu'il y combattait certaines objections faites à ses conclusions. Cet article serait à citer tout entier pour convaincre nos lecteurs de la réalité de la présence de l'acide chlorhydrique dans le suc gastrique normal : aussi lui ferons-nous de nombreux emprunts, persuadé que nulle part ailleurs on ne trouvera des arguments scientifiques plus sérieux et plus concluants.

A dire vrai, personne ne met en doute l'acidité du suc gastrique et chacun sait que le degré de cette acidité varie avec les différents temps de la digestion dans la même espèce animale et qu'elle varie aussi et surtout avec cette espèce animale. Faible chez les herbivores, on la voit augmenter, doubler et tripler chez les carnivores, de sorte que, pour être concluantes, les expérimentations doivent être faites pour chacune de ces espèces animales.

Quelques auteurs ont prétendu que c'était à l'acidité du suc gastrique qu'était due la sensation de besoin qu'on nomme faim. Or il n'est plus douteux que le moment du maximum d'acidité correspond à la fin de la digestion et qu'à jeun, cette acidité peut être très atténuée, quelquefois devenir nulle.

Nous voyons déjà qu'il faudra faire porter les recherches aux divers temps de la digestion. Cette acidité étant constatée, il reste à déterminer la nature de l'acide.

Les preuves en faveur de l'existence de l'acide chlorhydrique sont nombreuses, mais entre toutes, il faut citer l'expérience célèbre de Schmidt, répétée par M. Maly et par M. Ch. Richet lui-même et qui est véritablement inattaquable.

Supposons qu'on ait recueilli une certaine quantité de suc gastrique dont on dose le chlore total par l'azotate d'argent en pesant le chlorure d'argent formé : soit 4 grammes de chlore total; si l'on calcule la quantité de bases, potasse, soude, chaux ou ammoniaque pouvant fixer cette quantité de chlore pour former des chlorures et qu'on dose les bases contenues dans la totalité du suc gastrique recueilli, on trouve que leur quantité est insuffisante pour saturer 4 grammes de chlore et qu'elles en saturent à peine 2 grammes, c'est-à-dire la moitié seulement.

La conclusion à laquelle il est difficile de se soustraire, c'est qu'il y avait 2 grammes de chlore libre, qui, en présence des matières organiques humides, ne peut être qu'à l'état d'acide chlorhydrique combiné ou non à ces matières organiques.

Aucune objection ne peut tenir devant cette conclusion qui d'ailleurs est confirmée et définitivement établie par l'ingénieuse expérience due à M. le professeur Richet et qui porte le nom de *coefficient de passage.*

Telles sont les preuves scientifiques que l'on peut donner de la présence de l'acide chlorhydrique dans le suc gastrique. Nous avons dit que l'excédent d'acide non saturé par les bases était combiné à des matières organiques. Or parmi ces dernières, il faut surtout et en première ligne placer la pepsine qui donne lieu à la combinaison acide nommée chlorhydro-pepsique. Ces deux termes sont physiologiquement inséparables depuis la constatation qu'ont faite Langley et Edkins (*Journal of physiology*, tome VII, page 371) que la pepsine disparaît en grande partie par le fait de la neutralisation de l'acide.

La pepsine, non seulement pour agir en tant que digestion, mais encore pour exister dans le suc gastrique, réclame donc la présence de l'acide chlorhydrique avec lequel elle se combine.

Les déductions thérapeutiques nous paraissent assez faciles à tirer de ces faits physiologiques et assez nettes pour permettre aux cliniciens de ne pas hésiter sur le choix du médicament dans les cas nombreux et variés de dyspepsies.

1° C'est pendant la digestion que le suc gastrique a le plus besoin d'acide chlorhydrique;

2° Lorsque cet acide fait défaut en partie, la proportion de pepsine est diminuée;

3° Administrer à un malade de la pepsine sans être sûr que cette pepsine trouvera dans l'estomac une quantité suffisante d'acide chlorhydrique pour se combiner et agir sur le bol alimentaire, c'est courir à un échec certain;

4° Les deux principaux éléments de l'acte physiologique qui constitue la digestion étant l'acide chlorhydrique et la pepsine, il paraît tout indiqué de donner aux malades une préparation contenant cet acide combiné à la pepsine.

Dans ces conditions, l'*Elixir Grez* chlorhydro-pepsique, qui unit à cette combinaison indispensable les toniques et les amers dont l'estomac malade a toujours besoin, rendra les plus grands services. C'est la seule préparation physiologiquement raisonnée sur laquelle le praticien puisse compter.

Les résultats cliniques obtenus jusqu'à ce jour et la faveur de plus en plus grande dont les préparations chlorhydro-pepsiques (*Elixir et pilules Grez*) jouissent auprès des célébrités médicales de tous les pays, donnent une place bien méritée à ces préparations dans la thérapeutique des affections gastro-intestinales.

La dose en est d'un verre à liqueur ou 2 à 3 pilules à chaque repas, au moment même où le suc gastrique a besoin de pepsine et surtout d'acide chlorhydrique.

Dr Thiébault.

CONCOURS DE L'EXTERNAT

Le concours de l'externat des hôpitaux de Paris s'est terminé samedi soir, 24 janvier 1891, par la nomination de 370 candidats dont les noms suivent, et clsssés par ordre de mérite.

1. Baudet, Boquel, Terrien, M. Robineau, Chauveau, Dujarier, Jolly, Savariau, Combes, Long.

11. Ch.Martin, Thoumire, Dominici, Lapeyre, Blanc, Brouardel, Daguillon, Deneux, Dumesnil, L. Fauvel.

21. Guinard, Hardel, Sourdille, Hémery, Leray, H. Martin, Miquet, Papillon, J. Binot, Chapt.

31. Durante, Gallet-Duplessis, Giresse, Houzé, Walch, Ardouin, Cavasse, Luys, Mettetal, de Oliveira-Néry.

41. Schmid, Brindeau, Latruffe, Roland, Rudaux, Crouzet, Hepp, Chabory, Collinet, Lanzenberg.

51. Lenoble, de Massary, Meslay, Saguet, Banzet, Vaudremer, Caye, Cotta, (R.) Fauvelle, Leblanc.

61. Ledard, Lévy (Moïse), Marie (Ch.), Neveux, Baron, Casamajor, Catumeanu, Differdange, Grandguillot, Husson,

71. Lenoir, Rabé, Anghelesco, Flandrin, Lévis, Thomas (Jean), Claverie, Nordmann, Baraduc, Condamy.

81. Demantké, Finet, Monbouyran, Radiguet, Mlle Kohan, Malbec, Gervais de Rouville, Lévi Léopold, Meunier, Aschkinazi.

91. Baldet, Boudeau, Bruyère, Chantier, Grosjean, Guérineau, Guillemot, Letorey, Ch. Millet, Chastenet.

101. Delamare, Etchepare, Gibert, Plantier, A. Robineau, Hermary, Villatte de Penfeibon, Baruk, Guillemin, Mlle Leclerc.

111. Angerant, Gellé, Piazet, Renard, Théry, Zuber, Staïcovitz, Delansorne, Dolbeau, Farabeuf.

121. Poux, Ch. Prévost. Vanvert, Bartoli, Carnot, Charnaux, de Combes, Desveaux, Le Filliâtre, Le Simple.

131. Meslier, Mourlot, St-Martin, Tucker, Wateau, Mlle Delesly, Foubert, Jacob, Nordman, Poix.

141. Woronoff, Auguy, Guerlain, Moreau, Gourichon, Boissier, Brunet, Didsbury, Petit, Plicot.

151. Ravé, Durville, Nogué, Chaillou, Lévy (Samuel), Belir, Castier, Audrain, Baudré, Berg.

161. Bonamy, Caboche, Delabost, Douriez, Dreyer-Dufer, Fays, Gentilhomme, Jacobson, Oppenot, Pasteau.

171. Roger, Wintrebert, Comte, Mlle Gorvitz, Hamant, Monteiro, Page, Auclair, Bournhonet, Lavergne.

181. Sabatier, Mlle Zlotowska, Villière, Bouchacourt, Corbière, Gesland, Lefèvre, Le Juge de Segrais, Magdelaine, Lemaricy.

191. Ozanon, Stojanovits, Wintrebert (Paul), Bruneau, Fuchs, Keller, Lachouille, Le Conte, Lefournier, Leroy.

201. Maggyar, Millienne, Patay, Mme Peltier, Tanguy, Trastour, Coquet, Cougnot, Delaroche, Fosse.

211. Guérin, Mauger, Riche, Tainturier, Trinité, Meyer, Faure, Herzenberg, Millet (Georges), Petit (René).

221. Beaursenat, Courtey, Laforest, Rouquès. Trénel, Dedieu, Iscovesco, Carrel, Alliot, Bernard.

231. Bigeard, Bobier, Bourgeois, Choisnet, Flammarion, Kaminer, Manesse, Simon, Em. Aubry, Fialon.

241. Ach. Martin, Thibaut, Bruyer, Monscourt, Paquet, Derome, Cachau, Duchemin, de Marchena, Georgescu-Carpatianu.

251. Céry, Hopenhendler, Lardeux, Partenay, Mlle Scheinziss, Spaletta, Bastard, Delthil, Faitout, Le Masson.

261. Michaëlides, Altmann, Barbier, Bonnet, Joly, Renon, Rémond, Nissim, Mlle Hoeltzel, Kortz.

271. Luton, Iliesco, Combalat, Dos Santos, Marcovitch, Brin, Clamouse, Lucas, Mlle Pasternak, Vassal.

281. Lagnoux, Wolf, Manheimer, Béal, Peyré, Jay, Djélalian, De Fayard, Changeux, Diniz.

291. Gillé, Pecker, Potelet, Vernhes, Golesceanu, Tonnelier, Foucard, Darzens, Larroux, Dufour.

301. Bergeron, Bouquet, Cosmabey, Hugonnet, Chaumier, Chevillot, Gay (J.), Mory, J. Martin, Prévost René.

311. Rosenblat, Durieux, Gerson, Gotchaux, Hulmann, Barbellion, Lenief, Lévy (H.), Maugery, Carra.

321. Poirson, Ratigné, Barbary, Fontoynont, Delbecque, Hardiviller, Schtein, Guay, Sicard, Bacquelin.

331. Debains, Ponesse, Sonesme, J. Thomas, Contrastin, Pâté, Derrieu, Monsarrat, Durand, Sifflet.

341. Virey, Normand, Grasset, Rosenbaum, Lauzeral, Marie, Tisserand, Pachabezian, Aubry (J.), Chastenay.

351. Van Bergen, Vic, Cunéo, Sébilleau, Grunberg, Ghazarossian, Harlen, Lesné, Angot, Relle.

361. Vanderhaghen, Balli, Hagopow, Laffaille, Pressat, Delisle, Gayman, Girard, Vié, Mme Pommert.

FEUILLETON

Avez-vous lu, vu ou lu et vu la *Cagnotte* ? Comme je m'adresse à un public d'élite, j'en suis persuadé et je ferai appel à vos souvenirs. Vous connaissez sans doute le dialogue suivant :

« CHAMPBOURCY. — Pristi ! que ma dent me fait mal !

COLLADAN. — Voulez-vous que je vous indique un remède ? Vous prenez une taupe vivante... une jeune taupe de quatre à cinq mois...

CHAMPBOURCY. — Mais comment voulez-vous que je reconnaisse ça ?

COLLADAN. — Ah ! ça vous regarde ! »

Eh bien ! vous me direz si vous voulez que j'ai l'esprit de travers, mais franchement, quand j'ai lu dans la *Gazette* la communication de M. Koch, j'avoue que ce dialogue m'est revenu en mémoire. Ne pourrait-on pas calquer sur lui le dialogue suivant, entre le professeur Koch et un savant d'une quelconque des parties du monde ?

M. KOCH. — Vous prenez une culture pure...

LE SAVANT. — Mais comment obtient-on cette culture pure ?

M. KOCH. — J'ai publié autrefois mon procédé.

LE SAVANT. — Oui, mais, en France au moins, on n'a jamais pu obtenir en culture que les bacilles de la tuberculose des poules.

M. KOCH. — Ah ! ça vous regarde ! »

Mode exact de culture, âge de la culture, degré de virulence, nombre de générations, que sais-je encore, il ne manque que tout cela pour qu'on puisse marcher scientifiquement sur les traces du maître. Peut-être M. Koch complétera-t-il les renseignements quand il reviendra d'Egypte : car la *Gazette nationale* nous apprend, d'après le *Temps*, que jusqu'à fin mars, le savant bactériologiste se rend sur les bords du Nil.

Une autre chose me surprend : c'est la candeur avec laquelle l'auteur de la méthode déclare que les détracteurs du « remède » sont restés à l'état isolé. Pour un peu, il les traiterait de « pas grand'chose ». C'est ça qui flatterait le prof. Virchow ! Mais, quoi qu'en dise l'inventeur, le zèle des praticiens se refroidit de jour en jour et, d'après ce que je vois, ce qu'on me dit, les médecins de Paris ont sensiblement enrayé. Personne ne les blâmera d'avoir essayé, car mieux vaut essayer 25 remèdes inutiles que d'en laisser échapper un seul qui puisse servir à quelque chose. Mais tout le monde les approuvera dans leur mouvement de recul.

Bien des explications ont été données, bienveillantes ou malveillantes, sur ces tentatives thérapeutiques. En voici une, particulière d'ailleurs, que donnait, il y a quelques jours, un de nos maîtres les plus éminents en parlant d'un de ses confrères. Ledit confrère lui aurait répondu — mais le mot est bien joli pour n'avoir pas été fabriqué : « Pourquoi j'expérimente la lymphe de Koch ? Mais d'abord parce que Koch est mon ami... et puis il a inventé la cocaïne. »

On a dit que hors d'Allemagne on avait parfois battu la grosse caisse à l'aide de la lymphe de Koch. Mais en Allemagne la réclame a été bon train. En première page des journaux médicaux, on a vu les « Curœrte » et les « Sanatoria » ajouter : « On traite par la lymphe de Koch » à leur annonce habituelle. Certains docteurs se sont même payé, pour la circonstance, un petit carré bien senti. Dans un des meilleurs journaux de Berlin, nous avons lu, d'autre part, l'histoire assez amusante (que la *Deutsche Medicinal Zeitung* dévoilait avec indignation) d'un médicastre de O... (notre confrère n'a pas voulu donner le nom de la ville) qui avait fait mettre dans les journaux politiques de la région un avis conçu dans l'esprit suivant : Le Dr X... vient de faire à Berlin un séjour de 8 jours pendant lequel il a étudié ce qui a trait à la tuberculose. Il a inventé un microscope spécial grâce auquel il ne commet pas d'erreurs dans l'examen des crachats, et, cet examen une fois pratiqué, il entreprend en toute connaissance de cause le traitement de Koch.

Voilà certes un médecin qui s'y entend aussi bien que M. Mathieu (d'Estissac). Cela m'amène à dire que le Dr Horace Bianchon a été interviewer ledit Mathieu et a obtenu de lui la formule de son fameux remède. Cette formule a ainsi été publiée dans le *Temps*. Mais j'avoue qu'elle m'a semblé encore plus obscure que le procédé de fabrication « divulgué » par Koch lui-même.

Continuant à côtoyer « les frontières de la médecine », j'en viens à quelques petites histoires dont nous avons eu con-

naissance par les tribunaux, car en somme, de temps en temps — rarement et avec mansuétude — on oublie que les rebouteurs sont quelquefois des personnages importants au ministère (ça vaut toujours mieux que rien, savez-vous ? a dû se dire le Belge M. Lejeune). Un commissaire de police, contrefaisant le malade, a pipé une bande, composée d'un chimiste, d'un pharmacien et du secrétaire d'un médecin connu (quand je vous disais, les frontières de la médecine) : nous ignorons encore quelle a été ou sera à leur égard la sévérité de nos magistrats. Mais nous savons qu'ils ont condamné à quinze francs d'amende pour exercice illégal un sieur Frédéric Chagnard qui faisait les somnambules « madame Léa, 3, boulevard de Sébastopol, » et « madame Alexandre, du même boulevard ». En outre, il magnétisait une nommée Follenfant (Louise), ex-cuisinière, qui, pendant son sommeil, indiquait les ordonnances à prescrire.

On a saisi chez Chagnard les trois remèdes qui constituent le fond de sa médication. L' « élixir de santé » et « le vin tonique » sont des liqueurs hygiéniques et non médicamenteuses. Mais « la pommade des trois curés » est un médicament. O chinoiserie !

Ledit Chagnard (*alias* mesdames Lia et Alexandre) donnait aussi des consultations par correspondance, d'après les indications suivantes, par exemple :

« Madame,

« Je vous adresse les cheveux de ma mère pour que vous puissiez examiner ses yeux d'abord, puis ensuite ses reins. J'y joins ceux de mon père qui a une démangeaison au cou. Enfin, voici des miens aussi, car j'ai quelquefois le poumon engorgé. Vous me direz aussi si mon mal à l'oreille va se guérir enfin. »

Sans doute le magnétiseur a été condamné en outre à 500 fr. d'amende. Mais est-ce, au total, une peine bien sévère? Nos juges sont indulgents ! Etonnez-vous-en donc quand vous saurez qu'à Bordeaux un nommé L... « chef d'institution, officier d'académie, docteur en médecine et pharmacien de 1re classe », en réalité nullement docteur, fut mis en relation avec une dame R..., par le secrétaire d'un commissaire de police (*Journal de médecine de Bordeaux*, 23 novembre 1890, p. 168). Ledit L... a été condamné à 500 fr. d'amende. Je dois avouer qu'un nommé Didier, dit « docteur de Nancy, professeur à la Faculté de médecine » — il avait fait ses études médicales à Bullier où il était garçon et où il servait des bocks aux étudiants en médecine — s'est vu infliger 13 mois de prison ; mais il faut dire qu'on le poursuivait pour escroquerie et que son casier judiciaire n'était pas précisément vierge.

Nous sommes en janvier, à l'époque où l'on envoie « la douloureuse ». Voici donc, à cet égard, deux historiettes empruntées au *Medical Record*:

1° Un jeune médecin, à peine muni de ses grades, fut appelé pour soigner une vieille dame qui avait un ver solitaire. L'ayant débarrassée de son parasite, il lui envoya une note se montant à 10 s. 6 d. La vieille dame se récria et demanda le détail, que le médecin lui donna en ces termes : « Vous avoir délivrée d'un ver solitaire long de 10 pieds et demi, à un shilling le pied, 10 s. 6 d. » (*Med. Record*, n° 41, 8 novembre 1890, p. 566.)

2° Dialogue de fin d'année : « Est-ce qu'une émotion, à cette période de ma maladie, pourrait me donner une rechute, docteur ? — Oui, et une très sérieuse. — En ce cas, je vous prierai, docteur, de vouloir bien vous rappeler ce fait important en rédigeant ma note.

HOPITAL SAINT-ANTOINE

Observation recueillie à *l'hôpital Saint-Antoine*, dans le service de M. le Dr Landrieux, dans un cas de *bronchite* et *d'emphysème*. — Salle Bichat, lit n° 10.

Joseph L... âgé de 53 ans, terrassier; entré le 18 septembre 1888.

Le malade entre à l'hôpital se plaignant d'une toux opiniâtre et d'une fièvre assez intense.

Antécédents héréditaires. — Sa mère est morte de causes qu'il ne sait déterminer; son père est mort phthisique.

Antécédents particuliers. — Jusqu'à l'âge de 25 ans sa santé a été excellente.

Vers la fin de son service militaire, c'est-à-dire à 25 ans, il a eu la fièvre typhoïde, il a aussi contracté les fièvres intermittentes, qui l'ont abandonné peu de temps après sa libération. Depuis ce moment, jusqu'à l'âge de 53 ans, il n'a jamais été malade. Il y a un mois, à la suite d'un refroidissement, le malade a commencé à tousser; l'appétit a diminué, un dégoût assez prononcé pour la viande est survenu; les forces ont commencé à disparaître.

Le malade n'a jamais eu d'hémoptysies. Jamais ses crachats ont été hémoptoïques. Il n'a pas non plus de transpirations nocturnes.

La toux est fréquente. Les quintes surviennent d'autant plus souvent que le malade se déplace ou se découvre dans son lit. L'expectoration est celle de la bronchite aiguë, les crachats sont tantôt spumeux, tantôt épais et jaunâtres, et ils ne contiennent pas de filets de sang. Le malade est très vigoureux encore, malgré la diminution de ses forces, et son faciès est loin d'être cachectique.

Examen des poumons. — Percussion. — Poumon droit. — En avant : Exagération de la sonorité ; en arrière : submatité au sommet.

Poumon gauche. — En avant : Exagération de la sonorité ; en arrière : sonorité normale dans toute l'étendue du poumon.

Auscultation. — Poumon droit. — En avant : râles sibilants; en arrière : râles sibilants dans toute l'étendue du poumon ; mais dans le tiers inférieur on trouve, en outre, de gros râles muqueux. Au sommet, la respiration est légèrement soufflante.

Poumon gauche. — En avant et en arrière : quelques râles sibilants. Respiration prolongée.

L'auscultation du cœur ne nous fournit aucun signe pathologique. La poitrine est globuleuse comme celle des emphysémateux. Nous constatons un certain hypocratisme des doigts. L'amaigrissement du malade n'est pas considérable. La température est de 39°6.

Le 19, le malade prend du sulfate de quinine ; et le 20, il est mis au traitement de l'eau de la Bourboule.

Urée = 14 gr. 091 par litre.

La malade a beaucoup toussé; les quintes ont été si nombreuses dans la nuit qu'il n'a pu dormir. L'expectoration a été abondante; les crachats sont purement bronchiques. Le malade a encore eu la fièvre (39°). Il n'a pas eu de transpiration.

Le malade a eu de l'anorexie ; mais il n'a pas ressenti de troubles gastriques.

23 septembre. — L'expectoration, qui est abondante, ne provoque plus autant de douleurs rétrosternales. Pas de fièvre. Légère oppression. Appétit satisfaisant. La toux a des tendances à diminuer; les quintes ont été moins nombreuses pendant la nuit; le malade a pu dormir. Expectoration moins pénible. Oppression dans la soirée. Appétit assez bon.

26 septembre. — Le malade a passé une bonne nuit, il a peu toussé. Dans la journée, il a toussé rarement. L'expectoration n'est pas pénible. Appétit satisfaisant. Digestion bonne. Pas de diarrhée.

29 septembre. — L'état général du malade est satisfaisant. La bronchite n'est plus à l'état aigu.

30 septembre. — Le malade a très peu toussé dans la nuit. Dans la journée la toux ne survient qu'à de longs intervalles. L'expectoration est peu fréquente.

L'état du malade étant sensiblement amélioré, il quitte l'hôpital le lendemain.

Urée = 11 gr. 529.

FORMULAIRE THÉRAPEUTIQUE

Traitement abortif de l'herpès par les applications d'alcool pur ou de solutions alcooliques.

M. le docteur Dupas vient de soutenir à Lille une thèse inaugurale sur ce sujet. Après avoir passé en revue tous les traitements employés jusqu'à ce jour, il fait connaître celui qui a été institué par M. le docteur Leloir. Nous laissons la

parole à M. Leloir : « Dans un grand nombre de cas, j'ai réussi à faire avorter complètement les éruptions d'herpès labial, en appliquant, tout à fait au début de l'éruption, des compresses trempées dans de l'alcool phéniqué, sur la région tégumentaire, où l'ardeur se faisait sentir au début de l'élevure herpétique. Ce traitement tonique m'a donné des résultats plus inconstants dans l'herpès génital. Il a paru faire évoluer et dessécher plus vite les vésicules et l'herpès zoster, mais n'a pas empêché l'éruption, sauf dans quelques cas exceptionnels. »

Dans ses cliniques de 1885, le docteur Leloir dit que sous l'influence du traitement par l'alcool, on constate que, pris au début, à la période érythémateuse ou au début de la période vésiculeuse, l'avortement de l'éruption herpétique est la règle, et cela très rapidement en quelques heures et même moins.

Voici les différentes formes sous lesquelles M. Leloir emploie l'alcool :

Alcool à 90°	100 grammes.
Résorcine pure	2 —

Il remplace quelquefois la résorcine par le thymol (1 gr.), le menthol (1 gr.), ou l'acide phénique (0,25).

Voici encore d'autres formules employées par M. Leloir :

Alcool à 90°	100 grammes.
Résorcine	2 —
Chorhydrate de cocaïne	0,50 à 2 gr.
Alcool à 90°	50 grammes.
Tanin	6 —

M. Leloir emploie souvent cette préparation dans sa clientèle privée :

Alcool à 90°	100 grammes.
Extrait de cannabis indica	10 —
Chorhydrate de cocaïne	1 —
Essence de menthe	10 —

On applique sur l'éruption des compresses imbibées de l'un ou de l'autre de ces différents liquides et on les recouvre de taffetas gommé ou de gutta-percha laminée. On fixe en couvrant avec un morceau d'emplâtre adhésif ou d'emplâtre diachylon, ou encore on fixe les bords avec une couche de collodion ou de gélatine médicamenteuse, appliquée au pinceau.

Si l'éruption est limitée, on se sert d'ouate hydrophile imbibée d'un de ces mêmes liquides et qu'on recouvre comme ci-dessus.

(*Les Nouvelles médicales.*)

Un traitement de l'ophthalmie granuleuse.

MM. les docteurs G. et O. Keining (de Sœst) préconisent un procédé de traitement à l'aide duquel ils ont, jusqu'ici, obtenu la guérison, en l'espace de deux à huit semaines, de tous les cas de trachome non compliqués qui se sont présentés dans leur clientèle.

Le procédé est le suivant :

On commence par laver soigneusement l'extérieur de l'œil malade avec une solution composée de :

Bichlorure de mercure	0 gr. 50 centigr.
Chlorure de sodium	7 grammes.
Eau distillée	1 litre.

F. S. A. — Usage externe.

On frictionne ensuite énergiquement, avec de petits morceaux de coton hydrophile imbibés de cette même solution, toute la conjonctive et les culs-de-sac palpébraux, en renversant d'abord la paupière supérieure, puis la paupière inférieure, et se servant pour chaque paupière d'un nouveau petit tampon d'ouate.

Les frictions doivent toujours être faites dans la direction de l'angle externe à l'angle interne de l'œil, et jamais dans le sens contraire, pour que les granulations ne se portent pas à l'angle externe de l'œil où elles échappent facilement à l'action mécanique du traitement.

Ces frictions, pratiquées tous les jours, une ou deux fois, et avec une énergie variable suivant les cas, suffisent souvent à elles seules pour guérir le trachome. Mais il y a des cas, assez rares d'ailleurs et pour la plupart récents, où les granulations ont une consistance si dure que même les frictions les plus énergiques sont impuissantes à les faire disparaître. Alors on est obligé de déchirer l'enveloppe des granulations à l'aide d'une pince de Desmarres, après anesthésie préalable de la conjonctive par la cocaïne. Cette petite opération accélère considérablement et assure la guérison.

Les granulations situées dans des parties où les frictions énergiques sont impraticables, comme sur la conjonctive du bulbe et au pli semilunaire, doivent être broyées à l'aide d'une petite pince, après quoi elles disparaissent sous l'influence de frottements doux.

Les frictions, suivant le procédé que nous venons de décrire, sont douloureuses, mais elles le sont beaucoup moins que les cautérisations au crayon de sulfate de cuivre. La première séance provoque habituellement une réaction assez violente, avec tuméfaction des paupières et sécrétion abondante. Lorsque cette réaction n'est pas excessive, elle ne doit pas faire interrompre le traitement, car elle diminue ou disparaît même complètement au bout de trois à cinq jours.

Pour empêcher l'accumulation des liquides sécrétés par la conjonctive irritée, les malades doivent faire des lavages fréquents des yeux avec une solution de sublimé à 1/10,000 et appliquer trois fois par jour, pendant une heure, des compresses imbibées de cette même solution tiédie.

Cependant on est parfois obligé de suspendre pour quelques jours le traitement, lorsque les frictions amènent une tuméfaction des paupières tellement intense que la résorption des granulations devient impossible et que, d'autre part, le sac conjonctival reste inaccessible, à cause de la difficulté qu'on éprouve à renverser les paupières.

Parfois, sous l'influence des frictions énergiques, on voit se former des pseudo-membranes sur la conjonctive. Si le trachome est récent, on attend leur chute spontanée, en se bornant aux frictions sur les autres parties de la conjonctive; mais, dans les cas invétérés, on n'a pas besoin de prêter une attention particulière à ces pseudo-membranes.

Tel est le procédé de traitement de MM. Keining, avec lequel, comme nous l'avons déjà dit, ils ont obtenu la guérison de tous les cas de trachome non compliqués ou bien compliqués seulement d'un pannus, qui disparaît toujours dès que l'affection conjonctivale est guérie.

D'un autre côté, nous avons reçu, il y a deux mois, de M. le docteur W. Chasseaud, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, à Smyrne, la note suivante, à propos du traitement de l'ophthalmie granuleuse chronique :

« Les paupières étant bien retournées, je les lave d'abord avec une solution concentrée d'acide borique; puis, avec une curette tranchante, je fais un grattage complet des deux paupières ainsi que dans la région du grand pli conjonctival. Ceci fait, je recommence le lavage jusqu'à ce que l'hémorrhagie soit bien arrêtée et je recouvre l'œil avec un peu de coton phéniqué maintenu par un léger bandage. Le lendemain et les jours suivants, je touche la paroi interne des paupières avec un crayon de sulfate de cuivre.

» Il suffit souvent de peu de jours pour obtenir, par ce moyen, une guérison radicale.

» J'emploie ce traitement depuis deux ans, et il m'a donné des résultats plus satisfaisants et plus rapides que tous les autres moyens préconisés jusqu'à ce jour.

» Voici la raison théorique qui me l'a fait adopter : Le microbe qui cause et entretient l'ophthalmie granuleuse se trouve profondément logé dans l'intérieur des granulations et ne peut être atteint par les remèdes employés. Par le grattage il se trouve entièrement délogé et peut être facilement détruit. »

Comme on le voit, les deux procédés de traitement que nous venons de mentionner ont quelque analogie et procèdent tous deux du même principe.

Quant aux complications graves de l'ophthalmie granuleuse, telles que les ulcérations phlycténulaires de la cornée, les affections des voies lacrymales, l'entropion, la trichiase, etc., il est évident qu'elles exigent un traitement plus compliqué, qui relève du spécialiste, et dans la description duquel nous n'avons pas à entrer ici.

(*Semaine médicale.*)

CLINIQUE MÉDICALE

Hôpital Necker. — M. le Dr Rendu.

Des névralgies faciales symptomatiques.

Nous avons en ce moment dans le service deux malades atteints de névralgie faciale survenue sous des influences différentes.

L'un, âgé de 36 ans, a été pris brusquement, huit jours avant son entrée, d'un étourdissement avec perte de connaissance; au réveil, il n'avait pas d'embarras de la parole ni de paralysie, mais seulement une faiblesse et une lassitude générale; dans la journée il eut un écoulement abondant de sérosité jaunâtre par la narine droite. Depuis ce moment, cet homme éprouva une céphalée nocturne, gravative, et en outre, vers 3 heures du matin, une crise de névralgie diffuse occupant les régions sus- et sous-orbitaire, temporale, frontale du côté droit et même la région occipitale. Au toucher, il y avait une hypéresthésie générale et quelques-uns des points douloureux de Valleix, les points sus- et sous-orbitaire et nasal. Il n'y avait pas de troubles trophiques, ni vaso-moteurs, pas de larmoiement ni de gonflement des conjonctives, mais un écoulement nasal abondant, survenant presque toujours au moment des paroxysmes, pendant la nuit, écoulement d'abord séreux, puis teinté de sang et prenant de l'odeur. Avec cela, santé générale excellente et apyrexie.

Dans ce cas, l'étourdissement initial pouvait faire penser à un point de départ central, mais alors il y a ordinairement de l'anesthésie de la face, contrastant avec les douleurs. En raison de l'écoulement persistant et fétide par la narine droite, on était amené à chercher la cause de cette névralgie dans une altération des fosses nasales, et en effet l'exploration directe de celles-ci fit constater que l'écoulement purulent provenait du sinus maxillaire. Dès lors, le diagnostic était fait et le traitement fut facile : la première molaire supérieure droite qui était cariée fut enlevée, le sinus fut trépané, pendant quelques jours on eut recours aux irrigations phéniquées et au drainage, qui amenèrent rapidement la cessation de l'écoulement purulent et la disparition des douleurs. Il s'agissait donc bien d'une névralgie faciale diffuse consécutive à l'inflammation du sinus maxillaire.

Le deuxième malade, âgé de 47 ans, peintre en bâtiment, avait, comme le précédent, des vertiges, des troubles visuels et une céphalée occupant le côté droit de la tête. Le matin même de son entrée à l'hôpital, il avait failli tomber, mais sans avoir de perte de connaissance; il présentait nettement, à son entrée, le syndrome de Ménière, mais compliqué de symptômes insolites. Outre les bourdonnements d'oreille remontant à plusieurs années et accompagnés assez rarement de tendances vertigineuses, il a une surdité complète. En outre, il éprouvait de la céphalée, une lourdeur habituelle de tête; depuis 12 jours, sa céphalalgie s'était exaspérée, et en outre il avait eu des phénomènes de névralgie concomitante : douleur diffuse dans les régions temporale, sus- et sous-orbitaires, occipitale et mastoïdienne, ainsi que vers le maxillaire inférieur. Ces douleurs permanentes, avec exacerbations paroxystiques, s'exagéraient par la pression au niveau du maxillaire inférieur et de l'os malaire, sans prédominance vers l'oreille. En même temps, le malade éprouvait des troubles oculaires : brouillards, vue trouble à droite, sans larmoiement ni rougeur, impossibilité de distinguer les couleurs, rétrécissement presque concentrique du champ visuel, en un mot des troubles fonctionnels analogues à ceux que l'on rencontre dans l'hystérie et coïncidant avec peu de lésions du fond de l'œil : décoloration de la moitié temporale de la papille et congestion très peu accentuée du fond de l'œil.

Il n'est pas douteux que, dans ce cas encore, la névralgie faciale soit symptomatique. Très certainement il y a une otite ancienne, qui a subi une exacerbation récente caractérisée par une névralgie et de la douleur. Depuis que le malade est entré dans le service, un écoulement purulent s'est produit par l'oreille, les douleurs fronto-temporales et maxillaires ont disparu, tandis que les douleurs localisées à la région temporale et à la région mastoïdienne persistaient; cet écoulement s'arrêta au bout de 3 jours, et il survint des signes d'une inflammation des cellules mastoïdiennes qui nécessita la trépanation de l'apophyse mastoïde. A la suite de cette opération, on observa, outre l'amélioration des troubles auditifs, la disparition de la névralgie fronto-temporale, des vertiges; en même temps, les troubles oculaires (rétrécissement du champ visuel, perte de la perception des couleurs, etc.) disparurent complètement et il ne resta plus que la presbytie inhérente à l'âge des malades.

Il est incontestable que, dans ces deux cas, il y avait une relation étroite entre la névralgie faciale d'une part, la lésion du sinus maxillaire ou de l'oreille d'autre part, et la preuve en est dans la disparition de la névralgie après la guérison de la lésion inflammatoire.

La diffusion de la névralgie est à noter dans ces deux cas. Ainsi, dans le premier, la lésion du sinus maxillaire entraîne non seulement la névralgie du nerf maxillaire supérieur, mais aussi celle du nasal et des nerfs temporaux et des nerfs sensitifs de la région auriculaire (plexus cervical). Dans le 2e cas, la lésion de la caisse atteint non seulement les nerfs de la caisse par le ganglion otique, mais encore la névralgie s'étend aux régions temporale, orbitaire, malaire et même occipitale; la névralgie respecte le nerf dentaire et les nerfs de la langue avec lesquels la lésion a des affinités anatomiques étroites pour irradier vers la tempe et le cou dont les nerfs n'ont pas de rapports directs avec la caisse.

Les irradiations réflexes se propagent quelquefois bien plus loin et peuvent masquer l'origine du mal.

Elles peuvent se faire d'un nerf sensitif vers un nerf moteur, comme dans le tic douloureux convulsif de la face.

Il peut également y avoir retentissement des nerfs de sensibilité générale sur les nerfs sensoriels ou des nerfs sensoriels les uns sur les autres : dans le vertige de Ménière, il n'est pas rare de constater des troubles oculaires et, chez le 2e, les troubles visuels étaient bien d'origine réflexe et non dus à une névrite optique, car les lésions ophthalmoscopiques étaient nulles ou à peu près et tous les troubles ont disparu rapidement après la trépanation de l'apophyse mastoïde.

Le lieu de réflectivité des impressions périphériques sensitives et sensorielles est le cerveau. Quand la réflexion se produit brusquement, elle détermine des troubles fonctionnels importants : étourdissement et perte de connaissance chez le premier malade, vertiges et titubation chez le premier; dans certains cas, il y a des accès épileptiformes.

Des faits précédents, on peut tirer cette conclusion clinique, qu'il est nécessaire, en face d'une névralgie faciale, de rechercher avant tout les causes locale d'irritation des nerfs de la région, et même les causes plus ou moins lointaines, et n'accepter que par exclusion l'idée de névralgies toxiques ou diathésiques.

Le premier de ces cas appartient à cette catégorie d'abcès du sinus maxillaires qui ne s'accompagnent d'aucune déformation et qui ont été signalés par Ziem, de Dantzig (1886). Reconnaissant pour cause soit la carie d'une dent canine ou molaire, soit l'extension d'un coryza, soit

l'obstruction de l'orifice du sinus par le gonflement de la muqueuse, ils ont pour symptôme un écoulement intermittent de pus fétide par une narine; à l'examen rhinoscopique, ils se caractérisent par la présence de pus dans le méat moyen lorsqu'on fait pencher la tête après avoir pratiqué le lavage des fosses nasales; on peut encore éclairer la bouche à la lumière électrique : le côté sain est alors transparent, tandis que le sinus malaire est opaque dans la région malaire (Cartaz). Dans le cas actuel, l'affection simulait la syphilis à cause du caractère nocturne des douleurs.

Dans le 2e cas, la lésion locale était plus facile à reconnaître.

En résumé, il est nécessaire de poser un diagnostic précis pour traiter les névralgies faciales. Dans les cas précédents, tous les antinévralgiques employés ont échoué; seul le traitement chirurgical a donné un résultat favorable.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

La méthode de Koch.

Nous signalerons tout d'abord la discussion qui a eu lieu le 21 *janvier*, à la Société de médecine berlinoise.

M. Albrand. — J'ai traité par la méthode de Koch une jeune malade atteinte de tuberculose de la conjonctive. L'affection ne s'accompagnait pas de lésions viscérales. Elle avait débuté il y a un an environ; à ce moment déjà l'aspect extérieur, l'examen direct d'une parcelle de granulation excisée avaient prouvé la nature tuberculeuse de l'affection. Le traitement par les cautérisations et le grattage amenèrent une première amélioration. Mais les lésions ne tardèrent pas à se reproduire. Les injections ne produisirent leur effet qu'à la dose de cinq milligr.; après augmentation progressive, la réaction cessa à quinze milligr. Les tubercules de la conjonctive s'affaissèrent et la conjonctive elle-même, après une période de vive hyperhémie, retrouva sa coloration normale. Les ganglions sous-maxillaires se tuméfièrent, on les excisa par précaution et on les trouva manifestement tuberculeux.

Il est évident que, dans ce cas, le traitement a permis d'enlever des tissus tuberculeux avant que de profondes lésions n'aient apparu.

M. Virchow. — Un homme de 56 ans entra à la Charité le 10 octobre pour une pleurésie droite. Du 10 octobre au 26 novembre, pas de fièvre, le poids du malade se maintint. Les injections furent commencées le 26 novembre et continuées jusqu'au 9 janvier. On fit dix injections de cinq milligrammes. Dès le début apparut une fièvre qui ne cessa point, le malade s'amaigrit progressivement. Il mourut le 21 janvier. A l'autopsie j'ai constaté les traces d'une tuberculose ancienne du sommet avec restes de pleurésie, mais en plus une tuberculose miliaire extraordinairement confluente, étendue aux poumons, à la plèvre, aux reins, à la rate et au foie.

M. Ewald. — Je terminerai ma communication en vous disant que, sur les 4 cas de mort que j'ai observés, deux seulement doivent être discutés et imputés peut-être à la méthode. Dans un cas il s'agissait d'un malade atteint de dégénérescence amyloïde du rein qui, après une injection de un milligramme, tomba dans le collapsus et mourut rapidement. Dans le second cas, le malade mourut d'hémoptysie. A l'autopsie on trouva une vaste caverne et en plus une éruption confluente et récente de tuberculose miliaire.

A côté de ces cas malheureux, beaucoup de nos malades se sont trouvés améliorés. Je ne dis pas que nous les ayons toujours trouvés tels. Je n'ai pas vu un cas de guérison absolue.

En résumé, quel langage devons-nous tenir à nos malades ? Nous devons leur dire : La médication que nous vous offrons pourra vous procurer une amélioration plus rapide que n'importe quel autre traitement. D'autre part, cette médication n'est pas exempte de périls. Il est inutile de dire que tout d'abord nous avons jugé nous-mêmes s'il y a avantage à soumettre notre malade à la médication, d'après l'état du sujet, l'étendue des lésions, etc. Cela fait, il nous faudra nous en remettre à la décision du malade.

M. Israël. — La méthode de Koch n'agit pas à coup sûr et d'une façon identique sur toutes les lésions tuberculeuses.

Parfois elle ne détermine que des manifestations inflammatoires, sans processus nécrosique.

La réaction locale n'est souvent pas en rapport avec la réaction générale et les améliorations constatées ne correspondent nullement à l'intensité de la réaction.

M. Weber (Halle) (1). — La valeur diagnostique du remède de Koch est très douteuse dans les cas de tuberculose viscérale. Cela résulte surtout de la variation des effets suivant les doses; les doses trop faibles peuvent ne pas amener de réaction, les doses trop fortes sont dangereuses. Cette alternative enlève toute valeur pratique au remède de Koch. Pour la tuberculose externe la lymphe semble avoir une valeur diagnostique plus décisive.

L'auteur n'a constaté aucun cas de guérison définitive; il a vu se produire certaines améliorations, mais aussi des aggravations dans l'état général et local du malade.

M. Peiper (Greifswald) (2). — L'auteur a pris le contre-pied des recherches habituelles; il a fait des injections de lymphe à différents malades porteurs de lésions non tuberculeuses. Celles-ci ont prouvé que bien des affections banales sont capables de fournir des signes réactionnels analogues à ceux que l'on rencontre dans le lupus et la tuberculose chirurgicale. Même réaction générale, mêmes modifications locales. On constate souvent aussi les mêmes aggravations ultérieures. On voit jusqu'où peut aller l'analogie. Ces expériences n'ont pu être continuées sur des sujets absolument sains. Il est douteux, à l'heure actuelle, que ces recherches puissent se compléter sur ce point.

M. Esmarch (Kiel) (3). — Les conclusions de la communication de l'auteur portent que la valeur diagnostique du remède de Koch se limite de plus en plus à la tuberculose externe, lupus ou lésions ostéo-articulaires. Elle servira à spécifier de façon définitive la nature des scrofulides, de la tuberculose cutanée et des lupus; en chirurgie, la lymphe de Koch sera d'un premier secours dans certaines affections débutantes, de caractères mal déterminés; car c'est justement à leur début que les lésions tuberculeuses sont le plus sensibles à l'action du remède. Un point reste à élucider plus complètement, c'est le mode dont doit être administrée la lymphe, suivant la nature des accidents, la susceptibilité, l'âge du sujet, etc.

D'autre part, l'action de la lymphe n'est pas toujours sans danger.

Dans certains cas, la réaction générale peut à elle seule créer un état sérieux; dans d'autres cas, c'est par l'extension des lésions locales que le péril se manifeste. L'auteur signale des cas où les injections faites pour traiter des tuberculoses chirurgicales ont déterminé l'aggravation de lésions pulmonaires préexistantes.

M. Hermann Isaac (Berlin) (4). — Les indications de la méthode de Koch consistent, dans la majorité des cas, dans la possibilité d'intervenir directement, suivant les transformations produites par les injections. L'association des procédés chirurgicaux et du traitement par la lymphe peut, par exemple, donner de bons résultats dans les lupus, la tuberculose laryngée, etc. Dans ces affections, l'intervention directe par le grattage, le curage, etc., peut déjà, à elle seule, donner des résultats satisfaisants; dans les cas où les lésions sont étendues, l'intervention n'est plus directement possible. C'est alors que les injections rendent des services; dans les affections tuberculeuses des viscères, il en est autrement et on ne peut traiter que les lésions au début.

(1) *Deuts. med. Woch.*, 22 janvier 1891, p. 157.
(2) *Deuts. med. Woch.*, 22 janvier 1891, p. 165.
(3) *Deuts. med. Woch.*, 22 janv., p. 167.
(4) *Deutsche medic. Zeitung*, 24 janvier 1891.

M. Chiari (Prague) (1). — L'auteur rapporte le résultat de trois examens nécropsiques pratiqués par lui dans le courant du mois de décembre, sur des sujets atteints de tuberculose pulmonaire grave et traités par la méthode de Koch.

Il trouve, en résumé, que les lésions observées sur les organes internes sont semblables à celles dont on peut suivre l'évolution sur les affections cutanées ou chirurgicales, que les modifications des tissus consistent en une hyperémie extrêmement active, pouvant s'accompagner même d'hémorrhagie, avec infiltration leucocytique manifeste, et il pense que l'exsudation totale qui résulte de ces effets est capable d'entraîner les bacilles hors du foyer primitivement atteint.

M. le prof. Verneuil (2). — L'auteur avait jusqu'à présent réservé son avis sur la valeur de la méthode de Koch. Il donne aujourd'hui son opinion sur les résultats obtenus, sur les indications et contre-indications du traitement, et enfin sur la méthode en générale la façon dont elle a été annoncée au monde.

La valeur révélatrice de la lymphe est, selon lui, très relative; « elle est, en tout cas, infidèle, incertaine, irrégulière ». Les affections tuberculeuses sont ordinairement d'un diagnostic possible, sinon facile, par nos procédés ordinaires. Les cas difficiles sont rares; si l'injection déterminait à coup sûr des réactions dont l'existence aurait la valeur de la présence des bacilles dans les crachats, l'importance de la découverte serait déjà sérieuse : or, il n'en est pas ainsi.

D'autre part, ce prétendu procédé de recherche n'est nullement inoffensif. « Quand l'action s'exerce, c'est en aggravant les lésions locales préexistantes à la manière de diverses maladies infectieuses, agissant sur les lieux de moindre résistance. »

Dans certains cas le danger a été immédiatement menaçant, et on n'en est plus à signaler les observations où la mort a suivi de près la pratique des injections, où parfois même elle a été causée par elle.

Au point de vue curatif, les résultats signalés de toutes parts annoncent que la guérison complète n'a pas encore été obtenue, que des améliorations ont été « entrevues », mais encore pour combien de temps?

Il s'agit là, en tout cas, d'une maladie nouvelle que l'on inocule au malade, le plus souvent en pure perte. L'auteur, qui s'est toujours élevé contre *les explorations inutiles ou dangereuses en chirurgie*, pense que les injections de lymphe rentrent dans ces sortes d'explorations.

M. Grasset (3). — MM. Boinet et Jeannel rapportent une observation de mort nettement imputable à l'emploi des injections de lymphe.

Il s'agissait d'un malade atteint de tuberculose pulmonaire limitée et peu fébrile, qui présenta, à la suite d'une seule injection de un milligramme, une généralisation du poumon droit, une extension rapide au poumon gauche et chez lequel la tuberculose évolua dès lors à la façon d'une phthisie galopante avec hémoptysies répétées et abondantes.

L'autopsie montra l'existence d'une caverne volumineuse là où la chirurgie n'avait révélé que l'existence de petites cavernules. Il y avait en plus plusieurs blocs d'hépatisation semblable à celle décrite par Virchow et dénommée par lui « pneumonie de l'injection. » Enfin on trouvait en différents points une éruption abondante de tubercules sub-miliaires, nullement soupçonnés pendant la vie.

La mort était survenue dix jours après l'injection.

M. Lépine (4). — La méthode de Koch n'offre pas une sécurité assez grande pour que les savants soient désormais dispensés de chercher ailleurs les procédés capables d'enrayer la tuberculose. MM. Richet et Héricourt ont déjà tenté sur les animaux la transfusion du sang d'un animal réfractaire. M. Lépine estime, avec raison, que la transfusion du sérum doit être suffisante, puisque les propriétés microbicides sont d'ordinaire contenues en lui. Il a employé le sang de chèvre et tenté quelques transfusions à l'homme.

Les résultats en seront ultérieurement communiqués.

(1) *Wiener med. Presse*, n°s 2 et 3, 1891.
(2) Leçon clinique de l'Hôtel-Dieu. *Gaz. des Hôpit.*, 22 janv. 1891.
(3) Leçon de clin. médicale. *Sem. méd.*, 21 janvier 1891, p. 21.
(4) *Semaine médicale*, 21 janvier 1891, p. 21.

M. Kurz (Florence) (1). — L'auteur attendra encore quelque temps avant de se prononcer sur la valeur thérapeutique définitive du remède de Koch.

Il ne peut dire qu'une chose à l'heure actuelle, c'est que la lymphe est un produit tout spécial, nullement obtenu par des procédés analogues à ceux qui fournissent la vaccine jennérienne ou les vaccins Pasteur. Une observation attentive le porte à admettre qu'il s'agit là d'une théorie toute nouvelle et pleine d'avenir.

(1) *Académie médico-phys. de Florence*, 28 décembre 1890.

REVUE DES JOURNAUX

Étude sur l'endocardite puerpérale droite et sur ses complications pulmonaires subaiguës, par Luzet et Ettlinger (*Arch. génér. de médec.*, janv. 1891, p. 54). — Mémoire basé sur trois observations personnelles dont deux avec autopsie et destiné à montrer la fréquence relativement assez grande de l'endocardite infectieuse du cœur droit; l'infection puerpérale tient une grande place dans la production de ces endocardites droites. Les lésions s'étendent progressivement et par étapes au système veineux, au cœur droit et aux poumons. La marche de la maladie peut être très lente et durer plusieurs mois. Les complications pulmonaires sont de règle. Ce sont des embolies septiques, se traduisant ordinairement par des signes de broncho-pneumonie à noyaux disséminés avec fièvre hectique, amaigrissement, crachats; les signes physiques et la marche lente de la maladie peuvent simuler la tuberculose pulmonaire. La maladie peut présenter une forme atténuée et guérir.

Le bromoforme dans le traitement de la coqueluche; un cas d'empoisonnement suivi de mort; autopsie, par Nauwelaers (*Journ. de méd. de Bruxelles*, 20 nov. 1890, p. 689). — Observation d'un enfant de 15 mois qui, au bout de 3 semaines de traitement de la coqueluche par le bromoforme à la dose de 12 gouttes par jour, fut pris d'assoupissement, puis de stupeur avec résolution musculaire complète et algidité; l'air expiré possédait une odeur très prononcée de bromoforme; malgré la trachéotomie nécessitée par la dyspnée, l'enfant succomba 9 heures après le début des accidents. Le bromoforme doit donc être manié avec une grande prudence; c'est d'ailleurs un médicament très utile et très actif dans la coqueluche.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 27 janvier 1891.

Présidence de M. Tarnier.

Vaccination obligatoire.

M. Hervieux. — Contrairement à M. Le Fort, il est facile de reconnaître que, grâce à la vaccine obligatoire, le problème de l'extinction de la variole est aujourd'hui résolu; l'expérience est faite dans notre armée, et par suite elle peut se faire et se fera dans notre population civile; d'ailleurs, pour l'armée comme pour la population civile, elle est faite à nos portes, sur une immense échelle et dans un empire de 40 millions d'hommes: ce qui est possible à l'Allemagne est et sera toujours possible en France. En repoussant l'obligation, M. Le Fort nous reporte à 80 ans en arrière, alors que le comité central de vaccine déclarait pour la première fois que le problème de l'extinction de la variole était résolu. On croyait alors à la pérennité de l'action prophylactique de la

vaccine et cependant cela n'empêcha pas l'épidémie qui fit tant de victimes de 1824 à 1826. Car il y a deux sortes de préservation vaccinale, l'une individuelle qui se contente volontiers d'une première vaccination, et l'autre sociale qui s'appuie, avant tout, sur l'obligation et les revaccinations associées à la vaccine animale. La seconde ne saurait être abandonnée au bon plaisir de chacun ; elle est de l'apanage de l'Etat, mais de l'État armé d'une loi.

Vaut-il mieux se borner à l'isolement et à la désinfection obligatoires ? Mais l'un et l'autre n'agissent que sur les épidémies développées ou en voie de développement, tandis que la vaccine secondée par l'obligation s'oppose à l'éclosion de l'épidémie en détruisant, au moins temporairement, l'aptitude à contracter la variole. Et, difficultés pour difficultés, on doit encore donner ses préférences à la vaccine obligatoire. M. Le Fort nous a laissé le choix entre le libéralisme anglais et le caporalisme prussien ; il n'a pas pris garde que le libéralisme anglais est fortement entaché d'obligation et que, n'était l'influence malsaine des antivaccinateurs, il serait entièrement caporalisé. D'autre part, la liberté individuelle est bien autrement violée par l'isolement que par la vaccine et, caporalisme pour caporalisme, je préférerai toujours celui qui supprime la variole à celui qui ne la supprime pas. Il y a là une question plus grave et plus poignante, celle de l'intérêt du pays.

M. Brouardel. — Il convient de constater que, si M. Le Fort a cité de nombreuses statistiques montrant que les vaccinés sont toujours moins frappés et succombent moins à la variole, il n'aurait pas même trouvé un seul fait de décès variolique chez des personnes revaccinées.

Nul plus que moi ne reconnait les avantages des mesures d'isolement et de désinfection ; mais il faut bien se rendre compte des difficultés pratiques considérables qu'elles présentent et des graves conséquences qu'elles ont pour les relations sociales. M. Le Fort les admet aussi cependant, quelles que soient ces difficultés et ces conséquences. Or, qu'il le sache bien, si l'an dernier nous avons pu, grâce à ces mesures, préserver la France du choléra, de même que nous avons pu éteindre l'épidémie de suette dans le Poitou il y a quatre ans et d'autres épidémies encore, c'est que nous avions pour nous aider dans cette œuvre la bonne volonté des particuliers menacés ou, si l'on préfère, la crainte qu'ils avaient de la maladie. Ainsi les applications de ces mesures deviennent relativement faciles, pendant la durée de l'épidémie tout au moins. Il convient même d'observer que le corps médical fait défaut dans un trop grand nombre de points de notre territoire et que, de ce fait, les difficultés d'une prophylaxie sont considérablement accrues, dans les campagnes notamment, là où, quoi qu'on en ait dit, les épidémies déciment le plus les populations.

Ce qu'il importe surtout, c'est d'instruire celles-ci sur les bienfaits de la vaccine, et ce n'est pas toujours chose si aisée qu'il y ait lieu de jeter sur elle un discrédit quelconque, même indirect. C'est ainsi qu'à Douarnenez, malgré la présence de deux médecins, malgré les conseils du clergé, si puissant dans cette partie de la France, il est mort annuellement plus de varioleux dans les trois dernières années que dans toute l'Allemagne et l'Angleterre réunies.

Il ne faudrait pas s'appuyer sur les chiffres que donne, pour quelques années isolées, la mortalité par la variole dans une ville, et prétendre que la diminution de mortalité ainsi constatée tienne à telle ou telle cause spéciale, comme la construction d'un hôpital de varioleux ; car après une épidémie grave, la matière variolisable a payé son tribut et l'immunité se trouve acquise pour un certain nombre d'années, quitte à voir une épidémie plus grave survenir à une échéance plus ou moins éloignée, si la généralisation de la vaccine et la revaccination obligatoires ne sont pas intervenues dans l'intervalle. On l'a bien vu lors de la guerre franco-allemande à Paris ; après la formidable hécatombe que la variole y a produite, celle-ci a cessé ; vienne une nouvelle guerre et l'on peut prédire, presque à coup sûr, qu'un autre désastre du même ordre apporterait encore à la défense nationale des pertes graves et douloureuses, si nous n'y prenions garde.

Qui oserait, du reste, admettre la crainte invoquée par les Ligues anti-vaccinatrices, à savoir que la vaccination animale peut transmettre la tuberculose, la fièvre typhoïde, le cancer? On a surabondamment démontré que c'était là une crainte absolument vaine et, pour plus de garanties encore, il suffit de ne prendre le vaccin que sur des animaux qu'on vient d'abattre et d'autopsier.

Quelle responsabilité ne craindrait pas d'encourir celui qui, inscrivant sur son drapeau le mot de liberté, pousserait les conséquences de ses doctrines jusqu'à vouloir rejeter toute mesure de contrainte, dût le peuple en mourir ! Singulière attitude, lorsqu'on admet l'isolement et la désinfection obligatoires et qu'on s'obstine à considérer comme un attentat à la liberté l'application d'un vaccin que l'on sait et reconnaît innocent. Pour ma part, je ne saurais l'admettre, et ma conviction est si absolue, si profonde, que je considérerais comme un crime de ne pas la proclamer ici.

M. Laborde. — Lorsqu'on a vu, comme moi, succomber à la variole, en 1870, à Paris, les magnifiques et stoïques mobilisés bretons, on ne peut qu'être fermement décidé à combattre l'ignorance de telles populations et au besoin à leur imposer des pratiques aussi bienfaisantes que la vaccination.

Tumeurs adénoïdes du pharynx nasal chez les enfants.

M. Ollivier. — Les arguments sur lesquels M. le Dr Chaumier (de Tours) s'appuie, dans le mémoire lu à l'Académie l'année dernière, pour admettre l'indépendance de la scrofule et des tumeurs adénoïdes du pharynx ne me paraissent pas décisifs. Rien ne prouve, dans les faits cités, que les malades et leurs ascendants n'aient pas eu de manifestations cutanées, muqueuses, oculaires, etc., qu'on rattache d'habitude à la scrofule.

Les points relatifs à l'âge sont mieux établis. On a dit que les tumeurs adénoïdes s'observaient surtout chez les enfants de 7 à 8 ans. C'est là une erreur ; on les observe plus tard et surtout plus tôt ; peut-être même sont-elles congénitales. Vers 18 à 20 ans, les végétations adénoïdes tendent à disparaître.

D'autre part, les remarques de M. Chaumier sont exactes en ce qui concerne le pronostic de ces tumeurs. Il est certain qu'elles sont graves, puisqu'elles peuvent amener la perte de l'audition, l'arrêt du développement de l'intelligence, la surdi-mutité, et qu'elles peuvent aussi entretenir des bronchites à répétition et de l'asthme. Il est donc du devoir du médecin d'en rechercher de bonne heure l'existence, afin de les combattre avant tout accident.

Curettage et chlorure de zinc.

M. Le Dentu lit un rapport sur 7 observations envoyées par **M. Para** (de La Ferté-Alais) et relatives à des endométrites traitées par le curage suivant la méthode de Doléris, avec écouvillonnage du corps et hersage du col (Voy. *Mercredi*, 1890, n° 15 p. 181). Il s'agit de 4 endométrites simples et de 3 endométrites hémorrhagiques; cinq des opérées ont été guéries et une d'elles est devenue enceinte.

A ce propos, M. Le Dentu donne son opinion sur le curage, dont il est grand partisan. Comme particularités opératoires, il se rallie à la pratique suivante : toujours faire la dilatation progressive, avec 48 heures au moins de laminaire, et quelquefois il faut ensuite faire agir le dilatateur de Sims; toujours anesthésier la malade, quoique cependant il ne conseille pas un curage brutal, car les manœuvres sont toujours complexes; opérer lorsqu'il n'y a pas de phlegmasies péri-utérines aiguës et quand il n'y a pas de fièvre, sauf les cas de fièvre puerpérale provenant certainement de résorption utérine et où il faut, au plus vite, débarrasser l'utérus.

Les résultats du curage bien pratiqué, et au besoin renouvelé, sont excellents. La muqueuse peut se restituer à l'état normal : M. Lyot, chef de clinique de M. Le Dentu, l'a constaté à l'autopsie d'une femme curettée quelques mois auparavant par M. Trélat; M. Le Dentu a une observation semblable, sur une malade curettée par M. Bazy. Et d'autre part M. Le Dentu connaît une malade qui a pu mener à bien une grossesse : les exemples de ce genre ne se comptent plus.

En parallèle avec cette méthode, M. Le Dentu se déclare absolument adversaire de la cautérisation au chlorure de zinc, au moins par la méthode primitive de M. Dumontpallier,

La cautérisation, en effet, donne des accidents incontestables, et les observations fâcheuses augmentent de jour en jour : comme on l'a fait voir récemment à la Société de chirurgie (Voy. *Mercredi*, 1890, p. 502 et 515), les douleurs des premiers jours sont vives, et ultérieurement on observe souvent l'atrésie utérine, avec ses conséquences graves : aménorrhée douloureuse, hémato-salpingite. Si bien que les malades sont vouées à la dilatation à perpétuité, à moins qu'on ne se décide à leur pratiquer la castration : et encore cette castration n'est-elle pas toujours efficace pour amener la ménopause.

Pour montrer que la fréquence de ces accidents est grande M. Le Dentu rappelle qu'il y a déjà 54 faits publiés, et il en ajoute 12 inédits, dont un personnel (où la cautérisation n'est pas de lui) et 11 communiqués par d'autres chirurgiens; de ces 11, 5 proviennent de la pratique de M. Dumontpallier.

Une fois l'atrésie constituée, M. Le Dentu pense que pour la combattre l'électrolyse est la méthode de choix.

Comme conséquence de l'atrésie, si la malade devient enceinte (ce qui est rare après la cautérisation), on peut noter la dystocie, si bien que M. Fochier (de Lyon) a dû dans ces conditions recourir à la crâniotomie.

Donc, M. Le Dentu croit devoir protester contre la facilité avec laquelle on a adopté la méthode de M. Dumontpallier. Il ne sait même pas trop si les atténuations de M. Polaillon, de M. Thierry (de Rouen) sont suffisantes.

M. Polaillon. — Avez-vous une expérience personnelle de la cautérisation ?

M. Le Dentu. — Non.

M. Polaillon. — Peut-être cependant cela vaudrait-il mieux pour juger la méthode. On n'a pas d'accident si l'on pratique la cautérisation telle que je la recommande, c'est-à-dire avec un crayon de petit diamètre, sur un utérus dont la cavité est élargie et dont la muqueuse est épaissie et fongueuse, chez les femmes qui approchent de la ménopause. Dans ces conditions, la supériorité sur le curage est considérable, et j'ai guéri des femmes exsangues, qui n'auraient pas supporté l'anesthésie. Quand la muqueuse est peu malade, le caustique franchit ses limites, et on observe des atrésies. Mais il ne faut pas nier les accidents du curage; j'ai vu un fait d'atrésie après un curage fait par un chirurgien expérimenté. Ainsi je suis, selon les cas, partisan du curage ou de la cautérisation; bien avant M. Le Dentu j'ai insisté sur les inconvénients de la cautérisation mal faite, et je crois que pour porter un jugement équitable il vaut mieux avoir une expérience personnelle des deux méthodes rivales.

M. Budin relate une observation d'aménorrhée définitive consécutive à la cautérisation.

M. Le Dentu. — C'est avant tout contre la méthode de M. Dumontpallier que je me suis élevé, j'ai eu soin de le déclarer, et à ce point de vue je vois avec plaisir que je suis d'accord avec M. Polaillon. Mon expérience personnelle se réduit à avoir vu les méfaits de la cautérisation faite par d'autres chirurgiens; j'aime mieux cela que d'être moi-même responsable de ces méfaits. Maintenant, la méthode atténuée de M. Polaillon vaut-elle mieux que le curage, même dans les cas spéciaux dont parle M. Polaillon? Je l'ignore. Et ces endométrites fongueuses de la ménopause ne sont-elles pas souvent liées soit à des fibromes, soit à des épithéliomas de forme anormale? C'est encore un point sur lequel je ferai des réserves.

Dystocie par kystes du foie.

M. Guéniot présente un fœtus à terme, mort pendant l'extraction, rendue difficile par l'hypertrophie du tronc, hypertrophie due à deux kystes séreux du foie. Le fœtus est aussi atteint d'anencéphalie et de polydactylie.

Comité secret.

L'Académie se forme en comité secret, afin d'entendre la lecture d'un rapport de M. Nocard sur les candidats à la place déclarée vacante dans la section de médecine vétérinaire. La liste de présentation est fixée ainsi qu'il suit : 1° M. Weber, 2° M. Railliet, 3° M. Barier : 4° *ex-æquo* MM. Benjamin, Kauffmann et Mégnin.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 26 janvier 1891

Présidence de M. Ch. Richet

Seringue stérilisable.

M. Straus présente en son nom et au nom de M. Collin une seringue à injections hypodermiques, stérilisable par la chaleur. Elle est construite sur le modèle de la seringue de Pravaz. Au lieu d'un piston de cuir, elle a un piston de moelle de sureau ; car les instruments où il entre du cuir ne sont pas stérilisables par la chaleur sèche ou humide, qui racornit le cuir. La moelle de sureau supporte au contraire parfaitement l'action de la vapeur d'eau. Quand la moelle a été un peu tassée, elle se gonfle par l'humidité, et la fermeture est hermétique.

Le piston de la seringue est un cylindre de moelle de sureau bien décortiquée et modérément tassée. On peut le comprimer dans le sens de sa hauteur par le rapprochement de deux plaques métalliques, actionnées par une vis et qu'on peut rapprocher sans démonter la seringue. On découpe de plus des rondelles de moelle de sureau fortement comprimée pour les interposer, au lieu de rondelles de cuir, entre les deux extrémités du cylindre de verre et les deux garnitures métalliques. La seringue ainsi constituée peut être bouillie sans difficulté. Au bout de quelques mois seulement, le piston et les rondelles de moelle de sureau ont besoin d'être changés, et ce changement est facile; chacun peut le faire soi-même.

M. Roux a construit une seringue à piston en moelle de sureau qui est un compromis entre celle de Straus-Collin et celle de Koch. Elle est également facile à stériliser, mais présente les inconvénients bien connus de la seringue de Koch.

M. Malassez s'est servi de pistons stérilisables en amiante ; il y a maintenant renoncé. Il trouve que, pour les seringues de grand diamètre, la moelle de sureau peut être remplacée par la moelle de Ferdinanda qui est plus volumineuse.

Injections de sérum de chien contre la tuberculose.

M. Ch. Richet a recueilli jusqu'à ce jour près de cent observations chez l'homme, avec l'aide de ses préparateurs, MM. Langlois et Héricourt. Quelques-unes de ces observations montrent une amélioration très réelle; des tuberculeux ont augmenté de poids, l'un d'eux a vu une eschare fessière se cicatriser, et chez deux tuberculeux laryngés on a pu suivre de près les progrès de l'amélioration locale. Les doses employées sont en général deux seringues de Pravaz tous les deux jours. M. Richet constate ces heureux résultats sans oser croire encore qu'ils se maintiendront; mais il s'attache surtout à mettre en relief l'innocuité absolue du procédé.

M. d'Arsonval a constaté que, sous l'influence de l'électricité statique, les combustions respiratoires étaient sensiblement augmentées.

M. Laveran montre à la Société le dispositif dont il se sert pour recueillir les microbes de l'air ; la partie la plus essentielle est un barboteur à gélatine.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 21 janvier 1891

Présidence de M. Horteloup.

Traitement chirurgical des gangrènes.

M. Reynier lit un rapport sur une observation de **M. Schmidt** relative à un soldat qui eut un érysipèle de la face avec diarrhée infectieuse suivi d'adéno-phlegmon axillaire suppuré. Puis survint une gangrène de la jambe, avec des signes d'endocardite. M. Schmidt fit donc l'amputation de la jambe : la plaie suppura, il y eut au 7° jour une broncho-pneumonie, trois semaines après une pleurésie purulente terminée par vomique, et enfin le malade guérit, au bout de 4 mois, avec un bon moignon.

Comme pathogénie de cette gangrène, avec oblitération de

la poplitée, on peut admettre soit une thrombose par endartérite, soit une embolie par endocardite. M. Reynier adopte plutôt la première de ces hypothèses et, en présence de l'endartérite, il croit que dans les cas de ce genre l'emploi de la bande d'Esmarch est mauvais; les artères malades supportent mal cette compression. M. Reynier a déjà vu des accidents qu'il attribue en partie à la bande d'Esmarch et dans le cas de M. Schmidt il fait jouer un certain rôle à cette bande. Mais surtout il croit que, pour amputer, M. Schmidt ne s'est pas assez éloigné du foyer de gangrène ; il eût bien fait, d'autre part, de ne pas réunir.

M. Reclus. — Dans les gangrènes, en principe il vaut mieux attendre, laisser l'élimination se faire et régulariser ensuite d'un simple trait de scie sur l'os, sans employer la bande d'Esmarch. Evidemment c'est long, mais on a de bons résultats.

A ce propos, M. Reclus, étendant la discussion, parle des amputations pour grands traumatismes. Avec les anciens, il est partisan d'embaumer pour ainsi dire les membres et d'attendre que le blessé soit suffisamment relevé du choc traumatique pour pouvoir supporter l'amputation. Il a observé un jeune homme qui, par désespoir d'amour, alla mettre sa tête sur un rail de chemin de fer et, sans qu'on sache comment, fut apporté à l'hôpital avec la tête en place mais avec la cuisse broyée. Il eût fallu désarticuler la hanche et le malade serait mort sur la table. M. Reclus commença donc par un lavage prolongé avec de l'eau à 55 degrés, à la fois pour laver et pour réchauffer ; dans toutes les parties décollées il insinua de sa pommade à antiseptiques multiples (qui a soulevé de grandes railleries, mais qui continue à lui rendre de grands services) et exerça de la compression avec des bandes de tarlatane. Au bout de 15 jours, cela sentait un peu mauvais; le pansement fut renouvelé. Enfin, au bout d'un mois 1/2, la partie mortifiée était détachée presque entièrement; une intervention insignifiante rectifia le moignon, et finalement le résultat a été excellent.

M. Quénu préférerait qu'on ne mêlât point, dans la discussion, les gangrènes traumatiques et les gangrènes spontanées. Il accorde à M. Reclus la temporisation pour les gangrènes sèches, mais non pour les gangrènes humides et envahissantes: pour ces dernières, la seule chance de salut est dans l'amputation rapide, loin de la limite du mal.

M. Routier est partisan, pour les gangrènes sèches, des amputations tardives, à la rugine. Il s'en est loué chez un vieux nègre atteint de gangrène des deux pieds : cet homme mourut 1 an 1/2 après et on trouva ses deux fémorales oblitérées : ses membres inférieurs n'étaient irrigués que par les anastomoses postérieures des poplitées. De même c'est à l'amputation tardive, trois semaines après, que M. Routier a eu recours avec succès chez un homme qui avait eu une carbonisation du coude : l'avant-bras et la main, secondairement mortifiés, furent, pendant ce temps, embaumés avec des poudres.

M. Reclus admet, avec M. Quénu, que l'on doit agir vite et énergiquement dans les gangrènes aiguës, non limitées.

M. Berger a fait, il y a 7 à 8 ans, plusieurs amputations pour des gangrènes séniles à marche envahissante : tous les sujets sont morts. Puis il a observé un sujet jeune, chez qui, pour une gangrène spontanée à forme primitivement humide, il eut un bon résultat par l'expectation ; il réussit à dessécher le membre sous des compresses d'alcool fréquemment renouvelées. Depuis il a eu recours deux fois avec succès à cette méthode. Mais pour les gangrènes envahissantes, il n'en est pas de même. Ainsi, chez un homme d'une quarantaine d'années, chez qui aux deux pieds il y avait eu des gangrènes sèches traitées heureusement par l'amputation secondaire, une gangrène se déclara à la jambe quelque temps plus tard, gangrène humide, avec des accidents généraux sérieux. M. Berger fit, sans hésiter, l'amputation au lieu d'élection et obtint la réunion sans drainage. Dans le membre amputé il n'y avait ni lésions vasculaires, ni lésions nerveuses.

M. Lucas-Championnière ne croit pas que l'on puisse formuler de règle générale. Dans la gangrène sénile, la conduite chirurgicale est variable ; il faut, en principe, attendre que la marche du mal donne quelques indications sur le lieu où l'on doit amputer. Pour les gangrènes traumatiques, la méthode préconisée par M. Reclus est quelquefois excellente, mais il ne faut pas s'y obstiner et quelquefois (M. Championnière en cite un exemple personnel) l'amputation seule peut arrêter la propagation des phénomènes septiques. Au total, il n'y a pas de règle fixe ; tout ce que nous pouvons dire, c'est qu'aujourd'hui on est autorisé à être plus hardi qu'autrefois.

M. Bazy a eu deux très bons résultats par la méthode de l'embaumement. Le premier a trait à un écrasement du pied chez un homme que M. Bazy ne voulut pas amputer, en particulier parce qu'il avait des lésions crâniennes ; le pied se momifia fort bien sous un enveloppement antiseptique. L'autre cas, plus net encore, est celui d'un vidangeur qui se fit une fracture compliquée de jambe ; bientôt éclatèrent une inflammation érysipélateuse et la gangrène. M. Bazy débrida le foyer de fracture, et y injecta de l'huile créosotée ; il traita l'érysipèle (qui remontait à la cuisse) par les pulvérisations d'éther au sublimé, et finalement il put se contenter d'une amputation de jambe au tiers inférieur.

Pour les gangrènes spontanées, M. Bazy cite l'observation d'un homme chez lequel une gangrène probablement par embolie s'accompagna de formation de gaz. Pour amputer au-dessus de l'emphysème, il eût fallu désarticuler la hanche. M. Bazy amputa en plein foyer gazeux et a réussi ; et les liquides recueillis à ce niveau ont en effet été déclarés aseptiques par MM. Netter et Renaut.

M. Verneuil pense comme M. Championnière qu'il n'y a pas de loi générale. Mais il croit utile d'établir certaines catégories. Ainsi, on a les gangrènes traumatiques, lesquelles peuvent être mécaniques (les écrasements par exemple) ou septiques ; les gangrènes par embolie, les gangrènes par artérite, et dans ce dernier cas le sujet est souvent un intoxiqué, un alcoolique par exemple. Dans ces diverses variétés on a des gangrènes sèches et humides ; il y a des gangrènes humides bénignes et malignes ; ce n'est donc pas là un critérium. Pour les gangrènes septiques, il faut amputer vite, et souvent M. Verneuil a amputé en pleine gangrène, en soumettant à la pulvérisation antiseptique continue les les lambeaux non réunis. Dans les gangrènes spontanées, il faut souvent amputer au thermo-cautère. Quelquefois, surtout pour les gens âgés et les gangrènes spontanées, ce qui prime tout, c'est le diabète, l'alcoolisme, l'âge du sujet.

Elections.

Sont nommés *correspondants etrangers* : MM. Macewen, Kummer, Jamieson, Romiceanu, de Mooy.

Sont nommés *correspondants nationaux* : MM. Claudot, Moty, Pousson, Chénieux, Poisson, Fontan.

A. Broca.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 23 janvier 1891

Présidence de M. Broca.

Sarcome ossifiant des tendons.

M. Monprofit (d'Angers) a observé un homme portant depuis 6 mois une tumeur plantaire dure, grosse comme un œuf de dinde; il en fit l'ablation et la trouva encapsulée, parfaitement limitée, provenant des tendons du fléchisseur commun des orteils. Cette plaie allait fort bien lorsque l'opéré accusa une douleur à la partie inféro-interne de la jambe, et là, M. Monprofit constata une tumeur qui, certainement, s'était développée depuis l'opération. Il en fit encore l'ablation et trouva une tumeur également bien limitée, adhérente à la jonction du muscle fléchisseur commun avec son tendon. Certainement, l'amputation était indiquée, mais le patient la refusa. La récidive ne tarda pas. Histologiquement, il s'agit d'un fibrosarcome avec quelques myéloplaxes, par places ossifié et contenant des points de chondrome calcifié.

M. Pilliet. — Cette tumeur rentre dans ce que Heurtaux a décrit comme myéloïdes des tendons. M. Pilliet en a observé un cas, enlevé par M. Tillaux avec le diagnostic névrome plexiforme; un autre, où il y avait des tumeurs multiples portant sur une quinzaine de tendons. Ces tumeurs semblent

naître, en général, du périoste et se propager de là au tendon en traînées de myéloplaxes bien visibles au microscope.

Occlusion intestinale.

M. Dagron présente une pièce d'invagination intestinale provenant d'un homme ayant depuis assez longtemps déjà des accidents d'occlusion chronique passagers, avec débâcles. Depuis quelques jours, les accidents étaient devenus sérieux. Jamais de selles sanglantes. En présence de ces symptômes, on diagnostiqua un cancer, d'autant que l'on sentait une tumeur et l'on se décida à faire l'anus contre nature. Un doigt put, par la plaie, aller explorer la région cæcale : le cæcum fut trouvé absolument fixe. L'anus, cette constatation faite, fut établi sur la première anse d'intestin grêle qui se présenta. Le malade mourut en trois jours et une invagination fut constatée à l'autopsie, avec des adhérences formant masse. L'anus ouvrait la fin de l'iléon. Mais c'est par hasard qu'il n'a pas porté sur une anse supérieure. Si on avait fait une longue incision médiane, on aurait pu porter un diagnostic anatomique exact et, en tout cas, choisir, en connaissance de cause, l'anse la plus rapprochée de l'obstacle.

M. Broca a assisté, il y a quelques semaines, M. Terrier à une laparotomie faite pour une occlusion à marche subaiguë, datant de 8 jours déjà. Le diagnostic le plus probable était celui de cancer : néanmoins, M. Terrier fit la laparotomie, et il trouva une anse d'intestin grêle étranglée et gangrenée dans un petit sac herniaire propéritonéal à la région inguinale droite. L'anse fut réséquée et M. Broca termina par l'entérorrhaphie circulaire. Il y a quelques jours, M. Péraire a fait, à l'hôpital Bichat, la laparotomie à un homme âgé, au dixième jour d'un étranglement que l'on croyait pouvoir attribuer à un cancer : or, il s'agissait d'un volvulus de l'S iliaque et le ballonnement portait sur l'anse tordue, comme l'ont déjà montré à la Société Barié, Hartmann, comme von Wahl y a insisté. Si l'on avait tenté l'anus contre nature, certainement on eût ouvert cette anse, et le résultat eût été nul. Ces deux malades sont morts parce qu'ils ont été opérés trop tard, mais, quoique ayant eu des allures subaiguës, opérés tôt ils devaient guérir par la laparotomie.

M. Monprofit a obtenu un succès par la laparotomie dans un cas d'étranglement par bride opéré au troisième jour.

M. Macaigne présente une pièce de cancer en virole provenant d'un malade où l'on avait porté le diagnostic d'invagination.

Tubercule cérébral rompu dans les ventricules.

M. Legrain fait voir le cerveau d'un imbécile âgé de 21 ans, mort à l'Asile de Vaucluse où il était depuis treize ans. Cet homme, vigoureux, entra à l'infirmerie en novembre dernier pour des accidents de tuberculose pulmonaire au début, et sembla d'abord devoir suivre l'évolution vulgaire. Dans les premiers jours de janvier il eut des symptômes cérébraux vagues ; puis du ballonnement de ventre avec vomissements verts, avec de l'inégalité pupillaire. M. Legrain porta donc le diagnostic de méningite tuberculeuse. Le malade étant mort très rapidement, l'autopsie montra qu'il n'y avait pas de méningite tuberculeuse, mais un tubercule central, massif, suppuré et ouvert dans un ventricule latéral. Il y a des cavernes pulmonaires.

M. Darier fait observer que cet abcès a quelques caractères ne rappelant guère la tuberculose. Il en pratiquera l'examen histologique.

Pièces diverses.

Mlle Wilbouschewitch présente un cas de *malformation du cœur* (perforation interventriculaire sans cyanose) chez une femme de 21 ans, tuberculeuse, morte d'hémoptysie.

M. Monprofit fait voir un *sarcome du maxillaire inférieur*.

M. Achalme montre : 1° un cas d'*insuffisance aortique* par soudure d'une des sigmoïdes à la paroi artérielle ; 2° des abcès miliaires des reins.

M. Baillet décrit un *kyste de l'appendice iléo-cæcal* trouvé accidentellement au cours d'une laparotomie.

M. Brodier présente un *kyste synovial de la gaine tendineuse* des fléchisseurs du médius.

Election.

M. le prof. Baumgarten (de Tubingue) est nommé membre honoraire.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 23 janvier 1891

Présidence de M. E. Labbé

Paralysies obstétricales des nouveau-nés.

M. Comby. — Les paralysies périphériques de la face ou des membres, consécutives à des manœuvres obstétricales (version, forceps, dégagement des bras, etc.), sont bien connues depuis les travaux de Paul Dubois et Landouzy, Duchenne de Boulogne, Erb et Rouland.

Je ne m'occuperai ni de la paralysie faciale, due en général à la compression par les branches du forceps et quelquefois spontanée ; ni de la paralysie des membres inférieurs, beaucoup plus rare et dépendant d'un traumatisme de la colonne vertébrale ou de la moelle (fracture, rupture, hémorrhagie).

Je parlerai seulement de la paralysie des membres supérieurs, dont j'ai observé trois exemples au Dispensaire pour enfants de la Société philanthropique.

Ces paralysies, dites *paralysies radiculaires*, reconnaissent pour cause immédiate une compression ou une élongation du plexus brachial, qui se trouvent réalisées dans certains cas d'application de forceps, de version, de dégagement des épaules par le doigt ou un crochet, etc. Erb a montré que toutes ces violences aboutissaient à une lésion des cinquième et sixième nerfs cervicaux, en un point voisin du tubercule carotidien et appelé *point d'Erb*.

Duchenne avait remarqué déjà que ces paralysies portaient toujours sur les mêmes muscles (deltoïde, sous-épineux, biceps, coraco-brachial). Cependant la paralysie radiculaire peut être totale, et alors tous les muscles sont intéressés.

Les deux premiers cas que j'ai observés s'étaient montrés dans des conditions identiques : présentation de l'épaule, version laborieuse, paralysie du bras gauche, même sage-femme. Le premier cas, traité dès le début par la faradisation, a guéri en quinze jours, quoique la paralysie fût compliquée d'œdème des nouveau-nés. Le deuxième, observé seulement six semaines après le début de la paralysie, et par suite traité trop tardivement, ne s'est pas modifié par l'électrisation. La troisième observation est beaucoup plus intéressante que les deux précédentes.

Il s'agit d'un garçon de six mois dont la mère, petite, difforme, rachitique, avait eu six accouchements terminés de la même façon : présentation du siège, tractions énergiques, naissance en état d'asphyxie. Les cinq premiers enfants ne furent pas ranimés ; le sixième, qui fait l'objet de mon observation, fut rappelé à la vie après plusieurs heures d'insufflation et de flagellation. Mais cet enfant conserva une paralysie complète et absolue des deux membres supérieurs. Ni la faradisation, ni les frictions, ni le massage, ni les bains excitants, ne produisirent le moindre résultat. La dernière fois que je le vis, après huit mois de traitement, la paralysie était aussi complète que le premier jour, et le membre supérieur droit était froid et cyanosé. J'ajouterai que (fait insolite) la sensibilité cutanée était abolie comme la motricité.

Il est donc certain que cette *diplégie brachiale obstétricale* persistera aussi longtemps que la vie, et que l'enfant, pour tout le reste vigoureux et bien portant, sera définitivement infirme. Et cela n'a pas lieu de surprendre. Duchenne a montré que, même dans les paralysies faciales, le pronostic comportait des réserves, surtout si le traitement n'avait pas été institué de bonne heure.

Ce traitement, pour Duchenne, se résumait dans la faradisation (séances de cinq ou dix minutes tous les deux ou trois jours) ; d'autres ont préconisé les courants continus (Onimus) ; on peut ajouter le massage, les frictions stimulantes avec la térébenthine ou le baume de Fioraventi, les bains salés, etc.

M. Joffroy. — Je ne partage pas l'opinion de M. Comby sur la gravité du pronostic des paralysies obstétricales. Si, au lieu d'employer toujours l'électrisation faradique, on emploie

l'électrisation galvanique sous forme de courants interrompus, provoquant des secousses musculaires, et non sous forme de courants continus, on obtient généralement des guérisons, même dans des cas graves, même quand l'intervention est relativement tardive. La faradisation peut suffire à la rigueur, dans les cas très légers, mais son action ne va pas au-delà.

M. Hayem. — Dans un certain nombre de cas observés, le traitement électrique, mis en œuvre en temps opportun et par des hommes très compétents, a échoué. Je serais donc porté, au point de vue du pronostic, à me rapprocher beaucoup plus de l'opinion de M. Comby que de celle de M. Joffroy.

Paralysie faciale hystérique.

M. Chantemesse. — Dans la séance du 9 janvier, M. Ballet nous a communiqué une observation de paralysie faciale hystérique, adressée par M. Boinet (de Montpellier). M. Boinet a montré que l'anesthésie sensitive accompagnait dans ce cas la paralysie motrice. Cette coïncidence est, sans doute, une des particularités importantes de la maladie. J'avais insisté sur ce fait en présentant à la Société trois malades atteints de paralysie faciale hystérique qui ont fourni, je crois, les trois premières observations de cette maladie, publiées en France.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 19 *janvier* 1891.

Destruction du sucre dans le sang « in vitro »

MM. R. Lépine et **Barral.** — Voici la suite des expériences que nous avons faites sur ce sujet :

1° On retire à un chien bien portant 250 c. c. de sang, en prenant la précaution de le recevoir dans une capsule entourée d'eau froide ; on le défibrine, on le filtre sur un linge stérilisé, et on le répartit également en cinq portions ; on dose aussitôt le sucre de la première en versant le sang dans du sulfate de soude à 80° c., ainsi que nous l'avons expressément recommandé dans notre dernière note, afin de détruire immédiatement le ferment glycolytique. On introduit trois autres portions dans trois ballons qu'on immerge pendant un temps donné (une heure) dans trois bains-marie à température constante, un à 39° c., un autre à 46° c. et le troisième à 52° 5 c., en agitant au commencement les ballons afin que le sang prenne aussitôt la température du milieu. En même temps, on verse goutte à goutte la dernière portion de sang dans un ballon préalablement immergé dans un bain-marie, dont la température également constante est comprise entre 54° et 54°,5 c., de façon à porter immédiatement ce sang de la température + 15 à 54° C. On l'y laisse également une heure. Au bout de ce temps, on dose le sucre dans les quatre ballons avec les précautions ci-dessus rappelées et on obtient les résultats suivants :

Dans le ballon à 39° c., il y a en général 25 à 30 0/0 de sucre en moins que dans le sang initial; dans le ballon à 46° c., il y a plusieurs centièmes de moins que dans le précédent; dans le ballon à 52° 5, il a encore plusieurs centièmes de moins que dans le précédent ; enfin dans le ballon à 54° 5 c., *il n'y a pas de perte de sucre* par rapport à la quantité initiale. Ces faits s'expliquent en admettant que le ferment glycolytique découvert par l'un de nous est d'autant plus actif que la température est plus élevée, jusqu'à 54° c. environ, où il cesse brusquement d'agir. A cette température, le sang conserve sa fluidité; il a une teinte noirâtre par suite de la production d'un peu de méthémoglobine reconnaissable à l'examen spectroscopique, le plus grand nombre des globules rouges est détruit; mais il en est à peu près de même à 52° ou 53° c., température à laquelle la destruction du sucre est beaucoup plus considérable qu'à 39° c. (température normale du chien). Ainsi, sans que les caractères extérieurs du sang se modifient d'une manière bien sensible, le ferment glycolytique qu'il renferme perd toute action si on le chauffe peu au delà du degré de température où il a son maximun d'activité ;

2° Toutes choses égales, le sang défibriné du chien maintenu à la température de 39° c., perd plus de sucre l'hiver que l'été. Il faut admettre que l'hiver le ferment est plus actif ou en quantité plus grande dans le sang. La différence est au moins de 10 0/0 ;

3° Le sang défibriné de la veine-porte du chien en digestion, maintenu pendant une heure à 39° c., perd beaucoup plus de sucre que le sang de la veine splénique et que le sang artériel du même chien placé identiquement dans les mêmes conditions ; la différence est en général de 20 0/0 Cela prouve que le ferment sort du pancréas, non seulement par les lymphatiques de cet organe, ainsi que l'un de nous l'a déjà démontré, mais aussi, et certainement en plus grande abondance, vu la rapidité relative du cours du sang veineux, par le réseau veineux pancréatique.

4° Nous avons insisté dans notre précédente note sur le fait fondamental que le sang artériel, maintenu une heure à 39° c., d'un chien rendu diabétique par ablation du pancréas, perd beaucoup moins de sucre que le sang d'un chien sain. Toutefois, chez le chien privé de pancréas, la destruction du sucre n'est pas toujours négligeable ; elle peut parfois (exceptionnellement) atteindre près du sixième de la perte du sang normal. Il est probable qu'il y a d'autres sources de ferment que le pancréas. Voy. *Mercredi* 1890, p. 189).

Production expérimentale de l'exophthalmie.

M. H. Stilling. — On sait que Boddaert a reproduit expérimentalement l'exophthalmie en liant les quatre veines jugulaires et sectionnant les cordons sympathiques des deux côtés. Je suis arrivé aux mêmes résultats en me bornant à la ligature des deux jugulaires externes et à la section du cordon sympathique d'un seul côté. Les phénomènes morbides qui ont suivi l'opération ont été passagers, à l'exception de l'exophthalmie qui a persisté.

La section du sympathique cervical doit être pratiquée assez bas. Quant à l'extirpation du ganglion cervical supérieur, elle n'accentue pas l'exophthalmie causée par la ligature des veines jugulaires.

Dans la production de ces phénomènes, il me semble que la section du sympathique joue un rôle important, mais aussi il faut certainement tenir compte de l'œdème rétro-bulbaire par stase veineuse.

Le fait que la section unilatérale du sympathique renforce des deux côtés l'effet de la ligature veineuse n'est pas facile à expliquer, mais il semble mériter l'attention des pathologistes. Le rapport qu'on pourrait y voir avec le symptôme si caractéristique de la maladie de Basedow est digne d'intérêt.

M. Bouchard. — La production expérimentale de l'exophthalmie n'est pas un fait nouveau, et sans avoir recours à une opération chirurgicale, je l'ai obtenue très facilement par intoxication urinaire, c'est-à-dire à l'aide d'injections intraveineuses d'urine provenant d'hommes sains.

Actions de transport des courants électriques.

M. Foveau de Courmelles. — Un papier imprégné de cyanure de potassium étant recouvert d'une épaisseur de 1 centimètre de peau de poulet, j'appliquai des tampons imbibés de sulfate de fer en solution et en communication avec les pôles d'une pile au bisulfate de mercure, et à l'intérieur se produisait bientôt en ligne droite la réaction caractéristique, bleue, du fer avec le cyanure de potassium. Les courants d'induction produisirent le même phénomène.

Il en fut ainsi pour l'iodure de potassium et l'amidon.

Pour les alcaloïdes, il y a également pénétration à l'intérieur des corps vivants.

J'appliquai les tampons mouillés, à l'insu des patients, de substances actives, le pôle positif sur le front, le pôle négatif sur la région parotidienne et les malades signalaient la saveur du médicament ainsi ingéré.

Pour un malade atteint de paralysie radiale double d'origine syphilitique, des tampons imbibés de bichlorure de mercure étant promenés sur le trajet d'un des nerfs malades, les urines révélèrent la présence du mercure.

Pour une tumeur utérine où j'employai les courants continus avec l'iodure de potassium, la patiente accusa de l'iodisme, coryza, sécheresse de la gorge, démangeaisons. Après cinq séances, la malade eut un amaigrissement de cinq kilogrammes, des règles moins pénibles et une diminution du volume de la tumeur.

La pénétration, au point de vue médical, peut s'aider de la porosité de la peau au moyen de ventouses particulières contenant le produit actif en solution, avec un fil pour amener le courant à la peau, afin de diminuer la résistance à vaincre. Chaque extrémité de l'organe porte une ventouse en communication avec un pôle de pile. Des sondes formées de substances isolantes et fermées par des membranes dialytiques, au contact de la partie malade, aident, dans d'autres cas, à la pénétration.

La pénétration se fait surtout en ligne droite; et pour les corps vivants, les vaisseaux placés sur le trajet sont traversés par la substance active, laquelle se répand alors, grâce au liquide charrié, à travers l'organisme.

Constitution chimique des albuminoïdes.

M. H. Arnaud. — L'étude à laquelle je me suis livré sur la constitution des albuminoïdes me porte à les considérer comme étant essentiellement constituées par la combinaison de trois ordres de principes immédiats : les hydrocarbonés, les corps gras et le cyanate d'ammoniaque. Ces divers principes y seraient en puissance et il serait possible de les recueillir isolément. Le meilleur moyen d'y parvenir serait pour les hydrocarbonés l'ébullition prolongée dans les bases énergiques, telles que la potasse ou mieux la baryte, employées à faible dose (2 à 5 0/0 de liquide).

Ainsi considérées, les albuminoïdes ne seraient autres que des *polycyanates d'ammoniaque composés* ou des *polyurées composées*, dans lesquelles un certain nombre d'équivalents d'hydrogène seraient remplacés par un même nombre d'équivalents de radicaux hydrocarbonés et gras.

On s'expliquerait ainsi comment le sérum sanguin, essentiellement constitué par des albuminoïdes, a pour rôle d'incorporer, d'assimiler les combustibles fournis par l'alimentation (hydrocarbonés et graisses) et de les transporter jusqu'aux tissus.

En pathologie, on s'expliquerait aisément aussi pourquoi, dans l'insuffisance urinaire, on ne succombe pas à l'urémie, à l'excès d'urée dans le sang, mais bien à des toxémies de nature toute différente. C'est que l'urée est un aliment plutôt qu'un produit d'excrétion; son excès seul est nuisible, comme d'ailleurs l'excès de tout autre principe alimentaire y compris l'oxygène.

On se rendrait facilement compte de la genèse d'un certain nombre de troubles de la nutrition (glycosurie, obésité, hyperazoturie, albuminuries dyscrasiques) par une insuffisance, absolue ou relative, du pouvoir d'absorption du sérum sanguin. Ce défaut portant plus spécialement sur les hydrocarbonés, il y aurait glycosurie; sur les corps gras, il y aurait polysarcie; sur le cyanate d'ammoniaque, hyperazoturie; enfin sur l'albumine dans son ensemble, albuminurie dyscrasique. On s'expliquerait également la coexistence fréquente de ces divers troubles nutritifs.

ÉTRANGER

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE DE BERLIN

Séance du 19 *janvier* 1891.

Syringomyélie.

M. Bernhardt. — Le malade, âgé de 48 ans, attribue son affection à un refroidissement qu'il a eu à l'âge de 18 ans en se couchant un jour sur de la terre humide. A l'examen on constate nettement une scoliose de la région dorsale à convexité tournée à droite; au niveau de l'omoplate droite on trouve plusieurs cicatrices blanches qui proviennent d'une affection singulière de la peau survenue un an après le refroidissement, quand la colonne vertébrale n'était pas encore scoliotique. Il se formait des vésicules remplies d'une sérosité sanguinolente qui mettaient longtemps à guérir. Deux cicatrices semblables existent encore au niveau du coude droit, principalement du côté de flexion. Pas de troubles fonctionnels du côté des extrémités inférieures; le réflexe rotulien est conservé, le réflexe plantaire manque. Pas de fièvre ni de perte d'appétit; pas de troubles de miction.

Le membre supérieur droit est devenu au bout d'un certain temps faible, et la faiblesse s'est transformée en une véritable parésie. La main droite est toujours livide, les doigts sont déformés et chaque doigt présente un épaississement et une incurvation de son squelette. Sur un doigt il manque une phalange. Les 4e et 5e doigts présentent des traces de déformation caractéristique en griffe. La main est couverte de rhagades et de cicatrices. Dans le cours de l'affection, la main a été, à plusieurs reprises, le siège de panaris, d'inflammations, de suppurations avec chute des ongles; et ces accidents n'ont jamais occasionné de fortes douleurs.

Les troubles de la sensibilité présentent certaines particularités. Sur tout le tronc jusqu'au rebord des fausses côtes, sur le cou, la nuque et le membre supérieur droit, les sensations sont moins bien perçues à droite qu'à gauche; la sensibilité tactile est seulement émoussée, mais elle existe néanmoins. La sensation de pression et le sens musculaire sont conservés; l'excitabilité électrique est un peu diminuée. Par contre, la sensation de douleur est notablement diminuée, et il en est de même pour les sensations thermiques. Les mêmes phénomènes existent du côté de la face et du cuir chevelu. Pas de troubles du côté des organes des sens ni des nerfs vasomoteurs. Finalement, le malade affirme qu'il ne transpire pas du côté droit.

Morvan a décrit, il y a quelque temps, une affection sous le nom de parésie analgésique des extrémités supérieures; chez ses malades il a souvent constaté l'existence d'une scoliose. La maladie de Morvan ressemble beaucoup à la syringomyélie et dans 25 0/0 de cas de cette dernière, publiés par différents auteurs, la scoliose se trouve marquée. L'affection des vertèbres est peut-être le résultat des troubles trophiques déterminés par l'affection médullaire. D'autres auteurs admettent, par contre, que l'affection spinale est consécutive aux lésions de la colonne vertébrale.

Ulcérations intestinales tuberculeuses guéries par la lymphe de Koch. Hydropisie de l'appendice vermiculaire.

M. Guttmann présente deux pièces anatomiques : 1° l'intestin d'un phthisique au plus haut degré, succombé quelque temps après les injections de Koch. On peut constater nettement la cicatrisation des ulcérations tuberculeuses. 2° Un appendice vermiculaire mesurant 14 cm. de long et 21 de circonférence, trouvé par hasard à l'autopsie d'une femme de 70 ans.

L'hydropisie de l'appendice survient ordinairement à la suite de l'occlusion de son orifice cæcal. Les sécrétions s'accumulent, distendent peu à peu l'organe, en même temps que les sécrétions perdent leurs caractères primitifs et deviennent plus riches en eau. La pathogénie de l'affection peut être due à l'inflexion de l'appendice maintenu dans une position anormale par des adhérences provenant du processus péritonitique ou d'une inflammation qui a pour résultat l'accolement des parois de l'organe.

Infiltration gélatineuse de l'apophyse mastoïde.

M. Cholewa présente une pièce anatomique provenant d'une femme de 60 ans atteinte depuis 10 ans d'ataxie locomotrice. Au mois de novembre, la diminution de l'acuité auditive qui s'est développée chez elle à la suite du tabes, s'est transformée en une véritable surdité. La membrane du tympan était intacte. L'examen avec le diapason a permis d'éliminer l'idée d'une affection du labyrinthe. La trépanation de l'apophyse mastoïde a montré que cette dernière était infiltrée dans sa totalité par une masse gélatineuse qui pénétrait dans l'espace où sont comprises la tête du marteau et l'enclume. La cavité du tympan était libre. Les lésions ne correspondent donc nullement aux phénomènes observés pendant la vie.

Traitement de la pérityphlite.

M. Fürbringer. — Ma statistique ne comprend que les cas graves de pérityphlite, avec fièvre. Sur 120 malades que j'ai observés à l'hôpital Moabit de 1886 à 1889, je compte une mortalité de 10 0/0, 78 0/0 de guérisons et 12 0/0 d'amélioration. Ceci montre que le traitement interne est assez bon et que l'intervention chirurgicale n'est pas forcément indiquée,

Déjà avant Leyden j'ai remarqué que certaines formes d'iléus par exsudats pérityphlitiques présentent un tableau clinique particulier: constipation pendant 8 à 14 jours, vomissements biliaires et fécaloïdes, météorisme, fièvres atypique, dyspnée, etc. Sur 9 cas de ce genre, j'ai eu deux cas de mort consécutivement à l'intervention chirurgicale.

Quand il y a du pus, il faut opérer. Seulement la suppuration est bien plus rare qu'on ne l'admet généralement, ensuite le diagnostic n'est guère facile. La perforation ne se manifeste pas toujours par des phénomènes bruyants, et les symptômes peuvent se développer lentement et d'une façon insidieuse.

La ponction a une grande valeur diagnostique et n'est pas dangereuse quand elle est bien conduite. Mais sa valeur thérapeutique est presque nulle. Deux cas ont eu une évolution très irrégulière. Dans le premier, il s'agit d'une jeune fille qui n'a présenté que les symptômes d'une pylé-phlébite (pylephlibitis). A l'autopsie, on trouva une perforation de l'appendice fortement tendu dans le duodenum; les racines de la veine-porte étaient également atteintes, ce qui expliquait l'origine de la pylé-phlébite. Dans l'autre cas il s'agit d'un garçon de 14 ans chez lequel la pérityphlite se compliqua d'invagination de la partie inférieure de l'iléon. Toute la partie nécrosée fut explorée un jour. L'enfant a été atteint en même temps d'une parotidite suppurée.

M. Ewald. — L'opération est indiquée dans les cas où la péritonite généralisée vient compliquer la pérityphlite. Il faut également opérer les cas qui débutent d'une façon foudroyante, avec frissons, petitesse et fréquence du pouls, phénomènes de collapsus. Mais, d'un autre côté, il faut savoir que les petites collections purulentes, les abcès sont susceptibles de se résorber.

Dans les cas où le foyer purulent est petit et où la mort est très souvent causée par l'intoxication stercorale consécutive à la paralysie de l'intestin, on obtient de très beaux résultats avec le lavage de l'estomac. Avant d'être vomies, les matières fécaloïdes s'accumulent dans l'estomac. Le lavage de l'estomac, pratiqué dans ces conditions d'une façon régulière, permet souvent de sauver la vie du malade.

M. Oppenheimer. — J'ai été appelé auprès d'une femme enceinte de 7 mois, prise de fièvre et de vomissements, sans douleurs de ventre; température du matin, 39°8, celle du soir, 36°. J'admis l'existence d'une péritonite d'origine intestinale. La femme a accouché d'un enfant vivant. La malade continuant d'avoir de la fièvre, on fit son examen complet sous le chloroforme et on trouva sous les fausses côtes une tumeur des dimensions d'une tête d enfant qui fut considérée comme une tumeur du rein. La malade mourut sans être opérée. A l'autopsie on trouva un abcès volumineux produit par une perforation de l'appendice vermiculaire Le pus, situé derrière le côlon, a infecté plusieurs ganglions rétro-péritonéaux et provoqué une série d'abcès dans le foie et la rate.

SOCIÉTÉ DE MEDECINE BERLINOISE

Séance du 7 janvier 1891.

Mortalité par la rougeole.

M. Fürbringer. — Pendant la grande épidémie de rougeole qui a sévi en 1879-1880 à Iéna, j'ai perdu 8,1 0/0 de malades. Ce taux de mortalité est peu élevé, d'autant que les malades appartenaient aux classes pauvres. La mortalité de rougeole à l'hôpital Friedrichshain de 1887 à 1890, a été en moyenne de 22,6 0/0 (30,4 0/0, 13,2 0/0, 19,9 0/0, 19,1 0/0). Ici également on peut constater que la mortalité est surtout considérable parmi les populations pauvres. Ces chiffres n'expriment que la mortalité immédiate. Mais en réalité, la rougeole est encore plus meurtrière en raison de ses résultats éloignés (méningite, phthisie, etc.).

Contrairement à Henoch, j'attache une grande importance à l'éruption morbilleuse du voile du palais et de la voûte palatine. Il y a certainement des cas où ces taches n'existent pas et où le tableau est troublé par la présence d'une angine. Mais si l'on cherche ces taches attentivement et au moment opportun, on les trouve dans près de moitié des cas, et elles possèdent alors une grande valeur diagnostique.

Quant aux « prodromes », je ne crois pas à leur existence. La stade d'exanthème des muqueuses n'a rien à voir avec les « prodromes »; c'est déjà un véritable exanthème.

Le noma a été assez souvent observé après la rougeole. Le processus débutait par la peau ou la muqueuse. Dans plusieurs cas, la lésion a gagné en profondeur et a même attaqué le système osseux.

Chez un enfant de 1 an 1/2, j'ai vu se développer, presque immédiatement après l'éruption, un phlegmon de l'aisselle qui en 24 heures a envahi toute l'épaule et le côté gauche du thorax et amené la mort.

Dans un autre cas, il y a eu, comme complication, une véritable méningite cérébro-spinale. Il s'agit d'un enfant de 5 ans qui, à la suite de l'exanthème, a été pris d'hypéresthésie et de céphalalgie. Apporté à l'hôpital, il présentait de la raideur de la nuque, de l'incontinence d'urine et des matières fécales, du coma, et est mort en trois jours.

Je crois fermement à l'existence de la néphrite rubéolique. Personnellement j'ai observé 4 cas de néphrite hémorrhagique, avec hydropisie, mais sans phénomènes urémiques. Les malades ont guéri. Des cas de ce genre ont été également signalés par W. Müller, Wagner et autres.

M. Baginsky. — J'ai vu des néphrites post-rubéoliques avec hydropisie, urémie, etc. Je crois du reste inutile d'insister sur ce fait que la néphrite peut s'observer après toutes les maladies infectieuses, après la coqueluche, les oreillons, la varicelle, etc. Mieux encore, j'ai vu la néphrite survenir après les affections chroniques de la peau, l'eczéma. Si l'eczéma dure longtemps, on est presque certain de trouver une néphrite.

J'admets également que le pronostic de la rougeole est meilleur dans la clientèle privée qu'à l'hôpital. Chez les malades de la dernière catégorie on peut souvent incriminer le rachitisme qui prédispose aux affections de l'appareil respiratoire.

Toutes les maladies infectieuses fébriles ne supportent pas de la même façon l'antipyrèse. La rougeole la supporte fort mal et dans ce cas une antipyrèse énergique peut devenir fort préjudiciable. Ceci est particulièrement valable pour le traitement par l'eau froide qui doit être évitée autant que possible, de crainte des complications pulmonaires.

M. Hénoch. — Je tiens à spécifier que la mortalité de 30 0/0 se rapporte à des enfants au-dessous d'un an; à partir de deux ans, la mortalité n'est plus que de 9 0/0, même dans la clientèle hospitalière. Ce taux élevé s'explique par ce fait que la rougeole atteint de préférence les enfants rachitiques, atrophiques, tuberculeux.

Je suis loin de nier l'exanthème de la muqueuse bucco-pharyngienne. Depuis longtemps j'insiste sur ce fait qu'en temps d'épidémie l'apparition de ces taches permet de prédire l'éruption cutanée chez les enfants qui toussent et ont un peu de fièvre. Seulement, les taches sont souvent cachées par une rougeur diffuse.

Quant à la néphrite, on la trouve dans la plupart des maladies infectieuses, même après la coqueluche. Actuellement j'ai dans mon service deux sœurs aujourd'hui guéries, qui, 8 à 10 jours après l'apparition d'oreillons, ont été prises de néphrite hémorrhagique. J'ai également observé 4 ou 5 cas d'eczéma compliqués de néphrite. Il est probable que l'eczéma crée une porte d'entrée pour les bactéries. La néphrite existe également dans la rougeole; seulement elle est bien plus rare que dans la scarlatine.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE GREIFSWALD

Maladie de Basedow consécutive à l'influenza.

M. Colley a observé deux cas de ce genre. La première malade a été observée vers la fin de l'été, la seconde est venue tout dernièrement à la clinique du professeur Mosler. Le père de cette malade était très irritable. Elle était toujours maladive et étant enfant a eu des convulsions. Mariée à 24 ans, elle a eu 3 enfants, et depuis son troisième accouchement elle présentait des palpitations de cœur et de l'arythmie et ne s'est pas encore complètement remise. De temps en temps elle présente des troubles hystériques. Elle a eu l'influenza au mois de janvier, et presque immédiatement son cou a

commencé à gonfler. Peu de temps après sont survenues de l'exophthalmie et de l'arythmie. Actuellement elle présente tous les symptômes de la maladie de Basedow, sauf le signe de Graefe.

Gangrène sénile et diabétique.

M. Heidenhain fait une communication sur la gangrène sénile, principalement chez les diabétiques, communication qui s'appuie sur les cas qu'il a étudiés à l'hôpital Augusta de Berlin, sous la direction de Küster.

La gangrène sénile des diabétiques est provoquée dans la grande majorité des cas par l'artério-sclérose. Dans 50 p. 100 de tous les cas de gangrène sénile, on a trouvé une thrombose oblitérante de l'artère poplitée ou de ses branches, et l'artério-sclérose des vaisseaux (examen des membres amputés). L'amputation au-dessous du genou était presque toujours suivie de gangrène de la plaie. Aussi, dans les cas de gangrène des orteils à tendance envahissante, M. Heidenhain conseille-t-il d'adopter la méthode de Küster et de faire l'amputation de la cuisse.

Mort subite dans la diphthérie.

M. Pumplun, après avoir fait l'historique de la question, rapporte un cas personnel de mort subite dans la diphthérie. Il s'agit d'un homme de 20 ans atteint de diphthérie des amygdales et du nez avec albuminurie, qui fut pris en pleine convalescence, au quinzième jour après le début de l'affection, de phénomènes de paralysie cardiaque terminés, malgré la médication la plus énergique, par la mort survenue douze heures après le début des accidents. A l'autopsie on a trouvé (examen microscopique) le cœur atteint de dégénérescence graisseuse qui, dans le ventricule gauche, était particulièrement marquée au niveau des muscles papillaires.

ANGLETERRE

SOCIÉTÉ PATHOLOGIQUE DE LONDRES

Séance du 20 *janvier* 1891.

Présidence de M. Dickinson

Sarcome mélanique du foie.

M. Delépine rapporte l'examen histologique du foie d'une aliénée chez laquelle on avait constaté 15 jours avant la mort une augmentation de volume du foie. A l'autopsie, cet organe était d'un volume énorme, la capsule était épaissie par places. Les vaisseaux très altérés renfermaient de nombreux micrococques. Les veines portes étaient entourées d'une épaisse couche de tissu fibreux et l'épithélium des veines intra-lobulaires présentait une prolifération considérable. Les cellules hépatiques étaient très atrophiées, comprimées à la fois par de larges masses sarcomateuses périphériques et par des nodules occupant l'intérieur des vaisseaux intra-lobulaires. Le néoplasme était un angio-sarcome à cellules fusiformes fasciculées; quelques nodules étaient partiellement ou totalement pigmentés. Dans tout le tissu hépatique, on voyait des lésions d'endophlébite proliférative, lésion qui était uniquement localisée à ce viscère. Il n'y avait aucune trace de néoplasme primitif autre que celui du foie.

Diverticule de l'œsophage.

M. Chavasse présente un diverticule de l'œsophage trouvé à l'autopsie d'un homme de 49 ans auquel on avait pratiqué la gastrostomie pour des accidents dysphagiques remontant à 10 ans et ayant amené un état de cachexie profonde. Le diverticule siégeait sur la paroi postérieure de l'œsophage, à 10 centimètres au-dessous des aryténoïdes; il mesurait 9 centimètres de large sur 6 de profondeur; son orifice avait un diamètre de 2 centimètres et demi, et sa capacité était de 175 centimètres cubes; ses parois étaient aussi épaisses que celles de l'œsophage et doublées d'une muqueuse; sa distension oblitérait le calibre de l'œsophage; il n'y avait aucune trace de tumeur maligne; l'absence de paroi musculaire sauf au niveau de son orifice montrait qu'il s'agissait d'un diverticule produit par le refoulement de la paroi, suivant la théorie de Zenker et de Ziemssen.

Hématoporphyrinurie.

M. S. Copeman. — Je connais 4 cas dans lesquels l'urine renfermait de l'hématoporphyrine. Dans ces 4 cas, il s'agissait de femmes d'âge moyen extrêmement nerveuses, ayant de la constipation habituelle, de l'insomnie, des douleurs abdominales, mais sans symptôme apparent d'affection organique. Les malades avaient en outre une grande prostration, quelquefois un certain degré de difficulté à mouvoir leurs membres; elles rendaient de faibles quantités d'urine de couleur rouge pourpre, ne contenant ni hémoglobine, ni pigment biliaire, ni albumine, ni sucre. Trois d'entre elles moururent dans le collapsus et le coma, après avoir présenté des symptômes graves pendant une semaine. A l'examen spectroscopique, les urines présentaient des bandes d'absorption se rapprochant beaucoup de celles de l'hématoporphyrine, sans traces d'hémoglobine ou de méthémoglobine. La recherche des albuminoïdes au moyen de la chaleur, de l'acide nitrique, du sulfate de magnésie était infructueuse. L'acide sulfurique concentré modifiait la coloration de l'urine qui présentait alors les caractères spectroscopiques de l'hématoporphyrine acide. L'absence d'urobiline était prouvée par l'absence de fluorescence, par l'addition de zinc et d'ammoniaque. L'urine avait une odeur particulière ressemblant à celle de l'acétone et elle résistait pendant longtemps à la putréfaction. Il y a sans doute quelque relation entre cet état pathologique et l'anémie pernicieuse, dans laquelle il y a également dans l'urine un excès considérable de pigment dû probablement à une transformation anormale du sang et peut-être la constipation opiniâtre qui l'accompagne produit-elle l'absorption au niveau de l'intestin de produits anormaux qui altèrent le sang dans le système porte.

M. Dickinson. — Il y a quelques ressemblances entre cet état pathologique et les cas ordinaires d'hémoglobinurie.

M. Hunter. — La résistance de l'urine à la putréfaction rapproche cet état de l'anémie pernicieuse plutôt que de l'hémoglobinurie. Le foie paraît bien être le siège des transformations du sang. Le développement de la maladie chez deux sujets habitant la même maison est en faveur de l'origine toxique de la maladie.

M. Willett. — Les eaux de Turnbridge-Wells, que ces malades ont bues, renferment du fer qui peut avoir été la cause de la maladie.

M. Copeman. — Il est peu probable que la présence dans l'urine de l'hématoporphyrine qui n'est autre que de l'hématine dépourvue de fer soit la conséquence de l'usage d'eaux ferrugineuses. Quant à une intoxication, on n'a pas eu de raisons de la soupçonner et il n'y avait certainement pas d'empoisonnement par le gaz oxycarbonique ou par les aliments.

Gastrite subaiguë produisant des phénomènes d'anémie pernicieuse.

M. W. Hunter a observé un homme de 59 ans qui depuis 3 ans présentait tous les signes de l'anémie pernicieuse, sans aucun symptôme gastrique; il avait eu de temps à autre un peu de sensibilité de la langue avec formation sur la langue et sur la gorge de petites taches rouges se recouvrant quelquefois de vésicules. A l'autopsie, le foie, les reins et la rate présentaient les lésions que l'on observe dans les cas d'anémie extrême. L'estomac n'était le siège d'aucune lésion macroscopique autre qu'un amincissement très marqué de ses parois; au microscope, il offrait des altérations tenant à la fois de l'atrophie et de l'inflammation subaiguë: diminution du nombre des glandules, transformation fibreuse de la muqueuse, îlots de cellules embryonnaires dans les espaces intertubulaires.

SOCIÉTÉ HUNTÉRIENNE DE LONDRES

Séance du 14 *janvier* 1891.

Présidence de M. St. Mackenzie.

Hydronéphrose.

M. Symonds rapporte 3 cas d'hydronéphrose. Dans le premier, la ponction aspiratrice répétée 4 fois dans l'espace

de 3 mois produisit une amélioration, mais au bout de 6 ans il y avait une tumeur volumineuse que l'on fut forcé d'ouvrir; le rein fut incisé et drainé, il n'y avait pas de calcul; il persista une fistule et au bout de quelques mois on enleva le rein; le malade guérit complètement. Dans le deuxième, on incisa le rein, qui ne renfermait pas de calculs, il y avait un rétrécissement de l'uretère; le rein, qui était mobile, fut suturé; au bout de 3 mois de drainage il y eut une amélioration, mais 7 mois plus tard on fut obligé d'enlever le rein et la malade guérit. Dans le 3e cas, chez un enfant de 9 ans qui avait eu des lésions multiples après un accident, l'hydronéphrose disparut spontanément à plusieurs reprises.

L'auteur conclut que l'aspiration est incapable d'amener la guérison de l'hydronéphrose, laquelle guérit quelquefois spontanément, mais le plus ordinairement nécessite, après l'échec de l'aspiration, le recours à la néphrotomie suivie du drainage, s'il s'agit d'une affection calculeuse avec perméabilité de l'uretère, et la néphrectomie si l'uretère est oblitéré. L'existence d'une fistule rend la néphrectomie plus laborieuse.

M. Cl. Lucas. — Le 3e cas est probablement un cas de périnéphrose, dans lequel le liquide s'est collecté en kyste.

Lésions dans l'alcoolisme.

M. N. Pitt. —Sur 10 cas de cirrhose alcoolique j'ai rencontré 23 fois des lésions tuberculeuses, occupant le plus souvent le poumon, quelquefois sous la forme de tuberculose aiguë ou de péritonite tuberculeuse. Les lésions tuberculeuses des alcooliques revêtent le plus souvent la forme fibreuse.

AUTRICHE

SOCIÉTÉ IMPÉRIO-ROYALE DES MÉDECINS DE VIENNE

Séance du 23 janvier 1891.

Infection tuberculeuse de la mère au fœtus.

M. Czokor montre des pièces démontrant avec certitude la possibilité de cette transmission. Il les a prises sur une vache pleine, atteinte de tuberculose par inhalation et morte de tuberculose aiguë des séreuses. Le fœtus, bien conformé, avait dans le ligament hépato-duodénal 6 ganglions lymphatiques volumineux, en partie caséeux, en partie calcifiés, dans les couches périphériques desquels il y avait de nombreux follicules tuberculeux avec bacilles. L'infection tuberculeuse intra-utérine est donc possible : elle se fait probablement par la voie de la veine ombilicale, et ces tuberculoses peuvent subir des modifications régressives.

Remède de Koch.

M. Teleki. — Le malade, homme de 36 ans, dont je vais vous entretenir, était atteint depuis un an environ de tuberculose du sommet gauche, lorsqu'il se rendit à Berlin, au milieu de novembre dernier. Là il fut soigné par M. Cornet et ne réagit pas à des injections progressives parties de 1 milligr. C'est seulement à 40 milligr. qu'il eut une élévation de température (38°,9) qui ne dura que quelques heures. Puis il supporta avec indifférence des doses de 5, 6, 7, 8, 9 et 10 centigr. : au total, il reçut 18 injections, de 793 milligr.; alors il revint à Vienne, légèrement amélioré. Mais au bout de quelques jours fièvre et bronchite reparurent; la quinine fit tomber la fièvre, mais le catarrhe persista. Je fis, sans résultat, des injections de 3, 5, 8, 10 et 20 milligr., et je me décidai à doubler la dose.

Le lendemain le patient, homme fort intelligent, avait préparé lui-même son injection. Je la fis, et 6 heures après, la réaction était violente (40°, dyspnée) et je constatai alors que mon malade avait pris une pipette graduée en décigrammes et non en centigrammes. Je lui avais donc injecté 40 centigr. Heureusement, la réaction s'apaisa vite et le lendemain l'appétit était bon, la toux et l'expectoration avaient cessé. Je crois que c'est la plus forte dose jusqu'à présent employée.

M. Kowalski a vu à Berlin un phthisique considéré comme guéri, auquel on injecta 5 décigr. sans réaction.

M. Kowalski montre un extrait glycériné de cultures de bacilles de la tuberculose, d'après la formule donnée par Koch. C'est un liquide jaune, transparent, que l'auteur n'a pas encore expérimenté sur les animaux.

Salpingites.

M. Rosthorn croit que les inflammations des annexes sont plus fréquentes qu'on ne le disait autrefois : dans le service de M. Chrobak, elles constituent 10 0/0 des cas. Leur fréquence est plus grande à gauche. Etiologiquement, on compte sur 155 cas : 55 accouchements, 25 avortements, 37 blennorrhagies certaines, 48 blennorrhagies probables. Dans une première catégorie de faits, la participation du péritoine est secondaire; dans une seconde, au contraire, la périmétrite est le fait initial. M. Rosthorn a décrit ensuite, en confirmant, en somme, les données aujourd'hui établies, l'anatomie pathologique des diverses variétés de salpingite. Cliniquement, il pense, comme Martin, qu'on ne doit poser le diagnostic de salpingite que si, par le palper bimanuel, on sent un épaississement de la trompe à son insertion sur la corne utérine.

VARIÉTÉS

Le sorcier d'Arles-sur-Tech. — Un fait inouï vient de se produire dans une petite commune, à Serralongue (canton de Prats-de-Mollo, arr. de Céret, Pyr.-Orient.). Le 11 décembre dernier, un chien hydrophobe mordait au poignet le jeune Fr. Ll., âgé de cinq ans. Le père avertit le maire de Serralongue et fit appeler immédiatement un sorcier (*saloudadou* en catalan) d'Arles-sur-Tech, à qui il payait un abonnement. Dans beaucoup de communes ces sorciers ont un grand nombre de pratiques qui ont une foi absolue dans leur puissance. Aussi le maire de Serralongue n'a-t-il pas hésité à dire qu'il s'en référait, pour le cas qui nous occupe, à ce que dirait le *saloudadou* (1). Celui-ci fit enfermer l'enfant mordu par le chien enragé dans une chambre où l'obscurité était complète; il fut privé de manger de la viande, de boire de l'eau. Lorsque le jeune Ll. était obligé de sortir pour satisfaire un besoin naturel, on lui enveloppait totalement la tête avec une espèce de capuchon fabriqué pour la circonstance, on l'accompagnait et, lorsqu'il avait fini, on le réintégrait dans sa prison. Jour et nuit l'enfant était gardé par un membre de sa famille, d'où il en résulte qu'il y avait deux prisonniers au lieu d'un. Ce supplice devait durer ainsi pendant quarante jours. Mais l'affaire transpira et parvint aux oreilles de la gendarmerie qui, le 20 décembre dernier, commença une enquête et prévint l'autorité compétente. Le 24 décembre, M. P..., vétérinaire, procéda à l'autopsie du chien et reconnut qu'il était atteint d'hydrophobie. Averti du supplice que l'on infligeait au jeune Ll., il intima l'ordre de faire cesser la quarantaine imposée par le sorcier et de changer les conditions hygiéniques du pauvre patient. Mais, sitôt le vétérinaire parti, le régime imposé par le sorcier fut de nouveau rigoureusement suivi. Le vétérinaire, en ayant été prévenu, a adressé un rapport à l'administration, qui a donné ordre de faire cesser la situation odieuse dans laquelle se trouve le pauvre enfant. (*Progrès médical.*)

Livres déposés au Bureau du Journal

L'hygiène des petits enfants, par le Dr Pommageot, médecin consultant aux eaux de Bains-les-Bains (Vosges). Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris, 1890, 1 vol. in-18° de 56 pages. 1 fr. 50

Précis d'embryologie adaptée aux sciences médicales, par P. Gilis, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier. Préface de M. le professeur Mathias Duval. G. Masson, éditeur, 120, boulevard Saint-Germain. — Un volume in-18°, de la bibliothèque Diamant, avec 175 figures dans le texte. Cartonné toile anglaise, tranches rouges. 6 fr.

(1) D'après la version populaire, pour obtenir ce titre, il faut être le septième enfant mâle de la même famille sans interruption de fille. En naissant, le *saloudadou* porte déjà sur une main un signe naturel qui donne certains pouvoirs. Il passe pieds nus sur une barre de fer rougie à blanc sans se brûler. Il peut aussi y passer sa langue. Son souffle est tellement puissant qu'il peut éteindre un incendie ou un four de boulanger. Au moyen de signes ou oraisons diaboliques, les *saloudadous* bénissent le pain, et une fois qu'on en a mangé, aucun chien enragé ne peut jamais vous mordre, etc. Enfin, d'après cette stupide légende, les malheureux mordus par des animaux atteints de la rage sont toujours guéris par eux.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Imp. des Arts et Manufactures, 12 rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud.

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

PUBLIÉ PAR

LA GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Et servi gratuitement à tous les abonnés de ce journal

ABONNEMENTS SPÉCIAUX POUR MM. LES ÉTUDIANTS. — UN AN : 6 FRANCS

L. LEREBOULLET, Rédacteur en chef. — A. BROCA, Secrétaire de la Rédaction

Librairie de G. MASSON, 120, boulevard Saint-Germain.

SOMMAIRE

ACTES DES FACULTÉS DE MÉDECINE

PARIS

Thèses du 9 au 14 février 1891.

Jeudi 12. — M. Dupré. Les infections biliaires. — Etude bactériologique et clinique. — M. Laloy. Application thérapeutique de la suggestion hypnotique. — M. Legueu. Calculs du rein et de l'uretère au point de vue chirurgical. — M. Petit. De l'hygroma trochantérien.

Prix Châteauvillard. — Partagé ainsi qu'il suit : 1° 1,000 fr. à MM. les docteurs Morel Lavallée et Belières (de Paris), pour leur travail en collaboration sur *la syphilis et la paralysie générale*; 2° 500 fr. à M. Dupuy, pour son ouvrage sur *les alcaloïdes*; 3° 500 fr. à M. le docteur Jules Bœckel (de Strasbourg), pour son ouvrage sur *la résection du genou*.

Prix Montyon. — Décerné à M. le Dr P. Raymond pour son travail sur la grippe à Paris en 1889-90.

VARIÉTÉS

Académie des sciences. *Prix Dusgate* 1890. 2,500 fr. (*Signes diagnostiques de la mort et moyens de prévenir les inhumations précipitées*). Les deux mémoires manuscrits récompensés dans la séance publique du 29 décembre 1890 et portant pour devises : l'un, *Fac, non spera*, l'autre l'*Egalité devant la mort*, ont pour auteurs, le premier, M. le docteur Henri Arnaud (de Saint-Gilles), et le second, M. le docteur Mazo (du Havre).

Concours aux emplois de médecins du traitement à domicile. — Un concours aux emplois de médecins du traitement à domicile s'ouvrira le lundi 16 février 1891.

Les candidats devront se faire incrire à l'administration centrale de l'Assistance publique, avenue Victoria, 3 (service des secours à domicile), de onze heures à quatre heures.

Les inscriptions (seront) reçues jusqu'au samedi 17 janvier, à quatre heures, inclusivement.

Les candidats doivent justifier qu'ils sont Français, âgés de 25 ans au moins, munis d'un diplôme de docteur d'une des facultés de médecine de l'Etat, et prendre l'engagement de résider, aussitôt après leur institution, dans l'arrondissement où ils doivent exercer leurs fonctions ou dans un quartier limitrophe.

Il sera délivré récépissé de la déclaration de candidature et du dépôt des diverses pièces. Un exemplaire du règlement du concours sera remis aux candidats lors de leur inscription.

Le professeur Koch a, d'après une dépêche du 2 février, quitté Berlin le 1er février, pour une destination inconnue.

— Les questions données cette année au concours de l'externat ont été les suivantes :

ANATOMIE. — *Nouveaux*. Muscles fléchisseurs superficiel et profond des doigts et fléchisseur propre du pouce. — Artère humérale. — Clavicule. — Articulation tibio-tarsienne. — Rapports de l'estomac. — Muscle sterno-cléido-mastoïdien. — Articulation du coude. — Tiers supérieur du fémur. — Artère fémorale. — Muscle psoas iliaque. — Vertèbres dorsales. — Rapports du foie. — Crosse de l'aorte. — Muscles de la région antérieure de la jambe. — Artère axillaire. — Rapports des reins. — Os maxillaire inférieur.

Vétérans. — Rapports du poumon. — Rapports du rectum. — Rapports de l'œsophage. — Ligaments de l'articulation du genou.

PATHOLOGIE. — *Nouveaux*. De la saignée. — Appareil plâtré pour une fracture de jambe sans plaie. — Symptômes et diagnostic de la rougeole. — De l'entorse. — Des brûlures. — Symptômes de l'ascite, technique de la ponction de l'ascite. — Fracture de l'extrémité inférieure du radius. — Cathétérisme de l'urèthre chez l'homme. — Signes de la pneumonie franche. — Fractures de clavicule. — Technique de l'autopsie des cavités thoracique et abdominale. — Vaccination contre la variole. — Signes de la pleurésie aiguë. — Fractures de l'extrémité inférieure du péroné.

Vétérans. — Symptômes et diagnostic de la scarlatine. — De l'épistaxis. — Anthrax. — De la blennorrhagie aiguë. — Des lavements. — Panaris.

Les femmes médecins, la médecine. — Il y a maintenant, dans les Etat-Unis et au Canada, 47 collèges de médecine admettant les 2 sexes et 9 réservés aux femmes seules. (*Medical Record*, 3 janvier 1891, p. 19).

Arrachement du scrotum. — Dans un des derniers numéros du *British medical Journal*, M. Stolkarrt rapporte un accident peu commun survenu chez un homme qui le fit appeler. Le scrotum était déchiré et de chaque côté la tunique vaginale était ouverte, laissant le testicule à nu. Le malade et sa maîtresse rentraient chez eux après de nombreuses libations. Chemin faisant, la dame exprima le désir d'avoir des rapports intimes avec son ami, ce à quoi ce dernier ne consentit point. Elle le saisit alors par le scrotum et y produisit les ravages que nous venons de rapporter. Le malade guérit du reste. (*New-York medical journ.*, 24 janvier, p. 102.)

COURS LIBRES

Hôpital des Enfants malades. — M. le docteur Jules Simon les mercredis à 9 heures. Tous les samedis, consultation clinique.

Hôpital Trousseau. — M. le professeur Lannelongue fait des conférences suivies d'exercices cliniques tous les mercredis, à 9 heures et demie du matin, à l'hôpital Trousseau, 89, rue de Charenton.

M. Legroux, médecin de l'*Hôpital Trousseau* fait dans cet hôpital ses conférences cliniques, tous les mercredis à 9 heures et demie. Visites le matin à 9 heures. Consultations les mardis et vendredis à 10 heures.

Hôpital Necker. — M. le Dr Rendu fait des leçons cliniques le jeudi à 10 heures.

M. le Dr Landolt commencera un cours de thérapeutique oculaire, en sa clinique, 27, rue Saint-André-des-Arts. Ce cours est destiné essentiellement aux étudiants et jeunes médecins. Il aura lieu le samedi à 1 heure, à partir du samedi 7 février.

Avis à MM. les abonnés.

La table de la Gazette hebdomadaire et du Mercredi médical est en composition et sera expédiée aux abonnés dans les premiers jours du mois.

CLINIQUE INFANTILE

Considérations cliniques sur la maladie de Friedreich, par le Dr L. Baumel, chargé du cours de clinique des maladies des enfants. Leçon faite à l'hôpital général de Montpellier et recueillie par E. Magnol, interne du service.

Messieurs,

Vous avez dû vous apercevoir que les maladies du système nerveux tiennent, pour le moment du moins, une place importante dans notre clinique des enfants. Elles y sont représentées, en effet, par une hystérique, plusieurs épileptiques, deux idiots, une paralysie infantile, une sclérose en plaques, et enfin par un cas de maladie de Friedreich, que j'ai choisi intentionnellement aujourd'hui comme sujet de ma leçon, car il nous fournit l'occasion favorable de voir ensemble et de comparer entre elles quelques-unes des maladies du système nerveux, dont chaque jour vous voyez des exemples dans nos salles.

Je ne croyais pas, au moment où j'ai pris le service, en trouver un aussi grand nombre dans une clinique infantile, mais, en y réfléchissant bien, la chose n'a rien de très surprenant par elle-même.

Le système nerveux de l'enfant est très facilement atteint. Il manifeste ses impressions avant les autres organes. C'est ainsi que chez lui, par exemple, la convulsion remplace, vous le savez, le frisson initial que l'on observe dans les maladies fébriles chez l'adulte : ne soyons donc pas surpris que, dans certains états pathologiques aigus ou chroniques, le retentissement sur le système nerveux soit tel, que ce dernier en garde parfois des altérations définitives.

C'est un fait de ce genre que nous avons à observer chez le malade, âgé de onze ans, dont je désire aujourd'hui vous entretenir. Il est couché au n° 9 de la salle Saint-Joseph. Voici en quelques mots son histoire clinique :

A l'âge de six mois, il fut atteint d'une coqueluche, au cours de laquelle survinrent des convulsions et, par la suite, il s'est trouvé dans l'état où vous le voyez actuellement.

Y a-t-il un rapport à établir entre ces convulsions survenant au cours d'une coqueluche et la maladie dont il est atteint? C'est ce que nous essayerons d'élucider; mais cette question, je ne vous le cache pas, présente de bien grandes difficultés.

Je ne vous ai rien dit au point de vue de ses antécédents personnels, antérieurs à la coqueluche. Ils n'offrent rien d'intéressant à noter. Je n'ai rien à ajouter non plus au point de vue de ses antécédents héréditaires, si ce n'est que le père nous a déclaré avoir eu, il y a longtemps de cela, une ulcération au prépuce sur la nature de laquelle, du reste, il n'a pu nous donner aucun renseignement précis.

Etait-elle syphilitique? c'est possible. En tout cas, nous devons en tenir compte : nous pourrions y trouver peut-être l'explication des manifestations pathologiques actuellement observées par nous chez cet enfant.

Je vais essayer de vous faire de son état une description aussi exacte que possible, bien que la vue seule du malade, lorsqu'il exécute un mouvement volontaire, soit bien plus significative et bien plus éloquente que tout ce que je pourrais vous dire à son sujet.

Vous avez tous pu voir que cet enfant, âgé de 11 ans, est impotent, et cela d'une manière absolue : membres inférieurs, membres supérieurs, langue, muscles de la face, tout chez lui exprime l'impotence fonctionnelle.

Aux membres inférieurs, elle se traduit, ou plutôt elle se traduisait, au moment où il m'a été confié, par une impossibilité de la marche ou même de la station debout, et par une absence totale du réflexe rotulien.

A cette heure encore, il est obligé de rester couché ou assis une bonne partie de la journée.

Si on essaye de le faire marcher en le tenant au-dessous des bras, il jette ses jambes à droite et à gauche, exécute des mouvements absolument désordonnés, frappe violemment le sol du talon sans que ces efforts servent en aucune façon à la locomotion ou à la sustentation. Son aspect, en un mot, rappelle celui de l'ataxique adulte avec son incoordination spéciale qui, chez lui, se constate même du côté des membres supérieurs ; mais ce qui frappe le plus, c'est l'effondrement qui aurait fatalement lieu si le malade n'était soutenu.

S'il veut saisir un objet, sa main, loin d'aller droit au but, oscille quelques instants autour de celui-ci, plane pour ainsi dire un peu de temps au-dessus et s'abat tout à coup, violemment, grande ouverte, puis les doigts se crispent, dans une attitude forcée, pour saisir l'objet, qu'il ne soulèvent qu'avec peine s'il est tant soit peu lourd ou volumineux. Si on lui fait porter la main au front, il n'y arrive qu'après être allé à droite et à gauche et s'être frappé violemment.

Je pourrais multiplier ainsi le nombre des exercices, sans obtenir un meilleur résultat.

Son impotence s'étend jusqu'à la langue et aux lèvres : il ne peut articuler nettement aucun mot : les voyelles seules se distinguent quelque peu ; quant aux consonnes, elles n'existent plus pour lui.

S'il mange, les aliments ne sont ni retenus par les lèvres, ni ramenés sous les molaires par les joues et la langue. Sa mastication est donc très difficile et on en est réduit à le nourrir de substances demi-liquides, ou même liquides, qu'il ne déglutit encore qu'avec difficulté et non sans en perdre une certaine quantité.

La salive s'écoule constamment de sa bouche qu'il ne peut tenir hermétiquement fermée.

Un dernier caractère que je considère comme très important, c'est l'apparente impossibilité pour le malade de garder le repos absolu, c'est-à-dire l'immobilité complète.

Si on le prie de rester un instant sans remuer, il incline, *involontairement* croirait-on, la tête de droite à gauche ; ses pieds et ses mains sont dans un état de mouvement continuel et les muscles de la face y participent, donnant à sa physionomie une mobilité extraordinaire.

Au milieu de cet ensemble de symptômes, les fonctions intellectuelles sont parfaitement conservées et même bien développées pour un enfant de cet âge.

Voilà, messieurs, deux choses qui nous frappent et qui paraissent opposées : d'une part l'ataxie, l'incoordination des mouvements voulus ; de l'autre, l'athétose, c'est-à-dire l'impossibilité, apparente ici, de rester immobile.

Je viens de prononcer le mot athétose, à tort peut-être; j'aimerais mieux qualifier ces mouvements de choréiformes.

Vous savez, d'ailleurs, que l'athétose et la chorée sont bien près l'une de l'autre : dans la première comme dans la seconde, les mouvements peuvent être bilatéraux, ou simplement unilatéraux; mais ce qui les distingue surtout dans ces deux cas, c'est leur dimension, leur amplitude, certaines attitudes prises par les membres.

Dans l'athétose, il semble que les mouvements, lents, vermiformes, incessants, limités le plus souvent aux ex-

trémités, s'accompagnent d'attitudes forcées et tout à fait anormales : dans la chorée, les mouvements, inconstants, paraissent normaux mais simplement exagérés.

Chez notre malade, nous observons surtout une exagération des mouvements normaux, mais il n'existe pas d'attitudes vicieuses. Quant aux mouvements, en apparence involontaires, exécutés par l'enfant, de fait il n'en existe point et c'est le moindre mouvement *voulu* de la tête ou des membres qui donne à ce malade l'apparence de l'instabilité la plus parfaite et cet aspect grimaçant qui excite à la fois, au moment de la visite, votre hilarité et celle de son entourage.

L'étude des symptômes de cette maladie nous met en présence de bien des affections du système nerveux chez l'enfant.

Passons-les en revue une à une, pour nous arrêter à celle qui répond au véritable diagnostic. Je commence par l'ataxie locomotrice, qui présente de grandes ressemblances avec ce que je viens de vous décrire.

Dans l'ataxie de l'adulte, il y a surtout de l'incoordination motrice. Vous savez ce qu'est cette maladie au point de vue de sa lésion. Vous connaissez la constitution de la moelle; et vous savez que c'est dans la zone radiculaire postérieure que se trouve l'altération de l'ataxie, la sclérose des cordons blancs postérieurs.

Mais elle ne reste pas cantonnée là ; elle s'étend peu à peu à la substance grise et envahit même quelquefois les cornes antérieures, faisant des *échappées*, passez-moi le mot, de distance en distance, mais en gardant toujours le même siège comme lésion principale ou prédominante. Cet envahissement horizontal de la moelle s'observe bien plus rarement chez l'enfant : chez lui la lésion s'étend plutôt dans le sens vertical. C'est précisément cette lésion qui constitue, en pathologie et clinique infantiles, une maladie considérée le plus souvent comme héréditaire et désignée sous le nom de maladie de Friedreich.

Le rôle de l'hérédité n'est pas, à proprement parler, aussi considérable qu'on veut bien le dire.

Les détails que je vais vous donner à ce sujet sont empruntés à la remarquable thèse de doctorat de mon excellent collègue et ami M. le Dr Brousse (1).

Je tiens l'appréciation de mon collègue en très haute estime. Je ne puis toutefois accepter, comme héréditaires, des cas qui me paraissent fort douteux à cet égard.

D'après lui, les cas observés par Friedreich, l'ont été dans trois familles seulement.

Dans la première famille on compte : une mère hémiplégique et un père alcoolique ; cela ne constitue pas une hérédité bien grande et il faut être bien complaisant pour admettre cette façon de la comprendre.

Je veux bien que l'on tienne compte de tout ce qui se produit dans une même famille, mais il ne faudrait pas en conclure, par exemple, que alcoolisme, hémiplégie et maladie de Friedreich sont choses, sinon identiques, du moins susceptibles de se transformer même héréditairement les unes en les autres.

Dans la deuxième famille, la mère est *bornée*, le père *déréglé*. Friedreich en conclut que le père a *dû engendrer en état d'alcoolisme aigu;* il est mort, du reste, de *phthisie laryngée*. Je ne vous cache point que je ne vois pas bien encore où est l'hérédité dans ce dernier cas. Quant à l'alcoolisme, je ne sais si l'on peut lui attribuer une importance aussi considérable. Il me semble que, dans ce cas, les ataxiques héréditaires devraient être bien plus nombreux qu'ils ne le sont en réalité. Il resterait enfin à savoir pourquoi ce serait tantôt cette maladie, tantôt l'épilepsie, tantôt enfin l'idiotie, l'imbécillité ou toute autre forme d'aliénation mentale qui se produiraient.

Nous sommes loin de pouvoir le dire actuellement. Si l'on peut *affirmer* que l'alcoolisme est responsable de tout cela, il est toutefois impossible de le démontrer d'une *manière bien évidente*.

Dans la troisième et dernière famille, *il n'y a pas d'antécédents héréditaires*, mais *trois frères ou sœurs sont morts en bas âge*.

Ce mot « hérédité » est bien gros de conséquences, vous l'avouerez sans peine, Messieurs, et il a peu d'importance chez les enfants d'ataxiques, qui sont rarement atteints de la maladie présentée par leurs ascendants. On a pu lui en attacher beaucoup plus parce qu'on a vu plusieurs enfants, dans une même famille, être atteints de cette maladie.

Mais encore dans ce cas il faut se méfier des affirmations des malades et de leurs parents, enclins à tout expliquer. Il faut voir par soi-même ce qu'il y a de vrai dans les dires de chacun. S'il y a des atrophies, par exemple, il ne faut pas se presser de conclure à l'hérédité, en tant du moins qu'ataxie. En un mot, et pour résumer mon opinion, ce n'est pas le plus souvent la maladie, mais le vice organique diathésique qui est héréditaire.

Ceci en principe accepté, nous avons à établir en quoi la maladie de Friedreich (que nous n'appellerons plus héréditaire, si vous le voulez bien), en quoi, dis-je, cette maladie diffère de l'ataxie de l'adulte ; le voici.

Dans l'ataxie proprement dite, les zones radiculaires postérieures sont prises ; ce sont elles aussi qui sont intéressées dans la maladie de Friedreich, malgré bien des discussions encore pendantes et qui ont été tout récemment élucidées par les travaux de MM. Letulle et Déjerine (1).

Les symptômes des deux maladies se confondent aussi en partie : seules les douleurs fulgurantes et les zones d'anesthésie et d'hyperesthésie qui s'établissent chez l'adulte ataxique, dès que la substance grise est atteinte, font défaut, dans la maladie qui nous occupe, chez l'enfant.

Voilà déjà des différences assez grandes, nous allons en voir d'autres tout aussi importantes.

L'occlusion des paupières, qui trouble si fortement la marche de l'ataxique, est ici sans influence sur l'incoordination motrice. L'enfant a peur de tomber, mais le désordre n'augmente pas.

Enfin, comme je vous l'ai indiqué, les troubles de la parole sont très communs dans la maladie de Friedreich, alors qu'ils sont l'exception dans l'ataxie commune.

Il semble donc, d'après ces données, que la maladie dont nous parlons se propage plutôt dans le sens vertical, alors que l'ataxie de l'adulte s'étend surtout dans le sens horizontal.

Mais, Messieurs, le diagnostic deviendra bien plus clair pour vous, si nous comparons cette maladie avec d'autres analogues du système nerveux.

Prenons, par exemple, la sclérose en plaques disséminées : si vous y trouvez des troubles d'incoordination motrice et de l'embarras de la parole, vous y voyez aussi le nystagmus, souvent difficile à apprécier il est vrai, et si vous voulez bien rapprocher l'enfant dont je vous parle de la malade, couchée au n° 1 de notre salle de clinique des filles, qui est atteinte de cette dernière maladie, vous saisirez facilement les différences qui séparent

(1) Brousse : Ataxie héréditaire. Thèse de Montpellier, 1882.

(1) Letulle et Déjerine. Sur la nature de la sclérose des cordons postérieurs dans la maladie de Friedreich. *Soc. de Biologie*, 8 mars 1890.

ces deux cas pathologiques l'un de l'autre en constatant chez celle-ci du nystagmus, de l'exagération des réflexes tendineux, de la trépidation épileptoïde, symptômes qui manquent absolument dans la maladie de Friedreich, ainsi d'ailleurs que le tremblement spécial à la sclérose en plaques, qui n'a rien de commun avec les mouvements en apparence choréiformes de notre malade.

Pensez-vous que nous ayons suffisamment établi le diagnostic de cette maladie du système nerveux?

Non, car j'en aurais bien d'autres à lui opposer; mais pour vous montrer les principales difficultés avec lesquelles on se trouve aux prises pour arriver à un diagnostic précis, je me contenterai de comparer l'atrophie cérébrale et la paralysie infantile avec la maladie qui nous occupe.

On entend, Messieurs, par atrophie cérébrale l'atrophie d'un lobe du cerveau. C'est généralement le résultat d'une encéphalite aiguë des premières années de l'existence. Il se produit, au début, une sclérose névroglique, étouffant d'abord les cellules nerveuses et se continuant par la dégénérescence descendante du faisceau pyramidal correspondant. Le cas que nous observons n'est pas si éloigné de cette maladie qu'il peut le paraître *a priori* : on a remarqué que lorsque la lésion intéresse le voisinage, dans la capsule interne, du bord postérieur du faisceau pyramidal, on a remarqué, dis-je, une période d'excitation de ce faisceau ayant pour conséquence la production de mouvements athétosiques ou choréiformes du même côté ou du côté opposé. Il n'est pas indifférent de rapprocher ce fait des conséquences possibles d'une maladie aiguë, mais je m'empresse de vous faire remarquer que, dans ces cas d'atrophie d'un lobe, les mouvements anormaux sont unilatéraux, et non bilatéraux comme vous avez pu les observer vous-mêmes chez notre malade.

On pourrait admettre, il est vrai, l'existence d'une lésion cérébrale bilatérale. Outre que le fait doit être infiniment rare, on aurait de la difficulté à comprendre alors que cette lésion si intense des régions motrices, ne s'étendît ni aux zones de sensibilité, ni à celles de l'idéation, absolument intactes chez l'enfant dont je vous parle.

Il y a encore à comparer cette maladie, dont j'essaye de préciser devant vous le diagnostic, avec la paralysie infantile, causée, vous le savez, par une altération des cellules motrices des cornes antérieures de la moelle, et qui survient en quelques jours, entraînant à sa suite, et comme conséquence des pieds-bots, des déviations du rachis, des impotences fonctionnelles des membres. Consécutivement à cette atrophie on voit parfois se produire une sclérose secondaire des cordons de la moelle.

La chose pourrait être telle ici; pourtant, si l'atrophie existe, il faudrait admettre que la dégénérescence a gagné toute la hauteur de la moelle, ce qui n'est pas le fait habituel de la paralysie infantile qui dissémine, et surtout circonscrit, ses foyers de sclérose.

Je vous en ai montré un cas dans la salle de clinique des garçons, au n° 5, et vous y avez vu l'atrophie localisée au membre inférieur gauche seulement, ce qui permet bien vite de distinguer l'un de l'autre ces deux états pathologiques. Je crois donc que nous pourrons éliminer la paralysie infantile comme nous avons éliminé la sclérose cérébrale. Maintenant, au point de vue de ce faisceau pyramidal, qui occupe les 2[3 antérieurs du segment postérieur de la capsule interne, on n'est pas surpris de voir sa lésion se produire avec des mouvements légèrement athétosiques ou choréiformes; mais il faut que la lésion soit bilatérale pour observer des mouvements bilatéraux de cette nature.

Après vous avoir exposé les raisons qui me font rapprocher notre malade des malades de Friedreich, je tiens à vous exposer celles qui l'en éloignent.

Je m'explique, Messieurs; je pense avoir affaire à la lésion de l'ataxie, mais je crois qu'elle demande à être séparée de la maladie de Friedreich en tant du moins que maladie héréditaire.

Tout d'abord nous n'en n'avons pas vu le début : nous n'assistons qu'à la 2e période, et il est fort difficile d'établir la part qui revient à l'hérédité (à moins qu'il ne s'agisse, ce qui à la rigueur me paraît possible, d'une hérédité syphilitique), ainsi que celle qui incombe aux convulsions survenues au cours de la coqueluche. Il est un fait certain et bien digne d'être noté, c'est que son unique sœur, âgée de cinq ans, est absolument indemne.

Je dois ajouter que la maladie de Friedreich ne se développe pas d'aussi bonne heure en général; c'est de 9 à 10 ans ou même plus tard qu'on la voit se manifester; ce n'est que par extraordinaire qu'on l'observe au-dessous de cet âge.

Quant à moi, voici comment je crois devoir formuler l'idée que je me fais de ce cas : nous sommes en présence d'une ataxie locomotrice, mais cette ataxie, tout en revêtant les caractères de la maladie de Friedreich, se distingue d'elle, et par l'âge auquel elle est survenue dans notre cas, et par l'absence de toute espèce d'hérédité ataxique chez les ascendants. Si le diagnostic est difficile, le pronostic est grave et le traitement curatif à peu près impuissant.

Le pronostic tire, en effet, sa gravité de la marche progressive de la maladie et de l'impossibilité de l'enrayer par un traitement quelconque.

On a en vain essayé de toutes les médications : rien n'a réussi. Que faire donc, dans le cas présent?

J'ai donné de la liqueur de van Swieten, de l'iodure de potassium, pensant avoir ainsi prise sur la syphilis probable, transmise par le père et influençant le fils par hérédité : mais, en somme, les lésions actuelles ont pris droit de domicile, et s'il y a des dégénérescences, nous ne pouvons pas espérer les faire rétrograder.

Désarmés donc, sur ce terrain, il nous restait le traitement symptomatique.

Cet enfant présentant de l'impotence fonctionnelle, j'ai pensé que la gymnastique musculaire était le meilleur de tous les traitements, dans les conditions où nous nous trouvons placés.

Il faut savoir profiter, en effet, des moyens, quelque faibles soient-ils, dont on dispose. J'ai donc fait construire un chariot sur roulettes, de la taille de l'enfant. Celui-ci, soutenu en station verticale, s'appuie sans doute sur les bras, mais ses pieds reposent sur le sol et là il se livre à un exercice de marche biquotidien et de une ou deux heures chaque fois.

Il semble que nous ayons gagné quelque chose au point de vue de la station debout, possible contre le lit, contre un mur, et des mouvements des pieds moins désordonnés que dans le principe. Il lui était, au début, impossible de garder la station verticale : maintenant, il se cramponne avec les mains à un objet quelconque et arrive à se tenir droit pendant quelques instants.

En outre, les mouvements des pieds sont plus coordonnés, ou plutôt moins incoordonnés : ce n'est pas dans un jour, du reste, que nous rendrons au malade ce qu'il a mis 10 ans à perdre, mais je ne vous cache pas que je n'osais pas espérer un résultat relativement aussi heureux ni surtout aussi rapide.

Mais, n'obtiendrions-nous même qu'une amélioration; supposez, par exemple, que ce malade arrive à se tenir debout et à marcher avec 2 béquilles, ce sera beaucoup

à mon avis et nous aurons eu le mérite de rendre un impotent à la vie commune.

Je me résume donc, pour ce qui est du traitement, en vous disant :

Que je continue l'iodure et le bichlorure d'hydrargyre à titre de résolutifs généraux et peut être spécifiques; que j'exercerai sur les fonctions digestives une action tonique et continue afin d'activer la nutrition générale en y adjoignant, s'il le faut, des phosphates; peut-être même y ajouterai-je à un moment donné quelques préparations de strychnine à titre d'excitant spécial.

Mais je compterai surtout sur la gymnastique fonctionnelle qui nous a déjà donné de bons résultats, et à laquelle j'ajouterai bientôt l'électricité dont je me servirai surtout comme excito-moteur, aidant et activant les effets des exercices musculaires dont je ne saurais trop me louer dans le cas que je viens d'analyser aujourd'hui devant vous.

REVUE DES JOURNAUX

Affections laryngées (Laryngologische Mittheilungen), par Landgraf (*Berl. klin. Woch.*, 5 janvier 1891, p. 13). — L'auteur rapporte plusieurs cas d'affections laryngées de diagnostic délicat.

Dans une première observation, il s'agissait d'un sujet atteint depuis 3 ans d'inflammation chronique de la muqueuse du nez, de la gorge, du larynx, de la trachée, de la bouche avec conjonctivite. En de certains points on voyait l'affection en période aiguë caractérisée par de la rougeur, des exulcérations disséminées, en d'autres points on constatait la présence d'un tissu cicatriciel avec atrophies partielles. Il ne s'agissait ni de tuberculose ni de syphilis; tout traitement resta sans effet. L'auteur pense que le seul diagnostic possible est celui des pemphigus bien qu'il n'y ait eu aucune manifestation cutanée.

Dans trois autres manifestations, Landgraf montre la difficulté parfois grande de distinguer le cancer du larynx des autres affections chroniques. Dans ces cas le diagnostic histologique décida seul de la nature de la maladie. Il s'agissait de fibromes.

Les deux dernières observations ont trait à des ankyloses de l'articulation crico-aryténoïdienne constatées directement. L'auteur tenta de déterminer mécaniquement des mouvements de l'articulation sans obtenir de résultat satisfaisant. Dans le premier cas où l'on pourrait soupçonner la syphilis, le traitement ioduré donna à la langue une légère amélioration.

Diabète insipide et adipose généralisée (Diabetes insipidus und Adipositas universalis), par Voss (*Berl. klin. Woch.*, n° 21, p. 9, janvier 1891). — Le cas se rapporte à une adolescente de 17 ans, de famille absolument saine, et ayant toujours été bien portante. Il n'y avait eu ni affection nerveuse antérieure, ni traumatisme susceptible d'impressionner le système nerveux. Les symptômes se développèrent dans l'ordre suivant : anorexie, polydipsie, polyurie, plus tard polyphagie, enfin adipose prédominant au tronc. La polyurie oscillait entre 5 et 7 litres, ou même dix litres ; du reste, les urines avaient les caractères habituels en pareil cas ; la quantité et la densité des urines étaient à peu près indépendantes de l'ingestion. Après avoir passé en revue la pathogénie complexe du diabète insipide, et les conditions si disparates de son développement, l'auteur est forcé de conclure que son cas ne rentre dans aucun des types classés, que l'origine est absolument obscure, et qu'une influence nerveuse précise, en particulier, est complètement à rejeter. Du reste, la concomitance si étrange de l'adipose obscurcit encore le fait plutôt que de l'éclairer : elle indique plutôt une causalité morbide générale, que l'intervention d'un appareil donné. A noter que l'antipyrine fut sans effet, ce qui n'est pas en faveur d'une étiologie nerveuse.

Rétinite diabétique (Diabetische Netzhautentzündung) par Hirschberg) *Deut. med. Woch.*, décembre 1890) n°s 51 et 52, p. 1181 et 1236. — Il s'en faut que les altérations rétiniennes soient aussi fréquentes et aussi notoires dans le diabète que dans le mal de Bright. Malgré les travaux de Frerichs, Sénator, Ewald, de Wecker, etc. la rétinite diabétique est encore insuffisamment connue. L'auteur, dans un important mémoire, illustré de nombreuses figures, a le mérite de bien établir les caractères et les formes de la rétinite diabétique, en la comparant à la rétinite albuminurique pour indiquer les points de contact et les aspects différentiels des deux affections. Il a soin de mettre en garde contre les faits de diabète, où la complication albuminurique pourrait induire en erreur. Parmi les lésions rétiniennes diabétiques pures de toute intervention mixte, il y a lieu de distinguer 3 formes principales : 1° inflammation centrale de la rétine, ponctuée, à petits foyers clairs ; 2° hémorrhagies rétiniennes avec les processus inflammatoires et dégénératifs qui s'y rattachent, 3° lésions plus rares, dépôts pigmentaires avec rétrécissement du champ visuel et héméralopie. L'auteur complète ses descriptions en rappelant des faits cliniques correspondant à chacun de ces types.

Arythmie cardiaque des obèses (Herzarhythmie der Fettleibigen), par Kisch (*Deut. med. Woch.*, n° 52, p. 1234, déc. 1890). — L'obésité caractérisée ne va guère sans un degré variable de surcharge ou de dégénérescence graisseuse du cœur. C'est à Nothnagel qu'on doit surtout d'avoir signalé les troubles cardiaques qui surviennent en pareil cas, et surtout l'arythmie. L'auteur a observé cette arythmie chez les obèses ayant dépassé 50 ans, et a pu recueillir 700 tracés sphygmographiques. Les troubles, légers quand il y a simple surcharge, deviennent beaucoup plus graves quand s'ajoute la dégénérescence vraie. Au point de vue fonctionnel, c'est toujours la même série morbide, palpitations, douleurs, dyspnée, angoisse, vertige, état lipothymique. Physiquement, on constate des signes de dilatation cardiaque, des intermittences et des irrégularités. A la fin, on a le délire du cœur de Bouillaud. Contre Fothergill et Lasègue, l'auteur pense que la valeur pronostique des intermittences est moins fatale que celle des irrégularités. Des sujets ont été suivis 20 ans, souffrant de quelques rares intermittences. Il faut mettre en cause, pour expliquer ces troubles, la lésion des appareils ganglionnaires du cœur, l'étouffement de la fibre cardiaque, ou sa dégénération qui peut conduire au complexus de l'asystolie vraie.

Indol et phénol d'origine bactérienne (Indol und Phenolbildung durch Bacterien), par Lewandowski (*Deut. med. Woch.*, déc. 1890, n° 51, p. 1186). — On sait quelle importance les produits chimiques d'origine microbienne peuvent prendre secondairement, au cours des infections, à titre d'irritants des organes d'éliminatation, ou encore de quelle manière ils permettent d'induire le fonctionnement organique lorsque leur présence est constatée dans les urines. L'auteur a tenté d'expérimenter, *in vitro*, quelles sont les espèces bactériennes qui produisent de l'indol et du phénol. Son étude a porté sur 33 espèces bactériennes. Chose curieuse, il s'est trouvé que 18 espèces, dont la plupart de celles qui sont pathogènes pour l'homme, ne donnent lieu à aucune formation d'indol ou de phénol, 15 espèces produisent de l'indol, 9 de l'indol et du phénol. Du reste la répartition de cette propriété morbide n'est soumise à aucune loi: elle existe ou manque, suivant les cas, dans des espèces bactériennes très voisines.

Résorption de l'iodure de potassium en onctions (Resorption von Iodkalium in Salbenform), par Peters (*Centralb. für kl. Med.*, déc. 1890, n° 51, p. 937). — On est loin d'être fixé sur ce point de physiologie thérapeutique. Rœhrig et Fleischer ont obtenu dans leurs recherches des résultats négatifs; Rozsahegyi, au contraire, admet l'absorption. Les expériences de l'auteur confirment cette dernière opinion et l'ont amené aux conclusions suivantes. L'application externe de pommade à l'iodure de potassium, que l'excipient soit l'axonge ou la vaseline ou la lanoline, est suivie de l'absorption et de la mise en circulation d'une petite partie de l'iode. Ce corps est éliminé par les urines, mais sans les modifier sensiblement, et en passant aisément inaperçu. Le meilleur moyen de le mettre en évidence est la calcination et l'emploi méthodique du réactif sulfo-carboné.

Une démonstration objective des propositions précédentes a été donnée par l'auteur à la suite de Meurer : à la suite de frictions iodurées chez des malades d'ailleurs soumis à la

médication mercurielle interne, ils ont vu la conjonctive s'enflammer gravement par le fait de précipitations hydrargyriques à son niveau.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 3 février 1891.

Présidence de M. Tarnier.

Election.

M. Weber est élu membre titulaire dans la section de médecine vétérinaire, par 40 voix sur 72 votants (majorité 37) contre 32 à M. Mégnin.

Coagulation du lait.

M. Béchamp commence une communication sur les phénomènes de l'aigrissement et de la coagulation spontanée du lait de vache. — (Cette communication sera résumée après son achèvement dans la prochaine séance.)

Vaccination obligrtoire.

M. Léon Colin. — Les faits que j'ai observés en 1870-71 à l'hôpital temporaire des varioleux de Bicêtre, comme médecin chef de l'armée de la défense de Paris, n'ont pu que confirmer mon opinion conforme à celle des partisans de la vaccination obligatoire, de la déclaration, de l'isolement et de la désinfection comme mesures prophylactiques de la variole.

On sait comment ces diverses mesures ont peu à peu été généralisées dans l'armée française.

Depuis la création de la statistique sanitaire militaire, la mortalité par variole parmi nos soldats a été la suivante : en 1863, 67 décès; en 1864, 69 ; en 1865, 55; en 1866, 43 ; en 1867, 70; en 1868, 156; en 1869, 63; en 1870-1871, pas de statistique; en 1872, 46 ; en 1873, 19 ; en 1874, 14 ; en 1875, 77 ; en 1876, 127 ; en 1877, 92 ; en 1878, 98; en 1879, 42; en 1880, 73 ; en 1881, 41 ; en 1882, 42; en 1883, 15; en 1884, 15; en 1886, 17 ; en 1887, 18 ; en 1888, 14; en 1889, 15 et en 1890 (10 premiers mois), 4. Ainsi, de 75 en moyenne pendant les 20 premières années (1863 à 1882 et non compris la période de guerre franco-allemande), cette mortalité annuelle descend à 15 environ à partir de 1883. C'est au total 104 décès en huit ans de 1883 à 1890, chiffre inférieur à celui des décès par variole en quelques semaines seulement de telle ou telle de nos grandes villes.

Tels sont les résultats obtenus. On les doit à la pratique de la vaccination et de la revaccination obligatoires sur les soldats dès leur incorporation. Aussi pensons-nous, avec les médecins militaires, que l'obligation de la vaccine dont on prétend faire un attentat à la liberté, n'est, à ce point de vue spécial, que la suppression d'un privilège, dévolu jusqu'ici aux classes riches ou aisées où les vaccinations sont généralement acceptées; car la variole est surtout la maladie des quartiers pauvres, des classes ouvrières.

On pouvait concevoir des hésitations et des craintes, alors que le vaccin humain était seul employé; alors le vaccin pouvait manquer dans les centres peu populeux, il ne donnait quelquefois qu'un nombre restreint de succès et pouvait présenter des dangers bien connus. Mais cette période est passée; la substitution du vaccin animal, la création de centres vaccinogènes, militaires et civils, l'habitude des précautions antiseptiques pour la récolte, la conservation de ce vaccin, et pour le manuel opératoire de la vaccination, ont supprimé tous dangers. C'est assurément à ces diverses causes que l'on doit l'abaissement du chiffre de varioleux dans l'armée, depuis 1883 ; on y a pratiqué 308,540 inoculations en 1888, et ce chiffre est supérieur de plus de 100,000 à celui de l'année précédente. De cette façon, l'on a réduit à son minimum la période dangereuse qui s'écoule entre l'arrivée de la classe et la vaccination des recruse.

En France, pays de bon sens, les doctrines plus ou moins mystiques des antivaccinateurs ne me paraissent pas devoir être sérieusement accueilles. Nous n'y voyons guère d'autre trace de lutte sérieuse contre le vaccin que le souvenir de l'opinion émise par un mathématicien qui la considérait comme la cause de l'augmentation de l'une des plus cruelles endémies de notre pays.

Supprimer la variole, c'était, disait-on, ouvrir la porte à la fièvre typhoïde et condamner à mourir à la fleur de l'âge une masse d'individus qu'aurait préservés leur atteinte antérieure par une maladie qui épurait l'organisme; il y a longtemps qu'on a fait justice de pareilles erreurs auxquelles on a dû les désastres que les antivaccinateurs ont produits en Angleterre et en Allemagne, notamment à Leipzig.

D'ailleurs les familles de nos campagnards peuvent apprécier, au cours des épidémies, la réalité de l'immunité de leurs fils qui sont revenus vaccinés de l'armée; là où l'on se refuse encore à prendre cette mesure préservatrice, par ignorance et par incurie plutôt que par pénurie ou difficulté de se procurer du vaccin, ne devrait-on pas vacciner d'office ? Je ne sais ce que vaudrait l'acte au point de vue légal, mais il ne manquerait, ce me semble, ni de patriotisme ni de philantropie. Car notre imprévoyance en fait de vaccine rend malheureusement probables de nouvelles épidémies de variole sur nos populations, et ces épidémies pourraient, comme en 1870-71, compromettre gravement la défense nationale.

Localisations cérébrales.

M. Le Dentu. — Je désire présenter une pièce qui confirme ce que nous savons sur les centres moteurs du cerveau. Elle provient d'un homme qui, s'étant tiré un coup de revolver dans la tempe droite, eut comme symptômes immédiats de l'aphasie avec monoplégie brachiale et faciale droite, sans paralysie de la langue. J'en conclus que la balle, ayant traversé une zone neutre de l'hémisphère droit, était venue léser l'écorce de l'hémisphère gauche et d'après les paralysies observées je pensai que la lésion portait sur le pied de la deuxième frontale et peut-être un peu sur la troisième. Quelques convulsions atteignirent secondairement les parties paralysées, et un peu le membre inférieur, ce que j'expliquai par une irritation de voisinage. Cet homme alla d'abord bien, puis il succomba à une pneumonie gauche survenue sans cause connue et l'autopsie vérifia mon diagnostic anatomique. Si donc j'avais trépané, je serais arrivé à la bonne place. Mais dans l'espèce la trépanation n'était pas indiquée. Je ne crois pas, en effet, qu'elle puisse rien contre l'infection cérébrale (je ne dis pas crânienne) ou contre la contusion. Or ici, d'après le siège de la blessure, je ne croyais pas à un épanchement sanguin, qui en effet n'existait pas.

Laparotomie exploratrice pour ictère.

M. Routier. — J'ai opéré le 30 octobre dernier une sous-surveillante de l'hôpital Laënnec, qui était entrée dans le service du professeur Straus pour une attaque brusque de coliques hépatiques avec ictère devenu rapidement noir et décoloration des selles. Malgré le traitement médical, les vomissements devinrent incessants, une eschare se déclara au sacrum et l'état général était fort précaire, lorsque M. Straus me pria d'examiner la malade. Je ne trouvai pas que la vésicule fût distendue et néanmoins je conseillai la laparotomie exploratrice, incapable d'aggraver l'état de la patiente. Je fis donc une laparotomie médiane sus-ombilicale, je constatai que la vésicule n'était pas distendue, et je palpai soigneusement mais sans résultat les canaux cystique, hépatique, cholédoque et le duodénum. Cela fait, ne voyant pas d'indication à fistuliser la vésicule, non distendue, je recousis simplement le ventre. Or, est-ce effet salutaire du massage des canaux biliares effectué par mon exploration manuelle, je l'ignore, mais le fait est qu'à partir de ce jour les vomissements ont cessé, l'ictère a pâli et la malade a complètement guéri, malgré une broncho-pneumonie intercurrente. Je me félicite de n'avoir pas établi une fistule, car la malade n'eût sans doute pas résisté à une déperdition biliaire importante.

Comité secret.

L'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture d'un rapport de **M. d'Arsonval** sur les candidats à la place déclarée vacante dans la section de physique et chimie médicales. La liste de présentation est fixée ainsi qu'il suit : 1° M. Riban, 2° M. Quinquaud, 3° *exæquo*, MM. Hanriot et André.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 26 janvier 1891.

Recherches expérimentales sur le tétanos.

MM. Vaillard et Vincent. — Le tétanos est produit par un microbe que Nicolaïer a découvert, que Kitasato a appris à cultiver à l'état pur et dont l'inoculation à un animal est sûrement suivie du tétanos, après une période d'incubation comme pour les autres maladies virulentes. Mais le tétanos présente cette particularité curieuse que le microbe ne semble pas se multiplier dans les tissus de l'animal inoculé. Il y disparait même peu à peu, quelquefois rapidement, et la maladie n'en suit pas moins son cours. Il y a plus; contrairement aux autres maladies contagieuses, le tétanos ne peut pas s'inoculer en série, en empruntant à chaque fois la semence à l'animal inoculé, en l'empruntant même chaque fois au point d'inoculation, lorsque celle-ci a eu lieu à l'origine avec une culture pure. Au contraire, les plaies tétaniques provoquées par la pénétration d'un fragment de terre dans les tissus, plaies dans lesquelles le microscope décèle une foule d'organismes divers, donnent des liquides de virulence continue qui ne disparaît pas dans le transport d'un animal à un autre.

En faisant disparaître ces obscurités, le travail que nous présentons aujourd'hui à l'Académie montre que le microbe du tétanos, inoculé à l'état pur dans les tissus, y disparaît très vite, sous l'action de la résistance de l'organisme et par des influences en grande partie phagocytaires. Si cette inoculation amène fatalement la mort, c'est que le microbe inoculé a apporté avec lui, des cultures *in vitro* dans lesquelles il a poussé, un toxique très puissant qui reste dans les tissus lorsque le microbe en disparait et amène à lui seul la mort. Ce toxique est si puissant qu'il suffit d'un millimètre cube du liquide de culture du bacille du tétanos pour tuer un cobaye, et ce liquide ne contient pas 5 0|0 de matière solide, dont la plus grande partie n'est pas faite de toxine. La quantité de poison pur nécessaire pour tuer un cobaye est donc impondérable, et, par là, ce poison se rapproche des venins ou encore de cette diastase sécrétée par le bacille de la diphthérie dont MM. Roux et Yersin ont montré la toxicité redoutable.

Si, par un lavage convenable, on débarrasse de cette toxine les bacilles du tétanos inoculés, ils sont détruits avant d'avoir pu agir. Mais si on inocule, en même temps qu'eux, un microbe non pathogène banal mais convenablement choisi, tel que le *microbacillus prodigiosus*, il se produit une plaie suppurante dans laquelle le microbe du tétanos peut se cultiver, sécréter la toxine et devenir mortel. Ce qui rend dangereuses les inoculations de ce bacille par les plaies, ce sont donc les microbes inoffensifs qui l'accompagnent parfois. Sans eux il ne peut rien; avec eux il a le temps d'empoisonner l'organisme qui l'abrite, et l'inoculation peut dans ce cas se faire en série, car l'ensemencement transporte d'une plaie à l'autre les germes inoffensifs à côté des germes toxigènes.

Théorie chimique de la coagulation du sang.

MM. Arthus et C. Pagès. — Les recherches d'Alexandre Schmidt ont montré que la coagulation du sang était un phénomène de fermentation chimique. Le fibrogène et la substance fibrino-plastique pour Schmidt, le fibrogène seul pour Hammarsten, sont les matériaux aux dépens desquels se forme la fibrine; le fibrinferment est l'agent de la transformation.

Les expériences que nous avons faites viennent compléter les théories de Schmidt et de Hammarsten, en mettant en évidence le rôle fibrino-plastique des sels de chaux, et les faits que nous avons observés et que nous exposons aujourd'hui permettent de modifier avantageusement un grand nombre de points de technique physiologique. Nous nous bornons à indiquer les conséquences suivantes: Préparation d'un sang non spontanément coagulable; préparation du plasma sanguin du fibrinogène, de la plasmine de Denis; préparation de plasmine non spontanément coagulable, de paraglobuline débarrassée de fibrinferment; possibilité d'étudier au microscope la formation de la fibrine en l'absence des éléments figurés; emploi des solutions décalcifiantes comme liquides antihémostatiques utilisables en particulier pour l'inscription des pressions sanguines, etc.

Expériences relatives à la synthèse de certaines matières azotées.

M. Schutzenberger. — Cette note a pour but d'exposer les premiers résultats positifs d'une série d'expériences instituées en vue d'arriver à la synthèse des matières azotées analogues à celles qui forment la base des tissus et des liquides de l'organisme vivant (albuminoïdes, matières cologènes, productions épidermiques).

J'ai cherché à réaliser une transformation inverse de celle qui se produit lorsque les matières protéiques sont traitées par les alcalis; c'est-à-dire que j'ai essayé de recombiner par voie de déshydratation les termes simples et cristallisables provenant de la décomposition par hydratation réalisée sous l'influence des alcalis ou des acides. En utilisant l'action énergiquement déshydratante de l'anhydride phosphorique, je suis parvenu à reconstituer une molécule complexe qui, par ses caractères, se rapproche beaucoup des peptones ou produits de la digestion stomacale et intestinale des albuminoïdes.

Ce résultat est important, car il est un pas en avant très marqué fait dans la question si délicate de la synthèse des albuminoïdes, question qui, au point de vue biologique, offre un intérêt capital.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 30 janvier 1891

Présidence de M. Broca.

Malformation de l'œsophage.

M. Grandou présente un fœtus né à terme dans le service de M. Maygrier et porteur d'une malformation œsophagienne caractérisée par une oblitération vers mi-hauteur, avec dilatation ampullaire du bout supérieur et ouverture du bout inférieur dans la partie postérieure de la trachée. Il n'y a aucune communication entre le bout supérieur et la trachée. L'enfant, bien conformé d'ailleurs, n'est mort que le 7e jour. Il n'avait, naturellement, jamais pu avaler de lait: le liquide ingéré refluait aussitôt. Mais dans une tentative de gavage on avait cru, à un moment donné, que la sonde franchissait un obstacle. L'on avait pensé à un rétrécissement.

M. Broca fait remarquer que dans ce cas, comme dans la plupart des autres faits analogues, la mort a été assez lente. Dès lors, comme l'a dit M. Périer, la gastrostomie pourrait fort bien être efficace; d'autant plus que dans le cas présent, anormal d'ailleurs à cet égard, la communication trachéale porte sur le bout inférieur et non sur le bout supérieur, en sorte que le poumon était à l'abri de la déglutition de salive.

Ostéosarcome d'un métatarsien.

M. Pierre Delbet a observé un homme de 27 ans, fort alcoolique, atteint d'ostéosarcome du 2e métatarsien. Cette région avait été le siège de deux traumatismes, mais datant l'un de 5 ans et l'autre de 15 mois, trop anciens par conséquent pour qu'on puisse nettement les invoquer, lorsque, il y a 5 mois, éclatèrent de vives douleurs à la base du 2e orteil; puis une tuméfaction se déclara, les douleurs cessèrent, sauf quelques crises intermittentes, et le malade put marcher aisément. Il y a 5 semaines survint une poussée remarquablement rapide et M. Delbet constata une tumeur volumineuse, de consistance fort inégale, n'entravant pas les mouvements spontanés et communiqués des orteils. Il y avait une adénopathie inguinale volumineuse. M. Delbet fit l'amputation tibio-tarsienne et l'ablation des ganglions de l'aine. La tumeur est un sarcome périostique, globo-cellulaire, du 2e métatarsien.

M. Delbet a déjà recueilli une pièce analogue sur un garçon de 11 ans.

M. Lejars montre une fracture du radius encore récente recueillie sur une vieille femme morte de pneumonie. La déformation est due à l'éclatement du fragment inférieur en arrière et elle est anatomiquement irréductible.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 31 *janvier* 1891

Présidence de M. Ch. Richet

Effets de l'antisepsie intestinale sur les manifestations cutanées du bromisme et par le borax.

M. Féré rappelle que les ulcérations cutanées du bromisme ainsi que l'eczéma et le psoriasis qui caractérisent l'intoxication par le borax paraissent liés à un état gastrique. Le naphtol à l'intérieur, assurant l'antisepsie intestinale, exerce d'une part une influence heureuse sur ces accidents une fois produits, et d'autre part prévient leur apparition, et permet de prolonger plus longtemps l'emploi de ces médicaments. C'est ainsi que l'on peut atteindre des doses de 16 à 17 grammes de bromure.

Dissociation de la sensibilité thermique dans la syringomyélie.

MM. Déjerine et Tuilant présentent une observation d'un cas de syringomyélie où, en dehors de la dissociation de la sensibilité spéciale à cette affection, il existait une dissociation de la sensibilité thermique.

En même temps que la sensibilité de douleur et celle de tact étaient conservées, comme il est de règle, on constatait une persistance de la sensibilité au froid jusqu'à 20° centigrades; au-dessus de 20° elle était anéantie d'une façon absolue.

La tuberculose emporta le malade.

On put, à l'autopsie, constater l'existence d'une cavité considérable dans presque toute la hauteur médullaire : cette cavité cessait à la région lombaire, où le gliôme demeurait intact.

La conclusion qui ressort de cette intéressante observation, c'est qu'il existe des conducteurs spéciaux pour le chaud et le froid.

Pour **M. Gley**, l'observation de M. Déjerine infirme l'assertion de Hertzen qui prétendait que la sensibilité thermique et la sensibilité à la douleur passaient par les mêmes conducteurs.

MM. Saint-Hilaire et Coupard ont essayé le *pouvoir absorbant de la trachée et des poumons*, en y injectant sur les animaux, puis sur l'homme, du sérum de sang de chien. Ces injections se font par piqûre. L'aiguille doit être dirigée en bas; — il faut éviter de laisser une goutte de liquide au contact de la glotte, ce qui occasionnerait des quintes de toux.

Quant à l'effet thérapeutique de ces injections, il fera l'objet d'une nouvelle communication.

M. Malassez présente différents *modèles de seringues* en verre qu'il a imaginés de façon à leur donner un calibre exact. La tige du piston est graduée avec soin. Quant au piston lui-même, suivant les types, il est fait de pâte d'amiante, de diverses mailles végétales, ou enfin de cette pâte qui sert à faire les joints des machines à vapeur.

M. Galippe a examiné *des tumeurs sébacées multiples du scrotum* au point de vue bactériologique; il y a constaté la présence de diplococci qui prouvent l'origine parasitaire de ces tumeurs.

MM. Roger, Gilbert, Cadiot ont constaté que les cobayes paraissaient réfractaires à la *tuberculose aviaire*.

Deux lapins inoculés ont, au contraire, présenté des symptômes très nets de tuberculose. L'un est mort. L'autre présente deux arthrites tuberculeuses aux pattes droites antérieure et postérieure.

La pie-mère laisse même échapper par un trajet fistuleux des fongosités rougeâtres.

Ce fait est intéressant au point de vue de la production expérimentale des arthrites tuberculeuses.

MM. Courmont et Dor ont obtenu des arthrites analogues; mais avec une tuberculose bacillaire spéciale, — dont ils n'ont pas donné la technique.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 30 *janvier* 1891

Présidence de M. E. Labbé

M. Féréol lit, au nom de M. Dionis des Carrières (d'Auxerre), un travail intitulé : « Fièvre typhoïde se produisant depuis neuf ans dans une ferme. Présence du bacille d'Eberth dans le puits d'alimentation dont le niveau d'eau est très variable. »

La Société se forme en comité secret pour continuer la discussion sur la réforme des concours des hôpitaux et de l'enseignement de la médecine.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PUBLIQUE ET D'HYGIÈNE PROFESSIONNELLE

Séance du 28 *janvier* 1891.

Présidences de M. Lagneau et de M. Chauveau

Installation du bureau pour 1891.

Les discours d'usage sont prononcés par M. Lagneau, président sortant, qui présente le compte rendu des travaux de la Société pendant l'année écoulée, et par M. Chauveau, président pour 1891.

Désinfection à Paris.

M. E. Deschamps. — Il y a quelque temps l'un de mes confrères conseilla à un de ses clients dont l'enfant venait d'avoir la diphthérie de faire désinfecter par l'étuve les effets et la literie de la malade et de faire procéder à la désinfection de la chambre. Cette personne se rendit chez le commissaire de police de son quartier qui lui déclara qu'elle ferait bien mieux, pour éviter tous dégâts et des dépenses, d'agir comme l'administration le fait chez les pauvres, et il lui remit un peu de soufre et une dose de permanganate de potasse. Quelque temps après, cette dame avait une angine de nature suspecte qui guérit.

Ce fait témoigne une fois de plus de l'absence de toute réglementation de la désinfection à Paris, ainsi que M. A.-J. Martin le faisait remarquer à la dernière séance.

M. Philbert. — Le Conseil général des Sociétés médicales d'arrondissement de la Seine vient, sur ma demande, d'adopter le vœu suivant : Approuvant la nécessité de la désinfection à la suite des maladies endémo-épidémiques, mais ne voulant pas que le médecin assume la responsabilité de la déclaration, le Conseil propose que cette formalité soit imposée légalement à la famille.

Considérant que la désinfection, telle qu'elle est actuellement pratiquée à Paris, est très incomplète et souvent illusoire, le Conseil demande aux autorités compétentes du département de la Seine d'améliorer la pratique de la désinfection en attendant le vote de dispositions légales.

M. H. Napias. — Le 6e comité de la Société présentera prochainement en séance publique un rapport sur ce sujet.

Mortalité en Angleterre.

M. H. Monod. — Comme suite à mon précédent mémoire sur les mesures sanitaires prises en Angleterre depuis 1875 et leurs résultats, j'ai recherché quelle avait été la mortalité anglaise (Angleterre et Pays de Galles) pour deux périodes 1861-1870 et 1880-1889.

Les renseignements extraits de la statistique officielle se résument comme suit :

Mortalité générale : 22.52 pour 1000 habitants dans la première période et 19.08 dans la seconde, soit une diminution de 3.44.

La diminution pour les maladies dites zymotiques a été de 52 0/0 et celle pour les autres causes de 48 0/0 de la diminution totale; ou, 42.54 pour 10,000 habitants, puis 24.52, soit une diminution de 18.02 par rapport au chiffre de la population.

Cette diminution se répartit de la manière suivante : 0.02 pour la rougeole, 0.33 pour la diphthérie, 0.78 pour la

coqueluche, 0.91 pour le choléra, 1.14 pour la variole, 2.56 pour la diarrhée et la dysenterie, 5.92 pour la scarlatine et 6.36 pour la fièvre typhoïde.

Parmi les maladies non zymotiques, il faut considérer surtout la diminution de la phthisie, diminution qui s'est élevée à 0.89 par mille habitants, soit pour la population anglaise une économie annuelle de plus de 25,000 existences.

Il faut, suivant moi, attribuer ces faits à l'influence du fonctionnement de plus en plus régulier de l'administration sanitaire en Angleterre, aux travaux de salubrité et aux mesures de prophylaxie dont elle poursuit énergiquement la réalisation. Il est fâcheux qu'en France il n'en soit pas ainsi et qu'en particulier nous ne puissions pas encore être suffisamment renseignés sur les causes de décès et, par suite, sur l'étendue de notre mortalité par maladies transmissibles.

M. Cheysson. — C'est en effet très regrettable et l'on ne conçoit pas que l'administration éprouve encore tant de difficultés à obtenir ces renseignements.

M. Monod. — Je prie la Société d'émettre le vœu que la déclaration médicale des causes de décès soit obligatoire en France.

M. A.-J. Martin. — Cela se fera le jour où les médecins voudront bien s'y prêter et ils y aideront lorsqu'ils verront que l'administration ne se bornera pas à utiliser leurs déclarations pour des renseignements statistiques, mais pour leur venir en aide par tous les moyens qu'elle pourra mettre en œuvre et même leur fournir pour assurer la prophylaxie des maladies transmissibles. C'est ainsi que M. Janssens est parvenu à l'obtenir peu à peu à Bruxelles et aujourd'hui aucun médecin de cette ville ne se refuse à faire cette déclaration au service d'hygiène.

Il ne faudrait pas croire d'ailleurs qu'en Angleterre on connaisse également bien toutes les causes de décès. D'abord la déclaration médicale n'y est pas encore obligatoire sur tout le territoire, ce dont se plaint vivement l'administration sanitaire; de plus, sur la statistique officielle le nombre des décès pour cause inconnue y est justement dans la même proportion que sur la statistique française, qu'on s'efforce d'établir depuis plusieurs années au ministère et qui est encore limitée aux villes de plus de 5,000 âmes.

Quelquefois, et cela dans tous les pays, le corps médical trouve lui-même des procédés qui déroutent fort les statisticiens et les administrations publiques. C'est ainsi qu'en ce moment, à Florence où sévit une épidémie de fièvre typhoïde, on était fort étonné de voir que les décès pour cette cause devenaient de plus en plus rares à mesure que la maladie semblait de plus en plus répandue. C'est que les médecins ayant négligé de déclarer les cas de cette affection, déclaration rendue obligatoire par la loi sanitaire italienne, mettaient un autre diagnostic sur les certificats de décès.

Autrefois, à Paris, un illustre accoucheur ne craignait pas de signer un grand nombre de certificats de décès par manie puerpérale, sachant que les employés de la statistique les classeraient dans le groupe des affections cérébrales et voulant ainsi cacher les décès de fièvre puerpérale survenus dans son service hospitalier. Il faut donc qu'une entente commune intervienne entre le corps médical et l'administration sanitaire pour éviter que de pareils faits se renouvellent pour tous les cas où le secret professionnel ne devrait pas être en cause.

M. Lagneau. — On obtiendra peu à peu, progressivement, l'adhésion des médecins traitants en leur montrant, à eux ainsi qu'à leurs clients et au public, l'utilité de cette indication pour la prophylaxie des maladies transmissibles; mais il est difficile et peu avantageux de la rendre obligatoire.

M. Poitou-Duplessy. — Les médecins ont besoin qu'un texte de loi clair et positif leur permette d'accomplir le devoir sans violer le secret professionnel.

Le vœu émis par M. Monod est adopté par la Société.

LE TRAITEMENT DE KOCH

M. Duplay (1). — Les résultats obtenus à l'hôpital de la Charité ne sont pas des plus encourageants, bien que les injections aient été faites avec la plus grande rigueur scientifique et que leurs effets aient été notés avec une grande impartialité.

M. le Dr Rochard donne le résumé des recherches cliniques et expérimentales faites dans le service du professeur Duplay. Il estime que les quelques améliorations obtenues auraient pu probablement l'être par tout autre procédé et qu'il est inutile, même au point de vue du diagnostic, de faire courir au malade les risques d'une méthode nouvelle qui, somme toute, n'a pas toujours été sans dangers.

M. Cazin, chef du laboratoire, a injecté la lymphe à des animaux sains. Des doses, même considérables, n'ont donné lieu à aucune réaction.

M. Arloing (2). — L'auteur, partant des recherches expérimentales faites par Koch et les autres auteurs sur la marche de la tuberculose, les effets de l'injection de lymphe sur les tissus, et les conditions de l'immunité, estime que les seuls résultats obtenus ne peuvent concerner que les tuberculoses déjà atténuées, c'est-à-dire surtout les tuberculoses cutanées et les tuberculoses chirurgicales. C'est ce que la clinique a d'ailleurs déjà confirmé. D'autre part, l'intensité des modifications locales limitera la méthode à des lésions peu étendues, sous peine de dangers immédiats graves.

Il faut donc déjà « l'atténuation » pour espérer de bons effets du traitement. C'est, dit l'auteur, « la condition quel« que peu favorable que M. Koch réclame, sans l'indiquer « formellement, pour obtenir *l'action curative incontestable* « de son remède ».

M. Bardenheuer (Cologne) (3).— Après une observation poursuivie pendant cinq semaines et demie sur 100 malades, l'auteur conclut que la lymphe reste, quoi qu'on en ait dit, un procédé infaillible de diagnostic de la tuberculose. Au point de vue thérapeutique, l'action est moins complète en ce sens qu'aucun cas de guérison définitive n'a encore été signalé. Mais les améliorations sont nombreuses dans les cas de lupus superficiels et dans les lésions tuberculeuses, pourvu qu'une intervention chirurgicale ait préparé le terrain. Il faut donc commencer par faire les résections, les grattages indiqués, et injecter lorsque la cicatrisation se manifeste.

MM. Brieger et Neisser (Breslau) (4). — Les deux auteurs rapportent conjointement le résultat de leurs recherches. Ils se sont surtout occupés des lésions lupiques et tuberculeuses de la peau et des muqueuses. Ils n'ont pas observé d'accidents sérieux à la suite des injections, mais ils n'ont pas non plus, d'autre part, constaté de guérison complète, définitive. Cependant M. Brieger, relatant les modifications locales qui ont suivi les injections et remarquant qu'en de certains points un travail de cicatrisation s'est manifesté, en conclut qu'il n'y a point de raisons pour que la guérison de toute la lésion, surtout s'il s'agit de tuberculose des muqueuses, ne finisse pas par apparaître si le traitement est suffisamment continué.

M. Neisser a remarqué de son côté que des malades atteints d'affections autres que la tuberculose, de lèpre ou d'actinomycose, par exemple, réagissent le plus souvent aux injections. Mais chez ces malades la réaction générale est parfois isolée, tandis que dans les lésions tuberculeuses la réaction locale ne manque jamais. On peut donc admettre que lorsque la réaction générale n'a pas été accompagnée et même précédée de manifestations locales, il ne s'agit pas de tuberculose.

M. Liebmann (Trieste) (5). — Les malades injectés avec la lymphe de Koch présentent dans le sang même des bacilles tuberculeux, alors que leur tuberculose était, avant l'injec-

(1) *Arch. génér. de Médec.*, février 1891, p. 213.
(2) *Lyon médical*, 1er février 1891, p. 168.
(3) *Deut. med. Woch.*, 29 janvier, p. 197.
(4) *Deut. med. Woch.*, 19 janvier, p. 200 et 205.
(5) *Berlin. klin. Woch.*, 26 janvier, p. 97.

tion, des plus limitées. Dans tous les cas où l'injection a été suivie de réaction caractéristique, des bacilles de Koch ont pu être retrouvés dans le sang des malades, tandis que d'autres malades, tuberculeux au même degré, mais n'ayant pas été injectés, n'en présentaient à aucun moment.

M. **Hansemann** (Berlin)(1). — L'anatomie pathologique à défaut de la thérapeutique s'est déjà enrichie de plusieurs types nouveaux de lésions depuis la découverte de la lymphe de Koch. Ces lésions peuvent devenir rapidement menaçantes. Aussi l'auteur conclut-il sagement que l'injection est toujours dangereuse, même pour les sujets atteints de tuberculose tout à fait au début. Le remède n'atteint pas tous les tissus tuberculeux et même, lorsqu'il manifeste son action sur eux, l'effet curatif reste des plus hypothétiques.

M. L. Rutimeyer (Bâle) (2). —L'auteur rapporte une seule observation de malade traité par la méthode de Koch, mais celle-ci est suffisamment intéressante!

Il s'agissait d'un sujet atteint de tuberculose pulmonaire subaiguë. Les injections furent suivies de leurs effets habituels, mais bientôt se manifestèrent une faiblesse extrême et un amaigrissement très rapide (11 livres en 7 jours), puis apparurent tous les symptômes d'une méningite suraiguë. A l'autopsie on constata la présence d'une tuberculose miliaire généralisée. Peut-être cette complication aurait-elle apparu sans les injections, mais les troubles généraux prodromiques semblent bien indiquer l'action extrêmement toxique pour le moins de la lymphe de Koch.

L'auteur dit, en post-scriptum, qu'il est absolument d'accord avec le professeur Virchow dont la note est postérieure à son observation.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 28 janvier 1891.

M. B. Baginsky a présenté une malade de 28 ans, atteinte d'une lésion tuberculeuse (examen bactériologique) de la cloison du nez, des cornets et des gencives, qui fut soumise, du 28 novembre 1890 au 13 janvier 1891, aux injections de Koch à doses progressivement croissantes. Les résultats de ce traitement furent les suivants : 1° aggravation de l'état local des gencives; 2° adénopathie sous-maxillaire gauche; 3° éruption des tubercules sur l'amydale gauche.

En plus, depuis le 13 janvier, on a fait encore deux injections qui furent suivies d'une éruption des granulations tuberculeuses sur la face laryngée de l'épiglotte, jusqu'alors absolument indemne de toute lésion tuberculeuse.

M. A. Frænkel a présenté les préparations microscopiques d'un cas d'ulcération tuberculeuse de la langue, dont il fut déjà question il y a 15 jours. Les préparations contiennent de nombreux bacilles. Depuis 15 jours, l'ulcération s'est notablement agrandie.

M. R. Virchow, quoi qu'en aient dit certains journaux politiques, n'a nullement l'intention de modifier sa première communication sur la pneumonie caséeuse particulière que l'on rencontre après les injections de Koch; il tient seulement à présenter des pièces qui montrent que cette « pneumonie par aspiration » peut se développer peut-être sans les injections de Koch. En effet, ces pièces proviennent d'un tuberculeux chez lequel on ne sait pas s'il y a eu emploi des injections.

M. Virchow montre, en outre, des pièces qui confirment sa première communication et proviennent de malades injectés. Chez un phthisique qui a succombé à la Charité après la 17e injection, à côté de la pneumonie en question, on trouve des ulcérations étendues récentes et une éruption de tubercules frais sur le larynx, la trachée et les bronches. Il est certain que ces lésions ne peuvent être antérieures aux injections. D'autres lésions récentes sont constituées par des foyers de pneumonie caséeuse, par de l'hépatisation lobulaire non caséeuse, à caractères particuliers qui indiquent le début du processus gangréneux. Les anciennes cavernes étaient tapissées partout de néo-membranes. — Dans l'intérêt de la vérité, Virchow croit devoir déclarer que si cette hépatisation se rencontre, mais très rarement, dans la phthisie non traitée par la méthode de Koch, elle est particulièrement fréquente après les injections de kochine.

Sur le tube digestif de ce malade, on trouve également des ulcérations anciennes de l'iléon et des lésions récentes, postérieures aux injections et se présentant sous forme d'ulcérations du cæcum et du côlon méritant plutôt le nom d'abcès folliculaires.

Dans un autre cas où on a fait 22 injections on trouve également une éruption des tubercules frais qui sont particulièrement nombreux au niveau du foie. Dans un autre cas de tuberculose pulmonaire et osseuse (fémur, rocher), les poumons présentaient également cette pneumonie caséeuse de date récente et des lésions des plaques de Peyer.

Finalement, Virchow présente les poumons d'un phthisique qui ne fut pas soumis aux injections de Koch et chez lequel les cavernes étaient parfaitement nettoyées. Ce fait montre donc que le nettoyage des cavernes peut être obtenu sans les injections de Koch.

M. Lassar croit intéressant de rapporter le cas suivant : Fille de 14 ans, ancienne coxalgique guérie, présentant au niveau de la cuisse une ulcération tuberculeuse des dimensions de la main. Sous l'influence des injections, l'ulcération s'est presque entièrement cicatrisée, et actuellement la malade est, d'après l'auteur, presque guérie.

M. Flatau est d'avis que les injections de Koch sont très utiles et très efficaces dans la tuberculose du larynx, mais il reconnaît que, dans le cours du traitement, on voit apparaître des lésions sur des endroits où elles n'existaient pas auparavant.

Dans un cas où une nouvelle éruption des tubercules a paru sur le larynx, l'état du malade fut néanmoins notablement amélioré par les injections ultérieures continuées quand même. Mais, chez une autre malade, l'amélioration obtenue par les premières injections fit place à une aggravation de l'état général et à une éruption confluente de tubercules sur la muqueuse laryngée. Dans un troisième cas, on a observé une éruption de tubercules sur le larynx, le gonflement de l'épiglotte et la destruction de l'amygdale droite. Les tubercules contenaient des bacilles.

M. Fürbringer doit avouer tout d'abord que chez 12 tuberculeux pulmonaires il a dû cesser les injections sous l'influence desquelles l'état s'est notablement aggravé. Ces malades n'étaient pas des phthisiques avancés, mais leur affection évoluait d'une façon aiguë et c'est cette acuité qui constitue une véritable contre-indication du traitement. La statistique de Fürbringer porte sur 100 cas, mais il n'aura en vue que 40 malades qui suivaient le traitement pendant deux mois. Comme *guérison relative* caractérisée par l'absence de symptômes fonctionnels, il ajoute un fait aux deux qu'il a déjà publiés. Il compte 15 cas *d'amélioration extraordinaire*. Ces malades, qui étaient à la 1re ou 2e et même entre les 2e et 3e périodes de phthisie, ont augmenté de poids jusqu'à 20 livres. 10 malades ne furent que peu ou presque pas améliorés, et l'amélioration fut si minime qu'elle serait survenue avec les autres méthodes de traitement; 7 malades ont succombé, mais trois seulement appartiennent à cette statistique.

Dans deux cas l'aggravation fut manifeste. Ces cas, qui évoluaient sans fièvre, sont devenus fébriles, voire même hectiques, après les injections.

Les tubercules miliaires et sub-miliaires ne sont pas modifiés par les injections. Quant à l'apparition des infiltrations pneumoniques aiguës sous l'influence des injections, le fait est certain et Fürbringer en a observé 6 cas.

M. Guttmann tient à faire remarquer que ni lui ni Ehrlich n'ont trouvé des bacilles dans le sang de 28 tuberculeux traités par la méthode de Koch. Ce fait est en contradiction avec le travail de M. Liebmann (de Trieste) qui dit avoir trouvé des bacilles dans le sang de 8 tuberculeux traités par la méthode de Koch (Voy. p. 56).

M. Guttmann présente une nouvelle statistique portant sur 164 phthisiques un peu avancés et 51 au début. Dans la première catégorie on compte 63 (38 0/0) et dans la seconde 41 (76 0/0) améliorations par le traitement de Koch.

(1) *Berlin. klin. Woch.*, 2 février 1891, p. 121.
(2) *Berlin. klin. Woch.*, 2 février, p. 124.

ÉTRANGER

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE DE BERLIN

Séance du 26 janvier 1891.

De la tachycardie.

M. O. Fræntzel. — Il faut distinguer deux ordres de faits. Dans l'un les pulsations montent rapidement à 160 et plus et cela cesse en quelques heures. Dans l'autre, bien différent, la tachycardie persiste pendant des années, et cela est, par exemple, le cas pour diverses cardiopathies. Les premiers faits constituent la tachycardie paroxystique. Pour ceux-là, la cause semble être dans la majorité des cas une paralysie des fibres modératrices du pneumogastrique, plus rarement une excitation des fibres accélératrices du sympathique. Dans ce dernier cas on réussit par la morphine ; dans le premier, c'est par la digitale à faible dose qu'il faut agir. Mais il n'est pas toujours aisé de reconnaître immédiatement lequel de ces médicaments est indiqué. Nothnagel prétend, sans doute, que cette affection est bénigne et ne mérite pas d'être traitée. Je m'élève contre cette opinion. J'ai vu une fois des accidents de dyspnée avec congestion passive des poumons et du foie, qui ont cédé à la digitale après avoir résisté à la morphine. Je crois que la tachycardie essentielle peut menacer directement la vie, et j'ai même vu succomber de la sorte un homme de 35 ans qui entra à l'hôpital de la Charité pour une crise soudaine : depuis 3 mois il était sujet aux palpitations. Rien à l'auscultation. Deux accès furent conjurés par la digitale ; mais le troisième fut rebelle et causa la mort en deux jours. A l'autopsie, cœur hypertrophié, ventricule gauche dilaté, ventricule droit hypertrophié ; abondance de tissu graisseux dans les muscles papillaires.

M. A. Fraenkel. — Cette névrose se rencontre surtout dans les lésions valvulaires ou dans les dilatations du cœur. Les crises sont généralement provoquées par des irritations de la sphère des nerfs sensitifs. Ainsi Zenner a observé un malade chez qui on en provoquait une chaque fois qu'on le percutait ; Traube en a vu chez des cardiaques au moment où ils passaient de la position couchée à la position verticale, ou pendant les efforts de défécation. Moi-même j'en ai recueilli un exemple chez un saturnin de 20 ans qui devait exercer des efforts musculaires violents. J'admets l'action favorable tantôt de la morphine, tantôt de la digitale.

M. Klemperer. — J'ai observé quelques cas de fréquence anormale du pouls liés à des troubles dyspeptiques. Ainsi, chez une dame où le pouls montait à 180 et où chaque accès coïncidait avec les écarts de régime provoquant une hyperacidité gastrique : les accès furent coupés par l'administration du bicarbonate de soude à haute dose. Je fus moins heureux chez un sujet, en même temps asthmatique, dont les crises s'accompagnaient d'absence d'acidité : le régime resta sans effet. Il est vrai que la digitale réussit. De même j'ai eu un bon résultat de la digitale dans un cas où la tachycardie s'accompagnait de dilatation du ventricule gauche avec léger souffle systolique.

M. Strahler cite un cas de tachycardie avec cœur sain chez une jeune femme ; les accès se produisirent de 16 à 21 ans ; la digitale les maîtrisait. Chez cette dame on enleva un ganglion hypertrophié au côté droit du cou et depuis ce moment les crises n'ont pas reparu. La glande causait certainement une compression du pneumogastrique. Il faut donc chez ces malades toujours examiner les ganglions cervicaux.

SOCIÉTÉ DES MÉDECINS DE STRASBOURG

Séance du 16 janvier 1891.

Micro-organismes de la vésicule biliaire.

M. Naunyn. — Dans deux examens faits sur le chien, la bile est restée stérile. Chez l'homme, trois examens faits sur le cadavre m'ont donné les résultats suivants : dans deux cas où il s'agissait de phthisie pulmonaire, la bile était stérile ; dans le 3e cas où la mort avait été causée par de la septicémie consécutive à de la compression de la moelle, une culture sur l'agar donna un résultat positif : il s'agissait d'un microcoque plus gros que le staphylocoque. J'ai recueilli d'autre part de la bile par ponction aspiratrice dans trois cas de lithiase biliaire. Dans le premier cas il s'agissait de rétention biliaire consécutive à une colique hépatique et datant de 14 jours. Le liquide présentait son aspect ordinaire et ne contenait pas de micro-organismes. Dans un second cas où l'affection se compliquait de cancer du foie, l'examen donna des résultats identiques.

Le 3e cas concernait un jeune homme vigoureux ,qui trois mois auparavant avait eu une colique hépatique suivie de tuméfaction biliaire. Je fis une ponction aspiratrice à la suite de laquelle la tumeur diminua peu à peu. Avec le liquide de la ponction, je fis des cultures sur plaques de gélatine. Les cultures furent toutes positives et donnèrent des colonies dans lesquelles je retrouvai toujours le même bacille. C'était un bacille court, souvent sous forme de diplobacille; parfois les éléments étaient au nombre de 4 à 6. Ce bacille ressemblait assez, soit au bacterium coli commune, soit plutôt au diplocoque de Friedlænder. Il mesurait de 1,2 à 1,25 mill. et possédait des mouvements actifs. Sur plaques, les cultures superficielles donnaient après 3 jours des colonies de 3 mill., grises, à bords dentelés; les cultures profondes étaient plus petites, brunes, arrondies ou ovales, à contours nets.

Dans les tubes, la culture formait un ruban grisâtre dans lequel on retrouvait assez difficilement les colonies secondaires sous forme de petits grains.

Sur agar glycériné, les cultures donnaient, à 37°, une riche végétation qui couvrait bientôt toute la surface d'une couche grisâtre et troublait l'eau de condensation.

Dans le bouillon, la culture troublait le liquide: qui redevenait clair au bout de trois jours en donnant un dépôt floconneux, dans lequel on ne retrouvait pas de micro-organismes encapsulés.

Ce bacille croît bien à la température de la chambre; il se développe surtout bien à 37°; il est anaérobie et ne liquéfie pas la gélatine; il résiste à la méthode de Gram.

Les inoculations aux souris tuent ces animaux en 12-24 heures et la rate est remplie des bacilles de la culture. Sur deux chiens inoculés dans la vésicule après ligature du cholédoque, la mort se produisit en 36 et 72 heures par péritonite. Le liquide péritonéal, la bile, le sang du cœur contenaient le même bacille. L'angiocholite qui avait suivi l'injection permettait de retrouver ce micro-organisme arrondi à son extrémité (spore ?) et avec de courts filaments.

Les deux animaux présentaient une augmentation de volume du foie avec hyperémie; chez le chien mort après 74 heures, il y avait même des foyers de nécrose.

Le bacille récemment trouvé par Gilbert et Girode offre des analogies frappantes avec celui que j'ai moi-même rencontré.

Ce micro-organisme se distingue du bacterium coli commune en ce qu'il est pathogène pour la souris et que, comme Bouchard l'a d'ailleurs établi, il donne sur la pomme de terre des cultures grises et non jaunes. Il est aussi plus grêle que le bacille d'Escherich.

Il se distingue du diplobacille de Friedlænder en ce qu'il ne se décolore pas par la méthode de Gram et qu'il ne donne pas sur gélatine les cultures en tête de clou.

ANGLETERRE

SOCIÉTÉ MÉDICALE ET CHIRURGICALE DE LONDRES

Séance du 27 janvier 1891

PRÉSIDENCE DE M. T. HOLMES

Valeur thérapeutique de la saignée.

M. Pye-Smith a eu recours à la saignée dans diverses maladies : bronchite, broncho-pneumonie aiguë ou chronique, pneumonie lobaire, tuberculose miliaire des poumons, affections valvulaires du cœur, péricardite, mal de Bright,

anévrysme, apoplexie et épilepsie. La saignée est indiquée dans les circonstances suivantes : 1° lorsqu'il y a de la cyanose avec distension du cœur droit dues à un obstacle pulmonaire ou autre à la circulation; 2° lorsque les anévrysmes de l'aorte s'accompagnent de douleurs violentes; 3° dans les convulsions urémiques et dans les convulsions épileptiques prolongées.

M. Stephen Mackenzie a retiré souvent un grand bénéfice de la saignée dans la pratique; sa principale indication est la distension du ventricule droit; elle procure alors un grand bien-être. Dans les affections cardiaques, elle ne produit souvent qu'un bénéfice temporaire; dans la bronchite capillaire, elle détermine une grande amélioration et amène quelquefois la guérison; mais c'est dans la pneumonie qu'elle donne souvent les meilleurs résultats. Les indications de la saignée sont en général fournies par la congestion veineuse et par l'état du ventricule droit. Dans l'urémie, les résultats de la saignée ne sont pas encourageants : dans ce cas, la tension sanguine est produite par un agent toxique et la morphine, agissant comme un antidote chimique, semble l'améliorer; la saignée, en pareil cas, n'extrait qu'une dose légère de poison et, par contre, enlève une certaine quantité de sang qui peut être utile au patient. Dans les anévrysmes, la saignée est inutile et l'emploi de l'iodure de potassium, du nitrite d'amyle ou de la nitro-glycérine suffit en pareil cas.

M. G. Humphry a vu de nombreux malades retirer un grand profit de la saignée à une époque où on la pratiquait largement. On ne doit pas abandonner un agent thérapeutique de cette valeur, dont le seul tort est qu'on a abusé de lui.

M. Broadbent fait remarquer que l'abandon de la saignée est résulté de ce que son emploi ne correspondait plus aux théories en honneur, l'esprit médical se laissant toujours guider par des théories. Dans les anévrysmes, elle rend de grands services, quoique l'emploi de l'iodure de potassium à hautes doses puisse dispenser d'y recourir; elle peut sauver la vie de sujets atteints de lésions mitrales avec dilatation du cœur droit; elle ne donne pas de bons résultats dans la bronchite accompagnée de cyanose, dans laquelle il vaut mieux recourir à l'émétique; dans l'urémie, elle est presque toujours utile, et cela se comprend, car les accidents urémiques sont la conséquence de l'action d'un agent toxique produisant dans l'appareil circulatoire une exagération de tension, que la saignée fait disparaître; dans deux cas d'urémie, la saignée n'a donné lieu à aucun écoulement de sang à cause de l'intensité du spasme des vaisseaux périphériques.

M. Hulke a obtenu de bons résultats de la saignée dans la pleurésie, dans les fractures de côtes, dans les anévrysmes et dans certains cas de traumatisme de la tête : les cas qu'il a observés se rapportent pour la plupart à des marins et à des laboureurs.

M. Angel Money pense que la saignée ne peut être faite dans les cas de bronchite avec cyanose chez les sujets très jeunes et très âgés. Il a obtenu de bons résultats de l'emploi des ventouses sèches; en appliquant rapidement sur les membres inférieurs la bande d'Esmarch, puis la retirant, on obtient une congestion considérable des membres qui est suivie d'une diminution des accidents dyspnéiques.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE LONDRES

Séance du 26 *janvier* 1891.

Traitement chirurgical des salpingites.

M. Knowsley Thornton. — Je demanderai à M. Duncan pourquoi il ne fait entrer dans sa statistique que ses 30 dernières opérations. Une statistique ne signifie quelque chose que si elle donne le nombre des insuccès qu'a eus l'opérateur avant de réussir. Ces opérations de M. Duncan ne sont point assimilables à des ovariotomies; en effet tout kyste de l'ovaire abandonné à lui-même conduit à la mort; il n'en est plus de même pour les ovaro-salpingites. La cirrhose de l'ovaire, loin d'être produite par la pression des adhérences, précède au contraire en général la péritonite. Bien des cas décrits par l'auteur comme des vices de développement des ovaires sont aussi des maladies aiguës de ces organes pendant l'enfance, et dans ces cas il faut se garder d'avoir recours à la dilatation du canal cervical. L'aménorrhée bien plus sûrement que la métrorrhagie dénote une maladie des annexes. La douleur se rencontre plus fréquemment du côté opposé à la lésion. Je reconnais que le toucher rectal a une très grande importance. En général l'anesthésie est inutile pour l'examen de la malade et peut nuire par l'absence d'indications. Des hydro-salpingites ou des pyosalpingites intermittentes peuvent exister, mais sont très rares. Les grossesses tubaires se terminent le plus souvent par la guérison et le plus souvent en conséquence on doit les traiter par l'expectation. L'ablation des annexes est trop souvent une mauvaise opération et prive la femme de désir sexuel. Le drainage est souvent dangereux. L'intervention chirurgicale ne me paraît point indiquée dans les cas de péritonite aiguë. Contrairement à l'assertion de M. Doran, je ne pense pas que le massage puisse être utile et je le crois souvent dangereux. Dans les cas d'endométrite, le curettage peut produire de bons effets; mais il faut une asepsie complète. Quant aux troubles mentaux signalés par M. Doran, ils sont très rares.

M. Routh. — On peut obtenir bien des guérisons sans opération. Souvent, dans les cas de pyosalpingite, la ponction suffit. La castration est une opération qui a des conséquences morales qu'on n'a pas assez étudiées.

M. Heywood Smith. — C'est la métrorrhagie et non l'aménorrhée qui est le signe le plus fréquent d'une maladie de l'ovaire. La douleur est plus fréquente du côté opposé à la lésion. Les désirs sexuels ne sont point diminués par l'ablation des annexes.

M. Lawson Tait. — Le côté moral de la question est ridicule: du reste je suis convaincu, au contraire, qu'en opérant j'ai réveillé plus de désirs que je n'en ai éteint. Le drainage est très utile. Le nœud de Staffordshire est très bien, mais à la condition d'être bien attaché. Autrefois, le pronostic de la pyosalpingite était très sombre; aujourd'hui, il est vrai, il l'est un peu moins, parce qu'on traite l'affection dès son origine. Il importe du reste de bien distinguer les cas où on a affaire à des troubles nerveux et où on ne doit pas intervenir, des cas à diagnostic clair et où l'opération s'impose. Et encore y a-t-il des cas de névropathie où l'ablation des annexes est utile. L'électricité ne peut rien sur la pyosalpingite.

M. Lewers. — Les observations de M. Duncan forment 3 séries : il y a trois ovariotomies; 24 trompes malades et trois cas d'ablation des ovaires pour névralgie chronique. Ce nombre de trois ovariotomies est bien faible. Au London Hospital, sur 40 laparotomies, il y a 30 ovariotomies.

M. Amand Routh. — Le traitement palliatif suffit bien souvent.

M. Cullingworth. — Le traitement général est le plus souvent inutile; les vésicatoires répétés ne sont que de la barbarie. Les injections vaginales chaudes sont inutiles; il en est de même des tampons glycérinés. Dans le cas de pyosalpingite unilatérale, l'autre trompe, saine ou non, doit être aussi enlevée. Le curettage ne peut rien contre les affections des annexes.

M. Duncan. — Antérieurement aux cas que j'ai rapportés, j'ai opéré 9 autres cas, ne comptant là-dessus qu'une mort. Depuis ma publication, j'en ai opéré 10 autres, avec 2 morts. Dans les cas où le diagnostic est difficile et surtout chez les femmes non mariées, l'anesthésie est utile. Je suis opposé à la ponction de la pyosalpingite, qui peut amener une péritonite aiguë.

SOCIÉTÉ CLINIQUE DE LONDRES

Séance du 23 *janvier* 1891

Présidence de M. Dyce Duckworth

Acromégalie.

M. Stephen Paget présente un homme âgé de 42 ans, atteint depuis 10 ans d'acromégalie; la face montre l'allongement caractéristique de la maladie, les mains et les pieds sont élargis, il y a une déformation rachidienne qui a fait

perdre au malade 15 centimètres de sa taille ; le corps thyroïde est augmenté de volume, la vue est mauvaise ; il y a des tumeurs de molluscum sur le tronc et des ostéophytes au niveau des genoux.

Fièvre typhoïde sans ulcérations intestinales.

M. Sidney Phillips a observé 2 cas de fièvre typhoïde dans lesquels la mort est survenue à une période avancée de la maladie et à l'autopsie desquels il n'a pas trouvé d'ulcérations intestinales. Dans le premier cas, il s'agit d'un homme qui entra à l'hôpital avec une diarrhée remontant à 14 jours, et qui présentait des taches rosées et les autres signes de la fièvre typhoïde ; il y eut du délire, de l'hyperthermie ; les selles ne furent jamais plus nombreuses que 3 par jour, et il n'y eut pas d'hémorrhagies intestinales ; le malade mourut au trente-sixième jour de la maladie ; il n'y avait pas traces d'ulcérations intestinales ; les plaques de Peyer du tiers inférieur de l'iléon étaient infiltrées, ainsi que les ganglions mésentériques. Le deuxième malade, entré à l'hôpital au huitième jour d'une fièvre typhoïde, présenta des taches rosées sur l'abdomen 8 jours après son entrée ; il se développa une pneumonie à la base droite ; jamais il n'y eut ni diarrhée ni melæna, mais les garde-robes avaient les caractères qu'elles présentent ordinairement dans la fièvre typhoïde, la mort survint au vingt-troisième jour de la maladie ; à l'autopsie les plaques de Peyer étaient infiltrées, mais il n'y avait pas d'ulcérations intestinales.

M. Ewart. — On observe un certain nombre de cas de fièvre typhoïde dans lesquels il n'y a qu'une fièvre légère, qu'un petit nombre de taches rosées et un peu de sensibilité de la fosse iliaque ; on peut supposer qu'en pareil cas les symptômes sont le résultat d'une irritation due à l'absorption du poison.

AUTRICHE

SOCIÉTÉ IMPÉRIO-ROYALE DES MÉDECINS DE VIENNE

Séance du 30 janvier 1891.

Torticolis ancien.

M. Billroth présente une malade montrant les conséquences d'un torticolis durant depuis un an. La ténotomie du sterno-mastoïdien n'a pas suffi à redresser la tête, car il persiste une scoliose cervicale. Il y a une asymétrie faciale très nette, par atrophie de la moitié droite. Comme pathogénie, M. Billroth admet la théorie de Stromeyer, qui incrimine pour le torticolis congénital la rupture obstétricale du sternomastoïdien, et il rappelle qu'il y a quelques années il a observé une jeune fille atteinte de torticolis acquis à la suite d'une rupture du sterno-mastoïdien provoquée par un effort pour prévenir la chute d'un poids placé sur la tête.

Tuberculose linguale. Remède de Koch.

M. Drasche communique un fait de tuberculose linguale où l'injection de Koch provoqua une réaction locale sans réaction générale. La langue gonfla, devint très douloureuse, les ulcérations s'agrandirent et des nodules, bientôt ulcérés, se déclarèrent sur des parties d'abord saines. Les poumons ne furent pas modifiés.

M. Drasche a fait des injections à 22 malades (dont quelques-uns non tuberculeux pour juger de la valeur diagnostique), et il conclut que ce n'est un moyen curatif ni pour la tuberculose au début, ni pour la tuberculose avancée.

Traitement des cancers inopérables.

M. von Mosetig croit que pour les cancers inopérables les injections interstitielles de violet de méthyle (pyoctanine) sont un bon palliatif ; elles amènent une rétraction du néoplasme et une amélioration manifeste.

M. Billroth rappelle qu'il a déjà fait des essais analogues, par des injections de nitrate d'argent, d'acide chromique, d'acide osmique, de sels d'or, etc., mais que tout cela est resté infructueux. Le succès relatif de M. Mosetig n'en est que plus intéressant.

M. Neudœrfer emploie régulièrement la pyoctanine en pansement et il a observé sur un cancer inopérable du sein des effets très favorables de l'application des compresses humides à la pyoctanine, puis d'une poudre de pyoctanine mêlée à du talc.

MM. v. Reuss et Lang parlent à ce propos de quelques applications de la pyoctanine.

M. Schlichter présente deux enfants guéris en 3 mois d'un *pied bot congénital* par la ténotomie suivie d'appareil plâtré.

M. v. Reuss fait voir un garçon de 10 ans porteur d'un *lipôme* sous-conjonctival congénital.

FORMULAIRE THÉRAPEUTIQUE

Dans sa thèse sur la thérapeutique intra-utérine antiseptique, M. Couturier donne les formules suivantes pour le pansement intra-utérin.

Créosote.

Mélange :

1° Créosote pure de hêtre	20 grammes.
Glycérine	60 —

(Doléris).

2° Créosote pure de hêtre	15 grammes.
Glycérine	50 —

(Budin).

3° Créosote pure de hêtre	10 grammes.
Glycérine	100 -

(Doléris).

Iodoforme.

Mélange :

1° Emulsion au 1/3.

Iodoforme	15 grammes.
Glycérine	30 —

(Roux et Schnell).

2° Iodoforme	50 grammes.
Glycérine	40 —
Eau	10 —
Gomme adragante	0,30 centigr.

(Roux et Schnell).

3° Iodoforme	2 grammes.
Gomme adragante	6 —
Eau	10 —

(Roux et Schnell).

Crayons :

1° Poudre d'iodoforme	10 grammes.
Gomme adragante	0,50 centigr.
Glycérine } Eau distillée }	Q. S.

(Péraire).

2° Iodoforme en poudre	20 grammes.
Gomme arabique } Glycérine pure } Amidon pur }	âà 2 grammes.

Pour 3 crayons de 5 à 6 centimètres de long.

(Spæth, de Vienne.)

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Imp. des Arts et Manufactures, 12 rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud.

N° 6. — 11 FEVRIER 1891

LE NUMERO QUINZE CENTIMES

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

PUBLIÉ PAR

LA GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Et servi gratuitement à tous les abonnés de ce journal



ABONNEMENTS SPÉCIAUX POUR MM. LES ÉTUDIANTS. — UN AN : 6 FRANCS

L. LEREBOULLET, Rédacteur en chef. — A. BROCA, Secrétaire de la Rédaction

Librairie de G. MASSON, 120, boulevard Saint-Germain.

SOMMAIRE

ACTES
DES FACULTÉS DE MÉDECINE

PARIS

Thèses du 9 au 14 février 1891.

Mercredi 18. — M. Leplat. Contribution à l'étude de la syphilis héréditaire. — M Cordillot. Etude sur l'arthrectomie dans les arthrites fongueuses du genou. — M. Lefèvre. Contribution à l'étude de la diphthérie. De l'examen bactériologique de la fausse membrane diphthérique. Son importance au point de vue du diagnostic. — M. Perret. Considérations sur les néoplasmes primitifs des nerfs des membres.

Jeudi 19. — M. Guibert. La vision chez les idiots et les imbéciles. — M. Frey. Contribution à l'étude des abcès pneumoniques. — M. Foure. De la chromhidrose. Chromocrinie partielle et cutanée de M. Le Roy de Méricourt. Essai historique. — M. Durand. Etude historique et critique sur la scarlatine puerpérale.

Prix des Thèses.

Médailles d'argent. — MM. Rieffel, Vaquez, Tissier, Lyon, Parmentier, Cherbuliez, Parizot, Baudoin, Thierry, Perchaud, Legry.

Médailles de bronze. — MM. Nicolle, Huguenin, Caussade, Régnier, Gasser, Janet, Valentin, Dussert, Mordret, Lyot, Delagenière, Renaud, Kœnig, Decressac, Cart, Charmois, Bruhl, Laucry.

Mentions honorables. — MM. Maurin, Vianalon, Willemin, Meilach, Lion (Gaston) Bonnier, Springer, Ciry, Champeille. Vimont (Maurice), Baudry, Fèvre, Allard, Debeyle, Brossard, Mlle Dylion (Bertha), Bouisson, Hervé, Monnin, Duchaine, Clarot, Le Marc-Hardoin, Ballenghien, Clerval, Roux, Sans, Pinçonnat, Conte, Vacher, Wickham, Chaker, Desroches, Hudelot, de Souza-Leite.

VARIÉTÉS

Un concours pour deux places de chirurgien des hôpitaux s'ouvrira le 21 mars 1891, à midi. Inscription tous les jours de midi à 3 heures, du 23 février au 7 mars.

Un concours pour : 1° Deux places d'interne en médecine, à Berck-sur-Mer; 2° Deux places d'interne en médecine, à l'hospice de Brévannes, s'ouvrira, avenue Victoria, n° 3, le 12 mars. Inscription du 16 au 18 février de 11 h. à 3 h. Sont admis à concourir, les externes des hôpitaux et les étudiants de 3e année au moins justifiant de 6 mois de stage régulier.

Exercice illégal de la médecine. — Un officier de santé de la Haute-Savoie, ayant fait une tentative de version, puis de forceps et d'embryotomie, la femme, délivrée enfin par un médecin, mourut le lendemain. L'officier de santé fut poursuivi pour homicide par imprudence et exercice illégal de la médecine. En outre, à cette occasion, on releva contre lui 25 charges d'exercice illégal de la médecine, et enfin on le poursuivit pour exercice illégal de la pharmacie. Il a été condamné, en appel, à 15 fr. d'amende pour chacune des contraventions d'exercice illégal de la médecine ; à 500 fr. d'amende, pour exercice illégal de la pharmacie ; à 3 mois de prison et 50 fr. d'amende pour homicide par imprudence. Evidemment, il était dans son tort, mais on remarquera combien il est rare de voir punir aussi sévèrement les vulgaires rebouteurs ou somnambules, lorsque par hasard on les poursuit.

Société de dermatologie et de syphiligraphie.

Ordre du jour de la *Séance du 12 février*.

I

Présentation de malades.

Malades atteints de lupus et traités au moyen de la lymphe de Koch, par *M. Hallopeau.*

Cas de dermite bulleuse, par *M. Tenneson.*

Cas de nodosités sous-cutanées d'origine iodique, par *M. Hallopeau.*

Cas de syphilis méconnue et de vaste tumeur gommeuse, par *M. Feulard.*

Nouveau cas de folliculites disséminées et généralisées, de la variété des *Acnitis*, par *M. Barthélemy.*

II

Communications.

MM. Besnier, Quinquaud, Hallopeau. — Résultats des travaux de la commission des médecins de l'hôpital Saint-Louis concernant l'emploi de la lymphe antituberculeuse de Koch.

MM. Hallopeau et Jeanselme. — Sur un cas de farcin chronique terminé par morve aiguë.

MM. Brocq et Jacquet. — Note sur le lichen simplex chronique (lichen circumscriptus des anciens auteurs).

M. Paul Raymond. — Une observation de syphilis conceptionnelle.

M. Morel-Lavallée. — Un mot à propos des variétés cliniques des lymphangites infectieuses.

M. le prof. Petrini (de Bucharest). — Sur un cas d'hydrargyrie bulleuse.

M. Ozenne. — Note sur un cas de périostite et de synovite d'origine blennorrhagique.

III

Travaux adressés par des auteurs étrangers à la Société et devant être lus ou résumés après avis conforme du Comité de direction.

M. Djelaleddin-Moukhtar. — Un cas de lichen plan unilatéral gauche, ne dépassant pas la ligne médiane.

M. le Dr Barbe. — Paralysie des deux bras chez un syphilitique héréditaire.

Professions et idiotie. — D'après M. Galton, les professions législatives présentent les hommes les plus remarquables et le plus petit nombre d'idiots. Vient ensuite la profession médicale, et enfin en dernier lieu sont les *clergymen* qui fournissent le plus petit nombre d'hommes éminents et le plus grand nombre d'idiots.

Ce sont là des classifications aussi peu scientifiques que possible ; tout d'abord le terme « éminent » est très élastique. De plus, un avocat, par sa profession en vue peut acquérir la réputation d'un homme éminent, bien que moins intelligent qu'un médecin inconnu et menant une vie obscure.

Quant à l'idiotie, elle a peu à faire avec les professions. Environ 30 p. 100 des idiots ont éprouvé un accident lors de leur naissance, pendant le travail. Une forte proportion est due à des fièvres infectieuses et à des accidents survenus après la naissance ; d'autres deviennent idiots à la suite d'une frayeur ou d'une blessure de leur mère enceinte.

On voit donc que les conclusions de M. Galton sont absolument dénuées de sens conclut le *Medical Record*, 24 janvier 1891, p. 113.

SUPPLÉMENT THÉRAPEUTIQUE AU MERCREDI MÉDICAL

THÉRAPEUTIQUE

Un nouveau mode d'emploi de l'antipyrine

Par M. le docteur Hicks.

La question du mode d'emploi des médicaments est une de celles qui devraient, au plus juste titre, préoccuper le médecin praticien.

Beaucoup de substances actives voient leur usage restreint dans des proportions regrettables, en raison des difficultés que présente leur administration aux malades. Les unes sont insolubles et ne peuvent être données qu'en cachets, forme médicamenteuse qui n'est pas acceptée par tous les sujets, les enfants par exemple. D'autres, introduites dans des potions, sont douées d'une saveur telle que le dégoût naît rapidement pour l'estomac toujours plus ou moins délicat du patient. D'autres, enfin, et ceci constitue le cas de beaucoup le plus embarrassant pour le praticien, tout en étant solubles et faciles à ingérer en apparence, provoquent, une fois introduites dans le tube digestif, des nausées, des vomissements, des vertiges d'origine gastrique, qui forcent trop souvent le médecin à priver son malade du bénéfice d'un médicament héroïque. On peut donc dire que tout progrès accompli dans le sens d'une plus facile administration d'un médicament important, constitue une acquisition thérapeutique d'une réelle valeur.

Parmi les médicaments auxquels nous venons de faire allusion, se trouve l'antipyrine.

Nul ne contestera, aujourd'hui, la place que l'antipyrine a conquise en thérapeutique. Inutile, par conséquent, de rappeler ici les services qu'elle rend chaque jour dans le traitement des migraines essentielles, des névralgies, du mal de mer, de la fièvre avec hyperthermie, de la chorée, de l'ataxie, etc. Il est peu de médicaments dont l'emploi se soit plus rapidement généralisé. On peut, en effet, affirmer que cette substance, découverte depuis cinq ans à peine, se trouve aujourd'hui dans toutes les familles. C'est qu'elle convient non seulement à ce que nous pourrions appeler la thérapeutique du médecin, celle des cas qui appellent l'intervention de l'homme de l'art, mais encore à la médication journalière, à la thérapeutique de ménage, celle de la migraine, celle du mal de mer, par exemple.

Or, l'antipyrine fait malheureusement partie de ces médicaments héroïques, inévitables, pour ainsi dire, contre lesquels l'estomac de beaucoup de malades oppose une résistance fâcheuse. Bien souvent, en effet, le migraineux, et surtout la migraineuse, qui absorbe de l'antipyrine pour soulager son mal, voit l'état nauséeux, qui accompagne fréquemment la migraine, s'exagérer encore, et l'estomac rebelle rejeter avant l'heure du soulagement le médicament qui l'eût soulagé. Dans le mal de mer, c'est pis encore, et il n'est rien d'aussi pénible pour le praticien que de se trouver ainsi les mains liées par une question de détail, en apparence du moins, alors que la théorie et l'expérience indiquent que le médicament prescrit est bien le seul qui puisse sauver la situation.

Si l'antipyrine pouvait être dépouillée de son action nauséeuse, il n'y aurait certes pas d'agent thérapeutique qui puisse lui être comparé pour faire cesser le mal contre lequel tout a échoué jusqu'ici, le mal de mer. Tous ceux qui en font usage dans ces conditions, et qui étaient doués d'un estomac pouvant la supporter en temps ordinaire, sont là pour l'affirmer.

C'est avec plaisir que nous enregistrons aujourd'hui un progrès réel accompli dans ce sens, progrès grâce auquel l'emploi d'un médicament à indications déjà si multiples, ne manquera pas de se généraliser encore davantage. Ce progrès consiste à associer à l'antipyrine une substance dont l'action antigastralgique et antiémétique est bien connue, l'acide carbonique.

M. Dujardin-Beaumetz, un des premiers, a conseillé de faire dissoudre l'antipyrine dans de l'eau de Seltz. Mais il y a mieux à faire encore, car lors même que l'eau impure employée à la préparation des siphons du commerce ne serait pas proscrite depuis longtemps du régime des malades par une bonne hygiène, cela fait, en somme, une complication de plus, puisque, outre l'antipyrine, il faut encore, au moment de l'emploi, se procurer le siphon.

C'est ici qu'un petit artifice pharmaceutique, déjà employé avec succès dans d'autres circonstances, est venu trouver sa place. On sait, en effet, que pour administrer la lithine, le mode d'emploi le plus commode consiste à l'associer au bicarbonate de soude et à l'acide tartrique, de façon à obtenir un mélange capable de dégager, dès son contact avec l'eau, de l'acide carbonique faisant effervescence. Dans ces conditions, l'antidote est absorbé en même temps que la substance suspecte, et les douleurs gastralgiques, ainsi que les vomissements, se trouvent conjurés à l'avance. Ce procédé, mis en pratique d'abord par M. Ch. Le Perdriel, a été appliqué depuis à une foule d'autres médicaments d'ingestion délicate, dont il a facilité grandement l'emploi courant en thérapeutique.

La méthode était dès lors tout indiquée pour trouver le moyen de rendre l'antipyrine acceptable pour les estomacs. Il a, en effet, suffi de mettre l'antipyrine sous forme de *sel granulé*, comme on l'avait fait pour les sels de lithine, les sels de magnésie, etc., — pour obtenir un produit laissant au médicament toute sa puissance d'action, tout en lui facilitant, pour ainsi dire, l'accès du malade.

La forme de sel granulé effervescent est donc de beaucoup celle qui convient le mieux aujourd'hui à l'emploi de l'antipyrine. A cet état elle ne provoque plus ni nausées, ni vomissements, ni vertiges. Les enfants eux-mêmes peuvent l'ingérer ainsi avec la plus grande facilité. Sur mer, elle peut, dans ces conditions, rendre les services immenses auxquels elle est destinée, sans voir son action contrariée par aucune résistance de la part de l'estomac.

Ajoutons que cette forme est de beaucoup la plus commode sous laquelle on puisse prendre un médicament que bien des personnes sont obligées d'avoir toujours sur elles. Il suffit, en effet, de mettre dans un peu d'eau la dose nécessaire, pour que la dissolution avec effervescence se produise immédiatement et pour que le médicament puisse être aussitôt ingéré sans présenter même de saveur sensible.

C'est donc à titre de progrès très réel, obtenu dans l'emploi d'une des substances les plus indispensables à la thérapeutique actuelle, que nous signalons aux praticiens le nouveau mode d'administration de l'antipyrine mis en pratique par M. Le Perdriel.

FORMULAIRE THÉRAPEUTIQUE

Traitement de la constipation de nouveau-nés (de 1 à 2 ans).

(Wyeth.)

Magnésie calcinée.......	âà 5 gram.
Racine de rhubarbe.....	
Oléose-saccharure d'anis.	

Une pincée trois fois par jour. Chez les enfants âgés de quelques semaines seulement, il convient de réduire à 2 ou 3 grammes la dose de rhubarbe et de magnésie.

Hôpitaux de Paris. — Voici la répartition des chefs de service, des chefs de clinique, et des internes à dater du 1er février 1891 :

Hotel-Dieu. — *Médecine.* — M. le prof. Germain Sée; chef de clinique : M. Pignol; interne : M. Auscher. — M. Bucquoy; interne : M. Chavane. — M. Dumontpallier; int. : M. Le Moniet. — M. Proust; int. : M. Laffitte. — M. Labbé (Edouard); int. M. Faure-Miller. — M. Lancereaux; int. : M. Thiroloix.

Chirurgie : M. le prof. Verneuil; chef de clinique : M. Clado; int. MM. Cestan, Londe, Cazenave. — M. Tillaux; int. : MM. Lautier, Ehrhardt.

Ophthalmologie. — M. le prof. Panas; chef de clinique : M. Chaffard; int. : MM. Rochon-Duvignaud, Delbet, Vialet.

Hotel-Dieu (annexe). — *Médecine.* — M. Richardière; int. provisoire : M. Variot; int. provisoire : M. Meslay. M. Marie; int. provisoire : M. Danseux.

Hopital de la Pitié. — *Médecine.* — M. le prof. Jaccoud; chef de clinique : M. Ménétrier; interne : M. Achalme. — M. Audhoui; int. : M. Vassal; M. Robin; int. : M. Degueret; M. Muselier; int. : M. Papillon. — M. Moutard-Martin; int. : M. Chevalet.

Chirurgie. — M. le prof. Le Fort; chef de clinique : M. Lejars; int. : MM. Halipré, Braquehaye, Damaye. — M. Polaillon; int. : MM. Michel-Dansac, Brodier (Léon), Mayet.

Accouchements. — M. Maygrier; int. : M. Audain.

Hopital de la Charité. — *Médecine.* — M. le prof. Potain; chef de clinique : M. Foubert; int. : M. Teissier. — M. Constantin Paul; int. : M. Gauly. — M. Brouardel; int. : M. Louis. — M. Desnos; int. : M. Guibert. — M. Cornil; int. : M. Macaigne. — M. Luys; int. : M. Maurel (Pierre).

Chirurgie. — M. le prof. Duplay; chef de clinique : M. Rochard; int. : MM. Chipault, Cazin, Binaud. — M. Després; int. : MM. Richerolle, Malherbe.

Accouchements. — M. Budin; int. : M. Gilis.

Hopital Saint-Antoine. — *Médecine.* M. Hayem; int. : M. Pineau (Arsène); int. provisoire : M. Bodin. — M. Hanot; int. : M. Létienne. — M. Gingeot; int. : M. Lamy. — M. Tapret; int. : M. Sabouraud. — M. Letulle; int. : M. Lelièvre. — M. Merklen; int. : M. Cautru. — M. Brissaud; int. : M. Boix; — M. Ballet; int. : M. Enriquez.

Chirurgie. — M. Monod; int. : MM. Artus, Berdal, Dufournier. — M. Blum; int. : MM. Roussel, Bernardbeig, Reymond.

Service d'isolement. — Interne provisoire : M. Riche.

Hopital Necker. — *Médecine.* — M. le prof. Peter; chef de clinique : M. Marfan; int. : M. Appert. — M. Rigal; int. : M. Sauvineau. — M. Rendu; int. : M. Boulloche (Pierre). — M. Dieulafoy; int. : M. Charrier.

Chirurgie. — M. le prof. Le Dentu; chef de clinique : M. Lyot; int. : MM. Buscarlet, Mauclaire, Terson. — M. le prof. Guyon; chef de clinique : M. Albarran; int. lauréat : M. Legueu; int. : MM. Noguès, Reblaub, Vigneron. — M. Horteloup; int. : MM. Repin, Basset.

Hopital Cochin. — *Médecine.* — M. Dujardin-Beaumetz; int. : MM. Raoult, Tuilant. — M. Gouraud; int. : M. Martin-Durr.

Chirurgie. — M. Schwartz; int. : MM. Pompidor, Laurent-Préfontaine. — M. Quénu; int. : MM. Lamotte, Touchard, Genouville.

Accouchements. — M. Bouilly, int. : MM. Baillet, Calbet.

Service temporaire. — *Médecine.* — M. Hirtz (Edgar); int. provisoire : M. Isidor.

Hopital Beaujon. — *Médecine.* — M. Millard; int. : M. Blaise. — M. Guyot; int. : M. Sallard. — M. Gombault; int. : M. Vercoustre. — M. Féré; int. : M. Jourdan.

Chirurgie. — M. Labbé (Léon); int. : MM. Adler, Veslin. — M. Anger (Benjamin); int. : MM. Gervais de Rouville, Harou. — M. Anger (Théophile); int. : MT. Taurin, Dudefoy.

Accouchements. — M. Ribemont-Dessaignes; int. : M. Legrand.

Hopital Lariboisière. — *Médecine.* — M. Bouchard; int. : M. Guyon. — M. Duguet; int. : M. de Saint-Germain. — M. Guérin-Roze; int. : M. Nageotte; M. Gouguenheim; int. : M. Mendel; int. provisoire : M. Jacquinet. — M. Raymond; int. : M. Oustaniol. — M. Landrieux; int. : M. Camescasse.

Chirurgie. — M. Périer; int. MM. Leblond, Bardol; int. provisoire : M. Lantzenberg.

Ophthalmologie. — M. Delens; int. : MM. Rouffinet, Bezançon. — M. Berger; int. : MM. Benoît, Jacob. — M. Peyrot; int : MM. Chibret, Souligoux.

Accouchements. — M. Porak; int. : M. Bernheim.

Hopital Tenon. — *Médecine.* — M. Dreyfus-Brisac; int. : M. Gauthier (Charles); — M. Cuffer; int. : M. Michel. — M. Roques; int. : M. Phulpin. — M. Moizard; int. : M. Potier. — M. Oulmont; int. : M. Bonneau. — M. Faisans; int. : M. Orillard (Abel). — M. Talamon; int. : M. Thiercelin. — M. Brault; int. : M. Perruchet.

Chirurgie. — M. Felizet; int. MM. Poivet, Bernard (Félix). — M. Richelot. int. MM. Pescher, Malapert, Morestin, — M. Reynier; int. : MM. Rousseau; Hulot, Bernard (Gustave).

Accouchements. — M. Champetier de Ribes; int. M. Rancurel.

Hopital de Laennec. — *Médecine.* — M. Ball; int. : M. Durante. — M. Ferrand; int. M. Delanière. — M. Straus; int. : M. Pilliet. — M. Landouzy; int. : M. Beaumé.

Chirurgie. — M. Nicaise; int. MM. Gauthier, Morax; int. provisoire, M. Letoux.

Service temporaire. — *Médecine.* — M. Galliard; int. prov. : MM. Héan, Binot (Jean).

Hopital Bichat. — *Médecine.* — M. Huchard; int. : M. Faure-Miller; M. Lacombe; int. : M. Tournier.

Chirurgie. — M. Terrier; int. : MM. Aldibert, Guillemain, Michon.

Hopital Andral. — *Médecine.* — MM. Debove; int. : MM. de Grandmaison, Renault (Jules).

Hopital d'Aubervilliers. — *Médecine.* — M. Martin (Hippolyte); int. prov. : M. Emérit.

Bastion 36. — *Médecine.* — M. Thibierge; int. prov. : M. Diriart.

Hopital Broussais. — *Médecine.* — M. Barth; int. : M. Lafourcade. — M. Chauffard; int. : M. Ettlinger.

Chirurgie. — M. Reclus; int. : MM. Arrou, Goupil.

Hopital Saint-Louis. — *Médecine*; — M. le prof. Fournier; chef de clinique : M. Feulard; int. : MM. Prost; M. Besnier; int. : M. Leredde. — M. Hallopeau; int. : M. Floersheim. — M. Quinquaud; int. : M. Veillon. — M. Tenneson; int. : M. Barrié. — M. Du Castel; int. : M. Bataille.

Chirurgie. — M. Péan; int. : MM. Roques de Fursac, Delaunay, Baumgarten. — M. Lucas-Championnière; int. : MM. Brodier, Sorel, Damourette. — M. Marchand, int. : MM. Lévi (Léopold), Perrin, Jayle.

Accouchements. — M. Bar; int. : M. Rénon.

Service temporaire. — *Médecine.* — M. Josias (Albert); int. prov. : MM. Courbey, Morin.

Hopital du Midi. — *Médecine.* — M. Mauriac; int. : M. Homolle. — M. Balzer; int. : M. Souplet.

Chirurgie. — M. Humbert; int. : M. Sée (Marcel).

Hopital de Lourcine. — *Médecine.* — M. de Beurmann; int. : M. Donnet. — M. Renault; int. : M. Lebon.

Chirurgie. — M. Pozzi; int. : MM. Roussan, Baudron; int. prov. : M. Martin (Albert).

Hopial de la Maternité. — *Médecine* M. Guéniot; int. : M. Renault (Louis). — M. Labadie Lagrave; int. : M. Gouget.

Clinique Baudelocque. — *Accouchements.* — M. le prof. Pinard; chef de clin. : M. Potocki.

Hopital de la Clinique d'accouchements. — *Chirurgie.* — M. le prof. Tarnier; chef de clin. : M. Tissier.

Maison municipale de santé. — *Médecine.* — M. Lécorché; int. : M. Thérèse. Mi Danlos; int. M. Hélary.

Chirurgie. — M. Segond; int. : MM. Guitton; Wassilieff. — M. Nélaton; int. MM. Bouglé; Glantenay.

Hopital des Enfants-Malades. — Médecine. — M. le prof. Grancher; chef clin. : M. Martin de Gimard; int. : Aviragnet. — M. Jules Simon; int. Lasserre. — M. Descroizilles; int. Dupasquier. — M. Ollivier; int. : Cartier. — M. D'Heilly; int. M. Triulet.

Chirurgie. — M. de Saint-Germain; int. : Mlle Wilbouschewitch.

Hopital Trousseau. — *Médecine.* — M. Cadet de Gassicourt; int. : MM. Brehn (Albert). — M. Legroux; int. : M. Soupault. — M. Sevestre; int. : M. Astou.

Chirurgie. — M. Lannelongue; int. : M. Delagenière; Civel.

Hospice des Enfants-Assistés. — Médecine. — M. Hutinel; int. MM. Mus; Bergé; int. prov. : M. Longuet.

Chirurgie. — M. Kirmisson; int. M. ...inton.

Hospice de Bicêtre. — *Médecine.* — M. Déjerine; int. : M. Sottas : in. prov. M. Touche.

Chirurgie. — M. Campenon; int. : MM. Lepetit, Fort; int. prov. : M. Bois. — M. Bourneville; int. : MM. Finet, Bré...rd; int. prov. : M. Banzet. — M. Charpentier; int. : M. Magniaux; int. prov. : M. Prieur. — M. Deny; int. : M. Carrel; int. prov. : M. Fiquet. — M. Féré; int. : M. Chaillou; int. prov. : M. Demantké.

Hospice de la Salpêtrière. — Médecine : M. le prof. Charcot; chef de clin. : M. Guinon (Georges); int. laur. : M. Souques; int. : MM. Hallion, Charcot. — M. Joffroy; int. : M. Critzman; int. prov. : M. Guépin.

Chirurgie. — M. Terrillon int. : MM. Dubrisay; Macquart. — M. Voisin (Auguste); int. : M. Collinet. — M. Falret; int. : M. Nicolle. — M. Voisin (Jules); int. : M. Péron.

Hospice des Incurables (Ivry). — Médecine. — M. Gombault; int. : M. Tolmer; int. prov. : M. Meunier.

Chirurgie. — M. Prengrueber; int. : M. Manson; int. prov. : M. Raffray.

Hospice des Menages (Issy). — Médecine. — M. Barié; int. : M. Bezançon; int. prov. : M. Vaudremer.

Institution Sainte-Périne et Maison de retraite Chardon-Lagache. — Médecine. — M. Comby; int. : MM. Matton; Poussard.

Maison de retraite de La Rochefoucauld. — *Médecine.* — M. Brocq; int. prov. : M. Follet.

COURS LIBRES

Hôpital des Enfants malades. — M. le docteur Jules Simon les mercredis à 9 heures. Tous les samedis, consultation clinique.

Service de M. le prof. Grancher. — M. le Dr Hermet fait tous les jeudis à 10 heures, un cours d'otologie.

Hôpital Trousseau. — M. le professeur Lannelongue fait des conférences suivies d'exercices cliniques tous les mercredis, à 9 heures et demie du matin, à l'hôpital Trousseau, 89, rue de Charenton.

M. Legroux, médecin de l'*Hôpital Trousseau* fait dans cet hôpital ses conférences cliniques, tous les mercredis à 9 heures et demie. Visites le matin à 9 heures. Consultations les mardis et vendredis à 10 heures.

Hôpital Necker. — M. le Dr Rendu fait des leçons cliniques le jeudi à 10 heures.

M. le Dr Landolt a commencé un cours de thérapeutique oculaire, en sa clinique, 27, rue Saint-André-des-Arts. Ce cours est destiné essentiellement aux étudiants et jeunes médecins. Il a lieu le samedi à 1 heure.

Hôpital St-Antoine. — M. le Dr Brissaud, conférences de clinique médicale, le mercredi à 9 h. 3/4.

Cours d'accouchements. — MM. les Drs *Boissard* et *Lepage* commenceront le *lundi 16 février*, un nouveau cours d'accouchement, à l'Association générale des Etudiants, 41, rue des Ecoles.

Ce cours *gratuit* aura lieu tous les jours à cinq heures; il sera complet en 30 leçons et comprendra des exercices pratiques sur le mannequin.

THÉRAPEUTIQUE

Du bromure de potassium dans les maladies nerveuses

Par M. le docteur W. Petit.

L'efficacité de l'emploi de la médication bromurée dans le traitement des maladies nerveuses est un axiome aujourd'hui scientifiquement accepté. Dans une de ses leçons à l'hospice de la Salpêtrière, Legrand du Saulle disait : « Quand j'entrai comme interne à l'hospice de Charenton, il se consommait dans tous les hôpitaux de Paris 3 kilos de bromure de potassium par an et, aujourd'hui cette moyenne a dépassé 1,000 kilos. »

Mais si l'on ne discute plus sur la nécessité de l'emploi de cette médication, quelques esprits, curieux de remédier aux inconvénients qui s'étaient produits à la suite d'une application inconsidérée du remède, ont tenté d'associer au bromure de potassium, jusque-là seul en usage, d'autres préparations telles que les bromures de sodium, ou d'ammonium. Après quelques essais infructueux, les novateurs eux-mêmes ont dû bientôt confesser que ces mélanges ne donnaient que des résultats incertains. Et le bromure de potassium reste aujourd'hui le médicament par excellence dans le traitement des maladies nerveuses.

Les travaux les plus récents n'ont fait que confirmer sur ce point les observations antérieures.

Dans son remarquable et récent ouvrage sur les épileptiques (1), M. Ch. Féré, médecin de Bicêtre, invoque l'autorité de MM. Blache, Bazin, J. Besnier, A. Voisin, Falret, Legrand du Saulle; puis citant les travaux de Martin Damourette et Pelvet, il s'exprime ainsi : « L'action bien constatée sur les grands systèmes permet d'embrasser d'un seul coup d'œil et sans effort tout le domaine thérapeutique du bromure de potassium. Ainsi sans parler de ses effets hypnotiques, par son action anesthésique et amyosthénique générale, il s'attaque aux névroses les plus étendues et les plus complexes (épilepsie, chorée, hystérie, etc.), tout comme il combat les névroses plus localisées (dysphagie, asthme, etc.), ou seulement des éléments morbides isolés, tels que la douleur dans les névralgies, la migraine, le rhumatisme, etc.

De même, son action sédative sur l'étendue de la circulation capillaire le rend propre à effacer les hyperhémies de quelque siège et de quelque nature qu'elles soient.

Enfin, c'est parce que le bromure de potassium possède la double action hyposthénisante nerveuse et vasculaire, qu'il se montre si remarquablement utile contre les grandes névroses à processus congestif des centres nerveux, telles que l'épilepsie et l'éclampsie, l'hystérie et le nervosisme, la chorée, etc. (2).

Le bromure de potassium est sans contredit celui qui jouit de la plus grande efficacité.

Comme le dit M. A. Voisin, le bromure doit rester presque un aliment pour l'épileptique qu'il a guéri. Et si le malade en suspend l'usage, il faut qu'il sache que c'est à ses risques et périls. »

Enfin, après avoir examiné et discuté les avantages que certains praticiens entendent tirer de l'association du bromure de potassium à d'autres préparations bromurées, après avoir réfuté les objections que l'on a élevées contre l'efficacité du bromure de potassium, M. Féré termine ainsi la partie de son ouvrage relative au traitement par les bromures : « Si le bromure de potassium a été le plus accusé, c'est aussi lui qui a le plus servi. »

Et, tout récemment, M. le docteur Gilbert Ballet, professeur agrégé à la Faculté, médecin des hôpitaux de Paris, s'exprimait ainsi (1) : « De toutes les préparations bromurées, le bromure de potassium est certainement la plus active. Aussi constitue-t-il, on peut le dire, l'élément fondamental du traitement de toute épilepsie. *Les bromures de sodium et d'ammonium ne nous ont pas paru, tant s'en faut, agir avec la même énergie que le bromure de potassium.* »

(1) Ch. Féré. Les épilepsies et les épileptiques.

(2) Etude expérimentale sur l'action physiologique du bromure de potassium, 1887.

(1) De l'épilepsie envisagée au point de vue de sa nature et de son traitement, *Gazette des Tribunaux* 26 juillet 1890.

Une question importante, c'est la qualité du médicament à employer.

« La première condition a réaliser lorsqu'on doit recourir à la médication bromurée, ce'st de *se procurer un bromure parfaitement pur* » (G. Ballet). Il doit être employé pur, c'est-à-dire ne pas contenir d'éléments étrangers, principalement pas d'iodure et surtout de chlorure de potassium, de sulfate et de carbonate de potasse » (Ch. Féré). « Trop souvent, reprend le docteur Ballet, le bromure de potassium est mélangé à d'autres sels de potasse, au sulfate ou au carbonate; au chlorure de potassium et surtout à l'iodure. Il en résulte certains inconvénients qu'on évitera en ayant recours à un bromure bien préparé. »

Dès longtemps pénétré des doléances des plus éminents particiens sur se sujet, M. Henry Mure a créé une préparation qui, tout en procurant au médecin traitant une entière sécurité touchant la pureté du bromure qu'elle contient, dissimule sous un parfum inoffensif (écorce d'orange) la saveur un peu désagréable du bromure. Aussi n'y a-t-il aujourd'hui qu'une seule préparation qui soit universellement répandue : le sirop de M. Henry Mure au bromure de potassium (exempt d'iodure et de chlorure). Les malades supportent à merveille ce produit, qui est agréable au goût, très bien préparé, mathématiquement dosé et d'une action certaine.

En s'inspirant des travaux des médecins anglais et américains et des expérimentations si sagaces et si favorables des médecins des hospices de Bicêtre et de la Salpêtrière, M. Henry Mure est parvenu à doter l'art de guérir d'un agent pharmaceutique de premier ordre. L'incorporation du sel bromique dans son excellent sirop d'écorce d'oranges amères rend facile au malade l'ingestion du remède, et d'autre part, la contenance fixe et absolument invariable de chaque cuillerée (2 grammes par cuillerée à bouche) simplifie utilement l'ordonnance du médecin.

Et comme « il n'est guère en thérapentique de médicament qui soit susceptible de remplir des indications plus nombreuses et plus importantes que le bromure de potassium ; comme c'est certainement une des plus belles acquisitions qu'ait faites l'art de guérir depuis cinquante ans (2), on peut juger des services que la préparation de M. Henry Mure a déjà rendus et est encore appelée à rendre à la science médicale.

---

(2) Fonssagrives, *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, art. Bromure.

FORMULAIRE THÉRAPEUTIQUE

Menthol contre les vomissements de la grossesse.

Le menthol est préconisé contre les vomissements de la grossesse ; on le prescrit sous forme d'une potion, d'après la formule suivante :

Menthol	1 gramme.
Alcool	20 grammes.
Sirop simple	30 —

dont on administre une cuillerée à café toutes les heures.

Potion à la quinine sans amertume.

(M. Lutz.)

Sulfate de quinine	0 gr. 50
Acide sulfurique dilué	0 gr. 50
Essence de menthe	V gouttes.
Solution saturée de saccharine	10 grammes
Eau distillée	90 —

Solution contre la phthisie laryngée.

(F. Ingalls).

Chlorhydrate de morphine	0 gr. 20
Acide phénique	1 gr. 50
Acide tannique	1 gr. 50
Glycérine neutre }	ãã 16 gr.
Eau distillée }	

Faites dissoudre. — Avec un pinceau imbibé de ce liquide, on badigeonne l'entrée du larynx, une ou deux fois dans les vingt quatre heures, dans le cas de phthisie laryngée. Dans l'intervalle des badigeonnages, on étend la solution de 2 ou 3 fois son volume d'eau, et on l'emploie sous la forme de pulvérisations.

Collutoire antiseptique contre la diphthérie.

(Le Gendre.)

Borate de soude }	ãã 5 gr.
Chlorate de potasse }	
Acide phénique	0 gr. 25.
Glycérine	10 grammes.
Miel blanc	30 —

Mêlez et faites dissoudre. — Avec un pinceau trempé dans ce collutoire, on touche le fond de la gorge, dans le cas d'angine diphthéritique.

Traitement de la laryngite.

(Moure.)

I.	Acide phénique cristallisé	0,60 à 1 gr.
	Chlorhydrate de cocaïne	0,25 à 0,50 cent.
	Glycérine neutre	50 grammes.
	Eau distillée	450 —

à donner en pulvérisation trois fois par jour, avec pulvérisateur à vapeur.

II.	Acide borique	5 grammes.
	Résorcine cristallisée	2 —
	Eau de laurier-cerise	50
	Eau distillée	450 —

pour pulvérisations pendant trois à cinq minutes, matin et soir, trois ou quatre fois par jour suivant les lésions observées.

Traitement de l'hypertrophie de la prostate.

(Kobner.)

Iodure de potassium	3 grammes.
Bromure de potassium	2, 5 à 3 grammes
Extrait de belladone	0,30 cent.
Eau	200 grammes.

Pour 20 lavements.

On injecte chaque fois 20 gr. de cette solution dans 50 à 200 grammes d'eau chaude, au début une fois par jour, plus tard deux fois.

Plus tard on élève les doses et on prescrit :

Iodure de potassium	10 grammes.
Bromure de potassium	8 —
Extrait de belladone	0,60 cent.
Eau	300 grammes.

Pour 20 lavements.

25 grammes de cette solution dans 80 à 100 grammes d'eau, deux fois par jour en lavememt.

Kobner a trouvé qu'en ajoutant à chaque lavement de 5 à 10 gouttes de teinture d'iode pure, le mélange était très efficace et très bien toléré par le gros intestin.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Imp. des Arts et Manufactures, 12, r. Paul-Lelong. M. Barnagaud.

CLINIQUE DES VOIES URINAIRES

Hôpital Necker. — M. le prof. Guyon.

Le nitrate d'argent dans la chirurgie des voies urinaires. (Leçon recueillie et publiée par M. le Dr Hallé, chef du laboratoire d'histologie et de bactériologie.)

Le nitrate d'argent est d'un usage journalier dans notre service. Depuis longtemps nous nous en servons avec succès pour combattre les inflammations suppuratives de l'urèthre et de la vessie. Voici plusieurs mois déjà que vous m'en voyez faire usage avant et au cours des opérations qui portent sur l'appareil urinaire infecté, comme complément des précautions antiseptiques habituelles. Cet emploi nouveau du sel lunaire est justifié par les réelles propriétés antiseptiques que nous avons reconnues à ce médicament. C'est grâce à elles qu'il agit à titre préventif et sans doute aussi comme agent curatif.

Les résultats heureux de l'usage du nitrate d'argent sont clairement démontrés par la clinique : vous pouvez les observer chaque jour. Des expériences que nous avons entreprises récemment, avec le concours de M. Hallé, et que je vous exposerai en terminant, sont venues confirmer et expliquer ces résultats.

Si je m'en rapportais à certains détails de ces expériences, j'aurais pu intituler cette leçon : « L'argent et la pratique des voies urinaires », tant il semble que ce soit le métal lui-même qui soit l'agent actif. Craignant l'équivoque qu'un pareil titre n'aurait pas manqué de provoquer, je vous parlerai simplement des propriétés thérapeutiques du nitrate d'argent dans les affections de l'appareil urinaire.

Bien avant moi, et depuis longtemps, le nitrate argentique a été employé en chirurgie urinaire. Son usage en chirurgie et en médecine générales est plus ancien encore, et vous savez quelle action thérapeutique puissante on lui reconnaît depuis bien des générations médicales dans les inflammations des muqueuses, de la conjonctive entre autres. Le nitrate d'argent est l'ami des muqueuses, et c'est en effet sur ces membranes enflammées qu'il semble agir avec une véritable élection.

Dès 1822, Charles Bell l'appliqua aux inflammations de l'urèthre. Avant lui, on ne s'en était servi dans ce canal que dans le but de détruire par cautérisation les rétrécissements : Charles Bell l'employait à l'état solide.

Lallemand (de Montpellier) en 1825 en fit usage sous la même forme contre les inflammations profondes du canal de l'urèthre : usage et peut-être abus. Ses imitateurs du moins l'employèrent trop libéralement dans les cas de spermatorrhée. Mais Lallemand eut le mérite d'en recommander aussi l'emploi dans le catarrhe chronique de la vessie.

Le nitrate d'argent liquide, sous forme d'injections nitratées, avait été conseillé déjà vers le commencement du siècle dernier, dans les écoulements virulents de l'urèthre. Carmichael, de Dublin, usait d'une solution forte, 50 centigr. pour 30 gr. d'eau.

Daniel, de Cette, en 1842, fut le premier à se servir du nitrate dissous pour le traitement de la cystite. Il fit, à un mois d'intervalle, deux injections de 1 gramme 25 pour 125 grammes d'eau, à 1 pour 100, par conséquent : il obtint une guérison.

Mercier, en 1844, sans connaître ce fait isolé, emploie dans la vessie une solution forte, à 50 centigr. pour 30 grammes d'eau. C'est à lui que revient le mérite d'avoir vulgarisé ce moyen thérapeutique ; c'est avec lui que le nitrate d'argent entre définitivement dans la pratique urinaire usuelle. Après avoir eu des accidents avec cette solution forte, il en abaisse le titre progressivement et arrive à ne plus employer qu'une solution à 1 pour 500. Il l'injecte dans la vessie après un lavage à l'eau tiède, évacue après un séjour de quelques minutes, et, si besoin est, renouvelle une seconde fois ce traitement. S'il existe des lésions concomitantes de l'urèthre profond, il y fait également une injection. C'est, dit-il, le meilleur traitement que nous possédions contre les cystites : il a même plus d'action sur la vessie que sur l'urèthre. Dans les hématuries qui accompagnent le catarrhe vésical, il obtint même du nitrate d'argent de très bons résultats.

Vous savez, Messieurs, que, pour ma part, j'use, pour les injections vésicales, de solutions à 1/500e, 1/300e, 1/100e même, dans des cas exceptionnels.

Depuis 1868, j'ai généralisé et préconisé l'emploi du nitrate d'argent en solution, contre les lésions chroniques de la blennorrhagie uréthrale : j'ai appris, à l'aide de cet instrument aujourd'hui familier à tous, l'instillateur, à porter directement sur la région malade des doses bien graduées du médicament. Le titre des solutions employées varie de 1 à 5 pour 100. Dépasser cette dernière dose est toujours dangereux. J'ai été jusqu'à employer jadis, dans des cas particulièrement rebelles, une solution à gramme pour gramme : j'ai eu des accidents.

Dans un de ces cas de cystite tenace, que nous reconnaîtrions aujourd'hui pour tuberculeuse, l'emploi de quelques gouttes de cette solution concentrée provoqua une grave hématurie, avec caillots abondants, obstruant l'urèthre, et nécessitant le nettoyage de la vessie par aspiration. A un moindre degré, l'hémorrhagie est souvent la réponse que vous obtiendrez en interrogeant par le nitrate d'argent, même à un titre ordinaire, les cystites tuberculeuses. Cet agent, malgré ses précieux avantages, ne convient donc pas, vous le voyez, dans toutes les cystites.

Capable de provoquer l'hématurie quand il est ainsi employé à contre-temps, le nitrate d'argent doit être pourtant considéré dans d'autres circonstances comme le meilleur et le plus sûr hémostatique. Avec lui, et lui seul, vous ferez cesser immédiatement, en 24 heures au plus, les hématuries terminales, parfois abondantes, des cystites blennorrhagiques suraiguës. Dans toutes les variétés d'inflammations hémorrhagiques de la vessie, tuberculose et néoplasmes étant mis hors de cause, vous l'emploierez avec succès. Vous remarquerez pourtant que chez les calculeux atteints de cystite, vous réussirez souvent mal avec lui, pour peu que vous usiez de doses un peu fortes.

Mais c'est là un emploi en quelque sorte exceptionnel de la solution argentique. C'est dans les inflammations suppuratives de la vessie qu'elle est vraiment, on pourrait dire presque constamment, active. Son emploi réitéré amène la diminution d'abord, le plus souvent ensuite la cessation de la suppuration. Vous échouerez surtout dans les cas où la vessie n'est pas seule en cause : quand, avec elle et après elle, les uretères, les bassinets, les reins, contre lesquels toute action directe est impossible, sont atteints par la suppuration. Dans ces cas, l'amélioration vésicale n'est que passagère : le pus qui vient de plus haut amène bientôt, par inoculation, le retour de la suppuration vésicale. Il est, enfin, des cas de lésions invétérées, limitées à la vessie, contre lesquelles le nitrate d'argent reste impuissant. Dans ces cas, que vous pourrez observer chez de jeunes blennorhagiques, aussi bien que chez de vieux prostatiques depuis longtemps infectés, les lésions de la paroi sont trop profondes pour être radicalement atteintes par l'agent médicamenteux introduit dans la vessie.

Comment, en partant de ces faits d'observation, sommes-nous arrivés à soupçonner, puis à croire, que le nitrate d'argent agit principalement par ses propriétés antiseptiques? L'inflammation substitutive qu'il provoque sur la muqueuse, suivant la théorie sur laquelle s'est étendu complaisamment Trousseau, ne suffit-elle pas à expliquer ses bons effets? N'est-ce pas en provoquant une inflammation de bonne nature, tendant à la guérison, inflammation qui se substitue à la lésion antérieure, qu'il exerce son action curative? Nous pourrions continuer à le penser, si l'observation ne nous avait fourni des documents importants d'un autre ordre.

Il se pratique chaque jour dans ce service un nombre considérable d'instillations. Depuis vingt ans bientôt, moi-même et mes élèves en faisons quotidiennement usage dans la pratique de la ville. Eh bien! sur ce nombre immense d'instillations, je n'ai jamais observé, pour ma part, jamais entendu parler d'un cas de fièvre, comme il s'en produit trop souvent encore, à la suite du passage des instruments dans l'urèthre. Les malades reviennent régulièrement, reçoivent leurs instillations et retournent à leurs occupations habituelles, sans que rien soit modifié à leur état de santé. Au contraire, un cathétérisme simple, non accompagné de l'emploi du nitrate, peut être suivi d'accidents fébriles marqués, graves même. La seule condition de l'expérience qui ait varié, c'est la présence du nitrate d'argent dans un cas, son absence dans l'autre.

Par ce fait, on est conduit à penser qu'indépendamment de son action modificatrice sur la paroi, le nitrate d'argent en possède une autre : qu'il agit encore en atteignant, en détruisant les micro-organismes uréthraux, qui causent à la fois la suppuration locale et les accidents généraux qui la compliquent.

Cette induction est puissamment fortifiée par la remarque qui suit. Vous savez combien la seringue est un instrument difficile à maintenir propre : elle est aujourd'hui généralement abandonnée dans la pratique de la chirurgie antiseptique, et considérée comme un véritable nid à microbes. Nous avons voulu savoir si les seringues qui nous servent journellement pour le traitement au nitrate d'argent étaient, au point de vue microbien, des instruments propres ou non. Des milieux de culture divers, gélatine, bouillon, gélose, ont été ensemencés, soit avec les débris provenant du grattage des pistons de ces seringues, soit avec de l'eau stérilisée ayant servi à laver leur intérieur: toutes ces cultures sont restées stériles. Même les vieilles seringues à instillation restées sans emploi depuis assez longtemps, même celles portées habituellement dans la poche, ainsi examinées par la culture, ont donné des résultats négatifs.

L'expérience a été répétée à plusieurs reprises par M. Albarran, mon chef de clinique, et ses résultats minutieusement contrôlés sont bien établis. Donc, les solutions de nitrate d'argent employées habituellement dans un instrument comme la seringue, suffisent pour le rendre aseptique.

Cette nouvelle preuve du pouvoir antiseptique du nitrate d'argent nous a conduit à généraliser son emploi pour obtenir l'asepsie de nos instruments. Aujourd'hui, toutes les seringues dont nous nous servons ici, l'aspirateur des fragments lui-même, sont remplis de solutions argentiques et stérilisés par ce procédé : il nous a suffi d'en faire argenter toutes les pièces métalliques pour les mettre à l'abri de l'action du nitrate, qui attaque et détériore vite les instruments ordinaires, même nickelés. Dans la nouvelle seringue que nous avons fait construire par M. Collin, seringue composée d'un corps en verre et de pièces métalliques argentées, une chambre a été réservée à la partie inférieure au-dessous du piston : elle est maintenue constamment remplie de solution argentique qui empêche la contamination.

De l'emploi du nitrate d'argent pour l'antisepsie instrumentale, nous devions être amenés à en faire usage pour l'antisepsie opératoire. Là encore il nous donne les meilleurs résultats.

Nous employons méthodiquement la solution à 1/500 en lavages dans les vessies infectées, avant et pendant la lithotritie. Souvent aussi nous en usons après l'uréthrotomie interne : là son emploi devrait être général, car il est impossible de produire par les lavages l'antisepsie vésicale chez le rétréci avant l'opération. Nous conseillons donc d'en user pour laver la vessie immédiatement après l'uréthrotomie, la vessie et le canal au moment de l'ablation de la sonde.

Toute cette série de remarques et de résultats cliniques nous ont amenés à étudier expérimentalement les propriétés antiseptiques du nitrate d'argent. En vous répétant que ces expériences ont été conduites par M. Hallé, je vous donne la certitude de leur rigueur scientifique. Déjà M. Raulin avait constaté qu'un seize-cent millième de nitrate d'argent ajouté au liquide artificiel composé par lui-même pour la culture de l'aspergillus niger, arrête brusquement la culture de cet organisme. Ce même expérimentateur avait vu se produire un phénomène analogue au simple contact de l'argent métallique. M. Behring (*Deutsche medicinische Wochenschrift* 1887), expérimentant sur le même sujet, a vu que 1 quatre-vingt millième de nitrate d'argent entrave la végétation des spores du charbon. M. Kreiss (*Wiener med. Wochen.*, 1885) avait observé que la culture du gonocoque est arrêtée par l'addition de un demi pour cent de nitrate d'argent.

Les résultats que nous avons obtenus plaident dans le même sens.

Dans une première série d'expériences, le liquide de culture, bouillon ou urine stérilisée par filtration, est additionné d'une solution de nitrate d'argent à 1/100, dans la proportion de 1 centimètre cube pour 10. Le précipité de chlorure d'argent s'étant produit, et rassemblé par le repos au fond du vase, le liquide clair qui surnage est inoculé avec divers microbes : staphylococcus aureus, bactérie pyogène, urobacillus liquefaciens septicus. Sur six cultures ainsi traitées, une seule fois un faible développement fut observé pour la bactérie pyogène.

De la gélatine est additionnée de nitrate d'argent dans la proportion de 1 pour 500 : la réduction s'opère lentement et un précipité d'argent métallique se produit dans le milieu de culture, auquel il donne une teinte noirâtre sans lui enlever toute sa transparence. Des tubes de gélatine inclinés ainsi préparés, inoculés en surface, se sont montrés absolument impropres à la culture. Six microbes différents, staphylococcus aureus, albus, charbon, bacille pyocyanique, bactérie pyogène, urobacillus, semés sur ce milieu, n'ont fourni aucun développement.

Dans une seconde série d'expériences, nous avons essayé l'action du sel d'argent sur des cultures en pleine activité de développement.

Quatre cultures récentes sur bouillon (aureus, albus, bactérie pyogène, urobacillus), reconnues bien vivantes par réinoculation, sont additionnées d'une solution de nitrate d'argent à 1/10 dans la proportion de 1 cent. cube pour 10. Après production du précipité, ces cultures sont laissées 6 heures en repos à l'étuve, agitées, puis réinoculées sur gélatine.

L'aureus et l'albus fournissent une nouvelle culture : la bactérie pyogène et l'urobacillus ne se développent pas.

Les mêmes tubes additionnés de nitrate d'argent, réinoculés au bout de 12 jours, ne fournissent plus aucune culture.

La même expérience a été répétée avec des cultures faites sur urine, afin de serrer du plus près possible les conditions de l'emploi clinique du nitrate d'argent.

Quatre cultures, aureus, albus, bactérie pyogène, urobacillus, additionnées de la même proportion de nitrate que précédemment, réinoculées après 24 heures de repos à l'étuve, n'ont plus fourni aucune culture.

On peut donc affirmer que le nitrate d'argent ajouté à un milieu de culture, transformé en chlorure d'argent ou en argent métallique, le rend impropre au développement; que la solution argentique versée dans une culture active en arrête le développement.

Cette concordance entre les résultats déjà anciens de l'observation clinique et ceux de ces récentes expériences, nous fait admettre une action antiseptique puissante du nitrate d'argent. Il n'agit pas seulement comme agent modificateur, développant dans la paroi malade une inflammation curative : il agit encore en attaquant et en détruisant les micro-organismes qui vivent dans l'urine altérée. Nous avons la preuve de son action sur les microbes urinaires les plus habituels, en culture sur l'urine.

Vous remarquerez même son action élective sur les deux microbes dont l'action pathogène sur l'appareil urinaire a été le mieux mise en évidence, la bactérie pyogène et l'urobacillus liquefaciens. Nous les avons en effet vus mourir dans un liquide laissé 6 heures au contact du précipité de chlorure d'argent, alors que l'aureus et l'albus continuaient à vivre. Nous vous ferons aussi remarquer qu'après plusieurs semaines vous retrouvez au fond des tubes à expérience tout le précipité de chlorure d'argent; vous savez que ce sel est insoluble. Nous pouvons donc admettre qu'ici encore l'argent agit à dose infinitésimale. Je dis l'argent, sans l'affirmer, encore bien que les expériences sur gélatine permettent de le supposer.

Quoi qu'il en soit, vous emploierez donc le nitrate d'argent comme antiseptique, et le plus souvent avec succès. Vous aurez des résultats rapides, radicaux contre les suppurations vésicales dans la plupart des cas. Il en est pourtant où vous serez moins heureux; vous améliorerez sans guérir, parfois même vous échouerez complètement. Il en sera ainsi particulièrement dans les cas de cystite ancienne invétérée à lésions profondes. Alors les micro-organismes ont pénétré la paroi : il faudrait peut-être dans ces cas faire précéder d'un curettage l'emploi du nitrate pour lui permettre d'exercer son action.

Vous l'emploierez aussi pour soustraire vos opérés aux effets d'une infection déjà existante ou pour les préserver des contaminations instrumentales. Bien des cas nous autorisent à vous promettre aussi de ce mode d'emploi de très satisfaisants résultats. Si nous n'usons que depuis quelques mois du nitrate d'argent, au cours des opérations, il y a longtemps que nous y recourons dans les cas où la réceptivité à l'invasion microbienne est surtout à craindre. Chez les malades à distension ancienne par exemple, il nous est arrivé bien souvent d'arrêter ainsi l'inoculation de la vessie ou de l'empêcher de se produire. Cette pratique est d'un usage courant dans nos salles; nous l'étendrons plus encore, parce que les résultats fournis par l'expérimentation nous ont fourni des démonstrations positives d'une action antiseptique réelle et puissante que nous ne pouvions jusque-là que présumer. C'est pour cela, Messieurs, que j'ai pensé qu'il ne serait pas sans intérêt d'appeler votre attention sur un vieux sujet, rajeuni comme tant d'autres par les données nouvelles.

REVUE DES JOURNAUX

Le Somnal (Somnal, a new hypnotic), par Gilman Thompson (*New York medic. journ.*, 29 nov. 1890, p. 599). — Le somnal, substance formée d'un mélange de chloral, d'alcool et d'uréthane, a des effets beaucoup plus frappants et plus certains que ceux de l'uréthane, moins déprimants que ceux du chloral. Il ne produit pas de vertiges et d'affaiblissement comme le chloral. Son action est ordinairement très prompte; à la dose de 1 gr. 75, dont on peut masquer le goût avec du sirop de tolu ou de l'eau-de-vie, il est pris facilement et sans effets nuisibles. Une dose de 3 gr. 50 ne peut pas venir à bout du delirium tremens, du délire maniaque ou de douleurs intenses. A la dose de 1 gr. 75 à 2 gr. 30, il constitue un hypnotique certain dans les cas d'insomnie ordinaire.

Sarcome de l'épiploon et du foie (Report of a case of sarcoma of the omentum and liver), par J. Anders (*Medic. News*, Philadelphia, 3 janvier 1891, p. 8.) — Homme de 35 ans, ayant depuis plusieurs mois une tumeur abdominale bosselée qui avait fini par s'étendre jusque dans le petit bassin où on la sentait au toucher rectal; le foie resté longtemps normal avait dépassé les côtes quelques semaines avant la mort, et on sentait à la fin de la vie une masse volumineuse occupant les régions épigastrique et hypochondriaque droite. A l'autopsie, on trouva une masse volumineuse s'étendant du pubis à l'appendice xiphoïde, avec un prolongement dans le petit bassin; cette tumeur dépendait du grand épiploon qui de plus était l'origine d'une tumeur plus petite; le foie renfermait des nodules de dimensions variables; au microscope, la tumeur présentait les caractères du sarcome à cellules rondes.

Rétrécissement considérable de l'orifice pulmonaire (Vysoky stupen zuzeni usti plicnice), par J. Styber (*Sbornik Lékarsky*, tome IV, fasc. I, p. 122). — A l'autopsie d'une femme de 24 ans qui avait été prise de cyanose et de troubles de circulation à la suite d'un rhumatisme articulaire à l'âge de 21 ans, on trouva le ventricule droit très hypertrophié; l'orifice pulmonaire formait une sorte de diaphragme à convexité supérieure, semi-transparent et blanchâtre, percé à son centre d'un trou circulaire de 2 millimètres de diamètre; ce diaphragme présentait deux lignes un peu plus épaisses, représentant les bords des valvules sigmoïdes voisines réunies jusqu'à l'orifice; la valvule mitrale était saine; l'orifice aortique n'avait que deux valvules sigmoïdes réunies partiellement par un tissu fibreux. Le trou de Botal n'était plus représenté que par une corde scléreuse, le trou ovale était fermé. Cette absence de communication interauriculaire suffit à prouver que le rétrécissement de l'artère pulmonaire n'était pas congénital, mais produit par une endocardite développée sous l'influence du rhumatisme.

Varices œsophagiennes dans la cirrhose du foie (Œsophageal varices as a cause of hæmatemesis in cirrhosis of the liver), par S. Wilson et J. Ratcliffe (*Brit. medic. Journ.*, 27 déc. 1890, p. 1459). — Relation de 5 cas de cirrhose du foie avec varices œsophagiennes; dans 3 cas, hématémèse, dans 1 cas, melæna : dans ces 4 cas, une des veines variqueuses était rompue; dans le dernier, il n'y avait eu ni hémorrhagie, ni rupture des veines.

Dystocie produite par des reins kystiques chez le fœtus (A case in which cystic degeneration of the kidneys of a fœtus prevented delivery), par H. Fussell (*Medic. News*, Philadelphie, 10 janv. 1891, p. 40). — Troisième grossesse; le travail se prolongeant, on constate en voulant faire la version que l'abdomen du fœtus est très volumineux; une ponction ne fait sortir qu'une petite quantité de liquide, mais on peut extraire par une incision de la paroi abdominale une tumeur et après cette extraction la sortie de l'enfant peut se faire. A l'ouverture de l'abdomen, on trouve les deux reins très volumineux; le gauche mesure 15 centimètres sur 12 et le droit 12 sur 10; ils sont lobulés et en dégénérescence kystique; les kystes très nombreux varient du volume d'un pois à celui d'une pointe d'épingle et sont remplis d'un liquide ayant l'apparence de l'urine; le cœur mesure environ 3 fois son volume normal.

Constriction des mâchoires (Operation for ankylosis of the temporo-maxillary articulation), par Penrose (*Med. News*, 6 décembre 1890, p. 596). — Il s'agit d'une constriction articulaire, par ankylose osseuse, survenue chez un homme de 28 ans, à la suite d'une attaque de rhumatisme articulaire aigu. On pratiqua la résection bilatérale des jointures malades, et le muscle temporal, rétracté, fut sectionné. Trois semaines après, mobilisation sous le chloroforme; bon résultat fonctionnel. Mais il est à remarquer qu'une résection, à ce moment unilatérale, faite quelques mois auparavant, avait été suivie de récidive.

Note sur la valeur hypnotique de l'uralium, par Schmitt et Parisot (*Rev. médic. de l'Est*, 1er décembre 1890, p. 728). — L'uralium, ou chloral-uréthane, a une action hypnotique réelle mais inconstante; le sommeil qu'il provoque est calme, mais léger et intermittent; il est d'une administration difficile et peut avoir une influence défavorable sur les fonctions digestives; sa valeur hypnotique est inférieure à celle du chloral et de l'opium.

Etat du cœur dans l'anémie et causes du souffle de l'artère pulmonaire (The condition of the heart in anæmia and the cause of the pulmonary murmur), par H. Handford (*Amer. Journ. of medic. sciences*, déc. 1890, p. 558). — L'anémie est une cause fréquente et suffisante de dégénérescence graisseuse du cœur et de dilatation de ses cavités; dans certains cas d'anémie et dans la chlorose en particulier, la dilatation cardiaque est constante et a une grande importance clinique, elle prédomine alors le plus souvent sur le cœur droit. Les bruits cardiaques dans l'anémie peuvent avoir des sièges très différents; le plus caractéristique est celui qui correspond au foyer pulmonaire; par la station verticale il diminue et souvent disparaît entièrement; il est dû à la pression exercée sur l'artère pulmonaire par le cœur augmenté de volume et dilaté; ses modifications sous l'influence de la station verticale permettent de le distinguer des bruits de régurgitation dus au relâchement du muscle cardiaque, ou à la dilatation de ses orifices, ou aux lésions valvulaires. Lorsque les bruits anémiques occupent simultanément plusieurs sièges, ils disparaissent au moment de la guérison dans l'ordre suivant: d'abord le souffle tricuspidien, puis le souffle mitral et, en dernier lieu, le souffle aortique. Il est probable que, dans quelques cas, la dilatation du cœur, due à l'anémie, aboutit à une affection cardiaque persistante.

Du reflux permanent de la bile dans l'estomac, par E. Weill (*Lyon médical*, 7 et 14 déc. 1890, p. 463 et 499). Weill a observé une femme qui, après une période de dyspepsie, en apparence banale, avec vomissements alimentaires, fut prise de régurgitations bilieuses abondantes, puis bientôt d'une intolérance absolue de l'estomac avec céphalalgie, insomnie permanente et amaigrissement considérable. L'évacuation de l'estomac par la sonde ramenait une grande quantité de bile en apparence pure. Après le lavage de l'estomac, la malade conservait les aliments pendant quelque temps, mais bientôt un nouvel afflux de bile provoquait de nouveau les vomissements. Van den Velden, Malbranc, Riegel, ont publié des cas analogues. Dans tous ces cas, la déviation du cours de la bile paraît due essentiellement à un changement dans la direction du duodénum, changement qui, jusqu'ici, s'est montré indépendant d'une lésion organique proprement dite. Le rétablissement des rapports normaux du duodénum supprime le reflux biliaire et les phénomènes qui l'accompagnent. Il peut être obtenu par des moyens purement mécaniques. En cas d'échec, une intervention chirurgicale s'impose.

Morve aiguë consécutive à un farcin chronique, par Vidal (*Arch. de méd. et de pharm. militaires*, déc. 1890, p. 468). — Observation d'un jeune soldat, précédemment garçon de ferme, qui était atteint depuis près d'un an d'une série d'abcès farcineux, et qui fut pris d'accidents de morve à marche aiguë : douleurs articulaires, coryza, lésions buccopharyngiennes, gonflement érysipélateux de la face, puis phénomènes généraux graves. A l'autopsie, lésions articulaires, épanchements séreux dans les diverses cavités splanchniques. L'inoculation faite à un âne du contenu des pustules du front détermina l'apparition des lésions caractéristiques de la morve.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 10 février 1891.

Présidence de M. Tarnier.

Par 41 voix sur 73 votants, majorité 37, M. Quinquaud est élu membre titulaire dans la section de physique et chimie médicales, contre 32 voix à M. Riban.

Lymphe de Koch.

M. Jaccoud. — C'est l'histoire d'un cobaye que je viens raconter à l'Académie.

Lorsque j'ai été en possession de la lymphe de Koch, j'ai résolu de l'employer à la constatation de l'une des propriétés expérimentales qui lui ont été attribuées et de rechercher si l'injection réitérée de cette lymphe chez le cobaye sain, le rend réfractaire à l'inoculation de la tuberculose.

J'ai procédé ainsi qu'il suit, avec le concours de M. le Dr Ménétrier, mon chef de clinique :

Nous avons fait choix d'un cobaye angora très robuste, du poids exceptionnel de 580 grammes. En deux séries séparées par un intervalle de huit jours, s'étendant, l'une du 8 au 18 décembre 1890, l'autre du 27 décembre au 4 janvier 1891, l'animal a reçu par l'injection quotidienne ou bi-quotidienne d'une dilution au centième, une quantité totale de lymphe pure égale à 50 centigrammes, 25 centigrammes pour chaque série.

Le seul effet appréciable a été un léger amaigrissement; à la fin de la seconde série, le 4 janvier, le cobaye ne pesait que 554 grammes, en perte de 26 grammes sur le poids initial.

Le jour suivant, 5 janvier, M. Ménétrier l'a inoculé sous la peau, au niveau de l'épaule droite, avec la moitié d'un ganglion provenant d'un cobaye tuberculeux. Un mois après, jour pour jour, le 5 février, le cobaye a succombé avec un poids de 450 grammes.

L'autopsie a montré des ganglions tuberculeux dans les deux aisselles, des granulations grises confluentes dans les deux poumons, une hépatisation hémorrhgaique au sommet du poumon droit, des tubercules caséeux conglomérés en masses dans le foie et dans la rate.

C'est le minimum de la survie pour l'espèce cobaye après l'inoculation de la tuberculose, c'est le maximum des lésions que cette inoculation puisse provoquer. Donc l'imprégnation préalable de l'organisme par le liquide de Koch n'a eu aucune action préventive.

En même temps que le précédent, le 5 janvier un cobaye sain, de petite taille, du poids de 485 grammes, a été inoculé dans la même région, avec l'autre moitié du ganglion. Il est devenu tuberculeux, comme en témoignent les ganglions de l'aisselle et le degré de l'amaigrissement; il pèse aujourd'hui 397 grammes, sa perte est de 88 grammes sur son poids primitif; mais enfin il est encore vivant; il a donc survécu déjà six jours au cobaye qui a suivi le traitement préventif par les injections.

M. Dujardin-Beaumetz. — J'ai fait avec M. Dubief, à l'hôpital Cochin, des expériences analogues. 1° Les cobayes déjà tuberculeux auxquels nous avons inoculé la lymphe de Koch, n'ont pas tardé à perdre plus du tiers de leur poids, puis à succomber, comme il arrive chaque fois que ces animaux subissent une telle perte de poids;

2° Les cobayes auxquels nous avons inoculé d'abord la tuberculose puis la lymphe, de même que ceux auxquels nous avons inversement inoculé la lymphe puis la tuberculose, ont également succombé à cette dernière maladie.

Vaccination.

M. Créquy. — A la Compagnie des chemins de fer de l'Est, la revaccination est depuis 2 ans 1/2, imposée aux agents qui veulent y entrer. Un service de vaccination est organisé sur tout le réseau qui rayonne dans une quinzaine de départements; 40 médecins en sont chargés; ils reçoivent tous les premiers mardis de chaque mois un tube de pulpe de vaccin, ce qui permet de vacciner à jour et à heure fixes.

Avant la revaccination, la Compagnie comptait annuellement une quinzaine de varioleux, dont deux ou trois succombaient, entraînant environ 400 jours d'incapacité de travail.

Depuis cette époque, aucun agent n'est mort; quatre ont

été atteints de varioloïdes légères n'ayant occasionné en moyenne que 20 jours de repos annuel.

Ces résultats si avantageux au point de vue de l'hygiène n'ont causé qu'une dépense insignifiante. La conclusion est qu'un service semblable pourrait être établi dans toute la France au grand profit de l'accroissement de la population, sans qu'il en coûte rien aux contribuables.

Ulcères cornéens.

M. Valude. — Les ulcères à hypopyon de la cornée sont généralement traités par la cautérisation ignée et l'évacuation du foyer purulent par la transfixion de Sæmisch ou la paracentèse déclive. Ces moyens chirurgicaux, qui réussissent assez bien, laissent souvent à leur suite des leucômes étendus et épais et même des staphylômes; de plus il n'est pas rare de voir le pus se reproduire, nécessitant une seconde opération et même une série d'opérations. J'ai pensé à systématiser l'emploi du pansement déjà préconisé par Guaita et employé par d'autres auteurs et à traiter ces ulcères par l'application d'un pansement *sec occlusif et rare*.

L'application de ce pansement a été constamment suivie de résultats extraordinairement heureux.

Sous l'action de ce pansement la cornée largement ulcérée et prête à se perforer se déterge, reprend sa forme normale; la douleur ciliaire disparaît la première et l'injection périkératique cède rapidement.

En même temps l'hypopyon diminue progressivement et ne reparaît plus.

Ce qui est le plus remarquable avec la cessation de la douleur, c'est ce fait que les ulcérations perdent leur aspect grisâtre pour prendre la physionomie d'un ulcère transparent.

Ces ulcères transparents diminuent peu à peu d'étendue et laissent à leur suite un petit leucôme au lieu de la large tache cicatricielle qu'il est habituel de voir suivre les cautérisations ignées ou l'application des compresses chaudes.

La pratique de ce pansement est la suivante : après avoir lavé au sublimé à 1/5000 la cavité oculaire, on applique sur les paupières fermées une rondelle épaisse de gaze au salol, puis d'ouate antiseptique ; une bande de tarlatane mouillée et modérément serrée maintient le pansement. Cette bande en séchant forme une sorte d'appareil inamovible qui assure la compression égale et l'occlusion ; le pansement est laissé en place trois et quatre jours, ce qui constitue une énorme simplification du traitement pour les malades de la classe ouvrière. Le pansement sera réappliqué jusqu'à parfaite guérison.

M. Valude cite à l'appui un certain nombre de cas tirés de sa pratique à la clinique ophthalmologique des Quinze-Vingts. Le même pansement sec et occlusif réussit avec une très grande rapidité dans les ulcères simples sans hypopyon et aussi dans les ulcères scrofuleux des enfants ; il est indiqué, à l'exception de tout autre traitement, dans toutes les kératites ulcéreuses.

Vaccination obligatoire.

M. G. Lagneau. — Il importe d'instruire dans les écoles sur l'étiologie des maladies épidémiques; — de rendre partout facile et gratuite la vaccination et la revaccination; — de généraliser l'application des mesures d'isolement et de désinfection (distribution gratuite d'antiseptiques, étuves de désinfection, hôpitaux d'isolement, etc.), afin de prévenir la propagation, non seulement de la diphthérie, de la fièvre typhoïde, de la variole, mais aussi de la scarlatine et de la rougeole, qui, en particulier à Paris, fait autant de victimes que la fièvre typhoïde, et beaucoup plus que la variole; — enfin, de réunir tous les services d'hygiène sous une même et unique direction, afin d'éviter des lenteurs administratives, des conflits d'attribution, qui rendent tardive et insuffisante l'application de la plupart de ces mesures.

Peut-être pourrait-on imposer de voter des subsides pour les vaccinations gratuites. Mais bien des personnes qui accepteraient vaccination et revaccination, si on leur en démontrait l'utilité, se refuseraient à la vaccination obligatoire.

Pareillement, la déclaration par le médecin des maladies transmissibles trouvera un obstacle dans le respect du secret professionnel.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 2 février 1891.

L'oxygène du sang aux hautes altitudes.

M. Viault, qui a déjà étudié l'influence de l'altitude sur la richesse globulaire, envoie une note où il indique les résultats des analyses qu'il a faites sur les gaz du sang dans les mêmes conditions, sur les sommets des Andes. Que l'animal y soit indigène ou acclimaté, et de même pour l'homme, la quantité d'oxygène du sang ne diminue pas : l'anoxhémie n'existe pas, au moins comme état physiologique chronique. Ce résultat n'est pas dû à l'augmentation, très modérée, de la quantité d'hémoglobine et de la capacité respiratoire du sang. Mais, comme l'a montré M. Viault dans sa première note, le nombre des globules rouges est accru et l'hémoglobine est répartie ainsi sur une surface bien plus grande d'oxydation.

M. A. Muntz a adressé une note où il maintient au contraire la doctrine de Paul Bert. Sous l'influence de la dépression, il y a d'abord une oxydation insuffisante du sang. Puis, après plusieurs générations, l'acclimatement a lieu, dû à l'augmentation de la richesse en hémoglobine pour compenser l'influence de la raréfaction de l'air. M. Muntz a donc transporté en 1888 des lapins sur le Pic du Midi, à 2,877 mètres d'altitude (pression 540 mm), et en 1890, après plusieurs générations, a sacrifié ces animaux et comparé leur sang à celui des lapins de la plaine. Il y a une augmentation d'hémoglobine, prouvée par l'augmentation des matières fixes et surtout du fer. Ces modifications se produisent rapidement, et non pas avec la lenteur habituelle des phénomènes d'acclimatation. M. Muntz admet, d'ailleurs, l'augmentation du nombre des globules rouges signalée par M. Viault.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance solennelle du 6 *janvier* 1891

Le prix Duval est décerné à M. le Dr J. Reboul.

Le prix Laborie n'est pas décerné. Mention honorable de 300 fr. à M. le Dr Legrain.

Séance du 4 *février* 1891

Présidence de M. Terrier.

Voie pour aborder le médiastin postérieur.

M. Quénu, en son nom et en celui de **M. H. Hartmann**, communique des recherches, purement anatomiques, sur ce sujet, abordé seulement, à sa connaissance, par Nasiloff, dans un mémoire dont les *Annals of surgery* de 1889 ont donné une brève analyse. Les auteurs ont d'abord songé à suivre le plan des apophyses transverses : mais il est alors très laborieux de contourner la saillie que font en avant les corps vertébraux. Il faut donc, autant que possible, se rapprocher du plan transversal tangent à ces corps vertébraux. Or on y arrive fort bien par une incision verticale située à mi-chemin entre le bord spinal de l'omoplate et la ligne épineuse, incision de 15 centim. dont le milieu est peu au-dessous de l'angle de l'omoplate. Sous la peau, on a à peine à couper du trapèze, on sectionne le rhomboïde; on tombe sur les angles des côtes et l'on résèque ceux des 2e, 3e et 4e côtes sur deux centim. de large, sans toucher à la masse sacrolombaire. Par cette brèche, longue en moyenne de 12 centim., il est facile de voir dans le médiastin postérieur, d'y introduire la main. Mais de quel côté faut-il opérer ? En principe, toujours du côté gauche, même quand on veut aborder l'œsophage. A droite, en effet, la plèvre médiastine ne se tend pas simplement entre le sternum et le rachis, comme à gauche, mais envoie entre l'œsophage et les corps vertébraux un cul-de-sac constant, difficile à décoller. Ce fait anatomique, enseigné par Farabeuf, figuré par Braune, a été vérifié par les auteurs sur des coupes de cadavres congelés.

Dans quelles conditions ce procédé opératoire sera-t-il applicable au vivant ? L'avenir seul nous l'apprendra. Mais on sait qu'il y a dans le médiastin postérieur des ganglions capables de causer des accidents de compression, des abcès ossifluents qu'il peut y avoir intérêt à drainer, des abcès péri-

œsophagiens. Enfin et surtout, il y a là l'œsophage. Or pour les corps étrangers œsophagiens bas situés, on n'a guère à sa disposition que deux méthodes : la propulsion dans l'estomac, déplorable d'après la statistique de Martin; l'exploration bimanuelle par la méthode de Richardson par un doigt introduit dans une œsophagotomie cervicale et un doigt mis dans le cardia à travers une vaste incision stomacale. Les auteurs ont constaté que, de la sorte, les deux doigts se rejoignent *presque* : mais ils pensent que leur méthode vaudrait probablement mieux. Ils avaient songé aussi à réséquer par cette voie des cancers œsophagiens; mais quand la résection est quelque peu étendue, la suture des deux bouts est impossible; d'autre part, on peut suturer, après bien des tractions, le bout inférieur à la peau, mais il est absolument impossible d'attirer de même le bout supérieur que, vu la déglutition de salive, on ne peut ni abandonner ni oblitérer.

Cette même voie permet en outre d'aborder très facilement le sommet de la plèvre et du poumon.

Suture après l'ablation de la langue.

M. Berger. — Après qu'on a amputé la langue, il est défectueux de laisser dans la bouche une plaie béante. L'hémorrhagie n'est sans doute que peu à craindre si on a lié préventivement la ou les linguales, ce qui pour moi devrait presque toujours être fait ; mais cette plaie s'infecte, est longue à guérir et nécessite une désinfection buccale attentive et prolongée. L'an dernier donc, ayant enlevé (après curage de la région sus-hyoïdienne) un vaste épithélioma lingual, je suturai la plaie, quoiqu'elle fût faite au thermocautère : mais M. Reclus nous a montré que ces plaies peuvent se réunir. La réunion fut obtenue presque partout et l'opéré guérit en une quinzaine de jours. Plus récemment, j'ai eu un succès semblable après l'amputation de la moitié gauche de la langue. Il va sans dire qu'avant l'opération je fais nettoyer, autant que possible, le système dentaire ; après l'opération, je recommande les lavages chloralés (à 1 0/0) une fois par jour, car les lavages boriqués sont, à eux seuls, insuffisants. Dans mes deux cas j'ai fait un surjet au catgut. Aujourd'hui, je préférerais, je crois, les points séparés à la soie ou au crin de Florence. Peut-être quelques-uns de nos collègues auront-ils déjà eu recours à cette suture.

M. Quénu. — J'ai déjà fait cette suture. Elle est très facile pour les amputations de la partie libre ; elle n'est encore pas bien difficile pour celles de la partie postérieure lorsque le plancher buccal est intact. Mais la question change de face quand il a fallu enlever le plancher buccal, envahi, avec ses ganglions. Je me suis trouvé trois fois dans ce cas, après section du maxillaire sur la ligne médiane; ces épithéliomas empiétaient sur le pilier du voile. Dans ces cas, j'ai pu suturer la muqueuse de la face dorsale de la langue à la muqueuse génienne et tout a été fermé du côté de la bouche, une plaie restant béante à la peau pour éviter toute stagnation. De mes trois opérés, l'un est mort de faim au troisième jour : à l'autopsie j'ai trouvé ma suture réunie; le second, opéré à l'hôpital Bichat avec M. Broca, est mort de bronchopneumonie ; le troisième, opéré à Bicêtre, a été fort bien pendant 6 jours, au septième jour sa plaie muqueuse s'est infectée, et il est mort en 15 jours. Mais ces décès ne sont pas imputables à la méthode.

M. Reclus. — Il y a 4 ans, ayant voulu publier un cas de ce genre, j'ai vite su, sans avoir fait des recherches bibliographiques, que M. Péan agissait ainsi, que M. Richelot avait publié une leçon sur ce sujet. J'ai donc renoncé à rien communiquer alors. Depuis, j'ai persévéré dans cette pratique et je confirmerai les réserves de M. Quénu sur la difficulté de suturer quand le plancher buccal est entamé; on peut cependant rétrécir beaucoup la plaie. Pour les amputations de la partie libre, je me rappelle au moins trois observations, deux pour cancer (dont un malade vivant encore après avoir été opéré en 1886, puis en 1887), une pour ulcère tuberculeux. Dans ce dernier cas, je fis une excision latérale en V et je suturai d'avant en arrière, ce qui provoqua une déviation considérable, mais sans inconvénient, de la pointe de la langue. Je crois qu'il faut placer d'abord en arrière des anses de fil d'argent et ne pas trop serrer les fils, qui sans cela ulcèrent et coupent. C'est une opération excellente, mais je crois qu'elle n'est pas neuve.

M. Richelot. — En effet, je la pratique depuis 1882. D'abord, j'ai laissé à demeure les pinces courbes dentées de Péan circonscrivant le néoplasme et en deçà desquelles on coupe aux ciseaux; c'est mieux supporté qu'on ne le croit. Mais j'y ai renoncé et j'enlève maintenant les pinces, remplacées par des sutures au crin de Florence. La réunion se fait très bien. Pour les vastes pertes de substance, on ne peut pas toujours réunir complètement, muqueuse à muqueuse, mais toujours la plaie est considérablement rétrécie, et il y a grand bénéfice.

M. Bazy. — Il y a deux ans j'ai enlevé le 1/4 antérieur de la langue et j'ai suturé la section antéro-postérieure à la section transversale. La guérison a été très rapide; il s'agissait d'un diabétique auquel j'avais déjà fait avec succès l'uréthrotomie interne.

M. Marchand. — Il y a très longtemps que je fais ces sutures, au crin de Florence, même dans des cas où j'ai enlevé la langue par la voie sus-hyoïdienne.

M. Lucas-Championnière, lui aussi, préconise ce procédé.

M. Terrier. — C'est un peu à mon instigation que M. Berger a fait cette communication. Il y a quelques semaines, en effet, j'ai eu à opérer un malade cachectique, tuberculeux, pour un psoriasis lingual dégénéré. Il fallait un traumatisme réduit au minimum. De plus il fallait éviter que les bacilles des crachats n'infectassent la plaie. En outre, et c'est là une idée qui à mon sens n'est nettement exprimée nulle part, je crois que les coups de fouet donnés aux adénopathies cancéreuses par les opérations sont dues a des infections secondaires, septiques. Pour les inoculations secondaires, les pinces à demeure sont défectueuses, car après leur chute il reste une plaie qui suppure. Chez mon malade, dont j'ai parlé avec M. Berger, j'ai fait la suture, et en 4 jours la plaie était guérie; j'ai retiré les fils quelques jours plus tard. Je conseille les fils de soie séparés, multiples et plus serrés. J'ai vu à la langue bien des fois la réunion immédiate; bien des chirurgiens en obtiennent. Je veux seulement insister aujourd'hui sur l'importance des infections secondaires.

M. Berger. — Je n'ai nullement pensé avoir imaginé quelque chose : si j'ai communiqué mes observations, c'est qu'elles ont trait à un procédé qui n'est certainement pas classique. Je préconise la ligature préalable des linguales : c'est une opération facile, qui assure l'hémostase et qui permet de bien explorer la région sous-maxillaire. Je n'aime pas l'hémostase avec les grandes pinces courbes, car on est facilement exposé à ne pas bien dépasser les limites du mal. Il faut attirer la langue largement au dehors et couper en voyant bien où l'on va.

M. Février communique un fait *d'enfoncement ancien du crâne*, paralysie et amyotrophie, trépanation, guérison.

M. Picqué présente deux malades auxquels il a *extirpé l'astragale* pour pied bot.

M. Championnière présente un malade auquel il a extirpé l'astragale pour pied plat.

M. Kirmisson constate que le résultat est bon, mais il préfère l'opération d'Ogston. (Voy. *Mercredi*, 1891, n° 3, p. 27).

A. Broca.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 7 février 1891

Présidence de M. Ch. Richet

Troubles visuels dans la maladie de Parkinson.

M. Galezowski a étudié trois cas de maladie de Parkinson au point de vue oculaire et a constaté l'existence d'une amblyopie passagère ne relevant certainement que de causes cérébrales, et d'un rétrécissement très prononcé du champ visuel, en haut, en dedans et surtout en bas. Le champ visuel externe n'est pas rétréci. Il n'existe aucune lésion du fond de l'œil. M. Galezowski insiste surtout sur la forme particulière de ce rétrécissement, qui peut porter sur un seul œil, et qui est distinct du rétrécissement hystérique.

A ce propos, une longue discussion s'engage entre M. Galezowski et M. Féré sur les véritables caractères du rétrécissement hystérique.

M. Dejerine n'a constaté aucun trouble oculaire chez les malades atteints de paralysie agitante qu'il a pu examiner dans son service de Bicêtre.

Capacité respiratoire chez les animaux des hauts plateaux.

M. Viault a pu mesurer les gaz du sang chez les animaux des hauts plateaux du Pérou, les moutons surtout. Il a constaté que l'anoxhémie que certains auteurs avaient admise n'existe pas en réalité dans les montagnes. Le sang des moutons contient une proportion très élevée d'oxygène, ce qui doit être attribué d'une part à l'augmentation du nombre des globules rouges, d'autre part à l'accroissement de la capacité respiratoire de l'hémoglobine.

M. R. Blanchard rappelle que P. Bert avait signalé ce fait que la capacité respiratoire n'était pas abaissée dans le sang du lama.

Phénomènes observés après la décapitation.

M. Laborde a pu observer le dernier supplicié, Eyraud, et se convaincre que les résultats consignés dans le travail du regretté Paul Loye ne sont pas entièrement exacts. Cet auteur admettait que toute vie était suspendue chez l'homme après la décapitation. Or on observe des mouvements spontanés et réflexes de la tête et du tronc. Pour la tête, les mouvements spontanés sont des plissements étendus de la peau du front et du crâne, des mouvements de la mâchoire comparables à ceux d'un animal en asphyxie. Les réflexes sont des mouvements oculaires associés, le réflexe palpébral et le réflexe irien. La pupille du décapité, d'abord en myosis, s'élargit peu à peu, mais, pendant un temps qui peut dépasser une demi-heure, elle reste sensible à l'action de la lumière et se contracte à l'approche d'une allumette enflammée.

Pour le tronc, on observe des mouvements des bras très énergiques, et les genoux se ploient d'une façon constante en sorte que le pantalon semble devenu trop court. Si l'on pince fortement un des bras, il exécute un mouvement de défense. Chez l'homme, comme chez les animaux, les centres moteurs conservent donc une certaine activité après la décollation, et une série de réflexes est encore possible. M. Laborde termine en regrettant que l'habitude d'obéir aux dernières volontés des suppliciés et de ne plus livrer leurs corps à la Faculté de médecine tende de plus en plus à s'établir, au détriment des études.

M. d'Arsonval montre un procédé de souder les métaux au verre, dû à M. Cailletet, et qui permet de construire des seringues faciles à antiseptiser.

MM. Mairet et Bosc envoient une note sur la toxicité de la matière colorante de l'urine.

SOCIÉTÉ D'OPHTHALMOLOGIE

Séance du 6 janvier 1891

Ténonite rhumatismale — Capsulotomie.

M. Dehenne. — A l'appui de la communication faite par M. Dransart dans la dernière séance, je puis fournir l'observation de M. D..., âgé de 40 ans, que j'ai guéri, par la capsulotomie, d'une ophthalmoplégie complète avec névrite optique causée par une ténonite rhumatismale. Tout d'abord, malgré l'absence d'antécédents syphilitiques, j'attribuai l'ophthalmoplégie à la présence d'un néoplasme spécifique siégeant au pourtour du trou optique, mais, malgré le traitement mixte, l'état du malade s'aggrava ; l'œil paraissait se projeter en avant de plus en plus, et, en rapport avec une diminution d'acuité visuelle, on constata l'existence d'une névrite optique. L'idée me vint qu'il s'agissait peut-être là de désordres produits par une inflammation rhumatismale de la capsule de Tenon, aussi j'ouvris cette capsule au niveau du bord supérieur du muscle droit externe sur une étendue d'un centimètre environ. Il ne s'écoula pas une seule goutte de liquide et je fermai mon incision conjonctivale avec un point de suture. Néanmoins le lendemain le globe oculaire avait recouvré la presque totalité de ses mouvements, et en moins de 4 jours toute ophthalmoplégie avait disparu. Le malade avait remplacé le traitement mixte par des doses de 2 grammes 50 de salicylate de soude. La congestion papillaire mit deux semaines à disparaître et la guérison fut complète.

M. Despagnet. — Je ne comprends pas que l'on puisse, dans les cas dont parlent nos confrères, considérer la capsulotomie comme ayant agi en donnant issue à un prétendu épanchement ténonien, cause des accidents. Au moment de l'opération, il ne s'échappa pas de liquide par la petite incision.

M. Abadie. — Je ne puis qu'appuyer la remarque de M. Despagnet ; de plus il y a lieu de remarquer que le malade de M. Dehenne a bien pu tirer quelque bénéfice de son traitement par le salicylate de soude. Enfin le mot capsulotomie me paraît à rejeter quand il s'agit de l'ouverture de la capsule de Tenon ; il sert à désigner l'ouverture de la capsule du cristallin.

Traumatisme de l'œil et atrophie du globe.

M. Darier rapporte un travail de M. de Spéville « sur les lésions traumatiques de l'œil pouvant aboutir à l'atrophie. Leur pathogénie, leur traitement ». Autrefois la gravité des traumatismes oculaires paraissait dépendre de la pénétration plus ou moins profonde du corps vulnérant et de la région intéressée : région ciliaire, cristallin. Aujourd'hui on sait qu'une lésion même minime suffit pour servir d'entrée aux microbes et amener la perte de l'œil par atrophie ou par phlegmon. Les observations cliniques viennent à l'appui de cette manière de voir et démontrent l'efficacité des indications thérapeutiques qui en découlent.

Une plaie de l'œil s'étant produite, on doit s'efforcer de la rendre aseptique ; si elle est infectée, il faut enrayer les progrès de l'infection. Alors on endormira le malade, on cautérisera énergiquement et profondément la plaie au galvanocautère, quelle que soit la région où elle se trouve. En même temps on pratiquera une injection intra-oculaire d'un vingtième de centimètre cube (une division de la seringue de Pravaz) d'une solution de sublimé à 1/1000 ou 1/500 selon la gravité des cas.

Si une première intervention ne suffit pas à enrayer l'infection, il faut de nouveau soit reprendre les cautérisations et l'injection intraoculaire, soit répéter ces dernières à quelques jours d'intervalle.

Classification des conjonctivites.

M. Kalt lit un rapport sur un travail de **M. Poncet** (de Cluny) intitulé : « Note sur la classification future des conjonctivites à propos d'un cas de conjonctivite bacillaire

Le malade de M. Poncet, occupé à écheniller des arbres, reçut dans les yeux des poussières qui lui provoquèrent immédiatement une cuisson intense et dès le lendemain de l'hyperémie conjonctivale suivie en quelques heures de sécrétion purulente. A l'examen de la muqueuse on constate peu de chémosis, quelques plaques blanches faciles à enlever sans produire d'hémorrhagie, et surtout un tapis de papilles hypertrophiées. L'examen microscopique du pus y a décelé la présence d'un très grand nombre de petits bacilles qui malheureusement n'ont pas été cultivés. Logé de préférence dans le protoplasma des cellules où il forme des colonies analogues à celles du coccus de Neisser, ce bacille a une longueur de 0μ,85 à 0μ,7, ne s'accompagne ni de spores, ni d'autres microcoques. Malgré l'avis de M. Poncet, il serait prématuré de conclure ici à la découverte d'un nouvel agent pathogène cause de la conjonctivite provoquée chez le malade par les poussières des nids et des excréments du bombyx pithyocampa (processionnaire). Il peut bien se faire qu'il n'y ait pas eu simple irritation de la conjonctive et par suite préparation du terrain pour l'évolution de l'un des bacilles vulgaires du sac conjonctival.

Quant à classer les conjonctivites d'après les microbes qui les engendrent, comme on l'a fait pour les méningites, les pneumonies, c'est là un travail qu'il serait prématuré d'entreprendre.

Acromégalie avec hémianopsie temporale et atrophie papillaire.

M. Debierre. — J'observe à la clinique de M. Meyer une femme atteinte de troubles visuels et d'acromégalie. L'acuité visuelle à gauche est réduite à 1/10 et à droite la malade ne perçoit que les mouvements de la main. Le champ visuel présente une hémianopsie bitemporale très nette. A l'ophthalmoscope on constate une atrophie blanche des papilles, et de plus à l'œil droit il existe les traces d'une ancienne paralysie incomplète de la 3e paire. Enfin cet état s'accompagne du côté de la face et des extrémités des déformations habituelles de l'acromégalie. L'affection a débuté voilà dix ans, a monté progressivement et se complique actuellement de phénomènes tabétiques : douleurs fulgurantes, exagération des réflexes patellaires, troubles de miction, auxquels se rattache sans doute la paralysie de la 3e paire.

Dans les observations d'acromégalie réunies par Souza-Leite, une seule fois on trouve noté de l'hémiopie avec atrophie papillaire, mais sans complication d'accidents tabétiques. Ces désordres oculaires sont du reste bien en rapport avec le développement exagéré du corps pituitaire qui a toujours été constaté dans les rares autopsies de malades atteints d'acromégalie. La compression du chiasma provoque l'atrophie des faisceaux de fibres destinées aux moitiés internes des rétines. Reste dans ce cas à expliquer les phénomènes tabétiques.

Hémianopsie temporale.

M. Jocqs rapporte un travail de **M. Kœnig** qui est basé sur une observation recueillie à la consultation du Dr Parinaud.

Institutrice âgée de 22 ans, sans antécédents, éprouve en 1887 des maux de tête, des étourdissements, des vomissements, puis des attaques d'hystéro-épilepsie. Alors aussi la vision diminue dans les deux moitiés externes des champs visuels. En mai 1890, encore des nausées et des vertiges, hémianopsie temporale typique, la ligne de démarcation passe par le point de fixation et s'écarte en dehors à ses extrémités; ni dischromatopsie, ni micro-mégalopsie; réactions pupillaires normales, diplopsie croisée affectant les caractères de la paralysie de la convergence, réduction de l'accommodation. A l'examen ophthalmoscopique, à droite atrophie blanche ; à gauche atrophie avec infiltration de la moitié interne de la pupille, dilatation des veines. Acuité visuelle à droite 5/20, à gauche 5/15. Dans la suite diminution des attaques et tendance à l'amélioration pour l'œil gauche.

C'est là une observation remarquable d'hémianopsie temporale typique; elle plaiderait, s'il en était encore besoin, pour la semi-décussation des fibres du nerf optique au niveau du chiasma.

On sait, d'après les observations cliniques vérifiées à l'autopsie : 1° Que l'hémianopsie hétéronyme, temporale et nasale, est produite par une lésion périphérique, c'est-à-dire de la base du cerveau, située en particulier pour l'hémianopsie temporale au niveau de l'angle antérieur du chiasma, au point d'entre-croisement des fibres internes;

2° Que l'hémianopsie homonyme est produite par une lésion centrale, siégeant au delà du chiasma soit dans une bandelette optique, soit dans un hémisphère cérébral.

La clinique enfin a prouvé que les lésions de la capsule interne, principalement de sa partie postérieure au niveau du carrefour sensitif, donnaient lieu non pas à l'hémianopsie, mais à l'amblyopie croisée. Ce phénomène reste inexpliqué; il nécessite, semble-t-il, que en un point de chaque hémisphère se trouvent réunies toutes les fibres optiques de l'œil du côté opposé, et pour cela il faut faire entre-croiser quelque part derrière le chiasma les faisceaux directs des nerfs optiques. Mais alors, pour expliquer les faits d'hémianopsie homonyme par lésion corticale, il faut encore admettre que ces mêmes faisceaux directs se décroisent avant d'arriver aux circonvolutions. Les schémas ingénieux de Charcot, Féré et Grasset destinés à éclairer cette marche des fibres optiques restent hypothétiques.

Quant aux lésions de la base qui produisent l'hémianopsie temporale, elles sont nombreuses : ce sont surtout des tumeurs, des collections liquides qui compriment le chiasma ; on a signalé l'association de l'ataxie avec hémianopsie temporale, de plus ce symptôme a été relevé dans la polyurie, le diabète, les troubles menstruels.

Il est rare que le scotome temporal soit d'une netteté parfaite, et le point de fixation tantôt est indemne, et tantôt est atteint; sans doute cela dépend des différences qui existent dans le mode de répartition des fibres optiques sur la rétine et du degré de compression subi par le faisceau croisé. Cette dernière peut à la longue intéresser tout le nerf optique et l'hémianopsie se transformer en amblyopie.

Chez sa malade M. Kœnig ne croit pas à l'influence de l'hystéro-épilepsie comme cause des troubles oculaires ; cependant MM. Galezowski, Féré, Westphall, Rosenthal ont publié des observations d'hémianopsie hystérique, et l'atrophie papillaire elle-même n'est pas incompatible avec cette affection.

M. Parinaud. — Je crois que l'hémianopsie temporale constitue un symptôme qui est souvent méconnu, en raison de l'atrophie papillaire qui survient chez les malades. De plus, il est susceptible de disparaître lorsqu'il résulte de l'action exercée sur le chiasma par une tumeur qui peut guérir. Cette guérison des tumeurs extra-cérébrales est même peut-être plus fréquente qu'on ne le suppose, surtout chez les enfants. C'est ainsi que j'observe un jeune enfant qui m'a présenté un tubercule choroïdien, des manifestations tuberculeuses du côté du poumon et des accidents épileptiques. Or voilà deux ans que tout désordre cérébral a disparu ; cet enfant a même eu la rougeole sans qu'il en soit résulté de nouvelle poussée tuberculeuse.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 6 *février* 1891

Présidence de M. Charrin.

Abcès multiples du cerveau.

M. Darier, qui avait émis des doutes sur la nature tuberculeuse de l'abcès cérébral présenté il y a 15 jours par M. Legrain, a pratiqué depuis l'examen histologique et bactériologique. Il s'agit d'un abcès à streptocoques et il y en avait plusieurs dans le cerveau.

Rétrécissement de l'urèthre.

MM. N. Hallé et Melville Wassermann ont pu pratiquer l'examen histologique de deux rétrécissements blennorrhagiques de l'urèthre, et, outre les lésions bien connues depuis le mémoire de Brissaud et Segond, ils insistent surtout sur les lésions de l'épithélium et du corps spongieux. Brissaud et Segond ont dit que l'épithélium devient cubique ; Dittel, Fürbringer, qu'il devient pavimenteux ; Nelson, qu'il subit la kératinisation. C'est cette modification que les présentateurs étudient avec soin, montrant qu'elle existe, par îlots, dans toute la partie de l'urèthre située en avant du rétrécissement. De plus, sous cet épithélium le corps spongieux est aminci par une sclérose très prononcée et ses artères sont atteintes d'endartérite.

Ictère des tuberculeux.

MM. Ménétrier et Thiroloix ont pu faire dans le service du prof. Jaccoud l'autopsie d'un tuberculeux qui avait présenté de l'ictère. Le foie, volumineux, avait l'aspect de la cirrhose graisseuse des tuberculeux décrite par Hutinel. Or, par l'examen histologique et bactériologique, les auteurs ont constaté que le foie contenait des embolies streptococciques et que le même microbe infectait la bile. Cette infection secondaire a eu sans doute pour point de départ les ulcérations tuberculeuses de l'intestin, car les streptocoques y pullulaient. Il faudra étudier à ce point de vue les ictères des tuberculeux.

M. Charrin fait remarquer qu'en étudiant les ictères infectieux on constate depuis quelque temps, comme on l'a vu il y a longtemps pour les endocardites infectieuses, que des microbes variés en sont la cause.

M. Chaput montre un *séquestre du radius* invaginé mobile, suite d'ostéomyélite.

M. Richerolle a vu un homme de 26 ans chez qui une *dilatation veineuse de l'aine* ressemblait au premier abord à une hernie. Une légère manipulation provoqua une embolie pulmonaire mortelle en quelques instants.

M. Monnier présente un *ganglion du poignet*.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 6 février 1891

Présidence de M. E. Labbé

Contribution à l'étude clinique et bactériologique du choléra nostras.

MM. Gilbert et Girode. — Pendant les mois d'août et septembre 1890, nous avons observé quatre cas de choléra nostras à l'hôpital Beaujon : l'un dans le service de M. Benj. Auger, les autres dans les services de MM. Fernet et Gombault, que nous avions l'honneur de suppléer.

Dans le premier cas, le choléra nostras s'était développé chez une femme de 57 ans, polytarcique, qui fut amenée mourante à l'hôpital, présentant le tableau complet du choléra à la phase algide, à part l'état riziforme des selles et l'aphonie, et succomba 5 heures après son admission, au troisième jour de la maladie. A l'autopsie, existaient les lésions les plus significatives, la teinte hortensia de l'intestin, la psorentérie, etc.

Le deuxième cas fut très léger et le malade ne tarda pas à se rétablir.

Le troisième cas concerne un homme de 26 ans qui, lorsqu'il entra à l'hôpital, deux jours après le début des accidents, était dans un état très grave : les vomissements étaient incessants, formés de liquides verdâtres; les selles diarrhéiques, séreuses, étaient fréquentes, les crampes étaient relativement rares et sans acuité, les urines albumineuses étaient presque supprimées, la voix était éteinte, les extrémités étaient froides et cyanosées, les yeux excavés, le thermomètre marquait 36°,8 dans l'aisselle. Le bacille était absolument imperceptible. Ce malade, néanmoins, guérit au cinquième jour, il pouvait être considéré comme hors de danger.

Dans le quatrième cas, la durée totale de la maladie a été de vingt-deux jours, avec deux jours d'apyrexie du quatorzième au seizième jour. Elle avait été de quinze jours dans une observation que l'un de nous, avec M. Lion, a relatée en 1887, sous la désignation de *choléra nostras prolongé*. Cette même étiquette convient incontestablement au nouveau cas que nous rapportons.

Des manifestations cutanées étaient apparues à la phase réactionnelle et, d'une façon précise, chaque fois le treizième jour. Si, dans notre observation de 1887, elles ont été d'une intensité modérée, consistant simplement en l'apparition sur l'abdomen, sur la peau du thorax et sur une partie des cuisses, de taches d'un rose vif, légèrement saillantes, arrondies ou irrégulières, des dimensions d'une lentille à celles d'une pièce de 50 centimes, s'effaçant par la pression.

Sur les quatre cas de choléra nostras que nous avons rencontrés, trois ont été pour nous le point de départ de recherches bactériologiques.

Dans le premier et dans le troisième fait, les selles seules ont été étudiées : elles nous ont fourni des cultures presque pures du bacille d'Escherich (bacterium coli commune).

Dans le quatrième cas, les examens ont porté principalement, mais non exclusivement, sur les selles.

Celles-ci ont été recueillies cinq fois pendant la vie, du 11 au 30 septembre, une heure après la mort, et enfin à l'autopsie. Lors des deux premiers jours les selles étaient riziformes; lors des cinq derniers, elles étaient aqueuses, jaunâtres ou verdâtres. Six fois elles nous ont donné des cultures pures du bacille d'Escherich. Seule, la seconde prise, faite sur des selles riziformes, le 15 septembre, nous a fourni, à côté d'innombrables cultures du bacille d'Escherich, de rares colonies d'un coccus très analogue au staphylocoque blanc, mais ne liquéfiant pas la gélatine.

Deux jours avant la mort, le 29 septembre, nous avons fait avec une seringue de Pravaz stérilisée une ponction dans le poumon droit hépatisé; nous avons retiré quelques gouttes d'exsudat sanguinolent, qui ont été ensemencées 1 heure après la mort; nous avons de même, pour les ensemencements, retiré, au moyen de pépites stérilisées, quelques gouttes de sang du poumon droit, du foie et de la rate, ainsi que plusieurs centimètres cubes du liquide occupant la cavité pleurale gauche. Enfin, à l'autopsie, le suc fourni par le poumon droit a été une fois encore ensemencé, ainsi que le liquide céphalo-rachidien.

Tous ces ensemencements nous ont donné des cultures du bacille d'Escherich. Les colonies fournies par le liquide céphalo-rachidien et par le liquide pleural étaient pures et innombrables; les colonies fournies par le sang de la rate et du foie étaient pures et rares. Quant au suc pulmonaire, il contenait, outre le bacille d'Escherich, le pneumocoque de Talamon et le staphylocoque jaune.

Bien que certaines perturbations organiques, telles que l'hyperthermie (1), favorisent le développement du bacille d'Escherich, à un point tel que, lors de leur intervention, l'ensemencement des selles fournisse des cultures presque pures de ce microbe, nous pensons ne pas intervertir l'ordre des choses en admettant que les phénomènes morbides ont été, dans les faits que nous rapportons, commandés par la pullulation du bacille d'Escherich. Notre dernière observation autorise, à notre avis, cette conclusion. Elle montre de plus que le choléra nostras n'est pas toujours la simple expression d'une maladie locale, d'une lésion de l'intestin, mais que les germes qui en amènent la production peuvent franchir la barrière intestinale pour envahir l'organisme, et réaliser un nouveau type morbide, le *choléra nostras infectant* (2).

Nous n'entendons pas dire que le bacille d'Escherich soit le seul microbe cholérigène dans nos climats.

Dans plusieurs cas, Finkler et Prior ont trouvé un bacille courbe, tout d'abord considéré par eux comme identique au bacille virgule de Koch, auquel ils ont attribué le développement du choléra nostras. Hueppe (3), dans un cas mortel, a incriminé le subtilis, et dans un autre fait un bacille tenant du bacille d'Escherich par ses cultures sur la gélatine, du bacillus lactis aerogenes par ses cultures sur la gélose, du bacille propionique de Brieger par ses cultures sur la pomme de terre. L'un de nous même (4), dans un cas de choléra nostras foudroyant recueilli dans le service de M. Brouardel en 1887, a obtenu, par l'ensemencement des selles, des cultures presque pures d'un bacille liquéfiant. Nous estimons simplement, d'après les recherches que nous avons poursuivies à propos de la petite épidémie de choléra nostras qui a sévi à Paris pendant les mois d'août et septembre 1870, que le bacille d'Escherich n'est pas l'hôte inoffensif que l'on croit, et que les phénomènes cholériques parfois, souvent peut-être, lui sont imputables.

Deux hypothèses sont en présence pour l'interprétation de la genèse des accidents que nous attribuons au bacille d'Escherich. L'on peut supposer, ou bien que ce microbe, indifférent d'habitude, est capable d'acquérir dans l'organisme même des propriétés biologiques spéciales et des qualités pathogènes, ou bien que, très répandu dans la nature, particulièrement dans l'eau, il est capable d'y acquérir ces propriétés et ces qualités et d'en témoigner après son ingestion. Il est vraisemblable que ces hypothèses sont l'une et l'autre réalisables. Nous serions assez portés à croire que, chez notre dernier malade au moins, la seconde a trouvé son application, et que l'eau de Seine ingérée à la dose considérable de trois ou quatre litres par jour antérieurement à l'apparition du choléra, en a fourni le germe.

Chez le cobaye, en tout cas, la simple ingestion de cultures du bacille d'Escherich peut être suivie de la production d'un *choléra nostras expérimental* typique, ainsi que le montrent les faits suivants :

Le 16 septembre 1890, nous avons fait ingérer à deux cobayes 2 centimètres cubes 1/2 d'un bouillon ensemencé depuis vingt-quatre heures avec le bacille d'Escherich extrait des selles riziformes de notre dernier malade. Les deux animaux ont été laissés à jeun pendant une journée. Ils sont morts, l'un le 25 octobre, l'autre le 26, amaigris, après avoir eu de la diarrhée, accompagnée d'irritation péri-anale. Dans l'un et l'autre cas, l'autopsie a fourni les mêmes résultats : le petit intestin affaissé offre une teinte hortensia ; sa lumière

(1) Bard et Aubert. — De l'influence de la fièvre sur le bacillus coli communis. (*Gaz. hebdomad.*, 1891, p. 52).

(2) La plupart des lésions rencontrées à l'autopsie dans ce dernier fait doivent être attribuées au bacille d'Escherich, qui seul était partout présent; il en est ainsi de la pleurésie gauche, de l'altération du liquide céphalo-rachidien ; en ce qui concerne les lésions pulmonaires, leur interprétation est difficile, en raison de la multiplicité des germes rencontrés dans le poumon.

(3) Hueppe. *Zur Aetiologie der Cholerine. Berlin. klinisch. Wochenschr.*, 1887, p. 591.

(4) A. Gilbert et G. Lion, l. c.

est remplie par un bouchon blanc grisâtre, muqueux, fortement alcalin, qui, délayé dans un peu d'eau, lui donne l'aspect riziforme ; la fin de l'iléon montre des plaques de Peyer, saillantes et congestionnées. Le gros intestin renferme une grande quantité de liquide jaune verdâtre grumeleux. L'estomac est vide, rétracté. La rate, le foie et les ganglions mésentériques sont augmentés de volume. La vessie est distendue par de l'urine trouble. Le péritoine et les viscères thoraciques sont sains.

Le contenu du petit intestin et du cæcum, le sang du foie et de la rate, l'urine ont été ensemencés et ont donné des cultures pures du bacille d'Escherich.

Le jour même où nous avons fait ingérer à deux cobayes du bouillon cholérique, nous avons injecté directement dans la cavité intestinale d'un troisième cobaye, préalablement laparotomisé, 10 gouttes du même bouillon. Ce cobaye a dépéri rapidement, cessant de manger et demeurant immobile. Mais, au bout de trois jours, il a commencé à se rétablir et a guéri complètement.

Voulant rechercher si le pouvoir cholérigène du bacille d'Escherich administré au cobaye par ingestion était inhérent aux conditions dans lesquelles il avait été recueilli, nous avons, le 10 janvier 1891, fait prendre à deux cobayes de même poids 128 gouttes de bouillon ensemencé depuis onze jours avec le bacille d'Escherich; l'un des bouillons avait été inoculé avec le bacille extrait de selles normales, l'autre avec le bacille extrait de selles cholériques. Les 21, 27 et 29 janvier, nous avons de nouveau fait prendre à chacun de ces cobayes 78, 80 et 75 gouttes des mêmes cultures, âgées successivement de vingt-deux, vingt-huit et trente jours. Or, le cobaye qui a ingéré 361 gouttes de bouillon ensemencé avec le bacille extrait des selles normales a conservé tous les attributs de la santé. Au contraire, l'animal qui a ingéré 361 gouttes de bouillon ensemencé avec le bacille extrait des selles cholériques a dépéri très rapidement et a succombé le 5 février.

A l'autopsie, nous avons trouvé l'estomac vide, ratatiné, et sa muqueuse tapissée par une épaisse couche de mucus concret. L'intestin grêle est très affaissé et présente dans le quart supérieur une teinte rougeâtre. Sa cavité est vide dans toute son étendue; sa muqueuse est également recouverte par du mucus grisâtre; les dernières plaques de Peyer sont hypertrophiées et saillantes. Le cæcum est distendu par une bouillie brun-verdâtre, et montre en un point, vers l'abouchement de l'iléon, un ulcère lenticulaire. Plus bas, le gros intestin est affaissé et vide. Les ganglions du mésentère sont augmentés de volume et très noirs. On note encore la rétention d'une urine trouble, une augmentation de volume de la rate, surtout en épaisseur, enfin de la congestion des parties postérieures des deux poumons.

En se plaçant dans des conditions autres que celles par nous choisies, en employant des cultures jeunes, par exemple, en multipliant les doses de bouillon, en ayant recours au procédé suivi par Koch pour préparer au bacille virgule un organisme favorable à la production du choléra, l'on pourrait sans doute produire chez le cobaye, par l'ingestion de cultures du bacille d'Escherich normal, les symptômes et les lésions qu'amènent les cultures du bacille extrait des selles pathologiques. Les conditions, toutefois, étant identiques, il résulte des faits que nous venons de relater que le pouvoir cholérigène appartient au microbe extrait des selles cholériques.

Il y a là une question de virulence, et c'est précisément dans cette question que gît l'explication du développement du choléra nostras, et non dans la présence du germe, lequel est banal.

Car il faudrait bien se garder de conclure des résultats que nous avons obtenus à une distinction dans les espèces expérimentées.

En effet, l'étude que nous avons faite des caractères morphologiques du bacille recueilli dans le choléra nostras, de ses réactions colorantes, des colonies qu'il forme dans les plaques de gélatine, de son mode de développement dans le bouillon, sur la gélatine, sur la gélose, simple ou fuchsinée, sur la pomme de terre, les expériences que nous avons poursuivies sur les animaux, souris blanches, cobayes et lapins, ne nous ont permis aucun doute sur son identité avec le bacille d'Escherich.

M. Hayem. — On sait que, dans le choléra asiatique, le symptôme principal est la tendance à l'algidité. On s'explique assez bien la chose quand il y a déperdition considérable de liquide, soit par les garde-robes, soit par les vomissements, mais la cause des phénomènes n'est pas toujours celle-ci, car certains microbes peuvent, par leur action propre, abaisser la température centrale. Dans le choléra asiatique, on a isolé des substances toxiques déterminant l'algidité et même, dans le choléra-nostras, il y a des toxines ayant cette propriété-là. Je crois, de plus, qu'on peut rencontrer ces substances toxiques dans d'autres affections.

M. Chantemesse. — L'observation de MM. Gilbert et Girode est très curieuse à plus d'un titre, mais je ne veux envisager qu'un point. De leur travail il résulte que le bactérium coli commune, qui pénètre dans l'intimité des tissus de l'homme, produit des symptômes et des lésions anatomiques absolument différents de ceux de la fièvre typhoïde. Ces faits permettent de rejeter l'opinion soutenue par deux savants lyonnais, MM. Rodet et Gabriel Roux, sur l'identité du bacterium coli commune et du bacille typhique. Cette théorie, qui paraissait presque remettre en honneur l'idée de la spontanéité de la fièvre typhoïde, n'est évidemment pas justifiée par l'observation de MM. Gilbert et Girode.

M. Vaillard. — Dans un certain nombre de cas de volvulus et d'étranglement herniaire, accompagnés de phénomènes cholériformes, on a trouvé le bacillus coli commune. Il paraît donc jouer un rôle important, même en pathologie chirurgicale. Il peut être pyogène.

M. Netter. — Je n'ai étudié qu'un très petit nombre de cas de choléra nostras et suis arrivé à une conclusion analogue à celle qui découle des travaux de MM. Gilbert et Girode : plusieurs espèces bactériennes peuvent donner naissance à cette maladie, et parmi elle une place importante revient au bacterium coli commune.

D'autre part, les lapins de mon laboratoire ont été, à plusieurs reprises, atteints par une épidémie cholériforme. Les selles riziformes renfermaient exclusivement le bactérium coli commune.

Emmerich, lors de l'épidémie cholérique de Naples, avait trouvé dans le sang et les viscères de sujets, dont l'autopsie suivit de près la mort, un bacille court très pathogène et que l'école de Munich a considéré quelque temps comme l'agent pathogène du choléra.

Les recherches de Weisser ont montré que le bacille napolitain d'Emmerich paraissait être simplement le bacterium coli commune.

M. Gilbert. — Je n'ai point cité dans ma communication les travaux d'Escherich, qui n'ont point trait au choléra nostras, mais au choléra asiatique. Emmerich avait pensé découvrir l'agent du choléra dans un microbe autre que le bacille virgule.

Depuis, certains auteurs ont émis l'hypothèse que ce microbe rencontré par Emmerich était un micro-organisme normal de l'intestin et il a été comparé au bacille d'Escherich. Mais l'identité des deux bacilles n'est pas établie et l'on ne peut méconnaître qu'il existe entre eux certaines différences qui ne sont pas sans valeur.

Pouls lent permanent, albuminurie, crises dyspnéiques, bons effets du régime lacté.

MM. Comby et Martin-Dürr. — Nous avons observé une femme de 79 ans, jouissant depuis longtemps d'une bonne santé habituelle, qui fut prise tout d'un coup d'accès très sérieux d'étouffement avec 32 à 36 pulsations par minute, un cœur gros et des carotides dilatées. L'urine, peu abondante (250 à 500 grammes par jour), contenait 30 centigrammes d'albumine par litre et seulement 4 à 5 grammes d'urée. Notre malade avait en plus des crises de dyspnée, des menaces de syncope, comme un malade présenté par M. Debove. Le régime lacté dissipe tous les accidents.

Le régime lacté n'agit pas sur le pouls, qui reste lent, mais sur l'urémie latente ou manifeste.

Nous avions auparavant essayé, mais sans succès, le bromure de potassium, comme Blondeau le préconise dans sa

thèse. Les injections de caféine (75 centigr. à 1 gramme par jour) n'avaient pas mieux réussi.

Le lendemain de l'administration du régime lacté, l'amélioration se faisait déjà sentir, et au bout de 12 jours, la malade urinait 1,500 grammes par jour, en même temps que les accès d'oppression et les vertiges disparaissaient.

Une analyse d'urine faite huit jours après le début du traitement par le lait montra la persistance de l'albuminurie, mais l'augmentation des phosphates et de l'urée qui, de 4 à 5 grammes par jour, s'éleva à 22 grammes.

On doit conclure de cette observation qu'il faut traiter par le régime lacté les crises dyspnéiques, syncopales, épileptiformes, qui accompagnent le pouls lent, parce que ces crises sont très probablement d'origine toxique.

M. Laveran. — Chez un officier dont le pouls s'était abaissé à 20 pulsations, j'ai obtenu une amélioration manifeste et le pouls à trente pulsations avec la noix vomique.

M. Huchard. — J'ai observé six cas de cette maladie et j'en ai fait l'histoire dans mon livre sur les maladies du cœur et des vaisseaux.

Le pouls lent permanent, les attaques syncopales et épileptiformes sont un syndrome d'origine bulbaire. L'albuminose, les accidents d'insuffisance myocardiaque et d'imperméabilité rénale, sont sous la dépendance de l'altération athéromateuse des artères qui, d'après sa localisation, détermine des accidents cardiaques, rénaux et cérébraux.

Dans ces cas complexes, il y a donc trois indications thérapeutiques à remplir :

1° Indication *cérébro-bulbaire.* — Il faut combattre l'ischémie cérébro-bulbaire par la trinitrine et le nitrite d'amyle qui congestionnent les centres nerveux ;

2° Indication *cardiaque.* — Il faut relever la puissance contractile du cœur, non par la digitale qui est absolument contre-indiquée dans la bradycardie, mais par le thé, le café, la caféine, les vins généreux et l'alcool.

3° Indication *rénale.* — Il faut de bonne heure, même avant l'apparition de l'albuminurie, prescrire le laitage à ces malades.

M. Chantemesse. — J'ai eu l'occasion d'observer un fait de pouls lent permanent avec attaques épileptiformes et syncopales. Le malade était albuminurique. A l'autopsie il y avait des lésions d'athérome généralisé, de néphrite, de myocardite, mais les vaisseaux du bulbe ne présentaient pas de lésions athéromateuses. Dans ce cas, par conséquent, la théorie fort intéressante de l'ischémie bulbaire invoquée par M. Huchard, pour des cas analogues, ne semble pas justifiée, à moins qu'il ne s'agisse d'une ischémie spasmodique.

M. Rendu. — Il y a des sujets qui, avec et malgré un pouls lent permanent, se portent extrêmement bien. J'ai observé un homme dont le pouls battait seulement 16 à 18 fois par minute. Il n'y avait absolument rien au cœur, rien aux reins ; jamais trace d'albumine. Pas d'athérome. Jamais cet homme n'a éprouvé le moindre malaise.

L'eau et le sol dans la genèse de la fièvre typhoïde.

M. Chantemesse. — M. Dionys des Carrières nous a communiqué l'observation d'une endémie de fièvre typhoïde qui, depuis dix ans, n'a cessé de faire des victimes dans une ferme. La maladie respecte les habitants ordinaires de la ferme; elle sommeille quelquefois pendant plusieurs mois, même un an, puis elle se réveille, et frappe les nouveaux venus ou les gens non acclimatés. La dernière épidémie a succédé à des pluies abondantes et à l'élévation de la nappe souterraine constatée dans le puits qui fournissait l'eau potable. Dans cette eau de puits, M. Pouchet a trouvé le bacille d'Eberth.

Ce fait est fort intéressant, mais la présomption qu'il prête un appui à la doctrine de Pettenkofer ne me semble pas justifiée.

Ce qui ressort, en effet, de l'observation, c'est que l'eau a été le véhicule du germe typhique. Or, c'est ce procédé d'infection que contestent M. Pettenkofer et son école. Dans sa première théorie, Pettenkofer se préoccupait beaucoup des oscillations de la nappe souterraine qui devait faire naître ou favoriser la production d'émanations dangereuses. Depuis la découverte des microbes, c'est l'action directe du sol sur les germes qu'il invoque, action qui a pour effet de les mûrir, de les rendre plus forts, grâce à la présence en quantité convenable de l'air et de l'humidité.

Cette maturité étant effectuée, c'est l'air et non pas l'eau qui est le propagateur du germe.

Comme démonstration du rôle de la pluie qui lave certains sols très perméables, et qui entraine les germes pathogènes dans la nappe aqueuse sous-jacente, je présente le graphique où sont inscrits mensuellement pendant vingt-deux années consécutives (1864-1886) les oscillations de la nappe souterraine, la chute des pluies, et le nombre des cas de fièvre typhoïde observés à la caserne d'artillerie de la marine de Lorient.

Ce graphique a été construit sur ma demande par un de mes anciens élèves, M. le Dr Marchoux. Il a d'autant plus de valeur, qu'il a été tracé avec les chiffres officiels recueillis sans aucun parti pris par la marine depuis un grand nombre d'années.

En 1887, dans une enquête faite par M. Brouardel sur les causes des épidémies qui ravageaient la caserne d'artillerie de la marine à Lorient, enquête à laquelle il m'a fait l'honneur de m'associer, nous avons reconnu que les épidémies cholériques ou typhiques ne frappaient pas en même temps la caserne en question et la population civile. Par exemple, en 1866, le choléra avait ravagé la ville, et très peu touché la caserne (7 cas). Or, la ville et la caserne buvaient une eau différente.

La caserne reçoit de l'eau captée par l'ancienne Compagnie des Indes, aux portes de la ville, il y a deux cents ans. Le captage est défectueux; l'eau se trouve parfois à quelques centimètres sous la terre. Or, sur les prairies ou les champs qui recouvrent ces sources, on jette deux fois par an du fumier, formé en grande partie des déjections des habitants de la ville. Ceci fait, à la première grande pluie qui tombe, comme le montre le graphique, la fièvre typhoïde reparaît dans les casernes un mois après la chute de l'eau. Cette expérience se renouvelle deux fois par an depuis bien longtemps.

Si, sur le même graphique, on regarde la courbe des oscillations de la nappe souterraine, on voit qu'au moment des explosions d'épidémies la courbe tantôt s'abaisse et tantôt s'élève. En outre, cette nappe souterraine est commune à la ville et à la caserne, et, je l'ai dit, il n'y a aucune communauté d'épidémies entre la ville et les autres casernes de la ville, d'une part, et, d'autre part, la caserne de l'artillerie qui seule boit l'eau dont j'ai parlé.

La lecture de ce graphique peut se traduire ainsi : le sol est le récepteur du germe, l'eau son véhicule, la pluie relie le sol à la nappe souterraine et lui transmet le virus.

Cependant, en étudiant l'observation de M. Dionys des Carrières, on est frappé d'un fait : le sol qui entoure le puits contaminé est très perméable, des déjections typhiques ont été à plusieurs reprises jetées sur le sol; de la pluie est tombée souvent et a, sans doute, pu gagner le puits. Comment expliquer alors que des personnes sensibles à l'infection, puisqu'elles ont eu plus tard la fièvre typhoïde, aient pu vivre dans cette ferme pendant plusieurs mois ou un an sans contracter la maladie ou avant de la contracter ?

Faut-il penser qu'elles n'ont pas été atteintes, parce qu'elles n'ont pas bu de l'eau ou bien parce qu'à certaines périodes les germes n'avaient pas acquis les qualités nécessaires pour être nocifs ? On sait que des expériences de Hueppe tendent à mettre d'accord, au moins en ce qui concerne le choléra, les partisans de l'origine hydrique de la maladie et ceux qui invoquent l'action du sol sur les germes. L'eau serait le véhicule principal du bacille virgule, mais cette eau ne serait dangereuse que lorsqu'elle contiendrait des germes ayant acquis dans un sol suffisamment aéré et humide des propriétés et des qualités de résistance particulières.

Les expériences de M. Hueppe n'ont pas été reproduites en ce qui concerne le bacille typhique, mais certaines observations cliniques tendraient à ne pas faire rejeter sa théorie. Elle n'est, toutefois, qu'une hypothèse.

LE TRAITEMENT DE KOCH

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE BERLIN

Séance du 4 février 1891.

Traitement de Koch.

M. Virchow présente plusieurs pièces anatomiques provenant de tuberculeux traités par la méthode de Koch.

1) Homme soumis au traitement du 4 décembre 1890 au 14 janvier 1891. A reçu en tout 12 injections. Mort le 31 janvier.

L'aspect extérieur du poumon est celui qu'on rencontre dans certains cas de phthisie des mineurs (*Schwarze Phthisis*). On trouve une carnification très étendue du parenchyme et dans deux endroits au milieu du tissu carnifié on trouve des phénomènes analogues à ceux de la pneumonie disséquante. Il existe des travées suppurées, des sortes de fentes qui circonscrivent des portions de parenchyme transformées en masses caséeuses; nulle part on ne trouve les lésions du début de l'hépatisation caséeuse, si ce n'est des plaques blanches à l'intérieur des alvéoles.

2) Femme de 31 ans; soumise aux injections du 20 novembre 1890 au 31 janvier 1891, a reçu en tout 30 injections. A l'autopsie : hépatisation de date récente au niveau du lobe supérieur et une nécrose extraordinairement étendue des cavernes. Dans l'intestin on trouve, à partir de la valvule de Bauhin, un nombre considérable d'ulcérations en train de se nettoyer et certainement en voie de guérison.

3) Une femme de 34 ans; syphilis constitutionnelle compliquée de phthisie et d'amyloïde. A reçu 2 injections. A l'autopsie : signes classiques de phthisie pulmonaire et laryngite syphilitique parfaitement guérie.

4) Enfant de 3 ans 9 mois, reçu à l'hôpital pour une coxalgie du côté droit, sans accidents pulmonaires. Résection de la tête du fémur, et au bout de quelque temps injections de la lymphe de Koch (au nombre de 15 du 13 décembre au 26 janvier).

A l'autopsie : Tuberculose miliaire générale d'une intensité excessive. La moelle du fémur est littéralement farcie de granulations. Les poumons sont couverts de granulations. Ulcérations péri-chondriques des cartilages aryténoïdes, phénomène qui se rencontre rarement chez les enfants.

M. P. Guttmann présente un malade atteint d'une lésion tuberculeuse de la peau de l'annulaire. Il s'agit d'un infirmier de l'hôpital Moabit qui s'est fait une coupure au doigt, laquelle coupure fut infectée pendant le transport des cadavres et donna lieu à la formation d'un nodule des dimensions d'un haricot. Les grattages successifs ayant échoué, on fit une injection qui provoqua la réaction locale et générale. Après plusieurs injections le nodule disparut. Avant de commencer le traitement, on constata la présence des bacilles dans le tissu excisé. Après la deuxième injection on excisa une parcelle du nodule et sur 38 coupes faites par le professeur Ehrlich, on ne trouva que deux bacilles dans une coupe.

M. Grabower ne peut nier l'apparition des granulations miliaires, sous l'influence des injections, sur des parties jusqu'alors intactes; seulement il ne considère pas cette éruption comme grave et y voit plutôt une indication pour continuer le traitement, comme le prouvent les deux observations suivantes :

Homme de 21 ans, phthisique au 2e degré. Amélioration des plus manifestes après la 21e injection. Après la 24e, éruption de tubercules miliaires sur le larynx, qui ne tardent pas à s'ulcérer. On continue néanmoins les injections, et au bout de peu de temps, tubercules et ulcérations disparaissent. Actuellement on ne trouve plus qu'un peu de gonflement de la muqueuse de la paroi postérieure du larynx. — L'autre cas se rapporte à un homme de 42 ans, atteint d'une phthisie d'intensité moyenne, sans lésions du larynx. On fait 16 injections, du 25 décembre au 25 janvier. Le 28, éruption de tubercules miliaires sur les bords de l'épiglotte. Nouvelle injection le 30. Les tubercules deviennent confluents, et disparaissent deux jours après.

M. Jolly cite d'abord un fait bien connu, à savoir que le délire fébrile laisse après lui des psychoses particulières qui persistent après la chute de la fièvre. La réaction consécutive aux injections de Koch possède la même propriété. Dans un cas il s'est développé un véritable délire de persécutions qui a persisté pendant 14 jours. L'état du malade (pleurésie chronique) ne fut du reste pas amélioré par les injections.

Dans un autre cas également, où il s'agit d'un ouvrier bègue et légèrement sourd, les injections ont eu pour résultat de développer un délire des persécutions qui a persisté pendant un certain temps.

Chez une troisième malade, hystérique, on a dû cesser les injections, à cause du délire intermittent qui survenait après la réaction.

M. Henoch n'a pas été découragé par son premier insuccès dans la méningite tuberculeuse et a essayé les injections dans la tuberculose pulmonaire. Les résultats furent déplorables et il se demande s'il doit continuer les essais. Dans 20 cas où il a fait les injections, il a constaté une aggravation des plus nettes : fièvre hectique, amaigrissement, etc. Il a constaté un seul cas d'amélioration qui ne s'est pas maintenue longtemps; la matité a reparu et en même temps il est survenu une fièvre hectique intermittente qui n'existait pas auparavant.

Mais le phénomène le plus grave, c'est qu'on rencontre des cas qui au point de vue clinique confirment pleinement les faits anatomiques mis en évidence par Virchow. Ainsi, chez une fille de 11 ans chez laquelle on n'a trouvé avant les injections que quelques râles secs au sommet et une expiration prolongée, et dont les crachats ne contenaient pas de bacilles, il est survenu après la quatrième injection une infiltration du poumon gauche, une pneumonie qui persiste depuis bientôt un mois. Ces modifications sont certainement provoquées par les injections, et tout fait craindre que l'exsudat n'aboutisse à la formation de cavernes.

Henoch est convaincu que les injections sont dangereuses, qu'elles provoquent quelquefois les infiltrations pneumoniques et la tuberculose miliaire et font apparaître la fièvre hectique dans les cas où elle n'existait pas auparavant.

M. Schimmelsbusch (Berlin) (1). — Il ne paraît pas douteux que dans certains cas la lymphe de Koch ne produise des nécrobioses étendues au centre de lésions anciennes, surtout de nature tuberculeuse. Le traitement amène-t-il la mort du tissu tuberculeux, et s'il produit cet effet, quel est le processus à invoquer ?

M. Schimmelsbusch a essayé de résoudre ces questions en examinant à différentes reprises des parcelles de tissu enlevées à des malades porteurs de tuberculose cutanée ou muqueuse et traités par la lymphe de Koch. Dans un cas de lupus de la muqueuse buccale, après deux mois de traitement on retrouvait des granulations tuberculeuses aussi actives qu'au premier jour. La plupart contenaient des bacilles. De deux choses l'une : ou bien ces granulations, préexistantes, avaient résisté au traitement ou bien elles s'étaient développées malgré lui. D'autre part, le processus invoqué par Koch dans sa seconde communication, dit de *nécrose de coagulation* et capable, selon lui, d'expliquer la production des sphacèles consécutifs à l'injection, n'est nullement démontré pour M. Schimmelsbusch. Il s'agit suivant lui d'une *atrophie cellulaire* simple, terme ultime de la vie de la cellule, et non d'une *nécrose de coagulation*, fixant la cellule et la détruisant *in toto*, dans le cours de son développement. Au point de vue anatomique donc, il n'y a là qu'un processus banal et bien connu et non une réaction surprenante due à une spécificité magique du remède.

M. Rindfleisch (Würzbourg) (2). — L'auteur a examiné au point de vue histologique l'intestin d'un malade mort après avoir suivi le traitement de Koch. Cet intestin présentait de nombreuses ulcérations dont l'une avait même acquis une très grande étendue. On pouvait remarquer, d'autre part, des cicatrices plus ou moins résistantes en de certains points, anciennement ulcérés. Cette cicatrisation, au point de vue de l'auteur, résulte anatomiquement du fait de l'inflammation

(1) *Deut. med. Woch.*, 5 février, p. 241.
(2) *Deuts. medic. Wochen.*, 5 février, 1891, p. 237.

développée autour des lésions tuberculeuses, passant par le stade de granulations et aboutissant à la formation de tissu conjonctif. On ne peut donc pas invoquer une action directe de la lymphe avec la lésion tuberculeuse et l'amenant à une cicatrisation pour ainsi dire spéciale. Il s'agit là d'un processus banal propre aux lésions inflammatoires, qu'elles soient ou non de nature tuberculeuse.

M. B. Meyer (Berlin) (1). — L'emploi de la méthode de Koch a nécessité le perfectionnement des divers procédés dont on use journellement pour la recherche des bacilles. M. Meyer a examiné les différents liquides pathologiques que l'on peut rencontrer chez les tuberculeux.

Dans les cas de pleurésie, il recherche les bacilles par la méthode de Gabbet, après concentration du liquide. Les pleurésies séreuses, primitives ou secondaires, ont toujours donné un résultat négatif. Seules, les pleurésies hémorrhagiques et les pleurésies purulentes ont donné des préparations positives.

Dans un cas de péritonite séreuse, chez un malade manifestement tuberculeux, le résultat fut négatif ; par contre, le liquide d'une péritonite purulente tuberculeuse contenait des bacilles.

Les examens pratiqués sur l'urine donnèrent des résultats identiques, en ce sens que les bacilles furent rencontrés surtout dans les cas où le liquide contenait des particules solides ou des matières purulentes que l'on pouvait facilement isoler.

Pour rechercher les bacilles dans le cas où l'urine est claire, l'auteur se servait du procédé suivant : il mélangeait l'urine avec une solution de thymol, puis la filtrait sur un filtre tout petit, de façon que le liquide ne s'écoulât que goutte à goutte. Cette opération demande naturellement un temps très long ; à la fin il reste sur le filtre un sédiment plus ou moins consistant que l'on étale sur des lamelles et que l'on examine avec les procédés habituels. Cette méthode a donné à l'auteur d'excellents résultats et lui a permis de trouver des bacilles dans des cas où tout autre examen était resté négatif.

Les selles des phthisiques renferment le plus souvent des bacilles, en petite quantité d'ailleurs, mais que la méthode de Gabbet permet de déceler assez facilement. La présence des bacilles n'est pas suffisante pour affirmer le diagnostic de tuberculose intestinale, car ces bacilles peuvent provenir de crachats avalés par le malade. Dans deux cas où l'examen des selles avait donné des résultats positifs, l'autopsie ne permit pas de révéler l'existence de lésions tuberculeuses de l'intestin.

En terminant, l'auteur recommande également la méthode de Gabbet dans l'examen des liquides de l'oreille; cette méthode lui a donné, à différentes reprises, d'excellents résultats.

M. Sonnenburg (Berlin) (2). — Chez certains des malades, atteints de tuberculose pulmonaire, que l'auteur a pu suivre dans ces derniers temps, l'effet immédiat du traitement a été de produire des pertes multiples de substance dans les poumons infiltrés de tubercules et d'augmenter le volume des cavernes préexistantes. Ces indications montrent que l'intervention chirurgicale ne peut être mise en œuvre que dans les cas où les lésions ne sont pas disséminées. Dans un cas, l'opération de la pneumotomie pratiquée par l'auteur le 10 décembre a donné de bons résultats. Le malade est aujourd'hui en voie de cicatrisation, les signes d'auscultation sont minimes. Il ne semblait y avoir qu'une seule caverne tuberculeuse. L'association de l'intervention chirurgicale avec la méthode de Koch doit être limitée à des cas semblables.

M. Auerbach (Cologne) (3). — Il est indubitable que la lymphe de Koch ne donne pas, dans tous les cas, des résultats décisifs au point de vue du diagnostic des lésions tuberculeuses.

Pour les organes internes notamment, on ne sera en droit d'admettre l'existence de lésions tuberculeuses que quand les symptômes généraux ou locaux de la réaction auront apparu et surtout quand l'examen des crachats, de l'urine, de tout autre liquide ou produit aura révélé la présence de bacilles, ignorée jusqu'alors.

L'auteur est donc modeste lorsqu'il dit en terminant qu'il ne faut pas demander à la méthode de Koch plus qu'elle ne peut donner.

(1) *Centralblatt für kl. Medic.*, 7 février 1891, p. 105.
(2) *Deuts. medic. Woch.*, 5 février, p. 240.
(3) *Deuts. medic. Woch.*, 5 février, p. 246.

M. Irsai (Budapest) (1). — Quelques améliorations dans des cas de tuberculose laryngée, des aggravations certaines dans les cas de tuberculose pulmonaire, voilà le bilan de l'auteur. Deux malades moururent à la suite des injections, l'un d'eux d'une façon assez rapide avec des symptômes de collapsus. Le Dr Irsai a retrouvé les lésions décrites par Virchow avec tuberculose miliaire.

MM. Neumann et Schwerin (Berlin). — Les auteurs ont observé 45 tuberculeux dans le service de M. Fürbringer. Ils ont constaté un grand nombre d'améliorations, sans donner à cet égard d'indications bien précises.

MM. Korczynski et Adamkiewicz (Cracovie) (1). — Les individus sains présentent une réaction générale manifeste à des doses relativement minimes. Les symptômes consistent en élévation de la température avec accélération de la respiration et du pouls, céphalalgie, diarrhée, gonflement de la rate, herpès labial, etc. De plus fortes doses peuvent encore augmenter la température. Chez deux sujets on observe de la congestion des sommets du poumon sans qu'il y ait soupçon de tuberculose. Chez ces deux sujets il n'y eut pas de mouvement fébrile.

M. Jacksch (Prague) (3). — Il faut admettre que dans nombre de cas de tuberculose pulmonaire l'injection de lymphe de Koch non seulement décèle, par ses modifications locales, l'existence de lésions latentes, mais encore amène une amélioration marquée dans l'état général et l'état local. Il ne croit pas aux accidents graves qui suivent les injections. Chemin faisant, l'auteur cite deux cas de mort.

M. Lœwy (Berlin). (4). — Les injections de lymphe de Koch n'ont d'influence sur les échanges nutritifs que lorsqu'elles s'accompagnent de mouvement fébrile. Ainsi donc l'injection n'a pas d'action directe sur les échanges ; il faut, pour que des modifications apparaissent, que les symptômes généraux, la fièvre notamment, se soient manifestés.

M. Hirschfeld (5), pour se rendre compte des échanges nutritifs qui se passent chez les tuberculeux soumis au traitement de Koch, a donné aux malades une certaine quantité d'aliments exactement dosés au point de vue de la richesse en azote, et examiné ensuite l'azote excrété avec les urines. Les résultats de cet examen furent les suivants :

Si les injections étaient suivies d'élévation thermique, la quantité d'azote contenue dans les urines était plus considérable que celle introduite avec les aliments. Chez les phthisiques qui avaient la fièvre avant les injections, on constatait également que la destruction d'albumine était exagérée aussi bien quand la réaction fébrile dépassait la fièvre initiale ou se maintenait au même niveau. Quant à l'excès d'azote qu'on retrouvait dans les urines, il provenait certainement des substances albuminoïdes de l'organisme.

Cette destruction d'albumine doit être attribuée à la fièvre d'après les idées actuellement régnantes. Seulement on peut se demander si l'alimentation était dans ce cas suffisamment abondante, puisque chez les tuberculeux fébricitants on peut arriver à maintenir l'équilibre dans l'apport et l'excrétion d'azote, en nourrissant les malades d'une façon suffisante.

Avec les injections de Koch, trois hypothèses sont plausibles :

1° L'excrétion d'azote dépasse l'apport, malgré une alimentation abondante ;

2° La destruction d'albumine peut être évitée par une alimentation abondante ;

3° L'organisme qui, malgré une alimentation abondante, est troublé par les substances pyrétogènes, peut leur résister grâce à la destruction des substances albuminoïdes des aliments.

(1) *Deuts. medic. Woch.*, 5 février, p. 248.
(2) *Berlin. klin. Woch.*, 26 janvier, p. 91
(3) *Prag. medic Woch.*, 1er fév. 91
(4) *Berlin. klin. Woch.* 26 janvier, p. 93.
(5) *Berlin. klin. Wochens.*, 1891, n° 2, p. 29.

M. G. Goldschmitt (Madère) (1). — L'auteur rapporte un cas de lèpre tuberculeuse traitée par la méthode de Koch. La réaction générale et locale fut constante et des plus marquées et les tubercules, après une période de tuméfaction semblèrent diminuer et se résoudre. Les phénomènes généraux s'accompagnèrent de symptômes sérieux de collapsus.

M. Castan (Montpellier) (2). — En collaboration avec avec M. Ducamp, l'auteur rapporte un cas de tuberculose pulmonaire traité par la méthode de Koch. L'observation, très rigoureusement suivie, ne nous apprend rien de spécial. Ici, comme d'ordinaire, l'effet curatif a paru nul.

MM. Grasset et Estor (Montpellier) (3). — Les auteurs ont surtout en vue les malades atteints de tuberculose cutanée ou de tuberculose chirurgicale.

Deux points sont mis de suite en évidence. Tout d'abord il n'existe pas encore de guérison avérée, même pour le lupus. En second lieu, la méthode de Koch, si elle est appliquée convenablement et en tenant compte des nombreuses contre-indications, bien connues aujourd'hui, ne peut pas produire d'accidents graves dans la catégorie limitée des malades observés par les auteurs.

D'autre part, tous leurs cas de lupus ont été améliorés et cela d'une façon manifeste. On ne peut d'ailleurs pas encore se prononcer sur la durée de ces améliorations.

Quoi qu'il en soit, et avec les réserves formulées, il ne faut pas rejeter d'emblée la méthode de Koch après l'avoir acclamée. Il faut continuer les recherches en profitant des quelques avantages indiscutables d'ores et déjà acquis.

A la séance du 25 janvier de l'Académie médico-chirurgicale de Naples, de nombreuses communications ont été faites sur la valeur thérapeutique de la méthode de Koch.

M. de Renzi a fait ses expériences sur 44 malades, dont 37 tuberculeux pulmonaires (11 cas très graves, 13 cas graves, 10 cas de moyenne intensité et 3 cas de tuberculose au début), 2 atteints de broncho-pneumonie chronique non bacillaire du sommet du poumon, 2 lupiques, 1 malade atteint de tuberculose glandulaire et osseuse en voie de guérison, et 1 malade porteur d'un abcès froid périarticulaire de la hanche droite. Sur les 37 tuberculeux pulmonaires, 5 sont en traitement depuis peu de temps, 2 sont morts, 4 sont notablement améliorés, 5 sont légèrement améliorés, 8 ne présentent aucune modification notable, 13 sont aggravés. Des effets curatifs évidents ont été observés chez les 5 malades porteurs de tuberculose externe.

M. Cantani a traité 26 malades, dont 20 tuberculeux pulmonaires (7 atteints de tuberculose au début, 9 de tuberculose avancée avec infiltration plus ou moins étendue, 4 de grandes cavernes), 4 lupiques et 2 malades porteurs de tuberculose chirurgicale. Dans 2 cas de tuberculose au début, il a constaté une amélioration objective; mais Cantani ne donne pas le détail des résultats obtenus dans les autres cas : il dit seulement qu'il n'a vu chez certains malades aucune amélioration manifeste, qu'il a même observé chez quelques-uns une aggravation; à la fin de sa communication, il déclare que, à son avis, certains malades ne peuvent pas tirer grand bénéfice de l'emploi de la lymphe de Koch, que les essais sont encore trop récents pour qu'on puisse se prononcer définitivement sur sa valeur, mais que les résultats obtenus dans le lupus et dans la tuberculose pulmonaire au début sont pleins de promesses et que Koch a certainement fait faire un grand pas à la bactério-thérapie de la tuberculose.

M. Gallozzi ne peut encore tirer de conclusions définitives, au point de vue thérapeutique, de ses essais de lymphe de Koch dans la tuberculose chirurgicale, mais il considère sa valeur diagnostique comme absolument certaine. Il a obtenu dans le lupus et dans des tuberculose osseuses des améliorations indiscutables.

M. T. de Amicis a fait des injections de lymphe de Koch à 21 malades, dont 4 atteints de syphilides, 2 de lèpre, 15 de lupus; ses recherches datent d'une époque trop récente pour qu'il puisse encore formuler des conclusions.

M. Massei a examiné le larynx des malades traités par Cantani et de Renzi, mais il n'en a trouvé que 4 ou 5 présentant des lésions non douteuses de tuberculose laryngée. Ces faits, quoique Massei n'en veuille tirer aucune conclusion, ne sont guère encourageants : la réaction locale a manqué dans un cas et il y a eu, dans presque tous les autres, aggravation des lésions; Massei fait remarquer que cette aggravation n'est peut-être pas le fait du traitement, mais de la marche naturelle de la maladie.

Sur la proposition d'Armanni, l'Académie a voté un ordre du jour déclarant que les résultats des expériences faites jusqu'ici ne doivent pas les faire suspendre, mais, au contraire, encouragent à les continuer.

(1) *Berlin. Klin. Wochens.*, 26 janvier 1891, p. 89.
(2) *Montpellier médical*, 1er février 1891, p. 101.
(3) Le Traitement de la tuberculose par la méthode de Koch. (Masson, Paris, 1891).

ÉTRANGER

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 28 *janvier* 1891 (fin).

Vergetures sous-cutanées.

M. Oppenheimer présente un étudiant de 22 ans dont le corps est couvert de vergetures de 18 à 20 cent. de longueur. L'étiologie est inconnue et le malade n'a pas augmenté de poids depuis 3 ans. Les vergetures sont le siège de démangeaisons très vives.

M. Fürbringer a observé un cas semblable chez un étudiant en médecine. Le ventre du malade ressemblait absolument à celui d'une femme enceinte. Le malade a augmenté de 20 livres dans l'espace de 3 mois, à la suite d'absorption journalière de fortes quantités de bière.

Hématurie d'origine parasitaire.

M. Nitze présente un garçon de 15 ans qui jusqu'à l'âge de 13 ans est resté au Transvaal où son père est missionnaire. Depuis huit ans il est sujet à des troubles vésicaux qui, d'après lui, existeraient également chez deux de ses frères. L'hématurie des pays chauds est provoquée par la pénétration de la « *bilharzia* » dans l'organisme. Le mâle a 11 cm. et la femelle 15 cm. de longueur. La copulation se fait d'une façon irrégulière, la femelle venant se placer dans un prolongement tubulaire qui se trouve sur la partie latérale du corps du mâle. La femelle pond une quantité considérable d'œufs qui arrivent jusqu'au plexus veineux muqueux et sous-muqueux de la vessie et provoquent la stase sanguine, en même temps qu'il se forme des foyers de nécrose. Il se fait une hémorrhagie qui entraîne les œufs dans la vessie d'où ils sont expulsés avec l'urine. Mais il existe des cas dans lesquels les œufs provoquent dans la vessie des modifications considérables, de l'inflammation et de l'hypertrophie de la muqueuse. L'hypertrophie partielle peut parfois être assez marquée pour simuler une tumeur. Les œufs peuvent produire des modifications et des lésions semblables dans les portions inférieures de l'intestin, où leur présence se manifeste par des diarrhées et de la dysenterie grave. La présence de ces œufs dans la vessie peut devenir le point de départ de la lithiase vésicale, ce qui expliquerait la fréquence des calculs vésicaux en Egypte.

Le malade de M. Nitze est originaire d'un pays où la bilharzia est endémique. Les troubles vésicaux ne sont pas chez lui très prononcés et consistent en une fréquence de miction accompagnée de douleurs qui deviennent particulièrement vives vers la fin de la miction. Les urines sont troubles et à l'examen microscopique on trouve une quantité considérable d'hématies, de leucocytes et de corpuscules de pus. On trouve encore, principalement dans les caillots, un certain nombre d'œufs très caractéristiques. Les œufs ressemblent aux grains de courge et sont pourvus, sur un côté,

d'un appendice pointu; quelquefois ils renferment des embryons animés de mouvements très vifs. Très rarement on rencontre dans l'urine des embryons libres qui rappellent dans ces conditions des infusoires gigantesques.

M. Virchow fait observer que dans ces cas on rencontre très réellement des tumeurs. Il possède des préparations d'une vessie de ce genre dont la surface est couverte d'excroissances polypeuses de longueur d'un doigt. Bien que ces productions soient dues à la présence des parasites, elles n'en forment pas moins de véritables tumeurs, dont l'ablation donnerait peut-être de bons résultats. Pendant son séjour en Egypte, M. Virchow a pu constater la présence de ces parasites chez les élèves et un professeur de l'Ecole de médecine du Caire. Le diagnostic n'est certain qu'après l'examen microscopique des urines. Il n'y avait pas d'hématurie, mais de temps en temps ces personnes étaient prises de faiblesse et d'abattement, ce qui permettait de supposer l'invasion d'un grand nombre de parasites. L'affection est très fréquente chez les habitants du Delta et se rencontre également chez les animaux.

M. Nitze croit également que l'ablation des proliférations donnerait de bons résultats.

Appendice caudal.

M. Bartels présente un homme de 26 ans porteur d'une tumeur de la région sacro-coccygienne. La tumeur, qui a toutes les apparences d'un appendice caudal, est élastique et s'insère sur le coccyx dont elle peut être facilement soulevée. Sur la partie supérieure de la tumeur, qui est très probablement un fibro-myome, se trouve une petite dépression cicatricielle, le reste de la production embryonnaire désignée par Alex. Eckert sous le nom de fossette coccygienne. La première vertèbre coccygienne est légèrement élargie et proéminente en arrière, ce qui indique l'existence de certains troubles de formation, dans cette région, pendant la période embryonnaire. Le coccyx dans son ensemble paraît aplati, tendu. Les vertèbres coccygiennes sont en nombre normal.

M. Virchow a vu une anomalie analogue chez un garçon. La pièce lui a été envoyée par un médecin du Brésil.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE DE BERLIN

Séance du 26 janvier 1891 (fin).

Traitement de l'appendicite.

M. Jastrowitz tient à insister sur la perforation aiguë de l'appendice. Il y a quelques années il a eu à soigner une femme de 28 ans qui paraissait avoir une indigestion. Quelques jours après, la malade fut prise subitement de véritables accidents cholériformes : cyanose, petitesse du pouls, hypothermie, vomissements et diarrhée, crampes dans les mollets; pas de douleur à la palpation de l'abdomen; légère matité dans la fosse iliaque droite. Mort au bout de quelques heures. A l'autopsie on trouva une perforation de l'appendice par un petit calcul. Pas de péritonite généralisée. Les intestins étaient troubles et le long de quelques vaisseaux il y avait des stries purulentes.

Dans un autre cas, il s'agit d'un homme de 38 ans, bien portant ordinairement, pris de pérityphlite avec formation d'exsudat s'étendant jusque sur la ligne médiane. Etat de collapsus très marqué, douleurs violentes et phénomènes d'occlusion pouvant être attribués à la compression d'une anse intestinale par l'exsudat. Sous l'influence d'un lavement d'eau chaude, les phénomènes ont paru s'améliorer, lorsque le malade fut pris de collapsus et ne tarda pas à succomber avec des phénomènes d'intoxication intestinale. Peut-être, dans ces cas, l'intervention chirurgicale aurait pu sauver les malades.

M. Sonnenburg. — Il paraît résulter de la discussion qui vient d'avoir lieu que la pérityphlite est bien moins grave que ne l'admettent les chirurgiens. Ces derniers feraient donc bien de revoir attentivement les statistiques de ces dernières années. Si l'on se rapporte à la statistique de M. Guttmann qui fournit 95 0/0 de guérisons spontanées, comment expliquer alors ce fait que lui, Sonnenburg, a eu à faire à l'hôpital Moabit 15 laparotomies pour pérityphlite suppurée dans l'espace de quelque 10 mois?

Il serait très important de pouvoir séparer et diagnostiquer les pérityphlites suppurées et non suppurées. Les premières sont graves, et les malades succombent ordinairement. Pour elles se trouve donc tout indiquée l'opération en deux temps telle qu'il l'a proposée, opération dépourvue de tout danger et adoptée par presque tous les chirurgiens. Pour voir jusqu'à quel point les opinions des chirurgiens se sont modifiées sur l'utilité de l'intervention chirurgicale dans les pérityphlites, il suffit de rappeler qu'en 1889 Volkmann considérait toutes les pérityphlites comme passibles du traitement chirurgical.

Les pérityphlites suppurées doivent être opérées de bonne heure. Sur les 15 cas qu'il a opérés, il y a eu 15 abcès. L'incision est en tout cas préférable à la ponction.

M. Renvers. — La résorption de petits exsudats purulents est certaine, comme le prouvent les cas guéris où pendant la maladie la ponction avait permis de retirer une certaine quantité de pus du foyer. Dernièrement il a revu 4 de ces malades qui jusqu'à présent (6 mois à 2 ans 1/2) n'ont pas encore eu de récidive et peuvent être considérés comme guéris. Du reste, il ne considère pas la ponction comme un moyen thérapeutique, mais comme un procédé diagnostique dans les cas difficiles.

Il existe des cas où la coprostase simple provoque des phénomènes alarmants, tandis que la présence du pus dans la fosse iliaque donne quelquefois lieu à des phénomènes qui évoluent d'une façon très bénigne. La ponction doit être faite pour ainsi dire le bistouri à la main, pour opérer quand il y a un abcès. Mais il ne faut pas ponctionner dans tous les cas où la tumeur augmente dès les premiers jours. Quant aux différences entre sa statistique et celle de Fürbringer, il a insisté à dessein sur les difficultés du diagnostic différentiel entre la perforation de l'appendice et la pérityphlite et n'a eu en vue que les inflammations de la fosse iliaque droite. Il a fait entrer en ligne de compte des cas fébriles de coprostase simple qui provoque l'inflammation du cæcum avec la formation d'exsudats.

M. P. Guttmann. — Parmi les 15 opérés de M. Sonnenburg, il a dû exister des cas où la collection purulente n'était pas considérable et où les malades auraient guéri spontanément. Si les exsudats suppurés volumineux exigent l'intervention chirurgicale, les petites collections ne résorbent spontanément.

ANGLETERRE

SOCIÉTÉ PATHOLOGIQUE DE LONDRES

Séance du 3 février 1891

Présidence de M. Dickinson.

Morphologie, culture et produits toxiques du bacille de la tuberculose.

M. Crookshank. — Les bacilles que l'on rencontre dans les coupes de tuberculose bovine sont plus courts et moins granuleux que ceux des crachats tuberculeux de l'homme. Dans le lait des vaches tuberculeuses, j'ai remarqué que les bacilles sont souvent plus longs et plus régulièrement grenus que dans la tuberculose humaine. Dans la tuberculose des oiseaux, les bacilles sont souvent remarquablement courts et droits. Ces différences morphlogiques sont semblables à celles que l'on rencontre en variant les milieux de culture des bacilles.

J'ai obtenu, comme MM. Nocard et Roux, des cultures de bacilles tuberculeux sur l'agar-agar glycériné; j'en possède des séries qui ont pour origine des crachats tuberculeux de l'homme. Les cultures sur agar glycériné sont, suivant le nombre de bacilles inoculés, isolées ou réunies en une pellicule plus ou moins continue, qui atteint son plein développement en 6 à 8 semaines ; dans les cultures anciennes, spécialement quand les colonies restent isolées, l'aspect est très caractéristique.

J'ai également obtenu des cultures dans le bouillon glycé-

riné, les colonies forment de petits flocons déjà visibles au bout de quelques jours, qui augmentent rapidement de dimensions et forment en 4 ou 5 semaines un abondant dépôt au fond du flacon, tandis que le reste du liquide est clair; lorsque les cultures sont maintenues dans un repos absolu pendant 2 ou 3 semaines, toute la surface du liquide est couverte d'un voile blanc grisâtre qui se rompt par une agitation légère et qui augmente d'épaisseur, puis se fissure irrégulièrement si on le laisse reposer sans secousses pendant plusieurs semaines.

Dans quelques cultures, les bacilles sont plus courts et plus épais que ceux qu'on trouve habituellement dans les crachats de l'homme et ils sont pour la plupart grenus. Dans les cultures anciennes, sur l'agar glycériné, le nombre des bacilles granuleux ou grenus devient plus considérable; on voit de plus des bacilles renflés à 1 ou 2 extrémités.

Pour étudier les substances toxiques élaborées par les bacilles tuberculeux, j'ai filtré sur la porcelaine au moyen d'un app[illegible]al des cultures dans le bouillon glycériné, auxqu[illegible]ais ajouté 5 pour 100 d'une solution d'acide phéniq[illegible]ur 100 pour empêcher leur putréfaction pendant la fi[illegible]n. Le liquide filtré est parfaitement transparent, possède u[illegible] réaction alcaline et une couleur brun jaunâtre. Pour le concentrer, je l'ai évaporé dans le vide sur l'acide sulfurique et à basse température, ce qui en 35 jours m'a donné un résidu visqueux brunâtre formé en majeure partie par la glycérine provenant du liquide de la culture originale ; j'ai dilué ce résidu visqueux avec 6 décigrammes d'eau distillée et j'en ai injecté 12 centigrammes à un cochon d'Inde : presque immédiatement, la température s'abaissa, les poils se dressèrent, le cœur devint extrêmement irrégulier, des spasmes irréguliers se produisirent, les membres inférieurs se paralysèrent et l'animal mourut. La température, qui était avant l'injection de 37°,6, était de 33°,9 à 1 heure de l'après-midi, de 34°,4 à 2 heures, de 34°,0 à 3 heures et de 33°,3 à 4 heures.

Ce liquide donne les réactions suivantes : précipité blanc par l'acide phospho-tungstique, jaune orangé par l'iodure bismutho-potassique, bleu de Prusse par le ferro-cyanure de potassium ; par la solution iodo-iodurée, il donne un précipité composé de cristaux aciculaires et en forme de bateau.

Le liquide résultant de l'action prolongée de la glycérine sur des tissus tuberculeux frais donne les mêmes réactions.

M Sidney Martin. — Le choix des milieux de culture a une grande importance. Les substances telles que la glycérine et l'agar-agar ou le bouillon glycériné n'existent pas dans l'organisme et on est exposé à des erreurs si on les emploie comme milieux de culture. D'ailleurs la glycérine n'est pas nécessaire à la culture du bacille tuberculeux et on peut obtenir de très belles cultures sur l'albumine alcalinisée et additionnée de sels dans les proportions où on les rencontre dans le sérum. Les produits toxiques élaborés par les bacilles semblent se produire presque entièrement aux dépens des matières protéiques. Les réactions obtenues par M. Crookshank ne prouvent pas nécessairement que les cultures renferment un alcaloïde. La fièvre produite par l'injection de liquide de Koch est semblable à celle déterminée chez les animaux par les injections d'albuminose peptique et celle-ci peut être suivie de coma comme on en observe après les injections de liquide de Koch chez l'homme.

Effets du traitement de Koch sur les cobayes tuberculeux.

MM. Abraham et Crookshank. — Nous avons expérimenté sur des cobayes tuberculeux les effets des injections du liquide de Koch que nous avions reçu directement de Berlin. 2 cobayes tuberculeux ont reçu depuis le 7 janvier 6 injections de 1 centigramme chacune ; les mêmes doses ont été injectées à un cobaye sain ; 2 cobayes tuberculeux à la même période de la maladie ont été l'objet d'un examen minutieux à l'œil nu et au microscope pour se rendre compte de l'état des organes internes chez les animaux soumis au traitement : leurs ganglions lymphatiques et leur rate présentaient des lésions tuberculeuses et renfermaient des bacilles. Les animaux soumis au traitement avaient des chapelets ganglionnaires nets, mais étaient encore vigoureux et dans un bon état général. La première injection fut suivie d'accidents généraux, élévation de température, sensibilité avec tuméfaction prononcée des ganglions malades et rougeur de la peau de la région ; les suivantes produisirent une élévation de température, sans tuméfaction rapide des ganglions. Chez l'un des animaux en expérience, les ganglions ont constamment augmenté de volume ; chez l'autre, ils n'ont présenté que peu de modifications depuis la première injection. La température la plus élevée a été observée après la quatrième injection, elle a été de 41°,8. Le cobaye sain n'a pas présenté d'autre trouble qu'une très légère élévation de température. L'observation ultérieure pourra seule montrer si le liquide de Koch produit un arrêt dans la marche des lésions tuberculeuses.

Chez une vache soupçonnée de tuberculose, deux injections, l'une de 2 centigrammes et l'autre de 3 centigrammes, n'ont déterminé aucune modification de la température, mais seulement une augmentation de la toux pendant quelques heures.

M. Phineas Abraham. — En raison des bruits alarmistes qui avaient couru sur la dissémination des bacilles chez les sujets traités par la méthode de Koch, j'ai examiné le sang des deux cobayes sur lesquels ont porté mes expériences, avant et pendant la réaction ; j'ai également examiné le sang de plusieurs sujets (5 lupiques, 2 tuberculeux pulmonaires, 2 atteints de lésions articulaires tuberculeuses, 1 lépreux) soumis au traitement de Koch, chez quelques-uns avant, pendant et après la réaction ; dans aucun cas, je n'ai pu y trouver de bacilles. Il me semble donc que, si l'on peut observer des métastases, comme le pense Liebmann, elles sont rares.

AUTRICHE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE VIENNE

Séance du 6 février 1891.

Résection de l'estomac.

M. Porges présente un homme de 57 ans, auquel le professeur Maydl a pratiqué la résection presque totale de l'estomac atteint de carcinome. Le néoplasme occupait la grande courbure et la moitié de la périphérie de l'organe. La portion réséquée mesurait 17 cm. de longueur sur 18 de largeur. Les suites opératoires furent très bénignes et depuis le 26 août le malade a augmenté de 37 livres.

M. Billroth remarque que la portion réséquée constitue un cinquième seulement de l'organe et que, dans ces conditions, il s'agit d'une résection partielle étendue.

M. Maydl fait observer qu'il s'agit d'une résection dans la continuité et que le pylore a été laissé intact. La résection totale de l'estomac avec suture du cardia au pylore n'est peut-être pas possible pour des raisons d'ordre physiologique.

M. Kahler rappelle que chez les chiens auxquels on enlève l'estomac, la digestion n'est pas influencée. Du reste, les malades atteints de catarrhe atrophique de la muqueuse stomacale digèrent quelquefois fort bien.

Traitement du cancer.

M. Neudœrfer présente une femme de 62 ans, atteinte d'un carcinome ulcéré du rein, dont l'état fut rapidement amélioré par les applications locales de pyoctanine.

M. Billroth rapporte un cas d'*élimination totale d'un nodule carcinomateux suivie de guérison.* Il s'agit d'un homme de 45 ans, chez lequel se développa au niveau du testicule un nodule dur qui s'ulcéra, se dessécha et finit par tomber. Il resta une cicatrice sur laquelle parut, au bout d'un an, un autre nodule qui augmenta rapidement de volume. Il existe donc des conditions dans lesquelles les carcinomes peuvent guérir spontanément.

Blennorrhagie chronique.

M. Lang présente un malade atteint de *para-uréthrite gonorrhéique.* Plusieurs mois après l'infection gonorrhéique il s'est formé sur le côté droit du méat un petit orifice qui était l'embouchure d'un canal par lequel s'écoulait du pus contenant des gonocoques. On fendit l'urèthre et on excisa le foyer. Le malade fut guéri, mais quelques semaines plus tard il s'infecta de nouveau et une nouvelle para-uréthrite survint de l'autre côté du méat. Comme traitement on fait actuellement des injections de nitrate d'argent.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Imp. des Arts et Manufactures, 12 rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud.

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT
PUBLIÉ PAR
LA GAZETTE HEBDOMADAIRE
DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE
Et servi gratuitement à tous les abonnés de ce journal

ABONNEMENTS SPÉCIAUX POUR MM. LES ÉTUDIANTS. — UN AN : 6 FRANCS

L. LEREBOULLET, Rédacteur en chef. — A. BROCA, Secrétaire de la Rédaction
Librairie de G. MASSON, 120, boulevard Saint-Germain.

SOMMAIRE

ACTES OFFICIELS

Corps de santé des colonies. Sont promus : au grade de *médecin-inspecteur de 1re classe*, M. Treille.

Au grade de *médecin en chef de 2e classe*, MM. Cauvy et Ayme.

Au grade de *médecin principal*, MM. Clavel, Hercouet, Rangé.

Au grade de *médecin de 1re classe*, MM. Couillebault, Garnier, Rançon, Terrin, Camail, Delay, Simond, Vergez, Le Roy, Pinard et Pineau.

Au grade de *médecin de 2e classe*, MM. Guerchet, Pierre, Huot et Jacquin.

ACTES DES FACULTÉS DE MÉDECINE

Thèses du 23 au 28 février 1891.

Mercredi 25. — M. Lefebvre. Des déformations ostéo-articulaires consécutives à des maladies de l'appareil pleuro-pulmonaire. — M. Burnet. Contribution à l'étude de l'hystérie infantile (son existence au-dessous de l'âge de cinq ans). — M. Vilpelle. De la conduite à tenir dans le cas de dystocie due aux épaules. — M. Delcroix. Etude sur la rupture centrale du périnée en accouchements.

Jeudi 26. — M. Rouairoux. De la rhinotomie médiane comme opération préliminaire pour aller à la recherche des tumeurs siégeant dans la cavité naso-pharyngienne. — M. Florant. Des manifestations délirantes de l'urémie. Folie brightique. — M. Martinez. Du diagnostic et du traitement des appendicites. — M. Lefevre (Eugène). Les nouveaux traitements opératoires du prolapsus du rectum.

Hôtel-Dieu. — M. Chaffard, chef de clinique ophthalmologique, commencera un cours d'optique physiologique le vendredi 20 février 1891, à 5 heures (Amphithéâtre Dupuytren), et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

VARIÉTÉS

Société protectrice de l'enfance. — L'assemblée générale aura lieu le dimanche 22 janvier 1891, à 2 heures précises, dans le grand amphithéâtre de la Sorbonne, sous la présidence de M. Jules Simon, sénateur.

Un concours pour une place d'accoucheur du Bureau central s'ouvrira le lundi 11 mai. Inscription à l'Assistance publique du 13 au 27 avril (inclus), tous les jours, de midi à trois heures.

Les Merveilles du spiritisme. — On lit dans le *Temps* (15 fév., p. 2, col. 5): «M. Encausse, chef de clinique à la Charité, et qui se nomme Papus chez les mages, a écrit un livre pour établir que toutes les inventions modernes, même le télégraphe, le téléphone et le phonographe, étaient connues des anciens. » Ces lignes si instructives sont signées par M. A. France, qui, avec le scepticime aimable dont il est coutumier, reste un peu incrédule devant ces assertions. Nous lui ferons seulement remarquer que sa hiérarchie médicale n'est pas d'une exactitude absolue. Mais il n'en faut pas vouloir aux littérateurs pour qui tout roupiou, stagiaire ou externe est immédiatement bombardé interne ou chef de clinique.

Barnum de la lymphe de Koch. — Le remède de Koch aurait-il guéri quelqu'un? Il paraît qu'un des phthisiques de l'hôpital Bellevue qui a été traité par les injections de Koch a été guéri. Il se montre maintenant au « Rowery Museum » comme « le premier Américain guéri par lymphe de Koch. » (*Med. Record*, 31 janv. 1891, p. 143). L'idée de promener ainsi le premier Américain guéri par la méthode de Koch n'a-t-elle pas été suggérée par le titre donné à une observation de M. Malcolm Morris, On pouvait en effet lire dans le *British medical Journal* du 22 novembre 1890, un fait consigné sous cette rubrique mirobolante : « The first english case (*Le 1er cas anglais* !!) of lupus treated by Koch's method. » Pourquoi tant d'honneur à ce malheureux lupique? Est-ce parce que, *a priori*, les sujets de Sa Majesté Britannique peuvent être soupçonnés de ne pas réagir comme les autres humains? Ou bien est-ce parceque les sujets en question n'auraient pas voulu se décider à se laisser inoculer si le professeur Koch et le professeur v. Bergmann — il faut vous dire que M. Morris a accompagné ledit malade à Berlin pour le confier aux soins de v. Bergmann — n'avaient eux-mêmes eu le périlleux honneur d'injecter les premiers dans un organisme anglais cette fameuse lymphe? En tout cas, Morell Mackenzie a dû être bien confus de voir un tel honneur échoir à un homme qu'il déclarait aussi maladroit que le professeur v. Bergmann.

Au premier Américain guéri et au premier anglais traité par la méthode de Koch, on peut souhaiter autant de profit et de notoriété qu'au fameux Otto Schwalm, auquel son hémiatrophie faciale a valu une réputation universelle et des séjours rémunérés dans nombre d'hôpitaux d'Europe. Chacun tire son profit d'où il peut :

Prix de la Société de chirurgie pour 1891. Les sujets proposés sont :

1° *Prix Laborie* : Des opérations qui se pratiquent sur le squelette du pied pour la cure du pied-bot congénital.

2° *Prix Demarquay* : Traitement chirurgical des calculs biliaires.

3° *Prix Gerdy* : Cure radicale des hernies ombilicales.

Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux. (*Prix J. Dubreuilh et Fauré.*) — Les prix J. Dubreuilh et Fauré devant être décernés en 1892, la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux, a choisi les questions suivantes:

Prix Dubreuilh (400 fr.). — Traitement des accidents septicémiques de l'accouchement et des suites de couches.

Prix Fauré (300 fr.). — Des différents moyens de garantir du froid les classes pauvres et de prévenir les accidents causés par le froid.

Les mémoires, écrits très lisiblement en français, doivent être adressés, *francs de port*, à M. G., sous-secrétaire général de la Société, 53, rue des Trois Conils, jusqu'au 20 février 1892, limite de rigueur. Les membres associés résidants de la Société ne peuvent pas concourir. Les concurrents sont tenus de ne point se faire connaître; chaque mémoire doit être désigné par une épigraphe qui sera répétée sur un billet cacheté, contenant le nom, l'adresse du concurrent ou celle de son correspondant. Si ces conditions ne sont pas remplies, les ouvrages seront exclus du concours.

Laryngologie. — Le Dr Luc commencera, à sa clinique particulière, 15, rue Malebranche, le samedi 2 mai, à 4 heures moins le quart, un cours théorique et pratique sur les *maladies du larynx, des fosses nasales et des oreilles*, et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure. Le cours complet comprendra 24 leçons. On peut s'inscrire à la clinique de la rue Malebranche, le mardi, le jeudi ou le samedi à 5 heures.

THÉRAPEUTIQUE DERMATOLOGIQUE

La méthode de Koch à l'hôpital Saint-Louis.

A la dernière séance de la Société de dermatologie, MM. Ernest Besnier et Hallopeau ont rendu compte des essais de traitement de la tuberculose tégumentaire et du lupus vulgaire en particulier, faits dans leur service au moyen des injections de lymphe de Koch.

Ces communications offrent une importance capitale, en raison de l'autorité de leurs auteurs et des conditions dans lesquelles se sont poursuivies les recherches, sous la direction et le contrôle permanent de tous les médecins de l'hôpital Saint-Louis réunis en Commission d'études, c'est-à-dire sous les yeux de médecins exceptionnellement compétents sur ce point délicat de la thérapeutique du lupus vulgaire. Ne pouvant reproduire dans leur intégrité ces documents, nous en extrayons les passages qui ont trait aux dangers et aux résultats de la méthode.

M. Ernest Besnier. — Avant de formuler notre jugement, nous avons voulu mûrement peser toutes choses, et il nous a paru équitable d'accorder le bénéfice du temps à l'observation des malades chez lesquels les résultats du traitement semblaient être nuls ou douteux. Ce délai était encore plus nécessaire pour apprécier exactement la valeur des améliorations obtenues, non pas à titre définitif, mais à titre provisoire; car parler de la guérison proprement dite des tuberculoses tégumentaires après quelques semaines ou même après quelques mois d'une médication quelconque, ne serait pas tenir un langage scientifique, ni faire preuve d'une connaissance approfondie de la nature et de la marche de ces maladies.

Pendant ce temps, d'ailleurs, l'heure est devenue propice, le calme est revenu dans les esprits; nous savons maintenant ce que nous avons inoculé à nos malades, et déjà nous ne sommes plus astreints à récriminer sur les conditions fâcheuses, sans précédent dans les annales de la science, au milieu desquelles la médication nouvelle a été annoncée au monde savant.

Nous n'avons plus qu'à regretter pour la gloire, jusque-là indiscutée, de l'auteur de la méthode, qu'il n'ait pas exposé d'une manière plus claire et plus démonstrative ses expérimentations sur les animaux, qu'il en ait fait à l'homme une application prématurée, ou au moins qu'il ne se soit pas préoccupé davantage des dangers du remède, et qu'il n'en ait pas mieux fixé la posologie, ou enfin qu'il n'ait pas fourni d'observations cliniques dignes de ce nom.

Le nombre des malades inoculés après avoir été examinés par la commission est de cinquante; j'en laisserai douze de côté, soit qu'ils aient été inoculés pour la lèpre, par exemple, comme vous le dira tout à l'heure M. Hallopeau, soit que leur traitement ait été interrompu, ou commencé depuis trop peu de temps pour pouvoir entrer en ligne de compte. J'ai seulement retenu trente-huit observations assez précises et assez rigoureusement faites pour servir d'éléments de jugement. Chacune d'elles présente cette garantie particulière que le diagnostic des lésions a été établi par une commission compétente qui a suivi avec la plus scrupuleuse attention les phases et les incidents du traitement pendant quelques semaines à sa suite.

Ce que nulle lecture ne saurait faire bien comprendre, ce que je m'étonne de voir dans tant de publications exposer d'un cœur léger, ce sont les souffrances cruelles et inutiles que beaucoup de nos malades ont éprouvées. Ceux qui ont pénétré dans nos salles, un jour d'inoculation en série, six à huit heures après l'injection, quand le traitement, récemment commencé, ne portait pas sur des sujets déjà arrivés à la période de tolérance, n'oublieront jamais ce spectacle; et s'il est un médecin qui, ayant soumis, lui-même, ses malades à ces épreuves douloureuses, a contemplé tout cela sans une émotion profonde, j'admire son courage sans partager sa résignation.

C'est pour nous un grand soulagement de conscience de pouvoir nous dire qu'aucun de nos cinquante inoculés n'a succombé; les soins dont ils ont été entourés, la surveillance incessante qui a été exercée par nos admirables religieuses, par nos élèves et par nos gens de service, ont seuls assuré ce résultat; car, nous avons aussi le devoir de le dire, malgré l'attention extrême que nous avons apportée à suivre les indications de chaque cas particulier, à espacer les inoculations, à n'administrer que de faibles doses, plusieurs de nos malades ont été en péril de mort, et quelques-uns conservent, aujourd'hui encore, des preuves matérielles trop manifestes de l'action redoutable du remède.

Deux faits dominent l'histoire thérapeutique de la lymphe tuberculeuse appliquée aux tuberculoses tégumentaires. D'une part, l'insuffisance (trop certaine en dépit de ce que l'on a pu dire ou de ce que l'on dira encore) de l'action locale; sa diminution progressive au cours des inoculations, malgré l'élévation des doses; enfin sa cessation plus ou moins rapide, mais inévitable D'autre part, l'intensité des phénomènes généraux, la gravité de l'atteinte portée à la vitalité chez quelques malades, les localisations graves sur les viscères en général et sur le système circulatoire en particulier, enfin le péril de mort, même avec des doses faibles, et à la première inoculation aussi bien que dans la série.

L'action locale, la localisation élective, ce que l'on a appelé la réaction locale, mérite d'être examinée de près; elle n'est pas, à mon sens, ce que l'on paraît généralement croire, c'est-à-dire produite par l'action de la toxine tuberculeuse.

Celle-ci, en effet, à une dose aussi élevée qu'on le voudra, ne détruit jamais le bacille dans quelque milieu que ce soit; elle n'est, en aucune manière, parasiticide, bacillicide. Elle n'est pas davantage apte à stériliser les tissus dans lesquels il végète, à quelque dose qu'on l'y introduise. Injectée au niveau même d'une plaque de lupus, elle ne l'actionne pas davantage qu'elle n'irrite la peau voisine et saine, le tissu cellulaire, ou le muscle dans lesquels on l'introduit.

Non seulement l'injection localisée n'a pas d'effet local ni suspensif stérilisant, mais encore elle est peut-être de nature à favoriser le processus tuberculeux. Sur un petit malade qui porte dans le tableau synoptique le numéro 12 et qui est couché au numéro 17 de la salle Devergie, une plaque de lupus au niveau de laquelle a été pratiquée une injection est, de toutes celles qu'il porte, la plus floride aujourd'hui, quelques semaines après l'inoculation.

Ce que l'observation clinique montre sûrement, c'est la production d'une irritation locale de nature exsudative avec tendance secondaire à l'atrophie, à la cicatrisation dans les jours qui suivent la chute du processus, mais tendance éphémère qui ne tarde pas à faire place à une révivification des nodules tuberculeux, probablement plus active qu'auparavant.

Non seulement nous avons retrouvé chez nos inoculés tous les tubercules qu'ils avaient auparavant, mais une série de nouveaux qui ont évolué pendant les inoculations, et qui se multiplient, celles-ci cessées, à la faveur du renouveau que leur cessation a apporté dans l'économie entière.

Si encore l'inoculation ne produisait rien autre qu'une action locale sur les tissus tuberculeux, l'on pourrait admettre, sans comprendre pourquoi, qu'elle s'accumule en entier dans les tissus tuberculeux, et non dans tous les néoplasmes. Mais il n'en est rien; avant l'irritation du lupus, ou en même temps qu'elle, et quelquefois sans elle, on voit apparaître dans les mêmes délais les altérations vitales plus variées, la fièvre, l'hyperthermie, les lésions du sang, leucocytose, diminution des hématies, de l'hémoglobine, etc., les éruptions cutanées, les endocardites, la congestion des poumons, de la rate, des reins, l'hématurie, l'albuminurie, les arthropathies, et les mille névrodynies cruelles qui éclatent sur un grand nombre de points qui ne sont certainement pas tuberculisés, et même sur des organes en simple congestion physiologique, tels que les ovaires chez les femmes inoculées pendant la période menstruelle à peine commencée, ou à sa terminaison.

Ce qu'il importe de constater, c'est que la localisation de la fièvre éphémère de Koch sur les tissus tuberculisés, très variable en forme et en intensité, est généralement, sur les lupus cicatriciels ou fermés, du type érythémateux, érythémato-squameux, érysipélatoïde, ressemblant alors, à ne pas pouvoir l'en distinguer, aux poussées de lymphodermite à répétition qui se produisent si fréquemment, sans raison connue, au niveau de toutes les tuberculoses cutanées. Sur les lupus ouverts, la réaction est plus manifeste et elle s'ac-

compagne de suintement séreux, de formation de croûtes, de gonflement œdémateux; il est exceptionnel que pareille chose se produise sur un lupus fermé.

Sur tous les lupus, et surtout sur les lupus ouverts, la réaction locale peut être intense, mais jamais il ne nous a été donné de l'observer sur aucun de nos inoculés, ayant atteint le degré de violence signalé par quelques observateurs, et produisant des nécroses et des pertes de substance considérables. C'est là un fait de constatation sur lequel il n'y a pas à discuter, et dont la mise au point se fera nécessairement un peu plus tard.

Dans tous les cas, quelle qu'ait été l'intensité de l'action locale, ce n'est jamais qu'un orage; peu de jours ont suffi pour en amener l'extinction, sauf dans les cas où l'inoculation a déterminé, dans les ganglions ou les tissus périarticulaires, des phlegmons dont l'évolution suit le cours ordinaire.

L'orage apaisé, ce que l'on constate, c'est une réduction plus ou moins accentuée de la masse pathologique, une diminution dans la vascularité des tissus périturberculeux, de l'atmosphère des tubercules proprement dits, puis un certain aplanissement des surfaces, quelquefois une tendance cicatricielle manifeste, mais extraordinaire seulement pour ceux qui n'ont pas observé longtemps et attentivement le processus lupique normal. Quoi qu'il en soit, ces phénomènes d'inhibition périlupique, d'affaissement, de réduction, d'appauvrissement, sont acquis; ils sont très remarquables chez quelques malades, mais ils peuvent se produire à l'extrême sans que le tubercule lui-même soit détruit.

Sur les muqueuses buccale, pharyngée et laryngée, mêmes phénomènes, d'ordinaire moins accentués; congestions, tuméfactions, puis réduction relative. Mais, ici comme là, le plus ordinairement, l'état antérieur ne tarde pas à se rétablir, et il est évident qu'aucune action profonde n'a été effectuée. En vain les inoculations sont-elles réitérées, et l'action inhibitoire de chaque localisation est-elle accumulée, celle-ci s'atténue rapidement alors même qu'elle a été très active, puis cesse complètement, laissant les lésions dans l'état antérieur, exceptionnellement plus accentuées, quelquefois réellement atténuées; mais dans aucune de nos observations l'amélioration n'a été assez éclatante pour être considérée comme une guérison, même temporaire. Parmi ceux de nos malades atteints de lupus ulcéreux, qui ont le mieux bénéficié du traitement, et dont mon savant collègue et ami M. Hallopeau va vous parler dans un instant, il n'en est pas un seul de guéri; et le peu de jours qui se sont écoulés depuis la fin des inoculations ou l'établissement de la tolérance suffit pour témoigner que l'amélioration produite n'est que temporaire.

Bien que nous ayons systématiquement eu recours aux petites doses, et que nous ayons écarté les inoculations, nous sommes arrivés dans la plupart des cas à épuiser l'action locale sur les tuberculomes. En vain d'autres ont-ils essayé d'élever les doses et de précipiter les injections, le même phénomène se produit; la tolérance s'établit, par malheur, avant la guérison. Le malade de la clinique de von Bergmann, qui à la dixième injection faite avec 8 centigrammes ne réagissait plus et avait encore des nodules lupiques, n'est pas plus guéri que ceux de nos malades qui ne réagissent plus à la cinquième ou à la sixième injection, bien que nous n'ayons jamais injecté plus de 8 milligrammes à la fois, le plus habituellement une dose beaucoup moindre. Cependant, a-t-on dit, cette tolérance n'est peut-être que momentanée, et il n'est pas impossible que dans quelques semaines le cycle puisse être recommencé. Mais alors, et surtout si le délai se prolongeait, nous ne serions pas dans de meilleures conditions qu'au début, car de nouveaux tubercules auraient reparu, et cela d'autant plus rapidement que l'état général se serait relevé. C'est une impasse.

En résumé, au cours de la fièvre d'inoculation, il se produit dans les néoplasmes tuberculeux, ainsi que dans leur atmosphère immédiate, une irritation de type et de degré variables, mais dont la meilleure représentation est donnée par les poussées érysipélatoïdes spontanées, si communes dans le lupus vulgaire. Dans aucun cas, même dans les plus intenses, cette irritation n'a atteint le degré ni la durée de l'érysipèle vrai. A la suite de ces phlegmasies éphémères, mais réitérées dans un court espace de temps, on voit se produire, comme à la suite des poussées érysipélatoïdes, des affaissements plus ou moins accentués, des ébauches de cicatrisation, ou même des cicatrisations, un processus de résolution dans l'atmosphère congestive du lupus; mais les tubercules proprement dits, les éléments essentiels et spécifiques de la maladie, restent stationnaires, et même augmentent et se multiplient comme s'il ne s'était rien passé.

Quelques auteurs ont comparé l'action locale de la fièvre de Koch sur le lupus à celle que produit un érysipèle intercurrent envahissant le territoire du lupus; cette comparaison n'est pas fondée. Même dans les cas où elle est le plus intense, la réaction locale de la fièvre phlegmasique n'atteint jamais les proportions ni ne revêt les caractères de l'érysipèle vrai, ni dans la forme ni dans la durée. L'érysipèle vrai, lorsqu'il atteint le lupus, ce qui est toujours rare et ce qui le devient plus encore dans les conditions nosocomiales nouvelles si heureusement faites par l'asepsie chirurgicale et la séparation des malades atteints d'érysipèle, l'érysipèle vrai, en une seule atteinte, met le lupus dans un état de guérison apparente plus avancée qu'elle ne l'est chez aucun de nos cinquante inoculés. Mais même à la suite de l'érysipèle vrai, comme après les érysipélatoïdes de tout ordre, la repullulation est la règle à laquelle je n'ai jamais trouvé d'exception.

Il serait superflu, je pense, d'insister davantage; je crois avoir jusqu'à satiété reproduit sous toutes les formes l'expression de cette constatation que, sous l'action de la fièvre d'inoculation, le lupus subit parfois une action inhibitoire ou suspensive due aux modifications circulatoires et vasculaires qui s'opèrent dans les néoplasmes tuberculeux, mais que ces modifications favorables sont incomplètes, insuffisantes, quelque dose du médicament que l'on emploie et quelque réitérées que soient les inoculations.

Sur aucun de nos inoculés, nous n'avons obtenu un résultat supérieur ni même égal à celui que nous aurions réalisé par nos moyens ordinaires de traitement dans les mêmes délais. A la vérité, la plupart de ces moyens ont l'inconvénient grave d'être douloureux, mais ces douleurs, même en supposant que nous ne sachions pas les atténuer, sont certainement une bien petite chose à côté des effets et des douleurs de la fièvre de Koch. Voyez, comme exemple, la malade qui est couchée salle Alibert, au n° 7, atteinte de lupus du centre de la face, de gommes multiples des membres, et de coxalgie. La commission a trouvé sa situation trop critique et trop compromise pour la soumettre aux inoculations. Or, depuis le 26 janvier seulement, le lupus et les gommes ont été soumis au traitement topique et mécanique; les gommes sont très avancées en cicatrisation; l'état général est entièrement relevé, et aucun de nos lupus inoculés n'est aussi avancé en guérison que celui-là.

Dès à présent, les chirurgiens comme les dermatologistes reconnaissent que le secours de la chirurgie est nécessaire, ou mieux que l'inoculation des toxines tuberculeuses n'a son action pleine qu'à la condition d'avoir été précédée par l'emploi des autres moyens de traitement.

En effet, si l'on rugine le lupus, qu'on le traite par la cautérisation ignée ou par les cautérisations, ou encore qu'on mette sa surface à nu en irritant sa masse entière par la vésication, l'application d'un emplâtre pyrogallique, résorciné et créosoté, comme nous le faisons, on obtiendra même avec de petites doses des actions locales infiniment supérieures en intensité et en résultat curatif aux injections simples de lymphe tuberculeuse.

Mais je ne veux pas abuser de votre attention bienveillante, et je conclus :

Dans les tuberculoses tégumentaires en général, et en particulier dans toutes les espèces, formes et variétés de la tuberculose lupique, l'inoculation de l'extrait glycériné des cultures sèches et pures du bacille de Koch produit une action locale dont l'effet le plus prochain est une réduction de masse, une atténuation des tissus tuberculisés.

Très notable dans toutes les formes ouvertes du lupus de Willan, elle diminue dans les variétés fermées, elle s'abaisse encore dans les formes sèches, scléreuses, fibreuses; elle atteint son minimum dans le lupus de Cazenave, dont toutes les variétés sans exception sont sèches et fermées.

Dans toutes ces formes, elle peut être considérablement accrue par l'emploi simultané de tous les procédés thérapeutiques, qui mettent le lupus à ciel ouvert ou qui l'irritent profondément.

Sous le rapport curatif, cette action du remède, même répétée jusqu'à tolérance, est insuffisante pour amener la guérison dans l'immense majorité des cas; elle n'est ni supérieure, ni même égale, dans ses résultats, aux procédés de traitement ordinaires dont nous disposons actuellement (1).

Mais, dans tous les cas sans exception, quelque faible que soit la dose de toxine injectée, l'action locale ne peut être obtenue sans produire une fièvre éphémère, mais d'intensité impossible à prévoir et qui, même avec les petites doses, même à la première injection, peut causer la mort du malade.

Dans les cas même où le danger n'atteint pas ces limites, le malade est toujours exposé à des accidents graves et prolongés ou définitifs, particulièrement du côté du système circulatoire, du cœur, du cerveau et des reins, et à la mise en action funeste de foyers tuberculeux jusque-là latents et qui auraient pu rester latents si l'inoculation n'avait pas été pratiquée.

Dans ces conditions, je ne me considère pas comme autorisé à continuer une expérimentation dont j'ai accepté la pleine responsabilité jusqu'à démonstration. Mais, aujourd'hui, ma conviction est établie; je ne crois plus que le médecin soit autorisé à inoculer à l'homme les extraits des toxines de la tuberculose, et je ne pratiquerai plus d'inoculations. En agissant ainsi, je crois simplement me conformer aux traditions d'humanité et de respect de la vie humaine qui sont une des gloires les plus pures de la médecine française.

M. Hallopeau, après avoir exposé les irrégularités de la réaction locale, et avoir cité un cas dans lequel une endocardite produite dans le cours du traitement a laissé à sa suite une insuffisance aortique et une insuffisance mitrale, continue ainsi :

Instruits par nos expériences personnelles et par celles de nos collègues, nous sommes arrivés à ne plus produire que des réactions modérées, en prenant pour dose initiale, suivant les cas, un demi-millième ou un quart de millième et en n'élevant ultérieurement la dose que si la température n'atteint pas 39°.

Mais *la médication, même ainsi restreinte, est-elle inoffensive? Malheureusement non;* c'est avec elle que nous avons vu se produire chez deux de nos malades des suppurations assez abondantes pour mettre en péril leur existence et les rendre cachectiques; chez d'autres, l'arhythmie cardiaque; chez d'autres, un état d'anémie profonde, donnant lieu encore aujourd'hui, seize jours après la cessation du traitement, à des bruits de souffle intense à la pointe et à la base du cœur, aussi bien que dans les vaisseaux du cou.

Ces injections si dangereuses sont-elles du moins efficaces? Une violente réaction locale liée elle-même à une violente réaction générale paraît être la condition prochaine des résultats merveilleux obtenus en Allemagne; nous ne les avons vus se produire que chez notre premier malade, Jules Gr...; son lupus de la face, ulcéreux et végétant, traité en vain depuis quatre ans, d'abord par M. Lailler, puis par nous, par de profondes cautérisations avec le thermo-cautère, s'est très notablement affaissé après la première injection; bientôt, sous l'influence de nouvelles injections, sa surface est devenue presque complètement lisse en même temps que les ulcérations se cicatrisaient dans la plus grande partie de leur étendue; mais la guérison est loin d'être complète; on distingue encore de nombreux tubercules intra-dermiques; il reste des parties ulcérées; les dernières injections n'ont plus produit qu'une très faible réaction générale et locale et déjà la plaque lupique recommence à végéter.

L'emploi de la lymphe de Koch, à doses modérées, produit souvent une notable amélioration; les tubercules s'affaissent et pâlissent, les ulcérations se cicatrisent partiellement, les orifices fistuleux se ferment, mais il y a loin de là à la guérison; au bout d'un certain temps, la tolérance s'établit et les malades ne réagissent plus; le lupus présente une nouvelle période d'activité.

(1) De cette appréciation de M. Besnier nous rapprocherons celle que Unna a émise dès le 16 décembre à la Société médicale de Hambourg. Ce dermatologiste distingué présentait à cette date des malades montrant que les anciennes méthodes de traitement donnaient des résultats satisfaisants dans bien des cas, pour bien établir le bilan de ces méthodes avant d'employer le remède de Koch.

Les lupus ulcérés ne paraissent pas être plus favorablement modifiés par le traitement que les autres; le nommé Armand G... a reçu, du 17 décembre au 22 janvier, 7 injections : la dernière était de 4 millièmes et demi; les ulcérations lupiques qu'il présentait aux narines ont persisté et, depuis que le traitement a été interompu, elles se sont étendues dans des proportions considérables, comme si la maladie avait pris une nouvelle activité.

L'amélioration la plus notable s'est produite chez une de nos anciennes malades qui a été traitée à l'hôpital Laënnec, par M. le professeur Straus; ce lupus avait été antérieurement très favorablement modifié par un traitement prolongé avec le thermo-cautère; il restait néanmoins plusieurs tubercules lupiques sur les ailes du nez; ils n'étaient pas ulcérés; actuellement, ces tubercules ne laissent plus guère de trace apparente; il y a cependant, sur la cloison, un petit nodule nettement appréciable à la vue et au toucher; il semble néanmoins, au premier abord, que ce soit là un cas de guérison presque complète; mais ce n'est là qu'une apparence; il subsiste, en effet, chez cette malade, une lésion lupique en activité; l'examen des fosses nasales révèle, du côté gauche, sur la portion antéro-inférieure de la cloison cartilagineuse, une ulcération lupique qui a persisté malgré le traitement par la lymphe; cette malade ne peut donc nullement être considérée comme guérie.

Il résulte de ces faits que nos conclusions relatives à l'emploi de la lymphe de Koch dans le traitement des tuberculoses locales doivent être nécessairement presque complètement négatives; les dangers qu'il fait courir aux malades, alors même qu'on y a recours avec la plus grande prudence, comme nous l'avons fait à Saint-Louis, nous paraissent hors de proportion avec les services qu'il peut rendre; nous nous abstiendrons, pour le moment, de continuer cette médication; les seuls cas dans lesquels le traitement par cette lymphe nous paraîtra justifié seront ceux dans lesquels le malade, atteint d'un lupus rebelle à tout traitement, consentira sciemment et volontairement à courir le risque de graves complications pour obtenir une amélioration.

Si donc la découverte de Koch permet d'étudier plus complétement l'action de ces produits de culture, dont l'intervention dans la genèse des phénomènes infectieux avait déjà été établie scientifiquement, sa valeur thérapeutique est des plus restreintes; nous ne croyons pas que, dans les conditions actuelles, la nouvelle lymphe doive être utilisée dans la pratique courante et nous nous refusons, pour notre part, sauf dans les cas très exceptionnels que nous avons indiqués, à l'employer comme médicament, à moins que, contrairement à toute prévision, l'on ne parvienne à obtenir son action bienfaisante en évitant son action nocive.

REVUE DES JOURNAUX

Prurigo (Observations on prurigo, clinical and pathological), par Taylor et van Gieson (*New-York medic. Journ.*, 3 janvier 1891, p. 1). — Le point intéressant de cet article est l'examen histologique pratiqué dans un cas de prurigo : les lésions consistaient en une inflammation chronique du derme avec formation de kystes intra-épidermiques et dégénérescence des cellules épidermiques. Cet examen vient à l'appui de ceux de Leloir et Tavernier et ses détails montrent que l'affection ne peut, malgré l'opinion de quelques dermatologistes, porter le nom de lichen (lichen agrius polymorphe de M. E. Vidal), mais doit être désignée sous le nom de prurigo (prurigo de Hebra, suivant la dénomination proposée par M. E. Besnier).

Rétrécissement traumatique de l'intestin (A case of intestinal anastomosis with cartilage plates, for traumatic stricture of the ileum; recovery), par Stamm (*Medical News*, 10 janvier 1891, p. 38). — Un garçon de 7 ans tomba sous un véhicule chargé de sable; une des roues lui passa sur le ventre au-dessous de l'ombilic. Il présenta une paraplégie qui guérit très rapidement. Mais un peu plus tard s'établit graduellement une obstruction intestinale pour laquelle on dut faire une opération. Une incision longue de 3 pouces au-

dessous de l'ombilic fut donc pratiquée. A 10 pouces environ au-dessus de son abouchement avec le cæcum on trouva sur l'intestin grêle une sténose à peine capable d'admettre un crayon mince. L'auteur se décida alors non pas à faire une résection, mais à anastomoser entre elles les 2 anses intestinales entre lesquelles était le rétrécissement. Après avoir fait des incisions de 3/4 de pouce dans l'anse afférente et dans l'anse efférente, l'auteur introduisit des plaques munies de fils noirs et blancs suivant sa méthode exposée l'an dernier (*Medical News*, 1er février 1890). Guérison excessivement rapide. Les plaques dont se sert l'auteur sont cartilagineuses; on se les procure en les coupant aux dépens de l'angle inférieur de l'omoplate de jeunes bestiaux et on les conserve dans des solutions salées.

Recherches expérimentales sur la formation des adhérences après la laparotomie (Experimentelle Untersuchungen über die Entstehung von Adhæsionen in der Bauchhœhle nach Laparotomien), par H. Thomson (Dorpat). (*Centralb. f. Gynækol.*, 1891, n° 5, p. 105). — Croyant pouvoir attribuer la formation des adhérences à l'infection, Thomson s'est entouré de toutes les conditions d'asepsie désirables et d'antisepsie dans ses expériences sur des chiens, lapins et chats. Deux expériences ont été faites dans une petite cabine construite *ad hoc*, où l'air était parfaitement stérile, et néanmoins a toujours vu des adhérences se former entre la plaie et le péritoine ou l'intestin.

Voici les conclusions de ce travail :

1° Les adhérences entre l'épiploon et la plaie, dans la laparotomie, se forment presque toujours quand même l'infection n'a pas eu lieu. Une suture exacte garantit le mieux contre la formation des adhérences étendues;

2° Les pertes de substance superficielles du péritoine guérissent sans accidents;

3° L'épiploon doit être mis, autant que possible, derrière la paroi abdominale avant la suture de la plaie, afin d'éviter la formation des adhérences entre les anses;

4° Une péritonite septique par pénétration d'air est possible dans les laparotomies;

5° Les corps étrangers stériles peu irritants provoquent la formation des adhérences dans le péritoine.

Trepanation pour épilepsie corticale (Epilessia corticali; trapanazione del cranio conservando il periosto nei suoi rapporti normali con l'osso; ricollocamento in sito del disco osseo trapanato; guarigione), par A. Caselli (*La Riforma medica*, 27 janvier 1891, p. 246). — Accès convulsifs survenus à l'âge de 7 ans, à la suite d'un traumatisme de la région pariétale droite, et se répétant tous les huit jours jusqu'à l'âge de 17 ans, avec phénomènes de dégénérescence morale. Une couronne de trépan de 4 centimètres est placée à l'union du tiers moyen et du tiers inférieur de la ligne pariétale, le périoste est enlevé en même temps que le disque osseux; l'os présente à sa face interne une fissure due à une fracture ancienne et deux saillies qui se prolongent sur le pied de la frontale ascendante; on enlève, au moyen de la pince d'Hoffmann, onze petits fragments osseux, de façon à arriver à la portion normale du crâne, puis on réapplique à sa place antérieure le disque trépané qui avait été régularisé et maintenu dans une solution chaude de sublimé au millième; les pulsations qui se produisirent à son niveau pendant quelques jours, disparurent ensuite; au bout d'un mois, le malade n'avait pas eu d'attaque convulsive.

Diphthérie et gangrène, par Girode (*Revue de Médecine*, janvier 1891, p. 61). — A propos de deux intéressantes observations dans l'une desquelles une angine diphthérique fut suivie de gangrène du pharynx, arrivant jusqu'au voisinage de la carotide interne, tandis que dans l'autre, une plaque de gangrène du mollet se compliqua de diphthérisation secondaire de la lésion et de paralysie diphthérique, Girode reprend l'étude des rapports de la diphthérie et de la gangrène; il insiste sur l'exagération de la doctrine de Bretonneau, qui séparait absolument les deux affections et montre qu'elles ont, au contraire, d'étroites affinités. Le microbe de Lœffler peut, à lui seul, déterminer des lésions destructives des muqueuses; de plus, il prépare la voie aux organismes contenus dans les voies respiratoires et digestives, et susceptibles de produire la gangrène; ceux-ci venant infecter secondairement les surfaces diphthérisées, y déterminent des lésions de gangrène; on doit s'étonner, non pas que la gangrène puisse se développer consécutivement à la diphthérie, mais bien qu'elle ne soit pas plus fréquente dans ces conditions.

FORMULAIRE THÉRAPEUTIQUE

Dans sa thèse sur la thérapeutique intra-utérine antiseptique, M. Couturier donne les formules suivantes pour le pansement intra-utérin.

Naphthol.

Mélange :

Naphthol β	5 grammes.
Camphre	15 —

Solution :

Naphthol β	8 grammes.
Alcool à 90°	300 —

2 à 5 cuillerées à soupe dans 5 litres d'eau à 40-45° pour injections.

(Budin.)

Vaseline naphtholée.

Naphthol	2,4 grammes.
Vaseline	50 —

(Dujardin-Beaumetz).

Sublimé.

Solution :

Eau	2.000 grammes.
Bichlorure de mercure	1 —
Alcool	10 —
Acide tartrique	5 —

(Péraire).

Injections vaginales.

Solution analogue à 0 gr. 25 pour 1 litre d'eau. (Budin.)

Crayons :

Sublimé	0,50 centigr.
Poudre de talc	25 grammes.
Gomme adragante	1 gr. 50 c.
Eau	āā Q. S.
Glycérine	āā Q. S.

(Péraire).

Solution :

Ether sulfurique	100 grammes.
Bichlorure de mercure	1 —

Pour la conservation des tentes aseptiques.

(Péraire).

Salol.

Crayons suivant formules analogues à celles données pour le sublimé et l'iodoforme.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 17 février 1891.

Présidence de M. Tarnier.

Vaccination obligatoire.

M. Hervieux. — Les faits rapportés mardi dernier par M. le Dr Créquy, à propos de la revaccination des employés des chemins de fer de l'Est, montrent que les revaccinations secondées par l'obligation ont été toutes-puissantes et, d'autre part, l'isolement n'a été pour rien dans les résultats obtenus.

M. Léon Le Fort. — A Sheffield, l'enquête faite par le Dr Barry sur l'épidémie de variole en 1887 établit que sur 18,020 vaccinés il y eut 4,151 varioleux et 552 sur les 736 non vaccinés; les vaccinés furent donc malades dans la proportion d'un quart et les non-vaccinés des trois quarts. De plus, les revaccinés, surtout si la revaccination était récente, ont été rendus aussi réfractaires à la variole que s'ils avaient déjà eu la maladie.

Il est impossible, lorsqu'on étudie toutes les épidémies de variole, de ne pas chercher, comme je l'ai fait, à propager la vaccination et la revaccination. Aussi, loin d'être l'ennemi de la vaccine, je me plains au contraire de ce que le service vaccinal soit si mal organisé en France que les personnes habitant les petites villes et les villages ne puissent faire vacciner leurs enfants facilement et gratuitement.

Avec de telles opinions je dois paraître à mes collègues manquer absolument de logique lorsque je repousse la vaccination obligatoire par une loi. Mais il ne voient pas que, pour porter une atteinte aussi grave à la liberté individuelle, il faudrait démontrer que la vaccination est capable de supprimer les épidémies de variole et qu'il n'y a pas d'autre moyen d'arriver à ce résultat désirable. Or, la vaccination, aussi généralisée qu'on la suppose, est incapable de supprimer les épidémies et pour prévenir celles-ci, l'isolement des premiers varioleux est un moyen beaucoup plus puissant que la vaccine. En effet, dans tous les pays où la vaccination est obligatoire, l'isolement et la désinfection sont aussi pratiqués, si bien que l'on ne peut attribuer à la première seule la diminution de la mortalité par la variole; d'autre part, dans ces pays eux-mêmes, lorsque survient une épidémie, on ne tarde pas à s'apercevoir que celle-ci est due à la négligence apporté dans l'application de l'isolement et de la désinfection.

On comprend aisément, d'autre part, que la vaccine obligatoire ne puisse pas empêcher les épidémies. Quelques enfants malades ou trop faibles ne sont pas vaccinés; une partie de la population des villes, sans domicile fixe, échappe à l'obligation vaccinale, et le vacciné varioleux, quoique ayant en général une variole bégnine, donne tout aussi bien que le non-vacciné une petite vérole grave. On l'a bien vu à Sheffield en 1887, où la vaccination est obligatoire : il y eut 7,001 cas de variole dont 5,851 chez des vaccinés et 75 chez des revaccinés; il y eut 653 décès dont 279 chez les vaccinés.

On m'objecte que la variole est par la vaccination une maladie évitable et que d'autres affections contagieuses, telles que la diphthérie, la rougeole, la scarlatine, ne sont que limitables. Mais j'admets volontiers que l'isolement et la désinfection soient rendues légalement obligatoires pour toutes ces maladies et qu'on leur applique la législation que le Code pénal prescrit pour l'isolement des animaux malades.

Nous avons aujourd'hui la vaccination et la revaccination obligatoires de l'armée et des écoles de l'Etat; à quoi bon demander celles des enfants, alors qu'elles sont facultatives pour eux! C'est pour chercher un si mince résultat qu'on ajourne toute réforme du service vaccinal et qu'on risque de compromettre la vaccine. D'ailleurs, la vaccination si nécessaire des adultes se généralise de plus en plus dans l'industrie et les administrations publiques. Ainsi, l'on ne viole pas la liberté individuelle, puisque l'élève peut aller dans d'autres écoles, et l'ouvrier dans des usines où la vaccination n'est pas obligatoire.

Si l'on veut apprécier l'atteinte que les partisans de l'obligation de la vaccine voudraient porter à la liberté, il faut savoir se mettre à la place de celui qui croit, contrairement à toutes les preuves scientifiques, que la vaccine prédispose au cancer ou à la tuberculose. Sans doute le père, moyennant 15 francs d'amende ou cinq jours de prison, pourra éviter à son enfant la vaccination; mais une loi peut punir un acte contraire aux lois, et non le fait d'avoir une opinion contraire à celle de l'Académie.

Si la discussion actuelle a l'inconvénient de montrer que la vaccine n'a pas la puissance qu'on lui attribue, le mal sera bien plus grand lorsque la discussion aura lieu à la Chambre et dans le public. C'est un des graves reproches que j'adresse à la demande incessante d'une loi qui rendrait inutile une bonne organisation du service vaccinal et l'isolement des varioleux.

Comité secret.

En comité secret, l'Académie entend un rapport de M. Féréol sur les candidats dans la division de médecine des correspondants nationaux. La liste de présentations est fixée ainsi qu'il suit : 1° M. de Brun (de Beyrouth); 2° M. Trastour (de Nantes); 3° *ex-æquo* MM. Duché (d'Auxerre) et Niepce (d'Allevard); 4° *exæ-quo* MM. Bouchard (de Bordeaux) et Morvan (de Lannilis).

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 14 *février* 1891

Présidence de M. Ch. Richet

Recherches sur la tuberculose expérimentale

MM. Grancher, H. Martin et Ledoux-Lebard font communiquer par M. Straus les résultats de leurs recherches sur la tuberculose expérimentale. Ils se sont servis d'une culture de tuberculose provenant du laboratoire de M. Roux (la nature de cette tuberculose n'a pas été précisée, et nous ne savons si elle est aviaire ou humaine). Les auteurs ont constaté trois formes différentes.

L'injection intra-veineuse, chez le lapin, de doses massives, allant jusqu'à 1 mmg. le poids sec de cultures, détermine une infection aiguë, type Yersin, qui amène la mort de l'animal en 3 semaines. Il n'existe pas de tubercules dans les organes examinés à l'autopsie, mais simplement une infiltration embryonnaire assez marquée et des phénomènes de diapédèse. Quand on injecte des cultures plus faibles, la mort survient beaucoup plus tard et l'on observe des formes lentes de tuberculose, avec tubercules vrais dans les différents organes et principalement les poumons. On observe, en outre, dans ces cas, une grande tendance aux lésions locales, et principalement aux arthrites tuberculeuses chroniques. Enfin, par l'emploi des cultures atténuées, on obtient des paralysies, d'origine toxique sans doute, et l'on trouve à l'autopsie un gros rein blanc caractéristique.

Action préventive du liquide de Koch sur la tuberculose.

M. Dubief a fait au laboratoire de M. Dujardin-Beaumetz, à l'hôpital Cochin, un certain nombre d'expériences à ce sujet. Le liquide injecté à des cobayes sains ne leur produit pas d'effets marqués. Injecté à des cobayes auxquels on inocule ensuite la tuberculose, injecté simultanément, injecté après l'inoculation tuberculeuse, il ne produit aucun effet curatif sur la marche de la maladie. Les effets de la tuberculose de Koch sur le cobaye ne diffèrent donc pas sensiblement de ceux que l'on a pu constater chez l'homme et n'encourageaient pas à tenter en grand l'expérience. (Voy. *Mercredi*, 1891, n° 6, p. 64).

Les divers facteurs de l'acidité gastrique.

MM. A. Mathieu et A. Remond (de Metz) donnent les conclusions de ce travail.

1° L'acidité organique du suc gastrique est représentée non seulement par des acides organiques libres, mais aussi par des acides combinés. Les acides libres sont seuls enlevés par l'éther.

2° Quand on fait le titrage d'un suc gastrique successivement en présence de la teinture de tournesol et de la phtaléine du phénol, on trouve une acidité plus forte avec la phtaléine qu'avec le tournesol. Cette différence résulte de ce que la peptone est beaucoup plus acide en présence de la phtaléine que du tournesol. Il en est de même de l'albumine acide et de la leucine. Certains acides, en combinaison peut-être avec des substances azotées, agissent de la même façon, de telle sorte qu'on ne peut pas, actuellement tout au moins, estimer la quantité d'albumine dissoute d'après le surplus d'acidité par le tournesol sur l'acidité par la phtaléine.

3° Le chiffre relativement considérable du chlore en combinaison organique que l'on constate par l'ingénieux procédé de MM. Hayem et Winter indique qu'il se fait dans l'estomac un travail chimique d'une réelle importance *quantitative*. Si l'on considère que la plus grande partie de ce chlore combiné doit se trouver en combinaison alcaline; si l'on considère d'autre part la faible quantité de peptone qu'on est obligé d'admettre dans le suc gastrique à l'heure même où la digestion stomacale est à son maximum, on doit penser que le travail digestif exécuté par l'estomac n'est qu'un travail *préparatoire*.

Ce travail est utile, mais non indispensable, puisqu'il est à peu près nul chez des personnes d'une santé suffisante;

4° Il faut juger le suc gastrique en tant que *sécrétion*; le travail qu'il pourrait exécuter à la rigueur importe plus que celui qu'il fait réellement.

Ce travail est surtout sans doute un travail de désagrégation et

de dissolution des matériaux azotés qui les prépare à la digestion duodénale. Une faible quantité de ces substances subit seule dans l'estomac une digestion complète. Il est à croire, d'après cela, que le rôle antifermentescible de l'HCl stomacal a une importance tout aussi grande que son rôle chlorhydropeptique.

5° Le vert brillant est un réactif colorant très sensible, utile non seulement par le virage qu'il donne immédiatement en présence de l'HCl libre, mais aussi par la décoloration qu'il subit ultérieurement sous l'influence de l'HCl libre ou faiblement combiné.

Nerfs de coordination du cœur.

M. Gley a cherché si les nerfs coordinateurs du cœur, signalés par Kronecker et Schmey, existaient réellement. On sait, d'après ces derniers auteurs, que la lésion d'un point localisé du sillon inter-auriculo-ventriculaire amène l'arythmie complète et définitive des mouvements des ventricules. Cette lésion agirait donc en détruisant un ganglion coordinateur des mouvements du cœur. M. Gley a constaté que les agents paralysant les cellules ganglionnaires, chloral, froid prolongé, l'électrisation forte, produisent l'arythmie cardiaque. Il penche donc aussi vers l'hypothèse d'un centre nerveux de coordination des mouvements du cœur.

M. Raillet signale un cas d'une affection fort rare : la présence de strongles dans les bronches du cheval.

M. Retterer expose sa conception du prépuce des mammifères autres que l'homme, d'après le développement.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 11 *février* 1891

Présidence de M. Terrier.

Arrachement du long extenseur à la phalangette.

M. Schwartz fait une communication sur ce point déjà étudié par Segond (*Société anatomique*, 1879), par Busch (*Centralbl. f. Chir.*, 1881), par Polaillon (article *Doigt* du *Dictionnaire encyclopédique*, 1884), par Scheninger (*Arch. f. klin. Chir.*, 1887), par Lejars, dans le *Traité de chirurgie*, et enfin il y a quelques mois par Delbet (*Société anatomique*, 1890). M. Schwartz a recueilli, en 4 ans, les trois observations suivantes :

1° En 1887, celle d'un homme qui, montant à cheval, eut l'auriculaire pris dans la bride et fortement fléchi. La dernière phalange resta demi-fléchie; elle pouvait être passivement étendue, mais l'extension spontanée était à peu près nulle. Pas tout à fait nulle, cependant. Aussi M. Schwartz diagnostiqua-t-il une entorse avec élongation plutôt qu'une rupture du tendon extenseur. Il conseilla le port d'un appareil redresseur formé d'un dé uni à un bracelet par une traction élastique. La guérison fut complète en 4 semaines.

2° En 1888, celle d'une femme de 40 ans, sur le doigt de qui tomba brusquement, causant une flexion extrême, le crochet d'une vitre de wagon. Cette fois, l'extension active était absolument impossible. M, Schwartz appliqua un appareil redresseur que la malade jugea bon de retirer au bout de 10 jours. Puis elle se fit masser et mobiliser par un autre médecin; sa phalange reste fléchie.

3° En juillet 1890, celle d'un homme qui fléchit avec excès la phalangette de son médius en voulant retirer sa chaussette en poussant. Les signes étant ceux de la rupture complète, M. Schwartz fit, dès le lendemain, la ténorrhaphie et eut un succès complet.

Par cette opération, il a constaté qu'il y avait rupture tendineuse sans aucun arrachement osseux, et, d'après la clinique, il pense que chez ses autres malades il en était de même. Or, sur le cadavre, Delbet a conclu que, dans la majorité des cas, il y a arrachement osseux, avec ou sans ouverture de la jointure. Cela prouve, une fois de plus, qu'il ne faut pas conclure trop tôt du cadavre au vivant.

La ténorrhaphie a donné un très bon résultat. De même, M. Schwartz en a eu un succès dans un cas où, l'extenseur ayant été accidentellement sectionné à la phalangette, la flexion était permanente et gênait le sujet. Par l'arrachement sous-cutané, la gêne souvent est médiocre, mais quelquefois elle est réelle; quand on a échoué par l'immobilisation en rectitude, ce qui est fréquent, on peut donc, sans crainte, proposer la ténorrhaphie.

M. Routier a vu un cas semblable sur une femme d'une soixantaine d'années, qui refusa la ténorrhaphie et chez laquelle l'immobilisation en rectitude échoua. La légère flexion de la phalangette de l'auriculaire ne la gêne, comme la malade de Busch, que pour mettre ses gants.

Néphrectomie transpéritonéale.

M. Terrillon. — La néphrectomie transpéritonéale est souvent seule applicable pour les tumeurs volumineuses, mais on lui reproche, en principe, de donner une grosse mortalité. Or, M. Terrillon en a obtenu 6 succès sur 6 cas. D'autre part, on hésite beaucoup dans ces opérations à rentrer simplement le pédicule, si bien qu'on a conseillé le drainage lombaire. Quatre fois, M. Terrillon a opéré à pédicule perdu et une seule fois il a eu un accident, un petit abcès lombaire tardif. Dans ce cas, il y avait une lésion suppurative du rein, et en pareille circonstance M. Terrillon ne se fiera plus à la désinfection par le thermo-cautère : il fera ce qu'il a fait chez ses deux autres malades où, selon le procédé indiqué par M. Terrier, il a suturé à l'incision pariétale et drainé la poche fournie par la décortication du rein malade.

Toutes ces opérations ont été faites par une incision verticale sur le bord externe du grand droit ou un peu en dehors de lui.

Voici maintenant le résumé des 6 observations dont M. Terrillon a tiré les conclusions précédentes.

Les trois premières sont celles où le pédicule a été rentré avec succès :

1° Hydronéphrose volumineuse chez une femme de 43 ans, ayant eu 4 enfants, arthritique, ayant souffert de coliques néphrétiques. Le rein fut difficile à décortiquer. Il y avait dans l'uretère un gros calcul au-dessous duquel fut placée la ligature.

2° Epithélioma chez une femme de 41 ans, ayant eu quelques hématuries peu importantes. La décortication, facile en bas, fut malaisée en haut ; et sur la pièce on constata que la moitié supérieure du rein était seule dégénérée. Ce rein pesait 900 grammes.

3° Rein polykystique chez une femme souffrant depuis 1887 de douleurs rénales assez violentes. A ce moment, on lui avait trouvé une petite tumeur qui ne se mit à grossir qu'en 1890. Néphrectomie le 7 octobre. La tumeur pesait 1,700 gr.

4° L'observation suivante est celle où la réduction du pédicule fut suivie d'un petit abcès profond, entouré d'un volumineux empâtement, qui fut incisé au bout de 6 semaines environ. Il s'agit d'une femme de 30 ans, ayant eu, 6 mois après sa dernière couche, des accidents abdominaux et restée albuminurique, avec tumeur dans la fosse iliaque et urines troubles. L'incision montra que la tumeur occupait bien le rein. C'était une hydronéphrose à poches multiples, partiellement suppurées. M. Terrillon crut avoir produit avec le thermocautère une désinfection suffisante du pédicule : l'événement lui donna tort. Toutes les fois qu'il y a suppuration préalable, il faut donc drainer le pédicule.

5° C'est ce que M. Terrillon a fait, avec succès, à une fille de 25 ans atteinte d'abord de cystite purulente, puis de volumineuse pyélonéphrite suppurée tuberculeuse. Après décortication très difficile, les lambeaux de la coque furent réunis, puis suturés en bourse à la paroi abdominale. Quoique la poche se fût rompue dans le péritoine, la malade guérit fort bien et elle a, depuis le 12 novembre, engraissé de 20 livres. Il lui reste seulement un peu de cystite.

6° Cette observation a déjà été publiée par M. Terrillon (Voy. *Mercredi*, 11 juin 1890).

7° Ce matin enfin, M. Terrillon a enlevé un néoplasme rénal, partiel comme celui de l'observation II. Il a suturé la coque à la paroi parce que le pédicule lui a paru suspect.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 13 *février* 1891

Présidence de M. Broca.

Contusion cérébrale.

M. Thiéry apporte le cerveau d'un homme qui a succombé dans le service de M. Verneuil après avoir fait une chute du 2e étage. Il fut admis le soir, dans le coma, avec une hémiplégie droite. Le lendemain matin, le bras était encore inerte, mais la jambe l'était moins. La plupart des avis se prononçaient pour la trépanation, mais M. Verneuil y fut opposé, et l'événement lui donna raison. Le sujet étant mort de méningite, en effet, l'autopsie révéla, outre une fissure du crâne à droite, une attrition du lobe temporo-sphénoïdal gauche. Il s'agit là d'une contusion oblique ovalaire, sans épanchement sanguin justiciable de la trépanation.

M. Broca. — Il faut remarquer qu'au point de vue clinique il n'y avait aucun des signes indiquant formellement le trépan immédiat. En dehors des signes physiques, des enfoncements par exemple, l'indication la plus nette est fournie par les épanchements sanguins et, dans la dernière séance, M. Thiéry a présenté une pièce prouvant qu'il faut les évacuer. Ces épanchements, on les diagnostique, parce qu'ils causent des accidents de coma et d'hémiplégie progressivement croissants. Or M. Thiéry vient de dire que chez son malade, au contraire, l'hémiplégie avait diminué du soir au matin.

M. Delbet fait remarquer que la contusion porte surtout sur le lobe de l'insula, c'est-à-dire sur la partie qui repose sur les petites ailes du sphénoïde.

Lithiase rénale.

M. Legueu a observé dans le service du professeur Guyon un homme qui depuis 8 ans souffrait de coliques néphrétiques et qui succomba en conséquence d'un rétrécissement de l'urèthre pour lequel il avait subi des cathétérismes très multipliés, d'où était résultée une infection grave. Les coliques avaient toujours siégé à gauche, et de ce côté le rein, suppuré, contenait plusieurs petits calculs. Mais le rein droit, toujours indolent, était également enflammé et il contenait un volumineux calcul mobile : les deux conditions de la douleur étaient donc réunies, et cependant la douleur n'existait pas.

M. Chaput fait une communication sur l'*anatomie des villosités intestinales*.

M. Thiéry décrit un procédé de *circoncision*.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 13 *février* 1891

Présidence de M. E. Labbé

De l'œdème rhumatismal chronique.

M. Desnos. — Je désire entretenir quelques intants la Société de l'œdème rhumatismal, à l'occasion d'un cas de cette affection que j'ai observé chez une jeune fille. Les bosses crâniennes liées à l'arthritisme et les pseudo-lipomes sus-claviculaires décrits par M. Potain, peuvent être rapprochés de l'œdème rhumatismal.

La dureté est un des traits saillants de cet œdème. Il donne à la main non pas la sensation de l'œdème, mais plutôt d'un lipome ou du myxœdème. La peau n'est pas rouge et conserve sa coloration normale. Autour des parties indurées, on observe parfois un œdème dépressible. Je pense avec M. Potain que cet œdème mou, dépressible, siège dans les mailles du tissu cellulaire qui entourent le tissu cellulo-adipeux, tandis que dans l'œdème dur le liquide est infiltré dans le tissu cellulo-adipeux lui-même.

L'œdème rhumatismal est essentiellement une maladie chronique liée à une diathèse éminemment chronique, à l'arthritisme.

En dehors de l'arthritisme, on observe parfois l'œdème rhumatismal à la suite d'états névropathiques, d'émotions vives, de l'impression du froid et de diverses influences réflexes. Il est plus fréquent chez les femmes que chez les hommes, et, au point de vue héréditaire, c'est le plus souvent dans la ligne maternelle qu'on le retrouve.

Le diagnostic s'établit après constatation de l'arthritisme et par exclusion d'affection cardiaque ou rénale, de *phlegmasia alba dolens*, d'anasarque *a frigore*.

L'erreur est souvent difficile à éviter avec l'éléphantiasis des Arabes. L'éléphantiasis classique est unilatérale, et s'accompagne d'adénopathies, de cordons lymphatiques indurés, mais elle peut être double et les adénopathies, les cordons peuvent faire défaut surtout dans les éléphantiasis de nos pays. Il n'est pas jusqu'aux crises douloureuses, rares ou fréquentes, de l'éléphantiasis qui ne rappellent le rhumatisme. Dans ces conditions, le diagnostic peut être entouré des plus grandes difficultés.

Chez ma malade je me suis bien trouvé comme traitement de l'emploi des boues réchauffées de Dax, en applications prolongées. L'œdème a diminué dans de grandes proportions et les douleurs spontanées ont disparu.

La Société se forme en Comité secret.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

Séance du 12 *février* 1891

Présidence de MM. E. Besnier et A. Fournier.

Vaste tumeur gommeuse de la cuisse.

M. Feulard présente un malade âgé de 37 ans, porteur d'une large gomme de la cuisse dont la nature a été méconnue par plusieurs chirurgiens qui ont proposé l'amputation du membre avant et après l'ulcération de la tumeur ; l'ulcération, qui se produisit à la suite d'applications irritantes ordonnées par un empirique, se répara rapidement sous l'influence du traitement ioduré. Le malade ne se rappelle pas avoir eu la syphilis, mais un de ses enfants a présenté des stigmates de syphilis héréditaire.

Périostite du temporal avec myosite du temporal et du masséter vraisemblablement d'origine syphilitique.

M. Duguet présente un homme de 32 ans, qui a été pris, il y a un mois, de pesanteur de tête avec douleurs céphaliques paroxystiques portant sur le côté gauche et s'exaspérant la nuit ; depuis une quinzaine de jours, il y a une gêne prononcée de la mastication. Actuellement, on constate dans la région temporale gauche une tuméfaction dure qui se prolonge au-dessous de l'arcade zygomatique dans la région du masséter. Le malade nie tout antécédent syphilitique ; néanmoins, les caractères des lésions doivent les faire attribuer à une syphilis méconnue.

Un cas de syphilis conceptionnelle.

M. P. Raymond rapporte l'observation d'une femme qui, après avoir eu de son mari syphilitique trois enfants (le premier bien portant, le deuxième né à huit mois et mort à cinq semaines avec des accidents manifestement hérédo-syphilitiques, le troisième né à huit mois, malingre et mort à quatre ans, de diphthérie, sans avoir présenté d'accidents syphilitiques nets), présenta sur la cuisse, huit ans après la naissance de son troisième enfant, une syphilide tuberculo-squameuse. La malade n'avait jamais offert jusque-là de manifestations syphilitiques, et la syphilis paraît reconnaître pour origine l'infection par le produit de la conception.

Il faut remarquer que, contrairement à la règle habituelle, le deuxième enfant a été atteint de syphilis héréditaire, alors que le premier était resté indemne.

En outre, à propos du troisième enfant, M. Raymond insiste sur le peu de résistance aux maladies infectieuses que présentent les enfants de syphilitiques, alors même qu'ils n'offrent aucune manifestation spécifique de la syphilis.

M. E. Besnier, à propos de cette dernière remarque, fait observer que la diphthérie présente une gravité particulière chez les syphilitiques : il a toujours vu succomber les syphi-

litiques chez lesquels la diphthérie s'est greffée sur des plaques muqueuses du pharynx.

Traitement abortif des bubons par les injections de benzoate de mercure.

M. Welander (de Stockholm) a fait dans les bubons du chancre mou des injections d'une solution de benzoate de soude au centième additionnée de 0,30 0/0 de chlorate de soude : lorsque le bubon est virulent, l'injection n'en empêche pas la suppuration; lorsque la fluctuation est considérable et la peau amincie et d'un bleu rouge, l'injection diminue l'infiltration de voisinage, mais ne permet pas d'éviter l'ouverture du bubon; si la fluctuation est considérable mais la peau non amincie, elle a de grandes chances d'empêcher l'ouverture; enfin, s'il y a une suppuration nulle ou insignifiante, l'injection évite presque toujours l'ouverture.

M. Barbe communique une observation de *paralysie des membres supérieurs chez un enfant hérédo-syphilitique.*
M. Barthélemy présente un malade atteint d'*acnitis.*
M. Renault présente une malade atteinte simultanément de *pityriasis rosé* de Gibert et de roséole syphilitique.

LE TRAITEMENT DE KOCH

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 11 *février* 1891.

M. Silex présente une jeune fille atteinte de lupus de la face et du nez et d'une lésion tuberculeuse des conjonctives. Elle a été soumise au traitement de Koch presque immédiatement après la première publication. Elle paraissait parfaitement guérie après avoir reçu environ 120 mgr. de liquide, lorsque 15 jours plus tard elle fut reprise d'une poussée tuberculeuse du côté de la face et des yeux, et les lésions devinrent bien plus graves qu'avant le traitement. Actuellement elle suit un traitement ordinaire.

M. A. Fraenkel a traité 83 malades; sur ce nombre, 61 ont suivi le traitement de 4 à 7 semaines. Les malades étaient divisés en cas légers, cas d'intensité moyenne et cas graves.

Résultats : 2 cas de mort sous l'influence des injections; dans 7 cas, le traitement a dû être interrompu trois fois pour hémoptysies, quatre fois pour aggravation manifeste.

Sur les 61 phthisiques, dans trois cas légers, on a vu les bacilles disparaître des crachats depuis 7 à 5 semaines; dans 28 cas (15 légers cas et 13 intensité moyenne) amélioration manifeste de l'état général, sans la moindre modification du côté des bacilles. Seulement, il est très difficile de dire si l'amélioration revient au régime tonique ou à la lymphe de Koch. Un malade notamment, soumis pendant 8 semaines au régime tonique ordinaire, a engraissé de 18 livres; depuis 4 semaines qu'il suit le traitement de Koch, il n'a augmenté que d'une livre. Aussi le cas de M. Fürbringer, qui a constaté une augmentation de poids de 23 livres sous l'influence du traitement de Koch, n'est pas très probant.

Dans 20 cas, on n'a constaté ni amélioration ni aggravation; dans 9 cas, une aggravation manifeste. Du reste, les cas graves ne retirent aucun bénéfice du traitement qu'il est absolument indiqué de refuser aux phthisiques avancés.

M. J. Wolff a appliqué le traitement de Koch dans 18 cas de tuberculose articulaire, dont 7 ont été opérés plus tard. Dans deux cas rapportés en détail (arthrite du genou chez un homme de 53 ans, et coxalgie droite chez une fille de 4 ans), l'examen des parties réséquées a fait voir l'existence d'une éruption récente de tubercules, survenue certainement sous l'influence des injections. Chez la fille, le cou et la tête du fémur étaient complètement nécrosés et transformés en une sorte de sable fin renfermé dans le sac formé par le périoste. Il est certain que dans ces deux cas, sous l'influence des injections, les lésions ont pris une extension considérable.

M. Flatau revient sur les deux malades dont il a déjà entretenu la Société (v. *Merc. méd.*, n° 5, p. 57); un de ces malades est mort, l'autre se trouve dans un état de faiblesse considérable.

M. Virchow insiste principalement sur l'action de la lymphe de Koch sur le tubercule proprement dit, sur la zone péri-tuberculeuse et sur les exsudats inflammatoires. Jusqu'à présent, on ne possède pas d'observation sérieuse, authentique, prouvant que la lymphe tue ou fait disparaître le bacille, qu'elle provoque une résolution du tissu tuberculeux ou une résorption du tubercule. Par contre, on possède une série d'observations qui montre que la lymphe provoque une mortification, une nécrose du tubercule et du tissu péri-tuberculeux, tissu inflammatoire; si ce processus peut favoriser l'élimination des produits et la guérison rapide, il n'en est pas moins vrai que dans certaines conditions il va à l'encontre du but qu'on veut atteindre et provoque une propagation et une dissémination du virus. Rien ne prouve que la lymphe favorise les processus induratifs, l'encapsulement fibreux de masses caséeuses. Au contraire, tout porte à croire que les injections mobilisent en quelque sorte les masses encapsulées et rendent dangereux les foyers qui, au moins, n'étaient plus nuisibles pour l'économie.

SOCIÉTÉ DES MÉDECINS DE LA CHARITÉ DE BERLIN

Séance du 22 *janvier* 1891

M. Senator rapporte un cas bien fait pour embarrasser les défenseurs de la méthode de Koch.

Une dame âgée de 22 ans, ayant eu une pleurésie de longue durée, présentait, à la suite, les signes indubitables d'une affection tuberculeuse du poumon au début, avec présence de bacilles dans les crachats. Les injections de lymphe de Koch portées jusqu'à la dose de deux décigrammes, avec temps de repos, n'amenèrent à aucun moment l'élévation de la température au delà de 37°5. Ainsi donc, pas de réaction générale. Comme réaction locale on constata une amélioration notable des signes pulmonaires, mais aussi l'apparition de lésions laryngées qui d'ailleurs rétrocédèrent rapidement. A l'heure actuelle, la malade va de nouveau mal; les lésions pulmonaires recommencent à progresser, les bacilles ont reparu dans les crachats. Si, plus tard, on reprend les injections et que la réaction se manifeste, dira-t-on que de nouvelles lésions tuberculeuses ont permis aux phénomènes de la réaction d'apparaître ? Mais ne sait-on pas, d'autre part, que chez le sujet sain, Koch l'a dit lui-même, les doses dépassant un décigramme peuvent déterminer de la réaction et c'est au moins la dose indiquée chez la malade ?

M. Stricker estime que les intervalles ont été de trop courte durée; il aurait fallu laisser la malade reposer plus longuement avant d'augmenter les doses.

M. Ehrlich est en partie d'accord avec M. Stricker; les doses n'ont pas été assez rapidement élevées.

M. Senator fait remarquer que M. Stricker a dit tout le contraire.

M. Stricker précise; les doses ont été trop lentement augmentées au début, trop rapidement à la fin !

M. Senator ne s'est pas cru autorisé à forcer les doses. On doit toujours redouter des accidents si l'on agit trop brutalement. Des autopsies ont montré l'absence complète de tuberculose chez des sujets qui avaient cependant réagi à des doses relativement minimes.

M. Senator, d'après les conseils de MM. Stricker et Ehrlich, a repris les injections chez sa malade après 12 jours de repos et à la dose de un décigramme. De nouveau la réaction fit absolument défaut. D'autres malades tuberculeux injectés comparativement présentèrent tous les symptômes habituels de la réaction.

M. Uhtoff (Marbourg) (1). — Les affections oculaires de nature tuberculeuse présentent vis-à-vis du remède de Koch la

(1) *Berlin. klin. Woch.*, 16 février, n° 7, p. 173.

même sensibilité que les affections tuberculeuses de tout autre organe. L'auteur estime que la valeur diagnostique et thérapeutique est manifeste.

M. Hermann Cohn (Breslau) (1). — La communication présente offre avec la précédente un contraste frappant.

L'auteur a vu, dans deux cas qu'il signale, des lésions oculaires ne présenter aucune réaction alors que les lésions lupiques du voisinage étaient le siège des modifications habituelles. Il connait, d'autre part, des cas où les injections ont déterminé l'apparition de phlyctènes sur des yeux absolument sains.

Pour lui, la lymphe de Koch n'est pas un remède ayant une action curative, c'est simplement un agent d'irritation. Tout en reconnaissant la haute valeur de la méthode, il n'appliquera plus le remède de Koch au traitement des affections scrofuleuses de l'enfance.

M. Sommerbrodt (Breslau) (2). — Le traitement de la tuberculose par la créosote n'a pas de plus fervent adepte que le Dr Sommerbrodt. Il prescrit journellement et pendant des mois ce médicament à la dose de 1 à 2 grammes par jour. Il estime que l'association de cette méthode thérapeutique avec celle de Koch ne peut que rendre les plus grands services.

M. Kirchheim (Francfort-sur-Mein) (3). — L'auteur consigne, dans ses observations, des résultats à peu près analogues à ceux qui ont été relatés jusqu'à ce jour. Il se demande en outre d'où provient la fièvre qui accompagne la réaction provoquée par les injections de Koch et pourquoi certains sujets deviennent rapidement réfractaires.

Il ne pense pas qu'il s'agisse d'une substance thermogène dont l'introduction dans l'économie déterminerait subitement la fièvre, car alors cette fièvre apparaîtrait indistinctement chez tous les sujets. Il est à présumer plutôt que la fièvre est due à la résorption de produits septiques au niveau des foyers tuberculeux directement frappés de nécrose par la lymphe de Koch. C'est ce qui fait que les individus non tuberculeux n'offrent pas de réaction fébrile.

L'absence de réaction qui se manifeste au bout d'un certain nombre d'injections résulte de l'accoutumance de l'organisme au poison, ce qui éloigne l'idée de tout danger pouvant résulter des effets de l'accumulation, comme on l'a laissé entendre de différents côtés.

M. Lichtheim (Kœnigsberg) (4). — La valeur diagnostique des injections de lymphe a été signalée de tous côtés. Il paraît inutile d'affirmer encore que, en dépit de certains insuccès, le remède de Koch jouit de la propriété toute spéciale de déterminer autour des foyers tuberculeux une réaction extrêmement vive. L'auteur signale deux cas où des malades, soignés pour des tuberculoses cutanées ou articulaires de diagnostic incertain, commencèrent à présenter, dans les crachats ou l'urine, des bacilles de Koch. Par là donc on faisait tout à la fois le diagnostic de tuberculose pulmonaire et celui de tuberculose urinaire, dont l'existence était méconnue, et en même temps on confirmait la nature des lésions apparentes pour lesquelles on soignait le malade.

Quant à l'action thérapeutique du remède, elle n'est certainement pas non plus à nier dans nombre de cas où l'on a vu des tuberculoses cutanées, muqueuses même, s'amender et s'affaisser sous l'action des injections. Pour les phthisiques les améliorations n'ont pas été moins réelles et, si l'on ne sait jamais au juste quand un tuberculeux est réellement guéri, on ne peut cependant pas nier l'action bienfaisante d'un remède qui relève l'état général, diminue l'expectoration et fait rétrograder souvent les lésions locales.

L'auteur n'a pas constaté, au point de vue clinique, la diffusion des bacilles signalée par Virchow.

M. Müller (Strasbourg) (5). — Avec la lymphe de Koch, les chances d'amélioration de la tuberculose pulmonaire sont grandes, mais il faut toujours laisser le malade libre de se décider pour ou contre le traitement.

(1) *Berlin. klin. Woch.*, 6 février, n° 7, p. 175.
(2) *Berlin. klin. Woch.*, n° 7, p. 167.
(3) *Deuts. medic. Woch.*, n° 7, p. 278.
(4) *Société médicale de Kœnigsberg* (26 janv. 1891).
(5) *Gaz. médic. de Strasbourg*, n° 2, p. 17.

Les rapports défavorables proviennent surtout des cliniques et des hôpitaux où les lésions sont plus avancées. Dans la clientèle civile on a plus de chance de trouver les lésions au début. C'est dans ces cas que le traitement par la lymphe de Koch a donné des améliorations avec une rapidité qu'on n'avait jamais vue avec d'autres traitements, améliorations telles que les malades se considèrent comme guéris, passagèrement du moins.

M. Mülhauser (1) conseille de recueillir les deux ou trois crachats que peut rejeter un malade pendant le courant d'un examen, dans une solution de lessive de soude à 0,2 0/0 représentant environ 6 à 8 fois la quantité de liquide expectoré. Le tout est vivement secoué dans un tube à expérience et légèrement chauffé. Il se forme un liquide que l'on peut ensuite examiner par la méthode de Friedlænder ou celle de Ziehl.

M. Weyl (2) a recueilli le produit de cent cultures tuberculeuses sur agar glycériné, et l'a traité par la lessive de soude diluée à chaud. Il a obtenu un liquide qui s'est bientôt séparé en deux couches, l'une blanche, l'autre colorée, d'aspect gélatiniforme.

Par ses propriétés histologiques, par sa réaction vis-à-vis des couleurs d'aniline (méthode de Ziehl), la couche blanche semblait être constituée par la membrane d'enveloppe des bacilles tuberculeux. La seconde couche possédait des réactions chimiques qui la rapprochaient de la mucine, elle paraissait dès lors être constituée par le protoplasma des bacilles.

Une solution de ce liquide dans la lessive de soude très étendue provoquait, par inoculation chez des cobayes, des plaques de sphacèle au point d'injection. Une solution un peu plus active déterminait les mêmes accidents, mais plus accentués. Les lapins restaient indemnes.

Il semble donc qu'il y ait dans les cultures tuberculeuses une mucine toxique, contenue dans le protoplasma des microorganismes.

Ainsi la nature toxique du protoplasma bacillaire ne serait pas indifférente à l'action exercée par le bacille lui-même sur les tissus environnants.

Le remède de Koch a également été étudié en Russie et une discussion sur ce point a eu lieu à la *section de chirurgie* du Quatrième Congrès des médecins russes tenu à Moscou du 15 au 25 janvier 1891. Parmi ces observations, nous relèverons d'abord celles du professeur **Skliffosoffski** : cet auteur, pour le lupus, les adénites, les arthrites n'a observé que des améliorations ; et chez un malade atteint d'ulcérations du voile du palais il a obtenu une cicatrisation bientôt suivie de récidive, puis, les injections ayant été continuées, de tuberculose miliaire aiguë mortelle.

Le professeur **Pawlowski**, il est vrai, dit avoir vu des lupus guérir complètement et des fistules se tarir. Au microscope, il a constaté une dégénération muqueuse et graisseuse des tissus tuberculeux, sans modification des bacilles. Pour commencer il s'était injecté à lui-même 2 milligrammes, et, quoique bien portant, avait eu une réaction avec frisson.

ÉTRANGER

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 4 février 1891.

Tétanos des nouveau-nés.

M. Baginski présente les préparations anatomiques fraîches d'un cas de trismus et de tétanos des nouveau-nés.

Il s'agissait d'un enfant de 9 jours qui fut apporté à l'hôpi-

(1) *Deut. med. Woch.*, n° 7, p. 282.
(2) *Deut. med. Woch.*, n° 7, 12 février, p. 256.

tal avec tous les symptômes du tétanos (constriction des mâchoires, raideur de membres) qui se sont développés après la naissance. Se rappelant les recherches de Kitasato sur l'action thérapeutique du sang des animaux réfractaires à l'affection, M. Baginsky s'est adressé à cet auteur pour faire les injections en question. Ce dernier, après avoir établi, par des cultures et des inoculations aux animaux, qu'il s'agissait bien du tétanos, a fait à plusieurs reprises l'injection du sérum d'un animal réfractaire. Malgré ces injections (au nombre de 8, de 0,10 à 0,25 chacune), l'enfant a succombé. C'est le premier cas où les injections de ce genre ont été faites. En tout cas, il est difficile de juger, d'après ce fait, la valeur de la méthode. Peut-être les doses n'étaient-elles pas suffisantes.

Développement anormal du système pileux et spina-bifida latent.

M. Joachimsthal présente un enfant de 5 ans qui, à côté d'une luxation congénitale double de la hanche, présente un développement excessif du système pileux de la région lombaire où il existe un spina-bifida. La région couverte de poils correspond à la région lombaire. Les poils, de couleur blonde, mesurent 12 cent. de longueur et forment une véritable boucle à gauche du pli inter-fessier. A la place de l'apophyse épineuse de la 3e vertèbre dorsale existe une petite proéminence qui disparaît quand le malade se penche fortement en avant; à ce moment il est facile de constater l'existence d'une fente dans l'arc vertébral correspondant. Une fente semblable, mais plus profonde, existe au niveau de la 4e vertèbre dorsale.

M. Virchow présente plusieurs pièces de spina-bifida. La pièce qui explique le mieux la formation du spina-bifida provient d'une rachitique dont le squelette présentait toutes sortes d'anomalies. Au niveau de la première vertèbre sacrée se trouve un orifice assez volumineux et il n'existe pas de traces d'apophyse épineuse. Au-dessous de la première vertèbre, le sacrum est tout à fait plat, uni, et le canal est complètement fermé. L'apophyse épineuse de la 5e vertèbre lombaire est séparée, sur la ligne médiane, en deux parties qui forment un arc aplati au-dessus de l'orifice de la première vertèbre sacrée.

La deuxième pièce provient d'une fille dont les organes génitaux ne se sont pas développés. L'apophyse épineuse de la première vertèbre sacrée est située au-dessus d'un orifice et présente nettement une ligne de séparation qui fut probablement comblée ultérieurement. A partir de l'apophyse, tout le reste du sacrum est uni.

La troisième pièce provient d'un aborigène de Togo. Au niveau de la première vertèbre sacrée se trouve un orifice énorme limité de chaque côté par une partie de l'apophyse épineuse.

La dernière pièce se rapporte à la forme unilatérale de spina-bifida. Cette forme est particulièrement fréquente au niveau du coccyx, où elle se complique d'autres malformations qui quelquefois contribuent à la formation d'un appendice caudal, comme on peut le voir sur une pièce qui provient d'un enfant du Brésil.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE DE BERLIN

Séance du 2 février 1891

Contagion du zézaiement.

M. Treitel. — Sous le nom de zézaiement on comprend un défaut de prononciation de la lettre S et des autres consonnes sifflantes. Le malade que je vous présente a communiqué ce défaut de prononciation à ses cinq frères, ce qui constitue un exemple très net de contagion psychique.

L'affection est due ordinairement à une ataxie de la langue, qui dans le cas particulier s'est développé consécutivement à une malformation de l'organe. Chez le malade on constate encore une forme trapézoïde du maxillaire inférieur et une canine recourbée en dedans; en plus la mâchoire supérieure dépasse l'inférieure de 3 millim. environ. Pas de rachitisme; la moitié gauche de la face est un peu moins développée que la moitié droite.

M. Gutzmann a également observé un exemple très net de propagation du zézaiement chez trois enfants de la même famille et deux enfants d'une autre. Les dents ne présentaient pas d'anomalie. Sur soixante-dix élèves d'une école communale, M. Gutzmann a trouvé trois enfants zézayant chez lesquels les canines supérieures et inférieures étaient tellement développées qu'à l'occlusion de la bouche il se formait un espace quadrangulaire où la langue pouvait se placer très librement.

M. Treitel a examiné deux cents petits Berlinois et trouvé que le tiers était atteint de zézaiement, mais seulement deux ou trois présentaient des anomalies dentaires. La cause de l'affection est due le plus souvent à l'insuffisance de l'acuité auditive et à une sorte de contamination psychique.

La valeur du réactif de Trommer.

M. Jastrowitz. — Dans la recherche du sucre dans l'urine, le réactif de Trommer est encore le plus sûr. Le précipité variant du jaune-orangé au rouge qui se forme pendant l'ébullution n'existe que lorsque les urines contiennent plus de 0,6 0/0 de sucre. Dans le cas où les urines renferment moins de sucre, il se forme une simple réduction et le liquide devient jaune.

Pour le praticien, la détermination des quantités minimes de sucre n'a pas grande importance. Dans les cas douteux, on peut avoir recours au procédé suivant : on dit au malade de vider sa vessie le matin, de faire ensuite un repas comprenant des substances amylacées et du sucre de canne, et de n'uriner que 2 ou 3 heures après. Les urines dans ces cas renferment quelquefois des quantités appréciables de sucre, ce qui a une certaine importance quand il s'agit des morphinomanes, des chloralistes, etc.

Chez les individus bien portants, on ne trouve jamais plus de 0,35 0/0 de sucre. Le réactif de Trommer permet de le constater, seulement il faut poursuivre la réaction jusqu'à la fin et examiner au microscope le précipité qui se forme quand le liquide se refroidit.

La réduction de la liqueur s'opère pour les urines contenant moins de 0,5 0/0 de sucre. Pour les urines renfermant 0,60 0/0 de sucre et au-dessus, on obtient une bande tricolore si on cesse de chauffer l'urine quand elle commence à se décolorer : la partie supérieure, la plus chauffée, devient rouge, la partie moyenne, jaune, et la partie inférieure conserve la couleur bleue.

Pour les urines contenant moins de 0,5 0/0 de sucre, la dilution permet d'apprécier la proportion de sucre. Une telle urine qui ne devient pas jaune quand elle est diluée au 1/4, ne renferme pas plus de 0,15 0/0 de sucre; si la décoloration ne se produit pas avec une dilution au 100e, l'urine ne renferme pas plus de 0,4 à 0,5 0/0 de sucre.

La coloration rouge ne survient que lorsque les urines renferment une certaine proportion de sucre. Ainsi cette coloration, « le rouge primitif », se rencontre dans les urines contenant 3 0/0 de sucre et diluées au 50e.

Pour déterminer la quantité de sucre, on peut donc procéder de la façon suivante : on fait l'examen avec le réactif Trommer; si la bande tricolore n'apparaît pas, les urines renferment moins de 0,6 à 0,8 0/0 de sucre; l'urine est alors diluée jusqu'à ce qu'elle ne donne plus, avec le réactif, la coloration jaune. Si la bande tricolore se produit, on fait la dilution de l'urine successivement au 50e, 75e, 100e, jusqu'à ce que la coloration ne se produise plus, pour voir si l'urine renferme 2 0/0 ou 3 0/0 ou 4 0/0, etc., de sucre.

Les points les plus importants permettant d'affirmer la présence du sucre sont : 1° l'existence du précipité par la chaleur; 2° la formation d'un abondant précipité pulvérulent jaune-soufre ou jaune-orangé; 3° l'existence dans le précipité de prismes rouges ou de sphères jaunes-rouges. — Dans les cas douteux, le repas d'épreuve (amylacées, sucre de canne).

ANGLETERRE

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE LONDRES

Séance du 9 *février* 1891

PRÉSIDENCE DE M. J. KNOWSLEY THORNTON

Angine de poitrine.

M. Douglas-Powell. — L'angine de poitrine n'est pas une maladie unique : elle peut relever de désordres fonctionnels curables ou de lésions organiques et fatalement mortelles de l'appareil cardio-vasculaire.

Dans l'angine de poitrine vaso-motrice, les malades ont une insomnie extrême, et souvent ils éprouvent une sensation de froid et un besoin d'exercice. Les troubles vaso-moteurs jouent un rôle essentiel dans la majorité des cas d'angine de poitrine, de même que l'hyperesthésie bronchique joue un grand rôle dans l'asthme. Il est possible que cette forme détermine la mort sans lésion organique du cœur. La terminaison fatale est cependant rare; l'attaque, lorsqu'elle n'est pas traitée, tend naturellement à cesser, probablement grâce à l'action du nerf dépresseur du cœur, et peut-être parce que quelque modification analogue des petits vaisseaux sous l'influence de la pression fait cesser le spasme cardiaque et vaso-moteur. La gêne cardiaque et la rigidité artérielle qui existent dans l'urémie peuvent presque être décrites comme une angine chronique persistante, quoique les phénomènes qui, dans l'urémie, présentent la plus grande ressemblance avec l'angine de poitrine vaso-motrice soient ceux auxquels on donne le nom d'asthme cardiaque. L'angine de poitrine liée à une altération cardiaque n'est pas nécessairement produite ou accompagnée par une lésion des artères coronaires; elle s'accompagne de troubles vaso-moteurs. L'angine de poitrine vaso-motrice pure comporte un pronostic relativement favorable; l'angine de poitrine avec lésions organiques du cœur est presque certainement suivie de mort dans un court espace de temps. Dans les deux variétés, mais surtout dans celle qui s'accompagne de lésion cardiaque, le nitrite d'amyle et la nitro-glycérine ont une grande valeur thérapeutique. On doit leur associer, dans l'angine vaso-motrice pure, les toniques nervins et les sédatifs et, dans l'angine avec lésions cardiaques, les carminatifs et les stimulants. La douleur, dans les cas de mort subite par angine, est analogue à celle de la gangrène embolique des membres. Il y a une variété d'angine de poitrine syncopale qui s'observe rarement avant cinquante ans et ordinairement chez des sujets goutteux, elle est probablement due à l'acidité anomale du sang. On peut distinguer dans l'angine de poitrine les variétés suivantes : angine de poitrine vaso-motrice, angine de poitrine grave, angine cardiaque primitive, angine syncopale; les deux premières formes ont une remarquable ressemblance avec les formes analogues de l'asthme.

M. Ord. — Les accès d'angine de poitrine surviennent ordinairement le jour; ceux qui se produisent la nuit comportent un pronostic notablement plus grave. On peut distinguer deux classes d'angines suivant que l'accès survient pendant les mouvements, sous l'influence d'une exagération subite de la tension sanguine, ou bien que l'accès apparaît indépendamment de l'exercice musculaire; dans ce dernier cas, son mécanisme est probablement nerveux, et il est dû soit à une émotion, soit à une affection réflexe. La dyspepsie joue un grand rôle dans la production des attaques, et si je ne pouvais avoir à ma disposition qu'un seul médicament pour soigner un malade atteint d'angine de poitrine, je préférerais le sulfate de magnésie à la nitro-glycérine. La glycosurie coïncide souvent avec l'angine de poitrine. Il ne faut pas négliger les connexions de la goutte avec l'angine de poitrine, qui est souvent améliorée par le traitement anti-goutteux. Les sensations du type angineux ne doivent jamais être traitées légèrement et on doit toujours faire connaître le danger au malade ou à son entourage.

M. Broadbent. — Les caractères du pouls, au cours de l'attaque d'angine de poitrine, sont variables : il peut être irrégulier et petit; la tension peut être faible ou forte; quelquefois le pouls n'est pas modifié, même dans le cours d'une attaque violente. Le fait principal est que dans les attaques angineuses, le cœur est surchargé, soit parce que la tension périphérique est accrue, soit parce que sa propre force est diminuée. C'est surtout dans les cas où le cœur est affaibli que le danger est considérable. La résistance vaso-motrice est incapable de déterminer une attaque à elle seule. Il est bien plus fréquent d'observer l'exagération de la tension artérielle sans angine de poitrine que de constater l'absence de lésions des artères coronaires dans les cas de mort par angine de poitrine. Les lésions des artères coronaires agissent probablement en déterminant la dégénérescence des fibres musculaires cardiaques. L'angine de poitrine est extrêmement rare chez la femme : il ne faut donc pas attacher trop d'importance à une névrose dont l'existence n'est pas prouvée. L'angine n'est jamais ou presque jamais associée à des lésions mitrales, et les symptômes angineux disparaissent ordinairement lorsque se produit une lésion mitrale chez les sujets qui avaient eu auparavant des attaques d'angine. Les cas d'angine de poitrine les plus graves sont ceux dans lesquels les symptômes sont le plus difficilement explicables.

SOCIÉTÉ MÉDICALE ET CHIRURGICALE DE LONDRES

Séance du 10 *février* 1891

Macrodactylie et hypertrophie congénitale.

M. George Murray Humphry. — Cette affection consiste en une hypertrophie de tous les tissus, os, ligaments, tendons, peau et plus spécialement du tissu cellulaire, ces tissus présentant du reste leurs caractères normaux. L'hypertrophie continue d'augmenter après la naissance et souvent dans de telles proportions qu'elle nécessite l'amputation. Les pieds et les mains y sont à peu près également prédisposés ; mais les doigts voisins du bord radial ou tibial sont plus souvent atteints. Quelquefois l'hypertrophie a une tendance à s'étendre. D'autres fois elle est symétrique et coïncide avec d'autres tumeurs du tissu cellulaire. Je rappelle, à ce sujet, qu'il existe des tumeurs semblables, congénitales, dans les lèvres, la langue et la face ; on peut même voir une analogie entre ces productions, qui pendant la vie intra-utérine échappent aux lois ordinaires du développement, et les tumeurs de l'adulte qui presque toutes, bénignes et malignes, dépendent d'une évolution anormale des tissus normaux, bien plutôt que d'un réveil de germes datant de la période embryonnaire.

M. Williams. — Les arguments de M. Humphry sont les mêmes que les miens. Les changements qui apparaissent dans le développement et qui commencent avant la naissance se continuent pendant toute la vie. C'est la « forme constituante » qui est en action ; qu'elle vienne à manquer, et les productions anormales apparaissent. On peut rapprocher des cas précédents l'hypertrophie de la mamelle ; il ne s'agit là en effet que d'une répétition de la structure normale.

M. Marmaduke Sheild. — Voici quelques cas que je considère comme nouveaux. C'est une affection qui frappe les adultes jeunes et est associée à des pieds plats et transpirant facilement. Le gros orteil est hypertrophié et douloureux au niveau de l'articulation métatarso-phalangienne. Les parties molles subissent un gonflement considérable. L'os et le cartilage sont le siège d'une hypertrophie simple. Quelquefois aussi les sujets sont atteints de molluscum fibrosum.

M. Macnamara. — J'ai souvenance d'un malade semblable qui présentait un fibrome de la sclérotique, une exostose de la mâchoire inférieure et plusieurs tumeurs éléphantiasiques de la peau.

M. Lee. — Les cas qu'on vient de relater ne sont point des cas de tumeurs, dont il importe de les distinguer. Je me souviens d'un cas d'hypertrophie du bras chez une jeune fille ; on dut faire l'amputation. On trouva un volumineux kyste de l'avant-bras, comprimant le nerf radial qui était dégénéré. Ces hypertrophies congénitales diffèrent totalement des tumeurs ordinaires. J'ai vu bien des enfants atteints d'hypertrophie congénitale de l'œil ou de l'oreille et ne présentant aucune autre particularité. Les hypertrophies sont probablement souvent d'origine nerveuse. La théorie des « germes inclus » n'a pas beaucoup d'adhérents actuellement.

M. Humphry. — J'ai vu bien des cas d'hypertrophie de la mamelle, mais je ne me souviens d'aucun cas d'hypertrophie congénitale. Le cas de M. Sheild est un exemple de voûte plantaire défectueuse avec allongement de la partie interne du pied rendant le gros orteil proéminent. Quant aux molluscums, ils constituent des hypertrophies localisées analogues aux tumeurs graisseuses, au point de vue de leur origine. Ces hypertrophies établissent la transition entre les tumeurs simples et les tumeurs malignes. De même que, dans une tumeur maligne, il y a transgression des lois ordinaires qui président au développement des épithéliums, de même dans le cas d'hypertrophie du gros orteil, il y a transgression des lois de développement du fœtus. Quant à la théorie de l'origine embryonnaire des tumeurs, elle est loin d'être abandonnée.

SOCIÉTÉ D'OPHTHALMOLOGIE DE LONDRES

Séance du 29 *janvier* 1891.

Extraction de cataracte.

M. Berry. — Le 27 novembre dernier, j'ai opéré une femme d'une cataracte; à la fin de l'opération un peu d'humeur vitrée s'échappa par la plaie. Au bout de douze heures environ, la malade ressentit de la douleur et eut des vomissements; l'œil était distendu par du sang. Peu de temps après la malade eut deux crises épileptiformes. Il est probable que la pression du sang dans le globe oculaire a produit une irritation des filets nerveux sensitifs intra-oculaires produisant d'abord des nausées, puis les phénomènes épileptiformes.

M. H. Power. — Je puis citer un cas analogue dans lequel les accidents épileptiformes sont survenus au cours d'une opération de cataracte.

Nystagmus des mineurs.

M. Tatham-Thompson. — On ne sait pas exactement la cause de ce nystagmus qu'on rapporte d'ordinaire à 2 origines: 1° une accommodation forcée, surtout chez les mineurs qui travaillent couchés sur le côté; 2° une excitation insuffisante de la rétine par suite d'un mauvais éclairage. Or dans le sud du Pays de-Galles il y a deux sortes de mineurs : ceux qui retirent le charbon pour les usages domestiques; ils ont peu de place, travaillent de côté, mais sont bien éclairés; ceux qui retirent le charbon pour les machines ont au contraire beaucoup plus d'espace et peuvent bien s'orienter; mais ils sont mal éclairés. Or il est très rare de trouver chez les premiers du nystagmus qui est au contraire très fréquent chez les seconds. Du reste, je me suis livré à une enquête de laquelle il résulte que tout le personnel des mines et les médecins qui y sont attachés rapportent cette affection au défaut d'éclairage. Les ouvriers des mines qui font des travaux nécessitant moins d'attention et qui sont mieux éclairés n'ont pas de nystagmus. Les symptômes consistent en éblouissements, difficultés pour fixer, héméralopie, bien plus rarement en vertiges, vomissements, incoordination dans les mouvements des extrémités. Très souvent, chez les mineurs, le nystagmus se montre chez ceux qui sont hypermétropes ou astigmates.

M. Snell. — Je regrette que ces observations n'aient pas été faites sur des mineurs pendant qu'ils étaient au travail. D'après mes observations, il est impossible de regarder le défaut d'éclairage comme étant la principale cause du nystagmus. La véritable cause réside dans l'attitude du mineur qui tient obliquement sa tête et ses yeux.

AUTRICHE

SOCIÉTÉ IMPÉRIO-ROYALE DES MÉDECINS DE VIENNE

Séance du 13 *février* 1891.

Extirpation d'un ulcère gommeux.

M. Lang a soigné en décembre dernier un homme qui vint à l'hôpital avec une vaste ulcération gommeuse de l'aine droite, de la racine du pubis à l'épine iliaque, sur une largeur de 4 centimètres. Il a excisé toute la surface ulcérée, avec les tissus infiltrés sous-jacents, y compris des ganglions engorgés. De là une vaste plaie qui se mit à se couvrir de bonnes granulations, et au 12e jour elle fut greffée, avec succès, avec des morceaux de peau pris à la cuisse saine.

Cholestéatome de l'oreille.

M. Politzer. — Cette affection se développe le plus souvent à la suite d'otites moyennes, tantôt sous forme de masses perlées et circonscrites, tantôt sous forme d'amas épidermiques diffus qui emplissent l'oreille moyenne. Cette lésion, connue déjà de Cruveilhier, de Rokitanski, bien étudiée dans ces dernières années, trouble peu l'audition, mais elle peut perforer le crâne, d'où la mort par méningite.

Les anciens la considéraient comme une formation hétéroplastique. Les recherches récentes de v. Bezold et d'Habermann ont montré que c'est en général une production secondaire : après une otite moyenne, l'épiderme du conduit auditif externe franchit la perforation du tympan et tapisse la caisse. M. Politzer montre aujourd'hui des pièces démonstratives à cet égard, et en fait voir une où l'origine est une fistule de l'apophyse mastoïde. Le cholestéatome est rare dans les perforations centrales, mais il est assez fréquent dans celles de la membrane de Shrapnell. Cet épiderme qui envahit la caisse peut y rester à l'état de cul-de-sac, ou bien proliférer et desquamer en masses cholestéatomateuses qui remplissent la cavité.

A côté de cela, il faut admettre la possibilité de l'épidermisation directe de la muqueuse de l'oreille moyenne : cela est prouvé par quelques rares faits de cholestéatome mastoïdien sans perforation, sans otite préalable. Weinlechner a vu de même des masses de ce genre dans le sinus frontal.

Le cholestéatome peut user l'os et l'envahir et quelquefois, avec ou sans inflammation intercurrente, il s'évacue dans le conduit auditif externe ou par l'apophyse mastoïde, mais souvent il perfore la base du crâne, d'où mort par méningite ou phlébite des sinus. Il peut rester latent pendant des années ; puis, à l'occasion d'une suppuration, il éclate des accidents très douloureux, qui ne se terminent qu'après l'élimination des masses morbides.

Le diagnostic est établi quand, au spéculum, on voit des masses blanches ou jaunâtres, quand dans l'eau des lavages on trouve des lamelles épidermiques caractéristiques.

Le traitement consiste en lavages pour enlever les masses morbides. Cela est facile quand la perforation du tympan est large. Quand elle est petite, on y introduit facilement, grâce à la cocaïne, les petites canules élastiques de Hartmann et on fait le lavage. Si la caisse est trop pleine, cela échoue : mais alors on peut introduire une canule par la trompe d'Eustache. On emploiera soit de l'eau chaude pure, soit une solution de résorcine à 1 0/0. Certains petits cholestéatomes de la caisse peuvent être enlevés avec des curettes spéciales. Pour ceux de l'apophyse mastoïde, la trépanation est indiquée.

Occlusion intestinale.

M. Kundrat signale une variété rare qu'il a observée trois fois, et où le duodénum est comprimé par le mésentère. Deux de ces faits ont été recueillis à l'autopsie, l'un sur un homme d'âge moyen qui sortait d'une fièvre typhoïde ; l'autre chez une femme qui fut apportée au 8e jour dans le service d'Albert. Dans ce dernier cas, il y avait à l'aine une tumeur qu'on prit pour une hernie crurale et qu'on réussit à réduire : mais c'était une varice de la saphène et la malade mourut d'embolie pulmonaire.

La 3e observation a été recueillie par M. Hochenegg au cours d'une laparotomie, chez un homme de 22 ans.

Les occlusions de cette nature sont quelquefois incomplètes, et alors on les observe surtout chez les femmes. Elles sont dues d'une part à une conformation spéciale du mésentère, et d'autre part à une traction de ce mésentère par une chute brusque des intestins dans le bassin, chute liée à un défaut de la pression intra-abdominale (amaigrissement, grossesse, ablation de tumeurs). Dans ces cas, il y a seulement arrêt des matières, sans troubles circulatoires de la paroi, et la mort est probablement due à l'intoxication par des ptomaïnes. Opératoirement, la remise en place de ce mésentère est très difficile, et il semble que la gastro-entérostomie soit indiquée.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Imp. des Arts et Manufactures, 12 rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud.

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

PUBLIÉ PAR

LA GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MEDECINE ET DE CHIRURGIE

Et servi gratuitement à tous les abonnés de ce journal

ABONNEMENTS SPÉCIAUX POUR MM. LES ÉTUDIANTS. — UN AN : 6 FRANCS

L. LEREBOULLET, Rédacteur en chef. — A. BROCA, Secrétaire de la Rédaction

Librairie de G. MASSON, 120, boulevard Saint-Germain.

SOMMAIRE

ACTES OFFICIELS

Légion d'honneur. — M. Le Dr Lubelski, médecin du Consulat général de France et de l'hôpital de Varsovie vient d'être promu au grade d'officier. Nous sommes heureux d'applaudir à cette distinction accordée à l'un de nos plus anciens collaborateurs et amis.

ACTES DES FACULTÉS DE MÉDECINE

Thèses du 2 au 7 mars.

Mercredi 4.— M. Laverny. Contrib. à l'ét. de l'épistaxis dans le mal de Bright. — M. Morel. Contribution à l'étude de la diphthérie. — M. Mariage. Intervention chirurgicale dans les inflammations péri-cæcales. — M. Dupré. De la luxation congénitale de la hanche. — M. Gampert. Traitement de l'amygdalite lacunaire chronique par la discission des amygdales.

Jeudi 5. — M. Bonnard. De certaines formes de kératite consécutives à des altérations légères du nerf trijumeau. — M. Redureau. Contribution à l'étude de la suppuration dans la grippe. — M. Costet. De la variole pendant la grossesse. Pronostic pour la mère et pour l'enfant. — M. Couder. Protection du périnée pendant le passage du tronc, après la sortie de la tête.

NANCY.

Présentations pour les chaires professorales. (Listes de la Faculté).

Histologie : 1re ligne, M. Baraban; 2e ligne, M. Tourneux (professeur à Lille).

Thérapeutique : 1re ligne, M. Schmitt; 2e M. Simon; 3e M. Parisot.

VARIÉTÉS

Concours du bureau central en médecine. — Le jury tiré au sort est composé de MM. Ollivier, Hanot, Brocq, Rendu, Gouguenheim, Moizard et Humbert.

Le congrès allemand de médecine interne se tiendra à Wiesbaden du 6 au 9 avril 1891, sous la présidence de M. Leyden.

Concours. — Le 16 mars prochain, à huit heures et demie du matin, s'ouvrira un concours à l'hospice des Quinze-Vingts, pour l'emploi de médecin en chef de l'hospice Saint-Victor, à Amiens.

Le médecin nommé sera chargé du service quotidien de la clinique ophthalmologique et des soins à donner aux pensionnaires et au personnel de l'Etablissement. Il jouira d'un traitement annuel de six cents francs.

Le dernier délai d'inscription est fixé au 7 mars prochain.

Pour tous renseignements, s'adresser au Secrétariat de la mairie d'Amiens.

Sauvagerie humaine. — Le *Wiener Tagblatt* rapporte un fait qui est le digne pendant des attentats commis contre les médecins en Italie à l'occasion du choléra.

A Komaran, village voisin de Gross-Kanissa, deux médecins ont failli être écharpés par une bande de paysans surexcités, qui les prenaient pour des empoisonneurs. L'un d'eux avait ordonné à un enfant malade de l'antipyrine et du calomel. Dans la nuit, toute la famille, composée de cinq personnes, succomba à l'intoxication oxycarbonique. Les paysans, ignorants et sauvages, ne manquèrent pas d'attribuer cet accident aux médicaments ordonnés la veille à l'une des victimes. Sans la présence d'esprit de l'un des médecins qui, sous les yeux de la foule, s'empressa d'avaler ce qui restait de la potion, les deux praticiens eussent subi un fort mauvais parti et eussent peut-être été massacrés. Inutile de dire que l'autopsie médico-légale montra que les cinq victimes avaient été empoisonnées par le gaz oxycarbonique.

L'assemblée générale de la Société protectrice de l'enfance a eu lieu, dimanche à deux heures, dans le grand amphithéâtre de la Sorbonne, sous la présidence de M. Jules Simon, qui a félicité les membres de la Société de leur dévouement à la cause des humbles.

M. Jules Simon a fait ressortir toute l'importance de cette œuvre, qui, en nourrissant, en instruisant, en élevant les enfants, venus au monde condamnés par la misère, prépare à la partie des hommes qui lui feront honneur. « C'est depuis la Révolution, a ajouté l'orateur, que l'instruction et la protection de l'enfance font l'objet des préoccupations des hommes d'Etat et des philosophes. La troisième République est pleine de sollicitude pour cette œuvre, et les représentants de tous les partis s'y associent de tout cœur. »

Après ce discours, qui a été chaleureusement applaudi, M. le docteur Blache a donné lecture du compte rendu moral et financier de la Société. 35,246 francs ont été dépensés cette année pour parer aux misères excessives que la rigueur de l'hiver a causées. 1,582 familles ont pu recevoir des secours et 600 enfants ont été vaccinés.

M. le docteur Béclère a lu son rapport sur les récompenses décernées aux médecins-inspecteurs.

Enfin, M. Mansais, référendaire au sceau de France, a communiqué son rapport sur les récompenses accordées aux mères-nourrices.

Appel des médecins de Réserve et de l'armée territoriale.

Le Ministre a décidé que l'appel des médecins de réserve et de l'armée territoriale aura lieu en 1891 dans les conditions suivantes (19e corps excepté).

Réserve.— 25 médecins-majors de 2e classe et 322 médecins aides-majors de 1re ou de 2e classe seront convoqués par moitié pour une période de 28 jours en 2 séries : la première du mercredi 6 mai au mardi 2 juin; la deuxième du jeudi 1er octobre au mercredi 28 octobre.

Armée territoriale. — 50 médecins-majors de 2e classe et 324 médecins aides-majors de 1re ou de 2e classe seront également convoqués, par moitié, pour une période de treize jours: la 1re du mercredi 21 mai au mardi 2 juin, la 2e du vendredi 16 octobre au mercredi 28 octobre.

Tous ces médecins seront désignés par les généraux commandant les corps d'armée auxquels ils sont affectés, quel que soit leur domicile.

Toutefois, les médecins affectés à l'Algérie ou à la Tunisie et résidant en France pourront être appelés dans les corps d'armée où ils sont domiciliés.

Le choix des commandants de corps d'armée devra porter de préférence:

1° Sur les médecins qui n'ont pas encore été convoqués, en commençant par les plus jeunes de grade;

2° Sur ceux qui, réunissant les conditions d'ancienneté nécessaires, auront demandé à faire un stage afin de pouvoir bénéficier des dispositions du décret du 19 décembre 1889 (avancement).

Aucune dispense d'appel ne pourra être accordée si ce n'est pour des cas de force majeure ou dans l'intérêt des populations.

Les demandes qui seraient formulées à ce sujet devront être adressées à MM. les généraux commandant les corps d'armée.

Les intéressés sont du reste prévenus que ceux qui ne pourraient accomplir leur stage pendant la 1re période, l'accompliraient pendant la 2e et inversement.

CLINIQUE MÉDICALE

Sur les propriétés pyogènes du bacille d'Eberth à propos d'un cas de fièvre typhoïde compliquée d'un abcès de la paroi abdominale et de délire aigu, Communication à la *Société médicale des hôpitaux*, par F. Raymond, agrégé de la Faculté, médecin de Lariboisière.

Depuis qu'on s'occupe du rôle des microbes dans la genèse des états morbides, les accidents suppuratifs, survenant dans le cours ou pendant la convalescence de la fièvre typhoïde, ont été, tout d'abord, attribués à des infections secondaires. On conçoit, en effet, facilement que par des ulcérations de l'intestin puissent s'introduire de nombreux microbes pyogènes capables de produire des complications indépendantes du micro-organisme de la fièvre typhoïde. C'est à cette hypothèse que s'étaient ralliés Frænkel et Simmonds (1) qui ont trouvé le staphylococcus pyogenes aureus dans un foyer de parotidite et dans un abcès sous-cutané, au cours d'une fièvre typhoïde. Dans des cas analogues, des microbes pyogènes ont aussi été rencontrés par Seitz (2), Sænger (3), Th. Dunin (4), Patella (5). Cependant de nouvelles observations sont venues prouver que ces complications de la fièvre typhoïde pouvaient avoir une pathogénie toute différente. Dans un certain nombre de cas, en effet, on a trouvé, dans le pus de ces abcès concomitants ou consécutifs à la fièvre typhoïde, le microbe que l'on considère comme l'agent pathogène de la fièvre typhoïde, le bacille d'Eberth, et lui seul; dans ces conditions, on a considéré ces complications suppuratives de la dothiénenterie comme des localisations du virus typhoïdique.

Le premier fait de ce genre a été publié par A. Frænkel (6), qui rencontra le bacille d'Eberth à l'exclusion de toute autre bactérie, dans un foyer de péritonite enkystée. Tavel (7) fit la même constatation dans un cas d'orchite suppurée survenue pendant la convalescence d'une fièvre typhoïde.

Roux et Vinay (8) ont étudié un abcès de la rate chez un typhique, mort au dix-huitième jour de sa fièvre typhoïde. La culture sur plaques a fourni la preuve de la présence exclusive du bacille d'Eberth.

Martha (9) a publié deux cas d'ostéo-périostite due au bacille d'Eberth; mais ce cas est peu démonstratif, car on a négligé de faire des cultures.

Valentini (10) a trouvé ce même microbe seul au sein d'un abcès sous périosté du tibia, et dans le pus d'une pleurésie suppurée; Ebermayer (11) dans deux cas de périostites suppurées du tibia; Orloff (12) dans une périostite, huit mois après une fièvre typhoïde; Kamen (13) dans une méningite compliquant une fièvre typhoïde; Colzi (1) dans une ostéo-périostite du tibia; enfin Achalme (2) a publié l'observation très complète d'un malade qui eut, pendant sa convalescence, une ostéo-périostite du tibia causée par le bacille d'Eberth seul.

(1) Frænkel et Simmonds, Die ætiologische Bedeutung der Typhus Bacillus, Hambourg und Leipzig (1886).
(2) Etude bactériologique sur l'étiologie du typhus. Munich (1886).
(3) *Deutsche medicin. Wochenschrift*, 1886, n° 4, p. 56.
(4) *Deutsches Archiv für klin. Medicin*. 1886, t. XXXIX, p. 369, fasc. 3 et 4.
(5) *Riforma medica*, 1890.
(6) *Verhandlungen des VI Congress für innere Medic.* Wiesbaden, 1887, p. 179.
(7) *Correspondenzblatt für schweizer Aerzte*, 1887, p. 590.
(8) *Soc. des sciences médic. de Lyon*, avril 1888. *Lyon médical*, 10 juillet 1888.
(9) *France médicale*, 4 avril 1888.
(10) *Berliner klin. Wochenschrift*, n° 17, 1889.
(11) *Deutsches Archiv fur klin. Medicin*, t. XLIV, fasc. 2 et 3, p. 140, 1888. Dans un autre cas de fièvre typhoïde, relaté par Ebermayer (obs. V), il y a eu périostite aux deux tibias et aux pieds, aux dixième et onzième côtes à droite. La fièvre typhoïde, dans ce cas, se compliqua d'un violent délire alcoolique, de pneumonie et d'une otite moyenne suppurée. Les cultures fournies par l'ensemencement du pus retiré de l'oreille étaient constituées exclusivement par des streptocoques.
(12) *Wratch*, 1889, n° 49.
(13) *Int. klin. Rundschau*, 1890, n° 3-4.

D'autres expérimentateurs ont été plus loin : ils ont essayé, par des expériences sur les animaux, de démontrer que le bacille d'Eberth pouvait être pyogène. Roux (3), Orloff (4), Gasser (5), Giuseppe Muscatillo (6) ont pu produire des abcès chez les lapins en injectant sous la peau des cultures pures du bacille d'Eberth. Orloff prétendait même avoir réussi à obtenir ces abcès en injectant aux animaux des cultures stérilisées de ce bacille.

Cette longue énumération de travaux est propre à faire ressortir l'intérêt que présente, au point de vue bactériologique, la principale question que je me propose d'aborder, l'étiologie des abcès qui se développent dans le cours ou pendant la convalescence de la fièvre typhoïde. Je vais communiquer une observation qui est un nouvel exemple d'abcès survenu chez un typhique, sans intervention d'aucun autre microbe que le bacille d'Eberth. C'est une preuve de plus comme quoi ce bacille est pyogène dans certaines circonstances, comme aussi il peut, à lui seul, provoquer la suppuration. Mon observation présente un autre côté intéressant : elle est un nouvel exemple de fièvre typhoïde compliquée de délire aigu. Je me propose de dire quelques mots sur la pathogénie de cette complication.

Observation. — X..., 31 ans, journalière. Salle Trousseau, n° 14 (Hôpital Lariboisière). — Entrée le 9 novembre 1890, morte le 19 décembre 1890.

Renseignements. — Bonne santé antérieure. Il y a un mois, début d'une fièvre typhoïde dont l'évolution paraît avoir été régulière. — Le 2 novembre, la malade était en pleine convalescence. On lui donna à manger un peu plus que de coutume. A partir du 4 novembre, retour des manifestations de la fièvre, abattement général. Le mari de la malade ne pouvait plus la soigner à domicile; il la fit admettre à l'hôpital, le 8 novembre, dans l'après-midi.

Etat actuel : 9 *novembre*. — Femme, de taille moyenne, mais *surchargée d'embonpoint*.

Peau chaude, sèche. Langue blanche, très saburrale, rouge sur les bords. Pharynx rouge et comme verni. Ventre ballonné. Douleur à la pression de la fosse iliaque droite. Quelques taches rosées lenticulaires. Rate grosse. Diarrhée abondante. Râles de bronchite généralisée. Pouls 120. Température vaginale 39°,9. Rien du côté du cœur. Urines rares, très foncées, nuage d'albumine. Torpeur intellectuelle; la malade comprend bien ce qu'on lui demande; elle répond un peu difficilement, mais avec netteté. Légère surdité. La malade n'a pas d'évacuations involontaires; elle demande le bassin.

Soir : T.V. 40°,2.

10 *novembre*. Epistaxis dans la nuit. M.T.V. 40°,2. S.T.V. 40°,9. Soubresauts des tendons. Sécheresse de la langue.

Eau vineuse. Bouillons. Lavements et lotions fraîches. 1 gr. sulfate de quinine.

11 *novembre*. — Même état. M.T.V. 39°,9. — S.T.V. 40°,4.

— Du 11 novembre jusqu'au 20 novembre, la maladie, tout en conservant les apparences d'une grande gravité, semble marcher régulièrement. Ce jour, on constate une légère augmentation de température, 39°. Sans que rien ait pu le faire prévoir, et alors que les urines, assez abondantes, ne contenaient plus trace d'albumine, la malade est prise subitement de délire, et d'un délire bruyant, loquace; incohé-

(1) *Sperimentale*, Giugno 1890.
(2) *Société de biologie*, 21 juin 1890.
(3) *Lyon médical*, 1888, n° 26.
(4) *Wratch*, 1890, n° 4-6.
(5) Gasser, Etudes bactériologiques sur l'étiologie de la fièvre typhoïde. Th. de Paris, 1890.
(6) Muscatillo, Sul Potere piogeno del Bacillo di Eberth, *Riforma medica*, septembre 1890.

rence complète. La malade profère des mots sans suite; parfois elle pousse des cris inarticulés. A certains moments, elle crie, vocifère, s'agite dans son lit, veut se lever, cherche à donner des coups. Par instants, elle semble être en proie à la terreur; elle s'arrête quelques minutes de crier; puis, un nouvel accès survient.

Le délire dure toute la journée et toute la nuit. S.T.V. 38°,9. — Pouls : 130, petit et dépressible.

22 *novembre*. — Même état M.T.V. 38°,4. — S.T.V. 38°,9. Lavements de valériane. Potion avec quatre grammes de bromure de potassium.

23 *novembre*. — Le délire est un peu moins bruyant; l'agitation moins forte. M.T.V. 38°,5. — S.T.V. 39°,2. Pouls : 112.

24 *novembre*. — L'excitation intellectuelle est remplacée par de la somnolence; mussitation. Lèvres, langue, gencives fuligineuses. M.T.V. 38°,6. — S.T.V. 39°,6.

25-26-27 *novembre*. — Même état.

28 *novembre*. — Même agitation, même délire que les premiers jours; mais les manifestations morbides sont très atténuées. — M.T.V. 38°,5. — S.T.V. 39°,9.

29 *novembre*. — Id.

30 *novembre*. — Retour à la somnolence. — De temps à autre, délire calme; tranquille. L'état général est moins mauvais. M.T.V. 37°,2. — S.T.V. 37°,9.

— Les jours suivants, la température oscille autour de 38°; 38°,5. Il y a un mieux sensible.

11 *décembre*. — Retour d'un certain degré d'excitation. — Peau sèche, chaude. — Langue fuligineuse. — Sur la paroi abdominale, on constate, à la palpation, et malgré l'énorme couche de graisse dont celle-ci est revêtue, une induration profonde, qui s'étale transversalement de 4 centimètres à 5 centimètres, de chaque côté de la ligne médiane, à 6 centimètres du mont de Vénus et à 2 centimètres de l'ombilic. Cette induration est douloureuse au toucher.

Application d'onguent mercuriel belladoné. M.T.V. 38°. — S.T.V. 38°,4.

— A partir du 11 novembre, la température est allée en augmentant, progressivement, jusqu'à 39°,8. En même temps, l'état général devenait de plus en plus mauvais; retour du délire avec agitation. Parallèlement, l'induration de la paroi abdominale augmentait très sensiblement, en largeur et en épaisseur. Pas de sensation manifeste de fluctuation.

La malade est morte, dans le coma, le 19 décembre.

Autopsie. — *Cerveau*. — Le volume de cet organe parait avoir augmenté ; la dure-mère est comme distendue. Injection considérable des vaisseaux de la pie-mère. Les capillaires du cerveau sont également très dilatés; il en est de même de ceux des ventricules. En de certaines régions, principalement au niveau de la scissure de Sylvius et du sillon de Rolando, à la partie supérieure de celui-ci, on découvre un piqueté hémorrhagique.

Sérosité abondante dans les ventricules. Cette sérosité semble renfermer quelques globules sanguins. Elle imbibe toute la substance nerveuse de l'encéphale. Stase sanguine dans tous les sinus et dans les veines. Sur les coupes, teinte hortensia de la substance grise. — Même coloration dans l'épaisseur des noyaux gris centraux.

Par suite de circonstances indépendantes de ma volonté, l'examen histologique des centres nerveux, des capillaires cérébraux, en particulier, n'a pu être fait. Il en a été de même de l'examen bactériologique de la sérosité qui imbibait la substance cérébrale.

La moelle épinière, non plus, n'a pas été examinée.

Poumons. — Normaux; sans adhérence.

Cœur et aorte. — Le cœur a son aspect habituel, sauf une légère décoloration du myocarde. Rien du côté des orifices. L'aorte est saine.

Foie.— Normal.

Rate. — Cet organe a environ le double de son volume normal. Le parenchyme splénique, de couleur rouge noir, est assez résistant; il ne se laisse dilacérer qu'avec une certaine difficulté.

Reins. — Aucune lésion particulière.

Muqueuse intestinale. — Cette muqueuse, sur une étendue de un mètre environ à partir et au-dessus de la valvule de Bauhin, présente, de distance en distance, des cicatrices de certains follicules clos et de quelques plaques de Peyer ulcérés. De même dans le cæcum. La muqueuse du reste du gros intestin est normale. Aucune trace de perforation.

Péritoine — Le péritoine dans ses deux portions, pariétale et viscérale, est en état de parfaite intégrité. Il n'y a pas trace d'un processus ancien ou récent, en particulier au niveau du plegmon de la paroi, ou dans la fosse iliaque droite. Aucune adhérence normale.

Paroi abdominale. — En incisant la paroi abdominale, transversalement, on tombe dans une énorme poche contenant environ deux verres de pus rougeâtre mal lié, sans aucune odeur. Le liquide s'écoule facilement par la pression. Les parois de la collection purulente sont infiltrées, œdémateuses, assez dures. Ces parois sont formées, d'une part, par l'aponévrose superficielle des muscles de l'abdomen, d'autre part, par la peau doublée de tissu adipeux, et au pourtour par le même tissu adipeux induré. Il n'existe aucune trace de communication avec l'abdomen; la paroi de cette cavité est absolument intacte.

Je ne crois pas devoir insister sur la phénomalité des troubles mentaux présentés par notre malade dans le cours de sa rechute de fièvre typhoïde. Le délire aigu de cette pyréxie est aujourd'hui trop connu, dans ses principales modalités cliniques, pour que j'aie à m'étendre sur cette partie descriptive. Mais il est un point qui reste controversé : il est relatif à la question de savoir si le délire aigu ne se montre jamais que chez des sujets prédisposés, opinion qui tend à prévaloir auprès des psychiâtres.

Mon observation vient à l'appui de cette manière de voir. Les premiers renseignements recueillis sur les antécédents héréditaires et personnels de la malade excluaient tout soupçon d'une tare mentale. Il n'y avait jamais eu de cas de folie dans sa famille, m'affirmait-on. La malade elle-même était représentée comme une personne très raisonnable, n'ayant jamais fait d'excès alcooliques ou vénériens, n'ayant jamais eu à endurer de fatigues intellectuelles. Elle ne présentait d'ailleurs aucun stigmate apparent de dégénérescence. Mais voici qu'en poursuivant mon enquête, j'apprends, du médecin de la famille, que le père était un alcoolique avéré, et qu'il est mort dans un accès de délirium tremens; et que la malade, elle-même, passait dans sa famille pour être d'une insouciance extraordinaire; qu'il lui arrivait parfoir de parler sans suite dans les idées; elle avait, en outre, une grande mobilité de caractère, et elle était originale, fantasque.

Restent les rapports de ce délire aigu avec la fièvre typhoïde. A cet égard, différentes hypothèses sont possibles :

a. — Le délire pouvait être entretenu par la présence d'organismes bactériens dans les centres nerveux supérieurs, et notamment par la présence du bacille d'Eberth. Klebs (1) a signalé la présence du bacille de la fièvre typhoïde dans des foyers de méningite suppurée trouvés à l'autopsie d'un malade mort de la dothiénentérie. Mais, il n'y a aucune comparaison à établir entre ce cas et le nôtre, car chez notre malade, il n'existait aucune trace de méningite, ni surtout de pus dans les méninges. Chantemesse et Widal (2), dans une communication à cette société (*séance du 25 février 1887*), ont signalé que quatre fois sur huit recherches ils avaient obtenu le bacille d'Eberth à l'état de culture pure dans les méninges ou dans le cerveau. Ils faisaient remarquer, à ce propos, que la présence de ce bacille dans les centres nerveux, rapprochée de l'absence presque constante de lésions histologiques, nous montre qu'un micro-organisme peut, en pullulant sur un organe, « amener les troubles fonctionnels les plus graves, sans lésions anatomiques, du moins appréciables ». Malheureusement, chez notre

(1) *Archiv. für exper. Path. und Pharmak.* T. XIII, 1881.
(2) *Bull. et mém. de la Société médicale des hôpitaux.* 1887, p. 86.

malade l'examen bactériologique des méninges et de la substance cérébrale a été négligé. Mais chez un autre sujet mort de la dothiénentérie, après avoir présenté un délire bruyant persistant, l'examen bactériologique des méninges et du cerveau n'a donné que des résultats négatifs. Je rappellerai à ce propos que dans des cas de délire aigu survenu en dehors de la fièvre typhoïde, l'épreuve des cultures, pratiquée avec des fragments de méninge et de substance cérébrale, n'a donné également que des résultats négatifs, ainsi dans des cas de Buchholtz (1), et de Peli (2). Donc la présence de bactéries (bacilles d'Eberth ou au autres) dans le cerveau et ses enveloppes, chez un sujet mort à la suite d'un ou de plusieurs accès de délire aigu, ne saurait être considérée comme la cause certaine des accidents délirants.

b. — On peut se demander, en second lieu, si le délire, dans les cas analogues à celui que je viens de communiquer, n'était pas en rapport, sinon avec des lésions grossières de l'encéphale et de ses enveloppes, du moins avec des altérations histologiques appréciables. Parmi les psychiâtres, les uns, tels que Trélat, Calmeil, etc., nient l'existence de toute altération anatomique intervenant comme élément causal dans les cas de délire aigu. Les autres, et ce sont surtout les auteurs allemands, Schüle en particulier, affirment au contraire un rapport de filiation entre le délire aigu et certains troubles vasculaires tels qu'on en a constatés chez ma malade : congestion capillaire, turgescence veineuse, piqueté hémorrhagique, œdème cérébral et ventriculaire, teinte hortensia de la substance grise, etc. Les altérations vasculaires interviendraient comme cause déterminante des accidents délirants, chez un sujet prédisposé de par l'hérédité morbide, en un mot, chez un dégénéré. Cette interprétation s'appliquerait au cas de ma malade.

A ce propos, je crois devoir faire une remarque dont vous apprécierez le bien fondé. Le délire est une manifestation en quelque sorte normale de la fièvre typhoïde, et il y a longtemps déjà que certains pathologistes, Liebermeister entre autres, ont attribué comme cause aux manifestations délirantes de la fièvre typhoïde les altérations micro-chimiques que subissent les cellules nerveuses de l'écorce grise, sous l'influence de l'hyperthermie. Ces altérations se résument dans la transformation graisseuse du protoplasma cellulaire. Certaines intoxications, l'inanition, produiraient le délire par le même mécanisme. Or, il y avait chez ma malade une double prédisposition à la dégénérescence graisseuse des cellules de l'encéphale; l'adiposité, qui attestait en quelque sorte la tendance des parenchymes à former de la graisse; la difficulté pour l'organisme de lutter contre l'hyperthermie profonde par les déperditions de chaleur à la surface, en raison de la présence d'une épaisse couche de graisse sous la peau. J'ai pu, à maintes reprises, constater la gravité exceptionnelle que revêtait la fièvre typhoïde chez des sujets obèses, et je crois que cette gravité est pour partie du moins explicable par les raisons que je viens de dire. Je laisse de côté les détails de l'observation qui m'ont paru moins intéressants à rappeler, pour faire connaître les résultats de l'étude microscopique et de l'étude bactériologique du pus. Cette étude a été faite au laboratoire de notre distingué collègue, M. le professeur Straus, par M. Veillon, interne des hôpitaux, bactériologiste très compétent.

Le pus de l'abcès, recueilli avec pureté, a été soumis à un examen complet.

Examen microscopique. — Dans une gouttelette de pus, étendu sur une lamelle et traité de la façon habituelle, nous avons pu constater la présence exclusive d'un bacille grêle, à extrémités arrondies, de deux à trois mètres de long. Il se colorait par les couleurs d'aniline, et il était complètement décoloré par la méthode de Gram.

Cultures. — Ce pus a été ensemencé sur des plaques de gélose, sur des plaques de gélatine, en stries et en piqûre; dans des tubes de gélatine et de gélose, et, enfin, sur des pommes de terre.

Les plaques de gélose, placées à l'étuve à 35°, étaient peuplées, dès le lendemain, de nombreuses colonies formées de taches blanches, opaques, crémeuses et s'étendant rapidement.

Sur les plaques de gélatine, on voyait apparaître, au bout de deux à quatre jours, des colonies bien plus caractéristiques. Tout à fait au début, les colonies, emprisonnées dans la gélatine, formaient des points blanchâtres, granuleux; peu à peu, la colonie, arrivée à la surface, s'étalait sans faire de proéminence. A ce moment, si on l'examinait à un faible grossissement, on apercevait des taches transparentes, presque incolores, limitées par un bord sinueux. Cette tache était très réfringente et, en faisant varier le point, on voyait des parties, tantôt brunes, tantôt brillantes, avec des crêtes et des brisures rappelant l'aspect des glaciers. La gélatine n'était pas liquéfiée.

Sur toutes ces plaques de gélose ou de gélatine, on ne voyait que des colonies semblables.

Sur les tubes de gélose inclinés, la culture est abondante et forme un exsudat blanc crémeux.

Dans les tubes de gélatine ensemencés par piqûre, on voit se former, le long du trait d'inoculation, un filament blanchâtre, en forme de dents de scie. Le développement reste très limité le long de la piqûre; à la surface, au contraire, la culture s'épanouit en formant un revêtement blanc, légèrement transparent. à bords sinueux s'étendant progressivement jusqu'aux parois du tube.

Enfin, sur pommes de terre, la culture est caractéristique. Les ensemencements sont faits sur des pommes préparées d'après la méthode de Roux et mises à l'étuve à 37°; au bout de 48 heures, les pommes de terre semblent être restées stériles; tout au plus voit-on, sur la face ensemencée, un aspect brillant et humide; cependant si, avec l'aiguille de platine, on racle cette surface, on constate, au microscope, qu'elle est recouverte d'une culture de bacilles extrêmement abondants.

Ensemencé sur de la gélose colorée par la fuchsine, d'après le procédé de Gasser, il la décolorait complètement.

Ainsi toutes les cultures ont démontré la présence exclusive, dans ce pus, d'un bacille, toujours le même.

Ce bacille, dans les cultures, se présentait sous l'aspect d'un bâtonnet, court et grêle, extrêmement mobile; sa longueur était très variable ; quelques bacilles formaient des pseudo-filaments; ils se coloraient irrégulièrement.

Tous ces caractères permettent d'affirmer que le bacille contenu dans le pus de l'abcès n'était autre que le bacille d'Eberth.

Ces résultats prouvent donc que le bacille de la fièvre typhoïde peut devenir pyogène dans certaines circonstances, sans qu'on puisse affirmer pour cela qu'il est l'agent de toutes les suppurations dont peut se compliquer la dothiénentérie.

(1) *Archiv. für Psychiatrie und Nervenkr.* T.XX, fasc. 3, p. 788, 1889. Dans deux observation de Buchholtz, il existait une dégénérescence cireuse des muscles du squelette. La même constatation avait été faite précédemment par Fürstner (*Archiv für Psychiatrie.* T. XI, fasc. 2, p. 617) dans trois cas de délire aigu. Cette constatation est à rapprocher de la fréquence relative avec laquelle s'observe la dégénérescence cireuse dans les cas de fièvre typhoïde.

(2) *Archiv. ital. per le malad. nerv.*, t. XXII, p. 219. 1885.

REVUE DES JOURNAUX

Du gonocoque dans le diagnostic médico-légal des vulvites, par Vibert et Bordas. (*La Médecine moderne*, 13 nov. 1890, p. 881.) — Dans 6 cas de vulvite chez des petites filles qui prétendaient avoir subi les attouchements d'hommes chez lesquels on ne trouvait aucune trace de blennorrhagie, Vibert et Bordas ont trouvé un diplocoque présentant la forme en biscuit, disposé en amas dans l'intérieur des globules de pus, se colorant comme le gonocoque, et comme lui, ne résistant pas à la décoloration dans l'emploi de Gram. Ils en concluent que la médecine légale, qui ne peut utiliser que des données absolument incontestables, ne peut se contenter de la constatation du gonocoque dans un écoulement pour en admettre la nature blennorrhagique. A cette conclusion, rien à contredire ; seulement, pour prouver que les écoulements examinés n'avaient rien à faire avec la blennorrhagie, il faudrait des arguments plus décisifs que ceux invoqués.

Etude sur le gonocoque, par Vibert et Bordas. (*La Médecine moderne*, 1er janv. 1891, p. 6.) — Les auteurs ont, dans une série d'essais de culture de pus blennorrhagique sur le bouillon, sur l'agar et sur pommes de terre, obtenu presque toujours des résultats positifs. Ces résultats, en contradiction avec ceux obtenus par la plupart des plus éminents bactériologistes, demanderaient à être exposés avec plus de détails que les auteurs n'en donnent. Avec le pus de vulvites non blennorrhagiques (voir l'analyse précédente), ils ont obtenu des résultats semblables, sauf des différences dans l'aspect des cultures sur pommes de terre.

Vaccino-syphiloïde du jeune enfant, par A. Fournier (*Bulletin médical*, 28 janv. 1891, p. 83). — Sous ce nom, le professeur Fournier décrit une éruption déjà observée par E. Besnier et Hallopeau, caractérisée par le développement sur les plis de la région péri-génito-anale de papulo-vésicules isolées ou groupées en bouquet qui ressemblent d'abord aux éléments de l'éruption vaccinale parvenus au 6e ou 8e jour, puis s'érodent à leur surface et prennent un aspect se rapprochant de celui des plaques muqueuses. La distinction avec les lésions syphilitiques repose sur la présence, à côté d'éléments papuleux, d'éléments plus jeunes à l'état vésiculeux ou sur la persistance autour de quelques papules de débris d'éléments vésiculeux, la coexistence de ces diverses lésions tenant à ce que l'éruption se fait par poussées successives.

Convulsions épileptiformes à la suite du zona (A case of reflex epileptoid convulsions following an eruption of zoster), par J. Byron (*New-York medic. Journ.*, 10 janvier 1891, p. 36). — Garçon de 12 ans, qui, à la suite d'un zona du plexus cervical superficiel gauche, fut pris d'attaques caractérisées par un cri subit, suivi de convulsions d'abord toniques puis cloniques occupant principalement le côté droit du corps; ces attaques étaient précédées d'une sensation très étrange occupant la région de la peau occupée par le zona; après leur cessation, l'enfant reprenait ses jeux; les convulsions se répétaient plusieurs fois par jour; dans l'espace de 15 jours, elles avaient entièrement disparu ainsi que l'éruption. L'auteur pense qu'elles ne se reproduiront pas, puisque la cause qui en a amené la production a cessé.

Mal de Bright survenu chez deux enfants au cours d'un purpura rhumatoïde, par A. Moussous (*Rev. mens. des malad. de l'enfance*, février 1891, p. 62). — Dans l'un de ces cas, il s'agit d'un enfant de 10 ans qui, au cours d'un purpura rhumatoïde avec hématémèse, eut de l'albuminurie, laquelle persistait encore au bout de 2 mois et s'accompagnait d'œdème des membres et de la face et de troubles de la vue. Dans le 2e, un enfant de 13 ans, atteint de purpura avec arthropathies, fut pris d'hématuries suivies d'albuminurie avec anasarque au cours de laquelle survinrent à plusieurs reprises des poussées pétéchiales et succomba 4 mois après le début du purpura avec des accidents urémiques à forme dyspnéique; à l'autopsie, les reins étaient volumineux, d'un blanc jaunâtre et présentaient au microscope des lésions de néphrite diffuse.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 24 février 1891.

Présidence de M. Tarnier.

Elections.

L'Académie procède à l'élection de deux correspondants nationaux dans la division de médecine :

1re élection : Premier tour de scrutin. — Votants : 66, majorité, 34. Ont obtenu : MM. de Brun (de Beyrouth), 32 voix ; Morvan (de Lannilis), 21 ; M. Bouchard (de Bordeaux), 3 ; M. Duché (de l'Yonne), 1, et M. Niepce (d'Allevard), 1.

Deuxième tour de scrutin. — Votants : 69 ; majorité, 35. **M. de Brun** est élu par 36 voix, contre 28 à M. Morvan, 4 à M. Trastour et 1 à M. Bouchard.

2e élection : Premier tour de scrutin. — Votants : 63 ; majorité, 32. Ont obtenu : M. Trastour, 31 ; M. Morvan, 26 ; M. Duché, 1 et M. Niepce, 1.

Deuxième tour de scrutin. — Votants : 60; majorité, 31. **M. Trastour** est élu par 32 voix, contre 28 à M. Morvan.

Epithélioma palpébral.

M. Galezowski. — En Allemagne on a beaucoup vanté dans ces derniers temps l'emploi contre l'épithélioma palpébral d'une préparation appelée pyoktanine et provenant de la décomposition de couleurs d'aniline Cette préparation n'étant pas définie, j'en ai confié l'étude à M. Petit qui a reconnu que son principe actif était la tétra-méthyl-diamido-benzophénoméïde, à laquelle il a donné le nom d'apyonine. La solution de cette substance m'a fourni des résultats remarquables dans plusieurs cas d'épithélioma des paupières, d'ulcères rongeants et d'abcès de la cornée.

Transmissibilité de la tuberculose par le lait.

M. A. Ollivier. — J'ai eu l'occasion d'observer récemment, à Chartres, une jeune fille de 20 ans, atteinte de méningite tuberculeuse à marche quasi foudroyante Les antécédents personnels et héréditaires étaient excellents ; elle avait fait son éducation dans un pensionnat des environs, où la tuberculose avait frappé en peu d'années 13 élèves, sur lesquelles 6 étaient mortes. Or, quelques jours après la mort de cette jeune fille, on vendait à l'abattoir la vache qui fournissait le lait à cet établissement; à l'autopsie, les poumons et les mamelles furent trouvés farcis de tubercules. Ce fait témoigne une fois de plus de la nécessité de faire bouillir le lait qui doit servir à l'alimentation.

M. Nocard. — Il y a quelques mois un grand éleveur m'envoya des ganglions provenant d'un jeune veau qu'il destinait aux concours; ils étaient remplis de tubercules à bacilles. Je fis prévenir le propriétaire que la mère de cet animal devait être atteinte de tuberculose; c'était une bête magnifique, plusieurs fois primée. Dès qu'elle fut abattue, je pus également constater que les mamelles, les poumons, les ganglions mésentériques contenaient de nombreux tubercules.

Au cours de la dernière discussion sur la prophylaxie de la tuberculose, j'avais demandé qu'on ne donnât pas de lait de provenance inconnue sans l'avoir fait préalablement bouillir. Je conclus aujourd'hui de ce fait et de nombreux autres qu'il faut faire toujours bouillir le lait, la tuberculose étant compatible, chez les vaches, avec l'état de santé apparente le meilleur.

Dosage de l'acide carbonique.

M. Worms lit un rapport sur un mémoire de M. le Dr **Gréhant** concernant le dosage comparatif de l'acide carbonique contenu dans les muscles et les tissus. (Voir la séance du 27 mai 1890.)

Comité secret.

L'Académie entend en comité secret la lecture d'un rapport de M. Gariel sur les titres des candidats nationaux dans la division de physique, chimie et pharmacie. La liste de présentation est fixée ainsi qu'il suit : 1° M. Haller (de Nancy); 2° M. Merget (de Bordeaux); 3° *ex æquo* M. Crié (de Rennes) et M. Fleury (de Nantes); 4° *ex æquo* M. Hugouneng (de Bordeaux) et Linossier (de Bordeaux).

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 16 *février* 1891.

De l'action des froids excessifs sur les animaux.

M. G. Colin. — Les expériences que j'ai faites depuis vingt-cinq ans, pendant les froids violents de nos hivers les plus rigoureux, notamment en 1879-80, m'ont permis de déterminer le degré d'aptitude de chacune de nos espèces domestiques à supporter, sans inconvénients sérieux, les basses températures.

Le degré de résistance au froid que possède chacune de ces espèces m'a paru dépendre : 1° de la puissance de calorification très inégalement développée ; 2° de la force de réaction qui active la circulation dans les parties superficielles du corps et prévient les stases sur les parties profondes de l'organisme ; 3° de la faible conductibilité du pelage, des toisons ou fourrures, qui peuvent restreindre dans d'énormes proportions les pertes de calorique ; 4° de la faible impressionnabilité des appareils organiques, notamment de celui de la respiration, des séreuses, des reins et autres viscères.

La dernière condition a une importance capitale. Si l'impressionnabilité est exagérée, comme sur presque tous les animaux des contrées chaudes, les autres, si bien réalisées qu'elles puissent être, ne réussissent pas, même ensemble, à conjurer les effets funestes des basses températures de longue durée survenant sans transition insensible.

Chacune des conditions de résistance au froid a une valeur qui peut être, dans la pratique, déterminée d'une manière suffisamment exacte : la puissance de calorification, par le degré auquel se maintient la température animale de l'ensemble du corps et par la somme des pertes éprouvées en un temps donné, pertes qui peuvent s'élever du dixième au quinzième du poids du corps par période de vingt-quatre heures ; la force de réaction, par la température de la surface de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané, l'action protectrice des plumes, fourrure ou toison, par le degré de chaleur conservée dans leurs couches profondes ; enfin la susceptibilité organique par la rareté ou la fréquence, comme par la gravité des effets pathologiques attribuables au refroidissement.

Quant à la valeur de la résultante des conditions susdites diversement combinées, elle ne saurait être déterminée théoriquement avec exactitude ; mais elle peut être mesurée avec assez de précision à l'aide de l'observation et des expériences. Les données obtenues à cet égard deviennent des éléments précieux pour dresser l'échelle de ce qu'on appelle la rusticité des animaux. En voici quelques-unes :

Les animaux qui supportent le mieux le froid sont, par ordre décroissant, le lapin (malgré son petit volume), puis *ex æquo* le mouton (si sa toison est sèche), le bouc et le porc (à peu près nu cependant), le chien et enfin les bipèdes. Les oiseaux de basse-cour supportent très bien les froids les plus vifs.

Séance du 9 *février* 1891.

Action de certaines substances médicamenteuses, et en particulier de l'extrait de valériane, sur la destruction de la glycose dans le sang.

M. L. Butte. — Claude Bernard a montré que la glycose contenue dans le sang, au moment de son extraction des vaisseaux, finit par disparaître complètement. J'ai voulu rechercher si certaines substances médicamenteuses peuvent retarder ou activer cette disparition et ont pour action de modifier le pouvoir qu'a le sang frais de brûler le sucre qu'il renferme.

Mes premières expériences avaient été faites il y a plusieurs années ; à cette époque, j'avais dû me servir du procédé de dosage du sucre par la liqueur cupro-potassique. Cette méthode, bonne quand on opère avec des solutions pures, n'est qu'approximative quand on analyse des liquides extraits du sang et quand il s'agit de déceler des différences très petites. Aussi ces premiers essais ne m'avaient-ils fourni aucun résultat satisfaisant. Aujourd'hui, grâce aux nouveaux procédés de dosage de la glycose par fermentation, à l'aide de la pompe à mercure, procédé décrit récemment par M. Quinquaud, en collaboration avec M. Gréhant, j'ai pu reprendre mes expériences et obtenir des résultats suffisamment exacts et précis.

C'est ainsi que j'ai pu constater que l'addition du bicarbonate de soude, de la morphine, au sang fraîchement recueilli, a pour effet de ralentir la destruction de la glycose ; par contre, le curare active cette destruction. Je me bornerai aujourd'hui à indiquer les résultats que m'a fournis l'étude de l'extrait de valériane, dont on a vanté l'heureuse influence dans le traitement de certaines formes de diabète sucré.

J'ai d'abord recherché ce que devient la glycose dans le sang fraîchement extrait de l'artère et mis en contact avec l'extrait de valériane. J'ai constaté que l'addition de cet extrait au sang a pour effet de diminuer considérablement le pouvoir qu'a celui-ci de détruire la glycose qu'il contient et que le sang normal fait disparaître avec une très grande rapidité la glycose qui y est ajoutée.

Il m'a semblé intéressant de rechercher si cette action de la valériane pouvait également être observée dans l'économie, et, dans ce but, j'ai analysé le sang pris simultanément dans la veine et dans l'artère d'un chien avant et après l'injection d'extrait de valériane. De ces analyses il semblerait résulter que la valériane, dans l'économie comme *in vitro*, ralentit la destruction de la glycose contenue dans le sang. Mais le phénomène est complexe et des expériences de contrôle sont nécessaires avant de conclure ; c'est ainsi qu'il faut tenir compte de l'action de l'hémorrhagie. On sait, en effet, depuis longtemps, que les hémorrhagies ont pour action d'augmenter la teneur du sang en sucre.

Je n'insiste pas plus longtemps aujourd'hui sur cette action que paraît exercer la valériane comme agent de ralentissement de certains phénomènes de nutrition et qui, en admettant qu'elle donne d'heureux résultats dans le traitement du diabète, serait une preuve à l'appui de ceux qui se refusent à ranger cette affection parmi les maladies par ralentissement de la nutrition.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 18 *février* 1891

Présidence de M. Terrier.

Désarticulation inter-scapulo-thoracique.

M. Berger fait un rapport sur une observation adressée par **M. Eug. Monod** (de Bordeaux). Ce chirurgien a eu à soigner un homme de 20 ans, porteur depuis trois mois d'une grosse tumeur de l'extrémité supérieure de l'humérus ayant jà envoyé des prolongements axillaires et rétroscapulaires, M [illegible] fit donc la désarticulation inter-scapulo-thoracique à peu près par le procédé de M. Berger, et obtint la guérison en un mois, malgré un peu de suppuration. Malheureusement l'opéré mourut au bout de trois mois d'une affection pulmonaire, survenue sans cause connue, que M. Monod croit bien devoir attribuer à une généralisation néoplasique. La tumeur était un sarcome périostique ayant envahi les muscles scapulaires. Cette observation confirme donc l'opinion de M. Berger sur la bénignité de cette opération en cas de tumeur ; la gravité n'est guère plus grande que pour la désarticulation de l'épaule, plus tard la prothèse n'est pas plus difficile. Dès lors, M. Berger croit que pour les ostéosarcomes de la tête humérale la fréquence de la récidive autorise, pour s'éloigner autant que possible des tissus morbides, à pratiquer, de parti pris, la désarticulation inter-scapulo-thoracique.

M. Quénu. — Cette conclusion de M. Berger est un peu absolue. Elle est vraie pour les néoplasmes ayant franchi le périoste, mais non pour les autres. J'ai vu chez M. Tillaux un homme encore jeune, dont la tête humérale, peu volumineuse, était très douloureuse. M. Tillaux crut à une ostéite et trépana : il trouva un sarcome central et réséqua. Il eût mieux fait de désarticuler, je crois, mais aller plus loin eût été exagéré.

M. Championnière. — Je pense, au contraire, comme

M. Berger. J'ai fait l'amputation totale du membre supérieur et j'ai été frappé de sa bénignité. Elle est moins grave, avec l'antisepsie, que ne l'était autrefois la désarticulation de l'épaule vouée à la suppuration. Or, autrefois on n'hésitait pas dans ces cas à désarticuler.

M. Berger. — Les cas comme celui de M. Quénu sont exceptionnels. Presque jamais on n'est appelé que lorsqu'il y a un gonflement notable et alors les parties molles sont envahies.

M. Berger ajoute quelques mots sur les chondromes. Eux aussi récidivent souvent après la désarticulation : il en a traité un en 1883 par l'amputation totale, et le sujet vit en bon état. Mais **MM. Marchand** et **Quénu** citent des cas de désarticulation simple sans récidive datant de 5 ans.

Opération de Kraske.

M. Richelot. — Dans notre discussion d'il y a quelques mois, j'ai émis l'opinion que l'opération de Kraske, bonne pour les cancers élevés mais limités, ne valait pas l'anus iliaque à titre d'opération palliative pour les néoplasmes envahissants contre lesquels on cherchait une voie d'accès plus large. A cette époque, je me fondais sur une observation personnelle. Depuis, j'ai pratiqué 5 opérations nouvelles que je vais vous résumer en vous exposant les conclusions que je crois pouvoir en tirer.

Mon premier opéré, d'abord, vit actuellement, mais avec une récidive dans le bout inférieur; je n'ai sans doute pas opéré assez largement. Il avait eu une fistule stercorale postérieure, grâce à laquelle il ne souffre pas de son rétrécissement. Pour opérer en dépassant, à coup sûr, les limites du mal, il faut avoir les parties sous l'œil; aussi chez mes malades ultérieurs j'ai, de parti pris, fendu l'intestin en arrière. Cette incision est aisée à recoudre.

Dans les opérations par la voie périnéale, on devait forcément sacrifier le sphincter externe; de plus, chez la femme, quand la paroi vaginale était envahie, on créait un cloaque infect. Or, à l'aide de la méthode de Kraske, en disséquant de dedans en dehors, on peut conserver 1° la paroi vaginale, en dédoublant la cloison; 2° le sphincter externe, même quand il faut sacrifier le sphincter interne. J'ai réussi à exécuter ce plan chez une femme de 59 ans chez qui un cancer, très étendu, mais circonscrit, occupait la paroi rectale antérieure de l'anus à bout de doigt. Depuis 8 mois, cette malade vit sans récidive et sans infirmité.

Mon troisième opéré a succombé : vieux bronchitique, il n'a pu supporter 2 heures de chloroforme et le surlendemain il est mort de congestion pulmonaire.

Je pense, enfin, que la voie sacrée nous permet d'attaquer certaines récidives consécutives à une extirpation périnéale. J'ai réussi ainsi chez un homme que j'avais opéré quelques mois auparavant, et chez lequel je constatai une récidive en apparence circonscrite. Il eût été insensé de recommencer par la voie périnéale. Par la voie sacrée, je pus mener à bien la dissection, difficile il est vrai; partout les tissus restants sont souples. Je fis un anus contre nature coccygien, et mon opéré est actuellement en très bonne voie.

Je ne bornerai pas ces considérations au cancer, mais je dirai quelques mots des rétrécissements syphilitiques. Pour ces rétrécissements, la dilatation est mauvaise, la rectotomie est très aléatoire et je crois que la méthode de choix est l'ablation. Cette ablation, je l'ai faite avec succès à une femme malade depuis 15 ans et qui avait, en particulier, été soignée par M. Championnière.

Ainsi mes cinq opérations me donnent une mort et quatre succès, dont trois pour cancer et un pour rétrécissement syphilitique.

J'ajouterai que je n'ai pas coutume de prescrire une désinfection rectale prolongée par le naphthol et le régime lacté. Je m'en tiens à un purgatif et à des lavements boriqués, et je n'ai pas eu à m'en plaindre.

M. Routier. — Les opérations très étendues sont possibles surtout chez la femme, comme dans le cas de M. Richelot. Chez l'homme, on blesse très souvent l'urèthre, la vessie, et il en résulte une infirmité plus grave que l'anus iliaque. Pour les rétrécissements syphilitiques, je suis de l'avis de M. Richelot. Ma première opérée va actuellement très bien. Depuis, j'en ai une seconde, analogue à l'observation II de M. Richelot. Il y a eu, au bout de trois semaines, une petite fistule stercorale, qui s'est fermée. Mais la malade est aujourd'hui en pleine généralisation abdominale. Son sphincter continue à bien fonctionner.

Trépanation pour hydrocéphalie.

M. Broca présente un enfant de 4 ans, auquel, en septembre dernier, il a drainé, pour hydrocéphalie, le ventricule latéral droit. L'opération n'a pas cherché à être curative, chez cet enfant dont les fontanelles étaient soudées. Mais elle cherchait à faire disparaître une contracture du membre supérieur gauche, survenue depuis trois mois à la suite d'une crise convulsive, et elle y a pleinement réussi.

Lymphangiectasie des régions inguino-scrotales. Filariose.

M. Robert. — Le malade que je vous présente porte, au niveau de la région inguinale, deux tumeurs qu'on avait diagnostiquées hernies inguinales, à cause des phénomènes douloureux simulant l'engouement qu'elles avaient offert à plusieurs reprises. J'ai reconnu que cet homme était en réalité atteint de dilatation des lymphatiques de la région inguinale et du cordon, et de filariose. C'est le troisième cas semblable que j'observe depuis six mois sur des fonctionnaires de la marine.

M. Moty. — Depuis environ huit mois j'ai eu l'occasion de rencontrer six malades porteurs de la même affection, et pour chacun d'eux on avait fait une erreur de diagnostic, attribuant la lésion soit à une hernie, soit à une hydrocèle. L'ablation d'une de ces tumeurs chez l'un de ces malades m'ayant démontré qu'elle était constituée par des vaisseaux lymphatiques dilatés, j'ai fait rechercher l'existence de la filaire, que nous n'avons pu découvrir ni chez lui, ni chez les autres, bien que ces recherches aient été répétées à plusieurs reprises. D'ailleurs, il n'y a pas lieu d'être surpris, car cette étude, on le sait, présente un certain nombre de difficultés.

La filaire, en effet, n'existe pas d'une façon constante ; elle meurt très rapidement, et il faut avoir la précaution d'opérer la nuit. C'est entre huit heures et minuit qu'on a le plus de chances de la découvrir, et il n'est même pas rare que les résultats varient d'un jour à l'autre. Je n'ajouterai plus qu'un mot relativement au développement des tumeurs lymphatiques, c'est que leur début est insidieux et qu'ordinairement elles paraissent se montrer à la suite d'une contusion.

M. Reclus. — Il y a quelques mois j'ai reçu dans mon service un malade déjà connu dans les hôpitaux et antérieurement soigné par M. Th. Anger, pour des tumeurs lymphatiques; l'observation en a été autrefois publiée par l'un des élèves de notre confrère. Lorsque ce malade est entré dans mes salles, les dilatations variqueuses lymphatiques avaient disparu presque entièrement, puisqu'il n'en restait plus que quelques traces au niveau de l'interfesse, mais il portait dans l'une des régions inguinales une tumeur allongée qui descendait le long du testicule et qui offrait une certaine dureté analogue à celle de l'épiploon.

Lorsque j'en ai fait l'ablation, elle s'est présentée sous l'aspect d'un gros faisceau, dont l'un des éléments était dur et volumineux et rappelait le canal déférent; après avoir disséqué cette tumeur à la partie inférieure, je l'ai poursuivie jusqu'à l'orifice interne du canal inguinal où je l'ai sectionnée après ligature. Une réunion par première intention a suivi cette opération et le malade chez lequel on n'a pas constaté la présence des filaires, est sorti guéri. La tumeur a été examinée au microscope par M. Pilliet, qui l'a qualifiée de myxome.

M. Th. Anger. — Ce résultat histologique me surprend; car, lorsque j'ai examiné ce malade, il était manifestement atteint de lymphangiectasie disséminée.

M. Terrier lit un rapport sur la *Statistique chirurgicale* de M. Delagenière (du Mans).

M. Berger résume un fait de *greffe* par la méthode italienne modifiée, dû à **M. Guelliot** (de Reims) : ulcère poplité; lambeau pris sur la cuisse opposée,

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 20 *février* 1891

Présidence de M. E. Labbé

Sur les propriétés pyogènes du bacille d'Eberth.

M. F. Raymond. — Voir page 89.

Sur la déformation du crâne constatée dans certains cas de myopathie progressive primitive.

M. P. Marie en son nom et en celui de **M. Onanoff.** — Il y a quelques années déjà, en 1885, pendant mon clinicat à la Salpêtrière, j'avais eu l'occasion de m'occuper d'une façon toute particulière des malades atteints de myopathie progressive primitive et j'avais remarqué que leur squelette éprouve des déformations toutes particulières.

Je n'entrerai pas ici dans l'examen des déformations du thorax, qui doivent faire l'objet d'un prochain mémoire de M. G. Guinon, mais je veux attirer votre attention sur les déformations du crâne.

Le malade que je vous présente appartient au service de mon maître M. le professeur Charcot, qui a bien voulu m'autoriser à l'amener ici à propos de cette communication. C'est aussi au service de M. Charcot qu'appartenaient les malades qui ont servi pour ce travail.

Quand on examine le crâne de ce malade, on constate au premier coup d'œil qu'il a l'aspect d'un sphéroïde aplati postérieurement; la déformation est ici vraiment extraordinaire et jamais je ne l'ai vue aussi prononcée sur aucun des malades, assez nombreux d'ailleurs, que j'ai examinés.

Les chiffres donnés par les mensurations de ce crâne sont d'ailleurs assez éloquents par eux-mêmes :

Le diamètre antéro-postérieur maximum = 166 mm.
Le diamètre transverse maximum = 168 mm.

$$\text{Donc l'indice céphalique} = \frac{168 \times 100}{166} = 101,2.$$

Chacun de ces chiffres peut être considéré comme absolument inouï au point de vue anthropologique. C'est ainsi que, dans les livres qui traitent de cette science, on trouve comme chiffre moyen du diamètre antéro-postérieur maximum 100 mm environ ; comme chiffre moyen du diamètre transverse maximum environ 155mm; quant à l'indice céphalique obtenu par la multiplication du diamètre transverse par 100 et division du produit par le diamètre antéro-postérieur en moyenne, il est environ de 80; chez les brachycéphales cet indice céphalique est plus fort, 84,6 chez les Auvergnats; comme limite extrême pour ainsi dire, on voit signalé le chiffre de 88,5 pour l'indice céphalique des Négritos. Or chez le malade que je vous présente ici, le chiffre de l'indice céphalique est de 101,2. C'est donc une différence considérable avec le dernier chiffre connu dans l'échelle physiologique.

J'ai désiré présenter ici ce malade parce que, comme je vous le disais, je le considère comme un cas extrêmement accusé de cette déformation; mais ce cas n'est pas isolé, j'ai eu l'occasion d'en voir un certain nombre d'autres. Tous, si mes souvenirs sont exacts, appartenaient à la forme d'Erb, et je vous présente la courbe d'un second malade du même genre, chez lequel l'indice céphalique est de 89,7; diamètre antéro-postérieur maximum 175mm; diamètre transverse maximum 157mm.

Chez un malade atteint d'une autre variété de myopathie progressive primitive (paralysie pseudo-hypertrophique), nous avons constaté un développement considérable des bosses occipitales, mais l'indice céphalique n'offrait pas des proportions aussi exagérées que chez les malades dont il vient d'être question.

Je pense donc, Messieurs, que nous nous trouvons là en présence d'un phénomène inhérent à la myopathie progressive primitive, puisque j'ai pu en observer plusieurs cas dans cette maladie. Il semble donc s'agir là d'une lésion osseuse que je ne crois pas parallèle à l'altération musculaire, puisque nous la trouvons à l'extrémité céphalique dans une forme de myopathie, dans laquelle les muscles de la face ne sont pas atteints. — Cette lésion osseuse semble être sous la dépendance du décubitus prolongé, du moins quant à la direction des déformations qui sont surtout marquées sur le thorax et le crâne; il s'agirait donc d'une sorte d'ostéomalacie, mais d'une ostéomalacie spéciale sous la dépendance immédiate de l'affection myopathique. Nous ferons remarquer que si, chez le malade actuel, le décubitus dorsal prolongé peut être rendu responsable de ces déformations, il n'en est pas de même pour le second malade dont je mets sous vos yeux la courbe crânienne, car ce malade n'est pas confiné au lit.

Vous me permettrez, Messieurs, de rester dans un doute prudent pour ce qui a trait à la genèse de ce singulier phénomène; ce que nous avons voulu, M. Onanoff et moi, par cette communication, ç'a été d'appeler l'attention sur ce phénomène qui n'a, que nous sachions, jamais jusqu'à présent été signalé d'une façon spéciale.

M. Chantemesse résume devant la Société le rapport de M. le Ministre de la Guerre relatif aux mesures prises dans l'armée pour combattre la fièvre typhoïde.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 11 *février* 1891

Présidence de M. P. Vigier.

Le jambul dans le traitement du diabète.

M. Dujardin-Beaumetz. — Les graines de jambul, ou Eugenia jambolana, ont été préconisées dans le traitement du diabète. Scott a montré que si on mélange de l'amidon et du malt avec de la poudre de jambul, la proportion de sucre résultant de la fermentation s'abaisse de moitié. Dans des expériences de laboratoire que j'ai faites avec M. Villy, je suis arrivé à des résultats diamétralement opposés.

J'ai administré à des diabétiques la poudre de jambul à la dose de 3 à 10 grammes par jour : dans les cas de diabète grave, c'est-à-dire dans ceux que le régime alimentaire ne modifie pas, les résultats ont été mauvais et il y a eu aggravation; dans les cas de diabète moyen, que le régime améliore beaucoup, sans cependant faire disparaître le sucre, le jambul prescrit au moment où le régime a produit son action fait diminuer ou même disparaître complètement la glycosurie; mais si le malade n'est pas soumis à un régime alimentaire sévère, le jambul produit une aggravation.

Valeur comparée des chloralides.

M. Bardet. — L'action des divers chloralides (chloral, butylchloral, chloralamide, etc.) est sensiblement la même pour chacun d'eux; ils ne diffèrent entre eux que par la facilité de leur mode d'administration et par la tolérance variable des voies digestives, tolérance qui est faible pour le chloral. Ces substances se décomposent probablement toutes en formiate de soude et en chloroforme. D'autres chloralides se décomposent dans les voies digestives en chloral et antipyrine : l'hypnal (chloralantipyrine) est le type de cette classe; l'action de chacune des deux substances est ainsi exagérée; on a ainsi, comme pour les antiseptiques, une exagération d'action des antinerveux par l'association de deux de ces médicaments.

M. Dujardin-Beaumetz. — Je crois que le chloral agit en nature et non par le chloroforme auquel il donne naissance par sa décomposition dans l'organisme : son action est trop rapide et trop brutale pour qu'une décompositon, toujours lente, ait eu le temps de se produire.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 20 *février* 1891

Présidence de M. Broca.

Phlegmon infectieux péripharyngien.

M. Sauvinaud présente les pièces d'un homme qui entra le 13 février dans le service de M. Rigal, pour une angine. Le lendemain matin, la dysphagie était extrême, et l'examen de la gorge révéla un œdème intense avec petits abcès miliaires. Le lendemain, dyspnée grave, telle qu'on faillit faire la trachéotomie : la crise s'amenda néanmoins, mais, en quelques heures, le malade mourait dans le collapsus. A l'auto-

psie on trouva du pus infiltré, sans collection, autour du pharynx et de l'œsophage et dans les divers plans celluleux du cou. M. Sauvinaud se demande si cela ne ressemble pas à l'angine de Ludwig.

M. Hartmann. — L'angine de Ludwig occupe le plancher buccal et elle n'est en général mortelle que lorsqu'elle n'a pas été bien traitée par l'incision franche.

M. Broca. — Il s'agit ici de ces phlegmons diffus péripharyngiens, inaccessibles au bistouri, qui ont été récemment décrits en Allemagne par Senator, et dont Merklen a publié une intéressante observation (Voy. *Mercredi médical*, n° 45, p. 559).

Cancer latent de l'estomac.

M. Lafourcade montre un volumineux cancer de l'estomac ayant causé la mort sans symptômes gastriques.

M. Charrin. — Il faudrait examiner avec soin l'état des glandes stomacales, car on sait que dans le cancer de l'estomac la sclérose des glandes gastriques est pour beaucoup dans les troubles dyspeptiques.

Traumatismes cérébraux et trépanation.

M. Thiéry a observé, dans le service de M. Verneuil, un charpentier qui, le 5 décembre dernier, fit une chute et fut apporté, sans plaie de tête, avec de l'otorrhagie et de l'épistaxis. On diagnostiqua une fracture du rocher. Le blessé se rétablit promptement, et son observation fut assez négligée. Il y a 5 jours débutèrent des phénomènes comateux avec parésie faciale gauche, sans fièvre. Néanmoins, on soupçonnait un abcès cérébral et à l'autopsie on en trouva deux, entre la pie-mère et l'écorce érodée, l'un en haut du lobe frontal, l'autre au lobe temporal. On eût été fort embarrassé pour les ouvrir par la trépanation, ici encore impuissante.

M. Hartmann fait remarquer que cette observation et la dernière de M. Thiéry manquent trop de précision pour permettre de conclure nettement.

M. Dagron montre la pièce déjà présentée par M. Le Dentu à l'Académie (voy. *Mercredi*, 1891, n° 5, p. 53). La balle, après avoir lésé l'écorce droite (2e frontale), s'est réfléchie sur la table interne du crâne sans la fracturer et après un trajet intra-cérébral récurrent a été se loger dans le pli courbe. On se fût exposé à un grave mécompte si, guidé par la localisation, on eût cherché vers la 2e frontale, effectivement lésée. Déjà M. Dagron a présenté à la Société un cas semblable par coup de feu à la tempe : la balle s'est réfléchie sur la table interne du côté opposé et a suivi un trajet ascendant.

M. Hartmann tient de M. Lafourcade l'observation d'un homme qui se tira un coup de revolver sous le nez. La balle se réfléchit au vertex et vint se loger sur la tente du cervelet.

Gastrostomie pour cancer de l'œsophage.

M. Hartmann a employé, dans ce cas, le procédé Terrier (suture séro-séreuse ; ouverture aussi petite que possible de la muqueuse à la peau). Il conseille de ne pas placer d'obturateur dans la fistule, celle-ci ne pouvant qu'être dilatée par la présence d'un corps étranger. L'orifice reste parfaitement fermé par le bouchon de muqueuse, fait en rapport avec ce qu'on voit dans certaines plaies de l'estomac qui ne laissent passer ni les matières, ni les gaz, comme le montre une deuxième pièce, apportée par M. Hartmann, de plaie par arme à feu de la face postérieure de l'estomac.

Avec ces diverses précautions, la gastrostomie est des plus innocentes. La malade de M. Hartmann n'a eu de complications d'aucune sorte ; elle est morte de broncho-pneumonie consécutive à l'extension trachéale du cancer ; après avoir été notablement améliorée par l'intervention. Cinq autres malades opérés soit par M. Terrier, soit par M. Delagénière (du Mans), par le même procédé, n'ont de même présenté aucun accident opératoire ni post-opératoire (1).

M. Delbet a fait des expériences chez le chien sur les plaies de l'intestin par balle de revolver. Il a constaté que l'orifice d'entrée est béant, à l'emporte-pièce, et l'orifice de sortie au contraire est oblitéré par un bouchon muqueux très net.

M. Sauvinaud présente un abcès de cause inconnue entourant les canaux biliaires.

M. Delbet montre un *fibrome utérin* énucléé sur le cadavre avec une très grande facilité par la voie abdominale, après quoi la coque paraissait bien fermée ; mais en regardant de près on voit que la muqueuse utérine, très amincie, est perforée ; c'est à rapprocher du fait récemment montré à la Société par M. Orillard.

M. Deguéret montre une *oblitération embolique de la coronaire droite.*

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 21 *février* 1891

Présidence de M. Malassez.

Lymphe de Koch

M. Capitan a toujours constaté chez les singes qu'il a expérimentés et provenant du Muséum la présence de lésions tuberculeuses intestinales, jamais de lésions pulmonaires. Les injections de lymphe de Koch qu'il a pratiquées chez ces animaux n'ont jamais été suivies de réaction.

MM. Dubief et Bruhl, au cours d'*expériences sur la diphthérie expérimentale*, ont constaté chez un cobaye qui avait reçu 1 c. cube d'une culture virulente du bacille de Lœffler, en dehors des lésions ordinaires dans ce cas, une altération spéciale des cellules hépatiques, ne présentant pas les réactions de la matière colloïde, assez semblable à une dégénérescence vitreuse. L'examen bactériologique n'a fait reconnaître la présence d'aucun micro-organisme.

Angiocholite suppurée expérimentale.

MM. Charrin et Roger. — Un malade, âgé de 47 ans, a succombé en novembre 1890, dans le service de M. Bouchard, avec tous les signes de l'insuffisance hépatique. A l'autopsie on a trouvé un foie énorme et des canaux biliaires remplis d'un pus verdâtre. Ce pus renfermait, en quantité considérable et à l'état pur, un bacille qui, par sa forme, ses cultures, ses réactions, répond à tous les caractères du bacillus coli communis. Grâce à un procédé spécial d'injection des cultures dans le cholédoque, nous avons pu, chez le lapin, reproduire l'angiocholite réalisant les diverses lésions notées dans l'examen du foie de l'homme.

Suivant le degré de virulence des germes dont nous nous sommes servis, nous avons vu les désordres anatomiques présenter pourtant quelques variétés. La dose de culture introduite ne changeant pas, les altérations étaient diffuses, envahissaient les différents points d'un lobule, voire même plusieurs lobules, tous plus ou moins infiltrés de cellules embryonnaires, quand le microbe était très actif et tuait l'animal en 2 et 4 jours. Ces altérations, avec un virus moins fort, étaient beaucoup plus localisées autour des voies biliaires entourées de zones inflammatoires et dont les parois se trouvaient parfois réduites à l'épithélium ; quelquefois on a noté des abcès. Enfin, avec un virus plus faible encore, il nous a paru que le mal était à même de guérir ; dans des organes d'animaux mis à mort, nous avons observé du tissu fibreux, du tissu de cicatrice.

Depuis quelque temps, une série de faits établissant la nature infectieuse de certains ictères ont surgi de part et d'autre. Malheureusement on a le plus souvent oublié de réaliser la maladie à l'aide du microbe isolé. C'est cependant là une des phases des plus importantes parmi les opérations prescrites par la doctrine microbienne. Cultiver, colorer un germe, c'est assurément quelque chose, mais, pour entraîner la conviction absolue sur le rôle pathogène du germe étudié, il faut, de toute nécessité avec ce germe créer expérimentalement l'affection.

M. Roger emploie le procédé suivant pour pratiquer les *injections dans les voies biliaires* ; la laparotomie étant faite il introduit la canule à injection dans le duodénum, au poin

(1) Ces 5 autres observations font l'objet d'un mémoire de MM. Terrier et Louis, mémoire qui doit paraître ces jours-ci dans la *Revue de chirurgie.*

opposé à celui où s'ouvre le canal cholédoque, puis il la fait pénétrer dans le canal en passant par l'ampoule de Vater; il injecte le liquide et retire la canule. De cette façon, il ne lèse nullement les voies biliaires; quant à la plaie intestinale, il n'y a pas lieu de s'en occuper, les fibres musculaires de l'intestin suffisent à assurer son occlusion.

M. Laguesse a étudié la *structure du pancréas* chez les poissons osseux et a reconnu que ce n'est pas une glande en grappe analogue aux glandes salivaires, comme on le dit souvent, mais une glande en tubes, tubes très longs, ramifiés et anastomosés, caractérisés par la cellule pancréatique typique telle que l'a décrite Heidenhain chez les mammifères. Chez quelques poissons, les glandes gastriques disparaissent; le pancréas reste alors, avec le foie, la seule glande destinée à la digestion, nouvelle preuve en faveur de l'importance fonctionnelle de cet organe.

M. Chauveau dépose, au nom de **MM. Dor** et **Courmont**, une note complémentaire sur la production des tumeurs blanches chez le lapin, par inoculation intra-veineuse de cultures tuberculeuses atténuées.

M. Chauveau dépose ensuite une note de **M. Montanet** sur la *structure d'un lymphangiome ganglionnaire* observé chez un cheval.

M. Vaillard communique le résultat de ses recherches sur l'immunité du tétanos au moyen de cultures chauffées à 60°.

LE TRAITEMENT DE KOCH

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE DE BERLIN

Séance du 16 *février* 1891

M. Krause. — Une malade était atteinte depuis quatre ans d'un lupus étendu aux fosses nasales, au palais, à la langue et aux gencives. Les injections de lymphe furent commencées le 22 janvier et s'accompagnèrent des phénomènes habituels de la réaction, généraux et locaux. Les ulcérations linguales augmentèrent d'étendue et s'accompagnèrent d'une telle tuméfaction que l'alimentation fut quelque temps impossible. Aujourd'hui, les lésions du nez sont en partie cicatrisées, en partie couvertes de croûtes; les lésions du palais sont en bonne voie de guérison. Seules, les lésions des gencives n'ont pas présenté d'amélioration définitive et présentent encore des ulcérations et des granulations tuberculeuses en voie d'évolution.

M. Heymann. — J'ai vu dans un cas semblable le traitement de Koch, suivi pendant six semaines, amener des améliorations analogues, mais 6 semaines après la cessation du traitement, les lésions en étaient revenues au point de départ.

M. Thorner. — Il n'y a pas à nier que le remède de Koch ne puisse, dans certains cas, déterminer des phénomènes généraux et locaux menaçants. L'élévation de la température, le collapsus, l'atonie cardiaque, sont souvent à redouter. Il faut craindre de même le processus hyperémique, les hémoptysies, les pneumonies, les pleurésies, etc. Malgré tout, la tuberculose tout à fait au début pourra certainement bénéficier des avantages de la méthode de Koch.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 18 *février* 1891.

M. Grabower. — Les préparations que je présente proviennent d'un malade atteint de tuberculose laryngée et chez lequel les injections de lymphe avaient été suivies d'une éruption de granulations miliaires. J'avais dit que cette tuberculisation nouvelle était elle-même en voie de résorption. Une parcelle de tissu enlevé montre, en effet, que les caractères histologiques et bactériologiques de la lésion la rapprochent des lésions tuberculeuses en voie de dégénération.

M. Virchow. — Jusqu'au 1er janvier 1891 il est mort 21 malades traités par la méthode de Koch. Le chiffre des décès a été de 20 en janvier, de 10 déjà en février. La dernière autopsie concernait un malade atteint de tuberculose laryngée. On constate sur les cordes vocales inférieures une ulcération étendue de date récente. Les ganglions trachéo-bronchiques sont caséifiés en masse. Les poumons présentent au sommet une induration d'ancienne date. Le reste de l'organe montre l'existence, en certains points, de l'hépatisation déjà signalée, et, en d'autres points, de granulations tuberculeuses plus récentes.

M. B. Frænkel. — La lymphe de Koch ne détruit pas les bacilles de la tuberculose, elle peut déterminer des effets nuisibles dans l'organisme ; voilà deux propositions qu'il importe d'élucider. Que deviennent en effet les tissus tuberculeux nécrosés et cependant encore infectieux ? S'ils ne sont pas éliminés, ils deviennent une menace pour l'organisme, et en fait Virchow a montré l'apparition possible de la tuberculose miliaire à la suite des injections de lymphe. Je sais bien que de pareilles généralisations peuvent se produire chez les tuberculeux en dehors de tout traitement, mais cet accident et les autres, également signalés, doivent toujours être présents à nos yeux.

M. Liebreich nous annonce d'autre part et s'apprête à nous faire connaître un mode de traitement qui amène, sans fièvre, sans inflammation locale, la guérison rapide de la phthisie laryngée. Six malades de sa policlinique et un malade de M. P. Heymann auraient été très rapidement améliorés.

M. Rosenbach (Berlin) (1). — Le remède de Koch est-il véritablement impuissant, dans certains cas, à déterminer les phénomènes habituels de la réaction ? L'auteur ne le croit pas. Qu'il y ait au bout d'un certain temps une accoutumance plus ou moins complète de l'organisme, cela s'explique bien et n'est pas opposé à l'idée que l'on se fait de la lymphe. Mais si dès le début la toxine est incapable de déterminer les phénomènes réactionnels, la valeur du médicament devient par cela même illusoire. Or l'auteur a vu qu'entre les sujets malades et les sujets bien portants, autrement dit, entre ceux qui réagissent et ceux qui ne réagissent pas il n'y a que des degrés insensibles. La fièvre n'est qu'une expression isolée de la réaction, elle ne la juge pas entièrement et à elle seule. Les phénomènes généraux, subjectifs ou objectifs, abattement, douleurs musculaires, amaigrissement, peuvent évoluer d'une façon manifeste sans que l'élévation thoracique soit apparente. De même l'action des antithermiques n'est souvent qu'illusoire, en ce sens qu'elle détermine l'abaissement de la température, tous les symptômes connexes de l'état pyrétique n'en persistant pas moins. Cette dissociation des phénomènes réactionnels est fréquente après l'injection de lymphe ; elle peut parfois expliquer les soi-disant insuccès de la méthode.

M. Schreiber (Kœnigsberg) (2). — Il semble admis par la plupart des auteurs que, si le remède de Koch a quelque action sur la tuberculose, c'est presque exclusivement au début de la maladie que cette action peut s'exercer. On aurait donc grand intérêt à s'assurer de l'existence de la tuberculose, alors même que les lésions sont encore latentes, chez les sujets prédisposés, chez les enfants notamment. Or l'auteur s'est assuré que les nouveau-nés présentaient vis-à-vis de la lymphe de Koch une immunité très remarquable. Des doses de cinq centigrammes n'ont produit aucune réaction. M. Schreiber ne manque pas de signaler l'inconstance si manifeste de ce prétendu merveilleux agent réactif de la tuberculose. Sur 6 sujets adultes sains inoculés par lui, un a réagi comme un phthisique, trois tuberculeux par contre sont restés indifférents.

Est-il permis dès lors de tracer des types de réaction, de formuler les lois d'une méthode si fréquemment infidèle ?

MM. Hueppe et Scholl (Prague) (3). — La toxine que ces auteurs ont isolée des cultures de tuberculose, et qui, comme il a déjà été signalé, présente les plus grandes analogies avec la lymphe de Koch, tant au point de vue des carac-

(1) *Deuts. medic. Woch.*, 19 février, p. 309.
(2) *Deuts. medic. Woch.*, 19 février 1891, p. 306.
(3) *Berlin. klin. Woch.*, 23 février 1891, p. 193.

tères physico-chimiques qu'au point de vue de ses effets, n'est pas un extrait glycériné. Mais ce que Koch croit avoir isolé à l'aide de la glycérine réside dans la culture tuberculeuse elle-même. Le procédé est différent, mais en fin de compte la substance extraite est la même : c'est une substance albuminoïde, plutôt qu'une protéine, et en tout cas l'emploi de la glycérine n'est pas essentiellement nécessaire à son isolement.

M. Korczynski (Cracovie) (1). — Les injections de lymphe ne doivent pas être dosées ni espacées d'après la réaction générale. Dans les cas de tuberculisation pulmonaire on ne doit faire une nouvelle injection que lorsque les phénomènes de percussion et d'auscultation consécutifs à l'injection précédente ont complètement disparu.

M. Kœniger (2). — Un malade qui n'avait pas réagi à de fortes doses présenta une vive sensibilité vis-à-vis de la lymphe à doses plus faibles, mais après un temps de repos prolongé.

Un enfant fut assez rapidement amélioré d'une affection articulaire de nature tuberculeuse. Le malade avait également la coqueluche dont il guérit complètement (?).

M. Kromayer (Halle) (3). — Le remède de Koch n'agit que sur les tissus périturberculeux et n'atteint en rien le tubercule lui-même. L'inflammation due à la réaction aboutit à la formation d'une cicatrice, processus d'ailleurs observé dans la guérison spontanée du tubercule.

M. Biedert (Haguenau) (4). — Dans sa communication du 18 décembre, M. Ewald a dit que les sujets se trouvaient dans un état général d'autant meilleur que les doses de lymphe injectée étaient plus faibles. Cette critique innocemment cruelle de la méthode de Koch semble avoir l'approbation du Dr Biedert qui craint beaucoup les effets de l'accumulation. Les cas de mort ne sont pas fréquents et chargent peu la statistique de la méthode. Ils ne sont cependant pas à dédaigner. On disait à un enfant, raconte Dickens, qu'une ville de 100,000 âmes dans laquelle cinq personnes seulement par an meurent de faim ne peut pas être considérée comme une ville malheureuse.

— La ville, je ne sais pas, dit l'enfant, mais les cinq personnes, si.

MM. Ganghofner et **Bayer** (Prague) (5). — Dans le service d'enfants du Dr Ganghofner, les résultats de la méthode de Koch furent loin d'être satisfaisants. On ne nota pas d'améliorations; par contre l'état général et local des malades s'aggrava dans un certain nombre de cas.

Le Dr Bayer a constaté que les lésions chirurgicales de nature tuberculeuse s'amélioraient assez notablement lorsque l'on savait associer l'intervention chirurgicale à la pratique des injections.

M. Hochhalt (Pesth) (6). — L'auteur énumère les contre-indications de la méthode de Koch.

Il ne faut pas pratiquer les injections chez les tuberculeux fébricitants, chez les malades ayant des lésions un peu avancées ou ayant une affection d'autres organes que le poumon ; la faiblesse cardiaque, l'anémie du sujet sont également des contre-indications.

Le chapitre des indications de la méthode est dès lors assez succinct. L'infiltration apyrétique des sommets peut, et encore avec certaines précautions, autoriser la pratique des injections.

M. Lumniczer (Budapest) (7). — Les injections pratiquées par l'auteur ont donné les résultats indiqués par la plupart des expérimentateurs. Vives réactions locales et générales dans les cas de lupus avec les modifications ultérieures déjà signalées, sans guérison complète.

Les affections chirurgicales de nature tuberculeuse paraissent pouvoir se modifier d'une façon favorable sous l'action des injections. Les résultats sont encore meilleurs lorsque l'on associe l'intervention chirurgicale au remède de Koch.

Peut-être pourra-t-on espérer que la lymphe sera à elle seule suffisante pour amener la résolution d'affections articulaires tout à fait au début ? En tout cas, surtout s'il s'agit de lésions déjà accompagnées de suppuration, avec nécrose, séquestres, etc., la pratique des injections ne doit être qu'un adjuvant à la thérapeutique employée d'ordinaire. Dans un cas d'orchite de nature douteuse, les injections furent, après plusieurs essais infructueux, suivies des phénomènes habituels de la réaction générale, avec tuméfaction des ganglions de l'aisselle, sans modification de l'affection primitive. Cela, dit l'auteur, éveille l'idée d'une tuberculose latente de l'organisme. La variabilité des effets signalés de toutes parts ne rend-elle pas de pareilles conclusions bien fragiles ?

MM. Guyon et Albarran (1). — Les injections pratiquées à l'hôpital Necker dans le service du professeur Guyon ont donné des résultats peu encourageants.

Au point de vue du diagnostic, la lymphe de Koch est souvent infidèle dans les cas de tuberculose urinaire. On a signalé, de différents côtés, l'apparition de l'albuminurie, la diminution de la quantité d'urine, la production de petites hématuries chez les sujets atteints de tuberculose urinaire. Or les auteurs ont vu apparaître ces manifestations chez des sujets dont les reins n'étaient pas tuberculeux; par contre un malade atteint de tuberculose vésicale ne présenta aucun phénomène réactionnel.

« Il se fait certainement du côté des reins une congestion intense déterminée par la lymphe, mais cette congestion n'est pas l'apanage du rein tuberculeux. »

Même infidélité de la méthode dans les cas de tuberculose génitale. Cependant la réaction locale dans l'épididymite tuberculeuse paraît assez fréquente.

Au point de vue thérapeutique, « agrandissement d'une fistule peu apparente, apparition de noyaux tuberculeux dans un canal déférent qui paraissait sain, pas de modifications dans les autres lésions : tel est le bilan. »

Les auteurs rapportent, à titre de comparaison, deux cas de lésions urinaires traitées par les méthodes habituelles et signalent leur amélioration contrastant avec l'état de certains malades inoculés.

Donc, en résumé, la lymphe de Koch n'a pas donné de renseignements précis au point de vue du diagnostic ; au point de vue du traitement, les lésions sont restées ce qu'elles étaient ou se sont aggravées.

« Jusqu'à plus ample informé, disent MM. Guyon et Albarran, nous n'emploierons pas la lymphe de Koch dans la tuberculose urinaire. »

La Commission de l'Université de Pensylvanie (2), a constaté une amélioration notable dans 15 cas de tuberculose laryngée et pulmonaire traités par la méthode de Koch. Un cas, grave d'ailleurs, fut encore aggravé par la pratique des injections. Il ne faut donc traiter que les tuberculoses au début.

Les affections chirurgicales furent également améliorées; dans trois cas cependant, les injections de lymphe, employées pour confirmer un diagnostic, ne donnèrent aucun résultat.

Dans 50 0/0 des cas, on constata des modifications de l'urine, présence d'albumine, de globules rouges, de cylindres, etc.

ÉTRANGER

ALLEMAGNE

Aux deux Sociétés berlinoises on ne s'est guère occupé que de la méthode de Koch, et ces débats ont été résumés plus haut. Je mentionnerai seulement les présentations suivantes faites à la Société de médecine interne, séance du 16 février.

1° **M. Rubinstein** a présenté une fille de 18 ans, atteinte d'*exostoses ostéogéniques multiples* ayant débuté à l'âge de

(1) *Berlin. klin. Woch.*, 23 février 1891, p. 195.
(2) *Therap. Monats.*, 1891.
(3) *Deuts. medic. Woch.*, 19 février, p. 305.
(4) *Berl. klin. Woch.*, p. 197.
(5) *Prager med. Wochen.*, 1891, nos 3 et 4.
(6) *Pester med. chir. Presse*, 1891, n° 5.
(7) *Wiener mediz. Presse*, 1891, nos 5, 6, 7.

(1) *Annales des Mal. des org. génito-urinaires*, février 1891, p. 65.
(2) *University medic. Magaz.*, février 1891.

7 ans et s'accompagnant de troubles de développement du squelette (déviations des membres, scoliose), comme cela a déjà été vu par Bessel-Hagen.

M. Krœnig a fait voir un *anévrysme de l'aorte* ayant causé des accidents graves par compression du récurrent, et s'étant finalement rompu dans la bronche gauche.

3° **M. Guttmann** a communiqué une observation de *bégaiement héréditaire*.

ANGLETERRE

SOCIÉTÉ PHYSIOLOGIQUE DE LONDRES

Séance du 14 *février* 1891.

Sur les propriétés chimiques et les effets physiologiques des produits du bacille tuberculeux obtenu en culture pure.

MM. Crookshank et Herroun. — Nous avons fait l'étude chimique des cultures du bacille tuberculeux. Pour en extraire la ptomaïne qu'il renferme, nous avons évaporé à 40° puis précipité par l'alcool absolu le liquide (1) provenant de la filtration de ces cultures; en ajoutant progressivement l'alcool, nous avons pu obtenir en premier lieu la précipitation de l'albuminose et en dernier lieu celle de la peptone qui ne précipite que lorsque l'alcool est presque pur. L'albuminose précipitée a été recueillie sur un filtre et dissoute dans l'eau distillée, puis purifiée par une autre précipitation. Le liquide alcoolique débarrassé de l'albuminose par filtration a été concentré à très douce température et réduit à un liquide visqueux renfermant la glycérine du milieu primitif de culture. Ce résidu a donné les réactions nettes des alcaloïdes ou ptomaïnes.

Des expériences ont été faites sur des animaux auxquels nous avons injecté séparément des solutions soit de ptomaïnes, soit d'albuminose.

Un cobaye tuberculeux a reçu 50 centigrammes de la solution de ptomaïne obtenue par des cultures sur bouillon glycériné; sa température, qui était, avant l'injection, de 37°,4, s'est élevée à 38°,3, 39°, 39°,6, 38°,8; les ganglions tuberculeux ont légèrement augmenté de volume, et sont devenus durs et douloureux.

Un autre cobaye tuberculeux qui avait reçu la même dose de liquide provenant d'une culture d'une autre série avait avant l'injection une température de 39°,4 et après l'injection 40°, 39°,7, 40°,7, 40°,5; les ganglions tuberculeux se tuméfièrent manifestement.

Chez un cobaye tuberculeux, une injection 50 centigrammes de ptomaïne provenant d'une culture de tuberculose de la vache amena un abaissement de température de 39°,2 à 38°,6, 38°,8, sans modification apparente dans le volume des ganglions.

Un cobaye qui avait reçu 50 centigrammes d'une solution d'albuminose provenant d'une culture de tuberculose bovine avait avant l'injection 38°,6 et après l'injection 40°,2, 40°,1, 39°,9, 39°,2; les ganglions augmentèrent nettement de volume.

Chez un cobaye tuberculeux après une injection de 1 gr. d'une solution d'albuminose provenant d'une culture sur bouillon glycériné, la température s'éleva de 38° avant l'injection à 38°,9, 39°,7, 39°,8. Chez un autre cobaye tuberculeux, qui avait reçu la même dose d'albuminose, la température s'éleva de 38°,9 à 39°,6, 39°,0, 39°,8.

Chez les 2 derniers animaux, les ganglions tuberculeux augmentèrent de volume et chez l'avant-dernier la mort fut certainement avancée par l'injection.

Jusqu'à ce que Koch ait publié le mode de préparation de la substance ou des substances qu'il emploie dans son traitement antituberculeux, on peut admettre que nos recherches ont été entreprises dans la même voie que les siennes; mais il n'est pas possible de comprendre exactement ce qu'il entend par les termes de « extrait glycériné de cultures pures du bacille tuberculeux ».

(1) Voir *Mercredi médical*, 11 février 1891, p. 75 et 76, le mode de préparation du liquide, ses réactions chimiques et la relation de la première expérience faite par M. Crookshank.

SOCIÉTÉ CLINIQUE DE LONDRES

Séance du 13 *février* 1891.

Rétrécissement du pylore, modification à l'opération de Loreta.

MM. Hale White et A. Lane ont observé un homme de 43 ans parvenu au dernier degré du marasme en conséquence d'un rétrécissement du pylore, après l'ingestion d'acide sulfurique. M. A. Lane, après avoir lavé l'estomac — où il laissa la sonde comme conducteur, — ouvrit le ventre à droite de la ligne médiane et trouva le pylore très volumineux, et si dur qu'il ne crut pas pouvoir faire immédiatement la dilatation. L'estomac fut donc simplement suturé à la paroi et le malade fut nourri par la voie rectale pendant 48 heures, tandis qu'on essayait la dilatation progressive (le pylore ne laissait passer qu'une sonde n° 4); après quoi il succomba.

M. Bowreman Jesset croit que les auteurs eussent mieux fait de recourir à la gastro-entérostomie qu'il a pratiquée dans 5 cancers, et dont il est satisfait (voyez *Gazette*, 1890, p. 439). Il doute qu'on puisse maintenir bien la dilatation du pylore. **M. Treves** a toutefois répondu qu'entre les mains de plusieurs chirurgiens la méthode de Loreta a donné de bons résultats et qu'en principe elle est préférable à la gastro-entérostomie.

Appendicites.

Une discussion sur ce point a commencé. Je la résumerai d'ensemble après la séance prochaine, lorsqu'elle sera terminée.

A la Société médicale de Londres, la séance du 16 février a été consacrée à plusieurs présentations qu'il suffira d'énumérer.

Plusieurs cas ont trait à des *inversions splanchniques* : ainsi l'examen du cœur et du foie révélait une inversion totale chez un cardiaque présenté par **M. Havilland Hall**. De même dans un cas de **M. Ewart**. Au contraire il y avait seulement dextrocardie chez un malade de **MM. Ewart** et **Bennett**. Mais là il y avait une ancienne histoire pleuro-pulmonaire, en sorte qu'on ne sait pas trop si le déplacement cardiaque est congénital ou acquis : et **M. Beevor** se rallie à cette dernière opinion.

Cancer mammaire bilatéral.

M. E. Owen a présenté une femme à laquelle il a enlevé en une séance et simultanément (son assistant opérant du côté opposé) les deux seins cancéreux. La guérison a été rapide. On a donc tort de dire qu'en pareil cas l'opération est contre-indiquée.

M. K. Thornton, toutefois, a vu périr de shock une femme opérée de la sorte; deux fois il a vu, après ablation d'un sein, la récidive se faire dans le sein opposé. **M. Ballance** cite un cas de squirrhe bilatéral à marche lente chez une femme de 80 ans.

M. Allingham, à propos d'une observation de *hernie étranglée gangrénée*, s'est prononcé contre l'entérectomie primitive.

SOCIÉTÉ PATHOLOGIQUE DE LONDRES

Séance du 17 *février* 1891.

Imperforation de l'anus.

M. St. Paget a entretenu la Société de trois faits intéressants au point de vue pratique. L'un d'entre eux concerne un enfant très faible auquel il a fait d'emblée l'anus de Littre; au dixième jour il a introduit une sonde dans le bout inférieur et, guidé de la sorte, il a pu ouvrir au périnée l'ampoule rectale. L'enfant succomba. De même mourut, au sixième jour, un sujet auquel il put trouver l'ampoule, à 2 cent. et demi de profondeur : cet enfant n'avait qu'un rein. Dans le troisième cas, enfin, l'incision périnéale fit ouvrir le péritoine, mais manqua l'ampoule. Malgré l'anus de Littre, cet enfant (qu'on avait laissé sans soins pendant treize jours) mourut en deux jours. A l'autopsie, on a trouvé en outre un diverticule de

Meckel. Dans ces observations, **M. Symonds** (d'Oxford) a discuté le point de vue chirurgical et a narré que deux fois lui aussi a dû renoncer à la recherche périnéale, souvent aléatoire.

M. Bland Sutton s'est occupé du côté tératologique et a dit que, d'après ses autopsies, les malformations rénales concomitantes ne sont pas rares, et il incrimine en partie la compression des uretères par l'ampoule rectale distendue, opinion peu admise par **M. G. Spencer**.

Epithéliomes secondaires des os.

M. B. Pitts a présenté un épithéliome cylindrique de l'extrémité supérieure de l'humérus pour lequel il a désarticulé l'épaule avec succès à une femme de 32 ans, bien que celle-ci présentât un cancer du rectum vieux de 18 mois, déjà traité par la colotomie lombaire. A cette occasion, une discussion s'est engagée sur les cancers osseux secondaires et **M. St. Paget** a d'abord donné une statistique montrant la fréquence relative de cette métastase selon le siège originel du néoplasme : sur 40 cancers du rectum, une seule métastase osseuse; 3 sur 291 cancers de tube digestif (et Gussenbauer 0 sur 503 cancers de l'estomac) : 0 sur 200 cancers de l'utérus. Au contraire, les relevés de St. Paget, de Sprenger, de Tœrœk montrent combien c'est fréquent après les cancers du sein. Et dans les cancers du corps thyroïde, l'auteur a constaté des lésions osseuses 16 fois sur 24. **M. Johnson** a vu un cas où il crut à un ostéosarcome primitif de l'utérus : l'examen de la pièce montra un épithélioma, et c'est à grand'peine qu'on trouva un petit cancer utérin. Mieux encore, **M. Symonds** a raconté que Bryant a un jour enlevé un épithéliome cylindrique de l'extrémité externe de la clavicule et qu'il ne put trouver aucun foyer primitif : mais plus tard le malade mourut d'un cancer de la vésicule biliaire.

Pièces diverses.

M. W. Ord a montré un *anévrysme artério-veineux de l'aorte* ayant causé la mort par rupture dans la plèvre droite.

M. Job Collins a présenté une *hypertrophie compensatrice du rein gauche* consécutive à une atrophie acquise du rein droit.

M. Bland Sutton a décrit des pièces provenant d'animaux porteurs de *dents* cervicales accompagnées de troubles dans l'évolution des fentes branchiales.

M. Lunn a fait voir un *cancer du rein* ayant probablement six mois de date et ayant causé un dépôt métastatique dans le rein du côté opposé. La tumeur primitive pèse 1,500 gr. et elle avait respecté, en haut, un peu de tissu rénal.

Accommodation et convergence.

M. Berry. — Les expériences de Donders et de Nagel ont montré que la dissociation entre l'accommodation et la convergence relatives était sujette à des variations individuelles, mais qu'elle pouvait être augmentée par l'exercice, et qu'elle différait pour les différents degrés d'accommodation et de convergence. L'amplitude d'accommodation ou de convergence relatives est maxima pour la distance à laquelle le sujet peut lire et pour les distances plus grandes. Presque toujours la divergence relative augmente à mesure qu'on rapproche l'objet fixé. Sur 120 personnes examinées, j'ai trouvé chez les emmétropes une forte proportion de sujets ayant un parallélisme parfait ou presque parfait; chez les myopes le parallélisme est plus rare; il en est de même chez les hypermétropes, chez lesquels on trouve que la convergence est plus fréquente que la divergence. En somme, tant chez les emmétropes que chez les amétropes, il n'y a pas une relation nécessaire entre l'accommodation et la convergence. (Société d'ophthalmolagie, séance du 29 janvier).

AUTRICHE

SOCIÉTÉ IMPÉRIO-ROYALE DES MÉDECINS DE VIENNE

Séance du 20 *février* 1891.

Nous nous bornerons à signaler aux spécialistes deux présentations de **M. Czermak** sur des lésions oculaires très particulières :

1° Sur une forme de *kératite traumatique* qu'il appelle *kératite marginale*;

2° Sur un *angiome veineux simple probablement congénital du corps ciliaire*.

M. Rabl fait voir une fille de 17 ans, atteinte de tumeur blanche du pied et du coude et qui porte des *tumeurs tuberculeuses intra-musculaires* multiples à la jambe et dans le biceps.

Trépanation pour mal de Pott.

M. Lorenz se déclare, dans le mal de Pott, partisan du traitement orthopédique et est opposé à la trépanation. Il a vu trépaner des sujets chez lesquels la paralysie a persisté et par contre il présente une fille chez laquelle l'emploi du « lit plâtré » qu'il a imaginé a fait cesser une paralysie des 4 membres, de la vessie et du rectum consécutive à un mal de Pott cervical. Cet avis est partagé par **M. Weinlechner** et par **M. Billroth**, lesquels sont très réservés sur la valeur des tentatives opératoires. M. Billroth avait espéré que par l'injection de kochine on pourrait faire résorber partiellement les exsudats de pachyméningite et améliorer ainsi la paraplégie : il a observé au contraire une aggravation chez une femme, la paralysie vésicale, passagère il est vrai, s'étant ainsi ajoutée à celle des membres inférieurs.

Séance du 6 *février* 1891 (fin)

Corps étrangers de la vessie.

M. v. Dittel. — Chez les femmes on trouve le plus souvent des épingles à cheveux qui s'incrustent de sels calcaires et provoquent les mêmes troubles que les calculs. La formation de phosphates est due à l'introduction avec le corps étranger des microbes qui décomposent l'urine. Après la dilatation de l'urèthre, l'extraction de ces corps étrangers devient facile. Chez les hommes il s'agit ordinairement de sondes. Les sondes anglaises peuvent être extraites le mieux avec les pinces construites d'après le modèle fourni par Dittel. La cystoscopie rend dans ces cas de grands services. Si la sonde est devenue fragile, on peut faire la taille médiane ou hypogastrique, et c'est cette dernière seule qui se trouve indiquée quand il s'agit de sondes métalliques.

M. v. Mosetig a trouvé, dans deux cas, des bougies filiformes dans la vessie. Elles s'appliquent étroitement à la paroi vésicale et ne peuvent être retirées que par la taille hypogastrique.

M. Grünfeld a retiré un corps étranger de la vessie, en se servant de l'endoscope.

Syphilis de l'orbite.

M. Mrazek présente un malade atteint de *périostite gommeuse de l'orbite*. La tumeur siège au-dessus de l'os nasal droit, auquel elle adhère intimement. Au niveau de la portion osseuse de la cloison du nez, existent des gonflements de la muqueuse et quelques ulcérations. Au niveau de la partie supérieure gauche de l'œil droit, existe une tumeur qui adhère au périoste, et repousse l'œil en avant et en dehors. Quand le malade porte l'œil en dedans, en haut ou en bas, il existe de la diplopie.

Le malade a eu la syphilis il y a 29 ans. Il est donc indiqué d'instituer le traitement antisyphilitique.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant*.

Paris. — Imp. des Arts et Manufactures. 12 rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud.

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

PUBLIÉ PAR

LA GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Et servi gratuitement à tous les abonnés de ce journal

ABONNEMENTS SPÉCIAUX POUR MM. LES ÉTUDIANTS. — UN AN : 6 FRANCS

L. LEREBOULLET, Rédacteur en chef. — A. BROCA, Secrétaire de la Rédaction

Librairie de G. MASSON, 120, boulevard Saint-Germain.

SOMMAIRE

ACTES
DES FACULTÉS DE MÉDECINE

Tableau des thèses du 9 au 14 mars 1891

Mercredi 11. — M. Stœber. Des accidents méningitiques de la syphilis héréditaire chez les enfants. — M. Pradel. Contribution à l'étude de la pyohémie médicale.— M. Isch-Wall. Arthritisme. Cancer.

Jeudi 12. — M. Morin. Remarques sur la dernière épidémie d'influenza et principalement sur ses phénomènes hémorrhagiques. — M. Vaille. Contribution à l'étude du bassin vicié par obstruction (tumeurs développées aux dépens du squelette pelvien). — M. Camuzet. L'hystérie d'origine hérédo-alcoolique. — M. Chesnay. Le traitement hygiénique de la tuberculose pulmonaire. A l'air libre et au repos. Hivernage de tuberculeux à l'hôpital Tenon (1890-91).

Les vacances de Pâques auront lieu du 22 mars au 5 avril.

Les Cours d'été commenceront le 16 mars. Nous en donnerons la liste complète le 10 mars

Prix Corvisart. — La question suivante est mise au concours de 1891 pour le prix Corvisart : *Du diagnostic de la pleurésie et de la pneumonie aiguë.*

LYON

Thèses de janvier 1891.

N° 582. — Chartier (Henry) : Examen médico-légal et autopsie des enfants nouveau-nés. — N° 585. Rossi (Adolphe) : Contribution à l'étude des germes de l'atmosphère. Sur quelques numérations des bactéries de l'air dans les hôpitaux de Lyon. — N° 586. Solmon (E. Jules) : Contribution à l'étude des pandémies grippales. L'influenza à Lyon et dans la 14e région de corps d'armée. Essai d'épidémologie avec cinq planches hors texte. — N° 587. Lacroix (Eugène) : Contribution à l'histologie normale et pathologique du péricarde. — N° 588. — Montaldi (Henri) : Etude sur la fièvre aseptique consécutive à l'oblitération vasculaire. — N° 589. Roussy (Alfred-Charles) : Etude clinique de la température chez les tuberculeux. — N° 590. Maurier (Henri) : Sur les rapports de l'eczéma et du psoriasis. — N° 591. — Rauvalli (Henri) : De l'arthrodèse. — N° 592. — Martin (Georges) : Du rôle de la convalescence dans la propagation des maladies transmissibles. — N° 593. — Merciolle (Maurice) : Examen médico-légal de la dentition dans les questions d'identité. — N° 594. — Masson (Camille) : Des complications articulaires consécutives aux angines et en particulier à l'angine diphthéritique. — N° 595. — Pons (Fernand) : De la réimplantation des rondell s osseuses après la trépanation du crâne. — N° 596. — Rasamimanana (Joseph) : Contribution à l'étude de l'action physiologique de la tanghinine cristallisée extraite du tanghina venenifera (poison d'épreuve de Madagascar).

BORDEAUX

Thèses de janvier et février.

Bula-Lafont. Del'interv. chir dans la grossesse extra-utérine. — Périsson. Contrib. à l'ét. des paralysies et des amyotrophies dans la chorée de Sydenham. — Brodu. Des troubles vésicaux et des altérations de l'urine symptomatiques des affections rénales. — Marty. Du traitement des arthrites tuberculeuses par l'iodoforme. — Bachelier. Contribution à l'étude de la lithotritie à séances prolongées. — Lépinay. L'Institut anatomique de la Faculté de médecine de Bordeaux. — Barret de Nazaris. Traitement des prolapsus génitaux par la colpopérinéorraphie et la colposyntomie combinées immédiatement avec l'opération d'Alquié-Alexander. — Rozier. De la tuberculose testiculaire diffuse. — Bourrus. Etude sur les formes anormales de l'utérus gravide, leur influence sur la grossesse, l'accouchement et la délivrance.

VARIÉTÉS

Comité consultatif d'hygiène en France. — Par arrêté ministériel, en date du 20 février 1891, M. le docteur Gariel a été nommé membre du Comité consultatif d'hygiène publique de France, en remplacement de M. Gavarret, décédé.

M. le docteur Vaillard, professeur agrégé au Val-de-Grâce, a été nommé auditeur près de cette assemblée.

Concours du Bureau central en médecine. — Les candidats inscrits pour les trois places mises au concours, sont, par ordre alphabétique :

MM. Achard, Barbe, Barbier, Baudoin, Béclère, Belin, Berbez, Besançon, Blocq, Bourcy, Bourdel, Bruhl, Capitan, Cayla, Coffin, Dalché, Darier, Delpeuch, Deschamps, Despréaux, Dubief, Duflocq, Duplaix, Durand-Fardel, Florant, Gallois, Gauchas, Gaume, Gennes (de), Gilles de la Tourette, Gillet, Giraudeau, Girode, Guinon (L.), Guinon (G.), Havage, Hudelo, Jacquet, Jeanselme, Klippel, Laffitte, Launois, Lebreton, Legendre, Lermoyez, Lesage, Lion, Lyon, Marfan, Martin de Gimard, Mathieu (Alb.), Ménétrier, Méry, Morel-Lavallée, Nicolle, Œttinger, Pignol, Polguère, Poupon, Queyrat, Raymond (Paul), Ribail, Robert, Roger, Springer, Thoinot, Tissier, Vaquez, Weber, Widal, Wurtz.

La question pour la composition écrite a été: Du rein goutteux, anatomie pathologique et symptomatologie.

Les questions restées dans l'urne étaient :

1° Embolie pulmonaire ;

2° Broncho-pneumonies aiguës (pathogénie et anatomie pathologique).

Lectures les lundis, mercredis, vendredis à 4 heures 1/2, avenue Victoria ; les dimanches à 9 heures du matin et mardis à 8 heures du soir, à la Charité.

L'Assemblée générale annuelle de l'Association amicale des internes et anciens internes en médecine des hôpitaux de Paris aura lieu le samedi 4 avril. Les membres de l'Association qui auraient quelque communication à faire ou qui désireraient poser leur candidature aux fonctions de membre du Comité sont priés de le faire savoir avant le 15 mars, en s'adressant au président de l'Association, M. le professeur Hardy, à Paris, 5, boulevard Malesherbes.

Les honoraires des dentistes. — La 7e chambre du tribunal civil, sur la plaidoirie de Me Le Berquier, vient de décider que les dentistes sont assimilables aux chirurgiens et que, dès lors, l'action qu'ils ont pour obtenir payement de leurs honoraires se prescrit, non par trente ans, comme le soutenait l'un d'eux — demandeur au procès — mais par un an.

Détail assez curieux : la même chambre avait, il y a un an, décidé précisément le contraire !

Congrès des aliénistes de langue française. — La session de 1891 s'ouvrira à Lyon le 3 août. Questions à l'ordre du jour :

1° Du rôle de l'alcoolisme dans l'étiologie de la paralysie générale. (M. Brun, rapporteur.)

2° De la responsabilité légale et de la séquestration des aliénés persécutés (rapp. M. H. Coutagne).

3° De l'assistance des épileptiques (rapp. M. P. Lacour).

Les rapports seront envoyés aux adhérents un mois à l'avance.

Adresser tous les documents à M. le Dr A. Carrier, médecin des hôpitaux, 13, rue Laurencin, Lyon.

La vaccination est obligatoire en Egypte, par décret du Khédive, dans les 3 mois qui suivent la naissance.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Traitement des rétrécissements syphilitiques du rectum par l'extirpation. Communication à la *Société de chirurgie*, par E. Quénu, agrégé, chirurgien de l'hôpital Cochin.

A propos de l'extirpation du rectum cancéreux par la voie sacrée, M. Richelot nous a parlé d'une malade atteinte d'un rétrécissement syphilitique chez laquelle il pratiqua l'opération de Kraske il y a environ deux mois. C'est sur ce point spécial de sa communication que je désire greffer une discussion relative au traitement opératoire des rétrécissements syphilitiques du rectum.

Au commencement de juin de l'année dernière (1890), j'ai fait l'extirpation du rectum chez une malade atteinte d'un rétrécissement syphilitique : voici l'observation, dont j'aurais voulu différer la publication afin que le résultat en soit encore plus probant :

Madame X..., âgée de 36 ans, mère de 2 enfants dont l'un a 9 ans et l'autre 4 ans et demi, contracta la syphilis il y a 7 ans : elle eut des plaques muqueuses aux organes génitaux, une éruption roséolique, etc., et fut soumise au traitement spécifique. Les premiers symptômes du côté du rectum se manifestèrent pendant sa dernière grossesse, sous forme de douleurs et de quelques difficultés à aller à la garde-robe, Ces symptômes augmentèrent l'année suivante et prirent tout leur développement il y a environ 2 ans; depuis cette époque elle fut longuement et méthodiquement traitée par les iodures, puis par la dilatation et enfin par l'électrolyse : elle n'en retira jamais aucun bénéfice; depuis un an elle passe toutes ses matinées en crises douloureuses, à genoux, le corps plié en deux, occupée à prendre des lavements avec des canules spéciales et à faire des efforts pour aller à la garde-robe. malgré ses lavements répétés et l'usage successif d'une série de préparations purgatives, il lui arrive de demeurer jusqu'à une semaine sans aller à la selle. Il y a environ 8 mois, un abcès se forma sur le côté droit de l'anus, et devint le point de départ d'une fistule. A la fin de mai 1890, Mme X... me fut adressée par M. le Dr E. Labbé. Cette femme avait alors toutes les apparences d'une tuberculeuse : elle était Maigre, d'un teint jaunâtre, fiévreuse, à peau sèche, toussaillant continuellement. Elle ne me parla d'abord que de sa fistule, mais je constatai bien vite que ce n'était là qu'une lésion secondaire, sous la dépendance d'un rétrécissement rectal. En effet, à un centimètre environ de l'anus, l'index rencontre un rétrécissement cylindrique dans lequel il s'engage, mais qu'il ne peut franchir : la moitié environ du petit doigt peut seule y pénétrer. La muqueuse rectale est lisse, tendue; elle devient granuleuse à la partie supérieure de la région rétrécie. L'étendue de celle-ci peut être évaluée à environ 6 ou 7 centimètres. Des condylomes existent autour de l'anus. Le petit doigt introduit aussi haut que possible ne sent pas le stylet qu'on a engagé dans la fistule. Toutes ces explorations sont horriblement douloureuses.

J'ajoute que depuis des mois madame X... ne peut contenir les gaz; toute la région sphinctérienne est en effet envahie par l'infiltration et on ne sent aucune constriction d'ordre musculaire en touchant la malade. Elle est enfin obligée de se garnir à cause d'écoulements glaireux et purulents qui se font incessamment par l'anus et ont irrité la peau des fesses.

L'impuissance des moyens employés et son désir de ne plus endurer de si grandes souffrances font qu'elle accepte immédiatement l'opération que je lui propose.

Celle-ci est pratiquée le 4 juin, sous le chloroforme, après une antisepsie préalable de l'intestin par le naphtol et des purgatifs.

Je commence par inciser la commissure postérieure de l'anus en partant un peu en avant du coccyx; je remonte ainsi jusqu'au-dessus du point le plus serré, de manière à atteindre et à dépasser la muqueuse saine. J'obtiens de la sorte une figure losangique dont j'abaisse l'angle supérieur pour le réunir à l'angle inférieur de ma plaie. Alors de chaque côté j'excise, au moyen de ciseaux courbes, tout le rétrécissement, y compris le trajet fistuleux : je constate que toute l'extrémité inférieure du rectum est transformée en une gangue fibreuse, dure, dans laquelle il est impossible de reconnaître les différentes couches de l'intestin, ni les fibres du sphincter externe. L'hémostase est facilitée par ce fait qu'au fur et à mesure de la résection je pratique la suture de l'intestin à la peau de l'anus préalablement débarrassée de ses condylomes. L'opération dura un peu plus d'une heure. Pansement iodoformé et opium à l'intérieur. La température ne s'éleva à 38° que le lendemain de l'opération, puis retomba à la normale, après que 4 fils profonds qui avaient déterminé un peu de gonflement furent coupés.

Dix jours après l'opération, le 14 juin, tous les fils de la demi-circonférence postérieure qui avaient été laissés furent enlevés; au bout de trois semaines, la cicatrisation était complète, et la malade pouvait se lever dès les premiers jours de juillet. La première garde-robe eut lieu le sixième jour sans souffrance aucune : depuis, la défécation s'est toujours effectuée d'une façon régulière et très facilement. La malade n'est plus tourmentée par les gaz comme autrefois; cela tient à ce qu'elle n'a plus cette tympanite qu'engendraient ses constipations opiniâtres. Elle n'a pas non plus présenté ces alternatives de diarrhée et de constipation, ces débâcles désagréables que j'ai observées chez certains malades auxquels j'avais enlevé l'extrémité inférieure du rectum pour des cancers. Sa seule infirmité résulte d'une très petite saillie de la muqueuse rectale, et du léger suintement, purement muqueux, qu'occasionne le frottement, quand la malade marche un peu longtemps. Ces petits inconvénients lui paraissent peu de chose, et le souvenir de ses souffrances passées ne lui laisse qu'une appréhension, c'est que le rétrécissement ne reparaisse. J'ai revu Mme X... au commencement de février 1891 : son état général s'est extrêmement amélioré, bien qu'elle ait passé l'été à Paris et qu'occupée de sa profession, elle n'ait pris aucun repos. Les fonctions rectales ont continué de régulièrement s'accomplir, il n'y a plus trace de suppuration, la peau de la région périnéale postérieure est absolument normale. J'ai examiné soigneusement et touché le rectum, je n'ai senti du côté de la muqueuse aucune granulation, aucune diminution de souplesse qui trahisse un commencement de récidive; le pourtour de l'anus et les tissus péri-rectaux me paraissent absolument sains et exactement dans le même état qu'après l'opération.

Cette intégrité absolue des tissus, après plus de sept mois, nous donne peut-être le droit d'espérer que la guérison sera définitive. S'il en était ainsi, ce que l'avenir nous apprendra, il faudrait en appeler du pronostic désespérant porté par Allingham sur les rétrécissements syphilitiques du rectum. Il y a moins de six ans, en effet, Allingham écrivait cette phrase dans l'Encyclopédie internationale : « Dans le rétrécissement du rectum on ne peut obtenir de guérison rapide et durable par aucun moyen; une pratique de près de vingt-cinq ans ne m'a jamais permis de voir un seul cas qui eût été guéri rapidement et qui n'eût pas récidivé avec une promptitude égale. » Nous savons tous, en effet, ce qu'il faut penser de la dilatation comme méthode de traitement des rétrécissements syphilitiques. Inefficace le plus souvent, elle est d'ordinaire douloureuse et pas toujours innocente. Notre meilleure ressource chirurgicale était, certes, la rectotomie linéaire. Mais, alors même qu'elle n'est pas suivie de la reproduction du rétrécissement, elle laisse persister une suppuration qui n'est pas sans amener à la longue l'épuisement du malade.

Nous pouvons en donner comme exemple l'histoire d'un malade que nous observons depuis quelques mois et qui a été opéré par Verneuil, en octobre 1887 (M., âgé de 28 ans, employé chez un dentiste). Ce garçon, alors âgé de 25 ans, éprouvait de grandes difficultés pour aller à la garde-robe, et présentait en outre des écoulements sanguinolents et glaireux. La rectotomie linéaire lui procura un grand soulagement et supprima ses hémorrhagies pendant une période de 15 mois, mais elle ne fit jamais

disparaître complètement l'écoulement muco-purulent du rectum : depuis 15 mois, les saignements ont reparu, la défécation est devenue moins facile, nécessitant l'usage régulier de la rhubarbe; il y a quelques mois enfin, un abcès se forma et s'ouvrit dans le rectum. Aujourd'hui, le malade est bien loin de la guérison ; on peut, sans doute, introduire le doigt assez haut dans l'intestin, mais c'est à travers un intestin rigide, inextensible, hérissé de saillies dures et de granulations; toute la région rétro-anale est rouge, condylomateuse, la suppuration est continuelle et nécessite un pansement biquotidien, les difficultés dans la défécation reparaissent et s'accentuent.

Assurément, la rectotomie n'est qu'une méthode palliative. Je reconnais que la méthode de Verneuil a été améliorée par la modification que Péan (1) lui a fait subir : on sait qu'elle consiste à abaisser, après section du rétrécissement en arrière, l'angle supérieur de la plaie losangique ainsi obtenue à l'angle inférieur; c'est le premier temps de l'opération que nous avons nous-même pratiquée, mais l'infiltration des tuniques rectales demeure, et avec elle la fatalité d'une récidive. Du reste, Jaquinot (2), qui a reçu de Péan son sujet de thèse et ses observations, avoue que les malades ont été perdus de vue dès leur sortie de l'hôpital.

Je ferai un reproche analogue à l'électrolyse, qu'elle soit ou non linéaire : elle fait cesser les dangers du rétrécissement, mais elle laisse persister cette rechute spéciale qui n'est certes pas une simple conséquence de la coarctation, mais qui est la maladie elle-même. J'ajoute que les quelques observations que j'ai eu le temps de colliger depuis mercredi ne me paraissent pas devoir emporter tous les doutes. La plupart sont peu explicites (de Benton, *Med. Press and circular*, 1888. Neumann. *Med. and surg. reporter*, 1889), les rétrécissements syphilitiques sont confondus avec les rétrécissements simplement vénériens, ou résultant d'hémorrhoïdes, de dysenterie, etc. De même, l'observation publiée par M. Fort, dans le numéro de septembre de la *Gazette des hôpitaux* de 1889, ne paraît pas devoir être d'une façon certaine rapportée à la syphilis : le rétrécissement était annulaire, court et il n'y avait aucune manifestation syphilitique dans les antécédents. J'ajoute que la première séance d'électrolyse eut lieu le 11 mai 1889 et que la dernière note de l'observation porte la date du 8 juin 1889. Il y a donc au moins doute sur la persistance de la guérison.

En ce qui concerne les syphilômes du rectum et de l'anus, je crois qu'après avoir essayé sans succès le traitement spécifique, on a tout avantage à les traiter comme une tumeur.

Si le siège en est bas, il faut extirper tous les tissus malades et amener les tuniques rectales saines au contact d'une peau saine, qu'on suive ou non le procédé que j'ai indiqué. Si le siège en est plus élevé, mais non hors des limites de l'action chirurgicale, on pourra suivre la voie sacrée comme l'a fait, avec succès, M. Richelot, exécuter une véritable opération de Kraske si l'intégrité de la région sphinctérienne le permet.

Je ne suis certes pas le premier qui ait songé à extirper des rectums rétrécis ; cette opération, d'après Duplay qui la repousse, a été autrefois *proposée* par quelques chirurgiens comme ressource extrême dans les cas désespérés; je ne sais si elle a été exécutée en France pour des syphilômes. En Allemagne, elle est conseillée par Herman Tillmann dans un livre qu'il vient de publier cette année même, dans tous les cas de rétrécissements prononcés du rectum. Quoi qu'il en soit, il m'a paru intéressant de soulever cette question de thérapeutique et d'attirer l'attention de mes collègues sur un mode de traitement des rétrécissements syphilitiques qui, sans aucun doute, n'est pas applicable à tous les cas, mais qui, dans un bon nombre, me paraît recommandable et supérieur aux autres procédés opératoires. Je crois également utile de faire suivre mon observation de l'examen histologique et bactériologique de la pièce enlevée. Cette dernière étude a été faite par M. le Dr Girode.

(1) *Bull. méd.*, 1889.
(2) Th. 1889-90.

Examen histologique et bactériologique, par M. Girode. — Les coupes orientées suivant l'axe du conduit anal montrent des modifications dans le revêtement cellulaire superficiel, la couche chorio-dermique sous-jacente, et la zone sphinctérienne.

Le revêtement cellulaire tend partout à s'épidermiser, même dans les parties qui correspondent pleinement au sphincter interne et à la muqueuse anale : mais la couche teintée en jaune par l'acide picrique est des plus minces, réduite presque à rien dans les parties élevées, ou formée de cellules qui conservent une certaine quantité de protoplasma et un noyau net. En différents points même, le stratum granulosum est à nu, ou recouvert d'un détritus cellulaire mêlé de quelques globules sanguins. Ce stratum granulosum est partout très caractérisé, offrant jusqu'à 6 et 8 rangées de cellules superposées. La couche malpighienne est épaissie, et les prolongements inter-papillaires paraissent allongés et renflés. Les cellules basales sont généralement mieux dessinées et fortement pigmentées. Un certain nombre des cellules malpighiennes ont subi l'altération vacuolaire totale; mais on remarque surtout que quelques noyaux présentent l'apparence en croissant avec vacuolisation avancée. Enfin, il existait dans quelques prolongements inter-papillaires des éléments qui rappelaient singulièrement les formations psorospermosiques.

Dans le derme, les altérations prennent beaucoup plus d'importance. La couche dermique est considérablement épaissie, et l'épaississement tient à l'existence d'infiltrations embryonnaires qui ont bouleversé complètement l'architecture de cette partie. L'infiltration n'est pas diffuse, sauf en quelques points de la région sous-papillaire et des papilles, où les faisceaux conjonctifs ont complètement disparu. Plus profondément, les amas embryonnaires sont disposés par ilots autour des vaisseaux, des glandes, des nerfs eux-mêmes. Les artères paraissent être plus spécialement entourées d'un manchon embryonnaire total : mais leur paroi reste intacte dans ses deux tuniques internes et la lumière est libre. Du reste, la dissémination des amas lymphoïdes dans ce qui reste des espaces étoilés dermiques et sous-dermiques montre que l'appareil lymphatique prend part au processus. Les glandes sont presque totalement disparues, noyées dans les mêmes formations; on en retrouve seulement des vestiges reconnaissables à l'apparence polylobulée et aux connexions avec les follicules pileux. Ceux-ci sont rares dans les coupes, très reportés vers la profondeur, entourés des mêmes formations à petites cellules, et renfermant le plus souvent un poil tout à fait rudimentaire. Notons encore dans le derme quelques extravasations sanguines, et de grands tractus fibreux qui semblent s'attacher de préférence vers la base des papilles et conditionnent sans doute les bosselures de la néoplasie.

A mesure qu'on se rapproche de la zone sphinctérienne, les formations embryonnaires sont moins étendues, réparties en ilots arrondis ou étoilés plus ténus, que séparent des bandes conjonctives serrées. Il n'est pas rare de trouver au centre d'un ilot embryonnaire un nodule fibroïde, vestige d'un petit vaisseau sclérosé et oblitéré : mais ici encore les vaisseaux sont généralement perméables.

Dans la zone sphinctérienne, l'élément musculaire n'est pas altéré; mais les couches et faisceaux de fibres sont séparés par les mêmes infiltrations embryonnaires parfois très ténues, réduites à 2 ou 3 rangées cellulaires, et suivant toujours les vaisseaux.

Tous ces amas embryonnaires sont constitués par des cellules du type lymphatique, arrondies ou un peu irrégulières, en active prolifération. On remarque çà et là, au centre des amas, des formations ayant tous les caractères des cellules géantes.

Examen bactériologique. — Quoique les lésions dermiques

rappellent singulièrement les néoplasies ou nodules infectieux, des recherches répétées n'ont pu mettre en évidence aucune forme microbienne. Le traitement des coupes par les méthodes de Lœffler, d'Ehrlich, et surtout de Gram-Weigert, est resté complètement infructueux, de même que les tentatives de coloration lente dans les solutions de fuchsine faible avec emploi consécutif d'huile d'aniline fuchsinée, en passage par les acides très étendus.

REVUE DES JOURNAUX

Obstruction de l'iléon (Obstructive disease of the lower extremity of the ileum), par J. Bristowe (*Amer. Journ: of medic. Sc.*, février 1891, p. 116). — L'auteur rapporte quatre cas d'obstruction intestinale par des causes portant sur la fin de l'iléon (adhérences, cicatrices, tumeur maligne) et insiste sur les caractères suivants : coliques douloureuses associées à des contractions péristaltiques intenses et visibles du petit intestin, avec obstruction intestinale incomplète à marche chronique et tendance constante à la terminaison fatale.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 3 mars 1891.

Présidence de M. Tarnier.

Commissions de prix pour 1891.

Prix de l'Académie : MM. Proust, L. Colin, Le Roy de Méricourt.
Alvarenga : MM. Polaillon, Le Dentu, Quinquaud.
Barbier : MM. Sée (Marc), Jaccoud, Weber.
Buignet : MM. Gautier, Gariel, Bouchardat.
Capuron : MM. Tarnier, Budin, Robin.
Civrieux : MM. Charcot, Mesnet, Blanche.
Daudet : MM. Labbé, Lannelongue, Terrier.
Desportes : MM. Hardy, Moutard-Martin, C. Paul.
Godard : MM. Le Fort, Péan, Périer.
Hygiène de l'Enfance : La Commission.
Itard : MM. Laboulbène, Dujardin-Beaumetz, Dieulafoy.
Laborie : MM. Larrey, Verneuil, Guyon.
Laval : MM. Brouardel, Bouchard, Peter.
Meynot : MM. Villemin, Panas, Javal.
Monbinne : MM. Empis, Trasbot, Cadet de Gassicourt.
Nativelle : MM. Prunier, Marty, Moissan.
Portal : MM. Cornil, Besnier, Lancereaux.
Pourat : MM. Duval, Potain, François-Franck.
Vernois : MM. Nocard, Ollivier, Lereboullet.

Vaccination obligatoire.

M. Brouardel. — Dans son discours de mardi dernier, M. Le Fort nous a accusés, M. Proust et moi, de n'avoir pas su organiser le service de la vaccine, puis, en demandant la vaccination obligatoire, de vouloir devenir des inquisiteurs au lieu de rester des missionnaires. Je tiens à ne pas laisser peser de semblables imputations sur les tendances du Comité consultatif d'hygiène publique de France que j'ai l'honneur de présider.

Le discours de M. Le Fort a bien précisé le terrain de la discussion ; je constate avec plaisir que les points sur lesquels nous sommes d'accord sont beaucoup plus nombreux que ceux qui restent dans le débat. Ce qui nous sépare surtout, c'est une question de doctrine presque étrangère au côté médical de la vaccination.

En effet, les points sur lesquels tous les orateurs sont d'accord, y compris M. Le Fort, sont les suivants : d'une part, les bienfaits de la vaccination et de la revaccination sont indéniables et, si une population pouvait être tout entière vaccinée et revaccinée, on pourrait la considérer comme à l'abri d'une épidémie de variole ; d'autre part, la vaccination pratiquée à l'aide du vaccin de génisse avec les précautions adoptées à Lyon, en Allemagne et probablement ailleurs, n'expose à aucun danger l'individu inoculé ; depuis 20 ans on pratique la vaccination animale, on ne peut lui reprocher aucun accident, nous devons la considérer comme incapable de nuire aux personnes vaccinées par cette méthode à l'aide de vaccin cultivé et recueilli dans un institut vaccinal bien dirigé.

Et cependant, même après avoir constaté qu'en trois ans (1885-1888), dans 195 villes françaises, qui ne représentent pas le quart de la population totale de la France, la variole a fait 9,820 victimes, M. Le Fort nous refuse la vaccination obligatoire sous le prétexte que nous violerions ainsi la liberté individuelle et que nous avons à notre disposition d'autres moyens aussi puissants : la désinfection, l'isolement et la déclaration obligatoire des maladies contagieuses, aidés d'une puissante propagande en faveur de la vaccination et de la revaccination volontaires. Voyons ce que valent ces trois moyens.

Le Comité d'hygiène leur accorde également une grande valeur ; dans le projet de loi qu'il a été chargé d'élaborer, il n'a pas manqué de les inscrire parmi les mesures peu nombreuses qui devraient être obligatoires. Pour la déclaration des maladies transmissibles notamment, la commission a emprunté le texte de la déclaration à l'article 55 du Code civil pour la déclaration des naissances ; comme en Angleterre elle ne fait intervenir le médecin qu'à défaut du chef de famille. Quant à l'isolement et à la désinfection, M. Le Fort nous reproche d'être en principe favorables à leur emploi et de les combattre quand il s'agit de les appliquer à la variole. Une explication est ici nécessaire :

Lorsqu'un malade atteint d'une affection contagieuse se présente à la frontière de terre ou de mer, l'isoler, désinfecter ses bagages est relativement facile. Des maisons d'isolement ou des lazarets sont préparés, des étuves à désinfection par la vapeur sous pression sont prêtes à fonctionner. Lorsque l'affection transmissible naît dans une ville ou dans un village, deux conditions peuvent se présenter suivant la nature de la maladie : ou bien, comme le choléra, la fièvre typhoïde, ces maladies sont transmissibles surtout par l'eau souillée, par les déjections des malades, par leurs linges, par leur contact immédiat, alors il est facile de désinfecter les déjections, les vomissements, les linges, la literie, tous les objets souillés; l'isolement du malade même imparfait suffit et l'exemple du choléra de Paris en 1884 nous a prouvé que dans ces conditions aucun des malades atteints ne forme un foyer de contagion. Mais lorsque la maladie se propage par l'air, comme la rougeole, la scarlatine, la variole, l'application de ces mesures pour être efficace doit être bien plus sévère et elle est loin d'être facile. Il ne suffit plus d'isoler le malade dans une chambre ; il faut étendre l'isolement à toute la maison et à toutes les personnes qui l'habitent. C'est là une mesure qui me semble bien difficile, pour qu'elle ne soit pas un leurre, à appliquer dans les villes et même à la campagne, avec la sécurité nécessaire. Sans doute vous multiplierez quelque jour les hôpitaux intercommunaux comme celui de Fontenay-sous-Bois, et l'isolement à l'hôpital deviendra plus facile; mais qui ne sait que les hôpitaux d'isolement pour la variole peuvent quelquefois, par les relations du personnel avec le voisinage, devenir eux-mêmes des foyers de contagion ?

Au Havre, on pratique depuis quelques années l'isolement pour la variole et cependant elle y fait encore de nombreuses victimes ; à Bruxelles, où fonctionne un Bureau d'hygiène modèle, la vaccination non obligatoire, l'isolement, la désinfection et la déclaration n'ont pas empêché une épidémie de variole d'y sévir en ce moment avec une certaine intensité ; les décès se produisent exclusivement chez des personnes non vaccinées ou non revaccinées. Dans ces villes, l'isolement et la désinfection ont certainement retardé l'explosion de l'épidémie, elles en ont limité les ravages, mais elles ne l'ont pas empêché d'exister, de se développer, et il a suffi de circonstances bien peu importantes pour que leur application devînt difficile ou insuffisante. Elles ne peuvent réussir que si le nombre des malades est faible ; elles ont réussi deux fois à Sheffield, elles y ont échoué la troisième fois parce que, comme à Bruxelles, le service sanitaire a été averti trop tard et surtout parce qu'une première vaccination ne met pas à l'abri de la maladie pour un temps illimité. Aussi le nombre des varioleux non vaccinés ou non mis à l'abri par une première vaccination trop ancienne a-t-il été tel que l'isolement et la désinfection ont cessé de fonctionner d'une façon régulière. La gravité d'une maladie, comme le disait Fauvel, ne se mesure pas à l'intensité de l'étincelle qui l'allume, mais à la combustibilité des matériaux sur lesquels elle tombe. En réalité, l'isolement et la désinfection complètent la vaccination et la revaccination obligatoires ; l'isolement est une étape dans le progrès sanitaire ; toutes les maladies transmissibles s'y sont

arrêtées, puis il est devenu inutile ou à peu près inutile quand des moyens spéciaux, propres à chacune d'elles, ont été découverts. N'en a-t-il pas été ainsi pour l'infection purulente, la pourriture d'hôpital, la fièvre puerpérale?

M. Le Fort nous reproche aussi de n'avoir pas organisé le service de la vaccine en France, soit par voie de persuasion, soit par des mesures administratives. D'abord, il est un certain nombre de départements, tels que ceux de la Bretagne, dans lesquels, malgré les efforts des médecins, des instituteurs, du clergé et de l'administration, on ne parvient pas encore à pouvoir généraliser la vaccination, quelque persuasion et quelque insistance qu'on y emploie. D'autre part, en France, le budget départemental de la vaccine est de 240.000 francs environ; mais 20 départements ne votent pas un centime; les communes dépensent de ce chef environ 80.000 fr. et l'Académie reçoit 10.000 fr. de l'Etat, soit 350.000 fr. environ. En Angleterre, le service vaccinal coûte 470.000 fr. L'écart n'est pas considérable et une bonne organisation pourrait se faire dans les conditions actuelles avec une dépense qui n'excéderait pas 500.000 fr.; mais cette organisation ne peut résulter que d'une loi, rendant la dépense obligatoire pour le département ou la commune, ou pour tous deux, suivant une proportion à déterminer, notre législation ne permettant pas de rendre obligatoire une dépense pour un service qui ne l'est pas.

Or, pour justifier la demande d'une pareille loi, il faudrait prouver, dit M. Le Fort, que la vaccination et la revaccination obligatoires mettent à l'abri des épidémies de variole. Mais M. Le Fort n'a-t-il pas montré, lui-même, par de nombreuses statistiques, que les vaccinés et les revaccinés sont à l'abri de ces épidémies dans une proportion telle, qu'ils constituent une population qui se comportera comme un roc vis-à-vis du germe variolique? L'exemple de l'Allemagne prouve, en outre, qu'il ne suffit pas de développer la vaccination et de prendre toutes autres mesures prophylactiques; ainsi, les ordonnances antérieures n'avaient pas réussi à supprimer presque la variole, dans ses divers Etats, comme l'a fait la loi de 1874; en Bavière, la vaccination était obligatoire depuis 1806, mais tombée presque en désuétude, la variole y revenait toujours, lorsque l'application sérieuse de la loi de 1874 y a abaissé presque à zéro, depuis plusieurs années, le nombre des décès par cette maladie.

On objecte que la vaccination et la revaccination obligatoires pour l'admission à l'école et dans les administrations publiques, ainsi qu'au moment de l'incorporation militaire, peuvent suffire. M. Le Fort a rappelé lui-même que, dans les écoles privées, faute d'une loi générale, la vaccination ne peut être actuellement obligatoire, de même que dans les administrations privées, et le contingent militaire ne comprend pas tous les jeunes gens. D'où encore la nécessité d'une loi générale.

L'argument principal invoqué par M. Le Fort est celui de la violation de la liberté individuelle : je sais comme médecin, dit-il, que la vaccination obligatoire est incapable d'empêcher les épidémies et, par conséquent, le sacrifice d'une liberté précieuse ne serait pas compensé par un avantage suffisant. Et, cependant, M. Le Fort reconnaît qu'à Sheffield, les vaccinés et revaccinés ont été atteints dans une proportion infime; il reconnaît aussi que la revaccination protège aussi bien qu'une variole antérieure, et il a entendu, il y a quinze jours, M. Hervieux rappeler qu'une épidémie de variole, survenue dans les environs de Belfort, a fait de nombreuses victimes dans les villages français, et aucune dans les villages allemands où la vaccination était obligatoire. Donc, si nous demandons qu'on sacrifie ainsi une part de la liberté, c'est pour un avantage réel, tangible. La démonstration est complète sur ce point. D'ailleurs, si M. Le Fort repousse l'obligation pour la vaccine, il accepte la séquestration obligatoire. Il fait ce sacrifice à la liberté individuelle pour deux raisons la première : c'est qu'il admet que l'isolement et la désinfection suffisent avec l'organisation du service vaccinal pour nous protéger contre la variole. J'ai répondu à cette théorie, je n'y reviens pas. La seconde raison, c'est qu'il pense évidemment qu'il ne blessera pas ainsi les convictions, la foi des personnes à qui il imposera cette privation temporaire mais absolue de la liberté personnelle. Il nous engage, pour juger la question, à nous mettre dans la peau de celui qui, par préjugé, erreur, sottise, se refuse à la vaccination. Mais il en est qui ne croient pas à la contagion de la variole; de quel droit vous opposez-vous à leur liberté, de quel droit imposez-vous à leurs croyances la tyrannie de la séquestration? Pourquoi respecter la sottise de l'un et passer outre à l'erreur de l'autre?

Quand l'intérêt général de la patrie l'impose, l'intérêt individuel, ou même et surtout le préjugé individuel, doit s'incliner. Je dis préjugé, je le dis avec M. Le Fort, car lui-même a reconnu qu'il s'agit, non pas d'une vérité, mais d'un préjugé qu'il a lui-même appelé une sottise. C'est pour ce préjugé, ou à cause de lui, que nous perdons chaque année plus de 10,000 varioleux. Vous ne pouvez pourtant pas nier que l'intérêt général commande de passer outre à ce préjugé, car nous voulons que tous, civils et militaires qui, aujourd'hui, concourent à la défense nationale directement ou indirectement, se trouvent invulnérables à la variole, en présence d'hommes qui, eux-mêmes, le seront, grâce à la pratique de la vaccination et de la revaccination obligatoires dans l'armée.

Vous nous exposez les craintes du père de famille, qui tremblera pendant des années, craignant, par simple préjugé, que son fils n'ait reçu, en même temps, le virus vaccinal et le germe tuberculeux. Je ne dis pas ce soit là un père de famille purement imaginaire, mais je déclare que je ne le connais pas, que je ne l'ai jamais vu, et pourtant on vaccine tous les jeunes gens à l'armée; où sont les protestations des pères de famille, où sont consignées leurs angoisses!

Nous savons que les maladies fauchent plus de soldats que les balles; nous devons pouvoir dire aux pères de famille : La patrie a fait pour votre fils tout ce que la science conseille, elle a supprimé de l'armée les maladies évitables, il ne prendra plus ni la variole, ni la fièvre typhoïde. Voilà comment l'Académie peut concourir à la défense nationale, voilà comment nous pouvons supprimer des angoisses légitimes.

Le Parlement est prêt, quoi que vous en disiez, à entrer dans cette voie : or, en 1881, lorsqu'il s'est agi d'approuver en première délibération la loi Liouville, sur 395 votants, 253 se sont prononcés en sa faveur, et 142 seulement contre, soit une majorité de 111 voix. M. Larrey demanda seulement que l'Académie fût consultée; elle s'empressa d'émettre un avis des plus favorables. Elle ne manquera pas de se prononcer aujourd'hui encore dans ce sens, car l'obligation légale de la vaccination s'impose chaque jour davantage dans notre pays. Il est d'intérêt national, en temps de paix et surtout en temps de guerre, que la vaccination et la revaccination mettent tous les Français à l'abri de la variole.

M. Léon Le Fort. — Ce qui nous divise, c'est que je crains qu'en cas de rejet par le Parlement d'une loi sur la vaccination obligatoire, la généralisation de la vaccine devienne difficile, sinon impossible en France. Pour organiser ce service il faut, il est vrai, une loi qui en rende la dépense obligatoire; mais alors il ne s'agit plus d'une loi de principe et seulement d'une loi de crédit.

En tout cas, et sans vouloir revenir aujourd'hui sur ces divers points, je prie la Commission de vouloir bien spécifier dans ses conclusions que c'est surtout en temps d'épidémie que la revaccination est indispensable.

M. Proust. — C'est ce que demandent les conclusions que j'ai proposées à l'Académie.

M. le Président. — La discussion générale est close. Mardi prochain M. Rochard lira son rapport.

Traitement de la tuberculose et de la pleurésie tuberculeuse.

M. Picot (de Bordeaux). — Depuis quelque temps j'ai essayé dans le traitement de la tuberculose et de la pleurésie tuberculeuse des injections hypodermiques d'une solution dans l'huile d'olive parfaitement stérilisée et la vaseline de gayacol et d'iodoforme. Chaque centimètre cube contient 0,01 centigramme d'iodoforme et 0,05 centigrammes de gayacol. Cette dose doit être administrée tous les jours. Les injections sont pratiquées dans les fosses sus-épineuses; elles ne produisent aucune réaction locale, sauf une légère douleur momentanée et quelquefois un peu d'engourdissement.

25 observations me permettent de considérer ce mode de traitement comme très utile contre l'élément tuberculeux; il relève l'état général et diminue la toux et l'expectoration. Dans certains cas, ces injections, qui pénètrent rapidement

dans le sang, peuvent dessécher les cavernes et favoriser la cicatrisation. A la seconde période elles peuvent aussi faire cesser la toux et l'expectoration, tout en amenant la cessation de la fièvre et des sueurs nocturnes. Elles diminuent les bacilles dans les crachats et augmentent le poids du corps. Ce sont là des résultats précieux, mais il ne peut être permis d'affirmer que l'on puisse dire qu'il y a guérison.

Nouveau procédé de thoracoplastie.

M. Quénu présente un homme de 41 ans, qui eut sa première pleurésie en 1874 et depuis eut plusieurs rechutes et subit plusieurs ponctions, la première en 1878. Ces ponctions donnèrent du pus. L'an dernier, à la suite de l'influenza, nouvelle poussée pleurétique, terminée par vomique et on fit, à Dijon, la pleurotomie dans le cinquième espace ; il en resta une fistule. Le malade arriva à l'hôpital Cochin, en octobre 1890, fort affaibli. Mais ses crachats ne contenaient pas de bacilles, et il n'était probablement pas tuberculeux. M. Quénu songea donc à lui pratiquer la thoracoplastie, mais, au lieu de réséquer toutes les côtes correspondant à la cavité, il songea à les mobiliser entre deux sections. Par deux incisions verticales distantes de 16 à 18 centim., il réséqua donc en avant et en arrière deux centimètres des 4e, 5e, 6e, 7e, 8e, 9e et 10e côtes; le plastron était ainsi mobile, puis une incision transversale fut tracée, passant par la fistule, et par elle la 6e côte fut réséquée sur toute sa longueur, et, de la sorte, la cavité pleurale, largement ouverte, fut explorée et grattée. Suture avec drainage. Guérison rapide sans réaction fébrile.

Par ce procédé, on obtient une mobilisation en profondeur très considérable et surtout une mobilisation en surface très étendue. Au reste, l'opération est toujours transformable dans les procédés d'Estlander ou de Max Schede. L'idée de cette intervention a été exprimée mais non réalisée par Estlander.

Transmission de la tuberculose par le lait de vache.

M. A. Ollivier. — A propos de la communication que j'ai faite mardi dernier, j'ai reçu de nouveaux renseignements que je me fais un devoir de reproduire devant l'Académie :

1° La première malade n'avait pu être contaminée dans la pension indiquée ; elle l'avait quittée au mois d'avril 1886 et la bête tuberculeuse n'avait été achetée qu'au mois de mai de la même année. En disant qu'elle était dans la maison depuis 9 ans, je commettais une erreur tenant à ce que sur le manuscrit qui m'avait été envoyé j'avais pris un 3 pour un 9;

2° Le lait de cette vache servait à l'alimentation du personnel enseignant et des domestiques, et non à celle des élèves qui n'en ont pris que par exception et en très petite quantité ; il n'y a eu aucun cas de tuberculose parmi les personnes qui buvaient habituellement du lait suspect; on faisait d'ailleurs toujours bouillir le lait;

3° La proportion des cas de tuberculose n'aurait pas été sensiblement plus forte dans le pensionnat incriminé que dans les établissements similaires de la même région.

Je ne mets pas en doute ces deux premières affirmations; mais je dois ajouter que je n'ai jamais vu un aussi grand nombre de tuberculeux à la fois dans un même pensionnat.

M. Ledouble (de Tours) présente deux pièces de muscle épitrochléo-olécrânien.

Elections.

M. Haller (de Nancy), est élu correspondant national par 49 voix sur 60 votants, contre 5 à M. Linossier (de Lyon), 3 à M. Crié (de Rennes), et 3 à M. Merget (de Bordeaux).

M. Merget est également élu correspondant national par 33 voix sur 56 votants, contre 14 à M. Crié et 3 à M. Linossier.

Comité secret.

En comité secret, *M. Bucquoy* présente la liste suivante de présentation pour le titre de correspondant étranger dans la division de médecine : 1° M. Rindfleisch (de Wurzbourg), 2° M. Corradi (de Pavie), 3° M. Millard (de New-York), 4° M. Costomiris (d'Athènes).

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 23 février 1891.

Ferment glycolytique du sang.

MM. R. Lépine et Barral. — A un chien bien portant et en digestion on fait une saignée; on défibrine le sang et on le soumet (à la température de + 10° C. à l'action d'un puissant appareil centrifuge. En une demi-heure environ, on obtient la séparation de la plus grande partie du sérum. On le décante.

Ce sérum, qui est notablement plus riche que le sang total, ainsi qu'on le sait depuis les travaux de M. Ludwig et de ses élèves, ne possède pas, en général, de pouvoir glycolytique bien sensible; c'est-à-dire que, placé pendant une heure à la température de 39° C., il conserve sa teneur en sucre, tandis que du sang normal, ainsi que nous l'avons précédemment établi, perd, dans les mêmes conditions, en général, au moins un quart de son sucre, et parfois davantage.

On ajoute alors aux globules une quantité d'eau salée froide égale à la quantité de sérum qu'on a enlevée, et, après une nouvelle centrifugation, on obtient un liquide qui est un mélange de l'eau salée introduite et du sérum restant après la première centrifugation. Ce liquide est décanté. Il renferme moins de 20 grammes d'albumine 0/00, tandis que le sérum en contient *au moins* 60 grammes et une proportion très faible de sucre (quelques centigrammes). On l'additionne d'une petite quantité de glucose pur, de manière que le liquide renferme environ 2 grammes de sucre 0/00, et on en détermine le pouvoir glycolytique suivant notre méthode, c'est-à-dire en faisant : 1° le dosage immédiat du sucre; 2° un nouveau dosage, une heure après, à 39° C. On trouve ainsi que son pouvoir est assez notable.

On ajoute de nouveau aux globules la même quantité d'eau salée froide et on abandonne le mélange à une température inférieure à +10° C.; puis, on centrifuge une troisième fois. Le liquide ne renferme alors que peu d'albumine et seulement des traces de sucre. Si, comme précédemment, on lui ajoute du glucose pur et qu'on détermine son pouvoir glycolytique, on le trouve beaucoup plus considérable que celui du précédent liquide. Si on ajoute de l'eau salée et sucrée aux globules et qu'on détermine leur pouvoir glycolytique, on constate qu'il a diminué corrélativement.

Cette expérience donne une nouvelle preuve du fait que le pouvoir glycolytique du sang ne peut être considéré, ainsi que l'a fait récemment M. H. Arnaud, comme une propriété vitale de l'albumine du sang. On sait, en effet, que dans la série des trois liquides : sérum, première eau de lavage et deuxième eau de lavage, l'albumine décroît énormément, tandis que le pouvoir glycolytique y augmente, en même temps qu'il diminue dans les globules. Ce transport du pouvoir glycolytique des globules dans l'eau de lavage témoigne en faveur de l'idée d'un ferment soluble.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 27 février 1891

Présidence de M. Cornil.

Ostéo arthropathie hypertrophiante pneumique.

M. Thérèse a pu examiner le radius et le cubitus d'un tuberculeux à grandes cavernes mort après avoir longtemps suppuré et ayant présenté des hypérostoses manifestes. Sur la coupe longitudinale, on voit à l'œil nu que, la mince couche compacte du plateau articulaire étant normale, la couche sous-périostique est très augmentée de volume par adjonction de couches épaisses et dures. Le périoste est épaissi. L'examen histologique confirme ces données. L'examen chimique a donné 14 0/0 de graisses; une proportion énorme de magnésie; une diminution très nette des sels calcaires.

M. Collinet montre un cœur atteint de *rétrécissement* mitral et tricuspidien.

M. Delbet présente un *ganglion articulaire coxo-fémoral.*

M. Legueu décrit une *ectrodactylie apparente*, les doigts étant pliés et cachés dans la paume de la main.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 25 *février* 1891

Présidence de M. Terrier.

Extirpation des rétrécissements du rectum.

M. Quénu, voy. p. 101.

M. Berger. — Je n'ai aucune espèce d'objection à ce que l'on extirpe les rétrécissements du rectum, et même je me propose depuis longtemps de le faire. Mais je n'ai pas rencontré de cas qui s'y prêtât. En effet, les lésions remontent bien souvent très haut, quoi qu'en ait dit Gosselin : j'ai vu un cas où elles allaient à 23 centimètres. Il est alors impossible de dépasser l'ulcération sise en amont, et en opérant au milieu de ces tissus infectés la réunion immédiate échouerait. D'ailleurs, je crois devoir atténuer ce que M. Quénu a dit de la rectotomie: c'est un palliatif, mais un bon palliatif, à condition de remonter très haut, et je me souviens, en particulier, d'une femme que j'ai opérée presque *in extremis* et qui depuis 4 ans va très bien, en ayant soin de se dilater le rectum.

M. Segond. — J'ai vu un homme de 38 ans ayant un rétrécissement syphilitique, situé à 7 centimètres de l'anus, que je lui ai enlevé comme l'a fait M. Quénu. Le résultat immédiat a été excellent.

M. Terrier. — Je crois que l'extirpation est une excellente pratique, et je ne suis nullement satisfait de la rectotomie. Je n'ai pas enlevé de rétrécissement syphilitique, mais j'ai traité ainsi un rétrécissement congénital, porté par un Berlinois. Cet homme, né à 7 mois 1/2, a toujours été un peu difficilement à la garde-robe et les accidents sont devenus sérieux depuis l'âge de 21 ans, si bien que depuis 24 ans toute une série d'opérations a été pratiquée. En 1882, Czerny a opéré au bistouri une fistule à l'anus; en 1875, un médecin de Melbourne a fait la rectotomie postérieure, puis un autre a fait la dilatation forcée ; en 1880, rectotomie conseillée par Billroth est exécutée par Thiersch; en 1882, rectotomie par von Bergmann. Le patient a été amélioré par chaque opération, mais pour quelques semaines seulement; de plus, il souffre de crises épileptiques qui semblent liées à sa constipation. En 1889, enfin, il vint échouer dans mon service : à 4 centimètres, je trouvai un rétrécissement n'admettant pas l'index, diaphragmatique, souple sauf en arrière: l'extirpation seule me parut rationnelle et je la pratiquai, en conservant le sphincter, après rectotomie postérieure préalable. Le sujet sortit guéri et depuis je l'ai revu plusieurs fois. Le 4 juin dernier, juste un an après l'opération, il gardait bien ses matières solides, mais son sphincter, affaibli par la fente postérieure, ne retient pas les gaz. Le calibre de l'intestin admet très librement mon doigt. Ce matin même, mon opéré est revenu me voir, sur ma demande : son état reste excellent, au bout de 18 mois ; et depuis six mois il n'a plus eu de crises épileptiques. Aucune des opérations antérieures ne lui avait procuré un semblable répit. Le résultat n'est pas idéal, mais il est sûrement bon.

J'ajouterai un mot sur le cancer. Mon opéré de Kraske (décembre 1888) est aujourd'hui en parfaite santé.

M. Berger. — J'ai également extirpé un rétrécissement congénital à une fillette de 7 ans, après rectotomie préliminaire. La réunion a échoué en arrière et l'anus est à la fois un peu rétréci et insuffisant. La mère de cet enfant portait également un rétrécissement, que je considère, vu l'hérédité, comme congénital : sans quoi je l'aurais cru syphilitique, car la mère a sûrement eu la vérole. Ce rétrécissement étant très étendu, je l'ai traité par la rectotomie.

M. Richelot. — Je crois, que dans bien des cas, mieux vaudrait enlever ces rétrécissements par la voie sacrée que par la voie périnéale. Je dirai à M. Berger qu'il y a des rétrécissements, même anciens, ne s'accompagnant pas d'ulcération étendue.

Hystérectomie vaginale pour suppurations pelviennes.

M. Segond. — Il y a quelques mois, M. Péan a proposé à l'*Académie*, puis au *Congrès de Berlin*, de traiter les suppurations pelviennes par l'hystérectomie vaginale : c'est, dit-il, plus bénin que la laparotomie, et plus efficace pour les résultats définitifs. Son idée n'a pas eu, jusqu'à ce jour, un succès considérable; on en a parlé ici incidemment, toujours avec quelque méfiance et, moi-même, jusqu'au mois d'août dernier, je partageais ces méfiances. Mais, à cette époque, je fus appelé auprès d'une malade dans un état tel que je n'osai pas pratiquer la laparotomie pour laquelle j'étais mandé; je proposai une simple incision vaginale. M. Péan fut consulté et, par suite de circonstances diverses, ce fut lui qui opéra : il fit, devant moi, l'hystérectomie vaginale et le résultat fut tel que je fus converti. Depuis, j'ai opéré ainsi 23 fois.

Je vous parlerai d'abord de mes décès. M. Péan a annoncé au Congrès de Berlin 60 cas tous guéris; moins heureux, je compte 4 morts sur mes 23 cas, et, par une bizarrerie de série, 3 de suite, sur mes opérés n°s 12, 13 et 14. La première et la deuxième étaient des femmes énormes, sur lesquelles l'opération fut extrêmement laborieuse; sur la deuxième même, je ne pus enlever le fond de l'utérus, et avec lui je laissai une poche purulente, cause probable de la pneumonie septique mortelle au seizième jour. La troisième malade, comme la première, mourut au deuxième jour, sans élévation de température : l'autopsie n'a pas été pratiquée. Mon quatrième insuccès, enfin, concerne un cas de tuberculose utérine et tubo-ovarienne : la mort fut la conséquence d'une péritonite suraiguë, à début brusque au quatrième jour. Ici encore, pas d'autopsie, mais je crois à une péritonite par perforation.

Quant à mes 19 guérisons, je vous ferai grâce du détail des observations, toutes calquées les unes sur les autres. Chez toutes ces femmes, dont plusieurs étaient dans un état très grave, j'aurais certainement il y a quelques mois pratiqué la laparotomie. Parmi ces femmes, je vous en citerai une qui fut rapportée de Salies-de-Béarn dans une gouttière de Bonnet : je me demande comment elle est arrivée à Paris. Une autre avait déjà subi, sans succès, l'ablation des annexes par voie abdominale : je lui ouvris, en lui enlevant l'utérus, une poche postérieure. Il y a quelques jours, enfin, j'ai fait ma vingt-quatrième opération sur une femme atteinte, en outre, de fibromes allant jusqu'à l'ombilic : je lui ai morcelé ses fibromes et ouvert ses collections. L'opération a duré 3 heures et ses suites s'annoncent comme heureuses.

Quelles sont les indications de cette méthode ? Elles se résument pour moi très simplement : toutes les fois qu'il y avait indication, pour pyosalpingite, à faire par laparotomie la castration bilatérale. La bilatéralité évidemment est importante, car par la voie vaginale la castration est forcément totale. Je sais même que quelquefois, par laparotomie, on peut drainer, gratter les poches en respectant les annexes, et une opérée de M. Terrier est devenue enceinte : ces faits sont trop exceptionnels pour peser bien lourd dans la balance.

Le manuel opératoire est d'une importance capitale : il ne ressemble en rien à celui d'une hystérectomie pour cancer ou pour fibrome. Il faut suivre exactement le manuel de M. Péan, adopter son instrumentation et en particulier ses grands écarteurs. Les pinces longues de Richelot sont à rejeter, car il faut pincer les ligaments larges par étages, en morcelant l'utérus. M. Péan conseille, comme position, le décubitus latéral gauche : c'est la seule commode quand l'utérus est enclavé. Mais, quand l'utérus n'est pas enclavé, la position dorso-sacrée me paraît bonne, et pour l'antisepsie elle est préférable.

Le vagin une fois incisé, les écarteurs décollent et protègent la vessie et le rectum et à partir de ce moment on fait, en somme, un véritable grattage juxta-utérin, sans se préoccuper des culs-de-sac péritonéaux. Quand on a isolé un peu d'utérus, on pince et on coupe la partie correspondante des ligaments larges, puis on fend en deux valves l'utérus divisé, ce qui facilite considérablement l'abaissement, sans que je sache pourquoi; on abaisse donc l'utérus et ainsi, d'étage en étage, on va jusqu'au fond. Quelquefois, on n'ouvre pas le péritoine. L'utérus une fois enlevé, l'opération est quelquefois terminée, et l'éponge purulente se vide. Quelquefois, cela ne suffit pas et le pus ne coule pas : avec le doigt on cherche alors et on crève les poches qui bombent, mais on évite absolument de détruire les adhérences, de tâcher d'enlever les annexes. Cette ablation, on ne la tente que si on n'a pas trouvé de pus, et encore ne la fait-on que si elle est facile, si on est sûr de ne pas agir à l'aveugle.

Je ne mettrai pas cette méthode en parallèle avec la voie sacrée, peu employée et qui évidemment ne le sera plus du tout si la voie vaginale est reconnue bonne. En la comparant à la laparotomie, je lui trouve 4 avantages. Les deux premiers sont l'absence de cicatrice, l'inutilité ultérieure de la ceinture abdominale : les chirurgiens s'en soucient peu, mais les malades apprécient beaucoup ces avantages. Mais, surtout, je crois que le pronostic immédiat est meilleur. Certes, je n'ai pas la prétention d'opposer mes 23 opérations aux milliers de laparotomies pour suppurations pelviennes aujourd'hui pratiquées et je sais que pour les cas simples cette laparotomie est bénigne : mais alors l'hystérectomie vaginale l'est autant. Pour les cas complexes, la laparotomie donne quelquefois des résultats remarquables, mais elle est incontestablement grave, car on déchire des adhérences, du pus coule dans le ventre, etc. : or ici, de parti pris, on respecte les adhérences, on fait seulement le drainage, et un drainage parfaitement déclive. Et cela fait, tout se cicatrise rapidement, et je crois que la guérison doit être radicale. Evidemment, je n'ai pas la prétention, avec mes quelques mois d'expérience, de parler de résultats définitifs. Mais nous avons tous vu des femmes qui, après des laparotomies pour salpingite, ont conservé des douleurs, des hémorrhagies, des leucorrhées; auxquelles il a fallu faire le curettage. Et je ne puis m'empêcher de penser que tout cela n'aura pas lieu après l'hystérectomie vaginale.

M. Terrillon présente un utérus qu'il a enlevé ce matin dans ces conditions. Il prendra la parole dans la prochaine séance.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 28 *février* 1891

Présidence de M. Ch. Richet

Sur une variété d'aphasie motrice.

M. Déjerine. — Il existe une forme d'aphasie motrice signalée par Lichteim, et caractérisée d'une façon suffisante pour qu'on en puisse faire un type clinique. C'est l'aphasie sous-corticale. On sait en effet que le centre moteur siégeant au pied de la circonvolution frontale ascendante peut être atteint, et déterminer la forme la plus commune d'aphasie motrice. Dans un second groupe il faut ranger les cas où le centre d'idéation est atteint. Les malades ne peuvent plus parler, mais ils sont capables de répéter les phrases que l'on prononce devant eux, et de chanter des chansons entières. Enfin, dans le troisième groupe, qui constitue précisément la forme de Lichteim, ce sont les fibres émanant des régions motrices et se rendant aux noyaux bulbaires qui sont lésées. Les sujets sont alors incapables de parler, mais ils peuvent indiquer, par une pression de la main, ou par un geste quelconque, le nombre de syllabes de chacun des mots qu'ils voudraient énoncer. C'est la caractéristique clinique de cette forme. Lichteim en a produit une autopsie, M. Déjerine en a pu voir deux cas avec autopsie, et, dans chacun d'eux, il existait un petit foyer limité de ramollissement coupant les fibres émanées du pied de la circonvolution de Broca. Ces fibres au-dessus du point lésé se trouvaient saines, ainsi que l'écorce cérébrale. L'aphasie motrice sous-corticale paraît donc être un type bien défini, avec substratum anatomique.

M. Dupuy rappelle qu'on a publié nombre d'observations contraires à la doctrine des localisations cérébrales, et qu'il ne faut pas admettre cette doctrine sans réserve.

M. Déjerine a dépouillé récemment toutes les observations contradictoires, et il ne croit pas qu'il en existe de probante depuis ces dernières années. Une meilleure pratique des autopsies, des recherches microscopiques plus minutieuses ont réduit considérablement le nombre des cas opposés à la théorie des localisations.

M. Laborde. — A côté des faits anatomo-pathologiques, il en est d'autres tout aussi démonstratifs, qui sont fournis par la Société d'autopsies mutuelles et l'Ecole d'anthropologie. En examinant les cerveaux d'individus sains de ce côté, et qu'on a pu suivre pendant toute leur existence, on peut arriver à des conclusions purement physiologiques, et d'une grande force. En comparant par exemple le cerveau de Gambetta et celui d'hommes fort intelligents, mais nullement orateurs, il est impossible de ne pas être frappé du contraste qui existe entre les circonvolutions de Broca.

M. Chauveau dépose une note de **MM. Hugounenq** et **Roux** sur l'action des couleurs d'aniline sur le développement des microbes. D'après ces auteurs, le bleu de méthylène et la safranine arrêteraient le développement des principaux microbes pathogènes.

MM. Langlois et Launay montrent un nouveau modèle de pèse lait.

Addendum à la Seance du 21 *février* 1891

Lymphe de Koch chez le singe.

M. Hénocque. — On sait combien il est difficile de se procurer, dans nos climats, un singe tout à fait indemne de tuberculose; j'ai cependant pu en avoir un chez lequel l'auscultation ne révélait aucun symptôme pulmonaire. Je ne veux pas dire qu'il n'y avait pas de lésion, mais que ces lésions étaient peu avancées. Or, chez ce singe, des injections de lymphe de Koch ont été accompagnées de la réaction caractéristique et suivies d'une phthisie aiguë; j'ai été frappé de l'acuité des complications survenues après la troisième injection.

Tandis que le 21 décembre, à l'entrée du singe au laboratoire de médecine du Collège de France, je ne percevais pas de signes d'affection pulmonaire, le 25 décembre, deux jours après la première injection, je constatais au sommet du poumon droit quelques râles, légère submatité, mais rien n'était perceptible du côté gauche; au contraire, après la troisième injection, la matité s'accentue à droite, et il y a une légère submatité dans le poumon gauche. A ce moment les signes de phthisie aiguë se manifestent et le singe tousse, bave, refuse les aliments, la démarche est titubante, la fièvre intense, l'animal tombe épuisé et meurt huit jours après cette injection, ayant perdu dans ces derniers jours le dixième de son poids.

A l'autopsie, l'on trouve dans le poumon droit quatre masses tuberculeuses de la grosseur d'un gros pois, et du côté gauche une pneumonie caséeuse occupant les deux tiers du poumon. De plus, il y a des deux côtés, autour de la pneumonie caséeuse et des groupes de tubercules, une hépatisation rouge avec infiltration de globules rouges très intense.

La quantité totale a été de 6 milligrammes du liquide de Koch en dilution.

Il est rationnel d'admettre que dans ce cas les injections du liquide de Koch ont déterminé l'aggravation rapide de la tuberculose et ont activé l'évolution.

Des parcelles de la pneumonie caséeuse récente ont été inoculées à deux cobayes, soit mêlées à de l'eau stérilisée, soit mêlées à la lymphe de Koch diluée; les deux animaux présentent les signes de tuberculose cutanée et ganglionnaire. Deux cobayes inoculés avec le sang du singe pur, pour l'un, et mélangé de lymphe de Koch, pour l'autre, offrent des indurations ganglionnaires moins développées. L'histoire de ces animaux sera complétée.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 2 *mars* 1891

Présidence de M. E. Labbé

Nouvelle autopsie de maladie de Morvan. Syringomyélie.

M. A. Joffroy. — Dans une leçon clinique faite à la Salpêtrière le 18 décembre 1890, j'ai présenté une malade âgée de 48 ans, atteinte depuis 20 ans de la maladie de Morvan. A ce propos, j'ai développé de nouveau la thèse que je soutiens, à savoir que la maladie de Morvan n'est qu'une des modalités que peut présenter la syringomyélie, modalité très originale, caractéristique, mais ne constituant pas une affection distincte de la syringomyélie. Et comme la malade que je présentais était dans un état grave, j'annonçai formellement une nouvelle confirmation de cette opinion.

Or, cette femme est morte il y a quelques jours et j'ai trouvé la moelle creusée d'une vaste cavité allant de la région cervicale supérieure jusqu'en bas de la région dorsale.

Je ne veux pas aujourd'hui rapporter en entier l'observation de la malade, ni vous donner la relation complète de l'autopsie; je désire seulement montrer : 1° la main droite de la malade avec ses déformations typiques et telles que le moindre examen justifie le diagnostic de maladie de Morvan; 2° un tronçon de la moelle avec sa grosse perte de substance.

Sur la main, voici ce que vous remarquerez :

Le pouce manque; il a été amputé il y a vingt ans à la suite d'un panaris avec nécrose des phalanges.

L'index, le médius, l'annulaire, furent successivement le siège d'une lésion semblable, de sorte qu'en cinq mois les quatre premiers doigts de la main droite perdaient tous une partie notable de leur squelette à la suite de panaris.

Voici maintenant une coupe épaisse de la moelle au niveau de la région cervicale inférieure. Vous y voyez une vaste cavité centrale, s'étendant à droite et à gauche, ayant détruit toute la région centrale, la plus grande partie de la corne postérieure droite, ayant entamé la corne postérieure gauche et les cordons postérieurs, autant du moins que permet d'en juger un simple examen à l'œil nu. La cavité mesure de six à sept millimètres dans son diamètre transversal, et, au minimum, trois millimètres dans son diamètre antéro-postérieur.

Voilà, dans ce qu'il a d'essentiel, le fait que je voulais vous soumettre.

J'ai déjà eu l'occasion, l'année dernière, de pratiquer l'autopsie d'une femme atteinte d'une maladie de Morvan et j'ai rapporté son histoire dans un travail fait en collaboration avec mon ancien interne M. Achard. Déjà nous avions observé que la lésion correspondant au syndrôme de Morvan était, dans ce cas, une syringomyélie.

Les conditions dans lesquelles ce premier fait a été recueilli et étudié faisaient prévoir que l'on ne se trouvait pas en présence d'une exception; la nouvelle observation que je rapporte aujourd'hui semble prouver que c'est bien une règle : *la maladie de Morvan est une des formes cliniques de la syringomyélie.*

M. Raymond. — Le champ visuel était-il rétréci ?

M. Joffroy. — Il y avait surtout à droite un rétrécissement très marqué du champ visuel, mais la malade était hystérique. Ce rétrécissement ne dépendait donc pas de syringomyélie. J'ai d'ailleurs publié un cas de syringomyélie fruste pour lequel une observation de plusieurs années me permet d'affirmer qu'il n'a jamais existé chez cette malade le moindre rétrécissement du champ visuel.

Curabilité de la pseudo-paralysie syphilitique (maladie de Parrot).

M. Comby. — J'ai présenté l'année dernière, à la Société clinique de Paris, deux cas de pseudo-paralysie syphilitique suivis de guérison. J'ai eu, depuis, l'occasion d'en observer un troisième cas tout aussi favorable sur un petit garçon de six semaines, au visage flétri, cireux, au corps amaigri, couvert de stigmates syphilitiques. Le membre supérieur droit pendait inerte et complètement paralysé. En explorant les os de ce membre, on constatait un gonflement de l'extrémité supérieure du radius; la pression en ce point et les mouvements communiqués au membre arrachaient des cris à l'enfant.

La mère, qui, d'après ce qu'elle affirme, n'aurait jamais été malade, a eu dix grossesses dont la terminaison est instructive. Sauf le premier enfant, qui est venu à terme et non syphilitique (il était d'un premier mari, sain celui-là), tous les autres sont venus avant terme et mort-nés; il faut excepter le huitième qui a vécu dix-sept jours, et le dernier (que vise cette communication) et qui est profondément syphilitique. Ici, la syphilis vient du père. On voit combien son rôle a été funeste et combien on a eu raison de faire figurer la syphilis parmi les facteurs de l'insuffisant accroissement de notre population.

Après avoir constaté tous ces faits, je soumis l'enfant aux frictions quotidiennes faites sur le ventre avec l'onguent napolitain, et aux bains de sublimé corrosif (1 gr. par bain). Dès le sixième jour, l'amélioration était manifeste, et, après quinze jours, la guérison était complète.

Parrot avait exagéré la gravité du pronostic de la pseudo-paralysie syphilitique, parce qu'il observait dans un milieu (Enfants-Assistés) où les enfants sont cachectiques et soumis à l'allaitement artificiel. Au contraire, dans la clientèle de la ville, dans les milieux où les enfants sont bien soignés et allaités par leur mère, la guérison est habituelle. J'ai pu relever dix-sept observations de « maladie de Parrot » suivies de guérison, et je suis bien sûr de n'avoir pas connu tous les cas publiés. Je puis donc dire, comme l'a dit avec une expérience beaucoup plus grande M. Fournier, que j'ai vu guérir tous les cas que j'ai observés. Le pronostic dépend non seulement du milieu où vit l'enfant et de son hygiène, mais aussi de la sagacité du médecin. Il faut absolument reconnaître la maladie pour y porter un prompt remède; si l'on s'égare sur une fausse piste (fracture, paralysie infantile, ostéomyélite), l'enfant est en danger. Mais si l'on a égard aux symptômes concomitants, au jeune âge (premiers mois de la vie), aux commémoratifs, on reconnaît la syphilis, on institue le traitement de rigueur et la guérison ne se fait pas attendre.

M. Cadet de Gassicourt, — Je partage l'avis de M. Comby sur la bénignité du pronostic de la maladie de Parrot. Je l'ai vue si souvent se terminer d'une manière favorable que je ne compte plus les cas de guérison. J'ai même observé un cas de guérison spontanée. Nous diagnostiquons et par conséquent, nous traitons actuellement beaucoup plus tôt la maladie qu'à l'époque où Parrot écrivait. C'est la véritable raison de la différence du pronostic au temps de Parrot et de nos jours. Je ne donne comme traitement que des frictions à l'onguent napolitain.

M. Sevestre. — Il y a inertie du membre, mais non paralysie dans cette maladie. Aussi le diagnostic différentiel s'oppose-t-il surtout avec des fractures et non avec des paralysies.

A propos des suppurations et des altérations musculaires consécutives à la fièvre typhoïde.

M. Laveran. — Chez un malade mort récemment dans mon service, avec des suppurations généralisées du tissu conjonctif et des muscles, je n'ai trouvé dans le pus que du *staphylococcus pyogenes aureus*, et pas de bacille d'Eberth. Les muscles étaient atteints également de dégénérescence granulo-vitreuse; il m'a été impossible également de trouver dans ces lésions le bacille d'Eberth. Ces altérations ne sont, d'ailleurs, pas particulières à la fièvre typhoïde.

LES TRAITEMENTS DE LA TUBERCULOSE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 25 *février* 1891.

Traitement de Koch.

M. Virchow présente les pièces anatomiques d'un individu qui a succombé à une tuberculose miliaire généralisée consécutive aux injections de Koch. Les poumons, le foie, la rate, les reins, la glande thyroïde, le péritoine sont farcis de tubercules miliaires gris-jaunâtre.

Il s'agit dans ce cas d'un individu de 34 ans qui est entré, le 17 janvier, à l'hôpital de la Charité avec les signes d'une pleurésie droite. On fit la ponction et on constata en même temps l'intégrité du poumon gauche et l'existence de quelques craquements au sommet gauche. Etat général bon. Du 20 janvier au 10 février, on fait 10 injections, la dernière de 5 centigrammes. Le malade est pris d'une fièvre hectique, de transpirations abondantes et commence, pour la première fois, à cracher. L'expectoration devient sanguinolente et renferme des bacilles; une éruption de tubercules se fait au niveau de l'épiglotte jusqu'alors indemne. La dyspnée augmente de plus en plus, devient subintrante et le malade succombe le 19 février dans le coma, avec des signes d'œdème pulmonaire et de cyanose.

Action des sels acides de cantharidine.

M. Oscar Liebreich, après avoir longuement exposé les différentes méthodes qui ont eu cours dans le traitement de

la tuberculose (substances chimiques, antiseptiques, produits bacillaires, cultures atténuées), communique la façon dont il est arrivé à employer la cantharidine dans le traitement de la tuberculose.

La cantharide a été employée par les anciens et on en trouve des mentions chez Hippocrate et Pline. Mais peu à peu elle a été délaissée à cause des accidents que provoquait son emploi interne. Pourtant, en consultant la littérature médicale on trouve des observations appartenant pour la plupart aux anciens médecins français de l'hôpital Saint-Louis, observations qui démontrent l'action curative de la cantharidine. Alphée Cazenave la loue d'une façon toute particulière et rapporte, entre autres, un cas de guérison de psoriasis par la teinture de cantharide à la dose journalière de 20 gouttes. Hufeland recommande l'emploi de la teinture de cantharides dans les affections pulmonaires où elle lui aurait donné de très bons résultats.

La teinture de cantharides présente le grand désavantage de ne pas posséder une composition constante. Les insectes qui servent pour cette préparation ne renferment pas la même proportion de substance active, et les différences vont de 0,3 à 0,6 0/0. Aussi, pour être toujours sûr de l'action de la préparation, est-il indiqué d'employer la substance active seule, isolée par Robiquet et connue sous le nom de cantharidine.

Les propriétés toxiques de la cantharidine sont connues de tout le monde, de même que son action toute spéciale sur l'appareil génito-urinaire. Il suffit ici de rappeler les recherches remarquables de M. Cornil qui a démontré que la cantharidine provoque la formation d'un exsudat cellulaire. Aufrecht a trouvé qu'en soumettant les animaux aux injections répétées de cantharidine à dose presque toxique, on provoque une néphrite à petit rein contracté. M. Hansemann, d'autre part, a démontré qu'en injectant aux lapins une dose de cantharidine suffisante pour tuer l'animal, on trouve dans les capsules de Bowmann un exsudat non coagulable et ne contenant pas d'éléments cellulaires. La mort survient par paralysie de la respiration. A l'autopsie on trouve les poumons non pas œdématiés, à proprement dire, mais en tous cas, d'une consistance accrue.

Ces faits montrent que, prise même à dose mortelle, la cantharidine ne provoque pas de phénomènes inflammatoires tels qu'on en observe du côté de la peau, mais qu'elle donne lieu à un processus pathologique du côté des capillaires, processus qui détermine la transsudation séreuse.

Cette transsudation est le phénomène caractéristique de l'action de la cantharidine et existe aussi bien au niveau des capillaires des poumons que dans les capsules de Bowmann. Seulement, au niveau du poumon, la transsudation est moins marquée que dans les reins. Si le poumon possédait les capillaires du rein, et le rein ceux du poumon, la cantharidine empêcherait la respiration, mais laisserait intacte la diurèse.

Les capillaires ne réagissent donc pas avec la même intensité dans tous les points de l'organisme. Sans chercher l'explication de ce fait, on peut néanmoins supposer que les capillaires irrités, enflammés, réagiront plus vigoureusement que les capillaires sains. On peut donc arriver à donner une dose de cantharidine qui sera sans action sur les capillaires sains, mais provoquera la transsudation de sérum autour des capillaires malades. Or, cette transsudation est loin d'être indifférente pour les tissus.

Le sérum peut servir à ranimer l'activité éteinte ou affaiblie d'une cellule. En plus, comme l'a démontré Büchner, le sérum du sang possède des propriétés bactéricides, qu'il s'agisse du sérum du chien ou de l'homme. D'où il résulte qu'avec la cantharidine, on peut arriver à provoquer une transsudation de sérum dans les points atteints de processus pathologiques.

Après avoir acquis la conviction que la cantharidine à l'état de cantharidate de potasse, à petite dose, n'est pas dangereuse, cette substance a été essayée d'abord sur plusieurs malades de l'hôpital Augusta, dans les services du professeur Ewald et du Dr Gumlich. Plus tard, les expériences ont été faites sur les malades du professeur Hahn, du Dr Bode et autres.

Les premières injections furent faites à la dose de 1/50 de milligramme et en augmentant progressivement la dose, il était facile de voir que la dose de 6 déci-milligrammes constitue la dose maxima. En pratique, il ne faut jamais aller au-delà de 1 à 2 déci-milligrammes.

M. Liebreich n'a pas l'intention d'exposer, à cette place, les bons résultats obtenus dans les laryngites tuberculeuses, par les injections sous-cutanées de cantharidine. Les améliorations furent manifestes, quelquefois après la seconde injection. Les recherches ultérieures pourront seules montrer si la transsudation de sérum atteint les agents même de la maladie et si la méthode peut être appliquée aux affections autres que la tuberculose.

Telles qu'elles ont été pratiquées, les injections de cantharidine, n'ont eu aucune influence sur le rein. En tout cas, ces injections sont formellement contre-indiquées, quand il y a néphrite préexistante.

M. Heymann a soumis 27 malades de sa policlinique, au traitement préconisé par M. Liebreich. Sur ce nombre, 17 seulement ont suivi le traitement assez longtemps pour pouvoir entrer en ligne de compte. Ces 17 malades se décomposent en 11 laryngites tuberculeuses et 6 laryngites catarrhales chroniques. Tous les cas de laryngite tuberculeuse étaient graves et compliqués de tuberculose pulmonaire. Le diagnostic, à l'exception d'un cas, était confirmé par la présence des bacilles dans les crachats.

La dose injectée variait de 0,0001 gr. à 0,0004 gr. de cantharidine, dans la majorité des cas elle était de 0,0002 gr. L'injection se faisait entre les omoplates. Ce malade ne changeait en rien sa vie ordinaire et continuait à vaquer à ses occupations.

Tous les malades ont bien supporté les injections. La réaction locale, au point d'inoculation, était presque nulle, sauf un peu de douleur qui disparaissait rapidement. Pas de troubles généraux. Deux malades se sont plaints à la première injection d'un peu de céphalalgie et de vertige. Plusieurs fois on a noté une diarrhée légère qui cédait à l'opium et n'empêchait pas le traitement d'être continué. Plusieurs malades se sont plaints de dysurie légère; une fois, il y eut une hématurie qui s'est répétée à plusieurs reprises. Il n'y avait pas d'albuminurie.

Chez les malades atteints de laryngite tuberculeuse, les injections ont eu des résultats surprenants. La rougeur disparaissait, l'infiltration devenait moindre, les granulations plus plates, plus pâles; les ulcérations se nettoyaient et diminuaient sur la périphérie. Une série d'ulcérations est actuellement complètement guérie, une autre est en voie de cicatrisation. Le gonflement œdémateux des cartilages aryténoïdes disparaissait, les cordes vocales devenaient mobiles et la voix presque complètement éteinte reparaissait.

En même temps, dans plusieurs cas, il est survenu, sous l'influence des injections, une amélioration manifeste du côté du poumon. Les bruits morbides diminuaient de fréquence et d'intensité, et finissaient par disparaître. L'expectoration devenait plus fluide, plus facile et moins fréquente, la toux plus rare. Dans presque tous les cas les sueurs nocturnes ont disparu et l'état général s'est notablement amélioré, bien qu'il n'y eût pas de modification dans le nombre et la structure des bacilles.

Sur les 6 cas de laryngite chonique, dont plusieurs avec ulcérations, on a obtenu 5 améliorations notables dans un espace de temps très court. Une fois les injections n'ont eu aucun résultat.

M. B. Frænkel a fait des injections de cantharidate de potasse dans 15 cas de laryngite tuberculeuse tellement grave qu'il n'avait pas osé faire les injections de Koch. Chez les 5 premiers malades traités par la méthode de Liebreich l'amélioration fut remarquable et conforme aux faits notés par M. Heymann.

Toutefois dans ces cas il existait des phénomènes qui ne sont pas signalés par M. Heymann. Plusieurs fois il a observé de la strangurie, du ténesme vésical et des hématuries; une fois une albuminurie très légère qui a disparu au bout de quelques heures.

Quant aux bacilles, par le procédé rapide de coloration qu'il emploie, ils paraissaient se colorer plus lentement, quelques-uns ne se coloraient pas du tout.

M. Guttmann rapporte un cas où les injections de Liebreich ont paru exercer une influence très favorable sur la résorption des granulations dans un cas de trachome. Les in-

jections étaient faites pour une laryngite dont ce malade était atteint en même temps.

Traitement de Koch.

M. Naunyn (Strasbourg) (1). — L'auteur n'est pas de parti pris un détracteur de la méthode. Il souhaite son succès et il y croit en partie, car on ne peut pas considérer comme un agent indifférent le remède capable de déterminer au niveau des foyers lupiques des modifications aussi profondes que celles constatées par tout le monde. Mais pour la tuberculose pulmonaire il faut bien avouer que le traitement de Koch a peu de succès à son actif. Il ne faut pas, d'autre part nier que l'apparition si fréquente des bacilles dans les crachats avec la production de foyers congestifs crée pour l'infection des conditions toutes spéciales. Pour juger sainement du remède de Koch, il faut qu'il ne soit plus susceptible de nous laisser dans l'esprit un doute quelconque quant aux dangers qui peuvent résulter de son emploi.

MM. Hellner et Speyer (Berlin) (2). — Ces auteurs ont observé la respiration et le pouls de malades traités par la méthode de Koch. Ils n'ont recueilli aucune donnée intéressante.

M. Riegner (Breslau) (3). — La valeur diagnostique du remède de Koch n'est pas absolue. La métastase ou la généralisation de la tuberculose sont des dangers toujours à craindre, mais heureusement fort rares, à la suite des injections. Beaucoup de tuberculoses chirurgicales au début peuvent être guéries par le seul emploi de la lymphe. Dans les autres cas il faut y joindre l'intervention chirurgicale.

MM. P. Spillmann et Haushalter (4). — Les injections de lymphe de Koch produisent souvent, chez les tuberculeux, une accélération du pouls avec diminution de la tension sanguine, quelquefois même une altération dans le rythme des contractions cardiaques, phénomènes qui manquent dans la tuberculose pulmonaire et le lupus; mais l'accélération du pouls paraît plus marquée dans les cas d'induration tuberculeuse que dans les cas de cavernes. L'accélération du pouls atteint son maximum 6 à 10 heures après l'injection, puis diminue au bout de 24 heures, mais persiste pendant plusieurs jours; elle n'est pas en rapport nécessaire avec la dose injectée ni avec la réaction thermique; l'abaissement de la tension sanguine débute pendant la réaction fébrile et persiste après la réaction et même après que le pouls est revenu à son chiffre normal.

Du sérum de chèvre chez les phthisiques.

M. Lépine a fait à la Société des sciences médicales de Lyon une communication sur l'application à l'homme de la méthode de traitement de la tuberculose de MM. Héricourt et Richet.

Ces messieurs ont montré que l'introduction d'une certaine quantité de sang d'un animal réfractaire à la tuberculose (chien) dans l'économie d'un animal tuberculisable (lapin) exerce une action retardante sur l'évolution de la tuberculose. M. Lépine a essayé de faire bénéficier les malades phthisiques de ces tentatives expérimentales, mais en modifiant le procédé opératoire pour diverses raisons :

1° On ne pouvait pas infuser le liquide dans le péritoine à cause de la difficulté de l'asepsie.

2° Si l'on conservait les mêmes proportions, on devait faire des injections de 2 ou 3 kilogr.

3° On n'a pas injecté du sang, mais du sérum, parce que c'est le sérum qui a le pouvoir bactéricide.

4° On a choisi le sang de la chèvre et non du chien, parce qu'il résulte d'expériences faites en collaboration avec M. le docteur Michon que le sérum de la chèvre est moins offensif pour les globules humains.

On a injecté 50 à 100 grammes de sérum en plusieurs piqûres renouvelées tous les deux jours. Les injections ont été faites sous la peau.

Cette méthode est innocente : les résultats obtenus seron donnés ultérieurement.

M. Icard demande si des injections ont été faites à des fébricitants, et si, dans ce cas, la température a été abaissée.

M. Lépine n'a pas encore d'observations probantes qui lui permettent de répondre à cette question.

(1) *Deuts. medic. Woch.*, 26 février, p. 341.
(2) *Deuts. Medic. Woch.*, 26 février, p. 346.
(3) *Deuts. Medic. Woch.*, 26 février, p. 343.
(4) *Rev. médic. de l'Est*, 15 févr. 1891, p. 109.

ÉTRANGER

ANGLETERRE

SOCIÉTÉ MÉDICALE ET CHIRURGICALE DE LONDRES

Séance du 24 *février* 1891.

Traitement de la scoliose.

M. Barwell a fait sur ce point une communication où il reproduit, en somme, celle qu'il a faite, il y a juste un an, à la Société médicale (voy. *Mercredi*, 1890, n° 11, p. 132). Comme pathogénie, il invoque à l'origine une attitude vicieuse, bientôt maintenue par la rétraction du grand surtout vertébral dans la concavité; les fibres plus longues de ce ligament devenant, en somme, la corde d'un arc. Pour agir, sur ce ligament, M. Barwell conseille une manœuvre à vrai dire brutale qu'il appelle rachilysis et qui consiste en une traction latérale sur la gibbosité avec deux contre-tractions, par des moufles. Les sujets supportent très bien ces tractions, et M. Barwell se loue des résultats qu'il a obtenus.

M. Golding Bird a commencé par douter d'un point effleuré par M. Barwell : la scoliose par inégalité des membres inférieurs est rare. La vraie cause de la scoliose, c'est la faiblesse musculaire, et le long temps pendant lequel la difformité est réductible prouve qu'il ne faut pas attribuer un rôle prépondérant aux ligaments, inextensibles. Le point capital, c'est d'alléger le poids que doit supporter le rachis; d'autre part, c'est d'éviter au malade, autant que possible, l'intervention répétée du chirurgien. A ce point de vue, la méthode de suspension de Sayre est ce qu'il y a de mieux, d'autant qu'elle force le malade à se servir de ses muscles. De même, **MM. Warrington Haward** et **Little** ont insisté sur le rôle pathogénique des muscles; M. Little, sur les bons effets du massage. **M. Noble Smith** est également partisan de ce traitement, joint au décubitus sur un plan incliné. A son sens, c'est une faiblesse générale des tissus qui est en cause.

SOCIÉTÉ DES MÉDECINS SANITAIRES

Séance du 13 *fevrier* 1891.

Etat actuel de la désinfection.

M. Winter Blyth. — Les expériences de Behring et de Pfühl ont montré la remarquable efficacité de la chaux comme désinfectant. Bœr a fait voir que de petites quantités de chaux favorisent le développement des bactéries, mais que des quantités plus considérables de chaux, de potasse ou de soude correspondant à 5 0/0 de l'échelle normale d'alcalinité déterminent la mort de tous les organismes pathogènes qui ne sont pas à l'état sporulaire. Il en résulte que le savon mou fortement alcalin est un meilleur germicide que le savon phéniqué ou le savon au thymol, et que l'arrachement des papiers de tenture, le lavage à la chaux des murs et des plafonds et le frottage des parquets et des boiseries d'une chambre avec le savon mou sont généralement des moyens de désinfection suffisants. La chaux, par son pouvoir absorbant pour les composés sulfurés et les autres gaz nuisibles, et son absence d'odeur propre, est particulièrement utile pour la désinfection des rues, des cimetières et dans presque tous les cas où on n'a pas à redouter la production d'ammoniaque. Pour la désinfection des fumiers et des matières fécales, les sulfates acides qui fixent l'ammoniaque et ne retirent rien à la valeur des fumiers sont préférables aux poudres phéniquées. Pour la désinfection

des chambres, les fumigations soufrées sont un adjuvant utile aux lavages à la chaux. Le danger du transport des agents infectieux par les vêtements des personnes qui visitent les malades a été exagéré. Ce danger existe certainement pour les personnes qui ont passé toute la nuit dans une atmosphère infectée, mais il n'en est plus de même pour les médecins et les inspecteurs sanitaires qui n'y passent qu'un temps court.

M. Sykes. — J'ai pu me convaincre de la valeur considérable de la chaux vive comme désinfectant lorsque j'ai surveillé le transport dans un cimetière suburbain de 2,000 cadavres et de 4,000 tonnes d'une terre horriblement fétide provenant du cimetière de Saint-James. L'odeur disparut aussitôt qu'on eut répandu de la chaux vive dans les fosses. Les cercueils furent placés dans des caisses de bois remplies de chaux et recouvertes de terre. Malgré les propriétés désinfectantes de la chaux, il vaut mieux se servir pour les cimetières d'irrigations avec une dilution par moitié de liquide de Burnett (solution de chlorure de zinc à 4 0/0).

M. Caïger. — J'ai employé dans un grand hôpital, pour désinfecter les chambres des malades, les lavages au savon mou et à la chaux, suivis d'une aération prolongée et jamais les malades qui ont occupé les chambres ainsi désinfectées n'ont été atteints de la maladie dont souffraient ceux qui les avaient précédés. Je n'ai pas eu recours aux fumigations sulfureuses. Les infirmières étaient obligées de se baigner et de changer de linge, mais en pratique cette obligation était lettre morte. A la buanderie, les linges étaient soumis à l'action de la vapeur pendant 20 minutes avant d'être savonnés.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE LONDRES

Séance du 23 février 1891

Angine de poitrine (1).

M. Walter Forster. — On comprend dans l'angine de poitrine un grand nombre d'états morbides s'étendant des simples troubles fonctionnels facilement curables aux cas dans lesquels le malade est sous le coup de la mort subite. La douleur dans l'angine de poitrine est comparable à celle qui succède à la rupture des valvules aortiques avec dilatation aiguë du ventricule gauche, et ce fait concorde avec cet autre que l'angine de poitrine coïncide souvent avec des lésions des valvules aortiques, tandis qu'elle est très rare dans les lésions mitrales. L'angine de poitrine est presque invariablement accompagnée de troubles vaso-moteurs tels qu'il en résulte une pression sur le cœur et une dilatation de cet organe. Elle est également presque toujours associée à quelque dégénérescence du myocarde. La dilatation peut porter soit sur le cœur droit, soit sur le cœur gauche, sur les oreillettes ou sur les ventricules. L'angine de poitrine est moins une maladie spécifique qu'une manière de mourir dont la cause anatomique consiste la plupart du temps dans l'affaiblissement ou dans la dégénérescence du myocarde. La cause de l'accès d'angine de poitrine réside dans l'augmentation de pression vasculaire et la cause déterminante de la mort dans la distension du cœur. Le plus grand progrès réalisé dans la thérapeutique de l'angine de poitrine consiste dans l'emploi du nitrite d'amyle, qui a pour effet de diminuer la tension artérielle; la nitroglycérine rend également des services; dans l'intervalle des attaques, le meilleur médicament est l'iodure de potassium donné à la dose de 30 à 90 centigrammes 3 fois par jour.

M. Grainger Stewart. — On peut ranger les cas d'angine de poitrine en 4 groupes : 1° les états dans lesquels il ne semble y avoir qu'une simple névralgie du cœur; 2° les cas dans lesquels la seule lésion est une aortite; 3° ceux qui s'accompagnent de modifications dégénératives du muscle cardiaque; 4° ceux qui ne s'accompagnent pas de dégénérescence du myocarde, mais dans lesquels les symptômes semblent dus à un spasme des artérioles qui peut dépendre de causes diverses.

Les causes déterminantes de l'accès sont les mouvements, les émotions, les troubles digestifs et en particulier la constipation, les intoxications et les troubles circulatoires. Ces derniers interviennent dans la production des accès nocturnes si fréquents alors que la circulation subit les modifications qui se produisent pendant le sommeil. Il suffit d'une quelconque de ces causes pour amener le développement d'une attaque appartenant à une des quatre catégories précédentes. L'attaque d'angine de poitrine peut être ou non accompagnée de phénomènes douloureux, lesquels sont fréquents, mais ne constituent pas un élément essentiel de l'angine de poitrine.

On ne peut admettre que la douleur de l'angine de poitrine soit d'origine musculaire et due à une contraction semblable à celle qui produit les crampes dans les membres inférieurs : la régularité des contractions cardiaques pendant l'accès et les résultats de l'autopsie qui ne montre jamais de traces de spasme cardiaque viennent à l'encontre de cette opinion. La douleur présente une grande ressemblance avec celle de la névralgie épileptiforme et il est probable qu'elle est due à quelque modification des filets terminaux des nerfs régulateurs du cœur.

M. Mac Vail. — Les douleurs qui ne sont pas liées à quelque lésion de l'endocarde ou du péricarde doivent être considérées comme appartenant à l'angine de poitrine. Celle-ci peut donner lieu à des sensations de coupure, d'oppression, de distension, qui peuvent être soit exactement localisées, soit accompagnées d'irradiations. La sensation de faiblesse et d'abattement qui accompagne les attaques d'angine de poitrine est due dans quelques cas non pas à un manque d'afflux sanguin au cerveau, mais à une excitation spéciale apportée au cerveau par les nerfs. L'aura épileptique ressemble à celle que l'on rencontre dans certains cas d'angine de poitrine. La sensation de pression à la région précordiale s'observe dans les cas de double lésion aortique et celle de distension dans les cas de lésions mitrales. On ne peut nier le rôle de la contraction musculaire dans la production de la douleur angineuse, bien qu'il soit impossible de distinguer la douleur d'origine musculaire de la douleur d'origine nerveuse. Le fonctionnement régulier du cœur ne peut faire rejeter l'idée d'un spasme musculaire, car, dans la contraction musculaire produite par les courants faradiques, les muscles peuvent encore dans certaines limites subir l'influence de la volonté.

AUTRICHE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINS DE VIENNE

Séance du 20 février 1891 (fin)

Pathologie et traitement du torticolis musculaire.

M. Lorenz insiste sur les résultats défectueux obtenus dans le traitement du torticolis par la ténotomie, le redressement, les appareils orthopédiques différents. Les insuccès sont dus soit à la section insuffisante, incomplète, du muscle contracturé, soit à la défectuosité du traitement post-opératoire.

On sait que le torticolis musculaire est produit par la contracture d'un sterno-mastoïdien. La tête est inclinée du côté opposé. Ordinairement, la tête est inclinée en arrière, quelquefois en avant, mais en même temps elle est déplacée latéralement au delà du plan médian.

Il faut distinguer les cas graves et les cas légers. Dans les cas graves la difformité est très marquée ; il existe en même temps une scoliose de la colonne cervicale, à convexité tournée du côté malade, et la tête paraît déplacée latéralement vers le même côté. Dans les cas légers, la scoliose présente une convexité dirigée du côté sain et la tête est déplacée latéralement, également du côté sain. Dans les deux cas, il se développe une scoliose compensatrice de la colonne dorsale. Les cas de la seconde catégorie sont plus rebelles au traitement que ceux de la première. Sur la nuque, au niveau du côté convexe de la scoliose, on trouve ordinairement un bourrelet formé par les muscles de la nuque, fortement proéminents ; du côté opposé, existe une dépression.

Dans les cas graves, la section du sterno-mastoïdien permet d'obtenir immédiatement le redressement de la tête ; dans les cas légers, la déformation de la colonne cervicale s'oppose à ce

(1) Voir le commencement de cette discussion in *Mercredi médical*, 18 février 1891, p. 81.

résultat. La section à ciel ouvert est préférable, et, pour cacher la cicatrice de la peau, l'incision cutanée doit être faite entre ces deux chefs inférieurs du sterno-mastoïdien. En faisant bâiller les lèvres de l'incision, on arrive à sectionner facilement toutes les parties contracturées. Du reste, on peut faire abstraction du côté esthétique de l'intervention, qui empêche souvent le chirurgien de faire la section complète. La plaie doit être réunie par première intention et les sutures peuvent être enlevées au bout de 8 jours. Le traitement post-opératoire est plus important que l'intervention chirurgicale primitive. Il doit consister à imprimer à la tête des mouvements passifs, à faire exécuter certains mouvements actifs; vient ensuite le massage. Les appareils ne sont pas d'une grande utilité, car ils n'arrivent pas à lutter efficacement contre la déformation de la colonne vertébrale.

M. Billroth considère que les résultats qu'on obtient par la section à ciel ouvert sont très satisfaisants, bien que, dans certains cas, on n'arrive pas à corriger la déformation de la colonne cervicale. Un de ses opérés est mort de septicémie. Au point de vue esthétique, le défaut de l'opération est de faire disparaître le sillon qui existe en avant du bord antérieur du sterno-mastoïdien.

M. Lorenz croit que la réunion rapide des deux bouts sectionnés du sterno-mastoïdien, en provoquant une forte tension du muscle, fait disparaître la fossette qui se forme après l'opération.

M. Weinlechner préfère la section sous-cutanée. Pendant l'opération, la tête doit être tournée de façon à produire une tension considérable du muscle, ce qui permet une section complète. Si la méthode sous-cutanée était aussi défectueuse qu'on le dit, on observerait des récidives fréquents. Or, tel n'est pas le cas. Le traitement post-opératoire est très important.

RUSSIE

QUATRIÈME CONGRÈS DE MÉDECINS RUSSES

SECTION DE CHIRURGIE

Lithotritie chez les enfants.

M. Alexandroff. — La lithotritie a été abandonnée chez les enfants principalement à cause de la disproportion entre l'urèthre des enfants et le volume des instruments. Actuellement on possède de lithotriteurs puissants de petit calibre, permettant de pratiquer chez les enfants la litholapaxie d'après la méthode de Bigelow. Sur trente-deux lithotrities faites chez les enfants de 1 à quatorze ans, il y a eu cinq morts, dont trois étaient certainement dues à l'opération elle-même. Chez la quatrième, l'opération n'a pu être terminée à cause du volume excessif du calcul; on a été obligé de faire la taille médiane et le malade a succombé à une péritonite consécutive à un abcès sous-diaphragmatique. Le cinquième malade a succombé à une pneumonie double. La durée moyenne du traitement est de 6 jours, avec un maximum de 17 et un minimum de 2. L'opération était faite avec le lithotriteur Collin n° 00, l'évacuation de fragments, au moyen de l'aspirateur Clover.

La litholapaxie peut donc être faite avec succès chez les enfants, à la condition que l'urèthre laisse passer *au moins* la sonde n° 14 de l'échelle française. Dans le cas où le calcul mesure plus de 2 cm. 50 dans son diamètre minimum, la litholapaxie ne peut être faite que si l'urèthre laisse passer librement les sondes au-dessus du n° 14. Dans le cas contraire, la lithotritie doit être remplacée par la taille hypogastrique avec suture de la vessie.

M. Popoff rapporte 4 cas de litholapaxie faite par le prof. Kouzmine chez des enfants de 2 à 4 ans, après la dilatation préalable de l'urèthre par des sondes allant jusqu'au n° 20. Même chez les nouveau-nés l'urèthre peut facilement être dilaté jusqu'au n° 14. Le plus grand obstacle à l'introduction de l'instrument est l'étroitesse de la portion prostatique de l'urèthre.

M. Avsitidisky présente un nouvel instrument imaginé par M. Kouzmine. Il s'engage une discussion sur les avantages de cet instrument. MM. Ebermann, Nikolsky, Sinizine, ne trouvent pas l'instrument supérieur aux autres lithotriteurs.

Taille périnéale et taille hypogastrique.

M. Lindenbaum (Jaroslav) a fait avec succès 90 tailles périnéales. Sur 10 tailles hypogastriques, il a eu un cas de mort chez un homme de 51 ans. Les avantages de la taille hypogastrique sont encore à démontrer. La suture de la vessie n'est pas très pratique, et en plus est fort difficile.

M. Koroleff (Moscou). — La suture de la vessie ne présente aucune difficulté même chez les enfants. Sur 58 cas de taille hypogastrique faite par V. Irchik à l'hôpital Saint-Vladimir, on ne compte que 2 cas de mort.

M. Ebermann (Saint-Pétersbourg). — Dans les cas de cystite suppurée il y a avantage à suturer la muqueuse aux bords de la plaie cutanée.

M. Rybalkine a vu 75 cas de taille périnéale chez des individus de 2 à 50 ans. Un seul est mort de pyélo-néphrite. L'incontinence d'urine après l'opération était rare. Depuis la vulgarisation des méthodes antiseptiques, la mortalité dans la lithotritie est tombée, à l'hôpital de Nijni-Novgorod, de 4 0/0 à 3/4 0/0.

Pression intra-rénale.

M. Sinizine (Moscou) a observé un garçon de 12 ans atteint d'exstrophie vésicale, ce qui lui a permis de faire quelques recherches sur la sensibilité des uretères et des reins. Les uretères n'étaient sensibles qu'au point de leur embouchure dans la vessie. L'urine s'écoulait goute par goutte, à des intervalles très courts, ce qui parait indiquer l'existence d'un sphincter. La sonde passait facilement dans les uretères, sans occasionner de douleur, et cheminait librement jusqu'à une hauteur de 8 à 9 cm. où elle rencontrait un obstacle très facile à franchir. La sonde n° 14 pouvait rester dans l'uretère pendant 15 minutes sans occasionner de douleur. Au bout de ce temps il survenait des douleurs de plus en plus fortes, des nausées, de l'accélération des battements du cœur. Tous ces phénomènes disparaissaient quand on retirait la sonde. Les expériences faites avec une sonde permettant l'écoulement régulier de l'urine, ont montré que tous ces phénomènes étaient dus à la rétention d'urine. L'injection lente et sous petite pression de liquide était bien supportée et n'occasionnait pas de douleur; dans le cas contraire (pression trop forte, liquide trop abondant), il survenait de la douleur.

Les uretères ne sont donc pas sensibles. L'augmentation de la pression intra-rénale joue un rôle important dans l'apparition des douleurs dans les reins. Les douleurs de reins dans les calculs rénaux et urétéraux sont dues à la rétention en amont.

M. Ebermann. — Dans un cas de lithiase rénale, accompagné de douleurs, ces dernières disparaissaient quand le malade était couché de façon à avoir le bassin élevé. A l'autopsie on trouva un rétrécissement de l'orifice supérieur de l'uretère. Le calcul était situé à la façon d'une soupape et s'opposait à l'écoulement d'urine.

M. Sklifassovsky. — Dans un cas de fistule vésico-vaginale très étendue, chaque tentative de restauration était suivie de douleurs violentes dans la région lombaire. Le lendemain les sutures cédaient, il s'écoulait de l'urine et les douleurs disparaissaient. Un examen minutieux a démontré que la suture portait en même temps sur l'embouchure des uretères. Ce cas parait donc confirmer les déductions du professeur Sinitzine.

(*A suivre.*)

Livres déposés au Bureau du Journal

L'Electricité, la castration ovarienne et l'hystérectomie, par le Dr Richelot. Lecrosnier et Babé, éditeurs, 23, place de l'Ecole-de-Médecine. In-8°. Prix 1 fr. 50

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Imp. des Arts et Manufactures, 12 rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud.

N° 10. — 11 MARS 1891 LE NUMÉRO QUINZE CENTIMES

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

PUBLIÉ PAR

LA GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Et servi gratuitement à tous les abonnés de ce journal

ABONNEMENTS SPÉCIAUX POUR MM. LES ÉTUDIANTS. — UN AN : 6 FRANCS

L. LEREBOULLET, Rédacteur en chef. — A. BROCA, Secrétaire de la Rédaction

Librairie de G. MASSON, 120, boulevard Saint-Germain.

SOMMAIRE

ACTES
DES FACULTÉS DE MÉDECINE

PARIS

Thèses du 16 au 21 mars 1891.

Mercredi 18. — M. Jean. De la pleurésie hémorrhagique au cours de la cirrhose alcoolique. — M. Bengué. Contribution à l'étude des œdèmes rhumatismaux. — M. Charbonneau. Etude historique et critique de la pseudo-paralysie générale syphilitique. — Mlle Aschpiz. Pleurésies qui accompagnent le rhumatisme articulaire aigu chez l'enfant.
Jeudi 19. — M. Garsonnin. Histoire de l'hôpital Saint-Antoine et de ses origines. — M. Poillon. Etude historique des organes génitaux de la femme, la fécondation et l'embryogénie humaines, depuis les temps les plus reculés jusqu'à la Renaissance. — M. Dreumont. De la petitesse de la tête fœtale et de son rôle dans la dystocie. — M. Marchais. Contribution à l'étude clinique de la rage humaine. — M. Roull. Etude sur le développement et la structure du tissu musculaire. — M. Souques. Contribution à l'étude des syndrômes hystériques. — M. Dutil. Contribution à l'étude clinique des tremblements hystériques. — M. Vangeon. Contribution à l'étude de la métrite chronique par les caustiques. — M. Cadeac. Contribution à l'étude de la cholécystite suppurée (symptômes et diagnostic).

VARIÉTÉS

Concours du Bureau central en chirurgie. — Le jury tiré lundi soir est composé (sauf refus) de MM. Nélaton, Péan, Quénu, Segond, B. Anger, Le Fort, Huchard.

L'éternelle blessée. On a beaucoup parlé dans les journaux politiques et même médicaux du procès intenté par un mari à M. le Dr P. Vigné d'Octon, ancien médecin de la marine devenu littérateur. Notre confrère a mis en roman l'histoire d'une femme, « l'Eternelle blessée », mariée malgré une oblitération vaginale. Mais il a, paraît-il, soigné en 1889 une dame de Montpellier atteinte « de vaginisme et d'oblitération vaginale » et le mari de ladite dame le poursuit aujourd'hui en violation de secret professionnel. Voici un extrait de l'exploit d'huissier.

« Attendu que M. le Dr P. Vigné d'Octon a donné dans le courant de l'année 1889, à Montpellier, des soins, en qualité de médecin à la dame X..., femme de l'exposant, laquelle était atteinte de *vaginisme et d'oblitération vaginale.*

« Attendu que M. le Dr P. Vigné d'Octon était seul à connaître cette affection en dehors du mari de la dame X... et étroitement tenu au secret professionnel;

« Attendu que l'ouvrage sus-indiqué n'est en somme que l'exposé de la situation médicale de son ancienne cliente, que diverses confidences faites à M. le Dr P. Vigné d'Octon par mon requérant se trouvent rapportées dans le livre intitulé l'*Eternelle blessée*, de façon à ne laisser aucun doute sur la personne visée.

« Attendu notamment que l'héroïne de ce roman est représentée comme étant la filleule d'un magistrat et que la dame X... est, en effet, nièce d'un ancien procureur impérial aujourd'hui décédé.

« Que par des lettres écrites aux mois de juin et juillet 1889, le requérant se fait fort de prouver combien le Dr P. Vigné d'Octon paraissait alors s'intéresser à la maladie de la dame X... ; que de nombreux témoins peuvent, du reste, affirmer qu'il lui donnait des soins en qualité de médecin.

« Qu'en rapportant en un livre rendu public les faits qu'il a connus, en raison de sa profession, il a donc commis le délit de violation du secret professionnel.

« Attendu que la publication de l'ouvrage intitulé l'*Eternelle blessée* a porté et porte à l'exposant un incontestable préjudice.

« Attendu que Lemerre en est l'éditeur responsable aux termes de la loi du 29 juillet 1881;

« Faisons commandement à Lemerre et P. Vigné d'Octon, par copie séparée, d'avoir en les quarante-huit heures à retirer le volume de la vente, faute de quoi le requérant se réserve d'agir par toute voie de droit, même correctionnelle ».

On est unanime à penser que, ce cas médical étant connu classiquement d'après d'assez nombreuses observations, c'est le mari plus que M. Vigné d'Octon qui viole le secret professionnel. D'ailleurs nous savons de bonne source que M. Lemerre n'a nullement obtempéré à la sommation, mais a au contraire fait tirer quelques mille de plus, et jusqu'à nouvel ordre le seul résultat obtenu a été de faire assez bien vendre un livre qui se vendait assez mal.

Les médecins et les contrats d'assurance sur la vie.

La Cour d'appel de Paris vient de confirmer un jugement du Tribunal de commerce de Paris qui intéresse au plus haut point la profession médicale. Il s'agit du droit qu'ont les médecins de refuser un certificat constatant la cause de la mort d'un de leurs malades, assuré sur la vie, et cela sans nuire au bénéficiaire de l'assurance.

Voici les faits: Un M. Pigoury s'assure sur la vie en faveur de sa femme à la Compagnie « Le Monde » pour une somme de 20,000 francs. Il est examiné par le médecin de la Compagnie qui l'admet, n'ayant constaté chez lui aucun symptôme de maladie. Cet homme mourait quelques mois après son assurance.

La compagnie, avant de payer la prime, exige, ainsi d'ailleurs que cela était stipulé sur le contrat, un certificat du médecin ayant soigné l'assuré au cours de sa dernière maladie, certificat devant indiquer cette maladie.

La veuve fait des démarches près de ce médecin pour obtenir le certificat demandé, mais ce dernier refuse, se retranchant derrière le secret professionnel. La compagnie refuse alors de payer, et la bénéficiaire l'assigne devant le tribunal de commerce et gagne son procès; on va en appel, où elle gagne encore. Voici, dans les principaux considérants du jugement.

« Considérant que si, aux termes de la police d'assurance sur la vie, contractée entre Pigoury et la Compagnie le *Monde*, il était stipulé que le bénéficiaire de l'assurance serait tenu de fournir, à l'appui de la demande en payement, un certificat de médecin constatant le genre de mort qui avait donné ouverture à cette assurance, il est établi et reconnu d'ailleurs que la dame Pigoury a demandé ce certificat au docteur qui a soigné son mari dans sa dernière maladie;

« Que celui-ci a opposé un refus absolu motivé sur le secret professionnel;

« Que, dans ces circonstances, ayant fait ce qu'elle pouvait pour accomplir son obligation, elle est réputée en droit l'avoir accomplie, la clause du contrat n'impliquant pas par ses termes une obligation plus étendue.

« La cour condamne la Compagnie. »

Cet arrêt peut être considéré comme la sanction d'une opinion de la Société de médecine légale qui, dans sa séance du 4 août 1881, a émis le vœu que les médecins feront bien de refuser toujours et absolument de délivrer des certificats indiquant la nature de la maladie à laquelle a succombé un de leurs clients et les circonstances dans lesquelles il est mort.

Ajoutons que cette décision est d'autant plus légitime que le bénéficiaire d'une assurance n'a aucun moyen de vaincre le refus du médecin; il ne peut, dès lors, accomplir vis-à-vis de la Compagnie la condition acceptée dans la police par l'assuré et l'on ne saurait lui faire supporter les conséquences de l'impossibilité où il se trouve de produire le certificat dont il s'agit.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Cholécystectomie. — *Production spontanée d'une fistule biliaire. — Guérison des accidents hépatiques et de la fistule biliaire* (Communication à l'Académie de médecine par F. Terrier, agrégé de la Faculté, chirurgien de l'hôpital Bichat).

Messieurs, continuant mes recherches sur la thérapeutique chirurgicale des affections des voies biliaires, j'ai l'honneur de vous rapporter aujourd'hui une observation d'ablation de la vésicule pour combattre des accidents d'ictère à répétition avec coliques hépatiques, accidents qui dataient de 7 années et qui ne faisaient que s'aggraver dans ces derniers temps.

Les phénomènes qui succédèrent à l'ablation de la vésicule, et la production spontanée d'une fistule biliaire, offrent, croyons-nous, un très grand intérêt, surtout au point de vue de la conduite à tenir dans des cas identiques ou analogues (1).

Voici d'abord l'observation de mon malade, aujourd'hui parfaitement guéri :

Eugène C..., 29 ans, garçon de recette, m'est adressé à l'hôpital Bichat par mon excellent ami le Dr Dieu, chirurgien en chef des hôpitaux militaires de Versailles. Le malade, qui vient d'être réformé pour une affection chronique du foie, entre dans mon service, le 24 novembre 1890, salle Jarjavay, n° 26.

Eugène C... n'a jamais fait de maladie antérieure à celle pour laquelle on l'a réformé et dont il vient se faire soigner à Bichat. Ses parents sont bien portants; il est fils unique et garçon.

Etant au régiment, au printemps de 1883, il eut brusquement une poussée d'ictère, durant 24 heures, avec perte d'appétit et céphalalgie, mais sans accidents fébriles, ni douleurs du côté du foie ou de l'intestin. Au bout de 24 heures, tous ces phénomènes avaient disparu et le malade était guéri.

L'automne suivant, première crise de coliques hépatiques, durant environ dix-huit heures, mais ne s'accompagnant pas d'ictère.

En avril 1885, nouvelle apparition d'ictère qui dura environ 25 jours, sans s'accompagner de douleurs, ni de phénomènes généraux. Il y avait une décoloration complète des selles, les urines étaient de teinte acajou, le malade était fort constipé.

L'année suivante, toujours au mois d'avril, apparition des mêmes accidents ictériques, mais avec de vives coliques durant trois jours ; ces coliques apparurent avant la coloration ictérique des téguments et des muqueuses.

En 1887, toujours au printemps, nouvelle crise hépatique avec ictère; l'été se passe assez bien, mais avec des troubles digestifs presque constants. Perte d'appétit, diarrhée, etc. Toutefois, à la fin de l'année, la santé paraissait complètement remise.

Au printemps de 1888, nouvel ictère, avec perte d'appétit et troubles digestifs; on conseille au malade l'usage de l'eau de Vichy et les douches froides.

Depuis cette époque, C... était en proie, tous les quinze jours ou toutes les trois semaines, à des crises de jaunisse, en quelque sorte subintrantes. Chaque recrudescence de l'ictère s'accompagnait de douleurs tantôt sourdes, tantôt assez violentes dans le côté droit, douleurs que d'ailleurs il différenciait parfaitement de celles qu'il avait ressenties lors des crises hépatiques antérieures, qui étaient alors de véritables coliques hépatiques, avec tous leurs symptômes aigus.

Depuis 1888, c'est-à-dire depuis presque deux années, les selles sont ou grisâtres ou complètement blanches, suivant que la jaunisse est plus ou moins intense. Accidents diarrhéiques fréquents, sans que le patient ait jamais constaté la présence de calculs biliaires dans les selles. Notons, d'ailleurs, que cet examen a toujours été fait très sommairement. Les urines sont toujours très colorées en jaune rouge acajou.

(1) Observation rédigée sur les notes de M. Dally, élève du service.

Les dernières poussées d'ictère ont eu lieu les 1er, 23 et 30 novembre 1890.

L'examen du malade donne les résultats suivants :

Le foie est manifestement augmenté de volume, il déborde les fausses côtes d'environ trois travers de doigt; en dedans, il s'étend jusque au delà de la ligne médiane, au niveau de l'épigastre. Le viscère forme une sorte de tumeur lisse, régulière, non bosselée, indolore à la pression, sauf dans la région de la vésicule biliaire. Du reste, malgré tous mes efforts, il m'a toujours été impossible de sentir cette vésicule et de déterminer si elle était gonflée par la bile.

Les téguments et surtout les conjonctives offrent une teinte subictérique très accusée; il y a de l'inappétence, parfois de la diarrhée, et surtout un état de prostration très accusé qui fait que le malade a beaucoup de peine à se lever et à marcher.

Les organes thoraciques : poumons et cœur, sont sains.

Il y a parfois un peu d'élévation de température et celle-ci varie de 37° à 38°5 (5 décembre).

Les urines sont limpides et légèrement rougeâtres, le malade en élimine 2,000 grammes en 24 heures. (Il faut noter qu'il boit du lait et de l'eau de Vichy naturelle.) Leur réaction est franchement acide et leur densité de 1,005. Elles contiennent 29 grammes d'urée pour 24 heures, ce qui est un chiffre se rapprochant de la normale; de plus, on n'y trouve ni sucre, ni albumine, ni même de matière colorante de la bile, ce qui a lieu d'étonner un peu.

Le malade est baigné, nettoyé avec soin et on lui applique un pansement antiseptique boriqué sur la région du foie.

De plus, au régime lacté exclusif, on ajoute l'administration de paquets de naphthol et de salicylate de magnésie.

Opération le 9 décembre 1890, avec l'aide de mon collègue des hôpitaux, M. Quénu. Le Dr Dieu, chirurgien militaire, assiste à l'opération.

Incision médiane, dans la région épigastrique, descendant jusqu'à quelques centimètres au-dessous de l'ombilic. Hémostase de la plaie musculo-cutanée. Le péritoine ouvert, le foie apparaît, il est d'aspect blanchâtre par places, semblant renfermer des stratus fibreux cicatriciels, qui font penser de suite à une cirrhose.

La vésicule, très facile à trouver, est volumineuse. Les parois sont normales, mais distendues par la bile; l'exploration avec le doigt y fait reconnaître la présence d'un calcul très mobile qui semble flotter au milieu du liquide de la vésicule. On la ponctionne à l'aide du gros trocart de l'appareil Potain et on aspire ainsi environ un verre à bordeaux d'un liquide biliaire foncé. Ceci fait, la vésicule est incisée pour retirer le calcul qu'elle contenait, calcul offrant les dimensions d'une grosse noisette; l'ouverture faite à la vésicule donne un peu de sang, d'ailleurs facile à arrêter par le placement de quelques pinces à pression.

En explorant l'intérieur de la vésicule, il nous sembla sentir, vers le col, un autre calcul, de consistance médiocre qui, comme nous pûmes le voir ultérieurement, n'était autre qu'un ganglion lymphatique, accolé à la paroi, près du canal cystique.

Nous résolûmes alors d'enlever entièrement la vésicule; le détachement de la face inférieure du foie se fit peu à peu, et quelques artérioles durent être pincées. Le décollement fut continué jusqu'au col et au canal cystique, en utilisant soit les doigts, soit le bistouri, soit des ciseaux mousses. Toutes ces manœuvres donnèrent un peu de sang facilement arrêté par des pinces ou la simple pression des éponges montées sur des pinces à pression.

Notons que pendant ces manœuvres la vésicule, qui avait été ouverte primitivement, fut maintenue obturée à l'aide d'une pince à pression courbe.

L'isolement obtenu jusqu'au col, je passai un gros fil de soie autour de lui, et je fis un double nœud solidement serré. On put alors exciser la vésicule ainsi que le ganglion déjà cité.

Cette manœuvre de décollement et d'isolement de la vésicule a duré 45 minutes, y compris le temps de l'application de la ligature, application difficile, vu la profondeur à laquelle on dut agir.

Ceci fait, l'épiploon fut suturé au foie et à l'épiploon gastro-splénique, de façon à constituer une sorte de conduit isolé de la grande cavité abdominale et dans lequel fut placé un drain

de moyen calibre. Ce drain s'étend du col de la vésicule lié, aux téguments.

On fait alors la suture des divers plans de la paroi abdominale; d'abord le péritoine avec du fil de soie fin, puis les aponévroses avec du fil de soie moyen, enfin les téguments avec du crin de Florence.

Le pansement fut fait avec de l'ouate stérilisée seulement, recouverte d'une couche d'ouate hydrophile, le tout maintenu par un bandage de corps en flanelle.

L'opération a duré juste une heure en tout.

9. — Pas de nausées, ni de vomissements; état satisfaisant. Temp. 37°6.

10. — La teinte ictérique du malade paraît être plus accusée. Temp. matin 37°6, soir 37°9. Selles décolorées et urines très foncées, de teinte acajou.

11. — Etat stationnaire de l'ictère. Le matin, frisson de courte durée; expulsion de gaz par l'anus. Temp. du matin 37°1, du soir 37°5.

12. — L'ictère a beaucoup augmenté; frisson plus intense que la veille. Temp. du matin 37°8; — à 5 heures 39°4. On panse le malade et l'on s'aperçoit que son drain est bouché; le drain est remplacé et à 9 heures du soir la température baisse à 38°5.

13. — Ictère moins intense; les matières sont un peu colorées. Temp. matin et soir 37°5.

14. — Même état. Temp. 37°2, soir 38°1.

15. — Nouvelle poussée ictérique, avec grand malaise. Temp. 37°2, soir 38°2.

16. — Même état général assez mauvais. Constipation. Temp. 37°4, soir 37°6.

17. — L'ictère augmente encore; purgation avec du calomel (à 0.25 centigrammes). Temp. matin 38°1, soir 38°5.

18. — On continue le calomel, qui purge le malade. Temp. matin 37°4, soir 37°5. L'ictère ne diminue pas.

19. — La coloration ictérique augmente malgré l'usage du calomel. Temp. matin 38°2, soir 38°7. L'état général est assez mauvais et le malade, très faible, sans appétit, très amaigri, dormant fort peu, est très affecté de son état. Il s'alimente avec du lait coupé d'eau de Vichy naturelle (source Elisabeth de Cusset).

20. — Dans la journée, issue par le drain d'une énorme quantité de bile, inondant non seulement le pansement, mais le lit du malade. Dans le pansement on rencontre de très petits calculs biliaires dont les plus volumineux atteignent les dimensions d'un grain de blé (gravelle biliaire).

Aussi la température, qui le matin était à 38°5, tombe le le soir à 37°6, et le malade accuse un soulagement considérable.

21. — La température se maintient à 37° (matin et soir). L'ictère a très notablement diminué, et le malade perd toujours une grande quantité de bile et de nombreux calculs biliaires, provenant des canaux hépatiques.

22. — La température reste à 37° matin et soir; toutefois sans cause et vers 10 heures du matin il apparait un frisson assez intense qui fait monter la température à 40°. Ecoulement abondant de bile et de petits calculs comme les jours précédents. On place un plus gros drain dans le trajet fistuleux, qui donne issue à la bile.

23. — Même état. L'ictère diminue de plus en plus à mesure que l'écoulement de bile se fait au dehors, entrainant de nombreux calculs hépatiques. Temp. matin : 37°; soir 37°4.

24. — Un peu d'érythème autour du trajet fistuleux, l'écoulement de bile diminue. Pansement avec la vaseline boriquée. Temp. matin 37°1, soir 37°8.

25. — Même état; un peu plus d'écoulement de bile et de calculs. Temp. matin 37°, soir 37°6.

26. — A partir de ce jour la température est restée à 37° ou au-dessous et l'écoulement de bile et de calculs a diminué peu à peu. On note une selle colorée le 27.

31 *décembre* 1890. — L'état du malade est bien meilleur, il se sent plus fort et son moral est plus relevé. L'ictère a presque complètement disparu du côté des téguments, toutefois les conjonctives restent un peu jaunes.

L'appétit renaît, les selles sont colorées et normales, les urines moins foncées.

Le drain ne laisse écouler qu'une petite quantité de bile et il ne sort plus de calculs; le pansement n'est plus renouvelé que tous les deux ou trois jours.

4 *janvier* 1891. — On fait le pansement; il s'est écoulé très peu de bile, pas de calculs et les téguments sont normaux. On place un drain plus petit dans le trajet fistuleux.

8. — Les forces du malade reviennent, il a de l'appétit et mange fort bien. L'écoulement de bile est peu marqué, mais n'a pas cessé.

16. — On place un drain plus court et plus petit. L'amélioration de l'état général continue.

23 et 25. — Pansements dans lesquels on diminue la longueur et le calibre du drain placé dans la fistule biliaire.

Le malade sort de l'hôpital le 1er février 1891; il se sent très bien portant, son appétit est parfait, cependant il existe encore une teinte subictérique des sclérotiques. Quant à la fistule, elle ne fournit qu'une très faible quantité de liquide séreux.

La cicatrice épigastrique a 13 cm. de longueur; la fistule siège à 10 cm. de l'extrémité supérieure de la cicatrice. Cette fistule est petite, déprimée, et sur la ligne médiane, il n'y a pas d'éventration à son niveau.

Le foie ne paraît pas hypertrophié, en tout cas il ne déborde pas les fausses côtes.

L'alimentation est facile, toutefois, sur nos indications, le malade évite de manger des farineux ou des substances trop grasses. Les selles sont colorées tantôt en vert, tantôt en jaune foncé; quant aux urines, elles sont claires et normales.

Au commencement de mars, on examine de nouveau C... et voici ce qu'on trouve : il existe encore une teinte subictérique des conjonctives oculaires et de la peau du tronc.

L'appétit est bon, la digestion facile, cependant il y aurait un peu de salivation anormale depuis quelque temps, surtout après le repas. Les garde-robes sont colorées, parfois verdâtres; les urines sont quelquefois rouges, mais non colorées en acajou.

Le foie ne déborde pas le rebord des fausses côtes; sa hauteur est de 11 cm. au niveau de la ligne mamelonnaire et en dehors d'elle.

La cicatrice, longue de 15 cm., est parfaitement résistante, elle descend jusqu'à 3 cm. au-dessous de l'ombilic. La fistule est absolument fermée depuis 20 jours.

Le malade a repris ses occupations de garçon de banque depuis le 16 février et les remplit sans fatigue.

La vésicule biliaire, enlevée, n'offrait pas de lésions appréciables à l'œil nu; à son col, était adhérent un ganglion lymphatique ou plutôt la moitié d'un ganglion, réséqué avec la vésicule et présentant les dimensions d'une demi-amande.

Soumise à l'examen de MM. A. Gilbert et J. Girode (1), cette vésicule « était inaltérée dans ses parois » et la bile qu'elle renfermait était normale, ou plutôt paraissait telle. Or, dans cette bile, les précédents observateurs trouvèrent par la culture l'existence du bacille d'Escherich, hôte normal du duodénum d'après les recherches de Gessner (2).

Le calcul retiré de la vésicule était formé de cholestérine et pesait dix grammes; quant aux nombreux petits calculs éliminés ultérieurement par la fistule biliaire, nous avons pu en recueillir cinq grammes.

Lorsque le malade dont je viens de vous rapporter l'observation fut soumis à notre examen, nous pensâmes à l'existence d'une obstruction du canal cholédo-cystique par des calculs. De là, les poussées d'ictère et les coliques hépatiques, qui avaient fait réformer le malade sur les indications de notre collègue M. le Dr Dieu.

L'opération avait donc pour objet, soit d'ouvrir la vésicule et de la débarrasser de ses calculs, soit d'aller plus loin et d'enlever totalement la vésicule comme nous l'avons déjà fait avec succès dans un cas où les coliques hépatiques dataient de longues années et devenaient absolument intolérables (3).

En d'autres termes, nous hésitions entre une cholécys-

(1) *Société de Biologie*, 27 décembre 1890.
(2) *Archiv für Hygiène*, t. IX.
(3) *Académie de médecine*. Voy. *Mercredi*, 1890, n° 39, p. 495.

totomie et une cholécystectomie. L'état d'intégrité des parois de la vésicule et l'existence à son intérieur d'un seul calcul de volume peu considérable, plaidaient en faveur de la simple ouverture de la vésicule avec enlèvement du calcul.

Mais, d'autre part, la dilatation de la vésicule et l'existence d'une petite tumeur allongée et assez résistante vers le col de la vésicule nous firent craindre la présence d'un calcul soit du col soit du canal cystique et nous nous décidâmes à pratiquer la cholécystectomie.

Dès que celle-ci fut faite, il nous fut facile de nous assurer que le prétendu calcul du col de la vésicule n'était autre qu'un ganglion lymphatique un peu induré, ganglion assez fréquent dans cette région sous-hépatique.

Nous dûmes terminer par la ligature, simple d'ailleurs, du canal cystique, ligature faite avec de la soie stérilisée de moyen calibre et assez fortement serrée sur les tissus à étreindre.

Les suites opératoires immédiates nous démontrèrent que notre intervention n'avait pas été rationnelle. En effet, pendant onze jours, non seulement le cours de la bile ne se rétablit pas, mais les accidents s'aggravèrent d'une façon inquiétante et l'ictère devint presque noir.

Dès les premiers jours, j'espérais que la ligature placée sur le col de la vésicule céderait et qu'il se ferait une fistule biliaire. Mais, comme nous l'avons déjà dit, la vésicule était saine, ses parois et son col n'étaient pas enflammés et, par conséquent, ils résistaient à la section du fil à ligature.

Cette section se fit cependant le 11e jour et aussitôt le malade fut inondé de bile ; de plus, cette débâcle s'accompagna de l'issue d'une multitude de calculs provenant des canaux hépatiques.

Notre malade, outre les accidents de coliques hépatiques, avait donc de la lithiase des canaux hépatiques, de la gravelle biliaire, ce que nous n'avions pas soupçonné jusqu'ici.

Dès lors, l'indication se trouvait remplie, une fistule biliaire était établie et par elle pouvaient s'éliminer les produits sécrétés par le foie et les nombreux calculs des voies hépatiques. Comme dans l'observation que j'ai eu l'honneur de vous lire en septembre dernier (1), cette fistule eut pour résultat la désobstruction des voies d'excrétion de la bile, si bien que celle-ci put de nouveau s'écouler dans l'intestin.

Peu à peu, tous les accidents ictériques s'amendèrent et les digestions devinrent normales.

La fistule resta ouverte 50 et quelques jours, donnant issue à une quantité de moins en moins considérable de liquide biliaire et elle finit par s'obturer spontanément.

Aujourd'hui, comme vous pourrez le constater, C... va fort bien, et a pu reprendre son travail, bien qu'il offre encore une teinte légèrement subictérique des conjonctives et des téguments.

Est-ce à dire que dans des circonstances analogues je serais tenté d'agir de la même façon, c'est-à-dire de pratiquer la cholécystectomie ? Je ne le crois pas, et voici pourquoi :

Je pense, et les phénomènes qui ont suivi l'intervention radicale tendent à le prouver, je pense, dis-je, que dans ces circonstances il faut faire la *cholécystotomie*, mais il ne faut pas se contenter de vider la vésicule de ses calculs et de sa bile. Il faut pratiquer une *cholécystostomie*, c'est-à-dire une ouverture permanente, ou plutôt temporairement permanente à la vésicule. Cette ouverture permet de donner une issue à la bile, voire même aux nombreux petits calculs des conduits hépatiques, en d'autres termes elle donne de suite les résultats que nous n'avons obtenus qu'au 11e jour. De plus, cette fistule biliaire pratiquée à la vésicule, eût agi exactement comme celle qui s'est produite spontanément, en ce sens que le canal cholédoque ou le canal cholédo-cystique serait redevenu perméable et les choses seraient rentrées dans l'ordre beaucoup plus vite.

L'avantage d'une *cholécystostomie*, c'est qu'on peut garder aussi longtemps qu'on le veut la fistule biliaire, qui joue en quelque sorte le rôle de tube de sûreté, et qui permet de s'assurer que le cours de la bile est bien rétabli, que la lithiase hépatique a cessé et ne tend pas à se reproduire, enfin que les bactéries du liquide biliaire, bactéries dont le rôle est indéniable aujourd'hui dans la production des angio-cholites, ont complètement disparu.

Il est bien certain, que privé, de sa vésicule, mon opéré n'aura plus de coliques hépatiques, mais il se peut que la lithiase biliaire se reproduise, auquel cas notre action chirurgicale est devenue totalement nulle alors qu'elle persisterait en cas de *cholécystostomie*.

Pour me résumer, MM., je dirai, que, dans les cas de troubles hépatiques, dus à la lithiase biliaire et à la production de calculs dans les canaux hépatiques, il vaut mieux pratiquer la cholécystostomie que la cholécystectomie, comme nous l'avons fait, ignorant alors l'existence de la gravelle hépatique chez notre malade.

(1) *Bulletin de l'Académie de médecine*. Séance du 30 septembre 1890. (Voy. *Mercredi*, n° 39, p. 495)

OPHTHALMOLOGIE

Greffes cutanées et muqueuses pour traiter le distichiasis et le xérosis, par E. Raehlmann (Dorpat)

Dans beaucoup de cas de trichiasis, de distichiasis compliqués ou non d'entropion, les opérations classiques ou modifiées (procédés de Jaesche-Arlt, Snellen, Streatfield, Anagnostakis, etc.), ne réussissent pas. Les résultats opératoires ne se maintiennent pas et au bout d'un certain temps il survient une récidive.

La modification du procédé opératoire de Snellen par l'interposition d'une greffe cutanée, a donné à Raehlmann des résultats excellents qu'il attribue à certains changements introduits dans la préparation du lambeau et de la greffe de Thiersch.

Le lambeau à transplanter, pris sur la peau de la tempe ou de la paupière, est ordinairement plus large et plus long que la perte de substance résultant de la plaie intermarginale. Le lambeau excisé est mis, la surface saignante en haut, sur une plaque chauffée de porcelaine, et avec les ciseaux on abrase toutes les parties rouges et saignantes, jusqu'à ce que cette surface saignante devienne gris-jaunâtre, pâle, presque diaphane.

On fait alors deux points de suture, sur les côtés longitudinaux du lambeau, et deux points à chaque extrémité. Les aiguilles qui traversent le lambeau de la surface cutanée à la surface saignante, sont laissées dans les points piqués par leurs bouts postérieurs. Le lambeau est alors lavé à l'eau boriquée tiède (à 4 0/0) et tendu ensuite, la surface cutanée en bas, sur un morceau de toile trempé également dans une solution d'eau boriquée. De cette façon, pour introduire le lambeau dans l'incision intermarginale de la paupière, on n'a qu'à prendre la petite toile sur l'index et faire pénétrer le lambeau dans les lèvres entre-bâillées de la plaie.

Pendant qu'on est occupé à préparer la greffe, un assistant est chargé de l'incision faite auparavant. Après avoir obtenu l'hémostase par la compression et le froid, et débarrassé la plaie des caillots, il examine la plaie pour voir si dans le feuillet postérieur de la paupière séparée en deux couches par l'incision marginale, ou dans le bord interne de la paupière ou au niveau des cartilages tarses, il ne persiste de

bulbes pileux que dans ce cas il faut exciser sur-le-champ et de nouveau s'assurer de l'hémostase et de l'absence de caillots. La plaie une fois en bon état, on met en contact le lambeau préparé qu'on soutient par en bas, tandis que le chirurgien suture les bords du lambeau aux bords de la fente intermarginale en faisant passer les aiguilles exactement aux points de suture du lambeau, à travers les bords des paupières.

L'introduction des aiguilles dans le lambeau au moment même de sa préparation présente l'avantage d'éviter les tiraillements et les plissements du lambeau quand on le suture aux bords de la plaie palpébrale.

Après l'opération, la plaie est lavée à l'eau boriquée, saupoudrée d'iodol, couverte d'une compresse boriquée et d'un petit pansement ouaté. Les sutures peuvent être enlevées le 3e jour, quand la greffe devient rouge. La guérison est complète au bout de 7 à 8 jours.

Le succès de la greffe et de l'opération dépend de 3 points : préparation soignée du lambeau, hémostase parfaite de la plaie et absence de caillots, sutures exactes.

En préparant le lambeau comme il vient d'être décrit, on enlève tous les bulbes pileux et les glandes sébacées, de sorte qu'on n'a pas à craindre l'apparition, au bout de quelque temps, de poils sur le lambeau transplanté.

Si l'hémostase est parfaite et s'il n'existe pas de caillots, il se fait une exsudation plastique fixant parfaitement le lambeau qui n'arrive pas à remplir exactement la cavité artificiellement créée par l'incision entre le pli cutané de la paupière d'une part, le cartilage avec la conjonctive de l'autre. Mais si cette cavité est remplie de sang ou de caillots, la fixation du lambeau est nécessairement moins parfaite.

Au lieu d'un lambeau cutané, on peut se servir, pour la transplantation, d'un lambeau de muqueuse. L'auteur a fait cette transplantation dans huit cas de trichiasis et de districhiasis, et s'est servi d'un lambeau pris à la muqueuse des lèvres. Les résultats furent moins satisfaisants, en ce sens que le lambeau muqueux se rétracte davantage et sépare moins bien que les lambeaux cutanés, les lèvres de l'incision intermarginale.

La greffe muqueuse est plus satisfaisante quand il s'agit de pertes de substance de la conjonctive, comme dans l'opération du symblépharon cicatriciel. Néanmoins, même dans ces cas, la rétraction du lambeau est si considérable que les résultats de l'opération ne durent guère plus de quelques mois.

Les résultats sont meilleurs avec la transplantation simultanée de lambeaux cutanés et muqueux sur le même bord palpébral. Dans trois cas où il s'agissait de paupières rétractées et en même temps fortement raccourcies, on est parvenu, de cette façon, à allonger les paupières dans une direction verticale.

D'après Klaser, cette greffe double est particulièrement indiquée dans les cas où, à la suite de l'ablation du bord palpébral avec les cils, il survient un raccourcissement par rétraction.

Les mêmes conditions anatomiques existent dans le xérosis avancé de la conjonctive. La rétraction de la conjonctive se complique, dans ces cas, d'une atrophie du cartilage tarse qui est transformé en une mince plaque incapable de la moindre résistance. Le bord palpébral est déformé, privé de cils et quelquefois même faiblement fixé autour de la cornée.

Dans ces cas, comme dans ceux de xérosis très avancé où, au lieu d'un bord palpébral, on trouve au devant de la cornée un repli de la peau, la greffe double est faite de la façon suivante :

Le bord palpébral est divisé, suivant le procédé de Jaesche-Arlt, en un feuillet cutané et en un feuillet conjonctif, et entre les deux, on fait, comme il a été déjà décrit, la greffe muqueuse avec un lambeau provenant de la muqueuse buccale et suturé, d'après les règles, aux lèvres de la plaie. L'opération terminée, le bord palpébral est attiré en bas et fixé par des bandelettes adhésives, de façon à ce que la greffe s'adapte au bulbe oculaire et augmente de cette façon la surface de la conjonctive. Au bout de trois semaines environ, on trouve que, malgré la rétraction du lambeau, la conjonctive est allongée de 4 mm. A ce moment, on fait une nouvelle incision intermarginale passant entre le feuillet cutané du bord palpébral et la greffe muqueuse déjà solidement implantée, et dans la fente ainsi formée, on fait une greffe cutanée avec un lambeau pris sur la paupière ou la tempe. Si la greffe cutanée échoue, en ce sens qu'elle n'allonge pas suffisamment la paupière, on ne peut la refaire, au bout d'un certain temps, qu'après avoir refait auparavant une autre greffe muqueuse.

Dans trois cas de xérosis où cette opération a été faite, les résultats furent des plus satisfaisants au point de vue de l'état de la cornée et de l'acuité visuelle du malade (1).

REVUE DES JOURNAUX

Purpura rapidement mortel dans la convalescence de la scarlatine (A rare sequela of scarlatina), par H. Davies (*British medic. Journ.*, 28 février 1891, p. 458). — Observation d'un enfant de 9 ans qui, à la 3e semaine d'une scarlatine, fut atteint de larges ecchymoses des membres inférieurs avec œdème léger remontant jusqu'aux genoux et douleurs violentes dans les jambes; le lendemain, apparition d'ecchymoses sur les coudes, gonflement considérable des articulations des coudes, pouls fréquent et mort le surlendemain ; à l'autopsie, épanchement sanguin dans les deux plèvres. L'enfant saignait facilement du nez sous l'influence de la plus légère cause, il était habituellement très pâle.

Tachycardie (A case of tachycardia or rapid heart successfully treated by electricity and large doses of belladonna), par T. Oliver (*Brit. medic. Journ.*, 31 janvier 1891, p. 217). — Observation d'un jeune homme de 28 ans qui à la suite d'une chute avait été pris d'accès de tachycardie au cours desquels le cœur battait de 190 à 230 fois par minute, tandis qu'à l'état normal il battait seulement 90 fois.

L'emploi de la teinture de belladone à la dose de 30 minimes et de petites doses de liqueur de Fowler et l'électrisation faradique du pneumogastrique amenèrent rapidement la chute du pouls et depuis 7 mois les accès de tachycardie ne se sont pas reproduits.

La faculté de procréation des châtrés (Sulla questione relativa alla potentia generandi dei castrati), par G. Massazza (*La Riforma medica*, 6, 7 et 9 février 1891, p. 339, 353 et 364). — D'expériences faites par l'auteur sur les animaux, il résulte que les animaux châtrés ne perdent pas immédiatement la faculté de copulation, que les voies spermatiques (canal déférent et vésicules) renferment encore des spermatozoïdes pendant un temps assez long, mais que ces spermatozoïdes perdent au bout d'un certain temps leur pouvoir fécondant. Cette limite doit être fixée au 9e jour qui suit la castration; comme il n'est guère à supposer que l'homme qui est privé de ses deux testicules soit en disposition de se livrer au coït pendant les 9 jours qui suivent la castration, on doit nier la faculté de procréation des sujets châtrés.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 10 *mars* 1891.

Présidence de M. Tarnier.

Syphilis chez les nourrices.

M. le Dr Duvernet. — L'expérience acquise dans le service spécialement organisé depuis la loi Roussel à la préfecture de police pour l'examen des nourrices, autorise à penser que les dispositions suivantes garantiraient les nourrissons et les nourrices dans la mesure du possible : 1° Toute nourrice sur lieu qui, depuis moins de deux mois, a donné le sein à un nourrisson doit, pour être autorisée à un nouvel allaitement, produire un certificat médical attestant que ce nourrisson n'était atteint d'aucune maladie contagieuse ; 2° la nourrice qui n'aura pas été munie de ce certificat pourra y suppléer par un certificat médical, daté d'une époque correspondant à un délai de deux mois à partir du jour où elle aura été sé-

(1) Therapeutische Erfahrungen über Lidkantoperation sowie ueber Haut und Schleimhauttransplantation am Auge. (*Deut. med. Woch.*, 1891, n° 1, p. 4.)

parée de son nourrisson ; 3° toute personne qui prend, dans un bureau de placement, une nourrice au moment de sa sortie de place, un certificat médical attestant que son nourrisson n'était atteint d'aucune maladie contagieuse. La formule de ce certificat serait inscrite sur le carnet de la nourrice ; la teneur de l'obligation des parents ou des ayants-droit, serait imprimée sur le reçu délivré par les bureaux aux personnes prenant une nourrice.

Dépopulation de la France.

M. J. Rochard. — Au nom de la commission, je propose à l'Académie d'émettre les vœux suivants :

1° Que les tours, institués par le décret impérial du 19 janvier 1811, lequel est tombé en désuétude mais n'a pas été abrogé, soient remplacés par des bureaux ouverts dans lesquels le secret sera scrupuleusement observé ;

2° Que la loi du 23 septembre 1874 sur la protection des enfants du premier âge soit revisée dans quelques-unes de ses dispositions et notamment dans celle qui a trait à l'élevage mercenaire. Il ne faut pas désormais qu'il échappe à la surveillance sous le couvert de la parenté. Il faut qu'une statistique irréprochable permette de mesurer exactement les effets de la loi ; que l'inspection médicale soit solidement organisée partout et que la loi soit obligatoire pour tous les départements ;

3° Que la vaccination soit rendue obligatoire par une loi ;

4° Que la revaccination soit encouragée de toutes les manières et même imposée par les pouvoirs municipaux toutes les fois que la nécessité leur en sera signalée par les médecins des épidémies et les conseils d'hygiène ; la revaccination deviendra obligatoire dans les cas d'épidémie de variole, parce que, contrairement au préjugé populaire, c'est le moment où elle est le plus nécessaire ;

5° Que les enfants soient tous vaccinés et revaccinés dans les écoles, comme les soldats le sont dans les régiments ;

6° Que l'isolement des varioleux, surtout dans les établissements hospitaliers ,soit imposé par des mesures législatives

7° Qu'un service régulier de vaccination, fonctionnant dans toute l'étendue du territoire, soit organisé de telle façon que chacun puisse se faire vacciner ou revacciner à jour fixe, sans déplacement et sans frais.

8° Que les municipalités et, à leur défaut, les préfets soient armés de pouvoirs suffisants pour assurer la salubrité publique dans toutes les agglomérations et pour faire distribuer partout de l'eau potable exempte de toute souillure ;

9° Qu'on assainisse les établissements publics (lycées, casernes, prisons, etc.) et qu'on encourage partout la désinfection des personnes, des locaux, du linge, des vêtements et de la literie, à la suite des maladies contagieuses ;

10° Qu'on arrête les ravages de la syphilis, en réglementant la prostitution.

Enfin l'Académie appelle l'attention des pouvoirs publics sur celles de nos dispositions législatives qui peuvent entraver l'essor de notre population, en favorisant en faisant les restrictions volontaires qui diminuent notre natalité. Elle signale plus particulièrement celles qui concernent la transmission de la propriété, la répartition des impôts et recherche de la paternité.

Cholécystectomie.

M. Terrier. — Voy. p. 113.

Elections.

M. Rindfleisch (de Würzbourg) est élu correspondant étranger dans la première division par 49 voix sur 63 votants, contre 5 à M. Costomiris (d'Athènes), 4 à M. Millard (de New-York), 3 à M. Corradi (de Pavie) et 2 bulletins blancs.

M. Corradi est ensuite élu par 44 voix sur 59 votants, contre 7 à M. Millard, 6 à M. Costomiris et 2 bulletins blancs.

Rapport.

M. Mathias Duval lit un rapport sur des mémoires présentés par **M. le Dr Ledouble** (de Tours) concernant diverses anomalies musculaires, notamment les suivantes : trente-trois muscles présternaux, et la reproduction chez l'homme de la formule aortique de l'orang, du gibbon, de tous les autres singes et des carnassiers.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 6 mars 1891

Présidence de M. E. Labbé

Ecchymose spontanée et tumeur du biceps.

M. Desnos présente à la Société un malade qui vit se développer sur son bras, le 15 février dernier, une vaste ecchymose, s'étendant depuis l'épaule jusqu'au poignet.

En outre, à la partie moyenne du biceps on trouva, par la palpation, une tumeur du volume d'un petit œuf de poule et siégeant dans l'intérieur du muscle. Cette tumeur n'a jamais été douloureuse et ne peut donc être une myoclasie. L'examen du malade et de ses antécédents permet d'éliminer le scorbut, la scrofule, une gomme syphilitique. M. Desnos demande à ses collègues un diagnostic étiologique pour son malade.

M. Marie. — Je viens d'examiner ce malade, et je trouve chez lui une absence complète des deux réflexes rotuliens. Il présente également une absence complète du réflexe pupillaire à la lumière. Je crois donc qu'il faut chez cet homme soupçonner le tabès, car il n'est pas rare d'observer chez les tabétiques des ecchymoses spontanées et des myosites ossifiantes.

M. Duguet. — Le malade doit être un alcoolique, car il est en ce moment en état d'ivresse. On pourrait donc se demander si l'ablation des réflexes rotuliens ne serait pas liée à l'alcoolisme chronique.

Kystes hydatiques de la convexité du foie simulant des collections purulentes du côté gauche.

M. Galliard. — On sait, comme M. Hanot l'a bien montré, que les kystes hydatiques de la convexité du foie qui envahissent le côté droit du thorax acquièrent un volume considérable, sans déterminer un abaissement de l'organe où ils ont pris naissance. Ils sont entièrement intra-thoraciques, et le foie qui les supporte ne déborde pas, ou déborde à peine les fausses côtes.

Je crois pouvoir affirmer que les phénomènes constatés à droite peuvent également se manifester à gauche ; qu'un kyste hydatique du lobe gauche peut se frayer une route vers le côté gauche, en dépit du centre phrénique et du cœur, qu'on a considérés comme des obstacles sérieux, et simuler une collection intra-pleurale.

Deux faits que j'ai observés m'ont prouvé que le lobe gauche, malgré ses défectuosités au point de vue de la résistance mécanique, offre cependant un point d'appui suffisant pour permettre à la tumeur hydatique de s'élever dans le thorax du côté gauche, imitant ainsi l'évolution déjà connue pour les kystes hydatiques du côté droit.

Deux signes fort importants, à mon avis, m'ont conduit à admettre la localisation de deux kystes à l'origine, dans le lobe gauche du foie. Ces deux signes sont les suivants :

Dans le premier cas, continuité de la tumeur intra-thoracique avec le lobe gauche hypertrophié, d'un foie qui n'avait ni basculé, ni subi de refoulement en masse, et dont le lobe droit avait conservé son volume normal.

Pour le second cas, cholérrhagie intra-kystique avec écoulement secondaire de la bile dans les bronches.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 7 mars 1891

Présidence de M. Ch. Richet

Développement de la circonvolution de Broca chez les orateurs.

M. Laborde, à l'occasion du procès-verbal, présente les dessins et quelques moulages des cerveaux dont il a parlé dans la dernière séance. Le cerveau de Gambetta, par exemple, présente une plicature très remarquable du pied de la frontale ascendante gauche. Ce détail était si prononcé qu'il a immédiatement frappé, lors de l'autopsie, MM. Duval et Laborde. Les cerveaux de Huber et de plusieurs philosophes

allemands, montraient également très développée la circonvolution de Broca. D'autre part, chez les peuplades sauvages, Hottentots, Esquimaux, etc., chez les idiots, la circonvolution est manifestement inférieure; il suffit, pour s'en convaincre, de jeter un coup d'œil sur les planches du remarquable travail de M. Hervé (*la circonvolution de Broca*). Le cerveau de Bertillon, qui n'était pas un moteur verbal, présente au contraire une région du langage peu développée.

M. Laborde répond ensuite à une série d'objections de **M. Dupuy**, qui ne trouve pas suffisamment établie par les faits la doctrine des localisations cérébrales.

M. Gréhant montre un appareil destiné à recueillir l'air d'un milieu confiné pour pouvoir en faire ensuite l'analyse. **MM. Darsonval et Regnard** font remarquer que le sac de caoutchouc qui en constitue la pièce principale laisse passer certains gaz, tels que l'acide carbonique et l'oxygène, avec une grande facilité.

M. Galippe, à propos de travaux étrangers récents, rappelle qu'il a, le premier, formulé à la Société de Biologie la théorie qui a attribué une origine microbienne aux calculs salivaires, rénaux, hépatiques, etc.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 4 mars 1891

Présidence de M. Terrier.

Hystérectomie vaginale pour suppurations pelviennes.

M. Bouilly. — Nous devons remercier M. Segond de nous avoir donné des faits précis et une statistique certaine sur une opération nouvelle, peu connue dans la pratique. Je n'ai pas l'expérience de cette opération, mais je crois pouvoir adresser à M. Segond quelques objections de principe, tirées de ce que je sais sur les autres traitements.

Il y a quelques indications sur lesquelles nous serons absolument d'accord. La laparotomie ne donne pas grand'chose de bon pour les annexites chroniques avec adhérences diffuses, avec ouvertures fistuleuses, viscérales ou cutanées; de même pour les cas aigus où dominent la pelvipéritonite ou les suppurations pelviennes extra-péritonéales. Nous serons alors heureux de trouver dans l'hystérectomie vaginale une opération efficace, tandis que jusqu'à présent nous étions à peu près désarmés. Mais ces cas sont exceptionnels; depuis un an je n'en ai trouvé que 3 sur 33 suppurations pelviennes.

M. Segond veut aller plus loin, et substituer l'hystérectomie vaginale à la laparotomie pour toutes les pyosalpingites bilatérales. Il insiste, avec raison, sur cette importance de la bilatéralité. Mais est-ce un diagnostic aisé à porter exactement? N'arrive-t-il pas qu'on croie à une salpingite bilatérale et qu'on trouve une seule poche ayant refoulé l'utérus du côté opposé? Mieux encore, cette poche peut être une hydro-salpingite, et même, les annexes étant saines, un petit kyste dermoïde. Dans les cas de ce genre, on serait désolé d'avoir sacrifié utérus et annexes.

Ici donc, je suis en désaccord avec M. Segond. Et même pour les pyosalpingites avérées, je crois que la laparotomie convient à la majorité. L'an dernier, j'ai opéré 33 fois pour des lésions des annexes, dont 23 pour pyosalpingite. Ces 23 cas seuls vont m'arrêter. Ces poches sont à envisager selon qu'elles sont moyennes, grosses ou petites.

Pour les petites, grosses comme le pouce, il y a peu d'adhérences, la laparotomie est très facile, très bénigne. Par le vagin serait-il aussi aisé de libérer une petite adhérence intestinale? Or il le faudrait, car pour les petites trompes il est nécessaire d'extirper et non de drainer. De plus, dans ces cas il n'est pas rare que les annexes soient haut situées : l'abord vaginal serait bien pénible.

Pour les salpingites moyennes, de 300 à 400 grammes, j'ai eu d'excellents résultats grâce au lavage avec l'eau bouillie et au tamponnement iodoformé. En 20 à 25 jours tout est fini et je pense qu'il vaut mieux enlever ces poches épaisses, tomenteuses, plutôt que de les laisser. J'en dirai autant pour les grosses salpingites, dont j'ai 14 cas, mais je reconnais qu'ici l'hystérectomie vaginale peut avoir des indications.

Ces indications, je ne les ai discutées qu'une fois, pour une collection avec adhérences diffuses, ouverte dans le rectum : si j'avais eu l'habitude de l'hystérectomie, je l'aurais sans doute pratiquée. Ma malade d'ailleurs a guéri, avec une fistule recto-vaginale. Chez une autre malade, j'aurais certainement mieux fait de recourir à l'hystérectomie, car par la laparotomie j'ai dû laisser l'opération inachevée.

Ainsi, pour les cas sans adhérences diffuses, je crois la laparotomie meilleure pour les petites salpingites; bonne pour les grosses et moyennes.

Arrivons-en aux arguments de M. Segond. Je ne crois pas beaucoup, avec les incisions petites et la réunion immédiate, à la valeur de ceux qu'il tire de la cicatrice et du port de la ceinture. Le point important, c'est la léthalité opératoire, et pour juger définitivement il faut des faits nombreux. Mais à tout prendre j'ai 4 décès sur 33 cas et M. Segond 4 sur 23, et je ferai observer que de ces décès un seul concerne une grosse salpingite. Cette malade, morte de septicémie lente, je reconnais que l'hystérectomie l'eût peut-être sauvée. Mais qu'eût-elle pu chez une malade atteinte d'hémato-salpingite à laquelle j'ai oublié une compresse dans le ventre? Chez une autre, il s'agissait d'une salpingite catarrhale et non purulente. Chez une troisième, enfin, au 8e jour un lavement provoqua une péritonite mortelle en 48 heures : il y avait eu une perforation intestinale et le lavement aura rompu une adhérence.

La laparotomie, d'autre part, est plus facile : M. Segond nous déclare que l'hystérectomie exige un manuel absolument sévère, qu'elle aboutit à des durées de 2 ou 3 heures, ce qui, à mon sens, est, en principe, la condamnation d'une opération.

M. Segond pense que les résultats définitifs seront meilleurs. Je lui accorde que le curage utérin secondaire sera sûrement inutile. Mais ce n'est jamais après une pyosalpingite qu'il est utile. Comme je l'ai dit au Congrès international (voy. *Mercredi*, 1890, n° 39, p. 482), après les laparotomies pour pyosalpingites, les résultats fonctionnels sont excellents.

En résumé, je crois que M. Segond nous a exposé une méthode destinée à faire son chemin dans le monde; mais on doit limiter son indication aux poches non susceptibles d'extirpation et sauf cela la laparotomie reste pour moi l'opération de choix.

M. Richelot. — Je félicite M. Segond d'avoir rendu positif, clair et admissible, ce qui ne reposait que sur des assertions sans preuves. Mais je crois qu'il s'est laissé un peu trop entraîner dans les indications.

Je suis, en somme, du même avis que M. Bouilly. La mortalité de 4/23 de M. Segond n'est pas moindre que celle de la laparotomie. Sur 165 laparotomies pour lésion des annexes, j'en ai une trentaine pour pyosalpingite, avec quatre décès, et c'est la proportion moyenne. Et M. Segond n'arrivera probablement pas à mieux quand il sera plus habile, car c'est à sa douzième opération qu'il a eu son premier insuccès.

M. Segond dira : Il y a des statistiques sans mortalité. Je répondrai : Non, il n'y en a pas, et je donnerai des preuves à l'appui. J'ai vu, il y a quelques jours, un praticien de Paris, dont trois clientes ont été opérées ainsi : une est morte, et j'ajouterai que les deux autres ne sont pas guéries. Cette persistance des accidents n'est pas étonnante, car les femmes ont toujours un magma morbide dans leur péritoine.

M. Segond est un peu trop enthousiaste; plus même que M. Péan, qui a proposé la laparotomie à une demi-mondaine que je connais. Et cette femme, malgré sa profession, n'a pas objecté la cicatrice abdominale. Cette objection, on ne me l'a faite pour aucune de mes laparotomies. Quant aux métrites persistantes, je pense, comme M. Bouilly, qu'elles sont rares dans les cas de pyosalpingite.

Mon intention n'est cependant pas de condamner la méthode; je lui reconnais des indications, et c'est certainement grâce à M. Segond.

M. Richelot termine par ces indications d'après son opinion « actuelle », dont il n'hésitera pas à changer au besoin. En somme, il pense exactement comme M. Bouilly. L'hystérectomie vaginale doit être réservée aux suppurations non extirpables, avec adhérences diffuses, cas dont le diagnostic est en général possible.

M. Bazy est du même avis et donne les mêmes arguments que les deux orateurs précédents. Il insiste sur la nécessité de n'enlever ainsi l'utérus que quand on est bien certain que

la fonction génératrice est définitivement perdue. Il donne une indication spéciale que les auteurs précédents n'ont pas mise en relief : l'existence d'une fistule vaginale.

M. Boiffin (de Nantes) communique trois cas d'*opération sur l'intestin.*

1° Une entéro-anastomose pour un rétrécissement probablement congénital du gros intestin;

2° Une entérotomie pour rétrécissement congénital de l'intestin grêle;

3° Une entérorrhaphie circulaire pour anus contre nature crural.

M. Picqué montre une pièce de *grossesse extra-utérine.*

A. Broca.

SOCIÉTE D'OPHTHALMOLOGIE

Séance du 2 mars 1891

Appareil lacrymal.

M. Vignes présente une canule destinée à faciliter les injections dans l'appareil lacrymal à travers les points lacrymaux non divisés. C'est un stylet conique creusé et percé d'une ouverture latérale à une petite distance de son extrémité qui est mousse, et par suite pénètre facilement sans accrocher.

M. Gillet de Grandmont s'élève contre l'incision des points lacrymaux pour faciliter le cathétérisme du canal nasal; il est partisan des injections qui suffisent pour désinfecter les voies lacrymales et lorsqu'elles n'arrivent pas à les désobstrüer il les cathétérise avec des aiguilles-stylets qui dilatent les points lacrymaux.

M. Gorecki s'élève contre la condamnation absolue de l'incision des points lacrymaux, il est parfois nécessaire d'y avoir recours, par exemple quand ils sont éversés en dehors.

Ophthalmie sympathique.

M. Gillet de Grandmont depuis 20 ans n'a jamais énucléé que des yeux atteints de néoplasme, et comme opération préventive de l'ophthalmie migratrice il se loue de l'amputation du segment antérieur du globe. Il a été frappé du nombre considérable d'ouvriers privés d'un œil qu'il a rencontré à Berlin. Chez eux l'absence de pièces prothétiques tenait à ce qu'elles n'avaient pu être tolérées. De plus ces individus trouvent difficilement de l'ouvrage en raison de l'indemnité qu'aurait dû payer leur patron si par le fait du travail ils avaient perdu leur seul œil.

Les yeux artificiels en émail placés après l'énucléation appuient sur le plancher de l'orbite, ulcèrent la muqueuse, d'où des cicatrices qui rétrécissent le cul-de-sac conjonctival, et expulsent finalement la pièce de prothèse. De plus, après l'énucléation, la prothèse ne corrige pas l'enfoncement des paupières ; l'immobilité de l'œil, d'où un strabisme constant et variable.

L'amputation du segment antérieur de l'œil, au contraire, favorise beaucoup la prothèse et les vingt années de pratique de M. Gillet de Grandmont démontrent son efficacité. Une seule fois un moignon d'œil amputé dut être enlevé au bout de quelques mois en raison d'accidents sympathiques du côté de l'autre œil, accidents qui du reste s'arrêtèrent.

Quant à l'exentération, elle est indiquée dans les cas de choroïdite suppurative et après évacuation de la coque oculaire un lavage de sa cavité par friction avec du coton aseptique et liqueur de vau Swieten assure contre toute chance de propagation à l'autre œil.

M. Guttierrez-Ponce se déclare partisan de la théorie de l'ophthalmie par migration des agents infectieux ; il n'est pas surpris des résultats heureux des injections intraoculaires et serait porté à croire que le sublimé introduit dans l'œil agit en coagulant les liquides albumineux.

M. Vignes, chez un jeune homme atteint de cécité de l'œil gauche à la suite d'un traumatisme suivi de poussées d'iridocyclite, pratiqua une irito-capsulotomie qui rendit au sujet un certain degré de vision. Mais de nouveaux exsudats tendant à oblitérer la pupille artificielle, il se décida à pratiquer des injections intraoculaires suivant la méthode de M. Abadie. Ceci sans succès. De plus, ces injections n'ont pas empêché qu'il survienne du côté de l'œil droit des altérations qui, malgré la bonne acuité visuelle, permettent de redouter une ophthalmie migratrice. Ce fait est donc défavorable aux injections intraoculaires comme moyen préventif des accidents sympathiques, sans évidemment diminuer l'importance des succès qu'elles ont donnés.

Comme méthode de traitement de l'ophthalmie migratrice, M. Vignes préfère l'énucléation à la résection du nerf optique.

M. Valude. — Tandis que M. Abadie a obtenu un succès en faisant des injections intra-oculaires de sublimé dans un cas d'iridocyclite sympathique ancienne et a pu y réussir une iridectomie, M. Valude a échoué dans un cas analogue; aussi peut-être dans les cas heureux serait-on en droit de se rappeler que l'iridectomie dans l'irido-cyclite échoue à un moment et réussit à un autre. De plus, dans les cas d'ophthalmie sympathique à la période d'état, les injections intra-oculaires sont loin de répondre toujours aux espérances du promoteur de la méthode. Deux observations viennent à l'appui de cette restriction. Pour M. Valude, les injections intra-oculaires ne sauraient être plus qu'un moyen d'expectation armée à mettre en parallèle avec les frictions mercurielles. Il faut toujours être prêt à agir chirurgicalement si les symptômes ne s'amendent pas.

Comme intervention chirurgicale M. Valude se montre partisan réservé de la résection du nerf optique qui lui a donné un succès, et qu'il croit supérieure à la névrotomie optico-ciliaire. Il condamne l'amputation et l'exentération et considère l'énucléation comme le moyen héroïque lorsqu'il n'y a plus de temps à perdre pour enrayer la maladie.

M. Abadie repousse absolument la simple section du nerf optique qui n'a encore donné aucun succès bien démontré ; il regarde comme rationnelle l'énucléation pratiquée avant que l'injection n'ait gagné le nerf optique. De plus, quand les accidents sympathiques ont pour point de départ un œil complètement désorganisé, difforme, douloureux, il est indiqué de l'enlever plutôt que d'y faire des injections. Celles-ci par contre doivent être préférées à l'énucléation lorsqu'un œil blessé provoque une ophthalmie sympathique sans que sa désorganisation soit assez ancienne et assez complète pour enlever tout espoir. C'est ainsi que chez un malade atteint de blessure récente de l'œil droit et de cécité ancienne de l'œil gauche, des injections de sublimé ont rétabli la vision à droite au point de permettre à l'intéressé de reprendre son service.

M. Galezowski a eu l'occasion de constater l'absolue inefficacité du traitement de M. Abadie chez une malade qui s'est présentée à lui après avoir été soignée dans une autre clinique.

M. Valude prend acte de ce que M. Abadie réserve les injections pour les cas d'ophthalmie sympathique consécutive à des traumatismes récents et signale qu'il ne connait pas de différence entre les accidents sympathiques qui succèdent à une blessure récente de l'œil ou que cause un moignon oculaire ancien. De plus, le cas rapporté par M. Galezowski a précisément trait à un cas qui rentre dans la catégorie des accidents sympathiques causés par un traumatisme récent.

Elections.

M. Caudron est élu membre titulaire.

H. Nimier.

LES TRAITEMENTS DE LA TUBERCULOSE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Seance du 4 mars 1891.

Traitement de Koch.

M. Ewald présente deux préparations de sang provenant de tuberculeux quelque temps après avoir reçu les injections de lymphe. Les préparations sont envoyées par M. Liebmann (voir *Mercredi médical*, n° 5, p. 56) et renferment des bacilles. Un auteur anglais a également trouvé des bacilles dans le sang de son malade.

Mieux encore : à plusieurs reprises on a signalé l'existence de bacilles dans la tuberculine elle-même. En Russie, on a même institué une commission pour examiner la tuberculine sous ce rapport. Il est donc indiqué de ne plus faire des injections aux hommes et de reprendre les expériences sur les animaux.

M. Liebreich n'admet pas que la lymphe puisse renfermer des bacilles vivants.

Traitement de Liebreich.

M. Saalfeld présente un enfant de 13 ans et demi, atteint de lupus de la joue et traité par les injections de cantharidine. On a fait en tout 15 injections. Le lupus est moins tuméfié et a diminué de volume. Pas de néphrite.

M. Landgraf a traité 10 malades par les injections de cantharidine. Une seule fois, il est survenu de la strangurie; la douleur est quelquefois très vive, mais n'empêche pas de continuer le traitement. Dans 5 cas il s'agissait de laryngite aiguë vulgaire ; tous les malades ont guéri : seulement on sait que l'affection disparaît spontanément. En tout cas on ne pouvait constater l'action exsudative spéciale sur laquelle a insisté M. Liebreich.

Sur les 5 cas de laryngite tuberculeuse on compte 3 améliorations, dont une notable. Dans deux cas où on a observé de l'œdème, les injections n'ont pas modifié l'état local. Sur ces deux malades, un a présenté de l'albumine dans les urines.

M. Lublinski a traité par les injections (6 à 9) 16 cas de tuberculose laryngée avancée compliquée de lésions pulmonaires.

La douleur est très vive; le ténesme vésical a été observé dans trois cas; deux fois on a observé une striation sanguine des crachats. Dans tous les cas il est survenu une amélioration assez marquée de l'état local : la tuméfaction diminue, la rougeur pâlit; dans 3 cas les ulcérations se sont complètement cicatrisées.

La cantharidine commence à agir après la deuxième ou troisième injection. Il survient de l'hypérémie, de l'œdème qui disparaissent au bout de quelque temps. Dans tous les cas l'expectoration devient plus facile. Du côté du poumon, aucune modification. La cantharidine ne peut être considérée comme un spécifique.

M. B. Frænkel a essayé la cantharidine dans la tuberculose pulmonaire, et a obtenu des améliorations (diminution de la toux, expectoration facile, fièvre moins élevée). Plusieurs fois il a observé du ténesme vésical avec albuminurie, mais sans cylindres.

M. Liebreich se déclare content de ce qui a été obtenu par la cantharidine. L'albuminurie n'indique pas la néphrite, mais un état inflammatoire du rein disparaissant quand on cesse les injections. L'exsudat qu'on observe n'est pas de l'œdème, mais une sécrétion capillaire.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE DE BERLIN

Séance du 2 mars 1891

Traitement de Koch.

M. Stricker. — Les injections de tuberculine sont employées dans le lazaret militaire I de Berlin, depuis le 8 novembre. Le nombre d'individus traités est de 56, dont 9 cas de tuberculose du sommet, et 47 cas de tuberculose pulmonaire plus avancée ; leur âge est compris entre 20 et 30 ans. La durée du traitement fut au moins d'un mois.

Comme résultat, on compte 8 cas de guérison de la première catégorie, et 4 cas de la seconde. Sur ces tuberculeux guéris, on trouve 6 cas de tuberculose acquise, 4 de tuberculose héréditaire, 2 d'origine incertaine.

Chez 4 malades, on n'a trouvé de bacilles dans les crachats qu'après que le traitement fut commencé.

L'auteur rapporte ensuite deux observations détaillées.

M. Schleich. — Le procédé de Koch et celui de Liebreich se ressemblent en ce sens que tous les deux recherchent une action locale sous forme d'œdème, d'exsudat séreux, par l'introduction dans l'organisme d'une substance étrangère. Certes, la cantharidine est plus inoffensive, ou plutôt moins dangereuse que la tuberculose; néanmoins on peut dire de ces deux méthodes qu'elles sont en quelque sorte précoces, prématurées. Nos connaissances sur le chimisme cellulaire sont des plus limitées et les théories basées sur ces notions sont forcément très problématiques. La théorie de Liebreich sur l'action curative de l'exsudation séreuse n'est pas soutenable en face de la gravité de certaines maladies infectieuses qui justement s'accompagnent d'exsudation et d'œdème, comme l'érysipèle bulleux, par exemple.

Si l'on se rapporte aux processus locaux qui se trouvent au niveau des foyers tuberculeux, il devient facile de se rendre compte du rôle important des leucocytes. Tout corps étranger, que ce soit un microcoque, un bacille, un grain de lycopode ou de cinabre, provoque l'émigration des leucocytes qui absorbent, digèrent ces corps étrangers. Si on trouvait une substance ayant des affinités avec les leucocytes et présentant en même temps des propriétés bactéricides, on aurait un moyen d'agir directement sur les foyers infectieux. Cette substance existe. Ce sont les graisses qui sont rapidement absorbées par les leucocytes et qui jouissent des propriétés bactéricides, curatives dans la tuberculose, comme il a pu s'en convaincre en traitant les foyers tuberculeux accessibles par les applications et les injections parenchymateuses de graisse. Du reste, l'action favorable de l'huile de foie de morue dans la scrofule, l'absence du processus tuberculeux dans les tissus contenant une forte proportion de graisse, indiquent également la valeur de cette substance dans le traitement de la tuberculose.

M. Leyden est d'avis que la méthode de Koch doit être combinée avec le traitement hygiénique classique.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DES MÉDECINS DE BUDA-PESTH

MM. Müller et Hochhalt. — Ces auteurs ont constaté un certain nombre d'améliorations dans les cas de tuberculose pulmonaire traités par la méthode de Koch. Les mauvais résultats qu'on a signalés de différents côtés, notamment l'aggravation des signes physiques, l'amaigrissement, etc., peuvent parfaitement être dus à la mauvaise pratique des injections, à l'emploi de doses trop élevées dès le début, au trop faible intervalle qui sépare les injections. Il ne faut pas déterminer la production des foyers nécrosiques étendus, qu'il sera difficile au malade d'éliminer.

M. Stiller fait remarquer qu'il est bien difficile de se rendre compte exactement de ce qui se passe au niveau du foyer tuberculeux dans les cas de tuberculose pulmonaire. Il ne pense pas non plus que l'on doive, dans tous les cas, attendre la chute de la fièvre de réaction pour pratiquer de nouvelles injections.

M. Imrédy a inoculé des malades atteints de lupus. Après deux mois de traitement, l'étendue des lésions n'a pas varié, bien que des eschares soient tombées et que le gonflement se soit affaissé. Dans un cas, on a constaté, à la suite des injections, l'existence de râles pulmonaires et la présence d'albumine dans l'urine.

M. Havas pense que la lymphe de Koch peut améliorer considérablement et même guérir le lupus, mais elle n'empêche pas la maladie de récidiver. En tout cas, c'est un traitement doux qui peut être adjoint aux autres médications.

SOCIÉTÉ DES MÉDECINS DE ZURICH.

M. Eichhorst a inoculé 7 malades atteints de tuberculose pulmonaire au début. Dans aucun cas il n'a pu constater d'amélioration; au contraire les malades ont généralement perdu de leur poids. L'expectoration est restée aussi abondante, avec bacilles dans les crachats, etc.

M. Krœnlein estime qu'au point de vue chirurgical, la lymphe donne bien ce que Koch a annoncé. Les lésions tuberculeuses seules présentent une réaction à la fois locale et générale. Dans un certain nombre de cas l'auteur a pu constater une amélioration manifeste. Les injections doivent

être faites tout d'abord à petites doses et être séparées par des intervalles suffisamment prolongés.

M. Haar a expérimenté la lymphe de Koch dans le diagnostic et le traitement des affections oculaires. La nouvelle méthode n'est pas encore parvenue à fixer la nature des différentes affections, mais elle peut rendre de grands services dans les cas où l'on hésite entre la tuberculose et la syphilis.

M. Muralt a constaté les bons effets des injections dans un cas de lupus chez un enfant. Dans la tuberculose de la peau les résultats ont été également bons.

M. Ed. Leser (Halle) (1). — L'auteur a tenté, après Sonnenburg, d'unir l'intervention chirurgicale à la méthode de Koch dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. Comme lui, chez deux malades, il a incisé la paroi thoracique et le poumon au thermo-cautère et a ouvert une caverne pulmonaire qu'il a traitée comme une plaie extérieure.

La seule modification qu'il a apportée à la nouvelle méthode consiste en ce qu'il a substitué aux injections sous-cutanées le badigeonnage direct des parois de la caverne avec la lymphe de Koch.

Les résultats du traitement seront communiqués ultérieurement.

MM. Guttmann et P. Ehrlich (Berlin) (2). Les malades qui réagissent très vivement à des doses extrêmement minimes de lymphe (1 0/0 mm.) sont rarement améliorés par les injections. Il n'y a pas intérêt à les continuer chez eux.

On doit toujours débuter, chez les sujets atteints de tuberculose laryngée ou pulmonaire, par des doses très minimes, avoir soin que la fièvre ne soit jamais excessive et n'augmenter que très prudemment le titre des solutions. Dans ces conditions, l'effet thérapeutique ne sera pas moins réel qu'à l'ordinaire, et on n'aura à redouter aucun accident.

M. Mikulicz (Breslau) (3). — Après avoir discuté la valeur diagnostique de la lymphe de Koch dans les tuberculoses chirurgicales, l'auteur conclut :

1° Le diagnostic de tuberculose s'impose presque à coup sûr quand les injections sont suivies de réaction générale et de réaction locale.

2° Quand aucune réaction ne se produit, on peut presqu'à coup sûr rejeter l'hypothèse de tuberculose.

3° Lorsqu'il y a seulement réaction locale manifeste sans réaction générale, on est en droit de penser qu'il s'agit de tuberculose; la conclusion est inverse si les effets sont renversés.

Quant à l'action thérapeutique de la lymphe, on peut admettre que dans les cas de lésions anciennes où l'intervention chirurgicale est difficile, les injections peuvent parfois, à elles seules, amener la guérison. Les deux modes de traitement doivent être combinés lorsque l'on peut agir directement sur le foyer tuberculeux, sans être sûr que l'on a atteint ses limites. Enfin, dans les cas où, par l'intervention chirurgicale, on est sûr d'atteindre les limites du mal, et autorisé à espérer une réunion par première intention, les injections sont inutiles.

M. Schwann (Godesberg) (4). — L'auteur admet le bon effet des injections de Koch dans les tuberculoses pulmonaires au début.

ALLEMAGNE

Les deux Sociétés berlinoises se sont occupées de la tuberculose. A la Société de médecine interne je signalerai une communication sur le

Mal perforant.

M. Goldscheider présente le pied d'un tabétique atteint de mal perforant, avec ulcérations profondes au niveau des premier et troisième orteils. C'est Duplay qui a insisté le premier sur l'origine nerveuse de cette affection. Bernhardt a publié en 1881 un cas de mal perforant du pied chez un tabétique. Ces faits ont eu le mérite d'attirer l'attention sur l'état des nerfs périphériques dans le tabès.

Dans le cas actuel, il existe également une dégénérescence très prononcée des nerfs périphériques. La plupart des fibres nerveuses sont minces, friables, dégénérées. Mais la dégénérescence des nerfs ne suffit pas, à elle seule, à produire le mal perforant; il faut qu'il y ait en même temps une cause adjuvante. Il est également difficile de dire si, dans ces cas, il s'agit de l'anesthésie ou de la dégénérescence concomitante des nerfs trophiques.

M. Salzwedel insiste sur les indications de l'amputation dans le mal perforant du pied. L'affection est ordinairement indolore et très bien supportée, mais dans le cas actuel, il existait un écoulement sanieux par l'ulcération, de la lymphangite de toute la jambe avec adénite, etc. Ici, l'opération était parfaitement justifiée, d'autant plus que la malpropreté des ulcérations pouvait faire craindre l'apparition de septicémie. Du reste, les plaies opératoires guérissent dans tous ces cas avec une grande facilité.

ANGLETERRE

SOCIÉTÉ PATHOLOGIQUE DE LONDRES

Séance du 3 mars 1891.

Goître exophthalmique.

M. W. Spencer a présenté un goître exophthalmique remarquable par les accidents dyspnéiques auxquels il a donné lieu chez une jeune fille de 20 ans, si bien qu'il a fallu faire la trachéotomie. La malade ayant succombé quelques jours après, l'autopsie a montré un goître volumineux, total; les deux lobes latéraux se rejoignent derrière la trachée et au bord inférieur adhère en avant le thymus, anormalement persistant, si bien que la trachée est comprimée depuis le larynx jusqu'à deux centimètres de la bifurcation. Le paquet carotidien, dissocié, était de chaque côté déjeté latéralement, les récurrents étaient englobés dans la tumeur. Les thyroïdiennes inférieures, très dilatées, naissaient à droite de la sous-clavière, à gauche de l'aorte. Le goître est colloïde kystique.

Tumeurs kystiques du sein.

M. Robinson présente une tumeur du sein gauche, enlevée à une femme de 51 ans, qui l'attribuait à un coup. Le mamelon n'était pas rétracté, il n'y avait pas de ganglions axillaires, la marche avait été lente, depuis novembre 1889 la femme vit sans récidive; enfin la tumeur est apparue dure en certains points, kystique dans d'autres; les parties solides avaient la structure du carcinome, mais les kystes, à liquide verdâtre, étaient tapissés de cellules épithéliales aplaties par pression. **M. Robinson** fait de cette pièce un carcinome. **M. Williams**, **M. Bowlby**, toutefois, ont remarqué que ce n'est pas là, par la marche, un cancer ordinaire du sein.

Après cela, **M. Robinson** a montré deux pièces qu'il a enlevées à des jeunes filles de 20 et de 19 ans, et qui sont formées de kystes agglomérés; la lésion était unilatérale. M. Robinson pense que la nature exacte de ces faits est difficile à préciser. **M. Williams** croit que les cas de ce genre doivent être considérés comme des mastites chroniques.

Thrombose dans les veines cérébrales.

M. W. Collier. — Voici un cerveau dont les veines présentent des thromboses et qui a été pris sur une femme de 23 ans, qui succomba à la suite d'une fausse couche, après avoir eu de la céphalée, de l'aphasie, des convulsions dans tout le côté droit, des vomissements et un peu d'albumine dans l'urine. La mort survint dans le coma. On trouva de la thrombose dans les veines de l'hémisphère gauche.

MM. Dickinson et **Hadden** citent des cas semblables.

(1) *Société de médecine de Halle*, 18 février 1891.
(2) *Deuts. medic. Woch.*, 5 mars, p. 373.
(3) *Deuts. medic. Woch.*, 5 mars, p. 373.
(4) *Deuts. medic. Woch.*, 5 mars, p. 380.

Corps étrangers du genou.

M. Howard Marsh. — J'ai enlevé plusieurs corps étrangers articulaires du genou à une jeune fille de 17 ans. Cette même articulation avait été, il y a 3 ou 4 ans, le siège d'une arthrite tuberculeuse. La synoviale était très épaissie, la tête du tibia était luxée en arrière dans le creux poplité. A l'ouverture de l'articulation, on trouva 5 corps étrangers, de la grosseur d'une amande, parfaitement unis et lisses. Il n'y avait point de suppuration. On trouva deux autres corps étrangers semblables, attachés à la synoviale à l'extrémité inférieure du fémur. Ces corps étrangers étaient constitués par une sorte de capsule de consistance ferme et formée de cellules granuleuses et par un noyau renfermant un certain nombre de cellules analogues aux cellules géantes qu'on trouve dans les masses tuberculeuses. On n'y trouva point de bacilles de Koch. Ce sont donc probablement des restes de produits tuberculeux; ces corps étrangers diffèrent, en effet, de ceux qu'on trouve d'ordinaire et qui ont la forme de graines de melon, en ce que ces derniers cas sont composés par une substance amorphe qui n'est autre chose que de la fibrine coagulée.

M. Edgar Willett. — Voici deux corps étrangers enlevés par M. H. Cripps du genou gauche d'un jeune homme qui accuse un traumatisme antérieur. Ces corps étrangers sont cartilagineux par une de leurs surfaces, osseux par l'autre et peuvent être parfaitement réunis l'un à l'autre. Il est probable que ce ne sont que des fragments détachés du fémur.

M. Bruce Clarke. — Voici un morceau de cartilage rotulien détaché par un traumatisme antérieur et formant corps étranger du genou chez un homme de 28 ans. Le malade fut opéré et guérit.

M. Rolleston. — Voici une rotule qui a été subluxée en dehors pendant plusieurs années. Sa surface articulaire adhérait par sa périphérie à un cartilage ressemblant à un cartilage semi-lunaire du genou, et de fait le cartilage semi-lunaire interne manquait à sa place ordinaire. La face fémorale de ce fibro-cartilage regardait l'articulation, sa surface tibiale adhérait au bord de la rotule en en étant séparée toutefois par un prolongement de la synoviale. Ses deux extrémités étaient réunies par une plaque cartilagineuse située sur le bord interne de la rotule. Le genou présentait des signes d'arthrite rhumatismale chronique. Le condyle externe était éburné, et le fibro-cartilage semi-lunaire externe était partiellement érodé. Le condyle interne était revêtu de cartilage.

M. Sheild. — Le plus souvent les corps étrangers articulaires sont des fragments détachés par un traumatisme. Quant à des corps étrangers constitués par des produits tuberculeux, c'est là une idée nouvelle que je n'avais jamais entendu formuler, bien que j'aie déjà eu connaissance de bacilles de Koch trouvés dans des corps étrangers en forme de graines de melon.

M. Clutton. — Deux fois j'ai enlevé des corps étrangers d'une articulation atteinte d'arthrite tuberculeuse chronique.

M. Marsh. — Les corps étrangers articulaires sont peut-être plus souvent qu'on ne le croit de nature tuberculeuse.

M. Rolleston, en réponse à une objection de M. Hutchinson junior, dit que, dans son cas, il croit à un déplacement du fibro-cartilage et non à une anomalie de développement en raison du traumatisme antérieur.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE LONDRES

Séance du 2 mars 1891

Chirurgie du foie.

M. Knowsley Thornton. — Sur 9 observations dans lesquelles j'avais diagnostiqué un calcul biliaire, j'en ai opéré 7 qui ont guéri; dans un cas je n'ai point trouvé de calcul, et à l'autopsie j'ai trouvé ce dernier dans le péritoine; dans le neuvième j'ai constaté que des hydatides étaient la cause de l'obstruction. Je rappellerai 7 autres observations ayant trait à la chirurgie hépatique : dans un cas j'ai opéré et guéri un malade de kyste hydatique du foie, que beaucoup d'autres chirurgiens n'avaient pas diagnostiqué. J'ai opéré deux autres cas de lésion maligne du foie : l'un de nature douteuse, l'autre se traduisant par une douleur chronique. Ni dans l'un, ni dans l'autre de ces cas je n'avais fait le diagnostic de lithiase biliaire. Chez un autre malade, j'ai opéré pensant trouver un calcul de la vésicule biliaire, mais je n'ai rien trouvé; il y a eu un soulagement momentané, mais les douleurs sont revenues. La dernière observation est celle d'un malade atteint d'un volumineux abcès du foie (des pays chauds). La guérison fut très rapide. L'ensemble a donc donné de bons résultats et justifie l'intervention chirurgicale dans ces affections. On doit donc s'attacher à bien faire le diagnostic, et celui-ci fait j'estime qu'il est dangereux de chercher à faire évacuer le calcul par le massage. Il faut remarquer que des adhérences peuvent s'établir entre la vésicule et le rein droit et créer ainsi une difficulté pour le diagnostic, car alors la tumeur est profonde et il se produit des symptômes rénaux. J'appellerai l'attention sur 3 points nouveaux de la chirurgie hépatique :

1° La possibilité de l'incision directe du canal cholédoque et de l'ablation du calcul, avec suture complète de l'incision sans ouverture de la vésicule;

2° On peut inciser le canal cholédoque, broyer le calcul et suturer le conduit sur ces fragments qu'on laisse cheminer vers le duodénum;

3° On peut laisser la vésicule ouverte dans le péritoine en établissant un drainage suffisant à travers la plaie abdominale, dans les cas où il est impossible de suturer à celle-ci la vésicule.

Dans ce dernier cas et toutes les fois qu'une infection du péritoine paraît à craindre, je conseille formellement une contre-ouverture de l'abdomen au-dessus du pubis dans laquelle on placera un drain.

M. Joseph Fayrer relate deux cas de calculs biliaires où la guérison est survenue spontanément.

M. Gilbart Smith. — Je me souviens d'un homme chez lequel on avait diagnostiqué une affection maligne; je fis le diagnostic de lithiase biliaire et ordonnai un massage, des fomentations chaudes et des injections sous-cutanées de strychnine et de digitaline. Deux jours après le malade rendait un gros calcul. Il est resté guéri. Dans bien des cas le massage peut être utile.

M. John Taylor. — La cholécystotomie rend de grands services dans les cas de colique hépatique, de distension de la vésicule consécutive à une obstruction des conduits excréteurs, de cholécystite suppurée. Le phosphate de soude a d'heureux effets dans bien des cas de lithiase biliaire. Quand on est en présence d'un calcul engagé dans le canal cystique et qu'on ne peut ni le saisir, ni le briser, il reste 3 ressources : ou bien le broyer à travers la paroi du canal, ou bien inciser le conduit pour l'extraire, ou encore, après cholécystotomie, injecter des liquides dissolvants. La dernière méthode est la meilleure et la moins dangereuse. Dans de tels cas, j'injecte 2 fois par jour une solution de tauro-cholate de soude dans la vésicule; rapidement le calcul se désagrège et part.

M. Sheild. — Je rappellerai, comme Murchison, qu'il y a une grande ressemblance entre les gommes syphilitiques et les nodosités cancéreuses du foie. Chez un homme jeune présentant des nodosités au niveau de son foie, on doit toujours penser à la syphilis. J'ai vu un cas qu'on avait diagnostiqué cancer et qui guérit par le traitement antisyphilitique. **M. Althaus** également.

M. Sidney Coupland. — La seule question qui reste maintenant à résoudre, c'est de savoir au bout de combien de temps on doit soumettre au traitement chirurgical les malades atteints de colique hépatique.

Appendicite.

Une discussion sur l'appendicite a eu lieu devant la Société clinique de Londres, dans les *séances du 13 et du 27 février*, à propos d'un fait communiqué par **M. H.W. Allingham**, qui a enlevé avec succès par laparotomie médiane l'appendice perforé d'un garçon de 15 ans 24 heures après le début des accidents. **M Bland Sutton** a continué en relatant quatre opérations qu'il a pratiquées avec succès en enlevant l'appen-

dice par incision iliaque; cet appendice trois fois était perforé ; une fois il s'agissait d'une appendicite à rechutes. Chez deux de ces malades, les symptômes avaient simulé ceux d'une colique néphrétique.

A la suite de ces communications, **M. Dyce Duckworth** s'est prononcé en faveur de l'intervention chirurgicale rapide et tous les orateurs ont été partisans de la laparotomie médiane immédiate quand il y a péritonite généralisée; de l'incision oblique latérale pour les perforations avec abcès limité de la fosse iliaque. Mais dans ce dernier cas **M. Pearce Gould** diffère un peu d'avis avec M. Bland Sutton, car il pense qu'en général il ne faut pas chercher à exciser l'appendice, mais s'en tenir à la simple incision et au lavage avec le moins de manœuvres possible, car dans un cas il a vu, par rupture des adhérences, une péritonite mortelle se déclarer.

Mais pour l'appendicite simple, même à rechutes, sans abcès, plusieurs membres se sont prononcés contre l'opération. Sans doute, elle est bénigne, mais ni **M. Coupland** ni **M. Trèves** ni **M. Langton** ne peuvent oublier que la grande majorité des cas guérissent par le traitement médical. **M. J. K. Fowler** a résumé la statistique de Middlesex hospital de 1880 à 1889 et on y trouve : 1° 85 cas diagnostiqués typhlite ou pérityphlite, avec 85 guérisons, et 2 seulement ont été incisés, en 1889; 2° 14 perforations de l'appendice, mais dans ces cas presque toujours le diagnostic n'a été fait qu'à l'opération ou à l'autopsie; 12 de ces malades sont morts.

Kystes hydatiques des reins.

M. Hurry Fenwick, à la séance du 27 février, a relaté deux cas de cette affection, chez des hommes de 30 et 57 ans qui tous les deux ont rendu des hydatides dans l'urine.

AUTRICHE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINS DE VIENNE

Séance du 27 février 1891

Tuberculine et actinomycose.

M. Billroth présente un cas d'actinomycose guéri par les injections de tuberculine.

Il s'agit d'un homme de 26 ans qui entra à l'hôpital pour une infiltration de la peau de la fosse iliaque gauche; les urines très sédimenteuses contenaient des granulations jaunâtres qui sous le microscope furent reconnues pour des productions actinomycotiques. L'abcès fut incisé, et sous la peau on trouva les muscles et les aponévroses également infiltrés, et un trajet fistuleux conduisant dans la vessie. La cavité fut grattée, mais d'autres abcès spécifiques se formèrent dans des parties voisines. L'état du malade s'aggravant de plus en plus, on fit une injection de lymphe de Koch, qui provoqua les réactions caractéristiques locale et générale. Les injections furent continuées à doses progressivement croissantes, et peu à peu l'infiltration diminua, les ulcérations se cicatrisèrent, les cavités se fermèrent. Actuellement le malade peut etre considéré comme guéri; ses urines ne renferment plus depuis un mois et demi de productions actinomycotiques.

Tuberculose du cæcum.

M. Billroth présente un cæcum tuberculeux et insiste à cette occasion sur les difficultés du diagnostic, même pièces en mains, entre la tuberculose et le carcinome de l'intestin. Le cæcum et la partie supérieure de l'iléon sont couverts de bourrelets, de masses polypeuses, entre lesquels il se trouve des pertes de substance. L'aspect est celui d'un cancer villeux ou d'un cancer des glandes de l'intestin. La couche musculaire est épaissie; les ganglions mésentériques fortement infiltrés. Sur la face séreuse de l'intestin existe une éruption de tubercules nombreux, autour desquels on trouve des adhérences fibreuses dont la formation est provoquée par l'action irritante des bacilles. Ces adhérences existent également dans la tuberculose d'autres organes, du rein par exemple, où elles forment quelquefois une véritable gangue fibreuse autour de l'organe. Quand l'irritation provoquée par les bacilles dépasse un certain degré, le tissu néoformé se détruit.

Myxome lipomateux de l'abdomen.

M. Herzfeld. — Une femme de 39 ans, ayant eu 2 grossesses normales, a remarqué que son ventre augmentait depuis quelque temps de volume. A l'examen de la malade on trouve une tuméfaction de la moitié gauche de l'abdomen, donnant à la percussion un son mat. Au toucher vaginal on trouvait un utérus en rétroflexion; l'espace de Douglas paraissait occupé par une tumeur mobile. Diagnostic : tumeur de l'ovaire. On fit la laparotomie et on tomba sur une anse intestinale qui fut reconnue pour le côlon transverse et descendant recouvert de l'épiploon transformé en plusieurs tumeurs lobulées. Le côlon était repoussé à droite et portait sur son côté gauche une tumeur volumineuse qui s'étendait à droite jusqu'à la colonne vertébrale, en bas jusqu'à la fosse iliaque, en haut jusqu'au duodénum. On voulut d'abord réduire la tumeur et ne pas terminer l'opération. Mais, comme il fut impossible d'affronter les lèvres de l'incision, on se décida à extirper la tumeur principale. On en trouva en même temps une autre, plus petite, sur le côté droit du côlon descendant entre les feuillets de son mésentère. Elle fut également extirpée, de même que plusieurs tumeurs de l'épiploon.

Comme il fut impossible d'extirper toutes les tumeurs, il y a lieu de craindre une récidive. Les tumeurs appartenaient à la catégorie des lipomes myxomateux.

Hydronéphrose dans un cas de rein unilatéral double.

M. Hochenegg. — Un homme de 33 ans est pris en 1879 de constipation et de troubles de miction avec ténesme vésical et émission à chaque miction de quelques gouttes d'urine foncée. Ces troubles, après avoir disparu au bout d'un certain temps, ont reparu en 1887 et au bout de quelque temps se compliquèrent d'anurie. A l'examen du malade on trouva dans le côté droit de l'abdomen une tumeur fluctuante, volumineuse et présentant tous les caractères du rein. On fit une ponction et on retira un liquide contenant de l'urée. La ponction fut suivie d'émission spontanée d'une grande quantité d'urine (près de 4 litres), et d'amélioration notable. Le malade quitta l'hôpital sans vouloir subir d'intervention radicale.

Le malade revint en novembre 1890, décidé cette fois à subir l'opération. On fit la laparotomie et on tomba sur un sac rempli de liquide et surmonté d'une petite portion de parenchyme sain qui se continuait avec un rein parfaitement normal. Il s'agissait évidemment d'un rein double droit dont la partie inférieure avait donné naissance à l'hydronéphrose. Après la ponction du sac, on appliqua une ligature élastique entre la poche kystique et le rein, et les parties furent fixées dans la plaie. Au bout de 21 jours la poche se détacha et une fistule s'établit, par laquelle s'écoulait toute l'urine. Actuellement l'état du malade est le suivant : si on introduit une sonde dans la fistule, toute l'urine s'écoule par la sonde; si on ferme la fistule, l'urine passe en entier dans la vessie. On pouvait penser que la fistule communiquait avec le hile, mais il n'en est rien, car si l'on injecte un liquide coloré dans la fistule, il ne pénètre pas dans l'urine. La seule hypothèse admissible est la suivante : quand on ferme la fistule, la sécrétion ne se fait plus dans la poche, et l'urine provient du rein supérieur, normal et passe dans la vessie; si la fistule est ouverte, le rein sain, se trouvant dans des conditions de sécrétion défavorables, ne sécrète plus de liquide.

RUSSIE

QUATRIÈME CONGRÈS DES MÉDECINS RUSSES

Nouvelle forme clinique de rhinosclérome.

M. A. Pavlovski. — Le rhinosclérome est une forme infectieuse du granulome. Etudié pour la première fois par Hebra, il s'observe principalement dans la Russie méridionale, à Kieff. Dans deux cas personnels, l'affection se présentait sous forme d'un polype du nez. A l'examen microscopique de la tumeur, on a trouvé les masses hyalines caractéristiques et les micro-organismes qui ont été signalés dans cette affection. Il serait peut-être indiqué de revoir le chapitre des polypes

du nez, afin de voir s'il n'y a pas lieu de former un nouveau groupe de polypes infectieux.

Mme Z. Eltsine a observé à Saint-Pétersbourg, dans la clinique de M. le prof. Tarnovsky, plusieurs cas de rhinosclérome.

M. E. Pavloff a, parmi ses malades, une femme atteinte de rhinosclérome qui, à première vue, ressemble à un enchondrome. Le processus dure depuis 6 ans et a débuté au voile du palais. La tumeur a pris un développement rapide après une incision chirurgicale. La tumeur a envahi le nez et l'orbite et a provoqué des douleurs névralgiques et de l'exophtalmie. Dans ce cas, il existe une tendance très marquée de la tumeur à se propager en surface. L'examen microscopique de la tumeur a montré la structure caractéristique du rhinosclérome, mais on n'a pas trouvé de microbes.

M. Pavlovski est d'avis que le cas de M. Pavloff, en l'absence de microbes, doit être considéré comme douteux. Les granulations et les productions hyalines seules ne suffisent pas pour le diagnostic. Les microbes ont été constatés par presque tous les auteurs, et M. Stepanoff a pu obtenir chez les animaux le développement des éléments du rhinosclérome, en leur inoculant les cultures pures du micro-organisme spécifique.

Etiologie des gangrènes spontanées.

M. A. Vredenski a examiné les nerfs périphériques dans un cas de gangrène symétrique des extrémités inférieures, développée en quelques jours, chez un jeune homme de 17 ans. La moelle épinière et les vaisseaux des extrémités ne présentaient pas de modifications. Seuls, les nerfs périphériques étaient profondément modifiés, et non seulement ceux des extrémités supérieures, mais aussi ceux des extrémités inférieures. Le tissu interstitiel était peu touché; par contre, les fibres nerveuses présentaient tous les signes de la dégénérescence parenchymateuse. Comme étiologie on peut incriminer une fièvre typhoïde dont le malade a été atteint il y a deux ans. Peut-être, dans ces cas, faut-il compter avec l'action directe des bacilles ou de leurs ptomaïnes sur les nerfs périphériques.

M. Kouzmine fait observer que, d'après les recherches très soigneuses du prof. Vinogradoff sur la gangrène consécutive à la fièvre typhoïde, il existe toujours dans ces cas du côté de l'endothélium des vaisseaux des modifications qui jouent le rôle étiologique principal.

M. Tandoff est d'avis que certains faits cliniques (douleurs le long des vaisseaux, avant la gangrène) indiquent également la participation des vaisseaux. La gangrène sénile n'a pas d'autre étiologie que les lésions des vaisseaux.

M. Sklifassovsky. — L'étiologie de ces cas n'est pas facile à élucider. La gangrène est en relation avec des processus infectieux, mais on ne sait si le virus agit par l'intermédiaire des nerfs ou des cellules des vaisseaux. Dans la gangrène symétrique, l'origine nerveuse paraît plus probable ; la gangrène asymétrique peut dépendre de modifications primitives des vaisseaux. Certains poisons provoquent une gangrène symétrique des parties molles, comme on en observe quelquefois dans l'empoisonnement par l'opium.

M. Vichnevsky a vu un cas de gangrène symétrique des extrémités supérieures survenir après un traumatisme portant sur la région temporale. Le processus a débuté aux doigts et s'est propagé jusqu'aux coudes.

M. Soutkévitch a observé, à la clinique du professeur Billroth, un cas de gangrène symétrique des extrémités inférieures, survenue trois semaines après la fracture d'une vertèbre cervicale.

Psychoses traumatiques.

M. Kouzmine insiste, en se basant sur un grand nombre d'observations, sur le développement des psychoses consécutives à un traumatisme du système nerveux central ou périphérique. Chez les individus prédisposés, on peut voir se développer les différentes formes de psychoses, dans l'attente seule des traumatismes. Les psychoses peuvent se développer longtemps après le traumatisme. Comme conséquence pratique, il ne faut pas faire attendre longtemps les individus névropathes quand il s'agit de leur faire une opération chirurgicale.

M. Sakoff croit que la question des psychoses traumatiques rentre dans la catégorie des faits étudiés depuis longtemps par le professeur Verneuil, à savoir, l'influence des opérations sur la diathèse du malade. Il serait indiqué d'étudier cette question plus en détail pour bien déterminer les cas dans lesquels l'opération aggrave l'état du malade.

Trépanation de l'apophyse mastoïde.

M. Avsitidisky, en se basant sur plusieurs observations personnelles, arrive à la conclusion que la trépanation est indiquée chaque fois que, dans les affections de l'oreille moyenne on soupçonne la propagation du processus à l'apophyse mastoïde. Le point d'élection se trouve sur une ligne horizontale passant en arrière, au niveau du conduit auditif externe. Le trépan doit être dirigé légèrement en bas.

M. Biéliaëff fait observer que M. Avsitidisky ne parle pas dans ces cas de l'état de la membrane du tympan. L'incision de cette dernière prévient souvent la propagation du processus à l'apophyse mastoïde. Quelquefois on peut se contenter de l'incision de Wilde.

M. Troïanoff ne pense pas que l'incision de la membrane puisse prévenir la propagation du processus à l'apophyse mastoïde. Cette propagation n'est pas due à la rétention du pus, mais aux tendances envahissantes du processus.

Eclampsie puerpérale.

M. Paupertoff fait un rapport sur l'éclampsie d'après les cas observés à la Maternité de Moscou de 1878 à 1889.

Sur 46,539 accouchements, l'éclampsie a été observée 288 fois, soit 1 fois sur 162 accouchements. Depuis quelque temps sa fréquence a augmenté et on peut en compter 1 cas sur 117 accouchements.

Sur le total des éclamptiques on compte 75,4 0/0 de primipares. L'accouchement s'est terminé sans intervention dans 60,2 0/0 des cas ; on a été obligé d'intervenir dans 39,8 0/0 des cas. Neuf femmes sont mortes sans être délivrées.

Chez 121 femmes l'éclampsie a débuté pendant le travail et s'est terminée après l'accouchement; chez 62 les attaques ont continué après la délivrance ; chez 105 les attaques sont survenues après l'accouchement.

Les suites des couches furent normales chez 61,3 0/0 d'éclamptiques accouchées normalement et chez 38,7 0/0 d'opérées. La mortalité a été de 20,8 0/0.

Les enfants nés dans ces conditions sont au nombre de 321, dont 24 jumeaux ; 235 (75,3 0/0) sont restés vivants.

L'examen de l'urine (chez la mère) a été fait dans 174 cas, et 141 fois (80 0/0) on a trouvé de l'albumine et des éléments morphologiques.

A l'autopsie on a trouvé le plus souvent des hémorrhagies cérébrales et de l'hyperémie des méninges ; dans 7 cas seulement on a constaté de l'anémie cérébrale ; une fois on a trouvé de l'infiltration purulente autour de l'hexagone de Willis et dans la région des ganglions de Gasser, 4 fois une suppuration de la glande pituitaire hypertrophiée ; 14 fois on a constaté de la néphrite.

Comme traitement, le chloroforme et la morphine tiennent la première place. Sur 7 cas, la pilocarpine a réussi 5 fois.

M. Vobly. — La fréquence et l'intensité des accès dépendent de la proportion d'albumine dans les urines. Dans les cas où on trouve beaucoup d'albumine, on a affaire à une néphrite. Est-il alors indiqué de donner de la morphine ?

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Imp. des Arts et Manufactures. 12 rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud.

N° 11. — 18 MARS 1891 LE NUMERO QUINZE CENTIMES

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT
PUBLIÉ PAR
LA GAZETTE HEBDOMADAIRE
DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE
Et servi gratuitement à tous les abonnés de ce journal

ABONNEMENTS SPÉCIAUX POUR MM. LES ÉTUDIANTS. — UN AN : 6 FRANCS

L. LEREBOULLET, Rédacteur en chef. — A. BROCA, Secrétaire de la Rédaction
Librairie de G. MASSON, 120, boulevard Saint-Germain.

SOMMAIRE

ACTES OFFICIELS

Par décret, en date du 3 mars 1891, ont été nommés dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin de deuxième classe. — MM. les médecins auxiliaires, docteurs en médecine Courtier, Lataye de Michaux, Legendre et Cureau.

— Par arrêté, en date du 24 février 1891, le ministre de l'intérieur, sur l'avis conforme du Comité de direction des services de l'hygiène, a décerné des médailles aux personnes ci-après désignées :

Médaille d'argent. — Sœur Justine Chavenne, de l'hospice d'Auxonne, en récompense du zèle et du dévouement dont elle a fait preuve au cours d'une épidémie de fièvre typhoïde qui a sévi en 1890 dans la garnison d'Auxonne. Cette religieuse a contracté l'affection au chevet des malades.

Médailles de bronze. — M. Feuvrier, caporal; MM. Parquet et Gagey, soldats au 10e d'infanterie; M. Garnier, caporal-infirmier de visite, se sont signalés par leur dévouement au cours de la même épidémie.

Par décret, en date du 12 mars 1891, a été nommé dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin de deuxième classe. — M. Pourtal, médecin auxiliaire de deuxième classe, docteur en médecine.

Le *prix de médecine navale*, pour 1891, est décerné à M. le médecin de première classe de la marine Chevalier ; une mention honorable est accordée à M. le médecin principal Ségard ; et des témoignages de satisfaction accordés à MM. les médecins de première classe Jan, Bellot et David.

ACTES
DES FACULTÉS DE MÉDECINE

Vacances de Pâques. — Les Facultés seront fermées du 22 mars au 5 avril inclus.

CORRESPONDANCE

Application de ventouses aux femmes grosses.

Il y a quelques mois, j'ai observé un avortement chez une femme de 19 ans, débile, grosse pour la troisième fois. A 7 mois, elle fut prise d'une congestion pulmonaire avec point de côté intense et il lui fut appliqué des ventouses scarifiées De là un grand soulagement. Mais au moment de l'application des ventouses débutèrent des mouvements tumultueux du fœtus, suivis de contractions utérines, et le lendemain la malade accouchait d'un fœtus vivant, mais qui mourut deux ou trois jours après. J'ai observé depuis un cas analogue chez une multipare de plus de trente ans, qui en était au 5e mois. Des ventouses répétées lui furent appliquées pour calmer le point de côté, très vif, causé par une pneumonie fibrineuse double. Au moment de l'application, les mêmes phénomènes que dans le cas précédent se produisirent et quelques heures après l'avortement avait lieu. Il y a là, je crois, un sujet que l'on pourrait étudier, pour voir si je n'ai pas été témoin de simples coïncidences.

G.-F. CURSINO DE MOURA,
Taubaté (prov. de San-Paulo), Brésil.

VARIÉTÉS

Hôpitaux de Bordeaux. — Une place de chirurgien-adjoint est mise au concours. Les épreuves commenceront le 2 juin 1891. Se faire inscrire au secrétariat (91, cours d'Albret) avant le 19 mai.

Hôpitaux de Lyon. — Le concours, pour une place de médecin des hôpitaux, vient de se terminer par la nomination de M. Roque.

Un Congrès international d'hygiène et de démographie se tiendra à Londres du 10 au 17 août 1891.

Enseignement dans les hôpitaux. — Dans sa séance du 26 janvier dernier, la *Société médicale des hôpitaux* a voté à l'unanimité la résolution suivante, sur la proposition de M. le professeur Potain :

« La Société est d'avis qu'une organisation « plus complète et plus régulière de l'enseignement clinique serait d'une extrême utilité pour « l'instruction des élèves, et qu'il est fort désirable qu'une entente s'établisse à cet égard « entre la Faculté et les hôpitaux de Paris. »

Dans une assemblée générale tenue le 13 mars, sur la proposition de M. Dumontpallier, elle a confirmé ce vote.

Démissions des médecins militaires. — Un médecin militaire, aide-major de première classe, avait donné sa démission; celle-ci fut refusée. Cet officier fit alors une requête devant le conseil d'Etat, alléguant qu'il n'est lié au service militaire que par un engagement d'honneur de servir dix ans dans l'armée à partir du grade d'aide-major de deuxième classe. D'après notre confrère, en refusant d'accepter sa démission, le ministre aurait méconnu le droit qui appartiendrait aux officiers du corps de santé de quitter volontairement leurs fonctions, même avant l'expiration de leur engagement.

Le ministre invoquait, au contraire, les dispositions de la loi du 19 mai 1834, qui lui confèrent des pouvoirs discrétionnaires en ce qui concerne l'acceptation ou le refus de la démission d'un officier.

Le conseil d'Etat a donné raison au ministre, décidant « que le refus par le ministre de la guerre, agissant dans la sphère des attributions qui lui appartiennent sous sa responsabilité en vue des nécessités du service, d'accepter la démission du sieur X..., médecin aide-major de première classe, ne constitue pas un acte de nature à être attaqué devant le conseil d'Etat par la voie contentieuse ».

L'hypnotisme d'après les avocats. — La conférence des avocats de Paris a discuté dernièrement la question ci-dessous : « L'individu non médecin, qui se livre sur un tiers à des expériences hypnotiques, peut-il être poursuivi pour exercice illégal de la médecine ? » La conférence a adopté l'affirmative.

Cours de gynécologie. — Le Dr Auvard, accoucheur des hôpitaux, commencera le mardi 5 mai, à 4 heures et demie à sa clinique privée, 15, rue Malebranche, un cours de gynécologie qui sera complet en 15 leçons et en 5 semaines. Pour se faire inscrire et pour les renseignements, s'adresser, 15, rue Malebranche (rue Soufflot).

M. le Dr Despagnet a été nommé médecin-oculiste du collège Rollin.

SUPPLÉMENT THÉRAPEUTIQUE AU MERCREDI MÉDICAL

FORMULAIRE THÉRAPEUTIQUE

Le sulfonal dans le diabète.

M. le docteur V. Casarelli (de Pise) a pu se convaincre, par des expériences faites à la clinique de M. le professeur Grocco, que le sulfonal, à la dose de 2 grammes par jour, diminue considérablement la glycosurie, la polyurie et la polydipsie des diabétiques. Ce résultat s'obtient non seulement avec un régime antidiabétique sévère, mais aussi dans le cas où le régime est mitigé. D'une manière générale, la quantité moyenne de 2 grammes par jour ne doit pas être dépassée, car une dose de 3 grammes, qui est bien supportée au début, finit par produire à la longue du vertige et une somnolence excessive. Cependant, ces accidents disparaissent rapidement dès que l'on diminue la quantité du médicament.

Notre confrère italien a encore trouvé que, en tant que médicament antidiabétique, l'antipyrine était inférieure au sulfonal.

L'essence de winter-green dans les affections rhumatismales.

Un confrère anglais, M. le docteur J. Staple, se sert depuis quatre ans, avec le plus grand succès, de l'essence de winter-green en applications locales pour le traitement des affections rhumatismales subaiguës et chroniques.

Il fait faire des onctions sur les articulations malades avec un liniment composé de parties égales d'essence de winter-green et d'huile d'olive; le membre est ensuite recouvert d'une couche épaisse d'ouate. Les douleurs disparaissent généralement au bout de quatre à six heures.

Ce traitement est surtout efficace dans les formes chroniques. Sur plus de cent rhumatisants chroniques traités par M. Staple, deux seulement n'ont pas été soulagés par les applications locales d'essence de winter-green.

On sait que l'essence de winter-green s'obtient du palomnier (*Gaultheria procumbens*) et qu'elle contient 90 0/0 de salicylate de méthyl et 10 0/0 d'un hydrocarbure volatil aromatique, la gaulthérine.

Mixture et opiat de soufre contre la variole. — M. G. Iscar.

Soufre sublimé et lavé		10 grammes.
Glycérine	} âà 60	—
Eau de fleurs d'oranger		
Sirop simple	30	—

Mêlez. — A prendre : une cuillerée à café (enfants) ou à bouche (adultes) toutes les heures.

Si les malades éprouvent de la répugnance pour cette mixture, on peut administrer le soufre dans du pain azyme, sous forme d'opiat, suivant la formule ci-dessous :

Soufre sublimé et lavé	1 gramme
Glycérine	0 gr. 50 centigr.

Cette quantité peut être répétée plusieurs fois par jour, suivant la gravité de la maladie.

THÉRAPEUTIQUE

Emploi du lactate de fer.

L'anémie, la chlorose, la chloro-anémie et toutes les maladies qui ont pour cause l'appauvrissement du sang, jouissent du triste privilège de nous faire parcourir constamment la gamme des médications de toute espèce. Ce n'est pas que nous ignorions quels sont les agents qui peuvent influer sur ces diathèses si persistantes, mais c'est que nous hésitons sur la manière de les employer pour produire un résultat efficace. Le fer est l'agent par excellence de la rénovation du sang ; mais il faut d'abord qu'il soit toléré, puis qu'il soit assimilé, enfin qu'il apporte dans l'économie ses propriétés fortifiantes sans faire naître cette déplorable infirmité qu'on appelle la constipation. Tous les chimistes se sont mis à l'œuvre pour résoudre le problème, et quelques-uns sont arrivés à des résultats très utiles. Nous voulons rechercher quelle est, dans l'état actuel de la science pharmaceutique, la préparation qui a le mieux réussi.

Les pilules de Vallet jouissent d'une faveur méritée ; elles ont remplacé avec avantage ces affreuses boissons de rouille qui étaient répugnantes, à peu près inefficaces, et cependant indigestes. Elles n'ont pu cependant satisfaire à toutes les exigences du programme que les chercheurs sérieux s'étaient imposé : leur usage prolongé amène presque toujours la constipation.

Les pilules de Blaud, recommandables à certains égards, n'ont pas davantage échappé au même écueil. Et nul ne saurait nier la gravité d'un semblable danger. La constipation est une des plus cruelles souffrances infligées à l'espèce humaine et personne n'ignore que ce sont précisément les sujets anémiques et chloro-anémiques qui sont les plus prédisposés à cette terrible affection.

Beaucoup d'autres préparations ont été produites, qui ont eu la prétention d'avoir résolu le problème ; elles ne méritent pas même d'être citées ; elles avaient les inconvénients des produits sérieux sans en avoir l'efficacité.

En 1839, MM. Gélis et Conté ont présenté à l'Académie de médecine une préparation nouvelle, soigneusement étudiée, et paraissant répondre à tous les desiderata. L'Académie a nommé une commission qu'elle a chargée d'examiner le nouveau produit.

Cette commission était composée de M. Fouquier, professeur à la Faculté de Paris; de M. Bally, président de l'Académie, et de M. Bouillaud, également professeur à l'Ecole de médecine. Il était difficile de constituer un jury plus compétent et plus honorable.

MM. Fouquier et Bouillaud se sont livrés à des expériences nombreuses, et leur verdict ne s'est pas fait attendre. Sans nier le mérite relatif des préparations déjà connues que nous avons citées plus haut, ils ont déclaré que les dragées de Gélis et Conté au lactate de fer étaient supérieures à ces préparations et devaient leur être préférées. A l'appui de leur opinion, ils ont apporté la relation d'observations nombreuses dans lesquelles ils constataient les résultats très satisfaisants qu'ils avaient obtenus de l'emploi fait par eux-mêmes de la médication nouvelle. Le docteur Hardy, chef de clinique du professeur Fouquier, est venu appuyer l'opinion de son chef de ses observations personnelles, et les services des professeurs Andral, Bouillaud, de MM. Bally, Beau, Nonat, fournirent bientôt leur contingent d'observations aussi concluantes.

Sur le rapport de sa commission, l'Académie de médecine a voté des remerciements à MM. Gélis et Conté et l'impression dans le *Bulletin* de l'Académie du mémoire qui avait accompagné la présentation de leur produit.

La supériorité du lactate de fer sur les autres préparations martiales a été de ce moment reconnue. Plus tard, elle fut confirmée par les nombreuses expériences, tant physiologiques que pathologiques, de MM. Claude Bernard, Bareswil et Lemaire, et plus tard encore, en 1858, par le rapport d'une nouvelle commission de l'Académie de médecine, composée de MM. les professeurs Velpeau, Trousseau, Depaul, Bouchardat et Boudet. Les expériences qui furent faites alors en présence de MM. Robiquet, Boudault et Corvisart constatèrent d'une manière irréfutable les avantages du lactate de fer au point de vue de la digestion et de l'assimilation.

Il est donc définitivement acquis que les dragées de Gélis et Conté sont le ferrugineux le plus efficace, et qu'aucun ne saurait combattre l'anémie, la chlorose, la chloro-anémie, avec une plus grande certitude de succès.

Cours du Semestre d'été de la Faculté de Paris

COURS

Histoire naturelle médicale. — *M. Baillon.* — Etude des végétaux employés en thérapeutique. — Lundi, mercredi, vendredi, à 11 heures (Grand amphithéâtre). A partir du 6 avril.

Pharmacologie. — *M. Regnauld.* — Notions élémentaires et généralités sur les formes pharmaceutiques. — Etude spéciale des bases médicamenteuses tirées du règne végétal : alcaloïdes, glucosides, etc. — Mardi, jeudi, samedi, à 1 heure (Petit amphithéâtre). 7 avril.

Physiologie. — *M. Ch. Richet.* —Nutrition. — Système nerveux. — Mardi, jeudi, samedi, à 5 heures (Grand amphithéâtre de l'Ecole pratique). 7 avril.

Physique. — *M. Gariel.* — Applications de l'électricité à la physiologie et à la médecine. — Chaleur, acoustique, radiation, actions moléculaires. — Lundi, mercredi, vendredi, à midi (Petit amphithéâtre).

Anatomie pathologique. — *M. Cornil.* — Anatomie pathologique spéciale : lésions des os ; — des articulations ; — de la peau ; — des organes de la respiration, de la digestion et des organes génito-urinaires. — Lundi, vendredi, mercredi (*voir affiche spéciale*), à 4 heures (Grand amphithéâtre de l'Ecole pratique). A partir du 10 avril.

Pathologie interne. — *M. Debove.* — Maladies de l'appareil digestif et du rein. — Mardi, jeudi, samedi, à 3 heures (Grand amphithéâtre). A partir du 7 avril.

Pathologie et thérapeutique générales. — *M. Bouchard.* — Les maladies inflammatoires. — Mardi, jeudi, samedi, à 5 heures (Petit amphithéâtre).

Pathologie expérimentale et comparée. — *M. Straus.* — Technique et méthodes bactériologiques. — Principales maladies microbiennes, en particulier la tuberculose. — Toxines d'origine microbienne. — Lundi, mercredi, vendredi, à 5 heures (amphithéâtre du laboratoire de Pathologie expérimentale, à l'Ecole pratique). 6 avril.

Hygiène. — *M. Proust.* — Etiologie et prophylaxie des maladies transmissibles (endémies, épidémies). — Visite d'établissements industriels. — Conférences pratiques au musée et au laboratoire. — Mardi, jeudi, samedi, à 4 heures (Grand amphithéâtre). A partir du 7 avril.

Thérapeutique et matière médicale. — *M. Hayem.* — Traitement des maladies infectieuses. — Lundi, mercredi, vendredi, à 5 heures (Petit amphithéâtre).

Médecine légale. — *M. Brouardel.* — Des empoisonnements. — Des asphyxies. — Lundi, vendredi, à 4 heures (Grand amphithéâtre). A partir du 10 avril.

Conférences de médecine légale. — *M. Brouardel.* — Lundi, mercredi, vendredi, à 2 heures (à la Morgue).

CLINIQUES

Cliniques médicales. — *MM. G. Sée, Potain, Jaccoud, Peter.* — Lundi, vendredi, à 10 heures (à l'Hôtel-Dieu). — Mardi, samedi, à 9 heures (à la Charité). — Mardi, samedi, à 9 heures 1/2 (à la Pitié). — Mercredi, vendredi, à 10 heures (à l'hôpital Necker).

Cliniques chirurgicales. — *MM. Verneuil, Le Fort, Duplay, Le Dentu.* — Lundi, mercredi, vendredi, à 10 heures (à l'Hôtel-Dieu). — Lundi, mercredi, à 9 h. 1/2 (à la Pitié). — Mardi, vendredi, à 9 h. 1/2 (à la Charité), — Mardi, vendredi, à 9 h. 1/2 (à l'hôpital Necker).

Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale. — *M. Ball.* — Dimanche, jeudi, à 10 heures (à l'asile Sainte-Anne).

Clinique des maladies des enfants. — *M. Grancher.* — Mardi, samedi, à 4 heures (à l'hôpital des Enfants-Malades).

Clinique des maladies syphilitiques et cutanées. — *M. Fournier.* — Mardi, vendredi, à 9 heures (à l'hôpital Saint-Louis).

Clinique des maladies du système nerveux. — *M. Charcot.* — Mardi, vendredi, à 9 h. 1/2 (à la Salpêtrière).

Clinique ophthalmologique. — *M Panas.* — Lundi, vendredi, à 9 h 1/2 (à l'Hôtel-Dieu).

Clinique des maladies des voies urinaires. — *M. Guyon.* — Mercredi, samedi, à 9 h. 1/2 (à l'hôpital Necker).

Clinique d'accouchements. — *M. Tarnier.* — Mardi, jeudi, samedi, à 9 heures (à la clinique d'accouchements, rue d'Assas). — *M. Pinard.* — Lundi, mercredi, vendredi, à 9 heures (à la clinique d'accouchements). — Clinique Baudelocque, 125, boulevard Port-Royal).

COURS COMPLÉMENTAIRES.

Pathologie chirurgicale. — *M. Campenon*, agrégé. — Maladies de la tête (y compris yeux, oreilles, bouche) et du rachis. — Lundi, mercredi, vendredi, à 3 heures (Grand amphithéâtre).

Accouchements. — *M. Bar*, agrégé. — Dystocie. — Opérations. — Mardi, jeudi, samedi, à 4 heures (Petit amphithéâtre). A partir du 7 avril.

CONFÉRENCES

Chimie. — *M. Fauconnier*, agrégé. — Chimie organique médicale. — Lundi, mercredi, vendredi, à 1 h. 1/2 (Grand amphithéâtre). A partir du 6 avril.

Histologie. — *M. Retterer*, agrégé. — Les épithéliums et les glandes. — Les muqueuses en général. — Le foie. — Le rein et l'appareil génito-urinaire. — Peau. — Lundi, mercredi, vendredi, à 5 heures (Grand amphithéâtre). 6 avril.

Pathologie externe. — *M. Nélaton*, agrégé. — Maladies du cou, du thorax et des membres. — Mardi, jeudi, samedi, à 3 heures (Petit amphithéâtre).

Pathologie interne. — *M. Marie*, agrégé. — Système nerveux. — Lundi, mercredi, vendredi, à 3 heures (Petit amphithéâtre).

TRAVAUX PRATIQUES.

Physique. — *M. Weiss*, agrégé, chef des travaux. — Travaux pratiques de physique. — Lundi, mercredi, vendredi de 4 heures à 6 heures.

Chimie. — *M. Hanriot*, agrégé, chef des travaux. — Travaux pratiques de chimie. — Mardi, jeudi, samedi, de 8 à 10 h. 1/2 du matin.

Histoire naturelle. — *M. Faguet*, chef des travaux. — Travaux pratiques d'histoire naturelle. — Lundi, mercredi, vendredi à 7 h. 1/2 du matin.

Histologie. — *M. Rémy*, agrégé, chef des travaux. — Travaux pratiques d'histologie. — Mardi, jeudi, samedi, de 2 à 4 heures.

Physiologie. — *M. Laborde*, chef des travaux. — Démonstrations de physiologie expérimentale. — Lundi, vendredi, à 4 heures.

Médecine opératoire. — *M. Poirier*, agrégé, chef des travaux anatomiques. — Exercices de médecine opératoire. — Tous les jours, de 1 à 4 heures.

Anatomie pathologique. — *M. Brault*, chef des travaux. — Travaux pratiques d'anatomie pathologique. — Tous les jours, à 2 heures.

COURS LIBRES

Amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux.
1° *Cours de médecine opératoire.* — MM. les élèves internes et externes des hôpitaux et hospices sont prévenus que les cours commenceront le lundi 6 avril 1891, à quatre heures.
2° *Des Conférences d'histologie normale et pathologique* continueront à être faites par M. le docteur Bourcy, chef du laboratoire. MM. les élèves seront chaque jour exercés, sous sa direction au maniement du microscope.

NOTA. — Les microscopes et autres instruments nécessaires à ces divers travaux pratiques seront mis gratuitement à la disposition de MM. les élèves par l'administration de l'Assistance publique.

Les séries devant être reconstituées pour la médecine opératoire, MM. les élèves sont prévenus que leurs cartes seront reçues à l'Amphithéâtre à partir du 1er avril.

Hôpital Necker. — M. le Dr Rendu fait des leçons cliniques le jeudi à 10 heures.

Hôpital St-Antoine. — M. le Dr Brissaud, conférences de clinique médicale, le mercredi à 9 h. 3/4.

Hôpital des Enfants malades. — M. le docteur Jules Simon, les mercredis à 9 heures. Tous les samedis, consultation clinique.

FORMULAIRE THÉRAPEUTIQUE

Traitement de l'angine diphthéritique par le tabac.

M. le docteur S. Schwitzer (de Neuhaeusel) ayant remarqué que les Tziganes, qui ont l'habitude de chiquer, sont généralement réfractaires aux maladies infectieuses, surtout à celles qui se localisent dans la gorge, a eu l'idée d'employer le tabac dans le traitement de l'angine diphthéritique.

Il se sert, dans ce but, d'un extrait alcoolique de jus de tabac : 2 grammes à 2 gr. 50 de ce jus qui s'accumule dans le tuyau d'une pipe sont mélangés avec 35 à 40 grammes d'alcool. Au bout de vingt-quatre heures, on filtre et on obtient un liquide rouge-brun, transparent, avec lequel on badigeonne les parties atteintes de la gorge. Ces badigeonnages ont toujours été bien supportés, même par les petits enfants. Ils ne sont pas désagréables aux malades et ne provoquent jamais de symptômes d'intoxication tabagique. Quant à leur action thérapeutique, elle serait des plus favorables et se manifesterait rapidement par une diminution de la fièvre.

Chez les adultes, M. Schwitzer emploie, en outre des badigeonnages à l'extrait de jus de tabac, la prescription suivante :

Feuilles de tabac..........	2 grammes.

Faites infuser dans :

Eau bouillante............	200 grammes.

Filtrez. — Pour gargarismes.

D'après notre confrère autrichien, ce gargarisme serait supérieur à tous les autres employés contre la diphthérie.

Le traitement que nous venons d'indiquer a été appliqué par M. Schwitzer, avec succès, chez 60 diphthéritiques. Sur ce nombre, 7 sont morts : 4 ont succombé à la diphthérie elle-même, et 3 à des affections consécutives.

Le chloral dans la scarlatine.

M. le docteur J. Wilson loue les bons résultats que, depuis sept ans, il obtient du chloral dans le traitement de la scarlatine.

Notre confrère américain commence le traitement par une dose purgative de calomel, qu'il fait bientôt suivre de l'administration du chloral hydraté. La quantité de ce médicament varie naturellement suivant l'âge, l'état des forces et la susceptibilité du malade. D'une manière générale, on donne à un enfant de deux à trois ans, toutes les deux à trois heures, de 6 à 12 centigrammes de chloral hydraté.

Sous l'influence de ce médicament, on voit bientôt disparaître la surexcitation, si fréquente dans la scarlatine. Il ne faut cependant pas donner le chloral jusqu'à l'assoupissement, afin de ne pas entraver l'alimentation du malade.

D'après M. Wilson, le chloral agit favorablement dans la scarlatine, non seulement sur le cerveau, mais encore sur la muqueuse pharyngienne, en diminuant l'intensité de l'angine scarlatineuse, et sur les reins, en empêchant l'albuminurie de se produire. Aux doses indiquées le chloral ne produit aucune action déprimante sur le cœur; tout au contraire, il calme l'éréthisme cardiaque.

Dès que l'éruption apparaît, on fait des onctions avec l'axonge. A l'exception du chloral, tous les médicaments sont inutiles, à moins toutefois qu'il ne survienne des symptômes de collapsus qui exigent l'emploi immédiat des alcooliques.

Les injections arsénicales hypodermiques contre la fièvre des phthisiques.

D'après M. le docteur Ladendorf (de Saint-Andreasberg), on obtiendrait chez les fébricitants, *dans un tiers des cas environ*, un effet antithermique considérable et persistant par l'emploi des injections sous-cutanées de solution de Fowler.

Notre confrère allemand se sert de la formule suivante :

Solution arsénicale de Fowler.	2 grammes.
Eau distillée..................	10 —
Chlorhydrate de cocaïne......	0 gr. 05 c.

F. S. A. — Pour injections hypodermiques.

On injecte, une fois par jour, d'abord une demi-seringue, puis, dès le troisièm jour, une seringue Pravaz entière de cette solution. Dans les cas favorables, après huit à dix injections, la fièvre disparaît pour longtemps.

Propriétés antimalariques de l'helianthus annuus.

D'après M. le docteur N. Filatow (de Moscou), la teinture d'*helianthus annuus* (grand soleil) serait un excellent moyen contre l'impaludisme chez les enfants. En effet, notre confrère russe a trouvé que l'hélianthe est capable d'enrayer les accès intenses de fièvre paludéenne contre lesquels la quinine et l'arsenic se montrent tous les deux impuissants. Un grand avantage de la teinture d'hélianthe, en dehors de la modicité de son prix, est encore son goût agréable qui rend le médicament très précieux dans la thérapeutique infantile.

La teinture dont s'est servi M. Filatow était préparée par la macération dans dans l'eau-de vie, pendant une semaine, de fragments de tiges d'hélianthe. Le liquide trouble, obtenu après filtration, était administré aux enfants à la dose de quatre cuillerées à café par jour.

Mixture contre l'angine diphthéritique.— M. J. Kouznetzow.

Solution alcoolique concentrée de menthol............	ââ 5 grammes.
Solution alcoolique concentrée de naphtaline..........	
Essence de térébenthine...	ââ 10 —
Glycérine..................	

Mêlez. — Badigeonner la gorge toutes les deux ou trois heures.

THÉRAPEUTIQUE

De l'élimination des produits azotés toxiques accumulés dans l'économie, par M. le docteur L. Reynaud.

La chimie biologique, dans ces dernières années, a éclairé d'un jour tout nouveau la conception des maladies créées par les troubles de la nutrition. Jusqu'alors, on n'incriminait que les produits acides, surtout l'acide urique; mais, depuis les travaux de MM. les professeurs Gautier et Bouchard, qui nous font voir dans chaque cellule vivante une fabrique d'alcaloïdes toxiques, on a reconnu que ces produits basiques, ptomaïnes et leucomaïnes, lorsqu'ils ne sont pas éliminés, agissent aussitôt puissamment sur les centres nerveux et deviennent la cause première d'une série de désordres pathologiques, dont l'ensemble contribue à former le tableau symptomatologique des diverses maladies.

Pour éliminer ces substances toxiques, on a recours aux diurétiques, aux sudorifiques et aux purgatifs.

Les reins, quand ils sont sains, sont une bonne voie d'élimination; mais, le plus souvent, il y a insuffisance rénale, déterminée par les néphrites chroniques ou par sclérose du parenchyme rénal; car, d'après les docteurs G. Johnson et Murchison, la dégénérescence des reins est souvent la conséquence de l'élimination à travers les reins des produits d'une nutrition défectueuse.

La peau est une voie de suppléance bien faible pour l'élimination. On a bien conseillé les bains de vapeur et l'emploi de la pilocarpine, mais ce sont là des moyens qui fatiguent le malade et surtout l'affaiblissent, et dont on ne peut prolonger l'usage sans inconvénient.

La médication purgative occupe ici la première place, elle est supérieure à la médication diurétique. Pour cela, il faut employer un purgatif qui détermine des selles séreuses et qui, par sa composition, puisse entraîner, en se combinant avec eux, les produits toxiques accumulés dans l'économie. Les sels neutres de magnésie remplissent en partie ces

conditions; ils déterminent d'abondantes selles séreuses et, par suite de la propriété des sels de magnésie que Wurtz indique dans son *Dictionnaire de chimie*: « Ces sels ont une tendance remarquable à former des sels doubles ammoniacaux solubles », nous pensons qu'employés comme purgatifs, ils absorbent, en se combinant avec eux, les produits de décomposition basiques, tels que l'ammoniaque et aussi les ptomaïnes et les leucomaïnes, qui sont des alcalis de la série des amides. Pour nous en assurer, nous avons recueilli des urines après l'absorption d'un sel de magnésie; ces urines, additionnées de phosphate de soude, ont laissé déposer, peu de temps après, de nombreux cristaux de *phosphate ammoniaco-magnésien*, facilement reconnaissable au microscope.

Les garde-robes séreuses déterminées par cette purgation, filtrées et évaporées, ont laissé un résidu qui, chauffé dans un tube de verre avec de la potasse, dégage fortement du *gaz ammoniac*, reconnaissable à son odeur.

Ce résidu, épuisé par l'éther, suivant la méthode indiquée par M. A. Gautier, a fourni des *ptomaïnes* à odeur de seringat, et la solution alcoolique a donné des *leucines* et des *leucoprotéines*. Ces produits *basiques* de décomposition étant éliminés, il reste dans l'économie les résidus azotés *acides* de la nutrition, tels que les acides urique, oxalique et d'autres acides organiques, en particulier les acides gras volatils.

Pour compléter l'action des sels de magnésie *neutres*, afin d'éliminer ces poisons avec les précédents, un pharmacien de Paris, M. Roy, déjà honorablement connu par ses travaux sur le quinquina, a composé un sel de magnésie avec un excès de soude et de magnésie, qu'il nomme *sel de magnésie alcalin* ou *magnésie Roy*. Ce sel, par sa propriété alcaline, neutralise et élimine, en les dissolvant, les résidus azotés acides de la nutrition; il entraîne ainsi, en se combinant avec eux, tous les produits toxiques accumulés dans l'économie et doit être considéré comme un dépuratif chimique de premier ordre.

Le drainage du sang par ce sel de magnésie alcalin, entraînant les produits azotés de décomposition, explique les succès obtenus par son emploi dans le traitement de la lithiase biliaire, l'obésité, le diabète, la goutte, la gravelle, le rhumatisme, certaines affections de la peau, divers troubles cérébraux et maladies nerveuses; enfin, dans toutes les maladies provenant d'un trouble de la nutrition ou d'un défaut d'élimination.

Les sels purgatifs neutres laissent toujours, après leur emploi, une constipation opiniâtre, provenant de l'irritation sur l'intestin des acides biliaires éliminés par ces sels. En employant la magnésie Roy, on évite ce grave inconvénient: les acides biliaires étant neutralisés par la soude et la magnésie en excès contenues dans cette préparation.

Aussi ce sel de magnésie *alcalin* est-il le plus doux des purgatifs et peut être considéré comme le moyen le plus rationnel pour combattre la constipation.

Il s'emploie à la dose d'une cuiller à café à trois cuillers à bouche, qu'il faut faire dissoudre dans un peu d'eau en remuant pour que la solution devienne limpide. Après l'avoir bue, prendre un demi-verre d'eau pure.

LIVRES

déposés au Bureau du Journal.

G. MASSON, EDITEUR,
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN.

Voyages chez les lépreux, par le Dr Zambaco Pacha, ancien interne, lauréat des hôpitaux de Paris, etc. Un volume in-8°, avec une carte indiquant les localités lépreuses. Pr.: 8 fr.

La cure radicale des hernies particulièrement chez les enfants, par le Dr G. Félizet, chirurgien des enfants de l'hôpital Tenon. Un vol. in-8° de 104 pages avec 4 planches. Prix: 2 fr. 50

De la malaria. Contribution à l'étude des maladies infectieuses d'origine cosmique, à l'occasion de l'endémo-épidémie grave d'aérotellurisme protéiforme de 1889-90 dans la commune de Ménerville (Algérie), par le Dr Edouard Pepper, L. L. F. Précédé d'une introduction, par M. le professeur Peter, membre de l'Académie de médecine. Un beau volume in-8° de XVI-288 pages. Prix: 6 fr.

Quelques bactéries des putréfactions. Contribution à l'étude de la pathogénie des empoisonnements par les viandes putréfiées, par le Dr Ch. Mouginet, médecin stagiaire au Val-de-Grâce. Brochure gr. in-8°. Prix: 2 fr. 50

Le traitement de la tuberculose par la méthode de Koch. Leçons faites à Montpellier par le Dr Grasset et le Dr E. Estor. Brochure in-8°. Prix: 2 fr.

A LA LIBRAIRIE O. DOIN, 8, PLACE DE L'ODEON, PARIS.

La résine de Kaori et ses applications thérapeutiques, par le Dr F. Forné, médecin en chef de la marine. Une brochure in-8° de 25 pages. Prix: 1 fr.

La contagiosité de la lèpre, par le Dr F. Forné, médecin en chef de la marine. In-8° de 50 pages. Prix: 2 fr.

Contribution à l'étude de la climatothérapie en France, par les docteurs G. Bardet et A. Klein. In-8° de 70 pages, avec figures dans le texte. Prix: 2 fr.

Hypnotisme, suggestions, psychothérapie. Etudes nouvelles, par le Dr Bernheim, professeur à la Faculté de médecine de Nancy. Un volume in-8° de 520 pages. Prix: 9 fr.

Recueil des faits cliniques 1883-1885, par MM. H. Bernheim, professeur à la Faculté de Nancy, et P. Simon, professeur agrégé à la Faculté de Nancy. Grand in-8° de 250 pages. Prix: 4 fr.

Des résultats immédiats et éloignés du traitement électrique des fibromes utérins par la méthode du docteur Apostoli, par Mlle Felicia Jakubowska, docteur en médecine de la Faculté de Paris. Grand in-8° de 90 pages. Prix: 2 fr. 50

Salpingites et ovarites, par le Dr O. Terrillon. Grand in-8° de 925 pages, avec figures dans le texte. Prix: 5 fr.

GEORGES STEINHEIL, 2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE.

Traité pratique de chirurgie infantile, par Ed. Owen, chirurgien de l'hôpital des Enfants-Malades de Londres, traduit sur la 2e édition, par le Dr Laurent. In-8° raisin de 704 pages, avec 151 figures. Prix: 15 fr.

Traité clinique des maladies du cœur, par le Dr P. Duroziez, ancien chef de clinique de la Faculté. In-8° cavalier de 512 pages, Prix: 10 fr.

Eléments d'embryologie de l'homme et des vertébrés, par le Dr A. Prenant, chef des travaux histologiques à la Faculté de Nancy. Préface du prof. Mathias Duval.
Livre premier, *Embryogénie*. In-8° de 470 pages, avec 230 figures et 4 planches en couleur. Prix: 16 fr.
Le livre II, *Organogénie*, est sous presse.

Traité clinique des maladies des femmes, par le Dr Lawson-Tait, traduit par le Dr Bétrix. In-8° de 736 pages, avec 70 figures. Prix: 16 f.

LIBRAIRIE J.-B. BAILLIERE ET FILS, 19, RUE HAUTEFEUILLE, PARIS.

Des suites éloignées des traumatismes du crâne et de leur traitement par la trépanation, par le Dr Julien Tellier, ancien interne des hôpitaux de Lyon, lauréat de l'internat (Prix Bouchet, chirurgie 1890). Paris, 1890, gr. in-8° de 122 pages. Prix: 2 fr. 50

PUBLICATIONS DU PROGRES MEDICAL, 14, RUE DES CARMES, PARIS.

Œuvres complètes de J.-M. Charcot, tome IX. Hémorrhagie et ramollissement du cerveau, métallothérapie et hypnotisme, électrothérapie. Un beau volume in-8° de 571 pages, avec 13 planches en phototypie et chromolithographie. Prix: 15 fr.

De l'idée de persécution dans la mélancolie et le délire des persécutions, par le Dr Blin. Volume in-8° de 109 pages. Prix: 2 fr. 50

G. Masson, *Propriétaire-Gérant*.

Paris. — Imp. des Arts et Manufactures, 12, r. Paul-Lelong.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Sur un cas de mort et un cas d'ophthalmie grave consécutifs à l'emploi de la lymphe de Koch.

Communication à la *Société française de Dermathologie* par M. Hallopeau, agrégé, médecin de l'hôpital Saint-Louis.

Depuis notre communication sur l'action de la lymphe de Koch, il s'est produit, dans notre service, deux faits qui mettent de nouveau en relief sa puissance nocive : un de nos malades injectés a succombé; un autre a une kératite avec foyers miliaires très probablement de nature lépreuse.

Le malade que nous avons perdu est celui que nous vous avons deux fois présenté avec M. Goupil (voyez *Mercredi*, 1890, p. 339 et 583) comme atteint de lymphangiectasies suppuratives d'origine tuberculeuse. Il a reçu, dans notre service commun, cinq injections de lymphe de Koch aux dates des 5, 8, 15 décembre, 3 et 10 janvier; la première a été d'un demi-millième, les autres d'un millième et demi. La réaction générale a été d'intensité moyenne: les deux premières fois le thermomètre a atteint 40°; les autres fois l'ascension thermique est restée limitée à 39°4 ou 39°2; la réaction locale a été à peine appréciable après les premières injections ; nous avons noté cependant, au bout d'un mois, une notable amélioration dans l'état des parties malades: le membre inférieur droit était beaucoup moins tuméfié; on sentait toujours une plaque indurée dans toute la hauteur de la partie postérieure de la jambe, mais sa consistance avait très sensiblement diminué; la plupart des fistules lymphatiques étaient oblitérées; le résultat pouvait donc, au premier abord, paraître favorable, mais il y avait bien des ombres au tableau : il s'était développé à la partie interne de la cuisse un volumineux abcès; la santé générale s'était manifestement altérée; le malade avait maigri et pâli; ses forces étaient considérablement déprimées. Nous notons, pour la première fois à la fin de janvier, des craquements humides au sommet droit en arrière, des râles humides dans la fosse sous-épineuse droite et de la submatité sous la clavicule gauche. A partir du 21 janvier, il se produit le soir une réaction fébrile: le thermomètre monte à 38° et quelques dixièmes.

Le malade quitte, le 27 janvier, la salle commune aux inoculés pour rentrer au pavillon Bazin n° 24; son abcès de la cuisse est ouvert avec les précautions antiseptiques; la fièvre tombe, mais le malade reste très affaibli; toutes les nuits, il a du subdélirium; on entend aux deux bases des râles sous-crépitants; les quelques orifices demeurés fistuleux au membre inférieur droit donnent issue à une quantité considérable de liquide séro-purulent.

Malgré un traitement tonique et bien qu'il s'alimente un peu, le malade continue à s'affaiblir et à maigrir pendant le mois de février; son aspect devient squelettique; il succombe enfin le 8 mars.

L'autopsie, faite le 8 mars 1891 par M. Jeanselme, donne les résultats suivants:

Une dizaine de ganglions occupent l'aine gauche. L'un d'eux, du volume d'un œuf, est transformé en caverne et contient un pus granuleux et mal lié. Les autres glandes ont les dimensions d'une noisette ou d'une noix; elles sont fermes, non suppurées; leur centre est d'un gris jaunâtre. Les ganglions iliaques gauches sont également hypertrophiés.

Tout le long du trajet des gros vaisseaux, à la cuisse, existe un chapelet de gommes tuberculeuses qui s'ouvrent à la surface de la peau par un court trajet fistuleux. Quelques-unes sont guéries et adhèrent à une cicatrice blanche, cerclée d'une aréole bistrée. Plus bas, à partir du genou, on ne distingue plus de nodosités.

Tout le tissu cellulaire sous-cutané de la jambe gauche, particulièrement à la face postérieure, est énormément épaissi; il est infiltré d'une quantité considérable de sérosité et adhère intimement à l'aponévrose et à la peau avec laquelle il se confond. Il est impossible d'isoler des vaisseaux lymphatiques ectasiés au milieu de ce tissu lardacé. L'infiltration atteint son maximum au niveau de la région péri-malléolaire; en ce point, l'épaisseur du tissu cellulaire sous-cutané et du derme fusionnés atteint trois centimètres. L'épaississement est bien moindre sur l'avant-pied.

On ne constate pas de lésions du système veineux, non plus que des articulations du genou et du cou-de-pied, des os de la jambe, de l'astragale, du calcanéum et des métatarsiens; le squelette n'a donc pas été, comme nous l'avions supposé, le siège initial des altérations.

Dans l'aine droite, on trouve un amas de glandes hypertrophiées qui se continuent avec des ganglions iliaques également très développés.

La tuméfaction qui déformait la face dorsale de la main gauche paraît avoir, comme à la jambe, son siège exclusif dans le derme et le tissu cellulaire sous-jacent; les métacarpiens et les articulations qui les unissent au carpe ne présentent aucune altération.

Parmi les viscères, les poumons sont les organes les plus intéressés. A droite, on remarque une caverne superficielle pouvant loger une noix et siégeant à la partie supérieure du lobe inférieur. En outre, les deux poumons sont criblés d'une multitude de fines granulations grises. C'est à cette granulie ultime que le malade paraît avoir succombé. Les sommets sont le siège de lésions tuberculeuses anciennes, peu étendues et en voie de régression.

Le foie est gros, le cœur jaunâtre et flasque; la rate ne présente aucune lésion macroscopique appréciable. Le cerveau n'a pas été examiné.

Faut-il attribuer à l'action toxique de la lymphe la mort de ce malade ? On ne peut nier que le sujet ne fût sérieusement atteint avant le début de ce traitement; les lésions de tuberculose ancienne et en voie de régression qui ont été constatées aux sommets existaient certainement avant le début des inoculations: d'autre part, la mort n'est survenue que près de deux mois après la cessation des injections; mais, par contre, nous ne saurions méconnaître que l'état du malade a commencé à s'aggraver alors qu'il était sous l'influence des injections; que la prostration et l'adynamie se sont produites au moment où s'est développé le volumineux abcès de la cuisse; qu'une partie des lésions tuberculeuses constatées dans les poumons sont de date toute récente; qu'il en est ainsi particulièrement pour les nombreuses granulations miliaires que nous avons signalées; qu'il en est vraisemblablement de même du ramollissement caséeux signalé dans le lobe moyen du poumon, car, jusqu'au commencement du traitement par la lymphe, l'examen physique du thorax n'avait jamais donné que des résultats négatifs et la tuberculose préexistante paraissait, d'après les résultats de l'autopsie, en voie de guérison : nous devons donc rapporter à l'action nocive de la lymphe, non seulement la formation du volumineux abcès de la cuisse, mais aussi la poussée terminale de granulose miliaire et les troubles de nutrition qui ont entraîné la mort.

Le malade chez lequel il s'est fait une production intra-cornéenne de foyers miliaires est atteint d'une lèpre tuberculeuse. Son état général était satisfaisant quand il a reçu, le 5 et le 10 décembre, deux injections de lymphe de Koch, la première de 2 millièmes, la seconde de 1 millième et demi ; l'une et l'autre ont été suivies des symp

tômes les plus pénibles et particulièrement d'une dyspnée angoissante, de vomissements et de douleurs persistantes dans les nodosités lépreuses des jambes; les troubles oculaires ont débuté, alors que le malade était sous l'influence de la réaction de Koch, par une vive injection des conjonctives; ils se sont manifestés successivement des deux côtés, s'accompagnant de douleurs, de photophobie et de larmoiement; depuis lors, ils ont persisté en s'aggravant; il s'est développé dans les cornées des altérations sur lesquelles nous désirons appeler l'attention. Le malade a été examiné successivement à ce point de vue par MM. Trousseau et Sulzer : le 21 février, nous notons la présence, dans la cornée, de foyers miliaires sous forme de points grisâtres offrant dans leur aspect beaucoup d'analogie avec les granulations de la tuberculose miliaire; M. Sulzer constate dans les deux yeux l'existence de synéchies annulaires, résultats d'une ancienne iritis double : le 11 mars, les adhérences persistent et l'iris ne réagit nullement, bien que des instillations d'atropine aient été pratiquées pendant une semaine. Les foyers miliaires sont nombreux; ils siègent à différentes profondeurs dans le tissu de la cornée; cette membrane est devenue louche dans toute son étendue; sa surface est dépolie et comme finement ponctuée; M. Sulzer constate que la tension est plus élevée dans l'œil droit qu'elle ne l'est dans le gauche; il y a donc un certain degré de glaucome; une injection veineuse profonde s'est ajoutée à l'injection ciliaire. La vision est très diminuée à droite; le malade ne voit que très confusément les objets qu'on lui présente; il ne peut plus lire.

Quelle est la nature de ces kératites ? Deux hypothèses peuvent être soutenues : celle d'une tuberculose miliaire et celle d'une manifestation lépreuse.

En faveur d'une tuberculose, on peut invoquer l'aspect de ces foyers miliaires qui rappelle tout à fait celui des kératites tuberculeuses; l'analogie a paru tellement frappante à M. Trousseau qu'il est disposé par cette seule impression à admettre que telle est bien la nature de ces altérations; on peut dire, à l'appui de cette manière de voir, que le malade a eu, à plusieurs reprises, au cou et dans les aisselles, des adénites suppurées dont la nature n'a pas été déterminée. Cependant les vraisemblances ne nous paraissent pas en faveur de cette interprétation : il n'existe en effet chez ce malade aucun signe certain de tuberculose; les ulcérations consécutives à l'ouverture des adénites dont nous venons de parler se sont rapidement cicatrisées; il n'en est généralement pas ainsi dans les cas de tuberculose; d'autre part, nous n'avons jamais pu constater chez ce malade, malgré des examens réitérés, des signes de tuberculose pulmonaire; actuellement encore, la percussion non plus que l'auscultation du thorax ne révèlent rien d'anormal; l'état de la nutrition générale est relativement satisfaisant et nullement en rapport avec l'hypothèse d'une tuberculose; enfin le malade a eu, il y a deux ans, des iritis qui n'ont laissé d'autres traces que les synéchies signalées précédemment; des lésions tuberculeuses de l'œil seraient-elles restées aussi longtemps silencieuses sans qu'aucun traitement local leur eût été opposé ? ce n'est pas ainsi qu'on les voit d'ordinaire se comporter; nous savons d'ailleurs que le malade est atteint d'une lèpre tuberculeuse en activité; que ses tubercules lépreux ont été manifestement influencés par la lymphe; qu'ils sont devenus, après chaque injection, plus douloureux, plus durs et plus volumineux; que le développement des conjonctivites a coïncidé avec ces modifications des tubercules lépreux; nous savons aussi que les lésions élémentaires de la lèpre offrent une grande analogie d'aspect avec celles de la tuberculose, que dans les deux cas elles peuvent prendre la forme de granulations, et nous sommes ainsi conduits à admettre que, selon toute probabilité, ces foyers miliaires cornéens sont de nature lépreuse; les résultats de l'inoculation de ces produits pourront sans doute bientôt nous fixer sur ce point. Si cette interprétation se confirme, on pourra admettre, avec vraisemblance, que des bacilles lépreux étaient restés latents dans la cornée à la suite de l'ophthalmie survenue il y a deux ans et qu'ils ont repris une nouvelle activité sous l'influence de la lymphe.

Quoi qu'il en soit, nous pouvons dès aujourd'hui, en raison de l'époque d'apparition de ces altérations et des conditions dans lesquelles elles se sont développées, les rapporter à l'action nocive de la lymphe de Koch. Chez ce malade, comme chez le précédent, elle a provoqué, malgré la grande prudence avec laquelle elle a été employée, sous les yeux de notre commission, la multiplication des bacilles préexistants, tuberculeux chez celui-ci, selon toute probabilité lépreux chez celui-là.

REVUE DES JOURNAUX

Un cas de délire de convalescence de fièvre typhoïde (idée fixe du mariage), par H. Castagné (*Montpellier médical*, 1er février 1891, p. 108). — Observation intéressante d'une femme de 20 ans qui, dans la convalescence d'une fièvre typhoïde sérieuse, eut pendant 15 jours un délire caractérisé principalement par l'idée fixe de son mariage qui aurait eu lieu pendant son séjour à l'hôpital. Ce délire guérit sans traitement spécial.

Effets physiologiques de la chloralamide (comparaison avec le chloral et le sulfonal), par Bosc (*Montpellier médical*. décembre 1890, janvier et février 1891, t. XV p. 534 et 565, t. XVI, p. 31, 84 et 122). — La chloralamide, le chloral et le sulfonal peuvent amener le sommeil aussi bien dans les cas d'aliénation mentale fonctionnelle que dans les aliénations par lésions organiques; mais ces substances ne sont pas également actives : le sulfonal agit à doses 2 fois et demie moins fortes que la chloralamide. Dans les cas de manie aiguë, il faut des doses de chloralamide et de chloral tellement élevées qu'elles produisent rapidement des effets toxiques graves : accélération et petitesse du pouls, nausées, diarrhée, mouvements convulsifs, etc. On est alors forcé de diminuer les doses et l'agitation reparaît. Le sulfonal, au contraire, grâce aux effets prolongés des hautes doses, pourra toujours vaincre l'insomnie sans danger pour les malades. Mairet l'administre initialement à doses de 3, 4 et même 5 grammes, puis descend dès le lendemain à 1 gramme sans que le sommeil cesse de se produire; lorsque l'agitation reparaît, il reprend la dose initiale, puis redescend à 1 gr., etc. Le sulfonal n'augmente pas, comme la chloralamide, l'agitation diurne des malades.

Le sulfonal est l'hypnotique par excellence dans tous les cas d'aliénation mentale avec agitation. Le chloral peut aussi être très utile dans tous les cas où il n'est pas nécessaire de l'employer à très hautes doses. Le chloralamide a la même mauvaise action que le chloral sur le cœur; de plus, elle détermine des phénomènes toxiques beaucoup plus graves que le chloral et des effets hypnotiques moindres; elle ne doit donc pas trouver d'emploi thérapeutique.

Hystéropexie (Zehn weitere Fælle von Ventrofixation uteri retroflexi), par Sperling (*Deutsche med. Wochenschr.*, 1891, n° 5, p. 179). — Sperling publie 10 cas de ventrofixation de l'utérus. L'opération, d'après la méthode du professeur Léopold, a été faite soit pour simple rétroflexion de l'utérus, soit pour rétroflexion compliquée d'une lésion de l'utérus ou de ses annexes. Les résultats furent excellents et se sont maintenus depuis 2 à 4 ans; deux femmes sont devenues enceintes depuis l'opération, leur grossesse s'est heureusement terminée et l'utérus est resté fixé à la paroi abdominale antérieure.

En ajoutant à ses 10 cas 9 cas de Léopold, Sperling tire de ces faits quelques données assez intéressantes. Sur ces 19 cas, 4 fois il s'agissait de rétroflexion pure, 6 fois de rétroflexion compliquée de lésions des annexes du côté gauche, 7 fois de lésions bilatérales. Une fois la rétroflexion était produite par

un myome utérin ; 10 fois la rétroflexion était compliquée de prolapsus incomplets de la matrice et du vagin, 16 malades étaient mariées. 16 malades ont été complètement guéries, 2 ont retiré de l'opération un bénéfice extraordinaire, sans toutefois être complètement guéries. Chez une seule, chez laquelle il existait de la paramétrite et des lésions des ovaires, l'opération n'a pas été suivie de soulagement,

Corps étrangers de l'utérus (Fremdkœrper in Uterus), par Bunge (*Deutsche med. Wochenschr.*, 1891, n° 5, p. 188). — Bunge rapporte le cas d'une femme qui, au troisième mois de sa grossesse, s'est introduit dans le vagin de l'utérus une épingle à cheveux. Douze heures après, avortement qui évolue d'une façon normale. Quinze jours plus tard, apparition des douleurs à la miction avec urines sanguinolentes.

A l'examen de la malade, on ne trouva le corps étranger ni dans la vessie, ni dans le vagin. L'utérus fut attiré en bas, et avec une pince introduite dans le col, on arriva à extraire l'épingle à cheveux.

Pelade et lésions oculaires, par L. Frœlich (*Revue médic. de la Suisse romande*, 20 décembre 1890, n° 12, p. 315). — A propos de deux observations de lésions oculaires (amaurose totale et résidus d'irido-choroïdite dans un œil, avec cataracte du côté opposé dans un cas, irido-choroïdite chronique dans l'autre cas), recueillies à court intervalle chez des sujets atteints de pelade, l'auteur réunit quelques cas antérieurement publiés de troubles oculaires survenus au cours de la pelade. Il n'ose conclure de ces faits à une corrélation entre la pelade et les lésions oculaires, mais en déduit une fois de plus l'importance qu'il y a à rattacher les affections de l'œil à des troubles de l'organisme en général.

Mort par hydrophobie 28 mois après une morsure de chien enragé (Death of a child from hydrophobia two years and four months after being bitten by a rabid dog), par W. Spencer (*Brit. medic. Journ.*, 7 février 1891, p. 277). — Enfant de 5 ans et demi mordu le 25 août 1888 par un chien enragé qui mourut dans la nuit du 27 au 28 août; 2 morsures qui occupaient la jambe droite furent immédiatement sucées, lavées au sublimé et cautérisées. Le 22 décembre 1890, l'enfant fut pris de troubles nerveux divers, puis de douleurs dans la jambe droite et de dysphagie et, le 25, d'un délire violent et succomba dans la journée. L'inoculation du bulbe et de la moelle à 3 lapins détermina des phénomènes paralytiques chez l'un d'eux et chez tous les trois il y eut des hémorrhagies caractéristiques dans l'estomac.

Pérityphlite (A case of circumcæcal abscess), par Carlisle (*The New-York medical Journ.*, 10 janvier 1891, p. 37). — Un garçon de 18 ans fut pris de frisson et douleur dans la fosse iliaque droite le 25 avril. Fièvre. Tympanisme abdominal. Tumeur et fluctuation dans la fosse iliaque droite. Douleur bien limitée dans cette région. Incision de cette région ; les muscles sont œdémateux ; écoulement de pus ; le doigt sent le cæcum, mais ne peut atteindre le fond de la cavité de l'abcès. Lavage de cette cavité avec une solution au sublimé. Guérison.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 17 *mars* 1891.

Présidence de M. Tarnier.

Résection du cancer du rectum.

M. A. Guérin lit un rapport sur une observation de résection du cancer du rectum, communiquée par **M. le Dr Houzel** (de Boulogne) en décembre 1890. (Voy. *Mercredi*, p. 602).

Si le cancer du rectum est susceptible de guérir après une opération quand il siège dans la partie le plus musculeuse de cet organe, cela tient à ce que, pendant un certain temps, les vaisseaux lymphatiques passant comme les veines entre les fibres charnues du rectum, y subissent une constriction qui, quoique légère, suffit pour enrayer leur envahissement par la matière cancéreuse. Aussi le pronostic est-il infiniment moins grave pour le cancer qui siège au voisinage de l'anus que pour celui qui avoisine l'S iliaque.

Cette distinction n'a pas une moindre importance au point de vue de la pratique de l'opération : lorsque le cancer siège à quelques centimètres de l'anus, rien n'est plus facile que d'en pratiquer l'extirpation intégrale ; dans ce cas, j'incise les tissus y compris le cancer jusqu'au-dessus de la limite supérieure du néoplasme. Cette incision qui, est pratiquée en arrière sur la ligne médiane au-dessous du coccyx, facilite singulièrement l'exploration des tissus malades. Le rectum peut être attiré en bas et étalé ; pour ne pas être gêné par le sang, je continue à faire toutes les sections, sauf celle de la peau, avec l'écraseur linéaire. Après l'incision verticale je coupe, en une ou deux fois, le rectum transversalement au-dessus du néoplasme que je peux alors détacher de haut en bas des tissus voisins.

Avant de le couper au-dessus du sphincter, je m'assure que le mal ne s'étend pas jusqu'à l'anus; s'il y a doute, je n'hésite pas à extirper le sphincter et le pourtour de l'anus, dans la pensée que la plus vive préoccupation du chirurgien doit être de rechercher la guérison radicale aux dépens même d'une certaine incontinence des matières fécales que l'on peut rendre tolérable par une constipation modérée.

M. Houzel s'est servi du bistouri et des pinces à pression; mais il a suivi un procédé analogue à celui que je viens d'indiquer. Comme le cancer s'étendait en haut, il a réséqué le coccyx. C'est une excellente pratique lorsque le cancer dépasse le niveau de ce petit os, de même que l'opération de Kraske (de Fribourg) lorsque la tumeur avoisine l'S iliaque. Cette opération, répétée en France par plusieurs chirurgiens, a donné des résultats immédiats incomparablement préférables à ceux de l'établissement d'un anus artificiel pour donner issue aux matières fécales.

Dépopulation de la France.

L'Académie procède au vote des conclusions présentées par M. Rochard dans la dernière séance.

M. Javal demande tout d'abord la suppression de ces conclusions et leur remplacement par une simple déclaration par laquelle l'Académie appellerait l'attention des pouvoirs publics sur les conclusions du mémoire de M. Lagneau, d'après lesquelles l'arrêt d'accroissement de la population française reconnaît pour cause principale la diminution volontaire de la natalité, diminution causée uniquement par la situation faite aux familles nombreuses par les lois civiles, fiscales et militaires.

Cette proposition, appuyée par M. Léon Le Fort, donne lieu à un échange d'observations entre MM. Dujardin-Beaumetz, Lagneau, Léon Le Fort et Rochard. L'Académie accepte de placer en tête des conclusions présentées par la commission la déclaration qui la terminait et qui donne satisfaction dans une certaine mesure à M. Javal; mais elle se refuse néanmoins à supprimer les conclusions proposées.

En conséquence, l'Académie, à l'unanimité, fait précéder celles-ci de la déclaration suivante :

« A la suite de la discussion soulevée par la communication de M. Lagneau, l'Académie appelle tout d'abord l'attention des pouvoirs publics sur celles de nos dispositions législatives qui peuvent entraver l'essor de notre population, en favorisant les restrictions volontaires qui sont la principale cause de la diminution de notre natalité. Elle signale plus particulièrement celles qui concernent la transmission de la propriété, la répartition des impôts et la recherche de la paternité. » La dernière de ces phrases est maintenue par 22 voix contre 5.

Incidemment, M. Lagneau demande, sans l'obtenir par un vote, que l'Académie appelle également l'attention sur la nécessité de substituer dans les colonies des troupes indigènes aux soldats de la métropole, afin de diminuer l'excessive mortatité de celles-ci lorsqu'elles sont envoyées en service colonial.

Sur la première conclusion qui vise l'institution de bureaux ouverts d'admission pour les enfants abandonnés, M. Guéniot préférerait le rétablissement des tours comme offrant plus de garanties au point de vue de la sauvegarde et de la santé des enfants et assurant mieux le secret. M. Th. Roussel fait

observer que toutes les assemblées jusqu'ici consultées à ce sujet se sont prononcées en faveur du bureau ouvert, tel qu'il est actuellement organisé à Paris.

La discussion est remise au mardi 7 avril.

Choléra de la mer Rouge en 1890.

M. Proust. — Des renseignements officiels recueillis il résulte que :

1° Le choléra de Camaran a été importé par un navire anglais venant de l'Inde ;

2° Le choléra du Hedjaz semble avoir été importé par la voie maritime ;

3° Le pèlerinage de la Mecque est une menace constante pour l'Europe.

4° Les mesures prescrites à l'égard des pèlerins se rendant à la Mecque n'ont pas empêché le choléra de s'y développer ; il est donc nécessaire de perfectionner les moyens employés jusqu'ici ;

5° Les mesures de prophylaxie prescrites par le Conseil d'Alexandrie au moment du retour des pèlerins ont empêché cette année le choléra de gagner l'Egypte et l'Europe. Il y a donc lieu, non seulement de maintenir ce Conseil, mais encore de lui donner plus d'autorité et de le rendre réellement international. Il y a lieu également d'augmenter le nombre des lazarets de la mer Rouge et les moyens d'assainissement et de désinfection.

Dans une prochaine communication je parlerai des manifestations cholériques survenues en 1890 dans la Mésopotamie et en Egypte.

Vente des eaux minérales.

M. Bouchardat. — Consultée par le ministre de l'Intérieur sur la question suivante : Y a-t-il lieu d'obtenir que la vente des eaux minérales naturelles soit réservée aux pharmaciens? la Commission des eaux minérales propose à l'Académie d'émettre l'avis suivant :

La vente des eaux minérales naturelles françaises et étrangères, dont la vente est autorisée, par des tiers non pourvus du diplôme de pharmacien, ne paraît présenter aucun inconvénient sauf en ce qui concerne : 1° les eaux minérales purgatives françaises et étrangères; 2° l'eau arsénicale de la Bourboule ; 3° les eaux minérales sulfureuses. Il serait utile de réserver la vente de ces diverses eaux minérales aux seules personnes pourvues du diplôme de pharmacien français.

M. C. Paul. — Il y aurait lieu d'indiquer que c'est la vente au public qui est seule réservée aux pharmaciens, ceux-ci pouvant acheter les eaux soit à la source, soit aux intermédiaires.

M. Hayem. — Il est un grand nombre d'eaux minérales qui ne rentrent pas dans les catégories susvisées et qui n'en sont pas moins dangereuses, telles que les eaux de Carlsbad. A quel régime seront-elles soumises ?

M. Bouchardat. — Il faut distinguer entre les eaux de Carlsbad et les sels concentrés de cette source : les premières renferment une proportion de sels assez faible pour qu'il n'y ait pas de mesures spéciales à prendre ; quant aux sels concentrés proprement dits, la vente en est clandestine, car elle n'est pas autorisée. C'est aux pouvoirs publics à assurer l'exécution des règlements.

Les conclusions présentées par M. Bouchardat sont adoptées avec l'addition proposée par M. C. Paul.

Stethométrie.

M. Dujardin-Beaumetz résume les travaux de M. le Dr Maurel (de Toulouse) sur la stéthométrie normale et sur l'hypohématose, travaux qui ont été précédemment communiqués à l'Académie et analysés à cette occasion.

Comité secret.

Sur le rapport de M. Polaillon, l'Académie propose pour le titre d'associé étranger : 1° M. de Roubaix (de Bruxelles); 2° M. Spencer Wells (de Londres).

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 14 mars 1891.

PRÉSIDENCE DE M. CH. RICHET.

Aphasie sensorielle suivie d'autopsie.

M. Déjerine rapporte l'observation avec autopsie d'un malade qu'il a suivi pendant plusieurs mois à Bicêtre, et qui présentait les symptômes suivants : surdité et cécité verbales complètes. Il ne comprenait aucun mot parlé ou écrit. L'ouïe était intacte, car le moindre bruit était perçu. La vue était intacte également. Il existait cependant une hémiopie droite. L'agraphie était complète pour l'écriture spontanée et dictée, mais l'acte de copier était relativement conservé. Le langage était très troublé et il existait une paraphasie extrêmement prononcée, dont M. Déjerine rapporte quelques exemples. Ainsi, quand on lui demandait : Comment vous portez-vous? il répondait : Mon père était marchand de vin; et ainsi de suite. Cet état se prolongea pendant quatre mois, puis le malade tomba dans un état de stupeur aboutissant les derniers jours au coma et à la mort. A l'autopsie, on trouva sur la face externe de l'hémisphère gauche une plaque jaune, commençant en avant au niveau de la moitié postérieure des deux tiers inférieurs de la pariétale ascendante, et laissant intact la scissure de Rolando. Cette plaque intéressait tout le pied d'insertion de la pariétale inférieure, ainsi que les plis d'anastomose verticaux reliant cette circonvolution à la circonvolution pariétale supérieure, et suivait assez exactement le sillon interpariétal. Cette plaque, qui occupait la circonvolution pariétale inférieure tout entière (pli marginal inférieur et pli courbe), occupait aussi la partie postérieure de la première et de la deuxième temporales, et la deuxième circonvolution occipitale. Dans ce cas, les centres de mémoire sociale et optique des mots étaient donc détruits. Le ramollissement s'étendait dans la substance blanche sous-jacente jusqu'au niveau de la paroi ventriculaire, détruisant les radiations de Gratiolet, et rendant compte, par conséquent, de l'hémiopie droite. Le lobe frontal était absolument intact, et la circonvolution de Broca, examinée au microscope, ne contenait pas de corps granuleux.

C'est là un cas d'aphasie sensorielle, telle que l'a comprise Wernicke en 1874, avec paraphasie qu'on aurait pu prendre pour de l'aphasie. Avec un examen clinique moins complet, on aurait interprété cette observation comme contradictoire à la localisation de Broca.

M. Luys a observé un cas semblable. Il montre une série de cerveaux relatifs à des formes obscures d'aphasies qui, en corroborant la loi de Broca, établissent que la question de l'aphasie présente encore bien des obscurités et qu'il faut se garder des synthèses trop hâtives.

Thérapeutique de la tuberculose par les injections.

M. Pignol a essayé, depuis trois ans, et successivement, l'eucalyptol, la créosote, en *injections sous-cutanées pour le traitement de la tuberculose*. Il a finalement donné la préférence à un liquide contenant par centimètre cube 14 centigrammes d'eucalyptol, cinq centigrammes de gaïacol et un centigramme d'iodoforme. Le meilleur véhicule est l'huile d'olive stérilisée ; le meilleur point pour recevoir des injections répétées, le sillon rétro-trochantérien.

Il est ainsi arrivé à des résultats excellents, tant à l'hôpital que dans la clientèle.

Triméthylamine.

MM. Combemale et Brunelle (de Lille) ont étudié les *effets physiologiques de la triméthylamine*. Après avoir rappelé que les injections sous-cutanées de triméthylamine déterminent des eschares et consécutivement des plaies longues à guérir, ils ont indiqué que, quelle que soit d'ailleurs la voie de pénétration, cette substance détermine des phénomènes de deux ordres. Les uns sont constants : tels l'hypersécrétion de la salive dont l'alcalinité est accrue et la présence de petites quantités d'albumine dans les urines. Les autres sont inconstants, varient avec la dose employée et la voie d'administration ; tels l'hypothermie, l'augmentation du

nombre des pulsations, l'hypersécrétion de la muqueuse nasale et de la glande lacrymale.

Le chiffre toxique minimum par kilogr. d'animal est voisin de 30 centigrammes.

M. Guignard continue le cours de ses recherches sur la *segmentation des cellules chez les végétaux*. Quand un ovule végétal se segmente, on voit apparaître dans son protoplasma des corps tout à fait spéciaux, sphères attractives, dont le rôle était jusqu'à présent très obscur. M. Guignard a pu voir que c'est autour de ces corps que s'organisent les filaments protoplasmiques destinés à constituer le *fuseau*, dont on sait l'importance dans les phénomènes de la karyokinèse.

M. Ch. Richet a commencé à étudier une *combinaison de nickel et d'oxyde de carbone* découverte récemment en Angleterre et qui présente des propriétés toxiques très marquées, dues à l'oxyde de carbone qu'il contient et qu'il cède peu à peu aux tissus.

M. Gley présente un lapin ayant subi depuis trente-trois jours la *section intra-crânienne des trijumeaux* et chez lequel il existe de l'anesthésie de la cornée, mais sans les troubles sensitifs qui surviennent dans les dix jours après cette opération, d'après MM. Laborde et M. Duval.

MM. Kauffmann et Laborde sont d'avis que la section du nerf a été incomplète. L'autopsie de l'animal sera faite et renseignera sur ce point.

MM. Phisalin et Contejan déposent une note sur les nerfs excito-sécréteurs de la glande à venin de la salamandre terrestre.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 9 *mars* 1891.

Les lésions histologiques de la peau dans la rougeole.

M. Catrin. — J'ai pu observer un homme mort au troisième jour d'une rougeole boutonneuse, ce qui m'a permis de constater des lésions spéciales non encore décrites.

La lésion principale consiste en des phlyctènes d'un ordre spécial. En outre, on constate une accumulation de boules de substance colloïde dans la zone périnucléaire ou endoplastique des cellules du corps de Malpighi. Enfin, autour des phlyctènes, au-dessous d'elles, à la périphérie des vaisseaux de distribution, des canaux des glandes sudoripares, des glandes elles-mêmes et des follicules pileux, existe une infiltration lymphatique plus ou moins abondante.

De la combinaison des lésions hyperémiques et diapédétiques du derme, et de la formation des boules colloïdes, résulte la production des phlyctènes. Il faut donc étudier: 1° la formation des boules colloïdes; 2° celle des lignes de nécrose par coagulation; 3° les phlyctènes elles-mêmes:

1° *Formation des boules.* — Çà et là, et d'une façon plus ou moins discrète ou confluente, on trouve des cellules du corps de Malpighi, présentant dans leur zone endoplastique, non pas un liquide se colorant en bleu pâle, mais un globe d'une substance réfringente à éclat gris. Ce globe refoule le noyau ou parfois l'entoure. Dans d'autres cellules, on trouve plusieurs de ces boules, constituant des masses mûriformes, refoulant à leur périphérie l'exoplasme et ne tardant pas à le rompre.

2° *Lignes de nécrose par coagulation.* — Soit en plein corps muqueux, soit au voisinage du derme, on trouve des lignes qu'occupe un magma constitué par un mélange de boules colloïdes, de globules blancs, de cellules du corps de Malpighi plus ou moins altérées, et enfin de filaments de fibrine donnant à ce magma l'aspect fibrillaire. Selon que ce magma est plus ou moins profondément situé, il donne lieu à une phlyctène superficielle ou profonde.

3° *Etude des phlyctènes.* — La lésion que nous désignons sous ce nom est absolument différente de ce qu'on entend par ce terme en dermatologie. Il y a, comme dans les phlyctènes vraies, clivement de l'ectoderme; mais le contenu de la phlyctène est, non plus liquide, mais solide, ou, tout au plus, mou, constitué par le magma décrit dans les lignes de nécrose par coagulation. L'espace développé est tantôt complètement rempli par le magma, ou bien, au-dessus et au-dessous de lui, on voit une zone claire occupée probablement pendant la vie par du liquide et des globules blancs. L'infiltration lymphatique est surtout abondante au pourtour de la phlyctène, bien plus qu'au-dessus et au-dessous d'elle. La plupart du temps, au-dessus d'une phlyctène profonde, il existe un décollement des couches épidermiques sur les limites du corps de Malpighi.

Cette altération de l'épiderme constituera, on le comprend, à la fin du processus, la production d'une série de points faibles au niveau de l'ectoderme, ce qui explique les deux modes de desquamation de la rougeole par furfurs, s'il y a peu de phlyctènes, par lambeaux s'il y en a beaucoup.

La conjugaison des lésions hyperémiques et de l'altération colloïde des cellules constitue des lésions typiques du tégument dans la rougeole boutonneuse (1).

Séance du 2 *mars* 1891.

Idiosyncrasie de certaines espèces animales pour l'acide phénique.

M. Zwaardemaker. — A propos d'une note récente de M. L. Guinard sur l'action physiologique de la morphine chez le chat, je désire communiquer une observation que j'ai faite, il y a quelques années, sur l'idiosyncrasie des chats et des rats pour l'acide phénique. Intoxiqués par cette substance, à doses tellement petites que des chiens et des lapins ne subissent aucun trouble, les chats et les rats périrent sans exception. La mort fut précédée de convulsions tout à fait semblables à celles qui ont été observées par M. Guinard, convulsions qui persistèrent pendant des heures entières jusqu'au moment de la mort survenant par paralysie respiratoire, après une agonie longue et pénible, convulsions, enfin, qui avaient un caractère clonique et portaient sur les muscles des extrémités de la tête et du tronc; les fléchisseurs et les extenseurs entraient alternativement en jeu.

J'ajoute qu'on peut adoucir les angoisses de l'animal, qui reste en pleine possession de sa connaissance et de son irritabilité réflexe, par le sommeil chloroformique. Celui-ci, en effet, fait immédiatement cesser les convulsions, pourvu que l'anesthésie soit assez profonde. Enfin, l'asphyxie par occlusion trachéale n'augmente ni ne diminue l'intensité des secousses.

En résumé, les chats et les rats possèdent donc une sensibilité extrême pour l'acide phénique et cette particularité, ainsi que j'ai pu expérimentalement m'en assurer, ne saurait reconnaître pour cause une excrétion plus restreinte de l'acide phénique; selon toutes probabilités, une certaine irritabilité des centres nerveux, comme dans l'excitation morphinique, rend ces animaux plus accessibles aux convulsions phéniques.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 11 *mars* 1891

Présidence de M. Terrier.

Traitement des suppurations pelviennes par l'hystérectomie vaginale.

M. Terrillon. — Actuellement, j'ai opéré une centaine de salpingo-ovarites, donc 40 à 45 suppurées. J'en ai enlevé de très volumineuses et j'ai eu des succès, mais aussi j'ai eu des revers. Deux cas surtout m'ont frappé, où j'avais dû décortiquer des adhérences intimes à l'intestin et à l'épiploon et où 24 heures après l'intestin s'est perforé, d'où péritonite mortelle. Deux autres, très différents, où je ne pus enlever toute la poche dans la profondeur du petit bassin, furent également mortels, la partie restante de la poche n'ayant pu être suffisamment désinfectée. Lorsque j'eus connaissance du mémoire de M. Péan, je pensai que les cas de ce genre

(1) Le travail de M. Catrin a paru *in extenso* dans les *Arch. de méd. expérim.*, 1er mars, p. 197.

seraient moins dangereux si on les traitait par l'hystérectomie vaginale. Puis M. Segond me montra comment il opérait et depuis un mois j'ai agi ainsi quatre fois, car il vient beaucoup de ces femmes à la consultation de la Salpêtrière. Dans mes quatre cas j'ai commencé par chercher le pus par une ponction vaginale exploratrice. Je n'insisterai pas sur le reste du manuel opératoire : c'est celui que M. Segond vous a indiqué. Je vous dirai seulement, moi aussi, que cela ne ressemble pas à l'hystérectomie vaginale pour cancer; que les ligaments larges, infiltrés, épaissis, ne ressemblent pas à un ligament large normal; les vaisseaux y sont étouffés, et quelquefois il n'y a pas besoin de laisser de pinces à demeure.

Chez mes 4 malades, la suppuration pelvienne était très ancienne. Chez la première, femme de 49 ans, opérée le 9 février, elle datait de plusieurs années; de plus de deux ans chez une femme de 33 ans, opérée le 25 février; de trois ans chez une femme de 28 ans. Les trois malades sont aujourd'hui guéries ou à peu près. Ce matin, enfin, j'ai opéré un cas beaucoup plus complexe, où je n'ai pu avoir que par morcellement l'utérus très friable. Dans deux de ces cas la laparotomie eût certainement été très dangereuse; dans les deux autres elle eût été au moins difficile.

Je pense que cette opération est très rationnelle pour les suppurations anciennes, à parois épaisses, dures, dont l'ablation est très difficile, dont les adhérences intestinales surtout me font peur. Voilà pourquoi je l'ai expérimentée, et jusqu'à présent je ne m'en suis pas mal trouvé. Mais je pense, néanmoins, qu'elle ne s'applique qu'à des cas d'exception, que la laparotomie reste la méthode de choix. J'ajouterai une indication : je me souviens d'une jeune femme chez qui, après laparotomie, je n'ai absolument rien pu enlever. Puis j'ai tenté plusieurs fois, mais en vain, d'aborder par le rectum une fistule ouverte dans cet intestin, peu suppurante, mais tenace; et je suis persuadé que par l'hystérectomie vaginale, je l'aurais guérie.

Au total, nous devons être heureux d'avoir une méthode de plus pour attaquer certaines suppurations pelviennes.

M. Pozzi, au contraire, est en désaccord avec M. Segond. Il pense tout d'abord que suivre les indications de M. Segond, c'est aboutir à traiter à peu près toutes les annexités par l'hystérectomie. Nous diagnostiquons salpingite suppurée, mais, une fois sur quatre environ, nous nous trompons et nous trouvons des hydro ou des hémato-salpinx, ou des ovaires à petits kystes, ou même des kystes du ligament large. Souvent alors, nous regretterons d'avoir châtré la femme, mais il sera trop tard. M. Segond donne comme argument la cicatrice abdominale : oui, les femmes s'en préoccupent, mais le chirurgien ne doit pas trop se laisser influencer par les préoccupations de ce genre et ne pas trop s'inquiéter de la beauté du ventre. Les autres arguments de M. Segond sont la bénignité et l'efficacité plus grandes. Mais est-ce bien réel ? Pour les poches non adhérentes, ou adhérentes mais aisément énucléables, l'hystérectomie est inférieure à la laparotomie, très facile, très bénigne et permettant d'enlever en totalité cette poche infectée dont M. Segond fait trop bon marché. Mais pour les suppurations adhérentes, avec fistules, non énucléables, M. Bouilly fait une concession : même ici, M. Pozzi se refuse à entre-bâiller cette porte de peur qu'on ne l'ouvre. La laparotomie, elle aussi, ne permet ici, que des d'opérations incomplètes, de grattage, désinfection, drainage : or, sur trois cas de ce genre, M. Pozzi a eu trois guérisons. Et ces cas sont rares, puisque M. Pozzi en compte 3 sur 39 et M. Bouilly, 3 sur 33. L'hytérectomie y est certainement bonne, mais la laparotomie aussi; et avant d'avoir ouvert le ventre il est presque toujours impossible de dire si l'ablation est ou non possible. M. Pozzi en arrive donc à conclure : tenter toujours la laparotomie; quand elle aura été impuissante, comme chez la malade dont parlait tout à l'heure M. Terrillon, alors seulement songer, secondairement, à l'hystérectomie vaginale. C'est, en somme, une règle générale : toujours avoir pour but premier le traitement direct et se rabattre, faute de mieux, sur le traitement indirect.

Pour juger de la gravité, on ne peut se défendre de se défier, *a priori*, d'une opération aveugle, quelquefois extrêmement pénible, tandis que, dans l'immense majorité des cas, la laparotomie est d'une grande simplicité. L'expérience se prononce dans le même sens : M. Pozzi a 3 morts sur 39 laparotomies pour salpingite suppurée (et il y a 10 jours, il avait 37 cas avec 1 décès) ; M. Bouilly a 4 morts sur 33; M. Segond en a 4 sur 23. La différence n'est pas énorme, et l'exemple de M. Pozzi prouve immédiatement qu'il faut tenir compte des séries. Mais en tout cas, et jusqu'à nouvel ordre, l'avantage n'est pas à l'hystérectomie. En principe, donc, cette opération ne se justifie pas, car pour juger de la nature exacte des lésions, de leur suppuration, de leur bilatéralité, elle suppose un diagnostic infaillible, et chacun sait qu'en cette matière nous nous trompons souvent. Mais au moins la laparotomie a l'avantage de mettre en évidence nos fautes de diagnostic et d'opération. M. Pozzi craint que, si l'hystérectomie se vulgarise, le vagin ne devienne un gouffre au fond duquel se cachera l'ignorance, quelquefois même la malhonnêteté.

Cal vicieux.

M. Le Dentu présente un sujet auquel, en 1889, il a fait l'ostéotomie cunéiforme pour un cal vicieux du tibia, fléchi en avant, presque à angle droit, avec une ulcération devant cet angle. La plaie a suppuré; mais le résultat est aujourd'hui très bon.

M. Charvot montre un soldat atteint d'hypertrophie mammaire, consécutive à une atrophie testiculaire bilatérale survenue 4 à 5 mois après une attaque d'oreillons.

A. Broca.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 13 mars 1891

Présidence de M. E. Labbé

Cas de lèpre systématisée avec troubles nerveux nutritifs, se rapprochant de la syringomyélie.

M. Thibierge. — Le malade que je présente et qui a passé déjà dans les services de MM. Rendu et Babinski, avant d'arriver dans le mien, permet de discuter le diagnostic, souvent délicat, de la syringomyélie et de la lèpre.

Cet homme a souffert au Tonkin, en 1886, d'un ulcère annamite, d'ampoules aux pieds, et d'une impotence musculaire du membre supérieur droit, qui ne l'a pas abandonné depuis. A Lille, M. Leloir a fait chez lui le diagnostic de lèpre.

Actuellement, le malade est très amaigri parce qu'il se nourrit mal; il ne présente pas de troubles de la sensibilité à la face et son orbiculaire palpébral est parésié.

Les doigts des membres inférieurs sont amincis et effilés. La face dorsale de la main et des avant-bras est pigmentée et anesthésiée. Les muscles de l'avant-bras et de la main sont atrophiés. Dans ces régions, la peau présente une abolition de la sensibilité à la douleur et à la chaleur, avec conservation de la sensibilité au contact. Enfin, il y a une névrite nodulaire des nerfs cubitaux.

Aux membres inférieurs, les réflexes rotuliens sont conservés. Les troubles trophiques consistent en ulcérations, offrant l'aspect du mal perforant. La dissociation de la sensibilité est tout à fait semblable à celle des membres supérieurs.

Ces divers symptômes portent à penser au diagnostic de syringomyélie ou de lèpre nerveuse.

La dissociation de la sensibilité fait naturellement penser à la syringomyélie. Par contre, la prédominance des troubles trophiques cutanés aux membres inférieurs, leur début à une époque voisine de celle des amyotrophies des membres inférieurs, l'évolution relativement rapide des lésions, sont autant de particularités qui s'accordent mal avec ce que l'on connaît de la marche de la syringomyélie. De même, le début vers l'âge de quarante ans est bien tardif pour une maladie qui, comme la syringomyélie, entre presque toujours en scène vers l'âge de quinze à vingt ans (Charcot). On peut faire encore remarquer l'absence de scoliose.

A l'appui du diagnostic de lèpre, on peut invoquer le séjour prolongé au Tonkin (où la lèpre est endémique), la paralysie bilatérale de l'orbiculaire, et surtout la névrite nodulaire que l'on peut considérer comme pathognomonique de la lèpre.

La dissociation de la sensibilité ne doit pas faire rejeter le diagnostic de lèpre, car elle n'est pas pathognomonique de la syringomyélie. On l'a rencontrée dans l'hystérie (Charcot) et, d'autre part, dans des cas indiscutables de lèpre, on a observé, par places, des troubles sensitifs offrant quelques analogies avec la dissociation dite syringomyélitique.

Quant à la topographie de ces troubles, elle peut être analogue dans la lèpre et dans la syringomyélie.

En terminant j'insisterai sur la nécessité qu'il y a de compter avec la lèpre dans le diagnostic des maladies cutanées et amyotrophiques. On a coutume de considérer la lèpre comme une maladie exceptionnelle dans nos climats. Assurément, elle ne se multiplie pas en France, du moins sous le climat de Paris. Il n'en est pas moins vrai qu'elle s'y observe avec une grande fréquence. On compte, en ce moment même, six lépreux à Saint-Louis.

Induration chronique des veines périphériques.

M. Duponchel. — J'ai présenté l'année dernière à la Société un malade dont les veines étaient indurées et roulaient sous le doigt à la façon des artères athéromateuses. Je présente deux nouveaux sujets chez lesquels on peut faire semblable constatation. Chez l'un d'eux, la lésion porte sur les veines saphènes internes ; chez le second, les veines périphériques des membres supérieurs sont seules intéressées. La question très obscure de la pathogénie de ces indurations veineuses n'est pas éclairée par ces deux cas, et l'anatomie pathologique est tout entière à faire. Chez mon premier malade, je n'ai pu relever dans ses antécédents qu'une fièvre typhoïde, survenue il y a trois ans, une affection thoracique dans l'enfance, une pneumonie récente.

Troubles trophiques cutanés dans l'hystérie.

M. Richardière. — Le malade qui fait l'objet de cette communication et qui est âgé de vingt-neuf ans, a eu une attaque d'apoplexie avec perte de connaissance qui a duré 24 heures. A la suite, il a présenté de l'hémiplégie motrice du côté droit, qui s'est dissipée assez rapidement, et des troubles trophiques consistant en amyotrophie et en lésions cutanées, sous forme de bulles, sur les deux côtés du corps.

Le malade, issu d'une famille de névropathes, présente des stigmates hystériques on ne peut plus nets. Aussi, ne nous paraît-il pas douteux que les troubles trophiques sont d'origine hystérique.

Une hémorrhagie cérébrale pourrait bien donner, après une attaque d'apoplexie, une hémiplégie motrice, voire même sensitive, mais elle ne pourrait produire des troubles trophiques bilatéraux. Le ramollissement cérébral et la syphilis cérébrale doivent être également éliminés. Reste la syringomyélie. La bilatéralité des troubles trophiques nous avait fait penser un instant à une association d'hystérie et de syringomyélie, mais le début brusque des accidents, leur évolution très rapide (en deux mois), l'unilatéralité des troubles sensitifs, qui portent sur les trois modes de réaction, l'absence de toute dissociation et de toute scoliose, éliminent bien vite l'hypothèse de syringomyélie. Il ne reste donc plus que l'hystérie.

Du reste, pour être moins fréquents que les amyotrophies, les troubles trophiques de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané ont été signalés, dans l'hystérie, par un certain nombre d'auteurs. C'est ainsi qu'on a observé des œdèmes, des ecchymoses sous-cutanées, des poussées d'eczéma et de pemphigus, des altérations des ongles.

Des mouvements associés dans la paralysie faciale.

M. Debove. — J'ai observé un malade atteint de paralysie de la face (suite de traumatisme) et présentant cette particularité qu'il ne pouvait parler sans fermer les yeux. Ces mouvements associés ont été fréquemment observés, mais ils sont, chez ce sujet, portés, pour ainsi dire, à leur plus haute puissance.

Hitzig a attribué ces mouvements associés à un état anormal de l'excitabilité des noyaux bulbaires. Il nous paraît plus naturel de les attribuer à l'effort nécessaire pour produire un mouvement.

Dans la paralysie faciale, au moment où reparaît la contractilité volontaire, le malade est obligé de faire un effort considérable pour produire le moindre mouvement de la lèvre ou de la paupière. L'incitation qui part alors du noyau du facial ne se limite plus facilement à telle ou telle branche, mais elle les intéresse toutes plus ou moins. Bien plus, les anastomoses existant entre les deux noyaux du facial font comprendre que des incitations énergiques émanées d'un noyau puissent s'étendre au noyau facial du côté opposé. Du reste, tout mouvement violent manque de précision, parce qu'il est difficile d'obtenir la contraction isolée d'un faisceau musculaire. Il est aisé, par exemple, de mouvoir le pouce à l'exclusion des autres doigts, mais si l'on contracte violemment le muscle fléchisseur du pouce, les autres doigts sont mis en mouvement, ou, tout au moins, ils ne restent immobiles qu'avec un certain effort, nécessaire pour limiter le mouvement au pouce seul.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 13 *mars* 1891

Présidence de M. Cornil.

Endocardite infectieuse.

M. Thiroloix relate l'autopsie d'un homme qui a succombé à une endocardite infectieuse avec abcès viscéraux multiples. Dans ces abcès, dans la bile, existait presque seul le *staphylococcus pyogenes aureus*, et il existait de même dans de vieilles dilatations bronchiques très suppurantes dont, à cause de leur ancienneté, M. Thiroloix fait la cause de l'infection.

Pachyvaginalite tuberculeuse.

M. Goupil a observé, dans le service de M. Reclus, un homme portant une tumeur testiculaire, grosse comme une tête de fœtus, et cet homme racontait qu'en 24 heures cette tumeur avait pris un accroissement énorme et subit. Le diagnostic hésitait entre un sarcome et une hématocèle : l'incision révéla une pachyvaginalite (avec épanchement séreux, il est vrai). Mais, en essayant de décortiquer, on trouva de petits abcès entre les strates; puis des foyers caséeux dans l'épididyme, et finalement la castration fut pratiquée. Les foyers épididymaires contiennent des bacilles.

M. R. Faure-Miller présente un *anévrysme de la crosse de l'aorte*, qui a érodé les corps vertébraux jusqu'à mettre la dure-mère à nu.

M. Calbet montre une volumineuse *hernie ombilicale congénitale*, où aucune enveloppe n'entoure l'intestin.

M. Touche fait voir des *reins kystiques* absolument latents, trouvés à l'autopsie d'un vieillard, mort de pneumonie.

M. Trekaki présente une pièce de *syphilis laryngée*, ayant causé la mort par asphyxie chez un homme dont les poumons sont farcis de gommes.

M. Isidor apporte des *kystes hydatiques multiples du foie* chez un homme auquel, dans divers services hospitaliers, on avait diagnostiqué une cirrhose atrophique.

M. Targowla fait une communication sur les *fibres intercorticales* du cerveau et du cervelet.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

Séance du 12 *mars* 1891

Présidence de M. le professeur Hardy.

Dangers de la lymphe de Koch.

M. Hallopeau fait sur ce sujet une communication qui est reproduite *in extenso* en tête du présent numéro.

Hypertrophie de la main avec troubles trophiques.

M. Du Castel présente un homme de 24 ans dont la main gauche est beaucoup plus volumineuse que la droite ; cette inégalité de volume remonte au jeune âge ; l'hypertrophie porte sur la presque totalité de la main, de sorte qu'il y a au niveau du poignet un ressaut entre le niveau de la peau de

l'avant-bras et celui de la peau du dos de la main; elle occupe surtout les téguments, cependant les os sont peut-être aussi légèrement augmentés de volume.

Au niveau des doigts, l'augmentation de volume est plus prononcée encore; le pouce n'est pas plus volumineux que celui de la main droite, mais les autres doigts sont très volumineux, surtout l'annulaire; la peau est épaissie et sclérosée. En outre, sur la face dorsale de la première phalange de l'annulaire, la peau est violacée et présente une série de petites papules cornées (angiokératome). Sur le reste du corps, il n'y a aucune malformation à noter, si ce n'est la présence de quelques nœvi pigmentaires.

M. E. Besnier. — Les lésions cutanées doivent être mises sur le compte d'une cause trophique centrale, bien qu'on ne puisse en déterminer ni le siège ni la nature. Les os semblent un peu augmentés de volume.

M. Hardy. — J'ai vu un cas de ce genre, dans lequel l'iodure de potassium et les eaux de Kreuznach ont amené une certaine amélioration : ces faits rentrent dans l'éléphantiasis.

M. E. Besnier. — Le nom d'éléphantiasis s'applique à une maladie bien déterminée au point de vue clinique et étiologique, produite par la filaire de Wücherer.

M. G. Thibierge. — En raison de l'origine certainement très reculée des lésions, je serais assez disposé à les considérer comme une malformation congénitale sur laquelle sont venus se greffer des troubles trophiques. On connaît en effet, surtout depuis le mémoire de Trélat et Monod, un certain nombre d'exemples d'hypertrophie congénitale partielle des membres et en particulier des doigts : des faits plus récents ont été signalés par MM. Chauvel et P. Berger, d'autres ont été rappelés par Virchow à la Société de médecine berlinoise en 1889. Plusieurs de ces observations sont désignées à tort sous les noms d'éléphantiasis congénital, d'acromégalie partielle; certains cas sont dus à des lymphangiomes congénitaux, comme l'a bien montré le professeur Lannelongue.

Chancres syphilitiques des avant-bras.

M. Feulard présente un malade qui, après un séjour à l'hôpital Saint-Louis où il était traité pour la gale, fut atteint de chancres syphilitiques occupant symétriquement les deux coudes : vu la position des chancres et l'absence de toute autre cause, il est probable qu'ils ont été produits par inoculation sur les points de contact avec une table sur laquelle le virus syphilitique avait été accidentellement déposé.

M. E. Besnier. — Ce fait est d'autant plus intéressant qu'il est exceptionnel de voir, dans des hôpitaux spéciaux comme Saint-Louis et le Midi, la transmission de la syphilis se produire, même par des instruments qu'on nettoyait et qu'on nettoie encore d'une façon fort incomplète, telles que les scarificateurs à ventouses. De même la contagion par les instruments des dentistes, par les crayons de nitrate d'argent communs à tous les malades, etc., est exceptionnelle; on connaît, par contre, des exemples de contagions en série qui ont été produites par des otologistes au moyen d'instruments qui servaient successivement à plusieurs malades. Il faut par conséquent supposer, et la clinique l'indique bien, que la contagion syphilitique se fait surtout par le contact direct et que le virus ne reste pas longtemps virulent sur les objets à la surface desquels il est déposé.

M. Hardy. — Je partage absolument l'avis de M. Besnier sur la rareté et la difficulté de la contagion syphilitique par les instruments. Ainsi, je ne connais aucun exemple de contagion par le spéculum, et cependant cet instrument est souvent nettoyé d'une façon très incomplète. Les cas de contagion par la sonde à la suite du cathétérisme de la trompe d'Eustache ont été presque tous le fait d'un auriste qui a transmis ainsi un certain nombre de syphilis presque toutes graves et très graves : depuis la mort de cet auriste, les exemples en sont devenus extrêmement rares.

M. Verchère. — J'ai vu à Saint-Lazare un chancre de la vulve développé chez une femme internée depuis 6 semaines; j'ai pensé qu'il était le résultat d'une contagion opérée par la canule à injections, instrument qui était commun à toutes les malades et servait successivement à chacune d'elles sans avoir subi de nettoyages suffisants. J'ai depuis lors exigé que chaque femme ait une canule à elle

M. Le Pileur. — Depuis 19 ans que je suis à Saint-Lazare, je n'ai pas vu un seul cas de syphilis transmise par les instruments; par contre, la contagion de femme à femme est assez fréquente.

Tolérance et digestion de l'huile à haute dose par le tissu cellulaire sous-cutané.

M. Burlureaux. — J'ai fait, au moyen d'un appareil spécial consistant en un flacon dans lequel on refoule de l'air au moyen d'une pompe, des injections d'huile créosotée dans le tissu cellulaire sous-cutané. La pression dans le flacon doit être telle que l'écoulement se fasse avec une vitesse de 45 à 50 gouttes par minute. Grâce à cette précaution, on peut injecter des quantités de liquides considérables et arriver au bout de quelque injections, car les premières injections sont plus douloureuses que les suivantes, à introduire 60 à 100 grammes d'huile. L'injection donne lieu, au bout d'une demi-heure, à une légère tumeur, mesurant 5 à 6 centimètres de diamètre à sa base, puis vers la deuxième heure apparaît dans le 5e des cas une légère rougeur érythémateuse. Le plus souvent (9 fois sur 10), l'huile se résorbe, la tuméfaction diminue à partir de la 3e heure, et le lendemain il n'en reste plus trace; une fois sur dix, la région injectée reste indurée, douloureuse au toucher, et la résorption se fait plus tardivement. Très rarement, l'huile s'enkyste et la région est fluctuante pendant 5, 10, 15 jours, mais le kyste finit toujours par se résorber et ne suppure jamais.

Hydrargyrie bulleuse.

M. Petrini (de Galatz) communique une observation d'éruption de bulles assez larges survenue chez une femme en couches, après 3 injections de sublimé; la malade avait déjà eu des éruptions plus légères à la suite d'injections vaginales de sublimé et à la suite d'applications de pommade au calomel.

Névrodermite circonscrite (lichen circumscriptus des auteurs).

MM. Brocq et Jacquet communiquent l'observation d'un cas de cette affection qui a pour caractères cliniques son développement chez des sujets nerveux, un prurit constant qui précède le développement d'un placard circonscrit, sa disposition en zones concentriques, sa sécheresse absolue avec hypertrophie des pupilles, saillies papuleuses, infiltration dermique, pigmentation et enfin sa chronicité et sa tendance aux récidives.

M. Hallopeau présente deux malades atteints de *kératodermie plantaire et palmaire*.

M. Feulard présente un malade atteint simultanément de *syphilis secondaire et de pityriasis rosé*.

Georges Thibierge.

LE TRAITEMENT DE KOCH

M. Braun (1). — Dans les affections tuberculeuses chirurgicales formées, le remède de Koch ne donne que des résultats négatifs ou insignifiants. Mais lorsque l'intervention chirurgicale a précédé le traitement par les injections, l'amélioration et la guérison sont plus complètes et plus rapides. La lymphe de Koch a alors encore un autre avantage, c'est de nous renseigner sur l'existence possible de foyers tuberculeux restés latents et que l'on pourra traiter tout de suite avant l'extension des lésions.

L'auteur ne se prononce pas sur les complications qui peuvent apparaître à la suite du traitement. Dans un cas

(1) *Société des sciences de Kœnigsberg*, 2 février.

cependant, il a dû interrompre le traitement par crainte de voir se développer une tuberculose généralisée.

M. Jasinski (1). — L'auteur admet la valeur thérapeutique de la méthode de Koch unie à l'intervention chirurgicale. C'est du moins ce que l'on peut saisir dans sa longue et diffuse communication où il est traité successivement de la graduation des doses, de la diminution de l'hémoglobine, de la valeur diagnostique de la méthode, de l'accumulation de la substance toxique, de l'élimination des séquestres, etc.

M. Riegel (2). — Malgré l'irrégularité de ses effets, le remède de Koch possède bien une valeur diagnostique considérable. Quant à son effet curatif il est réel dans certains cas de tuberculose pulmonaire au début et de tuberculose laryngée. L'auteur n'en relate pas moins des cas de tuberculose pulmonaire où les signes physiques, augmentation de la matité, apparition de cavernes, se sont aggravés et ont persisté tels par la suite.

M. Landgraf (3). — Dans un cas d'ulcère tuberculeux de la cornée, l'auteur a constaté les bons effets de la méthode de Koch, malgré l'apparition de deux granulations nouvelles qui ont disparu en même temps que l'ulcère s'est cicatrisé.

Au 4e Congrès des médecins russes.

M. Kischkin (Moscou). — Les injections faites dans le service du professeur Tscherinow ont montré que le degré de la réaction ne dépend absolument pas de la constitution du sujet et du caractère des lésions.

En général, l'état des malades s'est amélioré, on n'a pas constaté d'accidents sérieux.

M. Sklifasovski (Moscou) considère comme douteux les bons effets du remède de Koch et pense que la possibilité de provoquer une généralisation de la maladie doit rendre le médecin réservé dans son emploi. Cette opinion] est également défendue par M. Tschudnowski.

M. Bogolowski (Moscou) conclut de ses recherches que :

1° La méthode de Koch, créée d'après les théories pastoriennes, est une méthode scientifique respectable à tous égards ;

2° Que l'on ne doit l'employer au lit du malade que lorsque l'on sera tout à fait fixé sur ses effets connus par expérimentation ;

3° Que les examens faits par Virchow ont amplement démontré la possibilité de la diffusion de la maladie à la suite des injections ;

4° Que la mise en pratique de la méthode doit être réservée désormais ;

6° Enfin, que la valeur diagnostique du remède est douteuse.

A la *Société médicale de Pétersbourg.*

MM. Sokolow et Wassiliew se sont prononcés, avec des réserves, pour l'action favorable de la méthode de Koch dans certains cas de tuberculose pulmonaire.

MM. Netschajew et Sperk n'ont obtenu aucun résultat appréciable dans le traitement de la tuberculose pulmonaire et du lupus.

MM. Barbing et Wilson (4). — Les auteurs ont trouvé dans un cas des bacilles tuberculeux dans le sang du doigt chez un malade traité par la méthode de Koch.

MM. Spillmann et Haushalter (5). — Les auteurs ont pratiqué les injections de Koch chez dix malades atteints de manifestations tuberculeuses diverses. Une seule fois il y a eu une amélioration réelle « que l'on peut d'ailleurs peut-être attribuer au séjour du malade à l'hôpital. » Deux fois les symptômes se sont aggravés. Dans six cas l'état est resté stationnaire.

(1) *Deuts. medic. Wochen.*, 12 mars, p. 415.
(2) *Société de médecine de Giessen*, 28 janvier.
(3) *Berlin. klin. Woch.*, 16 mars, p. 285.
(4) *Brit. med. Journal*, 14 février 1891.
(5) *Société de méd. de Nancy*, 28 janvier 1891.

A la suite de cette communication, MM. Schmitt, Bernheim, Parisot ont insisté sur l'action énergique du remède sur le système circulatoire et sur les accidents qui peuvent en résulter.

M. Haushalter (Nancy) (1). — L'auteur a étudié, au point de vue bactériologique un tubercule crétacé du poumon, considéré comme tubercule de guérison. Il a retrouvé au centre le bacille de Koch et a pu avec lui reproduire une tuberculose expérimentale, atténuée, il est vrai, dans ses manifestations et dans sa marche.

ÉTRANGER

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 4 *mars* 1891 (fin).

Traitement de Koch

M. Oestreicher présente au nom de M. Virchow les pièces anatomiques d'une femme qui a succombé consécutivement aux injections de tuberculine. Entrée à la Charité avec les symptômes d'une tuberculose des sommets et des phénomènes de péritonite, elle fut soumise aux injections de Koch. La fièvre devint subintrante, l'état général s'aggrava et la malade mourut six semaines après son entrée. Elle a reçu en tout 23 injections. A l'autopsie, on trouva les lésions classiques de phthisie pulmonaire. Le péritoine présentait, à côté des quelques foyers caséifiés, une éruption de tubercules frais qui sont certainement survenus après les injections.

Traitement des coliques hépatiques par l'huile d'olive.

M. S. Rosenberg présente une collection de calculs biliaires provenant de trois femmes soumises au traitement par l'huile d'olive. La première, d'origine anglaise, traitée en vain par toutes les méthodes classiques, a rendu trois calculs après l'injection de 150 grammes d'huile d'olive. Le second cas se rapporte à une femme sujette depuis 13 ans aux coliques hépatiques. Elle a fait sans succès des cures nombreuses aux villes d'eau. Deux jours après avoir pris de l'huile d'olive, elle a rendu 7 calculs. La troisième malade est une femme de 54 ans sujette, depuis 2 ans, à des coliques hépatiques très violentes. Dernièrement encore elle a été obligée de garder le lit pendant 8 semaines. Le 28 février elle prend 150 grammes d'huile d'olive avec un peu de cognac et de menthol, et le 1er mars elle rendait avec les selles une masse de graviers et un grand nombre de petit calculs. Ces observations prouvent l'utilité du traitement par l'huile d'olives même dans des cas en apparence désespérés.

M. Senator a également obtenu de très bons résultats par l'emploi de l'huile d'olive. Depuis quelque temps il emploie de préférence la lipanine qui est mieux acceptée par les malades.

Cysticerques des muscles.

M. J. Israël a plusieurs fois extirpé à un sujet de petites tumeurs, de dimension d'une cerise, situées dans les muscles temporal, grand dorsal, grand et petit pectoral. A l'examen microscopique on trouvait invariablement que ces tumeurs étaient des abcès remplis par des leucocytes atteints de dégénérescence graisseuse, et des granulations graisseuses assez volumineuses. La paroi de ces abcès se compose de tissu musculaire atteint de sclérose fibreuse et présentant une coloration jaune sur la face interne de la poche. L'étiologie de ces abcès était très difficile à saisir, lorsqu'un jour on trouva les restes d'une membrane qui a fait voir qu'il s'agissait des cysticerques suppurés. Quelque temps après, M. Israël a eu l'occasion d'enlever une tumeur de ce genre qui contenait un cysticerque volumineux. La tumeur, qui siégeait dans

(1) *Revue médicale de l'Est*, 1er mars 1891, p. 150.

la région mammaire, a pu être extirpée après l'incision de la glande. La cavité formée autour du cysticerque comprenait toute la largeur du petit pectoral qui était transformé en une substance fibreuse. Entre le muscle sclérosé et le cysticerque existait une couche de pus composé de leucocytes atteints de dégénérescence graisseuse, et de granulations graisseuses.

ANGLETERRE

SOCIÉTÉ MÉDICALE ET CHIRURGICALE DE LONDRES

Séance du 10 mars 1891.

Présidence de M. Timothée Holmes.

Deux cas d'idioglossie.

MM. Hale White et Golding-Bird. — Voici deux jeunes garçons, deux frères, qui nous ont été amenés par leurs parents comme atteints de surdi-mutité. Un examen attentif permet de constater qu'ils ne sont pas sourds-muets; ils entendent bien et s'expriment en sons articulés. Ces sons n'appartiennent à aucune langue connue, mais les enfants emploient toujours le même son pour exprimer le même mot. Chacun de ces enfants a ainsi un langage à lui particulier, et c'est pour cette raison que, à l'instigation de M. Perry, nous avons donné à cet état le nom d'idioglossie. La sœur aînée de ces enfants est atteinte à un léger degré d'un trouble semblable du langage. Tous ces enfants sont remarquablement intelligents; ils lisent et comprennent ce qu'ils lisent et écrivent correctement l'anglais. Ils ne sont atteints d'aucune malformation appréciable; l'un d'eux est gaucher; il y a des antécédents de folie dans la famille. Grâce à un traitement attentif, nous avons déjà obtenu une amélioration nette chez ces enfants, amélioration plus prononcée chez celui qui a été soumis le plus longtemps à ce traitement. On pouvait, lorsque les enfants se sont présentés à nous, établir pour chacun d'eux une concordance absolue entre les sons du langage normal et des sons déterminés de leur langage spécial.

M. Frederick Taylor. — J'ai observé un cas en tout semblable aux précédents. Il s'agissait d'un enfant de 8 ans 1/2 qui n'avait d'autre défaut physique qu'un léger état arqué de la voûte palatine; l'enfant avait eu 3 attaques convulsives à l'âge de 8 mois; il n'avait jamais parlé convenablement et lorsque je le vis pour la première fois il était presque inintelligible. Cependant il comprenait ce qu'on lui disait, pouvait lire des mots courts et écrire d'une grosse écriture enfantine. Il confondait dans sa prononciation quelques consonnes et ajoutait à presque tous les mots les syllabes *ida* et *éda*. Au bout de quelques mois d'éducation, son langage était beaucoup plus régulier. Je crois que, dans ces cas, il s'agit d'un trouble de l'articulation, dû à ce que les centres nerveux sont moins aptes à l'éducation que chez des sujets ordinaires.

M. Pye-Smith.— Je pense également que le terme d'idioglossie ne convient pas à ces cas : il ne s'agit pas là d'un langage particulier, mais d'une forme imparfaite d'anglais ou plutôt d'un anglais imparfaitement prononcé, qui constitue la forme extrême du langage enfantin, compliquée peut-être de quelque imperfection physique, telle qu'une obstruction nasale. L'appareil vocal et probablement aussi les centres nerveux paraissent sains dans ces cas.

M. Hadden. — Voici un malade dont l'observation a été publiée et qui présente des troubles semblables. Le meilleur traitement, en pareil cas, est l'isolement. Les enfants apprennent à parler par un mécanisme oral et commencent par prononcer les mots dont le mécanisme est clair : tata, dada, avant de prononcer des mots plus compliqués. J'ai observé un cas semblable chez un enfant gaucher dont le père était mort aliéné et un autre chez un enfant qui n'était pas gaucher, mais un peu bègue.

M. Spencer Watson. — Ces divers cas appartiennent à la surdi-mutité : il peut y avoir des troubles de l'audition comme des troubles de la réfraction et ces troubles peuvent disparaître par l'éducation : les anomalies observées chez ces enfants peuvent tenir en partie à une audition défectueuse, en partie à l'imitation et en partie à des tumeurs adénoïdes du pharynx nasal, mais elles ne tiennent pas nécessairement à un trouble nerveux central.

M. Wilks. — Il s'agit certainement plutôt d'un trouble de la parole que d'un trouble du langage.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE LONDRES

Séance du 9 mars 1891

PRÉSIDENCE DE M. DOUGLAS POWELL.

Angine de poitrine (1).

M. Lauder Brunton. — Il y a une grande analogie entre le cœur et la vessie : tous deux sont des organes musculaires creux qui se contractent et se dilatent à intervalles assez réguliers, et expulsent leur contenu liquide; une légère distension est pour tous deux une cause de contraction, et si la distension est excessive, elle détermine une douleur dont l'intensité peut varier depuis celle d'une gêne légère jusqu'à celle d'une douleur excessivement horrible. D'une façon générale, la sensation de douleur est toujours centrale, elle peut même se produire sans cause périphérique, comme dans l'hystérie; d'autres fois, la douleur est à la fois centrale et périphérique, comme dans les crises vésicales de l'ataxie locomotrice. Ordinairement, la distension, soit du cœur, soit de la vessie, non seulement détermine la contraction de ces organes, mais encore diminue, par l'intermédiaire du système nerveux, la résistance du sphincter vésical ou des artérioles, s'il s'agit du cœur. Le caractère spasmodique de l'angine de poitrine traduit son origine nerveuse; mais elle est si souvent associée à une lésion des artères coronaires et à une dégénérescence graisseuse du cœur, que ces états ont certainement une part dans sa production. L'angine de poitrine n'est due uniquement ni à un excès de tension, ni à un affaiblissement du cœur, mais à la faiblesse du cœur par rapport à la résistance qu'il doit surmonter; de sorte qu'elle peut être produite soit par les causes qui affaiblissent le cœur, soit par celles qui augmentent la résistance, soit par des causes qui produisent simultanément ces deux effets. Les causes qui augmentent la résistance peuvent être d'origine cutanée, vésicale ou musculaire : ce sont ces dernières (mouvements) qui jouent le rôle le plus important. L'athérome des artères coronaires a tant d'importance dans la production de l'angine de poitrine parce qu'il empêche l'afflux du sang au cœur pendant l'exercice, ainsi que cela arrive pour les artères nourricières de tous les muscles. Le siège plus fréquent de l'angine de poitrine dans le cœur gauche que dans le cœur droit tient à ce que la valvule tricuspide devient plus facilement insuffisante que la valvule mitrale lorsque le cœur se dilate, de sorte que la distension cardiaque est moindre. Il est nécessaire, chez les sujets atteints d'angine de poitrine, de faciliter l'élimination des produits de combustion, de prescrire un régime sobre chez les goutteux, d'administrer du fer et de l'arsenic lorsque le cœur est faible ; pendant les accès, ce sont les nitrites qui constituent le remède le plus efficace, et, dans l'intervalle, c'est surtout l'iodure de potassium qu'on doit prescrire.

M. Mitchell Bruce. — La véritable angine de poitrine vaso-motrice est très rare; on emploie généralement ce terme à faux, ce qui peut conduire à des erreurs d'interprétation. Il faut abandonner le terme d'angine de poitrine vaso-motrice et le remplacer par celui de « cœur goutteux » qui a l'avantage de désigner un état pathologique et non un ensemble de symptômes. Quant à l'angine de poitrine classique, il y a, comparativement au nombre des cas graves, un grand nombre de cas dans lesquels elle est peu grave.

M. de Havilland-Hall. — La goutte cardiaque est rarement une cause de mort. L'état que l'on désigne sous le nom de « goutte à l'estomac » est souvent constitué par l'angine de poitrine, d'autres fois par des coliques hépatiques, et,

(1) Voir le commencement de cette discussion in *Mercredi médical*, 18 février et 4 mars 1891, p. 81 et 111.

d'ailleurs, on confond fréquemment en clinique ces deux états pathologiques.

M. Douglas-Powell. — Il me parait indubitable que l'angine de poitrine est due à un spasme du cœur, résultant de sa distension et non à une névralgie : les affections neurotiques sont invariablement associées à un trouble de fonction, et cependant il résulte clairement de l'observation que, dans certains cas d'angine de poitrine, le fonctionnement du cœur n'est pas altéré, même pendant l'attaque. Je ne puis admettre l'opinion qui a été émise, que l'angine de poitrine coïncide rarement avec des lésions de l'orifice mitral : j'ai, au contraire, vu fréquemment cette coïncidence et, d'ailleurs, il y a souvent des lésions dégénératives de la valvule mitrale chez les sujets âgés et goutteux.

AUTRICHE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE VIENNE

Séance du 13 *mars* 1891

Traitement de Koch.

M. Kaposi a essayé les injections de Koch sur 50 malades dont 35 lupiques.

La réaction existe chez des individus qui ne sont pas atteints de lésions tuberculeuses (syphilis, sarcome), mais elle est moins prononcée que chez les lupiques. Chez ces derniers on observe des améliorations (aplatissement des tubercules), mais pas de guérison; dans quelques cas on a constaté des aggravations manifestes et des poussées aiguës d'une intensité qu'on n'observe ordinairement pas avec les autres méthodes thérapeutiques.

Sur 4 cas de lèpre, 2 ont à peine réagi. Sur les deux autres, une lèpre maculeuse s'est transformée sous l'influence des injections en une lèpre tuberculeuse.

M. Kaposi conclut en disant que le traitement de Koch est incapable de guérir le lupus.

M. Neumann a essayé la méthode de Koch dans 17 cas de lupus, dans la syphilis et la lèpre. Sous l'influence des injections, le lupus ulcéré prend une extension considérable; les lupus entourés d'une couche fibreuse réagissent à peine.

Traitement des néoplasmes inopérables par les injections de pyoktanine.

M. Mosetig présente plusieurs malades atteints de différentes formes de cancer et notablement améliorés par les injections de pyoktanine.

1) Une femme atteinte de sarcome de la mâchoire inférieure. Après 50 injections (en tout 120 grammes de substance active), la tumeur a considérablement diminué.

2) Un cas de sarcome du sternum. Actuellement il ne reste plus que le stroma fibreux de la tumeur.

3) Un homme de 58 ans atteint depuis 8 mois de sarcome de la langue et du plancher de la bouche. Actuellement toute mauvaise odeur et les douleurs ont disparu, la langue est redevenue mobile.

4) Une femme de 47 ans atteinte d'épithélioma de la face. On a employé en tout 27 grammes de pyoktanine. Actuellement l'infiltration est moins dure, plusieurs nodules se sont détachés; l'état général est devenu meilleur.

Les améliorations sont également manifestes chez une femme atteinte de cancer de la vessie et chez un homme porteur d'un adéno-carcinome du bassin. Chez la première les hématuries ont cessé, chez le second la tumeur a diminué des trois quarts.

La solution doit être faite au 500e; l'injection comprenant 2 à 3 grammes de substance active doit être faite sur la périphérie de la tumeur, au niveau du tissu sain.

Sous l'influence de ces injections on observe la disparition des douleurs, la diminution graduelle de la tumeur qui en partie se détache, en partie subit le ramollissement, la dégénérescence graisseuse et la résorption.

Comment agit dans ces cas la substance colorante ?

On pouvait penser qu'elle s'attaque directement aux noyaux des cellules spécifiques, mais l'examen histologique fait dans 3 cas par Riehl a démontré que ce sont les fibres musculaires nerveuses et le tissu conjonctif qui se colorent, tandis que les noyaux restent intacts.

M. Billroth a essayé les injections de substances colorantes dans une trentaine de cas. Il n'a jamais observé de résorption ni même de diminution de l'odeur. Quelquefois on observe un ramollissement de la tumeur qu'on peut considérer comme une aggravation de l'état du malade.

RUSSIE

QUATRIÈME CONGRÈS DES MÉDECINS RUSSES

Abcès rétro-pharyngiens.

M. Sokoloff a fait un rapport sur 40 cas d'abcès rétro-pharyngiens chez les enfants et 16 cas de lymphadénite rétro-pharyngienne, observés dans l'espace de 4 ans, dans les hôpitaux des enfants de Moscou.

Les causes de la suppuration sont très variables, et les abcès qui en résultent peuvent être divisés de la façon suivante : 1) Infiltrations purulentes de l'espace conjonctif rétro-viscéral du cou, consécutives aux processus inflammatoires du voisinage; 2) abcès par spondylite cervicale d'origine tuberculeuse; 3) abcès rétro-pharyngiens proprement dits par processus inflammatoires de l'espace conjonctif rétro-viscéral lui-même. Ces derniers résultent : 1° du phlegmon traumatique du tissu conjonctif; 2° de l'inflammation métastatique de ce dernier (fièvre typhoïde, variole, etc.); 3° de la suppuration des ganglions lymphatiques rétro-pharyngiens. Cette dernière donne lieu à ce qu'on appelle l'abcès rétro-pharyngien primitif.

Les abcès rétro-pharyngiens dits primitifs sont particulièrement fréquents chez les enfants au-dessous d'un an. Ce fait s'explique d'abord par la fréquence de la lymphadénite du cou chez les enfants et par l'atrophie des ganglions rétro-pharyngiens chez des enfants plus âgés, fait indiqué par Henle et constaté par Sokoloff sur 12 cadavres d'enfants.

La lymphadénite du cou est due à la fréquence, chez les enfants, des inflammations périphériques et des processus traumatiques du côté de la tête et de ses cavités. La lymphadénite primitive, idiopathique, n'existe pas d'une façon générale, et les lymphadénites rétro-pharyngiennes sont toujours secondaires, consécutives à la pharyngite.

La lymphadénite et les abcès rétro-pharyngiens peuvent évoluer chez les petits enfants sans phénomènes alarmants, et pour les diagnostiquer, surtout quand il s'agit d'enfants au-dessous d'un an, il faut toujours explorer avec le doigt la paroi postérieure du pharynx.

Pour ouvrir ces abcès, Sokoloff se sert d'un bistouri spécial à lame cachée, car, avec le bistouri ordinaire, l'incision est difficile et l'ouverture souvent trop petite. Ces abcès doivent être ouverts par une incision cutanée dans les cas suivants : 1° quand l'abcès est trop profond pour pouvoir être atteint par la voie buccale ; 2° quand l'abcès, en se portant sur les parties latérales du cou, a dépassé l'interstice vasculaire du cou ; 3° quand il s'agit des phlegmons traumatiques du tissu cellulaire sous-cutané, des abcès par spondylite cervicale.

Il existe une forme tuberculeuse de lymphadénite rétro-pharyngienne encore peu connue. Au point de vue clinique, elle ressemble aux abcès rétro-pharyngiens, mais s'en distingue par plusieurs points : existence d'une tuméfaction des ganglions lymphatiques profonds du même côté que la lésion, non-diminution de la tumeur après la ponction ou l'incision.

Atrophie musculaire dans les affections articulaires.

M. Darckchévitch. — Les arthrites aiguës ou chroniques s'accompagnent d'atrophie des muscles correspondants, atrophie qui se caractérise par son évolution rapide. L'intensité de la paralysie n'est pas en rapport avec celle de l'atrophie, aussi dans quelques cas la paralysie précède l'atrophie. La réaction électrique des muscles atrophiés reste normale dans la majorité des cas. La sensibilité est toujours conservée, mais les réflexes tendineux sont exagérés.

Il faut distinguer deux formes d'atrophie musculaire. Dans la première, la réaction électrique reste normale et l'on ne trouve pas de modifications dans la moelle épinière ni dans les nerfs périphériques. Dans la seconde, on trouve la réaction de dégénérescence dans la moelle épinière et les nerfs périphériques.

Au point de vue pathogénique, la théorie la plus satisfaisante est celle qui admet l'origine réflexe de l'atrophie. Les nerfs articulaires centripètes transmettent l'irritation aux cellules des cornes antérieures, ce qui retentit sur la nutrition des muscles. L'irritation n'étant pas très intense, les modifications du côté des cellules sont probablement d'ordre moléculaire; lorsque l'irritation devient chronique, la lésion peut devenir appréciable au point de vue anatomique.

Pathogénie des atrophies musculaires dans les affections du cerveau.

M. Mouratoff fait un rapport sur cette question et arrive aux conclusions suivantes : 1° Dans les affections cérébro-crâniennes, l'atrophie musculaire peut se développer sans lésions concomitantes des ganglions cérébro-spinaux. 2° La dégénérescence descendante du faisceau pyramidal n'est pas nécessaire pour le développement de l'atrophie. 3° Dans la grande majorité des cas, l'atrophie est consécutive aux lésions de la zone motrice de l'écorce du cerveau. 4° Au point de vue anatomo-pathologique, il s'agit, dans ces cas, d'atrophie simple. 5° Ces atrophies s'expliquent plutôt par la théorie vaso-motrice que par des lésions des cornes antérieures (lésion anatomique ou dynamique).

Atrophie musculaire progressive.

M. Rot fait une communication sur l'atrophie musculaire progressive et donne les conclusions suivantes : 1° L'existence d'une atrophie musculaire progressive indépendante des lésions du système nerveux doit être considérée comme certaine. 2° La lésion des muscles consiste en une atrophie transversale et longitudinale des fibres musculaires. 3° L'hypertrophie des fibres constitue un phénomène de compensation sans rapport avec le processus pathologique. 4° L'hérédité étant le seul facteur étiologique bien démontré, la cause première de l'affection doit être cherchée dans les modifications des parties de la cellule fécondée, qui servent à la formation du système musculaire.

Paralysie alcoolique.

M. Kojevnikoff rapporte cinq cas nouveaux de paralysie alcoolique. A côté des phénomènes paralytiques, il existe ordinairement des troubles psychiques, de l'affaiblissement de la mémoire. Les phénomènes paralytiques sont plus marqués dans les extrémités inférieures que dans les supérieures, du côté des extenseurs que du côté des fléchisseurs. On trouve des modifications anatomiques dans le système nerveux central, mais plus particulièrement dans les nerfs périphériques; dans ces derniers, il s'agit de névrites parenchymateuses multiples. Dans la moelle, les lésions sont tantôt parenchymateuses, tantôt interstitielles (sclérose); du côté du cerveau, l'écorce est plus souvent prise que la substance blanche. Toutes ces lésions sont indépendantes les unes des autres et n'ont de commun que leur étiologie, l'alcoolisme. La névrite multiple est le substratum anatomique de la forme clinique connue sous le nom de paralysie alcoolique.

M. Sikorski demande si dans tous les cas les lésions du système nerveux central et périphérique étaient dues exclusivement à l'alcoolisme ou s'il n'existait pas d'autres causes, comme le refroidissement, etc.?

M. Kojevnikoff. — Le plus grand rôle appartient à l'alcoolisme. Parmi les alcooliques pauvres, vivant dans des conditions hygiéniques défectueuses, les paralysies ne sont pas plus fréquentes que chez les alcooliques riches.

Les affections symétriques et pseudo-systématiques de la moelle épinière.

M. Minor se base dans sa communication sur un cas personnel et sur les cas qu'il a observés à la Salpêtrière et dans la clinique de Westphal.

La symétrie des lésions médullaires ne prouve pas toujours leur caractère systématique. Les lésions diffuses ont également une tendance à se localiser non seulement aux points où on trouve ordinairement des lésions systématiques, mais aussi à former des foyers symétriques. Ces derniers existent souvent, sur une petite étendue, le long des cordons latéraux et provoquent une dégénérescence descendante du faisceau pyramidal pouvant être prise pour une sclérose primitive. Dans les cordons postérieurs, ces foyers revêtent quelquefois des formes identiques à celles qui caractérisent les lésions du tabès. Ces scléroses symétriques sont particulièrement fréquentes dans la syphilis médullaire, dans les cas de tabès syphilitique; seulement, dans ces cas, les lésions ne sont pas primitives, parenchymateuses, mais seulement symétriques, péri-vasculaires. Dans la syphilis du système nerveux, on peut observer des névrites dégénératives analogues à celles qu'on trouve dans le tabès, l'alcoolisme et les autres intoxications. La méningite syphilitique (comme peut-être les méningites d'une autre nature) exerce une influence considérable sur la nutrition de la moelle épinière, non seulement par la voie de propagation du processus à la substance médullaire, mais aussi par celle de compression purement mécanique.

Physiologie et pathologie du réflexe anal.

M. Rossolimo. — Lorsqu'on touche la peau péri-anale ou la muqueuse de l'anus, on observe une contraction réflexe du sphincter. Le réflexe existe presque toujours chez les individus bien portants, et s'il est très prononcé, l'anus est attiré en haut. Le centre anatomique du réflexe siège probablement dans le renflement lombaire de la moelle, si on se rapporte aux expériences faites sur des chiens. La diminution et l'absence de ce réflexe ont été observées dans le tabès, la névrite multiple, la sciatique et la myélite des portions inférieures de la moelle. L'exagération du réflexe a été constatée dans la myélite des portions élevées de la moelle et chez les névropathes à réflexes cutanés exagérés.

Modifications du nerf optique et de la rétine dans le mal de Bright.

M. Gourvitch a observé des productions hyalines dans le nerf optique et la rétine des brightiques. Ces productions, peu nombreuses, se présentent sous forme de corps réfringents, stratifiés, situés dans le tissu même du nerf optique dont ils dissocient les fibres. L'examen micro-chimique de ces corps montre qu'il ne s'agit pas de corpuscules amyloïdes, mais bien de productions hyalines.

Dans la rétine et la choroïde, on observe des modifications vasculaires qui se manifestent par la dégénérescence hyaline, l'oblitération et la friabilité des vaisseaux. Les lésions débutent toujours dans la choroïde et n'envahissent que secondairement la rétine.

Névroses réflexes d'origine oculaire.

M. Adelheim, en se basant sur les faits consignés dans la littérature médicale et sur ses observations personnelles, arrive à la conclusion qu'un grand nombre de névroses est dû au défaut de réfraction du milieu de l'œil, à l'accommodation défectueuse et aux troubles du côté des muscles de l'œil. Il suffit de faire porter des verres convenables pour voir s'améliorer et même disparaître certaines névroses, telles que la céphalalgie, la migraine, la névralgie du trijumeau et d'autres nerfs, les vertiges, l'hyperkinésie des muscles de la face, etc. Si le malade renonce, pour une raison quelconque, au port des verres indiqués, la névrose reparaît. Les névropathologistes devraient donc s'occuper de l'état de l'œil, de la même façon qu'ils le font pour l'oreille, le nez, les organes génitaux, etc.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris, — Imp. des Arts et Manufactures, 12 rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud.

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

PUBLIÉ PAR

LA GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Et servi gratuitement à tous les abonnés de ce journal

ABONNEMENTS SPÉCIAUX POUR MM. LES ÉTUDIANTS. — UN AN : 6 FRANCS

L. LEREBOULLET, Rédacteur en chef. — A. BROCA, Secrétaire de la Rédaction

Librairie de G. MASSON, 120, boulevard Saint-Germain.

SOMMAIRE

ACTES
DES FACULTÉS DE MÉDECINE

Inscriptions. 3e *trimestre de l'année scolaire* 1890-91. — Le registre d'inscriptions sera ouvert le mercredi 8 avril 1891. Il sera clos le jeudi 30 avril, à 3 heures.

Les inscriptions seront délivrées dans l'ordre ci-après, de midi à 3 heures :

1° Inscriptions de première et de deuxième années de doctorat et de première année d'officiat, les mercredi 8, jeudi 9, vendredi 10, samedi 11, mercredi 15, jeudi 16, vendredi 17, et samedi 18 avril.

2° Inscription de troisième et quatrième années de doctorat et de deuxième, troisième et quatrième années d'officiat, les mercredi 22, jeudi 23, vendredi 24, samedi 25, mercredi 29 et jeudi 30 avril.

MM. les étudiants sont tenus de prendre leur inscription aux jours et heures ci-dessus désignés. L'inscription trimestrielle ne sera accordée, en dehors de ces dates, que pour des motifs sérieux et appréciés par le Conseil de la Faculté.

MM. les étudiants doivent déposer, un jour à l'avance, leur feuille d'inscriptions chez le concierge de la Faculté; il leur sera remis en échange un numéro d'ordre indiquant le jour et l'heure auxquels ils devront se présenter au secrétariat pour prendre leur inscription trimestrielle.

VARIÉTÉS

Bureau central en chirurgie. — Le jury se compose définitivement de MM. Le Fort, Desprès, Horteloup, Segond, Quénu, Nélaton, Comby.

Question écrite (21 mars). Périnée, abcès urineux. (Questions restées dans l'urne : articulation du genou, plaies articulaires; voile du palais, abcès rétro-pharyngiens.)

Les lectures commenceront le mercredi 8 avril à 4 heures du soir, à l'hôpital de la Charité.

Candidats : MM. Albarran, Lejars, Hartmann, Villemin, Demoulin, Rieffel, Sebilean, Thiéry, Castex, Ménard, Rochard, Lyot, Beurnier, Clado, Potherat, Récamier, Delbet, Guinard.

Bureau central en médecine — Sont admis à la deuxième épreuve : MM. Achard, Beclère, Bourcy, Capitan, Dalché, de Gennes, Delpeuch, Despréaux, Duplaix, Gauchas, Gilles de la Tourette, Giraudeau, Girode, Havage, Klippel, Laffite, Lebreton, Le Gendre, Lermoyez, Lesage, Marfan, Mathieu, Ménétrier, Morel-Lavallée, Nicolle, Œttinger, Ribail, Robert, Thoinot, Tissier, Widal.

Internat pour Berck et Brévannes. — Ont été nommés pour **Berck**, M. Page et Mlle Kohan; pour **Brévannes**, MM. Gamard et Iscovesco.

Infirmerie de Saint-Lazare. — Un concours pour six places d'internes à l'infirmerie de Saint-Lazare s'ouvrira à Paris le 19 mai.

MM. les étudiants qui désireront y prendre part se feront inscrire au ministère de l'intérieur (direction de l'administration pénitentiaire, cabinet du conseiller d'Etat, directeur), rue Cambacérès, n° 11, de dix heures à quatre heures, et y déposeront leurs pièces et titres.

Le registre d'inscription sera ouvert le 23 mars, à dix heures, et sera clos définitivement le 18 avril, à quatre heures.

Les candidats qui seront admis à concourir recevront, avant le 19 mai, avis de la décision les concernant.

Exercice illégal de la médecine sur les morts. — « Peut-on se rendre coupable de l'exercice illégal de la médecine en pratiquant une opération sur un cadavre? Toute bizarre que paraisse cette question de droit, elle vient d'être soumise au tribunal correctionnel d'Espalion, qui l'a résolue affirmativement. Voici dans quelles circonstances :

« Une femme Riols venait de mourir au hameau de Sarran; le curé de la paroisse, qui l'avait assistée à ses derniers moments, était dans la chambre de la morte avec un voisin, il engage celui-ci à pratiquer l'opération césarienne pour essayer de sauver l'enfant que la femme portait dans son sein; l'opération fut faite et réussit. Notre chirurgien improvisé a été traduit en police correctionnelle et condamné à 15 francs d'amende par application des art. 35 de la loi du 19 ventôse an XI, 466 du Code pénal et 194 du Code d'instruction criminelle. »

Femmes pharmaciens. — Le *Progrès médical* mène en ce moment une campagne énergique pour obtenir l'admission des femmes à la profession de pharmacien. Cette campagne est, de tous points, excellente, et il est certain que parmi les carrières libérales, c'est une de celles que la femme peut le mieux exercer.

Le chapeau des cochers des médecins Berlin va, dit-on, être spécial : chapeau blanc avec croix rouge. De la sorte, en cas d'accident on saura s'il y a un praticien dans les environs.

Les femmes médecins en Allemagne. — Le Reichstag a discuté le 11 mars une pétition demandant l'admission des femmes aux études universitaires, y compris les études médicales, ainsi qu'à la profession de médecin. Le Reichstag a simplement passé à l'ordre du jour.

La lymphe de Koch. — La *Gazette universelle* de Munich annonce que, samedi dernier, l'administration supérieure a interdit aux pharmaciens de la capitale bavaroise de vendre la lymphe du docteur Koch. L'interdiction est absolue. Le remède doit être refusé même aux médecins.

Nous signalons à nos lecteurs la publication d'un nouveau journal scientifique chez l'éditeur Félix Alcan, c'est la *Revue de l'Ecole d'Anthropologie*, dirigés par les professeurs de cette école, parmi lesquels nous remarquons *MM. Mathias Duval, Ab. Hovelacque, de Mortillet, Laborde, Letourneau, Manouvrier*, etc. Les premières livraisons contiennent les leçons de MM. André Lefèvre : *du Cri à la Parole*, et Laborde ; *les Fonctions intellectuelles et instinctives*; une chronique préhistorique de M. de Mortillet et une revue complète de tous les faits scientifiques pouvant intéresser les anthropologistes.

Cette publication est faite par livraisons mensuelles de 32 pages ornées de gravures. Son prix modique de 10 fr. par an, permettra de répandre et de dépopulariser cette science nouvelle qui, en si peu de temps, a pris place au premier rang.

Congrès international de Berlin en 1890. — Le premier volume sera incessamment adressé gratuitement par M. Masson aux membres habitant Paris. Une note ultérieure fera connaître aux autres membres français quelle somme ils devront envoyer à M. Masson pour le port. Pour les membres étrangers, adresser 90 pennigs à M. A. Hirschwald, N. W. 63, unter den Linden, Berlin.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Quelques remarques sur le traitement du pédicule par la ligature élastique perdue dans l'hystérectomie abdominale, par M. Boiffin, ancien prosecteur à la Faculté de médecine de Paris, professeur suppléant à l'Ecole de médecine de Nantes.

Ce qui a surtout favorisé au début l'application de l'électricité au traitement des fibromes utérins, c'est que les chirurgiens reconnaissaient que l'hystérectomie abdominale était une opération grave, d'une mortalité élevée. La plupart des malades, effrayées, ne se soumettaient à l'intervention chirurgicale qu'à la dernière limite, après avoir usé toutes les ressources du traitement médical; elles étaient alors dans des conditions mauvaises pour l'opération, leurs forces s'étaient épuisées dans un traitement inefficace, condamné d'avance à un échec certain dans quelques cas déterminés.

Mais les choses ont changé. Aujourd'hui les chirurgiens déclarent qu'il faut modifier les idées reçues sur la gravité de l'intervention et en particulier de l'hystérectomie abdominale — car la castration ovarienne est suffisamment connue quant à sa bénignité.

Reconnaissant l'efficacité de l'électricité dans certains cas, les chirurgiens cherchent à fixer les indications de chacune de ces trois méthodes. De cette enquête il ressort nettement que l'électrothérapie est un moyen palliatif précieux, mais ne pouvant réussir dans tous les cas; que la castration ovarienne est exposée elle-même à des échecs, et de plus qu'elle ne peut pas toujours être pratiquée sous peine d'être plus grave, dans certains cas, que l'hystérectomie elle-même; enfin que les résultats de l'hystérectomie se sont notablement améliorés, à ce point que M. Richelot a pu dire que cette opération est maintenant comparable à l'ovariotomie.

Bien que cette proposition n'ait pas été admise comme tout à fait exacte à la Société de Chirurgie, les progrès n'en sont pas moins regardés par tous comme très grands.

Ces progrès sont dus à deux causes principales: d'abord les chirurgiens ont une idée et une pratique plus exactes des nécessités de l'asepsie; d'autre part, les procédés opératoires se perfectionnent tous les jours, et l'on assiste en ce moment, pour le traitement du pédicule utérin, aux mêmes progrès que ceux qui se sont accomplis pour le pédicule dans l'ovariotomie.

Le procédé idéal, que l'on est encore à chercher, semble être celui qui permette de rentrer sans crainte le pédicule dans le ventre, même quand la cavité utérine est comprise dans la section, et de refermer complètement la paroi abdominale.

Plusieurs procédés de ce genre ont été imaginés sans donner la sécurité suffisante, et actuellement la méthode du traitement intra-péritonéal par la ligature élastique perdue est celle qui semble approcher le plus près du but; mais il y a encore, dans ce problème, des inconnues qui ont causé des revers inattendus et même parfois inexplicables.

Si l'on admet que, dans ces cas malheureux, l'asepsie a été rigoureusement pratiquée, que l'on n'a laissé dans le ventre que soie et caoutchouc stérilisés à 120°, en un mot qu'il ne s'est glissé aucune faute restée inaperçue, on peut penser que ces échecs d'une méthode si séduisante ne sont dus qu'à une technique encore imparfaite dans quelque détail.

Chacun sent bien la nécessité de soigner ces détails pour arriver à réunir toutes les conditions de sécurité dans la réduction du pédicule, surtout lorsque la cavité utérine est ouverte. On diminue autant que possible le volume de ce pédicule en l'évidant pour avoir une petite surface de section et une constriction plus sûre; on détruit la muqueuse utérine dont la sécrétion pourrait infecter le péritoine; le thermo-cautère, les ciseaux ou le bistouri font disparaître cette muqueuse septique; et même M. Richelot, trouvant encore cette surface de section dangereuse, prend la précaution de descendre le grand épiploon vers le petit bassin, et de l'étaler sur la tranche utérine pour la séparer de la masse intestinale.

L'idée est très rationnelle, mais cet épiploon est-il toujours assez long pour descendre ainsi coiffer le col de l'utérus jusque dans le fond du petit bassin? De plus, est-il certain que cet épiploon va rester bien en place, étalé sur le moignon utérin, sans que les mouvements de l'intestin et de l'estomac viennent déranger cette disposition, par exemple pendant les efforts de vomissement qui suivent l'opération? Enfin, la malade étant guérie, cet épiploon, tendu par le pédicule utérin auquel il doit s'attacher, ne formera-t-il pas une véritable corde sur laquelle l'intestin pourrait bien un jour venir former une variété d'étranglement interne?

Pour réaliser cette idée d'isoler la tranche utérine du reste de la cavité péritonéale, nous avons, dans un cas récent, emprunté à la technique de Schrœder une disposition très simple:

En faisant la section de la tumeur au-dessus du lien élastique, nous avons conservé une manchette de 3 centimètres de hauteur, constituée par la séreuse doublée d'une petite couche musculaire. Une fois le moignon complètement façonné, cette manchette fut relevée à son extrémité comme au bout d'un moignon d'amputation et tendue transversalement de manière à former deux bords. Une suture en surjet, à points serrés, pratiquée selon la méthode de Lembert, adossa les faces séreuses l'une à l'autre; celles-ci sont bientôt soudées par les adhérences et la cavité utérine doit être ainsi rapidement refermée.

Outre ce détail de technique, l'observation suivante présente quelque intérêt, puisque la question du traitement du pédicule est encore à l'étude et que les cas traités par la ligature élastique perdue ne sont pas encore très nombreux.

De plus, le pansement simplement aseptique, appliqué sur la suture abdominale, montre que, dans ces conditions, les antiseptiques sont inutiles, si le chirurgien n'a pas été septique lui-même.

Observation. — *Volumineux fibrome de l'utérus. Hystérectomie abdominale, réduction complète du pédicule avec ligature élastique perdue, la cavité utérine étant ouverte. Guérison.*

Mme M..., âgée de 39 ans, est entrée le 23 octobre 1890 à la salle 15 de l'Hôtel-Dieu, pour une tumeur de l'abdomen.

Elle habite la campagne, et n'a été réglée qu'à 17 ans. Elle a toujours souffert au moment de ses époques qui devinrent peu à peu très abondantes.

Mariée à 30 ans, elle accoucha en 1883 d'un enfant mort, et le médecin qui l'assista reconnut que le ventre restait volumineux après la délivrance; il parla de tumeur.

Les suites de couches furent mauvaises, il y eut de la fièvre, et de fréquentes pertes de sang dans les semaines suivantes.

La malade s'aperçut alors que son ventre grossissait assez rapidement; les hémorrhagies se multipliaient. La tumeur abdominale devint facile à percevoir, et prit un développement considérable, gênant par son volume et son poids.

Cet état finit par altérer la santé générale; cette femme devint très maigre, très pâle et d'une faiblesse inquiétante.

Le 15 octobre, l'examen de cette malade permit de constater l'existence d'une tumeur fibreuse de l'utérus, remontant à quatre travers de doigts au-dessous de l'appendice xiphoïde et débordant de chaque côté au-dessus des fosses iliaques. Au toucher, on trouve le col très élevé, normal et se continuant avec la tumeur abdominale, dont il suit tous les mouvements.

L'hystéromètre pénètre de 15 centimètres dans la cavité utérine, et sans déviation.

La malade désirant être opérée, et de mon côté craignant de perdre un temps précieux en un traitement palliatif incertain, j'acceptai de pratiquer l'hystérectomie abdominale immédiate.

Après avoir soumis cette femme pendant quatre jours à des soins préparatoires tels que bains au sublimé, purgation, pansements de la paroi abdominale et du vagin, je l'opérai le 28 octobre avec l'assistance de mon maître, M. Jouon. Les instruments étaient stérilisés à 180°, les fils de soie, le cordon de caoutchouc, les tampons d'ouate, étaient passés à l'autoclave à 120°.

La malade étant sondée et endormie, une incision de 30 centimètres fut pratiquée sur la ligne médiane, sans écoulement notable de sang, la paroi abdominale étant très mince.

En ouvrant le péritoine, on mit à nu la tumeur, régulièrement arrondie, avec quelques adhérences à la paroi abdominale et en haut avec l'épiploon qui est pris entre deux ligatures au catgut et sectionné.

La tumeur bascule alors facilement en avant et se laisse sortir du ventre pour reposer bientôt sur des compresses stérilisées cachant le pubis.

L'exploration de cette masse énorme permet de s'assurer que la vessie n'est pas entraînée avec elle, et que de chaque côté se trouve un gros paquet de vaisseaux gorgés de sang dont quelques-uns gros comme le pouce, et plongés au milieu d'un œdème infiltré dans les ligaments larges.

Ces ligaments, tendus entre la tumeur et la paroi du bassin, sont saisis chacun entre deux longues et fortes pinces, et sectionnés. La tumeur sort davantage du petit bassin ; deux nouvelles pinces sont placées plus bas sur chaque ligament large que l'on peut couper ainsi sans perte de sang ; et on découvre la portion cervicale de l'utérus, au niveau de laquelle le cordon de caoutchouc fortement étiré est placé, passant de chaque côté dans la section des ligaments larges, les ovaires et les trompes étant relevés sur la tumeur. Les bouts du cordon sont croisés et pincés entre les mors d'une pince ordinaire.

Cette tumeur est sectionnée à 5 centimètres au-dessus du cordon élastique, et nous avons alors un pédicule large de 10 centim., étalé en champignon, au centre duquel se trouve l'orifice de la cavité utérine ; cette surface de section est absolument exsangue ; un tampon est placé sur la muqueuse utérine.

Nous faisons la ligature à la soie des pédicules des ligaments larges, ligature double en chaîne ; puis nous façonnons le pédicule utérin de la manière suivante : d'abord nous détachons, tout autour, une collerette de péritoine doublé d'une légère couche musculaire, cette manchette est rabattue et permet de sectionner le pédicule à un centimètre au-dessus du cordon élastique. En pinçant les bords au fur et à mesure, on peut creuser ce moignon et on arrive à avoir un pédicule de la largeur d'une pièce de 5 francs. La muqueuse de la cavité utérine est fortement cautérisée au thermo-cautère dont la pointe s'enfonce bien au-dessous du niveau du cordon élastique.

Alors la collerette de péritoine est relevée sur la section du pédicule, et tendue tranversalement de façon à avoir deux bords qui, renversés en dedans, s'adossent par leurs surfaces séreuses et sont réunis par une suture en surjet à points de Lembert.

On obtient, de cette façon, un isolement rigoureux et complet de la surface de la muqueuse et du moignon de l'utérus, par rapport à la cavité péritonéale, car les adhérences vont bientôt souder les surfaces séreuses de la manchette.

Enfin les deux bouts du lien de caoutchouc sont fixés par une ligature à la soie, et coupés à un centimètre.

La toilette du petit bassin est faite avec soin et le pédicule utérin est replacé de façon à ce qu'il ne comprime aucune anse intestinale. Il est ainsi abandonné, entouré de son lien élastique.

La suture abdominale est faite à l'aide de deux plans de sutures : l'un péritonéal au catgut, l'autre musculo-cutané au fil d'argent, avec points intermédiaires au crin de Florence.

Sur cette longue suture, nous ne mettons pour tout pansement qu'une épaisse couche d'ouate stérilisée, sans gaze iodoformée, ni autre agent antiseptique ; puis une couche d'ouate ordinaire, et, par-dessus le tout, un bandage de corps en flanelle bien tendu.

La malade se réveille très vite.

L'examen de la tumeur enlevée montre qu'elle est formée par le corps de l'utérus, régulièrement développé par la présence d'un assez grand nombre de gros fibromes interstitiels. Le poids de la tumeur est de 18 livres.

Les suites immédiates de cette opération furent très heureuses ; la température ne monta qu'à 37°,9 ; il n'y eut aucune douleur notable.

Le neuvième jour, on défit le pansement pour enlever les points de suture, la réunion était parfaite.

Le 11 novembre, sans qu'il y eût de douleurs ni de fièvre, la malade rendit, par le vagin, environ 50 grammes de pus, et dans les jours suivants, il y eut un léger écoulement muco-purulent, pour lequel on fit des lavages vaginaux au sublimé au 2 millième ; l'état général se relève rapidement ; le 25 novembre, la malade quitte son lit plusieurs heures, et sort de l'Hôtel-Dieu 6 jours après, pour regagner son pays.

Le 20 janvier 1891, je revois son mari, qui me dit que la malade est dans un excellent état de santé, et qu'elle a rendu le cordon de caoutchouc quelques jours avant sa visite.

REVUE DES JOURNAUX

Quelques faits d'ictère infectieux, par Girode (*Arch. génér. de médec.*, janvier et février 1891, p. 26 et 168). — Ce mémoire renferme 5 observations d'ictère infectieux dont 2 avec autopsie et examen bactériologique très complet. L'auteur arrive à cette conclusion qu'il y a tout un groupe d'affections aiguës avec ictère qui, par l'ensemble de leurs caractères cliniques, par les conditions de leur développement et par leurs analogies avec des maladies infectieuses classées, méritent d'être considérées comme des infections avec ictère ou des ictères infectieux. L'étude bactériologique montre, en pareil cas, la présence de microbes dans le sang et dans les urines pendant la vie et, à l'autopsie, on constate des lésions du foie d'ordre infectieux. Ce groupe morbide n'a pas plus que les endocardites infectieuses et d'autres affections analogues, de spécificité absolue et on peut y rencontrer des bacilles et des microcoques innomés, le streptococcus pyogenes, le staphylococcus pyogenes aureus, un bacille rappelant le bacterium coli communis d'Escherich.

Castration chez la femme, par J.-N. Grammatikati (*Vratch*, 1891, n° 1, p. 41). — S'appuyant sur des observations cliniques et des recherches expérimentales (chez des lapines), l'auteur conclut que les troubles dans les fonctions génitales et nerveuses survenant après la castration sont comparables à ceux que l'on note chez des femmes pendant la période climatérique ou dans la vieillesse. Cette analogie est confirmée par le fait que, contrairement à ce qui a lieu pendant la grossesse, la désassimilation l'emporte sur l'assimilation, d'où le dépôt de graisse si exagéré chez les castrées. Quant aux troubles consécutifs à l'extirpation de l'utérus, ils sont beaucoup plus accusés chez des femmes jeunes que chez celles qui s'approchent de la ménopause et surtout celles qui ne sont plus réglées. Chez les premières se manifestent les symptômes d'une dysménorrhée très intense qui persistent parfois pendant des années. L'auteur explique cet état morbide par la persistance de l'ovulation, même 3-4 ans après l'ablation de l'utérus. Il s'est assuré de ce fait important aussi bien par des expériences directes sur des lapines que par l'examen microscopique des ovaires chez des femmes ayant subi, il y a 3 ans, l'hystérectomie. Aussi, pour parer à ces inconvénients, conseille-t-il de faire suivre l'hystérectomie de la castration toutes les fois qu'il s'agit de femmes jeunes, en plein développement sexuel.

Cas rare de sclérodermie (Un caso atipico di Sclerodermia), par P. de Michele (*Rivista clinica e terapeutica*, février 1891, p. 61). — Observation d'un homme de 34 ans, atteint depuis plusieurs mois de douleurs articulaires presque généralisées, ayant de l'hypertrophie des extrémités osseuses

des articulations des mains et des genoux et présentant en même temps une atrophie musculaire considérable des membres, de la sclérodermie des membres inférieurs et de la mélanodermie. L'auteur attribue les lésions musculaires et cutanées à des névrites à point de départ articulaire : peut-être cependant s'agit-il plus probablement d'un cas de sclérodermie avec arthropathies généralisées d'origine nerveuse.

Grossesse extra utérine (Ein Fall von linksseitiger Extra-uterin Schwangerschaft. Bauchschnitt 14 Tage nach Absterben der reifen Frucht), par Th. Voigt (*Centralb. f. Gynækol.*, 1891, n° 6, p. 121). — B..., âgée de 37 ans, mariée depuis 16 ans; 3 grossesses normales, 4e grossesse extra-utérine; le fœtus succombe 14 jours avant terme. Laparotomie; ouverture du sac avec extraction d'un fœtus macéré mais non putréfié; ablation partielle mais très étendue du sac. Suites opératoires normales. Un mois après la laparotomie, la malade a eu ses règles et a pu quitter l'hôpital.

La pièce a été égarée, de sorte qu'il était difficile de dire s'il s'agissait d'une grossesse ovarique ou tubaire. Le sac avait une base d'implantation tellement large qu'on a été forcé d'en abandonner une partie dans la cavité abdominale.

Des néphrites partielles; valeur diagnostique et pronostique de la persistance d'un taux fixe, irréductible, d'albumine dans les urines, par Cuffer et Gastou (*Revue de médecine*, février 1891, p. 89). — Les auteurs rapportent quatre observations de sujets chez lesquels une albuminurie permanente variant de 2 à 4 grammes et constamment au même taux coïncidait avec un état de santé satisfaisant; en l'absence d'autopsie, ils supposent que cette albuminurie était due à une lésion localisée du rein, reliquat d'une néphrite aiguë diffuse avec prédominance dans certains territoires rénaux.

CORRESPONDANCE

Angine de poitrine.

Notre rédacteur en chef reçoit de M. le prof. Gairdner une lettre où notre distingué correspondant lui fait connaître une note qu'il a adressée à la Société médicale de Londres à propos de la discussion, à laquelle il n'a pu assister, sur l'angine de poitrine.

« Il y a quelques années, dans le « système de médecine » de Reynolds, j'ai donné les raisons pour lesquelles je n'accepte pas l'angine de poitrine vaso-motrice de Nothnagel, comme une vraie entité clinique, parallèle à l'angine d'Heberden. Je suis toujours de cet avis, et je crois que le nom proposé est très défectueux. Dans l'angine d'Heberden, incontestablement, un élément vaso-moteur se surajoute à une modification organique ou de structure. Un des points les plus intéressants dans l'histoire de l'angine de poitrine dont j'aie eu connaissance depuis mon article est relatif à l'opinion presque partout adoptée dans les travaux français que Rougnon a précédé Heberden dans la description de l'angine de poitrine comme cause de mort subite.

» Dans une note à mon article, j'ai signalé ce fait en montrant que cette opinion me paraissait insoutenable, d'après les documents de seconde main que je possédais, car je n'avais pu me procurer la lettre adressée en 1868 à Lorry par Rougnon. Cette lettre, d'ailleurs, est même difficile à se procurer en France. Mais, à la suite d'une conversation, mon ami le Dr Lereboullet a bien voulu consulter pour moi ce document et m'en envoyer l'analyse. D'après lui aussi bien que d'après moi, il n'y a pas, dans cette lettre, trace d'une description clinique de l'angine de poitrine, et rien ne prouve que le cas de mort subite dont il y est question soit dû à cette cause. Il est impossible que les nombreux auteurs qui citent le mémoire de Rougnon l'aient lu. Il est certain, comme Parry l'a montré, que dès 1761 Morgagni a décrit un cas d'angine de poitrine, et il est non moins certain qu'en 1768 Rougnon n'en a pas décrit, quoique en Allemagne on ait coutume de lui en attribuer la découverte. »

Professeur Gairdner (Glasgow).

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 24 mars 1891.

Présidence de M. Tarnier.

Elections.

M. Deroubaix (de Bruxelles) et sir **Spencer Wells** (de Londres) sont élus associés étrangers.

Traitement de la fièvre jaune.

M. Le Roy de Méricourt. — M. le consul de France à Santiago-de-Cuba (Chili) a envoyé à l'Académie une lettre de M. le Dr Garcia sur le traitement de la fièvre jaune par l'abaissement de la température du corps des malades. Ceux-ci sont enfermés dans une caisse à doubles parois appelée chambre polsin. L'espace compris entre les deux parois, est rempli progressivement de glace jusqu'à abaisser de + 10° à 0° l'atmosphère de l'intérieur. Pendant ce temps le malade est maintenu à une diète absolue. D'après le Dr Garcia, le froid stériliserait l'air de la caisse et opérait le lavage du sang. Sur 20 malades auxquels cette méthode a été appliquée, 2 seulement ont succombé.

Pied plat valgus. Résection astragalo-scaphoïdienne.

M. S. Duplay fait un rapport sur une observation communiquée par **M. Kirmisson** dans la séance du 20 janvier 1891, (voz. *Mercredi*, n°, 2 p. 27). On se souvient que le malade fut opéré d'un côté en septembre 1889, de l'autre côté en mai 1890. L'opération, dite « opération d'Ogston », consista dans la résection cunéiforme astragalo-scaphoïdienne pour permettre de redresser la difformité. Le malade fut revu par M. Duplay au début de 1891 et le résultat était très bon : voûte reconstituée, déviation corrigée, marche facile sans appareil spécial Comme l'intervention date de 16 mois à droite, de 6 mois à gauche, on est en droit de penser que le résultat se maintiendra. Cependant il y a encore un peu de valgus à gauche et des deux côtés un peu d'aplatissement plantaire dans la station debout. Evidemment, et ici M. Duplay est d'accord avec M. Kirmisson, les interventions sanglantes doivent être d'exception, et si de bonne heure le traitement était bien dirigé, elles le seraient plus encore.

L'origine du mal est une impotence musculaire et tant qu'il n'y a pas d'altérations secondaires des ligaments et des os, il faut traiter les muscles par l'électrisation et le massage. Chez l'opéré de M. Kirmisson, M. Duplay a constaté qu'il persiste de l'impotence du long péronier et c'est là, à son sens, la cause du léger aplatissement de la voûte. Quand on admet l'indication opératoire, quelle opération adopter ? L'ostéotomie de l'extrémité inférieure des os de la jambe (Trendelenburg), est absolument irrationnelle. De même l'ablation totale de l'astragale (Vogt), car la tibio-tarsienne n'est pas en jeu. L'ablation du scaphoïde seul (R. Davy, Golding Bird), est insuffisante lorsque la tête de l'astragale est subluxée. L'opération d'Ogston est ce qu'il y a de mieux. Et c'est une opération facile surtout si — comme M. Kirmisson l'a fait la deuxième fois sur le conseil de M. Duplay, — on remplace l'enchevillement des surfaces avivées (avec une cheville d'ivoire), par une simple suture au fil d'argent, bien plus facile et tout aussi efficace.

Coagulation du lait.

M. A. Béchamp communique la seconde partie de son mémoire sur les phénomènes de l'aigrissement et de la coagulation spontanées du lait de vache. (Cette communication sera analysée après son achèvement, dans une séance ultérieure.)

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 16 *mars* 1891.

De la toxicité des produits solubles des cultures tuberculeuses.

MM. Ch. Richet et Héricourt. — Nous avons étudié la toxicité des produits solubles des cultures tuberculeuses préparées de la manière suivante :

Soient des cultures de tuberculose aviaire en milieu liquide, d'après la formule de MM. Nocard et Roux ; au bout d'un mois, ces cultures, très chargées de microbes, sont exposées à une température de 65° pendant 10 jours et évaporées jusqu'à consistance sirupeuse. La masse est alors mise en digestion avec l'alcool à 90°, pendant quarante-huit heures. Le précipité insoluble est formé par la peptone, les bacilles tuberculeux morts, et d'autres produits insolubles dans l'alcool, lequel a dissous la glycérine et divers produits extractifs.

Cet extrait insoluble dans l'alcool peut être dissous dans l'eau et injecté à des lapins, de manière à déterminer sa puissance toxique.

Contrairement à ce qui existe pour la plupart des substances toxiques, il y a des morts tardives, à cinq, six, huit, même quinze jours de distance. Cette mortalité tardive nous a paru très irrégulière, pour des causes que nous ne connaissons pas encore.

Aussi, pour simplifier, ne traiterons-nous pas de ces actions toxiques à longue échéance, mais seulement des intoxications immédiates.

Sur des lapins normaux la dose toxique est voisine de 2 gr.

Chez des lapins tuberculeux à des degrés divers, et qui auraient sans doute vécu plusieurs semaines ou plusieurs mois s'ils n'avaient pas reçu cette injection d'extrait tuberculeux, la dose toxique est très voisine de 0,25, c'est-à-dire huit fois plus faible que la dose toxique chez les lapins non tuberculeux.

L'explication de ces résultats remarquables est évidemment difficile ; aussi est-ce à la constatation des faits que nous avons donné toute notre attention, sans nous attacher à en tirer une déduction théorique ou thérapeutique.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 21 *mars* 1891

Présidence de M. Ch. Richet

Rôle des hémisphères cérébraux.

M. Luys a essayé de déterminer par l'hypnotisme le rôle de chacun des deux hémisphères cérébraux. En prenant un sujet en léthargie, on peut réveiller isolément chacun des lobes cérébraux et l'étudier séparément. On peut ainsi chercher si le lobe droit, par exemple, peut suffire pour produire des sons articulés. Il suffit, pour cela, de faire passer partiellement le sujet de l'état léthargique à l'état somnambulique, puis à l'état de veille. M. Luys a pu constater que son sujet ne voyait plus que la moitié des mots.

Quand le lobe droit fonctionne, le malade, qui s'appelle Théophile, ne peut lire que Théo. Quand c'est le lobe gauche qui agit, il peut lire la fin du nom. Le mot « inprimerie » présente une pareille dissociation. On observe, en même temps, une diminution considérable de la force motrice, qui tombe au dynamomètre de 40 k. à 22 kil. La voix est également diminuée de force.

On peut donc parler en partie avec le lobe droit.

Surdité verbale avec lésion de la première circonvolution sphénoïdale.

M. Netter rapporte une observation de surdité verbale accompagnée d'autopsie. La première sphénoïdale présente une lésion circonscrite très peu étendue.

Suppuration péri-biliaire.

MM. Gilbert et Girode ont examiné le pus d'un cas de suppuration biliaire. Il s'agissait d'une femme de 36 ans, entrée dans le service de M. le Dr Rigal, à Necker, avec de la fièvre et sans ictère. A l'autopsie on constata que le foie était très gros et qu'il existait, au niveau du hile, une masse de pus englobant les voies biliaires. Ce pus ne contenait pas le bacterium coli, mais des pneumocoques et des streptocoques.

Cécité verbale avec agraphie; autopsie.

M. Déjerine. — La question de l'agraphie et la symptomatologie des lésions dont elle relève est assez complexe. Décrite, pour la première fois, par Marie, puis Ogle, elle a été étudiée depuis par les Drs Charcot, Wernicke et Lichtstein. Exner et M. Charcot avaient admis l'existence d'un centre spécial pour les mouvements de l'écriture. Pour Wernicke, au contraire, il n'y aurait pas de centre spécial, mais l'agraphie existerait toutes les fois que les images visuelles des mots sont supprimées. M. Déjerine a observé, à Bicêtre, un homme de 63 ans, qui fut atteint subitement d'une cécité verbale, complète, avec hémianopsie homonyme latérale droite. Il existait une agraphie complète, soit pour l'écriture spontanée, soit pour l'écriture dictée ou la copie. Cet état persista dix mois. Puis, le malade étant mort, on trouva une lésion du pli courbe de l'hémisphère gauche. C'était une plaque jaune de la grandeur d'une pièce de cinq francs. Tout le reste de la corticalité était intact. Le ramollissement s'étendait dans la substance blanche sous-jacente jusqu'à un centimètre environ de la paroi ventriculaire.

Au point de vue de la localisation de la cécité verbale, ce cas est très probant, car la lésion était exactement limitée au pli courbe avec intégrité complète des circonvolutions occipitales, ainsi que du cuneus. L'agraphie ne peut être expliquée ici que par la destruction du centre de mémoire optique des lettres. Le cas actuel est donc un exemple net d'agraphie liée à une cécité verbale.

M. Luys fait remarquer qu'on pourrait invoquer, à l'appui de la théorie des centres multiples, ce fait que certains aliénés délirent lorsqu'ils écrivent et non lorsqu'ils parlent.

M. Chauveau dépose une note de **MM. Rodet** et **Courmont** sur les produits solubles favorisant l'action du streptococcus pyogène. Les animaux qui sont inoculés avec les produits de filtrage des cultures sont beaucoup plus sensibles que les autres à l'action de la culture contenant les microbes. L'inoculation infectante était pratiquée après un laps de temps variant de deux à douze jours.

M. Couvreur (de Lyon) a reçu une note sur les causes des *troubles de la fonction glycogénique* consécutive à la section des vagues. Il attribue la disparition du glycogène à l'asphyxie lente qu'amène la section du nerf.

M. Patein envoie une note sur la recherche de l'albumine par la chaleur et l'acide acétique. Cette réaction ne décèle pas certaines albumines, et il faut, pour les précipiter, abaisser leur degré de coagulation au moyen du sulfate de soude.

M. Langlois a étudié au point de vue physiologique le tétracarboxyde de nickel. Quelques gouttes de ce liquide déplacent l'oxygène d'une masse considérable de sang, ce qui s'explique par la quantité considérable d'oxyde de carbone qu'il contient.

M. Kauffmann présente une note de **MM. Cadéac** et **Meunier** sur la toxicité du vulnéraire, dont on fait une grande consommation à Lyon.

M. Abelous a étudié l'action des antiseptiques sur le ferment pancréatique. Ce ferment peut encore agir et saccharifier l'empois d'amidon quand il contient moins de 5 pour 100 d'acide phénique, ou de 5 millièmes de sublimé. Le chloroforme, le chloral, le naphthol, l'iodoforme, etc., n'entravent pas la fermentation. On peut ainsi séparer l'action du ferment de celle des microbes qui pourraient s'y développer.

M. Kalt a étudié les altérations cornéennes dans les cas de lésions du trijumeau, et en particulier les névralgies autres que le zona ophthalmique. On rencontre parfois dans ces cas des opacités interstitielles du centre de la cornée, entourées d'une zone d'anesthésie. Ces taches de sclérose sont indélébiles.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 20 *mars* 1891

Présidence de M. Cornil.

Goître exophthalmique.

M. Lamy présente un goître datant de 25 ans, chez un homme de 65 ans, ayant eu dans les derniers mois le tremblement caractéristique de la maladie de Basedow, puis des accès d'asystolie passagère. En outre, il avait de l'œdème du membre supérieur gauche ; sa voix était goîtreuse. L'autopsie a montré que la tumeur plongeait dans le médiastin, ce prolongement n'étant réuni à la tumeur cervicale que par un petit pédicule fibreux et étant adhérent au péricarde. M. Brissaud a déjà vu de ces goîtres se compliquant secondairement de maladie de Basedow, et l'au dernier M. Lamy en a recueilli une observation très complète. C'est dans les cas de ce genre que la thyroïdectomie a pu guérir des goîtres exophthalmiques.

M. Broca est du même avis. Il a soigné il y a quelques mois une dame d'une cinquantaine d'années chez laquelle un goître ancien subit une poussée, pendant un séjour à Valenciennes, en même temps que survenaient des phénomènes de tremblement, d'asystolie, où M. Gilbert reconnut la maladie de Basedow. Ces goîtres secondairement exophthalmiques sont en effet ceux où la chirurgie peut être efficace et il faut les différencier des goîtres exophthalmiques proprement dits.

Grossesse extra-utérine et hémato-salpingites.

M. Terson a observé dans le service de M. Le Dentu une femme qui, ayant eu il y a dix ans une grossesse normale, fit il y a cinq ans une chute d'où résulta une péritonite. En octobre dernier, elle eut quelques phénomènes rationnels de grossesse, mais après 15 jours de retard ses règles reparurent. Il y a quelques jours éclatèrent des accidents de péritonite pour lesquels la malade entra dans le service de M. Rendu. Une grosse tumeu · lui fut trouvée, et la laparotomie faite par M. Le Dentu démontra que c'était la trompe remplie de caillots sanguins et contenant un fœtus.

M. Pilliet pense que bon nombre d'hémato-salpingites sont des grossesses extra-utérines, où le fœtus échappe aux investigations. Mais si on fait de parti pris l'examen histologique de la paroi tubaire, on y trouve des tissus qui sont certainement des débris placentaires. M. Pilliet présente une pièce de ce genre, où en outre l'ovaire du côté opposé contient un corps jaune.

M. Dudefoy présente une pièce de salpingite hémorrhagique avec hématocèle intra-péritonéale. L'examen histologique sera pratiqué par M. Pilliet.

Anévrysmes de l'aorte.

M. Bezançon présente un anévrysme de l'aorte trouvé à l'autopsie d'un vieillard de 81 ans mort de pneumonie et n'ayant donné aucun signe stéthoscopique, bien que l'auscultation du thorax ait été faite à plusieurs reprises.

M. de Grandmaison a vu dans le service de M. Brault un anévrysme de la sous-clavière ayant simulé un empyème pulsatile.

M. Thiroloix relate l'observation d'un homme de 53 ans chez qui un anévrysme aortique battant à peine et ne soufflant pas put être diagnostiqué parce qu'il donnait de la matité et que le pouls était supprimé à la radiale droite.

M. Vilimerovitch présente : 1° des pièces d'*hydrocéphalie ventriculaire* avec tumeur du cervelet ; 2° des pièces d'*hydrocéphalie externe* avec atrophie de la convexité des hémisphères.

M. Martin de Gimard décrit une *malformation du cœur* chez un enfant de 10 mois atteint de cyanose.

M. Potherat montre un *kyste hématique du mésentère.*

M. Londe présente un homme atteint d'une *malformation remarquable des deux jambes et des pieds.*

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 18 *mars* 1891

Présidence de M. Terrier.

Traitement des suppurations pelviennes par l'hystérectomie vaginale.

M. Routier se propose, puisqu'il n'a pas l'expérience de l'hystérectomie, de comparer aux résultats de M. Segond ceux qu'il a obtenus par la laparotomie et de discuter ainsi les indications. Mais, au préalable, il affirme les incertitudes fréquentes du diagnostic sur l'unilatéralité ou la bilatéralité, et non seulement pour les pyosalpingites, mais pour toutes les salpingites. Prenant sa statistique depuis le 8 août, époque où commence celle de M. Segond, il compte 22 laparotomies pour annexites, dont 12 pour pyosalpingites; et de ces 12 femmes, 10 sont entièrement guéries, 2 sont encore souffrantes. De ces deux, une portait une poche ouverte dans la vessie, qui ne put être enlevée, et elle garde son drain abdomino-vaginal ; peut-être sera-t-il indiqué de lui faire l'hystérectomie vaginale ; l'autre a pu subir l'ablation, mais elle a eu des accidents de phlegmon chronique et a été incisée jeudi dernier. Quant aux 10 guérisons, elles ne concernent certes pas des cas faciles, et trois fois, soit pour arrêter l'hémorrhagie en nappe, soit par crainte d'une perforation du rectum, il a fallu tamponner le petit bassin à la gaze iodoformée. Ainsi, pour les abcès tubo-ovariens enkystés, la laparotomie est très bonne. Mais elle est impuissante contre les suppurations diffuses du petit bassin et là, M. Routier— qui a eu deux cas de ce genre — se rallie à l'hystérectomie. Par contre, pour les hématosalpinx, pour les salpingites interstitielles avec ovaires scléro-kystiques, rien ne vaut la laparotomie, très facile et très bénigne. A ce propos, M. Routier dit que plusieurs fois, une trompe ayant encore ses franges et l'ovaire étant peu atteint, il a pratiqué l'oophorectomie unilatérale, mais n'en a pas été satisfait. Dès lors, l'objection fonctionnelle à l'hystérectomie tombe, mais il reste la difficulté plus grande de cette opération, pour laquelle le chirurgien est trop à la merci de son instrumentation. Pour les pyosalpingites, il faut craindre, en outre, de laisser dans le ventre des poches non ouvertes. En principe donc, M. Routier reste partisan de la laparotomie et n'admet l'hystérectomie qu'à son défaut, secondairement au besoin.

M. Lucas-Championnière commence d'abord par constater avec plaisir qu'on admet très nettement que toutes les collections purulentes pelviennes ne sont pas tubaires, et il pense que la fameuse théorie du cheminement du pus par les trompes va disparaître. C'est précisément là une des raisons de l'hystérectomie vaginale, et si M. Segond s'était borné à préconiser le large drainage pour les abcès de périmétrite, il n'y aurait aucune objection à faire. Mais M. Segond a généralisé, et c'est cette générali·ation qu'il faut combattre. Ce qui démontre qu'il généralise, c'est le nombre de cas qu'il a opérés depuis août dernier : c'est sûrement qu'il traite ainsi à peu près tous les cas. Or, les cas où M. Championnière croit la méthode indiquée sont rares, et depuis la communication de M. Péan, il n'a pas encore pu en trouver. Et à son sens — abstraction faite de ces abcès latéraux qu'on ouvre avec succès par l'incision dite laparotomie sous-péritonéale — M. Segond exagère beaucoup les difficultés et dangers de la laparotomie pour abcès pelviens. De ces abcès, il en est beaucoup dont on peut enlever la poche, et dans ces conditions, la laparotomie est très bénigne et très efficace. Même quand il faut laisser de la poche, M. Championnière se borne à la désinfecter, ne draine pas, et n'a eu qu'un seul décès, tardif, sans élévation de température. Non seulement on enlève les poches, mais on détruit les adhérences, ce qui est impossible par la voie vaginale ; or ces adhérences sont pour beaucoup dans les accidents dont souffrent les malades. M. Segond dit que par l'hystérectomie les suites sont meilleures; mais la laparotomie pour pyosalpingite donne d'excellents résultats définitifs. Certes elle n'est pas à l'abri des accidents de la ménopause anticipée. Mais ces accidents, ils ne débutent souvent qu'au bout de 5, 6 mois ; et M. Championnière les a observés chez une femme à laquelle il a pratiqué l'opération de Porro. M. Segond fera donc bien d'attendre avant de proclamer que l'hystérectomie en met à l'abri.

Les arguments tirés de la mortalité opératoire sont négli-

geables ; les séries sont actuellement trop peu nombreuses. Mais du diagnostic vient une grosse objection. Actuellement, en effet, nous avons posé des règles générales d'intervention, mais bien souvent nous ne portons pas un diagnostic précis. Tout récemment, M. Championnière a opéré une femme chez laquelle on croyait à une ovarite suppurée : il lui soupçonna un ovaire à petits kystes, et c'est en effet ce qu'il trouva. Or, la laparotomie permet de faire le nécessaire et rien que le nécessaire : voilà pourquoi M. Championnière s'élève contre la généralisation de M. Segond.

M. Terrier. — Je n'ai pas fait de ces opérations, et dès lors je ne pourrai pas raisonner toujours avec certitude. Mais il est quelques points qui me paraissent aisés à démontrer. Je rappellerai que lors d'une de nos récentes discussions, j'ai dit que je préférerais l'hystérectomie vaginale à la simple incision vaginale préconisée par M. Bouilly dans certains cas. Depuis cette époque, j'ai rencontré des faits me démontrant que cela peut en effet donner de bons résultats. Ces cas sont précisément ceux dont M. Terrillon nous a donné, dans la dernière séance, une excellente description : j'ai toujours pu y terminer l'opération par voie abdominale, mais il est certain que la gravité est grande. Mais ces cas sont exceptionnels. J'ajouterai que nos diagnostics sont très souvent par à peu près. Cependant, pour les lésions anciennes, avec abcès consécutifs, avec fistules, j'ai l'impression que la voie vaginale serait la meilleure.

Ces préliminaires posés, j'aborde la critique des observations que j'ai pu lire ce matin même dans les *Annales de gynécologie*, où M. Segond en a publié le résumé. Je les diviserai en plusieurs catégories :

1° 5 opérées, toutes guéries, avaient des salpingites non suppurées et des ovaires scléro-kystiques. Sur celles-là je suis absolu : il est mauvais de faire l'hystérectomie vaginale quand par la laparotomie on termine en 20 minutes une opération toujours heureuse ;

2° 2 femmes avaient, avec de la sclérose ovarienne, des rétro-déviations adhérentes : ici encore j'affirme que mieux aurait valu les traiter par l'oophorectomie et l'hystéropexie ;

3° 6 doubles pyosalpingites (dont une tuberculeuse) où avec l'utérus les poches ont été enlevées en totalité. Ici, je ne raisonne plus sur un terrain absolument ferme. Mais, si les trompes sont venues entières avec l'utérus, c'est donc qu'elles n'adhéraient pas. Dans ces conditions, pour mon compte personnel, par atavisme peut-être, si je pose ce diagnostic, je demeure partisan de la laparotomie, qui donne de bons résultats. Mais je reconnais qu'ici la discussion est permise et qu'il faut laisser la parole à la statistique pour établir de quel côté est la plus grande mortalité.

4° J'en dirai autant pour une double hémato-salpingite, suppurée à gauche, où, d'après ce que j'ai pu lire dans l'observation, il n'y avait pas de pelvi-péritonite ;

5° Le point le plus important concerne les salpingites suppurées avec pelvi-péritonite. Ces cas sont ceux où M. Segond a dû laisser en partie les annexes : là l'hystérectomie est justifiée. Elle établit un large drainage et, jusqu'à nouvel ordre, les résidus qu'on laisse dans le bassin sont bien supportés. De ces opérations, M. Segond en a 7 ; mais elles lui donnent 3 décès sur les 4 de sa statistique totale. C'est donc une opération grave, tout comme dans ces conditions la laparotomie est grave : on est absolument en droit, néanmoins, de la mettre à l'étude, car mon impression générale est qu'actuellement les mortalités des deux opérations sont à peu près égales ;

6° Deux cas un peu en dehors de la discussion actuelle. Ainsi ces gros fibromes avec suppuration pelvienne : M. Segond a enregistré un beau succès dans ce cas si complexe, il n'y a qu'à l'en féliciter ;

7° Pour les suppurations pelviennes consécutives aux laparotomies, la question ne se discute plus : l'hystérectomie vaginale est la seule opération indiquée.

M. Reynier prend la parole exactement dans le même sens que M. Bouilly, M. Championnière. Sa statistique est la suivante : 32 laparotomies pour annexites lui ont donné 2 morts, dont 1 par chloroforme, 1 par perforation du rectum adhérent. Dans ce dernier cas, l'hystérectomie eût mieux valu. Mais les faits de ce genre sont rares et la laparotomie reste aux yeux de M. Reynier la méthode de choix.

Kyste à grains riziformes.

M. Prengrueber présente un malade auquel il y a deux ans il a enlevé un kyste à grains riziformes des extenseurs des doigts. La lésion était tuberculeuse. Il n'y a pas de récidive, et d'autre part les tendons extenseurs jouent avec une liberté parfaite. Mais le malade porte actuellement une tuberculose du coude, qui va être réséqué, et une synovite palmaire de l'autre main.

M. Schwartz montre un *appendice iléo-cœcal* qu'il a réséqué à un garçon de 18 ans atteint d'appendicite à rechutes. Cet appendice, non perforé, contient un corps étranger.

M. Kirmisson montre un enfant porteur, à la tempe droite, d'une tumeur qui a gagné la conjonctive et qui est probablement un *lymphangiome.*

M. Tuffier communique un cas de laparotomie pour *grossesse extra-utérine.*

M. Verchère lit une observation de *trépanation pour épilepsie jacksonienne.*

A. Broca.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 20 mars 1891

Présidence de M. E. Labbé

Présentation d'un acromégalique.

M. L. Pinel-Maisonneuve. — Le malade que j'ai l'honneur de présenter à la Société est atteint de cette singulière maladie dont nous devons la connaissance à M. P. Marie.

C'est un Alsacien, âgé de 37 ans, qui travaille depuis son enfance dans les toiles métalliques. Il n'a jamais été malade : à seize ans il a fait la campagne de 1870, il était déjà très vigoureux et avait une vue excellente.

Il habite Paris depuis l'âge de 20 ans, s'est marié à 22 ; il a 4 enfants, tous bien conformés et bien portants. A cet âge il était très robuste et pouvait porter jusqu'à 150 kilos sur ses épaules et 35 kilos à bras tendu.

Comme dans presque toutes les observations publiées jusqu'à ce jour, c'est vers 24 ans, c'est-à-dire à la fin de la croissance, que ce malade s'est aperçu que ses mains, ses pieds et sa tête grossissaient : il était obligé chaque année de changer la dimension de ses chapeaux. A 28 ans il fut pris d'une céphalalgie atroce, continue, s'exaspérant au lit et que seuls les aliments pouvaient calmer. Ces maux de tête ont duré six années. — En 1883 il fut soigné pour une hydarthrose à Cochin, dans le service de M. Dujardin-Beaumetz ; on examinait déjà curieusement ses mains et ses pieds. — Quoique très grand mangeur, cet homme est sobre. Tous ces symptômes se sont développés d'une façon lente et progressive : son état général, qui était excellent, a décliné en même temps que ses forces ; il a maintenant le teint pâle et cireux ; au dynamomètre je n'ai trouvé que 35 kilogrammètres à droite et 30 à gauche. Son état est stationnaire depuis 3 ans ; mais depuis cette époque il a des douleurs rhumatoïdes dans les 2 épaules.

A 22 ans, cet homme, pesait 70 kilogrammes et sa taille sur son livret militaire est de 1m62 ; il pèse actuellement près de 100 kilos et mesure 1m67.

On peut voir que c'est un type achevé d'acromégalique. Son cou mince, de 0,38 cent. de tour, fait d'autant plus ressortir sa face énorme et allongée : le diamètre fronto-mentonnier est de 25 cent. ; son nez épaté de 5 cent. de large, l'énorme lippe de la lèvre inférieure, le prognathisme de 2 cent. du maxillaire inférieur, tout est typique dans le facies de ce malade. Au thorax on remarque les clavicules et les omoplates énormes, surtout à gauche, ainsi que l'hypertrophie des côtes gauches et de leurs articulations chondro-sternales, le dos est légèrement voûté. Les mains sont massives, presque carrées, comme capitonnées : leur épaisseur est de 5 cent., la longueur de 16 et la largeur de 13 ; les doigts boudinés.

Aux membres inférieurs les genoux et les talons sont énormes, on voit à la jambe gauche des dilatations variqueuses de la grosseur du doigt, les dimensions des pieds

sont proportionnelles à celles des mains. La sensibilité est intacte; mais les réflexes patellaires abolis. Les organes génitaux sont normaux, mais leur fonction très diminuée. La langue un peu hypertrophiée, mais le goût est intact; il en est de même de l'ouïe, de l'odorat et du tact. Seule la vision est atteinte. Il y a 7 ans il eut, sans cause appréciable, un ulcère cornéen de l'œil droit ayant laissé une taie; depuis quinze jours, autre kératite ulcéreuse à l'œil gauche; l'exophthalmie est considérable, quand on écarte les paupières épaissies et allongées, les globes oculaires sont presque sortis de leur loge; pas d'augmentation de la tension oculaire, mais légère douleur à la pression d'avant en arrière. Pupilles presque insensibles à la lumière, mais réagissant à l'accommodation. Le champ visuel est conservé et la perception des couleurs bonne; l'acuité visuelle est tombée à 1/2 à gauche et à 5/7 à droite. A l'ophthalmoscope, amincissement des artères et dilatation des veines de la rétine, c'est-à-dire stase papillaire très nette quoique peu accentuée; tous phénomènes dus à la compression des nerfs optiques.

Les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine; rien à noter du côté des autres organes. En résumé, je ne trouve rien dans ce cas, pourtant typique, qui puisse éclairer l'étiologie de cette singulière maladie. Il n'y a chez cet homme aucun antécédent, il n'est pas syphilitique; ses parents, qui étaient très rhumatisants, sont morts à 60 ans, d'affection indéterminée; ses 13 frères et sœurs étaient tous bien constitués. — Je ferai remarquer que, depuis que l'état est stationnaire, des douleurs rhumatismales sont survenues dans les deux épaules.

LE TRAITEMENT DE KOCH

M. Stintzing (Iéna) (1). — Les injections de lymphe n'ont qu'une valeur diagnostique très relative. Mais l'on peut conclure des recherches entreprises de tous côtés que lorsque les injections ont été faites régulièrement, c'est-à-dire en débutant par des doses minimes et en les augmentant progressivement avec des périodes de repos, et qu'elles ont été suivies des signes habituels de la réaction générale avec modifications locales, il s'agit très vraisemblablement de lésions tuberculeuses.

D'autre part, le remède de Koch améliore d'une façon manifeste les tuberculoses pulmonaires au début. En procédant méthodiquement, les dangers de la méthode ne sont guère à redouter et même, dans des cas avancés, où l'on ne pouvait que craindre des accidents rapides, l'auteur n'a jamais constaté la généralisation. Les tuberculoses au début, même dans les cas où il y a quelque foyer limité ramolli, mais qui n'ont pas encore affecté l'état général d'une façon marquée, ni envahi une grande étendue du parenchyme, sont presque toujours améliorées et souvent guéries, provisoirement du moins. Les résultats sont d'autant plus rapides que les prescriptions hygiéniques ont été bien observées.

Les contre-indications absolues résident dans l'amaigrissement très prononcé du malade ou l'existence de la fièvre hectique.

M. Seydel (Munich) (2). — La lymphe de Koch donne pour le diagnostic des lésions tuberculeuses chirurgicales, des indications précieuses. Elle peut fournir au chirurgien une aide très réelle dans le traitement des affections osseuses et articulaires, mais c'est toujours au bistouri que revient le rôle le plus important.

M. Vogl (Munich) (3). — L'auteur admet les bons effets de la lymphe de Koch dans la tuberculose au début, même lorsque la réaction générale et locale a paru très modérée.

M. Wolff (Gœrbersdorff) (4) — Les dangers de la méthode de Koch ont aujourd'hui presque complètement disparu depuis que l'on sait qu'on doit débuter par des doses minimes et laisser un espace de temps suffisant entre les injections.

(1) *Münch. medic. Wochen.*, mars 1891, p. 163-187-201.
(2) *Münch. medic. Wochen.*, 17 mars, p. 210.
(3) *Münch. medic. Wochen.*, 3-17 mars, p. 169-205.
(4) *Deutsch. medic. Wochen.*, 19 mars, p. 453.

D'autre part, on sait qu'il ne faut pas appliquer le traitement aux malades débilités ou trop fébricitants.

Pour l'auteur, la méthode des injections peut être appliquée sans inconvénients et avec de bons effets aux tuberculeux chroniques qui ont encore une nutrition satisfaisante, même si ces tuberculeux présentent de temps à autre des poussées plus aiguës.

M. Oka (Berlin) (1). — Les modifications signalées dans la fréquence, le rythme et l'amplitude des mouvements respiratoires à la suite des injections de Koch ne sont pas déterminées uniquement par l'ascension de la température. La tuberculine a une action directe sur le centre respiratoire.

M. Weber (Cassel) (2). — Dans un cas de *maladie d'Addison* les injections de lymphe de Koch amenèrent une aggravation rapide de l'affection. La mort s'étant produite au bout de quelques jours, l'autopsie révéla l'existence de lésions tuberculeuses des capsules surrénales. Celles-ci ne paraissaient avoir subi aucune modification du fait des injections. L'auteur pense que cette tuberculose, de même que la tuberculose méningée, n'est pas justiciable du traitement de Koch.

M. Wissokowitsch (Charkow) (3). — L'auteur admet comme démontrés les bons effets de la lymphe de Koch dans le traitement du lupus et des lésions tuberculeuses chirurgicales. Il n'est pas étonnant qu'il n'en soit pas de même dans la tuberculose pulmonaire, car ici, en dehors du bacille lui-même dont la présence dans les tissus détermine les réactions caractéristiques, il y a toute la série des autres micro-organismes, non pathogènes de leur nature, les saprophytes par exemple, qui se développent dans les foyers ramollis. C'est encore grâce à eux que les bacilles tuberculeux peuvent repulluler dans les tissus nécrosés. Il y a donc là une sorte de cercle vicieux. Les bacilles favorisent le développement des micro-organismes indifférents, ceux-ci à leur tour aident à la diffusion des bacilles tuberculeux. Aussi la lymphe de Koch a-t-elle moins d'action sur la tuberculose pulmonaire en voie de ramollissement que sur la tuberculose au début.

Des expériences faites sur les animaux sont nécessaires pour déterminer exactement le mode d'action du remède de Koch dans les diverses formes de tuberculose.

A l'Assemblée des médecins allemands de Prague (*séance du 6 février*), nous relevons les communications suivantes :

M. Scholl a fait des *cultures de tuberculose* sur peptone-glycérine-viande additionnée de sel de cuisine. Au bout de 5 semaines les bacilles, qui se sont développés en grand nombre, se sont rassemblés sous forme d'une poussière blanche. Le liquide fut décanté, soumis à la chaleur pour détruire les bacilles qui restaient, filtré et finalement évaporé au bain-marie. On obtint de cette façon un liquide brunâtre ressemblant à la lymphe de Koch.

L'injection de ce liquide provoquait du reste les mêmes phénomènes que la tuberculine de Koch. Les animaux atteints de tuberculose avancée réagissaient violemment contre les doses très petites; les animaux avec des tuberculoses au début réagissaient moins bien; les animaux sains ne réagissaient pas du tout même avec des doses élevées. Dans les cas de foyers tuberculeux externes, on apercevait une réaction locale très manifeste.

L'action était la même quand le liquide ainsi préparé renfermait des bacilles détruits ou en était privé par filtration à travers le filtre Chamberland.

M. Pribram a observé chez trois tuberculeux pulmonaires au début une amélioration manifeste sous l'influence des injections de tuberculine : la fièvre a disparu, la nutrition s'est améliorée et les malades ont engraissé. Mais dans la grande majorité des cas les injections sont suivies d'une aggravation très marquée : la lésion s'étend, il se forme des cavernes, la fièvre devient intense et les malades maigrissent.

A la Société des médecins de Budapesth (*28 février*), **M. Stil-**

(1) *Deut. med. Woch.*, 19 mars, p. 445.
(2) *Berl. klin. Woch.*, 23 mars, p. 303.
(3) Soc. de médecine. *Deut. med. Woch.*, 19 mars, p. 455.

ler a présenté le cerveau d'un individu phthisique au début, traité par les injections de Koch et mort après la 5e injection d'une méningite tuberculeuse due aux injections.

M. Simon (Nancy) (1). — A la suite d'une série d'injections faites sur les enfants, l'auteur conclut que la lymphe de Koch détermine une réaction générale et locale assez habituelle dans les lésions tuberculeuses. Son action peut le plus souvent ne pas être nocive, mais elle peut aussi parfois, même dans les cas de tuberculoses externes relativement bénignes, déterminer l'envahissement des viscères et la généralisation de la maladie.

Dans les cas de tuberculose pulmonaire, les contre-indications sont presque la règle; l'effet curatif paraît moins incertain, quoique toujours incomplet, dans les tuberculoses cutanées.

M. Schmitt (Nancy) (2). — Les lapins et les cobayes supportent sans grand inconvénient des doses relativement fortes de lymphe tuberculeuse. Les lapins présentent en tout cas une réaction plus manifeste.

Chez le cobaye les injections pratiquées préventivement avant l'inoculation tuberculeuse n'ont aucune action sur l'évolution ultérieure de la tuberculose expérimentale.

Les injections commencées au moment de l'inoculation paraissent retarder la marche de l'infection.

Si les injections sont pratiquées dans le courant de la tuberculose, la marche de la maladie paraît être précipitée vers la terminaison fatale.

Traitement de la tuberculose par les sels de cuivre.

M. Luton (3). — A ne prendre que les conclusions de l'auteur, le traitement qu'il préconise serait des plus merveilleux. L'illusion cesse si on lit ses observations ou du moins ce qui en tient lieu. Le diagnostic des diverses affections traitées est presque toujours resté douteux, la recherche des bacilles n'a même pas été faite dans les cas de tuberculose pulmonaire. Les signes objectifs sont insuffisamment relatés; quant aux guérisons, elles sont tout au moins hypothétiques. L'échec de récentes entreprises analogues à celle de M. Luton aurait dû inciter l'auteur à une plus grande rigueur scientifique.

ÉTRANGER

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 11 *mars* 1891.

Traitement de Koch.

M. Kossel, frappé de certaines particularités que présentaient les préparations de sang envoyées par M. Liebmann (nombre considérable de bacilles surtout sur les bords, leur disposition en amas, absence de leucocytes, etc.), a soumis ces dernières à un examen détaillé et a trouvé qu'elles contenaient des éléments de crachats (filaments muqueux, cellules épithéliales). Il est évident que M. Liebmann s'est servi pour ces préparations de sang, des lamelles qui ont déjà servi pour l'examen de crachats.

MM. Guttmann, Ehrlich et **Kitasato** se sont montrés disposés à admettre l'opinion de M. Kossel, d'autant plus que les recherches faites à l'hôpital Moabit ont toujours été négatives.

M. Liebmann, à qui ces doutes ont été communiqués, se propose de faire parvenir à la Société de nouvelles préparations.

(1) *Revue médicale de l'Est*, 15 mars, p. 166.
(2) *Revue médicale de l'Est*, 15 mars, p. 177.
(3) *Union médicale du Nord-Est*, n° 3, p. 82.

Métrorrhagies secondaires.

M. Czempin. — Si l'on fait abstraction des hémorrhagies utérines intervenant pendant la menstruation, la grossesse, dans les cas de rétention du placenta, etc., on observe des métrorrhagies qui tantôt sont produites par une lésion de la muqueuse interne de l'utérus, métrorrhagies primitives, tantôt par une lésion siégeant en dehors de la muqueuse et de l'utérus lui-même, métrorrhagies secondaires.

Dans les métrorrhagies secondaires il s'agit, le plus souvent, d'une lésion des annexes, telle que salpingites, tumeurs des ovaires, para et péri-métrite, pelvi-péritonite chronique, hématocèle rétro-utérine, etc.

Tant que la lésion est à la période aiguë, la métrorrhagie n'est jamais abondante, sérieuse, et c'est principalement dans les lésions chroniques, surtout pendant les poussées aiguës survenant sous l'influence du refroidissement, de la fatigue, du surmenage, qu'on voit survenir des métrorrhagies graves. Les métrorrhagies secondaires sont assez fréquentes et s'observent dans 20 0/0 de cas. Il est toujours difficile de dire si ces hémorrhagies atypiques survenant en dehors des périodes menstruelles sont dues à une lésion des annexes ou à une endométrite concomitante. Quand on ne trouve pas de catarrhe utérin, quand la menstruation évolue normalement, on peut être certain qu'il s'agit de métrorrhagies secondaires consécutives à une lésion des annexes.

Lorsque, pour certaines raisons, il est impossible de s'attaquer directement (laparotomie) à la cause de ces métrorrhagies, le seul traitement rationnel est le suivant : tamponnement journalier du vagin avec de la gaze iodoformée, repos au lit, vessie de glace sur le ventre et hydrastis canadensis à l'intérieur. Ce traitement a toujours réussi dans les cas où le grattage de la muqueuse a complètement échoué.

M. Brœse. — Les métrorrhagies secondaires, symptomatiques, sont faciles à arrêter par l'application des courants galvaniques, qui sont toutefois contre-indiqués quand il existe des suppurations. Dans les inflammations aiguës compliquées d'hémorrhagies, la glace et l'hydrastis canadensis suffisent ordinairement.

Tubage du larynx dans le croup diphthéritique.

M. Schwalbe. — Le tubage du larynx, introduit en pratique, pour la première fois, par Bouchut, a été dernièrement repris en Amérique, par O'Dwyer. Au bout de 4 ans, Dillon Brown a pu déjà réunir dans ce pays 2,368 cas de tubage dans le croup. En Europe la méthode n'obtînt pas la même vogue. En 1888, nous avons d'abord la statistique de Thiersch portant sur 31 cas dont 17 ont dû subir après le tubage, la trachéotomie; sur les 14 autres, 3 seulement ont guéri. Viennent ensuite les 14 cas de Rehn avec 9 cas de mort; les 4 enfants qui ont guéri ont subi la trachéotomie après le tubage.

M. Schwalbe a fait le tubage dans 13 cas, dont 3 ne peuvent entrer en ligne de compte. Sur les 10 autres, il y a eu 9 cas de mort et une guérison.

Il résulte de ces faits que les résultats obtenus par le tubage sont inférieurs à ceux que fournit la trachéotomie.

Le tubage prédispose d'une façon très marquée à la pneumonie catarrhale, atélectasique. Ainsi, sur 13 autopsies d'enfants ayant subi le tubage, la pneumonie lobulaire est marquée 12 fois. L'alimentation des enfants est également rendue très difficile tant que le tube reste dans le larynx, les aliments s'engageant souvent dans les voies respiratoires.

Quand la sténose est limitée au larynx, le tubage lève l'obstacle et la respiration se rétablit rapidement. Mais très souvent, avec l'affaiblissement des mouvements expiratoires, la toux devient impuissante à chasser les mucosités et les fausses membranes qui arrivent à obstruer complètement le tube et provoquent des accès de suffocation. Dans d'autres cas, en introduisant le tube, on détache une fausse membrane qui obstrue la trachée et nécessite une trachéotomie d'urgence.

Une des complications du tubage est la nécrose de la trachée et du larynx par compression. Elle est fréquente, car sur ses 13 autopsies, Widerhofer l'a notée 9 fois.

L'opération est ordinairement facile et peut se faire sans chloroforme. Mais dans d'autres cas, la narcose devient indis-

pensable. Dans un cas (clinique de Leipzig), le gonflement du repli ary-épiglottique a empêché l'introduction du tube même pendant la narcose.

Le décanulement est facile quand les enfants n'ont pas déchiré avec leurs dents le fil fixé à la joue ou au front. Dans d'autres cas, il peut présenter des difficultés réelles. L'emploi d'une sonde de Belloc pour fixer le tube, comme cela a été proposé par certains auteurs, rendrait l'opération trop compliquée.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE DE BERLIN

Séance du 9 mars 1891

Traitement de Koch.

M. Renvers a traité à la Charité un grand nombre de malades par les injections de tuberculine. Quand il s'agissait de tuberculoses au début, il a vu survenir des améliorations, mais pas de guérison.

Dans un cas, chez une femme de 44 ans atteinte de tuberculose des sommets, de laryngite et de pharyngite tuberculeuses, avec ulcérations spécifiques de la langue, les ulcérations se sont presque toutes cicatrisées sous l'influence des injections (en tout 49 injections).

Dans un autre cas de laryngite tuberculeuse traité par les injections de cantharidate de potasse, on a observé une amélioration manifeste : les ulcérations se sont nettoyées et couvertes de bourgeons de bonne nature, mais la cicatrisation ne se produisit pas.

M. Renvers a fait une injection de cantharidate de potasse chez un diphthéritique. Les membranes se sont rapidement détachées des amygdales.

Les deux premiers malades ont été présentés ensuite à la Société.

M. Rosenberg considère la première malade comme exemple frappant de l'efficacité de la méthode de Koch. Les injections de Liebreich produisent presque toujours des améliorations remarquables.

M. Blaschko. — Les sensations pénibles consécutives aux injections, signalées par la commission de l'hôpital de Saint-Louis de Paris, peuvent être évitées : 1° par l'emploi de doses extrêmement faibles (50 à 100 fois moins fortes que celles indiquées par Koch); 2° par l'injection dans le foyer même de la lésion ou dans les parties voisines; 3° en combinant les injections avec les autres méthodes de traitement. Si l'on suit ces règles, on peut continuer longtemps les injections et obtenir des résultats très satisfaisants dans le lupus. Mais la guérison n'a pas encore été obtenue.

Emphysème vésiculaire du poumon.

M. Guttmann présente les pièces anatomiques d'un asthmatique âgé de 74 ans et succombé subitement à la Charité.

Le poumon gauche est transformé en une sorte de sac transparent uniloculaire rempli d'air. L'aorte est sclérosée et présente une dilatation cylindrique.

ANGLETERRE

SOCIÉTÉ PATHOLOGIQUE DE LONDRES

Double kyste hydatique du foie.

M. S. West. — Voici un foie renfermant deux hydatides que j'ai recueilli à l'autopsie d'une fille de 16 ans qui en avait ressenti les premiers symptômes deux ans avant sa mort. Une première ponction produisit une amélioration très considérable, mais au bout de 7 mois l'abdomen était redevenu volumineux avec une saillie fluctuante; une nouvelle ponction faite dans un des espaces intercostaux du côté droit amena d'abord un liquide hydatique, puis un liquide teinté de bile; trois ponctions successives donnèrent issue à de grandes quantités de liquide, mais comme le liquide se reproduisait on fit une incision et on enleva ainsi la membrane qui tapissait un kyste adhérent au foie; on constata la présence de deux kystes, l'un occupant le foie et l'autre situé au-dessus du foie. Le drainage fut difficile, et 15 jours après l'opération la malade mourut. A l'autopsie, on trouva deux kystes, situés l'un dans la substance du foie et l'autre au-dessous du diaphragme. Ces deux kystes communiquaient entre eux par un orifice assez large pour admettre un doigt. Il n'y avait pas d'adhérences pleurales.

Syringomyélie.

M. Galloway. — J'ai fait l'autopsie d'un homme de 43 ans, atteint de paralysie générale des aliénés, mort de manie aiguë, qui pendant la vie présentait des troubles de la sensibilité tels qu'il s'arrachait la peau par places, et se faisait des blessures, prétendant qu'il se trouvait dans un bain de poivre de Cayenne. Outre ces lésions classiques de la paralysie générale et la dilatation des ventricules latéraux, j'ai trouvé dans la moelle les altérations suivantes : la moelle qui, extérieurement, était saine et seulement aplatie dans le sens antéro-postérieur à la région dorsale, présentait sur les coupes une cavité centrale étendue de la région cervicale supérieure à la région lombaire supérieure, cavité qui offrait son plus grand développement à la région dorsale; la cavité était entourée par une zone de tissu offrant les caractères de la névroglie.

Lésion syphilitique du lobe occipital avec perforation du crâne.

M. J. Hutchinson. — A l'autopsie d'un sujet atteint de syphilis héréditaire, j'ai trouvé le lobe occipital droit presque entièrement remplacé par du tissu gommeux adhérent à la dure-mère; l'os pariétal était aminci à ce niveau, et un orifice ovale situé à sa partie postérieure, de 4 centimètres de diamètre, laissait passer la dure-mère et le liquide céphalo-rachidien, collecté dans une poche qui pendant la vie était le siège de pulsations. Les ventricules étaient très dilatés. Le lobe droit du cervelet était envahi par le tissu gommeux qui avait perforé la tente du cervelet. Il n'y avait pas de méningite générale et la marche de la maladie avait été très lente, l'ouverture crânienne s'était produite 5 ans avant la mort de la malade qui était alors âgée de 16 ans.

Les lésions se traduisaient pendant la vie, outre la méningocèle déjà indiquée, par une paraplégie incomplète, présentant des variations dues vraisemblablement à la pression intra-ventriculaire du liquide, par une double névrite optique avec atrophie de la papille et cécité, par de l'albuminurie avec anémie. La nature syphilitique des lésions avait été reconnue pendant la vie, quoique les yeux et les dents n'aient pas présenté les stigmates de la syphilis héréditaire. Il y avait eu quelques années auparavant des ulcérations syphilitiques du cou et du dos qui avaient laissé à leur place des cicatrices étendues.

Les faits de perforation du crâne par lésions syphilitiques sont rares, cependant Hughlings Jackson a publié un cas dans lequel une perforation avec production d'une tumeur pulsatile s'était développée à la région frontale à la suite d'une gomme de l'écorce cérébrale.

Tumeurs malignes de l'œsophage.

M. Lauriston Shaw montre 2 cas de tumeurs malignes de l'œsophage. Le premier est un sarcome qui a perforé la paroi postérieure de l'œsophage et ouvert la trachée juste au-dessus de sa bifurcation. On trouva des dépôts secondaires dans les ganglions lymphatiques du médiastin, les poumons et les reins. L'examen histologique de la tumeur montra qu'elle était composée de cellules rondes et ovales. Le second cas est un épithélioma ordinaire se faisant remarquer par une production en chou-fleur amenant une obstruction de l'œsophage.

Périostite symétrique.

M. Bowlby a montré les pièces d'une périostite symétrique avec formation d'os nouveau. Cette affection est survenue chez

un enfant d'un an qui eut de la fièvre, du gonflement des cuisses, puis mourut. A l'autopsie on trouva sur les 2 fémurs un anneau complet d'os de nouvelle formation. Le pus de cette périostite n'a point été examiné au point de vue bactériologique. Le périoste a dû être soulevé par un épanchement séreux, c'est pour cette raison qu'il n'y a pas eu de nécrose.

Polype nasal.

M. A. E. Barker a soigné une dame pour un polype du nez dont elle souffrait depuis un an. Il l'opéra, mais il ne put enlever le polype que par morceaux en raison d'une friabilité toute spéciale; il y eut une hémorrhagie abondante. Six mois après il y eut récidive, il y eut même envahissement des joues et de la gorge et la malade mourut. D'après l'examen histologique, cette tumeur semble appartenir à la classe des carcinomes myxhématoïdes. M. Bowlby a vu 2 cas analogues. **M. R. Williams** croit qu'il s'agit plutôt dans ces cas d'adéno-myxo-sarcome.

SOCIÉTÉ CLINIQUE DE LONDRES

Séance du 13 *mars* 1891.

Présidence de M. Dyce Duckworth.

Gangrène symétrique des pieds par oblitération artérielle et veineuse.

M. Pearce Gould. — Je viens d'observer chez un homme de 43 ans qui, après une attaque d'influenza, avait été atteint de mélancolie et de manie, une gangrène des deux pieds. Le 9 janvier, il fut pris de douleurs intenses occupant le genou droit et s'étendant jusqu'au pied; au bout de 2 jours, le pied devint froid et bleu, et il n'y avait plus de battements dans l'artère tibiale postérieure. Le malade fut alors pris de douleur dans le pied gauche et au bout de peu de temps les deux pieds se gangrenèrent. J'ai fait à huit jours d'intervalle la désarticulation des deux pieds, et aujourd'hui le malade est complètement guéri.

M. Mickle. — J'ai soigné ce malade : outre une lésion cérébrale d'origine syphilitique, il avait une affection cardiaque due à la même cause.

M. Churton. — J'observe en ce moment même une femme de 42 ans, de tempérament sanguin, qui se plaignait, au moment de son entrée à l'hôpital, de faiblesse au niveau du genou gauche : la sensibilité avait disparu dans cette région dont la peau n'avait pas sa coloration normale. Elle n'a pas d'hypertrophie du cœur, mais seulement un bruit systolique à la pointe avec claquement du 2e temps à la base; pas d'œdème, mais une légère albuminurie. Quelques jours après son entrée, le pied gauche prit l'apparence de la gangrène et peu de jours après des phénomènes analogues se produisirent du côté droit. En même temps, on constata nettement l'oblitération des artères fémorales sous la forme d'un cordon dur.

M. Longhurst. — Ces phénomènes paraissent être d'origine nerveuse.

M. Pearce Gould. — Je ne crois pas qu'on puisse attribuer à une cause uniquement nerveuse les accidents observés chez mon malade. Je pense plutôt, que sous l'influence de la dyscrasie sanguine, il s'est produit une artérite des membres inférieurs, et consécutivement une thrombose. Rien ne vient à l'appui de l'origine nerveuse des troubles circulatoires dans ce cas.

Paralysie atrophique spinale et névrite multiple.

M. Gowers. — Je viens d'observer chez un jeune garçon de 7 ans, après quelques jours de malaise général, consécutif à un bain très froid, une paralysie atrophique atteignant tout le bras gauche, les muscles de l'épaule, ainsi que le deltoïde, le biceps et le triceps du côté droit. Au bout de 15 jours, ces muscles présentaient les signes de la réaction de dégénérescence, la paralysie et l'atrophie devinrent permanentes; en même temps, les jambes devinrent faibles, tout en conservant tous leurs mouvements; les réflexes tendineux étaien conservés ; le phénomène du pied se produisit, mais au bout de quelques mois les jambes reprirent leur force normale.

Ces symptômes sont ceux d'une poliomyélite cervicale antérieure avec lésions légères de la substance blanche adjacente et dégénérescence secondaire transitoire des fibres pyramidales. Mais, en outre, y avait une névrite, caractérisée par des douleurs dans les bras et les jambes, particulièrement au voisinage des genoux et des coudes, douleurs devenant très intenses par les mouvements et par la pression dans ces régions. La pression sur les nerfs, surtout sur les nerfs sciatique, poplité, cubital et médian, était douloureuse, la douleur diminuait au-dessus et au-dessous des articulations. Il n'y avait pas d'anesthésie ni d'autres symptômes indiquant une altération des fibres conductrices des nerfs. Ces symptômes douloureux diminuèrent au bout de quelques semaines, puis disparurent, malgré la persistance de la paralysie atrophique; ils étaient certainement dus à une périnévrite multiple, atteignant les nerfs à leur partie moyenne, névrite primitive, développée en même temps que la lésion spinale et sous l'influence de la même cause. Le froid est en effet capable de déterminer à la fois une névrite soit parenchymateuse soit interstitielle et une poliomyélite également parenchymateuse ou interstitielle. Dans le cas actuel je crois que les lésions tant des nerfs que de la moelle occupaient le tissu interstitiel et non les éléments parenchymateux.

Il est probable qu'un virus organisé peut déterminer la forme interstitielle de la névrite par l'influence directe des micro-organismes sur les éléments du tissu connectif, en particulier sur les gaines nerveuses, comme cela s'observe dans la lèpre et dans la syphilis : au contraire la forme parenchymateuse est certainement due bien souvent aux produits élaborés par les micro-organismes, agissant à la manière de l'alcool; ainsi la névrite diphthérique est plutôt parenchymateuse qu'interstitielle.

Trois cas de septicémie.

M. C. Mansell-Moullin. — Le 1er cas survint chez un malade atteint de fracture comminutive au niveau de la cheville; le 2e chez un sujet porteur d'un volumineux abcès froid, le 3e chez un garçon de 17 ans atteint de luxation compliquée du poignet. Ces 3 cas survinrent dans le même service, dans le même lit. Le premier et le dernier furent traités par des bains prolongés dans une solution du 1/10.000 c. de bichlorure de mercure. Dans le 2e, l'abcès fut drainé et lavé avec une solution phéniquée. Le 1er cas guérit après l'amputation. Le 2e et le 3e malades moururent. Ces cas de septicémie s'expliquent, d'après l'auteur, par ce fait que sous le plancher de l'hôpital, au niveau du lit où survinrent ces accidents, passait un canal d'égout qui avait servi autrefois à l'hôpital et qu'on avait oublié depuis.

Calculs vésicaux chez l'enfant.

A la Société médicale de Londres, la séance du 16 mars a été consacrée à une discussion dont le point de départ a été une observation de **M. Owen** : ce chirurgien a communiqué l'histoire d'un enfant de 5 ans chez lequel il avait mené la litholapaxie sans encombre jusqu'à l'aspiration. Au milieu de cette dernière manœuvre, il constata que la résistance vésicale disparaissait subitement : la vessie était rompue. Rupture extra-péritonéale, ainsi que le fit constater la taille hypogastrique immédiatement pratiquée ; rupture et plaie hypogastrique furent suturées, puis la vessie fut drainée au périnée; l'enfant succomba néanmoins.

Il est bien possible que l'accident provienne de ce que M. Owen, n'ayant pas sous la main un aspirateur spécial pour enfant, en prit un pour adulte. Il manqua ainsi à un des préceptes de **M. Keegan** : avoir un outillage spécial. M. Keegan, à ce propos, a communiqué à la Société la statistique de 175 cas opérés dans l'Inde chez des enfants au-dessous de 15 ans, statistique qu'il a déjà publiée dans la *Lancet* (voyez *Gazette*, 1890, n° 45, p. 536). C'est dans l'Inde, où les calculs vésicaux chez l'enfant sont d'une grande fréquence, que M. Keegan a opéré. Depuis la publication de ce mémoire, **M. R. Harrison** a essayé la litholapaxie chez l'en-

fant et s'en déclare satisfait. La discussion entre **MM. Morgan, Marshall, Buckston Browne,** sur la lithotritie, la taille latérale et la taille hypogastrique, est la répétition de celle qui a eu lieu à la Société royale entre les mêmes orateurs (voyez *Mercredi*, 1890, n° 48, p. 610).

AUTRICHE

SOCIÉTÉ DES MÉDECINS DE VIENNE

Séance du 16 *mars* 1891.

Influence de la dyscrasie tuberculeuse sur l'évolution et le traitement des affections de l'urèthre.

M. Englisch. — On sait que les dyscrasies constitutionnelles et les interventions chirurgicales agissent dans certains cas les unes sur les autres. Une opération faite chez un ancien paludéen peut provoquer l'éclosion d'une fièvre intermittente à type bien déterminé.

Les modifications du côté de l'appareil génito-urinaire peuvent s'observer non seulement pendant l'évolution d'une tuberculose manifeste, mais aussi tout à fait au début de la dyscrasie tuberculeuse. Ces modifications sont particulièrement nettes au niveau de la muqueuse uréthrale. Chez les tuberculeux, cette dernière a perdu son brillant, son aspect velouté et paraît mate; les couches profondes peuvent devenir le siège d'infiltrations, les saillies et les dépressions qui existent normalement, deviennent plus accusées et des productions papillaires se forment au niveau du col de la vessie. Ces modifications de structure sont accompagnées de troubles de sécrétions, de sorte que très souvent il existe un écoulement qu'on confond quelquefois avec la gonorrhée.

Si une cystite ou une pyélo-néphrite se développent sur le terrain de la dyscrasie tuberculeuse, leur évolution présente quelques particularités, en ce sens que la période aiguë passe rapidement et la maladie prend presque d'emblée un caractère traînant. Une épididymite traumatique ou infectieuse se termine souvent par la suppuration et dans le pus on peut trouver quelquefois des bacilles. Dans d'autres cas, un traumatisme insignifiant, un simple effort, est déjà capable de provoquer une épididymite chez des individus en puissance de la diathèse tuberculeuse. Il en est de même des affections de la vessie et de la prostate. L'affection peut, au début, rester localisée à une portion de l'appareil génito-urinaire, mais plus tard elle finit par envahir les autres parties.

Dans les cas de lésions tuberculeuses de l'appareil génito-urinaire, on observe quelquefois des complications tuberculeuses, quelquefois mortelles, du côté des poumons et des méninges. La phthisie dans ces cas n'est pas rare, comme le prouvent les deux observations suivantes :

Un jeune homme, en faisant un effort, éprouve une douleur dans l'aine et 2 jours après est pris d'une épididymite qui traîne pendant deux mois et se transforme finalement en une orchite tuberculeuse avec abcès et trajet fistuleux. Le malade, tout à fait bien portant avant l'accident, se met à tousser, à maigrir, à perdre ses forces, et meurt tuberculeux pulmonaire 4 mois après l'accident.

Un autre cas se rapporte à un garçon de 17 ans qui, dans le cours d'une blennorrhagie, prend une épididymite; 4 semaines plus tard apparaissent les premiers symptômes d'une affection pulmonaire avec fièvre, matité des sommets, et le malade meurt phthisique quelques mois après. Dans certains cas, l'évolution de la lésion pulmonaire marche encore plus rapidement et tout se termine quelquefois dans l'espace d'un mois.

Ces faits montrent quelle importance il faut attribuer au point de vue du pronostique aux affections de l'appareil génito-urinaire quand il s'agit d'individus en puissance de la dyscrasie tuberculeuse. Le traitement dans ces cas doit être dirigé en même temps contre l'affection locale et l'état général.

RUSSIE

QUATRIÈME CONGRÈS DES MÉDECINS RUSSES

Adénopathie tuberculeuse du cou.

M. Lindenbaum (Jaroslav), en se basant sur 94 cas de lymphadénite du cou observés depuis 8 ans, recommande chaudement l'ablation chirurgicale des ganglions malades. Tous les malades ont guéri, quelquefois au bout de 3 semaines. On n'a eu à noter ni cas de mort ni complications.

M. Vobly. — Il est très difficile de faire une ablation complète de tous les ganglions malades. On en laisse forcément, et alors l'opération devient par le fait même inutile.

M. Sarytcheff a fait l'ablation de glandes tuberculeuses dans 95 cas et tous les malades ont guéri. L'opération ne présente pas de grandes difficultés, et avec le doigt on sent même les petits ganglions. Quelquefois pourtant on est obligé de refaire l'opération.

M. Troïanoff. — L'opération est bonne en elle-même. Quand il s'agit de paquets volumineux, il faut d'abord isoler la veine, et attaquer ensuite résolument les parties malades.

Traitement des arthrites tuberculeuses de la hanche et du genou chez les enfants.

M. Alexandroff. — Le traitement opératoire des lésions tuberculeuses des os et des articulations présente de grands avantages qui se manifestent par la moindre durée de traitement et le plus grand nombre de guérisons comparativement aux autres méthodes.

Dans 40 cas de coxalgie, chez des enfants au-dessous de 12 ans, l'opération a donné les résultats suivants : 32 guérisons complètes sans fistules, 5 fistules insignifiantes, 3 fistules étendues, 3 cas de mort (albuminurie, diarrhée sanguinolente, pneumonie).

Dans 34 cas d'arthrite tuberculeuse du genou, l'opération a été faite 20 fois d'après le procédé de Volkmann, 3 fois d'après celui de Textor, 9 fois d'après celui de Kœnig. Sur ces 34 cas on compte : 28 guérisons complètes, 3 fistules, 3 morts (2 de tuberculose, 1 de rougeole grave).

Il en résulte que, dans la tuberculose des grandes articulations, l'opération donne 90 0/0 de guérisons.

M. Tchernoff (Kieff) admet que l'intervention chirurgicale donne de bons résultats, mais ces derniers sont-ils durables? Il préfère un traitement hygiénique, au bord de la mer, comme cela se pratique en France.

M. Alexandroff. — Aucun traitement ne peut garantir la persistance de bons résultats. Le séjour au bord de la mer est surtout indiqué après l'intervention chirurgicale.

La castration dans la tuberculose des testicules.

M. Mikhailoff, en se basant sur 18 cas de castration pour tuberculose testiculaire observés à la clinique du prof. Sinitzine, recommande ce traitement qui dans quelques cas améliore même les lésions pulmonaires.

M. Troïanoff. — La tuberculose atteint au début l'épididyme. La castration dans ces cas n'est pas rationnelle, car si le testicule est perdu au point de vue de la fécondation, il continue à élaborer une certaine substance qui est résorbée et agit très favorablement sur l'organisme.

M. Vobly. — Dans les cas de tuberculose primitive du testicule, l'état général restant bon, le diagnostic est très difficile. Dans les cas de tuberculose généralisée, la castration pour tuberculose du testicule n'est pas d'une grande utilité.

M. Sinitzine (Moscou). — Quand la tuberculose du testicule est très marquée, la castration peut prévenir le développement d'une tuberculose généralisée.

Grossesse extra-utérine.

M. Mouratoff fait un rapport sur le traitement de la grossesse extra-utérine. Après avoir passé en revue les opinions des auteurs qui se sont occupés de cette question, il arrive aux conclusions suivantes : 1° le traitement de la grossesse extra-utérine tout à fait au début doit être chirurgical. Il n'y a pas de raison, grâce aux progrès de la chirurgie moderne, d'attendre, pour intervenir, la mort du fœtus et l'oblitération des vaisseaux placentaires ; 2° pendant la laparotomie il est indiqué d'enlever l'œuf en totalité; si on en laisse une partie dans la cavité abdominale, il faut faire le drainage; 3° on peut espérer que l'indication de la laparotomie se trouvera dans certains cas de viabilité du fœtus situé en dehors de l'utérus.

M. Rein a fait 6 laparotomies pour grossesse extra-utérine. Ces six cas comprennent 3 grossesses tubaires, 2 grossesses tubo-abdominales, 1 grossesse abdominale primitive. Une seule des opérées est morte.

Au point de vue anatomique, la grossesse extra-utérine peut se diviser en tubaire, ovarienne et abdominale. La grossesse extra-utérine suit dans son développement la loi des néoplasmes. Dans la grossesse extra-utérine, comme dans la grossesse intra-utérine, l'œuf est soumis aux divers processus pathologiques. Le diagnostic est quelquefois très difficile. Les deux signes pathognomoniques sont la sortie de la caduque et la contraction de l'utérus vide. Dans les cas douteux on peut avoir recours à la laparotomie.

Traitement : 1° laparotomie ; 2° injections de morphine dans le sac, et électricité dans les cas où l'opération est contre-indiquée. Si le placenta est fixé aux intestins, on peut le laisser dans la cavité abdominale. La colpotomie est quelquefois une bonne opération dans ces cas.

M. Varnek a observé 7 cas de grossesse extra-utérine à l'hôpital de Basmanaïa (Moscou). L'opération n'a pas été faite dans deux cas. Sur les 5 autres, une malade est morte de péritonite. Dans deux cas le diagnostic était incertain entre la grossesse extra-utérine et la pyo-salpingite, une fois entre la grossesse extra-utérine et un kyste de l'ovaire. Dans tous ces cas il s'agissait de grossesse tubaire.

M. Vobly rapporte un cas de guérison sans intervention chirurgicale.

M. Soutouguine indique deux points qui permettent de diagnostiquer la grossesse extra-utérine : 1° séparation par la palpation de l'utérus et du sac ; 2° développement rapide de la tumeur. La confusion est fréquente avec la rétroflexion de l'utérus gravide.

M. Golooucheff rapporte un cas de grossesse extra-utérine observé à la clinique du prof. Sneguireff et guéri par l'électro-puncture.

M. Popialkovsky. — Si l'électro-puncture échoue, c'est qu'on l'applique trop tard. Avant 3 mois, elle donne souvent des succès.

M. Rein estime que l'intervention chirurgicale dans la grossesse extra-utérine est à peu près seule capable de sauver sûrement la vie de la malade.

Trachome et conjonctivite granuleuse.

M. Médvédeff a examiné, pendant l'hiver de 1889-1890, 3,686 matelots de Kroustadt, 23 étaient atteints de trachome, 311 de conjonctivite granuleuse. Chez les premiers il n'y avait pas de complication de pannus; les phénomènes subjectifs étaient peu prononcés, mais l'affection était tenace et ne cédait que difficilement au traitement même au bout de 42 jours. Par contre, sur les 311 atteints de conjonctivite granuleuse, 30 étaient complètement guéris déjà au bout de 2 à 3 semaines.

Sur 1,069 mousses examinés sous le même rapport, 123 avaient une conjonctivite granuleuse ; chez 44 les granulations siégeaient sur la paupière inférieure, chez 13, sur la paupière inférieure et la commissure, chez 14 la conjonctive était prise au niveau des cartilages tarses.

Le trachome et la conjonctivite granuleuse ne sont pas deux affections identiques. Il existe entre eux certaines différences qui sont marquées, au moins au point de vue clinique.

M Lajetchnikoff. — La conjonctivite granuleuse n'a rien de commun avec le trachome. Ce dernier est une affection infectieuse provoquant des modifications profondes dans la structure de la conjonctive et se terminant par la formation de cicatrices. Les follicules sont les éléments normaux de la conjonctive, et s'ils se rencontrent dans le trachome, c'est que ce dernier n'est peut-être autre chose que la forme folliculaire de la conjonctivite purulente.

Ceci prouve en même temps que le traitement doit être changé, et au lieu de le diriger contre les follicules on ferait mieux de s'attaquer à l'affection primitive. Actuellement on isole ensemble les trachomateux et les malades atteints de catarrhe folliculaire, aussi arrive-t-il que ces derniers s'infectent et deviennent trachomateux. Il faut donc isoler séparément ces deux catégories de malades.

M. Doljenkoff a observé deux individus qui, ayant été infectés par un trachomateux, ont fait du catarrhe folliculaire. Ce dernier n'est que la première période du trachome.

M. Gourvitch. — Les follicules jouent le rôle principal dans le trachome. Chez les nourrissons qui ne possèdent pas de follicules, le trachome est rare, bien que la conjonctivite purulente soit fréquente.

M. Khodine croit que le trachome et le catarrhe folliculaire constituent les deux degrés différents de la conjonctivite folliculaire, Les différences cliniques dépendent peut-être des causes étiologiques, de telle façon que les formes graves seraient produites par l'infection, les formes légères, par l'irritation mécanique.

Traitement du trachome.

M. Katsaouroff a obtenu des résultats très favorables avec le sulfate de cuivre ou le nitrate d'argent dans le traitement du trachome. Dans les cas graves on peut faire en même temps le grattage, ou, ce qui est préférable, le massage de la conjonctive d'après le procédé de Landolt. Dans les cas de complication de pannus, on obtient de bons résultats en saupoudrant la conjonctive avec de l'antipyrine finement pulvérisée. Dans le trachome diffus, on se trouve bien des instillations de sublimé au 250° .

M. Miasnikoff a également employé avec succès le nitrate d'argent et le sulfate de cuivre. Dans 15 cas absolument désespérés, il a obtenu de fort beaux résultats avec l'extraction (par pression) des granulations.

M. Adelheim a plusieurs fois guéri le trachome dans l'espace de 8 à 10 jours en se servant du pinceau de Schrœder qui ne laisse pas de cicatrices visibles à l'œil nu.

M. Nikolioukine préfère le traitement chirurgical, consistant en l'ablation des granulations au moyen d'un couteau spécial.

M. Lajetchnikoff pense que le traitement chirurgical doit souvent être combiné avec le traitement médical. Le nitrate d'argent est préférable au sulfate de cuivre qui est une substance incertaine. Quant au massage de la conjonctive, son action peut être comparée à celle du pinceau de Schrœder. Dans le trachome sec, le jequirity donne de bons résultats.

M. Katsaouroff n'emploie pas le jequirity. L'action n'est pas toujours la même avec les mêmes solutions. Une fois, les injections de jequirity ont provoqué une fièvre de 40° C., de la rougeur érysipélateuse avec tuméfaction du cou et de la face.

Livres déposés au Bureau du Journal

Etude sur les cysticerques en grappe de l'encéphale et de la moelle chez l'homme, par M. E. Bitot, chef de clinique de Bordeaux, et Jean Sabrazès, interne lauréat des hôpitaux de Bordeaux. Librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon, Paris, In-8° de 60 pages, avec 4 figures dans le texte. Prix : 2 fr.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Imp. des Arts et Manufactures, 12 rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud.

N° 13. — 1er AVRIL 1891 LE NUMERO QUINZE CENTIMES

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT
PUBLIÉ PAR
LA GAZETTE HEBDOMADAIRE
DE MEDECINE ET DE CHIRURGIE
Et servi gratuitement à tous les abonnés de ce journal
ABONNEMENTS SPÉCIAUX POUR MM. LES ÉTUDIANTS. — UN AN : 6 FRANCS
L. LEREBOULLET, Rédacteur en chef. — A. BROCA, Secrétaire de la Rédaction
Librairie de G. MASSON, 120, boulevard Saint-Germain.

SOMMAIRE

ACTES OFFICIELS

Corps de santé militaire : Ont été promus :

Au grade de médecin principal de 1re classe : M. Laveran.

Au grade de médecins principal de 2e classe : MM. Jeunehomme, Jeanmaire, Guillemin.

Au grade de médecin major de 1re classe : MM. Radouan, Lauza, Catrin, Farssac, Chaignaud, Carivenc, Pugibet, Granier, Delaye.

Au grade de médecins major de 2e classe : MM. Maubrac, Batut, Rivière, Sieur, Krantz, Watier, Nicolas, Bonjean, Malgat, Lasségne, Pockenberghe, Lhéritier de Chézelle, Kocher, Herck.

ACTES
DES FACULTÉS DE MÉDECINE

Mercredi 8. — M. Do Amaral. Contribution à l'étude du rhumatisme blennorrhagique. Arthropathies graves avec amyotrophies. Nature, diagnostic, pronostic et traitement. — M. Bellanger. Traitement du spina bifida.

Jeudi 9. — M. Huc. Maladies du cœur et névroses. — M. Ehrhardt. Des hémorragies gastro-intestinales profuses dans la cirrhose et dans diverses maladies du foie. — M. Camuzet. L'hystérie d'origine hérédo-alcoolique.

L'organisation du stage obstétrical vient enfin de recevoir l'approbation du ministre. Ce stage serait de un mois et aurait lieu après la seizième inscription.

La première partie du cinquième examen serait divisée en deux épreuves éliminatoires (Clinique obstétricale, Clinique chirurgicale).

VARIÉTÉS

Société française de dermatologie et de syphiligraphie.

Première séance.
Jeudi 2 avril, à 9 heures du matin
(*Musée de l'hôpital St-Louis*).
Communications.

M. Richardière. — Observation d'hypertrophie congénitale de la main.

M. Morel-Lavallée. — 1° Types cliniques des lymphangites. Persistance de la perméabilité des voies lymphatiques dans certaines variétés d'adénolymphopathies.

2° Lymphangites infectieuses.

M. Julien. — De l'hérédité syphilitique.

M. Viennois (de Lyon). — Note sur un cas de syphilis héréditaire.

M. Ferras. — Hérédité de la syphilis. Observations d'évolution anormale.

M. Euthyboule (de Constantinople). — Syphilides labiales d'origine héréditaire revenant périodiquement, tous les ans, au printemps depuis plusieurs années.

M. Burlureaux. — Traitement des tuberculoses ganglionnaires par les injections hypodermiques de hautes doses d'huile créosotée.

Deuxième séance.
Vendredi 3 avril, à 9 heures du matin.
Présentation de malades.

MM. Hallopeau et Claisse. — Angionévrose avec alopécie pseudo-peladique et vitiligo.

Communications.

M. Brousse. — Un cas de pelade totale du cuir chevelu, probablement d'origine nerveuse.

M. Besnier. — Morve chronique : lésions de la face simulant un lupus rongeant, un syphilome ou un épithéliome-térébrant.

M. Quinquaud. — Bactériologie du cas de morve chronique présenté par M. Besnier.

MM. Hallopeau et Janselme. — Sur un cas de farcin chronique terminé par morve aiguë.

M. Arnozan (de Bordeaux). — Quelques expériences sur les sécrétions grasses de la peau.

M. Vidal. — Du lichen simplex (aigu et chronique).

M. Augagneur (de Lyon). — Sur la nature et le traitement du prurigo d'Hébra.

M. Brocq. — Nouveaux détails sur la destruction des poils par l'électrolyse.

Troisième séance.
Samedi 4 avril, à 9 heures du matin.
Communications.

M. Hallopeau. — Nouvelle étude sur la dermatite pustuleuse chronique en foyers à progression excentrique.

M. Morel-Lavallée. — Effets de l'administration du mercure à l'intérieur dans le rhumatisme blennorrhagique.

M. Eraud (de Lyon). — Des raisons qui semblent militer en faveur de la non-spécificité du gonocoque (deuxième communication).

M. Balzer. — Note sur l'albuminurie au cours de la blennorrhagie.

M. Morel-Lavallée. — Erythème salolé à déterminations graves.

M. Brousse. — Observation de sept chancres infectants de la face.

M. Humbert. — De l'excision du chancre syphilitique.

M. Abadie. — De certaines manifestations oculaires graves de la syphilis et de leur traitement.

M. Jullien. — Note sur des troubles nerveux d'origine syphilitique.

M. Euthyboule (de Constantinople). — Chancre syphilitique du pli digito-palmaire du pouce. Contagion probable par la poignée d'une rame.

Banquet annuel de l'internat. — Le banquet des internes en médecine des hôpitaux de Paris aura lieu le samedi 4 avril, à sept heures, dans les salons du restaurant Marguery, boulevard Bonne-Nouvelle, près du Gymnase, sous la présidence de M. le professeur Hardy. Le prix de la cotisation (20 francs pour les anciens internes, 16 francs pour les internes en exercice) peut être remis dans les hôpitaux à l'interne en médecine, économe de la salle de garde, ou adressé directement au Dr Emile Tillot, 42, rue Fontaine-Saint-Georges.

Femmes athlètes. — Le 15 janvier dernier les dames du Berkeley Athletic Club ont célébré le 1er anniversaire de leur fondation, de la façon la plus brillante, au milieu des fleurs et au son de la musique. Ces dames se sont réunies pour la culture des exercices physiques et en un an elles ont fondé un club et ont réuni plusieurs centaines d'adhérentes. C'est là un succès fort important et qui va aller certainement grandissant. On s'est plaint de l'affaiblissement de la génération de 1850 ; ce mouvement en faveur des exercices physiques va changer les choses.

La femme athlète est une création essentiellement moderne : la poésie, l'histoire ou la philosophie n'ont jamais jusqu'ici parlé d'un fait semblable.

Une spécialiste de lymphe.—La note suivante est extraite des colonnes d'un des principaux journaux allemands : « Cure de M. Koch. Une dame, amie du grand médecin berlinois, ayant l'expérience de la tuberculose, accompagnera quatre dames à Berlin. Avantages spéciaux. »

SUPPLÉMENT THÉRAPEUTIQUE AU MERCREDI MÉDICAL

FORMULAIRE THÉRAPEUTIQUE

Quel est le meilleur lavement nutritif ?

L'emploi des lavements nutritifs est indiqué chaque fois que l'alimentation par la bouche devient impossible, soit par suite d'un rétrécissement dans les parties supérieures du tube digestif, soit par suite d'une affection de l'estomac exigeant le repos de l'organe malade. Cette indication, d'une logique si évidente, se rencontre fréquemment dans la pratique, et pourtant combien sont rares les cas où le médecin se décide à recourir à l'alimentation rectale !

C'est qu'on est très sceptique, et à bon droit, à l'égard des lavements nutritifs. En effet, les ingrédients dont ils se composent habituellement sont ou dépourvus de toute valeur nutritive (bouillon), ou bien ils ne sont absorbés et assimilés que peu ou point (lait).

Pour remédier à cet état de choses, Leube a introduit, en 1872, des lavements nutritifs composés de pulpe de viande et de pancréas; plus tard, Ewald a proposé pour l'alimentation rectale les peptones de viande et de caséine. Bien que des expériences physiologiques et cliniques probantes aient démontré que la pulpe de viande pancréatinisée et les peptones sont, en partie du moins, absorbées par la muqueuse du rectum et permettent ainsi une véritable alimentation rectale, l'usage des lavements de Leube et d'Ewald ne s'est pas généralisé. Il n'en pouvait être autrement, vu que cette méthode est très compliquée et d'une application difficile.

La recherche d'un lavement nutritif plus simple et en même temps efficace est donc toujours à l'ordre du jour. Ewald le comprenait bien lorsque, après avoir fait des essais avec les peptones, il entreprit encore des expériences avec les lavements d'œufs non peptonisés, expériences qui lui donnèrent ce résultat assez inattendu que, même n'étant pas peptonisés, les œufs sont en partie absorbés par la muqueuse rectale.

Un confrère suisse, M. le docteur Huber, ayant repris dernièrement ces recherches d'Ewald, à la clinique médicale de M. le professeur Eichhorst, à Zurich, a trouvé que l'absorption des œufs par la muqueuse rectale était très considérablement accrue, *au point de devenir presque égale à celle des œufs peptonisés*, par l'adjonction au lavement de 1 gramme de chlorure de sodium par œuf. L'adjonction de sel de cuisine à la dose indiquée est bien supportée et ne produit généralement aucune irritation de l'intestin.

Il paraît donc acquis que, pour le moment du moins, le meilleur lavement nutritif est celui qui est composé uniquement d'œufs crus battus avec du sel de cuisine.

M. Huber conseille de prendre pour un lavement deux ou trois œufs, additionnés de 2 à 3 grammes de sel. On injecte lentement au moyen d'un entonnoir de Hegar et d'un tube en caoutchouc mou introduit dans l'intestin aussi haut que possible.

Le malade reçoit trois lavements pareils par jour. Une heure avant chaque lavement nutritif on lui administre un lavement évacuateur composé simplement d'eau.

Les inhalations de bioxyde d'hydrogène dans les affections des voies respiratoires.

Un confrère finlandais, M. le docteur Gabrylovicz (de Halila), a fait chez six malades des essais de traitement de la phthisie pulmonaire par les inhalations d'eau oxygénée.

Bien que chez les malades en question la recherche des bacilles de la tuberculose n'ait pas été faite, on ne pouvait cependant douter qu'il s'agissait chez eux de phthisie, à en juger d'après les symptômes et les signes physiques qu'ils présentaient : matité plus ou moins étendue aux sommets, souffle bronchique ou diminution du murmure respiratoire, râles caractéristiques, faiblesse, anémie, amaigrissement, sueurs nocturnes, parfois hémoptysie, laryngite chronique, etc.

Les inhalations pratiquées tous les jours à l'aide de l'inhalateur à vapeur ordinaire étaient continuées sans interruption pendant plusieurs mois. Le liquide employé était une solution aqueuse de bioxyde d'hydrogène dont la concentration variait de 1 à 10 0/0. On commençait par une solution faible pour en augmenter progressivement la concentration.

Par ce traitement, les six malades traités ont tous été sensiblement améliorés, en ce sens que les symptômes de catarrhe pulmonaire ont été plus ou moins amendés. La toux diminuait, l'expectoration devenait plus facile, les râles disparaissaient, les bruits respiratoires se modifiaient favorablement et dans quelques cas la matité a même diminué d'étendue.

Malgré le petit nombre d'observations, ces résultats sont de nature à engager à de nouveaux essais thérapeutiques analogues. M. Gabrylovicz pense que les inhalations d'eau oxygénée pourront rendre des services, en tant que traitement symptomatique, dans les différentes formes de laryngite, de trachéite, de bronchite, de phthisie pulmonaire et laryngée au début, et il croit qu'il y aurait lieu de les essayer aussi dans la laryngite striduleuse des enfants, dans la coqueluche et dans l'asthme.

Dans la tuberculose du larynx, il conseille de commencer d'emblée par des inhalations d'eau oxygénée à 5 0/0. Dans les autres affections, on se servira d'abord de solutions à 1 0/0, dont on augmentera ensuite progressivement le titre pour s'arrêter à la concentration qui se montrera efficace et appropriée au cas particulier.

Le gaïacol peut-il remplacer la créosote ? par le Dr Calmon, ex-interne des hôpitaux.

Tout ce qui touche au traitement de la phthisie est d'un si haut intérêt que la liste des tentatives faites est déjà considérable, comme on peut en juger en parcourant les annales publiées par le prof. Verneuil. Mais, bien que l'effort ait été grand, les résultats sont encore malheureusement peu appréciables. La créosote de hêtre dans la phthisie et l'iodoforme dans les tuberculoses chirurgicales, sont les seuls médicaments dignes d'être conservés; loin derrière viennent l'eucalyptol, le thymol, l'acide sulfhydrique, etc., etc.

Il y a environ deux ans Sahli proposa de remplacer la créosote par l'hydrure de gaïacyle ou gaïacol, mais bientôt l'expérience vint montrer que si le gaïacol était un des composants de la créosote, il n'en était pas le principe actif et que le crésol, le créosol, le phlorol et autres, étaient des antiseptiques qui ne devaient pas être dédaignés, parce que tous ils contribuent à faire de la créosote le médicament que l'on sait. On reproche déjà au gaïacol d'avoir produit de la diarrhée chez la plupart des malades auxquels on l'a administré. C'est là un inconvénient que n'a jamais eu la créosote vraie, surtout quand on l'administre au moment des repas.

L'odeur et la saveur, seule raison invoquée, sont en somme peu désagréables lorsque la créosote est redistillée, et disparaissent complètement si on emploie le médicament en capsules. Du reste, les spécialistes, qui ont intérêt à se tenir au courant de la question, ne songent guère à modifier leur préparation, alors que ce changement leur serait on ne peut plus facile ; aussi le gaïacol est-il déjà rangé parmi les balsamiques ordinaires comme le baume de tolu, le goudron, la térébenthine, la pyrélaïne, etc., etc.

Un fait assez curieux à noter : c'est que, loin de vouloir disparaître, la créosote semble au contraire étendre la sphère de son action. Avant de s'éliminer par les voies respiratoires, elle séjourne quelque temps dans l'estomac et y réalise l'antisepsie stomacale, si utile chez les phthisiques. C'est en se basant sur ces données que Fræsnkel la donne, avec succès, à la dose de 3 ou 4 grains au milieu de chaque repas, pour favoriser la digestion dans certaines dyspepsies morbides.

Enfin, dans le diabète même elle est appelée, croyons-nous, à devenir un précieux auxiliaire, sinon un remède spécifique. Valentini cite deux cas dans lesquels la présence du sucre persistait dans l'urine malgré le régime du prof. Cantani ; après bien des essais on en arriva à administrer d'abord 4 gouttes de créosote, puis 6, puis 8 par jour. Après trois semaines de traitement l'analyse ne décelait plus trace de glucose. J'emploie généralement les capsules Dartois. Chacune de ces capsules, étant dosée à 5 centigrammes, contient par conséquent une goutte ou un grain de médicament actif. C'est, à mon avis, la forme la plus commode, alors surtout que je sais que la qualité de la créosote employée est irréprochable et de celles sur l'efficacité desquelles on peut toujours compter.

Traitement des ictères graves par l'essence de térébenthine à hautes doses.

M. le docteur J. Carreau (de la Pointe-à-Pitre) a employé avec succès l'essence de térébenthine à hautes doses dans le traitement des ictères graves. D'après notre confrère, l'essence de térébenthine, en raison de ses propriétés diurétiques et hémostatiques, est indiquée également dans les différents genres d'ictère grave (ictère infectieux, fièvre bilieuse hémoglobinurique, fièvre jaune) qui tous présentent, comme symptômes communs, de l'anurie et des hémorrhagies.

M. Carreau administre l'essence de térébenthine énergiquement. Dans les cas graves il en fait prendre deux à trois perles toutes les demi-heures et jusqu'à 60 capsules dans les premières trente-six heures. Lorsque, par suite de vomissements, les malades ne peuvent pas garder les perles, il administre l'essence hypodermiquement d'après la formule suivante :

Essence de térébenthine ozonisée.	10 grammes.
Vaseline liquide..................	50 —

Mêlez. Pour injections sous-cutanées.

Notre confrère relate quatre observations dans lesquelles ce traitement a été couronné d'un succès inespéré, vu la gravité des cas.

La première a trait à une femme atteinte d'ictère grave ; elle était dans un coma profond et présentait des convulsions urémiques, lorsque fut appelé M. Carreau qui institua immédiatement le traitement térébenthiné, d'abord à la dose de trois perles toutes les demi-heures dans les premières heures, et de deux perles ensuite. La malade prit dans le courant de trente-six heures deux flacons de perles d'essence. A partir du moment où l'odeur de violette apparut dans les urines, l'albuminurie commença à diminuer, le coma fit place à une simple somnolence, et quelques jours après la convalescence s'établissait.

Chez un deuxième malade atteint de fièvre jaune avec vomissements incoercibles, notre confrère a pratiqué, en l'espace de trente-six heures, vingt-trois injections hypodermiques d'essence de térébenthine. Les symptômes se sont assez rapidement amendés et le malade a guéri, mais après avoir présenté deux abcès à la cuisse et au mollet gauches.

M. Carreau a encore employé avec le même succès les injections d'essence de térébenthine chez un autre malade, atteint de fièvre à urines noires très grave.

Dans la quatrième observation il s'agissait d'une fièvre bilieuse hémoglobinurique. L'administration d'une perle d'essence de térébenthine toutes les heures, puis toutes les demi-heures, étant restée sans effet, on fit prendre trois perles toutes les demi-heures, après quoi les symptômes s'amendèrent rapidement. Ce fait montre bien que, pour obtenir le résultat voulu, il faut administrer l'essence de térébenthine à hautes doses dans les ictères infectieux.

Le nitrate d'argent dans l'ictère catarrhal.

M. le docteur V. Netzetzki (de Saint-Pétersbourg) recommande la formule suivante pour le traitement de l'ictère catarrhal :

Nitrate d'argent cristallisé.	0 gr. 06 centig.
Eau distillée..............	180 grammes.

F. S. A. — A prendre trois à quatre cuillerées à bouche par jour.

D'après notre confrère russe, il suffit, dans la majorité des cas, de ces 180 gr. de solution de nitrate d'argent pour obtenir la guérison complète du malade ; mais, d'autres fois, ce résultat ne s'obtient qu'après avoir répété une ou deux fois cette même médication. Il va sans dire que le malade doit être soumis, en outre, à un régime anticatarrhal sévère.

L'effet thérapeutique du nitrate d'argent s'explique par l'action favorable que ce médicament exerce sur le catarrhe gastro-duodénal dont l'extension aux voies biliaires provoque l'apparition de l'ictère dit catarrhal.

Mélange pour dissoudre rapidement les fausses membranes diphtéritiques. — M. Caldewell.

Papaïne.....................	10 grammes.
Hydronaphtol...............	0 gr. 15 centigr.
Acide chlorhydrique......	XV gouttes.
Eau distillée............	120 grammes.
Glycérine anglaise.......	11 —

Mêlez. — Pour pulvérisation de la gorge toutes les demi-heures.

Un traitement de la fièvre typhoïde.

Ayant eu à soigner, en l'espace de deux ans et demi, près de 700 cas de fièvre typhoïde, un confrère russe, M. le docteur A. Smakovsky, a eu grandement l'occasion d'essayer tous les traitements possibles de la maladie. Il a trouvé que le meilleur traitement entre tous, à la fois le plus efficace et le plus simple, consiste dans l'administration du calomel *à doses fractionnées* suivant la méthode de M. le professeur Zacharine (de Moscou).

On prescrit :

Calomel à la vapeur........	0 gr. 05 centigr.
Sucre......................	0 — 25 —

Mêlez. — Pour un paquet ; faire dix paquets semblables. — Prendre un paquet d'heure en heure jusqu'à évacuation copieuse de selles molles verdâtres.

Le malade se gargarisera avec une solution de chlorate de potasse, afin de prévenir la stomatite mercurielle.

Dans les cas où existent déjà des symptômes de faiblesse du cœur, on fait prendre au malade, avant de lui administrer le calomel, une infusion de digitale (0 gr. 30 à 0 gr. 60 pour 200 grammes d'eau).

Institué au cours du premier septenaire de la fièvre typhoïde, ce traitement peut faire avorter la maladie, même dans les cas où elle revêt une forme grave. Lorsque ce résultat n'est pas obtenu, le calomel exerce quand même une action des plus favorables, en ce sens qu'il abrège la durée de la maladie, lui fait prendre une forme bénigne et écarte les complications.

Une première administration de calomel peut, après un jour d'intervalle, être suivie d'une seconde toute pareille. L'action abortive du médicament se produit parfois seulement après cette deuxième administration.

Dans l'intervalle de deux traitements par le calomel, et pendant tout le cours ultérieur de la maladie, lorsqu'on ne réussit pas à la juguler par le calomel, notre confrère russe fait prendre les cachets suivants :

Sous-nitrate de bismuth....	0 gr. 15 centigr.
Naphtaline pure............	0 — 025 milligr.
Sulfate de quinine.........	0 — 10 centigr.

Mêlez. — Pour un cachet ; faire douze cachets semblables. — Prendre quatre cachets par jour.

Contre la toux, M. Smakovsky prescrit :

Liqueur ammoniacale anisée....	4 grammes.
Alcoolature d'eucalyptus.......	30 —
Essence de menthe poivrée.....	X gouttes.

Mêlez. — A prendre dix gouttes toutes les deux heures.

Ces gouttes ont encore pour effet de désinfecter la cavité buccale.

Notre confrère russe est convaincu que la mortalité de la fièvre typhoïde doit être nulle pour tous les cas où le traitement est commencé avant le dixième jour de la maladie, à moins qu'il ne s'agisse de sujets très vieux, par trop affaiblis ou qui ont été atteints de fièvre typhoïde dans le cours d'une autre affection grave quelconque.

M. Smakovsky a réuni jusqu'à présent quatorze observations dans lesquelles une fièvre typhoïde dûment constatée a été *coupée* par le calomel. Une d'elles est particulièrement concluante et mérite d'être relatée brièvement :

Une jeune fille de dix-huit ans, dont le frère était atteint de fièvre typhoïde depuis quatre semaines, présentait, depuis quatre jours, les symptômes de cette même maladie : langue caractéristique, céphalalgie violente, température de 40°3, pouls à 132, délire, état soporeux, bronchite, tuméfaction de la rate, taches rosées lenticulaires. Au cinquième jour, on administre le calomel de la façon dont il a été dit précédemment. Le lendemain (sixième jour) : température, 38°6 ; état général considérablement amélioré ; la malade prend les paquets de naphtaline. Au septième jour : température, 39°8, état soporeux ; on donne de nouveau le calomel. Le lendemain : température, 37°6 ; état général excellent ; la malade quitte le lit. Après quelques jours, se sentant tout à fait bien portante, elle abandonne tout traitement et ne suit plus le régime prescrit.

Au bout d'un mois, la malade est de nouveau prise de fièvre typhoïde à forme grave. Cette fois aussi le traitement par le calomel, commencé au cinquième jour, a fait avorter la maladie. La malade prit pendant trois jours des paquets de naphtaline. La guérison fut complète et définitive.

M. Smakovsky engage vivement tous ses confrères à traiter la fièvre typhoïde par le calomel, administré suivant la méthode du professeur Zacharine, et il pense que ce traitement doit aussi se montrer efficace dans le typhus pétéchial et dans la fièvre récurrente.

La rose de Provins comme médicament antidiarrhéique.

Un confrère russe, M. le docteur Alexéiévsky, a réussi à guérir plusieurs cas de diarrhée chronique simple (suite d'indigestion et de catarrhe intestinal), rebelles à tous les autres médicaments, par l'administration d'une infusion de pétales de roses de Provins.

Dans un verre d'eau chaude on jette une bonne pincée de pétales secs de roses de Provins ; on couvre le mélange et on le laisse pendant deux heures dans un endroit chaud. On fait prendre aux adultes deux à trois verres de cette infusion par jour ; aux enfants qui n'ont pas dépassé l'âge de cinq ans on en donne seulement, par jour, un verre ou une tasse qu'ils prennent en plusieurs fois. On peut édulcorer l'infusion, mais généralement les malades préfèrent la prendre telle quelle.

L'infusion de pétales de roses agit dans la diarrhée chronique à la fois comme astringent et comme antiputride : la première action est due au tannin, la seconde à l'essence aromatique.

D'après ces observations, la rose de Provins doit être placée parmi nos meilleurs médicaments antidiarrhéiques et mérite d'être fréquemment employée, surtout dans la pratique infantile.

Procédé pour maintenir rapprochés les fragments osseux dans les fractures de la rotule

Un confrère anglais, M. le Dr Robson, conseille de traiter les fractures de la rotule de la façon suivante :

Après avoir soigneusement désinfecté le champ opératoire, on prend deux épingles, préalablement aseptisées, longues d'environ 10 centimètres (dans le genre de celles que les dames emploient pour attacher leurs châles) ; une d'elles est piquée à travers le tendon commun des extenseurs, c'est-à-dire au-dessus du fragment supérieur de la rotule, tandis que l'autre est enfoncée de la même façon dans le tendon rotulien, c'est-à-dire en dessous du fragment inférieur de l'os fracturé. Ceci fait, les deux épingles sont rapprochées l'une de l'autre au moyen de tours de bandes enroulées autour d'elles en 8. On applique ensuite pardessus, pour immobiliser les parties, des bandes de diachylon. Après trois semaines, on découpe dans ce bandage une fenêtre par laquelle on enlève les épingles. Au bout de sept semaines, le malade pourra marcher avec des béquilles, le genou étant maintenu en extension à l'aide d'un appareil qu'on n'enlèvera pas avant cinq mois.

Traitement de l'érysipèle par les onctions de glycérolé au salicylate de soude.

M. le docteur S. C. Inglessis (d'Argostoli) nous adresse sur ce sujet une note dont nous extrayons le passage suivant :

Depuis six ans, je fais pratiquer, sur les parties atteintes d'érysipèle, des onctions avec une solution de salicylate de soude dans la glycérine ; la proportion de salicylate dissous est généralement de 4 à 6 0/0. On répète ces onctions toutes les deux ou trois heures et on recouvre ensuite les parties atteintes avec une couche d'ouate salicylée.

En même temps, s'il n'y a ni faiblesse du cœur, ni une quantité notable d'albumine dans les urines, je prescris du salicylate de soude à l'intérieur, à la dose de 2 grammes dans les vingt-quatre heures.

Jusqu'ici j'ai eu l'occasion de traiter ainsi 36 cas d'érysipèle (29 en ville et 7 au nouvel hôpital d'Argostoli), et les résultats que j'ai obtenus sont très favorables. Les onctions salicyliques ont toujours fait disparaître immédiatement ou diminué très sensiblement les démangeaisons et la douleur ; en outre, la durée de la maladie a été réellement abrégée. Pratiquées dès le début de l'érysipèle, elles ont pu assez souvent en entraver le développement ultérieur.

Un hypnotique anodin.

Un médecin italien, M. le Dr U Stefani, a pu se convaincre, par de nombreuses expériences sur les pensionnaires de l'asile d'aliénés de Ferrare, des propriétés hypnotiques du mélange gazogène composé d'acide tartrique et de bicarbonate de soude à parties égales. L'action soporifique de ce mélange, attribuée par notre confrère de Ferrare à l'acide carbonique, est, sans aucun doute, inférieure à celle du sulfonal, de l'hyoscyamine et d'autres médicaments de ce genre ; mais elle était cependant très réelle et assez prononcée pour donner des résultats satisfaisants dans ces insomnies relativement légères qu'on observe fréquemment chez les sujets nerveux.

A titre d'hypnotique, le mélange gazogène doit être pris au coucher, à la dose de 6 à 12 grammes, suivant les cas.

De l'albuminate de fer et de manganèse soluble.

Pourquoi cette association du fer et du manganèse ? Quelles raisons nous indiquent qu'il faut donner la préférence à un albuminate ?

Nos maîtres en thérapeutique, Trousseau, Pidoux, Constantin Paul, et tant d'autres, ont pris bien avant nous la peine de répondre à la première question. Après avoir étudié le rôle important que le fer joue dans l'organisme et l'avoir établi d'une façon si magistrale et si vraie que ces connaissances sont passées maintenant dans le domaine public, ils n'ont pas laissé dans l'ombre les propriétés du manganèse et sa présence dans l'économie : « Si les propriétés du manganèse se rapprochent de celles du fer, dans le minerai duquel on le rencontre presque toujours, les propriétés thérapeutiques de cet agent semblent de même analogues à celles du fer, auquel la nature l'a presque toujours uni »

Déjà, en 1847, M. Millon annonçait à l'Institut que le sang de l'homme contient presque toujours du manganèse, et que la proportion du fer et de ce métal y est assez forte pour qu'on puisse les doser par les méthodes d'analyse habituelles ; et, en

1850, le docteur Pètrequin, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, enseignait que là où le fer échoue, les préparations ferro-manganiques réussissent, et que nombre de préparations martiales doivent un supplément d'activité à la présence fortuite du manganèse.

Et, d'ailleurs, n'est-ce pas presque toujours sous la forme de sels ferro-manganiques que les plantes absorbent le fer que l'alimentation végétale fait ensuite passer en nous?

Les découvertes scientifiques arrivées dans cet ordre d'idées presque à la perfection, la nature elle-même, tout nous avait démontré quel immense avantage on devait retirer de cette heureuse association du fer et du manganèse, que nous avons présentée sous la forme d'albuminate de fer et de manganèse.

En effet, pour être très connus, ces avantages n'en paraissent pas moins avoir été négligés par le corps médical, personne ne s'étant trouvé, parmi les chimistes, pour mettre à sa disposition un albuminate de fer et de manganèse soluble, facile à employer, et permettant d'éviter les inconvénients d'un grand nombre de préparations ferrugineuses qui se traduisent du côté du tube digestif par l'anorexie, les pesanteurs d'estomac, la constipation quelquefois opiniâtre, et quelquefois alternant avec de la diarrhée.

C'est pour combler cette lacune que M. Trouette, pharmacien à Paris, a été amené, par ses recherches, à profiter de la propriété qu'a l'albumine de former, avec le fer et le manganèse, un albuminate soluble.

Il en a fait des *dragées de fer Trouette* à base d'albuminate de fer et de manganèse. Ces dragées n'empruntent, par conséquent, aux liquides de l'estomac aucun de ses éléments pour se dissoudre et ne troublent aucune de ses fonctions. Il est donc facile de comprendre pourquoi cette préparation est des plus assimilables; c'est ce qui explique la grande faveur avec laquelle ce produit a été accueilli par l'unanimité des médecins, qui n'ont eu à enregistrer que des succès obtenus par son emploi dans toutes les maladies où les ferrugineux sont indiqués: l'anémie, la chlorose, la faiblesse, l'appauvrissement du sang, la dysménorrhée, l'épuisement, la croissance des enfants, la formation des jeunes filles et des jeunes gens.

Il a choisi la forme de dragées pour avoir un médicament facile à prendre, bien accepté par les malades, et de bonne conservation. On doit prescrire, au milieu de chaque repas, de deux à six *dragées de fer Trouette*, suivant l'âge du malade: deux pour les enfants, quatre pour les adolescents, six pour les adultes, chaque dragée contenant 1 centigr. 1/2 d'albuminate soluble, immédiatement assimilable.

VARIÉTÉS

Duel antiseptique.

Récemment a eu lieu, dans un petit village de la frontière belge, un duel conduit avec une antisepsie rigoureuse. Les lames ont d'abord été placées dans de l'eau bouillante et ensuite soigneusement lavées avec une solution phéniquée à 5 0/0. Les chirurgiens étaient prêts à agir munis d'une solution au 1/100e de sublimé corrosif et d'un grand nombre de bandes rendues aseptiques par la chaleur. Malheureusement c'était un duel de l'espèce française ordinaire, et la seule blessure consista en une écorchure de la main qui guérit rapidement.

Infirmières aristocratiques.

Pour prouver combien soigner des malades devient un acte *fashionable*, le *British Medical Journal* annonce que la princesse Hélène Cusa accorde ses soins à des malades de l'Hôpital des Enfants; la comtesse Asta Blucher a soigné les invalides du capitaine Wissman à Zanzibar; Mlle Godolphin-Osborne, nièce du duc de Leeds, est surveillante de l'Hôpital d'Incurables de Leamington; Mme Leveson Gower donne des soins à l'Hôpital Central; Mme Amberly et la baronne Ebba Bostron ont fait, il y a quelques années, un stage à l'Hôpital de Sainte-Marie, à Paddington.

Encombrement en Australie.

L'*Australasian medical Gazette* donne un avertissement à ceux du monde médical qui espèrent améliorer leur situation en émigrant en Australie. Le nombre des médecins actuellement établis là-bas est très grand, aussi la concurrence y est-elle peut-être plus grande encore qu'en Europe ou aux Etats-Unis. Dernièrement, par exemple, il n'y avait pas moins de 78 demandes, toutes faites par des gens compétents, pour le poste de chirurgien résident à l'hôpital d'une compagnie de mine de Queensland.

LIVRES

déposés au Bureau du Journal.

LIBRAIRIE J.-B. BAILLIÈRE ET FILS,
19, rue Hautefeuille, Paris.

L'Art de soigner les enfants malades, guide hygiénique des mères, par le Dr E. Périer. 1 vol. in-16 de 215 pages de la *Petite Bibliothèque médicale*. Prix : 2 fr.

De l'Hygroma trochantérien, par le Dr J. B. Petit, 1 vol. gr. in-8° de 168 pages. Prix : 4 fr.

Manuel du Doctorat en médecine, par le professeur Paul Lefort. Aide-mémoire de pathologie interne. 1 vol. in-18 de 300 pages, cartonné. Prix : 3 fr.

Formulaire des Médicaments nouveaux et des Médications nouvelles pour 1891, par H. Bocquillon-Limousin, pharmacien de 1re classe, membre des Sociétés de pharmacie, de thérapeutique et de médecine pratique, avec une introduction par Henri Huchard, médecin de l'hôpital Bichat. 1 vol. in-18, 324 pages cartonné. Prix : 3 fr.

Néoplasmes primitifs des nerfs des membres, par Péret-Gilbert, docteur en médecine de la faculté de Paris, ancien interne de l'hôpital du Mans, 1 vol. gr. in-8° de 191 p. Prix : 4 fr.

Exercices pratiques de *Physiologie* à l'usage des étudiants en médecine par Léon Fredericq, professeur à l'université de Liège. 1 vol. gr. in-8°, éart. de 64 pages, avec figures. 3 fr.

La Grippe et l'Aliénation mentale, par Albert Leledy, docteur en médecine de la faculté de Paris, etc. 1 vol. gr. in-8° de 200 pages. Prix : 4 fr.

FÉLIX ALCAN, ÉDITEUR

Chirurgie du Pancréas. Des kystes Pancréatiques, par le Dr Jules Bœckel, chirurgie des hôpitaux civils de Strasbourg. 1 vol. in-8° de 167 pages. Prix : 3 fr.

LECROSNIER ET BABÉ, EDITEURS.

Encyclopédie d'hygiène et de médecine publique. Directeur Jules Rochard, tome 3. 3e fascicule. in-8° avec figures intercaléesdans le texte. Prix : 3.50

GEORGES STEINHEIL, EDITEUR, PARIS.

Du Palper abdominal, appliqué à la recherche du volume du fœtus par rapport aux dimensions du bassin (palper mensurateur), par Albert Le Cudennec, docteur en médecine de la faculté de Paris, ancien interne des hôpitaux de Blois. 1 vol. in-8° 1891.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Imp. des Arts et Manufactures, 12, r. Paul-Lelong

CINQUIÈME CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

Tenu à Paris, du 30 mars au 4 avril.

Le cinquième Congrès français de chirurgie s'est ouvert le lundi 30 mars à 2 heures, sous la présidence du professeur Guyon, au au milieu d'une nombreuse assistance, où la chirurgie française et étrangère était brillamment représentée. Pour l'étranger, en effet, nous avons remarqué MM. Spencer Wells, Lawson Tait, Brodhurst (Londres), Godwin (Neetly), A. et J. Reverdin (Genève), Thiriar (Bruxelles), Roux (Lausanne), etc. Parmi nos chirurgiens français, la province nous avait envoyé MM. Demons (Bordeaux), Tripier et A. Poncet (Lyon), Gross et Heydenreich (Nancy), Ehrmann (Mulhouse), Jules Bockel (Strasbourg), Duplouy (Rochefort), etc. Quant aux Parisiens, il faudrait nommer tous nos professeurs et chirurgiens des hôpitaux. MM. Brouardel, Bouchard, H. Monod, Dujardin-Beaumetz (armée), Peyron, Bergeron (de l'Académie de médecine), etc., rehaussaient de leur présence l'éclat de cette séance.

Après le discours, publié ci-dessous, de M. Guyon, président, et les allocutions de MM. Pozzi, secrétaire-général, Picqué, secrétaire-général adjoint, et Alcan, trésorier, des communications que nous résumons, ont été lues.

Ont été nommés présidents d'honneur, MM. Spencer Wells, Brodhurst, Tilanus, Duplouy, Combalat, Tripier, Gross, Chauvel, E. Bœckel, Heydenreich, A. Guérin, Rochard, Duplay, Panas, Lannelongue.

Messieurs, mes chers confrères,

En venant occuper la place à laquelle m'ont élevé vos trop bienveillants suffrages, je vous demande la permission d'user de l'un des droits dont m'investit votre confiance et de me faire tout d'abord votre interprète. Ce jour où nous nous réunissons pour la cinquième fois reporte nos souvenirs à la séance du 6 avril 1885. Elle était présidée par le professeur Trélat que nous avons eu la douleur de perdre le 28 mars 1890.

Placé dès l'origine à votre tête, le premier Président du Congrès français de chirurgie n'eut pas seulement l'honneur d'inaugurer vos travaux. Actif et zélé serviteur de cette assemblée, il ne cessa de vous représenter dans l'intervalle des sessions comme président de votre comité permanent. Tout dévoué au progrès, acquis sans réserve aux idées qui nous dirigent aujourd'hui, orateur puissant et persuasif, esprit original, chirurgien d'une extrême habileté, notre regretté collègue fut pour nous une véritable et grande force. Aussi est-il de ceux qui ont assuré votre succès. Ce succès, il le prévoyait du reste quand, avec la précision de ce langage imagé dont vous n'avez pas oublié l'élégance, il disait l'origine du Congrès, né de l'initiative de notre vice-président actuel, M. Demons, l'accueil fait à la proposition du professeur de la Faculté de médecine de Bordeaux par la Société de chirurgie à laquelle elle était soumise, et les travaux du comité d'organisation. La mémoire d'un homme de qui la science française a le droit de se montrer si justement fière, qui sut contribuer à lui ouvrir, comme il le disait en parlant de vous: « un champ de culture intensive, un grand concours « annuel où ses tendances, ses travaux, ses doctrines viendraient se produire et se manifester dans la pleine lumière d'une large publicité, » une pareille mémoire appartient à toute réunion où l'on parle de chirurgie. Elle est liée à la nôtre indissolublement et c'est lui rendre un légitime hommage, que de la saluer dès l'ouverture de nos travaux.

Nos deuils ne se sont pas bornés à la mort de Trélat. Le savant directeur de l'Ecole de médecine de Rouen, le professeur Duménil, qui figura dès la première session au nombre de nos membres fondateurs, nous a aussi été enlevé; nous avons perdu deux de nos collègues les plus distingués des départements, MM. Paquet, professeur à la Faculté de médecine de Lille, et Mollière, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Lyon, un confrère de l'armée M. le Dr Philippe, de Saint-Mandé et M. le Dr Alfred Guillon, de Paris. Je n'aurais pas répondu à vos pensées si je n'avais inscrit ici ces noms regrettés.

Je suis encore votre interprète, mes chers confrères, en remerciant les personnages éminents qui veulent bien assister à cette séance et témoigner, en se mêlant à nous, l'intérêt qu'ils portent à notre œuvre. C'est le meilleur encouragement qu'elle puisse recevoir.

J'exprime là des sentiments qui nous sont communs. Ceux qui me sont personnels, je n'oserais vous en parler, s'ils ne m'étaient inspirés par la gratitude la plus profonde. Dans l'honneur que vous m'avez fait, je vois la marque de votre estime et j'y trouve la plus enviable des récompenses. Notre profession est de celles que l'on aime passionnément, il en est peu auxquelles on s'attache davantage. Elle attire et enthousiasme quand on dispose de toutes les forces de la jeunesse; elle retient et anime, alors même que de longues années lui ont été consacrées; l'on ne saurait s'en dégager sans les plus grands regrets. Serait-il possible que celui que vous avez pris dans vos rangs pour lui confier la mission de diriger les travaux du Congrès français de chirurgie ne fût point reconnaissant d'un semblable privilège et ne sentit pas son dévouement grandir encore? Comment ne goûterait-il pas en toute plénitude la joie de voir réunis, devant lui, ceux qui dans le présent sont l'honneur de notre belle science et prétendent ne rien négliger pour en assurer l'avenir?

A aucune époque, cet avenir n'a été aussi riche de promesses. La foi dans la puissance de notre art est chaque jour plus ardente. Venues à la vie scientifique quand il ne restait à compter que les victoires, jamais les jeunes générations n'ont connu le découragement, le doute ne les a même pas effleurées, leur ferveur est extrême. Elles fournissent à la chirurgie des adeptes convaincus dont le talent et le nombre sont les meilleurs garants de ses brillantes destinées. C'est pourquoi, sur tous les points du territoire, nous voyons se multiplier, s'affirmer et croitre, au grand bénéfice des populations, les réputations les plus légitimes.

Les réunions que provoque notre Congrès nous donnent la preuve de cette utile décentralisation, car elles permettent tous les ans de passer en revue les forces dont dispose la chirurgie de notre pays et de les voir à l'œuvre. Seule, une assemblée comme la vôtre groupe et mêle toutes les sociétés, tous les corps savants qui consacrent leurs travaux à la chirurgie, confond tous les âges, met à contribution toutes les intelligences, fait appel à toutes les bonnes volontés. Aux entreprises isolées, aux labeurs individuels elle substitue une action d'ensemble; elle opère une véritable concentration. Et, bien que cet effort collectif ne soit que de courte durée, il détermine une impulsion nouvelle, modifie pour certains la direction jusque-là suivie, met fin à quelques malentendus, établit une réelle et indéniable solidarité. L'on ne sert pas impunément la même cause; les travaux d'un savant lui ont-ils valu notre estime, sa rencontre nous attachera d'autant plus vite et d'autant plus fort que, sans l'avoir jamais vu, déjà nous le connaissions d'une manière intime. C'est ainsi que les frontières s'abaissent devant la Science. Mais si cela est exact « si la Science n'a pas de patrie, l'homme de science « doit en avoir une, et c'est à elle qu'il doit reporter l'influence « que ses travaux peuvent avoir dans le monde ». On ne saurait dans un langage plus vrai exprimer une pensée plus juste. C'est la délicate et fidèle synthèse de nos sentiments. En la formulant, M. Pasteur nous a une fois de plus montré le chemin qu'il convient de suivre.

Nous avons voulu que la chirurgie de notre pays fût ici le premier et le principal objectif. Nos fondateurs l'entendaient de la sorte quand ils nous donnaient cette significative dénomination de « Congrès français de chirurgie ». Mais s'ils ont tenu à ce que l'influence que peuvent avoir ses travaux dans le monde fût reportée à notre patrie, la science — aucun d'eux ne l'a oublié — s'ouvre largement devant tous ceux qui s'y consacrent. Pour nous, il est un sentiment qui plane au-dessus de toutes les nationalités, sans les effacer ni les amoindrir:

l'humanité est le mobile auquel nous obéissons tous, sa cause nous est sacrée; nous sommes, nous resterons unis pour la défendre. Aussi est-ce avec la cordialité la plus franche, dans un élan de très sincère satisfaction que mes prédécesseurs saluaient les membres étrangers venus pour prendre place en nos rangs. Par l'apport de leur expérience et le prestige de leur renommée, ils ajoutent à l'utilité et à l'éclat de nos sessions. Nous ne les en saurions trop vivement remercier. Aujourd'hui qu'il m'est donné de leur souhaiter la bienvenue, je constate avec joie leur nombre et en exprimant le vœu qu'il s'accroisse chaque année, je sais être l'interprète de tous. Jusqu'à présent, la chirurgie a trop souvent remédié aux maux qui résultent du conflit des peuples; quelle glorieuse récompense si les rapprochements et les sympathies qu'elle provoque aidaient à diminuer les causes de ces sanglantes rencontres!

J'aurais désiré, messieurs, que mon rôle de Président me permît de m'en tenir à ces quelques paroles. Il eût été facile, car je n'avais qu'à me laisser diriger par des sentiments que les chirurgiens et la chirurgie m'ont dès longtemps fait fait éprouver. Mais j'ai dû, pour avoir l'exacte notion de mes devoirs, rechercher comment avaient compris les leurs ceux à qui vos suffrages furent d'abord donnés. Ce qu'ils ont dit simplifie ma tâche et me dispense de trop retenir votre attention. Vous m'excuserez donc si je tente d'imiter mes éminents prédécesseurs en étudiant avec vous les conditions qui nous peuvent aider à utiliser nos ressources et la mesure où le congrès y doit contribuer.

Une semblable préoccupation s'impose. Nous sommes en présence de tout un ordre nouveau; pour remplir la mission qui leur incombe après tant de progrès de chaque jour, les chirurgiens ne sauraient trop s'interroger et s'aider. En se transformant, la chirurgie a le droit et le devoir d'étendre son domaine, cela est incontestable. Tout nous commande d'obéir à cette nécessité; tout nous garantit que, soucieux d'en tenir compte, nous servirons avec un égal profit la cause de la science et celle de l'humanité.

Il faut faire largement usage du pouvoir si considérable qui est le nôtre. Par quels moyens nous l'avons conquis, je n'ai point à le dire; personne ne l'ignore, car on serait trop coupable de ne pas le savoir. Chaque jour de nouveaux exemples démontrent que, grâce aux méthodes modernes, tout devient possible en fait d'opération, parce qu'elles ont donné la sécurité pendant l'acte opératoire et rendu bénignes ses suites immédiates. Mais il reste beaucoup à faire en vue d'établir exactement ce que nous pouvons pour l'opéré. La chirurgie thérapeutique, celle qui procure des résultats durables ou définitifs, n'a pas encore réalisé tous les progrès de la chirurgie opératoire. Pour arriver à ce que les combats si brillamment et si heureusement livrés à la maladie soient toujours profitables au malade, avoir la puissance ne suffit pas, il faut la direction. Longtemps économes d'opérations et conservateurs résolus, peut-être sommes-nous devenus prodigues.

Tout, il est vrai, nous invite à demander à l'opération la solution des difficultés du traitement, voire du diagnostic. Ces tendances sont justifiées avant tout, non par l'impunité opératoire, c'est-à-dire par la possibilité de ne pas compromettre avec l'intervention la santé ni la vie du malade, mais par de véritables services, par de grandes et précieuses conquêtes. Dans ces conditions, il est si naturel d'agir que nous n'avons pas seulement à nous défendre contre nos propres entraînements : nos confrères médecins approuvent l'intervention, ils ne cachent pas la confiance qu'elle leur inspire, ils nous y encouragent, il leur arrive parfois de combattre nos hésitations. Les intéressés eux-mêmes nous sollicitent. Ce ne sont pas ces malheureuses dont parle en ses célèbres leçons cliniques notre éminent collègue M. Charcot, possédées de la passion singulière de subir n'importe quelle opération et ne reculant même pas, pour satisfaire ce désir, devant une grave mutilation; ce sont tout simplement de pauvres malades voulant guérir, sachant combien sont puissantes les ressources de la chirurgie et, par lassitude ou par impatience, en réclamant l'application. Il en est qui sauraient nous convaincre en dépit de nous, si nous n'avions pas coutume de n'obéir qu'à leur intérêt seul. Sous cette forme nouvelle, en maintes occasions, nous nous trouvons obligés de repousser les présents d'Artaxercès.

Les services que nous sommes en mesure de rendre expliquent qu'il en soit ainsi. Plus ils sont éclatants, plus nous devons nous attacher à cultiver les parties de notre science qui régissent nos actes, plus nous devons avoir la noble inquiétude d'apprendre à ne pas hésiter ou à être, quand il le faut, assez courageux pour nous abstenir. Mais savoir distinguer nettement ce que l'on peut de ce que l'on ne peut pas, juger le nécessaire et voir l'inutile est le fruit d'une expérience consommée. Livrés à nous-mêmes, réduits à nos seules forces, nous ne pourrions peut-être pas y arriver, à la pleine satisfaction de notre conscience. Ce dont les individualités sont incapables peut se demander aux collectivités.

A cet égard, les actes de votre assemblée ont montré déjà tout ce que l'on était en droit d'attendre d'elle. Aussi bien dans le recueil de ses travaux que dans les discours de nos présidents, la voie qu'il convient de suivre se trouve indiquée.

Perpétuer la méthode française, obéir à ses traditions fut et doit rester notre principal objectif. Elles sont toutes de raison et de mesure. Mais la modération supérieure qui s'en dégage n'exclut pas l'initiative; elle ne comporte à aucun degré le manque de hardiesse, n'accepte pas le découragement, comprend l'audace quand elle est justifiée et ne repousse que la témérité. De tels principes ne sont point de nature à retarder la solution des grands problèmes posés par la chirurgie moderne; ils consolident, au contraire, ses succès et les étendent. Ici encore, la tradition ne saurait nuire au progrès.

Le présent n'est d'ailleurs si brillant, la moisson si abondante que parce que des travaux élaborés avec un remarquable esprit de suite et la connaissance précise des conditions nécessaires au développement de notre science avaient soigneusement préparé un terrain fertile. La préoccupation principale des chirurgiens de la première moitié de ce siècle, leur continuel objectif fut le perfectionnement du diagnostic et l'étude approfondie de ce qu'ils appelèrent la médecine opératoire. Leur méthode a été anatomique, le moyen de la mettre en œuvre, la création et la culture d'une science nouvelle : l'anatomie chirurgicale ou topographique. De là, cette admirable sagacité dans leurs études cliniques, la netteté de leur jugement, la précision rigoureuse de leurs opérations ; de là aussi, la maturité de leurs décisions, la prudente sûreté de leurs actes et, par suite, le respect si scrupuleux et si profond des existences qui leur étaient confiées.

Le diagnostic n'est pas seulement le conseiller qui inspire et légitime nos résolutions, le guide qui dirige notre intervention et mérite notre obéissance, c'est le frein qui nous modère. Si l'anatomie nous donne la hardiesse en nous apprenant à éviter le danger, elle empêche la témérité, parce qu'elle nous le met sous les yeux. Un opérateur ardent, impatient d'agir, pourrait se plaindre des difficultés que le diagnostic et l'anatomie l'obligent à prévoir, des écueils qu'ils lui signalent, être tenté de passer outre; un opérateur réfléchi puisera dans ces indications la calme confiance qui supprime l'hésitation et les défaillances, permet de parcourir toutes les étapes de la route ou suggère les raisons d'une abstention justifiée.

C'est en France, on nous excusera de le rappeler, que se poursuivit surtout l'œuvre destinée à donner à la chirurgie, en leur forme définitive, les bases sur lesquelles nous l'édifions aujourd'hui. Le traité de Velpeau, bientôt après celui de Blandin présentèrent pour la première fois dans son ensemble l'étude de l'anatomie chirurgicale, ils assurèrent son complet développement. Sans doute, Genga, dès 1672, écrivait un ouvrage intitulé : *Anatomia chirurgica ;* au commencement du siècle, Malacarne, Froriep, Rosenthal, Beck publiaient des manuels d'anatomie topographique; mais la précision sévère que réclamait Desault et qui caractérisa l'enseignement de Dupuytren, le besoin d'appliquer à la pratique les données fournies par l'anatomie descriptive que l'on retrouve à chaque page du traité de Bichat, n'entrèrent entièrement dans le domaine commun qu'après l'apparition de l'œuvre de nos deux grands maîtres. Dès lors, l'anatomie chirurgicale eut les prédilections de tous ceux qui marquèrent dans notre science et s'affirma comme une production française.

La réglementation précise de l'art opératoire fut la conséquence naturelle de ces travaux, et le diagnostic chirurgical, au moins pour sa partie anatomique y trouva des règles positives. L'enseignement oral et écrit rivalisèrent pour étendre et vulgariser ces acquisitions si précieuses. Nous n'avons pas à rappeler ces brillantes périodes. Les leçons ont été trop

célèbres pour être oubliées et les ouvrages auquels nous faisons allusion nous instruisent encore. Mais nous dirons que là ne s'est point borné l'effort dont le but manifeste était l'orientation de la chirurgie dans les voies menant aux véritables progrès. On entendait que rien ne demeurât ignoré de ce qui s'était fait dans le passé et de ce qui se produisait chaque jour; on ne voulait pas se contenter d'étendre les limites de l'intervention à une garantie de régularité et de sécurité dans les manœuvres opératoires, on voulait en connaître les résultats éloignés.

Nul plus que Malgaigne ne poussa ses contemporains vers ce genre de recherches. Le professeur à l'éloquence entraînante, l'écrivain remarquable et fécond, le polémiste ardent sut convaincre les jeunes générations d'alors. Leurs travaux se sont ajoutés aux siens; les énumérer serait abuser de votre attention; je ne pourrais d'ailleurs les indiquer tous, car parmi les collègues siégeant près de moi se trouve un de ceux qui ont le plus brillamment suivi la voie de l'érudition. Je n'ai pu cependant ne pas évoquer ces souvenirs; vous estimez tous, en effet, que le chirurgien, aujourd'hui comme autrefois, ne saurait être trop instruit, que son cerveau doit être exercé à l'égal de sa main. S'il faut à celle-ci l'habileté, il lui faut nécessairement aussi une force supérieure qui la conduise. Nulle part elle ne la trouvera mieux que dans les vives clartés fournies par la connaissance scrupuleuse de toutes les parties de notre art et les enseignements tirés de l'incessante méditation des faits.

Le milieu où nous les étudions ici est à ce point de vue particulièrement favorable, il peut les rendre éminemment instructifs. Où aurons-nous plus aisément qu'en nos grandes assises annuelles la possibilité de nous renseigner sur le sort de nos opérés ? Chacun de vous apporte dans nos sessions le récit de ses interventions importantes et donne ainsi à nos travaux leur stimulant le plus vif. Pourquoi ne pas prendre l'habitude de nous édifier d'une année à l'autre sur la destinée des malades dont nous aurons entendu l'intéressante histoire? Certes, quand il y aura lacune, on n'en inférera pas que les résultats définitifs n'ont point répondu au succès du premier moment, mais sans aucun doute on saurait un gré extrême à ceux d'entre nous qui achèveraient de faire la lumière. Ils nous donneraient par là ce qui manque le plus à notre instruction. Les jeunes observations, les récits d'opérations récentes à peine âgées de quelques semaines, ont eu leur utilité. Après les suites lamentables des interventions d'autrefois où, pour les plus petites comme pour les plus grandes, se rencontrait trop souvent l'égalité du danger, il était bon, il était indispensable de montrer que l'acte opératoire le plus complexe, le plus périlleux n'était suivi d'aucun accident, que le traumatisme chirurgical pouvait en quelque sorte passer inaperçu. La démonstration est faite, et bien faite, nous ne saurions nous attarder davantage à l'appuyer de preuves nouvelles. Nous n'avons plus besoin d'être encouragés à l'opération, il nous faut apprendre à bien connaître la valeur des services qu'il nous est permis de rendre. Nous devons à nos malades et à nous-mêmes de vouloir autre chose que des résultats opératoires.

La possibilité de les obtenir avec certitude nous a menés à de telles conquêtes, elle a si bien témoigné de l'importance des forces dont nous disposons, qu'une sorte de présomption serait presque excusable : il semblerait naturel de nous laisser aller à croire que la chirurgie n'a qu'à marcher désormais tranquille dans ses voies nouvelles et cheminera d'autant mieux sur la route du progrès qu'elle s'occupera moins de ce qui a vécu. Ne serait-il pas plus vrai de penser que, pour ouvrir au perfectionnement la voie la meilleure et la plus sûre, il convient, tout en consacrant nos forces au présent, de ne pas négliger le passé ?

Au point culminant où elle est arrivée, la chirurgie moderne, sans perdre de vue l'horizon qui ne cesse de s'élargir devant elle, trouvera profit à regarder en arrière. Alors qu'elle s'avance glorieuse vers le xxe siècle, lui apportant une des belles parts de l'héritage si riche qu'il va recevoir de la science, elle ne risque rien à évoquer le passé. Elle y retouvera l'image des maîtres qui préparèrent sa grandeur en établissant des principes qu'il serait dangereux d'oublier. Les pionniers de cette œuvre partageaient leur vie entre l'amphithéâtre d'anatomie, les salles de malades et les bibliothèques; ils demandaient aux expérimentations sur les animaux ce que ne leur pouvaient enseigner la dissection des cadavres et l'observation clinique. Il n'est pas sans intérêt de s'en souvenir. Mais à ces moyens fondamentaux de leurs recherches le laboratoire n'ajoutait que les ressources, déjà fort grandes, fournies par la physiologie. Les révélations que nous devons aux travaux de notre illustre Pasteur leur faisaient défaut. Privés de ces découvertes merveilleuses, ils ne purent atteindre à la sécurité opératoire que devait nous donner leur application pratique réalisée par Lister et par A. Guérin; ils ne virent pas le couronnement de leur œuvre.

Pour nous, les heureux possesseurs de ces méthodes admirables et fécondes, qui savons maintenant préserver nos opérés de toute contamination, notre tâche ne se saurait limiter à l'exercice et à l'extension de notre puissance opératoire. Nous avons le droit, nous avons le devoir d'espérer que nous irons encore plus loin dans la voie scientifique en nous préoccupant sans cesse de la pathogénie, en voulant, nous aussi, la solution des problèmes complexes qu'il est permis aujourd'hui d'aborder. Le traitement par l'opération restera indispensable et, quelles que soient ses rigueurs, ses bienfaits sont si grands, qu'on y aura toujours et dans de bien nombreuses circonstances, utilement recours. Mais le plus beau, le plus désirable progrès, serait d'arriver à découvrir la nature de certaines affections qui, à l'heure actuelle, sont encore réputées chirurgicales, à nous en rendre maitres sans intervention. Cela n'épargnerait pas seulement aux patients l'acte opératoire, ce serait le moyen d'assurer leur guérison définitive en nous attaquant à la cause de leur mal et non à ses effets. Le perfectionnement du diagnostic a permis de réaliser de semblables résultats pour les tumeurs spécifiques que Dupuytren opérait encore; est-il inadmissible que les recherches poursuivies de toutes parts remportent un jour la même victoire sur le cancer? Nous ne connaîtrions plus les pénibles angoisses que nous donne sans cesse la crainte de la récidive. Aussi, quand, il y a quelques mois, nous avons pu croire un moment que l'une des affections où l'intervention chirurgicale est si souvent nécessaire, dans plusieurs de ses manifestations, allait lui échapper et que désormais les tuberculoses locales guériraient sans notre secours, qui d'entre nous ne s'est senti heureux de se voir près d'être dépossédé de cette partie, cependant bien grande, de son domaine? Nos espérances ont peu duré; mais qui peut assurer que l'illusion d'hier ne sera pas la réalité de demain?

L'avenir nous réserve sans doute d'aussi larges, d'aussi complètes satisfactions. Pour moi qui ai déjà sous les yeux l'élite de plusieurs générations, je l'ai dit au début, j'aime à le répéter : il est plein de promesses. Nul de nous n'ignore à quel point il est légitime de compter sur tous ceux, étrangers et nationaux, qui se pressent ici; nous savons la valeur de nos jeunes confrères de Paris et des départements; les destinées de la chirurgie française sont entre leurs mains. Au surplus, s'il ne nous suffisait pas du présent pour affirmer que la marche en avant ne saurait s'arrêter, le passé nous serait une précieuse garantie. Bichat écrivait dans la belle introduction à son *Traité d'anatomie descriptive* : « Tout est fait de son côté et peut-être n'est-il pas de science plus voisine qu'elle de la perfection. » Ce qu'est devenue l'anatomie depuis l'impulsion qu'il lui donnait, ai-je à le dire? Nous marchons encore dans les voies ouvertes par son génie. En face d'un pareil exemple, comment ne pas croire à la force irrésistible, à la toute-puissance de l'avenir?

Il nous est donc permis d'avoir une absolue confiance. Partout la chirurgie est cultivée avec ardeur; entre les nations de l'ancien et du nouveau monde, une émulation existe qui d'heure en heure profite au progrès. A chacun de nous incombe le devoir de ne négliger rien pour maintenir la chirurgie française au rang où elle a le droit de figurer et lui conserver, dans cet incessant concours, son caractère distinctif avec les qualités qui lui sont propres. Nous y aurons besoin de toutes nos forces. Nous lutterons sans trêve les uns et les autres. Pas un jour ne s'écoulera, que nous ne l'ayons consacré à notre science de prédilection. Et chaque année nous viendrons ici rendre compte de ce que nous aurons fait, de ce qu'il nous reste à faire pour que l'influence de nos travaux continue de pouvoir être reportée avec honneur à notre chère Patrie.

Mais ce que nous devons à la chirurgie exige plus encore. Il nous faut employer pour son bien les ressources tirées des

travaux de tous ceux qui s'y consacrent; il nous faut accepter le progrès d'où qu'il vienne, afin de remplir à l'égard des malades qui se confient à nous les devoirs que dicte l'humanité bien comprise. Nous maintiendrons ainsi notre belle profession à sa véritable hauteur et nous assurerons à la chirurgie la reconnaissance et le respect de tous.

Les communications scientifiques faites dans les séances du lundi et du mardi sont analysées plus loin, p. 157.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Le traitement des suppurations pelviennes par l'hystérectomie vaginale

Communication à la *Société de Chirurgie,* par Paul Reclus, agrégé de la Faculté de chirurgie, de l'hôpital Broussais.

M. Paul Reclus. — Si je prends la parole dans cette discussion où tout paraît avoir été déjà dit, c'est que je suis, avec mon collègue Nélaton, le seul qui accepte, à peu près dans toute leur étendue, les conclusions de M. Paul Segond : comme lui je crois l'hystérectomie préliminaire indiquée dans les cas où les altérations des annexes sont nettement et franchement bilatérales.

I

D'un accord à peu près unanime, les précédents orateurs ont divisé les altérations des annexes en trois groupes : les pelvi-péritonites où l'inflammation diffuse remplit le petit bassin presque tout entier de ses exsudats et de ses adhérences; les ovaro-salpingites volumineuses et adhérentes et enfin les salpingites petites et peu adhérentes. Pour la thérapeutique des altérations du premier groupe, il ne paraît point y avoir de divergences et tous ici nous reconnaissons que la laparotomie est insuffisante ou dangereuse. Elle est insuffisante si l'on se contente d'ouvrir les poches et de les drainer, d'abord parce qu'on a des chances sérieuses d'oublier quelque cavité qui continue à infecter l'organisme et puis les néomembranes épaisses et rigides, qui forment comme une cloison résistante au niveau des intestins, ne s'affaissent pas; il reste un cloaque béant où la suppuration, qui s'éternise, finit par épuiser la malade.

J'ai traité trois femmes atteintes de suppurations pelviennes anciennes, à néomembranes épaisses par l'ouverture des poches purulentes, leur lavage et leur drainage et les résultats ont été détestables : deux sont mortes, l'une au bout de quatre et l'autre au bout de six mois à la suite de complications hépatiques et rénales consécutives à la suppuration prolongée; la troisième vit encore; elle est même fort bien portante à cette heure, près de quatre ans après mon intervention, mais elle a au-dessus du pubis, une fistule intarissable et malpropre. L'orifice cutané aurait la plus grande tendance à se refermer; mais cette oblitération reconstituerait sûrement une poche purulente intra-pelvienne qui deviendrait rapidement dangereuse; aussi avons-nous mis à demeure dans la fistule un gros tube de verre qui la maintient ouverte.

Si l'on ne se contente pas de cette opération insuffisante, si l'on veut extirper les néomembranes, l'intervention devient fort dangereuse; il faut faire une véritable décortication du petit bassin où l'on risque d'ouvrir les anses de l'intestin grêle, le rectum ou la vessie. J'ai pratiqué une opération de ce genre, justement avec l'aide de M. Segond : il s'agissait d'une femme, jeune encore, mais d'un énorme embonpoint; après avoir ouvert le péritoine épaissi, nous avons difficilement décollé les anses intestinales englobées dans l'épiploon scléreux et vasculaires; les trompes volumineuses étant entourées de poches purulentes qui se crevaient au fur et à mesure de notre décortication; de gros vaisseaux se déchiraient sous nos doigts et leurs parois étaient si friables qu'elles s'écrasaient sous les fils à ligature ou les pinces; aussi notre drainage à la Mikuliez fut-il plutôt un tamponnement pour tarir l'hémorrhagie qu'un drainage véritable, et, trois jours après, notre opérée était morte. L'hystérectomie vaginale, si son application à ces suppurations difffuses avait été connue à cette époque, aurait eu des chances sérieuses de la sauver.

Mais je n'insiste pas, car nous sommes tous d'accord et, sauf peut-être M. Pozzi, tous nos collègues ont admis que l'hystérectomie vaginale est l'opération de choix dans des suppurations diffuses qui ont envahi le petit bassin. Encore faut-il qu'elles soient anciennes et de marche vraiment chronique. En effet, il y a des cas de suppurations aiguës où de vastes collections se forment tout autour de l'utérus et de ses annexes et qui guérissent fort bien par la laparotomie et le drainage. Je ne sais si, en pareil cas, l'infection se fait par la voie muqueuse, en suivant les trompes qu'elles altèrent à peine, tandis que les lésions principales se font dans le péritoine, ou s'il faut invoquer la propagation par les lymphatiques chère à notre collègue M. Championnière; mais je sais que pour ces suppurations, véritables abcès aigus, la laparotomie sus-pubienne avec drainage à droite et à gauche de l'utérus m'a donné, dans quatre cas, quatre succès remarquables que je me propose de communiquer au prochain congrès de chirurgie.

II

La plupart de nos collègues repoussent l'hystérectomie préliminaire dans les cas de notre seconde catégorie, dans les ovaro-salpingites volumineuses et adhérentes : ils prétendent que la laparotomie est plus complète et moins aveugle; on ne se contente pas d'ouvrir une poche purulente; on en décortique les parois pour les énucléer et l'on ne laisse pas, dans le ventre des débris qui provoqueront des douleurs et des suppurations nouvelles. Pour nous, nous croyons au contraire l'extirpation des tumeurs volumineuses et adhérentes plus facile et plus complète par la voie vaginale. Par la voie abdominale, en effet, on est gêné par les anses intestinales qui s'emmêlent dans les doigts; on insinue bien pour les écarter une éponge plate ou une compresse aseptique, mais on ne réussit pas toujours et on rétrécit d'autant le champ opératoire déjà trop étroit; on a beau dire, l'opération reste aveugle; on voit mal ou l'on ne voit pas du tout.

Et puis des débris des annexes peuvent rester adhérents aux ligaments larges ou à l'utérus. Le plus souvent et grâce à l'habitude que nous avons tous maintenant de ces opérations devenues banales, on fait une ablation complète; mais il n'en est pas toujours ainsi, et récemment dans l'extirpation d'un hématosalpinx bilatéral et suppuré, j'ai dû laisser sur la face postérieure de l'utérus la paroi déchirée d'une trompe trop friable; j'ai pratiqué le drainage; tous les accidents ultérieurs ont été évités et mon opérée est maintenant guérie, mais cette observation s'ajoute à toutes celles qui prouvent que, par la voie abdominale, l'extirpation totale est loin d'être une règle sans exception. Or, si l'on est forcé de laisser des débris, si l'opération est incomplète, s'il faut drainer, combien je préfère le drainage inférieur qui mène naturellement les liquides au dehors pour les seules lois de la pesanteur et par un large hiatus autrement favorable à l'écoulement que le goulot étranglé, la boutonnière de la paroi abdominale.

D'ailleurs il arrive souvent que, au cours de l'opération, des poches purulentes sont ouvertes; il faut en absorber le liquide septique et en essuyer les parois avec des éponges qu'on retirera par le haut au risque de souiller les anses intestinales toujours disposées à envahir le petit bassin. Certainement, la plupart du temps, avec un peu d'adresse et beaucoup d'attention, on obvie à ces difficultés. Mais elles existent et on en tiendra compte. Je sais bien que M. Delagénière vient d'insister sur les bénéfices que l'on retire en pareil cas de l'opération pratiquée sur un plan incliné, la tête en bas; les intestins, entraînés par la pesanteur, abandonnent le pelvis où le chirurgien manœuvre à son aise. La lecture de ses huit observations nous a beaucoup frappé; mais cette méthode fort rationnelle ne s'est pas encore vulgarisée et nous ne savons pas ce qu'elle donnera à l'usage.

Nous venons de pratiquer l'opération de Péan pour une double ovaro-salpingite volumineuse, ancienne et suppurée et nous avons été frappé de ses avantages incontestables. Dès que par le morcellement, l'utérus a été enlevé, l'espace qu'il laissait a été pour ainsi dire envahi par la tumeur qui s'est pla-

cée d'elle-même dans le champ opératoire ; elle s'est présentée à nos yeux et s'est mise sous nos doigts et sous nos instruments. Nous avons d'abord ouvert plusieurs kystes séreux dont le liquide s'échappait par déclivité dans le vagin, puis nous avons aperçu les annexes droits distendus par le pus; la pince qui étreignait la trompe et le ligament ovarien nous permettait de les attirer facilement, de les saisir et de les extirper. A gauche les organes épaissis, friables, adhérents au ligament large, ne venaient que par lambeau ; les adhérences étaient telles que nous n'avons pas craint d'introduire la main dans le petit bassin pour détacher les néomembranes avec une facilité bien supérieure à celle que nous avions rencontrée dans nos laparotomies. Il ne nous restait plus qu'à drainer, avec une bande de gaze iodoformée, la plaie comblée déjà par une dizaine de pinces à forcipressure.

Les suites de l'opération ont été des plus simples; il n'y a pas eu la moindre élévation de température ; nous avons surtout été frappé de l'absence de choc après une intervention qui avait duré plus d'une heure; le second jour il y eut un peu de rétention de gaz, mais elle disparut dès que les pinces eurent été enlevées. Au cours de l'intervention nous avions eu cependant un incident fort ennuyeux ; nous avions saisi par mégarde et tiré sur une des pinces qui étreignaient le ligament large; la pince a dérapé et nous avons eu quelques peines à ressaisir les vaisseaux et à les oblitérer. Mais ce désagrément que nous saurons éviter une autre fois, nous a paru plus que compensé par la facilité relative que nous avons eue à extirper par le vagin les ovaires suppurés, les trompes adhérentes et les poches séreuses adjacentes. Cette assertion paraît peut-être paradoxale, mais peu de jours auparavant nous avions pratiqué, avec un grand succès thérapeutique d'ailleurs, une opération semblable par la laparotomie et les manœuvres d'extirpation nous avaient paru beaucoup plus délicates. Aussi pour nous, dans cette deuxième catégorie de faits, dans ces altérations bilatérales anciennes et volumineuses des annexes adhérentes, l'opération de choix est l'hystérectomie vaginale.

III

Est-elle encore l'opération de choix dans la troisième catégorie, lorsque les lésions des annexes sont bilatérales, mais peu volumineuses et probablement peu adhérentes ? Et remarquez que je dis *lésions*, car qu'il s'agisse de pyosalpinx, de salpingite catarrhale, d'hémato-salpinx ou de dégénérescence scléro-kystique, l'indication nous semble toujours la même, si les organes reproducteurs sont définitivement perdus pour la fonction. Ici notre embarras commence : tout d'abord nous instituons, bien entendu, un traitement médical sérieux et prolongé dont le fond est un curettage, lorsqu'il existe des signes d'endométrite, le drainage utérin, des injections antiseptiques et des lavements à la température de 55 degrés environ et conservés dans le rectum pendant vingt ou trente minutes. Mais cette thérapeutique, qui réussit quelquefois, échoue le plus souvent et nous devons alors choisir entre la laparotomie et l'hystérectomie.

Si j'étais sûr, absolument sûr du diagnostic « fonctionnel », si j'étais sûr, absolument sûr que les annexes sont perdues pour la reproduction, j'aurai, pour ma part et tout en comprenant fort bien la conduite opposée de mes collègues, recours à l'hystérectomie; d'abord parce que je la considère comme plus longue peut-être, mais comme aussi facile que la laparotomie. Je n'oserais point énoncer cette proposition, fort contestée au sein de la société, sur la foi de ma seule observation personnelle, mais depuis plusieurs semaines j'ai vu pratiquer mon collègue Segond et je dois dire que, sauf dans un cas où une légère hémorrhagie a un peu compliqué l'intervention, j'ai été très frappé de la rapidité avec laquelle dans les cas d'utérus mobile et abaissable, la matrice était morcelée et extirpée. L'opération alors est relativement facile. Ensuite et surtout, elle est vraiment bénigne, aussi bénigne que la laparotomie dans les cas correspondants, et je laisse à M. Segond le soin de vous en donner la démonstration péremptoire.

Si donc, je suis sûr, d'une part, que les annexes sont perdus pour la fonction et si, d'autre part, j'admets que l'hystérectomie préliminaire est aussi facile et surtout aussi bénigne que la laparotomie, des raisons de moindre valeur, des arguments de second ordre me suffiront alors pour faire pencher la balance en faveur de l'hystérectomie. M. Segond nous a dit d'abord que l'utérus est souvent atteint d'endométrite que ne guérit pas toujours l'ablation des annexes par la laparotomie; une opération complémentaire est parfois nécessaire; or dans la méthode rivale, l'hystérectomie, l'endométrite disparaît évidemment avec l'organe. Je connais effectivement des cas où l'ablation bilatérale des ovaires et des trompes suppurées n'a pas tari une leucorrhée et j'ai actuellement dans mon service une malade que m'a confiée le professeur Tarnier, pour l'opérer d'une ovaro-salpingite. La guérison me paraissait complète, lorsque la jeune femme nous a révélé un écoulement persistant ; mais un simple curettage avec drainage utérin a suffi pour la guérir; aussi le premier argument de M. Segond est pour nous sans grande importance.

J'attacherais, je vous l'avoue, plus de prix à l'argument « beauté », si lestement jeté par-dessus bord par M. Pozzi — on n'est jamais trahi que par les siens — et je dirais volontiers : toutes choses égales d'ailleurs, ou mieux à gravité opératoire égale, j'aime mieux pas de cicatrice qu'une cicatrice, quelque petite et dissimulée que la fassent nos sutures perfectionnées. Pourquoi donc ne pas accorder cette satisfaction à nos malades? Mon opérée, modiste, jeune et qui n'a renoncé à aucune des vanités de ce monde, n'a pas hésité, lorsque nous lui avons posé la question, à manifester sa terreur pour les vestiges apparents sur le ventre de l'opération projetée. Je n'hésiterais donc pas à opter pour l'hystérectomie préliminaire, même dans le troisième groupe des altérations des annexes et en m'appuyant sur cet argument secondaire de la cicatrice, si du moins j'étais sûr du diagnostic et si je pouvais affirmer en toute sécurité que les annexes sont perdues pour la fonction.

Mais, hélas ! on n'est jamais sûr dans ces cas légers et il faut tenir un grand compte des erreurs possibles sur lesquelles nos collègues les plus compétents ont insisté avec tant de justesse. L'un d'eux nous disait qu'il se trompait au moins une fois sur quatre, et aucun de nous ne se flatterait d'être plus heureux. Je sais bien qu'il parlait de la nature de la lésion, ce qui m'importe moins au point de vue des indications opératoires, mais on se trompe aussi sur la gravité du mal et l'on peut bien rarement établir le diagnostic de l'état fonctionnel des organes reproducteurs dans le cas de lésion commençante. J'ai vu au moins deux fois, à l'époque où la salpingectomie se vulgarisait, des chirurgiens habiles et consciencieux extirper des ovaires sains considérés, avant l'ouverture du ventre, comme atteints d'inflammation suppurée. Eh bien, les mêmes opérateurs reconnaîtraient, je suppose, à cette heure leur erreur avant l'extirpation et laisseraient les ovaires après avoir peut-être détruit quelques adhérences, causes de l'empâtement et de la douleur.

Et voilà pourquoi serais-je plus transigeant que mon collègue M. Segond pour le traitement des lésions de ce troisième groupe. La formule par laquelle j'ai commencé ma communication et par laquelle je la termine est identique à la sienne, et je répète que l'hystérectomie vaginale est indiquée dans tous les cas où les altérations des annexes sont franchement bilatérales ; mais j'ajoute : il est toute une catégorie de faits où le diagnostic est fort difficile et dans ce cas le doute doit profiter à la laparotomie qui permet de reconnaître l'erreur avant qu'elle soit irrémédiable. Aussi résumerai-je ma communication par les trois conclusions suivantes : dans les pelvipéritonites anciennes nous n'avons qu'une opération à pratiquer : l'hystérectomie vaginale préliminaire ; dans les ovaro-salpingites volumineuses et adhérentes, nous préférons à la laparotomie, qui cependant a donné d'excellents résultats, l'hystérectomie vaginale, comme plus facile et plus sûre; enfin, dans les lésions récentes et légères et lorsqu'il n'est pas absolument démontré que les annexes ont perdu leurs fonctions, on aura recours à la laparotomie qui nous permet d'établir, sur un diagnostic indiscutable, les indications précises de l'extirpation.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 31 *mars* 1891.

Présidence de M. Tarnier.

Anévrysme spontané de l'artère thyroïdienne inférieure.

M. Chauvel. — M. le Dr Brousses (de Lyon) a envoyé un mémoire sur un cas d'anévrysme spontané de l'artère thyroïdienne inférieure. Ces anévrysmes sont rares. A défaut des mouvements d'expansion, du souffle, de la réductibilité, le diagnostic doit s'établir, d'après M. Brousses, sur la précocité des névralgies, leur apparition avant la constatation de toute tumeur, sur l'accroissement très rapide et par poussées, sur la conservation d'un état général passable, enfin sur la facilité avec laquelle une aiguille exploratrice évolue aisément dans tous les sens de la grosseur.

Ces névralgies toutefois n'ont rien de spécial à ces tumeurs, et elles peuvent également témoigner du développement d'un néoplasme des ganglions du cou. Quant à la rapidité de l'accroissement, à moins qu'elle ne soit spontanée, elle pourrait être consécutive à une ponction capillaire, comme dans le cas observé par M. Brousses. Il pourrait s'agir d'un lymphosarcôme kystique. L'absence de cachexie se comprend mieux avec une tumeur bénigne, vasculaire, qu'avec un néoplasme à marche foudroyante: elle n'a pas cependant une valeur pathognomonique. Enfin, la facilité des mouvements de l'aiguille exploratrice enfoncée dans la tumeur n'a dans l'espèce qu'une valeur diagnostique très relative. On sait en effet que la mollesse de certains néoplasmes malins est assez grande pour rendre aisée une telle exploration.

Par contre, l'issue de sang rutilant se projetant en jets isochrones aux contractions cardiaques, survenue à la suite d'une ponction, constitue un signe diagnostic plus certain. Mais cette ponction, dans le cas de M. Brousses, a certainement déterminé l'accroissement énorme que la tumeur a acquis en quelques heures, quelque justifiée qu'elle ait été en présence de l'obscurité du diagnostic.

Pleurotomie et lavages intra-pleuraux.

M. Bucquoy. — L'an dernier M. le Dr Hache (de Beyrouth) a communiqué trois cas de pleurésie purulente traités par l'incision postérieure de Walther. Il a fait cette incision dans le neuvième espace intercostal, mais je ne vois pas que ces observations, pas plus que les déductions tirées par M. Walther de ses expériences à l'amphithéâtre, apportent des arguments soit pour faire préférer ce procédé à l'incision latéro-postérieure ordinairement en usage, soit pour le faire rejeter.

La question des lavages intra-pleuraux a été discutée récemment à la Société médicale des hôpitaux et à la Société de thérapeutique. On admet généralement comme règle qu'il faut s'en abstenir dans les pansements consécutifs, à moins d'indications fournies par la putridité des liquides écoulés par la plaie; mais on est plus divisé sur l'opportunité du lavage immédiatement après l'opération, soit qu'on l'emploie surtout, comme l'a fait M. Hache, afin de nettoyer la plèvre et de la débarrasser plus complètement du pus et des fausses membranes, soit qu'on veuille, par l'antisepsie à l'aide de solutions mercurielles, détruire les micro-organismes. Les faits publiés jusqu'ici ne permettent pas d'avoir une opinion ferme à cet égard. Dans tous les cas où la pleurotomie est rigoureusement antiseptique, il y a chance d'obtenir une guérison rapide et complète. Ce n'est que lorsque le liquide est manifestement putride qu'il convient de recourir aux lavages plus ou moins répétés dans les pansements consécutifs.

M. Le Dentu. — Il importe peu que l'incision ait lieu dans le 7e, le 8e et le 9e espace intercostal, pourvu qu'elle soit faite au point le plus déclive possible, suivant la position que le malade occupe dans son lit et de façon à faciliter l'écoulement du liquide.

De plus, il faut prendre garde que, dans la pleurésie purulente, la rétention du pus, l'existence de bacilles tuberculeux, de fausses membranes, en un mot d'éléments de septicité plus ou moins grande ou plus ou moins rapide, sont autant d'indications pour faire adopter ou rejeter les lavages intra-pleuraux auxquels on impute souvent à tort l'issue fâcheuse du traitement. Pour ma part, je pratique une méthode mixte: après un premier lavage aussitôt l'opération, je m'en tiens là, à moins que l'élévation continue de la température ne m'oblige à de nouvelles injections.

M. Bucquoy. — Je partage l'avis de M. Le Dentu pour ce qui concerne le siège de l'incision; ce qu'il importe, c'est de faire l'antisepsie aussi rigoureusement que possible, sans trop se préoccuper, il est vrai, de l'air atmosphérique, ainsi qu'en témoignent les succès obtenus même dans nos salles de médecine.

Quant aux lavages intra-pleuraux, de tous les faits publiés, je ne me crois pas autorisé à conclure qu'il soit bon de les pratiquer après une première opération à moins d'indications formelles, tenant surtout de l'infection secondaire de la plèvre.

Opération césarienne.

M. Charpentier. — M. le Dr Jeannel (de Toulouse) a envoyé l'observation d'une opération césarienne qu'il a pratiquée pour un carcinome annulaire du col et du vagin.

J'ai vu pour ma part 7 cas de grossesse compliquée de cancer plus ou moins étendu de l'utérus; 6 fois l'accouchement s'est terminé seul; une seule fois il a fallu faire des incisions multiples et terminées par une application de forceps. Dans ce cas l'enfant vint mort; il naquit vivant 5 fois sur 6 après l'accouchement spontané. D'un autre côté, cette intervention pendant la grossesse n'est pas toujours possible; force est donc bien d'avoir recours à un autre procédé.

Or, deux moyens seuls nous restent: ou attendre l'accouchement spontané et, si cela ne se fait pas ou tarde trop, faire l'opération césarienne avant que la vie de l'enfant ne soit compromise. Ou bien pratiquer d'emblée cette opération dans les quelques jours qui suivent le travail comme Bar et Bouilly, ou attendre le début du travail et procéder alors seulement à l'opération, comme le veulent la plupart des auteurs et comme l'ont fait récemment avec succès Guéniot et Porak.

Les progrès réalisés dans l'antisepsie tendent de jour en jour à diminuer les dangers de l'opération césarienne: de 54 0/0 la mortalité est tombée aujourd'hui à 26,66 0/0 et même à 8 0/0 pour certains accoucheurs. Dans le cas de M. Jeannel la malade a succombé le 18e jour, non aux suites opératoires, mais à sa cachexie cancéreuse, et l'enfant né vivant n'est mort que trois mois après, d'une maladie accidentelle. On peut donc encore compter ce fait comme un nouveau succès.

Hystérectomie vaginale en dehors du cancer utérin.

M. J. Bœckel. — Depuis qu'en 1884 je communiquai à la Société de chirurgie une opération d'hystérectomie vaginale dans un cas de cancer de l'utérus, et malgré un succès éclatant, je n'ai plus pratiqué que rarement cette opération en raison de ses dangers immédiats, des complications sérieuses qu'elle fait naître et surtout des chances très minimes de guérison durable qu'elle peut offrir. Il n'en est pas de même pour certaines affections utérines relativement bénignes, mais rebelles aux traitements antérieurs. L'opération reprend ici tous ses droits et la guérison peut alors seulement être qualifiée de radicale. C'est ainsi que je l'ai pratiquée heureusement deux fois pour une métrite hémorrhagique, deux fois pour un prolapsus complet et invétéré de l'utérus, une fois pour une rétroflexion grave et enfin deux autres fois pour des corps fibreux volumineux de la matrice.

Comité secret.

Sur le rapport de M. Féréol, la commission pour l'élection des correspondants nationaux dans la division de médecine dresse la liste suivante de présentation: 1° M. Morvan (de Lannilis), 2° M. Bouchard (de Bordeaux), 3° M. Duché (de l'Yonne), 4° *ex æquo*, MM. Niepce (d'Allevard), Farge (d'Angers) et Folet (de Lille).

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 25 *mars* 1891

Présidence de M. Terrier.

Traitement des suppurations pelviennes par l'hystérectomie vaginale.

M. P. Reclus. (Voy. p. 152).

M. Segond. — Avant d'entrer dans le cœur du débat, j'exprimerai un sentiment de satisfaction extrême. Il y a quelques semaines, l'opération que je viens défendre était condamnée par tous, et il a suffi de quelques-unes de vos séances pour qu'elle soit admise par vous comme rationnelle dans certains cas déterminés, exceptionnels il est vrai. Ce résultat partiel était plus difficile à obtenir qu'on ne pourrait le supposer, car je me prenais corps à corps à la laparotomie et à son omnipotence, n'ayant à mon actif que 23 observations : la lutte était inégale.

Mes collègues se sont divisés en trois groupes :

1° Ceux qui pensent absolument comme moi : il n'y en a qu'un, M. Reclus, car son doute final est également admis par moi. J'y pourrais joindre, malgré son silence public, M. Nélaton.

2° Le groupe douloureux des adversaires radicaux se réduit aussi à un seul membre, mon ami Pozzi. Je voulais lui objecter qu'il m'avait répondu sans m'avoir entendu, sans m'avoir vu faire, sans avoir suivi de malades. Depuis, il a lu ma communication, il m'a vu opérer, et il m'a déclaré n'avoir pas changé d'avis : je ne puis que lui en exprimer ma tristesse, et espérer sa conversion.

3° Le gros du bataillon, celui qui cause ma joie extrême, Terrier, Bouilly, Richelot, Championnière, etc., m'a accordé que dans certains cas c'était la meilleure opération, la seule même. Ils protestaient surtout contre ce que Richelot a appelé mes pensées de derrière la tête et ma tendance à la généralisation, tendance que je ne regrette d'ailleurs absolument pas d'avoir laissé percer.

Pour répondre, je vais prendre comme base la communication de M. Terrier, car elle a un caractère de précision absolument remarquable. Les faits y sont divisés en 4 groupes :

a. Récidives de suppuration pelvienne après laparotomie. Tout le monde, même M. Pozzi, m'accorde que l'hystérectomie vaginale est la seule opération possible.

b. Pelvipéritonite avec éponge purulente péri-utérine. Tout le monde, sauf M. Pozzi, m'accorde victoire sur ce point. Je n'insiste pas. Mais ces cas sont exceptionnels.

c. Poches purulentes énucléables, dans lesquelles, d'ailleurs, il y a des variétés. Ici, le gros du bataillon est contre moi. Seul M. Terrier a dit : Je suis laparotomiste, par atavisme peut-être, mais j'accepte qu'on discute. Reprenons donc les arguments qu'on m'a opposés.

On m'a durement réprimandé d'avoir exagéré l'importance de la cicatrice abdominale. Mais d'aucuns n'ont-ils pas exagéré son peu d'importance ? Pour les poches un peu difficiles à énucléer, il faut faire une grande incision, et on a une grande cicatrice, avec ses inconvénients. La valeur est secondaire, mais non point nulle. J'ai opéré naguère de pyosalpingite une jeune fille — il y en a, vous le voyez, monsieur Richelot — par laparotomie. Je l'ai revue il y a trois jours. Son cheval, quoique de fiacre, s'était emballé, la voiture s'était renversée et la cicatrice abdominale avait reçu un choc : j'y ai trouvé une hernie.

Pour le pronostic immédiat, je suis arrivé à 4 morts sur 24 cas, et vous m'avez écrasé sous les résultats meilleurs de vos centaines de laparotomies. Je vous avais, cependant, demandé crédit, et d'ailleurs à cet égard M. Championnière m'a tendu une main secourable. Je pourrais vous annoncer que depuis j'ai 5 opérations, toutes heureuses ; en ajouter de Reclus, de Larabrie, Peyrot, Nélaton, et en compter 34, toujours avec 4 décès. Mais ces statistiques brutes n'ont pas grande importance. Ma conclusion est que dans les cas simples, où la laparotomie est très bénigne, l'hystérectomie n'est pas plus grave. Pour les cas complexes, la laparotomie est grave, comme Terrier, Bouilly l'ont reconnu ; c'est dans ces cas que j'ai eu 3 morts sur 7 cas, et d'après M. Terrier c'est à peu près ce que donne la laparotomie. Eh bien ! je pense que l'hystérectomie est même un peu moins grave. J'ai perdu deux de mes opérées, femmes énormes, je vous l'ai dit, parce que je n'avais pas un outillage approprié à ces vagins immenses et colossaux, parce que j'ai manœuvré à l'aveugle, le poing enfoncé jusqu'au coude. Aujourd'hui, je suis outillé. Dans ces cas graves, ce sont les adhérences, intestinales surtout, qui compliquent la laparotomie : mais moi je respecte absolument ce dôme d'adhérences, c'est pour moi une indication à l'hystérectomie, et je suis étonné que M. Reynier en ait tiré argument contre moi.

Pour le pronostic tardif, ici encore je vous ai demandé crédit. Je vous ai exposé mes raisons théoriques, je vous ai dit que toutes mes malades allaient bien jusqu'à présent : attendons.

Tous vous avez insisté sur la difficulté opératoire. Oui, c'est une opération difficile, à ne pratiquer qu'après l'avoir vue pratiquer. Mais M. Pozzi dit : opération aveugle. Je refuse ce qualificatif. Quand on la fait bien, on ne fait que ce qu'on voit ; mais pour y parvenir il ne faut pas s'écarter du morcellement type. Sans quoi vous pataugez et vous faites, en effet, une opération aveugle et incomplète. D'ailleurs, la laparotomie est-elle toujours complète ? Incomplète pour incomplète, je préfère l'hystérectomie, et ici encore l'avenir jugera.

d. Salpingo-ovarites non suppurées. Là tous, y compris Terrier, vous m'avez occis, vous m'avez rappelé que dans ces cas la laparotomie donne des résultats immédiats étonnants. C'est vrai, mais la médaille a son revers, et c'est dans ces cas, aussi, que le résultat définitif est souvent mauvais. Je crois que par l'hystérectomie il sera meilleur : attendons, et vous me ferez peut-être quelques concessions.

J'en arrive à deux arguments généraux dont l'un m'a été lancé surtout par M. Bazy : prenez garde à la dépopulation de la France ! Tranquillisez-vous, je la redoute autant que vous. Le diagnostic de la bilatéralité n'est pas toujours facile, je le sais ; si je n'y ai pas insisté, c'est que je ne pouvais vraiment pas dans ma communication vous résumer toute la pathologie pelvienne de la femme. Je vous ai dit : Je n'opère ainsi que quand je crois la lésion bilatérale. Ceci me conduit à l'argument capital : les difficultés du diagnostic, la difficulté même de dire s'il y a du pus ; et par la ponction exploratrice quand on ramène du pus, l'impossibilité de dire s'il est dans la trompe, l'ovaire, le péritoine ou ailleurs. Ces difficultés m'ont, à moi aussi, ménagé bien des surprises de laparotomie. Je serais donc bien embarrassé pour vous répondre si précédemment je n'avais, par bonheur, laissé percer mes pensées de derrière la tête. Oui, je généralise, et je vous dis : votre argument ne me touche que médiocrement, parce que peu m'importe la nature des lésions. Ce qui m'intéresse, c'est la bilatéralité. Certes, on ne peut toujours l'affirmer, et alors je vous dirai, comme Reclus : que le doute profite à la laparotomie. Mais quand on est certain de cette bilatéralité, qu'il y ait du pus ou autre chose, n'importe ; je vous répéterai : faites l'hystérectomie vaginale.

Adénopathies tuberculeuses

M. Nélaton fait un rapport sur 27 observations où **M. Reboul** (de Marseille), dans le service de M. Périer, a traité des adénopathies tuberculeuses du cou non ramollies, caséeuses ou franchement suppurées par des injections de naphthol camphré (8 à 10 gouttes tous les 8 jours). Il a obtenu 21 guérisons et 6 améliorations. M. Nélaton ajoute une observation personnelle favorable. Chez une jeune fille atteinte d'un ganglion cervical suppuré et de plusieurs autres ganglions non ramollis, l'incision de la poche fluctuante fut refusée, l'injection iodoformée amena le sphacèle de la peau et dans l'ulcération apparut le ganglion caséeux, dont l'énucléation cette fois encore fut refusée. M. Nélaton appliqua alors sur l'ulcération des tampons d'ouate imbibés de naphthol camphré et fixés par un pansement collodionné. En 2 mois la cicatrisation était complète, et en outre les ganglions voisins avaient disparu. Il y a donc une action à distance. Au reste, M. Descquelles, interne en pharmacie de M. Périer, a constaté que 24 heures après une injection interstitielle de 8 gouttes, le naphthol passe dans l'urine, et qu'il y en a pendant huit jours.

M. Reynier présente une canule à *gastrotomie.* M. Terrier fait observer que le mieux est de ne rien mettre dans la fistule.

M. Bouilly présente une vésicule biliaire formée de calculs qu'il a extirpée. Il n'y a jamais eu d'ictère.

A. Broca.

ÉTRANGER

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE DE BERLIN

Séance du 16 *mars* 1891

Pyonéphrose et lithiase rénale.

M. Renvers présente les pièces anatomiques d'une femme de 28 ans succombée le 11 mars à l'hôpital de la Charité.

Depuis l'âge de 10 ans la malade était sujette à une douleur dans le côté droit, douleur qui fut attribuée par le médecin consulté aux règles, et à laquelle la malade s'est habituée à la longue. En 1885, époque vers laquelle elle s'est mariée, les douleurs devinrent plus intenses et en même temps la malade commença à avoir des urines hématuriques. On lui fit des lavages de la vessie et au bout de quelque temps elle a pu reprendre ses occupations ordinaires, souffrant toujours et s'affaiblissant de plus en plus.

A l'examen de la malade on trouva dans la partie supérieure droite de l'abdomen une tumeur peu mobile adhérente au foie. Les urines, de réaction acide, étaient troubles et contenaient une grande quantité de pus. Les mictions étaient très douloureuses et en plus la malade se plaignait de douleurs violentes dans la région lombaire. Diagnostic : pyonéphrose calculeuse du rein droit. L'état cachectique de la malade s'opposant à toute intervention radicale, la malade mourut 15 jours après son entrée à l'hôpital.

A l'autopsie on trouva une pyonéphrose du rein droit qui contenait un calcul ramifié. Le rein gauche était fortement hypertrophié et atteint de dégénérescence amyloïde.

L'histoire de cette malade est encore intéressante à un autre point de vue. Elle présentait sur le côté droit du cou une cicatrice consécutive à une suppuration ganglionnaire datant de l'enfance. A trois reprises on fit des injections de tuberculine, et chaque fois la malade répondit par une réaction générale très intense. Or à l'autopsie on ne trouva nulle part de tubercules ou d'anciens foyers caséifiés. Ce fait paraît donc prouver contre la valeur diagnostique de la lymphe de Koch.

M. James Israël pense que chaque fois qu'on se trouve en face d'une pyonéphrose il faut faire la néphrectomie, si mauvais que soit l'état général du malade. Dans plusieurs cas la néphrectomie, en évacuant un foyer de suppuration profond, a sauvé la vie des malades. La dégénérescence amyloïde de l'autre rein ne constitue pas une contre-indication, puisque nous ne savons pas pendant combien de temps on peut vivre avec des reins amyloïdes.

M. Bartels a observé il y a quelques jours une jeune femme qui, à des intervalles assez réguliers, était prise, au milieu de fièvre, de débacle urinaire. Les urines d'abord purulentes devenaient claires à la fin de la crise. A l'examen de la malade, Bartels trouva dans l'hypochondre gauche, au-dessous des fausses côtes, une tumeur volumineuse, élastique. Le lendemain de la crise, la tumeur ne pouvait plus être retrouvée. Il s'agissait évidemment dans ce cas d'une pyonéphrose intermittente.

Empyème tuberculeux; guérison sans fistule.

M. A. Frænkel. — Un homme de 23 ans qui entre à l'hôpital pour une tuberculose du sommet droit est pris trois semaines après de pleurésie purulente du côté droit. Le pus retiré par une ponction exploratrice contenait des bacilles. On pratique l'ouverture de la plèvre et on institue le drainage d'après la méthode de Bulau ; 4 jours après, la fièvre étant tombée, on soumet le malade aux injections de Koch, et au bout d'un mois la fistule était complètement guérie, les sécrétions taries. Le malade s'est mis à engraisser et actuellement, 2 mois après son entrée, il a augmenté de 28 livres.

La méthode de Bulau a donc fourni dans ce cas un résultat remarquable. Kœnig, qui a dernièrement publié une statistique portant sur 76 cas d'empyème, dit qu'on doit se considérer heureux si l'on obtient la guérison dans l'espace de 8 semaines. Chez le malade en question, la guérison a été complète au bout d'un mois. En plus, on est frappé de voir avec quelle rapidité les sécrétions perdent leur caractère purulent et deviennent séreuses.

En tout cas, l'ouverture de la plèvre doit être faite largement, et au besoin il ne faut pas hésiter de faire une résection costale. Peut-être les empyèmes tuberculeux se comportent-ils envers l'opération de la même façon que les péritonites tuberculeuses.

La méthode de Bulau est contre-indiquée dans les pleurésies à exsudats sanieux, où il faut avant tout évacuer le liquide putride.

M. Leyden pense que la méthode de Bulau est indiquée même dans ces cas.

Réaction de furfurol.

M. Posner. — La réaction de furfurol sert pour décéler la présence du sucre dans les urines et se manifeste par l'apparition d'une coloration rouge par addition au liquide de certains corps tels que le thymol, le naphtol et l'acide sulfurique. L'inconvénient de ce réactif consiste en ce que la coloration rouge apparaît même avec les urines normales. Pour l'évaluation quantitative du sucre, Posner préfère la méthode de Robert.

M. Jastrowitz indique que la réaction de furfurol apparaît non seulement avec le sucre, mais aussi avec les hydrates de carbone.

Traitement de Koch.

M. Lazarus a soigné à l'hôpital israélite 43 tuberculeux (poumon et larynx) par les injections de Koch. Sur ce nombre 5 (11 0/0) sont morts; 16 (37 0/0) ont subi une aggravation, 9 (21 0/0) sont restés stationnaires; 13 (30 0/0) ont été améliorés.

Chez 2 malades on a vu survenir un pneumothorax après la 2e injection, chez un troisième après la première. Un 4e présenta des hémoptysies graves après chaque injection.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE BERLIN

Séance du 18 *mars* 1891.

Traitement de Koch.

M. O. Israel présente au nom de M. Virchow les préparations de sang envoyées par M. Liebmann. Les préparations renferment de nombreux bacilles, groupés en amas, mais on n'y trouve pas un seul globule rouge, de sorte qu'il est difficile d'affirmer qu'il s'agit de préparations de sang.

Dans une lettre qui accompagne cet envoi, M. Liebmann affirme, en réponse à M. Kossel, qu'il n'a pas employé des lamelles anciennes et que par conséquent, il maintient son affirmation sur la présence des bacilles dans le sang des tuberculeux traités par les injections de Koch.

Traitement de Liebreich.

M. Guttmann a traité 7 malades par les injections de cantharidate de potasse. Un malade a été pris d'anurie et de ténesme vésical, deux autres d'albuminurie avec excrétion de cylindres hyalins. Les urines sont redevenues normales au bout de 2 jours. L'amélioration subjective a été notée une fois; effet curatif nul dans tous les 7 cas.

M. Lublinski, qui a déjà traité 22 malades par la méthode de Liebreich, n'a pas observé des phénomènes aussi graves que ceux des cas de M. Guttmann. Plusieurs fois seulement il a noté de la strangurie, une fois de l'hématurie. Sur ses 22 malades il compte 2 guérisons complètes (ulcérations du larynx).

M. B. Frænkel a vu plusieurs fois du ténesme vésical et une légère albuminurie, mais pas de néphrite vraie.

Syphilis de l'épididyme.

M. Rosenthal présente un malade porteur d'une gomme syphilitique de l'épididyme; les testicules sont intacts.

Pas de blennorrhagie. Syphilis il y a un an, traitée par les injections de salicylate de mercure, les frictions mercurielles et l'iodure de potassium. Actuellement, à côté de la gomme

de l'épididyme gauche, le malade présente une syphilide serpigineuse de la peau, et des plaques muqueuses dans la bouche et la gorge.

La syphilis de l'épididyme est très rare. Dans la littérature médicale il n'existe qu'un seul cas semblable, celui de Lang.

Tubage du larynx.

M. Rosenberg ne partage pas le pessimisme de M. Schwalbe (Voy. *Mercr. méd.*, n° 12, p. 144). Les difficultés techniques ne sont pas insurmontables et avec un peu d'habitude, surtout quand on se sert des tubes courbes de O'Dwyer, l'opération s'exécute rapidement.

L'alimentation des enfants exige des précautions. On peut avoir recours, au besoin, aux lavements nutritifs; en plus, les malades arrivent à avaler convenablement quand on les met la tête en bas.

Les statistiques publiées par Ranke montrent que la mortalité n'est pas plus grande avec le tubage qu'avec la trachéotomie. Pendant la première année de la vie, la première donne 20 0/0 et la seconde seulement 6,6 0/0 de guérisons.

Le tubage donne des résultats curatifs dans toute une série d'affections, telles que la compression par le goître, les rétrécissements cicatriciels, etc.

SOCIÉTÉ PATHOLOGIQUE DE LONDRES

Séance du 24 mars 1891

Hernie étranglée gangrenée.

M. C. B. Lockwood a saisi la Société de la conduite à tenir dans les cas de hernie étranglée avec gangrène de l'intestin. Il a étudié, outre 2 faits personnels, 35 opérations pratiquées à l'hôpital de Saint-Barthélemy. Toutes ces opérations ont été faites à l'ancienne mode, en établissant simplement un anus contre nature. Or les deux malades de M. Lockwood sont morts; des 35 autres, 4 seulement ont guéri, dont 3 complètement et 1 avec fistule, et encore a-t-il fallu chez ces sujets des opérations multiples. Ainsi, la mortalité est de 88 0/0, et qui s'en étonnerait, puisque le patient, s'il échappe aux dangers d'épanchement stercoral dans le ventre, de péritonite partie du sac, reste encore exposé à la mort par inanition? Dès lors, l'entérectomie avec entérorrhaphie circulaire primitive n'est-elle pas l'opération la plus rationnelle ?

Dans la discussion, certains auteurs l'ont admis. **M. Mayo Robson** a relaté deux beaux succès qu'il a dus à cette pratique, tous deux pour des hernies crurales chez des femmes.

M. Arbuthnot Lane de même, et lui aussi a obtenu deux beaux résultats. Mais d'autres orateurs ont été moins enthousiastes. **M. Bryant** a fait remarquer que lorsqu'on opère ces sujets, la plupart sont déjà moribonds : ils ne meurent pas d'extravasation stercorale dans le péritoine ni de péritonite suppurée, mais bien de collapsus. Évidemment, si l'état général est encore bon, l'entérectomie est indiquée, mais ces cas seront malheureusement rares. C'est donc, insiste **M. Bennett**, un traitement idéal, rarement praticable, et **M. Hulke**, lui aussi, pense que chez ces malades on doit manipuler le moins possible l'intestin.

Au reste, ajoute **M. Trèves**, avons-nous bien sous les yeux toutes les pièces du procès? La question n'a guère avancé depuis qu'en 1885, M. Mitchell Banks l'a déjà posée devant notre Société. La statistique de 90 0/0 de mortalité pour la méthode ancienne est une statistique intégrale ; celle de 50 0/0 que les tableaux de Mac-Cosch attribuent à l'entérectomie est une statistique choisie. Et dans ces opérations, on voit que l'opération dure 1 heure et demie, 2 heures, dans un bain de pus infect. Et au total, M. Trèves conclut plutôt en faveur de l'anus contre nature.

REVUE DES CONGRÈS

CINQUIÈME CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

Résection du genou.

M. J. Bœckel a terminé sa communication par les conclusions suivantes :

La résection du genou peut être pratiquée à tous les âges. Chez les enfants, elle constitue une excellente opération tant au point de vue des résultats immédiats que des résultats éloignés. Il faut toutefois la faire très parcimonieuse, si tant est que l'état des os le permette.

Elle réussit également chez les sujets âgés, ayant dépassé 70 à 80 ans.

Les indications doivent être notablement élargies. Il est permis aujourd'hui de la pratiquer de bonne heure. La temporisation dépassant certaines limites ne peut que compromettre l'opération, l'opérateur et l'opéré. Elle est préférable à l'arthrectomie, même chez les enfants sous les réserves indiquées plus haut. Les simplifications que j'ai apportées au manuel opératoire résident dans la suppression de la suture osseuse, de l'hémostase, du drainage. Grâce à ces modifications, le manuel opératoire et le traitement post-opératoire sont réduits à leur plus simple expression. Elles permettent d'obtenir facilement, rapidement, presque à coup sûr la guérison de la plupart des opérés. Elles permettent de réaliser cet idéal de la chirurgie qui consiste à guérir les malades sous un seul pansement opératoire.

Soixante et une résections pratiquées de la sorte ont fourni : 1° 50 guérisons définitives, sans fistules ; 2° 6 guérisons avec fistules pendant 6 à 8 semaines après la levée du pansement ; 3° une amputation consécutive trois mois après la résection ; 4° une pseudarthrose chez une femme réséquée pour la seconde fois ; 5° enfin 3 morts (influenza, apoplexie, phthisie). Pas un seul cas imputable à l'opération.

En ajoutant à ces opérations celles de mes séries antérieures et 29 cas opérés par M. E. Bœckel, je compte 140 opérations avec 131 guérisons et 9 morts (6.4 0/0). De mes 85 opérés personnels, 15 ont été perdus de vue ; 8 sont morts depuis ; 5 ont guéri avec pseudarthrose ; 6 ont été amputés ; 51 ont un membre utile et se portent à merveille. La survie est de 8 à 12 ans (10 cas), de 3 à 6 ans (20 cas) ; les 21 restants datent de ces deux dernières années.

Angiome suppuré de l'orbite.

M. Panas. — Les angiomes orbitaires sont rares : c'est à peine si, sous différents noms, on en trouve une soixantaine d'observations. Un de leurs caractères communs est leur nature veineuse, et de là, sauf rares exceptions, l'absence de pulsation et de souffles. Un autre caractère est la présence fréquente, sinon constante, d'une expansion érectile veineuse de la paupière vers le grand angle de l'œil : c'est un caractère important dans le diagnostic des tumeurs de l'orbite. On constate un peu d'exorbitis, variable d'un jour à l'autre, mais sans jamais disparaître. La tumeur n'est réductible qu'au début, mais cela cesse parce que le tissu graisseux de l'orbite s'hypertrophie et qu'il se fait des thromboses vasculaires. La tumeur date souvent de la naissance ; on ne connaît que deux cas de guérison spontanée, dus à Abernethy, à Berlin.

Anatomiquement le point capital est le siège de 80 0/0 des cas juste autour du nerf optique, et cela nous explique la diminution plus ou moins rapide de l'acuité visuelle, par atrophie du nerf optique; de plus, il y a compression des nerfs ciliaires, et de l'artère centrale de la rétine. On conçoit donc que la cornée puisse souffrir et suppurer. Mais évidemment tout cela ne se fait qu'à la longue, et surtout quand l'angiome subit une transformation scléreuse.

La structure est celle des angiomes caverneux. Les cloisons sont avant tout conjonctives. Mais dans mon cas comme dans celui de Horner, il y avait des amas de pigment hématique. Ce système trabéculaire est dépourvu en totalité ou en partie de revêtement endothélial. Jadko-Narkiewicz parle d'un épithélium stratifié, ce qui mérite confirmation. Fœrster a décrit un cas douteux de lymphangiome, qui semble bien être un angiome.

Le point le plus intéressant de mon observation personnelle, unique à ce point de vue, est l'existence d'un abcès par auto-infection typhique dans un angiome encapsulé, entourant le nerf optique sain. En 1885, cette fille, alors âgée de 2 ans, commença à présenter une veinosité bleuâtre; Gillet de Grandmont diagnostiqua un angiome et le traita par les injections d'eau de Pagliari, puis par l'électrolyse. L'amélioration fut grande, mais en 1888 la tumeur recommença à croître et l'exorbitis s'accentua jusqu'en octobre 1890, la vision restant bonne. A ce moment, la fillette contracta la fièvre typhoïde et à la troisième semaine fut prise d'une forte exophthalmie avec kératite et perte de la vision par ulcère cornéen. L'énucléation fut pratiquée le 12 décembre dernier, l'état général étant alors bien remonté, et derrière le globe fut trouvée la tumeur dure, entourant le nerf optique, vite libérée d'un coup de ciseaux. Dans cet angiome, caverneux et sclérosé, il y avait un abcès central *dans le pus duquel l'examen bactériologique révéla le bacille d'Eberth*. Le tronc du nerf optique, bien qu'englobé, n'a subi aucune altération atrophique. Il est bien probable que dans les thromboses de cette tumeur, les microbes ont trouvé un terrain favorable pour leur culture. Dans les organes très vasculaires, d'ailleurs, la choroïde par exemple, un infarctus amène facilement la suppuration par les microbes pyogènes divers. Ainsi M. Panas a vu des choroïdites suppurées consécutives à l'influenza, à la pneumonie, etc. Pour le rôle pyogène du bacille d'Eberth, Colzi a fait des expériences sur 14 lapins auxquels, après inoculation, il fracture le fémur, et le foyer osseux suppure. En terminant, même, M. Panas se demande s'il n'y aurait pas là une théorie pour expliquer l'ophthalmie sympathique. L'œil sympathisant provoquerait une congestion réflexe de l'autre œil et cette vaso-dilatation servirait de point d'appel à des microbes véhiculés par le sang.

Rhinoplastie partielle.

M. Tripier (Lyon). — Une femme de 27 ans avait eu l'extrémité du nez coupée par une morsure de son mari ivre; elle fut soignée d'abord par D. Mollière par de simples pansements. On parla alors d'autoplastie, mais sans se décider. La malade entra au bout de quelque temps dans le service de M. Tripier. La difformité était considérable : absence du lobule des ailes du nez, avec conservation de la sous-cloison. M. Tripier, utilisant, à la manière de Denonvilliers, le tissu de cicatrice, fit une opération en trois temps. Dans un premier temps il détacha toute la partie inférieure, ailes et partie saillante destinée à représenter le lobule de nouvelle formation par une incision en V dont la pointe située en haut correspond à la partie dorsale, tandis que les branches gagnent les sillons naso-lobaires, la droite descendant plus bas en raison de la moindre hauteur de l'aile correspondante. Cette partie est ensuite mobilisée par une dissection comprenant dans l'épaisseur du lambeau le périchondre destiné à lui donner plus de résistance, puis abaissée de façon à faire saillir le nouveau lobule. Le second temps a pour but la réparation de la perte de substance due à cet abaissement : deux lambeaux en parallélogramme à pédicule supérieur furent taillés sur les parties latérales. Dans un troisième temps, ces deux lambeaux furent suturés l'un à l'autre sur la ligne médiane. L'angle rentrant formé par le bord inférieur de ces deux lambeaux reçut l'angle saillant du lambeau lobulaire. Les ailes furent ensuite accrochées à l'extrémité inférieure de ces lambeaux et il ne restait plus que deux petites pertes de substance en rapport avec le déjettement en dedans des lambeaux et situés dans chaque sillon naso-lobaire. Ces plaies furent abandonnées à une cicatrisation par seconde intention.

Deux interventions secondaires eurent pour but, l'une de diminuer un peu la longueur de l'aile gauche, l'autre de diminuer la saillie de la sous-cloison. La réunion immédiate a été obtenue; les cicatrices sont en grande partie dissimulées dans les sillons normaux de la face. La malade est opérée depuis plusieurs mois et la rétraction cicatricielle n'a pas compromis le résultat.

En terminant, M. Tripier insiste sur la nécessité dans les cas de ce genre d'employer un procédé particulier dans chaque cas.

Occlusion intestinale par calcul biliaire.

M. J. Thiriar (Bruxelles). — Une dame de 51 ans, hystéro-épileptique, atteinte d'un petit fibrome utérin, était sujette depuis un an à de la constipation, peu rebelle d'ailleurs, lorsque le 28 août elle commença à être prise d'une occlusion intestinale dont les purgatifs ne purent triompher. Pendant 9 jours on tenta le traitement médical le plus varié et enfin M. Thiriar fut appelé; il proposa la laparotomie, mais on la lui refusa. Il ne put intervenir que 3 jours après, l'état étant presque désespéré, l'occlusion étant arrivée à sa dernière période. A l'incision de l'abdomen, il s'écoula une assez grande quantité de sérosité sanguinolente. Les intestins étaient congestionnés et distendus. Vers la fosse iliaque gauche, où M. Thiriar avait cliniquement constaté quelque sensibilité à la pression, la main sentit une tumeur très dure, faisant corps avec une anse intestinale qui fut attirée. La cause de l'occlusion était un calcul gros comme un petit œuf, sur lequel l'intestin était étroitement contracté. Cette anse fut bien isolée sur des éponges aseptiques, comprimée au-dessus et au-dessous entre les doigts d'un aide, incisée sur 6 centim. de long, puis suturée après extraction du calcul : suture à deux étages, un plan sur la muqueuse, un plan de Czerny-Lembert, tous deux au catgut chromique. Suture en étages de la paroi abdominale. Dès la nuit suivante, les selles reprirent leur cours, et la guérison fut rapide. Le calcul extrait est formé de cholestérine et de pigment biliaire entourés de sels calcaires.

C'est là une cause rare d'occlusion; et les interventions chirurgicales dans ces cas sont plus rares encore. Ce calcul volumineux est certainement parti du foie; en est-t-il sorti suffisamment petit pour qu'on puisse comprendre comment dans les antécédents on n'avait jamais noté ni colique, ni ictère? Une fois dans l'intestin, la concrétion se serait entourée de matières fécales et de sels calcaires et elle aurait pu acquérir un volume suffisant pour causer l'occlusion. Cette hypothèse est peu vraisemblable. Il est bien plus probable que le calcul est venu de la vésicule adhérente à une anse intestinale, puis ulcérée et perforée au niveau de cette adhérence. Mais il faut remarquer que depuis de longues années il y avait des accidents attribués à l'hystérie, au fibrome abdominal. La vésicule biliaire n'y était-elle pour rien?

Ce n'était pas par son volume seulement que le calcul avait provoqué l'occlusion. Il y avait autour de lui une contracture intense de la couche musculeuse, intimement appliquée sur le corps étranger, si bien que pendant quelques instants, après son incision intestinale, M. Thiriar s'est demandé s'il n'y avait pas un rétrécissement et s'il devait suturer sans crainte l'intestin.

Etranglement interne. Laparotomie. Guérison.

M. Monprofit (d'Angers) rapporte l'observation suivante : Un jeune homme de vingt ans fut pris au mois d'août 1890 de phénomènes de péritonite aiguë. Ces phénomènes, après avoir persisté pendant environ dix jours, s'amendèrent peu à peu, et le malade revint à la santé en apparence la meilleure. Au bout de deux mois débutèrent des accidents d'étranglement interne, caractérisés par des vomissements et une constipation opiniâtre. Le Dr Enon (d'Argenton-l'Eglise), médecin habituel du malade, pensa à une occlusion intestinale causée par la présence d'une bride, et m'appela à donner mon avis au point de vue chirurgical. Je pensai que la laparotomie était la seule ressource à employer et l'opération fut pratiquée séance tenante. Dans une chambre de ferme, avec toutes les précautions antiseptiques, mais aussi avec l'absence la plus complète de luxe et d'aides, je trouvai une bride fibreuse insérée à la convexité d'une anse élevée de l'intestin grêle, et la coudant si fortement que le bout situé au-dessus était très distendu par les matières, tandis que l'inférieur était affaissé et revenu sur lui-même. Je sectionnai cette bride, après l'avoir liée, et refermai le ventre. Le malade eut une selle abondante peu de temps après l'intervention et était complètement guéri au bout de huit jours. Je ferai remarquer que le cas était vierge de tout traitement médical, et que le patient n'avait été fatigué ni par une longue expectation, ni par des moyens dangereux tels que les purgatifs ou l'électrisation.

Calcanéotomie pour rupture du tendon d'Achille.

M. Poncet (Lyon) décrit une opération qu'il appelle « *mobilisation de l'extrémité postérieure du calcanéum, calcanéotomie verticale avec glissement* », et qui est destinée à

remédier aux sections anciennes du tendon d'Achille, avec écartement considérable des extrémités tendineuses. L'opération a été pratiquée sur un homme qui, 40 jours auparavant, s'était coupé le tendon d'Achille avec une bêche. L'écartement était tel qu'il était impossible d'amener les deux bouts au contact. L'extrémité talonnière du calcanéum fut donc sciée d'un trait vertical et transversal, en sorte qu'elle put, glissant sur le corps de l'os, être élevée de façon à permettre la suture des deux bouts tendineux. L'insertion osseuse déplacée fut fixée en sa nouvelle position par un petit clou d'ivoire. Le résultat fut excellent. M. Poncet propose de mobiliser de même la tubérosité antérieure du tibia pour les ruptures anciennes du tendon rotulien; de même aussi l'olécrâne pour celles du triceps brachial.

Variétés anatomiques et cure radicale de la hernie inguinale.

M. Broca (Paris) fait une communication basée sur 26 opérations concernant 24 sujets, dont une seule femme, cette dernière étant atteinte de hernie bilatérale. Les 24 sujets ont guéri. Les hernies dont ils étaient porteurs se décomposent de la manière suivante :

1° Quatre hernies étranglées, dont trois ont eu l'étranglement aigu de la hernie congénitale; une hernie directe à étranglement insidieux;

2° Une hydro-épiplocèle enflammée;

3° Deux épiploïtes gangréneuses;

4° Dix-neuf hernies réductibles ou chroniquement adhérentes, chez 17 sujets. Parmi les hernies adhérentes, il en est deux où il s'agissait d'adhérences charnues naturelles par glissement du mésocolon ascendant ou descendant : les deux fois, après réduction de la partie libre de l'intestin, la partie adhérente a pu être réduite par un mouvement de bascule de bas en haut et d'arrière en avant.

Quatre fois il y avait adhérences de l'épiploon dans une dilatation pro-péritonéale du sac.

Quatre de ces hernies étaient directes, c'est-à-dire que l'artère épigastrique longeait le côté externe de leur collet. Cela confirme l'opinion, déjà émise ailleurs par M. Broca, qu'on a exagéré la rareté de la hernie directe.

Dans toutes ses opérations, sauf deux, la recherche du sac, même petit et vide, et sa dissection ont été très faciles. D'autre part, M. Broca pense que presque toutes les hernies obliques externes sont congénitales. On dit volontiers, cependant, que dans la hernie congénitale, la dissection du sac est difficile, doit même quelquefois être laissée inachevée. Cette opinion est, en règle générale, inexacte, à condition toutefois qu'on connaisse exactement les enveloppes qui entourent le sac séreux, enveloppes qui, quoi qu'on en ait dit, se reconnaissent sur le vivant aussi bien que sur le cadavre, que la hernie soit ou non étranglée. Ces enveloppes sont — abstraction faite des hernies dites para-inguinales :

1° *Pour la hernie directe* : peau et dartos, crémaster, fascia transversalis refoulé. Il est extrêmement facile de décoller le sac séreux de celui du fascia transversalis.

2° *Pour la hernie congénitale*, au-dessous du crémaster, la gaine profonde du cordon, qu'il faut inciser franchement pour y chercher les petits sacs, au milieu des éléments du cordon. Si la hernie est funiculaire, le fond du sac, libre, sert d'amorce à la dissection, facile même quand il y a une dilatation pro-péritonéale. Si la hernie est testiculaire, c'est sur un des bords de l'incision du sac et de la fibreuse commune qu'on isolera d'abord les deux feuillets, en les prenant entre les ongles des deux mains. De la sorte M. Broca a toujours achevé la dissection jusque dans le ventre, et deux fois seulement le temps de l'opération a demandé plus de 4 à 5 minutes.

Chirurgie rachidienne.

M. Verneuil. — On a dit *rara non sunt artis*. Il faut cependant les publier, car peu à peu on constitue leur histoire. J'ai observé une jeune fille ayant depuis un an une fistule avec suppuration abondante. Cela avait débuté par une douleur qui avait duré 4 mois; puis était venue une tumeur qui un beau jour s'ouvrit. Du pus s'écoula; soulagement immédiat et la jeune fille reprit sa vie habituelle. Mais elle était fort incommodée par cet écoulement continuel. Je trouvai une fistule située un peu à droite et conduisant sur un point carié du sacrum, probablement vers la 3e sacrée. Il y avait très probablement un séquestre. Je débridai au thermocautère et je trouvai que la dénudation portait sur le 3e trou sacré. Je ruginai les bords de cet os. Pansement très simple. Le lendemain, toutes les pièces du pansement avaient été traversées, et cela continua les jours suivants. J'appris alors que déjà à diverses reprises il y avait eu de ces inondations séro-purulentes. Au 4e jour, je trouvai mon opérée dans un coma presque complet; apyrexie; pas de vomisssement; mais je constatai aussi une dyspnée extrême. On me dit que déjà 4 ou 5 fois il y avait eu des accidents semblables. Tout cela me fit penser à un écoulement du liquide céphalo-rachidien, écoulement qui peut être très bien toléré, comme le prouvent les trépanations, mais qui, trop prolongé et trop abondant, peut devenir grave. Les pièces du pansement imbibées furent remises à M. Villejean : c'était bien du liquide céphalo-rachidien. Les accidents se sont vite amendés et la jeune fille partit, conservant une fistule : comme elle habite le fin fond du Mexique, je n'ai pas de ses nouvelles exactes. C'est un cas rare, que je signale sans en tirer aucune espèce de conclusion thérapeutique.

M. Bazy. — J'ai opéré le 9 novembre 1886, c'est-à-dire 7 mois avant la première opération de M. Horsley, une dame de 45 ans atteinte d'un kyste hydatique comprimant la queue de cheval. Je n'ai pas communiqué plus tôt cette observation, la première en date, parce que je voulais étudier surtout la possibilité d'une régénération nerveuse. Or mon opérée mourut en 3 semaines d'une néphrite suppurée par cathétérisme.

Je vous communique encore l'histoire d'une femme de 29 ans, hystérique et syphilitique, atteinte de paraplégie avec contracture, anesthésie et incontinence d'urine. Etait-ce de l'hystérie ou de la compression de la moelle? Les hommes les plus compétents restèrent indécis. Je conclus donc à une incision exploratrice, que je fis le 2 octobre 1888 et qui resta négative. Réunion immédiate totale. Aucune influence sur la paraplégie.

J'admets donc la trépanation exploratrice du rachis. Je ne crois pas utile une instrumentation spéciale : les ostéotomes ordinaires suffisent. Après l'opération il faut faire une réunion parfaite sans drainage pour éviter l'écoulement du liquide céphalo-rachidien.

Epilepsie jacksonienne.

M. Boyce fait une communication au nom de **M. Horsley** (Londres), empêché d'assister au Congrès. Opératoirement il insiste sur la largeur du lambeau cutané et de l'ouverture osseuse, faite avec la scie circulaire; on fait sauter le fragment avec une pince.

Les observations qu'il résume sont relatives : 1° à l'épilepsie focale; 2° aux tumeurs. Ces observations sont celles que Horsley a communiquées au Congrès de Berlin (Voy. *Mercredi*, 1890, n° 34 p. 414). Depuis, M. Horsley a deux nouveaux faits d'épilepsie focale.

M. Broca. — Il y a trois ordres principaux d'indications à la trépanation du crâne, la trépanation pour accidents traumatiques :

1° On se guide sur une lésion extérieure;

2° On va à la recherche d'une lésion cérébrale, de nature connue ou inconnue, dont le siège peut être diagnostiqué en rapprochant les symptômes qu'elle provoque de ce que nous savons sur les localisations cérébrales;

3° On opère sans être ainsi conduit par la doctrine des localisations, mais on a pu diagnostiquer la nature de la lésion et dès lors, d'après nos connaissances anatomo-pathologiques, on sait quel est son siège usuel, on sait aussi par quelle voie il convient le mieux de l'aborder.

Les lésions extérieures qui peuvent nous servir de guide sont à peu près toutes d'ordre traumatique. Le type des interventions de la deuxième catégorie nous est fourni par les trépanations pour tumeurs, ce mot étant pris dans son sens clinique : il est impossible de s'attaquer à un néoplasme, pas plus qu'à un kyste, si ce néoplasme ne cause pas des symptômes de localisation, dont l'épilepsie jacksonienne est le plus vulgaire. Le type, enfin, de la 3e espèce, nous est donné par les abcès cérébraux de l'otite moyenne : ces abcès

ne causent presque jamais de signes de localisation, mais ils provoquent des symptômes rationnels qui font diagnostiquer leur existence, et d'autre part l'anatomie pathologique nous apprend quel est leur siège usuel. Mais les abcès ne sont pas seuls représentants de ce type, dans lequel il faut encore ranger les trépanations pour hydrocéphalie.

J'ai eu à intervenir dans ces trois conditions et je vais rapporter ces observations.

L'une d'elles sera d'ailleurs seulement indiquée, car je l'ai déjà publiée dans la *Revue de Chirurgie* (janvier 1890, p. 38) : c'est une trépanation pour hydrocéphalie, où je ne cherchais qu'un résultat palliatif, lequel a été obtenu (voyez *Mercredi*, n° 8, p. 94).

Dans ce cas il y avait un signe de localisation : une contracture athétosique du membre supérieur. Je n'ai toutefois pas songé à mettre à nu le centre cortical du membre supérieur. C'est que, d'après l'histoire de la maladie, j'avais diagnostiqué une hydrocéphalie intra-ventriculaire, et dès lors j'ai pensé que la première indication chirurgicale était de vider ces ventricules. Je ne me suis laissé guider par la physiologie que pour choisir le ventricule droit et c'est lui que j'ai drainé.

A ce point de vue, j'opposerai cette observation à la suivante où, trépanant sur le centre du membre supérieur gauche, j'ai évacué un kyste cérébral et grandement amélioré une épilepsie jacksonienne. Dans ce cas, en effet, M. le prof. Charcot avait diagnostiqué une monoplégie brachiale spasmodique infantile. La lésion ancienne, contre laquelle la chirurgie devait se déclarer impuissante, était sans doute une sclérose cérébrale; mais depuis 4 ans s'étaient ajoutées des crises d'épilepsie jacksonienne. Si bien que le prof. Charcot soupçonnait un kyste et il envoya le malade à M. Terrier pour qu'on tentât l'évacuation de ce kyste. M. Terrier voulut bien me confier ce malade, qu'avec son assistance je trépanai sur le centre du pouce gauche. Il y avait en effet un kyste qui fut drainé. A la suite de cette opération le sujet, dont M. le Dr Monprofit (d'Angers) a bien voulu m'envoyer des nouvelles toutes récentes, a été considérablement amélioré : il n'a plus que de petites crises nocturnes, sans grandes convulsions, son bras prend de la force, sa vue devient meilleure et surtout son caractère est beaucoup moins irascible.

Je relaterai enfin l'histoire d'un homme auquel j'ai pratiqué une trépanation secondaire pour lésion traumatique. Cet homme avait été atteint en novembre 1889 d'une fracture compliquée, suppurée, pour laquelle, en décembre, M. Terrier avait fait une trépanation et avait évacué une petite collection purulente sous l'arachnoïde. Le résultat fut bon, mais non point parfait, car le malade revint quelques mois après à l'hôpital, présentant de l'épilepsie jacksonienne atteignant la mâchoire inférieure et le membre supérieur gauche. De plus, il persistait une fistulette crânienne. Fallait-il mettre à nu le cerveau et chercher une lésion corticale ? Je pensai que mieux valait enlever d'abord simplement la partie osseuse infectée qui irritait constamment la dure-mère. De la sorte je taris complètement la suppuration. Depuis ce jour, les crises sont bien moins fréquentes et bien moins graves : il est exceptionnel que le bras participe aux secousses. Cela étant, et comme le sujet a pu reprendre son métier de déménageur, je ne crois pas indiqué d'explorer la substance cérébrale.

M. Jeannel (Toulouse) communique l'observation d'un boulanger de 32 ans qui ne présentait comme antécédents qu'un coup de couteau au-dessus de l'oreille gauche à 15 ans et la syphilis à 20 ans. En 1890, il fut pris brusquement d'une attaque d'épilepsie qui dura 15 minutes et laissa une parésie du membre supérieur droit. Deux mois après, attaque semblable, et l'avant-bras resta animé de mouvements convulsifs. Les crises se rapprochèrent, les convulsions secouèrent la face, le bras, puis le membre inférieur; la langue n'y participait pas. Enfin survint de l'aphasie. Après 15 jours de traitement ioduré infructueux, M. Jeannel se décida à opérer. Il avait constaté que les secousses convulsives atteignaient surtout la face et le membre supérieur, ne se généralisaient pas toujours; l'aphasie était incomplète; céphalalgie, intelligence affaiblie, réflexes normaux. Y avait-il une tumeur sur le centre du membre supérieur ? La trépanation mit à nu une dure-mère bombant, sous laquelle fut trouvée et enlevée une masse pulpeuse grosse comme une amande. Les suites opératoires furent bonnes, quoiqu'il y ait eu un peu de pus autour du drain. Mais le résultat thérapeutique n'a été que palliatif. La parole est à peu près revenue, les mouvements du membre supérieur sont à peu près corrects, mais il y a environ 2 fois par semaine des crises épileptiformes.

Kyste cérébral infantile.

M. Reynier. — J'ai trépané à deux reprises un enfant de 10 ans 1/2 dans l'observation duquel j'ai été aidé par les notes qu'a bien voulu me remettre M. le Dr Blocq. Cet enfant a commencé à l'âge de 3 ans à avoir quelques accidents cérébraux légers. C'est en 1888 qu'il présenta des symptômes plus nets; il fit des chutes, eut des céphalalgies. Puis en avril 1889 débuta la première crise convulsive, caractérisée par des spasmes tirant la bouche à droite. Ces petites crises, revenant plusieurs fois par jour, en restèrent là jusqu'en août. Alors furent nets des symptômes sensitifs, des picotements autour de la bouche, dans la langue, avec pâleur de la région; après cette aura venaient des accidents moteurs : bouche et langue déviées à droite, morsure, rotation conjuguée de la tête et des yeux. Puis convulsions du côté droit, bientôt généralisées, mais restant prédominantes à droite. La perte de connaissance est rare; alors, après la crise, le côté droit reste engourdi, et il y a de la paralysie nette sur le membre supérieur droit, moindre sur le membre inférieur correspondant. Les petites crises sont quotidiennes; les grandes, avec perte de connaissance, surviennent deux fois par semaine. C'est dans ces conditions que je fus consulté en août 1889, et je conseillai d'abord le traitement bromuré. En novembre, le résultat était nul. L'enfant fut examiné par M. Blocq, puis par le professeur Charcot, qui posèrent le diagnostic : Epilepsie partielle sensitivo-motrice symptomatique d'une lésion probablement néoplasique siégeant à la région inférieure et moyenne des circonvolutions marginales de la scissure de Rolando. Néanmoins M. Charcot conseilla de continuer le bromure pendant quelques mois encore; enfin le 18 août 1890, l'état n'étant nullement amélioré, je fis la trépanation. La détermination de topographie crânio-cérébrale fut faite par le procédé de Poirrier. Dans la partie inférieure de l'ouverture du crâne et de la dure-mère la tumeur fut trouvée : c'était un kyste qui, en partie isolable, s'enfonçait en un point dans la substance grise, sur le bord antérieur de la frontale ascendante, entre la 2e et la 3e frontales. Une partie de cette poche fut donc laissée. Suture et drainage. Les crises reparurent, malheureusement, au bout de 16 jours, et recommencèrent comme auparavant, si bien que le 16 décembre j'opérai de nouveau, décidé cette fois à opérer jusqu'au bout, et avertissant dès lors la famille que ce serait peut-être grave. Je trouvai que le kyste s'était reformé, je le mis entièrement à nu et à la curette j'enlevai entièrement sa paroi. Au bout de 48 heures, je retirai le drain. Dès le lendemain de l'opération il y eut des crises; le 5e jour, perte de connaissance, crise intense, aphasie. Néanmoins au 8e jour la mère nous quittait avec son enfant, et en date du 18 février 1891, elle m'écrivit que depuis deux mois il n'y avait plus eu de crises.

M. Landouzy a bien voulu examiner la tumeur : c'est un gliome kystique.

M. Doyen (Reims). — Un jeune homme de 16 ans présente successivement depuis l'âge de 7 ans de l'affaiblissement des facultés intellectuelles, des crises épileptiques et de l'hémiplégie gauche. La vision était abolie du côté droit, une voussure crânienne diffuse occupe la région de l'écaille du temporal du même côté. Le traitement antisyphilitique longtemps prolongé était resté sans résultat, M. Doyen diagnostiqua une tumeur bénigne, probablement kystique. Il trépana, ouvrit un kyste intra-cérébral contenant plus de 1/3 de litre de liquide albumineux. En deux mois la guérison fut obtenue, et elle ne s'est pas démentie depuis deux ans.

Epilepsie essentielle.

M. Girard (Grenoble) communique un cas d'épilepsie essentielle traitée et guérie par la trépanation. La malade s'était, dans son délire comitial, tiré un coup de revolver dans la tempe. Je lui agrandis cette plaie, je cherchai la balle, et de tout cela résulta la guérison. C'est une femme de 29 ans, dont un frère est épileptique : elle a eu 6 enfants, tous épileptiques, dont 5 sont morts, dans des crises convul-

sives remarquablement longues. Elle a, outre les grandes attaques, à aura stomacal, des vertiges, des absences; puis elle eut des idées de suicide et finit par mettre, comme je l'ai dit, ce projet à exécution. Je trouvai la malade dans le coma, aphasique, avec paralysie à gauche de la face et du bras. Depuis l'accident, il y a eu plusieurs attaques convulsives. Le trou d'entrée est petit, il s'en écoule rhythmiquement du liquide céphalo-rachidien. La malade est immédiatement apportée à l'hôpital et trépanée sur la scissure de Rolando un peu en arrière et au-dessus de l'orifice d'entrée. Je retirai le projectile et des esquilles. Réunion sans drainage. Suites très bénignes : la température ne dépassa pas 37 degrés; réunion immédiate totale.

Le jour même de l'opération le coma cessa. Puis le caractère se modifia immédiatement, la tristesse, les idées de suicide cessèrent. Depuis 5 mois, les grandes crises ont absolument cessé. Il persiste, mais rarement, des vertiges; une seule absence, un seul accès de manie propulsive, l'aura stomacale a absolument disparu : or tout cela était très fréquent. La pression sur la cicatrice est un peu douloureuse et provoque des vertiges. Les règles se sont régularisées, reviennent tous les mois et durent 4 jours, tandis qu'auparavant elles revenaient tous les 20 jours et pour 8 jours.

Comment expliquer cette guérison que j'espère définitive? Est-ce par la décompression cérébrale? Est-ce par une destruction accidentelle d'une zone épileptogène siégeant par hasard au point trépané? Je me garderai d'insister sur ces hypothèses.

Je vous donnerai l'an prochain des nouvelles de cette malade, car les suites définitives sont le point le plus intéressant de cette observation.

Hémorrhagie méningée traumatique.

M. Duret. — Il y a un type connu d'épanchements sanguins intra-crâniens, celui qui a été bien étudié par G. Marchant dans sa thèse. Dans ces cas il y a association du stertor à l'hémiplégie, en même temps que la région temporo-mastoïdienne est empâtée, douloureuse, ecchymotique. Ces phénomènes sont importants, mais il faut reconnaître qu'ils n'ont pas une valeur absolue, car une contusion, par exemple, peut fort bien provoquer l'hémiplégie sans que l'épanchement sanguin y joue le rôle principal. De plus, il y a de ces épanchements qui se font sans fissure crânienne, et dès lors sans ecchymose temporo-mastoïdienne. Il importe aussi de tenir compte de la réaction congestive et inflammatoire qui survient rapidement les jours suivants. Les faits bien complets sont cependant probants. Mais il en est d'autres incomplets, où le diagnostic probable peut cependant être établi, et en particulier j'ai observé un cas où le symptôme était l'aphasie. Certes, une contusion de la 3e frontale peut causer ce symptôme, mais dans mon cas l'aphasie a été consécutive, n'est survenue qu'au bout de plusieurs jours. Je n'ai pas cru devoir admettre une simple réaction congestive, ni de l'hystéro-traumatisme et j'ai trépané : j'ai en effet trouvé un épanchement que j'ai évacué.

C'était le 17 juin que mon blessé, boucher, avait fait une chute de cabriolet. Après 10 minutes de perte de connaissance, il put se relever et rentrer chez lui soutenu, mais à pied ; puis il put reprendre partiellement son travail, quoique un peu alourdi. C'est le 1er juillet que l'homme s'alite et qu'il perd la parole; on lui applique des sangsues, puis le 5 juillet je fus appelé. Il n'y avait que de la paresse de l'intelligence et non du coma, mais l'aphasie était absolue, et l'examen attentif démontre que c'est une aphasie motrice pure sans cécité ni surdité verbale et sans aphasie. Avec cela il y a un peu de parésie droite avec anesthésie, prononcées surtout à la face et au membre supérieur. Miction et défécation normales ; pouls à 80. Le lendemain on constate un état fébrile manifeste, avec 38°, 38°5 et pouls à 90. Cette fièvre démontrait qu'il y avait de la réaction méningée. Mais la localisation exacte des symptômes me fit admettre un épanchement sanguin et le 7 juillet je trépanai sur la 3e frontale, déterminée par le procédé de Championnière, après avoir taillé un lambeau demi-circulaire à convexité supérieure. Sous la dure-mère je trouvai en effet un épanchement sanguin non coagulé que j'évacuai et que je lavai à l'eau boriquée. Sous lui, l'écorce était refoulée, mais non contuse. Dès le lendemain la parole commençait à revenir, très imparfaite d'abord, peu à peu meilleure ; puis ont cessé l'anesthésie et la parésie de la face et du membre supérieur. Le 21 juillet la plaie était cicatrisée, le malade se levait et ses fonctions cérébrales étaient presque redevenues normales. Mais au 20e jour, après avoir abusé de l'exercice et de l'estaminet, il fut pris de coma et de contracture et il mourait le lendemain. L'autopsie a montré qu'il n'y avait plus de compression, qu'il n'y avait pas de contusion corticale.

Il y a donc là un type d'épanchement sanguin traumatique différent du type classique et lui aussi justiciable de la trépanation. Je crois que dans mon cas l'épanchement n'a pas mis 8 jours à se produire, mais que ses symptômes se sont manifestés quand a été établie la congestion réactionnelle sur laquelle j'ai insisté dans mon travail sur les traumatismes du cerveau. Et c'est, je crois, une poussée de congestion qui a emporté mon malade.

Dans un second cas, j'ai observé un cas d'épilepsie traumatique chez un homme de 25 ans, atteint depuis l'âge de 14 ans Quoiqu'il n'y eût pas de phénomènes de localisation, je l'ai opéré. J'ai trouvé une plaque d'arachnitis. Depuis deux mois, crises, maux de tête, céphalalgies, vertiges ont disparu.

Hémorrhagie méningée non traumatique.

M. P. Michaux (de Paris). — Si la chirurgie des traumatismes cérébraux et des accidents qui en résultent a fait dans ces dernières années un progrès immense que démontrent les nombreuses observations recueillies chaque jour, la chirurgie des affections spontanées de l'encéphale et de ses enveloppes, la chirurgie médicale est loin d'être aussi avancée et dès lors chaque fait acquiert bien plus de valeur. C'est ce qui m'a déterminé à présenter une observation de trépanation suivie de guérison pour un cas d'hémorrhagie méningée de diagnostic très difficile, que je crois être d'origine spontanée.

Cet homme est amené à Beaujon dans le service de M. Léon Labbé, en état d'apoplexie complète avec hémiplégie faciale gauche, et paralysie du membre supérieur droit. Puis la paralysie s'étend au membre inférieur droit, des convulsions épileptiformes surviennent, espacées au début, puis subintrantes. En même temps l'examen du malade ne nous révèle aucun signe physique ou rationnel du traumatisme crânien. D'autre part, nous apprenons que le malade est un absinthique renforcé, qui a dû à deux reprises différentes suspendre son travail dans ces derniers temps pour des éblouissements et des céphalées très intenses. Son urine contient 0 gr. 65 d'albumine et seulement 2 gr. 50 d'urée; aucun trouble cardiaque. Les accidents s'aggravant, l'intervention s'impose : je lui pratique donc la trépanation sur la ligne rolandique gauche; j'incise la dure-mère. Aussitôt s'échappent de gros caillots noirâtres dont la quantité peut être évaluée à deux cuillerées à bouche. L'opération m'a permis de constater l'intégrité absolue du crâne et des vaisseaux et un aspect louche de l'arachnoïde et de la pie mère. Après son opération, le malade s'améliore rapidement et en un mois nous constatons la disparition de la plupart des symptômes; toutefois aujourd'hui encore, 5 mois après l'opération, il reste un peu de gêne de la parole et une parésie ou plutôt un peu de faiblesse dans le bras droit.

J'y vois un argument de plus pour démontrer que j'ai eu sous les yeux une hémorrhagie méningée spontanée, dont l'alcoolisme ou l'urémie ont dû être les causes. Evidemment il est toujours très difficile d'affirmer que la chute a été le résultat et non la cause de l'hémorrhagie. L'origine spontanée ne peut être admise qu'avec réserve, néanmoins les faits réunis me paraissent constituer des preuves de grande valeur à l'appui de cette opinion. Il y a donc des hémorrhagies méningées spontanées dont le diagnostic avec les hémorrhagies traumatiques est très difficile, et je crois que dans ces hémorrhagies spontanées avec symptômes de localisation, la trépanation donnera aussi d'excellents résultats.

Abcès cérébral.

M. Picqué (Paris) a opéré une jeune fille de 19 ans qui s'était tiré dans la région frontale un coup de revolver : on la trouva comateuse. Elle ne tarda pas à se rétablir, d'abord fort bien, mais il persista une fistulette suppurante, et en outre de l'inaptitude physique et intellectuelle. M. Pozzi fut appelé, constata un état général et local assez bon ; il y avait une hémicranie intense, mais pas d'autres phénomènes

cérébraux bien sérieux. M. Pozzi explora, très légèrement, le trajet fistuleux, affirma la pénétration, soupçonna un abcès et conseilla la trépanation, qu'il confia à M. Picqué. Après avoir fait une large brèche, M. Picqué ne trouva aucun abcès superficiel. Mais il y avait un trou fait par la balle dans l'écorce : ce trajet fut débridé, et un flot de pus s'écoula. Après une courte et infructueuse recherche du projectile, la cavité fut lavée au sublimé et tamponnée à la gaze iodoformée. Convalescence rapide et aujourd'hui guérison complète physique et intellectuelle de cette malade, vouée sans l'opération à une mort certaine. Seul, le souvenir de l'accident n'a pas reparu.

Résection temporaire du crâne.

M. J. Toison. — Les procédés actuels de trépanation ont l'inconvénient de laisser une perte de substance permanente, car la réimplantation de la rondelle n'est pas admise par tout le monde et en tout cas ne convient pas aux larges brèches. A cet égard, le procédé de W. Wagner marque un grand progrès. On sait qu'il consiste en la résection temporaire d'un lambeau ostéo-cutané qu'on rabat ensuite. Déjà en 1863 Julius Wolff avait fait sur des lapins des essais analogues. J'ai repris ces expériences et j'ai constaté qu'au bout de 2 à 3 mois, chez le chien, la soudure osseuse était solide, pourvu qu'il n'y eût pas eu de suppuration. La dure-mère ne semble pas participer à cette consolidation. Ces expériences m'ont prouvé que les sections à la scie se consolident mieux que les sections au ciseau. J'ai donc appliqué ce procédé sur le cadavre humain, en glissant une scie flexible et mince entre l'os et la dure-mère, par quatre petites perforations faites aux quatre angles du fragment à rabattre. Cela a l'avantage sur le procédé de Wagner de réduire au minimum le rôle du ciseau et du maillet et de permettre de donner une largeur presque illimitée à la base du lambeau.

Crâniectomie chez les microcéphales.

M. Lannelongue (de Paris). — Dans un travail qui repose sur une appréciation de 25 opérations, je m'occuperai surtout de technique. Mais auparavant, je montrerai en quelques traits quels sont les états morbides où peut s'appliquer cette opération.

Microcéphalie proprement dite. — J'ai examiné plusieurs crânes de microcéphales, et, comme d'autres auteurs, j'ai constaté l'état avancé des sutures, en même temps que l'étroitesse des fontanelles. Chez un enfant nouveau-né, les fontanelles étaient même fermées à la naissance.

On peut donc dire que chez les microcéphales l'ossification des sutures est anticipée, et alors même qu'on admettrait que la marche de l'ossification dépend surtout de l'activité cérébrale, il n'en reste pas moins que, si la synostose crânienne est très avancée et définitive avant l'heure, l'évolution cérébrale sera frappée à son tour d'un arrêt parallèle ou définitif.

Il est vrai que dans certains cas, la microcéphalie s'accompagne d'hydropisie ventriculaire, de sclérose cérébrale, mais ces faits sont très difficiles à séparer des précédents ; parfois aussi on rencontre en même temps que la microcéphalie des synostoses prématurées et des hyperostoses du crâne.

Les autres états morbides pouvant être modifiés par la crâniectomie sont nombreux, tantôt congénitaux, tantôt n'apparaissant que dans les premières années de la vie. Le traumatisme y a sa part. La *compression dite osbtétricale* a été constatée à la naissance chez un certain nombre d'idiots ou d'arriérés ; antérieurement à la naissance, le crâne peut subir aussi une compression d'assez longue durée dans la cavité utérine, lorsqu'il y a, par exemple, absence ou pénurie des eaux de l'amnios. J'ai rapporté dans mon Traité des affections congénitales un certain nombre d'exemples où le mécanisme de la compression intra-utérine se montre avec évidence. Or, un certain nombre de ces sujets sont très arriérés intellectuellement, quelquefois déformés physiquement, et, à un degré plus grave, ce sont des idiots.

Quelques-uns de ces faits, les derniers en particulier, se reconnaissent à des déformations crâniennes qui sont caractéristiques. Le crâne présente en deux points opposés deux dépressions. L'une correspondant au point où la paroi utérine a exercé la compression, l'autre dans le point où le crâne est venu s'appliquer sur une partie fœtale, l'épaule le plus souvent ; on lit sur certaines têtes d'enfants le mécanisme de cette compression. J'appelle l'attention sur l'infériorité de ces enfants dans beaucoup de cas.

Les hémorrhagies méningées de jeunes sujets, surtout celles de la convexité amenant des hématomes, des pachyméningites circonscrites, et par transformation du foyer sanguin des kystes séreux relèvent directement de cette opération. Comme exemple de pachyméningite, j'ai rencontré plusieurs fois des épaississements et dans un cas un ostéome enclavé dans la dure-mère, ayant presque la dimension d'une pièce de un franc. Dans un autre cas j'ai ouvert un kyste séreux en déchirant quelques adhérences de la dure-mère encéphalique. Je ne ferai que mentionner quelques hyperostoses dues à la syphilis héréditaire, certaines formes d'hydrocéphalie avec épaississement des os du crâne et fermeture prématurée de la cavité, pour en arriver aux affections du cerveau lui-même.

C'est ici un des coins les plus embrouillés et où les notions anatomo-pathologiques sont les moins sûres. Les atrophies cérébrales d'origine vasculaire, les scléroses diffuses, ou, selon certains auteurs, les encéphalites, sont autant d'états pathologiques qui sembleraient créer des contradictions véritables; mais encore ici il y a souvent des altérations crâniennes concomitantes; dans tous les cas on ne connaît aucun procédé de curabilité de ces lésions.

Telle est la voie où je me suis engagé et où dans l'avenir il y aura lieu, étant donnés les résultats atteints déjà, de bien fixer les indications.

J'ai eu recours à deux procédés de crâniectomie : linéaire et à lambeau ; de plus en plus je pratique le procédé à lambeau.

La crâniectomie linéaire est faite le long du sinus longitudinal supérieur et on peut la prolonger à travers la suture coronale, sur la zone motrice ou rolandique vers le centre de Broca ; je l'ai pratiquée sur l'occipital en arrière entre le sinus latéral et la suture occipito-pariétale. Enfin, j'ai fait une crâniectomie transversale et symétrique sur le frontal en décollant le sinus longitudinal.

Sous le nom de *crâniotomie à lambeaux*, je comprends les pertes de substance du crâne combinées de manière à dessiner des lambeaux qui restent adhérents, par une base osseuse plus ou moins large. Quelquefois le lambeau ne comprend qu'un seul os, le pariétal, le frontal; le plus souvent il est à cheval sur deux os, le frontal et le pariétal d'habitude. Les lambeaux ont la forme d'un U, d'un V renversé, d'un rectangle, d'un fer à cheval, d'un T. Les dessins que je montre indiquent toutes ces variétés.

La perte de substance est large de 8 à 11 ou 12 millimètres; la durée moyenne de l'opération est de 40 à 45 minutes.

Le crâne est attaqué à l'une des extrémités de la plaie par une couronne de trépan, puis on se sert de pinces coupantes de divers modèles. J'ai fait fabriquer un instrument pour décoller la dure-mère; celui de M. Poirier est bon également. On peut laisser la dure-mère intacte au fond, mais s'il y a pachyméningite, il est bon de faire des mouchetures ou même l'ouverture du foyer. On peut débrider la tente cérébelleuse par la crâniectomie occipitale.

Si on incise la dure-mère, il faut en faire la suture; la chose n'est pas nécessaire pour les mouchetures.

Quant au périoste, faut-il le réséquer? Je ne le pense pas; il m'est arrivé de le réséquer une fois par mégarde et deux fois de parti pris, je n'ai vu aucune différence dans le résultat.

Dans deux autopsies faites sur des enfants morts du croup de 1 à 2 mois après l'opération, j'ai pu constater qu'il n'y avait pas de régénération osseuse par la dure-mère.

Au point de vue des complications opératoires, on peut dire que l'hémorrhagie est peu importante; on découvre sans danger l'artère méningée ou ses branches. La grande épaisseur du crâne, l'hyperostose, l'état éburné (assez fréquent) ne créent pas de difficultés.

Résultats. Sur 25 opérations, je compte 24 guérisons opératoires et 1 mort en 48 heures par septicémie aiguë, ou écoulement du liquide céphalo-rachidien ; 3 suppurations minimes dont la plus forte a duré 3 semaines. Aucun cas de nécrose.

Le plus jeune enfant avait 8 mois, le plus âgé 12 ans 1/2. Sur les 25 cas il y avait 13 garçons et 12 filles.

Quant aux résultats définitifs, je n'en dirai qu'une seule

chose, c'est que, pour un très grand nombre, les petits opérés ont été améliorés soit au point de vue intellectuel, soit au point de vue de la marche.

M. Th. Anger. — J'ai fait la crâniectomie à une fille de 8 ans qui, après avoir eu des fontanelles pendant longtemps molles et dépressibles, commença à l'âge de 18 mois à présenter des troubles intellectuels manifestes, avec crises convulsives fréquentes, accompagnées de morsure de la langue. A deux ans, coqueluche et pneumonie. L'enfant me fut présentée forte, vigoureuse ; mais depuis l'âge de cinq ans elle fréquente l'école et elle ne sait pas encore l'alphabet, elle ne sait même pas parler. Les fonctions végétatives sont normales. L'instinct de conservation est peu développé ; les notions de propreté sont des plus élémentaires. M. Lannelongue ne voulut pas opérer, mais, sur l'instance des parents, je cédai. J'appliquai donc une couronne de trépan en arrière, au niveau de la suture lambdoïde et je vis le cerveau qui paraissait à l'étroit dans le crâne. J'agrandis l'ouverture, puis je suturai la peau. Les suites opératoires furent des plus simples. Dès le lendemain, l'enfant commençait à demander le vase ; les facultés intellectuelles se sont peu à peu développées d'une façon remarquable, la parole est devenue plus libre, plus distincte. Actuellement on espère faire de cette idiote une enfant ordinaire et déjà à l'école on a constaté des progrès.

M. de Larabrie (Nantes) communique une observation de **M. Heurtaux** (de Nantes). — Il s'agit d'une petite fille née quinze jours avant terme le 10 août 1890 ; aucun antécédent héréditaire ; la mère a eu une forte émotion au 6e mois. Les fontanelles dès la naissance sont ossifiées. L'enfant sembla s'élever d'abord assez bien, puis se mit à vomir et à dépérir, à avoir des convulsions. Son état étant devenu grave, elle fut enfin opérée, en date du 1er janvier. Le crâne est très épaissi. Ablation d'une bande osseuse large de 6 millimètres sur 8 cent. 1/2 de long. L'enfant est mort le 7 mars sans avoir été améliorée.

M. G. Maunoury (Chartres). — Il serait prématuré de porter dès aujourd'hui un jugement définitif sur la crâniotomie ; il faut auparavant réunir un certain nombre de faits longtemps observés. La principale indication, la soudure prématurée des sutures, est bien difficile à diagnostiquer d'une manière précise, et bien des cas de microcéphalie qui paraissent dus à cette cause présentent des sutures non ossifiées. Il faut, dans l'appréciation des résultats, tenir compte de plusieurs éléments. Il faut se garder d'espérances exagérées ; le résultat ne peut être que très relatif, mais il n'est pas pour cela négligeable, la moindre amélioration chez un idiot pouvant présenter une grande importance. Il est plus difficile de savoir faire la part du rôle de l'opération et du rôle de l'éducation dans les résultats obtenus. Toutefois les résultats opératoires surviennent presque toujours immédiatement. Enfin, chose plus importante, il faut se garder de trop vite prononcer le mot de succès, car les résultats immédiats de la crâniectomie ne paraissent pas définitifs. Tantôt l'opéré continue à faire des progrès, ce qui est encourageant, mais souvent aussi les résultats assez satisfaisants au début vont en s'atténuant graduellement et l'opéré revient peu à peu à l'état où il se trouvait avant l'opération.

C'est précisément ce qui est arrivé chez une petite fille microcéphale de 4 ans que j'ai opérée le 20 octobre dernier. Peu de chose à dire des autécédents. A 3 ou 4 mois, fontanelle complètement fermée ; à 6 mois, mouvements convulsifs dans les deux membres supérieurs. Elle n'a jamais pu ni marcher ni même se tenir sur les jambes, ce qui tient à un double équinisme par contracture musculaire. Les membres supérieurs sont constamment animés de contorsions rappelant l'athétose. La figure est peu intelligente. L'enfant n'a jamais prononcé une syllabe ; elle ne mâche pas ses aliments. Le 20 octobre je pratique la crâniectomie. Rainure antéro-postérieure longue de 11 à 12 centim. sur le pariétal gauche. Suites fort simples. Immédiatement l'enfant devient très calme, ne pousse plus aucun cri. L'agitation des membres supérieurs cesse, la tête se redresse et le regard devient plus intelligent ; l'enfant mâche ses aliments, l'équinisme disparaît, l'enfant se soutient presque seule et l'on prévoit déjà le jour où elle va pouvoir marcher.

Cet état dura 2 à 3 mois, puis le recul commença et l'état redevint graduellement tel qu'il était avant l'opération. Vers le milieu de janvier la mastication commença à se faire mal, puis les cris sauvages reparurent, puis les contorsions des membres supérieurs, la figure redevint sans expression, et enfin il y a une huitaine de jours l'équinisme double reparut aussi accentué qu'auparavant. — La mensuration du crâne pratiquée avant l'opération et cinq mois après a montré que les diamètres n'ont pas varié.

Chez un second enfant âgé de 2 ans, que j'eus à opérer, je résolus de pratiquer une perte de substance beaucoup plus large, mais le jour même l'enfant fut pris de convulsions et mourut 20 heures après l'opération.

Résultats éloignés de la néphrorraphie.

M. Tuffier (de Paris). — J'ai communiqué au dernier congrès une étude sur la néphrorrhaphie, je viens vous entretenir des résultats éloignés de cette opération. J'ai pratiqué 14 néphrorrhaphies pour rein mobile. Les accidents qui m'ont déterminé à intervenir sont de trois ordres : 1° *Douleurs ;* 2° *Troubles gastriques ;* 3° *Neurasthénie*, qui constituent les trois types cliniques du rein mobile. *La forme douloureuse* est la plus fréquente, avec ou sans hydronéphrose intermittente. C'est la plus favorable au traitement, puisque chez 10 de mes malades elle a disparu après l'opération et chez les trois autres elle a été très amendée. La forme dyspeptique est plus rare (2 cas) et s'accompagne d'entéroptose ou de lésions hépatiques (2 cas avec un échec). *La forme neurasthénique* est également peu fréquente, elle comprend toute la gamme des symptômes névropathiques jusques et y compris les crises hystériformes (3 cas, 2 succès).

Il est deux variétés étiologiques absolument distinctes au point de vue thérapeutique : Le rein mobile *simple* est un déplacement traumatique, une véritable luxation, une *hernie de force*, le reste de la ceinture abdominale est indemne : c'est le triomphe de la néphrorrhaphie. Le rein mobile *compliqué* est un déplacement lent et progressif, précédé, accompagné ou suivi de l'entéroptose de Glénard. La néphroptose n'est plus alors qu'un incident. Il y a un effondrement de la ceinture abdominale, non justiciable d'une *pexie* quelconque, mais qui doit être renforcée par une ceinture, ou tonifiée par le massage.

Au point de vue opératoire ; d'abord, l'application d'un appareil prothétique, en cas d'échec, néphrorrhaphie. Depuis ma dernière communication j'ai substitué la soie plate au catgut, et j'ai supprimé le drainage ; j'ai conservé l'avivement direct du parenchyme rénal, et la suture des parois en quatre étages. Dans un cas de mobilité toute particulière du rein, j'ai placé l'organe derrière l'aponévrose antérieure du carré lombaire, le résultat a été très bon. Les seuls incidents opératoires ont été la découverte du bord postérieur du foie à travers l'incision lombaire, et dans un autre cas, la présence de la rate transposée. Le traitement post-opératoire a consisté dans le décubitus horizontal, le siège plus élevé que les reins, pendant 25 jours, le port d'un bandage pendant deux mois. Sur les 14 opérés, j'ai eu une mort par tétanos aigu au 12e jour, alors que la plaie était presque complètement cicatrisée.

Pour apprécier les résultats définitifs, j'en supprimerai trois, opérés depuis 4 mois, temps insuffisant ; sur les 10 autres cas, j'ai eu un seul échec : le malade avait des poussées de congestion hépatique et présente actuellement une ceinture hypertrophique. Les 9 autres ont été examinés ces jours derniers. Tous ces malades présentent une cicatrice solide sans aucune tendance à la hernie ; le rein est fixe, fait corps avec la paroi, mais il reste facilement perceptible dans la plus grande partie de son étendue.

Les douleurs ont été le plus remarquablement améliorées ; chez 8 de mes malades elles ont complètement disparu non seulement pendant la station, mais aussi pendant le mouvement ; ce sont des malades qui exercent les professions les plus pénibles. Dans un seul cas, elles n'ont été qu'améliorées ;

il s'agit d'une malade qui présente actuellement tous les signes de l'entéroptose. Les troubles dyspeptiques ont disparu chez une de mes malades, chez l'autre ils persistent.

Les accidents de neurasthénie ont complétement disparu chez la malade à crises hystériformes, elles ont persisté chez la malade précédente. Ces résultats me paraissent encourageants; sans être, avec Landau et Lawson Tait, opposé à l'intervention, sans verser dans l'extrême opposé avec Kœppler qui regarde le rein mobile comme une menace pour la vie et veut pratiquer la néphrectomie dès que le diagnostic est posé, je crois que la néphrorrhaphie doit conserver son rang en tête des opérations efficaces de la chirurgie rénale, c'est une intervention *bénigne*, puisque sur 149 opérations la mortalité est de 3,4 0/0. Elle est efficace, puisque sur 73 opérations typiques elle donne 80 0/0 de guérison complète ou d'amélioration très notable. Le succès sera plus certain encore si l'on a le soin de ne pas s'adresser sans discernement à toute espèce de mobilité rénale, mais si l'on précise les indications dans les différentes formes cliniques que je viens d'énumérer.

Cancer du rectum.

M. Ledru. — Pour conserver le sphincter, l'opération de Kraske convient aux épithéliomas élevés, mais non point à ceux qui descendent tout près de l'anus. J'ai observé un cas de ce genre chez une femme : le cancer partait de l'anus et remontait à 7 cent. sur la paroi postérieure, et par la dilatation forcée j'ai eu assez de jour pour enlever tout le mal en respectant le sphincter et suturer la muqueuse à l'anus. Deux récidives rapides ont, il est vrai, nécessité deux nouvelles opérations, mais au total la malade est actuellement très bien portante depuis 10 mois. Les trois fois l'opération a été faite par la même voie. La troisième n'a d'ailleurs pas été une ablation, mais une destruction à la pâte de Canquoin d'un bourgeon récidivant.

Restauration du vagin après ablation de la cloison recto-vaginale.

M. Leprévost (du Havre). — A la fin du mois d'août dernier, j'ai opéré une femme de 32 ans, atteinte d'un cancer du rectum. Ce néoplasme occupait la paroi antérieure du rectum, empiétant un peu sur les faces latérales, descendant jusqu'au voisinage de la marge de l'anus et haut de 6 à 7 centimètres. Le toucher montrait que la muqueuse vaginale était indurée et épaissie, qu'elle faisait corps, en un mot, avec la tumeur rectale. Dans ces conditions, les auteurs classiques ne me laissaient d'autre alternative que d'abandonner la malade à son triste sort ou d'enlever la cloison recto-vaginale, créant ainsi un vaste cloaque, et conséquemment une infirmité répugnante et définitive.

C'est pourquoi je cherchai en dehors des procédés habituels un moyen de prévenir une telle éventualité, tout en enlevant largement la tumeur recto-vaginale. Voici le procédé auquel j'ai eu recours et qui m'a donné un résultat excellent, non seulement au point de vue plastique, mais encore, si j'en crois les confidences du mari, au point de vue fonctionnel.

1er temps. Après une soigneuse désinfection locale, la malade est endormie et placée dans la position de la taille périnéale. Je dissèque aux dépens du périnée un lambeau comprenant la peau et le tissu cellulaire sous-cutané. Ce lambeau est semi-lunaire; son bord concave regarde la fourchette, son bord convexe confine à l'anus. Les extrémités se continuent avec les grandes lèvres. Ce lambeau, complètement libéré au niveau de la fourchette, est relevé et provisoirement fixé à la paroi supérieure de la vulve.

2e temps. La tumeur est soulevée par 2 doigts introduits dans le rectum, puis la cloison est réséquée au bistouri.

3e temps. L'hémostase faite, le lambeau périnéo-vulvaire est rabattu et attiré en bas et en arrière, puis suturé par son bord convexe au cul-de-sac vaginal postérieur. Ainsi disposé, le lambeau regarde le rectum par sa face cutanée, le vagin par sa face cruentée.

4e temps. La paroi antérieure du rectum est légèrement attirée en bas et fixée par quelques points de suture à la plaie périnéale.

Suites opératoires des plus simples et résultats secondaires excellents. La malade a repris ses forces, a engraissé et ne présente aujourd'hui, 7 mois après l'opération, aucune apparence de récidive.

Ce procédé m'a paru d'une exécution facile et je le crois applicable non seulement aux néoplasmes de la cloison, mais encore, avec quelques modifications de détail, à certaines fistules recto-vaginales rebelles.

Malformation utéro-vaginale.

M. Delagénière (du Mans) relate un cas de malformation congénitale chez une femme de 23 ans. Il y avait absence totale de vagin et d'utérus, mais la présence des ovaires était révélée par des phénomènes congestifs du côté du poumon. M. Delagénière fit la laparotomie le 4 fév. 1891, trouva les ovaires dans les fosses iliaques et en fit l'extraction. 12 jours plus tard, il établit chez la malade un vagin artificiel au devant du rectum, tapissé en partie par la muqueuse vestibulaire et en partie par deux grands lambeaux cutanés empruntés aux régions anale et fessière. Depuis l'opération la malade se porte bien, n'a plus eu de phénomènes de congestion pulmonaire. Le vagin artificiel persiste avec les mêmes dimensions qu'après l'opération.

M. Delagénière insiste au point de vue anatomo-pathologique sur l'état scléro-kystique des ovaires ectopiés.

Un cas de lympho-sarcome.

M. Auffret (Brest). — J'ai observé un cas de mycosis fongoïde sur lequel s'est développé un sarcome à marche rapide. Il s'agit d'un malade atteint de mycosis fongoïde depuis 2 ans. Après divers traitements, le sujet avait éprouvé une amélioration passagère; mais au bout de peu de temps il y eut une récidive se présentant avec des caractères particuliers. La lésion, qui occupait une grande partie du dos, était en partie cicatrisée, mais au centre de la cicatrice on constatait la présence d'une tumeur ulcérée par places et mesurant 14 cent. sur 12 cent. Je fis l'ablation au bistouri; les suites de l'opération furent simples, au bout d'un mois la cicatrisation était complète, et le malade pouvait se considérer comme guéri. Cette guérison s'est maintenue depuis 5 mois et demi.

L'examen histologique montra que la tumeur enlevée était constituée par un sarcome indiscutable.

Le point le plus intéressant de cette observation m'a paru être la transformation d'un mycosis fongoïde en sarcome.

Plaies de l'intestin.

M. Paul Berger (Paris) communique un fait de plaie de l'abdomen par balle de revolver, ayant intéressé l'intestin grêle et le cæcum, traité avec succès par la laparotomie. Or depuis les cas de Vaslin (d'Angers) et de Sebastopoulo, (de Constantinople) on n'a pas publié de fait heureux dans la presse française. Il s'agit d'un garçon de 18 ans qui le 1er mars fut apporté à 1 heure du matin dans le service de M. Berger. A 9 heures du matin, les signes étaient fort peu accentués, si bien que la pénétration était douteuse; M. Berger penchait alors vers l'abstention. Mais deux heures après la situation avait changé et il semblait qu'il y eût un début de péritonite. La laparotomie fut donc pratiquée séance tenante. Une perforation fut suturée sur le cæcum, et deux sur l'intestin grêle. Vérification faite du reste de l'intestin, l'abdomen fut refermé. Tout a été bien, sauf un épanchement séreux dans le péritoine, épanchement qui s'évacua par une désunion assez étendue de la plaie. La réunion par seconde intention est aujourd'hui en très bonne voie.

M. Berger analyse ensuite sa statistique intégrale. Elle porte sur sept observations, que M. Berger a d'ailleurs publiées soit à l'Académie, soit à la Société de chirurgie. Deux concernent des coups de couteau. Pour les balles de revolver avec lésion intestinale, 3 laparotomies ont donné 1 mort; 2 abstentions ont donné 2 guérisons. Mais M. Berger est le premier à reconnaître que ces différences de série tiennent surtout aux différences anatomiques si grandes entre les plaies intestinales par armes à feu. M. Berger se prononce en faveur de la laparotomie dès qu'on constate un signe de perforation.

M. Verneuil a actuellement dans son service un homme qui, il y a 25 jours, s'est tiré une balle de revolver entre l'appendice xiphoïde et le nombril et n'a eu aucun accident.

A. Broca.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Imp. des Arts et Manufactures, 12 rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud.



Médailles aux Expositions: Vienne, Philadelphie, Paris, Sydney.

FOUGÈRE MALE ET CALOMEL

TÆNIFUGE Préparé PAR **LIMOUSIN**

Procédé Limousin Bté S.G.D.G. — Patent-Medicin — Oblate — Paris

Le flacon de 16 Capsules, dosées selon la formule du Dr Créquy, suffit pour expulser le **Ver solitaire.** *(Envoi par poste.)*

Phie **LIMOUSIN** ✲, 2bis, RUE BLANCHE, PARIS. — **Prix 6 francs.**

VICHY

Administration: 8, Bd Montmartre PARIS

SOURCES DE L'ÉTAT

CÉLESTINS — Grande-Grille — Hôpital — Hauterive

PASTILLES aux Sels Naturels de Vichy. — SELS pour Boisson et pour Bains.

MÉDICATION CHLORHYDRO-PEPSIQUE

AMERS ET FERMENTS digestifs — **ELIXIR GREZ** — CHLORHYDRO-PEPSIQUE

Dyspepsies, — Anorexie, — Anémie, — Vomissements, — Diarrhée, etc.

DOSES: Adultes, 1 verre à liqueur par repas. — Enfants, 1 à 2 cuillerées à dessert.

Pilules Grez Chlorhydro-Pepsiques, adultes, 2 à 3 à chaque repas

Envoi franco Echantillons. — COLLIN et Cie, 49, r. de Maubeuge, PARIS, et Phies

---

CHLOROSE. — ANÉMIE. — LYMPHATISME

Le Proto-Iodure de Fer** est le **réparateur du sang,** le **fortifiant** et le **microbicide par excellence.

Le **Sirop** et les **Dragées** au proto-iodure de fer de **F. Gille,** *ne sauraient trop être recommandés en raison de leur pureté chimique, de leur inaltérabilité et de leur solubilité constantes. (Gazette des hôp.)*

ENTREPÔT GÉNÉRAL: **45, Rue Vauvilliers, Paris.** Dépôt toutes Phies.

QUINQUINA SOLUBLE ASTIER (GRANULÉ)

REPRÉSENTE EXACTEMENT SON POIDS D'ÉCORCE DE QUINQUINA JAUNE ROYAL

(Une cuillerée à café contient 0 gr. 10 centigr. d'alcaloïdes)

Le **Quinquina soluble Astier** n'est pas un remède nouveau, ni un remède secret, c'est une nouvelle préparation exactement dosée qui permet au médecin d'administrer le Quinquina d'une façon rationnelle et scientifique, avantage que n'offrent pas les autres préparations de Quinquina: vins, sirops, extraits, etc., dont le dosage et la qualité sont incertains.

Pour préparer le **Quinquina soluble,** M. Astier n'emploie que les écorces du quinquina jaune royal (le meilleur des quinquinas) très riches en principes actifs, et préalablement titrés.

Ces écorces, il les traite d'abord par l'eau distillée, qui dissout les principes toniques, ensuite par l'alcool, qui dissout les alcaloïdes, enfin par la chaux pour retirer la totalité de ces derniers. Se servant d'appareils construits *ad hoc* et opérant à une température de 30°, l'extrait granulé qu'il prépare avec ces liqueurs contient rigoureusement tous les alcaloïdes, tous les principes toniques, jusqu'à l'arome spécial du Quinquina. Une cuillerée à café mise dans un verre d'eau donne une liqueur de tous points semblable à une décoction de Quinquina. On peut s'assurer de la présence et de la quantité des alcaloïdes au moyen des réactifs de Walser et de Lepage.

Le **Quinquina soluble Astier**, se dissolvant instantanément dans l'eau, le vin et les tisanes, est d'un usage très commode, puisqu'il permet de préparer instantanément une dose ou une bouteille de vin de quinquina.

Dose tonique : une demi-cuillerée à café à une cuillerée à soupe avant les deux principaux repas.

Dose fébrifuge : *pour les adultes*, deux cuillerées à café d'heure en heure; *pour les enfants*, une cuillerée à café.

Deux cuillérées à soupe pour préparer instantanément un litre de vin de quinquina.

Envoi gratis et franco d'échantillons aux médecins.

Le flacon : 4 francs. — Le flacon dosé pour un litre de vin: 1 fr. 50 c.

Remise de 40 p. 100 aux médecins pour leur usage personnel.

Pharmacie Astier, 72, avenue Kléber, Paris, et toutes pharmacies.

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

PUBLIÉ PAR

LA GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MEDECINE ET DE CHIRURGIE

Et servi gratuitement à tous les abonnés de ce journal

ABONNEMENTS SPÉCIAUX POUR MM. LES ÉTUDIANTS. — UN AN : 6 FRANCS

L. LEREBOULLET, Rédacteur en chef. — A. BROCA, Secrétaire de la Rédaction

Librairie de G. MASSON, 120, boulevard Saint-Germain.

SOMMAIRE

ACTES OFFICIELS

Corps de santé de la marine. — M. Barthélemy est nommé médecin auxiliaire de 2e classe.

Légion d'honneur. — M. le Dr Decuignères (de Clermont, Oise), et M. le Dr Viret (Isaac) sont nommés chevaliers.

ACTES DES FACULTÉS DE MÉDECINE

Thèses du 13 au 18 avril 1891.

Jeudi 16. — M. Marquezy. Les injections intra-utérines chez les nouvelles accouchées. — M. Caillet. De la parotidite à pneumocoques. — M. Thibaudet. Veines de la main et de l'avant-bras. — M. Galand. Etude sur les troubles de la sensibilité dans les affections nerveuses. (Dissociation syringomyélique.) — M. Gellen. Contribution au diagnostic des fibromes de la paroi postérieure de l'utérus.

Le ministre de l'instruction publique a décidé que le nombre des candidats au doctorat à inscrire dans les séries d'examen serait fixé ainsi qu'il suit, à partir du semestre d'été 1891.

1er examen, 10. — 2e examen, 1re partie, 12 à 16 (épreuve pratique) et 10 (épreuve orale); 2e partie, 10. — 3e examen, 1re partie, 12 à 16 (épreuve pratique) et 10 (épreuve orale); 2e partie, 10. — 4e examen, 10. — 5e examen, clinique chirurgicale, 6; clinique obstétricale (examen nouveau), 6; clinique médicale, 9.

COURS LIBRES

Hospice des Enfants-Assistés (74, rue Denfert-Rochereau).

Leçons cliniques de chirurgie orthopédique.

M. Kirmisson, agrégé, chirurgien de l'Hospice des Enfants-Assistés, commencera ces leçons le lundi 13 avril, à 10 heures du matin ; il les continuera les lundis et vendredis suivants.

Les leçons de cette année seront consacrées aux difformités du membre inférieur.

Opérations le mercredi à 10 heures. — Consultations chirurgicales et orthopédiques les mardis, jeudis et samedis à 9 heures.

Hôpital Tenon. — M. le Dr Cuffer commencera ses leçons de *Clinique médicale*, le jeudi 9 avril et les continuera les samedis et jeudis suivants, à 10 h. 1|2.

Hôpital Trousseau. — M. le Dr Sevestre commencera des *Conférences de clinique infantile*, le jeudi 16 avril à 4 heures et les continuera les jeudis suivants à la même heure.

Visite des malades le matin à 9 heures, salles Triboulet et Lugol (aigus), Legendre (chroniques) et Bazin (teigneux). — Consultation les mercredis et samedis.

Cours de Tératologie. — M. le Dr Dareste commencera ce cours, le mardi 22 avril, et le continuera les mardis et samedis suivants à la même heure (*Ecole pratique*, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine).

VARIÉTÉS

Congrès français de chirurgie. — Avant de se séparer, l'assemblée décide que la prochaine session aura lieu à Paris, l'an prochain pendant la semaine de Pâques. Elle élit comme président M. Demons (Bordeaux), comme vice-président M. Lannelongue (Paris). M. Reclus est nommé membre du comité permanent

Dorénavant, sur chaque question mise à l'ordre du jour, on nommera des rapporteurs et les rapports seront adressés 2 mois à l'avance aux membres du Congrès. Pour la prochaine session, les questions sont :

1° *Pathogénie et traitement des gangrènes chirurgicales.* Rapporteur général, M. Verneuil (Paris). Rapporteurs : MM. Jeannel (Toulouse), Reclus et Sanchez Toledo (Paris).

2° *Pathogénie et traitement des accidents infectieux urinaires.* Rapporteur général, M. Guyon (Paris). Rapporteurs : MM. Albarran, Hallé (Paris), Pousson (Bordeaux).

3° *Interventions chirurgicales dans les maladies des voies biliaires; résultat immédiat et définitif.* Rapporteur général, M. Terrier (Paris). Rapporteurs : MM. Championnière (Paris), Gross (Nancy), Périer (Paris).

Bureau central en médecine. — Un concours pour deux places s'ouvrira le 12 mai. Se faire inscrire du 13 au 27 avril de 11 h. à 3 h.

La tuberculine en Russie. — Le conseil médical du ministère de l'intérieur à Saint-Pétersbourg a résolu d'interdire prochainement, comme étant un procédé dangereux, l'emploi de la lymphe de Koch pour le traitement de la phthisie et du lupus, aussi bien dans les hôpitaux que par les médecins indépendants.

Rien ne va plus? — La *Freisinnige Zeitung* nous apprend qu'au sanatorium fondé par le Dr Cornet pour l'exploitation de la lymphe de Koch, les 20 lits gratuits pour indigents, fondés par le banquier Bleichrœder, sont tous vides depuis un certain temps; en décembre on faisait queue pour entrer ! Et les payants ?

Asiles d'aliénés. — *Internat.* (Poste vacant). — Une place d'interne en médecine est vacante à l'Asile des Aliénés de Beauregard, près Bourges (Cher). Les internes, nommés, pour trois ans, par le Préfet, sont logés, nourris, chauffés, éclairés et touchent un traitement de 600 francs qui peut être porté ultérieurement à 700 et 800 fr. Les candidats pourvus d'au moins douze inscriptions sont priés d'adresser leur demande accompagnée de leur âge et de leurs titres à M. le Dr E. Chambard, médecin directeur de l'établissement.

Académie des sciences. — La commission de l'Académie des sciences pour le *Prix Montyon* (médecine et chirurgie) à décerner en 1891 est composée de MM. Bouchard, Marey, Verneuil, Richet, Charcot, Brown-Séquard, Larrey, Sappey, Ranvier. — Les membres de la commission du *Prix Godard* sont : MM. Bouchard, Verneuil, Brown-Séquard, Richet et Charcot.

Hospice Saint-Victor à Amiens. — Le concours pour la place de médecin en chef de cet hospice s'est terminé par la nomination de M. le Dr Fage, ancien interne des hôpitaux de Bordeaux.

REVUE DES CONGRÈS

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

Session d'avril 1891.

Hypertrophie congénitale de la main.

M. **Richardière**. — Voici le moule de la main droite d'un omme de 68 ans : cette main a toujours été depuis la naisnce plus volumineuse que la gauche. Les doigts ne sont pas nsiblement plus longs que ceux de la main gauche, mais us, sauf l'annulaire, sont augmentés de volume, principaleent le médius; les doigts augmentés de volume vont en minuant de leur base à leur extrémité. La main, au niveau u carpe et du métacarpe, est augmentée de volume sur sa ce palmaire et sur ses bords latéraux. L'augmentation de lume est due à un développement anormal du tissu celluire sous-cutané et de la graisse qui double ce tissu ; il semble gir d'un lipome diffus, dont les parties tuméfiées donnent sensation au niveau de la main ; sur les doigts, les parties ypertrophiées sont plus dures, plus résistantes, mais cette nsation paraît tenir à un tassement plus considérable de la aisse et il ne semble pas y avoir d'exagération du volume s os.

Il s'agit donc ici d'un cas de lipome diffus, généralisé à esque toute la main. Du reste, dans quelques cas d'hyperophie partielle des membres, on a signalé la coexistence de pomes en différents points du corps.

M. **Du Castel**. — Les téguments sont pâles, tandis qu'ils ient violacés chez le malade atteint d'hypertrophie de la in que j'ai présenté à la dernière séance (1). Le malade de Richardière tourne vers le lipome, tandis que le mien urnait vers l'éléphantiasis.

mphangite avec persistance de la perméabilité des vaisseaux lymphatiques.

I. **Morel-Lavallée**. — On peut constater dans certains s de lymphangite que les vaisseaux lymphatiques sont tés perméables : il en résulte la formation d'une série de atations étagées sur le trajet des troncs lymphatiques sans erposition obligée entre elles d'un cordon dur ininterrompu préciable (lymphangite ampullaire). Cette perméabilité voies lymphatiques altérées fait comprendre que l'infecn de l'économie puisse continuer au moyen du transport matières virulentes par les vaisseaux lymphatiques déjà lades.

Traitement de la teigne tondante.

I. **Quinquaud**. — J'emploie à l'école des teigneux de pital Saint-Louis un traitement de la teigne tondante conant dans le grattage des plaques de trichophytie; l'emploi mercuriaux parasiticides et l'occlusion avec la guttacha jouent le principal rôle. La durée moyenne de la maie a été de 5 mois 24 jours, et pour les enfants qui ne se t pas absentés pendant le traitement elle a été de 2 mois jours seulement.

I. **Hallopeau**. — La statistique de M. Quinquaud consti- un argument irréfutable en faveur de l'excellence de sa thode; nous croyons cependant devoir faire quelques rves sur certains points. La méthode étant complexe, il possible que tous les moyens dont l'ensemble la constitue ent pas une égale valeur et que quelques-uns d'entre eux ent qu'une efficacité contestable. Il en est ainsi, suivant s, du raclage ; nous avons vu, en effet, sous son influence, foyers se multiplier. La circonscription constante de la adie en un nombre très restreint de petits foyers dès qu'un tement régulier a été institué nous fait également douter de l'utilité des mesures de désinfection que vient de préconiser M. Quinquaud ; c'est aux autres moyens qu'il emploie, c'est-à-dire à l'application de bons parasiticides et à l'occlusion, qu'il faut sans doute attribuer l'efficacité de sa méthode. Le mode d'application de ces moyens nous paraît avoir une importance capitale ; nous avons vu maintes fois une médication identique, employée simultanément dans nos deux salles de tricophytiques par des infirmiers différents, donner régulièrement, dans l'un des succès, dans l'autre des insuccès. Nous avons obtenu, dans ces derniers temps, des résultats relativement favorables, d'abord avec l'acide chrysophanique dissous dans le chloroforme, puis avec la teinture d'iode. Nous attachons, comme MM. Vidal, Quinquaud et Unna, une importance capitale à l'occlusion ; après avoir essayé à cet égard la pellicule adhésive de Vigier, nous faisons usage de la gutta-percha dissoute dans le chloroforme; on renouvelle 5 ou 6 fois par semaine les applications successives de la teinture d'iode et de cette solution.

M. **Quinquaud**. — Le raclage n'a pas besoin d'être fait pendant toute la durée du traitement et il ne demande pas un temps bien long ; c'est précisément pour éviter la réinoculation à la suite du grattage que l'emploi des antiseptiques est utile.

Syphilis héréditaire.

M. **Jullien**. — J'ai recueilli, auprès des parents qui m'amenaient des enfants syphilitiques à la consultation hospitalière, des renseignements sur la mortalité des produits de 206 grossesses : sur ce nombre, il y a eu 113 morts et seulement 93 enfants vivants. Les morts se décomposent ainsi : 36 avortements, 8 mort-nés, 69 morts en bas âge. Sur les 93 enfants vivants, 50 sont syphilitiques et 43 seulement sont vivants et en bonne santé.

Les enfants morts en bas âge ont succombé aux affections suivantes : méningite 21, convulsions 8, maladies de la gorge et croup 12, diarrhée et athrepsie 5, maladies diverses 23. Il est certain que le mot de méningite couvre un grand nombre de diagnostics équivoques ; néanmoins, il y a là une cause de mort qui tient le premier rang ; après elle vient la diphthérie.

M. **Ferras**. — Ordinairement l'hérédité syphilitique se traduit par des avortements répétés et successifs, par la naissance de mort-nés ou d'enfants destinés à mourir dans le cours de la 1re ou la 2e année d'accidents divers et en particulier de méningites qui sont peut-être spécifiques, ou encore d'enfants simplement délicats, lymphatiques. J'ai, pour ma part, observé un certain nombre d'exceptions à ces règles. C'est ainsi que j'ai vu, après la naissance d'enfants sains pendant les premières grossesses, des enfants syphilitiques naître dans les grossesses consécutives qui coïncidaient avec les retours offensifs visibles ou cachés de la syphilis chez les parents, puis des enfants naître sains après ce ou ces enfants syphilitiques, et cela a une importance pratique, car il en résulte que la naissance d'un enfant sain ne prouve pas nécessairement que la syphilis des parents n'aura plus d'effets sur leur descendance. J'ai aussi vu des enfants qui, sains en apparence pendant les premières années, subissaient des arrêts de développement dans le cours de la première enfance ou présentaient les premiers accidents syphilitiques après la 5e, la 10e, la 15e, la 20e année et même au delà.

M. **Augagneur**. — Les anomalies aux règles ordinaires de l'hérédité syphilitique peuvent être rangées en plusieurs catégories.

Dans une première catégorie, et c'est surtout à elle qu'a fait allusion M. Ferras, la syphilis de l'enfant ne se traduit que par des accidents tardifs : c'est la syphilis héréditaire tardive telle qu'on la connaît bien aujourd'hui, ce sont des faits devenus absolument classiques.

Une deuxième catégorie comprend les exemples de manifestations qui ne peuvent pas être considérés comme relevant de la syphilis, mais qui se rencontrent dans la descendance des syphilitiques : telles sont la méningite tuberculeuse, la diphthérie, etc. Sur ces faits, il n'est pas possible de se prononcer d'une façon absolue et, si on les admet, il faut nécessairement admettre aussi que le virus syphilitique favorise le développement de certains virus.

Dans une troisième catégorie se placent les exceptions à la

(1) Voir *Mercredi médical*, 18 mars 1891, p. 131.

loi de décroissance, telle que l'a formulée M. Diday. Ce sont les faits dans lesquels un enfant syphilitique vient au monde après un ou plusieurs autres enfants indemnes de syphilis. Ces exceptions ne sont pas très étonnantes si on songe à ce qui se passe pour d'autres maladies infectieuses dont le virus est bien étudié, le charbon en particulier. On sait, depuis les recherches de M. Straus, que les fœtus provenant de femelles atteintes de charbon ne sont pas tous absolument réfractaires à cette maladie ; un certain nombre d'entre eux renferment des bactéridies charbonneuses, ainsi que le prouvent les cultures. L'immunité paraît produite par le passage, à travers le filtre placentaire, d'une quantité peu considérable de virus charbonneux. De même, pour les fièvres éruptives, il faut bien admettre que, lorsque le fœtus en est atteint, le virus a dû traverser le placenta. On peut raisonner par analogie pour la syphilis et supposer que son virus, jusqu'ici inconnu, est capable ou non de passer à travers le placenta, et que, sous certaines conditions, encore inconnues et dans lesquelles le traitement antisyphilitique suivi avant ou pendant la grossesse joue peut-être un rôle, la migration transplacentaire peut se faire à une grossesse alors qu'elle a fait défaut à une ou plusieurs grossesses précédentes.

M. Barthélemy. — M. Bouchard, avec qui je parlais récemment de l'immunité syphilitique, me disait qu'il tendait actuellement à l'attribuer plutôt aux toxines sécrétées par l'agent pathogène de la syphilis qu'à cet agent lui-même.

MM. Jullien et Ferras ont cité des faits de tuberculose chez des enfants syphilitiques : c'est là, je crois, une cause fréquente de mort dans la syphilis héréditaire et aussi dans la syphilis acquise : sur une quarantaine d'adultes syphilitiques que j'ai vus mourir, plus de la moitié ont succombé à la tuberculose pulmonaire.

M. Gaucher. — Les méningites auxquelles succombent parfois les enfants syphilitiques sont peut-être de nature syphilitique et non tuberculeuse. Ainsi j'ai vu récemment un enfant atteint d'accidents méningés, dont la mère était morte de tuberculose, et dont le père avait eu la syphilis, guérir par le traitement spécifique.

M. Augagneur. — Jusqu'ici, on n'a pas d'autre preuve de l'existence de la méningite syphilitique héréditaire que la guérison par le traitement mercuriel de certaines affections qu'on avait cru être des méningites tuberculeuses, ce qui n'est pas absolument démonstratif.

M. Jullien. — Je ne crois pas que la syphilis prédispose à la tuberculose. Sur 5,600 enfants sur lesquels j'ai recueilli des notes à la consultation de l'hôpital Trousseau, il y avait environ 80 syphilitiques et parmi eux je n'ai trouvé qu'un nombre insignifiant de tuberculeux, 5 ou 6, je crois.

Tabes et syphilis.

M. Ferras. — Sur 58 tabétiques que j'ai suivis depuis 20 ans, j'ai trouvé constamment des antécédents syphilitiques, sauf chez 5 malades. Chez la plupart de ces malades, les accidents tabétiques ont précédé de longtemps la démarche ataxique. De plus, on voit souvent avant la perte du réflexe et les douleurs fulgurantes des symptômes moins graves, qu'il faut rechercher et qui peuvent mettre sur la voie, au début, à un moment où une médication vigoureuse peut enrayer la lésion, sinon la faire rétrograder.

Syphilis oculaire.

M. Abadie. — Outre la kératite parenchymateuse dont Hutchinson a montré les relations avec la syphilis héréditaire, des lésions du fond de l'œil, chorio-rétinites encore mal connues, paraissent dans un certain nombre de cas devoir être attribuées à l'hérédo-syphilis.

Ces chorio-rétinites apparaissent à l'ophthalmoscope sous forme de foyers tantôt dispersés un peu partout, tantôt localisés, circonscrits dans la région de la macula, avec ou sans trouble du corps vitré.

Tout en désorganisant la rétine et compromettant gravement la vision, ils ne provoquent aucune inflammation extérieure, de telle sorte que sans le secours de l'ophthalmoscope ils passeraient inaperçus.

Il est aussi une forme de syphilis oculaire acquise encor fort peu étudiée jusqu'ici, qu'on observe chez les individu qui contractent la syphilis après la soixantaine. Après de accidents secondaires cutanés, tellement légers qu'ils passen presque toujours inaperçus, sauf pourtant des plaques mu queuses tenaces qui occupent la bouche, la langue ou le lèvres, il survient, sans iritis, ni accidents oculaires aigus une infiltration de la papille et de la rétine, le corps vitré s trouble et comme les deux yeux sont habituellement atteint simultanément, la vision baisse très rapidement et d'une faço considérable.

Cette forme de syphilis oculaire sénile acquise est parti culièrement rebelle à tous les traitements et s'écarte encor par là des accidents oculaires dits secondaires de la syphili acquise des adultes.

Le traitement de ces diverses manifestations syphilitique oculaires diffère sous plusieurs rapports de ceux habituell ment employés. Dans les formes bénignes légères de la kéra tite parenchymateuse, l'iodure de potassium peut rendre que ques services. Mais, dans les formes graves, il est indispe sable de recourir aux injections sous-cutanées de sublimé la dose d'un centigramme tous les deux jours.

Il faut savoir de plus que, dans ces mêmes formes grav de la kératite parenchymateuse, l'iodure de potassium doit pas être associé aux injections de sublimé; peut-être c deux médicaments en se combinant forment-ils un iodure mercure trop irritant pour la cornée.

Du reste, d'une façon générale, dans les localisations de syphilis aux membranes profondes, l'iodure de potassiu n'agit pas favorablement; parfois même il semble exerc une influence nuisible.

Le traitement de choix semble être le sublimé en injectio sous-cutanées.

Dans la syphilis oculaire sénile, qui est toujours d'une té cité désespérante, il m'est arrivé parfois de faire directeme des injections locales sous-conjonctivales et intra-oculai d'une à deux gouttes de sublimé à la dose de 1 pour 1000 d'obtenir ainsi de bons résultats alors que tout avait écho

Georges Thibierge.

(*A suivre.*)

CINQUIÈME CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

Métastases purulentes de l'anthrax.

M. Verneuil parle, au nom de **MM. Thiéry** et **Beret** une communication sur les *métastases purulentes de l' thrax.* Il y a 4 ans, il a publié une observation nous enseign à la fois, et l'origine d'un abcès profond, et la nature in tieuse de l'anthrax : c'est celle d'un anthrax fendu cruci ment et manipulé assez brutalement, au cours duquel se fo un abcès profond de l'aine. Dans ce pus, M. Gilbert trouv staphylocoque doré : il y avait certainement eu infection gé rale et localisation inguinale. Et par cet abcès sortit ultéri rement une esquille venant du col fémoral : il s'agissait d d'une ostéomyélite. Au reste, M. Lannelongue a bien pro que souvent on trouve dans l'ostémyélite une porte d'en manifeste du côté du tégument externe. MM. Thiéry Beretta ont recueilli récemment une observation intéressa à cet égard. C'est celle d'un Savoyard vigoureux qui, g depuis environ un mois d'un petit anthrax de la cuisse, une chute sur les reins, fut pris de fièvre, entra dans un vice de médecine où on constata à la fois une pleurésie et empâtement de la région lombaire. On fit une ponction d plèvre avec une seringue de Pravaz et on en retira un liq louche où les recherches bactériologiques démontrèrent staphylocoque doré. Le malade fut envoyé en chirur M. Verneuil diagnostiqua un abcès profond avec pleurési voisinage, ouvrit cet abcès et en retira 1 litre 1/4 de pus. fond de cet énorme abcès, le rein, le rachis étaient int C'est alors que M. Verneuil apprit l'histoire de l'ant antérieur. Dans le pus, M. Beretta trouva le staphylocoq l'état de pureté. Il est à remarquer que l'anthrax initial cicatrisé depuis longtemps.

Variétés de l'ostéomyélite.

M. Lannelongue. — Depuis deux ans, j'ai examiné, dans mon service, 36 cas d'ostéomyélite aiguë ayant donné comme agent microbien : 21 staphylococcus aureus ; 7 staphylococcus albus ; 4 streptococcus pyogenes ; 2 pneumocoques ; 2 micro-organismes inconnus. Ces recherches, je les ai commencées il y a longtemps. C'est dans mon service et à ma demande que M. Pasteur a étudié le pus de l'ostéomyélite. Depuis, je rappellerai les recherches de Rosenbach sur la suppuration en général; celles de Kraske, Gangolphe, Rodet de Lyon surtout, sur l'ostéomyélite. Depuis quelques années, la question se transforme et l'on prouve que divers microbes peuvent causer l'ostéomyélite ; j'en ai montré par le streptocoque, par le pneumocoque, par le bacille d'Éberth, mais ces derniers faits sont très spéciaux et je les laisserai de côté. En outre, j'ai étudié tout cela expérimentalement, et je vous présente des os de lapin en voie de développement chez lesquels M. Achard et moi avons déterminé l'ostéomyélite à staphylocoques, à streptocoques, à pneumocoques, et je rappellerai que MM. Courmont et Rodet (de Lyon) ont fait des expériences analogues.

Ces variétés étiologiques correspondent-elles à des formes cliniques ? c'est ce que je veux étudier ici. Le type classiquement décrit étant l'ostéomyélite à staphylocoques, voyons les particularités des autres.

L'ostéomyélite à streptocoques, d'abord : on peut la diagnostiquer, et dans mes 10 derniers cas, je l'ai diagnostiquée. Son invasion est brusque, 39°, 40° brutalement. Mais la fièvre ne reste pas élevée; en plateau comme dans l'ostéomyélite à staphylocoques; elle rappelle les oscillations de l'ancienne pyohémie. Localement, dès qu'il y a gonflement, il y a suppuration ; gonflement et abcès sont en outre bien plus rapides, bien plus étendus ; il n'y a pas de bourrelet limitant. En outre, bien vite la peau prend une rougeur érysipélateuse, et d'ailleurs on sait, et nos expériences sur le lapin le confirment, que le streptocoque aime les lymphatiques ; de là une rougeur angioleucitique, de là aussi une adénite douloureuse, aiguë, qui est à peu près inconnue dans l'ostéomyélite à staphylocoques. Ce n'est pas tout, et dans mes observations je n'ai pu retrouver ce réseau veineux développé qui est si net dans l'ostéomyélite à staphylocoques. En outre, les métastases steptococciques sont articulaires, synoviales, séreuses, tandis que celles du staphylocoque sont viscérales surtout, et c'est seulement quand l'os est pris que la jointure se prend par continuité. Autre fait : les enfants sont souvent jeunes; nouveau-nés même, et dans ce cas, on apprend que la mère a eu de la fièvre puerpérale. Du côté de l'os, quelques faits sont spéciaux. Le streptocoque attaque moins la moelle osseuse, cause bien moins de séquestres, de décollements épiphysaires ; s'il n'y a pas les complications immédiates dues à la virulence de l'agent, si le sujet ne meurt pas à la période aiguë, la guérison locale est bien plus prompte, bien plus sûre. De là une conclusion thérapeutique : il faut ici débrider largement les parties molles, mais il est inutile de trépaner, d'évider l'os.

J'en arrive au pneumocoque. Les faits publiés antérieurement sont en réalité des métastases pneumoniques. Mes deux cas concernent des malades chez lesquels je n'ai pas trouvé de foyer initial : il y avait ostéomyélite primitive. Localement, les désordres *osseux* sont moindres encore que par le streptocoque, mais il y avait arthrite suppurée, dans un cas au genou, dans l'autre à la hanche. La lésion osseuse portait sur la région dia-épiphysaire. Après incision et lavage des abcès, ces deux malades ont guéri très rapidement, et j'ai pu le vérifier à l'autopsie. Peu de temps après, en effet, ils sont venus mourir à l'hôpital, l'un d'une affection médicale non déterminée, l'autre d'abcès multiples *à staphylocoques*, survenus un mois après. N'attendez pas de moi d'ailleurs un tableau didactique de l'ostéomyélite à pneumocoques : les deux cas ont pour moi été deux surprises. Mais mon esprit est en éveil, et je ne désespère pas d'y parvenir.

Variétés microbiennes des abcès.

M. Verneuil. — Il est démontré aujourd'hui que la pyogenèse est fonction microbienne, chez l'homme tout au moins. Les microbes pyogènes connus sont déjà très nombreux, mais tous ne sont pas connus, et dans les pus réputés stériles il est bien probable qu'il y a des microbes dont nous n'avons pas encore trouvé le mode de coloration. Parmi ces microbes il en est qui sont constamment pyogènes, d'autres qui ne le sont qu'éventuellement. Le pus peut être monomicrobien ou poly-microbien, et dans ce dernier cas tantôt tous les microbes associés sont pyogènes, tantôt à des microbes pyogènes s'en joignent de non pyogènes. Ces associations microbiennes sont encore à l'étude, mais un foyer primitivement monomicrobique peut devenir poly-microbique secondairement, après incision surtout, ou même un microbe primitif peut disparaître et être remplacé par un autre microbe : c'est ce que M. Clado et moi avons vu pour les abcès spirillaires des ganglions sous-maxillaires. Enfin, le pus peut à la longue devenir stérile, mais primitivement il a été virulent. Ce n'est pas tout, et souvent il ne faut même pas se hâter de déclarer que l'abcès est stérile, car souvent les microbes habitent la paroi seule.

Ces microbes, nous le savons, viennent du dehors, mais souvent ils restent silencieux pendant un temps indéterminé au point contaminé, puis y pullulent plus ou moins tard. Cela dépend, d'ailleurs, de leur vitalité moyenne : on sait que spontanément le pneumocoque ne vit que quelques jours, le streptocoque un peu plus, tandis que le staphylocoque doré — l'ostéomyélite aiguë nous le prouve — et surtout le bacille de la tuberculose, ont une vitalité presque indéfinie.

La recherche des microbes dans le pus doit entrer définitivement dans les procédés courants de l'investigation clinique. Et de là doivent résulter des conclusions thérapeutiques. Admettre la spécificité des microbes implique la spécificité des médicaments : il ne faut pas attaquer tous les microbes par un antiseptique univoque, dont on change selon le caprice de la chimie. Ce qui en tue un ne tue pas l'autre, et notre thérapeutique doit s'appuyer dès lors sur les recherches de laboratoire.

Ainsi cette thérapeutique doit être parasiticide. Certes, il y a longtemps qu'elle l'a été, et par exemple elle l'était au moyen âge avec les baumes, plus près de nous elle l'a été par l'emploi de l'alcool, de l'iode : mais c'était par hasard qu'on arrivait à ces résultats; on y renonçait dès lors de temps à autre, et en particulier le cataplasme continuait à régner plus ou moins. De nos jours, on peut tenter de régulariser cette thérapeutique.

Soit d'abord un foyer largement ouvert : la pulvérisation phéniquée en est maîtresse; mieux encore, elle agit dans le derme jusqu'à une certaine épaisseur, elle combat efficacement l'érysipèle, la lymphangite, l'anthrax. Mais à une profondeur donnée, elle devient inefficace, il faut ouvrir le foyer. Ces ouvertures sont de deux ordres : les unes ont pour but d'évacuer le pus ; les autres, de le stériliser. On peut chercher à neutraliser les petites collections. Les grandes collections aussi, mais alors cela est très long, et pour gagner du temps il faut d'abord évacuer le pus, puis le remplacer par le parasiticide. Mais il ne s'agit plus de ces énormes incisions qu'on faisait autrefois. Même pour l'anthrax, pour le phlegmon diffus, les grandes incisions doivent être abandonnées : il faut les faire petites, les réduire au besoin à des ponctions, de façon à porter le parasiticide dans le foyer. De même j'ouvre les abcès circonscrits par une simple ponction, juste pour introduire le drain et par là je fais faire des injections antiseptiques. Le résultat est excellent et rapide : c'est que j'ai remplacé l'indication d'évacuation par l'indication de stérilisation.

Abcès à streptocoques dû à l'érysipèle.

M. Reclus. — Après les deux communications magistrales que vous venez d'entendre, j'ose à peine vous apporter un tout petit fait de suppuration à streptocoques, n'ayant d'intérêt que dans la précision du diagnostic. Il s'agit d'une femme de 40 ans chez laquelle existait un abcès manifestement situé dans le grand droit de l'abdomen. L'interrogatoire apprenait nettement qu'au cours d'une bronchite, quelques semaines auparavant, une rupture s'était faite dans ce muscle pendant une quinte de toux. Pourquoi cet hématome avait-il suppuré ? Quinze jours avant la formation de l'abcès, un érysipèle, bénin d'ailleurs, avait atteint la face. Cela me sembla démontrer nettement le diagnostic : hématome inoculé par le streptocoque. Il était facile d'en avoir la preuve : le pus recueilli était une culture pure de streptocoque.

Etiologie des cystites.

M. Bazy. — L'étiologie des cystites est encore très obscure. Sans doute, nous savons aujourd'hui rattacher à la tuberculose ou à la blennorrhagie des cystites autrefois dites spontanées. Mais il en reste où l'on dit cystite *a frigore*, rhumatismale, goutteuse; celles-là aussi semblent être infectieuses. Parmi ces cas, il en est qui ne sont pas, il est vrai, des cystites : il ne suffit pas qu'il y ait douleur et fréquence de la miction pour qu'il y ait cystite, c'est-à-dire inflammation de la vessie. Ces troubles peuvent exister, sans cystite, chez des goutteux, chez des glycosuriques. Ce qui est caractéristique de la cystite, c'est la présence du pus dans l'urine, et pour affirmer cette présence, il faut s'appuyer sur l'examen histologique. Etant donné qu'il existe une cystite, ainsi démontrée, il faut savoir que le froid, le rhumatisme, l'influenza peuvent réveiller une cystite qu'on croyait éteinte, mais qui en réalité sommeillait. De plus, il faut éliminer la femme, dont la vessie s'infecte si facilement par voie externe. Cela étant, c'est à l'homme qu'il faut s'adresser pour étudier les cystites dites *a frigore* ou rhumatismales. Or M. Bazy a recueilli à cet égard trois observations intéressantes. Chez un homme de 45 ans, il a vu une cystite se déclarer quelques jours après une fluxion avec abcès dentaire. Chez un autre, le seul accident connu était un phimosis avec balanoposthite. Chez le troisième, enfin, aucune cause ne put être soupçonnée. Chez les trois malades la cystite a radicalement guéri par l'usage du lait et de la térébenthine. Chez le second, on peut admettre une infection ascendante, mais non chez les deux autres. Au reste, M. Bazy n'a pas fait pratiquer l'examen bactériologique de ces urines.

Traitement des abcès chauds.

M. Piéchaud (Bordeaux) présente une note sur le traitement des abcès chauds sans incisions. Depuis environ 8 ou 10 mois, il les traite, dans son service d'enfants, par la ponction suivie d'injections antiseptiques. Sa première observation est relative à une arthrite suppurée du genou guérie très rapidement par l'injection au sublimé. Ce succès lui donna l'idée de continuer de même : il en obtint bientôt deux autres pour de volumineux abcès. Les faits se sont multipliés, et M. Piéchaud a constaté par l'examen bactériologique que les abcès à streptocoques et à staphylocoques guérissent également bien. Et même le succès fut éclatant dans un cas de phlegmon très grave à streptocoques occupant la région jambière et la peau étant déjà menacée de sphacèle. M. Piéchaud a une vingtaine d'observations, toutes heureuses. Sans doute, on peut chercher l'antiseptique spécial aux divers microbes. Mais en somme M. Piéchaud se déclare satisfait, pour tous les cas, du sublimé à 1/1000; l'acide phénique lui a moins bien réussi. Au reste, le sublimé est actuellement le seul antiseptique dont il use dans son service, et depuis ce moment les plaies ne suppurent plus. Au point de vue spécial des abcès, cette thérapeutique antiseptique nous permet d'éviter les grandes incisions, quelquefois dangereuses dans certaines régions et entre des mains peu expérimentées.

Abcès du foie.

M. Peyrot (Paris) résume devant le congrès l'observation que nous avons déjà publiée (voy. *Mercredi*, n° 2, p. 13) sur le pus stérile d'un abcès du foie.

Thyroïdite à pneumocoques.

M. G. Marchant (Paris). — J'ai observé une thyroïdite suppurée survenue à la suite d'une pneumonie chez une femme de 72 ans. Trois semaines après la pneumonie, se déclarèrent une douleur et un gonflement portant manifestement sur le corps thyroïde. Au premier abord, les signes faisaient craindre un néoplasme, mais bientôt il devint évident qu'il y avait un abcès. Je ferai remarquer que cette femme n'avait pas de goître; on lui avait seulement dit, quand elle avait 18 ou 20 ans, que son cou était un peu gros. Mais depuis, aucun accident de ce côté. Le pus fut recueilli avec les précautions voulues, et l'examen bactériologique fait par M. Morax a démontré la présence du pneumocoque. Je n'ai pas pu trouver d'autre observation semblable, et je crois devoir mettre ce fait en parallèle, par exemple, avec le fait de thyroïdite typhoïdique, due au bacille d'Eberth, récemment publié à Genève par MM. Kummer et Tavel.

Les microbes de la suppuration.

M. Doyen (Reims) a étudié depuis 1882 les divers cas de suppuration et de septicémie qu'il a eu l'occasion de rencontrer. Les microbes pyogènes sont, en première ligne, les staphylococci aureus, albus, citreus, le microbe du Clou de Biskra, deux staphylocoques de l'urine (albus et flavus), le streptocoque pyogène et quelques autres streptocoques, le tetragonus, le gonocoque, le pneumocoque de Frænkel.

Le bacille de Friedlænder, le bacillus pseudo-pneumonicus, le B. crassus sputigenus, 8 bactéries de l'urine, décrites par le docteur Doyen, au nombre desquelles se trouvent le bacillus ureæ de Leuben, la bactérie septique de Clado, la bactérie pyogène de Hallé et Albarran, et peut-être aussi le bacille de la septicémie du lapin de Koch et le bacterium coli commune. Citons également le bacille de Gilbert et Lion, le bacille du pus bleu, le bacille du tétanos, un anaérobie facultatif observé par le docteur Doyen et qui fragmente l'agar en 24 heures par des productions de bulles de gaz, le bacille de la tuberculose, celui de la morve, le cladothrix, l'actinomycose et enfin les aspergilus.

Ces microbes peuvent déterminer l'inflammation et la suppuration locales compliquées ou non de lésions générales.

Certaines lésions bien déterminées appartiennent à tel ou tel microbe.

Le staphylococcus aureus est ainsi le microbe du furoncle. Les abcès peuvent être produits au contraire par bien des bactéries différentes.

La réaction générale peut précéder l'infection microbienne (érysipèle). Elle peut lui être contemporaine (phlegmon) ou secondaire (septicémie). Les microbes pyogènes par excellence, le staphylococcus aureus et le streptocoque peuvent tuer par infection générale avec ou sans formation d'abcès métastatiques. La pyémie n'est donc qu'une modalité anatomo-pathologique de la septicémie et ne peut être décrite en tant qu'entité morbide.

Toutes les infections générales dues à des bactéries doivent porter le nom de septicémie, qu'il y ait ou non formation d'abcès métastatiques. La mort, dans la septicémie, nous semble rarement produite par les produits solubles à l'exclusion des bactéries. Nous avons constamment rencontré, dans les autopsies les plus précoces, les bactéries dans le foie, la rate, les reins, l'uretère — soit chez l'homme, soit chez les animaux en expérience.

Les conséquences pratiques de ces recherches bactériologiques sont des plus importantes et, pour ne citer qu'un exemple, nous signalerons la diversité des traitements de la pleurésie et de la péritonite purulente, suivant qu'il s'agit de tel ou tel agent infectieux.

Résultats éloignés de l'ablation des annexes de l'utérus dans les affections non néoplasiques de ces organes.

M. Spencer Wells (Londres) a fait lire par M. le secrétaire général une courte note où, tout en reconnaissant les résultats excellents fournis par l'oophorectomie lorsqu'elle est bien indiquée, il proteste contre l'abus qu'on en fait dans les affections non néoplasiques : et M. Battey lui a écrit qu'il est du même avis. D'une part, en effet, il y a des salpingites qui guérissent fort bien sans opération; d'autre part, il n'est pas rare qu'après la castration les accidents douloureux persistent.

M. Lawson Tait (Londres) a lu un très long mémoire où il prend, à vrai dire, le contre-pied des opinions de M. Spencer Wells. Si on conteste l'opportunité de ces interventions, ce n'est pas, d'ailleurs, à cause de leur gravité : la mortalité de Lawson Tait est de 3 0/0; mais on discute leur valeur thérapeutique définitive. Une question préalable se pose : Quel est l'effet physiologique de la castration chez la femme à la puberté, dans l'âge adulte, à la ménopause? Ici, il nous est impossible de suivre M. Tait dans les longs développements où il conteste qu'on puisse tirer des conclusions des expériences sur les animaux, où il étudie les modifications générales de l'organisme féminin après la castration, où il insiste

sur ce que devient l'appétit sexuel. Ces discussions philosophiques — où il est même fait appel par quelques Anglais au sentiment chrétien — manquent un peu d'intérêt à nos yeux.

Ce qui nous importe, c'est le résultat d'une pratique aussi vaste que celle de M. Tait et c'est pour cela que nous analyserons sa statistique de castrations pour myomes utérins — quoiqu'elle ne rentre pas dans la question posée par le Congrès. Ces castrations donnent les meilleurs résultats éloignés : sur 265 cas pouvant entrer en compte, 8 fois seulement il a fallu recourir secondairement à l'hystérectomie; 257 malades ont été guéries, souvent même leur tumeur a disparu. A ce propos, M. Tait émet l'assertion suivante : avant 40 ans, 70 0/0 des tumeurs disparaissent complètement; le fait est rare, au contraire, après 40 ans. Au reste, il pense que l'influence heureuse de la ménopause sur les tumeurs est un simple préjugé. On a reproché à ces oophorectomies pour myomes de provoquer la folie : c'est là une erreur. Les quelques maussaderies observées par M. Tait ne dépassent pas celles de la ménopause spontanée; une seule malade est devenue folle, mais elle l'était sûrement un peu à l'avance; et par contre trois folies caractérisées ont guéri.

Arrivons maintenant aux salpingo-ovarites. Ici M. Tait n'a pas rassemblé de documents précis. Il pense que l'amélioration est surtout lente à se produire après les opérations laborieuses pour suppurations anciennes avec adhérences. Mais toujours elle est nette et M. Tait, reprenant un de ses thèmes favoris, nous montre ces femmes pouvant reprendre le coït, qu'elles avaient toujours dû suspendre, à moins que leur mari ne soit « une brute ».

La fin de la communication de M. Tait est redevenue intéressante : elle a trait à la question si épineuse du traitement des troubles nerveux par la castration. En principe, M. Tait s'y refuse, mais quelquefois il a cédé, en déclarant décliner toute responsabilité. Or deux fois il a eu des résultats remarquables : chez une jeune idiote sujette depuis la puberté à des crises d'épilepsie menstruelle; chez une femme de 25 ans chez laquelle la folie avait été à un tel degré qu'un jour on était arrivé juste à temps pour empêcher la malade de tuer son enfant. Il y a là de quoi donner à réfléchir.

M. Bazy, lui aussi, apporte deux faits analogues. Une fois, l'hystérie (avec paraplégie, chez une femme de 40 ans), disparut après l'ablation des trompes et des ovaires kystiques. Chez l'autre, les accidents furent d'abord amendés mais récidivèrent : il y avait ici des adhérences tubo-ovariennes. Dans ces deux cas, donc, il y avait des lésions des annexes, et cliniquement elles étaient évidentes. Et M. Bazy conclut que ces opérations sont justifiées dans quelques circonstances, dont la première est que les annexes doivent être malades.

M. Richelot de son côté a opéré quatre fois dans ces conditions, et avec des réserves très prudentes; il relate ces faits : D'abord ceux de deux jeunes filles qu'il a guéries d'une ovarialgie rebelle, par l'ablation unilatérale de cet ovaire, *sain*. Une autre malade a vu céder à la castration bilatérale des troubles assez vagues qui avaient résisté au curettage utérin et au raccourcissement des ligaments ronds. Enfin un cas d'hystérie vraie, sans aucun signe ovarien, fut très amélioré.

Voilà donc des cas où l'ablation des ovaires sains fut efficace. On conçoit ainsi que pour les ablations de salpingites M. Richelot ne partage pas l'avis de la majorité de ses confrères : pour lui, il est erroné de dire que les suites éloignées sont moins bonnes quand on opère pour de petites lésions que quand on s'attaque à de grosses lésions. Oui, les suites — la mortalité opératoire des pyosalpingites mise à part — sont excellentes pour les poches tubaires hématiques ou purulentes. Mais elles sont bonnes aussi pour les salpingites interstitielles, pour les ovaires scléro-kystiques; à deux conditions cependant : que la malade souffrit réellement de ses annexes, que l'opération, bien complète, ait détruit toutes les adhérences. Une dizaine de ces femmes ont eu une sorte de période d'hésitation, mais elles ont bien guéri. Parmi elles, il y avait deux vierges, n'ayant aucune infection utérine, et M. Richelot en conclut que M. Bouilly a tort de considérer l'ovaire scléro-kystique comme résultant d'une infection très légère.

M. Bouilly n'a prononcé que quelques mots, car il n'avait qu'à confirmer les conclusions qu'il a soumises au Congrès de Berlin (voy. *Mercredi*, 1890, p. 487); et ce qui leur donne plus de poids, c'est que depuis cette époque il a des renseignements tardifs sur 70 malades au lieu de 45. A son sens — et tous les autres orateurs dont nous citerons le nom sont de cet avis — les résultats tardifs sont d'autant meilleurs qu'on a enlevé une lésion plus accentuée. De ces 70 malades, 9 ont eu des accidents tardifs: 2 poussées de péritonite récidivante (ceci est l'apanage des pyosalpingites) d'abord inquiétantes mais vite calmées, une fois après évacuation d'un abcès par la cicatrice; 3 leucorrhées abondantes qui ont cédé au curettage; une fois des métrorrhagies graves qui ont cessé sans traitement au bout de 6 mois ; une fois des douleurs avec tuméfaction d'un des culs-de-sac, une nouvelle laparotomie a permis d'enlever une poche sanguine contenue entre les adhérences et la guérison a été définitive. Ces 7 malades, au total, ont guéri. Il n'en reste que 2 qui soient l'opprobre de la chirurgie : celles-là, opérées pour de petites salpingites interstitielles adhérentes, souffrent autant qu'avant. Mais on peut leur opposer des résultats excellents dans des cas en apparence semblables. Cela ne doit donc pas nous décourager, mais nous devons chercher la cause de ces échecs. Cause jusqu'à présent obscure. Peut-être est-ce, comme M. Richelot le croit, que pour ces salpingites, très adhérentes, l'ablation n'a pas été totale.

M. Le Dentu a également vu cesser rapidement par l'amputation du col et le curettage les phénomènes persistants de métrite. Pas toujours, cependant, et une fois il a dû faire secondairement une hystérectomie vaginale très difficile, dont la malade a guéri, mais avec une fistule urétérale.

Dans la communication de M. Le Dentu un point surtout mérite d'être mis en lumière. Trois fois, peut-être quatre, les accidents douloureux ont eu pour cause une lésion signalée par M. Lawson Tait: le développement kystique de la portion de trompe comprise entre la ligature et l'utérus. On sent alors une petite tumeur sur les côtés de l'utérus. Une de ces malades a guéri après la dilatation de l'utérus, qui a amené l'écoulement d'un liquide noirâtre : cela rend évident le siège intra-tubaire de la collection. Chez une autre les douleurs intolérables ont cessé après l'écoulement spontané du liquide par le vagin. Chez la troisième, enfin, M. Le Dentu a constaté cliniquement ces deux tumeurs. Pour ces deux faits, le siège intra-tubaire n'est pas incontestable, et on se souviendra de l'hématome trouvé entre les néo-membranes par M. Bouilly. Mais le premier cas suffit pour en justifier amplement le précepte sur lequel insiste M. Le Dentu: lier la trompe aussi près que possible de la corne utérine.

M. Terrillon, après avoir résumé sa statistique — et pour les résultats éloignés il s'en tient à celle qu'il a publiée dans son livre récent (voy. *Gazette*, 1891, p. 59) — a relaté trois observations analogues à celles de M. Le Dentu. Une fois il a constaté une tumeur abdomino-pelvienne, en a retiré par ponction hypogastrique 300 gr. de liquide citrin et aseptique, après quoi la malade a cessé de souffrir. De même chez une autre, qui fut ponctionnée par le vagin. La 3e enfin fut ponctionnée par l'abdomen, il y a 8 jours : il est à remarquer qu'elle avait été opérée il y a 5 semaines par la méthode de Péan. Le siège intra-tubaire est donc douteux.

M. Jeannel (Toulouse) a recueilli deux faits semblables ; une fois par une incision abdominale il a évacué du liquide hématique ; chez l'autre malade, la tuméfaction est en train de disparaître. M. Jeannel a suivi 32 opérées de salpingite et en somme se déclare satisfait des résultats tardifs. Quelques bouffées congestives pendant quelque temps n'entravent pas la guérison définitive et l'atrophie utérine presque toujours obtenue.

M. Routier pense de même. Toutes ses opérées (il en a 52 de juillet 1887 à décembre 1890) ont eu cette phase initiale plus ou moins pénible, mais chez toutes le résultat final a été bon, et s'il a persisté quelques souffrances abdominales, ce n'est rien à côté des douleurs antérieures. Nous ne reviendrons pas sur ce que M. Routier a déjà dit relativement à la castration unilatérale (voy. *Mercredi*, 1891, p. 141).

M. Jacobs (Bruxelles) a communiqué, lui aussi, une statistique, portant sur 58 malades. Il confirme les conclusions de M. Bouilly. Il a constaté que plusieurs fois les malades encore souffrantes avaient des rétro-déviations utérines : il se demande donc si l'on ne devrait pas terminer l'oophorectomie par l'hys-

téropexie ; opinion qui a été combattue par les autres orateurs.

M. Pozzi, enfin, est revenu à la charge à propos de la cicatrice abdominale. Il avait amené un assez grand nombre de ses opérées sur lesquelles on a pu constater que, par la suture en étages, la cicatrice est linéaire et sans éventration.

M. Segond a discuté à nouveau cet argument déjà épuisé par la récente discussion de la Société de chirurgie ; puis il a opposé, au point de vue des résultats tardifs, la laparotomie à l'hystérectomie vaginale. Par la laparotomie il a 18 opérées qu'il suit depuis 8 mois à 2 ans, et il compte : 1 insuccès complet, pour lésion non suppurée ; 5 guérisons radicales dont 3 lésions non suppurées ; 7 femmes très améliorées mais souffrant encore un peu ; 5 ayant des accidents utérins non douloureux rebelles au curettage. L'hystérectomie vaginale est encore bien jeune pour qu'on puisse parler de résultats tardifs. Mais en arrêtant la statistique aux cas ayant au moins 3 mois de date, M. Segond constate qu'une seule malade, laparotomisée antérieurement pour pyosalpingite, n'est pas entièrement guérie ; 15 autres sont radicalement guéries, et elles sont loin de se soumettre au repos vaginal. Et ici la nature des lésions enlevées ne fait rien : 9 de ces malades suppuraient, 7 ne suppuraient pas.

M. Doyen (Reims) a l'expérience à la fois de l'hystérectomie vaginale et de la laparotomie ; et son total est de 57 opérations, datant de 1887. On y trouve : 32 laparotomies avec 2 morts, 3 résultats nuls, 7 médiocres, 20 bons ; 4 laparotomies sous-péritonéales avec 1 décès ; 20 hystérectomies vaginales (dont la première date de 1887) avec 1 décès et 19 bons résultats thérapeutiques ; mais il ne faut pas trop pencher vers cette seconde méthode, car quelquefois la fonction ovarienne peut être conservée. Lorsqu'il y a des fistules, l'hystérectomie vaginale est incontestablement la méthode de choix.

M. Poncet (Lyon) a communiqué un cas de malformation utéro-vaginale avec accidents de rétention tubaire où l'ablation des annexes par laparotomie a donné un succès qui se maintient depuis 18 mois.

Hystérectomie par la voie sacrée.

M. Terrier (de Paris). — L'hystérectomie par la voie sacrée découle de l'opération de Kraske. On n'a pas tardé à aborder de la sorte, dès 1888, les organes génitaux de la femme. Les premières opérations de Hochenegg lui ont donné un décès, une guérison, une fistule fécale. Puis vinrent des essais de Hegar et Wiedow. Je rappellerai l'opération ostéoplastique de Lévy. Peu après Zuckerkandl et Wœlfler recommandèrent une simple incision des parties molles, le long du sacrum. M. Roux (de Lausanne) a fait une dizaine de ces opérations, avec résection ostéoplastique, pour enlever divers organes du bassin. Divers cas analogues ont été publiés, mais je n'en connais pas encore en France, et je vais vous relater deux faits de ma pratique.

Ma première malade, atteinte de cancer du corps, avait un utérus volumineux, que je ne croyais pas pouvoir aborder par le vagin. Je ne fis pas une large résection du sacrum, mais j'enlevai seulement le coccyx et une partie de l'aile du sacrum. L'ouverture fut assez large pour que je pusse saisir l'utérus et lier les ligaments larges, en commençant par celui du côté opposé à mon incision. Puis je réséquai l'extrémité supérieure, envahie, du vagin. La vraie difficulté, signalée d'ailleurs par presque tous les opérateurs, fut d'ouvrir le péritoine, et cependant la femme était assez maigre. Le doigt d'un aide, introduit par l'anus, me mit à l'abri d'une lésion du rectum. Suture du péritoine, drainage, suture superficielle. Le résultat parut d'abord excellent. Mais vers le 10e jour il y eut des phlyctènes, et je crus que c'était dû au décubitus dorsal, ce qui d'ailleurs est erroné. Il y a eu une eschare, mais la cicatrisation s'est bien faite et l'état local est très satisfaisant.

J'ai opéré quelque temps après une femme de 52 ans, très grasse, avec un utérus volumineux, adhérent au cul-de-sac postérieur, avec envahissement du ligament large. J'opérai comme précédemment, et j'eus tort. J'aurais dû faire une brèche osseuse bien plus large. De là grande peine pour trouver l'utérus, pour ouvrir le péritoine, pour amener au dehors l'utérus, dont les annexes étaient adhérentes. L'utérus une fois enlevé, j'eus la mauvaise idée d'enlever les annexes, et des deux côtés je liai l'uretère. Ma ligature glissa d'un côté, mais non de l'autre, et la striction fut absolue : la malade mourut 5 jours après et c'est à l'autopsie que je vis cette ligature de l'uretère, portant, comme cela est déjà arrivé à un opérateur, sur l'uretère du côté où était mon incision.

Je crois que c'est une opération d'exception, et non de choix, bonne quand le vagin est atrophié, le col effacé, le orps volumineux, adhérent, les ligaments larges infiltrés. C'est une opération certainement difficile. Je crois que le procédé de Roux est bon et qu'il faut faire une résection osseuse large et temporaire.

M. Roux (Lausanne). — Moi aussi, j'en fais une opération d'exception. Par mon procédé du volet on a un jour énorme, on voit jusqu'à l'ombilic, et la ligature de l'uretère est rare. Je n'ai eu qu'une mort, dans un cas où j'avais dû réséquer en partie la vessie et l'uretère : ma suture de l'uretère n'a pas tenu. Pour bien écarter le volet, on le rabat sur la fesse et on le fixe par un point de suture. Mais avant de suturer j'enlève maintenant le fragment osseux, utile jusque-là pour faire une sorte de levier.

Cancers utérins inopérables.

M. Levrat (Lyon) fait une communication sur le traitement palliatif des cancers utérins inopérables par les cautérisations au thermo-cautère et à la pâte de Canquoin.

Myomectomie abdominale.

M. Terrillon (Paris) a communiqué au Congrès en 1888 sa statistique de myomectomies, qui lui donnait 30 0/0 de décès. Depuis, sa mortalité n'est plus que 16 0/0. Il a employé les deux traitements intra et extra-péritonéal du pédicule, le premier 28 fois, le second 26 ; dans chacune de ces séries il a eu 3 morts. Nous pouvons résumer rapidement ces relevés, qui reproduisent, en somme, les communications faites depuis quelques mois par M. Terrillon à la Société de chirurgie. Pour la méthode extra-péritonéale, il a renoncé à suturer le pédicule à la paroi. Les trois morts sont dues à la septicémie : une à l'époque où il ne savait pas encore bien dessécher le pédicule ; une dans un cas où il avait voulu supprimer le tube de caoutchouc, le moignon a saigné et s'est infecté. Pour la méthode intra-péritonéale, il emploie la ligature élastique ; il recommande de bien vérifier si un ligament large n'échappe pas sous la ligature, si une anse intestinale n'est pas comprimée dans le petit bassin par le moignon réduit. Ce n'est pas une méthode universelle, mais elle convient aux pédicules pas trop gros et surtout courts. Un incident fréquent est l'élimination du fil par le vagin.

Dans ses myomectomies, il met à part deux cas où, la tumeur une fois énucléée, il n'y eut pas de pédicule, le ligament large étant étalé autour de la tumeur comme un filet autour d'un ballon. Une de ces malades est morte. L'autre, dont le fibrome pesait *32 kilogrammes*, est guérie.

M. Chénieux (Limoges) a fait 5 fois l'hystérectomie abdominale pour des tumeurs pesant 16, 12, 11, 10 et 7 kilogr., a toujours rentré le pédicule et a eu un seul décès, dans un cas où un kyste gélatineux s'était préalablement rompu dans le ventre. Mais il combat l'usage de la ligature élastique en masse. Pour cette opération il faut suivre les règles ordinaires de la chirurgie, mettre des ligatures en chaîne sur les ligaments larges et on assure bien l'hémostase.

M. Leriche (Mâcon). — Je suis partisan dans bien des cas du traitement des corps fibreux par la galvanisation, mais non point partisan quand même, et je vous présente une pièce que j'ai enlevée il y a 3 semaines par voie abdominale, après échec de la galvanisation. Et la galvanisation devait échouer, à cause d'une grossesse concomitante dont le diagnostic était très épineux, car la malade, vierge en apparence, n'avouait qu'un rapport sexuel incomplet 4 mois auparavant. Les règles étaient supprimées. La malade, opérée *inextremis*, est morte, et il est bien certain que la galvanisation a fait perdre un temps précieux.

Hystérectomie abdominale et vaginale combinée.

M. Bouilly (Paris). — Dans un cas spécial, j'ai fait une intervention complexe que je crois bonne à régulariser pour

quelques cas déterminés. Chez une dame d'une quarantaine d'années, des ménorrhagies abondantes débutèrent en juin dernier et M. Berger constata un cancer ulcéré avec un fibrome gros comme une tête de fœtus; je fus consulté et confirmai ce diagnostic. Le cas était complexe : le fibrome empêchait un abaissement suffisant pour qu'on fît une amputation du col dépassant bien le cancer; d'autre part l'état rigide du vagin, des ligaments larges me semblait empêcher l'hystérectomie vaginale totale; enfin la méthode de Freund, pour cancer surtout, est extrêmement grave. Mon plan fut donc le suivant : me débarrasser du myome par voie abdominale, puis enlever le col par la voie vaginale. Ce dernier temps fut assez difficile, chez une femme assez âgée, n'ayant jamais eu d'enfants. La guérison fut rapide, en 25 jours. Je ne veux pas tirer de là des conclusions générales. Mais ne serait-ce pas là la méthode idéale pour traiter les fibromes, en se débarrassant de ce pédicule ennuyeux au dehors, dangereux au dedans? Dans un an je vous dirai quel chemin a fait cette idée.

M. Pozzi. — Ce procédé a été employé par Bardenheuer, puis par Martin qui a publié 30 cas, mais avec 8 décès. En Allemagne on en est beaucoup revenu, et peut-être M. Bouilly reculera-t-il, lui aussi, après expérience faite.

Abcès de pelvipéritonite.

M. Paul Reclus (Paris). — Depuis quelques années, on parle à peine de la pelvipéritonite, si fréquente dans nos anciens auteurs. Delbet, dans son récent ouvrage, en donne bien une remarquable description, mais M. Pozzi, dans son excellent traité, n'ose même pas prononcer son nom. Ces collections ne seraient en définitive que des kystes purulents tubaires soudés aux parois et organes voisins. Quatre observations personnelles me permettent d'affirmer, peut-être même de prouver que la pelvipéritonite existe, avec une accumulation de pus dans le cul-de-sac de Douglas et une poche qui de là remonte plus ou moins dans l'abdomen. Dans mes 4 cas, il s'agit de suites de couches, et les 4 fois les malades ont rapidement guéri par la simple incision de la poche. Ces faits, d'ailleurs, s'expliquent aussi bien par la théorie lymphatique que par la théorie tubaire : les exemples abondent, depuis les adénophlegmons jusqu'à l'épididymite blennorrhagique, pour prouver que souvent un canal lymphatique ou muqueux sert à transmettre une infection dont lui-même ne semble pas souffrir. Chez ces quatre femmes, la tumeur bombait dans le cul-de-sac postérieur et de là on renvoyait la fluctuation à la saillie intra-abdominale; saillie quelquefois asymétrique, ce qui pourrait faire croire à une double pyo-salpingite, mais par une seule incision les deux poches se vident. L'évolution du mal a été à peu près la même dans les 4 cas : après l'accouchement ou l'avortement, il y avait eu une poussée péritonéale grave, bientôt amendée. Puis les accidents avaient repris et en quelques jours une tumeur volumineuse s'était constituée. Cette rapidité doit, à mon sens, exclure l'idée de pyo-salpingite. J'ai incisé ces tumeurs par la laparotomie (3 fois incision médiane et 1 fois latérale) ; je pus trois fois explorer largement la cavité et n'y trouvai aucune paroi ressemblant à la trompe. Ces malades guérirent rapidement par le simple drainage, et deux d'entre elles sont devenues enceintes, me montrant ainsi que j'avais eu raison d'innocenter les annexes.

M. Pozzi. — Je tiens à préciser un fait. Anatomiquement peut-il se faire une suppuration sans lésion des trompes allumant l'incendie? Les preuves de M. Reclus ne sont pas absolues : il dit surtout que la femme est devenue enceinte, mais il peut fort bien y avoir suppuration d'une seule trompe. D'autre part, je n'ai pas dit que le pus est toujours *contenu* dans la trompe, mais que l'*origine* est toujours dans la trompe. La rapidité d'évolution n'est pas un argument suffisant : j'en ai vu pour des salpingites d'origine puerpérale. Il y a certainement des cas où le pus est dans le péritoine, mais je dis que le diagnostic de siège est cliniquement impossible, et je conclus toujours: faites la laparotomie et agissez suivant la lésion que vous trouverez, c'est ainsi seulement que vous pourrez conserver utérus et annexes, fait important, puisque deux des femmes de M. Reclus sont devenues enceintes.

M. Reclus. — Il y a dans ces cas un argument clinique important : le cul-de-sac postérieur bombe d'une manière extrême. En outre la poche s'était développée avec une rapidité tout à fait insolite. Quant à l'hystérectomie vaginale, dans les abcès *aigus* personne n'en est partisan.

Curabilité de la péritonite traumatique post-opératoire.

M. Jullien (de Paris). — Malgré les progrès incessants de la pratique de laparotomie, les plus récentes statistiques enregistrent encore bon nombre de péritonites; Delbet note 6 morts par péritonite sur 164 opérations mentionnées dans une des récentes discussions de la Société de chirurgie, et cette proportion s'élève à 6 morts sur 25 opérations lorsqu'il s'agit de salpingites rompues au cours de l'intervention.

La plupart des chirurgiens semblent alors considérer la partie comme perdue; les rares faits de désunion des sutures enregistrés dans les recueils n'ont trait qu'à des insuccès (Munde, Routier), ce qui a lieu de surprendre étant données les guérisons inespérées obtenues par la laparotomie dans tant de cas de péritonite spontanée (Raymond, Lawson Tait, Trèves, etc.). Aussi est-ce à titre de rareté que je présente l'observation suivante.

Le 20 novembre je pratiquai la laparotomie à une jeune fille de 18 ans, lutteuse de profession et qui présentait des symptômes déjà anciens de suppuration pelvienne. L'opération fut des plus laborieuses, la poche purulente que je ne pus extirper se rompit, et je terminai par un tamponnement à la Mikulicz. Dès le soir une péritonite commençait à se déclarer, et le lendemain matin elle était indubitable. Malgré le pouls incomptable, le collapsus, le teint terreux, je fis sauter un ou deux points de suture et fis un lavage complet du péritoine au moyen d'une canule de 25 centimètres, et fis passer 5 litres de solution boriquée, puis 1 litre de solution phéniquée au 100e. Cette opération eut un effet presque immédiat, et, renouvelée à quatre reprises, sauva la vie de la malade. Je dois ajouter que j'avais remplacé le pansement ordinaire par un paquet de compresses imbibées de sublimé au 1000e recouvert lui-même d'un taffetas gommé et d'une vessie de glace.

Ce fait me paraît démonstratif et encourageant. Quelques-uns des revers proviennent peut-être de ce qu'on n'a pas assez résolument porté l'antiseptique dans toutes les parties de la cavité péritonéale, ni en assez grande abondance, ni avec assez de persévérance.

Double laparotomie à quatre jours de distance pour hémorrhagie.

M. Reynier (Paris). — Une femme de 22 ans entra en médecine à l'hôpital Tenon le 21 octobre 1890, se plaignant de douleurs abdominales. Depuis deux mois elle se croyait enceinte. Le 26 octobre, perte sanguine, puis, le 27 au soir, signes d'une hémorrhagie interne grave. Le lendemain matin je fus appelé, et je conseillai d'attendre, en soutenant la malade par l'alcool et les piqûres d'éther. Le lendemain le pouls était fort, mais fréquent, et la température montait à 39°,4. Je jugeai qu'il fallait intervenir : la laparotomie donna issue à une grande quantité de sang, la trompe droite fut liée et excisée, mais comme la malade tombait presque en syncope, l'opération fut terminée au plus vite, après simple ligature en masse sous les annexes gauches. Tamponnement du bassin avec de la gaze salolée. Le pouls se releva, mais la fièvre persista et, croyant à des accidents infectieux, au quatrième jour j'intervins de nouveau. Il y avait dans le ventre un liquide sanguinolent, en outre, traces de péritonite. Je recherchai et j'enlevai les annexes gauches après évacuation de tout le liquide, je lavai le péritoine à l'eau bouillie, puis je drainai par le vagin et par l'abdomen et je refermai le ventre. La température continua à osciller autour de 39° pendant 3 jours. Mais à ce moment elle tomba définitivement et la convalescence s'établit. La malade a conservé une fistule abdominale pendant 3 mois, puis a entièrement guéri.

Reste à interpréter le fait. Est-ce une simple rupture d'une veine du ligament large? Est-ce une rupture de grossesse extra-utérine? Je penche vers cette hypothèse, mais je n'en ai pas la preuve.

Des blessures de l'uretère dans les laparotomies.

M. Pozzi (Paris). — Les blessures de l'uretère dans les laparotomies ont été notées dans les extirpations de kystes

rétro-péritonéaux, surtout dans les kystes malins, à évolution rapide, tendant à s'assimiler les parties voisines. J'en ai réuni 3 observations, une de Schopf, une de Gusserow et la mienne.

Deux cas peuvent se présenter :

1° On a affaire à une simple blessure latérale, à une lésion partielle ;

2° L'uretère est arraché, séparé de ses connexions, voué à la mortification. C'est à ce dernier cas que j'ai eu affaire.

Dans le premier, alors que les bouts de l'uretère sont au contact, Schopf a fait la suture des deux bouts, avec une série de fils de soie, comme il aurait fait celle d'une section de l'intestin. Son opérée mourait deux mois après de péritonite. Gusserow fit de même la suture, mais sans le savoir, en liant au fond de la cavité de décortication des débris de kyste malin. Sa malade mourait de péritonite 8 jours après.

Dans mon cas, il s'agissait d'une femme de 53 ans, que je vis en septembre 1890, avec un kyste du côté droit du ventre, intra-ligamenteux, nullement mobile, qui, en deux mois, doubla de volume, s'accompagna d'amaigrissement, de cachexie, de douleurs vives dans les lombes et dans le côté droit du ventre. Dans un examen sous le chloroforme je constatai que le kyste adhérait à la paroi postérieure de l'abdomen, était immobile, non fluctuant.

Le ventre ouvert, je trouvai une tumeur charnue, rouge, fait qui du reste n'est pas très rare dans certains kystes recouverts de fibres musculaires hypertrophiées du ligament large. J'incise le feuillet ligamenteux, décortique la partie superficielle et plonge en 3 points le trocart; les 3 ponctions restent blanches, ce qui tenait à la petitesse des alvéoles et à la viscosité extrême du liquide qui les remplissait. Protégeant alors l'intestin, je fends la tumeur et la vide, après broiement, de son contenu.

Ayant ainsi réduit le volume de la tumeur, je reprends sa décortication et profondément trouve des attaches fibreuses que je dois détacher en m'aidant de la spatule et des ciseaux. Il reste une grande cavité saignante dans laquelle flottent deux grands tractus qui reliaient la tumeur au fond de la poche, je les prends pour des nerfs, les coupe; l'un était bien un nerf, l'autre creux, le bout vésical de l'uretère. Impossible de trouver son bout supérieur. La poche de décortication débordant la ligne médiane, je ne savais même si j'avais affaire au rein droit ou au gauche. Je cherchai à m'éclairer par le cathétérisme de l'uretère par la vessie, mais je ne pus y parvenir, les rapports de la vessie étant changés. Je fis alors l'éviscération complète et pus voir à droite une filtration rapide.

Dissection rapide du bout supérieur de l'uretère et fixation de ce bout dans la plaie. Résection et ligature du bout inférieur. Tamponnement de Mikulicz avec une sonde au centre. Bien m'en prit, car 8 jours après de l'urine sortit par le pansement. Je dus alors placer une sonde dans la région sus-pubienne, 1 dans la vessie, une 3e se trouvait dans le bout supérieur de l'uretère fixé à la peau.

Ultérieurement j'enlevai le rein droit; il était sain, deux points de néphrite interstitielle ancienne seulement. Guérison. Ce fait nous montre qu'avec une bonne antisepsie la fistulisation de l'uretère n'entraine pas l'infection du rein et peut par conséquent être employée avec avantage lorsqu'on en trouve l'indication.

Malformation utérine avec hernie inguinale.

M. Roux (Lausanne) a observé une femme de 36 ans atteinte d'une hernie inguinale double, d'insuffisance du vagin et n'ayant jamais été réglée. Le coït était possible, agréable même quelquefois, mais la malade demandait à subir n'importe quelle opération pour chercher : 1° à satisfaire complètement son mari; 2° à être débarrassée de ses hernies; 3° à avoir des enfants, si possible. M. Roux diagnostiqua une double hernie ovarienne, avec atrésie vagino-utérine. Il doutait fort de pouvoir faire cesser la stérilité, mais il fit ce que désirait la malade. Il fit d'abord une laparotomie et fut tout étonné de trouver les ovaires dans le ventre. Ce qui était dans les hernies, c'était de chaque côté une corne utérine, adhérente à l'épine du pubis par le ligament rond. Le sac herniaire était complet. Cure radicale par deux incisions inguinales. Quelque temps après le vagin fut reconstitué, et les deux conjoints s'en déclarèrent satisfaits.

Fibrome de la paroi abdominale.

M. Ledru (Clermont) communique une observation de fibrome de la paroi abdominale chez une femme de 27 ans, ayant eu deux enfants. La tumeur avait le volume du poing. Au cours de l'opération, il a fallu réséquer une partie du péritoine (8 cent. sur 5). Suture du péritoine au catgut. La cavité a été assez longue à se combler, mais la malade a bien guéri. M. Ledru admet le rôle étiologique de la deuxième grossesse, et non d'un traumatisme que la malade invoquait. La tumeur n'avait pas de véritable pédicule. La résection du péritoine, dans ce cas, devait être faite sans hésiter plutôt que de chercher à décoller la séreuse.

Taille hypogastrique avec résection pubienne pour tumeur vésicale.

M. Heydenreich (Nancy). — La taille hypogastrique, quand elle s'attaque aux tumeurs vésicales, doit ouvrir une large brèche, il faut qu'on ait du jour pour agir et bien dépasser les limites du mal. Les procédés habituels ne suffisent pas toujours à cet égard, au contraire la résection partielle du pubis, en conservant, par le bord inférieur de cet os, la continuité de la ceinture pelvienne, est dans ces conditions une excellente opération. Anatomiquement, en effet, c'est seulement la moitié supérieure de la symphyse qui masque la vessie. Cette opération, imaginée par Helferich *(Arch. f. klin. Chir.*, 1888, t. XXXVII, p. 625), a été pratiquée par moi chez un homme de 62 ans, atteint de tumeur vésicale et de hernie inguinale, de sorte que le cul-de-sac péritonéal descendait jusqu'au pubis. La vessie une fois ouverte, je constatai que la tumeur ne pouvait ainsi être suffisamment abordée. Je fis alors la résection pubienne, entre deux sections obliques au ciseau, et cela fait je pus aisément détruire la tumeur avec le thermocautère. L'opéré mourut au 8e jour d'une pyélonéphrite double, suppurée, ancienne. C'est là une opération d'exception, mais ce fait prouve que dans certains cas déterminés elle est anatomiquement excellente.

M. Pozzi. — Avant de recourir à cette brèche osseuse, je crois qu'il faut commencer par employer la position renversée de Trendelenburg, car elle donne un jour considérable.

M. Heydenreich. — Chez mon sujet, alcoolique, j'aurais craint la déclivité prolongée de la tête.

Kyste séreux de la vessie.

M. Segond fait connaître au Congrès une curiosité anatomique qu'il a rencontrée chez une femme à laquelle il pratiquait l'hystérectomie vaginale pour salpingo-ovarite bilatérale. Outre les lésions des annexes, il avait cliniquement constaté une tumeur arrondie, dure, mobile, dont les mouvements semblaient se communiquer au col utérin. Il diagnostiqua un petit myome pédiculisé. Grande fut donc sa surprise de ne rien trouver sur l'utérus enlevé avec les annexes. La plaie fut explorée avec soin et cela permit de constater que la tumeur était constituée par un kyste situé dans la paroi vésicale. Ce kyste, *inclus dans la couche musculaire*, fut incisé et sa paroi fut extirpée. Le liquide, séreux, n'a pu être recueilli; la paroi, examinée au microscope, était une vulgaire membrane conjonctive. M. Guyon a dit à M. Segond qu'il n'a jamais rien vu de semblable. Le seul fait analogue est un kyste séreux situé entre la vessie et le rectum, dont M. Cornil a entretenu la Société anatomique. M. Segond ne cherche à donner aucune interprétation.

Traitement des abcès urineux.

M. Desnos. — Le traitement des abcès urineux généralement adopté depuis que le professeur Guyon en a tracé les règles consiste à pratiquer une incision périnéale médiane, longue, à assurer le drainage au moyen d'une contre-ouverture et à éviter toute manœuvre uréthrale avant un temps fort long. Cette méthode offre une sécurité complète, mais souvent le retard apporté au rétablissement du calibre du canal expose à la création d'une fistule. Pour y remédier, on peut dans certains cas pratiquer l'uréthrotomie interne immédiatement après l'incision de l'abcès; ces cas sont les suivants : lorsque, après avoir largement ouvert et drainé la cavité purulente, on

trouve des parois lisses et non anfractueuses, lorsque la déclivité des ouvertures permet un libre écoulement des liquides, lorsque l'urèthre apparaît sain au fond de la plaie, lorsque, en un mot, l'asepsie est certaine, on peut pratiquer d'emblée une uréthrotomie interne. Si, au contraire, il existe des diverticules de l'abcès difficilement accessibles, si l'urèthre est entouré de clapiers, de tissus indurés dont la destruction est périlleuse, il faut se borner à inciser largement l'abcès par le périnée, à le drainer exactement, mais bien se garder de faire à l'urèthre une plaie qui à ce moment serait exposée à la septicémie.

Rétention d'urine dans la blennorrhagie.

M. Rochet (Lyon). — La rétention d'urine dans la blennorrhagie aiguë n'est pas rare, mais notre cas est spécial. En général cette rétention, le plus souvent passagère, est due soit à un spasme, avec ou sans élément congestif faisant gonfler la muqueuse, soit à une prostatite, soit à un rétrécissement jusque-là perméable. Or rien de tout cela n'existait chez mon malade, jeune homme de 24 ans, qui fut pris de rétention au troisième jour de sa première blennorrhagie. Un médecin jugea à propos de le sonder, et le cathétérisme dut être répété tous les jours. Alors je vis le malade, ne trouvai aucune prostatite, aucun spasme : la sonde passait sans aucun obstacle. La rétention persista pendant 25 jours. Elle céda après l'électrisation de la vessie et un traitement à l'ergot de seigle. Le succès de cette thérapeutique démontre donc qu'il s'agit d'une paralysie vésicale, que d'ailleurs je ne crois pas hystérique. Je la rattacherais plutôt à une lésion temporaire de la moelle sous l'influence du virus blennorrhagique : le centre vésical aurait été inhibé pendant quelques jours.

Cancer prostato-pelvien.

M. Buffet (Elbeuf). — Les néoplasmes de la prostate sont relativement rares, leur histoire est récente et le diagnostic en est des plus difficiles, au moins au début. Je relaterai donc l'histoire d'un homme de 47 ans chez lequel les accidents furent ceux d'un rétrécissement de l'urèthre. Rétrécissement infranchissable, si bien que l'uréthrotomie externe fut pratiquée, et permit dès lors un diagnostic précoce, *de visu*, en sorte que le drainage de la vessie assura un soulagement notable.

Extirpation de la vésicule séminale.

M. Roux (Lausanne). — En présence de la tuberculose testiculaire, les chirurgiens se divisent en deux camps : les abstentionnistes et les interventionnistes, parmi lesquels se range résolument M. Roux, pour les cas tout au moins où un examen approfondi lui démontre que la tuberculose épididymaire est une affection locale primaire, sans participation des reins, de la vessie. Mais il faut largement dépasser les limites du mal, et en particulier après castration les récidives dans le canal inguinal ne sont pas rares. Aussi M. Roux a-t-il cherché à extirper le canal déférent et la vésicule séminale correspondante et il a constaté que l'opération est plus facile qu'on ne le croirait au premier abord. Deux fois il l'a menée à bien chez des hommes dont, avec le testicule, la vésicule homonyme était manifestement malade, le reste de l'organisme étant sain. Après avoir fait la castration, il attire le cordon inguinal, comme on attire le ligament rond dans l'opération d'Alexander, et sectionne le canal en biais, après ligature. Cela fait, la plaie est suturée, puis le malade est mis dans la position de la taille, une incision d'environ 10 centim., à 2 ou 3 centim. de la ligne médiane, atteignant en arrière le coccyx, conduit sur la prostate, contre le rectum. L'index gauche, introduit dans le rectum, va accrocher la vésicule et la fait saillir. On la saisit dans une anse de fil, on la décolle avec le doigt, on attire jusqu'à la section oblique du canal déférent, on lie le col de la vésicule, on excise cette vésicule et enfin on suture la plaie. Les deux opérés de M. Roux ont bien guéri, mais chez le second M. Roux a eu la malencontreuse idée de chercher à compléter la cure par une injection de lymphe de Koch et il en est résulté des accidents cérébraux graves, dont le malade est actuellement à peine convalescent.

Hydrocèle congénitale tuberculeuse.

M. Phocas (Lille). — Certains faits plaident en faveur de l'origine péritonéale de l'épanchement dans l'hydrocèle congénitale. Ainsi la guérison possible par la simple oblitération du collet, guérison que j'ai obtenue chez un enfant de 11 ans par excision du collet dans l'étendue de 1 centimètre. On peut constater souvent la présence des signes d'une ascite plus ou moins manifeste et trois fois j'ai fait cette constatation. Une fois c'était en opérant une hydrocèle longue de 5 centimètres d'où il s'est écoulé un demi-litre environ. Enfin il est très exact, ainsi que le fait remarquer M. Faure, que l'apparition de l'hydrocèle coïncide avec un affaiblissement de la santé. Cette dernière considération m'amène à parler de la *nature* du liquide contenu dans la poche. Déjà dans les observations de Lorrain et de Letulle, l'hydrocèle congénitale fut occasionnée par une péritonite purulente. Dans deux de mes observations, ce fut la *tuberculose péritonéale*. Dans un cas la constatation de la nature tuberculeuse du liquide fut faite bactériologiquement. Dans l'autre, l'enfant ne fut pas opéré, à cause des lésions tuberculeuses du poumon. Ces faits ont rarement attiré l'attention des observateurs. Ils sont à rapprocher des observations de tuberculose herniaire. L'intérêt est dans la prédominance de l'hydrocèle au début. On croit se trouver en présence d'une hydrocèle congénitale classique; en réalité, on assiste à l'éclosion des premiers signes d'une péritonite tuberculeuse. Une dernière question est à élucider : la marche des lésions. Est-ce le péritoine qui devint primitivement tuberculeux; n'est-ce pas plutôt le sac péritonéo-vaginal qui est le premier atteint de la tuberculose? Sur ce point, je ne puis émettre une opinion fixe.

Arrachement des tendons rotuliens.

M. Chipault (Orléans) communique deux cas de suture des tendons sus et sous-rotuliens avec la rotule; ces observations ont été publiées déjà dans la thèse de Hervé (1890, voy. *Gazette*, n° 38 p. 454). Ces sutures ont été entreprises pour des ruptures sous-cutanées. Le premier malade avait une rupture sus-rotulienne, vieille de 5 mois, avec 4 cent. d'écartement. M. Chipault fit l'arthrotomie avec suture ostéo-tendineuse : le résultat fut parfait. Il y a des observations analogues de Mac Burney, Kaufmann, Chaputt, Bull, mais non identiques, car probablement aucune de ces sutures ostéo-tendineuses. La même opération a été faite par M. Chipault pour une rupture sous-rotulienne cette fois, ayant un mois de date. Ici, la suture ostéo-tendineuse a été faite par Wiener, par Rivington. Quant à la suture tendineuse, on cite les cas de Sandi, Cruveilhier et Rémy, Harrimann. Ces sutures ont toutes donné d'excellents résultats, tandis que le traitement non sanglant laisse les blessés infirmes. Evidemment, il faut s'abstenir dans les ruptures incomplètes (thèse de Dumesnil, 1889). Mais il ne faut pas dire la rupture incomplète parce que le genou conserve quelques mouvements; les ailerons rotuliens y suffisent, mais ils ne suffisent pas pour le rétablissement de la fonction. Chez ses deux malades M. Chipault a irrigué la jointure à l'acide phénique, et c'est à cela qu'il attribue une hydarthrose, passagère il est vrai, qu'il a observée après l'opération.

Ténotomie du sterno-mastoïdien

M. Phocas (Lille). — J'ai l'honneur de vous communiquer trois observations de torticolis musculaire, redressé à l'aide de la ténotomie à ciel ouvert. Il est reconnu que cette ténotomie est la plus efficace et la moins dangereuse à employer. Elle ne présente qu'un seul inconvénient, celui de produire une cicatrice. En vue de pallier à cet inconvénient, dans les trois cas que je vous présente je me suis contenté de pratiquer une petite incision de 2 centim., parallèle au muscle mastoïdien. Par cette incision on arrive facilement à sectionner non seulement le chef sternal, mais aussi le chef claviculaire.

Quant au traitement consécutif, nous avons employé la correction immédiate à l'aide de l'appareil de Sayre et dans deux cas nous avons soumis les malades, pendant 2 à 3 mois, à plusieurs séances de gymnastique et d'auto-suspension en vue de corriger la scoliose.

M. Piéchaud (Bordeaux), lui aussi, est partisan de la ténotomie à ciel ouvert et il communique trois observations à cet égard. Il y a un an, il a opéré un enfant dont le sterno-mastoïdien était très rétracté et très aminci : les deux chefs étaient rétractés et faciles à soulever entre les doigts. Ici,

la section sous-cutanée permit un redressement immédiat parfait. Il en fut tout autrement chez les deux autres enfants, car là, le muscle rétracté était large et épais; les deux fois, après section transversale totale du muscle, il fallut, pour obtenir le redressement, couper encore des plans aponévrotiques jusque dans le creux sus-claviculaire. Et de plus dans un de ces cas il y avait des connexions avec une artériole et surtout avec la jugulaire interne. La ténotomie sous-cutanée eût été bien dangereuse. Ainsi, il faut réserver la ténotomie sous-cutanée aux cas où le muscle est mince, facile à isoler, et c'est précisément pour cela que M. Piéchaud ne se rallie pas à la petite incision verticale de M. Phocas, insuffisante précisément dans les cas où il faut de larges sections musculo-aponévrotiques. L'opération terminée, le traitement post-opératoire a une grande importance, et à cet égard la traction élastique, très séduisante il est vrai par sa simplicité, n'est pas toujours assez efficace et il faudra dans bien des cas recourir aux minerves à clef.

Myosite tuberculeuse.

M. Delorme (Val-de-Grâce). — On ne trouve guère dans les livres classiques que deux ou trois faits de myosite tuberculeuse constituant des localisations initiales ou au moins prédominantes. M. Delorme rapporte donc 4 observations personnelles. Une d'entre elles seulement est complète, avec examen histologique et bactériologique dû à M. Vaillard : elle est relative à un vaste abcès froid lombo-dorsal, où le muscle fut trouvé dégénéré en masse sur 30 centimètres de long. Quant aux trois autres faits, le diagnostic n'y est que clinique et macroscopique. Le premier est celui d'un homme porteur au thorax d'une tumeur qui ressemblait à un abcès froid : à l'incision, elle était seulement fongueuse et occupait le grand dorsal. Puis des masses semblables se formèrent au bras, à l'avant-bras, encore dans les muscles. Enfin se déclara une tumeur blanche, et cela éclaire le diagnostic d'autant mieux qu'il existait des accidents pulmonaires. Une autre observation est celle d'un abcès froid dans le soléaire chez un sujet atteint de sacro-coxalgie. La dernière, enfin, est un abcès froid de la fesse.

M. J. Reverdin (Genève). — Parmi les faits jusqu'à présent publiés, outre le dernier de M. Delorme, il n'y en a que deux avec examen histologique. J'ai observé un jeune homme qui portait une tumeur dans le triceps brachial; il y avait ailleurs des gommes scrofuleuses. A une première opération, je trouvai les caractères macroscopiques d'une tuberculose. J'enlevai le mal et je réunis. Les pièces furent égarées. Mais un an après une tumeur fluctuante occupait la partie inférieure du muscle. Cette fois le pus fut inoculé, M. Mayor fit des examens histologiques. La nature tuberculeuse fut ainsi nettement démontrée par la structure ; pas de bacilles colorés ou cultivés. Mais les cobayes moururent tuberculeux.

Tuberculose et résection totale du tarse.

M. Gross (Nancy). — La résection totale du tarse pour lésions tuberculeuses est une opération que les chirurgiens ont rarement pratiquée. Les mémoires d'Ollier et Audry sur les tuberculoses du pied, ceux de Kappeler, Conner, Isler sur les résections atypiques du tarse n'en renferment qu'un petit nombre d'exemples. M. Gross eut occasion d'exécuter une opération de ce genre, sur une malade entrée dans son service, en janvier 1886, pour une gomme tuberculeuse de l'avant-bras droit, bientôt suivie d'une arthrite fongueuse du cou-de-pied gauche pour laquelle la résection tibio-tarsienne dut être pratiquée. A peine guérie, la malade fut prise au pied droit d'ostéo-arthrites tarsiennes multiples. Il y eut de la suppuration et deux fistules s'ouvrirent. Le 24 novembre 1887, M. Gross fit la résection totale du tarse ; tous les sept os du tarse furent méthodiquement extirpés. Les suites opératoires furent simples, mais la guérison ne se fit qu'avec lenteur et ne fut achevée qu'en septembre 1889. L'état du pied devint ensuite des plus satisfaisants.

M. Gross résume rapidement les indications de la résection totale du tarse. Pour lui, c'est une erreur de croire qu'une lésion tuberculeuse étendue de cette portion du squelette exige toujours l'amputation, mais il estime que pour ce qui est de la résection, une excision largement pratiquée est préférable à une extirpation partielle. Il importe non seulement d'enlever toutes les parties malades et au delà, afin d'éviter tout risque de récidive du néoplasme tuberculeux, mais encore de créer une brèche opératoire régulière, sans anfractuosité, de manière à obtenir un affrontement convenable des parties profondes. Chez les enfants, les résections du tarse sont peu indiquées ; chez les sujets âgés, l'amputation est préférable. Enfin, le traitement consécutif étant toujours long, la résection tarsienne sera contre-indiquée toutes les fois que les malades ne supportent pas une immobilisation prolongée et que les conditions de l'état général commandent une guérison rapide.

Les résultats immédiats de la résection totale du tarse sont en général favorables. Les mortalités indiquées par Ollier, Kappeler, Isler sont faibles. Quant aux résultats définitifs, ils sont extrêmement encourageants. Chez l'opéré de M. Gross, le pied est raccourci, ramassé sur lui-même, à angle droit sur la jambe, comme on peut s'en assurer sur le moule présenté au congrès. Il n'y a aucune déviation des orteils. La voûte plantaire est effacée, mais la base de l'articulation est régulière. Le pied est solidement fixé dans la mortaise tibio-péronière, mais il est mobile, non ankylosé sur la jambe. Il existe des mouvements de flexion et d'extension limités, mais aucun mouvement de latéralité. A la palpation on reconnaît une reconstitution du talon fort convenable. L'opérée appuie sur le pied droit sans douleur ; tout le poids du corps porte même sur ce pied, car, à gauche, le pied présente une déviation en valgus prononcée. L'opérée marche sans canne ni béquille.

M. Gross conclut que les indications des résections étendues et en particulier de la résection totale du tarse sont plus fréquentes qu'on le croit généralement, qu'une ablation large des foyers tuberculeux tarsiens donne la plus grande réussite au point de vue du résultat opératoire immédiat, et que le résultat définitif de ces opérations est très satisfaisant.

M. Michaux (Paris) partage ces opinions, mais désire comparer les résultats de ces opérations à celles de l'opération de Mikulicz avec la modification qu'il y a apportée (Voy. *Mercredi*, 1891, n° 3, p. 29) et qui certainement a ici des indications.

M. Poncet (Lyon). — J'ai admiré l'excellent résultat que nous a présenté M. Gross. Mais je désire donner quelques détails, à propos de mes opérés, au nombre de trois, dont il a parlé dans sa communication. Ma première opération de tarsectomie totale pour ostéo-arthrite tuberculeuse, remonte à trois ans.

Il s'agissait d'un jeune homme de 18 ans chez lequel la guérison n'a été complète qu'après de longs mois. Aujourd'hui le résultat est des plus satisfaisants. Il marche sans canne, sans appareil ; dernièrement, il faisait à pied 18 kil., pour venir nous voir. Quant aux deux autres opérés, je n'ai pu les suivre pendant un temps suffisant après leur sortie de l'hôpital pour vous parler du résultat définitif.

Je crois la résection totale du tarse une bonne opération chez les sujets jeunes, mais à la condition, comme dans toutes les résections du reste, que l'on puisse suivre son malade, car les réinoculations tuberculeuses sont particulièrement à redouter. On a, en effet, non pas un moignon, mais un pied, une surface plantaire, en raccourci, qui permet la marche, comme à l'état normal. Si l'on ne pouvait diriger la guérison de l'opéré, la désarticulation tibio-tarsienne qui, elle aussi, donne d'excellents résultats au point de vue fonctionnel, serait préférable.

Quant au procédé opératoire à employer, je suis loin d'y attacher la même importance que M. Michaux.

Il s'agit d'une opération essentiellement atypique, et pourvu que les incisions ne soient pas plantaires, il importe peu qu'elles soient situées sur les bords interne et externe, sur la face dorsale du pied, pourvu qu'elles respectent les tendons, les nerfs et les gros vaisseaux.

Greffes osseuses.

M. Forgue (Montpellier) s'est trouvé en présence de lésions tuberculeuses étendues du poignet, lésions occupant à la fois les gaines tendineuses dorsales et les os. Il l'a attaqué par la résection atypique et le curage et il est resté alors une vaste cavité. Pour que cette cavité pût se bien combler, M. Forgue a recouru aux greffes ostéopériostiques telles que M. Poncet les a décrites au Congrès de 1889. L'évolution a été heureuse

et aujourd'hui l'opéré a un assez bon poignet, où on croit sentir un noyau ostéo-cartilagineux. Il y a là une ressource très utile, car on sait avec quelle difficulté se comblent les cavités osseuses d'origine tuberculeuse lorsqu'elles sont vastes. Ainsi M. Forgue a dû une fois pratiquer l'amputation de Pirogoff à un homme chez lequel il avait tenté la résection atypique du tarse. C'est à opposer à la facilité de réparation des cavités qu'on creuse dans l'ostéite franche. En Allemagne on emploie beaucoup l'insertion de tampons résorbables ou non, par exemple, d'os décalcifié. Mieux vaut utiliser l'os vivant plutôt que ces cadavres osseux.

Résection coxo-fémorale.

M. Delorme (Val-de-Grâce). — J'ai eu il y a quelques jours à pratiquer cette résection chez un homme, pour un cas banal, et j'ai été frappé de voir que le procédé dit classique n'était pas applicable. On a tort de s'y arrêter d'une façon exclusive. Il ne faut pas seulement réséquer la tête, mais explorer, disséquer, curer la synoviale, la capsule, les diverticules abcédés, la cavité cotyloïde. Les abcès ne se font pas toujours jour en arrière et sur les côtés ; souvent ils sont antérieurs, et c'est alors en avant qu'il faut inciser si l'on veut bien curer l'abcès. En outre, pour aborder la tête, on réussit aussi bien par cette voie ; et pour aborder la cavité cotyloïde on réussit mieux. Il faut donc réserver l'incision postérieure aux cas où les parties molles sont envahies en arrière et où la lésion osseuse est surtout fémorale.

Fractures épiphysaires dans le redressement des tumeurs blanches.

M. H. Iscovesco (Paris). — J'ai observé dans 2 cas de coxalgie à Berck et 1 cas de tumeur blanche du genou à Berck et 1 autre cas à Paris en 1890 des fractures épiphysaires produites pendant des tentatives de redressement articulaire. Il résulte de mes observations :

1° Que dans certains cas d'affections articulaires chroniques il y a un véritable ramollissement des cartilages épiphysaires voisins ;

2° Que dans les 4 observations que j'ai citées il s'agit d'enfants âgés de moins de 10 ans ;

3° Que dans aucun de ces cas la fracture épiphysaire ne semble aggraver le pronostic ;

4° Que lorsque cet accident se produit, il faut soigner le membre par l'immobilité avec extension dans une bonne position ;

5° Que dans ces cas non seulement les fractures ont eu une évolution bénigne, mais qu'encore elles ont semblé avoir une influence favorable sur l'évolution de la maladie articulaire, au point de se demander si l'ostéoclasie juxta-articulaire ne serait pas un bon moyen pour soigner ces affections.

La suspension oblique dans le mal de Pott.

M. H. Iscovesco. — La suspension oblique est un procédé qui permet de joindre à la position horizontale les bénéfices de la traction continue.

C'est le seul moyen qui permette d'éviter la formation des déviations, pendant l'immobilisation, comme cela s'est vu dans plusieurs cas.

Le procédé consiste à appliquer une mentonnière analogue à celle de Sayre. L'enfant préalablement couché sur un lit analogue à celui de M. Lannelongue pour la coxalgie. L'enfant couché ; la mentonnière est placée et ses chefs vont se fixer à la tête du lit.

Le lit gouttière est incliné de façon que la tête soit plus haute que les jambes. Mais chez les enfants le poids des jambes est trop petit pour exercer une réaction efficace, c'est pourquoi je place, dans l'épaisseur d'un bandage roulé autour des jambes, des poids ayant la forme de demi-cylindres. J'ai fait construire l'appareil par M. Dubois. Il a donné toujours jusqu'à présent des résultats excellents. Il supprime très vite la douleur, évite les abcès et empêche la formation de gibbosités.

Difformité congénitale de la jambe et du pied.

M. Nélaton (Paris) présente deux moules d'une difformité congénitale caractérisée par une courbure antérieure du tibia et une déviation du pied en valgus équin. En même temps on constate une absence du péroné et des deux derniers orteils.

M. Nélaton déclare que cette difformité n'est pas rare, puisqu'elle a été étudiée par Adam, Braun, Vilcoq, Redard, etc., mais il croit inopportune la désignation de fracture intra-utérine qui lui est appliquée.

Il déclare que la thérapeutique conseillée jusqu'à ce jour est insuffisante et conseille l'intervention suivante : opération en 2 temps : 1° ostéotomie cunéiforme du tibia, redressement de la jambe ; 2° ouverture de l'articulation tibio-tarsienne et résection des parties osseuses qui s'opposent à ce que le pied soit ramené dans l'axe de la jambe.

Ostéotomie du tibia et ostéoclasie du fémur.

M. Levrat (Lyon). — Depuis 3 ans, j'ai pratiqué 30 ostéotomies de la jambe pour courbures rachitiques ; 8 fois il y avait courbure antérieure, dite en lame de sabre ; 5 fois, concavité externe, ce qui est rare ; 17 fois, concavité interne. Je voudrais dire quelques mots de mon manuel opératoire, très simple. Pour les courbures internes, il faut tailler le coin osseux à la face externe du tibia. Néanmoins, j'incise un peu en dedans de la crête tibiale et, le périoste étant fendu, on le débride en croix, sur toute la largeur de la face interne. Après quoi on dénude aisément toute la face externe à l'aide de la sonde rugine d'Ollier, et enfin la sonde rugine peut contourner l'os. Cela fait, on pratique l'ostéotomie. J'amorce à la pince-gouge une rainure où j'agirai ensuite avec le ciseau. Le champ opératoire est constamment irrigué avec une substance antiseptique. Le tibia une fois sectionné, j'ai toujours pu briser le péroné et faire le redressement. Mais six fois il persistait du genu valgum, et alors j'ai fait l'ostéoclasie du fémur avec l'appareil de Robin. La plupart des travaux sur l'ostéoclasie pour genu valgum parlent de l'adulte. On y dit qu'il faut déclancher l'appareil quand on entend la fracture. Chez l'enfant on n'entend rien, et c'est seulement la main qui apprécie la fracture.

Mes ostéotomies du fémur sont beaucoup plus rares. Dans l'une d'entre elles il s'agissait d'une courbure due probablement à du rachitisme congénital. J'ajouterai une ostéotomie du fémur chez une jeune fille où une coxalgie s'était terminée par ankylose à angle droit. Au bout de 3 mois elle était guérie, et elle boite « gracieusement ».

Ostéomyélite des côtes.

M. Berthomier (Moulins). — L'ostéomyélite se développe dans les côtes de la même façon que dans les os longs, et présente certaines particularités qui n'ont pas encore été signalées. On observe le plus souvent deux foyers : l'un, *antérieur*, bien connu, se développe et fait saillie au niveau de l'articulation chondro-costale ; l'autre, *postérieur*, se développe au niveau de la tête de l'os, du côté de la cavité pleurale, et présente tous les symptômes qui pourraient faire croire à un épanchement pleurétique : matité, souffle, égophonie. Les deux foyers communiquent entre eux, alors même qu'il n'existe extérieurement aucune trace de propagation.

J'ai eu *fortuitement* la démonstration de ce qui précède par le fait suivant : Un malade atteint depuis six jours d'ostéomyélite présentait : 1° au niveau de l'articulation chondro-costale de la cinquième côte droite un foyer *bien limité*, de la grosseur d'une mandarine ; 2° en arrière, le long du bord spinal de l'omoplate, dans une zone de 10 centimètres environ : matité, souffle, égophonie ; — extérieurement, pas de trace d'inflammation ; 3° pas la moindre trace d'inflammation vers la partie moyenne de la côte, pas de matité, pas de souffle, pas d'égophonie. Je ponctionne le foyer saillant au niveau de l'articulation chondro-costale : aspiration au moyen de l'appareil Potain ; lavage avec une solution de sublimé, qui est enlevée par l'aspiration. *Immédiatement après*, la percussion et l'auscultation *en arrière* démontrent, à notre grande surprise, la *disparition absolue* de la matité, du souffle et de l'égophonie.

Lorsqu'il n'y a qu'un foyer, postérieur, l'affection peut, pendant les premiers jours, simuler absolument un épanchement pleurétique, surtout en raison des symptômes généraux (obs. I). Lorsque les parties molles qui ferment l'espace intercostal ont été distendues par le pus, les symptômes sté-

thoscopiques disparaissent s'il se forme une collection unique qui vient faire saillie dans la ligne axillaire. (Obs. II.) L'égophonie et le souffle disparaissent. Ces symptômes semblent liés à la tension et à la vibration des parties molles qui ferment l'espace intercostal.

Des injections antiseptiques dans les arthrites aiguës et chroniques du genou.

M. Tachard. — Vu la lenteur du traitement des arthrites du genou et la gravité de l'arthrotomie, il préconise l'injection antiseptique, en ayant soin de mettre la synoviale en tension. Suivant le cas, si l'arthrite est suppurée, il y a lieu de préférer la liqueur de Van Swieten, et dans les cas chroniques la solution phéniquée forte. Il rapporte deux observations récentes à l'appui de son opinion.

Chirurgie des voies biliaires.

M. Périer (Paris). — Je viens vous donner un court récit de trois opérations assez dissemblables. Dans l'une j'ai enlevé la vésicule biliaire en même temps qu'un calcul qui en oblitérait le col. Dans la deuxième, j'ai ouvert la vésicule sans y trouver de calculs. Dans la 3e, j'ai extrait 34 calculs. La première de ces malades est celle que j'ai déjà présentée à l'Académie (7 octobre 1890). La seconde est une femme de 36 ans qui me fut adressée par M. Letulle comme atteinte de coliques hépatiques à forme anormale. La laparotomie mit à découvert une masse inflammatoire de péritonite adhésive. Je ne pus libérer l'épiploon. Je ponctionnai le centre fluctuant de la masse, j'obtins un liquide filant. Puis j'agrandis l'ouverture et je suturai cette cavité aux lèvres de la plaie pariétale. Au bout de 6 semaines la malade nous quittait ne souffrant plus, mais gardant une fistule d'où coulait un liquide non bilieux. Ma troisième malade, âgée de 60 ans, avait des coliques hépatiques fort anciennes. Depuis 7 à 8 mois son état s'était aggravé, avec douleurs vives et accidents d'obstruction pylorique. On sentait la vésicule volumineuse, entourée d'un magma inflammatoire; c'était sans doute elle qui comprimait le duodenum ou le pylore. Le plan opératoire fut de faire une laparotomie médiane, de dégager le pylore — d'établir au besoin une gastro-entérostomie, et d'évacuer la collection. En fait, la simple évacuation a suffi; j'effondrai rapidement le gâteau d'adhérences, il s'écoula un pus infect et on recueillit 306 concrétions. Le pylore fut alors trouvé d'une souplesse parfaite. Je n'ai pas trouvé, à vrai dire, les parois de la vésicule, fusionnées avec les parties voisines. La cavité fut drainée à la paroi. La guérison fut obtenue en 7 semaines, malgré une fistule stercorale établie au 8e jour.

Ces trois faits sont donc absolument dissemblables; ils diffèrent aussi de plusieurs autres, publiés ou inédits, dont j'ai connaissance. Je ne chercherai donc pas à indiquer des règles de conduite précises. Cela prouve, d'abord, que l'opération doit être conduite comme une laparotomie exploratrice, que dès lors l'incision doit être médiane, facile à débrider transversalement au besoin, comme je l'ai fait dans mon second cas. Malgré l'innocuité relative de ce pus dans certains cas, je crois qu'il faut protéger les anses intestinales avec des éponges aseptiques et autant que possible aspirer le pus à l'avance. Chez deux de mes malades j'ai seulement drainé la poche, et l'une d'elles a guéri complètement. L'autre se porte bien, mais conserve une fistule ; aurais-je mieux fait d'aller, coûte que coûte, à la recherche du calcul?

Chez ces deux malades, le drainage s'imposait; chez la première, au contraire, j'ai pu m'en passer. Dans les deux cas où j'ai drainé, j'ai désinfecté la poche au naphtol camphré.

M. Picqué. — Dans mon observation à laquelle M. Périer a fait allusion, il s'agit d'une femme de 50 ans environ qui souffrait depuis une dizaine d'années de troubles gastriques et de douleurs assez vives dans la région du foie. Pas de coliques hépatiques franches. L'obésité relative rendait l'examen de la malade assez difficile. A la palpation on constate néanmoins du côté droit au-dessous du rebord des fausses côtes dans la région de la vésicule une tumeur grosse comme le poing, lisse, absolument mobile latéralement, et légèrement douloureuse à la pression. En arrière on retrouve le foie dont le bord libre descend à deux travers de doigt et présente une tuméfaction qui fait corps avec lui et semble indépendant de la tumeur principale.

J'admis le diagnostic de distension de la vésicule par des calculs biliaires, mais ni M. Périer ni moi ne pûmes nous prononcer sur la nature de la tumeur hépatique. Je pratiquai la laparotomie exploratrice et l'incision médiane combinée avec une incision perpendiculaire à la première me permit d'arriver facilement sur la vésicule biliaire.

J'incise la vésicule et j'évacue son contenu qui contient une notable quantité de pus et dont le collet est occupé par un gros calcul que je mobilise par des pressions douces faites à l'extérieur et que j'extrais à l'aide d'une pince. La vésicule présentant des adhérences fortes et étendues, je renonce à l'extirpation totale et je fixe la vésicule à la partie moyenne de l'incision transversale. La tumeur adjacente que j'ai signalée, fait corps avec le bord libre du foie; à ce niveau il existe un foyer de péritonite avec adhérences intestinales étendues ; je n'ai pu établir s'il s'agissait d'un foyer inflammatoire simple ou d'un néoplasme.

Les suites opératoires ont été très simples : au bout de 15 jours la malade quittait l'hôpital avec une fistule biliaire donnant une très petite quantité de bile. Les douleurs ont complètement disparu. Je l'ai revue 3 mois après. L'état local est très satisfaisant : la fistule est à peu près complètement oblitérée, mais la tumeur adjacente a notablement augmenté.

La malade a maigri : l'anorexie est complète. Le diagnostic de cancer concomitant se trouve dès lors confirmé.

Occlusion intestinale par calcul biliaire.

M. Campenon (Paris) communique une observation analogue à celle de M. Thiriar. Il reçut à l'hôpital Necker une femme dont le passé morbide était nul, qui n'avait jamais eu, en particulier, d'accidents biliaires. Quinze jours auparavant, elle avait présenté des symptômes digestifs vagues; au bout de 8 jours vinrent des douleurs, des nausées, de la constipation ; 5 jours après, des vomissements bilieux, puis fécaloïdes. Mais ces vomissements fécaloïdes étaient tardifs et très peu abondants ; de plus, le ventre n'était pas ballonné et il n'était douloureux que dans sa partie sus-ombilicale. Ces quelques symptômes spéciaux firent soupçonner à M. Campenon une occlusion près du duodénum, et cela fut vérifié. Mais la cause restait inconnue. La laparotomie conduisit sur un calcul biliaire enclavé dans une anse de jéjunum; incision, extraction, suture. Pendant 3 jours tout alla bien et la malade rendait des gaz par l'anus lorsqu'elle fut prise d'une péritonite suraiguë. L'autopsie prouva que l'entérorrhaphie tenait bien. Mais à la place de la vésicule biliaire existait une poche purulente limitée par des adhérences entre le foie, le duodénum (ulcéré par le calcul) et le côlon transverse : une de ces adhérences s'était rompue. Sous l'influence des tractions pendant l'opération? M. Campenon admet plutôt le rôle des tiraillements exercés par l'intestin se contractant au moment des premières selles.

Traitement du goitre.

M. Aug. Reverdin (Genève) fait une communication basée sur 14 thyroïdectomies concernant 10 femmes (dont 6 avant 30 ans) et 4 hommes ; la durée moyenne du séjour a été de moins de 8 jours ; un seul décès, au 5e jour, par ramollissement considérable de la trachée, dont n'a pu triompher la trachéotomie, pratiquée le soir de l'opération. Le traitement par l'eau de Challes est efficace, mais très désagréable. M. Reverdin s'est rallié à l'iodoforme (2 grammes pour 30 pilules, 2 pilules par jour), et jamais n'opère, sauf urgence, sans avoir tenté ce traitement. D'ailleurs, il ne faut pas opérer les petits goîtres indolents ; pas davantage les goîtres des enfants. Les indications de la thyroïdectomie sont les suivantes : lorsque le volume et les accidents fonctionnels augmentent ou persistent après emploi du traitement médical. Quand on prend le couteau, quelle est la méthode de choix? C'est certainement l'énucléation, pour conserver le plus de tissu thyroïdien possible. Mais l'énucléation n'est pas toujours facile, possible même ; ainsi surtout sur les goîtres traités déjà par les injections interstitielles. La seringue donne sûrement quelques bons résultats, mais elle est un recul sur le bistouri.

Pour mener la thyroïdectomie à bien, il faut avoir un manuel très bien réglé : si on ne passe pas entre les deux bonnes couches, l'opération devient difficile, dangereuse, c'est la thyroïdectomie que redoutaient tant les anciens, avec

l'hémorrhagie glandulaire en nappe impossible à arrêter. Au contraire, l'énucléation bien faite est facile et bénigne.

On a multiplié les formes de l'incision cutanée : tout l'alphabet y a passé. Mais il n'y a pas grand intérêt à ramener ainsi la chirurgie à l'A, B, C. Le plus simple est le mieux, et presque toujours une incision linéaire suffit, en général latérale. Il faut ensuite diviser les muscles sans hésiter, quitte à les suturer ensuite au catgut. On arrive alors sur la capsule thyroïdienne, avec de gros vaisseaux étalés, qu'on sectionne entre des pinces, et on voit apparaître le tissu thyroïdien rouge violacé. Cela étant, trois procédés sont possibles : la thyroïdectomie totale, que le myxœdème opératoire doit faire proscrire en principe ; la thyroïdectomie partielle, sur laquelle quelques accidents, légers il est vrai, doivent faire réfléchir ; l'énucléation, enfin, qui est la méthode de choix. Incisez donc franchement le tissu thyroïdien, tant que vous ne serez pas sur la masse grisâtre et lisse que vous énucléerez avec les doigts. Le fond de la paroi saigne beaucoup : jetez-y une pince, au hasard, et en tirant vous retournerez cette paroi sur laquelle les ligatures seront mises à l'aise. Les grands lavages avec la solution phéniquée faisant jambonner sont nuisibles. On laisse les malades se lever dès qu'ils en manifestent le désir.

Thyrotomie dans le cancer du larynx.

M. Moure (Bordeaux). — Dans le traitement du cancer du larynx on n'oppose guère que la trachéotomie palliative à la laryngectomie totale, et certainement d'après les statistiques de Bruns et de Salzer la thyrotomie ne donne pas de brillants résultats. C'est à peine si on trouve un malade ayant bénéficié d'une cure radicale. On cite bien quelques autres guérisons, mais où le diagnostic est douteux. J'ai eu l'occasion de pratiquer 3 fois la thyrotomie pour des épithéliomas, l'un volumineux, empêchant déjà l'accès de l'air, deux encore au début et opérés très hâtivement. Or, j'ai eu trois insuccès. La première de ces observations a déjà été publiée dans la *Revue de laryngologie* en 1884 : c'est un malade chez lequel, quelque temps auparavant, la dyspnée avait indiqué la trachéotomie. Dans ce cas, je ne m'étonne pas de la récidive rapide, car le mal était déjà très avancé. Il n'en était pas de même chez une femme de 53 ans, chez qui, après avoir fendu le thyroïde, je constatai bien que la tumeur, très nette, n'avait pas envahi la partie postérieure du larynx ; je pus bien l'enlever aux ciseaux et cautériser sa base au galvanocautère. Les suites immédiates furent bonnes, mais en 10 mois la malade mourait de récidive. Mon troisième malade est un homme de 48 ans 1/2 chez qui je fis la thyrotomie en mars 1888 ; en février 1889 le malade paraissait guéri et en juillet je retirai la canule. Mais en décembre je dus refaire la trachéotomie. Puis en juillet 1890 le larynx fut enlevé et enfin le malade mourut le 20 mars 1891 ; et la durée totale avait été de 3 ans, avec 14 à 15 mois de guérison apparente. On peut opérer avec succès, de la sorte, des sarcomes pédiculés (Balassa, Bruns, Burow), que d'ailleurs on enlève parfois heureusement par les voies naturelles. Mais pour l'épithélioma, c'est une mauvaise opération contre le cancer confirmé. Elle n'est applicable que tout à fait au début, pour les tumeurs commençant par la partie moyenne des cordes vocales, par le bord libre de l'épiglotte. La moindre trace d'infiltration de voisinage ou d'inflammation périphérique est une contre-indication formelle.

Procédé de greffe intestinale.

M. Chaput (Paris) a obturé de larges perforations intestinales (mesurant **3 cm.** sur 2 cm.) chez le chien en suturant des plaques de gaze iodoformée (5 à 6 doubles d'épaisseur) au pourtour de l'orifice. (Trois guérisons dans trois cas.) Ces plaques restent en place plusieurs semaines, mais comme elles sont infectées par leur face profonde, elles finissent par s'éliminer dans l'intestin. Elles protègent d'autant mieux le péritoine, que l'épiploon leur adhère immédiatement, et forme une seconde couche protectrice organisée et définitive de plusieurs millimètres d'épaisseur. C'est, en somme, une greffe temporaire qui permet à l'épiploon de s'épaissir et de s'organiser convenablement. La gaze arrête la migration des microbes vers le péritoine par sa structure aréolaire, par l'action antiseptique de l'iodoforme et aussi grâce aux phénomènes de phagocytose qui se produisent dans l'intérieur des mailles. On trouve, en effet, dans celles-ci des leucocytes qui continuent à vivre grâce au voisinage immédiat de l'épiploon et des tuniques intestinales qui envoient des prolongements dans l'épaisseur même de la rondelle iodoformée. Cette greffe est supérieure à la greffe épiploïque, car, à l'état sain, l'épiploon est trop friable pour constituer un obturateur suffisamment résistant. L'auteur pense que ce procédé pourrait s'appliquer avec avantage aux coups de feu de l'intestin et aux perforations intestinales survenant au cours de la laparotomie (adhérences intestinales).

Il est encore très avantageux d'employer cette greffe dans la plupart des opérations sur l'intestin. On revêt les lignes de sutures de bandelettes de gaze et l'on obtient ainsi une sécurité beaucoup plus grande. L'auteur dans trois cas s'est servi de ce procédé pour des sutures circulaires et il a eu trois succès.

Modification de l'entérorraphie longitudinale.

M. Chaput (Paris). — On peut reprocher à la suture circulaire séro-séreuse le rétrécissement valvulaire et son insuffisance en présence des inégalités de calibre. La suture circulaire par abrasion diminue le rétrécissement, mais ne donne pas satisfaction pour les inégalités de calibre. L'entérorraphie longitudinale remédie aux deux inconvénients précités, mais elle est longue et l'oblitération de l'orifice terminal n'a pas atteint jusqu'ici toute la perfection désirable. Quant à l'entérorraphie par anastomose, elle expose à l'oblitération spontanée de l'orifice qui peut encore se trouver obturé par la saillie des bouts invaginés. La nouvelle opération se pratique de la façon suivante : on commence comme pour une suture circulaire, on exécute d'abord un premier plan de sutures muco-muqueuses sur la demi-circonférence postérieure de l'intestin. — On fait ensuite une fente longitudinale de 3 centimètres sur chacun des deux bouts. Cette fente peut être placée soit sur le bord convexe, soit à égale distance entre ce bord et l'insertion mésentérique. On obtient de chaque côté de cette incision deux lambeaux flottants triangulaires que l'on arrondit en excisant leur sommet. On achève la suture muco-muqueuse sur toute la circonférence de l'intestin et on la poursuit sur les bords des fentes jusqu'à leur terminaison. Il ne reste plus qu'à renforcer le premier plan de sutures par deux séries de points séro-séreux ou une seule série de sutures de Gussenbauer. En résumé, cette opération est identique à l'entérorraphie longitudinale, à cela près, que dans l'exécution de cette dernière on commence par réunir entre elles les fentes longitudinales, tandis que dans la nouvelle technique on suture d'abord l'orifice terminal.

Les avantages de ce procédé sont :

1° De supprimer le rétrécissement valvulaire ;

2° De remédier efficacement aux inégalités de calibre (il suffit de prolonger davantage l'incision sur le bout le plus petit) ;

3° De permettre des adossements aussi larges que possible grâce à l'ampleur de l'étoffe disponible ;

4° Elle est facile à exécuter.

Origine parasitaire du cancer.

M Le Dentu et Fabre-Domergue (Paris). — Les conclusions de Scheuerlen, de Rapin (de Nantes), n'ont pas été confirmées. Mais, depuis, la question a été reprise, en France surtout, sous l'impulsion de Malassez, au point de vue des coccidies. Après les travaux de Darier, Albarran, etc., on a admis le rôle de ces organismes parasitaires. Mais au milieu de ce concert M. Borrel a jeté une note discordante : pour lui ces prétendus parasites ne sont que des modifications cellulaires. C'est à cette opinion également qu'est arrivé M. Fabre-Domergue, en examinant les tumeurs malignes que M. Le Dentu enlevait et dont des fragments étaient immédiatement fixés dans des réactifs divers. M. Le Dentu montre des dessins faisant bien voir les modifications des cellules épithéliales et des globes épidermiques avec cellules cornées. Aucune preuve n'étaye, jusqu'à nouvel ordre, la théorie de l'origine parasitaire du cancer.

M. Albarran (Paris) maintient au contraire la doctrine qu'avec son maître Malassez il a soutenue. Le travail de M. Fabre-Domergue démontre qu'il y a, dans l'épithélioma pavimenteux,

des modifications cellulaires pouvant simuler les coccidies, mais non point qu'il n'y a pas de coccidies. Balbiani, dont la compétence est incontestable en cette matière, a admis les préparations de Malassez. Les pièces de Darier sur la psorospermose folliculaire végétante sont certainement probantes, et d'ailleurs Darier a pu obtenir des cultures, incomplètes il est vrai. De plus, il y a des coccidies incontestables dans des proliférations épithéliales n'arrivant nullement à la kératinisation.

Actinomycose.

M. Doyen a observé deux cas d'actinomycose chez l'homme :

1° Tumeur de l'angle de la mâchoire, adhérente, périoste fluctuant, qui laisse écouler à l'incision un liquide filant peu coloré, tenant en suspension une cinquantaine d'actinomyces.

2° Un phlegmon profond à marche chronique de la région sus-hyoïdienne ayant dissocié les muscles de la langue et déterminé des accidents dyspnéiques graves.

Ces deux malades, traités l'un par l'extirpation de la tumeur, l'autre par le curettage et le tamponnement, ont guéri.

Anévrysmes fessiers.

M. Montaz (Grenoble). — Un individu me fut envoyé d'un service de médecine pour une tumeur grosse comme le poing, pulsatile et soufflante, occupant la fesse, survenue il y a six mois sans cause connue. Le sujet était artério-scléreux et avait un double souffle à l'orifice aortique. Un instant j'ai songé à la ligature de l'iliaque interne, mais mon maître Poncet venait de publier un cas de ce genre suivi de mort en quarante-huit heures, et mon malade de plus était très faible. Je fis donc une injection coagulante, et en effet le lendemain l'anévrysme ne battait plus : mais je me trouvai en face d'une embolie manifeste, et enfin le pied se gangréna : je dus faire l'amputation de Chopart. L'anévrysme guérit. Plus tard, l'homme se suicida, et je constatai que c'était un anévrysme de l'ischiatique. Chez ce malade il y avait un symptôme permettant peut-être le diagnostic de cet anévrysme et de celui de la fessière : des battements transmis le long du canal artériel collatéral postérieur de la cuisse. Je crois que pour ces anévrysmes la méthode de choix est l'incision. La ligature de l'iliaque interne est grave. L'injection coagulante m'a donné un accident sérieux. Enfin, ayant diagnostiqué l'embolie, j'ai soumis le membre au massage, et je crois que cela a été bon.

Traitement du trachome.

M. Darier (Paris). — La conjonctivite granuleuse est une maladie infectieuse, et quand elle est parvenue à l'état de trachome on ne peut la guérir que par l'extirpation totale du tissu morbide. Cela se fait aisément d'un coup de ciseaux quand la lésion est bien limitée, mais cela devient une véritable opération chirurgicale lorsque la conjonctivite palpébrale est prise entière ou à peu près. L'anesthésie par le chloroforme alors est indispensable ; puis il faut, avec des pinces spéciales, obtenir un renversement complet des paupières, et de plus très souvent il est nécessaire d'agrandir d'un coup de ciseaux la fente palpébrale. Cela fait, on pratique des scarifications pour faire sourdre le tissu morbide, qu'avec une curette et une brosse on détruit aussi complètement que possible. Lavage au sublimé. Pansement avec des compresses glacées au sublimé à 1/2000. Tous les jours on a soin de retourner les paupières et de détacher les adhérences qui tendent à se produire. Au bout de quelques jours l'état est excellent. Jamais aucun traitement ne nous a donné d'aussi bons résultats dans un temps aussi court.

Anesthésie locale.

M. Redard (Genève) fait une communication sur l'anesthésie locale par réfrigération obtenue à l'aide du chlorure d'éthyle. Il ne faut pas oublier de recouvrir la peau d'un corps gras. On saura aussi que le corps est inflammable.

A. Broca.

(*A suivre.*)

VINGTIÈME CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ ALLEMANDE DE CHIRURGIE

Tenu à Berlin du 1er au 4 avril 1891.

Luxation congénitale de la hanche.

M. Kœnig (de Gœttingen). — Le traitement des luxations congénitales de la hanche est un problème intéressant de la chirurgie. Pour améliorer la situation du malade, on peut faire : 1° le raccourcissement de l'appareil ligamentaire ; 2° la fixation de la tête du fémur dans la cavité cotyloïde ; 3° rendre impossible le déplacement en haut, c'est-à-dire création d'un cotyle.

La résection de la tête n'est pas rationnelle et les indications pour cette résection n'existent pas toujours. Le raccourcissement de l'appareil ligamentaire n'est pas pratique, car les résultats opératoires ne persistent pas longtemps ; il en est de même de la fixation de la tête. Reste donc la création d'un cotyle. Pour combler la perte de substance, M. Kœnig emploie un lambeau osseux inclus dans la peau. Incision arciforme de 2 à 4 cent., au-dessus du trochanter, section du muscle et du périoste ; ce dernier se rétracte en arrière. On introduit un ciseau qui sectionne le périoste et, en pénétrant plus profondément, taille le lambeau en question. L'articulation n'est pas touchée. On soulève le lambeau, le périoste est appliqué sur la capsule et suturé ; suture des muscles, etc. ; extension prolongée aussi longtemps que possible. On ne sait encore ce que devient l'os. Peut-être l'irritation fonctionnelle du périoste s'oppose-t-elle à la rétraction ultérieure.

Extirpation d'un rein tuberculeux.

M. Schuchardt (de Stettin). — Chez une femme de 45 ans, atteinte de cystite depuis plusieurs semaines, s'est développée au milieu de fièvre, une pyonéphrose formant tumeur à droite. Le 9 septembre on fait l'incision lombaire et on évacue le pus ; la fièvre tombe, mais la cystite persiste. Pas de bacilles dans les urines ; néanmoins la malade reçoit en injection 2 mg. de tuberculine. La réaction apparait et on augmente la dose jusqu'à 0,025. La réaction devient de plus en plus faible, mais l'état général empire. Le 27 février 1891, on extirpe le rein malade. La tumeur a diminué de volume, et la fistule datant de la première opération était entourée de granulations. Maintenant on trouve des bacilles dans les urines. La formation du pédicule fut très difficile, mais on y parvint néanmoins. La malade s'est rétablie après l'opération, mais la diurèse a diminué et finalement apparurent des phénomènes d'urémie avec température au-dessous de la normale, auxquels la malade succomba.

A l'autopsie, la plaie fut trouvée en bon état. L'autre rein était atteint d'hypertrophie compensatrice. Le rein droit présentait une dilatation du bassinet comme dans l'hydronéphrose ; la substance corticale était amincie et couverte de tubercules miliaires, la muqueuse fortement atteinte de dégérérescence caséeuse. Pas de tuberculos dans les autres organes. A l'examen microscopique on trouve, comme toujours, des bacilles et des cellules géantes, nulle part des processus de nécrose. Dans plusieurs endroits, les cellules géantes présentent des modifications particulières, un état de destruction dû à la pénétration des leucocytes dans les cellules géantes. Les leucocytes sont très nombreux, le protoplasma des cellules géantes est détruit, leurs contours sont peu nets, mais les bacilles sont intacts.

Lupus guéri par l'extirpation et la greffe.

M. Urban (Leipzig). — Le lupus a débuté chez la malade, âgée de 21 ans, à l'âge de 6 ans, et a peu à peu envahi toute la moitié gauche de la figure. La malade parut plusieurs fois guérie sous l'influence du grattage et des cautérisations, mais au bout d'un certain temps, la récidive survenait régulièrement. L'examen microscopique montrait que les cellules géantes s'étendaient jusqu'au-dessous de la couche des glandes sudoripares. On fit donc l'extirpation s'étendant jusqu'à 2 à 3 cm. dans les tissus sains. Depuis cette époque, c'est-à-dire depuis le mois de juin 1889, il survint 3 récidives. Les injections de tuberculine provoquèrent une réaction locale limitée à certaines parties seulement des ulcérations, ce qui permit

de déterminer la localisation exacte de la lésion. Si cette dernière s'étend jusqu'au tissu cellulaire sous-cutané, l'extirpation est indiquée. Il faut commencer par enlever les parties infiltrées, ce qui peut être obtenu par les injections de tuberculine.

M. Thiersch. — Plus la lamelle de peau est mince, plus elle guérit facilement, mais l'aspect n'est pas bon. Chez des jeunes gens on trouve encore un accroissement en épaisseur et le résultat est meilleur au point de vue esthétique; mais chez les individus âgés il en est tout autrement.

M. Schmidt (Stettin) considère l'extirpation avec greffe consécutive comme la méthode la plus efficace dans le traitement du lupus.

Névrome plexiforme.

M. Bruns (Tubingen) a publié en 1870 quatre cas de cette affection; depuis il a observé 4 nouveaux cas, 3 au niveau de la tête, 1 au niveau du dos. Il s'agit de cordons nerveux épaissis et contournés dans une région donnée de la peau. La partie fibreuse des nerfs est à l'état de prolifération, les tubes nerveux ne présentent pas de néoplasie, mais disparaissent. Il s'agit donc en somme d'un fibrome molluscum, qui est une manifestation de l'éléphantiasis congénitale, l'éléphantiasis neuromatode. Ces névromes sont dans la grande majorité des cas congénitaux, et la disposition est héréditaire. Très souvent ils sont très pigmentés, tandis que la peau et le tissu sous-cutané présentent la dégénérescence éléphantiasique. Chez un garçon de 10 ans, à côté de l'éléphantiasis des parties molles existait en même temps un léontiasis des os. On trouve ordinairement en même temps d'autres malformations congénitales du côté des nerfs périphériques, des névromes multiples, des fibromes molluscum, etc. Toutes ces anomalies sont identiques au point de vue de leur histogenèse. Dans les névromes plexiformes l'affection se localise aux ramifications des nerfs d'une région, dans les névromes multiples, aux troncs nerveux, dans les fibromes molluscum, aux nerfs cutanés.

Régression des vaisseaux ombilicaux.

M. Herzog (Munich). — On admet ordinairement une rétraction des vaisseaux. Mais l'examen microscopique montre que cette opinion n'est pas conforme à la vérité. La couche musculaire des vaisseaux disparaît très progressivement et non pas brusquement comme cela devrait avoir lieu s'il s'agissait de rétraction. Le tissu disparaît donc par le fait de la non-activité fonctionnelle. En même temps les vaisseaux s'oblitèrent comme après la rétraction. Dans les vaisseaux renfermant des thrombus volumineux, le processus marche plus lentement que dans d'autres. La thrombose, loin de favoriser le processus, s'y oppose plutôt.

Statistique de chloroformisations.

M. Gurlt (Berlin). — Le relevé porte sur les statistiques de 60 congressistes depuis le 1er juillet jusqu'au 31 décembre 1890. Sur les 60 congressistes en question on compte : 3 Autrichiens, 3 Russes, 2 Suédois, 1 Hollandais, 1 Belge; les autres sont des Allemands. Le relevé comprend 24,625 narcoses. Bardeleben, qui a déjà communiqué une statistique de 12,000 narcoses faite à la Charité de 1878 à 1890, compte 7 cas de mort.

Les 24,625 narcoses se décomposent en :

22 656	narcoses par chlorof.	avec	71	asphyxies et	6 morts
470	» éther	»	0		0
1 055	narc. mixtes (éth. et chl.)	»	5		0
417	» (éth. et alc.)	»	4		0
27	narc. par brom. d'éthyle	»	0		0
			80		6

On compte donc :

Sur	3 776	narcoses par chloroforme		1	cas de mort	
»	319	— —	—	1	»	d'axphyxie
»	211	— —	éther-chlorof.	1	»	»
»	104	— —	éther-alcool	1	»	»

Dans la majorité des cas on a employé le chloral, le chloroforme et le masque d'Esmarch. Dans 2,732 narcoses, la durée fut de 1 heure, dans 278 cas elle fut plus longue, dans 3 cas elle fut de 150, 155 et 180 minutes. A la Charité on emploie 1 cm. c. de chloroforme par minute de narcose. D'après Morian, la quantité de chloroforme employée est de 0,6 avec l'appareil de Kappeler, de 1 gr. avec l'appareil ordinaire. Dans une clinique privée on a dépensé pour chaque narcose 25 gr. de choroforme. Les doses maxima furent de 180 et de 150 cm. c. Le mélange était composé de 100 parties de chloroforme, 30 parties d'alcool, 30 d'éther. On a encore employé, concurremment avec le chloroforme, les injections de morphine. Quelques-uns se sont servis de morphine dans les opérations chez les alcooliques, dans les opérations de longue durée ou les interventions sur la bouche. 5 chirurgiens faisaient les injections chez tous les opérés au-dessus de 15 ans. 14 chirurgiens se sont servis de morphine 2,194 fois sur 6,806 narcoses.

Sur 307 narcoses on compte en moyenne une asphyxie dont on se rend maître ordinairement, mais qui chaque fois a exigé la trachéotomie; 6 cas de mort doivent être attribués au chloroforme; 3 autres cas étaient dus à l'entrée de l'air dans les veines, à la syncope, etc., et ne peuvent être mis sur le compte du chloroforme.

M. Bruns. — La technique des narcoses est encore susceptible d'être améliorée. De nouvelles recherches sur l'éthérisation sont nécessaires. L'éther excite l'activité cardiaque, le chloroforme l'abaisse, de sorte que l'éther garantit contre la mort par syncope cardiaque.

Goître kystique très volumineux.

M. Bruns. — Ce goître était certainement le plus volumineux qui ait été opéré. Il descendait presque jusqu'à l'ombilic. Son diamètre antéro-postérieur dépassait celui du tronc. La tumeur s'est développée dans le lobe gauche et avait des parois dures. Les gros vaisseaux et les voies aériennes étaient déplacés en avant; il existait en même temps une lordose des vertèbres cervicales, une cyphose des dorsales et un aplatissement du thorax. La tumeur fut extirpée; les suites opératoires ne présentèrent rien de particulier, et le malade guérit.

Anévrysme cirsoïde.

M. Bruns présente ensuite les pièces d'un anévrysme cirsoïde crânien, développé surtout sur les ramifications de la frontale et de l'angulaire, et recevant des rameaux de la temporale. Les capillaires, les veines et les carotides sont dilatés. Il y a hypertrophie du ventricule gauche. Cette tumeur s'est développée rapidement, à la puberté, sur un angiome caverneux. Quand le sujet eut 20 ans, on tenta la ligature des deux carotides externes, mais elle ne réussit qu'à droite (car c'est une ligature difficile, souvent impossible) et à gauche il fallut lier la primitive. La tumeur s'affaissa, mais le sujet mourut d'embolie cérébrale.

M. Gussenbauer (Prague) a lié la carotide externe après échec de la compression des vaisseaux afférents. La ligature de la carotide primitive, très dangereuse, n'est pas indiquée.

M. Helferich (Greifswald) a vu la tumeur persister après ligature de la carotide externe. Il fit alors l'extirpation très difficile et la compléta par des pointes de feu profondes, moyen qu'il ne faut pas oublier, pas plus que les injections d'alcool.

M. Madelung (Rostock) a eu un succès par la ligature de la carotide externe.

MM. Kœrte (Berlin) et **Escher** (Trieste) relatent des faits analogues.

M. Thiersch. — Dans ces cas il faut d'abord tenter les injections d'alcool. La ligature de la carotide primitive est dangereuse par les accidents cérébraux. Celle de la carotide externe est bien plus bénigne.

Cholécystectomie; cholédoco-entérostomie.

M. Sprengel (Dresde). — Lorsque le canal cholédoque est oblitéré, on peut broyer le calcul à travers les parois; si cela échoue, on a comme ressource la cholécystentérostomie. De même pour les rétrécissements fibreux. Pour cette anastomose, on choisit de préférence le duodénum. Chez une femme de

40 ans, Sprengel a fait l'abouchement du cholédoque dans le duodénum, après avoir enlevé la vésicule et avoir par erreur poussé et enclavé le calcul dans le cholédoque, qu'il avait pris pour le duodénum. Guérison après la deuxième opération.

Epilepsie jacksonienne.

M. Benda (Berlin) présente un malade guéri d'épilepsie jacksonienne traumatique (coup de pied de cheval en décembre 1888). Il lui a fait la trépanation ostéoplastique de Wagner (lambeau long de 11 centim. ayant 7 cent. de base). Les accidents épileptiques ont débuté plusieurs mois après l'accident. Ils commençaient par le pied droit, prenaient le membre inférieur, puis le membre supérieur droit, et passaient enfin à gauche. Il y avait une ou deux crises par jour. Vingt-cinq jours après le début (septembre 1889), l'homme fut trépané. Rien à l'os ni à la dure-mère. Alors l'écorce fut faradisée et le centre du membre inférieur ainsi déterminé fut excisé, quoique sain, sur l'étendue d'une pièce de 10 centimes. Au réveil, paralysie totale du membre supérieur et des extenseurs de la main droite. Peu à peu guérison. La paralysie du bras relève sans doute de la ligature qu'il a fallu mettre sur deux veines de la pie-mère. Le lambeau a bien repris. Il reste quelques légers troubles moteurs à l'avant-bras, une sensibilité un peu émoussée à droite, au thorax, au genou, au petit doigt; un peu de fatigue au travail intellectuel, mais les crises ont cessé et l'état général est bon.

M. Bruns dans un cas d'épilepsie traumatique a enlevé avec succès un kyste. Trois mois après les accès ont repris, mais plus faibles. Il n'a pas excisé de substance cérébrale.

M. Braun (Kœnigsberg) a opéré dans un cas quatre ans après un trauma suivi d'hémiplégie et d'épilepsie. Il a trouvé un kyste cérébral gros comme une noix. Mais les accès épileptiques n'ont cessé qu'après la troisième trépanation, après que fut excisé le centre du pouce.

Immunité contre les microbes pyogènes.

M. Reichel. — Les animaux qui ont subi une infection pyogène du péritoine en acquièrent une immunité relative et peuvent supporter plus de 100 cent. cubes de culture de staph. pyogenes. Non vaccinés, ils meurent avec cette dose. Mais si on n'emploie que les ptomaïnes, isolées par filtration, l'effet est nul. Peut-être donc faut-il invoquer une simple accoutumance. En tout cas, cela contredit l'opinion émise par Bouchard au dernier congrès international.

Quelles particularités de l'organisme vacciné sont capables de rendre inoffensifs les produits sécrétés par les microbes pathogènes? L'immunité ainsi acquise ne concerne pas seulement l'action septique générale, mais elle augmente la résistance de tous les tissus du corps à l'action des bactéries pyogènes et phlogogènes. On sait, d'ailleurs, que l'inoculation des microbes dans le tissu sous-cutané amène la suppuration à plus petite dose que dans le péritoine; que bien des hommes ont une prédisposition remarquable aux panaris, aux furoncles, etc.

Dans toutes les expériences sur la suppuration, il faudra tenir compte de ces faits, qui donnent peut-être la clef de certaines divergences.

(*A suivre*).

BIBLIOGRAPHIE

L'œuvre de C.-J. Davaine.

La *Gazette hebdomadaire* a déjà, le jour de la mort de Davaine (1882, p. 695) et au moment où paraissait le résumé de ses travaux (1889, p. 503), offert à la mémoire de ce savant, aussi laborieux que modeste, un juste tribut d'hommage et de respect. Si nous reproduisons aujourd'hui, d'après un journal étranger, l'article suivant, c'est afin de montrer que ce n'est pas seulement en France qu'on rend justice aux découvertes de notre illustre compatriote.

Si l'on s'en tenait à la partie de la littérature médicale anglaise qui traite de la bactériologie, on pourrait croire qu'à l'exception de Pasteur et de son école, les Français n'ont que peu contribué à la science moderne. Les Allemands paraissent avoir accaparé toute l'attention des lecteurs anglais. L'*Œuvre de C.-J. Davaine* vient donc fort à point nous montrer que, même dans les temps modernes, il y a eu des braves avant Agamemnon. L'histoire de cette œuvre de Davaine, intéressante pour tous les savants, l'est surtout pour les biologistes; c'est qu'en effet les problèmes dont M. Davaine a poursuivi la solution contenaient en germes la plupart des découvertes récentes qu'on a faites en physiologie et en pathologie.

Davaine a passé sa vie à travailler, à vaincre les difficultés, à transformer en succès des insuccès d'expérimentation. Dans l'histoire de la médecine, son nom restera attaché surtout au charbon et à la septicémie; dans bien d'autres branches, du reste, il a laissé l'impression de son génie actif et subtil et la marque de ses facultés inventives.

En 1850, Davaine découvrait la bactérie charbonneuse et jusqu'en 1863 il fit une série de travaux dont la conclusion établit définitivement le lien qui existe entre le micro-organisme et le charbon. Cette première découverte ne date que de 39 ans, mais quel vaste champ elle a ouvert à l'observation et que de résultats obtenus qui en sont la conséquence directe!

Dans l'*Œuvre de Davaine*, les 300 premières pages sont consacrées au charbon et à la septicémie. Les publications y sont présentées dans leur ordre chonologique, commençant en 1865 et se terminant en 1881, un an avant la mort de Davaine. Ensuite viennent ses observations sur l'anguillule du blé niellé. Ses recherches sur ce sujet commencèrent en 1856; il est certain que ses études de pathologie végétale lui furent fort utiles pour la pathologie animale et le parasitisme. Il le déclare lui-même. Non seulement il trouvait pour ses observations sur les végétaux des sujets dociles, mais encore il conçut bientôt la possibilité de fruits inoculés par des parasites. Les recherches sur les végétaux se trouvaient bien simplifiées par l'absence de circulation sanguine ou lymphatique et de système nerveux. C'est là, en effet, que nous trouvons les premiers exemples de cultures pures sur des milieux solides, méthode sans laquelle la bactériologie moderne n'aurait fait que peu de progrès.

Les notes sur le parasitisme et l'étude des microbes sont des plus intéressantes et des plus suggestives. Elles traitent toute la question du parasitisme, tant animal que végétal, et dans toutes on retrouve la même observation fine, la même déduction logique, les mêmes forces de démonstration, le même ordre et la même classification.

La 3e et la 4e série des mémoires de l'auteur, formant le reste du livre, vont de la p. 579 à la p. 858. Elles se composent de mémoires sur l'anatomie et la physiologie, sur les anomalies et les monstruosités.

Ces travaux, il les a faits vers les débuts de sa carrière; ils n'en portent pas moins le même cachet d'originalité qui caractérise ses autres œuvres. Ses observations sur les changements de forme des globules blancs du sang sont sûrement les premières qui aient été faites en France sur ce sujet, car elles datent de 1850. Les résultats de ses recherches sur la reproduction des huîtres, publiés pour la première fois en 1852, forment un des chapitres les plus intéressants du livre et ont servi de cadre à la plupart des travaux américains et anglais qu'on a publiés depuis sur la même question. Son mémoire sur les anomalies de l'œuf et son mémoire intitulé: *Monstres et monstruosités*, dont le premier fut communiqué à la Société de biologie en 1860 et dont le second est un article du *Dictionnaire Encyclopédique des sciences médicales*, sont l'un et l'autre écrits avec soin, bien nour-

(1) *British medical Journ.*, 7 décembre 1889, p. 1281.

ris de faits et d'observations. Davaine y note scrupuleusement tous les travaux de ses devanciers sur la même question.

Après la lecture de cet ouvrage, on fera bien de parcourir la notice sur la vie et les travaux de Davaine, notice due à M. le professeur Laboulbène. Nous en donnerons un court résumé qui, mieux que toute autre description, donnera une idée juste de l'importance de l'œuvre de Davaine.

Casimir-Joseph Davaine est né à Saint-Amand-les-Eaux (Nord), le 19 mars 1812. En 1830 il commença ses études médicales à Paris, et en 1835 il entrait dans le service de Rayer à la Charité. Rayer eut l'influence la plus heureuse sur la vie et les travaux scientifiques de Davaine. Ce dernier se lia étroitement à Cl. Bernard et travailla avec lui au commencement de sa carrière.

En 1837, Davaine soutint sa thèse de docteur sur l'hématocèle de la tunique vaginale du testicule, ouvrage que peuvent encore consulter avec fruit les médecins et les chirurgiens. Il continua à travailler tranquillement, et en 1849 fut nommé trésorier-archiviste de la Société de biologie qui venait d'être fondée. Dans la série de ses publications, qui parurent dans le 1er volume des Mémoires de cette société, on peut déjà se convaincre de sa persévérance et de la finesse de ses observations. Ces premières notes de Davaine sont au nombre de douze; il est indispensable de les lire, car elles expliquent les suivantes et donnent en quelque sorte la clef de ses travaux sur les monstruosités, l'embryologie et la pathologie. En 1852 il reçut une récompense de l'Académie des sciences pour ses *Recherches sur la paralysie des deux nerfs de la septième paire*, et en 1854 il eut le prix de Physiologie expérimentale pour ses *Recherches sur la génération des huîtres*. En 1855 il recevait la croix de la Légion d'honneur. Ses publications se suivaient rapidement et en 1860 parut le *Traité des entozoaires et des maladies vermineuses de l'homme et des animaux domestiques*.

Le nom de Davaine restera toujours attaché à ses dernières études sur le parasitisme végétal; mais ses travaux antérieurs ont eu une utilité incontestable en le préparant à des découvertes plus grandes encore. On peut même affirmer que seul un esprit préparé comme l'était le sien pouvait tirer des conclusions légitimes de ses recherches sur le charbon. Ses expériences sur les larves et sur les effets du froid et du chaud sur les organismes le préparèrent à l'étude des micro-organismes, de la formation des spores et de la résistance de ces spores aux germicides.

En 1864 il publia d'importants travaux qui contribuèrent puissamment à ruiner la théorie de la génération spontanée. C'est un peu avant cette époque que parurent ses célèbres *Recherches sur les infusoires du sang dans la maladie connue sous le nom de sang de rate*. Elles furent publiées dans les Comptes-rendus de l'Académie des sciences et dans les Mémoires de la Société de biologie. Ce travail fait véritablement époque; c'est là que pour la première fois on cherche à établir une relation entre le bacille charbonneux et la maladie qui en est la conséquence. On n'a du reste trouvé aucune preuve nouvelle depuis Davaine; on n'a fait, depuis lui, que le cultiver en dehors de l'organisme et produire le charbon par des inoculations de cultures pures.

C'est vers le même temps qu'il se livra à de nombreuses recherches pour montrer que si Leplat et Jaillard arrivaient à des conclusions opposées aux siennes, ce n'était que par suite de mauvaises déductions; ils se basaient en effet sur des conditions bien différentes de celles qu'on obtient quand on inocule le vrai virus charbonneux. Les nombreuses publications que fit Davaine à cette époque montrent combien étaient exactes ses premières conclusions.

Il décrivit les bactéridies du charbon comme étant dénuées de tout mouvement dans le sang et il les distingua soigneusement des bactéries de la putréfaction. Il démontra que ces dernières pouvaient par leur présence diminuer la virulence de celles du charbon, mais pouvaient en revanche amener un état septique d'un caractère différent. Il établit que les vibrions appartiennent au règne végétal et reconnut que la nutrition et les produits d'excrétion de l'organisme ont une influence notable sur leur activité et leur virulence. Toutefois Davaine ne croyait pas à l'inoculation du fœtus *in utero*, mais il vit bien que certains animaux étaient plus susceptibles que d'autres de contracter l'affection. Pour lui, la pustule maligne, l'œdème malin et le charbon sont produits par la présence des mêmes microbes chez l'homme ou les animaux. C'est lui qui jeta les fondements de la théorie de la contagion des animaux à l'homme et *vice versa*, et c'est lui aussi qui ouvrit le champ si fertile de la pathologie comparée.

En 1868 il fit paraître ses études sur la pustule maligne et, en 1869, ses *Expériences ayant pour but de prouver que les bactéries constituent seules le virus charbonneux*. Ces preuves, il les compléta en mélangeant une goutte de sang virulent avec une grande quantité d'eau; les bactéries tombaient au fond du vase; une portion du dépôt ainsi obtenu produisait le charbon par inoculation à des animaux; au contraire les parties supérieures du mélange n'avaient aucun effet toxique. Pasteur obtint plus tard des résultats analogues en filtrant le liquide. Déjà à cette époque Davaine, dans son activité infatigable, avait examiné le sang de 600 animaux supposés atteints de la maladie appelée *sang de rate*.

Jusqu'au moment de la guerre franco-allemande, Davaine poursuivit ses recherches sur le charbon, étudiant les effets produits par des doses différentes de bacilles, le temps qui s'écoule entre le moment de l'inoculation et celui de la mort de l'animal, la transmission du virus et de la maladie par les mouches. C'est aussi vers cette époque qu'il fit des recherches sur la variole et la vaccine.

Pendant la guerre, faisant fonctions de médecin militaire, Davaine poursuivait une œuvre philosophique, *les Eléments du bonheur*, résumé de la philosophie qui le guida toujours dans sa vie scientifique et mondaine. Après la guerre il revint à ses études favorites et fit des recherches sur les germicides du virus charbonneux.

Nous avons vu plus haut qu'en 1869 il avait déjà jeté les bases de sa théorie sur la septicémie. Il montra que Leplat et Jaillard avaient dans leurs expériences produit la septicémie et non le charbon. Ces travaux de Davaine furent la source à laquelle plus tard puisèrent largement Lister, Burdon Sanderson, Koch. Davaine démontra alors que les virus putrides deviennent plus virulents par injection dans un animal vivant, ou par incubation dans du sang à la température du corps; il distingua l'empoisonnement par putréfaction simple de l'empoisonnement par septicémie vraie. Il fit des expériences sur les effets de la température sur la septicémie.

On comprend par tout ce qui précède combien est intéressante la lecture du livre que nous analysons. La Société de Biologie doit être fière d'un tel maître et la France a le droit de s'enorgueillir de produire de tels enfants.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 3 *avril* 1891.

Présidence de M. Tarnier.

Déclaration de vacance.

L'Académie déclare la vacance d'une place de membre titulaire dans la première section (anatomie et physiologie), en remplacement de M. Baillarger, décédé.

Elections.

A la première élection, M Morvan (de Lannilis) est élu correspondant national dans la division de médecine par 44 voix sur 58 votants. M. Farge (d'Angers) obtient 6 voix; M. Bouchard (de Bordeaux), 5; M. Duché (de l'Yonne), 2, plus 1 bulletin blanc.

La deuxième élection nécessite deux tours de scrutin : 1° votants, 59. M. Bouchard obtient 25 voix; M. Farge, 19; M. Duché, 12, M. Niepce (d'Allevard), 2, et 1 bulletin blanc;
2° M. Bouchard est élu par 38 voix contre 10 à M. Farge; 5 à M. Duché et 2 bulletins blancs.

Hermaphrodisme mâle.

M. Polaillon a observé en 1887 une jeune femme de 25 ans privée de vagin et atteinte de hernie de l'ovaire. Il refusa de lui faire un vagin, mais elle s'adonna à la vie galante, eut l'habileté de dissimuler son vice de conformation, et les amants, en s'évertuant à trouver ce qui n'existait pas, firent aussi bien que la chirurgie aurait pu faire. Elle tomba pourtant dans la misère et en décembre 1890 mourut albuminurique. L'autopsie prouva que c'était un homme : les organes inguinaux étaient des testicules et non des ovaires.

Angiome capsulaire (sous-séreux) du genou.

M. Tripier (de Lyon). — Il s'agit d'un jeune homme de 18 ans qui, depuis son enfance, ressentait des douleurs dans le genou gauche. Il était entré à différentes reprises dans les hôpitaux, où on l'avait traité pour une tumeur blanche. En fait, il existait une tuméfaction de la partie interne de l'articulation et une douleur très nette quand on pressait sur la tubérosité correspondante du tibia. Toutefois ce n'était pas des fongosités; on aurait plutôt pensé à une tumeur graisseuse. De plus, en déprimant les tissus, on arrivait facilement sur le squelette et cependant les culs-de-sac ne se gonflaient pas. C'est alors que M. Tripier eut l'idée de placer un lien constricteur sur la partie moyenne de la cuisse et immédiatement la tuméfaction augmenta. En employant une bande de caoutchouc et en faisant un bandage descendant depuis la racine de la cuisse jusqu'au-dessus de la rotule, outre que la tuméfaction s'exagérait davantage, on voyait apparaître un lacis veineux très net au niveau du point le plus saillant. La contre-épreuve ne fut pas moins décisive; autrement dit, après avoir enlevé la bande de caoutchouc, on vit le lacis veineux disparaître et la tuméfaction diminuer à son tour. Enfin, en élevant le membre, cette dernière diminuait encore davantage au point de disparaître complètement. A l'aide d'applications chaudes et froides sur le genou, on pouvait également et à volonté en quelque sorte faire augmenter ou diminuer la tuméfaction. Celle-ci était donc due à de l'ectasie veineuse. Comme il existait des irrégularités à la surface de la tubérosité du tibia, on aurait pu penser, vu l'âge du malade, à un sarcôme télangiectasique ; mais la date du début (12 ans) permettait *a priori* d'écarter cette hypothèse. En outre, le diamètre transversal de l'os aurait dû être augmenté, et précisément il était diminué comparativement avec celui du côté opposé. Pour ces différents motifs, on s'arrêta au diagnostic d'*angiome simple développé dans la couche parostale*.

Pour l'opérer, M. Tripier a fait une incision de 10 cm. sur la partie la plus saillante et parallèlement au membre. Arrivé sur le néoplasme vasculaire, hémorrhagie abondante qui force à placer la bande d'Esmarch. Dès lors, le tissu qu'on a sous les yeux est composé de travées analogues à des toiles d'araignée ; on cherche à les contourner et on les excise ensuite en arrière d'abord, puis en avant. Arrivé sous le tendon du triceps, on s'aperçoit que la tumeur se continue en dehors; il en est de même sous le tendon rotulien. Pour ne pas produire plus de désordres, on se contente de faire une contre-ouverture en haut et en bas sur la face externe, et à l'aide du Paquelin on touche aussi largement que possible les parties qu'on ne peut pas enlever. Les suites de l'opération ont été aussi simples que possible. Réunion par première intention. M. Tripier dit en terminant que depuis le mois d'août le malade ne ressent plus de douleurs, il peut rester longtemps debout et même faire de longues marches sans être fatigué. Enfin, les mouvements de l'articulation ont la même amplitude qu'avant l'opération. C'est donc un résultat aussi satisfaisant que possible.

M. Tripier fait passer des photographies représentant le malade de debout et assis, les jambes fléchies. Il montre aussi une planche sur laquelle se trouvent deux figures représentant des coupes de la tumeur vues au microscope. Il s'agit bien d'une angime caverneux; autrement dit, au milieu d'un stroma fibreux représentant les travées, on voit une quantité de lacunes remplies de sang.

Dépopulation.

A la suite d'observations présentées par MM. Javal, Rochard, Le Fort, Dujardin-Beaumetz et Lagneau, l'Académie décide le renvoi à la Commission de la première conclusion précédemment votée.

Comité secret.

Sur le rapport de M. Hérard, la liste de présentation pour deux places d'associé national est dressée ainsi qu'il suit :
1° M. Levieux (de Bordeaux); 2° M. Mignot (de Chantelle) ; 3° MM. Nivet (de Clermont-Ferrand) et Rollet (de Lyon), *ex æquo*.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 3 *avril* 1891

Présidence de M. E. Labbé

Sur la présence de la tuberculine dans les exsudats tuberculeux.

M. Debove (en son nom et au nom de **M. Rémond**, (de Metz). — Dans la séance du 10 octobre 1890, l'un de nous a communiqué à la Société une note sur le traitement de la péritonite tuberculeuse par l'injection intra-péritonéale d'une solution boriquée. Ce traitement a été suivi jusqu'ici de guérison. Nous avons été moins heureux dans un autre cas. Dans ces deux cas la température monta, le jour de l'opération, à plus de 40°; l'état général fut très grave et le lendemain tout allait très bien.

Cette poussée fébrile et ces phénomènes généraux graves ne tenaient ni à une poussée de péritonite, ni à l'action d'une substance aussi peu active que l'acide borique. Nous supposons donc que l'injection a déterminé une irritation du péritoine; sous cette influence, une partie de l'exsudat a été résorbée et cette résorption a été la cause des accidents. Il se produirait là, en un mot, ce qui se produit après l'injection de la lymphe de Koch. Autrement dit, nous considérons l'exsudat péritonéal comme un liquide de culture bacillaire susceptible de produire des symptômes analogues à ceux obtenus par le liquide des cultures faites *in vitro*.

Nous avons voulu vérifier cette hypothèse et nous avons recherché si, comme dans les expériences de Koch, notre lymphe péritonéale provoquerait une réaction chez les tuberculeux, et chez les tuberculeux seuls. Nous avons injecté sous la peau de la cuisse du malade atteint de péritonite tuberculeuse cinq centimètres cubes de liquide ascitique tiré par ponction de notre seconde malade et soigneusement filtré (au filtre Pasteur). Nous évitions donc ainsi tout risque de provoquer une tuberculose locale.

Or, six heures après l'injection, la température monta à 39° alors que les jours précédents et à la même heure elle n'atteignait pas 38°. Une seconde injection de 10 c. c. faite quelques jours plus tard, donna le même résultait. Restait à prouver

que la réaction n'avait pas lieu chez les sujets non tuberculeux. Or, nous avons vérifié qu'il en était bien ainsi dans un cas de cancer avancé de l'estomac et chez une personne bien portante qui voulut bien se soumettre à une expérience. Une injection de 8 c.c. donna seulement une élévation de cinq dixièmes de degré. Ainsi donc notre liquide provoquait une réaction fébrile chez un tuberculeux et n'en produisait pas chez des sujets non tuberculeux... Pour que la démonstration fût suffisante, il nous semblait nécessaire de pratiquer la même injection chez un malade atteint de lupus.

Un jeune tuberculeux atteint de lésions pulmonaires peu avancées des deux sommets du poumon et d'un lupus de la face fut soumis à nos injections. Il avait des tubercules sous la paupière droite et l'aile gauche du nez était ulcérée et couverte de croûtes. Sa température ne dépassait jamais le soir 37°8.

Nous lui fîmes une première injection de 10 centimètres cubes qui amena une élévation de température à 39°. La réaction fut tardive et ne se produisit que neuf heures après l'injection. A ce moment parut au visage une congestion intense des nodules tuberculeux, et au nez sur les parties ulcérées se produisit en même temps que de la congestion une exsudation abondante de lymphe.

Une seconde injection de 20 c. c. fit monter la température à 38°8 et les phénomènes de réaction locale furent moins accusés que la première fois. Une troisième injection fut faite avec 30 c. c.; la température monta à 39°1; la réaction locale fut évidente mais peu intense. Il semblait qu'en répétant les injections la susceptibilité du sujet diminuait, c'est d'ailleurs ce qui a lieu avec la tuberculine de Koch. J'ajouterai que notre jeune homme atteint de lupus est très satisfait du traitement, il demande instamment qu'il soit continué. Il a subi des injections de tuberculine et il prétend ne plus vouloir en entendre parler, elles le rendent malade plusieurs jours. Avec nos injections, affirme-t-il, nous avons provoqué les mêmes phénomènes sur son lupus, sans avoir produit aucune réaction générale pénible. Nous n'avons pas besoin d'ajouter que nous ne sommes pas aussi optimistes que lui.

Tel est, Messieurs, le résultat des recherches que nous avons entreprises et qui nous paraissent montrer que dans les exsudats de l'organisme chez les tuberculeux, il existe des produits analogues sinon identiques à ceux que Koch a désignés sous le nom de tuberculine.

Chorée de Sydenham et chorée rythmée hystérique associées.

M. Joffroy. — J'ai l'honneur de présenter à la Société une jeune malade atteinte de chorée rythmée du bras droit; elle exécute, comme on le voit, les mouvements que l'on fait pour cirer les chaussures. Cette jeune fille a été atteinte de chorée de Sydenham avant d'être atteinte de chorée rythmée; on constata en même temps chez elle un frottement péricardique. La chorée rythmée apparut au moment où s'améliorait la chorée de Sydenham. Pour moi, cette chorée rythmée est de nature hystérique, d'abord à cause de la présence de certains stigmates hystériques, ensuite parce que cette malade a pour compagne inséparable dans mon service une autre malade atteinte de chorée rythmée hystérique.

Le fait intéressant dans l'histoire de ma malade est l'intrication de la chorée de Sydenham et de la chorée rythmée hystérique.

Pour mon compte, je ne crois pas que la chorée de Sydenham, la première en date, soit de nature hystérique. Il s'agit, à mon avis, d'une association morbide entre les deux chorées et j'estime que la première n'a été pour rien dans le développement de la seconde.

M. Debove. — Je crois plus volontiers que du commencement à la fin il n'y a eu qu'hystérie chez cette malade. Sa chorée généralisée et sa chorée rythmée seraient également de nature hystérique.

M. Feréol. — Dans les cas de chorée rythmée, se trouve-t-on bien de l'électricité?

M. Joffroy. — Lorsque l'électrisation réussit, je pense que le plus souvent c'est par suggestion à l'état de veille.

M. Dumontpallier. — M. Joffroy vient de faire le meilleur éloge de la suggestion à l'état de veille. Je rappellerai à ce propos que Bernheim a dit précisément la même chose, à savoir que, employée seule, la suggestion ne réussissait pas toujours, mais qu'elle réussissait beaucoup plus souvent quand on lui associait un moyen accessoire (hydrothérapie, électrisation, etc.).

Traitement de la pleurésie purulente chez les enfants.

M. Comby. — J'apporte à la Société trois observations personnelles relatives au traitement de la pleurésie purulente chez les enfants.

Le premier malade, âgé de trois ans, avait présenté les symptômes d'un épanchement de la plèvre droite, à la suite d'une broncho-pneumonie du même côté. Malgré les signes physiques d'une vaste pleurésie, je ne pus retirer qu'un verre de pus. Le liquide était sans doute étalé en lame autour du poumon congestionné. Le soulagement fut immédiat, mais l'état général ne s'améliora pas tout de suite, des symptômes de bronchite généralisée ayant succédé à l'évacuation de la plèvre. Cependant l'enfant guérit parfaitement sans autre intervention.

Les deux autres enfants, âgés l'un de quatre ans, l'autre de six ans et demi, ne purent guérir par la ponction simple; il fallut avoir recours à la pleurotomie antiseptique. Tous les deux pris de la même façon : invasion brutale, symptômes de broncho-pneumonie ou de pneumonie, défervescence incomplète et éphémère, superposition d'une pleurésie purulente, nécessité de la pleurotomie antiseptique, guérison complète et rapide après l'opération.

Le plus jeune de ces enfants avait présenté l'invasion de ce que Rilliet et Barthez ont décrit sous le nom de pneumonie cérébrale, à cause des symptômes nerveux (convulsions, délire) qui marquent le début de la maladie et qui peuvent faire croire à tort à l'existence d'une affection encéphalique.

Ce même enfant, dans le cours de sa pneumonie, présenta des douleurs poly-articulaires, du purpura, des hémorrhagies intestinales. Chez lui, deux ponctions successives, faites avec un gros trocart, ne purent ramener que quelques gouttes de pus, malgré l'abondance de l'épanchement. Il y avait, en effet, des grumeaux très épais qui bouchaient la canule de l'appareil aspirateur. Donc, impossible ici d'évacuer l'empyène par les ponctions simples.

L'autre enfant, au contraire, après avoir été traité par une série de vésicatoires (8), avait subi cinq ou six ponctions qui, tout en permettant de vider la cavité pleurale, n'avaient pas empêché la reproduction de l'épanchement.

Dans les deux cas, le pus présentait des *streptocoques*.

La pleurotomie fut faite au niveau du sixième espace intercostal, dans la ligne axillaire; un grand lavage au sublimé à 1 pour 2000, suivi de l'injection d'un litre d'eau salée, permit d'entraîner tous les débris fibrino-purulents et de stériliser la cavité. Malgré cette précaution, il y eut quelques accidents d intoxication (coliques, oligurie) chez le plus j. une enfant. On pourrait donc abaisser le titre de la solution à 1 pour 3000 ou pour 4000.

Mon intention était de ne faire qu'un seul lavage, mais je fus conduit à en faire deux. Les drains furent fixés dans la plaie avec une bande de caoutchouc; les pansements, aussi rares que possible, furent faits avec du salol, de la gaze salolée, du coton hydrophile.

Aujourd'hui, grâce à la pleurotomie antiseptique, le pronostic de l'empyème chez les enfants est très bénin. On ne redoute plus la purulence des épanchements, due presque toujours au pneumocoque ou au streptocoque; on craint davantage la pleurésie séro-fibrineuse, à cause de ses relations avec le bacille de Koch.

Il convient, pour opérer tranquillement, d'endormir les enfants.

Le choix de l'espace intercostal à inciser dépendra surtout du siège de l'épanchement.

La question de la rareté, de la multiplicité, ou même de l'absence des lavages, est encore débattue. En principe, il faut faire le moins de lavages possible, mais je crois qu'un bon lavage après l'opération est indiqué formellement.

M. Debove est surpris de ce qu'avance M. Comby, à savoir que le pronostic de la pleurésie purulente aiguë est moins grave que celui de la pleurésie séro-fibrineuse.

M. Laveran pense que M. Comby serait dans le vrai si la pleurésie séro-fibrineuse prédisposait seule à la tuberculose et M. Bucquoy adopte les opinions de M. Laveran.

M. Netter. — S'il ne s'agit pas des pleurésies purulentes tuberculeuses, le pronostic éloigné de la pleurésie séro-fibrineuse est plus sévère que celui de la pleurésie purulente.

M. Dreyfus-Brissac n'admet pas la façon de voir de M. Comby.

Si M. Comby élimine la classe des pleurésies purulentes celles qui sont tuberculeuses, et si, inversement, il laisse la tuberculose au passif des pleurésies séreuses, on conçoit sans peine qu'il trouve les pleurésies purulentes moins graves que les pleurésies séreuses.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Présidence de M. Cornil.

Séance du 3 avril 1891.

Malformation intestinale.

M. Bernheim présente le tube digestif d'un enfant né à la Maternité de Lariboisière, mort au bout de 5 jours après avoir eu de fréquents vomissements noirâtres. A l'autopsie on constata qu'il y avait solution de continuité du tube intestinal au niveau du duodénum. Le pylore se termine par un cul-de-sac avec dilatation. Il y a un cul-de-sac semblable du côté de la première portion duodénale. M. Bernheim fait remarquer qu'il y a séparation complète, et qu'il y a absence de toute bride. C'est le troisième cas semblable et l'embryologie ne peut expliquer ce vice de conformation.

M. Cornil constate en effet la rareté de cette anomalie et la compare aux lésions congénitales de l'œsophage.

M. Pilliet montre des coupes d'un épithélioma du corps thyroïde traité par la teinture d'iode en injections. On constate la mortification du tissu sans aucune trace d'inflammation.

M. Thiéry cite à ce propos l'observation d'un malade opéré pour hydrocèle par injection iodée. Il y eut une escharre qui dura trois mois sans phénomènes septiques du côté de la plaie.

ÉTRANGER

RUSSIE

SOCIÉTÉ DES MÉDECINS RUSSES

Syphilis du système nerveux.

M. Tarnovsky. — Depuis les recherches de Heubner, Fournier et autres sur la syphilis du système nerveux, le médecin a trop de tendance à voir la syphilis dans les affections du système nerveux central et est devenu en quelque sorte un juge d'instruction. On se base dans ces enquêtes sur la moindre cicatrice, un antécédent douteux, et on marche résolument vers le traitement antisyphilitique.

Ce n'est pourtant pas l'anamnèse qui permet de faire le diagnostic, et sous ce rapport l'étude des phénomènes nerveux est bien plus importante. Il est certain que chaque phénomène en particulier n'indique pas encore la notion étiologique; mais l'étude des phénomènes dans leur ensemble aide énormément le diagnostic.

Les recherches de ces temps derniers ont démontré que l'ataxie de la paralysie progressive, fréquente, il est vrai, chez les syphilitiques, n'a pourtant aucune relation directe avec la syphilis et les lésions syphilitiques du système nerveux. Dans ces cas le traitement spécifique aggrave notablement la situation. C'est aussi l'avis de Charcot. La prédisposition pour ces deux affections existe chez l'individu avant l'infection syphilitique qui dans ces cas joue le rôle de coup de fouet.

Chez les individus ordinairement bien portants, la syphilis cérébrale est plus bénigne que chez les individus en puissance d'une diathèse morbide.

M. Minor. — Quand on trouve de l'ataxie ou de la paralysie progressive chez un syphilitique, l'opportunité du traitement spécifique dépend de l'état de la syphilis, c'est-à-dire de la présence de manifestations florides. Dans ces cas le traitement spécifique est indiqué. Les hémiplégies et les paraplégies qui se rencontrent dans l'ataxie sont le plus souvent d'origine syphilitique. Il en est de même des paralysies oculaires, et un grand nombre d'auteurs disent avoir obtenu des succès avec le traitement spécifique. Le conseil de Strümpell d'instituer un traitement spécifique au début de l'ataxie parait très judicieux.

M. Sikorsky. — Le traitement mercuriel appliqué sans discernement a donné des résultats déplorables dans l'ataxie et la paralysie progressive. Dans ces deux affections caractérisées par une tendance à l'atrophie du système nerveux, le mercure, qui possède une action atrophiante sur la fibre nerveuse, ne faisait qu'accélérer l'évolution morbide.

Les paralysies passagères, les ophthalmoplégies en particulier ne sont pas toujours et nécessairement d'origine syphilitique. Comme tous les phénomènes nerveux, elles peuvent paraître et disparaître. L'ophthalmoplégie dans l'ataxie, est très souvent le résultat d'un trouble d'accommodation.

Œdème sans albuminurie.

M. Tchirkoff a observé 4 cas d'œdème sans albuminurie. On sait que cet œdème s'observe dans la néphrite interstitielle, l'anémie, la leucémie, les affections nerveuses. Aucune de ces causes ne pouvait être invoquée chez ses malades (3 hommes de 25 à 35 ans, 1 femme de 35 ans) qui rapidement ont guéri par l'iodure de potassium, bien qu'il n'y eût pas d'antécédents syphilitiques. En tout cas, le succès surprenant de l'iodure de potassium ferait penser que dans ces cas il s'agissait peut-être d'une lésion syphilitique des nerfs vaso-moteurs.

M. Pogojeff a observé un cas semblable chez une femme de 42 ans. La malade a rapidement guéri par l'emploi de l'iodure et du bromure de potassium.

M. Tchernycheff a observé 3 trois cas d'œdème sans albuminurie. Dans deux cas il s'agissait de syphilitiques, dans le troisième il n'y avait pas de syphilis, mais le malade urinait 2 à 3 litres d'urine par jour. Tous ont rapidement guéri par l'iodure de potassium.

M. Jacoub a observé de l'œdème sans albuminurie chez une goutteuse. L'œdème a disparu au bout de deux mois, et à ce moment on pouvait constater des traces de périostite au niveau des deux tibias.

M. Pavlinoff fait observer que l'action favorable dans un cas de l'iodure de potassium n'indique pas nécessairement l'origine syphilitique de l'affection. L'œdème peut dépendre de névrites d'origine alcoolique ou toxique. Le repos seul sans l'iodure de potassium serait peut-être capable de guérir ces malades.

M. Aristoff croit que l'œdème est dans certains cas provoqué par une faiblesse de la fibre cardiaque.

Greffe de Thiersch dans la chirurgie oculaire.

M. Natansohn. — Le procédé de Thiersch présente des avantages tellement marqués qu'il est en train de remplacer les autres méthodes de greffe, entre autres celle de Reverdin. Le procédé de Thiersch est particulièrement indiqué dans les pertes de substance de la paupière, consécutives aux traumatismes accidentels ou à l'intervention chirurgicale. La peau qui se prête le mieux pour la greffe est celle de la partie antéro-externe de l'épaule. L'antisepsie n'empêche pas la greffe de réussir. La greffe a été appliquée avec succès dans un cas d'épithéliome de la paupière inférieure et dans 40 cas de l'opération de Jaesche-Arlt.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Imp. des Arts et Manufactures, 12 rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud.

N° 15. — 15 AVRIL 1891 LE NUMERO QUINZE CENTIMES

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

PUBLIÉ PAR

LA GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Et servi gratuitement à tous les abonnés de ce journal

ABONNEMENTS SPÉCIAUX POUR MM. LES ÉTUDIANTS. — UN AN : 6 FRANCS

L. LEREBOULLET, Rédacteur en chef. — A. BROCA, Secrétaire de la Rédaction

Librairie de G. MASSON, 120, boulevard Saint-Germain.

SOMMAIRE

ACTES
DES FACULTÉS DE MÉDECINE

Thèses du 20 au 25 avril 1891.

Jeudi 23. — M. Batuaud. Les hémorrhagies dans le cas de tumeurs fibreuses de l'utérus, l'endométrite cause de ces hémorrhagies et leur traitement par le curettage. — M. Bitterlin. Etiologie de la tuberculose chez les enfants.

Vendredi 24. — M. Roques. De l'action phlogogène de la lymphe de Koch. — M. Bouron. Etude sur le pied-bot congénital à manifestations tardives. — M. Thomas. Des abcès tuberculeux périnéphritiques.

Hôpital Saint-Louis. *Cours cliniques des maladies cutanées et syphilitiques.* — Le professeur Alfred Fournier reprendra son cours le vendredi 17 avril, à 9 h. 1/2, et le continuera les mardis et vendredis suivants, à la même heure.

Clinique chirurgicale. — M. le professeur Simon-Duplay reprendra ses cours le mardi 21 avril 1891 et son enseignement continuera dans l'ordre indiqué par le tableau suivant :

Lundi. — Exercices cliniques (examen des malades). Démonstrations d'anatomie pathologique au laboratoire de la clinique à 10 h., par M. Cazin, chef de laboratoire.

Mardi. — Leçon clinique et opérations, à 9 1/2, amphithéâtre de la clinique.

Mercredi. — Exercices cliniques (examen des malades). Conférences et démonstrations cliniques à 10 h., à l'amphithéâtre de la clinique, par le Dr Rochard, chef de clinique.

Jeudi — Grandes opérations (chirurgie abdominale).

Vendredi. — Leçon clinique et opérations à 9 h. 1/2, amphithéâtre de la clinique.

Samedi. — Gynécologie à l'amphithéâtre Velpeau.

Cours de clinique médicale (Hôpital de la Charité). — M. le prof. Potain a repris son enseignement clinique le mardi 7 avril. Les leçons sont distribuées de la façon suivante : Professeur Potain. *Synthèse clinique, Diagnostic, Indications.* Mardi, samedi, 10 heures. Dr Suchard : *Anatomie pathologique.* Autopsies, 10 heures. — Dr Foubert : *Séméiologie physique.* Auscultation, percussion, palpation, emploi des appareils d'exploration. Lundi, 10 heures. — Dr Drouin : *Séméiologie chimique.* Jeudi, 5 heures. — Dr Vaquez : *Séméiologie microscopique, Bactériologie.* Vendredi, 5 heures.

Concours pour le Prosectorat. — Un concours pour deux places de Prosecteur s'ouvrira le lundi 25 mai 1891, à midi et demi, à la Faculté de Médecine de Paris. MM. les aides d'anatomie sont seuls admis à prendre part à ce concours. Le registre d'inscription sera ouvert au Secrétariat de la Faculté, de midi à trois heures, tous les jours, du lundi 13 avril au mercredi 13 mai 1891 inclusivement.

Concours pour l'Adjuvat. — Un concours pour cinq places d'aide d'anatomie s'ouvrira le lundi 11 mai 1891, à midi et demi, à la Faculté de médecine de Paris. Tous les élèves docteurs de la Faculté, français ou naturalisés français, sont admis à prendre part à ce concours. Le registre d'inscription sera ouvert au secrétariat de la Faculté, de midi à trois heures, tous les jours, jusqu'au samedi 2 mai 1891 inclusivement. Les aides d'anatomie nommés entreront en fonctions le 1er octobre 1891 ; leur temps d'exercice expirera le 1er octobre 1894.

VARIÉTÉS

Hôpitaux du Midi et de Lourcine. — MM. Mauriac, Balzer, Humbert, de Beurmann, Renault et Pozzi annoncent la reprise de leurs conférences cliniques. La première réunion aura lieu à l'hôpital du Midi, le mercredi 15 avril, à 9 h. 1/2. — La seconde à l'hôpital de Lourcine, le mercredi 22, et ainsi de suite alternativement dans chacun de ces deux hôpitaux.

Hôpital Tenon. — M. Richelot, chirurgien de l'hôpital Tenon, commencera des conférences de clinique chirurgicale et de gynécologie le lundi 20 avril 1891, à 10 heures, salle Richard Wallace, et les continuera les lundis suivants à la même heure.

Hôpitaux de Marseille. — Sont nommés MM. les Drs Roux fils (chirurgien-adjoint) et Pagliano (médecin-adjoint).

Concours du bureau central de médecine. — Sont admissibles à la troisième épreuve: Delpeuch, Mathieu, Le Gendre, Lebreton, Gilles de la Tourette, Widal, Lermoyez, Dalché, Giraudeau, Béclère.

Un baptême baptiste. — Une jeune fille de 21 ans, devant recevoir le baptême baptiste, s'était rendue à cet effet le 9 mars 1890 à la chapelle de sa communauté.

Dans un vestiaire relié au temple par un passage couvert, elle se dépouilla de ses vêtements, le caleçon excepté, et revêtit une chemise de toile blanche. En cet état elle rentra dans le temple et se plongea tout entière dans les fonts remplis d'eau de pluie. Elle y resta à peine une minute. Elle retourna sans soutien au vestiaire, y tomba sans connaissance et expira, malgré les soins les plus énergiques.

A la suite de l'examen du cadavre, le docteur Dütschke déclara dans son rapport que la mort était due à la paralysie du cœur et qu'elle avait pour cause le bain froid (4-5° R.) employé. Le pasteur condamné à un mois... pour homicide par négligence, fut acquitté en appel On fit valoir que la fille ne serait peut-être pas morte si elle s'était plongée dans l'eau seulement jusqu'au cou. Depuis, la communauté baptiste de la Frise orientale (Hanovre) emploie de l'eau chauffée pour cette cérémonie.

Agrégation du Val-de-Grâce. — Un concours s'ouvrira le 5 octobre 1891, à l'Ecole d'application de médecine et de pharmacie militaires pour un emploi de professeur agrégé de médecine légale, législation, administration et service de santé militaires. Les médecins-majors de 1re et de 2e classe sont seuls admis à prendre part au concours. Les médecins militaires qui désireraient prendre part au concours adresseront au ministre (7e direction, bureau des hôpitaux), avant le 15 septembre 1891, terme de rigueur, une demande régulière qui devra être appuyée de l'avis motivé de leurs chefs et transmise par la voie hiérarchique. Dans le cas où un emploi de répétiteur à l'école du service de santé militaire de Lyon deviendrait vacant par suite de l'admission d'un titulaire à l'agrégation, un concours pour son remplacement s'ouvrirait à l'école du Val-de-Grâce, le 7 décembre 1891.

CLINIQUE DES VOIES URINAIRES

Sur la gangrène microbienne d'origine urinaire, par MM. F. Guyon et J. Albarran (d'après une communication au congrès de chirurgie).

On connaît bien en clinique les gangrènes qui succèdent parfois à l'infiltration d'urine, mais il existe chez les urinaires, en dehors de toute infiltration, une gangrène du fourreau de la verge et du scrotum qui est due à l'inoculation des micro-organismes contenus dans l'urine infectée.

Ces gangrènes ont une marche très rapide et se terminent, dans les cas que nous avons étudiés, par la mort. Le nom de gangrène foudroyante leur conviendrait bien, si en clinique on n'entendait par ce nom des gangrènes septiques décrites, par M. Fournier, qui surviennent le plus souvent sans cause appréciable et se terminent habituellement par la guérison. En bactériologie, le nom de gangrène foudroyante paraît impliquer l'idée de lésions déterminées par le vibrion septique de Pasteur qui n'est pas l'agent pathogène dans nos observations.

Chez des malades urinaires dont les urines sont septiques on peut voir se produire des gangrènes qui débutent au niveau du prépuce, qui gagnent le fourreau de la verge et envahissent plus ou moins le scrotum : la plaque gangreneuse est déjà évidente en 30 ou 40 heures, mais elle se trouve limitée à la peau et au tissu cellulaire; plus profondément, ainsi du reste que dans les parties voisines, les tissus sont infiltrés d'une sérosité louche. Bientôt l'état général est altéré, il survient une adynamie profonde, du délire tranquille, et en quelques jours, sans que la température se soit élevée au delà de 39°, le malade meurt.

Dans deux cas, dont l'un analysé par M. Chabrié, l'examen chimique des urines a montré qu'on n'avait pas affaire à des diabétiques.

Le début de la gangrène par le prépuce et son extension graduelle nous faisaient penser à une inoculation déterminée par l'urine et s'étendant de proche en proche. Nous avons démontré que l'urine de notre malade était capable de produire de la gangrène : en injectant 1 centim. cube de cette urine dans le tissu cellulaire d'un cobaye, on détermine une plaque gangreneuse plus étendue qu'une pièce de deux francs.

L'examen histologique de cette urine montrait un très grand nombre de cylindres granuleux ; on pourrait dire que le malade pissait son rein.

Par l'étude bactériologique nous avons trouvé, à côté d'un microcoque non pathogène, un bacille polymorphe qui, injecté dans le péritoine à la dose de 1 à 1 1/2 c c. de culture sur bouillon ou sur urine, tue les cobayes dans un délai de 14 heures à 5 jours. Dans nos premières expériences nous ne constations guère de lésions anatomo-pathologiques, mais après plusieurs passages, ce bacille détermine aujourd'hui une violente péritonite purulente analogue à celle qui est produite par la bactérie pyogène.

En injection sous-cutanée, ce bacille produit les plaques de gangrène que nous présentons au Congrès.

En étudiant la sérosité infiltrée dans les tissus voisins des portions gangrenées, nous avons pu isoler les deux microbes, le coccus et le bacille, que nous avions trouvés dans l'urine et en outre le staphylococcus albus et le bacillus fluorescens non liquefaciens. Ce dernier microbe fluorescens, qui est d'habitude un chromogène inoffensif, possédait des qualités de virulence remarquables : sa culture sur bouillon tuait un cobaye à la dose de 1 1/2 c.c. en 14 heures. Chose remarquable, après passage dans l'organisme du cobaye ou après exposition à l'air depuis 7 semaines, les cultures n'étaient plus virulentes.

Dans le sang du malade, recueilli deux heures après la mort, nous n'avons trouvé qu'un seul micro-organisme : le même bacille qui existait dans l'urine et dans la sérosité purulente infiltrée. Prise dans une quelconque de ces trois sources, cette bactérie a les mêmes caractères de culture et les mêmes propriétés virulentes : injectée dans le péritoine, elle tue par septicémie; inoculée sous la peau, elle détermine de la gangrène.

Force nous est donc de conclure que c'est bien ce bacille contenu dans l'urine qui a été la cause de la gangrène chez notre malade, et nous pourrions ajouter de la mort, si nos études s'étaient bornées là ; mais dans les coupes du foie et du rein nous avons trouvé un autre bacille probablement anaérobie que nous n'avons pas cultivé, ce qui nous conduit à penser que la mort a été due à une infection combinée. Nous n'avons trouvé ce dernier microbe ni dans l'urine, ni dans la plaque de sphacèle, ni dans la sérosité infiltrée.

Quel est le bacille, capable de produire de la gangrène, que nous avons isolé dans le sang, dans l'urine et dans les parties gangrenées de notre malade ? Nous croyons que c'est la bactérie pyogène urinaire, la bactérie septique de la vessie de Clado. Les caractères de culture sont les mêmes et la seule différence est due à ce que, contrairement à notre bacille, la bactérie pyogène ne détermine pas de la gangrène en injection sous-cutanée. Nous pensons qu'elle a acquis cette nouvelle propriété peut-être parce qu'elle a vécu pendant un temps à côté du bacille anaérobie signalé. Cette manière de voir est confirmée parce que par les cultures et les passages successifs nous avons vu cette bactérie changer un peu ses qualités pathogènes lorsqu'on l'inocule dans le péritoine et se rapprocher de plus en plus de la bactérie pyogène ordinaire. Notons encore que nous avons vu chez notre malade un simple bacille chromogène, le fluorescens, acquérir temporairement des propriétés pathogènes.

Ces faits présentent, croyons-nous, de l'importance en bactériologie générale. On sait bien que par l'association à un autre microbe on peut rendre la virulence à un micro-organisme atténué; on sait aussi qu'un chromogène simple comme le prodigiosus peut, par son association, exalter la virulence d'un autre microbe, mais deux faits qui se dégagent de notre travail sont moins connus :

1° Un chromogène, le fluorescens, peut acquérir des propriétés pathogènes en vivant dans un milieu septique ;

2° Un bacille à virulence déterminée, la bactérie pyogène urinaire, peut dans les mêmes conditions acquérir une propriété pathogène particulière, la faculté de produire de la gangrène.

Sans pousser plus loin pour aujourd'hui l'étude de ces faits, nous nous bornerons à constater qu'il existe chez les urinaires infectés des gangrènes à marche rapide du fourreau de la verge et du scrotum indépendantes de toute infiltration d'urine et que ces gangrènes peuvent être dues à la bactérie pyogène urinaire ayant acquis des propriétés virulentes spéciales.

REVUE DES CONGRÈS

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

Session d'avril 1891.

Alopécie pseudo-peladique.

M. Hallopeau. — Voici un malade qui présente en divers points de la surface cutanée des plaques au niveau desquelles le pigment cutané disparaît, les poils ou les cheveux tombent, la sensibilité s'atténue, les piqûres ne saignent plus;

autour de ces plaques existe une zone où la pigmentation est exagérée; ces plaques présentent au début des stries atrophiques qui ressemblent à des vergetures : leur distribution est symétrique. La maladie, qui dure déjà depuis plusieurs années, tend à rétrocéder et en beaucoup d'endroits la peau a repris sa couleur et sa sensibilité normales; elle se distingue ainsi du vitiligo. Au cuir chevelu ces plaques d'alopécie ressemblent beaucoup à celles de la pelade, elles en diffèrent en ce qu'elles ne sont ni circulaires ni polycycliques, elles n'ont pas l'aspect éburné, enfin la plupart sont en état d'ischémie et partiellement anesthésiées. On ne retrouve pas d'ailleurs le parasite récemment décrit par MM. Vaillard et Vincent, tandis qu'on le rencontre chez presque tous les peladiques.

Tous les symptômes indiqués peuvent s'expliquer par une excitation spasmodique des muscles vaso-constricteurs; il s'agit selon toute vraisemblance d'une angio-névrose; en produisant des anémies locales sous l'influence d'excitations réflexes, elle donne lieu à l'anesthésie, à l'achromatose et à l'hyperchromatose, ainsi qu'à la chute des poils; ce dernier phénomène peut s'observer dans l'asphyxie locale des extrémités. L'excitation réitérée des téguments par des liquides appropriés et par des bains électriques a produit une très notable amélioration; les plaques peuvent disparaître sans laisser de traces. On a décrit des vitiligos et des alopécies d'origine nerveuse, mais dans aucun cas jusqu'ici ces altérations n'avaient pas été vues réunies en foyers et subordonnées à un spasme vasculaire; à ce titre, cette maladie paraît constituer une variété nouvelle d'angio-névrose.

M. Ernest Besnier. — Il s'agit là en effet de faits nouveaux sur lesquels nous ne pouvons discuter tout de suite. Quant au parasite de Vaillard et Vincent dont il vient d'être fait mention, je crois qu'il faut encore se montrer très réservé. Nous avons déjà vu décrire tant de fois le parasite de la pelade!

M. Quinquaud. — J'ai fait dernièrement avec M. Vidal des recherches sur les parasites de la pelade. Nous avons trouvé 5 ou 6 parasites; mais nous avons échoué quand nous avons voulu transporter sur les animaux les cultures pures de ces parasites. Nos résultats ont été négatifs même avec le parasite de Vaillard et Vincent.

M. Hallopeau. — Sans rien préjuger, je puis dire que les recherches faites dans mon laboratoire semblent confirmer les résultats annoncés par MM. Vaillard et Vincent.

Pelade totale du cuir chevelu probablement d'origine nerveuse.

M. Brousse (de Montpellier) rapporte le cas d'une femme hystérique de 29 ans présentant une alopécie à peu près complète survenue dans les conditions suivantes: à 16 ans, première atteinte de pelade à la suite d'une émotion vive; puis reprise de cette pelade au cours d'une première, d'une seconde et d'une troisième grossesse, et chaque fois à la suite d'émotions violentes et accompagnée de vives douleurs de tête. En l'absence de cause probable de contagion, l'auteur conclut dans ce cas à l'existence d'une pelade d'origine trophonévrotique.

Chancre syphilitique du fourreau avec cordon lymphangitique rendant impossible l'excision.

M. Barthélemy présente un malade atteint d'un chancre syphilitique du fourreau dont les dimensions et la situation eussent rendu l'excision facile; mais de ce chancre partait un cordon lymphangitique indiquant trop bien que l'infection avait gagné bien au delà et aurait rendu inutile cette excision.

M. Augagneur (de Lyon) ne partage pas les illusions que quelques médecins se font au sujet de l'excision. Dernièrement il a eu l'occasion chez un malade atteint de blennorrhagie et de phimosis de faire la circoncision; le prépuce enlevé entièrement ne paraissait pas atteint d'une autre maladie; cependant le malade peu de temps après présentait de l'adénopathie inguinale et plus tard une roséole. Ainsi on avait enlevé le prépuce avant même l'apparition du chancre et cependant l'infection avait eu lieu.

Infection farcino-morveuse.

MM. Hallopeau et Jeanselme. — L'infection farcino-morveuse a été incomplètement décrite au point de vue dermatologique et peut passer facilement inaperçue. On peut cependant faire le diagnostic par la clinique seule. L'histoire pathologique d'un malade récemment observé peut servir de démonstration; cette histoire comporte trois périodes :

La première est caractérisée par des accidents fébriles, par l'augmentation des sécrétions nasales, par des douleurs pseudo-rhumatismales et surtout par une série d'abcès dont la plupart deviennent fistuleux; grâce à l'emploi du thermocautère, cette première période se termine par une guérison apparente qui se maintient pendant trois ans; une aussi longue rémission n'a été signalée dans aucun cas non suivi de guérison. La seconde période est marquée par une nouvelle série d'abcès et par des ulcérations destructives, à caractères tout particuliers, des fosses nasales, de la voûte palatine et les lèvres; cette dernière localisation n'a pas été signalée jusqu'ici. La troisième période est constituée par une poussée de morve aiguë à laquelle le malade a succombé. Cette évolution est tout à fait caractéristique; elle suffirait à éclairer, par son ensemble, ceux qui ne seraient pas arrivés plus tôt au diagnostic. Mais nous croyons être actuellement en possession de données qui permettent de reconnaître la maladie avant sa terminaison, abstraction faite des commémoratifs : on doit y penser quand on voit survenir, après une série prolongée d'abcès, des ulcérations des fosses nasales, des lèvres, du voile du palais ou une tumeur de l'un des sacs lacrymaux coïncidant avec du jetage: ces ulcérations succèdent le plus souvent à des néoplasies d'aspect inflammatoire; elles se différencient des ulcérations syphilitiques et tuberculeuses par leurs bords renversés déchiquetés, leur fond anfractueux d'où émergent des mamelons jaunâtres, leur vaste décollement, l'état turgescent et la vive coloration rouge violet des parties qui les entourent, l'aspect huileux du liquide qu'elles sécrètent; la déformation étrange et hideuse qu'elles produisent. Leur puissance destructive est si considérable qu'elles peuvent aboutir en peu de jours à la disparition complète de la partie atteinte, telle que toute la lèvre supérieure. La poussée terminale de morve aiguë peut être également distinguée de l'érysipèle avec lequel elle a été confondue : la rougeur et la tuméfaction sont plus fixes et ne se terminent pas par un bourrelet saillant : il n'y a pas d'engorgement ganglionnaire; il survient secondairement une éruption de pustules jaunes caractéristiques distinctes des phlyctènes érysipélateuses et enfin des escharres. Un liquide huileux suinte de leurs sillons d'élimination.

Les études bactériologiques et expérimentales qui ont servi à mettre au-dessus de toute discussion le diagnostic d'une infection farcino-morveuse peuvent être résumées ainsi qu'il suit : 1° les bacilles de la morve ont été trouvés dans le pus de trois abcès reconnus farcineux par le résultat positif d'inoculations et aussi, mais plus difficilement, dans le pus du jetage et de l'ulcération labiale ainsi que dans le liquide qui suintait du sillon d'élimination de l'escharre nasale; ils étaient nombreux dans le liquide très virulent que sécrétaient les conjonctives; dans l'un des abcès, les bacilles morveux étaient associés à des staphylocoques; 2° nous avons obtenu des cultures sur les divers milieux nutritifs susceptibles d'être mis à l'étuve. Sur la pomme de terre, nous avons constaté le développement d'une couche d'aspect glacé qui parfois, dès le quatrième ou le sixième jour, prenait une nuance ambrée et plus tard une coloration franchement brun rougeâtre. 3° Des inoculations ont été pratiquées sur des cobayes au nombre de 36, soit par scarification ou injection sous-cutanée, soit le plus souvent par injection intra-péritonéale; ce dernier procédé, préconisé par M. Straus, donne les meilleurs résultats; il permet d'obtenir dès le second jour et quelquefois 24 heures seulement après l'inoculation, la vaginalite caséo-suppurée caractéristique; 4° de même que certaines cultures périssent en quelques jours et que d'autres, placées dans des conditions en apparence identiques, conservent parfois leur vitalité pendant des mois, de même certains abcès deviennent rapidement stériles, c'est-à-dire guérissent, tandis que d'autres gardent leur virulence, c'est-à-dire passent à l'état fistuleux; 5° un âne inoculé avec une de nos cultures sur pomme de terre par Trasbot à Alfort a sucombé à la morve;

6° l'injection de l'urine recueillie pendant la poussée terminale, n'a donné que des résultats négatifs.

M. Ernest Besnier. — J'aurais voulu vous présenter un malade atteint de morve chronique et présentant des ulcérations mutilantes du centre de la face. Ce malade a succombé il y a huit jours, mais vous verrez la reproduction exacte des lésions sur les moulages faits par M. Baretta et les photographies de M. Méheux. Entré à l'hôpital Saint-Louis en mai 1890, ce malade était porteur de lésions mutilantes de la face datant, disait-il, de cinq mois seulement et simulant des lésions syphilitiques. Le centre de la face était occupé par une série d'infiltrations et d'ulcérations qui, commençant à la partie médiane de la racine du nez, gagnaient le canal lacrymal jusqu'à l'angle interne de l'œil droit, contournaient le sac lacrymal, détruisaient une grande partie du nez jusqu'à la lèvre supérieure, laquelle était envahie entièrement et échancrée en bec-de-lièvre. La lésion se prolongeait vers les joues et atteignait la voûte palatine sans s'étendre au pharynx proprement dit. Au moment de l'entrée du malade, surtout en l'absence de renseignements commémoratifs, le malade avait déclaré la profession de garçon marchand de vin; il était impossible de ne pas songer à une syphilis mutilante; le traitement fut donné sans résultats. Les diagnostics de lupus, d'épithéliomatose maligne furent écartés : M. Hallopeau qui vit ce malade pensa qu'il devait être rapproché de celui dont il vient de relater l'histoire, et l'enquête fut refaite dans ce sens. On apprit alors que ce malade avait été auparavant conducteur de chevaux et on put reconstituer l'histoire de l'évolution de la morve chez lui. Il contracta cette maladie il y a quatre ou cinq ans en pansant un cheval morveux. Et le premier acte de la maladie fut la morve chronique pulmonaire. Cet homme jusque-là très vigoureux fut pris de toux incessante avec sueurs nocturnes, amaigrissement. Au bout de dix-huit mois il semblait guéri ; mais alors apparut une gomme farcineuse à l'avant-bras gauche et à peu près simultanément les lésions au niveau du canal nasal droit. Puis le rein a été atteint et déjà au moment de l'entrée du malade il y avait de la néphrite albumineuse ; finalement le malade succomba à de l'urémie. L'autopsie n'a révélé aucune granulation miliaire morveuse dans les viscères. Les reins étaient mous et très congestionnés, l'examen histologique et les recherches bactériologiques y feront sans doute trouver des lésions non visibles à l'examen macroscopique.

Le diagnostic de morve déjà établi cliniquement a été confirmé par l'expérimentation sur les animaux et c'est là une recherche qui s'impose dans les cas de ce genre. Seul cet examen peut donner la certitude et conduire au traitement rationnel et aux mesures de prophylaxie qu'il convient de prendre.

A défaut de l'âne, on peut plus pratiquement faire l'inoculation au chien, chez lequel on obtient dans l'espace de trois à cinq jours un chancre morveux caractéristique très riche en bacilles spécifiques.

M. Quinquaud. — J'ai fait à propos du malade de M. Besnier des recherches bactériologiques et des inoculations sur les animaux : un cobaye inoculé avec du pus provenant de boutons ulcérés de la racine du nez a succombé au bout de 10 jours. A l'autopsie on trouve la rate parsemée de granulations morveuses et un ganglion purulent dans le pus duquel existent de nombreux bacilles de morve. Le pus ensemencé sur pomme de terre dans un tube de Roux placé à 36° a donné naissance à une couche blanche, puis jaune, puis brune, tout à fait caractéristique d'une culture de bacilles morveux. — Enfin M. Trasbot a inoculé à un âne du pus morveux provenant du malade ; l'animal a succombé avec tous les symptômes et les lésions de la morve aiguë. De plus le malade présentait des altérations du sang, augmentation de l'urée, hypoglobulie, diminution de l'oxygène. Le diagnostic de morve ne peut être discuté et le malade a succombé à la lésion rénale avec des altérations du sang très marquées.

Destruction des poils par l'électrolyse.

M. Brocq donne de nouveaux détails sur ce mode de traitement dont il a déjà parlé il y a 3 ans à la Société des hôpitaux. Il ne se sert plus maintenant d'aiguilles isolées, mais simplement d'aiguilles ordinaires en or ou en platine iridié qu'il courbe à environ 5 à 6 millimètres de la pointe. Pour atténuer la douleur, il a renoncé aux injections sous-cutanées de cocaïne et se contente chez les personnes trop craintives d'opérer avec des courants d'une extrême faiblesse et en faisant enduire la région une demi-heure ou un quart d'heure auparavant avec une pommade à la cocaïne au vingtième. Chez les personnes courageuses et quand il y a de nombreux poils à enlever, il opère ainsi : il met le collecteur de la machine électrique sur le nombre d'éléments qui correspond à peu près au courant voulu, 2 à 3 milliampères par exemple, dans certains cas où la peau est épaissie, 4 à 5 milliampères; il introduit l'aiguille dans le follicule pileux et fait saisir par la personne opérée le cylindre qui forme le pôle positif. Suivant que celui-ci est saisi plus ou moins vite, la destruction se fait plus ou moins rapidement. On peut chez des personnes résolues enlever de 50 à 90 poils par séance de 20 à 25 minutes. Avec l'emploi de la méthode rapide, il repousse environ deux poils sur dix; un sur dix seulement quand on opère lentement.

La destruction des poils très fins se faisant facilement, il y a grand avantage à opérer le plus tôt possible et dans le jeune âge, car plus tard, les poils ayant pris plus de développement, la difficulté sera plus grande et les cicatrices seront plus visibles.

Nature et traitement du prurigo de Hebra.

M. Augagneur (de Lyon). — Le prurigo de Hebra est fréquent à Lyon, mais, dans le milieu hospitalier où je l'observe, chez les enfants, les cas sont plutôt atténués. Sur 61 cas observés, 52 étaient chez des enfants au-dessous de 13 ans; il semble même que le prurigo tende à diparaitre avec l'âge. Il y a donc là d'assez grandes différences d'avec le tableau clinique formulé par Hebra. J'ai recherché quelles pouvaient être les causes de cette maladie et, ne pouvant faire jouer un rôle suffisant à la scrofule non plus qu'aux troubles dyspeptiques et à la dilatation de l'estomac, j'ai pensé que l'encombrement et les conditions respiratoires fâcheuses dans lesquelles se trouvaient ces petits malades appartenant à la classe pauvre des villes étaient une cause efficiente de la maladie qui est rare dans la classe aisée et à la campagne. J'ai employé comme traitement la médication proposée en Allemagne et par M. Besnier, l'acide phénique à l'intérieur que j'ai donné à la dose de 20 à 60 centigrammes par jour avec les bains alcalins. J'ai obtenu de bons résultats et crois avoir remarqué que dans cette maladie, qui récidive si facilement, ce traitement éloignait plus que les autres les récidives.

M. Tenneson. — M. Augagneur paraît rapporter au prurigo de Hebra des faits qui ne lui appartiennent pas. Dans les cas auxquels nous donnons ce nom, il s'agit d'une affection essentiellement rebelle, dont aucune médication interne ou externe ne peut empêcher les récidives, et les résultats si favorables obtenus par M. Augagneur avec l'emploi de l'acide phénique suffisent à montrer qu'il a eu affaire à des maladies toutes différentes.

J'emploie, dans le prurigo de Hebra, une méthode qui m'a été inspirée par les recherches de M. Jacquet sur les effets favorables de l'enveloppement ouaté dans l'urticaire et les affections prurigineuses. L'occlusion de la peau, dans le prurigo, amène dans l'espace de 24 à 48 heures la disparition du prurit et quand, après quelques jours, on enlève le pansement occlusif, le prurit cesse de se reproduire pendant quelques jours, quelques semaines, parfois même quelques mois. J'ajoute cependant que la récidive a toujours lieu au bout de ce temps. L'occlusion par un pansement ouaté présentant de grandes difficultés d'application lorsqu'on est obligé de la pratiquer sur la totalité de la surface cutanée, je la pratique avec des toiles imperméables, en ayant soin de les placer immédiatement au contact de la peau et de ne pas les laisser flottantes; le mieux est, lorsque les malades peuvent en faire la dépense, l'emploi d'un maillot en tissu élastique doublé d'une toile imperméable.

Aucun des malades que j'ai soumis à ce traitement n'a présenté des accidents pouvant être rapprochés de ceux qui s'observent chez les animaux après le vernissage de la surface cutanée.

M. Augagneur. — Je ne puis admettre que l'incurabilité absolue soit la caractéristique nécessaire du prurigo de He-

bra. Je pense, au contraire, que lorsque le traitement a été institué d'assez bonne heure, alors que les lésions ne sont pas encore trop considérables, on peut arriver à enrayer la maladie.

Non-spécificité du gonocoque.

M. Eraud (de Lyon) communique le résumé de ses recherches sur la non-spécificité du gonocoque et le pouvoir pyogène des diatases sécrétées par ce microbe. (Voir *Mercredi médical*, 1890, p. 148 et 178.)

Effet du mercure sur les arthropathies blennorrhagiques.

M. Morel Lavallée. — Chez deux sujets atteints simultanément de syphilis et de rhumatisme blennorrhagique, j'ai vu les arthropathies et les amyotrophies qui les accompagnaient s'amender rapidement sous l'influence de l'administration du traitement mercuriel.

Lichen simplex.

M. E. Vidal. — F. Hebra a rattaché à l'eczéma, sous le nom d'eczéma papulatum, l'affection à laquelle on donnait avant lui le nom de lichen simplex. Cette affection, caractérisée par le développement de papules d'abord isolées, puis groupées et plus tard confluentes, disposées en placards dont le centre s'affaisse lorsqu'elle tend à la guérison, tandis que l'extension se fait par la périphérie, s'accompagne de vives démangeaisons. Elle se développe sur le cou, sur la face et sur les membres. Ses éléments papuleux ne présentent pas l'humidité que l'on observe dans l'examen; la desquamation qui leur succède ressemble bien plus à celle du lichen plan qu'à celle de l'eczéma Chez l'enfant, la papule du lichen peut succéder à une élevure d'urticaire qui est en quelque sorte la première phase de son évolution. L'affection présente une grande analogie avec le lichen plan de E. Wilson et doit être restituée au genre lichen.

Chancres infectants multiples de la face.

M. Brousse. — J'ai observé un homme atteint simultanément de 6 chancres de la face, l'un plus petit sur la lèvre supérieure, les 7 autres sur les parties latérales et antérieure du menton. La contamination s'est probablement faite par le rasoir.

Eruption acnéiforme de la face.

MM. Hallopeau et Claisse. — Voici un malade atteint d'une nouvelle variété d'éruption acnéiforme agminée de la face; les boutons qui la constituent se sont développés soudainement comme le font ceux des éruptions médicamenteuses; ils sont remarquablement durs, hémisphériques, non douloureux, si ce n'est au début; ils sont isolés ou réunis en groupes dont la disposition rappelle celle du zona; quelques-uns suppurent; aucun ne s'est affaissé 7 à 8 semaines après le début de la maladie; ils n'occupent que la face. Ils présentent d'incontestables analogies avec ceux de l'éruption que M. Barthélemy a décrite récemment sous le nom d'acnitis; ils en diffèrent par leur début intra-dermique et non sous-dermique, leur groupement en plaques dont la configuration rappelle celle du zona, la non-suppuration de la plupart d'entre eux, leur persistance alors même qu'ils se sont ouverts et leur localisation exclusivement faciale; il est fort douteux qu'ils siègent dans les follicules. Si donc ce fait se rattache à l'acnitis de M. Barthélemy, il en constitue une nouvelle variété.

M. Hallopeau communique la suite de l'observation du malade atteint de *dermatite pustuleuse chronique en foyers à progression excentrique* qu'il a présenté au Congrès de dermatologie de 1889.

M. Morel-Lavallée lit une observation d'*érythème salolé.*

Georges Thibierge et Henri Feulard.

VINGTIÈME CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ ALLEMANDE DE CHIRURGIE

Tenu à Berlin du 1er au 4 avril 1891.

Nouvelles opérations sur la prostate et la vessie.

M. Küster (Hambourg). — Les opérations sur la prostate sont très délicates, car dans les lésions graves de cette glande il existe ordinairement une affection sérieuse des voies urinaires supérieures, affection qui n'est pas facile à faire disparaître. Mais la valeur d'une opération ne doit pas être jugée d'après les cas graves où il existe en même temps des modifications secondaires. Le résultat est déjà sensible quand dans un cas aussi avancé on arrive à arrêter les progrès de la lésion. Le danger d'infiltration d'urine est grave, et on peut l'éviter en faisant coucher le malade sur le ventre pendant les premiers jours qui suivent l'opération. D'après Dittel, l'hypertrophie du lobe médian n'est pas fréquente, ce qu'on trouve le plus souvent c'est l'hypertrophie des lobes latéraux avec compression de l'urèthre; dans ce cas il n'est pas rationnel d'aborder la prostate par en haut. Les lobes latéraux doivent être attaqués par la voie périnéale, et Kuehler a recommandé ce procédé depuis 1868. Dittel conseille de fendre le périnée sur la ligne médiane, de contourner l'incision à gauche de l'anus de façon à conserver les sphincters dans le lambeau médian, de détacher ce lambeau, de découvrir la glande et d'en exciser de chaque côté des portions aussi volumineuses que possible. La blessure de l'urèthre peut être évitée grâce à une sonde conductrice, mais ce n'est pas toujours facile. M. Küster a fait cette opération trois fois. L'hémorrhagie est particulièrement grave chez les personnes âgées : la position élevée du bassin d'après la méthode de Trendelenburg la réduit au minimum. Les opérés étaient âgés de 64, 54, 50 ans ; les résultats furent assez satisfaisants. L'opération n'est pas grave ; si on blesse l'urèthre il se forme une fistule dont on obtient la guérison de la même façon que dans l'uréthrotomie externe.

Chez un homme de 53 ans atteint de cancer de la prostate, M. Küster fit l'extirpation totale de la vessie et de la prostate. La prostate était volumineuse et bosselée; à l'examen cystoscopique on a trouvé une tumeur irrégulière dans la région du trigone. L'extirpation de la vessie a été déjà faite plusieurs fois; les uretères sont suturés à la paroi abdominale.

Rose dans les cas de fistules vésico-vaginales établit une communication entre le vagin et le rectum et fait ensuite la colpokleisis, de sorte que l'urine est conduite dans le rectum où elle est retenue par le sphincter anal. M. Küster a fait la même opération dans un cas de cancer du clitoris. La table à opération de Trendelenburg rend dans ces cas de grands services. Dans un cas, il fut très difficile de trouver les uretères qu'on aboucha finalement dans le rectum. La soie est ce qu'il y a de mieux pour ces sutures.

La grande cavité qui resta après l'extirpation de la prostate et de la vessie fut tamponnée. Le malade a succombé à une pneumonie lobulaire survenue 8 jours après l'opération, consécutivement à un catarrhe bronchique ancien.

On peut espérer que cette opération permettra d'atteindre le but qu'on se propose. En plus, chez le malade les ganglions mésentériques étaient atteints de dégénérescence cancéreuse. Cette complication est rare au début du cancer de la prostate. Il faudra donc opérer les cas qui ne seront pas très avancés.

M. Helferich a fait cette opération il y a 4 ans. Une partie de la prostate a été enlevée par la taille hypogastrique; la partie qui restait a été cautérisée au fer rouge. Le malade a été amélioré; les résultats dépendent de l'état de la vessie.

M. Bardenheuer (Cologne) a fait l'extirpation totale de la vessie par une incision transversale au-dessus du pubis, ce qui permet de mettre complètement à nu les uretères. La malade a succombé 15 jours après l'opération à l'urémie consécutive à une hydronéphrose double. Dans un autre cas la vessie a été abordée par la voie transpéritonéale. L'inspection de la face externe des parois permet de préciser la situation de la tumeur et ses dimensions (d'après le volume des vaisseaux). Dans un cas, le malade a succombé 5 mois après l'opération à

la récidive compliquée de néphrite. La vessie doit être réséquée le moins possible. La section ne doit pas être faite au niveau de la portion prostatique.

M. v. Esmarch. — La voie la plus directe pour l'ablation de la prostate hypertrophiée est le périnée. Dans plusieurs cas de fibrome du lobe moyen, M. Esmarch a obtenu de cette façon la guérison. Un grand nombre d'opérés, surtout d'individus âgés, ont succombé à la pneumonie.

M. J. Israël (Berlin) a enlevé le lobe moyen, il y a quelques années, par la taille hypogastrique. Les résultats d'abord très satisfaisants le deviennent moins plus tard. Ce fait est dû à ce que : 1° l'extirpation de la prostate fait disparaître une partie des phénomènes morbides, sans rétablir la force expulsive de la vessie ; 2° les soins doivent être prolongés pendant très longtemps, surtout pour sonder les malades ; 3° les parties extirpées se réforment.

M. v. Bergmann a plusieurs fois fait l'extirpation du lobe moyen de la prostate. L'amélioration est de courte durée.

M. Güssenbauer a enlevé une fois un cancer villeux de la prostate et 2 fois il fit la prostatectomie partielle à l'occasion de l'opération de la pierre ; 2 fois il a essayé d'extirper un carcinome de la prostate ayant envahi les parois de la vessie (taille hypogastrique et incision transversale du muscle droit). Le carcinome de la partie supérieure de la prostate peut être enlevé avec une portion de la vessie.

M. Küster. — Si le malade se rétablit après l'opération, il peut ne pas exister de dégénérescence des couches musculaires de la vessie. L'ablation des lobes latéraux est particulièrement importante, mais on ne peut encore rien dire sur la valeur définitive de cette opération.

M. Israël. — Ce qui a été enlevé ne fonctionne plus. La différence est grande entre les conditions normales et celles qui sont créées par l'opération.

M. Landerer (Leipzig) a fait l'ablation du lobe moyen par la boutonnière périnéale. Au bout de 6 ans, il n'y avait pas encore de récidive.

M. v. Winiwarter. — Si la tumeur formée par le lobe moyen hypertrophié est située en entier dans la vessie, l'ablation de la prostate n'aura aucune influence. Dans ces cas il est nécessaire d'enlever la partie malade par la taille hypogastrique.

M. Küster. — Tous les cas ne se prêtent pas à la prostatectomie latérale. Dans les cas mentionnés par M. v. Winiwarter, on peut opérer par la voie périnéale. Mais la question est encore à l'étude.

Sarcome de la prostate.

M. Barth (Hambourg). — L'affection est particulièrement fréquente chez les jeunes sujets ; 3 cas ont été opérés par l'auteur :

1° Un enfant de 9 ans atteint de dysurie depuis plusieurs semaines ; on sentait une tumeur molle dans le bassin. Taille hypogastrique ; mort au bout de quelques semaines ; pas d'autopsie.

2° Jeune homme de 17 ans. Dysurie depuis 4 mois, cathétérisme difficile, fièvre, hématurie et albuminurie. Incision sur la ligne médiane ; les masses cancéreuses molles ont pénétré dans l'urèthre. Sarcome à cellules fusiformes. Mort de pyonéphrose. La couche musculaire de la vessie a résisté pendant longtemps à l'envahissement du néoplasme. Les lobes latéraux de la prostate sont transformés en productions des dimensions d'un œuf d'oie. En avant la tumeur a pénétré dans l'urèthre ; au dehors, elle envahit la plaie périnéale ; à l'examen microscopique, myxo-sarcome à cellules fusiformes.

3° Homme de 27 ans. Pas de troubles de miction, mais troubles de défécation. Le sarcome a envahi la prostate de deux côtés.

L'ulcération du périnée est caractéristique du sarcome et ne se rencontre pas dans le carcinome. La tumeur est ordinairement molle, pseudo-fluctuante, aussi la confusion avec la tuberculose est-elle fréquente.

L'affection se termine ordinairement par la mort 6 à 7 mois après son début. Les sarcomes diagnostiqués de bonne heure et opérés donnent une survie plus grande.

Fistules vésico-vaginales.

M. Bardenheuer (Cologne) fait une communication sur deux cas où il a suturé des fistules vésico-vaginales après taille hypogastrique :

1° Femme de 49 ans ayant une fistule vésico-vaginale volumineuse. Le col de l'utérus est détruit et la cavité utérine communique avec la vessie. L'occlusion par la muqueuse vaginale est impossible. La fistule fut donc abordée après taille hypogastrique. Les bords avivés et mobilisés furent suturés. Guérison au bout de 3 semaines, et la malade peut conserver l'urine pendant 3 heures.

2° Fistule moins étendue (triangle équilatéral de 3 cent.), mais communiquant directement avec l'uretère et adhérente à la ceinture pelvienne. Opération comme dans le cas précédent. La vessie était déplacée à droite.

Le même procédé opératoire est indiqué quand il s'agit de tumeurs de la vessie. Ordinairement la vessie n'est atteinte que partiellement. Après résection de la région malade, la partie saine peut être suffisamment mobilisée, puis suturée, et comble de cette façon la perte de substance.

M. Küster. — Que devient la partie conservée de la vessie ? Dans le carcinome de la prostate, il est impossible de réunir le sommet de la vessie à la prostate.

M. Bardenheuer. — On libère à sa face externe la paroi vésicale. On peut de la même façon réséquer le fond de la vessie. Quant aux uretères, on les fait aboucher dans l'urèthre ou dans la paroi de la vessie qu'on attire en bas.

Taille hypogastrique et résection pubienne.

M. Braun (Halle) a fait cette opération à un homme de 53 ans atteint de papillome vésical. Après incision longitudinale de la vessie, la symphyse fut sectionnée transversalement, sans désinsérer les muscles droits, qui attirèrent le fragment en haut. L'accès de la vessie fut alors facile. Après excision de la tumeur, la vessie fut suturée. D'ailleurs, M. Braun a récemment fait 5 fois la suture vésicale après la taille hypogastrique (4 calculs, 1 papillome) et a toujours réussi, sans fistule.

Epispadias.

M. Rosenberg (Würzbourg). — Chez un garçon de deux ans 1/2 atteint d'épispadias complet avec incontinence d'urine et atrophie du pénis, les deux bords de la gouttière furent avivés, puis suturés, le pénis étant rabattu sur le ventre, à deux incisions parallèles faites à l'hypogastre. Sonde à demeure. Quand on retira la sonde, le malade pouvait garder ses urines. Lorsque la réunion fut obtenue, la verge fut détachée de la paroi abdominale, emportant avec elle le lambeau cutané. La plaie hypogastrique fut comblée avec un lambeau ombilical. L'auteur ne craint pas que des poils ne poussent dans le canal uréthral ainsi contitué.

Exstrophie de la vessie.

M. Schlange. — Après les réparations autoplastiques, l'incrustation calculeuse est la règle. Il faut refaire la vessie avec un revêtement muqueux et la remettre en place derrière la paroi abdominale. Mais les parties molles sont insuffisantes pour permettre un semblable rapprochement, pour suturer la vessie sur la ligne médiane. M. Schlange les a donc mobilisées par deux incisions verticales parallèles au bord externe des muscles droits et allant jusqu'au fascia transversalis. Il a un peu mobilisé le pubis au ciseau et au maillet. Cela fait, la suture médiane a été possible. De même dans un second cas où M. Schlange espère refaire consécutivement le sphincter. Dans cette région le pansement doit être très antiseptique, rare, à la gaze iodoformée. Les fils d'argent sont les meilleurs pour la suture.

M. Thiersch croit que l'on doit refaire une paroi vésicale antérieure dans les cas, fréquents, où elle est absente.

M. Rydigier (Cracovie) a fait 4 fois la symphyséotomie postérieure de Trendelenburg, dont une fois en deux temps, à 15 jours d'intervalle, chez une jeune fille de 19 ans.

M. Hœftmann (Kœnigsberg) présente une pièce d'un garçon de 4 ans mort sous le chloroforme.

Fistule tardive de l'ouraque.

M. Goldsmidt (Berlin). — Un garçon de 7 ans présentait dans la région ombilicale une tumeur couverte de granulations et donnant issue à de l'urine. La fistule s'est ouverte il y a un mois sans provoquer de phénomènes particuliers. On sentait en même temps une concrétion dans la vessie. Incision de la fistule, taille hypogastrique. La tumeur granuleuse s'est rétractée. Le trajet fistuleux laissa passer une sonde pendant encore 4 semaines; mais dix jours après l'opération l'enfant pouvait déjà uriner par son urèthre. La plaie s'est refermée en 17 jours. Le développement lent de la fistule, la nature du trajet fistuleux, l'absence de phénomènes phlegmoneux du côté de la paroi abdominale plaident en faveur d'une fistule de l'ouraque. Actuellement l'enfant peut garder ses urines pendant plusieurs heures, les mictions ne sont pas douloureuses et s'effectuent par un jet puissant.

Gangrène du scrotum et du prépuce.

M. v. Büngner (Marburg). — Un homme de 28 ans qui a eu en 1890 l'influenza à deux reprises, est pris brusquement de gonflement de l'aine droite. Le lendemain gonflement et rougeur de tout le scrotum dont la peau se gangrena, d'où un fongus double; une incision évacua du pus. Le testicule gauche était un peu augmenté de volume, et présentait un dépôt lardacé et une fistule. Guérison rapide. La perte de substance se combla sans guérison plastique. L'élasticité du scrotum s'est prêtée à cette opération naturelle. Il s'agissait dans ce cas d'une infection par le staphylocoque aureus.

M. v. Büngner rapporte ensuite l'histoire d'un jeune homme de 18 ans qui a présenté, consécutivement à une blennorrhagie et à un chancre mou, la gangrène du prépuce et d'une partie de la peau du pénis. Malgré l'application du fer rouge, l'ulcération n'a pu être limitée, de sorte que l'urèthre finit par être ouvert. Il a fallu recourir à une opération plastique. Le prépuce fut restauré de la façon suivante: on prit dans le scrotum un lambeau au milieu duquel on fit un orifice par lequel on passa le gland. Les bords libres furent suturés à la peau qui restait sur le pénis et qui avait été préalablement avivée. Puis section du pont cutané. Guérison en 3 semaines.

Mélano-sarcome primitif de l'épididyme.

M. Rydigier (Cracovie). — Le cas se rapporte à un médecin de 42 ans. On fit la castration double, cédant au désir du malade. Dans un testicule on trouva un sarcome mélanique; dans l'autre, il y avait du pigment dans les cellules épithéliales des canaux. Ce dernier se rencontre fréquemment dans les testicules sains.

Hypospadias complet.

M. Karewski (Berlin) a été consulté, alors qu'il avait déjà subi 9 opérations, par un garçon de 9 ans, inscrit à sa naissance comme fille sur les registres de l'état civil, erreur rectifiée seulement au bout de trois semaines. Le pénis, très petit, est recouvert en entier par le prépuce; le scrotum est divisé. L'urine peut être gardée, mais l'enfant pisse sur ses cuisses. La prostate existe, les testicules ne sont pas descendus. M. Karewski fit la boutonnière, trouva l'urèthre, le sutura à la peau. Puis l'urèthre fut refait en avant par le procédé de Thiersch. Il resta seulement des fistules aux points de suture. Alors le prépuce fut rabattu sur la perte de substance restante. Il resta encore, il est vrai, un manque qui fut comblé avec un lambeau pris à l'aine.

Fistule uréthrale.

M. Karewski décrit ensuite un procédé autoplastique pour la cure des fistules uréthro-péniennes dues à la striction de la verge par un lien circulaire.

Cure radicale des hernies inguinales.

M. Escher (Trieste). — La méthode de Bassini est la suivante: incision du canal inguinal dans toute sa longueur pour soulever le cordon, isoler le sac au delà du collet, ligature, excision. Puis on coupe les muscles oblique interne et transverse et le fascia transversalis au bord interne du ligament de Poupart renversé, suture des deux bords mobilisés. On remet en place le cordon, puis on suture l'aponévrose, le muscle oblique et la peau.

M. Escher a opéré de cette façon 53 hernies: 9 étranglées, 9 irréductibles, 35 réductibles. 5 fois on trouva dans la hernie ou près d'elle, le côlon et le cæcum; 17 hernies étaient volumineuses ou avec l'orifice inguinal très dilaté, 36 étaient petites, 3 malades étaient âgés au-dessous de 10 ans; 5 avaient au-dessus de 60 à 70 ans, 2 de 73 ans.

Sur les	35	hernies ordinaires	25	guérirent par 1re intent.	10	avec sup.	0	morts.
—	9	étranglées	5	—	3	—	1	—
—	9	irréduct.	4	—	4	—	1	—

Les deux cas de mort ne doivent pas être attribués au procédé opératoire; 40 malades prouvent la valeur de la méthode; 24 malades que l'auteur a pu suivre (28 hernies) lui ont donné: 22 (avec 25 hernies) guérisons sans récidives au bout de 2 mois à 5 ans; chez 2 (avec 3 hernies) il y eut une récidive qui doit être attribuée à la faiblesse des parois abdominales. Les malades ne sont pas obligés de porter un bandage.

Comme manuel opératoire, la soie est préférable au catgut. Le cordon n'est pas facile à détacher, quoi qu'en dise Bassini. Dans les hernies du côlon et du cæcum il faut faire la suture, car la ligature du sac est impossible. La réduction n'a pas de suites fâcheuses. Les lésions du cordon sont fréquentes, et dans 2 cas on fut obligé de faire la castration, une fois pour inflammation du sac et une fois par un sarcome du testicule. Dans 3 cas il y avait cryptorchidie.

Les sutures du canal inguinal ne doivent pas être tendues Les résultats ne sont pas très bons quand l'aponévrose de l'oblique externe est détachée sur une grande étendue. Trois fois l'opération a été faite en deux temps. La méthode de Bassini mérite d'être recommandée.

M. Landerer (Leipzig) a pratiqué trois fois l'oblitération du canal inguinal. La méthode est facile: après la kélotomie classique, le pilier externe du canal inguinal est transporté en dedans et fortement fixé dans sa nouvelle position. On peut ajouter encore la suture des deux piliers. Le port ultérieur d'un bandage a été inutile dans les trois cas.

M. Karewski (Berlin). — On considère en général que la vieillesse et l'enfance sont des contre-indications pour l'opération radicale. En tout cas, les enfants chez lesquels les hernies sont maintenues par le bandage ne doivent pas être opérés. Sur 287 hernies chez des enfants au-dessous de 5 ans, il y a eu: 115 hernies inguinales, 25 scrotales; 6 étaient âgés de moins de 5 ans, 19 d'un an; sur 14 hernies étranglées, 9 ont été observées chez des enfants au-dessous de 5 ans, 5 au-dessous de 2 ans. L'étranglement est le plus souvent réductible par le taxis, mais dans certains cas on est obligé de faire la herniotomie. M Karewski a ainsi opéré 9 enfants au-dessous de 2 ans 1/2; le plus jeune était âgé de 7 mois.

Sur un relevé de 852 cures radicales, il a trouvé 63 enfants dont 24 au-dessous de 2 ans. Sur ces 63, 3 sont morts, 2 au-dessus de 3 ans, de choc opératoire; le troisieme de 15 mois, de septicémie. Chez 2 enfants âgés on a noté de la septicémie. L'infection dépend de l'état de la plaie qui, dans certains cas (plaie anfractueuse, mâchée, etc.), favorise la pénétration des agents pathogènes, mais chez les jeunes enfants il faut encore compter avec d'autres facteurs, tels que l'imbitition du pansement par l'urine. Sur 45 cas où les suites opératoires sont notées, on trouve 29 cas avec phlegmons, suppuration, etc.

L'occlusion du collet du sac suffit chez les enfants. Dans ses 9 cas personnels, M. Karewski procéda de la façon suivante. Mise à nu, par une petite incision, du sac qu'on retire du scrotum sans ouvrir la séreuse, et c'est seulement après l'avoir décollé en entier qu'on l'incise. Pendant cet isolement, il faut faire attention de ne pas blesser le cordon. Après l'ouverture, réduction des intestins, torsion du sac qu'on dissèque au delà du collet. Ligature, fixation du sac; l'occlusion de l'orifice interne est inutile. Dans les cas de hernies testiculaires, il faut laisser une portion de la séreuse pour revêtir le testicule. Tamponnement à la gaze iodoformée, suture, drainage. Dans aucun cas il n'y eut de complications et les

malades guériront au bout de 10 jours. Le trajet de la hernie s'oblitère et forme un cordon épais qui disparaît au bout de 6 à 7 semaines.

M. Wœlfler (Graz) a fait 50 fois l'opération radicale. Les méthodes de Czerny, Macewen, Bassini, présentent des inconvénients. Dans certains cas le sac est difficile à disséquer et ces difficultés expliquent suffisamment les accidents opératoires. Wœlfler ne fait donc pas la dissection du sac et procède de la façon suivante : incision au-dessus de l'anneau inguinal, ouverture du sac, pour attirer les intestins, destruction de la face interne du sac par le thermo-cautère, suture soignée (perdue) du sac, suture de la plaie abdominale ; suture des muscles droit et oblique attirés en bas avec le ligament de Poupart. Ordinairement la guérison se fait par première intention ; 2 fois seulement il y eut suppuration.

M. Bergmann. — L'orifice herniaire est difficile à fermer. Chez l'homme il reste un passage pour le cordon, de sorte que cet inconvénient ne disparaît que lorsqu'on fait la castration; 2 femmes opérées il y a 6 et 7 ans (isolement et ablation du sac, suture à étages multiples) ont guéri. Une a eu plus tard une hernie du côté non opéré.

Résection sous-muqueuse de l'estomac et de l'intestin.

M. Kummer (Genève). — Dans la résection secondaire de l'intestin, il peut survenir une perforation au niveau des sutures par suite de l'exagération de la pression intra-viscérale. Il existe plusieurs procédés ayant pour but d'éviter la sténose consécutive aux sutures. La résection sous-muqueuse que l'orateur décrit en détail permet également d'éviter la formation de la sténose au niveau des bords.

Météorisme local et occlusion intestinale.

M. Kader (Dorpat) a fait sur des animaux des expériences relatives au météorisme local. En provoquant l'occlusion intestinale il a reconnu que la cause principale du météorisme est dans les troubles circulatoires de la paroi intestinale. Dans la littérature on trouve 95 observations d'occlusion intestinale avec météorisme local. Dans tous les cas d'occlusion intestinale, le météorisme est le résultat de deux facteurs : 1° troubles circulatoires de la paroi intestinale, consistant en stase veineuse; 2° stase et décomposition du contenu intestinal. Le météorisme consécutif au second facteur se rencontre principalement dans la portion située au-dessus de l'obstacle, tandis que le météorisme consécutif au premier facteur se rencontre seulement dans l'anse serrée. Le météorisme par stase veineuse se rencontre partout où cette stase se produit. Le trouble circulatoire produit successivement dans l'anse atteinte : l'étranglement, puis des modifications de la paroi, de l'œdème, de l'infiltration sanguine, de l'épaississement d'autant plus prononcé que la marche est plus lente. Finalement on voit survenir de la gangrène, au bout de quelques heures la couche musculaire est complètement paralysée et l'anse se météorise. Ces modifications sont localisées dans l'anse étranglée. Au-dessus de l'obstacle on ne rencontre pas de modifications profondes de la paroi ni d'épaississement sauf les cas de rétrécissements chroniques où l'on rencontre de l'hypertrophie. L'insuffisance relative ne se manifeste qu'au bout de plusieurs jours; l'excitabilité réflexe envers les agents mécaniques est peu diminuée et il n'existe que peu de gaz dans les anses distendues. Et toutes ces modifications n'existent que dans la partie tout à fait inférieure de l'anse afférente. Même au bout de plusieurs jours, le météorisme n'est guère marqué.

Dans certaines formes d'occlusion intestinale et presque dans tous les cas d'étranglement par ileus, une partie localisée de l'intestin subit donc une distension considérable, et cela peut être constaté par l'asymétrie du ventre à l'inspection et par les variations de résistance à la palpation. Et d'ailleurs, en cherchant dans la littérature M. Kader a trouvé 95 observations où est noté ce météorisme localisé.

M. Braun (Kœnigsberg) a vu chez une malade un météorisme excessif. La circonférence de l'abdomen lorsque la malade entra à l'hôpital était de 47 cm. au niveau de l'ombilic, de 82 le lendemain. La laparotomie médiane conduisit sur une anse intestinale fortement distendue. L'S iliaque fut retirée de l'abdomen : son pédicule était tordu 2 fois 1/2 sur son axe; pas d'adhérences, mais l'anse gangrenée a dû être réséquée. Suites opératoires simples. Du sixième au septième jour, sortie de matières fécales par la plaie; mais l'opérée guérit avec une petite fistule. Au-dessus de l'obstacle l'intestin n'était pas distendu.

Senn admet que le volvulus se produit lorsque le mésentère est trop long et de là son procédé opératoire. Dans le cas actuel, cette opinion était inexacte.

M. J. Israël a opéré il y a 14 jours un homme de 76 ans, pour un volvulus de l'S iliaque. La portion située au-dessus de l'obstacle n'était pas distendue. On arriva assez facilement à détordre l'intestin, dont un bout fut fixé à la paroi. Les deux chefs de l'anse se touchaient presque, car le mésentère était fortement contracté. Plusieurs jours après l'opération on fut obligé de pratiquer un anus contre nature, à cause de nausées, des irrégularités des selles, etc.

M. Schlange (Berlin). — On sait depuis longtemps qu'une anse intestinale dans laquelle la circulation ne se fait plus se météorise. Mais la valeur diagnostique de cette distension est douteuse. Elle est importante quand, dans le cas de torsion d'une anse intestinale volumineuse, on peut sentir cette anse par la palpation; mais souvent il s'agit d'une petite anse étranglée dans le petit bassin, et dans ce cas ce n'est pas elle qui produit le météorisme de l'abdomen.

M. Zoege-Manteuffel (Dorpat). — Dans l'ileus il n'existe ordinairement pas de stase dans les anses situées au-dessus de l'obstacle. Mais il en est tout autrement dans les hernies. Le sac herniaire est situé hors du ventre et il est à remarquer qu'il n'existe pas alors de météorisme abdominal. Quand l'S iliaque est tordu, son volume devient considérable (1).

Entéro-anastomose.

M. Salzer (Utrecht). — Lorsqu'on fait expérimentalement l'entéro-anastomose, l'anse exclue s'ulcère toujours, car les matières y stagnent, et les animaux meurent toujours. Il en est autrement si sur cette anse on établit une fistule. C'est ce que M. Salzer conseille pour les cas — pour les tumeurs surtout — où l'entéro-anastomose est indiquée. Et dans le cas de tuberculose du cæcum, on pourra aussi par cette fistule traiter la lésion locale par les injections, par l'iodoforme. M. Salzer a opéré 26 lésions chroniques du cæcum où il a fallu faire des opérations secondaires.

M. Reichel (Würzburg). — Les résultats de cette opération ne sont pas bons. Les mouvements péristaltiques tendent à chasser le contenu intestinal dans le sens longitudinal. Les fistules stercorales qui persistent après les hernies étranglées et gangrenées se ferment spontanément. La stase stercorale existe au-dessus et au-dessous de la fistule. Dans le premier cas il peut survenir une ulcération de la partie correspondante de l'intestin. En comparaison avec la résection circulaire de l'intestin, l'établissement d'une fistule doit être considéré comme une opération exceptionnelle. Si l'on est obligé de pratiquer une entéro-anastomose, il faut la faire large pour éviter un rétrécissement ultérieur. Le procédé de Senn ne donne pas de résultats certains.

M. Helferich (Greifswald) rappelle le procédé qu'il a indiqué l'année dernière et qui permet de prolonger la vie des individus âgés. (Voy. *Mercredi*, 1890, p. 172.)

Traitement du varicocèle.

M. Landerer (Leipzig). — Pour guérir le varicocèle, Ravoth recommande le port des bandages herniaires. Ce procédé a donné à M. Landerer 5 succès et 1 insuccès dans un cas où le bandage n'a jamais été appliqué convenablement. Peut-être la pression favorise-t-elle la contraction de la couche musculaire des veines ou forme-t-elle une sorte de soupape qui remplace les valvules, insuffisantes dans ces cas, des veines. Le même traitement a été essayé dans les varices des membres inférieurs, où il s'agit toujours de la dilatation des

(1) Les idées de Kader et de von Zœge-Manteuffel sont celles de leur maître von Wahl, dont le mémoire a été traduit en 1889 dans la *Gazette*. Von Zœge-Manteuffel vient de publier sur l'occlusion, pour les défendre, un mémoire important dans les *Arch. f. klin. Chir.*, 1891, t. XLI, p. 565.

branches de la grande saphène. Comme bandage on a employé un bandage spécial à ressort parabolique pourvu d'une pelote remplie d'eau et s'appliquant directement sur la saphène; 80 malades soumis à ce traitement s'en trouvent fort bien; les membres sont devenus moins tuméfiés. L'effet de ce traitement n'est pas curatif, il est simplement palliatif. Trendelenburg a obtenu la guérison ou, au moins, l'amélioration des varices de la jambe par la ligature de la saphène.

M. Bardeleben (Berlin) n'a jamais vu le bandage de Rawoth produire des effets durables dans le varicocèle. Les varices de la jambe ne sont pas dues exclusivement à la dilatation de la grande saphène. D'autres veines sont également atteintes. Depuis 1849, M. Bardeleben a essayé d'obtenir l'occlusion de la grande saphène par l'électrolyse ou la ligature; la récidive est toujours survenue au bout de deux ans. La dilatation simple ne produit pas de varices: on trouve des varices à parois très épaisses, contournées, serpigineuses. Le bandage de Landerer est peut-être un bon palliatif, mais les résultats ne seront guère durables.

M. Landerer. — Les guérisons existent. Beaucoup de médecins portent ce bandage et en sont contents. Chez un malade l'application du bandage a fait disparaître les douleurs. Toujours est-il qu'on peut essayer ce traitement.

M. Lesser (Leipzig). — Dans les varices des membres inférieurs, le tronc de la saphène interne ne présente pas de dilatations variqueuses; les varices portent sur les troncs collatéraux. Les varices des veines doivent être distinguées des dilatations simples, car il y intervient des phénomènes de prolifération dans la paroi. On ne peut les reproduire expérimentalement en liant la saphène, de sorte que l'ancienne théorie de l'influence de la pression n'est pas justifiée. Les varices doivent être considérées dans la grande majorité des cas comme le résultat de l'hyperplasie des veines cutanées.

(*A suivre.*)

CINQUIÈME CONGRES FRANÇAIS DE CHIRURGIE

Analyse spectroscopique du sang en chirurgie.

MM. Hénocque et Bazy (Paris). — L'analyse spectronopique du sang permettant de connaître la richesse du sang en oxyhémoglobine et aussi la mesure de l'activité des échanges entre le sang et les tissus, par la méthode hématoscopique, présente une grande utilité dans le diagnostic du cancer et dans l'appréciation du moment opportun de l'intervention chirurgicale et aussi dans les indications de la thérapeutique préparatoire à l'opération.

La constatation de la durée de la réduction de l'oxyhémoglobine par l'examen spectroscopique du pouce est tout aussi importante que celle du degré de l'anémie.

Ces analyses sont facilement pratiquées en clinique ainsi que le démontrent les observations faites à l'hôpital Beaujon.

Celles-ci ont pu être exécutées pendant les opérations et dans les diverses phases de l'anesthésie chloroformique; elles ont donné des résultats tout à fait nouveaux sur le *mode d'action du chloroforme chez l'homme.* L'anesthésie chloroformique n'est pas toxique pour le sang, puisqu'elle augmente la quantité d'oxyhémoglobine, mais elle détermine un ralentissement de l'activité des échanges entre le sang et les tissus qui peut être très prononcé. Ces résultats, que confirme d'ailleurs l'expérimentation chez les animaux, sont un exemple de l'importance des applications de la spectroscopie à la clinique chirurgicale.

Kyste du pancréas.

M. Hartmann (Paris) a opéré, dans le service de M. F. Terrier, avec l'aide M. A. Broca, une femme porteuse d'un kyste du pancréas. Cette femme présentait les symptômes habituels de ces kystes; amaigrissement, dyspepsie, douleur épigastrique, existence d'une tumeur pancréatique intermédiaire à l'estomac et au côlon, donnant lieu à un ballottement comparable, mais différent de celui décrit par Guyon pour les tumeurs du rein. Ce dernier signe s'explique par ce fait que les tumeurs du pancréas, comme celles du rein, sont immédiatement juxtaposées à la paroi postérieure de l'abdomen tout en n'en faisant pas partie intégrante. C'est là la condition nécessaire et suffisante pour obtenir la sensation de ballotement. Le kyste fut incisé et drainé en un temps.

Après une amélioration notable de plusieurs mois (cessation des douleurs, reprise partielle de l'appétit), la malade est morte en quelques jours de symptômes d'occlusion pylorique. Le pancréas contenait une série de kystes, dont l'examen histologique a été fait par M. A. Gilbert, c'était de l'épithélioma kystique; dans le foie existaient de petits noyaux secondaires.

M. Hartmann, dans les cas où le diagnostic est douteux, rejette la ponction préalable qui a été maintes fois le point de départ d'accidents; il conseille la laparotomie immédiate qui d'exploratrice peut devenir curatrice. L'extirpation, suivie de nombreuses morts, explicables par les adhérences de la tumeur, est aujourd'hui abandonnée; on fait le drainage en un temps; la fistulisation pancréatique n'est pas à craindre, car ces kystes ne sont pas, contrairement à l'opinion admise, des kystes par rétention. Analysant les observations publiées, M. Hartmann montre que l'on a tous les intermédiaires du kyste simple, uniloculaire opératoirement au kyste aréolaire, susceptible de se généraliser au foie. On peut dès lors se demander s'il n'en sera pas des kystes pancréatiques comme des kystes ovariques qui, longtemps considérés comme essentiellement bénins, sont aujourd'hui regardés comme des épithéliomas dont la malignité varie suivant des causes encore indéterminées.

A. Broca.

(*A suivre*).

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 14 *avril* 1891.

Présidence de M. Tarnier.

Traitement de la phthisie.

M. G. Sée ouvre un pli cacheté qu'il a déposé le 4 novembre dernier sur un traitement qui consiste dans l'emploi d'atmosphères artificielles sous pression, à la créosote et à l'eucalyptol. Le malade doit y rester de 3 à 6 heures par jour. Les inhalations simples sont inefficaces; l'administration par voie gastrique est mal supportée; par les inhalations sous pression on a de bons résultats. Le bilan total de M. G. Sée est le suivant:

Les 10 malades se répartissent de la manière suivante: 3 scrofulo-tuberculoses, dont 2 guéries et une améliorée; 4 phthisies pulmonaires au 2e degré, 2 guérisons, 2 améliorations considérables; 1 hémoptysie guérie, mais non la maladie, traitement très court; 2 phthisies incomplètement traitées; aggravation après un état très favorable. Le traitement est basé sur des idées bien différentes de celles de Koch, de Liebreich; il ne cherche pas non plus à transformer l'homme en chien ou en chèvre, mais il s'appuie sur l'antisepsie générale et surtout sur l'antisepsie broncho-pulmonaire.

Ostéo-périostite typhique.

M. Cornil vient donner la description de pièces enlevées par M. Péan. Il s'agit d'une jeune fille qui eut la fièvre typhoïde à Trouville en 1890, puis, au mois d'octobre, présenta au milieu du tibia un gonflement, puis un abcès. Après l'incision, il resta une hypérostose. En mars dernier, souffrances de nouveau vives et on constata: 1° deux exostoses au tibia gauche; 2° une au tibia droit. M. Péan fut alors appelé, incisa, et évida les trois tumeurs, toutes trois formées d'un tissu de granulations, ressemblant aux fongosités de tumeur blanche; dans une, il y avait un peu de pus; autour, la coque osseuse est éburnée. Ces trois foyers ont très bien guéri, mais depuis 8 jours il s'en déclare un sur le cubitus gauche. Il y a donc là une forme bien spéciale d'ostéite, semblable à un cas examiné par Orloff. Au microscope, on a trouvé seulement du tissu embryonnaire, et on n'a pas pu colorer de bacilles dans les coupes. Mais par les cultures M. Chantemesse a obtenu, après 4 purifications sur milieux phéniqués, une culture absolument pure de bacille d'Eberth.

Cela démontre donc que ce bacille peut rester vivant et actif pendant 8 mois (déjà d'ailleurs M. Chantemesse a étudié cette longue vitalité du bacille d'Eberth); et qu'il peut causer des ostéites. Les ostéites typhiques sont d'ailleurs bien connues, surtout après les travaux de Keen, Mercier; le rôle du bacille d'Eberth y a été vu par Orloff, Chantemesse, Troisier et Achalme. Mais on sait aussi que d'autres microbes pyogènes peuvent quelquefois intervenir.

M. A. Fournier. — Je désire ajouter un mot sur le diagnostic de ces exostoses typhoïdiques. Objectivement, rien ne permet de les distinguer des exostoses syphilitiques. Récemment j'ai vu une jeune femme chez laquelle, malgré l'absence de tout antécédent spécifique, l'erreur eût été inévitable si on n'eût appris que la malade venait d'avoir la fièvre typhoïde. Et le traitement ioduré à hautes doses est resté inefficace. Au reste, je n'ai jamais vu guérir ces exostoses.

Des causes du faible accroissement de la population de la France.

M Tarnier, revenant sur ce qu'a dit M. Le Fort dans la dernière séance, montre qu'à la Maternité de Paris, depuis 1802, les accouchements peuvent être parfaitement secrets et il lit des extraits du code de la Maternité qui date de cette époque et il raconte à cet égard une histoire personnelle amusante.

M. Brouardel propose la conclusion suivante : Pendant les derniers mois de leur grossesse, les filles et les femmes qui ne peuvent plus travailler, soit à cause de leur état de santé, soit parce que leur état de grossesse ne leur permet plus de conserver leur place, doivent être hospitalisées dans des conditions telles que, si elles le désirent, le secret le plus absolu soit gardé sur leur présence et leur accouchement.

M. G. Lagneau rappelle que les congrès de la Protection de l'enfance ont demandé la création de Maternités secrètes, où les femmes pussent, comme à Vienne et Moscou, accoucher sans se faire connaître.

Il préfère au tour le berceau ouvert, tenu par une personne assermentée, astreinte au secret. Parmi les femmes abandonnant leurs enfants, 2 ou 3 sur 100 seulement désirent garder le secret. Des 97 autres, quelques-unes sont des débauchées qui ne tiennent nullement au secret. Beaucoup sont des employées, des domestiques, qui sont dans l'impossibilité de conserver leurs enfants, mais désirent en avoir des nouvelles, et espèrent un jour pouvoir les reprendre.

La plupart sont des ouvrières, quelques-unes mariées, les autres filles-mères, qui, par insuffisance de gain quotidien, par indigence, par misère, se trouvent dans l'obligation d'abandonner leurs enfants. Il importe que lorsqu'elles se présentent au bureau dépositaire, la personne assermentée, tenant ce bureau, puisse leur proposer des secours suffisants pour leur permettre de garder, d'allaiter leurs enfants. Il faut qu'elles deviennent les nourrices payées de leurs propres enfants.

Dans le département de la Seine, il y a plus de 8,500 enfants recevant des secours, et parmi eux plus de 4,000 recevant des secours d'allaitement. Ces enfants allaités par leurs mères, de 0 à 1 an, présentent une mortalité d'environ 12 décès sur 100 enfants, alors que les enfants abandonnés comptent environ 33 décédés sur 100 : près de trois fois plus.

Pour prévenir toute divulgation du secret, il faut encore interdire la recherche du domicile de secours ; il faut que le département où la femme vient accoucher ne réclame aucuns frais d'assistance au département d'où provient cette femme. L'Etat, intéressé à la conservation des enfants, seul devrait prendre à sa charge ces frais d'assistance.

Bassin oblique ovalaire.

M. Budin présente les dessins d'une femme atteinte de ce bassin vicié rare qu'on appelle bassin oblique ovalaire de Nægelé et qui est dû au défaut de développement d'une des ailes du sacrum. Par l'examen clinique du squelette, l'étude des épines iliaques et de la symphyse en permet le diagnostic. Cette femme avait déjà eu trois grossesses, terminées par une embryotomie céphalique. M. Budin a amené depuis deux enfants vivants, l'un par le forceps, l'autre par la version. Le premier, né en 1889, pesait plus de 3 kilogr. et vit encore. L'autre, né il y a quelques semaines, a succombé.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 8 avril 1891

Présidence de M. Terrier.

Suppuration pelvienne.

M. Bazy reprend la discussion et insiste sur l'indication à l'hystérectomie vaginale lorsque les abcès sont fistuleux. Il en cite un fait personnel, où il a opéré ainsi avant M. Segond.

M. Segond réplique que cette indication a été posée nettement par M. Péan.

Encéphalocèle et spina bifida.

M. Berger fait un rapport sur deux observations de M. Picqué.

1° *Encéphalocèle.* — Il s'agit d'une fille de 15 jours portant une hydrencéphalocèle occipitale à signes cliniques classiques. La tumeur n'était pas pulsatile, pas réductible. M. Picqué, craignant une rupture, opéra sans tarder ; il ponctionna, puis agrandit l'ouverture, et arriva dans une poche de substance cérébrale, bien close, qu'il décortiqua sans peine et il fut ainsi conduit à un assez gros pédicule qu'il sectionna et qui allait au lobe occipital. Puis il trouva une seconde tumeur également kystique, cérébelleuse celle-là. M. Picqué fait remarquer qu'anatomiquement ce fait diffère de ceux où sont intervenus M. Périer, M. Berger, et où MM. Ranvier et Suchard ont constaté histologiquement qu'il s'agissait d'un véritable encéphalome où le tissu cérébral s'associait au tissu cérébelleux, et dans son mémoire de la *Revue de chirurgie*, M. Berger, reprenant la théorie d'I. Geoffroy-Saint-Hilaire, a soutenu qu'il s'agit d'une tumeur s'opposant à la coalescence des lames crâniennes. Le fait de M. Piqué est tout différent : c'est une hernie cérébrale et cérébelleuse et non une tumeur. Mais il ne peut pas davantage être interprété en faveur de la théorie de Spring, comme une hydrocéphalie ventriculaire ayant causé la *perforation* du crâne. En effet : 1° l'orifice osseux est médian et non latéral ; 2° le kyste ne communiquait nullement avec le ventricule latéral ; 3° le liquide albumineux et riche en principes fixes, n'avait nullement les caractères du liquide céphalo-rachidien. Quant à la nature exacte de ce kyste, on l'ignore, et au total M. Berger pense qu'il y a plusieurs variétés d'encéphalocèle. Au point de vue théorique, le fait de M. Picqué est encore intéressant pour juger une opinion émise par Ackermann, un des rares défenseurs modernes de la théorie de Spring. Ackermann prétend que dans certains cas une tumeur attire pour ainsi dire le cerveau hors du crâne dont les diamètres sont dès lors diminués, dont le front devient fuyant comme celui d'un batracien ; dans l'hydrencéphalocèle, au contraire, la pression intra-crânienne est accrue (théorie de Spring) et de là l'augmentation des diamètres crâniens. Déjà dans son mémoire M. Berger a montré que les chiffres d'Ackermann sont loin d'être très probants. Et ici, dans le fait de M. Picqué, il s'agit d'une hydrencéphalocèle avec crâne petit et en tête de crapaud. Au point de vue thérapeutique, c'est un nouveau succès de l'extirpation. Le manuel opératoire de M. Picqué est-il bien important ? M. Berger ne le croit pas. Il pense qu'on aurait fort bien pu, comme M. Périer et lui l'ont fait, disséquer extérieurement le pédicule et le lier ; et de la sorte on ne s'expose pas de gaieté de cœur à l'écoulement trop rapide du liquide céphalo-rachidien. M. Picqué ne donne pas de nouvelles ultérieures de son opérée, opératoirement guérie. M. Berger en a sur l'enfant qu'il a opéré il y a 18 mois et qui se développe bien et parle.

M. Périer n'a pas eu la même bonne fortune ; quelques mois après, il a vu son opéré athrepsique et il croit qu'il est mort.

M. Berger. — 2° *Spina bifida.* — Une fille de 15 jours portait un spina bifida de 6 sur 8 cent., avec enveloppes très amincies, transparentes, ulcérées au sommet. M Picqué fendit de haut en bas et tomba quoique la poche se tendît par les efforts — dans un kyste clos de toutes parts qu'il excisa sans voir la moelle ou les nerfs, sans que le liquide céphalo-rachidien s'écoulât. L'enfant fut présentée guérie à la Société de chirurgie, mais elle présentait deux symptômes survenus secondairement : un début d'hydrocéphalie et une

paraplégie. Pourquoi cela, puisque moelle et nerfs ont été respectés? De plus, qu'est cette tumeur kystique non communicante? M. Berger pose seulement ces questions sans chercher à les résoudre.

M. Bazy se demande si l'hydrocéphalie n'existait pas légère et latente au moment de l'opération. On lui a amené un enfant porteur à la naissance d'une petite dépression rachidienne. Il ne jugea pas à propos d'intervenir. Puis se développa une tumeur, de l'hydrocéphalie, de la paraplégie. Il opéra alors, mais l'hydrocéphalie continua, et l'enfant mourut en 3 semaines.

Grossesse extra-utérine.

M. Périer fait un rapport sur une observation où M. Lebec est intervenu par la laparotomie au 8e mois d'une grossesse extra-utérine survenue chez une femme ayant eu 13 ans auparavant une couche normale. La femme était soignée depuis 7 mois pour une hématocèle, lorsque M. Lebec fut appelé; avec une tumeur abdomino-pelvienne, il constata des signes rationnels de grossesse et du souffle placentaire, mais il préféra temporiser pendant un mois encore. Alors incision verticale *à travers le grand droit*. Il n'a pas pu contourner le placenta, a eu une hémorrhagie foudroyante et, malgré la transfusion, la mère est morte en 2 heures. L'enfant, née vivante, est morte en 24 heures. *A posteriori*, donc, puisque mère et enfant sont mortes, mieux eût valu s'abstenir. Mais néanmoins l'intervention dans ces cas est absolument indiquée: M. Lebec a opéré au moment d'une crise grave, et dans ces cas la vie de la mère est directement menacée. Il est même probable qu'il eût mieux fait d'intervenir un mois plus tôt. Au reste, ce fait ne prouve rien contre l'opération bien conduite. M. Lebec a vu la corne utérine, mais il a oublié d'appliquer alors une longue et forte pince sur le ligament large; s'il l'eût fait, sa malade ne serait pas morte d'hémorrhagie.

M. Reynier présente une hémato-salpingite qu'il a enlevée il y a 5 jours à une jeune femme atteinte brusquement d'accident d'hématocèle avec tumeur rétro-utérine. Il a trouvé une poche sanguine dans le cul-de-sac de Douglas, mais la trompe droite, seule malade, n'est pas rompue. Vu la brusquerie du début, M. Reynier croit à une rupture d'une vessie utéro-ovarienne et non à une pelvi-péritonite hémorrhagique. Il se loue de n'avoir pas évacué cette hématocèle par le vagin, car il eût laissé la trompe malade. **M. Routier**, il est vrai, lui objecte qu'il aurait fort bien pu l'enlever, et qu'il eût sûrement laissé les annexes saines qu'il a enlevées.

M. Pozzi croit que cette pièce est relative à une grossesse extra-utérine de deux mois environ. L'unilatéralité est à cet égard un argument. D'autre part, pour les grosses hématocèles, la grossesse extra-utérine est constante. M. Reynier a raison d'admettre une rupture d'une veine utéro-ovarienne, mais ces vaisseaux ne se rompent guère que pendant la turgescence gravidique, et alors volontiers à l'occasion des manipulations de la palpation bimanuelle (**M. Bazy** en a récemment observé un exemple). Dans un cas récent, M. Pozzi a associé la laparotomie, pour enlever la trompe malade, à l'élythrotomie évacuatrice.

M. Schwartz a obtenu de la sorte un succès.

M. Pozzi présente un rein kystique qu'il a enlevé par la voie transpéritonéale.

A. Broca.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 23 *mars* 1891

Présidence de M. E. Labbé

M. Gaucher, à l'occasion du procès-verbal, rappelle que, le premier, il a préconisé et employé l'acide borique dans la tuberculose pulmonaire et cutanée, mais qu'il n'a pas encore eu l'occasion de l'essayer dans la péritonite tuberculeuse.

M. Debove croit que dans ses deux faits de péritonite tuberculeuse, traités par des lavages boriqués, le résultat eût été le même avec un simple lavage boriqué. Il a pu s'assurer que l'acide borique était très peu toxique et qu'on pouvait en faire prendre jusqu'à 10 et 15 grammes, sans inconvénient. Il reconnaît que M. Gaucher a été le premier à préconiser l'acide borique contre la tuberculose.

Chorée de Sydenham et chorée rhythmique chez une hystérique.

M. J. Séglas. — J'ai eu l'occasion d'observer une jeune fille ayant eu deux attaques de chorée de Sydenham avec mouvements généralisés et désordonnés, mais prédominant du côté gauche. La sensibilité était diminuée de ce côté, et la malade présentait également à gauche une légère hyperesthésie ovarienne. Elle n'avait rien au cœur et n'avait jamais souffert d'accidents rhumatismaux.

Deux mois après la seconde attaque, dans le bras gauche, aux mouvements incoordonnés succédèrent des mouvements rhythmés et à petite amplitude. Les mouvements du bras gauche reproduisaient le type de la chorée sattatoir. En même temps, survenaient des crises de nerfs, de l'hémianesthésie gauche, de l'hyperesthésie ovarienne, et on pouvait hypnotiser la malade.

Je pense que dans ce cas, il s'est agi d'une seule et même affection, l'hystérie, ayant revêtu successivement l'aspect de la chorée de Sydenham, puis celui de la chorée rhythmée.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 14 *avril* 1891.

Présidence de M. Malassez.

M. Gley dépose une note de M. Hédon, déjà présentée à l'Académie des sciences, sur les phénomènes consécutifs à l'injection de paraffine dans le pancréas. M. Hédon a constaté des phénomènes de dénutrition et l'existence d'azoturie.

A propos de cette note, M. Gley dit avoir obtenu de son côté les mêmes résultats et il a pu s'assurer que la glycosurie était produite par le pancréas en tant que glande vasculaire sanguine et non en tant qu'organe digestif. Si l'on procède en effet à la ligature de tous les vaisseaux du pancréas, l'on trouve constamment de la glycosurie.

M. Onanoff a étudié chez les céphalopodes l'origine de la vision droite et pense que chez l'homme il existe également des associations croisées entre les différentes parties de la rétine et les muscles du globe oculaire.

Quelques points de l'urologie de la tuberculose traitée suivant la méthode de Koch.

A l'occasion d'injections de lymphe de Koch faites dans les hôpitaux de Lille à des tuberculeux pulmonaires ou cutanés et osseux, MM. **Combemale et Lamy** ont étudié les urines de dix-huit malades au point de vue des éléments azotés et des éléments anormaux.

Les moyennes de l'excrétion urinaire étant établies avant toute intervention thérapeutique, on constatait :

1° A trois exceptions près, la diminution du volume quotidien;

2° L'augmentation de la densité;

3° La diminution, constante et pour plusieurs jours de suite, du chiffre de l'urée totale, diminution surtout marquée lors de la première injection;

4° La présence constante de l'albumine rétractile en très faible quantité pendant 2 et 3 jours et même plus;

5° La diazoréaction d'Ehrlich d'une façon inconstante et irrégulière; si cette diazoréaction, qui caractérise certaines substances encore mal connues de la série aromatique, existait auparavant, elle s'accentuait même après une seule injection.

Ces résultats fournis par l'urologie ne traduisent pas la réaction fébrile; car cette réaction n'a été que peu ou pas marquée chez les malades observés. La légère albuminurie, l'abaissement dans l'excrétion uréique, l'accentuation de la diazoréaction sont au contraire le signe urologique d'une généralisation du processus tuberculeux.

Nerfs ciliaires superficiels chez l'homme.

M. Boucheron. — Les nerfs ciliaires superficiels, nerfs sensitifs venant des nerfs sensitifs de l'orbite, forment autour de l'hémisphère antérieur de l'œil (moins la cornée) un réseau de filets nerveux comparables, dans une certaine mesure, au réseau de ficelles qui recouvre les ballons.

Dans le réseau général des nerfs ciliaires superficiels, qui se compose de 4 à 5 réseaux superposés, les embranchements se font en superficie et en profondeur. Du nœud le plus profond part un rameau pénétrant, qui prend la forme spiralée du tire-bouchon, et qui vient vers l'épisclère s'embrancher avec les nerfs ciliaires profonds (les anciens nerfs ciliaires).

Vers la cornée, les rameaux pénétrants fournissent au limbe cornéen des ramuscules directs et des ramuscules indirects par l'intermédiaire des nerfs épiscléraux, auxquels ils se mélangent.

On voit très bien cette disposition sur une figure où, d'après une coupe très nette, on a dessiné dans leur marche vers la cornée, dans une petite zone périphérique de la cornée, les ramuscules nerveux venant des deux premières couches du plexus général des nerfs ciliaires superficiels.

Les fibres de ces nerfs ont de la myéline; elles sont cylindriques, flexueuses.

Chez les animaux, on voit dans l'œil du cobaye un état simplifié et très clair, comme le montrent les figures présentées pour la comparaison.

Grâce à la méthode de l'or, on possède donc maintenant les détails histologiques précis qui donnent l'explication entière de faits physiologiques et chirurgicaux déjà anciens, à savoir : 1° la possibilité de couper les nerfs ciliaires profonds sans que la cornée se détruise, parce que des nerfs ciliaires superficiels lui fournissent une quantité suffisante de sensibilité; 2° après la section des nerfs ciliaires profonds, la sensibilité cornéenne constatée sur les bords n'est que l'état régulier et même le perfectionnement du fonctionnement des nerfs ciliaires superficiels; 3° c'est aussi la confirmation matérielle des observations de Magendie et Cl. Bernard que la sensibilité du centre de la cornée provient d'une autre origine que la sensibilité de la périphérie cornéenne et de la conjonctive.

M. Pouchet a obtenu la mélanine du sang en opérant en présence du bichlorure de mercure.

M. Kauffmann dépose une note de MM. Cadéac et Meunier intitulée : *Recherches expérimentales sur l'essence de sauge*. Cette essence serait de beaucoup plus épileptisante que l'absinthe, et son action devrait être localisée au bulbe.

M. Bonnier communique une note de M. Aubert sur le phénomène que présentent les plantes grasses à diverses températures et exposées à une lumière peu intense. On constate dans ces conditions un dégagement simultané d'oxygène et d'acide carbonique, la plante perdant ainsi à la fois oxygène et carbone.

M. Giard décrit un cryptogame parasite du ver blanc du hanneton.

ÉTRANGER

ANGLETERRE

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE LONDRES

Séance du 6 *avril* 1891

Fibro-sarcome de la paroi abdominale.

M. **A. Doran.** — Voici une tumeur présentant par places les caractères du fibrome et en d'autres points ceux du sarcome, répondant à la définition des tumeurs « dermoïdes », suivant la dénomination de Sænger. Cette tumeur occupait la paroi abdominale d'une vigoureuse femme de 21 ans; elle s'était développée depuis 2 ans dans l'aine droite; elle adhérait en arrière au muscle oblique interne et à l'aponévrose transverse et respectait le péritoine; antérieurement elle était recouverte par l'aponévrose de l'oblique externe. La plaie opératoire a guéri rapidement. Cette variété de tumeurs est beaucoup plus fréquente chez la femme que chez l'homme et il est probable que plusieurs des cas qu'on en a cités chez l'homme n'appartiennent pas au fibro-sarcome, mais au sarcome vrai. Le péritoine est, dans la paroi abdominale, la seule couche qui puisse devenir l'origine d'une tumeur dermoïde. Il est possible que certains sarcomes développés dans les plans musculaires aient pour origine un hématome.

M. Sutton. — Je crois qu'il s'agit d'un fibro-myome développé aux dépens du ligament rond. On rencontre des tumeurs semblables dans le ligament large, où elles ont quelquefois pour origine l'ouraque ou le ligament de l'ovaire. Chez l'homme les tumeurs de la paroi abdominale sont des sarcomes à cellules fusiformes.

Rhinite chronique atrophique et son traitement.

M. de Havilland Hall. — On devrait abandonner le nom d'ozène, qui est généralement appliqué à cette maladie. Le plus souvent elle débute avant 17 ans; 7 fois sur 9, elle s'observe chez la femme; elle a une prédilection pour les sujets tuberculeux et anémiques. On a attribué un rôle dans sa production à l'absence congénitale ou à l'arrêt de développement des cornets; il est certain que les micro-organismes ont une part importante dans le développement de l'odeur fétide.

Il est impossible d'obtenir une guérison complète de la maladie, mais on peut arriver à faire disparaître ses symptômes les plus désagréables. Pour cela le meilleur traitement consiste dans les pulvérisations répétées au moins matin et soir avec une solution alcaline et en particulier avec la solution de Mackenzie contenant pour 150 gram. d'eau chaude 1 gramme de bicarbonate de soude, de chlorure de sodium et de borax et 2 grammes de sucre; s'il y a des croûtes adhérentes on les enlève avec une pince ou par des irrigations avec la même solution. Si ces moyens ne suffisent pas, on emploie des pulvérisations avec des solutions faibles (de 0,4 a 1 0/0) d'alun, de sulfate de zinc, ou de nitrate d'argent après nettoyage des surfaces malades. Les insufflations d'iodoforme, d'iodol et d'aristol rendent de grands services dans tous les cas. On peut encore introduire dans les fosses nasales de la vaseline contenant une substance antiseptique ou des pulvérisations de paraffine liquide. Dans les cas rebelles, il faut avoir recours tampons aux de Gottstein.

M. Spencer Watson. — Il y a, dans cette affection, une tare héréditaire, probablement tuberculeuse : elle présente quelque ressemblance avec le lupus érythémateux.

SOCIÉTÉ PATHOLOGIQUE DE LONDRES

Séance du 7 *avril* 1891

Présidence de M. H. Dickinson.

Hétérotopie de la moelle épinière.

MM. A Turner et **C. Campbell.** — A l'autopsie d'un homme de 29 ans atteint de dermatite exfoliatrice ancienne, qui depuis 2 ans avait eu une polyarthrite grave suivie du développement d'une myélite transverse avec eschares de décubitus, nous avons trouvé une myélite située au niveau des 10e, 11e, 12e paires dorsales; dans ces points, les cornes grises de la moelle étaient atrophiées, principalement la gauche, et séparées l'une de l'autre, le canal central de la moelle et la commissure postérieure avaient disparu.

M. H. Tooth. — Voici des coupes de la moelle d'un homme atteint de paralysie générale, mort d'une hémorrhagie méningée. La moelle présente par places de l'épaississement de la névroglie; dans les points qui sont le siège des lésions inflammatoires les moins prononcées, la substance grise n'occupe plus sa place normale, où elle est remplacée par des ilots de substance blanche normale ou altérée; les lésions portent surtout sur les régions postérieures de la moelle. Sous le nom d'hétérotopie de la moelle, on décrit deux états anatomiques différents : d'une part la production de chaque côté de deux cornes séparées, d'autre part, comme dans le cas

actuel, une lésion due vraisemblablement à une inflammation étendue de la substance grise. Beaucoup des cas de ce genre proviennent des asiles d'aliénés.

M. Newton Pitt. — Dans un cas de maladie de Friedreich, j'ai constaté la présence d'un canal central double; la moelle était très petite et était le siège des lésions scléreuses habituelles de l'ataxie héréditaire.

Rétrécissement intestinal consécutif à un étranglement herniaire.

M. Newton Pitt. — Voici un rétrécissement fibreux de l'intestin développé au point d'étranglement d'une hernie crurale; au-dessus du rétrécissement, il y a hypertrophie et dilatation de l'intestin, en outre il y a un abcès stercoral. La maladie s'était développée à la suite d'un effort; se traduisait par des douleurs, surtout après les repas; par de l'irrégularité des garde-robes qui contenaient du sang; la mort est survenue par suite de l'épuisement dû à l'ulcération stercorale.

Epaississement du crâne dans le rachitisme.

M. Shattock. — Voici deux crânes d'enfants qui sont le siège d'un épaississement très marqué dû au développement d'hypérostose à leur face externe. L'un appartenait à un enfant syphilitique, l'autre à un enfant non-syphilitique. Sur des coupes faites sans décalcification, on constatait l'absence complète de sels calcaires; les os avaient l'aspect de l'ostéomalacie. Les lésions osseuses du rachitisme sont d'origine inflammatoire, et la marque de l'inflammation consiste dans l'absence de calcification propre du tissu osseux de nouvelle formation. La syphilis peut, sans le rachitisme, produire une périostite ostéo-plastique étendue, mais ses productions sont, comme l'a montré Parrot, de consistance normale. La syphilis peut, jusqu'à un certain point, déterminer la localisation de la maladie, mais lorsqu'il y a en même temps une calcification imparfaite de l'os comme dans le rachitisme, il en résulte un état hybride qui mérite le nom de « syphilo-rachitisme ».

M. Bowlby. — On ne peut regarder le rachitisme comme une maladie inflammatoire et la ressemblance des lésions histologiques n'est pas suffisante pour prouver l'identité de deux processus anatomiques. L'épaississement des os du crâne tel qu'on le voit dans les cas de M. Shattock est exceptionnel. L'épaississement que l'on rencontre dans les os longs n'est souvent destiné qu'à compenser l'absence de rigidité produite par une calcification suffisante.

Tuberculose d'une gaine tendineuse.

M. Stabb. — J'ai observé, chez une femme de 66 ans, une lésion de la synoviale tendineuse du médius droit consécutive à une blessure de la face palmaire de ce doigt; une ponction n'avait donné aucun résultat; une incision peu étendue donna issue à une grande quantité de corps gélatineux du volume d'une graine de melon; il fallut recourir à la désarticulation du doigt. A l'examen du doigt désarticulé, on constata l'intégrité des os et des articulations, tandis que les parties molles étaient transformées en une masse gélatineuse dans laquelle on ne pouvait distinguer les tendons. Il y avait une petite cavité remplie de matière caséeuse. Les lésions étaient de nature tuberculeuse, comme le démontra l'examen histologique. Comme il n'y avait pas d'antécédents héréditaires de tuberculose ni de signes de tuberculose viscérale, il faut rapporter l'origine de la maladie à l'inoculation par le traumatisme de la main.

M. Barker. — J'ai vu, dans un cas de ce genre, le malade mourir plus tard de tuberculose pulmonaire.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE LONDRES

Séance du 1er avril 1891.

Grossesse extra-utérine.

M. John W. Taylor lit une note sur un cas de grossesse extra-utérine arrivée à terme; on fit la laparotomie pour retirer le fœtus, ce n'est qu'au bout de 12 jours que, dans une seconde intervention, on enleva le placenta. La malade guérit parfaitement.

M. Walter Griffith. — Voici un autre cas de grossesse extra-utérine survenue chez une femme de 32 ans et qui, mariée depuis 11 ans, n'avait jamais été enceinte; elle commença à avoir des accidents dès le deuxième mois. On fit le diagnostic de grossesse extra-utérine ayant pour siège le ligament large du côté droit. On fit la laparotomie, on trouva le sac rompu et une hémorrhagie abondante qu'on n'arrêta qu'avec peine. On ne put enlever le sac et, après avoir fait un grand lavage de la cavité abdominale, on dut se contenter de le fermer. La mort survint au bout d'une heure. L'ovaire droit était voisin du sac. — Voici un autre cas dans lequel un volumineux fibrome de l'ovaire occupant l'excavation pelvienne fut pris pour la tête d'un fœtus provenant d'une grossesse extra-utérine. Cette conviction fit qu'on eut recours à la crâniotomie, à la suite de laquelle l'extraction fut encore très pénible jusqu'à ce qu'on eût pratiqué la version. Des phénomènes d'infection ne tardèrent pas à se montrer, et la malade mourut au bout de 8 jours. Dans de semblables cas d'obstruction pelvienne complète, c'est à la laparotomie qu'on doit avoir recours.

M. Marmaduke Sheild.— Une jeune femme récemment mariée eut au bout d'un certain temps une tumeur abdominale accompagnée de fièvre. L'utérus exploré fut trouvé vide. Au niveau de l'ombilic se forma une ulcération à bords gangrenés, à travers laquelle faisait saillie une tumeur dure, noirâtre. La malade fut chloroformée et on put extraire par cette région ulcérée un fœtus accompagné d'un liquide sanieux et de gaz, puis suivi d'un écoulement sanguin. Le placenta était profondément attaché et l'œuf paraissait être extra-péritonéal. L'hémorrhagie fut arrêtée par des irrigations chaudes. Le placenta fut enlevé par morceaux.

M. Herman. — Les cas dans lesquels le fœtus est dans la cavité péritonéale s'expliquent par des déchirures de l'amnios produites par les mouvements de l'enfant.

RUSSIE

SOCIÉTÉ DES MÉDECINS RUSSES

Extraction de la cataracte sans iridectomie.

M. Volkoff a opéré, depuis 11 ans, 1,009 cas de cataracte d'après le procédé de Graefe avec iridectomie supérieure. La suppuration est survenue dans 49 cas (5 0/0); la récidive est survenue 160 fois et 119 fois on a été obligé de faire une seconde opération.

Depuis quelque temps, M. Volkoff opère d'après un procédé qu'il a d'abord cru nouveau, mais qui n'est que l'ancien « procédé belge ». L'opération a été faite 225 fois sur 135 malades avec les résultats suivants : cicatrisation lente de la plaie 20 fois, enclavement de l'iris 33 fois, iritis 88 fois. Comme résultats opératoires définitifs, on compte 221 guérisons avec acuité visuelle à 1/10; 3 cécités pour cause accidentelle, 1 pour glaucome.

M. Khodine. — Le « procédé belge » employé par M. Volkoff a été abandonné à cause de ses inconvénients qui sont : 1° incision qui se fait presque au centre de la cornée et qui produit forcément de l'astigmatisme; 2° position à angle droit que le cristallin est obligé de prendre pour sortir par l'incision; la pression qu'il exerce dans ces cas sur le corps vitré peut provoquer la hernie de ce dernier; 3° irritation mécanique de la cornée au moment du passage du cristallin à travers l'incision; 4° récidive très fréquente.

M. Lajetchnikoff. — Les accidents signalés par M. Volkoff et sa statistique montrent que le procédé qu'il a adopté est inférieur au procédé de Knapp qui fournit une acuité visuelle à 1/10 dans 26 0/0 de cas et la cécité dans 1 0/0.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Imp. des Arts et Manufactures, 12 rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud.

Nº 16. — 22 AVRIL 1891

LE NUMERO QUINZE CENTIMES

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

PUBLIÉ PAR

LA GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MEDECINE ET DE CHIRURGIE

Et servi gratuitement à tous les abonnés de ce journal

ABONNEMENTS SPÉCIAUX POUR MM. LES ÉTUDIANTS. — UN AN : 6 FRANCS

L. LEREBOULLET, Rédacteur en chef. — A. BROCA, Secrétaire de la Rédaction

Librairie de G. MASSON, 120, boulevard Saint-Germain.

SOMMAIRE

ACTES
DES FACULTÉS DE MÉDECINE

Thèses du 27 avril au 2 mai 1891.

Jeudi 30 avril. — M. Morin. Etude sur l'épithelioma primitif de la vésicule biliaire. — [M]lle Bernstein-Kohan. Du diabète traumatique.

Le concours ouvert le 13 courant devant la [F]aculté de médecine de Paris pour la nomination à l'emploi de médecin en chef des hospices [d]e Bourges, vient de se terminer par la désignation de M. le Dr Casanova, faite à l'unanimité [d]u Jury, composé de cinq professeurs et agrégés [d]e la Faculté.

LILLE

M. le docteur Cuitis est nommé chef des travaux pratiques d'anatomie pathologique et histologie.

M. le docteur Surmont est institué, pour une [pé]riode de trois ans, à partir du 1er avril 1891, [ch]ef de clinique médicale.

COURS LIBRES

Hôpital Saint-Louis. — M. Hallopeau re[pr]endra ses leçons cliniques sur les maladies [cut]anées et syphilitiques, le dimanche 26 avril, [à] 10 heures du matin, et les continuera les di[man]ches suivants à la même heure.

Hôpital Necker. — M. le Dr Horteloup commencera des leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires le dimanche 26 avril, à 9 h. 1/2. — Visite des malades à la salle Civiale, à 9 heures.

Hôpital Laennec. — Le Dr Landouzy, agrégé, y commencera, à l'amphithéâtre, à dix heures, le jeudi 30 avril, un cours de clinique médicale qu'il continuera à la même heure les jeudis suivants.

Hôpital Bichat. — M. Henri Huchard commencera ses leçons le *dimanche 26 avril, à dix heures très précises*, et les continuera les *dimanches* suivants à la même heure.

Hôpital Broussais. — M. le Dr Chauffard reprendra ses leçons de clinique médicale le samedi 25 avril à 10 heures, et les continuera les samedi suivants à la même heure.

M. le Dr Reclus, chirurgien de l'hôpital Broussais, reprendra ses leçons cliniques le samedi 18 avril, à 9 h. 1/2, et les continuera les samedis suivants, à la même heure.

Hôpital des Enfants malades, 149, rue de Sèvres. — M. le Dr de Saint-Germain, chirurgien de l'hôpital, reprendra ses leçons cliniques, le jeudi 23 avril à neuf heures.

— M. le Dr Jules Simon, les mercredis à 9 heures.

Tous les samedis, consultation clinique.

Hôpital Saint-Louis. — Service de M. Ernest Besnier. — Pendant les mois d'avril, mai, juin. — *Lundi*, 9 h. 1/4, Salle et Laboratoire Alibert, clinique dermatologique et syphiligraphique. — *Mardi*, 9 h., Laboratoire Alibert, Policlinique : opérations dermatologiques (Lupus, Acnés, etc.). — *Mercredi*, 9 h. Laboratoire Alibert, Policlinique: Maladies du système pilaire ; Dermatophyties. — *Vendredi*, 8 h. 1/2, Consultations externes.

Maladies des yeux. — M. le Dr Kœnig commencera ses conférences sur les *troubles de la vision dans les maladies du système nerveux*, amphithéâtre Cruveilhier, à l'École pratique de la Faculté de médecine, le samedi 25 avril à 8 heures du soir et les continuera les mardis et samedis suivants à la même heure. A la fin de chaque conférence, exercices pratiques d'ophthalmoscopie, présentation de malades.

VARIÉTÉS

Le service militaire et le concours de l'internat dans les hôpitaux. — Cette question vient d'être portée devant le Conseil municipal de Paris et le directeur de l'Assistance publique a déclaré que si, actuellement, il n'existe aucune limite d'âge pour l'admission au concours de l'internat, il sera nécessaire d'en fixer une l'année prochaine, par suite des obligations militaires incombant aux étudiants français, il serait injuste, en effet, que la limite d'âge qui s'imposera fatalement aux étudiants astreints au service militaire ne fût pas étendue aux candidats, français ou étrangers, qui, pour une raison quelconque, échappent à cette obligation.

D'ici là, on étudiera les diverses solutions qui pourraient être soumises à l'avis du Conseil de surveillance et à l'approbation du préfet de la Seine et on fera en sorte que ces mesures concilient l'intérêt primordial et impérieux du rayonnement de l'influence et des idées françaises avec les intérêts légitimes de nos nationaux.

Le bal donné samedi soir par l'Association générale des étudiants a été très brillant. Le président de la République et de Mme Carnot, accompagnés du colonel Lichtenstein et du capitaine de vaisseau de Maigret, sont arrivés vers dix heures et demie. Ils ont été reçus par MM. Pasteur, Bourgeois, ministre de l'instruction publique, Larroumet, directeur des beaux-arts, et les membres du comité de l'association. M. Carnot et M. Pasteur, et Mme Carnot, au bras de M. Béranger, président du comité de l'association, ont fait le tour des salons, respectueusement salués par les invités parmi lesquels on remarquait MM. Renan, le général de Gallifet, de Vogüé, Liard, Rabier, Perrot, etc.

Le président de la République s'est entretenu pendant une demi-heure, et très aimablement, avec les étudiants, les félicitant des sentiments de solidarité qu'ils ont manifestés pendant ces dernières années. M. et Mme Carnot se sont rendus ensuite au buffet, où le président a bu à la jeunesse universitaire et à son union de plus en plus féconde.

Congrès d'hygiène et de démographie de Londres. — Le ministre de l'intérieur vient d'instituer un comité chargé d'assurer la participation de la France à ce congrès, qui doit tenir sa septième session à Londres du 10 au 17 août prochain, sous la présidence de sir Joseph Lister.

Ce comité est ainsi composé :

Président d'honneur. — M. Pasteur.

Président. — M. Brouardel.

Vice-présidents. — MM. H. Monod, Bergeron, Proust, Chauveau.

Secrétaires. — MM. Napias, A.-J. Martin, de Valbreuze.

Secrétaire adjoint. — M. Louis Vintras, à Londres.

Membres. — MM. Arnould, G. Ballet, Bechmann, Bérenger-Féraud, Bertillon, Bouffet, Bourneville, Chautemps, Chevallereau, Chevandier (de la Drôme), Colin (Léon), Cornil, Drouineau, Gibert, Girard, Grancher, Henrot, Ch. Herscher, Laborde, Lacassagne, Laye, Lereboullet, Levraud, du Mesnil, Netter, Nocard, Pamard, Peter, Peyron, Poincaré, Gabriel Pouchet, de Ranse, Rochard, Siegfried, Straus, Thoinot, Trélat, Vaillard, Vallin.

CLINIQUE MÉDICALE

Note sur l'albuminurie liée à la blennorrhagie, par MM. F. Balzer, médecin de l'hôpital du Midi, et A. Souplet, interne des hôpitaux.

Rayer cite un certain nombre d'auteurs qui ont avant lui abordé cette question, mais on peut dire que c'est par lui qu'elle a été nettement posée. « J'ai vu, dit-il, plusieurs cas d'extension de la blennorrhagie à la vessie, aux uretères, aux bassinets et aux reins ; les phénomènes observés se rapportaient plus spécialement à la pyélo-néphrite qu'à la néphrite proprement dite. » Il a vu nettement cette propagation se faire non seulement dans les affections chroniques de l'urèthre, de la vessie, de la prostate, mais tout particulièrement dans la blennorrhée chronique. Il écrit même les lignes suivantes à propos de l'orchite : « Plusieurs fois j'ai vu la coïncidence de l'orchite avec la néphrite, mais c'était dans des cas de blennorrhagie très intense et dans lesquels l'inflammation s'était propagée aux reins par la vessie ; les testicules s'étaient en même temps ou consécutivement affectés. »

Après Rayer nous trouvons de nombreux documents émanés de Virchow (1867), Klebs, Lancereaux, Rosenstein, Deroyes, Bazy, Gilles, Arnozan, Mazzitelli, Peter, Eraud, Lecorché et Talamon, Garcin, Gouverné, etc. Toutefois nous citerons particulièrement les travaux de Jubiot (Th. de Strasbourg, 1869) et de Luxcey (Th. de Paris, 1879). Ce dernier auteur établit trois variétés de complications rénales dans la blennorrhagie : 1° pyélo-néphrite ascendante manifeste, avec douleurs ascendantes, douleurs lombaires ; 2° cas où la cystite seule est manifeste ; 3° cas où la néphrite est indépendante, où il se produit un retentissement à distance de la blennorrhagie, sans lésion des parties intermédiaires. Ce retentissement se produit à la manière des autres manifestations métastatiques de la blennorrhagie ; c'est du rhumatisme blennorrhagique du rein. Cet organe est atteint par le rhumatisme blennorrhagique, comme peuvent l'être le cerveau, les méninges, la plèvre, la parotide, etc.

Comme on le voit, les documents précis ne manquent pas sur cette question. Pourtant nous croyons qu'elle doit encore appeler l'attention des vénéréologistes, surtout en ce qui concerne les *phases aiguës* de la blennorrhagie, car on s'est attaché surtout à l'histoire des formes chroniques, dans lesquelles la lésion rénale est le plus souvent secondaire à des affections anciennes de la prostate ou de la vessie. Ces formes ont fait l'objet d'études minutieuses dans ces dernières années, de la part notamment des élèves de M. Guyon, MM. Hallé, Albarran, Clado, etc.

D'après les observations que nous avons faites depuis le commencement de l'année à l'hôpital du Midi, les cas d'albuminurie se sont présentés par séries. Ils sont parfois assez nombreux dans le service ; parfois au contraire ils font défaut complètement.

Pendant les mois de janvier, février et mars, nous avons examiné les urines de 163 malades et recueilli les résultats suivants :

Blennorrhagies	5 cas ;	avec albuminurie	6 cas.
Orchites simples	94 cas ;	—	10 cas.
Orchites doubles	19 cas ;	—	4 cas.

Le relevé donne donc un total de 20 malades ayant présenté de l'albuminurie, soit 12 0/0 environ. Nous avons éliminé de la statistique quelques cas douteux, avec hématurie, et d'autres dans lesquels l'albumine n'existait qu'à l'état de traces dans l'urine.

Tous les malades observés étaient jeunes, âgés en moyenne de 25 à 30 ans. Ils étaient atteints de blennorrhagies récentes datant d'un mois au maximum. Un seul présentait une blennorrhagie ancienne, datant de trois ans. Nous avons cru devoir laisser ce cas dans la statistique, parce que l'écoulement persistait encore. Nous avons éliminé au contraire un cas d'albuminurie intermittente avec cystite d'origine blennorrhagique datant de cinq ans. Mais il s'agissait d'un malade âgé et chez lequel tout écoulement avait cessé depuis longtemps.

Toutes les orchites étaient aiguës et récentes.

Chez tous les malades l'examen de l'urine a été pratiqué à leur entrée d'après les procédés cliniques habituels, par la chaleur, l'acide acétique et l'acide nitrique. L'examen était pratiqué plusieurs jours de suite quand il y avait quelque doute. Enfin l'urine de ceux qui avaient dès le premier jour présenté de l'albumine a été régulièrement examinée tous les quatre ou cinq jours. On prend toujours les précautions nécessaires pour éviter les causes d'erreur qui peuvent résulter de la présence des dépôts purulents ou hématiques.

L'aspect des urines ne fournit pas toujours des renseignements importants : des urines très claires sans dépôt contiennent beaucoup d'albumine ; d'autres avec des dépôts purulents abondants n'en contiennent pas. Du reste, aucun symptôme ne peut faire prévoir l'albuminurie. Notablement plus fréquente chez les malades atteints de cystite (6 cas) et d'orchite (14 cas), elle manquait chez d'autres malades qui présentaient ces mêmes complications de la blennorrhagie, quelquefois même plus gravement atteints. Un seul malade, atteint d'orchite, présentait à son entrée un état saburral, typhoïde même, très nettement prononcé. En raison de ces signes d'infection, nous crûmes pouvoir annoncer la présence de l'albumine dans l'urine. Elle y était très abondante, en effet ; mais deux jours après elle avait disparu sous l'influence du régime lacté, bien que l'état général fût encore très affecté. Chez un autre malade nous avons constaté également un état gastrique léger. On peut admettre en principe l'opinion de M. Peter, à savoir que l'affection rénale est latente.

Les malades que nous avons pu suivre pendant quelque temps peuvent être divisés en deux catégories, suivant que l'albuminurie a été très légère ou très abondante. Mais nos malades n'ont pas été observés assez longtemps pour que nous puissions établir sur des bases assez solides la marche et le pronostic de ces albuminuries. Pourtant les faits nous ont déjà montré péremptoirement qu'il est indispensable de faire plusieurs fois l'examen de l'urine au cours de la blennorrhagie. L'albuminurie peut se montrer plusieurs jours après l'entrée du malade (1 cas) ; elle peut être intermittente et présenter des variations dans son intensité. Un de nos malades, hypospade et atteint d'orchite double intense, a présenté une albuminurie très abondante qui a cédé au régime lacté absolu. Mais, quinze jours après sa sortie, on a pu constater que l'albuminurie avait reparu aussi abondante que par le passé. Ce malade n'a pas été revu depuis, mais il ne nous paraît pas illégitime d'exprimer des craintes pour l'avenir de son albuminurie. Elle a reparu de même chez un autre malade. Malheureusement nos malades échappent d'autant plus facilement à une observation prolongée que ce symptôme absolument latent ne peut leur inspirer aucune inquiétude. Ils ne sont ramenés à l'hôpital que par le développement de complications nouvelles. Nous ne pouvons donc que signaler la variabilité dans la durée de l'albuminurie, de quatre ou cinq jours à trois semaines, d'après notre relevé.

Comme il s'agissait en général de blennorrhagies récentes, la plupart des malades n'avaient pas suivi de traitement avant de venir à l'hôpital. Nous ne pouvons, par conséquent, juger la nocivité des balsamiques. Plusieurs auteurs ne les croient pas dangereux. Nous ne pensons pas non plus qu'ils provoquent l'albuminurie, mais leur action nous a paru défavorable, lorsque l'albuminurie est déclarée. Quant aux injections, on sait combien elles peuvent hâter la production de la cystite quand elles sont mal faites.

Nous croyons inutile de discuter longtemps la pathogénie de cette albuminurie. Les auteurs les plus récents admettent que l'urétérite et la pyélo-néphrite ascendantes se développent avec une grande facilité chez les individus affectés d'une inflammation des voies urinaires. Ils sont revenus sur ce point à la manière de voir adoptée par Rayer. Toutefois les interprétations contemporaines ne sont pas exclusives en cette matière, et ces mêmes auteurs admettent que souvent l'albuminurie ne dépend pas seulement des lésions ascendantes, mais aussi de l'infection générale, surtout quand cette albuminurie est assez abondante.

Il nous semblerait également illogique de ne pas donner une place importante dans l'étiologie à l'infection générale. On trouve des malades qui ne présentent aucun signe d'inflammation, ni du côté de l'appareil vésical, ni dans les urines. Celles-ci pourtant contiennent une grande quantité d'albumine. C'est même dans ces cas où il était permis de songer à une néphrite résultant de l'infection générale que les réactifs formaient les précipités les plus compacts. Il nous paraît donc difficile de récuser le rôle de l'infection.

Dans le cas d'orchite notamment se trouvent réalisées des conditions très favorables pour la résorption des principes infectieux et partant pour la genèse de l'albuminurie. Nous n'en pouvons dire davantage ; nous sommes tenus pour cette pathogénie à la même réserve que pour l'étude de la marche et du pronostic.

Nos observations nous permettent seulement aujourd'hui de signaler dans cette note la fréquence de l'albuminurie au cours de la blennorrhagie aiguë simple, ou compliquée de cystite ou d'orchite. Nous appellerons aussi l'attention sur les prompts et heureux effets du régime lacté, en faisant remarquer toutefois que ce régime doit être continué longtemps afin de parer à la menace des rechutes. Il est préférable aussi qu'il soit exclusif, sans adjonction du traitement par les antiseptiques ou les balsamiques ; ces derniers dans plusieurs cas nous ont paru mal tolérés et nous croyons avec la plupart des auteurs qu'ils peuvent être nuisibles.

Nous n'oserions pas tirer de conclusions plus développées dans cette note. Nous avons vu en peu de mois un assez grand nombre de malades, mais nous n'avons pas pu les observer pendant un temps suffisant. Nous croyons cependant devoir indiquer une conclusion pratique, à savoir que l'examen de l'urine s'impose au médecin au cours de la blennorrhagie, et pour donner ce conseil, nous n'en appellerons pas seulement à notre trop faible expérience de trois mois passés à l'hôpital du Midi, nous demanderons que l'on se souvienne de cette parole du maître citée par M. Hallé : Les complications rénales dans le cours de la blennorrhagie surviennent « moins rarement que ne le pensent la plupart des praticiens. » (Rayer, t. III, p. 62.)

REVUE DES CONGRÈS

CINQUIÈME CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

Fièvre aseptique des embolies.

MM. Gangolphe et Courmont (Lyon). — En 1888, M. Gangolphe a observé un homme qui eut une oblitération traumatique, sans plaie, de l'artère poplitée et qui pendant 5 ou 6 jours eut une température oscillant autour de 40°, tandis que le pied et le bas de la jambe étaient pris de gangrène aseptique. En janvier 1890, M. Gangolphe fut témoin d'un cas analogue : l'humérale d'un sujet s'oblitéra brusquement — sans que la cause soit connue, mais sans rien d'infectieux — la main et l'avant-bras se sphacélèrent, et lorsque cet homme vint, à pied, à l'hôpital, il avait 40°,7 ; cette température dura quelques jours, tomba à mesure que le sphacèle devenait net, et cessa lorsque fut dessiné le sillon d'élimination. Pourquoi cette hyperthermie ? Les cellules de la partie embolisée sécréteraient-elles des produits solubles pyrétogènes ? M. Gangolphe a donc entrepris des expériences avec M. Courmont et ils ont constaté d'abord que le bras amputé contenait des substances pyrétogènes. Puis ils ont bistourné des béliers, opération aseptique s'il en fut : les animaux ont de la fièvre pendant une dizaine de jours. Ils ont ensuite serré le scrotum dans un lien élastique : si on enlève le lien avant la gangrène achevée, la température s'élève de 2° en quelques heures. Pour déterminer quels sont ceux de ces produits solubles qui sont pyrétogènes, ils ont traité le tout par l'alcool : c'est le précipité, soluble dans l'eau et dans la glycérine, qui est pyrétogène.

M. Verneuil fait remarquer que mieux vaudrait dire fièvre amicrobienne que fièvre aseptique.

Arthrectomie et résection du genou.

M. Coudray. — Lorsqu'une tumeur blanche est suppurée et fistuleuse, le traitement opératoire s'impose, et on a alors préconisé des résections atypiques qui ont le grand défaut d'être forcément incomplètes. En réalité, il faut s'adresser à l'arthrectomie avec évidements osseux ou à la résection intra-épiphysaire, et M. Coudray communique un fait relatif à chacune de ces opérations. Après l'arthrectomie, il y a eu 4 mois de suppuration ; après la résection, réunion immédiate sans drainage. Au reste, les faits de J. Bœckel, Wight et Collier, Neugebauer prouvent que l'ostéo-arthrectomie donne assez souvent des résultats de ce genre, tandis que les 16 résections de J. Bœckel et les 26 de Neugebauer prouvent qu'après des résections de 2 à 4 cent. le raccourcissement secondaire n'est que de 4 à 6 cent., soit au total 6 à 8 cent. Il ne faut donc pas proscrire la résection intra-épiphysaire chez l'enfant

Kystes hydatiques de la région rétro-vésicale.

M. Tuffier (Paris). — Les kystes hydatiques du petit bassin ont été étudiés autrefois par le professeur Charcot, plus récemment la thèse de Legrand (1889) et une observation du professeur Duplay constituent les principaux documents sur la question. Chez l'homme, les 40 observations ou dissections que nous avons réunies, prouvent que ces kystes se développent dans le tissu cellulaire sous-péritonéal. Leur siège d'élection, discuté, est en réalité l'espace cellulaire compris immédiatement au-dessus de la prostate, en avant du rectum, en arrière de la vessie, au-dessous du péritoine. Nés à ce niveau, ils se développent d'une façon toute spéciale qui constitue le fait le plus intéressant de leur histoire, ils refoulent le péritoine ; et on ne peut mieux comparer la déformation qu'ils provoquent, qu'à celle d'un très volumineux ballon de Petersen. Pour bien comprendre leur évolution, il faut se rappeler les connexions intimes du péritoine et de la vessie. Pour les mettre bien en évidence, nous avons autrefois disséqué à l'intigation de M. Guyon un grand nombre de sujets, et fait de nombreuses coupes de cette région ; la conclusion, que nous voulions appliquer à l'établissement de fistules vésico-rectales, est la suivante : La séreuse peut se décoller facilement de la face postérieure de la vessie ; plus on avance vers l'ouraque, plus l'adhérence est intime ; cependant la dissociation est encore possible. Les kystes suivent cette voie, ils décollent le péritoine, et viennent se mettre en rapport avec la paroi abdominale antérieure, de chaque côté de l'ouraque, dans cette évolution, ils s'accolent si intimement aux parois vésicales que quelquefois ils s'ouvrent dans ce viscère, et peuvent faire croire à leur développement dans l'épaisseur des parois de la vessie.

C'est cette évolution qui justifie l'incision sus-pubienne dans le traitement de ces kystes.

Leur évolution clinique est celle des kystes hydatiques ; leurs symptômes fonctionnels, ceux de la compression vésicale et rectale ; ce sont des tumeurs arrondies, fluctuantes entre le doigt rectal et la main placée sur l'hypogastrique ; ils sont souvent méconnus. Le cas suivant est intéressant à tous les points de vue : Il s'agit d'un jeune homme de 27 ans qui présentait une tumeur située au-dessus de l'ombilic, arrondie, lisse, indolente, fluctuante ; la tumeur faisait d'autre part saillie dans le rectum ; cathétérisme vésical impossible. Grâce à un explorateur introduit dans le canal de l'urèthre, j'arrive à localiser la tumeur en arrière de la vessie ; le diagnostic

porté fut : kyste hydatique rétro-vésical; 3 ponctions ne donnèrent issue à aucun liquide; je fais alors une incision hypogastrique, je tombe sur la vessie, je coupe l'ouraque et rabats la vessie, en dehors du ventre sur le pubis; je tombe alors sur la face antérieure du kyste qui est incisé et contient plusieurs litres d'hydatides de tout volume. Suture de la poche à la paroi, guérison complète entravée seulement : 1° par des poussées d'urticaire avec 40° à chaque lavage de la cavité; 2° par des crises épileptiformes toutes les fois que la cavité du kyste est distendue par un lavage. L'abord facile de la tumeur par la voie hypogastrique, la large incision que l'on peut faire au kyste, l'antisepsie facile, sont autant d'arguments qui plaident en faveur de ce mode d'intervention, de préférence à la voie périnéale trop petite ou à la voie rectale toujours septique dans le traitement de ces kystes.

Sondes flexibles.

M. de Pezzer (Paris) présente des sondes molles à paroi très mince et dès lors à calibre très grand, très flexibles et capables de rester à demeure sans irriter la vessie. De plus, elles tiennent à demeure par elles-mêmes, car leur extrémité vésicale est sphérique, en sorte qu'elle vient butter contre l'orifice interne de l'urèthre. Cette sonde s'introduit avec un mandrin qui, appuyant sur la boule, l'allonge et la fait passer sans peine. M. de Pezzer présente un mandrin droit qui se coude automatiquement en arrivant à la prostate.

Résection des os de l'avant-bras pour permettre la cicatrisation.

M. Guermonprez (de Lille). — Dans certains traumatismes de l'avant-bras, presque toutes les parties molles sont détruites, mais les os ne sont pas atteints. Autrefois on faisait dans ces cas l'amputation; maintenant on tente la conservation. Mais souvent la cicatrice, trop rétractée, provoque des douleurs : il faut alors raccourcir les os. On en résèque pour cela une certaine étendue. On obtient de très bons résultats quand on se sert de la scie à marqueterie et de la suture osseuse.

M. Lavaux fait une communication sur la fièvre urineuse et le lavage de la vessie sans sonde.

M. Combes (Paris) étudie l'anesthésie à la cocaïne d'après 200 opérations de petite chirurgie de la bouche. Cette anesthésie est préférable à la chloroformisation. Les dangers qu'on lui attribue proviennent d'accidents survenus entre les mains de praticiens non diplômés. M. Combes conclut que la vente de la cocaïne doit être réglementée comme celle de la morphine.

M. Ruault fait une communication sur le manuel opératoire de l'ablation des tumeurs adénoïdes du pharynx nasal. Il fait, pendant plusieurs jours avant l'intervention, antiseptiser le champ opératoire par des insufflations de poudre de salol. On opère ensuite en une séance, sous le chloroforme et, pendant 7 ou 8 jours encore, on continue l'usage des mêmes soins antiseptiques. On évite ainsi la fièvre, la céphalalgie, l'accablement qui succèdent d'ordinaire aux ablations de végétations adénoïdes.

M. Boisleux a fait une communication sur *l'asepsie et l'antisepsie dans les laparotomies*. Il se déclare partisan de l'antisepsie dans tous les cas.

M. Abadie a résumé ses idées, déjà analysées dans les comptes-rendus de la Société d'ophthalmologie, sur la pathogénie et le traitement de l'ophthalmie sympathique.

A. Broca.

CONGRÈS ALLEMAND DE MÉDECINE INTERNE

Lithiase biliaire.

Les communications faites à ce sujet par différents auteurs ont présenté le plus haut intérêt. M. **Naunyn** notamment a traité la partie qui a trait à la *pathogénie et aux indications thérapeutiques*, et ses observations ont une réelle valeur.

L'auteur s'est tout d'abord attaché à passer en revue les différentes théories émises sur le mode de formation des calculs biliaires et à montrer combien elles sont toutes incomplètes et peu en rapport avec les constatations chimiques et physiologiques. Pour certains auteurs, par exemple, une production exagérée de cholestérine et de chaux, causée par un vice de nutrition de l'organisme, surcharge et sature pour ainsi dire la bile et favorise la précipitation des matériaux constitutifs des calculs biliaires. Ce seraient l'obésité, la goutte, une alimentation trop riche, l'usage d'eaux potables trop calcaires qui détermineraient cette production exagérée. Or la cholestérine présente dans la bile un taux remarquablement constant. On peut en augmenter la richesse dans le sang, ou essayer d'en faire varier la quantité par une alimentation spéciale, elle n'en représente pas moins invariablement dans la bile 2 0/0 des éléments solides. L'état de maladie ne peut même pas la faire varier, et son taux normal ne se trouve augmenté que lorsqu'il y a déjà production de calculs biliaires.

D'autres auteurs ont avancé que certaines décompositions de la bile feraient perdre à celle-ci son pouvoir dissolvant à l'égard des substances lithogènes et surtout de la cholestérine. Or il résulte des recherches de Naunyn que jamais dans ces conditions le chiffre de la cholestérine ne s'est trouvé augmenté, et que toujours la bile contenait des matières dissolvantes en quantité plus que suffisante pour dissoudre toute la cholestérine contenue dans le liquide.

Si, d'autre part, on lit attentivement toutes les opinions admises à propos des conditions étiologiques de la lithiase biliaire, on arrive à cette conclusion que les notions de climat, de genre de vie, d'alimentation sont variables et peu démonstratives.

Il faut donc refaire de toutes pièces la pathogénie de la lithiase biliaire en partant des données étiologiques et cliniques les plus certaines.

Il résulte des recherches de **Schrœder** (de Strasbourg) que : 1° les calculs sont de beaucoup plus fréquents chez les femmes et surtout chez les femmes qui ont eu des enfants; 2° que chez les hommes c'est surtout au-dessus de soixante ans que leur présence devient fréquente. Les deux seules raisons étiologiques que l'on peut invoquer chez la femme sont le mode d'habillement et la grossesse; chez l'homme âgé on ne peut signaler que l'affaiblissement des muscles lisses des conduits biliaires que Charcot a le premier indiqué. Toutes ces causes déterminent en dernier lieu la stagnation de la bile dans la vésicule. C'est une première condition de la production de la lithiase, mais elle n'est pas la seule. Si, d'autre part, on examine la structure des calculs biliaires, on s'apercevra qu'il se rencontre au centre des éléments cellulaires, provenant de la muqueuse enflammée et que l'infiltration de cholestérine est secondaire. Postérieurement il se forme une enveloppe calcaire qui protège les amas de cholestérine et les empêche de se redissoudre sous l'action du liquide biliaire.

L'angiocholite primitive qui provoque le dépôt des premiers éléments constitutifs du calcul peut résulter d'infections de diverse nature contre lesquelles la bile n'a qu'une action antiseptique modérée. Ces infections proviennent de sources diverses que Bouchard, Netter, Gilbert ont récemment étudiées. Mais il faut en définitive pour déterminer le processus lithiasique deux conditions essentielles, la stagnation de la bile et l'infection.

Au point de vue thérapeutique, on peut admettre que la plupart des médicaments dits spécifiques n'ont qu'une action véritablement illusoire. Les agents cholagogues, dissolvants ou autres, sont profondément modifiés avant d'arriver au foie. Seules les eaux chlorurées alcalines, employées en boissons ou en lavement, agissant comme stimulants des mouvements péristaltiques, activent les contractions des vaisseaux biliaires et favorisent la circulation des parois de l'estomac, de l'intestin et des conduits biliaires. Il ne faut pas oublier non plus la ressource que peut nous fournir l'intervention chirurgicale dans des cas bien déterminés par l'examen préalable du médecin.

M. Fürbringer (Berlin) a abordé à son tour l'étude des manifestations cliniques de la lithiase biliaire; il a rappelé les principaux symptômes de l'affection et montré combien ils peuvent rester latents dans certaines conditions ou en imposer pour toute autre affection. Le siège de la douleur

notamment est des plus variables, et peut parfois se trouver dans des endroits très éloignés de la vésicule, le bas-ventre par exemple ou le dos. Il importera donc de rechercher dans les selles l'existence de calculs ou d'amas de cholestérine, toutes les fois que l'on sera en présence de douleurs survenues par accès, même sans que l'ictère ou une sensibilité spéciale de la vésicule aient attiré l'attention sur le foie. C'est dans ces conditions également que l'allure intermittente de la fièvre, les frissons, les sueurs abondantes, constituant le tableau de « la fièvre intermittente hépatique » de Charcot peuvent fournir des données importantes pour le diagnostic. Dans les cas suspects où l'on hésite entre une affection du foie, une tumeur rénale ou toute autre chose, il ne faut pas craindre de s'en remettre à l'intervention du chirurgien. La statistique montre que dans six cas de lithiase biliaire à complications graves et de pronostic désespéré, quatre fois la guérison a suivi l'opération. La thérapeutique médicale n'offre en effet que peu de ressources. En dehors de la médication symptomatique par l'opium et la morphine qui n'a en vue que la douleur, en dehors de l'emploi des eaux minérales alcalines on ne peut guère s'adresser qu'au salicylate de soude qui a donné de bons résultats, et à l'huile d'olive qui produit un véritable lavage du foie, mais a parfois l'inconvénient de déterminer des troubles dyspeptiques.

Des considérations à peu près analogues ont été présentées par **M. Mosler** (de Greifswald). Si parfois l'alimentation a pu être incriminée dans la production des calculs biliaires, il faut penser que c'est en déterminant l'épaississement de la bile, sa stagnation dans la vésicule et surtout du catarrhe gastro-intestinal qu'elle favorise la formation des calculs. Les signes de l'infection se rencontrent dans presque tous les cas de lithiase avec, parfois, de la thrombose du système porte, de la pyléphlébite, etc. L'emploi des eaux alcalines, du salicylate de soude et des lavements abondants donne les résultats thérapeutiques les plus satisfaisants.

M. Gans (de Carlsbad) insiste à son tour sur la difficulté du diagnostic de certaines crises de colique hépatique. La fréquence de la glycosurie au moment des accès est un symptôme important.

M. Riedel (d'Iéna), prenant la parole au nom des chirurgiens, insiste sur les services que peut rendre l'intervention opératoire. Mais il ne faut pas vouloir traiter de la sorte tous les cas. Lorsque, par exemple, la lithiase biliaire est supposée n'avoir produit que des concrétions de petit volume, on peut tenter la médication alcaline et le traitement médical. Mais si le calcul est volumineux, il faut pratiquer l'incision de la vésicule. Pour cela, l'auteur préconise le procédé en deux temps. On fait tout d'abord au siège présumé du calcul une petite ouverture que l'on ferme avec la ouate. Huit jours après on va, avec les doigts, à la recherche du calcul que l'on peut trouver incrusté sur les parois de la vésicule ou qui parfois se dérobe sous un lobule hépatique plus ou moins saillant.

VINGTIÈME CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ ALLEMANDE DE CHIRURGIE

Tenu à Berlin du 1er au 4 avril 1891.

Méthode de Koch.

M. Thiersch (Leipzig). — La découverte de Koch repose sur ce fait que les cultures pures de tuberculose renferment une ou des substances qui, stérilisées, ne produisent pas d'action manifeste sur l'organisme d'individus sains, mais provoquent dans les tissus tuberculeux une inflammation pouvant aller jusqu'à la nécrose en déterminant une réaction fébrile. Le débat, à ce sujet, est encore ouvert de toutes parts, mais la découverte de Koch n'en conduit pas moins la médecine dans des voies nouvelles.

M. v. Bergmann (Berlin). — Le propre du remède de Koch est d'agir à distance sur des foyers tuberculeux. On connaît bien des médicaments qui déterminent des modifications, non seulement au point local d'application, mais encore à distance, sur des organes éloignés. Mais dans ces conditions le médicament ne fait que provoquer l'inflammation de la région, que déterminer des troubles fonctionnels à la suite desquels l'activité des éléments reparaît. Le remède de Koch agit, lui, à distance comme agent caustique, déterminant la nécrose. Mais il y a plus. Il détermine au même point malade une réaction inflammatoire, ce que ne fait pas la cantharidine de Liebreich qui ne fait que provoquer une exsudation au niveau des capillaires de la région en état de *locus minoris resistentiæ*. Voilà pour la réaction locale.

Le remède de Koch détermine d'autre part une réaction générale. Cela ne lui est point spécial, d'autres médicaments peuvent faire de même; cela n'est pas non plus spécial à la nature des lésions des organes, car d'autres maladies que la tuberculose, l'actinomycose, les sarcomes volumineux et ramollis peuvent également être l'occasion d'une réaction générale à la suite des injections. L'ensemble de ces deux processus, réaction générale de l'organisme, réaction locale, inflammatoire dans la région malade, voilà ce qui constitue l'originalité de la lymphe de Koch. Or cette action spéciale, je ne l'ai constatée que dans les lésions tuberculeuses, dans les lupus notamment. J'ai vu même dans un cas de lupus ulcéré, en voie de dégénérescence épithéliomateuse, le remède de Koch cesser, par le fait de cette transformation, de provoquer les phénomènes habituels de la réaction.

Le second point à examiner est celui de l'action nuisible et des dangers de la tuberculine. Cette substance peut-elle provoquer le développement d'une tuberculose miliaire ou l'extension de la maladie à des régions jusqu'alors indemnes? Voilà le point qu'il faut élucider.

La généralisation de la tuberculose à la suite d'intervention chirurgicale dans les cas de coxalgie par exemple est un fait bien connu. La lymphe de Koch pourrait peut-être agir à la façon d'une intervention chirurgicale sans que l'on soit en droit d'expliquer la généralisation de la maladie par la nature même de la lymphe. Mais si la fièvre déterminée par l'injection ne tombe pas après celle-ci, si la généralisation se manifeste presque d'emblée après l'injection, si l'autopsie montre qu'une tuberculose miliaire vient d'être créée de toutes pièces, le doute n'est plus permis et c'est bien la tuberculine qui aura provoqué l'aggravation constatée. Or, on ne sait encore pas bien exactement si un tel ensemble de preuves a été fourni : cependant on a vu parfois des tubercules jeunes se développer sur la peau et les muqueuses au voisinage de lésions tuberculeuses anciennes et traitées par la méthode de Koch. On peut donc dire tout au moins que la lymphe ne garantit pas contre une nouvelle infection ni contre la récidive.

Il nous reste à étudier l'action thérapeutique du remède de Koch. Celui-ci, comme nous le savons, détermine tout d'abord une inflammation exsudative locale. Celle-ci peut déjà par elle-même être curative. En faisant baigner les foyers chroniques tuberculeux dans un courant d'exsudat séreux et en les faisant traverser par des leucocytes, la lymphe accomplit déjà une œuvre de guérison. C'est au même titre que les inflammations aiguës de nature quelconque peuvent modifier les lésions tuberculeuses anciennes. La clinique nous en fournit des exemples. Y a-t-il plus? Ici il faut avouer que l'action spécifique est plus douteuse. Nos recherches nous ont montré que s'il y a atrophie des tubercules au centre des lésions traitées, il n'y a jamais disparition complète et, d'autre part, des inoculations faites à des cobayes avec des fragments de ces tubercules les ont rendus tuberculeux. Ce que nous venons de dire nous explique pourquoi il y a presque toujours amélioration des lésions, au début du traitement, et pourquoi aussi il y a presque toujours récidive. Les cas qui m'ont paru présenter les améliorations les plus nettes consistaient en lupus et en synovites articulaires, et dans tous ces cas j'ai eu des récidives.

Faut-il donc abandonner la méthode de Koch? Nous ne le pensons pas, car nous trouverons difficilement un remède déterminant aussi sûrement une inflammation locale au point voulu. Je sais bien que les injections intra-articulaires d'iodoforme donnent des résultats supérieurs au traitement par la tuberculine, mais je crois qu'en recherchant le moyen d'augmenter son action et de la rendre plus durable, en ajoutant à celle-ci l'intervention chirurgicale, nous pourrons obtenir des résultats satisfaisants. Si donc pour le présent la tuberculine n'a pas considérablement enrichi la thérapeutique, l'avenir peut-être nous réserve une situation meilleure.

M. Kœnig (Gœttingue). — La découverte de Koch a été accueillie avec un enthousiasme exagéré. Le découragement a suivi. Cela est regrettable, car on ne doit pas abandonner l'usage de la tuberculine.

La réaction locale que la lymphe de Koch détermine produit au niveau de certaines lésions tuberculeuses des améliorations manifestes. On sait aujourd'hui que pour les provoquer il n'est pas nécessaire d'employer des doses élevées et que l'on peut fort bien commencer par 1/2 milligramme. Il reste d'ailleurs entendu que certains malades et certaines lésions sont absolument rebelles à l'action de la lymphe et qu'il y a danger à l'employer dans les cas de tuberculose disséminée ou de déchéance cachectique. Dans l'arthrite tuberculeuse la médication doit être cessée si le gonflement persiste longtemps après l'injection.

La valeur diagnostique de la tuberculine est hors de cause ; dans les cas d'actinomycose on peut observer une réaction générale, mais la réaction locale s'observe exclusivement dans les cas de tuberculose.

L'effet thérapeutique consiste seulement dans l'inflammation exsudative déterminée au niveau de la lésion. Celle-ci peut être telle qu'elle produise la nécrose du tissu, mais seulement dans les lésions ouvertes à l'air extérieur. C'est alors que le chirurgien doit être prêt à intervenir et à enlever les tissus sphacélés. Dans les tuberculoses fermées je n'ai pas constaté d'amélioration.

Les dangers qui résultent de l'emploi de la tuberculine ne me paraissent pas devoir la faire rejeter. Ceux-ci sont semblables à ceux que détermine parfois l'intervention chirurgicale et la crainte de voir se développer une tuberculose miliaire n'empêche pas le chirurgien de pratiquer le grattage des vieux foyers tuberculeux.

Il ne faut pas renoncer à la lymphe, mais agir avec elle à peu près comme avec les injections iodoformées, qui donnent de si bons résultats. En tout cas, dans les cas graves, il faudra, comme auparavant, recourir à l'opération.

M. Thiersch. — C'est toujours dans les cas de lupus et surtout de lupus des muqueuses que l'on a constaté les améliorations les plus réelles. MM. Bergmann et Thiersch recommandent de combiner la méthode de Koch avec l'intervention chirurgicale. Je rappellerai que Koch a lui-même, dès le début, préconisé cette manière d'agir.

M. Schede (Hambourg). — Je pense à ce sujet de la même façon et dans ces conditions il faut continuer à faire usage de la lymphe de Koch.

Jamais je n'ai observé de tuberculisation miliaire à la suite des injections ; si parfois j'ai constaté l'éclosion de nouveaux foyers tuberculeux, c'est, à mon sens, qu'il s'agissait de lésions anciennes, restées latentes. Mais, pour éviter les accidents, il faut procéder avec méthode dans le choix des doses et l'intervalle des injections.

On n'a pas avantage à déterminer une réaction locale violente ni une fièvre trop forte. Aussi doit-on débuter par des doses minimes. Si même avec 0,5 milligr. chez l'enfant et 1 milligr. chez l'adulte on détermine à la seconde injection une réaction trop vive, il ne faut pas craindre de baisser encore la dose. Si, malgré tout, les phénomènes réactionnels restent violents, il faut cesser le traitement, car il s'agit alors d'une tuberculose trop disséminée et trop grave. L'accoutumance à la lymphe se fait vite, mais elle se perd vite aussi ; on devra dès lors espacer les injections et de temps à autre laisser reposer le malade.

C'est en procédant de la sorte que j'ai pu amener à la guérison complète 3 lupiques et 7 malades atteints de tuberculose articulaire.

Dans la tuberculose urinaire j'ai également constaté des améliorations très satisfaisantes. Cependant, dans 6 cas, chaque injection était suivie de ténesme, de douleurs à la miction et d'hématurie. Une fois même j'ai vu se produire un abcès de l'urèthre qui a guéri, mais en laissant à sa suite un rétrécissement.

M. Lauenstein (Hambourg). — La tuberculine a une valeur diagnostique réelle dans les cas de tuberculose chirurgicale ; elle détermine alors une réaction générale plus vive que dans les cas de lésions pulmonaires. Souvent elle fait apparaître des foyers tuberculeux, certainement préexistants, mais restés latents.

Au point de vue thérapeutique, on peut considérer comme démontrée l'amélioration ou même parfois la guérison de certains lupus par la méthode de Koch. Dans les cas de lésions chirurgicales sans communication avec l'air extérieur, la lymphe peut de même produire des effets très avantageux rendant parfois inutile l'intervention. Dans les foyers ouverts une opération est le plus souvent nécessaire et, suivant les cas, on peut avoir intérêt à la pratiquer avant ou après les injections de lymphe. La guérison est toujours lente et ne peut pas se juger exclusivement par l'absence de réaction aux injections. Je n'ai pas observé un seul cas de mort chez les malades traités par la méthode de Koch.

M. von Eiselberg (de Vienne). — A la clinique de Billroth un malade atteint d'actinomycose, traité par les injections, a été guéri. La guérison se maintient depuis 2 mois 1/2.

M. Küster (Marbourg). — La lymphe de Koch peut provoquer une réaction locale et générale dans le cas de lésions non tuberculeuses ; ainsi l'ostéomyélite, le lupus erythémateux ont réagi d'une façon très nette aux injections. J'ai vu de même la réaction locale apparaître dans un cas de lipome de la région trochantérienne.

M. Westphall (Berlin). — Une de mes malades atteinte d'arthrite tuberculeuse du genou avec épanchement fut notablement améliorée par les injections de lymphe. Mais quelque temps après il survint de nouvelles douleurs articulaires qui nécessitèrent l'intervention. A l'ouverture du genou on trouva la capsule épaissie, trouble, mais sans tubercules ni fongosités. La malade est actuellement guérie.

Dans un autre cas d'arthrite du genou, une amélioration fut bientôt suivie de récidive. L'ouverture de l'articulation nous montra de même une capsule épaissie, trouble, sans fongosités. A la suite de l'opération, le malade ne présenta plus de réaction aux injections, lorsque, longtemps après, la réaction se manifesta de nouveau après une injection de 0,20 centigrammes.

M. Leser (Halle). — J'ai traité, par la méthode de Koch, un malade atteint de lupus. Jusqu'à ces derniers jours je le croyais complètement guéri ; mais avant-hier je revis mon malade et je constatai de nouveaux nodules au pourtour des cicatrices. Jamais, à vrai dire, ce malade ne s'était trouvé aussi notablement amélioré ; il n'est cependant pas guéri.

M. Thiersch. — M. Leser n'est pas le premier, il ne sera probablement pas non plus le dernier à revenir de ses illusions sur le traitement du lupus par la tuberculine.

M. Bergmann (Berlin). — J'ai vu un cas analogue. Un malade atteint de lupus avait été considéré comme guéri. La récidive s'est faite et l'affection est aujourd'hui ce qu'elle était au premier jour.

M. Lévy (Berlin). — Deux des premiers malades traités par la méthode de Koch sont encore en traitement et ne sont pas guéris.

Dans le premier cas il s'agissait d'un lupus de la face que l'on crut bientôt amélioré. Mais si le tissu tuberculeux a disparu en grande partie, il n'en est pas moins vrai que là même où on croyait voir un véritable tissu de cicatrice, il se trouve encore des nodules tuberculeux. D'autres nodules ont apparu dans le voisinage.

Dans le second cas, la dose de tuberculine injectée a été considérable, la situation a fini par perdre de son intensité, mais la réaction n'a pas changé.

M. Hahn (Berlin). — Un malade de 22 ans, atteint de lupus depuis 10 ans, fut traité par la méthode de Koch. Les résultats furent tout d'abord nuls. Je traitai alors une partie de la lésion par les scarifications. Les ulcérations finirent par se cicatriser ; la partie non traitée resta sans changement. Je doute que cette guérison partielle soit de longue durée.

M. Rotter (Berlin). — J'ai fait une opération analogue. Je traitai par les scarifications la moitié d'un lupus de la face avant de pratiquer les injections. Cette partie du lupus se cicatrisa, l'autre ne présenta aucune amélioration.

M. Esmarch (Kiel). — Le diagnostic du lupus et de la syphilis héréditaire ulcéreuse est souvent difficile. Peut-être aurait-on intérêt à traiter par le mercure et l'iodure les lésions qui ne réagissent pas après les injections de lymphe.

Pneumotomie pour tuberculose.

M. Sonnenburg (Berlin) a présenté 7 malades, traités par la méthode de Koch, auxquels il a incisé des cavernes pulmonaires. Une des malades, âgée de 37 ans, présentait des phénomènes cavitaires à gauche avec de nombreux bacilles dans les crachats, etc.; pas de fièvre. Avec 5 milligrammes de tuberculine on obtenait une réaction générale faible sans réaction locale. Pas d'autres modifications. Depuis le mois de décembre la malade n'avait plus de bacilles, mais l'ouverture de la caverne fut néanmoins indiquée. L'enduit muqueux des cavernes disparut et fit place à des granulations de bonne nature qui finirent par se cicatriser. Actuellement l'état général est devenu bon, l'expectoration est diminuée considérablement et les bacilles continuent à être absents des crachats. Dans la région sus-claviculaire droite on trouve de la matité, de l'induration qui a remplacé l'infiltration antérieure. Le poumon gauche et les organes thoraciques sont normaux.

Au second malade, atteint depuis 1886, les chances furent moins favorables. Dans le poumon on trouvait les signes d'une destruction étendue, il y avait eu plusieurs hémoptysies. Cavernes à droite, catarrhe intense du sommet gauche, crachats contenant des bacilles en grand nombre. On ouvrit la caverne qui s'étendit un peu. Actuellement la caverne n'est pas encore oblitérée et les crachats renferment toujours quelques bacilles. La fonte caséeuse du parenchyme hépatisé après les injections de tuberculine est très importante, car il est indiqué d'enlever quand c'est possible le tissu nécrosé. La caverne présente une surface ulcérée et infiltrée qui guérit par l'ablation des tissus malades. Chez ce malade, la lésion ne parait pas progresser, mais il existe toujours le danger de la propagation de l'affection par aspiration.

Les cas qui se prêtent à l'intervention chirurgicale sont très rares. L'état de nutrition doit être bon, et pas de fièvre. Les cas fébriles sont ceux où la lésion a une tendance à l'envahissement, tandis que pour l'opération il faut que la lésion soit localisée. On peut se demander si l'infiltration caséeuse sans cavernes ne constitue pas déjà une indication opératoire. On peut opérer quand il existe des adhérences pleurales, et elles existent chaque fois qu'il y a formation de cavernes. Il faut réséquer une portion de la première côte, car autrement la caverne se rétrécit trop rapidement et il se forme une petite fistule.

M. Hahn (Berlin). — Sur 3 malades chez lesquels l'ouverture des cavernes pulmonaires paraissait indiquée, 2 sont morts. Le troisième malade est âgé de 22 ans et présentait une caverne à gauche des dimensions d'une pomme. Pendant l'opération on peut éviter la thoracique supérieure, si on suit le bord supérieur de la deuxième côte et qu'on attire au dehors les parties molles avec un crochet mousse, car par ce procédé on déplace à la fois la sous-clavière, l'axillaire et la thoracique. Pour blesser la mammaire interne il faut être maladroit. La conformation de l'espace intercostal rend inutile la résection costale. Chez ce malade les bacilles ont diminué après l'opération et son poids a augmenté de 12 livres. Il y a 14 jours la plaie se ferma sans que la caverne fût guérie; le malade fut pris de toux, les crachats devinrent sanguinolents et les bacilles reparurent en grand nombre. Tous ces phénomènes disparurent après qu'on eut placé un drain dans la cavité.

Ce malade a reçu en tout 20 injections, avec la dose maxima de 7 centigrammes. La mort des deux autres n'est pas en rapport avec les injections.

Injections iodoformées.

M. Senger (Crefeld) a trouvé que les résultats obtenus par les injections de glycérine iodoformée étaient différents quand la glycérine provenait des pharmacies ou des drogueries. La glycérine renferme de l'acide formique libre. Dans le corps se produisent toujours des oxydations multiples qui doivent décomposer l'iodoforme en acide formique et en oxyde d'hydrogène iodé (Iodwasserstoffsæure). Dans l'articulation l'iodoforme reste souvent non-décomposé; mais pour agir l doit se décomposer en oxyde d'hydrogène iodé et en acide ormique. Le tissu tuberculeux est atonique et n'acquiert une force de réaction que sous l'influence d'une irritation, qu'on essaye de provoquer par le fer rouge, le baume du Pérou, etc.

Pour les injections iodoformées, M. Senger se sert de la formule suivante : iodoforme 2, glycérine 20, formiate de soude 1.

Les injections (la valeur d'une seringue pour chaque) ont été faites dans le foyer même, dans les cas de tuberculose osseuse, de tumeurs ganglionnaires, de lupus. Les résultats sont très favorables. L'acide formique provoque de l'inflammation et de la suppuration et ne constitue pas un danger pour les reins.

M. Rubinstein (Berlin) rapporte les résultats obtenus par le professeur Schüller dans le traitement des tuberculoses chirurgicales par les injections iodoformées. Sur 15 cas de tuberculose articulaire (12 tuberculoses avec fistules), 7 ont guéri, 4 se trouvent encore en traitement. Les injections sont combinées avec le traitement par le gaïacol. Dans beaucoup de cas la guérison persiste même au bout de 7 à 8 ans. Les injections sont faites en partie dans le foyer même de l'os.

Greffe osseuse d'après la méthode de Kœnig dans un cas de perte de substance du crâne.

M. Schœnborn (Würzburg). — Un homme de 18 ans a, le 7 juin 1890, la tête prise dans un bras de machine en rotation. Il se produit une fracture à esquilles du crâne avec contusion du lobe frontal. On enlève les esquilles, on fait l'ablation des parties cérébrales contusionnées. Pas de paralysie, mais il survient une forte agitation pendant plusieurs jours. Bientôt convalescence normale et finalement guérison avec cicatrice adhérente de l'os frontal animée de pulsations et couvrant une perte de substance de 14 cm. de long sur 5 à 6 de large.

On fit alors l'opération suivante : Excision de la cicatrice et application d'un lambeau ostéo-cutané comprenant la couche superficielle de l'os et le périoste; la perte de substance créée au niveau du pariétal par la prise de ce lambeau a été comblée par des greffes de Thiersch. Le lambeau cutané transplanté se couvrit de cheveux. Deux mois plus tard on détacha de nouveau du front le lambeau couvert de cheveux, on aviva la cicatrice pariétale et on y transplanta le lambeau pourvu de cheveux. Le résultat est bon.

M. Wolff (Berlin) a également fait la transplantation d'un lambeau ostéo-cutané pour combler une perte de substance du frontal chez un officier qui s'était tiré plusieurs coups de revolver sans se léser le cerveau. Le résultat fut très satisfaisant au point de vue esthétique.

M. v. Eiselsberg (Vienne) a obtenu des résultats très satisfaisants en comblant une perte de substance du crâne, des dimensions d'une pièce de 5 francs par une lamelle de celluloïde.

Torticolis musculaire congénital.

M. Petersen (Kiel), arrive, au point de vue de l'étiologie, aux conclusions suivantes :

1° On ne trouve pas dans la littérature médicale de preuves suffisantes pour admettre que le torticolis est dû à la rupture d'un sterno-mastoïdien se produisant pendant l'accouchement;

2° Contre cette hypothèse plaident aussi bien les observations cliniques relatives aux suites des ruptures musculaires, que les expériences négatives sur les animaux;

3° L'existence du raccourcissement des sterno-mastoïdiens pendant la vie intra-utérine, est démontrée;

4° L'observation clinique et les expériences sur les animaux montrent que le rapprochement prolongé des deux extrémités d'un muscle en voie de développement, produit le raccourcissement du muscle.

5° Le développement intra-utérin du torticolis, sa fréquence plus grande à droite, sa fréquence également plus grande dans la présentation du siège, se laissent parfaitement expliquer par des anomalies de l'amnios;

6° La théorie de Stromeyer sur l'origine traumatique du torticolis n'est pas suffisamment démontrée pour prétendre à être la seule théorie valable;

7° Le torticolis congénital ne doit donc pas être attribué à la maladresse de l'accoucheur ou de la sage-femme.

M. Bruns a observé un nouveau-né avec un torticolis congénital et une rupture du muscle raccourci.

Tumeur rachidienne.

M. Rehn (Frankfort-s.-M.). — Un ouvrier de 19 ans, toujours bien portant, est pris en 1888, sans fièvre, de douleurs dans la région sacrée avec irradiations dans les cuisses, douleurs que le malade localise dans les os et qui ne s'exagèrent pas pendant la nuit. Le traitement galvanique de même que le traitement antisyphilitique échouent. Peu de temps après, paralysie du rectum et de la vessie, diminution du réflexe rotulien à gauche, disparition à droite. Pas d'ataxie ; les douleurs s'exagèrent par la pression. Le sacrum est excessivement douloureux au toucher. Pas de lésions osseuses ou articulaires. Eschares de petites dimensions sur le trochanter droit. Pas de tuberculose ni de traumatisme. Malgré l'absence de paralysies, on diagnostique une tumeur du canal sacré. Opération du canal sacré. Au niveau du bord supérieur de la 2e vertèbre, on trouve en dehors de la dure-mère une tumeur qui fut reconnue à l'examen microscopique pour un lymphangiome caverneux. Suites opératoires simples. Les douleurs ont disparu dans la région sacrée, mais persistent encore le long des nerfs sciatiques. La marche devient normale. Guérison.

(A suivre.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 21 avril 1891.

Présidence de M. Tarnier.

MM. Chauveau et *Farabeuf* se portent candidats à la place déclarée vacante dans la section d'anatomie et physiologie.

MM. A. Herrgott (de Nancy) et *Gaulard* (de Lille) demandent à être inscrits sur la liste des candidats au titre de correspondant national dans la division de chirurgie.

Opération césarienne pratiquée pour la seconde fois.

M. A Crimail (de Pontoise). — Adèle C..., femme R... 24 ans, a subi dans le service de Maternité de Pontoise une première opération césarienne en octobre 1888. C'est une naine, non rachitique, à bassin très rétréci : la mensuration digitale des parties molles donne pour le diamètre antéro-postérieur un peu plus de 6 centimètres : en retranchant 0m,015 on trouve un diamètre de 0m05. A la suite ; de la première opération l'utérus n'était pas adhérent ; une petite éventration à l'extrémité inférieure à gauche de la cicatrice abdominale.

Seconde grossesse en 1890. Cette femme n'hésite pas entre la basiotripsie et une seconde opération césarienne qui doit lui donner un enfant vivant. Cette grossesse a suivi un cours régulier, l'état de la femme est aussi satisfaisant que possible.

Le 17 février 1891, cette femme entre en travail. — Toutes les précautions antiseptiques prises et le chloroforme donné avec les précautions pour toute laparotomie, je pratique l'incision abdominale au niveau de l'incision précédente : cette incision, plus étendue que celle de 1888, part de trois travers de doigt au-dessus du pubis et dépasse l'ombilic que je sectionne par le milieu — incision de 16 centimètres de longueur ; — des pinces armées de sachets de gaze iodoformée sont placées en haut et en bas de l'incision.

L'utérus apparaît et au niveau de la cicatrisation précédente je vois trois nœuds de la suture au crin de Florence ; les autres parties du crin ont disparu. Je sectionne en haut l'utérus, sur le tissu cicatriciel. Ce tissu très résistant ne peut se déchirer avec le doigt et je suis forcé de terminer la section avec des ciseaux forts. — Pas ou du moins très peu de sang. — Les membranes intactes sont percées et le bras gauche sort de la matrice. Je rentre dans l'utérus ce membre et vais à la recherche d'un pied : c'est le pied gauche que j'amène,

L'enfant extrait de l'utérus, je fais facilement la délivrance et je retire un placenta complet avec toutes ses membranes. Je fais sortir alors l'utérus de l'abdomen et, après un nettoyage avec des sachets de gaze iodoformée, je pratique la suture, 5 points de suture profonde avec de la soie phéniquée et entre chaque 4 à 5 point de suture superficielle au crin de Florence, je rentre l'utérus dans l'abdomen, suintement sanguin léger le long de la suture utérine, suintement de peu de durée, l'utérus se contractant énergiquement. Après m'être assuré qu'aucun liquide n'avait pénétré dans le petit bassin. Je retire les pinces supérieure et inférieure, à peine tachées, et je suture la paroi abdominale, l'épiploon ayant été préalablement placé en tablier en avant des intestins.

Les suites de couches ont été absolument physiologiques et jamais le thermomètre n'est arrivé à 38°. La cicatrice était parfaite le 7e jour ; garde-robes à partir du 4e jour.

Vingt-cinq jours après l'opération cette femme quittait l'hôpital, nourrissant une enfant très bien conformée et en parfaite santé.

Pour éviter une 3e grossesse, j'ai pratiqué entre deux ligatures la section des deux trompes.

Tours ou admission à bureau ouvert.

M. Tarnier. — M. Derouin, secrétaire général de l'Assistance publique de Paris, m'a prié de rappeler à l'Académie que, dès le XVIIe siècle, l'administration hospitalière se préoccupait du secret des accouchements, comme elle le fait aujourd'hui, ainsi qu'en témoignent les procès-verbaux des délibérations du bureau de l'Hôtel-Dieu.

M. Léon Le Fort. — Tant mieux si la France a été la première à pratiquer le secret des accouchements ; mais, comme nous avons cessé de le faire, revenons-en aux mesures de l'avant-dernier siècle.

M. Marjolin. — Puisque le tour ou le dépôt à bureau ouvert ne sauraient être supprimés sans compromettre l'honneur de beaucoup de familles et la vie de milliers d'enfants et que cette mesure ne ferait qu'augmenter le nombre des crimes, pourrons-nous au moins, en subissant cette triste nécessité, diminuer la quantité des abandons ? Oui. 1° Par la recherche de la paternité, qui diminue le chiffre des naissances illégitimes, mais oblige le séducteur à fournir à la mère les moyens d'élever son enfant, ce qui n'est que justice ; 2° par d'abondants secours aux filles-mères. Le tour doit, en outre, être maintenu, mais à bureau ouvert avec le secret assuré, la suppression de toute enquête et la promesse d'un secours suffisant, au cas où la mère voudrait élever son enfant.

M. Th. Roussel. — Le rétablissement du tour serait en désaccord avec l'esprit moderne qui tend à transformer, en les vivifiant, la plupart de nos institutions d'assistance, avec les progrès accomplis dans l'assistance particulière de l'enfance malheureuse et enfin avec l'intérêt social. Le secret était le grand avantage du tour ; son défaut capital a été de vouer presque fatalement au sort le plus malheureux le petit nombre d'enfants sortis vivants de ce périlleux passage. L'œuvre du progrès, qui a commencé par la suppression des tours, devait donc avoir pour objectif de préserver à la fois le secret de la mère, la vie de l'enfant et, pour tous deux, les liens de famille, sans sacrifier aucun de ces grands intérêts.

C'est vers cet objectif que tendent les institutions nouvelles, encore imparfaites et incomplètes, mais déjà trop solidement assises pour que le tour puisse prendre une autre place dans notre pays de progrès que celle qu'il occupe parmi les souvenirs d'un autre âge. Ces institutions sont : 1° les secours temporaires aux mères indigentes pour prévenir l'abandon de leur enfant ; 2° l'admission des enfants bureau ouvert, sans enquête, avec le secret absolu ; 3° les maisons de maternité avec les dispositions nécessaires pour assurer aux mères, avant l'accouchement, le secret absolu. Assurément ces institutions, faute surtout des ressources nécessaires, sont encore insuffisantes en France ; mais il importe de les développer et de démontrer aux pouvoirs publics qu'ils ne sauraient faire de meilleures ni de plus productives dépenses. C'est pourquoi je prie l'Académie de voter la première conclusion que lui a a proposée sa commission et de rejeter l'amendement de M. Guéniot,

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 18 *avril* 1891.

PRÉSIDENCE DE M. MALASSEZ.

Effets du curare sur la fibre musculaire.

M. Quinquaud a institué avec **M. Gréhant** une série d'expériences pour élucider les fonctions du muscle dans le cours d'un empoisonnement par le curare. Cl. Bernard admettait que dans cet empoisonnement la fibre musculaire n'était pas atteinte. Mais quelques auteurs, Rosenthal, Funcke, Valentin, entre autres, ont admis que la fibre musculaire était influencée par le curare, tout en divergeant sur la nature de l'influence exercée. MM. Quinquaud et Gréhant ont repris cette étude en se servant d'un courant électrique d'intensité constante, comme excitant, et en s'entourant d'un grand nombre de garanties leur permettant de mesurer très exactement la force musculaire avant et pendant l'empoisonnement Ils ont toujours vu la force musculaire diminuer graduellement, à mesure que l'empoisonnement fait des progrès. Néanmoins on n'observe pas l'abolition complète de la force musculaire.

M. d'Arsonval dit que la diminution d'intensité de la force musculaire est très accusée lorsqu'on se sert d'un courant d'induction qui agit par l'intermédiaire du nerf, tandis qu'avec un courant de pile agissant directement sur le muscle on ne constate pas de diminution de la force musculaire dans l'empoisonnement curarique.

M. Laborde demande qu'on précise l'origine du curare employé, car certains curares ont un effet diffus, on en voit même produire des convulsions.

Ferment glycolytique du sang

M. Artus propose une réfutation de la théorie du diabète proposée par M. Lépine. Pour lui, la destruction du sucre dans le sang est due à un ferment glycolytique apparaissant seulement quand le sang est hors des vaisseaux ou quand l'animal est mort; il s'agit donc d'un phénomène cadavérique, comme la coagulation du sang.

Effets physiologiques du suc de quelques organes.

MM. d'Arsonval et Brown-Séquard ont étudié l'action des différents liquides extraits des tissus de l'organisme. Les différents organes, foie, rein, poumon, etc., possèdent un pouvoir toxique assez marqué; ils tuent les animaux en un temps assez court lorsqu'on injecte le liquide du tissu, filtré au papier buvard. Quand on filtre le liquide sur la bougie poreuse, avec une pression d'acide carbonique, ou quand on le soumet simplement à cette pression, le pouvoir nocif n'existe plus.

On peut employer ainsi sans inconvénient des liquides dont l'action sur l'organisme sera l'objet de communications ultérieures. C'est ainsi que M. d'Arsonval étudie l'effet des injections de suc pancréatique chez les chiens privés fonctionnellement du pancréas.

M. Gley dépose une note de **M. Kronecker** sur les trémulations fibrillaires observées dans le cœur du chien.

M. Quinquaud présente une note de **M. Œschner de Koninck** sur une ptomaïne pyridique qui arrête la fermentation alcoolique et supprime complètement la fermentation amygdalique. Elle arrête aussi le développement des bacilles de la putréfaction et de la fermentation ammoniacale de l'urine.

M. d'Arsonval a étudié l'effet de l'acide carbonique liquéfié sur le sang. Cet effet varie avec la pression, et lui est proportionnel. La capacité respiratoire du sang tombe à près de 0°, ce qui tient à la décomposition des sels du sang et de l'hémoglobine. On trouve en effet dans le tube d'essai du chlorhydrate d'hématine et un pigment insoluble. M. d'Arsonval présente une caisse métallique qui lui sert à recueillir les gaz de la respiration.

M. Giard lit une note sur la distribution géographique des Lombriciens.

M. Grimaux décrit le procédé avec lequel il fabrique de la quinine avec la capucine.

M. N. Cadeac et Albin Meunier ont recherché le pouvoir toxique de l'essence d'hysope qui entre dans la composition du vulnéraire, et ils ont constaté que cette essence était épileptisante, comme celle de sauge et de romarin.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 15 avril 1891

PRÉSIDENCE DE M. POLAILLON

Hernie congénitale chez la femme.

M. Berger, après avoir rappelé les contestations sur le canal de Nuck et sur la hernie congénitale chez la femme et après avoir insisté sur l'absence de preuves absolues sur l'existence de cette hernie, relate trois faits personnels probants.

Les deux premiers sont des hernies situées au-dessus d'un kyste du canal de Nuck.

1° Femme de 31 ans, hernieuse depuis une dizaine d'années, qui fut opérée parce que depuis un an environ elle supportait mal le bandage. Sous une lame dartoïque, puis sous un lacis veineux remontant le long du ligament rond, un sac fut incisé : mais c'était une cavité séreuse vide, et c'est seulement au-dessus d'elle que fut trouvé le sac, dont elle était séparée par une cloison transparente, sans trace de stigmates. Le sac, assez adhérent au ligament rond, put être bien disséqué jusqu'en haut.

2° Femme de 20 à 21 ans, porteuse depuis quelques mois d'une petite hernie réductible dont elle demandait la cure. La disposition anatomique était identique à celle du cas précédent, mais le sac, d'une minceur extrême, fut très difficile à disséquer. Dans cette dissection, 8 centim. environ du ligament rond furent attirés au dehors et la trompe apparut alors tout près de l'orifice.

Les kystes n'étaient certainement pas des kystes sacculaires, ni des hygromas herniaires. La seule explication admissible est de les rattacher au canal de Nuck; malgré les négations de Duplay et de Rabère, ce canal existe quelquefois à la naissance; Feré, H. Sachs l'ont nettement vu, à droite surtout — et les deux femmes de M. Berger portaient leur hernie à droite. Dans ce canal, Sachs a décrit avec soin — comme Ramonède dans le canal péritonéo-vaginal — un vestibule rétro-pariétal, des cloisonnements complets ou incomplets. C'est des cloisonnements complets que relèvent les kystes. Et souvent en opérant des hernies inguinales chez la femme, M. Berger a vu des brides, des valvules, des diaphragmes : à son sens, cela prouve que la hernie est congénitale. L'an dernier, dans les *Archives de Langenbeck*, Wechselmann a décrit les kystes du canal de Nuck, leur adhérence au ligament rond, leur union au péritoine par un pédicule fibreux. Sur plus de 60 cas, 3 fois seulement il y avait hernie concomitante. L'adhérence au ligament rond est un caractère net de la hernie congénitale : tout comme chez l'homme l'adhérence au canal déférent; un kyste concomitant est encore une preuve certaine. Les cloisonnements incomplets, sans trace de stigmates, sont un caractère de probabilité. De même le lacis vasculaire autour du sac, la lame dartoïque; mais il y a des hernies acquises à sac dartoïque.

Le troisième fait de M. Berger est relatif à une femme, ayant dépassé la quarantaine, chez laquelle une hernie, déjà étranglée plusieurs fois et même opérée une fois, s'étrangla de nouveau et fut alors débridée, puis le sac extirpé. Or cette hernie était nettement en bissac : très volumineuse, elle avait une poche dans la grande lèvre et une autre au-dessus de l'arcade de Fallope. Cette poche supérieure, qui cliniquement semblait sous-cutanée, était en réalité entre l'aponévrose du grand oblique et le fascia transversalis. C'était donc un diverticule semblable au sac de la hernie interstitielle de l'homme et cette disposition n'est guère possible que si la hernie est congénitale, d'autant mieux qu'après incision M. Berger a constaté un fait sur lequel Meinhardt Schmidt insiste pour la hernie interstitielle de l'homme : le déjettement en haut et en dehors de l'anneau inguinal interne. M. Berger n'a pu trou-

ver que deux cas analogues, dus à James Luke et à Golding Bird.

Elongation pour sciatique.

M. Charvot relate trois cas de sciatique rebelle guéris par l'élongation sanglante du nerf. La sciatique était due dans un cas à une chute assez grave ; dans le second, à une névrite partie d'un phlegmon incisé contre le tendon d'Achille ; dans le troisième elle était spontanée, et s'accompagnait, à chaque crise, d'une éruption pustuleuse. Chez ces trois malades, l'élongation a amené la guérison, qui dans un cas se maintient depuis 2 ans et 5 mois ; chez deux, même, il y eut une amélioration immédiate, constatée dès la cessation du sommeil chloroformique. Dans aucun cas il n'y eut de troubles du côté de la motilité.

Après avoir relaté ses trois cas personnels, M. Charvot passe en revue les principaux travaux sur ce sujet, ceux de Artaud et Gilson, Omboni, Chauvel, Lagrange, et il conclut — en prenant dans le travail de Lagrange les faits relatifs à la seule sciatique — que si cette opération a soulevé, à son début, un enthousiasme quelquefois irréfléchi, elle semble être aujourd'hui trop tombée dans l'oubli.

M. Moty objecte qu'il faut se méfier des récidives. Il a vu un malade, auquel Poulet a élongé le médian pour une trépidation épileptoïde du bras et qu'en 1885 on considérait comme guéri ; en 1889 il était en pleine récidive.

M. Charvot n'a parlé que des troubles sensitifs et de la sciatique en particulier, et il suit un de ses malades depuis 2 ans et 5 mois.

M. Reynier communique l'examen de l'hémato-salpingite qu'il a montrée dans la dernière séance : M. Pilliet a vu qu'il s'agit d'une *grossesse extra-utérine*.

A. Broca.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 17 avril 1891

Présidence de M. E. Labbé

Recherches expérimentales sur les processus infectieux et dialytiques dans les kystes hydatiques du foie.

MM. A. Chauffard et F. Widal. — Les recherches bactériologiques si nombreuses provoquées depuis quelques années par l'étude des processus pyogènes n'ont guère porté jusqu'à présent sur la pathogénie de la suppuration dans les kystes hydatiques du foie. Il n'a pas été fait, à notre connaissance, de recherches suivies sur ce sujet.

La question préalable est de savoir si, normalement, le liquide hydatique limpide contient ou non des micro-organismes. Des expériences avec le liquide de trois kystes hydatiques du foie après ensemencement du liquide sur les différents milieux de culture en usage, nous permettent d'affirmer que le liquide clair, transparent, eau de roche des kystes hydatiques, est rigoureusement aseptique. C'est la confirmation de faits cliniques bien connus. On sait que la rupture intra-péritonéale des poches hydatiques non suppurées peut amener des phénomènes secondaires d'ordre toxique, mais jamais d'ordre infectieux.

D'autre part, le liquide hydatique, normalement aseptique, constitue un milieu de culture favorable aux différents microbes pyogènes. Nous avons ensemencé le staphylocoque doré, le streptocoque, le bacterium coli commune et le bacille typhique, dans du liquide hydatique, et nous en avons obtenu de belles cultures.

La membrane hydatique, même pour les vésicules à paroi mince et pellucide, constitue pour les microbes un filtre naturel parfait, une barrière qu'ils ne peuvent franchir. Des vésicules hydatiques sont plongées pendant dix jours dans des cultures du staphylocoque doré, du streptocoque, du micrococcus prodigiosus, du bacterium coli commune. Au bout de ce temps les vésicules sont retirées, leur contenu est aspiré aseptiquement et ensemencé sur différents milieux. Aucun germe ne se développe.

Si la membrane est un filtre parfait pour les microbes, elle laisse passer les matières colorantes (solution aqueuse de fuchsine ou de violet de méthyle), les sels minéraux, (sulfate de cuivre, iodure de potassium, sublimé).

Le passage du sublimé à travers la membrane est un fait important. Il apporte la preuve expérimentale qu'une certaine quantité de sublimé, injectée et abandonnée dans la poche-mère d'un kyste hydatique, peut, par diffusion dialytique, imprégner les vésicules filles et exercer ainsi sur elles son action parasiticide.

Les substances solubles d'origine microbienne peuvent aussi traverser la membrane hydatique. Nos expériences ont porté sur le bacille pyocyanique.

Une vésicule, grosse comme une noix environ, et d'une transparence parfaite, est placée dans une certaine quantité de bouillon ensemencé avec le bacille pyocyanique. Huit jours après, le bouillon de culture est d'un vert intense ; la vésicule retirée est restée parfaitement transparente, mais son contenu présente la coloration vert absinthe caractéristique. On le retire avec une pipette stérilisée, on en ensemence quelques gouttes dans du bouillon. Résultat négatif. La pyocyanine avait donc dialysé, tandis que le bacille chromogène n'avait pu pénétrer le kyste.

L'albumine traverse également la paroi des vésicules. Nous avons opéré pour le démontrer avec une urine albumineuse

Nous avons cherché à établir, d'autre part, quelle était la quantité de substance antiseptique (sublimé, acide phénique, naphtol β) nécessaire pour maintenir stérile le liquide hydatique ensemencé avec l'aureus ou le bacterium coli-commune.

Pour l'acide phénique, les doses nécessaires seraient trop élevées pour pouvoir sans danger être utilisées dans la pratique.

Pour le naphtol β, le liquide hydatique additionné au sixième d'eau naphtolée saturée permet encore la germination.

Pour le sublimé, la proportion suffisante nous a paru être de 1 de sublimé pour 55,000 de liquide hydatique.

Pour empêcher toute germination pyogène dans un kyste hydatique contenant deux litres de liquide, il faudrait donc environ 36 grammes de liqueur de Van Swieten.

On peut conclure de nos recherches que la suppuration ne peut envahir la poche kystique que si les parois de celle-ci ont été au préalable fissurées, ou altérées par une périkystite suppurative.

Pas de germes microbiens dans une poche hydatique intacte.

La suppuration du kyste apparaît ainsi comme un accident purement secondaire, étranger à la biologie normale de l'hydatide.

Si l'on voulait schématiser la série d'états bactériologiques possibles pour l'hydatide, on pourrait donc les grouper sous trois chefs :

1° Etat vivant et aseptique de l'hydatide (liquide eau de roche) ;

2° Nécrose aseptique spontanée (mort naturelle de l'hydatide et transformations régressives) ;

3° Nécrose septique avec ses deux phases d'infection extra-kystique et d'infection intra-kystique.

Tous les microbes pyogènes peuvent probablement se trouver dans les différents cas de kystes hydatiques suppurés.

Dans un cas de kyste suppuré du foie, nous n'avons pu déceler l'existence d'aucun micro-organisme. Cette absence de germes pathogènes dans le pus des abcès hydatiques du foie n'est pas absolument exceptionnelle ; souvent les chirurgiens se sont étonnés des propriétés peu virulentes de ce pus.

Cliniquement, la virulence du pus hydatique peut donc être très faible, parfois presque nulle.

De tout ce qui précède nous pouvons tirer les conclusions suivantes :

Asepsie du liquide hydatique eau de roche.

Pouvoir bactéricole de ce même liquide pour les différents microbes expérimentés.

Imperméabilité absolue de la membrane hydatique vis-à-vis des microbes *qu'elle arrête comme un filtre parfait*.

Rôle dialytique de cette membrane pour les substances cristalloïdes et colloïdes.

Passage également des substances solubles d'origine microbienne.

Infection toujours secondaire de la cavité kystique et multiplicité des germes qui peuvent y concourir.

Faible virulence, au moins dans certains cas, du pus hydatique, expliquée par l'absence possible et prouvée dans ce même pus de germes pyogènes.

M. Letulle. — A l'appui du très intéressant mémoire de MM. Chauffard et Widal se rapporte une observation de kyste hydatique, dont le liquide, cultivé sur gélatine, demeura stérile. De plus j'affirme avec eux la résistance de la membrane hydatique aux germes pathologiques et l'intégrité des vésicules filles nageant dans le pus qui accompagne la suppuration des kystes.

Je serai encore de leur avis au sujet de la voie d'infection pyogénique du kyste, mais il me semble qu'on ne peut affirmer que l'infection hépatique est toujours causée par une angiocholite ascendante de provenance intestinale. Une observation de M. Vaquez, mon interne, m'a permis d'émettre l'hypothèse qu'une suppuration kystique a pu être secondaire à un phlegmon amygdalien, et que l'infection du kyste s'est faite dans ce cas par voie sanguine.

Recherches expérimentales sur l'étiologie des pleurésies séro-fibrineuses.

M. Netter. — Un certain nombre d'auteurs admettent que la pleurésie séro-fibrineuse est presque toujours d'origine tuberculeuse, en s'appuyant sur l'histoire antérieure des malades, leur évolution ultérieure, l'anatomie pathologique, etc.; mais cette thèse rencontre encore beaucoup d'opposition.

Pour en donner la preuve, il faut établir que, au moment même où existe la pleurésie aiguë, celle-ci est de nature tuberculeuse.

La recherche du bacille de Koch par l'examen microscopique ou les cultures peut être féconde dans la pleurésie purulente tuberculeuse où nous avons vu le bacille 7 fois sur 19 cas. Elle a toujours échoué dans les pleurésies séro-fibrineuses, mais on peut s'adresser à l'inoculation dans le péritoine du cobaye. Nous avons eu 15 résultats positifs sur 41 pleurésies séro-fibrineuses. Ce chiffre est sensiblement analogue à celui que nous donnent MM. Chauffard et Gombault : 10 résultats positifs sur 23 animaux inoculés.

Mes 41 cas peuvent être divisés en 3 groupes.

Dans le premier, qui contient 9 cas, l'inoculation du liquide n'a jamais été suivie de tuberculose. Or cliniquement, dans ces cas, la cause de la pleurésie était connue et sans aucun lien avec la tuberculose : pneumonie, kyste du foie, pérityphlite, salpingite, anévrysme de l'aorte.

Le second groupe se compose de 12 malades, tous évidemment tuberculeux. Ces 12 pleurésies n'ont donné lieu que 7 fois à la tuberculose du cobaye. La pleurésie tuberculeuse ne donne donc de résultats positifs à l'inoculation que dans environ 58 cas sur 100.

Le troisième groupe comprend les pleurésies de cause inconnue, pleurésies primitives, essentielles. Sur 20 cas, nous avons 8 résultats positifs, soit 40 pour 100.

Ces résultats nous montrent qu'on a raison de soutenir que le plus grand nombre des pleurésies séro-fibrineuses sont d'origine tuberculeuse.

Bacille d'Eberth dans un épanchement pleural hémorrhagique.

M. Charrin en son nom et au nom de **M. Roger**. — Nous avons observé, dans le service de M. Bouchard, un malade âgé de 37 ans, qui présentait, le 24 novembre 1890, tous les symptômes d'une fièvre typhoïde. Le 4 décembre on reconnaissait à gauche un point de côté et un épanchement qui s'améliora le 10.

Le 19 on avait de nouveaux signes de dyspnée et d'épanchement dans le même point ; enfin le 23 une ponction donna issue à un liquide hémorrhagique qu'on sema sur de l'agar. Une thoracentèse est faite le 9 janvier et le malade meurt le 12.

A l'autopsie, les viscères abdominaux sont intacts ; la plèvre gauche est parsemée de fausses membranes et les poumons présentaient des cavernules au sommet avec des noyaux de broncho-pneumonie. Sur l'agar se développent des colonies d'un même bacille présentant la forme et les réactions du bacille d'Eberth et dont l'aspect des cultures est le même, cultures qui du reste ont été virulentes pour la souris et le cobaye. Nous donnons le fait sans en tirer aucune hypothèse.

ÉTRANGER

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE DE BERLIN

Séance du 13 avril 1891

Traitement de Koch.

M. Schwabach a examiné l'influence des injections de tuberculose sur les affections de l'oreille chez les tuberculeux. Les recherches ont porté sur 11 phthisiques, 1 garçon atteint de tuberculose osseuse multiple, et sur 4 non tuberculeux, 10 malades avaient leur otite avant d'être soumis au traitement de Koch pour la phthisie; chez deux, elle est survenue dans le cours du traitement; 4 malades avaient une otorrhée chronique depuis 1 à 2 ans ; 3, une otite moyenne sub-aiguë ; 1, une otite moyenne suppurée aiguë ; chez 2 il existait une perforation de la membrane du tympan sans suppuration. Dans les deux cas où l'affection auriculaire survint pendant le traitement de Koch, il s'agissait d'une otite moyenne simple et d'une otite moyenne suppurée. Dans 9 cas l'affection était unilatérale.

La réaction générale a manqué chez une malade atteinte de tuberculose du sommet. Chez trois malades la réaction locale du côté de l'oreille ne survint qu'après la troisième ou cinquième injection ; dans les autres cas la réaction locale fut d'intensité moyenne. Les sécrétions de l'oreille, qui chez trois malades renfermaient des bacilles, ont paru en contenir, chez un malade, davantage après les injections.

Comme résultats thérapeutiques, on a noté 3 aggravations manifestes de l'état local ; chez les autres malades les injections n'ont eu aucune influence sur l'affection auriculaire.

Quant aux 4 malades non tuberculeux, 2 ont présenté une réaction générale avec une fièvre de 41°.

M. Klemperer. — Les malades maigrissent au début du traitement, mais leur poids augmente vers la fin. Cette augmentation n'est pas provoquée par le traitement, mais montre en tout cas que la tuberculine ne fait pas maigrir les malades.

Asthme bronchique.

M. Lazarus a fait des recherches pour étudier le spasme des muscles bronchiques chez les animaux. Il n'a pas examiné avec le manomètre la pression intra-bronchique, mais étudié à l'aide d'un appareil spécial la résistance qu'éprouve l'air à son entrée dans les bronches et à sa sortie. Avec cet appareil l'animal était rendu apnéique, car pour étudier l'action des muscles bronchiques il fallait d'abord abolir celle des muscles soumis à la volonté ; l'appareil était destiné en même temps à régulariser la traction expiratrice et la pression inspiratrice, et à enregistrer les phénomènes afin que les résultats pussent être appréciés par le calcul. C'est à ce point de vue que les expériences de M. Lazarus diffèrent de celles faites antérieurement.

L'appareil a été présenté il y a un an à la Société de physiologie de Berlin. Pour éviter toute influence réflexe pouvant survenir à la suite de la sur-distension du poumon et de l'état de collapsus de l'organe, on commençait par exercer avec l'appareil une pression voisine de la normale ; en même temps l'animal était curarisé pour éviter toute action réflexe du côté des muscles soumis à la volonté. Dans ces conditions, tout ce qui modifiait le tracé uniforme pouvait être attribué aux influences agissant à un moment donné sur l'animal.

Si à ce moment on coupait le pneumo-gastrique dont les bouts périphériques étaient excités par un courant induit excessivement faible, on constatait une augmentation de la résistance éprouvée par l'air dans son passage dans les bronches. Comme sous l'influence de l'excitation des bouts périphériques, le pouls, excessivement fréquent après la

section, tombait à 30 ou 40 par minute, l'augmentation de la résistance ne peut donc être attribuée aux troubles circulatoires consécutifs à la section du pneumo-gastrique. Du reste l'injection d'atropine faite pour paralyser les effets de la réaction nerveuse modifiait peu le phénomène de l'augmentation de la résistance après l'électrisation, de sorte que cette augmentation ne pouvait être attribuée qu'à la contraction des muscles bronchiques. Cette augmentation est minime, et les auteurs qui ont étudié la question ont attribué l'asthme à la contraction spasmodique du diaphragme et au volumen pulmonum acutum qu'on pouvait provoquer en provoquant l'excitation réflexe du phrénique par l'excitation du bout supérieur du pneumo-gastrique.

Dans l'asthme, le premier phénomène qu'on perçoit dans les bronches. ce sont les bruits de sténose suivis, sans le concours de troubles vasomoteurs, d'hyperémie de la muqueuse bronchique et de catarrhe qui aboutissent au volumen pulmonum acutum. La contraction des muscles bronchiques qui rétrécit la surface respiratoire constitue par cela même une irritation inspiratrice très active. Ainsi Head a soutenu que le collapsus du poumon agit comme une excitation inspiratrice. L'augmentation de l'énergie inspiratrice réunie aux difficultés d'expiration occasionnées par la sténose bronchique aboutissent rapidement au volumen pulmonum acutum.

Suivant Leyden, on aurait pu accepter la théorie du spasme bronchique, produite s'il s'agissait d'une sténose des muscles bronchiques par le *processus asthmatique* sous lequel il faut comprendre le catarrhe avec la sécrétion des mucosités contenant les cristaux dits asthmatiques. Pour lui, le spasme des muscles bronchiques et le catarrhe asthmatique sont nécessaires pour la production de l'asthme bronchique, mais les deux facteurs ne se trouvent pas en relation directe, de sorte que pour la production d'une attaque il faut encore le concours d'un troisième facteur. Ce dernier existe dans la disposition nerveuse des malades en question.

La diminution de la résistance envers les irritations exercées par les sécrétions spécifiques du processus asthmatique peut dépendre de la neurasthénie, et d'un autre côté le spasme bronchique provoqué par l'irritation du pneumo-gastrique peut être assez violent pour être suivi de catarrhe et de dilatation aiguë du poumon. Les phénomènes cliniques de l'asthme montrent que c'est cette dernière explication qui s'applique à la pathogénie de l'affection.

Dans certains cas, l'irritation de la muqueuse nasale peut provoquer l'asthme. L'expérience suivante le prouve d'une façon très nette. L'animal étant préparé comme dans les expériences précédentes, on exerce, avant de couper les pneumogastriques, une excitation de la muqueuse nasale, et aussitôt il se manifeste une augmentation de la pression intra-bronchique, qui disparait aussitôt qu'on coupe les pneumogastriques; mais si à ce moment on excite les bouts périphériques des pneumo-gastriques sectionnés, l'augmentation de la pression reparait aussitôt. Cette expérience montre que l'excitation de la muqueuse nasale est transmise au poumon par le pneumogastrique.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE LONDRES

Séance du 13 avril 1891.

Hypertrophie prostatique et calculs vésicaux.

M. Buckston-Brown. — La vessie des gens âgés est sujette à des diverticules de trois sortes : 1° par hernie de la muqueuse entre les fibres musculaires ; 2° en arrière de l'embouchure des uretères ; 3° et surtout au niveau du trigone, derrière la prostate. Ce dernier bas-fond est fort important dans la chirurgie des calculs, quelquefois enclavés dans cette poche où, petits, ils sont tombés. Cela peut induire en erreur pour diagnostiquer le calcul, et surtout c'est un obstacle à la lithotritie, soit pour l'évacuation des fragments, soit même pour la prise du calcul. A l'autopsie d'un homme mort quatre mois après une taille hypogastrique, il fut bien constaté que le bas-fond était inaccessible aux instruments introduits par l'urèthre, et cet homme avait été lithotritié sans succès. De même chez un autre malade de 68 ans, la taille mit fin à cinq essais de lithotritie ; chez un de 94 ans, elle vint après deux tentatives : le calcul était enclavé ; le malade mourut. Quatre autres faits semblables concernent des hommes de 70 et 80 ans. Chez deux d'entre eux, le calcul n'avait pu être rencontré par l'explorateur. Au point de vue diagnostique, donc, il faut être averti de ces difficultés et explorer en renversant bien le bec de l'instrument et s'aidant au besoin du ballon rectal. Quand on trouve un calcul de la sorte, il faut le plus souvent recourir à la taille hypogastrique. De même quand, sans qu'on puisse sentir le calcul, on constate des crises douloureuses rebelles.

M. Howard Marsch a vu un malade qui dut être taillé après la lithotritie, les fragments s'étant accumulés dans un diverticule du trigone.

M. R. Harrison a plaidé en faveur de la taille périnéale, mais **MM. Pearce Gould** et **Williams** se sont prononcés contre elle.

SOCIÉTÉ CLINIQUE DE LONDRES

Séance du 10 avril 1891.

Anévrysme poplité chez un garçon de 17 ans.

M. A.-T. Norton a observé un garçon de 17 ans chez lequel se déclara, à la suite de quelques douleurs, une tumeur pulsatile du creux poplité, se prolongeant dans le canal de Hunter, et là la réductibilité était imparfaite, le fémur un peu gros ; en sorte que certains chirurgiens croyaient à un sarcome pulsatile. Mais, croyant à un anévrysme, M. Norton lia la fémorale dans le triangle de Scarpa : la tumeur s'affaissa et on sentit nettement alors une petite exostose, cause probable de la lésion artérielle.

Anurie calculeuse. Néphrolithotomie.

M. G.-R. Turner. — Une femme de 45 ans, assez ivrogne, ayant depuis 5 ans des accidents nets de lithiase rénale, fut prise brusquement, au troisième jour d'une crise néphrétique, d'une anurie à peu près complète. Au bout de 24 heures les reins furent trouvés distendus et, séance tenante, les deux reins furent incisés : tous deux étaient atteints de pyélo-néphrite calculeuse suppurée. La malade, très améliorée d'abord, mourut au onzième jour, après avoir, au huitième, rendu deux autres calculs. Il s'était écoulé de l'urine par les plaies. A l'autopsie les reins furent trouvés profondément désorganisés et contenant des calculs inaccessibles par les incisions lombaires.

M. Bilton Pollard a observé un enfant de 10 ans sujet depuis trois ans à des crises de douleurs abdominales avec hématurie. L'urine n'était pas purulente et on ne sentait pas de tumeur rénale. Le rein droit fut néanmoins incisé par la voie lombaire et un calcul en fut extrait. L'urine ne reprit son cours dans l'uretère qu'après un lavage de ce canal à l'eau bouillie, après quoi la guérison fut très rapide.

M. Jacobson relate 8 cas de néphrolithotomie lombaire qui sont les suivants :

1° Pendant 5 ans, symptômes de calculs rénaux chez un homme de 53 ans ; néphrolithotomie lombaire ; ablation d'un calcul de la partie supérieure de l'uretère. Guérison. Cet homme avait, pendant 5 ans, eu des douleurs, des hématuries et des envies fréquentes d'uriner. L'urine contient beaucoup de cristaux d'oxalate de chaux, un peu d'albumine.

2° Lithiase rénale datant de 18 ans chez un homme de 30 ans ; on trouve une tumeur rénale du côté gauche. Néphrolithotomie, qui permet d'enlever 9 calculs (urates, oxalates, phosphates). Urine alcaline et purulente. Guérison.

3° Pyélite calculeuse simulant une pyélite tuberculeuse, chez une femme de 29 ans ; tumeur rénale du côté droit ; beaucoup de pus dans l'urine ; hématuries. Néphrolithotomie ; ablation de 8 calculs et de beaucoup de pus. Guérison.

4° E. S., 18 ans, a eu de fréquentes hématuries et des douleurs dans la région lombaire et le testicule pendant un an. On fait la néphrolithotomie ; on ne découvre qu'avec peine un petit calcul d'oxalate de chaux qu'on enlève difficilement. Guérison.

5° M. C. a eu, pendant 5 ans, des douleurs lombaires et des hématuries. En 1885, il a rendu un calcul. Peu de temps

après un calcul fut enclavé dans l'urèthre et enlevé avec des pinces. Plus tard, un calcul descendit encore et fut traité par la lithotritie.

6° A. C., 33 ans, a eu 3 attaques de colique néphrétique au côté gauche. Il y a 9 mois on fit une taille supra-pubienne, mais on ne trouva point de calcul dans la vessie. En octobre on fit la néphrolithotomie ; on sentit un calcul dans le bassinet et on l'enleva. Guérison.

7° Troubles rénaux depuis 10 ans; douleurs du côté gauche, hématuries. Néphrolithotomie le 17 octobre ; on ouvre accidentellement le péritoine; on enlève un calcul d'oxalate de chaux. Suture de la plaie rénale. Guérison.

8° Mlle B., 40 ans, souffre depuis 15 ans de douleurs lombaires du côté droit; de temps en temps elle a des hématuries. Néphrolithotomie qui permet d'enlever les calculs du bassinet. La malade éprouve un schock opératoire considérable; cependant la guérison survient.

M. Jacobson termine par les remarques suivantes : 1° Quand il y a doute, au point de vue du diagnostic, entre une affection tuberculeuse et une lithiase rénale, on doit avoir recours à la bactériologie. On inocule le liquide suspect dans la chambre antérieure de l'œil ou sous la peau d'un animal. 2° Il faut explorer avec grande attention, car il est quelquefois très difficile de découvrir de petits calculs enclavés à une certaine hauteur dans le rein lui-même. 3° L'auteur se demande si les calculs de l'observation VIII ne récidiveront pas.

M. Parker. — Assez souvent existent chez des enfants des calculs qu'on trouve à l'autopsie et dont on n'avait pas soupçonné l'existence pendant la vie.

M. Norton. — Il peut arriver qu'un calcul reste enclavé dans l'uretère à 3 ou 4 cent. seulement au-dessus de la vessie. Dans ce cas il vaut mieux avoir recours à une laparotomie.

SOCIÉTÉ MÉDICALE ET CHIRURGICALE DE LONDRES

Séance du 14 avril 1891.

Endocardite dans la rougeole.

M. John Hutchinson. — J'ai observé dans le cours d'une épidémie 4 cas de cette complication rare de la rougeole. Une fois, chez un enfant de 10 ans, dont les parents étaient rhumatisants et qui avait été atteint de chorée, un souffle mitral est apparu le deuxième jour de la période prodromique. Chez un enfant de 9 ans, atteint de rougeole avec laryngite et broncho-pneumonie légère, un souffle systolique s'est produit le 15e jour. Chez un enfant de 9 ans dans la famille duquel il y a plusieurs personnes atteintes d'affections cardiaques probablement d'origine rhumatismale, il survint une broncho-pneumonie et une pleurésie le deuxième jour de l'éruption et une endocardite le quatrième. Chez un enfant de 11 ans qui avait eu plusieurs attaques d'amygdalite folliculaire, mais n'avait jamais eu de rhumatisme articulaire, j'ai entendu au quatorzième jour d'une rougeole grave un souffle systolique mitral. Dans ces divers cas, je crois que le rhumatisme a agi comme cause prédisposante au développement de l'endocardite.

M. Cheadle. — Il n'y a rien d'improbable à ce que l'endocarde puisse être, comme les méninges, les diverses muqueuses, la moelle et les reins, atteint par le poison de la rougeole. Celle-ci est peut-être la cause d'un certain nombre de prétendues affections cardiaques spontanées. Je n'ai pas eu l'occasion d'observer sur le vivant d'endocardite reconnaissant cette origine; j'ai vu, à l'autopsie d'un enfant mort des suites d'une rougeole, une péricardite et une pleurésie. Dans le premier des cas de M. Hutchinson il est peu probable que l'affection cardiaque soit la conséquence de la rougeole, mais on ne peut émettre de doute au sujet des trois autres cas. Il faut noter que dans aucun de ces cas il n'y avait de lésions articulaires concomitantes.

M. Sturges. — Les observations de M. Hutchinson ne m'ont pas convaincu : il est souvent très difficile de dire, d'après les signes stéthoscopiques, si une endocardite est ancienne ou récente.

M. R. Lee. — La rougeole est certainement la maladie épidémique qui s'accompagne le plus rarement d'endocardite. Il est probable que, dans les cas rapportés par M. Hutchinson, la rougeole n'a fait que mettre en action quelque prédisposition constitutionnelle latente.

Arthrite traumatique chronique.

M. Arbuthnot Lane. — Il convient de distinguer, parmi les arthrites chroniques, une forme nettement délimitée qui mérite le nom d'arthrite traumatique chronique, distincte de l'arthrite rhumatoïde et du rhumatisme goutteux. Cette arthrite a une marche lente et constamment progressive; elle est purement et uniquement d'origine mécanique et due à des traumatismes répétés des articulations.

M. Howard Marsh. — Sir James Paget insiste depuis longtemps sur ces faits. Il y a au musée de l'hôpital Saint-Barthélemy des pièces présentant les caractères généraux de l'ostéo-arthrite dont les altérations s'étaient développées à la suite d'un traumatisme.

M. Warrington Haward. — Il faut bien admettre que le traumatisme ne fait que mettre en œuvre une disposition antérieure, car un grand nombre de sujets subissent des traumatismes articulaires sans présenter plus tard les lésions de ce genre.

M. Archibald Garrod. — Le traumatisme est l'occasion de la lésion, et non pas sa cause. L'arthrite chronique d'origine traumatique ne présente pas chez les jeunes sujets le caractère rhumatoïde ; elle ne le revêt pas tant que la nutrition des articulations est parfaite. L'arthrite rhumatoïde est quelquefois due à une cause locale, d'autres fois elle est de cause générale et consécutive à quelque trouble de la santé générale.

M. Parkin. — Il faut distinguer trois groupes d'arthrites d'origine traumatique. Dans le premier, que l'on observe principalement chez les hommes, les grandes articulations sont atteintes, il y a des frottements, mais pas de symptômes nerveux. Dans le deuxième groupe, survenant principalement chez les sujets jeunes, il y a des symptômes nerveux, les ligaments sont atteints, il y a quelquefois un épanchement articulaire et ce sont ordinairement les petites jointures qui sont atteintes. Dans le troisième groupe, une attaque de rhumatisme aigu succède au traumatisme.

RUSSIE

SOCIÉTÉ DES MÉDECINS RUSSES

Courants continus dans les fibromes de l'utérus.

M. Massen a essayé la méthode d'Apostoli dans 60 cas de fibrome de l'utérus. La tumeur diminue notablement sous l'influence du traitement ou du moins reste stationnaire. Seules les tumeurs pédiculées sont passibles de l'intervention chirurgicale. Dans les tumeurs interstitielles l'électricité donne des résultats excellents.

M. Mouratoff rapporte le cas suivant. Femme de 43 ans est prise après son 11e accouchement d'hémorrhagies, de douleurs, etc. On diagnostique un fibrome interstitiel, contre lequel échouent tous les traitements usuels. On commence l'électrisation ; après la 10e séance, les hémorrhagies s'arrêtent ; après la 15e apparaissent des douleurs d'expulsion, et au bout de quelque temps on constate l'apparition, à travers le col, d'une tumeur pédiculée. On fit l'ablation de la tumeur, et la malade a guéri.

M. Alabine emploie l'électricité depuis quelques années. Il n'a jamais obtenu de guérison complète, mais a toujours constaté la diminution notable de la tumeur.

Mme Mikhaïloff a essayé la méthode d'Apostoli dans 6 cas de fibrome de l'utérus. La tumeur ne diminue pas, mais les hémorrhagies s'arrêtent rapidement et l'état général s'améliore.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Imp. des Arts et Manufactures, 12 rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud.

N° 17. — 29 AVRIL 1891 LE NUMERO QUINZE CENTIMES

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

PUBLIÉ PAR

LA GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MEDECINE ET DE CHIRURGIE

Et servi gratuitement à tous les abonnés de ce journal

ABONNEMENTS SPÉCIAUX POUR MM. LES ÉTUDIANTS. — UN AN : 6 FRANCS

L. LEREBOULLET, Rédacteur en chef. — A. BROCA, Secrétaire de la Rédaction

Librairie de G. MASSON, 120, boulevard Saint-Germain.

SOMMAIRE

ACTES OFFICIELS

Corps de santé militaire. — Les concours pour l'agrégation en médecine et en chirurgie, au Val-de-Grâce, comprendront dorénavant une sixième épreuve ainsi déterminée :

Composition écrite sur une question de législation, d'administration et de service de santé militaire. Deux heures sont accordées pour cette épreuve, qui n'est pas éliminatoire, à laquelle ne prendront part que les candidats déclarés admissibles.

Corps de santé de la marine. — Ont été nommés :

Au grade de médecin de deuxième classe. — MM. Le Bot, Onimus et Debergue.

Corps de santé des colonies. — Ont été nommés dans le corps de santé des colonies :

Au grade de médecin de première classe. — MM. Canolle, Drevon, Roques, Descous et Porée.

Au grade de médecin de deuxième classe. — MM. Cardeillac et Mirande.

ACTES DES FACULTÉS DE MÉDECINE

Thèses du 4 au 9 mai 1891.

Mardi 5. — M. Letanneur. Contribution à l'étude du traitement de quelques affections du larynx. — M. Cordonnier. Des couleurs d'aniline en thérapeutique oculaire. — M. Rivière. Contribution à l'étude clinique des aboulies et principalement de l'aboulie neurasthénique. — M. Szysgal. Etude sur la loi de régression dans la démence. — M. Hautecœur. Etudes sur les troubles et les lésions de l'estomac chez les cardiaques. — M. Mallet. Contribution à l'étude de l'épilepsie syphilitique.

Mercredi 6. — M. Dimey. Etude sur le chancre syphilitique du sein. — M. Letort. Les troubles de la marche chez l'enfant. — M. Galligari. Des indications de la suture osseuse dans les fractures de laclavicule. — M. Libert. De la réduction de la luxation de la hanche en avant par la méthode de douceur.

MONTPELLIER.

La chaire de médecine opératoire est déclarée vacante.

VARIÉTÉS

Exercice illégal de la pharmacie. — *Sœur de Charité vendant un remède secret; condamnation.* — Mme Courjon, en religion sœur Marie, poursuivie par le syndicat des pharmaciens de Lyon et du Rhône, comme exerçant illégalement la pharmacie, en vendant un remède d'une sœur de Gannat contre l'anémie, avait été acquittée en première instance par le Tribunal correctionnel de Lyon, mais la Cour d'appel de cette ville, sur appel interjeté par le syndicat, a infirmé la sentence des premiers juges et condamné à l'amende Mme Courjon. (*Lyon méd.*)

Condamnation d'un commissionnaire non pharmacien vendant des spécialités. — Le syndicat des pharmaciens de Lyon et du Rhône vient d'obtenir du tribunal correctionnel de Lyon la condamnation du sieur Fenoglio, commissionnaire en spécialités à Lyon, qui vendait en gros diverses préparations spécialisées (poudre de Fellow, solution Trousseau, vin de Baumé au xérès phosphaté, vin de Port-Roy iodure, aseptol Doré Paris); quelques-uns de ces produits étant affublés du nom du pharmacien, pavillon destiné à couvrir la fraude. (*Répertoire de pharmacie.*)

Un médecin condamné. — *Empoisonnement par imprudence.* — M. le Dr X... a été condamné à cent francs d'amende pour avoir, par imprudence, causé la mort de Mlle Z..., en lui faisant prendre un cachet d'aconitine destiné à soulager un violent mal de dents. — Telle est la note que l'on trouve dans certains journaux ; mais il faut rectifier les faits. M. X.., ordonna contre des névralgies dentaires : aconitine, 1 milligr., antipyrine, 0,50 centigr. pour deux paquets, sans spécifier s'il s'agissait d'aconitine cristallisée ou non. Le pharmacien pesa 1 centigr. d'aconitine cristallisée, qu'il divisa en 10 paquets. La malade mourut. M. X..., a été condamné, *malgré l'avis de M. Brouardel.*

Il vient de se fonder à Paris une société intitulée : *Association amicale des anciens internes en médecine de Saint-Lazare et des Prisons de la Seine.* Elle a constitué ainsi son bureau : Président : M. de Beauvais, médecin en chef de Mazas; vice-président : M. Passant, médecin en chef du Dispensaire de Salubrité; secrétaire-général-trésorier : M. Rouillard, chef de clinique de la Faculté; secrétaire : M. Bories, médecin-adjoint de la Prison de Nanterre. — Son siège est rue Bonaparte, 30.

Voies urinaires. — M. le Dr Desnos, ancien interne des hôpitaux, fera, sur les maladies des voies urinaires, un cours qui sera complet en 15 leçons. Il le commencera, à sa Clinique, 15, rue Malebranche, le lundi 4 mai, à 4 h. 1/2 et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants à la même heure. Pour les renseignements, s'adresser, 15, rue Malebranche.

Laryngologie. — Les Drs Alfred Martin et Lubet Barbou commenceront un cours particulier pour les maladies du larynx, des oreilles et du nez, le mardi 5 mai à une heure et demie, et le continueront, les mardis, jeudis et samedis suivants à la même heure.

Pour les renseignements, s'adresser à la Clinique, 19, rue des Grands-Augustins, les mardis, jeudis et samedis, de 2 à 4 h.

CLINIQUE MÉDICALE

La rage confirmée peut-elle s'atténuer Peut-elle guérir ?

Communication à la *Société médicale des hôpitaux*, par A. Chantemesse, agrégé de la Faculté, médecin des hôpitaux.

Un homme mordu par un animal enragé peut conserver longtemps dans ses nerfs du virus rabique qui finira par disparaître, ou, au contraire, se développera et envahira totalement le système nerveux. On a cité des observations où l'incubation rabique a duré plusieurs mois. Lorsque la résistance naturelle de l'organisme humain a été accrue par la vaccination antirabique, un état réfractaire en résulte qui est plus ou moins complet.

Avant que M. Pasteur eût institué le traitement intensif, la statistique donnait des résultats moins favorables qu'aujourd'hui. On a pu observer alors un ou deux cas de rage très retardée. Sans produire l'état réfractaire absolu, le traitement avait provoqué un état d'immunité relative. La période d'incubation prolongée outre mesure aurait sans doute amené la guérison définitive sans un de ces accidents, traumatisme ou coup de froid, qui jouent un si grand rôle dans le développement des maladies infectieuses.

Un homme gravement mordu par un chien enragé avait été vacciné par la méthode ordinaire, au commencement de l'année 1886, et n'avait pas même terminé son traitement ; il continua à jouir d'une bonne santé jusqu'en juillet 1888, sauf qu'il ressentait de temps en temps des douleurs dans la région de la morsure. En juillet 1888, vingt-sept mois plus tard, il fit une chute et il continua à travailler malgré une pluie battante. Le lendemain les douleurs revinrent dans le bras mordu, et quatre jours après il succomba à la rage convulsive. Son bulbe renfermait la rage des rues. Ainsi le virus avait sommeillé pendant de longs mois, non seulement dans les nerfs, mais aussi dans les centres nerveux ; la rapidité de la mort survenue après le traumatisme et le refroidissement ne laisse aucun doute sur ce dernier point.

Lorsqu'on étudie les observations des mordus qui ont succombé à la rage malgré le traitement, on voit presque toujours que les symptômes de rage confirmée ne se sont montrés qu'après l'apparition de douleurs plus ou moins vives dans les nerfs de la région mordue. Parfois ces douleurs précèdent la mort de dix à quinze jours. Nous avons été témoin à l'Institut Pasteur d'un grand nombre de faits de ce genre : quand les malades étaient sur le point de finir leur traitement ou que la vaccination était terminée, on voyait survenir des douleurs, picotements, élancements, sensations d'engourdissement accompagnées d'anesthésie au niveau de la cicatrice. En pareil cas, M. Pasteur fait recommencer une seconde vaccination par la méthode intensive, et nous voyons très souvent tous les symptômes disparaître après une période de lutte très inquiétante, où l'on se demande chaque jour si le malade ne va pas être envahi par la rage.

Quand les symptômes dont je parle se déroulent avec une grande rapidité, les malades succombent malgré tous les efforts ; mais qu'il y ait mort ou guérison, ce sont les mêmes phénomènes du début dans la cicatrice et dans les nerfs de la région mordue ; dans l'un et dans l'autre cas, ce sont des phénomènes rabiques ; on ne peut refuser cette dénomination aux accidents qui guérissent.

Une femme qui a été vaccinée à l'Institut Pasteur il y a quinze mois, a présenté dans sa paupière mordue, dans la région voisine et dans sa santé tout entière, des désordres qui ne prennent toute leur valeur que lorsqu'on les compare à ceux dont je viens de parler, à l'observation de M. Laveran et aux faits qui vont suivre. Mordue à la paupière inférieure droite par un chien enragé, elle est venue à l'Institut Pasteur cinq jours après. Dix-huit jours plus tard, elle ressent de légers picotements dans la cicatrice de la face. Peu à peu, les picotements deviennent plus vifs et, le vingt-septième jour, elle souffre beaucoup. Nous constatons une sensibilité extrême au niveau de la cicatrice qui a pris une teinte un peu violacée, une douleur diffuse que la pression réveille dans toute la moitié interne de l'œil qui correspond au trajet de la cicatrice ; une douleur à la pression sur les branches frontales du trijumeau ; de l'anesthésie de la moitié interne de la paupière en dehors de la cicatrice, la sensibilité s'étend à la moitié droite du nez ; de ce côté on constate aussi la diminution de l'odorat. En même temps surviennent une céphalalgie vive, un peu de raideur de la nuque et des vomissements. La malade devient très irritable ; elle a un peu de fièvre et parfois des sensations brusques d'étouffements qui ressemblent au spasme pharyngé.

Ces symptômes survenus un mois après la morsure font redouter le développement de la rage et la malade est soumise à une seconde vaccination. Après quelques jours d'amendement, les phénomènes douloureux reparaissent encore ; le moindre courant d'air, le souffle projeté sur le côté droit de la face et même sur le côté gauche, amène un arrêt subit de la respiration avec inspiration brusque. La malade peut boire, mais il lui est impossible d'introduire les mains dans l'eau froide sans ressentir un spasme subit avec arrêt de la respiration.

Peu à peu les symptômes se calment, puis disparaissent. Il reste encore aujourd'hui un peu de sensibilité à la pression de la cicatrice et parfois des élancements si la malade reçoit un coup d'air sur la face.

J'ajoute que la malade est nettement hystérique et un peu alcoolique. On pourrait peut-être attribuer les accidents à l'hystérie, d'autant mieux que j'ai inoculé sans succès à des cobayes la salive de cette femme au moment des crises, mais l'évolution des symptômes, les troubles du pouls, de la respiration, la fièvre, les douleurs locales qui ont bien le caractère des douleurs rabiques permettent aussi de penser à une rage avortée. Le premier vacciné, le petit Joseph Meister, qui est maintenant employé à l'Institut Pasteur, a conservé dans la jambe mordue, pendant deux ou trois ans après la vaccination, quelques douleurs qui revenaient pendant les temps froids sous forme d'élancements. Peu à peu ces douleurs ont disparu.

Nous avons observé, M. Roux et moi, une femme de Vincennes, mordue à l'aile du nez et dans la cloison. Deux mois après la vaccination elle revint à l'Institut Pasteur. Les cicatrices rabiques étaient devenues douloureuses et autour d'elles la sensibilité avait disparu. Cette femme présentait en outre un changement de caractère avec insomnie et amaigrissement. Nous l'avons soumise à une nouvelle vaccination et les symptômes ont rétrocédé.

Récemment un homme avait eu à l'avant-bras gauche trois morsures, deux légères et une profonde. Il venait d'Algérie et ne s'était soumis que tardivement à la vaccination. Il ne présentait aucun stigmate hystérique et n'éprouvait pas la moindre inquiétude sur son état. Le jour même où il finissait le traitement, il appela notre attention sur des phénomènes nouveaux qu'il ressentait dans son bras mordu. Il éprouvait du malaise dans tout ce membre, de la faiblesse et des élancements douloureux. Les élancements, d'abord localisés aux morsures, irradiaient maintenant jusqu'au deltoïde. Des trois morsures,

les deux superficielles ne présentaient pas de modifications de la sensibilité ; la principale était complètement insensible, violacée et douloureuse spontanément. Le membre fut entouré de ouate et le malade soumis à une nouvelle vaccination. Peu à peu tous les accidents ont disparu. Après une dizaine de jours, l'homme est parti ; la sensibilité était revenue au niveau de la cicatrice.

Ces faits, auxquels je pourrais en ajouter deux autres, et l'observation de M. Laveran, permettent, je crois, de conclure que la culture du virus rabique peut commencer chez l'homme et persister pendant longtemps sans aboutir à la mort. Il y a donc des rages frustes qui guérissent, ce que l'on ne pouvait pas soupçonner avant la découverte de M. Pasteur.

Les observations faites sur l'homme s'appuient sur des faits expérimentaux. Dans les cas de vaccination tentée sur des chiens avec des virus très virulents, répétés coup sur coup, on assiste parfois à une modification telle de l'état de l'animal, qu'il semble que la rage va éclater, et puis tous les accidents disparaissent pour laisser la place à une immunité solide.

Un expérimentateur de Bucarest, M. Hogyes, a publié dans les *Annales de l'Institut Pasteur* plusieurs cas de rage fruste observés chez le chien et suivi de guérison. Les animaux ont présenté, tantôt des accès de rage furieuse, et tantôt des phénomènes de rage paralytique qui ont duré un ou plusieurs jours. Sur 159 animaux inoculés de diverses façons, il a vu survenir 13 guérisons, malgré l'apparition de phénomènes qui appartiennent à la rage d'une manière absolue.

REVUE DES CONGRÈS

CONGRÈS ALLEMAND DE MÉDECINE INTERNE

Méthode de Koch.

La discussion sur la méthode de Koch a été mise à l'ordre du jour sur l'invitation de **M. Curschmann** (de Leipzig), qui attire l'attention de ses collègues sur l'importance de la question et la nécessité d'apporter des résultats impartiaux. Quoi qu'il advienne de cette discussion, il n'en restera pas moins vrai que la méthode de Koch, par l'originalité de son principe, ouvre à la thérapeutique une voie toute nouvelle et légitime les plus grandes espérances.

M. von Jaksch (de Prague), rapporteur, a expérimenté dans son service la lymphe de Koch au point de vue du diagnostic et comme procédé de thérapeutique. Des malades nettement atteints de lésions tuberculeuses n'ont pas réagi après les injections ; d'autres sujets, par contre, chez lesquels la tuberculose ne pouvait pas être soupçonnée, ont présenté les caractères habituels de la réaction. Ce n'est pas à dire que la lymphe de Koch ne puisse fournir pour l'établissement du diagnostic des renseignements importants, mais il ne faut pas la considérer comme un procédé d'une infaillibilité constante.

Chez huit malades atteints d'une tuberculose légère, la guérison ne s'est produite qu'une seule fois. Encore ne peut-on pas affirmer qu'elle est définitive. Dans tous les autres cas où la tuberculose était plus avancée, le résultat a été nul. L'expectoration et la richesse des crachats en bacilles ont bien parfois diminué ainsi que certains autres symptômes, mais les signes d'infiltration, caractérisés par l'étendue de la matité, ne se sont jamais modifiés. La tuberculose cutanée a seule paru très avantageusement influencée par les injections.

Les accidents ont semblé exceptionnels; la peptonurie existe, mais elle est rare; parfois l'auteur a constaté des hémoptysies et dans quelques cas, peut-être de la généralisation miliaire.

Le perfectionnement de la méthode donnera probablement à la longue des résultats plus favorables; mais aujourd'hui la lymphe de Koch n'a pas tenu ce qu'elle promettait.

M. Ziegler (de Fribourg), co-rapporteur, ne s'est occupé que des modifications anatomiques que la tuberculine peut déterminer.

Un premier point, très important, est de savoir si la lymphe de Koch possède une action directe, efficace, sur le tubercule lui-même. Or l'auteur croit qu'un processus nécrosique, tel que l'a fait espérer Koch, est complètement inadmissible. La tuberculine, dans sa diffusion, suit la voie sanguine et nous savons que le tubercule adulte est privé de toute connexion avec le système circulatoire. Peut-être l'action se produirait-elle par la congestion déterminée à la périphérie du tubercule et la diapédèse qui l'accompagne, c'est ce qu'il reste à examiner. Mais on peut encore simplifier le problème. Le tubercule ne peut se guérir que: 1° par transformation fibreuse directe; 2° par enkystement; 3° par cicatrisation du tissu périphérique après expulsion du tubercule ou 4° par liquéfaction et résorption de celui-ci. Il ne peut être question de transformation fibreuse ordinaire, puisqu'il est admis par tous que les bacilles persistent au centre des tubercules traités par la méthode de Koch. Pour la même raison, si l'enkystement se produit, le tubercule qu'il circonscrit n'en reste pas moins virulent. Dans l'un et l'autre cas, il n'y aurait donc au mieux qu'une guérison apparente.

L'expulsion du tubercule suivie de la cicatrisation du foyer est possible pour les tuberculoses superficielles, impossible pour les tuberculoses profondément situées.

Il ne nous reste donc plus à examiner que l'hypothèse de la liquéfaction et de la résorption du tubercule. Or un pareil processus fait à coup sûr courir à l'organisme le danger toujours menaçant de la repullulation du tubercule par diffusion des bacilles.

Les constatations nécroscopiques viennent souvent à l'appui de cette proposition, car il y a de tels cas où les lésions trouvées à l'autopsie ne peuvent s'expliquer que par résorption bacillaire au niveau du foyer tuberculeux ramolli par les injections. Enfin il faut bien dire que la tuberculine ne semble déterminer le processus de guérison qu'en des régions bien circonscrites où la guérison spontanée elle-même n'est pas exceptionnelle. Sur les autres régions, elle reste habituellement sans effet.

A la suite de la lecture de ces deux rapports a commencé le débat contradictoire entre différents membres du congrès.

M. Dettweiler (Falkenstein). — L'auteur a comparé les résultats de la méthode de Koch avec ceux fournis par le traitement à l'air libre. La disparition des bacilles dans les crachats et l'augmentation de poids du corps, qui sont, à proprement parler, le vrai critérium de la guérison de la tuberculose ou tout au moins de sa tendance à la guérison, ont été constatées dans un certain nombre de cas. Mais ces cas sont loin d'être la règle et parfois les signes contraires ont été observés. Les statistiques faites à ce sujet ne sont rien moins que favorables. Certains médecins ont paru étonnés, sinon de la fréquence, du moins de la possibilité de la guérison. C'est que la méthode de Koch a ramené l'attention de ce côté et que les soins donnés aux tuberculeux en traitement ont contribué pour une grande part à produire l'amélioration constatée.

La lymphe de Koch ne possède pas une valeur diagnostique infaillible, elle n'a pas non plus d'action spécifique certaine contre la tuberculose. Peut-être, après toute une série de perfectionnements, pourra-t-elle rendre de réels services dans les cas de phthisie au début. Dans les cas graves les dangers resteront grands, dans l'avenir comme aujourd'hui.

M. Heubner (Leipzig) pense que l'emploi de la tuberculine chez les enfants doit être recommandé surtout dans le cas de lésions anciennement dites scrofuleuses, scrofulo-tuberculeuses d'après les données actuelles, qui sont souvent négligées et n'en sont pas moins une menace pour l'organisme. Si la tuberculose est étendue aux ganglions, notamment aux ganglions trachéo-bronchiques, il faut être très réservé dans la pratique des injections. Enfin, on doit toujours avoir devant les yeux la généralisation de la maladie sous forme de tuberculose miliaire, ainsi que l'éclosion possible de la méningite. L'emploi de la médication doit donc être surveillé de très près.

M. Sonnenburg (Berlin) rapporte des cas de tuberculose pulmonaire traités par la méthode de Koch avec ouver-

ture des cavernes. Un de ses opérés paraît aujourd'hui tout à fait guéri. Les indications de la méthode restent en tout cas toujours limitées et ne concernent que les tuberculoses pulmonaires à localisation exacte et à foyers non disséminés.

M. Schmidt (Francfort) a obtenu de bons effets de la tuberculine dans le traitement de la tuberculose laryngée. Mais il faut avoir soin d'user de doses minimes, toujours inoffensives.

M. Ziemssen (Münich). — Les résultats de la méthode de Koch sont bons lorsqu'on veut bien ne traiter que des tuberculoses au début. L'auteur a constaté dans ces conditions des améliorations qui se sont maintenues encore jusqu'à aujourd'hui.

M. Fürbringer (Berlin) est resté un des partisans de la méthode de Koch. Les statistiques de l'auteur lui ont cependant montré que la généralisation aiguë de la tuberculose et la pneumonie caséeuse étaient plus fréquentes après l'emploi de la lymphe que dans tout autre traitement. Il y a là un danger à signaler.

M. Naunyn approuve la restriction de M. Fürbringer et déclare qu'il ne se servira plus de la tuberculine tant que l'on n'aura pas démontré sa parfaite innocuité.

M. Cornet (Berlin) pense également que si l'on ne peut encore à l'heure actuelle parler de guérison définitive par la méthode de Koch, il n'en est pas moins vrai que les améliorations sont nombreuses. L'emploi de fortes doses est indiqué, car les expériences faites sur le cobaye montrent que des doses minimes restent sans effet. Parfois on sera obligé d'interrompre le traitement si l'état général du malade l'exige.

A la suite de ces différentes communications, d'autres auteurs, MM. Kart, Peiper, Turban, etc., ont apporté devant le congrès le résultat de leur pratique. Les conclusions sont contradictoires, aussi **M. Naunyn** en prononçant la clôture de la discussion, n'a-t-il pas manqué de faire ressortir l'incertitude qui plane encore sur le débat. Les salles de malades ont changé d'aspect, disent certains auteurs, MM. Ziemssen, Fürbringer et Cornet notamment; ce résultat est-il bien dû à la tuberculine? Enfin on n'a pas nettement établi l'innocuité de la lymphe de Koch. Le mieux est peut-être encore, comme le demandent **MM. Verriest** et **Lenhartz**, de procéder à de nouvelles recherches sur les animaux. Et si nous voulons donner la note générale du débat, nous constaterons que les partisans déclarés sont de plus en plus rares; que les expectants sont nombreux et, même en Allemagne, que les hostiles sont peut-être plus nombreux encore.

Angine de poitrine.

M. Frænkel (Berlin). — L'angine de poitrine est d'aspect très différent dans ses conditions étiologiques et ses manifestations cliniques. Depuis le temps où Heberden l'a signalée, on a toujours remarqué ses rapports avec l'asthme cardiaque : le fait est qu'elle est très difficile à séparer de ce dernier ou du moins elle n'apparaît qu'exceptionnellement en dehors de tout autre symptôme.

Elle se manifeste d'une façon essentielle surtout chez les hommes et consécutivement à des affections des coronaires, plus rarement à la suite de lésions valvulaires. On l'a signalée cependant comme apparaissant sous l'influence de la goutte, du diabète, de la syphilis, etc. Fræntzel l'a vue survenir à la suite de maladies aiguës infectieuses. Ce qui caractérise l'angine de poitrine, c'est le siège rétro-sternal de la douleur, avec le caractère angoissant de cette douleur. Les irradiations se font le plus souvent dans le bras gauche, parfois cependant dans toute autre région, la nuque, le ventre par exemple. Ordinairement, pendant les accès, le pouls est irrégulier, déprimé, mais il peut conserver ses caractères normaux. S'il prend le type fœtal (embryocardie de Huchard), cela comporte un mauvais pronostic. Enfin il peut arriver que tous les symptômes de l'angine se retrouvent, excepté les symptômes douloureux de la région rétro-sternale; c'est ce que les Français nomment « l'angine de poitrine sans angine ». Quant à la durée des accès, elle peut varier de quelques secondes à quelques minutes et même à quelques heures. On sait de même que le premier accès peut être suivi de mort, que les accès peuvent se répéter jusqu'à vingt fois dans la même journée, etc.

Les lésions anatomiques signalées ont consisté le plus souvent dans de l'atrésie des coronaires. Cette atrésie peut être produite par de la sclérose, de la thrombose, amenant en même temps de la dégénérescence du myocarde.

Dans d'autres cas, l'angine de poitrine a paru simplement en rapport avec des altérations d'ordre nerveux et, si l'on considère les modes de production de l'accès, il faut bien admettre que l'influence nerveuse a un rôle important. Le rétrécissement des coronaires est, d'après Potain, Charcot, le fait primordial et ces auteurs ont comparé l'angine de poitrine à la claudication intermittente des chevaux; mais l'influence du système nerveux n'est pas douteuse; on voit en effet l'angor pectoris survenir à la suite d'intoxication par le tabac, le thé, ou bien consécutivement à des affections de l'estomac, du foie, enfin, comme symptôme du tabès et d'autres affections nerveuses.

M. Vierordt (Heidelberg). — Le diagnostic de l'angine de poitrine est chose extrêmement délicate.

Si l'on s'en tient aux symptômes cardinaux, douleur rétrosternale avec irradiations et sensation d'angoisse, on s'aperçoit que de tels symptômes peuvent exister dans les fausses angines. Il faut donc s'adresser à d'autres caractères. Le pouls lui-même ne peut pas donner de renseignements bien précieux, car il peut être régulier dans la vraie angine, et irrégulier dans les faux accès. Il faudra donc établir son diagnostic sur les conditions étiologiques et les circonstances concomitantes.

Il faut dès lors prendre en grande considération l'âge, les habitudes du sujet. Un homme qui n'a pas atteint 35 ans n'a pour ainsi dire jamais d'accès de vraie angine. Celle-ci survient au contraire assez fréquemment chez les individus plus âgés et surtout à la suite d'un effort. Et même alors il arrive que les accès soient avortés.

Si, au contraire, les accès surviennent sans cause appréciable, fréquents dès le début et avec tendance syncopale, il faudra admettre l'influence nerveuse pure.

La question du pronostic dépendra, dans les cas de sclérose coronarienne, tout d'abord du pur hasard, car l'accès peut subitement se terminer par la mort, puis aussi de la dégénérescence cardiaque, des troubles gastriques et de l'influence nerveuse.

Le traitement sera différent suivant que l'on aura affaire à une angine de cause organique ou à une angine nerveuse. Dans le premier cas il faudra s'adresser aux excitants de la circulation, aux nitrites par exemple, qui ont donné en France de si bons résultats ; dans le second cas, c'est surtout à l'opium ou à ses succédanés qu'il faudra avoir recours. Peut-être alors aussi l'emploi des nitrites doit-il être plus préconisé qu'il ne l'est actuellement en Allemagne. Quant aux révulsifs ils trouveront dans tous les cas leurs indications.

Quant au traitement de l'angine elle-même, il consistera dans l'emploi de l'iodure de sodium à petites doses; si on suppose l'existence de la syphilis, il faudra modifier les doses et agir suivant cette indication.

De la pathogénie nous ne voulons retenir qu'une chose, c'est que, dans l'angine de poitrine, les douleurs sont surtout vives si le muscle cardiaque est sain et vigoureux et que, si celui-ci est dégénéré, les douleurs s'atténuent pour faire place aux accès d'asthme cardiaque.

M. Curschmann (Leipzig). — J'ai souvent constaté le rapport qu'il y a entre l'angine de poitrine et les lésions des coronaires. J'ai vu que le rétrécissement de l'orifice de ces vaisseaux pouvait, en dehors de toute autre altération du myocarde ou des coronaires dans le reste de leur trajet, déterminer les symptômes de l'angine.

C'est dans ces conditions surtout qu'il est bon de s'adresser de suite aux excitants de la circulation et aux médicaments vaso-dilatateurs. Les calmants et les narcotiques peuvent être alors très nuisibles.

M. von Frey (Leipzig). — L'expérience de Couheim qui tend à prouver que l'anémie cardiaque peut déterminer de graves accidents ne me paraît pas démonstrative. Les grands traumatismes que l'expérience exige modifient les conditions de cette expérience. Au contraire, les recherches de Gley et des autres auteurs sur les décapités ont montré que le cœur

exsangue pouvait continuer à battre pendant un très long temps après la mort du système nerveux.

M. Nothnagel (Vienne). — Un fait intéressant à mettre en relief est que les malades atteints de péricardite ou de dégénérescence cardiaque sont rarement sujets à l'angine de poitrine. Etant donnée la fréquence de celle-ci dans les cas d'altération des coronaires, il faut admettre que la douleur est en rapport avec les altérations vasculaires.

Dans tous ces cas, les nitrites et la nitro-glycérine à la dose de un à cinq milligrammes m'ont donné de bons résultats, mais il faut continuer l'administration du médicament pendant l'intervalle des accès, si l'on veut obtenir une amélioration définitive.

M. von Ziemssen (Münich). — L'efficacité de la nitro-glycérine est certaine; celle-ci agit rapidement et peut enrayer les accès pendant des temps très longs.

M. Schott (Nauheim). — Je suis de l'avis de M. Frænkel sur les causes de l'angine de poitrine; mais je crois, d'autre part, que l'accès angineux frappe surtout les sujets dont le myocarde est altéré et affaibli. Les tracés de la pulsation altérielle l'indiquent suffisamment. En dehors de l'emploi de la nitro-glycérine, on se trouvera bien des révulsifs sur la région précordiale et de la gymnastique de résistance.

Diagnostic de la péricardite.

M. Schott (Nauheim). — Le diagnostic de la péricardite avec épanchement est souvent chose difficile et c'est surtout avec la dilatation cardiaque que l'on confond cette affection. Ds tous les symptômes observés, affaiblissement du choc de la pointe, oppression, augmentation de la matité, il n'en est aucun qui soit caractéristique. L'emploi de la digitale peut avoir une réelle valeur diagnostique. Elle ne manquera pas en effet de diminuer l'étendue de la matité dans les cas de dilatation cardiaque. De même la gymnastique méthodique, dite de résistance, ramènera alors le cœur à ses limites normales. La ponction exploratrice du péricarde, faite avec les précautions voulues, n'offre pas non plus des dangers tels qu'on ne puisse l'utiliser pour le diagnostic.

M. Jürgensen (Tübingen). — La méthode de la gymnastique, maniée avec grande prudence, peut en effet diminuer notablement l'hypertrophie cardiaque.

M. Fürbringer (Berlin). — La ponction exploratrice ne saurait déterminer aucun accident. L'aiguille peut être enfoncée jusque sur le muscle cardiaque. Cette épreuve est souvent avantageuse pour le diagnostic de la péricardite.

MM. Stintzing (Iéna) et **Thomas** (Fribourg) s'associent aux remarques de M. Jürgensen sur les bons effets de la gymnastique méthodique.

VINGTIÈME CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ ALLEMANDE DE CHIRURGIE

Tenu à Berlin du 1er au 4 avril 1891.

Un cas de cholédocotomie.

M. Küster. — Une femme de 49 ans est atteinte de jaunisse depuis plusieurs mois; en plus, coliques hépatiques fréquentes, selles décolorées, amaigrissement. Plusieurs fois des calculs ont été expulsés par les selles. A l'ouverture de l'abdomen on trouve toute la face inférieure du foie entourée de tissu cicatriciel qu'on enlève. La vésicule était atrophiée et ne contenait pas de calculs. Dans le cholédoque on sent un corps dur sur lequel on incise, et on retire 3 calculs. Suture, tamponnement; hémorrhagie secondaire et finalement guérison rapide. L'ictère a disparu, les selles ont repris leur coloration normale. Actuellement il persiste encore un peu de douleur.

M. Rehn (Frankfurt-s.-M.) a fait la cholédocotomie dans un cas de lithiase biliaire. Le canal contenait 5 calculs; suture perdue. Guérison sans accidents.

M. Braun (Kœnigsberg) rapporte un cas analogue opéré par lui.

M. W. Kœrte (Berlin) a opéré dernièrement 3 malades pour oblitération du canal cholédoque. Une fois on fit avec succès la suture du duodénum avec la vésicule biliaire. Un malade a succombé. La déperdition de bile n'est pas sans valeur. Le troisième malade a été infecté pendant l'opération et est mort peu de temps après.

M. Lœbker (Bochum). — Souvent on ne trouve plus les calculs qui oblitéraient les canaux et provoquaient une rétention de bile; à leur place existe un rétrécissement cicatriciel de la région qui s'oppose à l'écoulement de la bile. Dans un cas il a trouvé une perforation de la vésicule au milieu des tissus voisins épaissis et hypertrophiés.

M. Winiwarter insiste sur les difficultés; quand il existe plusieurs calculs ou quand il y en a un dans la vésicule et un autre dans le cholédoque. Chez une malade on a enlevé 2 calculs, le cathétérisme explorateur du canal cholédoque a échoué. La fistule externe fut laissée, la vésicule journellement tamponnée afin d'obtenir sa dilatation, et lavée; 15 jours après un calcul gros comme un grain de café fut expulsé, et un flot de bile coula dans l'intestin. Si dans ce cas la vésicule avait été suturée et rentrée, l'opération n'aurait eu aucun succès.

Anomalie congénitale de la plupart des articulations.

M. J. Wolff (Berlin). — Il s'agit d'une fille de 6 ans. Le genou droit peut être luxé à volonté par la malade, mais la luxation ne se produit pas spontanément, aussi n'existe-t-il aucun trouble fonctionnel. Si l'enfant produit la luxation du genou droit, les membres inférieurs sont de même longueur; autrement il existe un raccourcissement de plusieurs centimètres à gauche. Pendant l'opération on a pu, sous le chloroforme, abaisser le tibia, seulement il fut impossible de le maintenir en cette position. L'incision du triceps n'y fut pas suffisante, de sorte qu'on a réséqué le tibia. Les résultats de cette opération sont satisfaisants : l'articulation du genou est mobile, les membres inférieurs présentent la même longueur.

Il existe en plus chez la malade une luxation congénitale de la hanche, une luxation congénitale du radius. Presque toutes les autres parties du corps présentent également des anomalies.

Actinomycose.

M. Max Wolff (Berlin). — M. Wolff a déjà fait une communication il y a un an sur ses essais d'obtenir des cultures d'actinomycose. Les nodules de 2 malades ont été cultivés sur agar, dans le vide et avec accès libre de l'air. Avec les nodules provenant du premier malade, on a procédé d'après la méthode de Büchner. Le développement du champignon se fait sous forme de petits nodules apparaissant du troisième au cinquième jour; les nodules s'accroissent et persistent pendant des mois, puis les colonies se liquéfient et forment une masse blanchâtre. Une espèce de ces nodules permet de faire sûrement le diagnostic d'actinomycose. Ils se présentent avec les dimensions d'une lentille, avec un centre proéminent et des bords anfractueux; ils sont pourvus de racines qui pénètrent dans le milieu nutritif. Le champignon est anaérobie et les conditions aérobiques ne lui sont pas favorables.

A l'examen microscopique des cultures on trouve des bâtonnets courts ou des formes allongées, contournées en spirale, pourvues d'étranglements. Ces formes se rencontrent sur les cultures provenant de l'homme ou des animaux inoculés. Ces formes se développent déjà 24 heures après l'ensemencement. Au bout de 48 heures, les bâtonnets s'allongent, s'amincissent se fragmentent et paraissent composés de bâtonnets plus courts. Les bâtonnets gardent ces caractères dans les cultures pendant 9 mois. Dans d'autres cas on trouve des filaments ondulés pourvus de ramifications nombreuses. Le champignon est polymorphe. Chez un animal inoculé avec une culture de 13e génération il s'est développé une tumeur qui à l'examen a présenté les nodules caractéristiques d'actinomycose. Chez un mouton il fut impossible d'obtenir l'infection; peut-être ces animaux sont-ils réfractaires. C'est la première fois qu'on réussit avec les inoculations des cultures pures et que l'on a obtenu l'infection. Toutefois il reste encore la question des spores et des endroits habités par ce champignon. Certains auteurs admettent qu'il vit sur les blés. Les

injections de tuberculine chez les animaux actinomycotiques ont provoqué les mêmes phénomènes que chez les animaux tuberculeux. Peut-être chez les premiers la tuberculose existait-elle en même temps que l'actinomycose, toutefois les poumons étaient indemnes de toute lésion tuberculeuse. L'injection d'un extrait glycériné de culture d'actinomycose n'a provoqué chez une malade aucun phénomène remarquable.

Traitement orthopédique de la coxalgie.

M. Heusner (Brême). — Il n'existe pas encore de traitement uniforme des coxalgies. En Amérique on préfère le traitement orthopédique, l'appareil de Taylor ; en Angleterre c'est l'extension combinée avec le port de l'attelle de Thomas. En Allemagne on pratique l'extension dans les cas récents et on emploie le bandage plâtré ou la résection pour les cas anciens. Jusqu'en 1888, M. Heusner était partisan de la résection, mais il a changé d'opinion depuis qu'il a vu à l'institut orthopédique de Hessing les résultats qu'on obtient avec le bandage.

Le bandage qu'on emploie dans l'Institut de Hessing est fort coûteux. M. Heusner en a fait construire un autre plus accessible.

L'appareil se compose de deux parties : une attelle pour la jambe, une ceinture pour le bassin, toutes les deux réunies par un système de charnières. Les deux se composent de tiges minces en acier recouvertes de feutre. A la partie supérieure existe un anneau ischiatique grâce auquel le poids du corps porte sur le pied. La partie principale de l'appareil est la ceinture métallique tapissée de feutre et passant en arrière sur le bassin et la crête de l'os iliaque ; deux tiges métalliques se trouvent encore le long de la face dorsale de l'attelle, et contiennent le sacrum. L'appareil est fixé sur le membre inférieur par des bandes solides ; au niveau du bassin il est si solidement appliqué qu'aucun déplacement n'est possible. La position vicieuse du membre est corrigée au moyen de bandes en caoutchouc appliquées en avant. L'application de l'appareil se fait sous le chloroforme. Les contractures qui paraissaient immobilisées cessent au bout de 10 minutes et le membre se place en rectitude.

M. Heusner présente ensuite plusieurs enfants soumis à ce traitement. Un enfant arrivé il y a deux ans à l'Institut dans un état misérable et avec des douleurs, s'est très bien rétabli après la pose de l'appareil. L'articulation est complètement guérie et l'enfant peut même courir. Il existe un raccourcissement d'environ 2 cent., mais la mobilité de l'article est conservée. Quelques jours après l'application de l'appareil, les enfants peuvent se lever et marcher, surtout lorsqu'ils sont soutenus.

Un autre enfant de 1 an 1/2 est arrivé à l'Institut avec des fistules à la face interne de l'os et est resté dans l'appareil pendant 9 mois. Sous l'influence des injections de Koch, son état s'est notablement aggravé, et encore aujourd'hui il n'est pas aussi bien qu'avant les injections.

Treize enfants traités par cette méthode ont été tellement améliorés qu'ils peuvent maintenant marcher. M. Heusner a renoncé aux injections de Koch auxquelles il préfère les injections d'iodoforme.

Résection du rein.

M. Bardenheuer. — La résection transversale du rein n'a pas encore été faite. Chez mon malade se manifesta, 15 jours après un coup sur la région lombaire, une douleur très violente à ce niveau ; anémie, mais pas de fièvre. A l'opération, on trouva l'extrémité inférieure du rein broyée et séparée du reste de l'organe. Dans l'urine hémorrhagique qui s'est écoulée on pouvait constater l'existence de phénomènes de décomposition.

M. Hochenegg (Vienne) a eu à traiter une tumeur kystique considérable du rein droit atteint d'hydronéphrose. Pendant l'opération, en retirant la tumeur on a extrait en même temps le rein qui avait 18 cm. de longueur. La tumeur kystique fortement attirée au dehors et une ligature élastique appliquée à son extrémité inférieure ; et la portion atteinte d'hydronéphrose fut enlevée. 21 jours plus tard, M. Hochenegg coupa la ligature, ce qui donna lieu à la formation d'une fistule. On a pu constater qu'il s'agissait d'un rein double. Si le drain était retiré, toute l'urine passait par la fistule, et la vessie restait vide.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 21 *avril* 1891.

Présidence de M. Tarnier.

MM. les Drs Pozzi et Paul Regnard se portent candidats dans la section d'anatomie et de physiologie.

Exstrophie de la vessie.

M. Berger présente un malade âgé de 40 ans, qui était atteint d'une exstrophie de la vessie avec écartement de la symphyse pubienne et épispadias complet. La vessie faisait au-dessus du pubis une saillie presque du volume du poing : les deux uretères aboutissaient à sa partie inférieure et étaient facilement reconnaissables; la surface vésicale elle-même était excoriée et recouverte de croûtes. Il existait en même temps deux hernies inguinales dont une plus prononcée à droite.

M. Berger tenta d'abord de recouvrir la surface vésicale par la méthode autoplastique, mais la gangrène d'un des lambeaux fit échouer l'opération. Il eut alors recours au procédé employé et décrit par M. Segond. La paroi vésicale fut disséquée de haut en bas et rabattue sur l'orifice des uretères et sur la gouttière uréthrale de la verge dont les bords avaient été préalablement avivés; elle fut fixée dans cette situation par des points de suture au fil de soie; la cavité des voies urinaires étant ainsi reconstituée de l'orifice des uretères à la partie antérieure de la verge, un grand lambeau emprunté au scrotum fut passé au-dessus de celle-ci et appliqué par sa face cruentée sur la face cruentée du lambeau vésical auquel il fut fixé par de nombreux points de suture.

Deux petites opérations complémentaires furent encore nécessaires pour fermer les orifices fistuleux et constituer l'extrémité antérieure du canal.

L'opérée présente aujourd'hui une vessie et un urèthre clos de toutes parts et ne laissant échapper l'urine que par l'extrémité de la verge. On peut la recueillir aisément dans un urinal ordinaire en caoutchouc.

Microcidine.

M. Polaillon fait un rapport sur un nouvel antiseptique que **M. Berlioz** (de Grenoble) appelle microcidine. On l'obtient en ajoutant à chaud à du naphtol β la moitié de son poids de soude caustique. Le produit est une poudre blanche contenant 75 0/0 de naphtolate de soude et 25 0/0 de produits mal définis, mais antiseptiques. Cette poudre est soluble *dans l'eau* en proportion de 1/3 ; et déjà à 3 0/00 elle est nettement antiseptique. De plus c'est un antiseptique très peu toxique, non caustique, inodore et bon marché. D'expériences de laboratoire M. Berlioz conclut que si cette substance est moins antiseptique que le sublimé et le naphtol, elle l'est 10 fois plus que l'acide phénique et 20 fois plus que l'acide borique. Des études cliniques entreprises à Paris par M. Polaillon, à Grenoble par M. Girard, ont donné de bons résultats, tant pour les plaies infectées que pour obtenir la réunion immédiate. On emploie des solutions de 3 à 5 p. 1000.

Tours ou admissions à bureau ouvert.

Après des discours de **MM. Le Roy de Méricourt** et **Guéniot** en faveur des tours, **M. Dujardin-Beaumetz** propose d'ajouter à la proposition de la commission le vœu suivant : « que la loi sur les enfants assistés soit soumise aux pouvoirs publics dans le plus bref délai », car la législation actuelle sur l'abandon des enfants est d'une incohérence complète.

M. Léon Le Fort. — Je propose l'adoption de la proposition suivante : « Que les filles et les femmes désirant cacher leur grossesse puissent être hospitalisées telles que le secret le plus absolu soit gardé sur leur présence et leur accouchement; que les tours soient rétablis conformément au décret du 8 janvier 1891 ; que des secours pécuniaires soient accordés aux mères ne pouvant, faute de ressources, élever leur enfant. »

La discussion de cette question est close. Le vote aura lieu dans la prochaine séance.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 22 avril 1891

Présidence de M. Nicaise.

Chirurgie intestinale.

M. Terrillon fait un rapport sur trois observations de **M. Boiffin** (de Nantes). Il se borne à résumer les observations.

1° Sur un nouveau-né atteint d'occlusion, la laparotomie fit voir deux rétrécissements congénitaux occupant la fin de l'intestin grêle. Au-dessus du premier, l'intestin, très distendu, était perforé. Mort.

2° Un homme de 54 ans portait depuis longtemps une hernie crurale ayant donné lieu en 1878 à une fistule stercorale bientôt guérie, mais ayant récidivé en 1886 et persistant depuis cette époque. M. Boiffin tenta d'abord la suture de l'intestin isolé et avivé. Mais il échoua. Il fit alors l'entérectomie suivie d'entérorrhaphie, et son opéré guérit.

La troisième observation de M. Boiffin est celle d'un homme ayant eu des accidents de pérityphlite rebelle terminés par des fistules surtout du côté de la vessie et un empâtement volumineux de la fosse iliaque droite. Dans cette région, la laparotomie fit reconnaître un gros amas d'adhérences auquel M. Boiffin ne voulut pas, avec raison, s'attaquer, et il établit une anastomose entre l'intestin grêle et la partie moyenne du côlon transverse. L'opéré a très bien guéri et la seule petite critique que l'on puisse adresser à M. Boiffin est de n'avoir mis sur l'intestin qu'un seul plan de suture. Il a sans doute bien tenu, mais la suture à deux plans est plus sûre.

Désarticulation de la hanche.

M. Berger présente un malade auquel il a désarticulé la hanche pour sarcome récidivant du fémur. Le procédé employé a été celui de Verneuil et la perte de sang a été minime; néanmoins le choc opératoire a été assez alarmant. Les lambeaux ayant été réunis avec un drain allant jusqu'au cotyle, M. Berger eut d'abord l'illusion d'une réunion parfaite; mais secondairement s'est formée une fistule assez lente à se fermer, allant jusqu'au cotyle. Il y a là, en effet, un point où l'affrontement est impossible et M. Berger se propose, à la prochaine occasion, d'abraser cette cavité de façon à avoir un plan osseux sur lequel le lambeau, non drainé, pourra être appliqué par une bonne compression.

M. Berger fait remarquer, en outre, que son opéré n'a pour prothèse qu'un vulgaire pilon et s'en trouve fort bien.

M. Verneuil a actuellement dans son service un opéré chez lequel il n'a pas fait de réunion, mais a écarté les lambeaux avec de la gaze iodoformée. La température n'a jamais atteint 38° ; la plaie, qui a suppuré, est à peu près guérie aujourd'hui, au bout de 5 semaines.

M. Routier a fait la même opération et a réuni, avec un drain allant jusqu'au cotyle. Il a eu, comme M. Berger, une fistulette secondaire, avec laquelle d'ailleurs le malade se levait et marchait. Lui aussi se propose la prochaine fois d'abraser le cotyle.

M. Peyrot a dans ses salles un malade auquel il a désarticulé la hanche pour ostéomyélite. Il a réuni par des sutures en étages et a mis un drain jusqu'au cotyle. Son opéré a également une fistulette cotyloïdienne.

M. Berger constate que cette constance de la fistule prouve qu'il y a quelque chose à faire à cet égard.

M. Berger fait un rapport sur un bandage spécial aux hernies difficilement coercibles.

Election.

M. Félizet est élu membre titulaire par 17 voix contre 15 à M. Delorme.

A. Broca.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 24 avril 1891

Présidence de M. E. Labbé

Forme atténuée de rage observée pendant le cours du traitement par les inoculations préventives.

M. Laveran. — Voici une observation d'un soldat mordu par un chien suspect de rage et qui, soumis aux inoculations préventives, a présenté, pendant le cours du traitement, les symptômes d'une rage atténuée, dont il n'est pas mort.

N..., vingt-deux ans, est mordu, le 12 janvier 1890, au genou gauche, à travers ses vêtements, par un chien errant qui n'a pas été retrouvé. Les morsures ont peu saigné et n'ont pas été cautérisées.

Le 21 janvier, les plaies étaient complètement cicatrisées, et, le 22, les inoculations furent instituées à l'Institut Pasteur.

Du 30 janvier au 7 février, se manifestèrent chez ce malade les symptômes qui caractérisent l'invasion de la rage : tristesse, insomnie persistante, douleurs vives partant de la cicatrice de la morsure; hyperesthésie marquée de la peau des parties voisines ; affaiblissement musculaire considérable dans les muscles inférieurs; dysphagie, sans hydrophobie.

Je m'attendais chaque jour à voir se développer la rage confirmée. Il n'en a rien été. Tous les accidents ont disparu, mais cela ne me paraît pas exclure l'idée de la rage.

Je ne crois pas que l'on puisse admettre, en ce cas, ce que l'on a appelé l'hydrophobie nerveuse. Le malade n'était pas d'un tempérament nerveux, et ne paraissait pas soupçonner la gravité des symptômes qu'il présentait.

Il était ignorant de tous les symptômes de la rage et si l'auto-suggestion avait joué un rôle, on aurait observé chez lui le symptôme le mieux connu de la rage, l'hydrophobie.

Deux hypothèses sont possibles sur les causes de la rage atténuée dont notre malade a présenté les signes :

1° La rage a été la conséquence de la morsure faite par le chien et elle a été atténuée grâce aux inoculations préventives;

2° La rage atténuée a été provoquée par les atténuations préventives.

La deuxième hypothèse me paraît devoir être écartée. Je n'ai jamais vu de malade soumis au traitement préventif de la rage être pris de symptômes rabiques.

En second lieu, N... a présenté des douleurs vives et de l'hyperesthésie autour de la morsure faite par le chien, ce qui me paraît démontrer que c'est bien cette morsure qui a été le point de départ des accidents observés; les régions latérales du tronc, au niveau desquelles les inoculations préventives avaient été pratiquées, n'ont été le siège d'aucune douleur.

Je crois donc pouvoir conclure que le malade dont je viens de rapporter l'observation a présenté les symptômes d'une rage atténuée et que l'atténuation de la rage a été due aux inoculations préventives. D'après les renseignements qui m'ont été fournis par MM. Roux et Chantemesse, des faits semblables auraient été observés à plusieurs reprises. La rage, cette maladie toujours mortelle, peut donc se présenter sous une forme bénigne chez les sujets soumis aux inoculations préventives.

M. Chantemesse (voy. p. 209).

M. Babinski. — Mon intention n'est pas de contester l'existence de ces névrites rabiques tardives. Je désire simplement faire remarquer à mes collègues que chez des sujets mordus par des chiens enragés on peut voir se développer des troubles nerveux analogues à ceux qui viennent d'être signalés et qui sont sous la dépendance, non de l'hydrophobie, mais de l'hystérie ou du nervosisme. Mon maître M. Charcot a signalé des cas de ce genre dans ses leçons du mardi.

En ce qui concerne en particulier la malade que M. Chantemesse nous présente, je viens de m'assurer à l'instant par un examen sommaire qu'elle est hystérique ; je constate en effet chez elle une diminution notable de la sensibilité dans tout le côté gauche, un rétrécissement double du champ visuel, et cette femme me dit qu'elle a eu, avant d'avoir été mordue, des attaques convulsives. L'existence de l'hystérie ne permet certes pas d'éliminer d'emblée l'hypothèse de

névrite rabique; il me faudrait faire une étude plus approfondie de la malade pour fixer mon opinion à ce sujet. Quoi qu'il en soit, il s'agit là d'une question de diagnostic différentiel sur laquelle j'attire l'attention de la Société, et en tout cas l'existence de la névrite ne doit être admise que s'il est démontré que les accidents nerveux en question ne sont pas tributaires de l'hystérie.

M. Raymond. — Il est certain que chez les sujets nerveux, il existe un certain nombre de symptômes pouvant simuler la rage.

Un vétérinaire de province, très nerveux et même un peu alcoolique, avait été mordu par un chien, qui, abattu au bout de quelques jours, fut reconnu enragé. Cet homme sans cesse tourmenté et qui connaissait bien les symptômes de la rage, eut bientôt des crises d'hydrophobie. Pour le rassurer, nous eûmes l'idée de substituer au chien qui avait été abattu un autre chien lui ressemblant énormément. On mit cet animal sain chez le vétérinaire pour qu'il l'observât tout à son aise. Le stratagème réussit et les crises disparurent.

Du bleu de méthylène et de ses propriétés analgésiques.

Sous ce titre, M. Galliard fait une communication dont voici les conclusions. Le bleu de méthylène n'est pas un médicament inoffensif. A faible dose (0,10 à 0,20 centigrammes par la voie gastrique), il peut déterminer des malaises, des nausées, certaines sensations pénibles et provoquer même une albuminurie transitoire.

A dose forte (0,40 à 0,60 centigr.) chez les sujets non accoutumés, il peut faire naître des vomissements, de la diarrhée, du ténesme vésical, de l'albuminurie. Chez les névropathes, il détermine une perturbation qui peut avoir pour conséquence la disparition ou le déplacement des douleurs.

Il procure parfois aux malades, dans des circonstances variables et sans qu'on puisse préciser les indications thérapeutiques, l'accalmie, la sédation des douleurs. Il ne peut soutenir en aucune façon la comparaison avec l'analgésine.

Traitement local des tuberculoses locales.

M. Sevestre présente un jeune garçon de huit ans qui offrait, au commencement de l'an dernier, de nombreuses lésions tuberculeuses cutanées, avec adénite axillaire bilatérale et adénite inguinale d'un seul côté.

Les injections de naphtol camphré ne donnèrent aucun résultat; les cautérisations au thermo-cautère amenèrent au contraire une amélioration considérable. Le malade fut envoyé à Salins. L'état général s'en trouva bien, mais l'état local était resté stationnaire. Les cautérisations furent reprises et achevèrent la guérison.

M. Sevestre conclut que le traitement local est le vrai traitement des tuberculoses locales.

SOCIÉTÉ D'OPHTHALMOLOGIE

Séance du 7 avril 1891

Kératite goutteuse.

M. Chevallereau présente une femme âgée de 54 ans qui est venue le trouver en novembre dernier parce que sa vue se troublait; jamais elle n'a éprouvé de poussées inflammatoires du côté des yeux, jamais par suite elle n'a fait usage de collyres. Au centre des deux cornées, sous un épithélium intact, se voient des taches jaunâtres à reflet métallique de 1/2 à 2 millimètres de diamètre, en forme de points ou de lignes, anastomosées entre elles par des traînées délicates. L'abrasion d'une petite parcelle de ces opacités a permis d'en pratiquer un examen microscopique et chimique, au laboratoire de la clinique des Quinze-Vingts, et M. Dubief y a reconnu des cristaux d'urate de soude. Du reste, la malade a souffert autrefois de rhumatisme articulaire aigu, de coliques hépatiques et néphrétiques; elle est sujette à des accès de goutte. Ceux-ci, grâce au traitement général suivi, ne se sont pas reproduits depuis trois mois et, comme la vision est bonne, aucune intervention locale ne semble indiquée.

M. Parinaud. — J'ai soigné un malade vu par Desmares voilà 35 ans; goutteux dès l'âge de 20, ans il a présenté 30 à 40 poussées de kératite goutteuse aiguë toujours sur le même œil. Pendant 5 à 6 jours il subissait une phase inflammatoire sans doute liée à l'élimination des cristaux d'urate, puis au bout de 3 semaines il était guéri, ne conservant qu'une très légère opacité. Il a toujours fait le traitement institué par Desmares : atropine et compresses de camomille.

M. Despagnet. — Le fait de M. Chevallereau est tout différent des cas de kératite calcaire que j'ai décrits avec M. Galezowski; dans ceux-ci l'opacité gagne de la périphérie vers le centre, elle occupe l'épithélium cornéen, elle est formée par le dépôt de sels calcaires.

M. Boucheron. — J'ai observé deux cas de kératite goutteuse chez une femme et son neveu; il existait un plissement irrégulier de la membrane de Bowman. Chez la femme on constatait pendant les accès de goutte du trouble du corps vitré.

M. de Wecker. — Avec M. Masselon j'ai vu trois femmes, la grand'mère, la mère et la fille, qui présentaient des lésions cornéennes congénitales semblables à celles de la malade de M. Chevallereau.

M. Kalt. — Le cas de kératite congénitale que j'ai observé chez M. de Wecker était très différent de celui qui nous est présenté.

M. Gorecki. — Je ferai quelques réserves sur l'examen de la parcelle abrasée de la cornée chez la malade de M. Chevallereau; je sais par expérience combien il est difficile de reconnaître les cristaux au microscope. Dans ma pratique j'ai eu un cas de kératite consécutive à une sclérite goutteuse; c'est une kératite interstitielle qui n'offrait pas le pointillé cité dans le cas actuel.

M. Chevallereau. — Les antécédents de la malade, l'absence de tout collyre métallique, comme l'examen micro-chimique, appuient mon diagnostic.

Avancement capsulaire.

M. Kalt. — L'avancement capsulaire combiné à la ténotomie permet de ne pas recourir à l'avancement musculaire, lequel en cas d'échec a des conséquences fâcheuses. Mais dans les hauts degrés de strabisme son action est insuffisante; de plus son effet diminue avec le temps; aussi faut-il toujours obtenir tout d'abord un peu de surcorrection. Les causes d'insuccès de l'avancement musculaire sont au nombre de trois : la conjonctive n'a pas été dégagée le long du bord cornéen, la capsule de Tenon n'a pas été assez dégagée au-dessus et au-dessous du tendon; enfin elle est trop ou trop peu résistante et l'on n'a pas tenu compte de son état. Ce dernier point est très important; si en effet le tissu de la capsule est lâche, au bout de peu de temps l'effet obtenu disparaît, la capsule se laisse étirer; dans le cas contraire la correction est excessive. Dans un cas de strabisme de 35°, j'ai ainsi obtenu, après ténotomie et avancement capsulaire, une surcorrection de 15°. L'état du tissu capsulaire rend le dosage de la correction difficile.

M. de Wecker. — L'avancement capsulaire est applicable aux degrés de strabisme extrêmes. M. Masselon a pu corriger un strabisme de 70° et j'ai eu le même succès pour un strabisme de 50°; mais l'opération doit être pratiquée suivant les règles. Il ne faut pas avancer seulement la capsule, mais aussi le muscle; on donnera au fil deux points d'appui : le corps charnu du muscle et le tissu même de la sclérotique; grâce à cela on n'a pas à tenir compte de l'état de la capsule.

M. Parissaud. — La capsule ne peut fournir deux points d'appui; il faut opérer comme le fait de M. de Wecker et l'on obtient deux brides cicatricielles qui assurent le maintien de la correction. En réalité on ne fait pas de l'avancement musculaire pur.

M. Abadie. — Je préfère exécuter l'avancement musculaire, parce que la capsule de Tenon ne joue dans la statistique oculaire aucun rôle autre que de résister à la traction des muscles qui tirent le globe en arrière. Si au bout de

48 heures la correction me semble exagérée, j'enlève les fils et 3 jours plus tard, s'il y a encore de la surcorrection, je dégage un peu les adhérences.

M. Kalt. — Il ne faut pas prendre le muscle dans l'anse de fil, car celle-ci coupe les fibres charnues et dissocie les fibres du tendon; au total, comme je l'ai vu chez des chiens, il finit par n'enserrer que la capsule. Il en est de même du reste pour la sclérotique.

Nerfs ciliaires superficiels.

M. Boucheron. — Les nerfs ciliaires superficiels venus des nerfs sensitifs de l'orbite enlacent l'hémisphère antérieur de l'œil (à l'exception de la cornée) dans 4 ou 5 réseaux superposés et anastomosés. Du nœud le plus profond part un *rameau pénétrant* en forme de tire-bouchon qui vient vers l'episclère s'embrancher avec les nerfs ciliaires profonds. Vers la cornée les rameaux pénétrants fournissent à sa périphérie des ramuscules directs et des ramuscules indirects par l'intermédiaire des nerfs épiscléraux auxquels ils se mélangent. Cette disposition explique : 1° que l'on peut couper les nerfs ciliaires profonds sans que la cornée se détruise ; 2° que, après section de ces derniers, la sensibilité cornéenne soit conservée ; 3° enfin, c'est la confirmation matérielle de cette observation de Magendie et Cl. Bernard que la sensibilité du centre de la cornée provient d'une autre origine que la sensibilité de la périphérie de la membrane et de la conjonctive.

Ophthalmie sympathique.

M. Abadie. — J'ai recherché la malade que M. Galezowski a donnée dans la dernière séance comme un exemple d'insuccès de ma méthode de traitement de l'ophthalmie sympathique. Il s'agit bien d'une femme qui, à la suite d'une blessure d'un œil, a été atteinte d'ophthalmie sympathique et à qui on a injecté dans l'œil blessé une goutte de sublimé à 1 p. 1000. A la suite de cette injection l'amélioration de l'œil sympathisé a été telle que pendant 2 mois la malade s'est crue guérie. Alors est survenue une rechute et, au lieu de s'adresser au même oculiste, l'intéressée est allée trouver un autre confrère qui ne lui a pas fait d'injection.

J'ai tenu à faire cette rectification parce qu'il est bon de répéter qu'une seule injection n'est pas toujours suffisante pour enrayer complètement les accidents sympathiques. Ces malades doivent être tenus dans une surveillance attentive, il faut se tenir prêt à intervenir de nouveau, s'il y a menace de récidive.

M. Trousseau. — A la fin de 1890 j'ai pratiqué trois fois la résection du nerf optique comme traitement préventif de l'ophthalmie sympathique et, d'après les résultats obtenus dans ces cas, je les ai publiés comme favorables à cette méthode. Je dois aujourd'hui revenir sur l'un deux. Il s'agit d'un homme âgé de 38 ans qui avait perdu l'œil gauche à la suite de traumatismes répétés. Après 3 à 4 ans de calme il vint me trouver le 2 décembre 1890, se plaignant de son œil aveugle qui était rouge et douloureux, en proie à une cyclite violente. L'œil droit larmoyait, mais l'acuité visuelle y était égale à 1. Je pratiquai une résection de 4 à 5 millimètres du nerf optique gauche, sans incident opératoire particulier; au bout de dix jours tout état irritatif avait disparu et le malade quitta les Quinze-Vingts dans les premiers jours de cette année. A la fin de février il reparut, ayant quelques craintes parce que son œil droit était un peu rouge et que la vision y était un peu troublée. Malgré les frictions mercurielles, le 21 mars cet homme ne pouvait plus se conduire, sa pupille était déformée, son corps vitré rempli de flocons. L'énucléation de l'œil gauche fut pratiquée et derrière le globe je trouvai une petite collection de liquide qui malheureusement n'a pas été recueilli; la cavité fut lavée largement au sublimé ; dans l'œil droit on instilla de l'atropine et le malade fit de nouvelles frictions; 4 ou 5 suffirent pour amener déjà une très grande amélioration et actuellement la vision atteint 1/3.

M. de Wecker. — Cette observation ne saurait être invoquée contre la valeur de la résection du nerf optique comme opération préventive, l'œil droit était déjà sympathisé, et, en pareil cas, je ne soutiens pas que la résection soit préférable à l'énucléation. Les deux opérations se valent quand les microbes sont passés et que l'infection de l'œil sympathisé est chose faite.

M. Meyer. — Le cas de M. Trousseau prouve que l'ophthalmie sympathique guérit après l'énucléation; celle-ci est donc supérieure à la résection qui, nous dit M. de Wecker, n'a que la valeur d'une opération préventive. De plus, dans le cas actuel, rien ne prouve qu'il y eût déjà atteinte de l'œil droit lorsque la résection a été pratiquée ; la vision était égale à 1, le larmoiement me paraît insuffisant comme menace de sympathie. Or deux mois après la résection, l'accident est survenu : ceci est encore un fait à relever.

J'ai contesté que Deutschmann eût produit dans ses expériences sur l'animal une véritable ophthalmie sympathique telle que nous la connaissons chez l'homme, et je ne sache pas que d'autres expérimentateurs aient été plus heureux. Tout dernièrement, dans un de nos grands laboratoires, l'on m'a montré un cobaye chez lequel une injection de microcoques dans un œil avait provoqué de l'iritis, puis de l'irido-choroïdite et quelque temps après survenait la même altération de l'autre œil. Le cas me paraissait probant, lorsque, ayant eu la curiosité d'examiner les yeux de quelques autres cobayes, nous eûmes la désillusion de leur trouver des désordres analogues. Il s'agissait de manifestations oculaires survenues à la suite d'injections pratiquées pour d'autres expériences.

M. Boucheron. — L'énucléation a-t-elle été la cause directe de la guérison ? n'a-t-elle pas simplement agi en permettant la désinfection de ce petit foyer signalé par M. Trousseau en arrière du globe? Comment ce dernier, isolé par le fait de la résection, pouvait-il agir sur son congénère?

M. Despagnet. — Une fois la migration microbienne réalisée, peu importe que l'on résèque ou que l'on énuclée, les injections antiseptiques intra-oculaires sont alors plus rationnelles. Je viens de soigner une dame qui, opérée de la cataracte par un confrère, a présenté au bout de 5 semaines de l'irido-choroïdite sympathique. Le 28 mars, je lui ai énucléé l'œil opéré et dès la nuit suivante les douleurs cessaient, dès le 7e jour la vision de qualitative était remontée au point que la malade comptait les doigts à trois mètres. En ce cas est-il possible d'admettre la théorie microbienne ? comment aurait agi l'énucléation? La pièce sera étudiée et j'en reparlerai.

M. Parinaud. — Chez un de mes malades, un mois après la perte d'un œil, se déclare de l'autre côté une ophthalmie sympathique accompagnée d'une éruption circumorbitaire qui rappelle le zona. L'énucléation fait disparaître cette dernière et ramène la vision à 1. Mon cas me paraît favorable à la théorie nerveuse.

M. Gorecki. — L'ophthalmie sympathique n'est pas toujours d'origine microbienne. Dans un cas d'ophthalmie sympathique, après avoir essayé des frictions, je fis l'énucléation et enrayai l'affection, puis au bout de quelques mois je crus pouvoir extraire une cataracte de l'œil conservé. L'opération fut suivie d'irido-cyclite qui n'a cédé qu'à l'application d'un vésicatoire entretenu sur le bras.

M. Abadie. — Le terme « menaces d'ophthalmie sympathique » est bien vague comme indication de la résection du nerf optique que l'on doit pratiquer préventivement. A mon sens, le cas de M. Trousseau parle en faveur de la théorie microbienne, il existait un foyer infectieux, l'opération l'a fait disparaître, puis les frictions mercurielles ont agi sur les microbes de l'œil sympathisé.

Henri Nimier.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 24 avril 1891.

Cancer pleuro-pulmonaire.

M. F. Bezançon présente les pièces d'une femme de 78 ans qui entra le 8 mars à l'infirmerie de l'hospice des Ménages avec de la fièvre, des frissons, des signes d'épanchement pleural droit, de la matité en avant avec affaiblissement du murmure, mais exagération des vibrations; enfin elle portait une légère adénopathie sus-claviculaire. A cause des si-

gnes stéthoscopiques en avant et de l'engorgement ganglionnaire, M. Barié diagnostiqua un cancer pleuro-pulmonaire, bientôt vérifié à l'autopsie. Mais d'après l'aspect des pièces il semble qu'il s'agisse d'un cancer du médiastin avec noyaux multiples dans le poumon droit. Ce poumon présentait en même temps de la pneumonie grise. La masse médiastine entourait le récurrent, et cependant les signes fonctionnels n'ont indiqué en rien une paralysie de ce nerf. Mais, a fait remarquer **M. Ruault**, l'examen laryngoscopique est indispensable. Trois fois il lui a permis de constater une paralysie unilatérale de la corde vocale au cours du cancer du poumon. Mais au point de vue fonctionnel, il faut savoir que ces troubles sont passagers. La voix ne tarde pas à redevenir bonne et on croit à une simple laryngite.

Pyélo-néphrite.

M. Sainton a observé un garçon de 15 ans qui, à 11 ans' subit l'électrisation uréthrale, pour incontinence nocturne. Dès le soir de la première séance il fut pris de fièvre, puis de cystite aiguë. Malgré des lavages boriqués, les accidents s'aggravèrent peu à peu, et enfin l'enfant a succombé il y a quelques jours à une pyélo-néphrite double. Les urines étaient infectées par le streptocoque et par un microbe mal déterminé.

M. Bracquehaye fait voir un cancer des os du crâne ayant comprimé le cerveau.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 25 *avril* 1891

Présidence de M. Malassez

Extirpation du pancréas.

M. Gley dépose une note de M. Hédon sur la production de la glycosurie et de l'azoturie après l'extirpation totale du pancréas. Ce sont les deux symptômes principaux qu'on observe dans ces cas. Le premier apparaît toujours et fatalement, mais il peut être intermittent et cesser complètement pendant de longues périodes de la maladie. L'azoturie devient alors le symptôme prédominant de l'affection. Il en est de même après la suppression fonctionnelle du pancréas par suite de l'injection de paraffine dans le canal de Wirsung. On se trouve alors dans les conditions du diabète azoturique, et l'on observe, comme dans la clinique, de la dénutrition considérable et un amaigrissement rapide avec polyphagie. Pendant que la période glycosurique fait défaut, le sucre alimentaire est en grande partie absorbé; en sorte qu'il doit exister dans l'organisme des organes autres que le pancréas pour le transformer.

Parasites des singes.

M. R. Blanchard fait une communication sur les vers intestinaux des singes anthropoïdes : chimpanzés, orangs, gibbons. Il a pu recueillir trois échantillons de cestodes qui sont tout à fait comparables à ceux des herbivores.

M. Abelous a étudié les ferments digestifs contenus dans les œufs des crustacés, les crabes principalement. Ces ferments extraits par la glycérine ou par l'eau se montrent voisins de la trypsine.

M. Quinquaud dépose une note de M. Œschner de Koninck sur une ptomaïne qui arrête la germination, et qui produit chez le lapin des phénomènes convulsivants comparables à ceux que l'on observe dans le tétanos.

M. Hoursaye dépose un travail sur la métamérie des vertébrés.

M. d'Arsonval présente une série de galvanomètres gradués en milliampères qui ne sont pas influençables par les grandes masses de fer employées maintenant dans les constructions.

M. d'Arsonval a étudié le danger des générateurs d'électricité à courants alternatifs et a constaté qu'ils étaient d'autant moins dangereux que les interruptions sont plus rapides.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 23 *mars* 1891.

Action de l'acide phénique.

MM. Simon Duplay et Maurice Cazin, en étudiant les effets de la lymphe de Koch sur les animaux, ont observé chez certaines espèces et notamment chez les souris, les rats, et les cobayes, des phénomènes convulsifs analogues à ceux que M. Zwaardemaker a décrits chez le chat (voir *Mercredi médical*, n° 11, p. 129), à la suite de l'injection d'acide phénique. Il a été facile de s'assurer que ces convulsions reconnaissaient aussi pour cause l'acide phénique que contient la dilution de lymphe de Koch.

Voici les résultats de leurs expériences :

1° Les effets toxiques de l'acide phénique n'apparaissent, en général, chez les animaux que nous avons étudiés, qu'à des doses relativement très élevées, doses qui se trouvaient réalisées, pour les petits animaux, avec l'emploi de dilutions de lymphe de Koch dans une solution phéniquée à 5 0/0;

2° Les accidents obtenus chez ces animaux, à la suite desdites injections, provenaient uniquement de l'action de l'acide phénique; ils ne se sont jamais reproduits avec l'emploi de dilutions de lymphe dans de l'eau bouillie;

3° L'action de l'acide phénique s'exerce dans des proportions très inégales chez les différentes espèces animales. Ainsi, la souris y est beaucoup plus sensible que le rat, le cobaye, le lapin et le chien, puisque, pour un même poids d'animal, des doses qui produisent des troubles très accentués chez la souris ne donnent aucun résultat appréciable chez le lapin et le chien, de même que des doses mortelles pour la souris provoquent seulement des phénomènes convulsifs d'une durée plus ou moins longue et non suivis de mort, chez le rat et le cobaye et déterminent à peine quelques troubles chez le chien. Quant au chat, bien que nous n'ayons pas étudié spécialement les effets de l'acide phénique sur son organisme, cependant les quelques faits que nous avons eu l'occasion d'observer dans le cours de nos expériences de laboratoire nous amènent à croire, comme M. Zwaardemaker, que cet animal est plus sensible à l'action de l'acide phénique que le chien, le lapin, le cobaye et le rat.

Séance du 6 *avril* 1891.

Transformations de la matière azotée par la vie du bacille pyocyanique.

MM. Arnaud et Charrin. — Les recherches que nous avons faites sur ce sujet nous ont amenés aux conclusions suivantes : si l'on prend un litre de bouillon de culture contenant, outre quelques centigrammes de divers sels minéraux, tels que phosphate de potasse, de soude, etc., 5 grammes d'asparagine, soit 0 gr. 933 milligrammes d'azote, et que chaque jour on pratique une série d'analyses, on constate qu'avant la soixantième heure l'asparagine a été détruite surtout par voie de dédoublement diastasique; de l'acide aspartique s'est formé et a lui-même été également détruit vers la sixième journée En même temps on observe une formation rapide d'ammoniaque aux dépens de l'azote des corps précédents. La courbe de cet ammoniaque s'élève très rapidement pour devenir à peu près horizontale, lorsque l'asparagine et l'acide asparatique ne fournissent plus d'azote. A la fin de la culture, vers le quinzième jour, on voit que sur les 0 gr. 933 d'azote du départ, 0 gr. 850 ont été utilisés pour fabriquer des produits ammoniacaux. La différence se retrouve, 0 gr. 043 ont été employés pour le protoplasma des microbes et des éléments diastasiques, 0 gr. 039 pour des substances à actions physiologiques intéressantes et 0 gr. 0003 pour la pyocyanine. La plus grande partie de l'azote sert donc à constituer en quelque sorte des principes ordinaires de la vie, une minime fraction rentre dans les principes spécifiques, diastasiques ou autres, dont déjà nous connaissons le poids total, l'azote et le carbone. On peut, du reste, voir dans une capsule que nous présentons les sels cristallisés des bases volatiles dans lesquelles entre une certaine quantité de méthylamine. Dans des notes ultérieures, nous construirons la courbe de l'ammoniaque obtenu en cultivant le germe dans d'autres milieux; nous construirons la courbe du carbone, nous mettrons en évidence

le rôle prépondérant de l'oxygène, puis nous étudierons les corps qui agissent sur l'animal. On verra de plus en plus combien la vie de ces infiniment petits se rapproche du type de la vie des êtres élevés. Comme ces êtres, ils consomment de l'oxygène, fabriquent beaucoup d'acide carbonique, beaucoup d'ammoniaque au lieu d'urée, puis ils donnent naissance à des doses infimes de substances spécifiques que l'on peut rapprocher des leucomaïnes ou autres corps engendrés par le mouvement vital des êtres plus ou moins élevés dans l'échelle

Vaccination microbienne.

M. Bouchard. — J'ai entrepris, avec le concours de MM. Arnaud et Charrin, une série d'expériences sur la substance élaborée par le bacille pyocyanique et dont l'introduction dans le corps de l'animal est suivie de l'état réfractaire à des degrés divers. Les recherches établissent que cette substance se fabrique aussi bien dans les cultures *in vitro* que dans l'organisme vivant. Elle s'élimine par les urines; elle est insoluble dans l'alcool. Chose étonnante, des fractions de centigramme, des centièmes de centimètre cube de cette matière constituent des doses suffisantes pour vacciner.

Séance du 13 avril 1891.

Transformation de la cupréine en quinine.

MM. Grimaux et Arnaud. — La cupréine, extraite du Remijia pedunculata, est une base soluble dans les alcalis qui paraît avoir un caractère phénolique. Sa formule est $Az_2 C_{19} H_{22} Az_2 O_2$, tandis que celle de la quinine est $C_{20} H_{24} O_2$. Ainsi que pouvait le faire prévoir cette formule, les expériences ont démontré que la quinine était l'éther méthylique de la cupréine. Pour obtenir cette méthylcupréine, il suffit de chauffer pendant 12 heures une molécule de cupréine additionnée d'un atome de sodium en solution dans l'alcool méthylique avec une molécule de chlorure d'éthyle. Il se forme alors de la quinine libre. On évapore à sec, on traite par la soude faible pour enlever la cupréine non transformée et on agite avec l'éther qui dissout la quinine. On transforme ensuite la quinine en sulfate par les procédés ordinaires. Le sel obtenu présente les mêmes propriétés que le sulfate de quinine. Il est en fines aiguilles, d'une saveur fortement amère et soluble avec une fluorescence bleue dans l'eau acidulée d'acide sulfurique.

Nous ferons remarquer, entre autres conclusions, que, la quinine étant, comme le démontre cette expérience, une méthylcupréine, nous comptons obtenir, par le même procédé, des bases analogues à la quinine, comme l'éthylcupréine, la propylcupréine, etc. Ces bases, dont il faudra étudier l'action physiologique, fourniront peut-être de nouvelles ressources à la thérapeutique.

Fécondation.

Séance du 20 avril 1891.

M. Hermann Fol est arrivé aux conclusions suivantes : La fécondation consiste non seulement dans l'addition de deux demi-noyaux provenant d'individus de sexes différents, mais encore dans la réunion de deux demi-spermocentres avec deux moitiés d'ovocentres pour constituer les deux premiers astrocentres.

Tous les astrocentres du descendant étant dérivés par divisions successives des astrocentres primitifs se trouvent provenir, par parties égales, du père et de la mère.

ÉTRANGER

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

séance du 15 avril

Traitement de Liebreich.

M. Herzfeld présente un cas de lupus du nez qui a présenté une réaction locale (rougeur, tuméfaction) à la suite des injections de cantharidine. Le lupus se couvrit d'une croûte mince sous laquelle se fit l'exsudation d'un liquide séreux. Cette action locale n'a jamais été constatée dans la tuberculose du larynx. Les injections, au nombre de 11, sont restées sans résultats sur le lupus ; on a plutôt observé une nouvelle éruption de tubercules avec la périphérie du lupus.

Tubage du larynx.

M. Bazinsky. — Les observations relatives au tubage du larynx se rapportent à des enfants atteints de sténose diphtéritique du larynx. L'intubation était pratiquée avec des instruments analogues à ceux dont s'est servi O. Dwyer. Le manuel opératoire est en somme assez facile à saisir.

Les observations sont au nombre de 15. Les premières heures qui suivent l'introduction du tube sont marquées par une amélioration très évidente : la dyspnée la plus grave se calme, la respiration devient tranquille. Dans la majorité des cas cette amélioration persiste, mais dans d'autres cas la dyspnée reparait. Il s'agit évidemment des fausses-membranes détachées qui viennent obstruer la lumière du tube, et comme la dyspnée augmente on est obligé de retirer le tube pour le nettoyer ou changer. Quelquefois on est obligé de changer le tube 3 ou 4 fois par jour. Dans les cas où la maladie prend une mauvaise tournure, la dyspnée augmente continuellement et l'enfant meurt asphyxié, bien que le tube soit resté perméable.

Sur ces 15 enfants, 5 furent traités exclusivement par le tubage; 4 de ces derniers sont morts : ils étaient âgés de 8 mois, 9 mois, 2 ans et 3 ans. Dans un cas la mort fut occasionnée par l'envahissement des bronches ; chez le malade le tube est resté en place pendant 40 heures. Chez un autre enfant qui a gardé le tube pendant 84 heures, la mort survint par collapsus et paralysie cardiaque; pour le troisième, qui garda le tube pendant 2 jours, la mort fut amenée par une bronchopneumonie.

Le cinquième enfant, celui qui guérit, était âgé de 3 ans ; la sténose ne fut pas très prononcée, il garda le tube pendant 5 jours, et guérit peu de temps après.

Dans 7 autres cas, l'intubation a dû être suivie de trachéotomie. Après l'intubation, la dyspnée reparaissait, ne disparaissait plus avec l'introduction d'autres tubes, de sorte qu'on était obligé de pratiquer la trachéotomie. Tous ces enfants ont succombé, et l'on a pu remarquer que leur résistance envers la trachéotomie était moindre que chez les enfants non-intubés. Ces enfants étaient épuisés par la dyspnée ; quelques-uns présentaient au moment de la trachéotomie, de la bronchopneumonie et des exsudats pleurétiques. Ces enfants étaient âgés de 18 mois à 8 ans.

Un seul cas d'intubation suivie de trachéotomie a guéri. Il s'agit d'un enfant de 2 ans chez lequel on a été obligé de retirer à plusieurs reprises le tube et faire finalement la trachéotomie. La canule resta en place pendant sept jours, et quatorze jours après, l'enfant quittait l'hôpital.

Sur 13 enfants traités par l'intubation seule, un seul a guéri ; un seul cas de guérison également chez les enfants traités par l'intubation suivie de trachéotomie. La méthode thérapeutique n'est vraiment pas brillante.

Si en Amérique on a de meilleurs résultats, c'est qu'à Berlin la diphthérie est particulièrement grave. Il en résulte que l'intubation peut rendre de grands services dans les cas *légers*.

Il existe encore des cas où le décanulement est très difficile ; ces cas sont également passibles de l'intubation, comme le prouvent deux exemples observés par M. Bazinsky.

L'alimentation chez les enfants intubés présente certaines difficultés, principalement au point de vue de l'ingestion des liquides. Les enfants ont réellement soif et se jettent avidement sur l'eau quand on leur change le tube. Ainsi, dans plusieurs cas, on a été obligé d'introduire l'eau directement dans l'estomac à l'aide d'une sonde. Dans un seul cas on a pu constater l'existence d'une nécrose du larynx au point de l'introduction du tube.

M. Schwalbe constate avec plaisir que les conclusions de M. Bazinsky se rapprochent des siennes. L'optimisme de M. Rosenberg est dû à ce que sa statistique porte sur les cas consignés dans la littérature, principalement sur les observations des médecins américains. M. Rosenberg admet qu'on contourne les difficultés de l'alimentation en faisant manger les enfants, la tête en bas. Mais il oublie que les enfants de

1 à 2 ans ne sauront garder longtemps cette position ; quant aux lavements alimentaires, les enfants ne les gardent pas et en tout cas les supportent très mal.

Quant à la pneumonie aspiratrice (par corps étrangers) si fréquente après l'intubation, M. Schwalbe ne l'a pas observée une seule fois dans plusieurs centaines d'autopsie des diphtéritiques qu'il a faites.

Quant à la rareté des ulcérations laryngées signalées par M. Baginsky, il existe sous ce rapport des différences dans les statistiques de divers auteurs. Mais il faut savoir que, même dans les cas de nécrose graves, l'expectoration n'est pas sanguinolente, et la lésion n'est souvent découverte qu'à l'autopsie.

M. Rosenberg fait observer que M. Baginsky n'enterre pas l'intubation, comme le fait M. Schwalbe, et admet son opportunité pour les cas légers. Il est encore à observer que les inconvénients signalés par M. Schwalbe n'ont pas été notés par M. Baginsky. La statistique n'est pas basée sur les cas des médecins d'Amérique, mais aussi sur les observations du professeur Ranke faites à Munich.

Il n'admet pas, en se basant sur l'expérience d'un grand nombre d'auteurs, que l'alimentation présente des difficultés insurmontables. Quant à l'absence de nécrose particulièrement remarquable dans une série de 100 cas publiés en Amérique, ce fait doit être attribué moins à la bénignité de la diphthérie en Amérique, qu'au perfectionnement des instruments, et O'Dwyer, seul juge compétent dans cette question, a déclaré que les tubes fabriqués en Allemagne ne sont pas satisfaisants.

Un cas d'hétéradelphie.

M. Virchow présente un cas rare de malformation. Il s'agit d'un jeune Indien de 20 ans qui se faisait voir depuis quelques années dans toutes les villes d'Europe.

Cet homme porte sur sa poitrine son jumeau. Cette malformation rentre dans la catégorie des monstruosités doubles. L'un des fœtus n'est pas arrivé à terme et devient en quelque sorte le parasite de l'autre; il dépend de l'enfant bien développé, surtout au point de vue de la circulation, car dans ces cas le cœur reste unique.

ANGLETERRE

SOCIÉTÉ PATHOLOGIQUE DE LONDRES

Séance du 21 avril 1891

Présidence de M. H. Dickinson.

Tuberculose urinaire traitée par les injections de tuberculine; mort par pyélo-néphrite.

M. H. Fenwick. — Voici les voies urinaires d'un homme de 32 ans qui a reçu une injection de lymphe de Koch pour une tuberculose vésicale dont le début remontait à 2 ans environ : à la suite de l'injection, il survint une réaction immédiate et modérée, mais il se produisit des vomissements et une hématurie abondante et le malade mourut 16 jours après avec des symptômes de pyélo-néphrite. A l'autopsie, nous avons trouvé une occlusion congénitale de l'uretère gauche avec atrophie du rein correspondant; le rein droit était le siège d'une pyélo-néphrite, la vessie était ulcérée, et il y avait de nombreux petits abcès sous-muqueux à son sommet. La mort n'a pas été déterminée par la tuberculine, mais accélérée par elle. Dans un autre cas de tuberculose urinaire que j'ai soumis aux injections de tuberculine, il y a eu une amélioration temporaire, mais aucun bénéfice permanent.

Ostéite déformante du tibia.

M. Clutton. — Voici un tibia volumineux dans toute sa longueur, sauf au niveau de ses extrémités articulaires, dont le canal médullaire est presque entièrement rempli par du tissu osseux de nouvelle formation. Il a été amputé chez une femme de 35 ans, qui n'avait de lésion d'aucun autre os et dont le tibia était augmenté de volume depuis 10 ans. Bien que la lésion porte sur un seul os, que cet os ne soit pas incurvé, et que la malade soit peu âgée, je crois qu'il s'agit d'une ostéite déformante en raison de l'absence de toute trace de syphilis et de l'aspect des lésions anatomiques.

Rétraction considérable de l'estomac.

M. Hadden. — A l'autopsie d'une femme de 30 ans qui avait eu des vomissements pendant plusieurs mois et qui se nourrissait uniquement de liquides, j'ai trouvé l'estomac considérablement revenu sur lui-même, ses parois épaissies par le fait d'un état œdémateux chronique de la couche sous-muqueuse; il y avait une ulcération de la moitié inférieure de l'œsophage et des 5 premiers centimètres de l'estomac. Il est probable que l'ulcération, dont la cicatrisation a produit la rétraction de l'estomac, était due à l'action de quelque poison corrosif, mais l'histoire de la malade ne fournit aucun renseignement à ce sujet.

Ostéosarcome du tibia.

M. E. Solly montre un ostéosarcome du tibia provenant d'un sujet de 17 ans qui n'en a eu connaissance que 14 jours avant l'opération; et déjà on a trouvé infectés les ganglions poplités. Il mourut 6 mois plus tard avec de la généralisation dans le poumon et dans les ganglions axillaires. La tumeur initiale était diaphysaire.

Fistule fécale ombilicale.

M. W. Anderson a vu un garçon qui portait, de naissance, une fistule fécale ombilicale avec arrêt de développement du gros intestin au-dessous. L'enfant étant mort, l'autopsie montra une hernie de l'iléon, à 4 centim. du cæcum. Par l'orifice anormal on trouvait deux bouts : celui du gros intestin se terminait en cul-de-sac à 15 centim. de la valvule iléo-cæcale. La proximité du cæcum prouve qu'il faut faire intervenir ici le diverticule de Merkel.

Mélanosarcome.

M. J. C. Mackensie relate un cas de mélanosarcome généralisé chez un homme de 75 ans, consécutivement à une tumeur de l'iris gauche. Les noyaux secondaires occupent la peau et tous les viscères.

M. J.-H. Targett fait voir un mélano-sarcome de la vessie.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE LONDRES

Séance du 20 avril 1891.

Présidence de M. Douglas Powell.

La lymphe de Koch dans le traitement du lupus et de la tuberculose pulmonaire.

M. Heron. — Les malades que nous avons traités par la méthode de Koch sont au nombre de 37 ; ils ont été choisis autant que possible parmi les sujets présentant des lésions tuberculeuses limitées à une portion restreinte d'un seul poumon et n'ayant pas de cavernes. Chacun d'eux a reçu entre 8 et 66 injections; la durée minima de leur séjour à l'hôpital a été de 21 jours. Les doses ont varié de 1 à 100 milligrammes, et chez les sujets atteints de tuberculose pulmonaire les injections ont été faites, autant que possible, tous les jours. La réaction a manqué dans deux cas de tuberculose indiscutable ; elle est ordinairement intense après l'injection de hautes doses de lymphe. Assez souvent nous avons constaté au niveau d'un sommet indemne jusque-là l'apparition de râles qui ont toujours disparu au bout de quelques jours. Nous ne sommes pas en mesure d'affirmer qu'aucun des malades, même de ceux qui se trouvaient dans les conditions que Koch considère comme les meilleures pour l'emploi de son traitement, ait été guéri sans crainte de rechute. Quant à ceux qui étaient parvenus à la période d'induration ou à la période de cavernes, aucun d'eux n'a présenté de tendance manifeste à guérir ou même à demeurer stationnaire, et plusieurs fois il y a eu une tendance inverse. Il y a bien eu dans un certain nombre de

cas une amélioration plus ou moins prononcée, caractérisée par une diminution de la toux, des sueurs nocturnes et de la dyspnée; mais les modifications des signes physiques ne peuvent permettre d'affirmer qu'elles traduisaient une amélioration : l'observation ultérieure pourra seule le décider. Néanmoins, les modifications importantes amenées dans les tuberculoses externes par l'emploi de la tuberculine justifient son usage dans les cas peu avancés de tuberculose pulmonaire. Dans le lupus, en dépit des excellents résultats que la tuberculine produit, les récidives sont tellement à redouter qu'il est nécessaire de lui associer des méthodes auxiliaires de traitement.

M. Théodore Williams. — J'ai traité 14 cas de phthisie certaine par la tuberculine et, quoique le traitement n'ait duré que de 6 à 10 semaines, les effets n'ont pas du tout été satisfaisants. Sur 5 cas de tuberculose commençante, 4 fois il s'est formé rapidement des cavernes. Sur mes 14 malades, 6 seulement ont présenté une amélioration et l'état des 8 autres a été aggravé. Comparés à ceux des autres modes de traitement, les effets de la méthode de Koch ont été désastreux.

M. Radcliffe Crocker. — Dans les cas de lupus que j'ai traités par la méthode de Koch, j'ai toujours vu, après une période où il se faisait des progrès dans le sens de la guérison, le processus s'arrêter court, puis de nouveaux nodules lupiques apparaître. Au point de vue de la permanence des résultats, cette méthode est de beaucoup inférieure au grattage. Depuis quelque temps, j'emploie la tuberculine après avoir gratté les surfaces lupiques et les avoir cautérisées avec les acides, mais il y a trop peu de temps que j'ai recours à cette méthode mixte pour pouvoir en juger les effets. Dans un cas de lupus érythémateux, j'ai obtenu une réaction considérable, mais l'amélioration qui a suivi a été moindre que celle qui auparavant avait succédé à un érysipèle.

M. Th. Acland. — Je constate que nous discutons actuellement sur les effets d'un remède que l'on ne peut considérer autrement que comme un remède secret. Il est certain que la manière de faire de Koch a été très malheureuse au point de vue scientifique.

M. Heron. — Les échecs relevés par M. Williams m'étonnent beaucoup, et je n'ai rien observé de semblable.

Un homme de la valeur de Koch est parfaitement dans son droit de tirer parti d'une découverte qui lui appartient en propre et qui lui a coûté des années de travail assidu et personnel; en agissant comme il l'a fait, il n'a certainement pas eu pour but son intérêt personnel, mais le bien de l'humanité.

M. Douglas Powell. — On doit certainement regretter qu'un homme haut placé et intègre comme Koch ait, pour des raisons qui ne dépendaient pas complètement de lui, tenu si longtemps secrète la composition de son remède; mais actuellement on ne peut plus considérer celui-ci comme un remède secret : on connaît son mode général de préparations, et si Koch n'est pas entré dans plus de détails, c'est dans l'intérêt du public, afin qu'un pharmacien quelconque ne puisse pas prétendre qu'il est en état de le préparer. Il y a donc beaucoup de raisons pour excuser la manière de faire de Koch.

ASSOCIATION MÉDICALE BRITANNIQUE

Section de Londres-sud

Séance du 15 avril 1891

Présidence de M. Oswald

Traitement de la tuberculose par la méthode de Koch

La discussion est ouverte par une longue adresse de **M. Bristowe**, qui fait avec quelque scepticisme, mais avec impartialité, l'historique de la méthode de Koch, de sa grandeur et de sa décadence, regrettant en passant que Koch ait encore à l'heure actuelle négligé de publier les résultats de ses expériences sur les injections de lymphe chez les animaux tuberculeux ou non tuberculeux. Il conclut que les recherches de Virchow ont porté le dernier coup à la méthode.

M. Hawkins. — Nous avons traité à l'hôpital Saint-Thomas 6 cas de lupus de la face du cou et de la main; dans 5 cas, il y a eu d'abord une légère amélioration, puis les lésions sont restées stationnaires et il a fallu recourir au grattage; le 6e malade a refusé de continuer le traitement après la 3e injection. Sur 5 cas de tuberculose pulmonaire, nous avons eu dans 2 cas des résultats douteux, mais sans aggravation manifeste; dans un cas de caverne, pas de modification appréciable; dans deux cas de tuberculose pulmonaire et laryngée, les lésions ont fait des progrès rapides. Dans un cas d'adénite scrofuleuse, il n'y a pas eu de résultat apparent. Dans un cas de péritonite tuberculeuse, il y a eu augmentation des douleurs et on a cessé le traitement.

M. Hector Mackenzie. — J'ai vu à l'hôpital de Brompton un certain nombre de malades traités par les injections de lymphe de Koch. Je n'ai vu aucun cas de guérison. Quelques malades étaient dans un état stationnaire, quelques-uns manifestement aggravés, d'autres n'avaient pu supporter le traitement. Chez quelques-uns, il y avait une amélioration apparente, mais les signes physiques étaient plus étendus et il y avait eu un ramollissement plus considérable du poumon. Les résultats du traitement de Koch sont certainement inférieurs à ceux des autres méthodes de traitement par les toniques et les reconstituants.

M. Phineas Abraham. — J'ai traité par les injections de tuberculine de 40 à 50 malades (dont 21 atteints de lupus), mais je n'en suis encore qu'à la phase expérimentale de mes recherches. Dans la plupart des cas de lupus, j'ai obtenu une amélioration plus ou moins prononcée. En dehors d'une fièvre transitoire intense, je n'ai jamais constaté de phénomènes graves. J'ai vu une fois un érysipèle, mais c'était le lendemain d'un jour de visites à l'hôpital.

Je crois que la tuberculine peut avoir une réelle valeur dans le traitement du lupus, particulièrement dans les cas où il n'est pas facilement accessible aux autres moyens de traitement.

M. Robinson. — Voici un malade atteint de lupus qui pendant 3 mois a été soumis aux injections de lymphe de Koch; le traitement est suspendu depuis 1 mois; il y a eu une grande amélioration, mais il s'est déjà produit une rechute.

M. Wheaton. — J'ai vu un grand nombre de malades traités par la méthode de Koch. Je n'ai jamais observé d'amélioration permanente, mais dans presque tous les cas il y a eu une amélioration temporaire.

RUSSIE

Leucodermie syphilitique

M. Fiveysky en se basant sur les observations recueillies depuis 5 ans à l'hôpital de la Miosnitzkaia, arrive aux conclusions suivantes : 1° La leucodermie syphilitique est une manifestation cutanée de la syphilis à la période condylomateuse. Elle se localise le plus souvent sur la peau du cou, mais peut occuper les autres régions. La face et le cuir chevelu, les fesses, les avant-bras, les poignets, les jambes et la plante des pieds ne sont jamais atteints; 2° la leucodermie syphilitique peut exister quelquefois en même temps que les manifestations gommeuses de la syphilis; elle est plus fréquente chez les femmes que chez les hommes; 3° la leucodermie se développe du troisième au sixième mois après l'injection et persiste de 1 à 7 ans; 4° le mercure et l'iodure de potassium n'exercent aucune influence sur la marche de la leucodermie; mais, dans les cas non soumis au traitement mercuriel, la leucodermie est particulièrement intense; 5° la leucodermie peut affecter la forme marbrée, maculeuse ou circinée.

M. Gué a observé plusieurs cas de leucodermie syphilitique au niveau de la peau du poignet et de la face palmaire des doigts.

M. Pospiéloff croit qu'au point de vue du diagnostic de la syphilis, la leucodermie est plus importante que l'adénopathie.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Imp. des Arts et Manufactures, 12 rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud.

Rapport favorable de l'Académie de Médecine

VINAIGRE PENNÈS

Antiseptique, Cicatrisant, Hygiénique

Purifie l'air chargé de miasmes.
Préserve des maladies épidémiques et contagieuses.
Précieux po, r les soins intimes du corps.
Exiger Timbre de l'État — TOUTES PHARMACIES

Médailles aux Expositions: Vienne, Philadelphie, Paris, Sydney.

FOUGÈRE MALE ET CALOMEL

TÆNIFUGE Préparé PAR **LIMOUSIN**

PROCÉDÉ LIMOUSIN B^té S.G.D.G. PATENT-MEDICIN OBLATE PARIS

Le flacon de 16 Capsules, dosées selon la formule du Dr GRÉQUY, suffit pour expulser le **Ver solitaire**. *(Envoi par poste.)*
PH^ie **LIMOUSIN** ✻, 2 bis, RUE BLANCHE, PARIS. — **Prix 6 francs.**

MÉDICATION CHLORHYDRO-PEPSIQUE

AMERS ET FERMENTS digestifs — **ELIXIR GREZ** — **CHLORHYDRO-PEPSIQUE**

Dyspepsies, — Anorexie, — Anémie, — Vomissements, — Diarrhée, etc.
DOSES: Adultes, 1 verre à liqueur par repas. — Enfants, 1 à 2 cuillerées à dessert.
Pilules Grez Chlorhydro-Pepsiques. adultes, 2 à 3 à chaque repas
Envoi franco Échantillons.—COLLIN et Cie, 49, r. de Maubeuge, PARIS, et Ph^ies

CHLOROSE. — ANÉMIE. — LYMPHATISME
Le ***Proto-Iodure de Fer*** *est le* ***réparateur du sang,*** *le* ***fortifiant*** *et le* ***microbicide par excellence.***
Le **Sirop** et les **Dragées** au proto-iodure de fer de **F. Gille,** *ne sauraient trop être recommandés en raison de leur pureté chimique, de leur inaltérabilité et de leur solubilité constantes.* *(Gazette des hôp.)*
ENTREPOT GÉNÉRAL: **45, Rue Vauvilliers, Paris.** Dépôt toutes Ph^ies.

CONSTIPATION HABITUELLE *le meilleur curatif* est le **CASCARA MIDY**
Pilules rigoureusement dosées à l'Ext. Hyd. Alcool. de **Cascara Sagrada**: accélère travail digestif dans ses diverses phases, ne donne ni nausées, ni coliques, ni diarrhée.
2f.50

113 Faubourg St Honoré PARIS
Env. Franco *Échantillons* | et toutes *Pharmacies*

GORGE, LARYNX, BOUCHE contre ces **Affections** *employez* LA **COCAINE MIDY** (CHLOROBORATÉE)
Tablettes exact. dosées à 2 millir Chlorhyd. de Cocaïne, 0,05 Borate de Soude, 0,05 Chlorat. id. elles constituent un véritable gargarisme sec d... plus énergiq.
3f.

ELIXIR ALIMENTAIRE DUCRO
TONIQUE RECONSTITUANT préparé avec la **VIANDE CRUE** l'alcool et les éc. d'Oranges amères
Conservation parfaite — *Goût très agréable*
Phthisie, Anémie, Convalescences
Paris, 20, pl. des Vosges, et toutes Ph^ies

MALADIES NERVEUSES
Insomnies, Vertiges, Coqueluche
CHLORAL BROMURÉ DUBOIS
Sirop prescrit à la dose de 3 à 6 cuillerées, selon l'âge, dans les 24 heures.
PARIS, 20, Place des Vosges et PHARMACIES



QUINQUINA SOLUBLE ASTIER (GRANULÉ)

REPRÉSENTE EXACTEMENT SON POIDS D'ÉCORCE DE QUINQUINA JAUNE ROYAL

(Une cuillerée à café contient 0 gr. 10 centigr. d'alcaloïdes)

Le **Quinquina soluble Astier** n'est pas un remède nouveau, ni un remède secret, c'est une nouvelle préparation exactement dosée qui permet au médecin d'administrer le Quinquina d'une façon rationnelle et scientifique, avantage que n'offrent pas les autres préparations de Quinquina: vins, sirops, extraits, etc., dont le dosage et la qualité sont incertains.

Pour préparer le **Quinquina soluble**, M. Astier n'emploie que les écorces du quinquina jaune royal (le meilleur des quinquinas) très riches en principes actifs, et préalablement titrés.

Ces écorces, il les traite d'abord par l'eau distillée, qui dissout les principes toniques, ensuite par l'alcool, qui dissout les alcaloïdes, enfin par la chaux pour retirer la totalité de ces derniers. Se servant d'appareils construits *ad hoc* et opérant à une température de 30°, l'extrait granulé qu'il prépare avec ces liqueurs contient rigoureusement tous les alcaloïdes, tous les principes toniques, jusqu'à l'arome spécial du Quinquina. Une cuillerée à café mise dans un verre d'eau donne une liqueur de tous points semblable à une décoction de Quinquina. On peut s'assurer de la présence et de la quantité des alcaloïdes au moyen des réactifs de Walser et de Lepage.

Le **Quinquina soluble Astier**, se dissolvant instantanément dans l'eau, le vin et les tisanes, est d'un usage très commode, puis qu'il permet de préparer instantanément une dose ou une bouteille de vin de quinquina.

Dose tonique : une demi-cuillerée à café à une cuillerée à soupe avant les deux principaux repas.
Dose fébrifuge : *pour les adultes*, deux cuillerées à café d'heure en heure ; *pour les enfants*, une cuillerée à café.
Deux cuillerées à soupe pour préparer instantanément un litre de vin de quinquina.
Envoi gratis et franco d'échantillons aux médecins.
Le flacon : 4 francs. — Le flacon dosé pour un litre de vin : 1 fr. 50 c.
Remise de 40 p. 100 aux médecins pour leur usage personnel.

Pharmacie Astier, 72, avenue Kléber, Paris, et toutes pharmacies.

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

PUBLIÉ PAR

LA GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Et servi gratuitement à tous les abonnés de ce journal

ABONNEMENTS SPÉCIAUX POUR MM. LES ÉTUDIANTS. — UN AN : 6 FRANCS

L. LEREBOULLET, Rédacteur en chef. — A. BROCA, Secrétaire de la Rédaction

Librairie de G. MASSON, 120, boulevard Saint-Germain.

SOMMAIRE

ACTES OFFICIELS

Corps de santé de la marine. — M. le Dr Iman est nommé médecin de 2e classe.

ACTES DES FACULTÉS DE MÉDECINE

Thèses du 11 au 16 mai 1891.

Jeudi 14. — M. Deschamps. De l'hypothermie dans la méningite tuberculeuse. — M. Bouchinet. Des états primitifs de la médecine. — M. Toche. Hystérie et chorée de Sydenham. — M. Briaceau. Contribution à l'étude du champ visuel dans la syringomyélie et la maladie de Morvan.

Ecole de médecine d'Alger. — Un concours s'ouvrira le 9 novembre 1891, devant la Faculté de médecine de Montpellier, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale à l'Ecole de médecine d'Alger.

VARIÉTÉS

Le doyen vénéré des syphiligraphes français, M. P. Diday, de Lyon, vient de temps en temps faire admirer aux Parisiens une de ses spirituelles leçons. Le vendredi 8 mai, à 10 heures, il fera une leçon à l'hôpital Saint-Louis, dans l'amphithéâtre de M. le professeur Fournier, sur le traitement abortif de la blennorrhagie.

Population de la France. — Pendant que l'Académie discute, son président agit. Le *Bulletin médical* nous apprend que M. Tarnier a promis une prime de 100 francs à tous les ménages de sa commune natale — en Bourgogne — qui auront un enfant en 1892.

Hopitaux de Paris. — Le concours pour trois places de médecin du bureau central s'est terminé par la nomination de MM. Mathieu, Delpeuch et Lermoyez.

CONCOURS DU BUREAU CENTRAL (médecine). — Le jury du nouveau concours (pour deux places) se compose, après acceptation, de : MM. Chauffard, Hérard, de Beurman Brissaud, Cadet de Gassicourt, Roques, Le Dentu.

CONCOURS DU BUREAU CENTRAL (accouchements). — Le jury se compose de MM. Marchand, B. Anger, Guéniot, Désormeaux, Ribemont, Landrieux, Pozzi.

— La Société française d'Hygiène avait mis au concours, pour 1891, la question : « Des soins à donner, avant l'arrivée du médecin, aux personnes victimes d'accidents sur les voies publiques ou dans les travaux industriels. »

Vingt-sept mémoires ont été envoyés au concours. Le jury d'examen a décerné les récompenses suivantes :

Médailles de vermeil. — M. le Dr A. Plicque, ancien interne des hôpitaux; M. Henri-C. Boudaille, externe des hôpitaux.

Médailles d'argent. — M. le Dr A. Courtade, ancien interne des hôpitaux de Paris, et M. A. Quinard, pharmacien de 1re classe.

Médailles de bronze. — MM. les Drs Marco Venanti (de Florence); Séjournet (de Reims), lauréat de la Faculté de médecine ; O. Saintu (de Paris); M. H.-D. Larenaudie (de Tulle), élève en pharmacie, et M. le Dr Luigi Gasparini (de Gannaziga).

Une réclamation. — Un honorable dentiste de Lyon, M. A. William Meriam, diplômé du « New-York College of dentistry » a été quelque peu surpris de lire dans le *Lyon Médical* un article du *Journal des connaissances médicales de Paris* visant les nombreux *American dentists* ignorant la langue anglaise, et ayant acquis ou non à prix d'argent un faux diplôme de dentiste américain.

Nous reconnaissons volontiers que les dentistes sortis du *College de Pensylvania*, du *Collège de dentisterie* de New-York, du *Haward College*, etc., connaissent bien tout ce qui concerne leur art, et qu'il y a injustice à les confondre avec les *American dentists*, dénommés tels, uniquement par l'enseigne placée à la porte de leur cabinet. Il y a là une confusion nuisible aux vrais dentistes, et seulement profitable au fisc français, qui, jusqu'à ce jour, s'est borné à ne demander aux dentistes établis sur le territoire de la République que de payer une patente égale à celle des médecins.

Nous nous permettrons de faire remarquer que la note qui émeut M. Mériam a été communiquée en premier à la *Gazette hebdomadaire*, d'où elle a été reproduite de toutes parts, et partout on l'attribue au *Journal des connaissances médicales*, peut-être à cause de ses attaches dentaires bien connues. Le jugement suivant prouve d'ailleurs que Philadelphie n'est pas la seule ville américaine où on trouve des diplômes de cette nature.

Condamnation d'un dentiste. — Voici, dit le *Républicain du Loiret* (28 mars), le texte du jugement condamnant le dentiste Tourrier à 500 francs d'amende :

« Attendu que Tourrier s'est livré à Tours comme dans ses résidences antérieures à un charlatanisme ronflant et à une réclame éhontée ; — Attendu qu'il a fait emploi pour capter la confiance publique de diplômes mensongers, où il s'intitulait dentiste américain, alors qu'en réalité il est originaire de la Nièvre, né de parents français ; attendu qu'il résulte des faits que notamment son diplôme de chirurgie dentaire de l'Académie de Wisconsin a été acheté à prix d'argent chez un industriel qui faisait ce commerce; mais, attendu que les deux premiers faits ne tombent pas sous le coup de la loi, quelque répréhensibles qu'ils soient; et que le seul fait constitutif du délit d'escroquerie est celui de la fille Guétrot, le tribunal condamne Tourrier à 500 francs d'amende, aux dépens et aux frais. »

Nous recevons le premier numéro de la *Revue les Sciences naturelles de l'Ouest*, paraissant à Paris, 14, boulevard Saint-Germain, tous les trois mois. Cette revue a pour objet de mettre en relation tous ceux qui, dans l'Ouest de la France, s'occupent des questions du domaine des sciences naturelles. Laissé un peu dans l'ombre, l'Ouest mérite qu'on s'intéresse à ses savants et aux recherches qu'ils y poursuivent chaque jour. La *Revue*, dont chaque fascicule comprendra environ 80 pages, s'efforcera de faire connaître les travaux des spécialistes de cette région et sera exclusivement consacré à des articles ayant trait surtout aux anciennes provinces de Bretagne, Anjou, Maine, Poitou, Aunis et Saintonge.

SUPPLÉMENT THÉRAPEUTIQUE AU MERCREDI MÉDICAL

FORMULAIRE THÉRAPEUTIQUE

Un traitement des ulcères de la jambe.

Ce traitement, recommandé par un confrère suisse, M. le docteur Günther (de Montreux), à qui il a toujours donné des résultats aussi rapides que complets, vise un double but : d'une part, la désinfection de la plaie et, d'autre part, l'amélioration de la nutrition des tissus environnants ou, autrement dit. le ramollissement des bords calleux de l'ulcère et la suppression de la stase sanguine et lymphatique.

Pour remplir la première indication, on pratiquera des lavages avec une solution de créoline à 2 0/0 (en outre de ses propriétés antiseptiques, la créoline exerce une action astringente qui diminue la tendance des granulations de l'ulcère aux hémorrhagies) et on saupoudrera la plaie avec le mélange suivant, préconisé par M. le professeur Sahli (de Berne) :

Salol.................. ..... } àâ 25 grammes.
Poudre de talc............. }

Mêlez. — Usage externe.

Pour ramollir les bords de la plaie et pour améliorer l'état de natrition des tissus environnants, on aura recours au massage et à l'application, dans l'intervalle des séances de massage, de compresses humides recouvertes de tissus imperméables (taffetas gommé, caoutchouc) qui maintiendront les parties dans une espèce de bain tiède permanent.

On pratique d'abord le massage sur la région du mollet, puis on se rapproche peu à peu de l'ulcère lui-même dont on masse les bords. On termine chaque séance par un tapotement léger pratiqué sur les bords de l'ulcère, avec un marteau à percussion.

Sous l'influence de ce traitement, on obtient, au bout de quinze jours au plus tard, le ramollissement complet des bords calleux de l'ulcère et la transformation de ce dernier en une plaie simple en voie de cicatrisation.

Les trajets fistuleux ou prolongements sous-cutanés de la plaie (qu'on reconnaît, entre autres, par la sensibilité à la pression des bords de l'ulcère aux points où ces prolongements existent) doivent être tous mis à découvert à l'aide d'incisions suffisamment étendues, et soumis ensuite à la désinfection par la créoline et le salol.

Enfin, une fois l'ulcère suffisamment modifié par l'ensemble des moyens ci-dessus indiqués et transformé en une plaie simple et de bonne nature, on peut en hâter la guérison définitive par la compression avec des bandes de diachylon. Sous ce bandage compressif et protecteur, la cicatrisation se fait avec une très grande rapidité.

Le fer assimilable.

La polémique récemment engagée dans la presse médicale (1), à l'occasion des fers assimilables, a eu pour résultat inattendu la publication d'un document qui nous paraît de nature à appeler l'attention de nos lecteurs.

Il s'agit d'une lettre de M. le Dr Jaillet, aujourd'hui médecin en chef de l'hôpital français de Tamatave, lettre dans laquelle ce praticien, dont le nom est intimement lié à la découverte des fers assimilables, reconnaît que la seule préparation qui réunisse les conditions nécessaires à une bonne assimilation est le peptonate de fer de M. Maurice Robin. Voici cette lettre :

Tamatave (Madagascar), le 27 septembre 1890.

Messieurs,

Désintéressé depuis longtemps déjà, comme vous le savez, de l'exploitation des peptonates de fer, j'ai bien voulu accepter l'offre que vous m'avez faite d'expérimenter d'une façon impartiale, dans ma clientèle, les échantillons de *peptonate de fer Robin* que vous m'avez envoyés. Je me fais un devoir et un plaisir de reconnaître que ce produit sous ses différentes formes (vin, gouttes et dragées) m'a donné des résultats remarquables et inattendus, même dans les cas rebelles d'anémie et de cachexie des pays chauds.

Je suis d'autant plus heureux de vous adresser cette attestation que j'avais suivi autrefois avec intérêt les travaux de M. Robin sur la question de l'assimilation du fer, travaux que je poursuivais presque en même temps que lui, lorsque nous étions collègues d'internat, lui à l'hôpital de la Pitié et moi à l'hôpital Rothschild.

L'idée originale que poursuivait sans relâche mon ami Robin était de faire du peptonate de fer un fer assimilable qui puisse s'employer à l'état pur sous formes de gouttes concentrées, tout comme le peroxyde de fer dialysé. Cette idée était grosse de difficultés et je félicite M. Robin d'avoir réussi au delà de toute espérance. Cette préparation a vraiment une action curative puissante, bien supérieure à celles des autres préparations similaires.

(1) *Journal de médecine de Paris*, n° 49 et 52; *Union médicale*, n° 148.

Je vous remercie donc, Messieurs, de l'envoi que vous m'avez fait et de m'avoir permis de guérir beaucoup de mes malades.

Je serais heureux que vous communiquiez à M. Robin, en souvenir de nos excellentes relations lorsque nous étions internes des hôpitaux de Paris, l'opinion que je me suis faite des gouttes concentrées de peptonate de fer Robin.

Puisse-t-il surtout, à l'exception des autres inventeurs, profiter de sa découverte, car ce peptonate de fer mérite l'approbation et la considération du monde médical.

Je lui donne pour cela toute autorisation de faire connaître mon opinion à mes confrères et lui renouvelle tous mes éloges.

Soyez assurés, Messieurs, que je continuerai à prescrire ce produit à ma clientèle de Madagascar, où déjà il m'a permis d'enregistrer d'immenses succès.

Dr Jaillet,

Ancien chef du laboratoire de thérapeutique de la Faculté de médecine de Paris.

Voilà qui est clair et précis. Si l'on ajoute que les observations de M. Jaillet s'appuient non seulement sur les expériences physiologiques qui ont été le point de départ de la découverte, mais aussi sur la pratique que donne un service hospitalier important, il n'y a plus d'hésitation possible entre les diverses préparations qui sont présentées au public médical. C'est au peptonate de fer Robin que le praticien doit donner la préférence.

M. Jaillet, qui a été longtemps le compétiteur de M. Robin dans la recherche du meilleur fer assimilable et qui a autrefois préconisé une préparation similaire, reconnaît lui-même aujourd'hui que le peptonate de fer Robin est la seule préparation qu'il convienne d'employer en thérapeutique. Son témoignage est des plus concluants, aussi la question nous semble entièrement résolue.

L'affirmation nouvelle de M. le docteur Jaillet vient d'ailleurs à l'appui de l'opinion déjà plusieurs fois émise, à savoir : le peptonate de fer Robin, qu'il soit pris sous forme de vin, de dragées ou de gouttes concentrées, constitue la préparation ferrugineuse qu'on peut opposer, avec succès, à l'anémie et à la chlorose, et surtout à cette variété si fréquente désignée par M. le Pr Hayem sous le nom de chlorose dyspeptique.

Un procédé pour déterminer la limite inférieure du foie dans les cas où la percussion et la palpation ne fournissent pas d'indications suffisantes.

La percussion combinée avec la palpation est et restera toujours le moyen le plus sûr et le plus exact pour déterminer la situation du bord inférieur du foie; mais ce moyen est parfois inapplicable dans les cas où la région du foie est très douloureuse.

Dans ces conditions on pourra recourir avec avantage à un procédé imaginé par un confrère belge, M. le docteur Verstraeten (de Gand), et qui consiste dans l'auscultation de la région hépatique.

En raison de sa densité et de son voisinage immédiat avec la pointe du cœur, le foie transmet très bien les bruits cardiaques qu'on perçoit distinctement avec le stéthoscope tant que celui-ci se trouve au-dessus du foie. Mais, dès que l'instrument a dépassé, par en bas, le bord inférieur du viscère, l'oreille perçoit brusquement un affaiblissement très manifeste, voire même la disparition complète des bruits du cœur. Le niveau auquel ce phénomène se produit, correspond à la limite inférieure du foie.

Ce procédé pourrait servir aussi, à la rigueur, à la détermination de la limite supérieure du même organe, si la percussion et l'auscultation des poumons ne donnaient ici toujours des résultats sûrs et précis.

Le procédé de notre confrère de Gand, si bon qu'il soit, échoue cependant aussi dans les conditions suivantes : lorsque les bruits du cœur sont très faibles même à la pointe; dans les cas, d'ailleurs extrêmement rares, où une lame du poumon gauche se trouve interposée entre le foie et la pointe du cœur; lorsqu'enfin les parois de l'abdomen, par trop distendues par l'ascite ou par un tympanisme intestinal, transmettent bien les bruits du cœur.

Comme une simple contraction des muscles de l'abdomen suffit déjà pour augmenter la transmissibilité des bruits du cœur par les parois abdominales, même quand il n'y a ni ascite ni tympanisme, on aura toujours soin, en procédant à la détermination de la limite inférieure du foie au moyen de l'auscultation, de prendre les mesures nécessaires pour le relâchement des muscles de l'abdomen et on examinera le malade dans a position assise.

Mixture contre les céphalalgies nerveuses. — M. G. Beard.

Citrate de caféine.......	} àâ 1 gr. 25 centigr.
Carbonate d'ammoniaque.	
Elixir de guarana.......	80 grammes.

Mêlez. — A prendre une cuillerée à bouche toutes les heures jusqu'à cessation de la douleur.

COURS LIBRES

Hôpitaux du Midi et de Lourcine. — MM. Mauriac, Balzer, Humbert, de Beurmann, Renault et Pozzi annoncent la reprise de leurs conférences cliniques. La première réunion a eu lieu à l'hôpital du Midi, le mercredi 15 avril, à 9 h. 1/2. — La seconde à l'hôpital de Lourcine, le mercredi 22, et ainsi de suite alternativement dans chacun de ces deux hôpitaux.

Hôpital Trousseau. — M. le Dr Legroux, fait dans cet hôpital ses conférences cliniques, tous les mercredis à 9 heures et demie. Visites le matin à 9 heures. Consultations les mardis et vendredis à 10 heures.

Hôpital St-Antoine. — M. le Dr Brissaud, conférences de clinique médicale, le mercredi à 9 h. 3/4.

Hôpital Tenon. — M. Richelot, conférences de clinique chirurgicale et de gynécologie le lundi à 10 heures, salle Richard Wallace,

Hôpital Necker. — M. le Dr Rendu fait des leçons cliniques le jeudi à 10 heures.

Hôpital Necker. — M. le Dr Horteloup a commencé des leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires le dimanche 26 avril, à 9 h. 1/2. — Visite des malades à la salle Civiale, à 9 heures.

Hôpital Laennec. — Le Dr Landouzy, cours de clinique médicale, le jeudi à dix heures.

Hôpital Bichat. — M. Henri Huchard les *dimanches à dix heures.*

Hôpital Broussais. — M. le Dr Chauffard a repris ses leçons de clinique médicale le samedi 25 avril à 10 heures, et les continuera les samedi suivants à la même heure.

M. le Dr Reclus, chirurgien de l'hôpital Broussais, a repris ses leçons cliniques le samedi 18 avril, à 9 h. 1/2, et les continuera les samedis suivants, à la même heure.

Hôpital des Enfants malades, 149, rue de Sèvres. — M. le Dr de Saint-Germain, chirurgien de l'hôpital, reprendra ses leçons cliniques, le jeudi 23 avril à neuf heures.

— M. le Dr Jules Simon, les mercredis à 9 heures.

Tous les samedis, consultation clinique.

Hôpital Saint-Louis. — Service de M. Ernest Besnier. — Pendant les mois d'avril, mai, juin. — *Lundi*, 9 h. 1/4, Salle et Laboratoire Alibert, clinique dermatologique et syphiligraphique. — *Mardi*, 9 h., Laboratoire Alibert, Policlinique : opérations dermatologiques (Lupus, Acnés, etc.). — *Mercredi*, 9 h. Laboratoire Alibert, Policlinique: Maladies du système pilaire; Dermatophyties. — *Vendredi*, 8 h. 1/2, Consultations externes.

Hôpital Saint-Louis. — M. Hallopeau reprendra ses leçons cliniques sur les maladies cutanées et syphilitiques, le dimanche 26 avril, à 10 heures du matin, et les continuera les dimanches suivants à la même heure.

VARIÉTÉS

Tuberculine de Koch. — Le nom de tuberculine donné officiellement à la lymphe de Koch ne serait pas absolument nouveau. Les homœopathes américains, d'après le *New York, med. Record*, auraient employé, sous le nom de *tuberculinum*, un remède qui n'était autre chose qu'une dilution de crachats de phthisiques. (*Lyon médical.*)

Pour un bras postiche. — On écrit de Saint-Armand :

Le tribunal correctionnel de Saint-Amand (Cher), vient de s'occuper d'un singulier procès. Un nommé Mioche, de Doyet-la-Presle, qui perdit un bras au Mexique, touche de ce fait une pension de 900 francs.

Cette rente ne lui suffisant pas, il eut l'idée, quand il revint dans son pays, d'ouvrir une souscription pour s'acheter... un bras postiche.

Il avait parcouru l'Allier et le Cher, et avait ramassé 167 fr. 50 — c'est dire qu'il était à deux doigts du but — quand on l'arrêta.

Il a été condamné pour mendicité à huit jours de prison.

Il se faisait accompagner dans ses pérégrinations par un nommé Rousset, à qui le tribunal a infligé six jours d'emprisonnement. (*Le Temps.*)

Concours pour le prix Parkin. — Feu le Dr John Parkin (fellow du Collège royal des médecins d'Edimbourg) a fondé un prix de 100 livres sterling (2,500 fr.) pour l'auteur du meilleur mémoire « *On the curative effects of carbonic acid of gas or other forms of Carbon in Cholera, the different forms of fever and other diseases.* » Les mémoires écrits en anglais seront adressés à M. G.-A. Gibson, secrétaire du Collège royal des médecins d'Edimbourg, avant le 31 décembre 1892. Les auteurs devront mettre simplement une devise sur leur mémoire. Ils devront y joindre une enveloppe cachetée renfermant leur nom, sur laquelle ils auront reproduit la devise de leur mémoire. Le concours est international. Le lauréat devra publier son mémoire à ses frais et en offrir un exemplaire au Collège des médecins dans les trois mois qui suivront la décision du jury.

La tuberculose et les charlatans. — Un sieur Jeannoutot a imaginé de soumettre les tuberculeux à des inhalations de vapeurs provenant d'un mélange de créosote, de goudron de hêtre, d'essence d'eucalyptus globulus, d'essence de thym, d'essence de cannelle de Chine et d'essence d'amandes amères. Il revendiquait la paternité de cette méthode de traitement et en faisait célébrer les avantages par divers journaux. Un journal américain fut le premier à annoncer la méthode du docteur Jeannoutot. Et le guérisseur donnait son adresse : 55, avenue des Champs-Elysées.

Les interviewers vinrent nombreux au domicile de Jeannoutot, et on put lire plusieurs articles très élogieux. En outre, Armand Jeannoutot avait fait annoncer qu'il avait fondé un Institut antituberculeux et que, pour loger tous ses malades, il avait demandé au ministre de la guerre de vouloir bien mettre à sa disposition un poste-caserne. Si Armand Jeannoutot avait borné son ambition à la fondation de l'Institut antituberculeux, peut-être n'eût-il pas éveillé l'attention de la police. Mais le grand guérisseur, qui avait déjà attiré à lui plusieurs malades — *voire un général de brigade!* — voulut jouer au médecin soldat. Il avait l'habitude de se promener vêtu d'un uniforme de médecin-major de 1re classe, la poitrine constellée de décorations. Lorsqu'il endossait l'habit civil, il attachait à sa boutonnière le ruban de la Légion d'honneur. Tant d'honneurs éveillèrent des soupçons.

On procéda enfin à une enquête. Aussi a-t-il été arrêté. Il a prétendu qu'il avait réellement le diplôme de docteur en médecine, mais il lui a été impossible de produire cette pièce. Armand Jeannoutot a été écroué au dépôt de la préfecture. (*Temps.*) Remarquez que le grief principal est d'avoir illicitement porté des décorations.

LIVRES

déposés au Bureau du journal.

LIBRAIRIE G. MASSON, EDITEUR,

120, Boulevard Saint-Germain, Paris.

Du Paludisme et de son hématozoaire, par A. Laveran, médecin principal, professeur au Val-de-Grâce. 1 volume grand in-8° avec 4 planches en couleur et 2 planches photographiques. Prix : 10 fr.

De la Circoncision. Indications et manuel opératoire, par le Dr G. Félizet, chirurgien des enfants de l'hôpital Tenon. Br. in-8° avec 10 figures. Prix : 1 fr. 50

Nouvelle méthode pour le traitement des hernies abdominales étranglées, par le Dr Suzeau. 1 brochure in-8°.

Traité de la massothérapie, par M. le Dr Weber. 1 vol. in-8°, avec 30 figures. Prix : 6 fr. Sa compétence en ces matières est bien connue de tous, et son ouvrage est appelé à un grand succès dans le monde scientifique : « C'est de main de maître, dit le préfacier, le docteur Péan, qu'il a décrit le manuel opératoire de la massothérapie, les indications et les contre-indications en chirurgie, en médecine, en obstétrique, en gynécologie.

La massothérapie, pour rendre tous les services qu'on est en droit d'en attendre, demande, de la part de celui qui l'applique, des connaissances spéciales aussi bien en anatomie qu'en pathologie. Autant le massage, appliqué par un praticien habile, est avantageux, autant il est dangereux s'il est confié aux mains inexercées de personnes n'ayant pas fait d'études spéciales. Le livre du docteur Weber a justement pour but d'éclairer toutes ces questions, et, dans le texte, sont intercalées de nombreuses figures qui en rendent la lecture plus facile et plus attrayante.

ALEXANDRE MALOINE,

91, Boulevard Saint-Germain, Paris.

La Neurasthénie. Maladie de Beard (Méthode de Weir Mitchell et Playfair. Traitement de Vigouroux), par le Dr Fernand Levillain, ancien élève de la Salpêtrière. Ouvrage précédé d'une préface du professeur Charcot et suivi d'une notice thérapeutique par le Dr Vigouroux. In-8° de XIII-354 pages. Prix : 4 fr.

LIBRAIRIE J.-B. BAILLIÈRE et FILS,

19, rue Hautefeuille, Paris.

Les Substances alimentaires étudiées au microscope surtout au point de vue de leurs altérations et de leurs falsifications, par E. Macé, professeur d'histoire naturelle à la Faculté de médecine de Nancy. Avec 24 planches coloriées, dont huit reproduites d'après les études sur le vin de M. L. Pasteur et 408 figures dans le texte. 1 vol in-8° de 512 pages. Prix : 14 fr.

L'Anthropologie criminelle et la responsabilité médico-légale, par le Dr Emile Dortel, docteur de la Faculté de médecine de Paris, etc. 1 vol. gr. in-8° de 180 pages. Prix : 4 fr.

Maladies et médicaments à la mode, par le docteur Degoix, rédacteur en chef du *Petit Médecin des Familles* et de l'*Hygiène pratique*, etc. ; vol. in-18 de 176 pages. Prix : 2 fr.

Précis d'hygiène publique, par le Dr Bedoin, médecin-major de 1re classe, membre de la Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle. Préface par M. le professeur P. Brouardel, doyen de la Faculté de médecine de Paris, président du Comité consultatif d'hygiène publique de France. 1 vol. in-16 de 333 pages avec 70 fig., cartonné. Prix : 5 fr.

Traité des maladies du larynx, du pharynx et des fosses nasales, par le Dr Lennox Browne, chirurgien de l'hôpital pour les maladies du larynx, à Londres ; traduit par M. le docteur Aigre. Préface de M. le Dr Gouguenheim, médecin des hôpitaux de Paris. 1 vol. in-8° de 65J pages avec 242 figures et 2 planches. Prix : 12 fr.

FORMULAIRE THÉRAPEUTIQUE

Potion contre la toux des phthisiques. — M. Tacke.

Iodure de potassium......	2 grammes.	
Chloral hydraté..........	1 gramme.	
Chlhorydrate de morphine.	0 gr. 03 centigr.	
Eau distillée............	200 grammes.	
Sirop de réglisse......	} āā 25	—
Sirop de guimauve....		

Mêlez. — A prendre : une cuillerée à bouche toutes les deux heures.

Hôpital Saint-Antoine

Observation recueillie à l'hôpital Saint-Antoine dans le service de M. le docteur Landrieux dans un cas *d'anémie*, salle Chomel, lit n° 10.

Augustine D... couronnière, âgée de 19 ans, entrée le 12 mars 1889.

La malade se plaint de maux de tête continuels, de palpitations de cœur, d'étourdissements, de névralgies intercostales et de troubles dyspepsiques.

Antécédents héréditaires. Son père est mort de la rupture d'une anévrysme, et sa mère de phthisie.

Antécédents particuliers. A l'âge de 7 ans la malade a eu une pneumonie ; à 13 ans elle a contracté la fièvre typhoïde. Sa santé a toujours été délicate, et depuis plusieurs années elle tousse beaucoup ; il y a trois ans elle a eu deux hémoptysies. Bien réglée jusqu'au mois d'août dernier, elle n'a pas eu de flux menstruel depuis cette époque, quoiqu'elle ne présente aucun signe de grossesse. Elle a des pertes blanches très abondantes.

Il y a six semaines la malade a commencé à ressentir une faiblesse générale se traduisant par des étourdissements fréquents et par des syncopes, qui la surprenaient surtout lorsqu'elle se levait. En même temps sont survenus des maux de tête et des palpitations de cœur assez vives pour déterminer des accès d'oppression. Ces palpitations n'étaient provoquées par aucun effort, et la malade en ressentait lorsqu'elle était couchée.

Ces étourdissements et ces palpitations forcèrent la malade à abandonner toute occupation, et se compliquèrent de douleurs disséminées dans divers régions du thorax, et de troubles dyspeptiques comprenant un dégoût profond pour les aliments, des digestions pénibles et des vomissements. En outre depuis quelque temps la malade tousse et constate un amaigrissement notable; néanmoins elle n'a pas de transpirations nocturnes.

Lorsqu'elle entre dans le service sa faiblesse est extrême, et elle peut à peine se soutenir ; elle est très pâle ; ses lèvres, ses gencives, ses conjonctives sont absolument décolorées.

L'examen des poumons, sauf quelques râles de bronchite, n'offre rien de particulier. On ne perçoit pas de matité à l'auscultation du cœur; on ne trouve pas de souffle au niveau de l'artère pulmonaire, mais des battements précipités et beaucoup d'arhythmie.

Traitement : *Vin de chalybé, vin de pepsine*; *Eau de La Bourboule*; *Douches sulfureuses.*

Du 12 au 20 l'état général de la malade varie peu. Les maux de tête sont continuels ; les étourdissements persistent ainsi que les pertes de connaissance ; les troubles dyspeptiques ne disparaissent pas ; les palpitations de cœur seules sont moins nombreuses et moins pénibles.

Du 20 au 25 l'appétit reste médiocre ; les digestions pénibles et accompagnées de renvois et de pesanteur d'estomac ; quelques repas sont suivis de vomissements. Malgré ses maux de tête, qui sont moins forts dans la journée que le soir, malgré des étourdissements nombreux et des palpitations, la malade se lève un peu.

Du 25 mars au 1er avril, une légère amélioration se produit, surtout au sujet des palpitations qui ne surviennent plus au repos, et qui n'apparaissent que sous l'influence d'un effort ou d'une marche un peu rapide. Les maux de tête ne sont plus aussi vifs et ne persistent pas toute la journée comme dans le début. Les étourdissements sont moins nombreux et les syncopes ont disparu.

Les névralgies intercostales sont plus tenaces, et tourmentent encore la malade. Les repas n'ont pas été suivis de vomissements et l'appétie est plus exigeant.

Du 1er au 7 l'amélioration s'accentue. Les étourdissements ont fini par disparaître comme les syncopes ; les maux de tête ont cessé, ou s'il reparaissent quelquefois le soir, ils ne sont pas violents. Les palpitations ne surviennent que rarement, et ne causent plus ces accès d'oppression qu'elles déterminaient au début. L'appétit et les digestions sont satisfaisants. La toux a disparu.

Les forces ont augmenté ; le visage et les muqueuses sont plus colorés ; la malade quitte l'hôpital.

La phtisie des arthritiques et son traitement.

On sait que la tuberculose pulmonaire revêt chez les arthritiques une allure particulière caractérisée surtout par la bénignité relative de la maladie. Or,

malgré la connaissance de ce fait que nous devons principalement à Pidoux, l'étude clinique de la « phtisie arthritique » présente encore de nombreuses lacunes. Ce genre de phtisie étant une maladie des gens riches ou aisés qui ne viennent pas se soigner à l'hôpital, on comprend pourquoi son étude rencontre de si nombreuses difficultés.

Aussi croyons-nous opportun de donner ci-après un aperçu général sur la séméiologie, le pronostic et le traitement de la phtisie chez les arthritiques, tel qu'il se dégage des observations de M. le docteur Alfred Sokolovski, médecin de l'hôpital du Saint-Esprit, à Varsovie, qui a souvent eu l'occasion d'étudier cette forme morbide chez des malades de sa clientèle privée.

D'après notre confrère polonais, la coexistence de la phtisie pulmonaire et de l'arthritisme peut se produire de deux façons différentes : tantôt la phtisie apparaît chez un sujet déjà atteint de diathèse arthritique ; tantôt, au contraire, cette diathèse se développe chez un phtisique qui, à côté de son affection pulmonaire, ne présentait d'abord aucun symptôme d'arthritisme.

Ce sont les cas du premier groupe qui constituent la *phtisie arthritique* proprement dite. Au point de vue séméiologique, ils sont caractérisés par la prédominance de troubles de l'état général ou de la fonction des organes autres que les poumons, tandis que les symptômes pulmonaires font défaut ou sont peu apparents. C'est ainsi que, dans beaucoup de cas, on ne constate qu'un affaiblissement général qui se développe lentement ; d'autres fois, on voit survenir d'abord des troubles gastro-intestinaux ou des douleurs arthritiques persistantes dans diverses articulations. Tous les malades de M. Sokolovski appartenant à cette catégorie étaient, avant l'apparition chez eux de la tuberculose pulmonaire, des arthritiques avérés ; ils éliminaient de l'acide urique en excès et souffraient parfois de coliques néphrétiques et de tuméfactions articulaires ; plusieurs d'entre eux étaient issus de parents également arthritiques.

Dans ces cas, la tuberculose pulmonaire affectait une marche extrêmement chronique ; elle était toujours absolument apyrétique. Jamais, même dans les cas de lésions pulmonaires très étendues, on n'observait aucun symptôme d'hecticité.

En dehors d'hémoptysies survenues dans quelques cas, les symptômes pulmonaires se bornaient à un peu de toux et de dyspnée et étaient si peu apparents que souvent, surtout au début de l'affection, les malades ne soupçonnaient même pas qu'ils étaient porteurs d'une lésion grave des poumons et dont l'existence n'était pourtant pas douteuse pour le médecin, vu la présence de bacilles caractéristiques dans les crachats.

Quant aux signes physiques perçus à l'auscultation et à la percussion des poumons, c'étaient ceux qu'on observe dans les cas chroniques de la tuberculose pulmonaire à forme fibreuse, avec cette différence, toutefois, que dans la phtisie arthritique la lésion pulmonaire est généralement unilatérale et conserve jusqu'à la fin son caractère d'*induration*, sans jamais présenter les destructions étendues propres à la période ultime de la phtisie fibreuse.

Le diagnostic de la phtisie arthritique n'est pas difficile dans les périodes avancées ; mais il n'en est pas de même au début de l'affection. On voit, d'après ce qui précède, combien il est important de ne jamais omettre l'examen minutieux des poumons chez les arthritiques qui se plaignent de faiblesse générale ou de troubles gastro-intestinaux, même en l'absence de symptômes pulmonaires apparents. C'est ainsi que, dans un cas de ce genre, M. Sokolovski fut tout étonné de trouver des lésions pulmonaires déjà assez étendues et qui n'avaient provoqué aucun trouble appréciable pour le malade.

Le pronostic de la phtisie arthritique n'est pas défavorable. On serait tenté de penser le contraire en voyant la tuberculose pulmonaire se développer chez des sujets déjà épuisés par des affections arthritiques de longue date ; mais l'observation montre que, malgré le mauvais état général de ces malades et grâce à un traitement rationnel, l'affection pulmonaire se limite chez eux, s'arrête dans son évolution, les bacilles disparaissent dans les crachats et il survient une guérison relative, durable, qui permet aux malades de vivre de la vie active pendant de nombreuses années.

Dans le traitement de ces formes morbides on ne doit jamais perdre de vue la diathèse arthritique, même si les lésions pulmonaires sont accusées. On doit donc, à côté d'une cure climatérique, instituer toujours un traitement anti-arthritique. L'état général du malade, l'état de son urine et de ses organes digestifs fourniront ici les indications pour le choix de l'eau minérale et de la station climatérique appropriées ; mais on peut dire d'une manière générale que le malade se trouvera bien d'un séjour à une altitude modérée et de l'usage de bains chlorurés ou sulfo-chlorurés. Aux cas de coliques néphrétiques et d'atonie du tube gastro-intestinal conviennent les eaux sulfatées, telles que Contrexéville, Marienbad, Carlsbad, etc.

Passons maintenant au deuxième groupe de phtisies des arthritiques, à celui où la diathèse urique apparaît au cours d'une tuberculose pulmonaire préexistante. D'après les observations de notre confrère de Varsovie, les cas de ce genre se rapportent généralement à des individus sans antécédents arthritiques personnels ou héréditaires ayant présenté pendant des années, une affection tuberculeuse du sommet, affection qui, en fin de compte, est devenue stationnaire ou bien a guéri par suite de prolifération abondante de tissu conjonctif. Chez ces malades, qui de leur affection pulmonaire n'ont souvent conservé qu'une disposition à contracter des bronchites au moindre refroidissement, ainsi qu'un peu de dyspnée lorsqu'ils montent les escaliers, on voit parfois se développer, sous l'influence du manque de mouvements, de la torpeur du foie avec pléthore abdominale et d'habitudes de suralimentation, toute une série de troubles de nature incontestablement arthritique : élimination d'acide urique en excès, dyspepsie, constipation, accès de colique néphrétique, douleurs articulaires, œdèmes, etc.

Ainsi que s'en est convaincu M. Sokolovski, il ne faut pas craindre dans ces cas, malgré l'affection pulmonaire ancienne ou persistante, de soumettre les malades à un ensemble de mesures diététiques et hygiéniques dirigées contre l'arthritisme.

Tout d'abord on instituera un régime approprié. De nombreuses expériences cliniques ont montré à M. Sokolovski que, contrairement à l'opinion encore répandue et d'accord en cela avec Thomson, l'abstension de l'usage des viandes ne diminue en aucune façon la quantité d'acide urique et que, d'autre part, le taux de l'acide urique est augmenté surtout par l'ingestion de lait, de beurre, d'œufs, de farineux et de sucreries, aliments dont le malade devra par conséquent s'abstenir complètement. Le malade se nourrira donc de viandes maigres, de certains poissons, de volailles, de légumes verts et de pain grillé en petite quantité ; il s'abstiendra de l'usage de boissons alcooliques, surtout de la bière, et il emploiera comme boisson habituelle de l'eau pure ou bien une eau de table très légèrement alcaline.

Un exercice modéré à l'air libre est de toute nécessité. On veillera, en outre, à la régularité des fonctions intestinales et on administrera, s'il y a constipation, un purgatif salin, de préférence une eau contenant du sulfate de soude. Enfin, on stimulera la peau au moyen de douches ou d'ablutions froides suivies de frictions énergiques, ou bien, si l'hydrothérapie n'est pas bien supportée, au moyen de frictions sèches.

Par l'ensemble de ces mesures, M. Sokolovski a toujours obtenu la disparition complète ou au moins une atténuation très considérable des accidents arthritiques, ainsi que l'amélioration de l'état général chez les phtisiques atteints de diathèse urique.

Paris. — Imp. des Arts et Manufactures, 12, r. Paul-Lelong

CLINIQUE MÉDICALE

Hôpital militaire d'instruction de Lyon.

Le diagnostic de la fièvre typhoïde et les ponctions de la rate, par M. le médecin-major Catrin, répétiteur d'histologie normale et pathologique à l'Ecole du service de santé militaire.

Le malade que j'ai à vous présenter est âgé de 23 ans, soldat depuis 26 mois ; il n'a aucun antécédent morbide héréditaire ou personnel. Pendant ces 26 mois de service, pas un jour de maladie.

De constitution moyenne, quoique un peu maigre, il a des reliefs musculaires assez puissants.

Le 21 novembre, S.... se réveille avec de la céphalée frontale ; malgré une certaine anorexie, il veut néanmoins « se forcer » à manger; c'est là un préjugé enraciné dans l'esprit des hommes et des soldats en particulier qu'on « doit » manger. Dès son repas ingéré, il vomit, se fait porter malade, est exempt, ne revient pas à la visite, et est alors pris d'une diarrhée fétide pendant 5 ou 6 jours, diarrhée extrêmement fatigante malgré le petit nombre de selles. Il n'accuse pas d'insomnie, mais quelques vertiges. L'inappétence, la céphalée, le malaise général continuent, la diarrhée a fait place à de la constipation. Néanmoins S.... fait son service.

Ne vous étonnez pas trop, ne vous extasiez pas trop sur ce courage, remarquez que S.... fait partie d'une compagnie d'ouvriers, où le service militaire est moins pénible, la discipline moins sévère. Les quelques cas de fièvre typhoïde que j'ai pu vous montrer entrant tardivement à l'hôpital appartenaient tous à des employés, ordonnances, infirmiers, ou à des compagnies d'ouvriers. C'est là une remarque importante à noter.

C'est seulement le 15 décembre 1890 que S.... entre à l'hôpital, c'est-à-dire après 24 jours de maladie ou de malaise se résumant en symptômes gastriques (anorexie, diarrhée, vomissements), symptômes nerveux (vertiges, céphalée, lassitude), en outre toux peu pénible mais assez fréquente, non quinteuse.

A l'entrée à l'hôpital nous constatons: Etat général mauvais, face pâle, accablement, somnolence dont les interrogations ont quelque peine à tirer le malade qui affirme avoir beaucoup maigri. Peu de céphalalgie.

Température élevée : 40°,4. Pendant la nuit : rêvasseries, sub-délire.

Anorexie complète, soif vive, langue sèche, rouge à la pointe, blanche en son milieu. Les piliers des amygdales sont rouges, mais on ne constate point cette angine spéciale dont j'ai pu vous montrer antérieurement un exemple remarquable et sur laquelle MM. Bouveret et Duguet ont insisté. Le ventre est ballonné; malgré la constipation, léger gargouillement dans la fosse iliaque droite avec douleur faible à la pression. N'attachez cependant pas une importance trop grande à cette douleur, à moins que le malade ne l'accuse lui-même, car chez nos hommes, vous l'avez vu, maintes fois, la suggestion est trop facile et, bien souvent, il suffit de dire à un soldat malade: vous souffrez ici, pour qu'il réponde affirmativement. Et de fait, en comprimant la fosse iliaque gauche, on provoque également une légère douleur.

Pas de douleur épigastrique ni spontanée ni à la pression.

La rate est très hypertrophiée (8 centimètres de hauteur sur 5 de largeur).

A l'auscultation de la poitrine, on constate des râles abondants muqueux et sibilants. La respiration est rude au sommet droit et en outre des râles sous-crépitants fins s'y entendent en un foyer assez limité. Néanmoins la dyspnée est peu intense, la toux assez rare, l'expectoration muco-purulente.

Le pouls est à 126, régulier, faible, non dicrote. Le cœur est normal comme volume et comme bruits.

Pas d'éruptions cutanées.

Les urines sont très colorées, quoique assez abondantes, 1600 cc. en 24 heures; on n'y trouve pas de bile, pas d'albumine, pas de sucre.

Mentionnons en terminant qu'il y avait encore quelques cas de fièvre typhoïde dans la ville, mais aucun dans le régiment de S...

Le début de la maladie est celui d'un embarras gastrique. Vous avez pu voir déjà combien d'affections diverses débutent par de l'embarras gastrique; en outre les travaux de deux de nos maîtres, MM. Kelsch et Kiener, ont montré les relations intimes de l'embarras gastrique avec la fièvre typhoïde; fréquemment donc l'embarras gastrique n'est qu'une fièvre typhoïde atténuée, une typhoïdette, comme on l'a encore dénommée. Mais nous n'insisterons pas outre mesure, la longue durée de la maladie et la température élevée, encore aujourd'hui, éliminent d'emblée l'embarras gastrique simple ou même la typhoïdette.

Nous devons donc, disons-le de suite, songer à une fièvre typhoïde, peut-être à une de ces formes ambulatoires, pyrétiques ou apyrétiques si bien décrites, il y a quelque quinze ans, par M. le médecin inspecteur Vallin. L'anorexie, le gargouillement, la diarrhée du début, l'état congestif du poumon, les vertiges, la stupeur, le subdélire nocturne, la splénomégalie, etc., sont bien en effet des symptômes de la dothiénentérie.

Mais encore voyons-nous, au début de la maladie, des vomissements, phénomène assez rare dans la fièvre typhoïde, surtout chez l'adulte, car chez l'enfant par exemple la plupart des maladies infectieuses débutent par des vomissements; la céphalée est frontale et non occipitale, la rachialgie, si fréquente au début, les épistaxis, l'insomnie manquent au tableau; la diarrhée n'est que transitoire.

Si nous avions pu observer le malade depuis le commencement de son affection, nous aurions constaté la présence ou l'absence des taches rosées; aujourd'hui ce précieux secours nous fait défaut, il est trop tard, car l'éruption de taches rosées paraît du 9ᵉ au 10ᵉ jour et peut être fugace.

En outre, des observations d'une authenticité incontestable nous montrent des taches rosées dans la granulie par exemple (Louis, Andral, Jaccoud, Colin, etc.), et Rendu tout récemment encore citait un cas semblable dans ses cliniques médicales.

D'autre part, il est une maladie assez fréquente dans l'armée et qui emprunte à la dothiénentérie un masque tellement identique que je n'ai jamais vu une épidémie de fièvre typhoïde un peu importante sans qu'une erreur de diagnostic ait été commise et qu'on ait pris pour une dothiénentérie une phthisie aiguë à forme de fièvre typhoïde; cette maladie décrite pour la 1ʳᵉ fois par Waller, et constatée depuis par Trousseau, Empis, Bouchard, Colin.

Le début peut ici très bien prêter à la confusion et les vomissements puis la constipation consécutive feraient même pencher la balance vers la granulie ; en outre actuellement cette respiration rude du sommet droit, cette localisation des râles sous-crépitants fins en ce même point doivent encore attirer votre attention.

Le ballonnement abdominal est fréquent dans la granulie; il est dû, comme vous l'avez déjà compris, à une poussée tuberculeuse dans le péritoine et vous ne devez pas, dans ces cas, vous attendre à rencontrer ces zones de

matité et de sonorité, ces gâteaux intestinaux si caractéristiques de la péritonite tuberculeuse chronique.

Le délire se trouve dans les deux affections, autrefois même on croyait celui de la typhoïde plus violent. Petit le premier a relevé cette erreur.

La céphalée n'a jamais eu le caractère atroce qu'on constate chez les typhiques au début, l'insomnie, les épistaxis ont manqué ; le pouls n'est pas dicrote ; on ne trouve point d'albumine dans l'urine.

Quant à l'amaigrissement, il existe dans les deux maladies, peut-être même plus intense dans la granulie. La splénomégalie est un phénomène commun aux deux affections, quoique peut-être plus spéciale à la fièvre typhoïde.

Je vous ai fait remarquer que la pupille droite réagissait moins bien à la lumière que la gauche, et vous savez la fréquence des symptômes oculo-pupillaires dans les affections tuberculeuses des méninges,

En résumé, vous voyez qu'il est permis d'hésiter et que, si beaucoup de symptômes militent en faveur d'une fièvre typhoïde, il en est un certain nombre qui font pencher la balance du côté de la granulie, malgré l'absence des antécédents héréditaires ou personnels, car, sans nier l'influence héréditaire, vous n'ignorez pas qu'on peut contracter la tuberculose malgré des parents très sains, malgré un passé indemne de toute bronchite ou pleurésie.

Néanmoins, je dois encore vous faire remarquer l'absence de bacilles de Koch dans l'expectoration leur présence serait absolument concluante, leur absence est loin d'avoir la même valeur, surtout dans l'hypothèse d'une granulie. En somme, vous voyez combien peut être grand le doute, même à une période avancée de la maladie, alors qu'il semblerait que les symptômes confirmés doivent faciliter le diagnostic.

Eh bien, Messieurs, il est un moyen presque infaillible de lever toute espèce d'hésitation, c'est la *ponction de la rate*, opération simple, facile à pratiquer, exempte de tout danger.

Le médecin militaire, plus que tout autre médecin, doit avoir le respect du malade porté au plus haut point, et d'abord parce que vous avez à soigner l'un des éléments les plus précieux de la nation, le soldat, « sang de notre sang, chair de notre chair, » comme disent les Américains ; et ensuite parce que le soldat n'a point le droit de choisir son médecin, puisque le règlement le lui impose.

Aussi m'avez-vous vu, tout récemment encore, retarder une opération d'empyème que le cuirassier C... refusait ; et malgré toute ma foi en la valeur de cette opération, j'aurais préféré laisser périr le malade plutôt que d'attenter à sa liberté par des moyens coercitifs.

Le raisonnement a suffi, et vous avez vu la guérison suivre rapidement l'opération.

Si j'insiste autant sur ce point, c'est pour vous bien prouver que si je pratique la ponction de la rate après avoir expliqué son but au malade, c'est que je suis convaincu de son absolue innocuité.

D'ailleurs, gardez-vous bien de considérer comme un moyen usuel de diagnose cette ponction de la rate ; vous ne devrez la pratiquer qu'exceptionnellement et seulement dans les cas où vous aurez de puissantes raisons pour douter de l'exactitude du diagnostic, surtout lorsque le traitement devra être sérieusement modifié, selon que vous aurez affaire ou non à une fièvre typhoïde. En outre, vous songerez toujours, avant de ponctionner, à l'hémophilie, cette singulière affection, qui peut rendre dangereuses les opérations les plus bénignes, l'avulsion d'une dent, par exemple. Parmi les milliers de ponctions de la rate faites depuis Philippowitch qui, le premier, tenta cette opération, il n'y a jamais eu qu'un accident dû à une hémorrhagie.

Vous m'avez vu employer fréquemment la seringue stérilisable de Strauss (1) pour vérifier le diagnostic de pleurésie, pour ensemencer, analyser la sérosité pleurale ; c'est avec cette seringue que je pratiquerai la ponction de la rate ; cet instrument est parfait et laisse loin derrière lui de nombreux engins qui n'ont souvent d'autre mérite que celui de venir du pays de la lymphe mystérieuse. Avec la seringue de Strauss, jamais vous n'aurez d'accidents si vous voulez prendre les précautions nécessaires sur lesquelles j'ai déjà insisté en d'autres circonstances.

Cette ponction faite, nous ensemencerons du bouillon phéniqué avec le sang extrait et, grâce à l'ingénieux procédé de M. Vincent (du Val-de-Grâce) (2), en 12 ou 48 heures au plus, nous pourrons être fixé et dans quelques jours vous montrer les cultures du bacille d'Eberth si caractéristiques sur la pomme de terre.

Remarquez que souvent dans le cas de granulie on a trouvé le bacille de Koch dans la rate (Rutimeyer (1885), Striker, Ulacacci, etc.) et qu'ainsi nous avons double raison pour faire cet examen qui peut nous donner soit le bacille de Koch, soit celui d'Eberth et Gaffky.

L'évolution ultérieure de la maladie sauf la guérison, n'aurait point permis de fixer le diagnostic ; la marche de la température aurait même fait incliner pour la granulie, car à 2 ou 3 reprises vous avez pu constater le type inverse, c'est-à-dire la température plus élevée le matin que le soir, marche considérée par beaucoup d'auteurs comme caractéristique, soit de la tuberculose aiguë, soit de la pyohémie, dont il ne saurait être question ici.

La ponction de la rate a donné au contraire un résultat absolument probant et j'ai pu vous montrer ce vernis, ce glacé que dessinent sur la pomme de terre les cultures du bacille typhique ; c'est jusqu'à présent la caractéristique la plus précieuse de ce bacille. Tout récemment encore M. Vincent a montré que les bacilles dits pseudo-typhiques ne donnaient point cette culture sur pomme de terre.

Certes, il ne faut point prétendre faire de vous tous et de tous les médecins militaires des bactériologues capables de travaux originaux ; mais de même que vous devez tous savoir trouver le bacille de Koch, et plusieurs d'entre vous ont pu faire cette recherche dans notre laboratoire, de même aussi vous devez savoir découvrir le bacille typhique, bien que les manœuvres soient ici plus délicates.

D'ailleurs vous n'ignorez point combien, malgré tous nos efforts, toutes nos espérances, la fièvre typhoïde fait encore de victimes dans l'armée ; c'est un ennemi qu'il faut, dès le début de votre carrière, apprendre à bien connaître pour le mieux combattre.

Or vous verrez souvent les épidémies de fièvre typhoïde débuter par des cas obscurs, plus encore que celui que je viens de vous signaler ; dans ces circonstances, la ponction de la rate viendra vous prêter son précieux concours et la précocité de votre diagnostic permettra peut-être de prendre telles mesures capables d'enrayer une épidémie, qui, abandonnée à elle-même, serait devenue meurtrière.

REVUE DES CONGRÈS

VINGTIÈME CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ ALLEMANDE DE CHIRURGIE

Etiologie de l'érysipèle.

M. Jordan (Heidelberg). — Depuis plusieurs années certains auteurs soutiennent l'identité du streptocoque pyogène et du streptocoque de l'érysipèle. Morphologiquement c'est

(1) *Lyon médical*, 1890. Communication à la Société des sciences médicales.
(2) *Société de Biologie*, 1890.

indiscutable ; de plus, les expériences sur l'oreille du lapin fournissent un argument important. Cela est intéressant pour savoir si les suppurations au cours de l'érysipèle sont ou non dues à une infection mixte. Mais, d'autre part, le staphylocoque peut-il produire l'érysipèle ? C'est un point inconnu. Voici une observation humaine sur le rôle du streptocoque.

Un garçon de 16 ans tombe malade le 28 décembre avec un érysipèle de la face et un phlegmon de la région du front et des yeux. Au sixième jour il survient un gonflement de la région tibio-tarsienne droite avec suppuration, fluctuation, œdème collatéral et tous les signes d'un érysipèle typique. A l'évacuation du pus sanguinolent par une incision, on trouve au niveau du périoste un orifice gros comme un pois, et une fois le périoste fendu, on trouve l'os intact. La suppuration du péroné s'est donc développée par l'intermédiaire du sang qui a provoqué un érysipèle ayant marché du dedans au dehors. C'est un fait de métastase qui démontre que l'érysipèle peut se développer par l'intermédiaire de la suppuration. Il a pu s'agir également d'une auto-infection ; seulement dans la peau on a trouvé le même micro-organisme que dans le pus, le streptococcus pyogenes. Au neuvième jour, accidents de dilatation aiguë du cœur qui disparait au bout de 14 jours ; par conséquent phénomènes d'affaiblissement du myocarde. Plus tard, pneumonie de la base gauche, puis à droite. On ponctionna le foyer et dans le liquide on trouva également le streptococcus pyogenes. Les lésions bientôt rétrocédèrent, mais au niveau de la tête il existait toujours des foyers de suppuration. Le 19 janvier le malade entre en convalescence, mais le 22 il est pris brusquement de vomissements, de maux de tête, de sopor, de fièvre. Bref, il survient un nouvel érysipèle qui part du front et qui persiste pendant cinq jours. Au niveau de la mâchoire inférieure on excise sur le bourrelet de la rougeur érysipélateuse une parcelle de peau et à l'examen bactériologique on trouve encore une fois le streptococcus pyogenes. L'unité étiologique de ces diverses affections se trouve ainsi établie.

La marche des phénomènes fut donc la suivante : l'érysipèle phlegmoneux de la face à streptocoques provoquant une infection du sang ; les streptocoques pénètrent dans le péroné où ils provoquent un foyer de suppuration et un érysipèle de la peau, puis une pneumonie migratrice et une récidive d'érysipèle de la face. L'examen du sang a également démontré la présence des streptocoques.

M. Fehleisen tient à répéter qu'il n'a jamais nié les propriétés pyogènes du streptocoque de l'érysipèle.

Microbes pathogènes dans la sueur.

M. Brunner (Zurich). — Au mois de novembre 1890, le père âgé de 67 ans et le fils de 32 ans contractent presque en même temps un anthrax. Huit jours plus tard, la domestique est prise également de furoncles sur diverses parties du corps. Depuis quelque temps une chèvre qui appartenait à ce ménage présentait des croûtes noires sur son pis, et elle a été traite successivement par les trois malades. Les cultures faites avec les sécrétions du pis de la chèvre ont donné lieu au développement des staphyloc. pyog. albus et citreus, du proteus mirabilis. Il s'agissait évidemment de cow-pox infecté après l'ouverture des pustules par la pénétration des bactéries de la putréfaction.

Malgré le grattage, le processus s'est propagé et le dernier foyer n'a été évacué chez le malade que trois semaines après le début de l'affection. On trouva en même temps des staphylocoques dans l'urine ; puis le malade fut pris de suppurations de la prostate, le foyer s'ouvrit dans le rectum, il survint une pyhémie chronique et le malade succomba. Le pus de l'anthrax ne renfermait pas de staphylocoques, mais l'examen du sang a donné des résultats positifs.

Afin de provoquer une transpiration abondante, M. Brunner donna à son malade de la phénacétine. Une heure après, quand la transpiration fut très abondante, on recueillit, avec toutes les précautions usitées, de la sueur qui, sur des cultures, donna lieu au développement du staphylocoque albus. Inoculée à un cobaye, la sueur a provoqué une péritonite dont l'exsudat contenait également le staphylocoque. L'examen microscopique du sang et de la sueur recueillis simultanémen a également démontré la présence du staphylocoque. Les expériences faites ensuite sur des animaux ont démontré que : 1° chez certains animaux (porcs, chats, chevaux), la sueur de la transpiration provoquée par une irritation chimique ou électrique renferme des micro-organismes pathogènes et non pathogènes. Même fait pour la salive. 2° Dans toutes les maladies infectieuses dans lesquelles le sang renferme des micro-organismes, ces derniers se trouvent également dans les sécrétions sudorales.

M. Thiersch. — Un grand nombre de chirurgiens rejettent toute intervention chirurgicale dans l'anthrax et la furonculose, de crainte d'une infection générale.

M. v. Eiselsberg a trouvé le staphylocoque pyogène dans le sang et la sueur, dans les cas de pyhémie grave.

Bactériologie de la lymphangite des extrémités.

M. Fischer (Strassburg). — La maladie en question n'est pas une affection spécifique et est produite par les différents micro-organismes pyogènes. Les microcoques ne pénètrent pas dans la profondeur des tissus, mais envahissent les lymphatiques.

Anévrysme artério-veineux de la carotide interne et du sinus caverneux.

M. Nissen (Halle). — Un garçon de 4 ans 1/2 se fait une plaie à la paupière supérieure avec la dent d'une fourchette en zinc. Il survient de l'exophthalmie, des vomissements, de la céphalalgie et un bruit de thrill dans la tête. Lorsque l'enfant est reçu à l'hôpital, on constate de l'exophthalmie pulsatile, de la dilatation des vaisseaux de l'œil, du strabisme convergent. A droite, stase de la pupille, diminution de l'acuité visuelle ; acuité visuelle normale à gauche. Au niveau de l'œil droit en haut et en dehors, thrill continu avec renforcement systolique ; les bruits diminuent d'intensité par la compression des carotides. Par conséquent il y avait stase dans le domaine des deux veines ophthalmiques, paralysie des deux adducteurs et bruits anévrysmaux. Le bruit étant continu, on est obligé d'admettre l'existence d'un anévrysme artério-veineux traumatique. Le 14 février, on fit la ligature de la carotide primitive du côté droit. Au bout de 15 jours, les phénomènes et bruits morbides ont disparu. A gauche on ne trouve plus d'exophtalmie qui est encore un peu marquée à droite. La stase veineuse a disparu à droite, mais à gauche elle existe encore dans une veine de l'angle externe de l'œil. La paralysie de l'adducteur existe encore un peu à droite seulement. Le thrill a disparu. Le fond de l'œil est normal à gauche, à droite les veines sont encore un peu dilatées. L'acuité visuelle est redevenue normale.

La dent de la fourchette a probablement produit une fracture à esquilles dont une a probablement pénétré dans le sinus transverse et la carotide.

M. Wœlfler a observé, après un traumatisme, de l'exophthalmie de l'œil droit. Il existait une communication entre la carotide et le sinus. La guérison a été obtenue par la compression de la carotide.

Dr Georges Meyer (Berlin).

CONGRÈS ALLEMAND DE MÉDECINE INTERNE

Centrifugation des liquides.

M. Litten. — Les procédés habituels pour l'examen des liquides normaux ou pathologiques présentent de grands inconvénients. Ainsi l'étude des sédiments urinaires ne peut se faire qu'après dépôt de l'urine et, dans ces conditions, le liquide peut présenter des altérations chimiques considérables et même certains éléments pathologiques ; les cylindres, par exemple, se transforment ou disparaissent. La filtration ne pare pas à tous ces inconvénients. M. le Dr Thôr Steenbeck a imaginé un procédé de centrifugation qui permet de simplifier et de faciliter beaucoup l'examen des liquides en question. L'appareil construit par cet auteur fait près de 3,000 tours à la minute et à la troisième épreuve on obtient un liquide de toute pureté. Déjà on peut voir à première vue dans le résidu obtenu par cette méthode si le liquide contient du pus, du sang, des cristaux ou des matières colorantes bi-

liaires. Dans d'autres cas, l'examen de ces dépôts permet de déceler facilement la présence de micro-organismes, de bacilles. Cela est de la sorte applicable aux liquides pleuraux. C'est ainsi que l'on retrouva dans une urine provenant d'un malade atteint de cystite tuberculeuse des bacilles de Koch qui avaient été vainement cherchés par tout autre procédé. L'appareil peut également servir à décider si une urine est hématique ou seulement hémoglobinique, si elle contient des cylindres ou une dose même minime d'albumine, dans les cas où les examens par les autres méthodes sont restés négatifs.

Certains faits nouveaux ont déjà pu être mis en lumière. Ainsi l'urine venue du rein renferme déjà à ce moment des urates qui ensuite continuent à se déposer dans la vessie. L'auteur a pu constater aussi la présence, non encore signalée d'une façon constante, d'oxalate de chaux dans l'urine normale. Ce n'est pas à dire que l'on puisse par ce seul examen doser l'oxalate contenu dans le liquide; car une partie des éléments chimiques peut encore rester à l'état de dissolution. L'auteur ne veut pas non plus, par ce seul fait, trancher la question encore discutée de l'oxalurie, mais le procédé nouveau permettra de faire des recherches intéressantes à ce sujet. L'auteur croit cependant l'oxalurie beaucoup plus fréquente qu'on ne croit habituellement; il insiste avant tout sur la rapidité du procédé qui permet par exemple de faciliter la recherche de l'albumine, laquelle, avec l'appareil d'Esbach, demande au moins vingt-quatre heures.

Diabète sucré.

M. Sandmeyer (Marbourg) communique au Congrès différentes observations faites à l'Institut physiologique de Marbourg.

A l'autopsie d'un enfant de 7 ans mort de diabète sucré, l'examen ne permit de constater aucune altération du foie, du pancréas, ni des différentes parties du cerveau. On remarquait seulement les foyers de dégénération dans le tiers antérieur des faisceaux de Goll de la moelle cervicale. On trouvait en plus des altérations du muscle cardiaque et des lésions de divers épithéliums rénaux avec dégénérescence des tubes de Henle.

L'auteur a constaté d'autre part, comme signe prodromique du coma diabétique, l'apparition dans l'urine de cylindres hyalins ou granuleux sans albuminurie. Ces cylindres disparaissent à la fin de l'accès comateux.

Pigment biliaire dans le sang.

M. von Jaksch (Prague). — De petites quantités de matières colorantes biliaires peuvent être décelées dans le sang par le procédé suivant.

On recueille au moyen d'une ventouse 10 à 15 c. c. de sang que l'on filtre à l'amiante. On fait dessécher le sérum ainsi obtenu dans une éprouvette à 70° ou 80°. Puis, en mettant ce sérum dans une étuve à 4°, la matière colorante biliaire donnera par oxydation une coloration verte au sérum. Le même procédé fera reconnaitre l'existence de l'hémoglobinurie et on aura une coloration brune

Glycosurie alimentaire.

M. Moritz (Münich). — Les diverses conditions de la glycosurie alimentaire sont encore mal connues. Elles dépendent de la nature et de la quantité des sucres ingérés et des dispositions individuelles. La dextrose et la lævulose sont rendues en nature dans l'urine. Le sucre de canne est rendu en partie sous cette forme, et en partie sous forme de sucre de raisin. Le sucre de lait est également éliminé sous cette dernière forme. Relativement à la quantité, on doit remarquer que c'est le sucre de lait qui détermine le plus facilement de la glycosurie, et le sucre de raisin qui la détermine le plus difficilement. En tout cas la quantité ingérée doit être toujours très élevée, et beaucoup de personnes n'ont pas trace de glycosurie après l'ingestion de 200 gr. de sucre de raisin. Parfois, par contre, la glycosurie se produit après l'ingestion de 50 gr. de sucre de lait. Celle-ci se manifeste au maximum dans les 3 heures qui suivent le repas pour diminuer et disparaître rapidement.

La quantité de sucre rendue ne dépasse pas 2 grammes lorsque l'on a fait absorber au sujet 200 gr. de sucre de raisin, ou 5 gr. 6 si l'on a donné 200 gr. de sucre de canne.

Réflexé patellaire dans le tabès.

M. Eichhorst (Zürich). — D'après les travaux de Westphal, il est admis que l'abolition du réflexe patellaire coïncide avec des lésions de la partie inférieure de la moelle dorsale, région qui a reçu le nom de « région de Westphal ». C'est pour cela que les réflexes sont conservés au début du tabès, au moment des altérations localisées à la région cervicale. Certaines observations semblent cependant contredire ces faits. L'auteur signale notamment un cas où les altérations étaient bornées à la moelle cervicale et à la partie supérieure de la moelle dorsale et où les réflexes avaient disparu. Mais on constatait une névrite parenchymateuse des deux nerfs cruraux, ce qui peut alors expliquer l'abolition des réflexes.

Maladie d'Addison.

M. Fleiner (Heidelberg). — L'auteur a examiné avec soin le système nerveux de deux sujets morts de maladie d'Addison. L'un était atteint de tuberculose des capsules surrénales, l'autre d'angiosarcome de la capsule surrénale gauche. Dans les deux cas on constatait des altérations des ganglions semilunaires et des rameaux sympathiques jusqu'aux ganglions spinaux. Les cellules ganglionnaires et les fibres nerveuses étaient également atteintes de dégénérescence. Dans le premier cas, tout le sympathique abdominal était complètement atrophié, surtout les branches des deux splanchniques. Dans le second cas, le ganglion cervical supérieur était transformé en un sarcome métastatique de la grosseur d'un œuf de pigeon. Les ganglions spinaux intervertébraux étaient enflammés, leurs capsules épaisses, infiltrées de pigment. Les cellules ganglionnaires étaient très dégénérées. Les filets nerveux allant du sympathique aux ganglions étaient atrophiés, les racines postérieures dégénérées, ainsi que les nerfs intercostaux. Les racines antérieures, ainsi que la moelle, étaient intactes.

Dans les deux cas, le sciatique et le pneumogastrique présentèrent des traces de dégéérescence; les cellules musculaires du cœur étaient atteintes d'atrophie pigmentaire.

Lésions des muscles striés.

M. Knoll. (Prague). — La substance interfibrillaire des muscles est un vestige de la substance embryonnaire qui donne naissance au muscle. Elle a une grande importance au point de vue de leur nutrition. Certains muscles sont riches en substance interfibrillaire; d'autres en ont moins. Je désignerai cette substance sous le nom de protoplasme. Plus un muscle est actif, plus riche il est en protoplasme. Le cœur est composé presque exclusivement de fibres riches en protoplasme. Ces dernières sont plus grêles de les autres; elles subissent, chez les amphibies et d'autres espèces animales à sang froid, des modifications intéressantes: à certaines époques de l'année on voit apparaitre dans la substance interfibrillaire des gouttelettes de graisse en grande abondance. On mettait autrefois ce phénomène sur le compte de la faim ou de la maturité sexuelle de l'animal. Mais j'ai trouvé que ces deux facteurs ne sont pas les seuls à exercer une influence semblable. Si l'on empoisonne des pigeons avec de l'huile phosphorée on trouve des lésions de même ordre. Cette dégénérescence graisseuses ne portent que sur les fibres riches en protoplasme. Chez l'homme c'est le cœur qui présente les lésions les plus accentuées dans les cas d'intoxication par le phosphore. Le protoplasme a donc la plus haute importance au point de vue de l'évolution des lésions des muscles striés.

De l'hydrocéphalie.

M. Quincke (Kiel). — L'accumulation d'eau dans le crâne est nuisible par la pression qu'elle provoque sur le cerveau. Nous avons le rôle de diminuer cette pression.

J'ai fait dans quelques cas la ponction. Le premier cas concernait un jeune garçon de 12 ans, atteint d'une hydrocéphalie considérable; le contenu en liquide s'élevait, comme je le constatai ultérieurement, à 800 centimètres cubes. Il se produisit des vomissements comme signes de l'augmentation de

pression. Comme le crâne était déjà ossifié, je fis par la trépanation une petite ouverture et je laissai la plaie se refermer; je fis une ponction par cette brèche comme si c'était une fontanelle. Je ponctionnai six fois dans l'espace de quelques mois. Je déterminai en même temps la pression cérébrale et je trouvai une pression de 29 à 51 millimètres de mercure, la plus haute dans les dernières ponctions. Les symptômes ne furent que médiocrement atténués; pendant la ponction disparut très souvent la contracture de la nuque et de la hanche qui existait auparavant.

Dans le second cas il s'agissait d'une hydrocéphalie aiguë fébrile chez un enfant de 2 ans, malade depuis 4 jours. L'un des lobes pulmonaires supérieurs était infiltré : il y avait du délire, de la contracture de la nuque, du strabisme, de l'inégalité pupillaire, phénomènes que l'on crut devoir rapporter à la méningite tuberculeuse. Il me parut peu indiqué d'ouvrir les ventricules latéraux à travers les hémisphères. Je mis à nu l'espace sous-arachnoïdien de la colonne lombaire et, à trois reprises, je retirai par ponction de 2 à 10 centimètres cubes de liquide. Après chaque ponction il y eut une amélioration, et finalement l'enfant guérit. A la troisième ponction, je mesurai la pression et la trouvai égale à une colonne mercurielle de 10 millimètres. J'ai la conviction que la ponction de l'espace sous-arachnoïdien a été la cause de la guérison, cet espace est en rapport avec les ventricules cérébraux.

C'est la ponction lombaire qui offrira le plus de chances de succès dans les hydrocéphalies aiguës. Mais il est indispensable de diminuer considérablement la pression cérébro-spinale. La ponction lombaire trouvera son indication surtout chez l'enfant; chez l'adulte on aura rarement occasion de la pratiquer. On la fera de préférence entre la troisième et la quatrième vertèbre lombaire. Les espaces intervertébraux présentent leur plus grande hauteur chez les enfants. Leur forme varie beaucoup surtout chez l'adulte. Il faut pénétrer un peu latéralement de l'apophyse épineuse à peu près au niveau de son tiers supérieur et diriger son aiguille vers la ligne médiane : chez l'enfant il faut pénétrer à 2 centimètres, chez l'adulte à 4 ou 6 centimètres. On ne risque pas de léser la moelle, mais seulement la queue de cheval, dont les nerfs sont assez espacés pour rendre ce danger peu probable.

J'ai soumis récemment un adulte au même traitement; il s'était présenté avec des phénomènes de compression cérébrale. Je fis la ponction lombaire, trouvai une pression de 39 millimètres et évacuai en une heure 80 centimètres cubes de liquide), tout cela sous l'anesthésie chloroformique, bien entendu. Le lendemain la marche était devenue plus assurée; mais le succès n'est pas définitif.

SOCIÉTÉ DES MÉDECINS RUSSES

L'opération de Kraske en gynécologie.

M. Zaiatzki rapporte 5 cas d'opération de Kraske pour cancer avancé de l'utérus et il en est résulté 5 insuccès. L'opération n'a de l'avenir en gynécologie que si on l'emploie tout à fait au début de l'affection cancéreuse. Dans ce cas elle aura l'avantage sur l'hystérectomie vaginale de permettre l'ablation d'une plus grande partie du tissu cellulaire du bassin.

M. Solodovnikoff a fait subir à l'opération de Kraske dans des cas gynécologiques les modifications suivantes : section sous-cutanée (avec le ténotome), sous les grands fessiers des ligaments sacro-épineux et sciatiques, incision transversale de 8 à 10 centimètres entre les 3e et 4e trous sacrés, ablation avec le trépan d'une portion triangulaire de la face postérieure du sacrum. Le résultat est la mobilité de la partie inférieure du sacrum et du coccyx retenus par les parties molles. L'opération permet d'obtenir un agrandissement du diamètre antéro-postérieur dans les bassins rétrécis et d'éviter la céphalotripsie.

M. Solovieff. — L'opération de Kraske ne sera guère employée en gynécologie. Les cas dans lesquels le cancer de l'utérus ne peut être enlevé ni par l'hystérectomie vaginale ni par la laparotomie sont rares.

M. Rein. — Dans la période initiale du cancer de l'utérus, l'hystérectomie vaginale est suffisante. Dans les cas graves l'opération de Kraske ne donne rien, même au point de vue des hémorrhagies et de la douleur.

M. Soutouguine. — L'opération de Kraske ne permet pas d'enlever tous les noyaux, dans les cancers avancés de l'utérus. Peut-être est-elle indiquée pour l'ablation des tumeurs bénignes.

M. Sklifasovsky. — L'opération de Kraske présente l'avantage de permettre à l'opération de se faire en quelque sorte à ciel ouvert. Dans certains cas, elle peut être parfaitement indiquée.

Maladie d'Addison.

M. Tchirkoff a observé un cas de maladie d'Addison avec coloration foncée de la peau chez une jeune fille de seize ans. Le cas se distingue par les particularités suivantes : 1° la malade, qui était traitée par l'arsenic, a présenté avant la mort une augmentation de poids de 8 livres ; 2° la proportion d'hémoglobine était chez elle presque normale ; le sang contenait en même temps de la méthémoglobine.

A l'autopsie on trouva une éruption de tubercules frais sur la capsule surrénale gauche

Recherches hématologiques dans la fièvre intermittente.

M. Chtchegloff a examiné, avec le spectro-photomètre de Glau, le sang dans trois cas de fièvre intermittente. La proportion d'hémoglobine diminue pendant les accès, mais revient à son taux normal pendant les intervalles. Il en est de même de l'oxy-hémoglobine. Pendant les accès, on observe encore l'apparition de méthémoglobine.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 5 mai 1891.

PRÉSIDENCE DE M. TARNIER.

M. le Dr Poirier se porte candidat à la place déclarée vacante dans la section d'anatomie et physiologie.

Dépopulation de la France.

L'Académie adopte les vœux suivants :

1° Que dans chaque département il soit établi au moins un asile destiné à recevoir les femmes pendant les derniers mois de leur grossesse ; que toute femme, si elle le désire, puisse y être reçue dans des conditions qui assurent le secret absolu sur son entrée et son séjour dans cet établissement et sur son rétablissement; qu'il soit interdit de faire une enquête administrative sur le domicile et l'identité de toutes les femmes enceintes ou en couches qui sont hospitalisées; que des tours soient établis dans tous les départements et que dans le même local soient réunis un tour et un bureau ouvert; que des secours soient accordés aux femmes ne pouvant, faute de ressources suffisantes, élever leur enfant.

2° Que la loi du 23 décembre 1874 sur la protection des enfants du premier âge soit revisée dans quelques-unes de ses dispositions, et notamment dans celle qui a trait à l'élevage mercenaire. Il ne faut pas désormais qu'il échappe à la surveillance sous le couvert des parents. Il faut qu'une statistique irréprochable permette de mesurer exactement les effets de la loi ; que l'inspection médicale soit organisée partout, et que la loi soit obligatoire pour tous les départements.

3° Que la vaccination et la revaccination soient rendues obligatoires par une loi.

4° En attendant que cette loi d'intérêt national ait été adoptée par le Parlement, l'Académie émet le vœu que la vaccination et la revaccination soient encouragées et facilitées par tous les moyens possibles, en tout temps, et notamment toutes les fois que la nécessité d'y avoir recours aura été signalée aux pouvoirs municipaux par les conseils d'hygiène ou les médecins des épidémies, mais surtout lorsque apparait une menace d'épidémie de variole, parce que, contrairement au

préjugé populaire la vaccination et la revaccination sont le plus sûr moyen d'en arrêter les progrès.

5° Que les enfants soient tous vaccinés et revaccinés dans les écoles, comme les soldats de l'armée de terre et de mer.

6° Que l'isolement des varioleux, surtout dans les établissements hospitaliers, soit imposé par des mesures législatives.

7° Qu'un service régulier de vaccination, fonctionnant dans toute l'étendue du territoire, soit organisé de telle façon que chacun puisse se faire vacciner ou revacciner à jour fixe, sans notable déplacement et sans frais.

8° Que les municipalités et, à leur défaut, les préfets soient armés de pouvoirs suffisants pour assurer la salubrité publique, dans toutes les agglomérations et pour faire distribuer partout de l'eau potable exempte de toute souillure.

L'Académie ajourne le vote des propositions qui visent l'assainissement des établissements publics, la déclaration, l'isolement, la désinfection en cas de maladies transmissibles, ainsi que la réglementation de la prostitution.

Rein calculeux contenant des gaz.

M. Le Dentu. — En tant que rein calculeux, la pièce que j'ai l'honneur de vous présenter ressemble à beaucoup d'autres: distendu et bosselé, par dilatation des calices et atrophie du parenchyme, il renferme des calculs, dont la présence m'a engagé à faire la néphrectomie. Ce qu'il y a de tout à fait particulier, c'est que les pressions exercées sur les bosselures donnent lieu à un gargouillement caractéristique: il renferme donc des gaz. Il n'y a cependant aucune déchirure et la ligature de l'uretère empêche d'entrer aussi bien que de s'échapper les gaz, nés certainement dans le rein. J'ai consigné dans mon ouvrage sur les affections des reins un seul cas de ce genre (p. 484), sur un enfant de 8 ans et chez qui M. Marchant, puis M. Lannelongue firent une ponction exploratrice. La première de ces ponctions donna un demi-litre d'un liquide verdâtre riche en leucocytes. La seconde laissa échapper, comme le gargouillement l'avait fait prévoir, des gaz qui furent recueillis et analysés.

Il fut reconnu que sur 16 centimètres cubes, il y avait 8 cent. cubes d'oxygène, 6 cent. cubes d'azote, 1 cent. cube d'acide carbonique.

L'enfant ayant succombé à des accidents cérébraux, l'autopsie montra que c'était bien d'une dilatation kystique du rein que les gaz avaient été extraits et que cet organe n'était pas en communication avec le tube intestinal.

Dans le cas de M. Lannelongue, le seul que je connaisse, les gaz ne pouvaient provenir d'une décomposition putride. On n'y a pas trouvé trace d'hydrogène sulfuré, c'étaient les gaz du sang dans des proportions anormales.

On peut se demander si, dans les cas de pneumaturie, la séparation des gaz ne se fait pas quelquefois, sinon toujours, dans les tubes rénaux.

M. Guyon. — Ce rein peut être comparé à une vessie, puisqu'il fait réservoir. Or, il a été plusieurs fois prouvé que des gaz se trouvent dans la vessie. M. Guiard a montré que, pour la production de ces gaz, il faut que l'urine soit purulente, c'est-à-dire septique ou qu'elle contienne du sucre.

M. Le Dentu. — Cette loi est bien absolue. Je connais un malade qui expulse de temps à autre des gaz avec son urine; celle-ci est presque normale, à peine trouble, et le malade n'est pas diabétique.

Boues de Dax.

M. le Dr Barthe de Sandfort rend compte des résultats qu'il a obtenus dans les cas de rhumatismes et de névralgies par l'emploi des boues de Dax transportées à Paris, d'après la méthode de l'illutation.

Comité secret

Sur le rapport de *M. Féréol*, la liste suivante de présentation est dressée pour les élections à deux places de correspondant national dans la division de médecine : 1° M. Farge (d'Angers), 2° M. Duché (d'Oanne, Yonne), 3° M. Pilat (de Lille), 4° *ex æquo* et par ordre alphabétique, MM. Costa (d'Ajaccio), Liétard (de Plombières) et Spillmann (de Nancy).

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 27 avril.

Origine et rôle des cellules du pus.

M. Ranvier, dans ses études sur l'épiploon enflammé, a repris cette question. On a d'abord dit que ces cellules naissaient par genèse dans un blastème, puis Virchow les a fait dériver de la prolifération des cellules conjonctives; puis Cohnheim a invoqué le diapédèse des globules blancs du sang. La diapédèse est un phénomène incontestable, qui se produit normalement et est certainement exagéré dans l'inflammation. Mais certainement aussi les cellules du pus, quelquefois très abondants, ne peuvent avoir toutes cette origine. Or, dans l'épiploon enflammé, traité, par injections intra-péritonéales de nitrate d'argent à 3 0[00, par l'acide osmique et par les violets de méthyle, on constate que les clasmocytes (identiques chez les mammifères à ce qu'ils sont chez la grenouille) ne tardent pas à disparaître : ils redeviennent embryonnaires et se transforment en leucocytes, qui à leur tour se multiplient par le mécanisme de la division directe avec une rapidité extrême. Il en est de même dans l'œsophage de la grenouille, irrité par cautérisation.

Ces cellules peuvent être résorbées; ainsi chez un rat sacrifié trois jours après l'injection intra-péritonéale de six gouttes de nitrate d'argent à 3 0[00, il n'y avait plus trace de sérosité purulente dans le péritoine; mais il y en a dans les premières 24 heures et alors les cellules du pus ont un rôle important pour éliminer les éléments, nombreux, dont le nitrate d'argent a déterminé la destruction. Il est indispensable que le terrain soit ainsi nettoyé pour que la réparation se fasse. Cela est analogue au rôle des cellules lymphatiques dans la dégénération et la régénération des nerfs.

Mécanisme de la sécrétion urinaire.

M. O. van der Stricht adresse une note dont voici les conclusions :

1° Le plateau qui recouvre la surface interne des cellules sécrétantes du rein doit être considéré comme un véritable organe de protection, destiné à écarter du corps protoplasmique toutes les substances capables d'entraver leurs fonctions. Lorenz a émis le premier cette idée.

2° La structure de cette cuticule varie beaucoup d'après le fonctionnement des cellules épithéliales. A l'état de repos complet, elle est homogène (rein de chauve-souris après hibernation). A l'état d'activité elle est traversée par une ou plusieurs stries claires. Quand celles-ci sont très nombreuses, elle peut paraître constituée par l'agrégation d'un grand nombre de petits bâtonnets, séparés par un suc intermédiaire clair. Souvent le plateau est divisé en plusieurs fragments, soulevés par le liquide accumulé à l'intérieur du protoplasma. Enfin, à la suite d'une activité exagérée, la cuticule peut être détachée et entraînée avec l'urine.

3° Les produits de la sécrétion rénale s'accumulent à l'intérieur des cellules épithéliales sous forme d'amas liquides, présentant l'aspect de stries, de boules ou de vésicules de volume très variable, d'une apparence homogène, hyaline, analogue au contenu des canalicules contournés. Ils sont déversés à l'intérieur de ces derniers par des interstices plus ou moins larges du plateau.

4° Des amas liquides volumineux font souvent irruption à travers la cuticule de revêtement à l'intérieur des canalicules. Ils la soulèvent et l'entraînent à leur suite.

Digestion stomacale de la grenouille.

M. Ch. Contejean. — Les glandes de l'estomac des mammifères sont constituées par deux sortes de cellules : les unes, à contenu clair (*cellules principales* de Heidenhain, *cellules adélomorphes* de Rollett), entourent la lumière des acini; les autres, à contenu trouble et granuleux (*cellules de bordure* ou *cellules délomorphes*, occupent une situation excentrique par rapport aux premières. D'après Heidenhain, l'élaboration des ferments digestifs est exclusivement dévolue aux cellules principales, tandis que la sécrétion des acides reviendrait aux cellules de bordure. Parmi les nombreux arguments que lui et ses disciples apportent à l'appui de cette opinion, l'un des plus importants est le suivant : chez la grenouille, ces deux

sortes de cellules ne sont plus réunies dans une même glande; les cellules principales forment des amas glandulaires en grappe dans les parois de l'œsophage, et les glandes en cul-de-sac de la muqueuse stomacale sont uniquement constituées par des cellules identiques aux cellules de bordure. D'après les recherches de H. von Swiecicki, confirmées par C. Partsch, chez cet animal, la pepsine est fabriquée en totalité dans les glandes œsophagiennes, les acides, dans les glandes stomacales. Les faibles quantités de pepsine que les digestions artificielles révèlent dans la muqueuse de l'estomac proviennent, dans leur opinion, des glandes de l'œsophage et ont été entraînées par la déglutition. Grützner, lui aussi, n'a trouvé du lab-ferment que dans les glandes de l'œsophage. Dans le but de contrôler ces faits, j'ai entrepris une série d'expériences sur des grenouilles. Elles m'ont démontré : 1° que la pepsine sécrétée par l'œsophage est plus abondante ou plus active que celle de l'estomac; 2° que les pepsines œsophagienne et stomacale transforment l'albumine coagulée en syntonine, puis en peptone, sans passer par le stade de pro-peptone; 3° que la prédominance d'action de la pepsine œsophagienne sur la pepsine stomacale se traduit surtout par la quantité plus grande de syntonine qu'elle produit.

Séance du 20 *avril* 1891.

De l'endothélium du péritoine et des modifications qu'il subit dans l'inflammation expérimentale; comment il faut comprendre la guérison des plaies par réunion immédiate.

M. Ranvier. — Lorsqu'on examine l'épiploon d'un cochon d'Inde après fixation à l'acide osmique et coloration au violet de méthyle, on constate que les noyaux des cellules endothéliales sont entourés d'une couche protoplasmique granuleuse d'où partent en rayonnant des travées de protoplasma qui s'anastomosent avec les travées des cellules endothéliales voisines. Il en résulte que le champ de la cellule endothéliale, si nettement circonscrit dans les imprégnations d'argent, correspond à une plaque de protoplasma condensé superficiel. Le protoplasma situé au-dessous et dans lequel le noyau se trouve compris, n'est pas individualisé; son réticulum se poursuit sans discontinuité de cellule à cellule. Cette manière de comprendre les endothéliums est confirmée par les recherches d'histologie pathologique expérimentale. En étudiant les phénomènes inflammatoires provoqués sur l'épiploon de cochon d'Inde ou de rat par l'injection de nitrate d'argent, on voit qu'en certains points l'endothélium est nécrosé; dans d'autres points il est encore en place, mais il est modifié : la plaque endothéliale a disparu, le noyau est légèrement gonflé et le protoplasma qui l'entoure s'est transformé : certaines travées du réticulum protoplasmique ont disparu, tandis que d'autres ont subi une hypertrophie notable. Le pavé endothélial est transformé en un réseau de cellules étoilées semblables aux cellules conjonctives; ce sont des cellules conjonctives. On peut facilement reconnaître que ces cellules sont fixées à des filaments de fibrine qui leur servent de supports. Ces filaments constituent une sorte de charpente servant de support à un nouvel édifice. Tout cela se produit avant qu'il y ait multiplication cellulaire, celle-ci se fait par karyokinèse et se poursuit activement. Les cellules conjonctives redeviennent peu à peu des cellules endothéliales, et, en général, vers le 9e jour, l'endothélium est complètement reconstitué. Il est probable que dans la réunion des plaies il se produit des phénomènes analogues. Il se fait d'abord un exsudat plus ou moins hémorrhagique, duquel se séparent des filaments fibrineux qui se fixent aux faisceaux du tissu conjonctif et constituent une première charpente entre les deux lèvres de la plaie. Les cellules du tissu conjonctif s'accroissent, ainsi que leurs prolongements. Ceux-ci s'accolent aux filaments de la charpente fibrineuse, se soudent les uns aux autres et forment ainsi une seconde charpente plus solide que la première qui va bientôt travailler à l'édification définitive de la cicatrice par le développement de faisceaux conjonctifs et de fibres élastiques.

Le seigle enivrant.

M. Prillieux. — Dans quelques communes de la Dordogne (Firbeix, Mialet et Saint-Saud), le seigle de la récolte de 1890 a présenté des propriétés toxiques singulières et très nettement marquées.

Dans un village près de Mialet, un des colons du docteur Millet s'était empressé de faire moudre un sac de seigle aussitôt après la récolte et d'en fabriquer du pain, lequel a rendu malades toutes les personnes de la maison environ deux heures après leur repas. Elles ont été atteintes d'un engourdissement général et se sont trouvées, pendant vingt-quatre heures, dans l'impossibilité de se livrer à un travail quelconque ; elles ont même été obligées de se coucher. Dans plusieurs villages voisins, le même fait s'est produit sous la même influence. Enfin, les animaux (chiens, porcs et volailles) auxquels on avait donné de ce même pain sont devenus mornes, engourdis et ont refusé de manger et de boire pendant vingt-quatre heures. Les effets produits par ce seigle vénéneux ne ressemblaient pas à ceux que cause l'ergot, mais plutôt à ceux de l'ivraie, avec une action plus intense et plus rapide.

Or, des faits semblables ont été récemment constatés à l'extrémité de l'empire russe, dans l'Oussourie méridionale, auprès de Vladivostock, et M. Woronine, qui a pu étudier des échantillons du seigle, cause de ces accidents, a reconnu qu'ils étaient envahis par un grand nombre de champignons de diverses sortes, et a attribué à ceux-ci les propriétés toxiques, stupéfiantes et enivrantes.

De mon côté, étudiant les grains du seigle enivrant de la Dordogne, j'ai constaté dans leur intérieur la présence d'un champignon toujours le même, absolument différent de ceux du seigle d'Oussourie, et dont la formation des spores semble justifier la création d'un genre nouveau, distinct du genre *dendrodechium*, et présentant une certaine analogie avec le *sporochisma paradoxum* de l'ananas.

Séance du 6 *avril* 1891.

Transformations in vitro des cellules lymphatiques en clasmatocytes.

M. Ranvier. — Lorsqu'on dépose une goutte de lymphe péritonéale de la grenouille, recueillie au moyen d'une pipette stérilisée, au milieu d'une cellule de verre, on reconnait, à l'aide du microscope, à côté des globules rouges du sang, des cellules lymphatiques amiboïdes. Ces cellules ont des mouvements très vifs lorsque l'examen est fait à la température de 15° C. ; si, au contraire, on porte la température à 25° C., on les voit s'immobiliser en revêtant les formes complexes qui caractérisent les clasmatocytes. Elles présentent alors des prolongements arborisés d'une longueur et d'une complexité plus ou moins grandes. A côté de ces clasmatocytes typiques, on trouve des cellules affectant des formes intermédiaires avec les cellules lymphatiques amiboïdes, c'est-à-dire présentant encore des mouvements partiels d'une grande lenteur. Les prolongements des clasmatocytes normaux, comme ceux des éléments obtenus *in vitro*, ne s'anastomosent jamais entre eux.

Destruction du pancréas.

M. Gley. — Les expériences de von Mering et Minkowski ont démontré que l'extirpation complète du pancréas détermine toujours le diabète chez le chien. Cette glycosurie peut aussi être obtenue par la ligature des veines pancréatiques. Mais sur 7 chiens opérés dans ce but, 3 seulement ont présenté de la glycosurie et encore ce trouble n'a duré que 24 heures. On peut donc admettre que, normalement, il est nécessaire que la circulation veineuse du pancréas ne soit pas complètement supprimée pour que l'organe puisse agir sur les matières sucrées de l'économie. Dans une autre série d'expériences, M. Gley a cherché à détruire le pancréas autrement que par l'extirpation. C'est à l'aide de l'injection de glycérine colorée au bleu C4B ou de suif coloré au violet 5B que l'on obtient les meilleurs résultats, car l'injection colorée permet de reconnaitre immédiatement si tout le pancréas a été injecté. Il est toujours nécessaire de faire précéder cette injection de la ligature du conduit accessoire. Le phénomène obtenu par ce procédé a toujours été transitoire jusqu'à présent.

M. Hedon. — En injectant de la paraffine dans le canal de Wirsung, puis en pratiquant l'extirpation de la portion verticale du pancréas, on obtient les mêmes phénomènes que par l'extirpation totale de la glande. Le tissu de la portion

horizontale injectée présentait au bout de quelques jours des modifications profondes (sclérose et altération des acini). Les animaux opérés ont tous présenté des troubles profonds de la nutrition : troubles digestifs passagers, polyphagie, amaigrissement, polyurie, azoturie et dans quelques cas glycosurie passagère. La glycosurie se montrait 8 à 10 jours après l'opération, elle était peu importante et très fugitive. L'azoturie était très accusée et paraissait être l'expression d'un trouble dans l'utilisation de l'azote par les tissus. Cette azoturie était liée à la polyphagie. Elle diminuait parallèlement à la ration alimentaire. Mais alors la consomption se produisait, tandis que celle-ci n'avait pas lieu lorsqu'on donnait à l'animal une forte quantité de nourriture. On est en droit de rapprocher les symptômes observés chez cet animal de ceux qui se montrent dans le diabète insipide azoturique à forme consomptive.

Séance du 31 mars 1891

Emploi de l'acide carbonique liquéfié pour la filtration et la stérilisation rapides des liquides organiques.

M. A. d'Arsonval. — Les remarquables effets produits par l'injection sous-cutanée d'extraits provenant des différents tissus de l'organisme, suivant la méthode de Brown-Sequard, m'a conduit à étudier un procédé rapide et sûr pour stériliser *à froid* les liquides renfermant des substances albumineuses ou colloïdes. Ce procédé consiste à la fois à recourir : 1° à la filtration à travers la porcelaine du liquide à stériliser; 2° à l'action spéciale bactéricide qu'exerce la pression du gaz que l'on emploie, c'est-à-dire l'acide carbonique liquéfié. On sait que l'acide carbonique est le gaz qui est normalement en contact avec les tissus, puisque les éléments anatomiques vivent dans la lymphe qui en est saturée; il ne peut donc en altérer la composition d'une manière notable. Le liquide à filtrer est mis en présence du gaz carbonique liquéfié à une pression moyenne de 45 atmosphères, pression qui agit d'abord pour stériliser directement le liquide et ensuite le rcer à filtrer rapidement à travers la bougie.

La résistance des microbes à l'action stérilisante du gaz est res inégale suivant leur nature, mais en prolongeant la pression et surtout en l'augmentant par l'intervention d'une température de 40°, incapable de coaguler les albuminoïdes, il n'est pas d'être vivant qui puisse résister. Aussi, en graduant convenablement ces deux facteurs (le temps et la pression), on peut atténuer certaines cultures, retarder leur développement, etc. Enfin, si l'on fait intervenir la filtration et la pression, j'ai remarqué que la richesse en substances colloïdes du liquide filtré était en relation intime avec la pression exercée sur le liquide. Dans un mélange de peptone et d'albumine d'œuf, par exemple, on peut graduer la pression de façon que la peptone passe d'abord presque seule; mais, à 50 ou 60 atmosphères de pression, avec des pâtes convenables, tout passe, excepté les corps figurés. Avec des liquides contenant des ferments divers, comme le liquide pancréatique, on arrive, en graduant la pression, à avoir des liquides dont l'action est très différente, certains ferments passant seuls ou tout au moins beaucoup plus rapidement que d'autres.

En résumé, par une étude minutieuse de toutes ces conditions, ce procédé pourra devenir une méthode d'analyse physique précieuse pour la physiologie et la chimie organique. Dès à présent, du reste, l'appareil auquel j'ai recours rend les plus grands services pour la stérilisation à froid des liquides organiques destinés aux injections sous-cutanées, et est constamment employé dans ce but, depuis trois mois, avec le plus grand succès au laboratoire de médecine du Collège de France.

Loi de position des centres nerveux.

M. A. Julien. — Les centres nerveux sont ventraux chez les Rayonnés, dorso-ventraux chez les Annelés et les Mollusques, dorsaux chez les Vertébrés. On peut donc dire que ces centres se réduisent à *trois types bien distincts : ventral, dorso-ventral et dorsal.* Mais ne serait-il pas possible de découvrir un caractère commun permettant de les embrasser tous les trois dans une même formule?

En les comparant attentivement, j'ai été amené à trouver une loi biologique générale que j'appellerai *loi de la position des centres nerveux* et que je formule ainsi : *il y a un rapport constant entre la position des principaux centres nerveux et celle des principaux organes sensoriels et locomoteurs.*

J'ajoute que la caractéristique de l'animal est constituée par la sensibilité et la motricité.

A la sensibilité correspond l'appareil indicateur, ou système cutanéo-sensoriel, qui comprend la peau et les organes sensoriels.

A la motricité correspond l'appareil locomoteur, qui comprend les systèmes squelettique (organes passifs) et ambulacraire (organes actifs).

Au point de vue fonctionnel, les appareils indicateur et locomoteur sont intimement liés au système nerveux qui les tient sous sa dépendance. Le système nerveux constitue, en effet, l'appareil récepteur des impressions subies par la peau et les organes sensoriels et l'appareil excitateur des mouvements; il sert à la régulation et à l'harmonisation de la sensibilité et de la motricité.

N'est-il pas rationnel qu'un rapport anatomique constant lie des appareils si étroitement unis au point de vue physiologique? Contrairement à l'opinion d'Ampère et d'Étienne Geoffroy Saint-Hilaire, *le vertébré n'est donc pas pas plus un annelé retourné que l'annelé n'est un vertébré retourné.*

Le vertébré est un animal dont les principaux organes sensoriels et locomoteurs et, partant, les principaux centres nerveux sont dorsaux.

L'annelé est un animal dont les principaux organes sensoriels sont dorsaux, tandis que ses principaux organes locomoteurs sont ventraux; par suite, ses principaux centres nerveux sont en partie dorsaux et en partie ventraux.

Séance du 23 mars 1891.

Enregistrement simultané de l'onde électrique d'excitation et de la contraction musculaire résistante.

M. A. d'Arsonval. — On sait que les courants brefs (décharges de condensateur, courants d'induction, etc.) sont constamment employés en physiologie et en médecine pour exciter les nerfs et les muscles. Or, les réactions qui résultent de ces excitations sont liées étroitement à la forme de l'onde émanant de l'appareil électrique, ainsi que je l'ai montré par de nombreuses expériences, depuis 1881. Il est donc très important de pouvoir : 1° connaître la forme de cette onde que j'ai appelée *caractéristique de l'excitation*; et 2° d'avoir la possibilité de faire varier cette forme à volonté.

La courbe qui représente la *caractéristique d'excitation* est fonction de trois variables, qui sont : 1° le potentiel maximum de la décharge; 2° le temps de variation du potentiel; 3° la quantité d'électricité traversant l'organe excité, et dont chacune modifie l'excitation dans des proportions qu'il est indispensable d'étudier séparément pour chacun d'eux. La méthode à laquelle j'ai eu recours dans ces recherches et que j'ai imaginée en 1881 permet de faire varier *isolément* chacun des trois facteurs ci-dessus d'une façon continue et de combiner, de plus, ces variations deux à deux ou trois à trois. C'est une méthode générale à l'aide de laquelle on peut inscrire directement sur un cylindre enregistreur la courbe de l'onde électrique et, immédiatement au-dessous, la courbe de la secousse musculaire provoquée par cette excitation. La comparaison entre la cause et l'effet est ainsi rendue extrêmement simple.

Nouveau moyen de reconnaître la présence d'une trace d'oxyde de carbone dans une atmosphère gazeuse.

M. Berthelot. — Dans le cours de recherches relatives à l'action de la chaleur sur l'oxyde de carbone, j'ai observé une réaction caractéristique de ce gaz qu'il me paraît utile de signaler : l'oxyde de carbone réduit l'azotate d'argent ammoniacal. On prépare le réactif en ajoutant à une solution étendue d'azotate d'argent de l'ammoniaque diluée goutte à goutte, jusqu'à la limite où le précipité formé d'abord se redissout entièrement, mais sans aller plus loin. Si l'on fait passer dans cette liqueur quelques bulles d'oxyde de carbone, elle ne tarde pas à brunir, même à froid; à l'ébullition, elle donne

lieu aussitôt à un très abondant précipité noir. La réaction a lieu également avec une solution aqueuse d'oxyde de carbone. Elle est extrêmement sensible et s'effectue même en présence d'une grande quantité d'air. Elle pourra dès lors servir à reconnaître la présence d'une trace d'oxyde de carbone dans une atmosphère gazeuse, pourvu qu'il n'y ait point d'autre substance réductrice. La réaction est d'autant plus digne d'intérêt que les formiates alcalins ne réduisent pas l'azotate d'argent ammoniacal et que l'hydrogène pur ne le réduit pas davantage, du moins lorsqu'il a été lavé avec soin dans une solution de permanganate de potasse, afin de le débarrasser de toute trace de gaz réducteurs.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 29 avril 1891

Présidence de M. Nicaise.

Plaies pénétrantes de l'abdomen.

M. Terrier. — J'ai à vous rendre compte de trois observations de plaies pénétrantes de l'abdomen qui nous ont été communiquées par **M. Boiffin** (de Nantes) et **M. Broca** (de Paris). Voici d'abord les deux faits de M. Boiffin.

Le premier concerne un homme qui reçut un coup de couteau. Par la plaie fit issue une anse sur laquelle M. Boiffin vit immédiatement deux perforations qu'il sutura; puis il l'attira un peu plus au dehors, vit deux nouvelles perforations qu'il oblitéra, la désinfecta avec soin, débrida la plaie au bistouri boutonné pour pouvoir réduire l'intestin. L'homme sortait guéri au bout de 4 semaines. J'ai peu à ajouter à cette observation, où le succès justifie la conduite du chirurgien. Pour mon compte, cependant, j'aurais plus largement débridé la plaie pour bien m'assurer de l'état de l'intestin et surtout des vaisseaux dans le ventre.

Le second cas de M. Boiffin est celui d'un alcoolique qui, voulant se suicider, se coupa la trachée et s'enfonça son couteau dans le ventre. Après avoir suturé la trachée, M. Boiffin introduisit une pince dans la plaie abdominale; elle s'enfonça à 10 centim. Il en écarta les mors et vit s'écouler du sang. Il fit alors la laparotomie médiane et trouva deux plaies intestinales — d'où s'écoulait un mucus verdâtre — et une plaie mésentérique. Epanchement sanguin abondant. L'intestin suturé et méthodiquement examiné, l'incision fut suturée, le blessé reçut une transfusion d'un litre de sérum artificiel. Pendant quelques jours il sembla aller bien; mais le cinquième jour, M. Boiffin trouva que deux des fils d'argent de la paroi s'étaient rompus, et l'intestin faisait issue. La plaie fut désunie et le péritoine lavé. Néanmoins le malade succombait le lendemain à une péritonite commençante pour laquelle M. Boiffin penche à incriminer la désunion de la plaie. Je n'en suis d'ailleurs pas persuadé. Autrefois, quand je faisais mes sutures au fil d'argent, j'ai, comme tous mes collègues, observé ces ruptures précoces, et quand le pansement est bien fait, cela détermine rarement de la péritonite. Je ne crois pas nécessaire dans ces cas de désunir et de laver. M. Boiffin a lavé à l'eau bouillie; je préférerais le chlorure de sodium à 7 1/2 0/00, car, d'après les expériences de Malassez, c'est ce qui altère le moins les éléments anatomiques.

M. Boiffin, en tout cas, a eu absolument raison d'intervenir immédiatement, sans attendre un signe de perforation intestinale. Il y avait, il est vrai, de l'épanchement sanguin. Cela même n'existait guère dans le cas de M. Broca, et ici c'est d'une laparotomie exploratrice typique que je vais vous entretenir.

L'homme dont il s'agit avait reçu un coup de couteau un peu à gauche et au-dessous de l'ombilic. La plaie cutanée, petite, ne donnait issue à rien quand M. Broca vit le malade, 1 h. 1/2 après son arrivée à l'hôpital Bichat. La plaie fut explorée au stylet, puis au doigt; elle était sûrement pénétrante et, malgré l'absence de tout symptôme, M. Broca fit la laparotomie exploratrice. Il dévida tout l'intestin grêle, de bas en haut, puis de haut en bas, en le réduisant à mesure, examina l'épiploon, le côlon transverse, l'oméga iliaque; se dispensa, vu le siège de la plaie, d'aller voir aux côlons lombaires et à l'estomac, constata l'intégrité du tout, sutura par sa face profonde la plaie accidentelle qu'il draina, car il la jugea avec raison suspecte, et réunit l'incision hypogastrique. Le malade, tout le temps apyrétique, sortait guéri au 19e jour.

M. Broca a donc tenu une conduite absolument radicale. Il fait remarquer que l'exploration méthodique et complète a été assez rapide et très bien supportée. Evidemment, cette conduite n'est justifiée que lorqu'on est sûr de son asepsie : mais alors j'en suis absolument partisan, et je l'ai déjà dit devant vous. Je ne veux pas, d'ailleurs, recommencer ce débat; mais je crois que le nombre des abstentionnistes diminue, parce que diminue le nombre des chirurgiens qui n'ont pas confiance dans leur asepsie. Attendre le début de la péritonite est dangereux, je le répète. Je reconnais fort bien que certaines plaies intestinales guérissent spontanément. Mais deux fois, dans mon service, j'ai été appelé trop tard, alors que la péritonite avait débuté, et les malades sont morts : l'intervention immédiate les eût peut-être sauvés. Je conclus donc, avec MM. Boiffin et Broca, nettement en faveur de la laparotomie exploratrice.

(M. Terrier cite à cet égard les observations récentes de Lauenstein, Bernays, Scott, Dalton, Dwight Dickinson, Miles déjà analysées dans la *Gazette* (1890, p. 525, 560; 1891, p. 70) et le *Mercredi* (1890, p. 293, 445). Il y ajoute un fait de Lauenstein et un de Kœhler, tous deux heureux et relatifs à des hémorrhagies.)

M. Berger croit que la désunion observée par M. Boiffin est effet et non cause de la péritonite. Il rappelle à ce sujet le cas analogue, mais heureux, qu'il a communiqué au *Congrès de chirurgie* (voyez *Mercredi*, 1891, p. 164). M. Berger est partisan de la laparotomie dès qu'il y a un symptôme de plaie intestinale : il a cependant vu guérir par l'expectation deux malades qui ont présenté l'un de l'hématémèse et l'autre du melœna. C'est d'ailleurs une question de mots, car on ne juge de la pénétration que par ces symptômes. Pour ces laparotomies, il faut aller vite, et c'est un des motifs pour lesquels M. Berger est opposé aux lavages, de l'efficacité desquels, d'ailleurs, il doute pour nettoyer entre les anses au milieu de l'abdomen. Il faut les nettoyer au fur et à mesure qu'on les attire au dehors.

M. Pozzi se range absolument à côté de M. Terrier. Dès le début des discussions sur ce point il s'est d'ailleurs déclaré en faveur de la laparotomie exploratrice, sitôt reconnue la pénétration, car cette laparotomie, si elle est aseptique, n'est pas dangereuse. Il faut être tout à fait réservé sur le lavage du péritoine, surtout avec les antiseptiques, car l'épithélium de cette séreuse est aussi sensible que l'aile du papillon. M. Pozzi termine par quelques indications de technique. La suture intestinale doit comprendre d'abord un plan sur la muqueuse; puis on fait la suture de Lembert, en deux plans même sur le gros intestin. Ces sutures seront faites à la soie, avec des aiguilles très fines, et il faut multiplier énormément les points. M. Pozzi a récemment disséqué un trajet fistuleux, dû à un fil, chez une femme à laquelle il avait enlevé un pyosalpynx (et à laquelle il avait déjà dû au 15e jour refaire la laparotomie pour évacuer un abcès sous-hépatique). Le ventre une fois refermé, il examina le trajet disséqué et y vit un morceau de muqueuse intestinale grand comme une pièce de 0 fr. 20. Immédiatement il fit sauter la suture, oblitéra la perforation intestinale, recousit l'abdomen et la malade guérit.

M. Reclus se rallie toujours à l'abstention; dans un certain nombre de cas : elle lui a donné 5 succès; par la laparotomie, son opéré est mort, mais une hémorrhagie intra-abdominale, jointe à 3 plaies intestinales, indiquait absolument l'intervention. M. Reclus pense que ces laparotomies, même aseptiques, sont toujours graves, qu'il faut craindre le choc. Dans les hôpitaux de New-York, où la chirurgie est aseptique et où on fait toujours la laparotomie exploratrice, on a 50 0/0 de décès.

M. Championnière se joint à M. Terrier et constate qu'on va de plus en plus vers cette doctrine. La laparotomie exploratrice n'est pas grave. Ce qui est grave, c'est quand on trouve quelque chose à faire. Il ne fait pas le lavage du péritoine, non pas à cause de la fragilité épithéliale : le péritoine est très bon enfant et les papillons de M. Pozzi sont des papillons noirs. Mais chercher ainsi à désinfecter, c'est réussir souvent à pousser de la saleté dans le reste du ventre. Au

total, c'est une chirurgie très difficile, peu comparable aux autres laparotomies ; mais elle s'adresse à des cas très graves et dès lors on peut s'accorder quelque marge.

M. Reclus est précisément plutôt abstentionniste à cause de cette difficulté ; dévider, éplucher l'intestin est grave. Et de nos collègues les meilleurs ont laissé échapper des plaies.

M. Berger n'est nullement abstentionniste ; il a opéré 6 blessés sur 8. Mais il reconnait que c'est une opération grave, où toujours on met l'intestin au contact de l'air. Il ne faut donc l'entreprendre que quand on est certain de la pénétration.

M. Terrier. — Je suis heureux de ce débat, qui prouve que la laparotomie exploratrice gagne du terrain. Une plaie est-elle pénétrante — et pour s'en assurer il suffit de la débrider et d'y mettre le doigt — alors moi, M. Pozzi, M. Championnière, M. Broca, nous ouvrons immédiatement le ventre pour voir où en sont les viscères, les vaisseaux. Si nous ne trouvons rien, nous affirmons que notre intervention est bénigne. Quand nous trouvons une lésion, alors l'intervention devient, suivant les cas, plus ou moins complexe et grave et il n'y a pas à établir de comparaison entre une simple ligature artérielle et la suture de plaies intestinales multiples. M. Berger n'est pas tout à fait entrainé, mais il vient à nous de plus en plus. Reste donc l'opposition irréductible de M. Reclus : le temps y fera peut-être quelque chose. Quant à vouloir juger les statistiques américaines en bloc, c'est impossible : il y a à New-York des hôpitaux où la chirurgie n'est pas du tout aseptique. D'autre part, il faudrait examiner les faits un à un pour bien déterminer le temps écoulé entre l'accident et l'admission à l'hôpital et voir ce que donne la laparotomie immédiate, ou à peu près.

Pyoctanine et cancer.

M. Le Dentu a essayé la méthode de Mosetig Moorhof (voy. *Mercredi*, 1891, p. 135), dans trois cancers encore opérables et deux cancers inopérables, avec adénopathies cervicales étendues. Le résultat a été nul dans tous les cas, les épithéliomes opérables ont été enlevés et au microscope leur structure n'était en rien modifiée.

M. Richelot, lui aussi, a expérimenté la méthode dans trois épithéliomes (dont deux récidives) et un ostéo-sarcome inopérables. Aucun bon résultat n'a été obtenu. L'ostéo-sarcome sans doute a diminué d'un bon tiers, en même temps que s'ouvrait une fistule laissant écouler un liquide séreux abondant ; mais en même temps aussi que s'installait la cachexie.

M. Reclus a fait des injections de pyoctanine dans des adénopathies cervicales qu'il a ensuite extirpées. Il a vu que l'injection provoquait des ruptures interstitielles ; mais au microscope il n'y avait pas de coloration des cellules à distance de ces infiltrations.

M. Bazy a seulement vu marcher plus vite un cancer traité de la sorte.

Ostéoclasie pour genu-valgum.

M. Nicaise présente un malade auquel il a fait il y a 5 ans l'ostéoclasie pour genu-valgum bilatéral. Le résultat est resté excellent.

M. Tillaux a également eu ainsi de bons résultats définitifs. Néanmoins, il s'est plutôt rallié à l'ostéotomie.

Suture de l'olécrâne.

M. Berger présente un malade auquel il a fait avec succès la suture de l'olécrâne pour fracture sans plaie.

Tumeur blanche du genou.

M. Bazy a amputé un malade pour tumeur blanche du genou. Sur les os sciés l'œil nu ne voit pas de tubercules ; les os sont graisseux.

M. Berger ne nie pas les synovites pures, mais les croit rares. Récemment il a fait une résection pour ankylose vicieuse ancienne et au centre des os il a trouvé un foyer non éteint.

M. Richelot tient de M. Bœckel que ce n'est pas en raison de la constance des lésions osseuses qu'il se déclare partisan de la résection. D'autre part, M. Roux (de Lausanne) croit que les formes synoviales sont trois fois plus fréquentes que les formes osseuses.

A. Broca.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 1er mai 1891.

Présidence de M. Cornil.

Coccidies.

M. Cornil présente la lecture provenant d'un travail publié dans le journal de MM. Pouchet et Duval et présentant des figures qui rappelleraient les coccidies si on n'en pouvait suivre le développement et établir que ce sont des formes de dégénérescence des cellules épithéliales. Ainsi l'on rencontre très souvent des formes d'inclusion de cellules qui sont dues à des divisions irrégulières du noyau. Le filament protoplasmique au moment de la division se divise de façon à donner plusieurs figures de division, 6 à 8 parfois, reliées encore par de la nucléine. On peut voir parfois l'une de ces figures s'isoler complètement et se développer plus rapidement que le reste. Il en résulte la formation d'une cellule incluse, isolée dans l'intérieur de la cellule mère.

Lorsque le noyau de ces éléments inclus s'est atrophié, qu'il ne présente plus que quelques granulations colorées par la safranine, le noyau de la cellule mère peut reprendre les caractères de l'état statique. On observe alors une cellule ronde enkystée, bien délimitée, à protoplasma mortifié, homogène et translucide, dont le noyau est irrégulier et qui peut être très aisément prise pour une coccidie. La cellule incluse meurt la première parce qu'elle s'est développée la première et parce qu'elle est la plus éloignée des vaisseaux. Les cellules voisines, refoulées par elle, s'arrangent concentriquement de façon à former des globes épidermiques. — M. Cornil, sans nier l'existence des coccidies, doit avouer qu'il n'en a jamais trouvé de figures bien nettes dans les épithéliomes qu'il a observés.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 25 *avril* 1891

Sur le ferment glycolytique.

MM. Lépine et Barral. — M. Arthus a communiqué à la Société, dans sa dernière séance, un mémoire intéressant dans lequel il conteste « la *préexistence* du ferment glycolytique dans le sang circulant », et, par suite, le bien-fondé de la théorie du diabète émise par l'un de nous. Ne connaissant de ce mémoire que les comptes-rendus de la presse non officielle, nous ne pouvons actuellement le discuter en détail ; aussi nous contentons-nous aujourd'hui d'opposer aux conclusions formulées par ce distingué physiologiste les propositions suivantes :

1° Le ferment glycolytique provient en grande partie, mais non exclusivement, du pancréas, il existe normalement, dans le sang circulaire, en quantité variable, suivant les conditions diverses d'alimentation, etc.

2° Il est non seulement contenu dans les globules blancs, ainsi que nous l'avons antérieurement démontré, mais il y paraît fixé de telle sorte que, dans les expériences *in vitro*, il ne passe bien dans le sérum que si certaines conditions d'osmose, etc., sont réalisées, ou bien si les globules blancs éprouvent un certain degré de destruction.

3° La diminution du sucre dans les premiers quarts d'heure qui suivent la sortie du sang des vaisseaux est une question fort complexe : ainsi que nous l'avons dit récemment, elle est la *résultante* de deux processus opposés : 1° la destruction du sucre au moyen du ferment glycolytique ; 2° la formation de sucre dans le sang aux dépens du glycogène préexistant, et vraisemblablement sous l'influence du ferment diastasique, dont la présence dans le sang est bien connue. Ce qui prouve la réalité de ce dernier processus, c'est le fait, maintes fois constaté par nous, de l'augmentation possible du sucre dans

le sérum, mis au bain-marie à 38°, immédiatement après la centrifugation du sang. Si ce phénomène est, dans le sérum, moins exceptionnel que dans le sang entier, c'est parce que le ferment glycolytique, ainsi que nous l'avons indiqué antérieurement, ne passe pas facilement dans le sérum. Nous appelons tout particulièrement l'attention sur cette *glycogénie hématique*, que Cl. Bernard n'a point connue, et qui, fort intéressante au point de vue de la biologie générale, complique singulièrement, comme on voit, l'étude de la glycolyse dans le sang.

4° Si l'on met au bain-marie, à 38° ou 39° C., du sang d'un chien à l'inanition, ne renfermant pas, par conséquent, une quantité appréciable de glycogène, la perte en sucre, contrairement à l'assertion erronée de M. Arthus, est plus grande dans le premier quart d'heure que dans les quarts d'heure consécutifs.

5° Pour les motifs indiqués dans les deux paragraphes précédents, et d'autres encore, les conclusions de M. Arthus ne sauraient être considérées comme exactes et par suite la préexistence du ferment glycolytique dans le sang ne peut être sérieusement contestée. Nous nous plaisons d'ailleurs à reconnaître que celle-ci n'est qu'un cas particulier de la loi *sur la sécrétion interne des glandes* formulée par l'illustre président de la *Société de biologie*.

Séance du 2 mai 1891.

Greffe de tumeurs malignes.

M. Moran a greffé à des souris, dans l'aisselle et l'aine, des fragments d'une tumeur spontanée d'un animal de même espèce. La greffe a réussi, et la tumeur primitive, qui était un épithéliome cylindrique, s'est reproduite avec ses caractères histologiques. M. Moran a essayé alors une seconde série de greffes sur les souris, et a réussi dans cette tentative. Actuellement il se trouve à la tête de dix-huit inoculations, ou greffes en série, toujours sur la souris blanche. Non seulement la greffe prend, mais on observe des généralisations viscérales des tumeurs. L'auteur rappelle qu'Onimus et Trasbot, en 1864, ont déjà obtenu la greffe de tumeurs malignes.

Epilepsie expérimentale.

M. Laborde présente deux grenouilles rendues épileptiques, avec périodes tonique et clonique, et période de stupeur finale. Cette épilepsie est d'origine bulbaire et elle est consécutive à la piqûre des corps restiformes chez l'une, et à l'ablation d'un lobe cérébral chez l'autre. M. Laborde s'occupe de déterminer par le même procédé expérimental l'épilepsie spinale.

De l'action méthémoglobinisante du bleu de méthylène.

Revenant sur la question du mode d'action du bleu de méthylène (V. *Soc. de biologie*, 19 juillet 1890), **M. Combemale** (de Lille) oppose à la théorie d'Ehrlich et Lippmann, qui voient dans les phénomènes analgésiques les résultats de l'affinité élective du médicament pour le cylindre-axe du nerf, une autre explication.

Que le bleu de méthylène ait été ingéré ou injecté sous la peau, on ne constate pas de coloration du cylindre-axe sur les nerfs pris en des régions éloignées du siège de la piqûre ; il faut pour l'obtenir plonger des têtards, vers, etc., pendant plusieurs jours dans une solution de bleu de méthylène.

Au contraire, en donnant à des chiens 50 centigr. de bleu de méthylène par kilogr. du poids de leur corps, chiffre toxique minimum, on rencontre dans le sang de ces animaux le spectre de la méthémoglobine, surtout au moment de la mort : les raies d'absorption constatées ne sont pas celles du spectre du bleu de méthylène, ce dont on s'assure en repérant ces raies.

La méthémoglobinisation du sang est donc le fait capital de cette intoxication ; les phénomènes d'insensibilité progressive, qui caractérisent l'intoxication aiguë par le bleu de méthylène et qui ont fait introduire cet agent dans la thérapeutique de la douleur, sont au contraire des faits seconds et dépendants de cette méthémoglobinisation.

Le bleu de méthylène étant un dérivé de l'aniline devait posséder, à l'instar de la plupart des amines aromatiques, des propriétés destructrices du globule sanguin et méthémoglobinisantes : l'expérimentation a vérifié cette hypothèse.

Fièvre typhoïde expérimentale.

MM. A. Gilbert et J. Girode. — L'inoculation du bacille d'Eberth aux animaux n'a pas donné des résultats uniformes aux différents expérimentateurs. Gaffky niait toute action pathogène chez l'animal. Sivotinni, Beumer et Peiper obtenaient une septicémie aiguë rapidement mortelle et indépendante de toute multiplication du bacille dans l'organisme. Au contraire, E. Frænkel et Simmonds, Foder, Kilcher et surtout Walter Cygnæus ont provoqué chez les animaux, par injection intra-veineuse, péritonéale ou intestinale d'une culture de bacille typhique, une maladie durant de 7 à 30 jours avec diarrhée et amaigrissement. A l'autopsie, on trouvait la tuméfaction des plaques de Peyer, des ganglions mésentériques et de la rate, et de nombreux bacilles dans les organes. A. Frænkel, Chantemesse et Widal ont constaté de plus l'existence de petites ulcérations de la muqueuse de l'intestin grêle.

Les deux faits suivants confirment ces résultats, et complètent l'analogie avec la fièvre typhoïde humaine.

Un cobaye, inoculé le 19 décembre sous la peau du dos, a la diarrhée, maigrit et meurt en 14 jours. A l'autopsie, l'intestin grêle est rouge, la muqueuse boursouflée, les plaques de Peyer injectées et saillantes. On note dans le cæcum des ulcérations bien dessinées ; l'une d'elles arrondie, profonde, mesure près d'un centimètre de diamètre. Les bords sont nets et tuméfiés, le fond inégal et recouvert en partie de caillots sanguins. La rate, le foie, les ganglions mésentériques sont tuméfiés et brunâtres.

Un deuxième cobaye, inoculé de la même manière, présente les mêmes symptômes et meurt après 32 jours. Mêmes constatations à l'autopsie. La muqueuse intestinale est congestionnée et ramollie. Les plaques de Peyer sont moins profondément ulcérées, mais offrent des exulcérations inégales, ou reproduisent l'aspect des plaques gaufrées de la dothiénentérie humaine.

Sur les coupes histologiques, on voit qu'une ulcération intéresse toute l'épaisseur de la muqueuse ; le fond est formé par la celluleuse épaissie et altérée. Infiltration lymphatique modérée, empiétant sur la musculeuse. Nombreuses dilatations et oblitérations vasculaires. Les thrombus sont tantôt récents et à globules reconnaissables, plus souvent en transformation vitreuse, surtout vers la surface. Eléments de la musculeuse dissociés par un état œdémateux. Dans les ganglions mésentériques on observe également quelques thromboses vasculaires, et une apparence plus tassée des éléments lymphoïdes de la zone corticale.

Des amas bacillaires, reproduisant l'aspect général des groupes de bacilles d'Eberth, se voient en très grand nombre sur les coupes de l'ulcération, tantôt à l'intérieur des vaisseaux thrombosés, tantôt dans les espaces conjonctifs où les bacilles forment un riche feutrage. On retrouve quelques amas plus petits dans la musculeuse et presque sous le péritoine. Dans les coupes de ganglions, les bacilles sont plus courts, plus rares, isolés ou groupés en très petits amas, qu'on observe de préférence dans la zone corticale.

Des ensemencements faits au moment de l'autopsie avec le suc splénique et le liquide intestinal ont fourni des cultures régulières du bacille d'Eberth, dont les réactions ont été ultérieurement fixées avec la netteté désirable.

En somme, l'évolution et la durée de la maladie provoquée chez les cobayes, le siège et la forme des lésions, la mise en relief de l'agent pathogène surpris en pleine multiplication sur l'organisme en cause, tous ces caractères rappellent assez bien les traits de l'infection typhoïde humaine.

Il faut remarquer que les animaux ont été inoculés sous la peau, et ont réagi comme après une injection intra-veineuse ou intestinale. Ceci confirme la pluralité possible des voies et des modes de pénétration du bacille d'Eberth dans l'économie, et pourrait, le cas échéant, être pris en considération en prophylaxie humaine.

M. Retterer expose ses recherches sur le développement du vagin chez l'embryon humain. Il a constaté que le vagin ne se développe pas aux dépens des conduits de Müller,

mais par un cloisonnement transversal du sinus uro-génital.

M. Laulanié envoie une note sur le rôle du corps thyroïde.

M. Cadéac et Meunier envoient une note sur les propriétés convulsivantes de l'essence de fenouil, qui entre dans l'eau d'arquebuse à des doses de 0,50 centig. par litre, et produit l'épilepsie chez le chien à la dose de 1 gr. 1/2 en injection intra-veineuse.

ÉTRANGER

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 29 avril 1891.

Traitement de Liebreich et phanéroscopie.

M. Liebreich rapporte 8 cas de lupus considérablement améliorés par les injections de cantharidine. Pour apprécier cette amélioration d'une façon tout à fait objective, M. Liebreich s'est servi d'un nouveau procédé, la *phanéroscopie*, autrement dit éclairage de la peau.

Les tissus de l'organisme sont perméables pour les rayons lumineux. La main mise au devant d'une source lumineuse, le soleil par exemple, paraît rouge. La couche cornée laisse peut-être passer tous les rayons lumineux qui dans les couches profondes sont réfléchis et forment une lumière jaune-dorée ne laissant pas passer la lumière rouge réfléchie sur les bords, mais ne présentant pas l'intensité nécessaire pour empêcher le passage des lumières rouges au centre. Aussi, quand on applique le sthétoscope sur un doigt, en tournant le dos à la source lumineuse, on trouvera, en regardant dans le tuyau, une surface jaune claire avec un cercle rouge au centre.

L'examen phanéroscopique se fait à l'aide d'une lentille enchâssée dans un cylindre métallique. Quand la peau est éclairée à l'aide de cette lentille, on trouve une petite surface transparente rouge. En approchant la lentille, la surface rouge augmente, et la transparence devient le plus accusée lorsque l'image lumineuse est projetée dans la peau. Plus la région est riche en capillaires, plus la surface transparente rouge est accusée. Dans les endroits où les capillaires sont oblitérés, le cercle lumineux rouge sera à peine accusé.

Tels sont les renseignements que fournit la phanéroscopie dans le lupus, renseignements qui permettent de prendre une idée sur les parties profondes de la peau, de même que sur les parties où il n'existe qu'une infiltration cellulaire sans autres manifestations extérieures.

Mais ce n'est pas tout. Pour apprécier la consistance du lupus, on se sert du doigt. Or la compression digitale ne permet pas de voir comment s'effectue la circulation dans le point comprimé, *au moment même* de la compression. M. Liebreich a donc fait construire une petite plaque en verre montée sur un manche métallique. Ce compresseur peut être rendu phanéroscope en remplaçant le verre par une lentille.

C'est en se servant de ces instruments que M. Liebreich a pu 1° apprécier l'amélioration de ses malades; 2° trouver des nodules lupiques dans un cas de lupus de la main, opéré et tenu pour guéri.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE DE BERLIN

Séance du 20 avril 1891

Traitement de Koch.

M. Thorner a obtenu de très bons résultats chez des tuberculeux héréditaires en commençant avec une dose de 1/2 milligr., et en augmentant la dose de 1/2 mill. tous les 3 jours. Les malades ne présentent pas de réaction fébrile, leur poids augmente d'une façon notable. Une femme a augmenté de 11 livres dans l'espace de 6 semaines, une autre de 6 livres au bout de 4 semaines de traitement.

Carcinome de l'ampoule de Vater.

M. Œstreicher présente une tumeur, un carcinome de l'ampoule de Vater provenant d'un ouvrier ayant succombé à 39 ans avec des symptômes d'ictère grave.

La tumeur siégeait au centre de l'intestin, au niveau de la papille; le néoplasme a détruit la muqueuse dans une étendue d'une pièce de 5 francs, et a envahi le pancréas. Voies biliaires et vésicule étaient fortement dilatées. Noyaux métastatiques dans le foie.

Cristaux d'asthme dans les polypes muqueux du nez.

M. B. Levy présente les préparations microscopiques des polypes muqueux du nez. Le polype développé sur la cloison et le cornet inférieur, ne contenait pas de mucine et se composait d'un réseau fibrilliaire fin contenant un liquide qui se coagulait sous l'influence de l'alcool sans former pourtant de filaments. Lorsqu'on comprimait entre deux lamelles une parcelle de tumeur, on trouvait, sous le microscope, des cellules à cils vibratiles qui paraissaient animées de mouvements très vifs. Sur ces préparations, on ne voit d'abord que ces cellules et un liquide qui s'en écoule, mais au bout d'un certain temps il se produit un dépôt de cristaux en forme de pyramide tout à fait semblables à ceux que Leyden à décrit dans les crachats des asthmatiques, et présentant la même réaction que ces derniers. On est tenté de considérer la formation des cristaux comme un phénomène cadavérique, car ces cristaux sont d'autant plus nombreux que la préparation reste plus longtemps dans la chambre humide.

L'addition de phosphate acide d'ammoniaque ou de métaphosphate acide de sodium n'exagère pas la formation de ces cristaux. A côté de ces pyramides, on trouve des cristaux de tyrosine affectant la forme d'aiguilles. Les premières préparations proviennent de polypes du nez d'asthmatiques. Il paraissait donc exister une relation entre les cristaux des polypes et ceux des crachats. Ces cristaux n'existent pas dans les polypes frais, ni dans la muqueuse nasale ni dans les mucosités du nez. Ces cristaux sont donc incapables de provoquer mécaniquement l'accès d'asthme; peut-être leur action est-elle d'ordre chimique. Pourtant on ne trouve ces cristaux ni dans le sang des asthmatiques ni dans le sang qui s'écoule au moment de l'ablation du polype. D'un autre côté, ces cristaux se retrouvent dans les polypes des individus non asthmatiques, mais moins souvent; ainsi, tandis que sur 18 asthmatiques les cristaux existaient dans 17 cas, sur 14 non asthmatiques ils ne furent constatés que chez 7 malades.

Ces cristaux ne se forment que lorsque le suc des polypes renferme des cellules nombreuses. Ils n'existent pas dans les autres tumeurs, ni dans le suc prostatique, ni dans celui des vésicules séminales.

M. Leyden. — La présence de ces cristaux aux deux régions respiratoires les plus affectées par l'asthme est un fait très curieux. Probablement ils proviennent aussi de la lymphe. Dans l'asthme, les alvéoles pulmonaires sont remplis d'un exsudat riche en cellules; et les cristaux se forment lentement, comme dans les polypes du nez.

M. Litten a fait sur la *centrifugation des liquides* une communication analogue à celle qui est résumée dans le compte-rendu du Congrès de médecine interne, voy. p. 228.

SOCIÉTÉ DE DERMATOLOGIE DE BERLIN

Tumeurs syphilitiques du dos de la langue et du larynx.

M. Lewin. — Un malade atteint de tabès présenta des manifestations rares de la syphilis. Celles-ci consistaient en ulcérations, de dimensions variables, du voile du palais et de l'épiglotte et surtout en petites tumeurs du dos de la langue, du volume d'un pois environ, et siégeant nettement sur les papilles caliciformes. Cette région est assez rarement explorée par le médecin. Les tumeurs syphilitiques que l'on peut y rencontrer ne sont pas douloureuses, elles tendent à guérir d'elles-mêmes après évacuation du contenu de la gomme. Les papilles disparaissent et la muqueuse repose alors directement sur la couche musculaire.

Il ne faut pas confondre ces néo-productions syphilitiques avec les varicosités veineuses de la même région, lesquelles peuvent apparaître chez tous les sujets.

M. Hoffmann. — J'ai vu en effet des varices de la base de la langue aboutir à la production d'un véritable ulcère variqueux.

Alopécie en aires.

M. Blaschko. — On ne connaît pas encore d'une façon précise les lésions caractéristiques de l'alopécie en aires. Michelson a signalé d'une façon spéciale la friabilité et la fragilité des cheveux atteints. Pour Behrend, cela tiendrait au dessèchement presque absolu du cheveu. Les examens que j'ai faits ne me permettent pas de croire à cette dessiccation. Je ne crois pas non plus au parasitisme tel qu'il a été signalé par quelques auteurs français. Je serais plutôt disposé à admettre qu'il s'agit d'altérations d'ordre chimique.

Syphilis de diagnostic difficile.

M. Lewin. — Voici trois malades chez lesquels le diagnostic m'a paru délicat.

Dans un premier cas il s'agissait d'une éruption psoriasiforme, présentant toutes les variétés possibles : psoriasis punctata, nummulaire, annulaire, etc. La particularité qui permet d'établir le diagnostic de syphilis réside seulement en ce fait que les squames ne reposent pas à fleur de peau, mais sont situées à l'extrémité de papules très petites.

Le second cas concerne un malade porteur d'une large ulcération de la lèvre supérieure, recouverte de croûtes épaisses et jaunâtres. On constate en même temps une ulcération de la nuque, d'aspect à peu près semblable, mais plus superficielle. Il existe par places de petits foyers de suppuration, analogues à ce que l'on voit dans le sycosis parasitaire ; la région de la nuque présente quelques tractus cicatriciels. Un traitement énergique par les injections de sublimé fit disparaître ces lésions. Trois mois après l'affection récidivait. On peut tout de suite éliminer l'hypothèse de lupus, de tuberculose, de cancer, d'actinomycose, de mycosis fongoïde ; il reste la syphilis et le sycosis. L'aspect de la lésion de la nuque, la récidive locale rapide, l'absence de gonflement ganglionnaire, les anamnestiques plaident contre la syphilis. D'autre part on ne peut guère admettre un sycosis guérissant rapidement sous l'influence du traitement mercuriel et récidivant sous forme d'une tumeur envahissant les genoux. M. Neisser et moi-même avons laissé le diagnostic en suspens.

Enfin le troisième malade est atteint d'une myosite syphilitique du biceps gauche. Cette myosite gommeuse s'accompagne de périostite ; elle est en train de disparaître sous l'influence du traitement antisyphilitique.

ANGLETERRE

SOCIÉTÉ MÉDICALE ET CHIRURGICALE DE LONDRES

Séance du 28 *avril* 1891.

Méthode de Koch.

M. Watson Cheyne a communiqué le résultat de ses essais sur l'emploi de la tuberculine dans le traitement des tuberculoses chirurgicales.

Sa méthode diffère quelque peu de celle préconisée par Koch : il cherche à obtenir aussi rapidement que possible la tolérance au point de vue de l'action générale de la tuberculine, puis répète à court intervalle les injections de façon à produire constamment une action locale. Ainsi, en commençant par 2 milligrammes, il fait une nouvelle injection à la même dose aussitôt que la fièvre a cessé, et ainsi de suite jusqu'à ce qu'il ne se produise plus de réaction fébrile, ce qui arrive généralement au bout de 4 ou 5 injections. Puis il injecte la même quantité 2 fois par jour, et au bout de 2 ou 3 jours 3 fois par jour. Au bout de 3 ou 4 jours, il augmente la dose jusqu'à ce qu'il arrive à injecter 3 fois par jour 1, 2 ou plusieurs décigrammes : on arrive ainsi rapidement à injecter aux malades de grandes quantités de tuberculine sans déterminer de fièvre aux 3 ou 4 premières injections et tout en déterminant une amélioration locale très prononcée.

Les recherches histologiques faites sous la direction de M. Watson Cheyne n'ont pas confirmé les craintes que l'on pouvait avoir de la dissémination des lésions à la suite des injections de tuberculine; au contraire, il aurait constaté dans un cas que le traitement semblait avoir empêché la perforation d'une veine par un tubercule développé à son voisinage. Chez les animaux rendus expérimentalement tuberculeux, les injections de tuberculine ont entravé la marche des lésions tuberculeuses.

Au point de vue pratique, voici les conclusions de M. Watson Cheyne : Dans le lupus rebelle, la tuberculine peut rendre de grands services si on la combine à d'autres moyens de traitement. Dans les adénopathies tuberculeuses, ses avantages sont à peine supérieurs à ses inconvénients et consistent seulement dans la diminution des lésions périganglionnaires, ce qui facilite l'intervention opératoire. Dans les arthropathies tuberculeuses, il vaut mieux ne pas l'employer dans les périodes initiales, où on a l'habitude de ne pas recourir à une opération, mais la réserver comme moyen post-opératoire pour faciliter la cicatrisation des plaies produites par l'intervention chirurgicale ; il en est de même probablement pour les affections osseuses. La tuberculine est très utile en chirurgie parce qu'elle permet de reconnaître exactement les limites des lésions tuberculeuses. Dans la tuberculose des organes génito-urinaires, elle ne paraît pas appelée à avoir une grande utilité, soit à cause des phénomènes septiques qui accompagnent le plus souvent ces lésions, soit pour toute autre cause. Dans la tuberculose pulmonaire, les dangers de l'emploi de la tuberculine ont été très exagérés et ses avantages considérablement décriés (1).

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE LONDRES

Séance du 27 *avril* 1891.

Genu recurvatum.

M. Edmond Owen présente une jeune Irlandaise, âgée de 3 ans, qui a un genu recurvatum congénital. La mère est devenue folle. Cette fille est née en présentation du sommet, mais quand les pieds se dégagèrent ils touchaient les épaules. Les têtes des tibias étaient si fortement portées en avant qu'en arrière on sentait aisément dans le creux poplité les condyles fémoraux et l'espace intercondylien. A la partie antérieure des genoux on trouvait un sillon transversal au-dessus duquel était la rotule. La flexion des genoux en arrière était absolument impossible ; même en tenant la malade sous le chloroforme, on ne pouvait amener les jambes sur le prolongement des cuisses. Le 11 février, M. Owen divisa le quadriceps crural de chaque côté par une incision transversale qui mit complètement à jour la trochlée. Les plaies furent fermées à l'aide de sutures continues et pansées au sublimé, les jambes étant maintenues droites par une attelle. La guérison survint promptement. Les jambes purent alors être fléchies à angle droit. On employa aussi le massage. Cette affection est rare et jamais M. Owen n'avait vu un cas où elle fût aussi accentuée.

Cancer de la langue.

M. Whitehead a publié en 1881 au Congrès international de Londres sa méthode d'ablation totale de la langue aux ciseaux et par voie buccale. Son manuel opératoire n'a pas changé depuis : comme soins ultérieurs, il a renoncé aux la-

(1) Il y a loin des indications de la tuberculine ainsi formulées aux espérances qu'avait fait naître la communication de Koch. Et encore, ainsi que nous le fait remarquer notre correspondant anglais, M. Watson Cheyne est-il un des plus enthousiastes parmi ses compatriotes : on doit se rappeler que c'est à lui et à M. Héron que Koch a confié le soin d'introduire en Angleterre la lymphe toujours mystérieuse. D'autres médecins anglais, qui n'ont pas la même raison de montrer autant d'indulgence vis-à-vis du produit en question, n'hésitent pas à constater la *déconfiture* de la découverte de Koch : c'est l'expression qu'a employée dans une communication récente à la Société médicale de Belfast un des plus éminents cliniciens anglais, le professeur Gairdner (de Glascow). On pourra comparer, dans le dernier numéro du *Mercredi* (pages 210 et 219), l'opinion de quelques médecins allemands et anglais avec celle du professeur Gairdner : on verra ainsi que les médecins français ne sont pas seuls à avoir perdu confiance dans les merveilleux effets de la tuberculine.

vements nutritifs pendant les premiers jours et aussitôt que possible alimente par la bouche ses opérés, auxquels il conseille en outre de se lever rapidement. La communication actuelle a surtout pour but de donner sa statistique : 139 opérations avec 14.3 0/0 de décès; dont 104 ablations totales, avec 19.21 0/0 de décès; mais la mortalité n'est que de 4,5 0/0 pour l'ablation de la langue seule et elle s'élève à 57 0/0 quand on s'attaque aux maxillaires; et l'ablation par voie sus-hyoïdienne donne 77 0/0 de mortalité. Pour la survie, on note 11 ans chez 15 malades; 2 ans chez 11; 3 ans chez 2; 3 ans chez 4 ; 6 ans chez 1 et 14 ans chez 1. Cela prouve qu'il faut opérer aussitôt que possible.

M. Douglas Powell demande s'il y a eu des troubles de déglutition et si on a dû avoir recours à une alimentation semi-solide, si les aliments passent dans la trachée. L'opération étant faite pour calmer les douleurs, il est important de savoir si la récidive se fait *in situ* ou dans une région éloignée ; on sait en effet que dans ce dernier cas la douleur est moins vive et la mort plus douce.

M. Purcell a adopté la méthode de M. Whitehead. Il ne sectionne point la mâchoire suivant la méthode de Syme, car la maladie récidive alors dans l'os et entraîne des douleurs intolérables. Mais il préfère opérer au galvano-cautère. La méthode de Kocher est bonne dans les cas graves. Après l'opération il nourrit la malade avec la sonde œsophagienne.

M. Bryant est du même avis que M. Whitehead. Il se sert des ciseaux et du bistouri et a renoncé à l'anse galvanique qui laisse la bouche dans de mauvaises conditions au point de vue de l'antisepsie ; on ne peut pas toujours enlever les ganglions en même temps que la langue. Il est inutile de lier la linguale du cou. Les résultats sont excellents surtout si on fait l'opération assez tôt; il a eu des survies de 6 et même de 13 ans.

M. Butlin fait remarquer que dans bien des cas on peut se contenter d'enlever une portion seulement de la langue.

M. Whitehead, pour arrêter l'hémorrhagie, n'a recours qu'à la torsion des artères et jamais il n'a eu jusqu'ici d'hémorrhagies secondaires.

SOCIÉTÉ CLINIQUE DE LONDRES

Séance du 24 *avril* 1891.

Luxation ancienne de la rotule.

M. Bilton Pollard montre une jeune fille qui était atteinte d'une luxation ancienne, peut-être congénitale, de la rotule, luxation qui a été réduite par une opération intra-articulaire. Il y a bien une histoire de traumatisme datant de 1885, mais la malade se rappelle avoir toujours eu cette jambe faible. On avait fait une opération pour genu valgum, mais sans améliorer la situation de la rotule. M. Bilton Pollard a fait une incision à la partie externe de l'articulation divisant le vaste externe et une seconde incision à la partie interne de la rotule, ouvrant l'articulation. Le bord externe de la trochlée fémorale fut enlevé au ciseau. En dedans une partie de la capsule fut réséquée. Le résultat fut excellent : l'articulation récupéra entièrement tous ses mouvements.

M. Battle présente une femme de 21 ans qui est sujette à des luxations fréquentes de la rotule. Ce qu'il y a de curieux, c'est qu'elle n'est dans cet état que depuis l'âge de 16 ans. Elle maintient l'os en place à l'aide d'une attelle.

Pied tabétique.

M. Samuel West. — Voici un cas de fracture spontanée des 2 calcanéums chez une tabétique de 51 ans, malade depuis 5 ans. Il y a six semaines, après être restée 3 mois au lit, la malade essaya de marcher et elle sentit un craquement dans son pied droit. Trois jours après, tentant de nouveau de marcher, la malade sentit un craquement semblable dans le pied gauche. On s'aperçut alors qu'un fragment semi-lunaire avait été brisé au niveau de chaque calcanéum, puis avait été entraîné par les muscles jumeaux. De chaque côté il s'était formé une réunion fibreuse, avec un peu de cal osseux à gauche. La malade présentait des antécédents goutteux.

Paralysie pseudo-hypertrophique.

M. J. Taylor fait voir deux malades atteints de paralysie pseudo-hypertrophique. Le premier est un garçon de 13 ans qui présentait une hypertrophie des mollets avec amaigrissement des épaules et des cuisses, une démarche caractéristique, de la lordose, et une inaptitude à monter un escalier sans aide. La partie inférieure du trapèze était paralysée ; le déplacement de l'omoplate n'était cependant pas caractéristique, mais était produit par une parésie concomitante des angulaires de l'omoplate. Le second malade, âgé de 11 ans, est le frère du précédent ; il est atteint de la même affection que le précédent, mais à un stade moins avancé. Aucun autre membre de la même famille ne présente la même maladie.

M. Taylor présente également, de la part de M. Bastian, une petite fille de 14 ans, atteinte de la même maladie. Il y a de la faiblesse et de l'atrophie du biceps, des muscles de l'omoplate, hypertrophie du triceps, du deltoïde et des jumeaux du mollet

Opération d'Estlander.

M. Jessett. — Voici une jeune fille de 17 ans sur laquelle j'ai pratiqué l'opération d'Estlander. En 1886 elle a eu une pleurésie gauche, suivie d'empyème et qu'on a drainée. En 1888, le vide ne se comblant pas, et la malade maigrissant, on enleva des portions considérables des 3e, 4e, 5e, 6e et 7e côtes. Au bout de quelques mois la cavité se combla et actuellement la malade se porte très bien ; on ne constate qu'un peu d'aplatissement de la poitrine et un léger degré de courbure de la colonne vertébrale.

Gastro-entérostomie.

M. Jessett présente une femme de 56 ans qui a subi la gastro-entérostomie pour un cancer du pylore. Elle se plaignait de dyspepsie depuis quelques années et en 1889 sentit une grosseur au creux épigastrique, puis survinrent des vomissements et de la douleur. En avril 1890, la tumeur avait beaucoup grossi et l'estomac était très dilaté ; on pratiqua alors la gastro-jéjunostomie. On se servit de plaques de Senn et des sutures de Lembert. La malade se porte bien actuellement et se nourrit facilement.

MM. Ewart et Bennett montrent un homme de 52 ans qui a subi la même opération. Il présentait les symptômes d'une occlusion pylorique, avec amaigrissement, vomissements, distension de l'abdomen, mauvais état général. L'estomac était très dilaté ; les matières vomies étaient acides et à droite de l'ombilic on sentait une tumeur. Le 27 février M. Bennett fit la laparotomie sur la ligne médiane au-dessus de l'ombilic, et trouva le pylore envahi par une tumeur probablement maligne. On fit alors la gastro-jéjunostomie en se servant des plaques de Senn. Le malade guérit assez rapidement; il put manger 12 heures après l'opération ; aucun signe dyspeptique ne réapparut. Les selles, très pâles avant l'opération, furent, depuis, bien colorées. Malgré l'examen le plus attentif des selles, on ne put trouver aucune trace des plaques de Senn.

M. Brown. — Une femme de 56 ans souffrait depuis un an de troubles dyspeptiques, de vomissements, et plus tard de douleurs très vives; on sentait déjà une tumeur bien nette à droite de l'ombilic. On fit une incision abdominale sur la ligne médiane et on trouva que la tumeur avait envahi le pylore et la première partie du duodénum. Une anse du jéjunum fut ouverte et une deuxième ouverture fut pratiquée dans la paroi antérieure de l'estomac. On se servit des plaques de Senn. La malade guérit, n'eut plus de douleurs et put absorber des aliments liquides. Elle vécut quatre mois après l'opération ; la douleur ne réapparut que peu de jours avant la mort.

M. Jessett. — On doit faire l'ouverture aussi haut que possible dans le jéjunum et pour cela il faut soulever l'épiploon en le portant à droite et non à gauche, comme on le recommande à tort. J'ai pratiqué cette opération cinq fois et j'ai eu trois succès ; deux des malades vivent même encore. Je me sers de catgut pour les sutures. La communication qu'on établit entre le jéjunum et l'estomac doit être assez large, sinon elle pourrait se refermer.

M. Bennett. — Cette opération est bien supérieure à la pylorectomie; elle permet aux malades de se nourrir très bien. L'épiploon doit être relevé vers la droite.

M. Symonds. — J'ai pratiqué cette opération il y a deux jours et ce n'est pas sans peine que j'ai trouvé le jéjunum.

M. Lane. — Je renforce les plaques de Senn par des sutures accessoires.

Symptômes de paralysie agitante chez une hystérique.

M. Ewart a communiqué à la Société Harvéienne de Londres l'histoire d'une femme de 42 ans affaiblie par des névralgies dentaires et par une pleurésie diaphragmatique qui commença à présenter les signes de la paralysie agitante. En décembre 1889, elle eut l'influenza. Il y a 11 semaines, elle eut quelques douleurs dans les articulations bientôt suivies de faiblesse et plus tard impossibilité complète de tenir debout. On songea alors à des rhumatismes. Les deux premiers signes auraient pu faire croire à de la paralysie agitante, mais la marche de l'affection justifia le diagnostic porté : hystérie causée par la faiblesse et amenant un tremblement de la main droite et du pied du même côté. La valériane et l'électricité ont eu raison de ces symptômes qui ont considérablement diminué, mais persistent encore un peu. Le tremblement n'a jamais gagné la main gauche, si ce n'est toutefois quand on avait soin d'immobiliser la main droite.

Maladie de Friedreich.

M. Ewart a relaté à la même Société un cas de maladie de Friedreich avec exagération du réflexe patellaire. Pas d'antécédents ataxiques dans la famille ; le malade présente les signes suivants : tremblement des mains dans les mouvements volontaires, un peu de nystagmus latéral, ataxie marquée des membres inférieurs, avec un peu de perte de la sensibilité, intégrité des fonctions cérébrales, pas d'hystérie. Il y avait du reste absence des signes pupillaires et viscéraux du tabès. Absence de paraplégie ataxique, absence également de tremblement et de nystagmus suffisants pour faire croire à une sclérose en plaques. Les symptômes s'étaient montrés à 16 ans; les règles apparurent alors, puis cessèrent. Le massage et les toniques avaient donné un peu d'amélioration. L'exagération du réflexe patellaire était le seul signe en désaccord avec le diagnostic; cependant on a noté ce symptôme dans quelques cas exceptionnels.

AUTRICHE

SOCIÉTÉ DES MÉDECINS DE VIENNE

Séances d'avril 1891.

Affection rare de la cornée.

M. Hans Adler présente un malade atteint d'une affection rare de la cornée. Il s'agit d'un mécanicien de locomotive chez lequel l'acuité visuelle a notablement diminué depuis 2 ans à la suite de dépôts cornéens. Le calomel fut appliqué sans succès. Actuellement il existe sur la cornée gauche 18 nodules gélatiniformes de couleur grisâtre, proéminents au-dessus de la surface de la cornée; en plus, on trouve, à la partie supérieure de la cornée, un dépôt falciforme de 6 mm. 1/2 de longueur. Les taches qui n'existent presque pas au niveau de la pupille, se laissent facilement éclairer. Les taches sont moins nombreuses au niveau de l'œil droit, où il existe une cataracte périphérique ponctuée.

Le malade n'a jamais eu de syphilis ni de scrofule, ni d'affections oculaires. Pour lui, l'affection est due exclusivement aux conditions de la vie exigées par son métier.

Un traitement continué pendant deux mois n'a donné aucun résultat. L'examen histologique de plusieurs nodules fait par M. Zemann a démontré que les nodules se composaient d'une couche épithéliale et d'une couche de tissu cornéen; la couche épithéliale comprend, aux parties les plus épaisses, 10 à 12 lits de cellules; dans la couche cornéenne, les faisceaux paraissent plus grossiers en quelque sorte que ceux d'une cornée normale. Il n'y avait pas de signes d'inflammation. Pour M. Adler ces proliférations ressemblent aux néoplasmes fibreux qu'on rencontre, par exemple, dans la capsule du foie et de la rate à la suite des inflammations chroniques.

Autoplastie du nerf cubital.

M. v. Dittel. — L'observation se rapporte à une blanchisseuse qui se présenta à l'hôpital avec une perte de substance considérable de la partie supérieure de la face interne de l'avant-bras droit, consécutive à un traumatisme. La plaie mesurait 15 cm. de longueur sur 7 de largeur. Les parties molles étaient détruites, et au niveau de la partie inférieure de la plaie on trouvait le bout d'un cordon nerveux qui d'après la situation ne pouvait être que le nerf cubital. Il existait une anesthésie et une paralysie des 4e et 5e doigts. La plaie fut soignée antiseptiquement, et une fois qu'elle fut couverte de bourgeons on procéda à la réunion des deux extrémités sectionnées du nerf par la transplantation d'un lambeau.

Les granulations enlevées avec une cuillère tranchante, on mit à nu les bouts coupés qu'on disséqua dans une étendue de plusieurs centimètres et à ce niveau on introduisit dans le nerf un bistouri qu'on fit glisser tout près de l'extrémité; les lambeaux furent sectionnés, rabattus et suturés l'un à l'autre. En même temps la perte de substance de la peau fut comblée par des greffes prises dans les parties voisines. L'examen électrique du nerf, fait immédiatement après la cicatrisation de la plaie, ne donna pas de résultats satisfaisants ; mais plus tard le traitement électrique continué pendant longtemps amena une amélioration notable. Actuellement la sensibilité est redevenue normale; quant aux mouvements, leur rétablissement n'est pas encore complet.

M. v. Frankl-Hochwart, qui était chargé de l'électrisation de la malade, a remarqué que tandis que les mouvements sont revenus presque immédiatement après l'opération, l'anesthésie a persisté sans être modifiée pendant un temps assez long, et n'a disparu que sous l'influence de courants faradiques forts.

M. v. Fillenbaum a observé un cas semblable chez un officier qui a reçu un coup compliqué de plaie au niveau de l'épicondyle. La plaie fut suturée et guérit. Au bout de quelques semaines survint une faiblesse et une atrophie de la main, en même temps qu'au niveau du condyle se forma un névrome très douloureux. Pendant l'extirpation du névrome on trouva que le traumatisme avait amené la section du nerf cubital On fit donc la suture des deux bouts. Les résultats fonctionnels furent excellents; la conductibilité électrique ne survint que 4 semaines après l'opération.

M. Paltauf croit qu'on peut obtenir un bon résultat en greffant les deux bouts du nerf sectionné, sur un autre nerf.

Grossesse ovarique.

M. K. Herzfeld présente les pièces anatomiques provenant d'un cas de grossesse ovarique chez une femme de 33 ans ayant déjà eu des accouchements nouveaux et fait un avortement. Le 12 mars, elle accoucha d'un garçon vivant, mais l'abdomen resta tendu et la mère disait qu'elle sentait un enfant remuer dans son ventre. Le médecin appelé constata l'existence d'une grossesse extra-utérine avec un fœtus vivant. La malade a refusé toute intervention chirurgicale et resta au lit jusqu'au 23 mars, quand les mouvements de l'enfant cessèrent. A l'examen de la malade amenée à la clinique de M. Braun, on trouva la paroi postérieure du vagin notablement abaissée par un corps dur sur lequel on pouvait sentir la suture sagittale et, à droite, la grande fontanelle. L'utérus était vide et à l'état d'involution. On fit la laparotomie et on trouva un kyste qu'on put très facilement sortir de l'abdomen et qui était attaché aux annexes par un long pédicule. La trompe droite était située sur le bord supérieur du kyste, les pavillons et les annexes du côté gauche étaient normaux. Il s'agissait donc d'une grossesse ovarique pure. Après la ligature du pédicule on retira un enfant du sexe féminin d'un poids de 2,670 gr. La mère a complètement guéri.

Parencéphalie traumatique avec déhiscence du crâne.

M. Kolisko a trouvé à l'autopsie d'un enfant de 16 mois, au-dessus du milieu du pariétal droit, une cicatrice sous laquelle on pouvait sentir les bords d'une perte de substance. La cicatrice était adhérente aux parties sous-jacentes. En enlevant les parties molles, on a trouvé que de l'orifice partaient des fissures qui se dirigeaient les unes en haut et en arrière, les autres en bas et en avant. La perte de substance s'est produite progressivement au moment où l'enfant était soigné par M. Weinlechner. Au niveau de l'orifice, les membranes du cerveau étaient unies aux parties molles du crâne par un tissu conjonctif très vasculaire. Une section antéro-postérieure du cerveau à ce niveau, a montré l'existence d'une dilatation considérable de la corne postérieure du ventricule latéral, dilatation dont l'extrémité était limitée au niveau de la perte de substance par les méninges. Les autres parties du ventricule latéral étaient normales. On trouva, en plus, une pneumonie caséeuse, une thrombose marastique du sinus falciforme et des hémorrhagies dans la substance corticale.

L'origine de cette perte de substance est probablement la suivante. L'enfant a dû recevoir sur la tête un coup qui a provoqué une fissure, compliquée d'hémorrhagie cérébrale qui s'est terminée par le ramollissement du cerveau. La masse cérébrale ramollie a été résorbée, et la résorption s'accompagnant de dilatation du ventricule latéral, la corne postérieure de ce dernier est venue prendre la place de la substance ramollie. A la suite de la pression de la corne postérieure contre la fissure et en partie grâce à l'usure de l'os, la fissure dilatée se transforma en une véritable perte de substance.

M. Weinlechner. — Il s'agit dans ce cas d'un enfant de 11 mois qui en mai 1890 a été soigné à l'hôpital Sainte-Anne. Il portait au niveau du pariétal droit une petite tuméfaction, mais on n'a pu savoir s'il y a eu, ou non, traumatisme du crâne. La tumeur fut ponctionnée à trois reprises différentes et ce n'est que la troisième fois qu'on retira un peu de liquide séro-sanguinolent. La tumeur diminua de volume, mais devint le siège de pulsations. Peu de temps après, l'enfant devint somnolent, et on se décida à faire une opération. A ce moment la tumeur mesurait 9 centim. 1/2 de long sur 7 1/2 de large.

L'incision de la tumeur donna lieu à l'écoulement d'une certaine quantité de liquide. On constata alors que la base de la tumeur cachait une fissure du crâne de 10 cm. de longueur. La plaie fut tamponnée avec de la gaze iodoformée et couverte par un pansement. Au bout de trois jours les pièces du pansement furent traversées par du liquide, de sorte qu'on fut obligé de changer le pansement tous les jours. La cicatrisation fut complète au bout de 5 mois; la cicatrice adhérait aux parties sous-jacentes. Quelque temps après la fissure se rouvrit, devint plus large et donnait l'impression d'une véritable perte de substance. L'enfant ne paraissait pas malade et, sauf une déviation de la commissure gauche des lèvres, et des contractions des muscles de l'œil gauche, ne présentait rien d'anormal. En janvier l'enfant contracta une rougeole qui se compliqua de pneumonie, et mourut 8 mois après l'opération.

Quant à la pathogénie de cette perte de substance, M. Weinlechner admet l'explication donnée par M. Kolisko.

M. Kolisko est convaincu qu'il s'agit dans ce cas de parencéphalie. Dans la transformation de la fissure en une perte de substance, la pression a joué un rôle moins important que l'usure osseuse, car les dimensions des deux pariétaux sont sensiblement les mêmes.

Troubles sensitifs et vaso-moteurs dans la paralysie faciale rhumatismale.

M. Frankl-Hochwart. — On admet généralement que la paralysie faciale d'origine rhumatismale ne s'accompagne pas de troubles sensitifs ni vaso-moteurs. Seules quelques observations qui ont été publiées par Jobert, Erb, Tryde, notent que la sensibilité est diminuée du côté paralysé. L'auteur a examiné à la clinique de M. Nothnagel 20 cas de paralysie faciale, et a trouvé : 3 fois des troubles sensitifs et vaso-moteurs, 5 fois des troubles sensitifs exclusivement, 2 fois des troubles vaso-moteurs seulement. Les troubles de la sensibilité sont caractérisés surtout par ce fait que, du côté paralysé, les attouchements légers et les différences de température ne sont pas perçus ; les symptômes vaso-moteurs, par une sensation de rétraction de la peau et une coloration spéciale, lisse, tous ces phénomènes sont fugaces. Ils apparaissent avec la paralysie et disparaissent rapidement, au plus tard après 2 ou 3 semaines, tandis que la paralysie se continue encore pendant des mois. Pour les expliquer, il faut admettre que le nerf facial possède chez l'homme des fibres vaso-motrices et sensitives, comme cela est connu déjà depuis longtemps chez les animaux. D'où viennent ces fibres sensitives? Escherich et d'autres pensent qu'elles proviennent de la cinquième paire, tandis que Schiff les fait venir du pneumogastrique. L'opinion que le nerf facial est un nerf trophique n'a pas trouvé grand succès.

Anémie pernicieuse syphilitique.

M. Klein a présenté l'an dernier (voy. *Mercredi*, 1890, p. 570) deux cas d'anémie pernicieuse consécutive à la syphilis. Ces cas sont rares ; il n'a pu en trouver que 5 cas dans la science, 4 de Muller, un autre de Laache. Un des malades est mort : c'était un homme chez lequel M. Klein avait porté un pronostic grave, parce qu'il présentait des antécédents héréditaires — un frère et une sœur sont morts d'anémie — et parce que dans son sang il y avait des gigantoblastes. Il mourut en 4 semaines. Chez la femme au contraire l'amélioration a été notable, grâce à un traitement énergique par les frictions. Cliniquement, on peut la considérer comme guérie et elle a engraissé de 8 kilog. ; au point de vue de l'état du sang, elle n'est qu'améliorée. Elle a aujourd'hui 2,500,000 globules au lieu de 1,100,000; 55 d'hémoglobine au lieu de 25 ; légère poikylocytose.

Action des amers sur les mouvements de l'estomac.

M. Terray a communiqué à la Société des médecins de Buda Pesth deux séries d'expériences sur les mouvements de l'estomac sous l'influence de divers excitants. Dans la première on excisait à des chiens, mis au jeûne depuis 2 jours, l'estomac qu'on plongeait dans une solution de chlorure de sodium à 0,75 p. 100 à la température de 38° C., où on étudiait les mouvements spontanés de l'estomac et les mouvements provoqués par l'action des agents mécaniques, thérapeutiques et électriques. Dans la seconde, l'estomac était enlevé un quart d'heure après l'introduction d'une substance amère. Les résultats de ces expériences furent les suivants :

1. Les mouvements automatiques persistent dans l'estomac excisé pendant 45 minutes; au bout de ce temps les mouvements ne peuvent être provoqués que par l'application des excitants.

2. Parmi les substances qui excitent les centres autonomes de l'estomac et exagèrent ses mouvements, la première place appartient à l'extrait de gentiane. Viennent ensuite, par ordre d'importance, la vétrarine, le condurago, le bisulfate de quinine et finalement l'extrait de quassia amara.

3. L'absinthine diminue les mouvements de l'estomac; la picrotoxine est sans action appréciable.

Les amers sont indiqués dans la faiblesse atonique et la dilatation de l'estomac. Sous l'influence de ces substances, le brassage des aliments se fait d'une façon plus complète, la sécrétion du suc est augmentée.

M. Udranszky insiste sur l'action antiputride des amers. Cette action s'accomplit indirectement en ce sens que la sécrétion en grande quantité de suc se faisant sous l'influence de ces substances s'oppose à des fermentations morbides. Du reste, les expériences de Czerny, Bange et Nencky ont démontré que le suc gastrique possède des propriétés antiseptiques, mais ne joue pas un rôle très important dans la digestion.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Imp. des Arts et Manufactures, 12 rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud.

N° 19. — 13 MAI 1891 LE NUMÉRO QUINZE CENTIMES

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT
PUBLIÉ PAR
LA GAZETTE HEBDOMADAIRE
DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE
Et servi gratuitement à tous les abonnés de ce journal

ABONNEMENTS SPÉCIAUX POUR MM. LES ÉTUDIANTS. — UN AN : 6 FRANCS

L. LEREBOULLET, Rédacteur en chef. — A. BROCA, Secrétaire de la Rédaction
Librairie de G. MASSON, 120, boulevard Saint-Germain.

SOMMAIRE

ACTES
DES FACULTÉS DE MÉDECINE

Thèses du 18 au 23 mai.

Mercredi 20. — M. Zentler. Des rapports du poids du fœtus au poids du placenta. — M. Picot. Malformations de l'utérus et du vagin au point de vue obstétrical. — M. Dubost. Contribution à l'étude du traitement de l'albuminurie et de l'éclampsie puerpérales.

Jeudi 21. — — M. Gremaud. De l'influence de l'antisepsie intestinale sur quelques éruptions médicamenteuses. — M. Lavenes. De la maladie de Basedow développée sur un goître ancien. — M. Piatay. Des pleurésies tuberculeuses. — M. Schneller. Considérations sur la tuberculose rénale. — M. Pineau. Considérations sur l'allaitement. — M. Dumas. Traitement du varicocèle par la résection du scrotum.

Concours de l'adjuvat — Lundi, à 1 h. 1/2 a eu lieu la première séance. — Jury : Mathias Duval, Président ; Farabeuf, Tillaux, Reynier, Poirier, juges ; Candidats : Baillet, Brodier, Gestain, Delbet, Genouville, Morestin, Souligoux. La question tirée au sort pour l'épreuve écrite était : Les muscles du voile du palais, anatomie et physiologie,

VARIÉTÉS

Un concours, pour une place de prosecteur à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux s'ouvrira le lundi 3 août 1891, à 4 heures, à l'amphithéâtre d'anatomie, 17, rue du Fer-à-Moulin. On s'inscrira au secrétariat général du 29 juin au 18 juillet, de 11 heures à 3 heures.

Hôpital Lourcine-Pascal. *Conférences de gynécologie clinique et opératoire.* — M. le docteur S. Pozzi a commencé ce cours le lundi 11 mai à 9 heures 1/2 et le continuera les lundis suivants, à la même heure.

Hôpital Tenon. — M. le Dr Cuffer fait des conférences de clinique et de séméiologie médicales les jeudis et samedis à 10 heures 1/2 du matin.

Congrès pour l'étude de la tuberculose en 1891. — Le deuxième congrès pour l'étude de la tuberculose aura lieu à Paris, du 27 juillet au 2 août 1891, sous la présidence de M. le professeur Villemin.

Voici les questions mises à l'ordre du jour :

1° De l'identité de la tuberculose de l'homme et de la tuberculose des bovidés, des gallinacés et autres animaux ;

2° Des associations bactériennes et morbides de la tuberculose ;

3° De l'hospitalisation des tuberculeux ;

4° Prophylaxie de la tuberculose humaine et animale ;

5° Des agents capables de détruire le bacille de Koch, non nuisibles pour l'organisme, au point de vue de la prophylaxie et de la thérapeutique de la tuberculose humaine et animale.

N. B. — Adresser les adhésions et un mandat postal de 20 francs à M. G. Masson, trésorier, 120, boulevard Saint-Germain.

Ce qui concerne les communications à M. le Dr L. H. Petit, secrétaire général, 11, rue Monge.

Une méprise de pharmacien. — M. le docteur Boudry au Mans, avait ordonné, pour un enfant de trois mois, atteint d'une bronchite, une injection sous-cutanée d'apomorphine. Le pharmacien Herrouet, chargé d'exécuter l'ordonnance n'ayant pas d'apomorphine, se servit du *chlorhydrate de morphine*, estimant a-t-il déclaré à la justice que l'effet serait absolument le même. Le docteur pensant que l'ordonnance avait été fidèlement suivie par le pharmacien donna une injection à l'enfant qui tomba aussitôt dans un état comateux et mourut empoisonné trois heures après. Poursuivi pour homicide par imprudence, le pharmacien a été condamné à trois mois de prison.

Lymphe de Koch. — A la Chambre des députés du Landtag prussien au cours de la discussion du Budget, le député Grat, en parlant sur le chapitre « subventions pour les maladies infectieuses », est revenu sur la découverte du docteur Koch et a fait valoir l'importance reconnue du remède comme diagnostic. Ce qui intéresse surtout le public, c'est naturellement la vertu curative du remède, c'est là qu'il faut chercher la raison de la déception qu'on a éprouvée. A cela se joint le danger de l'application du remède, qui ne pourra être évitée que par la découverte d'autres remèdes.

La kochine n'en reste pas moins une découverte scientifique de premier ordre. Aujourd'hui encore, c'est un devoir d'honneur de soutenir les demandes de crédit devant la commission du budget.

M. Brœmel croit qu'en ce qui concerne la vertu curative du remède on doit dire : *Non liquet*. On peut se demander si le gouvernement a agi avec toute la prudence voulue. Quoiqu'il en soit, malgré les objections pratiques, personne ne méconnaîtra la haute importance du remède du docteur Koch.

Médecine sauvage. — Le *Temps* rapporte qu'un explorateur Africain, M. Glave avait dans l'équipage de son canot un jeune homme qui passait pour un *ngang* du plus grand avenir. Se trouvant seul avec lui, il lui posa quelques questions sur son métier de féticheur et ne tarda pas à lui faire avouer qu'il n'avait personnellement aucune foi de ses propres sortilèges. Son prestige reposait en grande partie sur une corne d'antilope qu'il portait suspendue au col et qui possédait la propriété, quand elle était posée sur le bras d'un malade, d'annoncer si la maladie serait mortelle ou non. En cas d'affirmative la corne restait silencieuse ; si la guérison devait se produire, la corne restait silencieuse ; si la guérison devait se produire, la corne faisait entendre un sifflement, M. Glave se prêta à l'expérience et put lui-même vérifier le fait : la corne placée sur sa main, fit entendre un sifflement prolongé. Il pria naturellement le féticheur de lui expliquer le mystère ; l'autre résistait, ne voulait pas communiquer gratis un secret aussi précieux. Enfin, le don d'une bouteille vide triompha de ses scrupules. Il tira de son nez une graine perforée de deux trous et montra comment il s'en servait pour produire à volonté le sifflement qui semblait sortir de la corne. Un moyen de ce genre, déclara-t-il à M. Glave, suffisait à faire très rapidement la fortune de son homme.

(MÉTHODE LISTER)

PANSEMENTS ANTISEPTIQUES

DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE PRODUITS PHARMACEUTIQUES

ADRIAN et Cie

11, rue de la Perle, PARIS

DANS TOUTES LES PHARMACIES

PHÉNIQUÉ. .	à 5 pour 100	BANDES
SALICYLÉ. . .	à 5 — 100	COMPRESSES
BORIQUÉ. . .	à 10 — 100	OUATES
IODOFORMÉ.	à 10 — 100	MACKINTOSCH
AU SUBLIMÉ.	à 1 — 1000	PROTECTIVE
POUR CLINIQUE DENTAIRE		CATGUT
— OBSTÉTRICALE		RAMIE
— OPHTHALMOLOGIQUE		ÉTOUPE, ETC.
		ETC., ETC.

FER et ERGOT de SEIGLE

DRAGÉES GRIMAUD



4 DILPOMES D'HONNEUR, 10 MÉDAILLES

INCONTINENCE D'URINE
SPERMATORRHÉE
CHLOROSE-TROUBLES UTÉRINS - LEUCORRHÉE
METRORRHAGIE

PRIX : 5 FRANCS

Dans toutes les bonnes Pharmacies.

Gros : DUFILHO, Phien à St-Cloud.

MEDICATION CHLORHYDRO-PEPSIQUE

AMERS ET FERMENTS digestifs

ELIXIR GREZ

CHLORHYDRO-PEPSIQUE

Dyspepsies, — Anoréxie, — Anémie, — Vomissements, — Diarrhée, etc.

DOSES: Adultes, 1 verre à liqueur par repas. — Enfants, 1 à 2 cuillerées à dessert.

Pilules Grez Chlorhydro-Pepsiques, adultes, 2 à 3 à chaque repas

Envoi franco Echantillons. — COLLIN et Cie, 49, r. de Maubeuge, PARIS, et Phies

ALIMENTATION CHIMIQUE

SIROP D'HYPOPHOSPHITE DE CHAUX DU Dr CHURCHILL

Pharmacie SWANN

PARIS, 12, Rue Castiglione, 12, PARIS

SOLUTIONS HENRY MURE

Bi-phosphate de Chaux arsénié. — Chlorhydro-phosphate de Chaux arsénié.

PHTISIE (1re et 2me période). — RACHITISME.
ENGORGEMENTS GANGLIONNAIRES et des ARTICULATIONS.
MALADIES DES OS et de LA PEAU
CACHEXIES SCROFULEUSES et PALUDÉENNES. — ÉPUISEMENT NERVEUX.
INAPPÉTENCE. — DIABÈTE.

Le BI-PHOSPHATE ARSÉNIÉ H. MURE produit des résultats surprenants et souvent inespérés. — Sous son influence la Toux et l'Oppression diminuent, l'Appétit augmente, les Forces reviennent.

Le CHLORHYDRO-PHOSPHATE ARSÉNIÉ H. MURE donne des effets remarquables chez les Phtisiques atteints de Dyspepsie et dans la Chlorose.

LITRE : 4 FRANCS — DEMI-LITRE : 2 FR. 50

DANS TOUTES LES PHARMACIES. — DÉPOT GÉNÉRAL : **HENRY MURE**, *à PONT-SAINT-ESPRIT (Gard)*

AVANTAGES PRINCIPAUX

sur les Solutions Similaires

1° Emploi d'un **Phosphate monocalcique cristallisé**, d'une pureté absolue, permettant un dosage rigoureux, difficile à établir avec les phosphates mielleux du commerce, qui doivent leur extrême acidité à un excès d'acide sulfurique toujours nuisible à l'assimilation ;

2° **Inaltérabilité absolue** obtenue par un procédé de stérilisation d'une innocuité parfaite ;

3° **Administration** facile par cuillerées dans un peu d'eau vineuse ou sucrée, pendant les repas ou hors des repas ;

4° **Traitement phosphaté** le plus sûr et le *moins coûteux* dans les affections chroniques. (Chaque cuillerée à bouche contient : *1/2 gramme de Sel et un milligramme d'Arséniate de Soude.*)

NOTA. — *Dans le cas ou l'Arséniate de Soude ne serait pas indiqué, MM. les Docteurs pourront prescrire les mêmes solutions* **H. MURE** *non arséniées.* LITRE : **3** fr.

LA PAPAÏNE TROUETTE-PERRET



(Pepsine Végétale *tirée du* Carica Papaya)

LE PLUS PUISSANT DIGESTIF CONNU

Se trouve dans toutes les bonnes Pharmacies de France et de l'Etranger sous les formes suivantes :

Le **Sirop Trouette-Perret** à la *Papaïne* (une cuillerée à bouche après chaque repas).

L'**Elixir Trouette-Perret** à la *Papaïne* (un verre à liqueur après chaque repas).

Les **Cachets Trouette-Perret** à la *Papaïne* (deux cachets après chaque repas).

CONTRE LES

MALADIES D'ESTOMAC
VOMISSEMENTS — GASTRALGIES
GASTRITES — DYSPEPSIES

(Pour la **DIARRHÉE** des **ENFANTS** de 1 à 2 cuillerées à café de sirop après chaque repas.)

Se trouve dans toutes les bonnes Pharmacies de France et de l'Etranger.

Vente en Gros à PARIS : *E. TROUETTE.*
15, rue des Immeubles-Industriels.

POUDRE DE VIANDE Diastasée DE TROUETTE-PERRET



FORMULE	Poudre de Bifteck......................	3/5
	Lactine..................................	1/5
	Malt de Lentilles......................	1/5

Nous recommandons tout spécialement à MM. les Docteurs notre *Poudre de Viande* diastasée que nous garantissons SANS ODEUR NI SAVEUR et d'assimilation très facile.

DOSE : *De une à deux cuillerées à bouche [illegible] chocolat, du lait, du bouillon ou de l'eau sucrée. Répéter cette dose de 2 à 6 fois par jour, suivant l'effet que l'on desire obtenir.*

Se trouve dans toutes les bonnes Pharmacies de France et de l'Etranger.

Vente en Gros à Paris : E. TROUETTE
15, rue des Immeubles-Industriels.

OPHTHALMOLOGIE

Traitement des affections des voies lacrymales.
Rapport à la *Société française d'ophthalmologie*,
par M. Terson (de Toulouse).

Les mots « voies lacrymales » m'ont paru indiquer qu'il devait être seulement question, dans ce travail, du traitement des affections de l'appareil excréteur ou éliminateur des larmes, à l'exclusion de tout ce qui concerne les maladies de l'appareil sécréteur.

Les affections des voies lacrymales peuvent se révéler par un simple larmoiement; mais souvent le larmoiement est un épiphénomène, il peut même presque manquer; et l'on doit considérer comme manifestations fondamentales de ces affections l'augmentation et l'altération plus ou moins accusées des sécrétions naturelles, dues à l'infection, à un degré variable, de la muqueuse des voies lacrymales. Le phlegmon du sac et la fistule qui en est souvent la suite ne sont, sauf les cas de carie osseuse, que des complications dues à des causes fortuites, mais dépendantes de la même cause, l'infection.

Le traitement du larmoiement, qu'on peut appeler catarrhal, se lie à celui de l'infection primitive du canal lacrymo-nasal et de ses conséquences, tandis que le larmoiement, qui est pour ainsi dire indépendant des lésions de l'appareil lacrymal, exige un traitement en rapport avec les différentes causes dont il émane, telles qu'un vice de réfraction, des maladies de la conjonctive ou de la cornée, une anomalie de position ou de texture, ou une obstruction des points et des conduits lacrymaux.

L'infection, dans le catarrhe des voies lacrymales, est démontrée par la nature des lésions anatomo-pathologiques de la muqueuse lacrymo-nasale et par la virulence des sécrétions altérées du sac sur le tissu cornéen dépouillé de son épithélium.

Cette infection est due aux rapports de voisinage et de continuité de la muqueuse des voies lacrymales : d'un côté, avec la conjonctive ; de l'autre, avec la muqueuse des fosses nasales, qui en est la source la plus ordinaire.

La cause habituelle des obstacles, au cours des larmes ou au passage de la sonde exploratrice, est une sorte de plissement ou de gonflement de la muqueuse, et non (sauf exception) un rétrécissement cicatriciel. Cette boursouflure, qui diminue le calibre du canal nasal inextensible, est l'agent de l'accumulation et de la stagnation des liquides sécrétés sur place ou amenés du dehors dans le sac lacrymal, libre de tout contact osseux dans sa région antérieure ; de là, l'altération plus grande de la sécrétion du sac lacrymal et sa dilatation progressive, cause nouvelle de stagnation et d'infection.

I. *Traitement du catarrhe chronique des voies lacrymales.* — Des considérations précédentes, il résulte que l'indication principale à remplir pour rompre ce cercle vicieux trop évident est, après avoir remédié dans la mesure du possible à la cause première du mal, de combattre, par tous les moyens dont nous disposons aujourd'hui, l'infection de la muqueuse lacrymo-nasale et la stagnation des liquides dans le sac distendu.

La dilatation progressive des voies présumées rétrécies ou obstruées, par la méthode de Bowman, jointe aux injections détersives, d'après le procédé déjà ancien d'Anel, jouissaient d'une grande vogue, il y a peu de temps. Mais on s'est aperçu que l'emploi de sondes volumineuses aggravait la situation des malades, et que l'incision étendue des conduits lacrymaux, que l'on croyait, à tort, nécessaire pour le passage de grosses sondes, laissait souvent subsister un larmoiement rebelle à tous les moyens.

Ces inconvénients, joints aux heureux effets des irrigations antiseptiques, en chirurgie générale, ont peu à peu conduit les praticiens à s'en tenir, *dans les cas ordinaires*, à l'usage de sondes pleines ou creuses d'un petit calibre, permettant une irrigation prolongée des voies lacrymales, à travers les points simplement dilatés ou à peine fendus, à l'aide des divers antiseptiques. Ce système de traitement a le mérite de respecter les dispositions anatomiques de l'appareil excréteur des larmes ; mais il exige un temps indéterminé et toujours si long, que peu de malades peuvent en bénéficier.

Dans les cas plus graves, beaucoup d'opérateurs incisent largement le conduit lacrymal supérieur et même le ligament palpébral interne. On connaît le procédé de Stilling plus large encore dans l'exécution du débridement du canal nasal. Ces moyens, aidés d'irrigations, détruisent pour quelque temps, au moins, le cloaque qui existe au voisinage immédiat de l'œil. Ils conviennent aux malades qui ne peuvent ou ne veulent consentir à subir un long traitement et, par l'évacuation facile des matières, ils rendent presque impossible l'apparition soudaine d'un violent phlegmon du sac. Mais, comme l'emploi des grosses sondes, ils laissent souvent les malades en proie aux ennuis d'un larmoiement des plus gênants.

Pour être complet au point de vue des méthodes actuelles destinées à rétablir un passage facile des sécrétions à travers le canal nasal, je devrais parler de l'emploi des sondes *à demeure* dites à crosse, ou d'autres engins de dilatation permanente. Il me suffira de dire que le courant de l'opinion n'est plus aujourd'hui dirigé de ce côté.

L'expérience démontre que le système des sondages et des injections, *excellent en principe*, peut guérir un certain nombre de malades ; mais il en laisse sûrement plus de la moitié aussi larmoyante et quelquefois plus qu'ils ne l'étaient avant tout traitement.

Comment modifier ce fâcheux état de choses que je me suis permis de signaler à la dernière réunion du Congrès d'ophthalmologie lors de la communication de notre collègue M. Gillet de Grandmont sur l'inutilité de l'incision des points lacrymaux et l'inconvénient des sondes métalliques ?

Il faut sortir de la routine. Je suis d'avis que lorsque les voies sont bien perméables et qu'il persiste un larmoiement intense, il est inutile de continuer indéfiniment à sonder et à injecter, comme on le fait encore trop souvent. A tout prendre, nous pouvons avoir plus d'une fois mal interprété la cause originelle du larmoiement ; car nous manquons d'éléments précis pour apprécier avec certitude si celui-ci tient à un défaut de l'appareil éliminateur ou au contraire à une suractivité de la glande lacrymale. Il faut donc à tout prix tâcher de diminuer ou de tarir la sécrétion lacrymale.

L'extirpation de la portion orbitaire de la glande lacrymale peut réussir à supprimer entièrement le larmoiement le plus rebelle ; mais elle doit céder le pas à l'ablation de la portion palpébrale de la glande pratiquée du côté du cul-de-sac de la paupière supérieure, qui ne laisse aucune trace. L'expérience prouve en effet que, *bien exécutée*, celle-ci suffit à donner au malade, dans un très grand nombre de cas, un complet soulagement.

Il n'y a plus à discuter l'utilité de cette dernière opération, mais à en perfectionner de plus en plus le manuel opératoire et à en rechercher avec soin toutes les indications. Ce ne sera donc qu'après l'insuccès de l'ablation de la glande palpébrale, qu'il sera permis d'enlever la glande orbitaire.

Dans l'un ou l'autre cas, en raison même de l'infection préalable des voies lacrymales, il faudra prendre toutes les précautions antiseptiques possibles.

II. *Traitement des complications du catarrhe chronique des voies lacrymales.* — Lorsque la sécrétion du sac prend un aspect franchement purulent et que de longues irrigations ne modifient pas rapidement cet état de choses, il peut être très utile de faire à plusieurs reprises une injection modificatrice avec une solution un peu concentrée de nitrate d'argent.

Dans les cas de phlegmon du sac, il faut, si c'est possible, faire l'incision libératrice, en passant par le point lacrymal supérieur et sectionner en même temps le ligament palpébral interne. D'abondants lavages antiseptiques sont de rigueur.

La fistule lacrymale, qui n'est pas causée par une carie osseuse, guérit assez rapidement par un large débridement du ligament palpébral interne, suivi ou non, selon les cas, de la cautérisation du trajet fistuleux.

S'il y a quelque complication osseuse qui amène des récidives, il faut faire avec soin la destruction du sac au thermo-cautère. Il en sera de même si l'on a affaire à un malade ayant déjà subi des atteintes de kératite infectieuse grave.

On fera aussi la destruction du sac si l'on ne peut parvenir à rétablir la perméabilité de l'orifice inférieur du canal nasal.

La dilatation très exagérée du sac pourra exiger son extirpation partielle ou totale ; mais seulement si elle est arrivée à un degré tel qu'une large incision avec lavages répétés ne puisse restreindre à une juste mesure le catarrhe aggravé par l'atonie complète des parois musculaires.

III. *Lésions des voies lacrymales résultant d'infections générales.* — Il nous faut mentionner enfin les affections des voies lacrymales résultant d'infections générales diathésiques, tuberculose, syphilis, auxquelles on réservera le traitement approprié.

En résumé, les affections lacrymales sont le plus souvent la suite d'une infection de la muqueuse du canal lacrymo-nasal. Cette affection se complique plus ou moins de larmoiement selon les cas, et le larmoiement est à son tour une cause d'entretien du catarrhe des voies lacrymales.

Si, après l'amélioration du catarrhe par l'emploi des moyens ordinaires, le malade est très incommodé par un larmoiement persistant, il faut pratiquer l'ablation de la glande palpébrale et, dans des cas exceptionnels, l'extirpation de la glande orbitaire.

Si des complications osseuses rendent la guérison du catarrhe des voies lacrymales presque impossible, il faudra procéder à la destruction du sac, se réservant encore d'enlever la glande lacrymale palpébrale si l'oblitération complète de l'appareil éliminateur des larmes provoquait ou laissait subsister un larmoiement incoercible.

REVUE DES CONGRÈS

SOCIÉTÉ DES MÉDECINS RUSSES

Psorospermose et coccidies.

M. Mansouroff. — La psorospermose, nouvelle affection de la peau, bien étudiée depuis quelque temps, a pris une place déterminée dans la dermatologie. Elle se présente, en clinique, soit sous forme de molluscum contagiosum, soit sous celle d'ulcérations.

La psorospermose végétante peut être sèche ou humide. Il s'agit dans ces cas d'une éruption des papules brunâtres, proéminentes, qui à la longue envahissent tout le corps, qui sont sèches ou humides, suivant les régions envahies. L'étiologie est toujours la même, et les deux formes sont produites par la pénétration des coccidies dans les cellules qui s'hypertrophient ; l'épiderme devient dur, rugueux en même temps que le tissu cellulaire sous-cutané devient le siège d'une irritation.

Il est difficile de dire si le molluscum est une affection purement locale caractérisée par l'hypertrophie de la couche cornée suivie d'accumulation de graisse dans les glandes sébacées, ou une manifestation diathésique encore inconnue. — Dans la maladie de Paget on trouve une véritable dermatite avec ulcérations ayant des tendances envahissantes très manifestes. Dans les ulcérations on trouve des coccidies, des cellules cancéreuses et des cellules atteintes de dégénérescence cancéreuse. Bien que la question soit encore peu étudiée, on peut néanmoins émettre les propositions suivantes : 1° La psorospermose cutanée, le molluscum et la maladie de Paget sont des affections identiques au point de vue étiologique; les différences cliniques s'expliquent par les différences de localisation ; 2° ces affections locales cèdent à un traitement local; 3° la contamination par les coccidies se fait par l'intermédiaire des animaux.

M. Pospiéloff. — Parmi les cinq espèces de sporospermies, les coccidies sont celles qui intéressent plus particulièrement la dermatologie. Le molluscum contagiosum est produit par la présence des coccidies dans les glandes de la peau ; la maladie de Paget est également une coccidiose de la peau; il en est peut-être de même du cancer en surface. Les coccidies peuvent encore provoquer une psorospermose générale de la peau. Wickham les a finalement trouvées dans l'ulcus rodens. On voit donc qu'il existe toute une série de dermatoses qu'on pourrait désigner avec Darier sous le nom de psorospermose ou de coccidiose de la peau. La maladie de Paget est encore fort peu connue, et c'est Darier qui a démontré l'origine parasitaire de cette affection. On a pensé longtemps qu'elle ne se développait qu'au niveau des mamelons chez les femmes, mais depuis on l'a signalée au scrotum. Cette affection se développe lentement, s'étend en surface et demande 2 à 6 ans pour se transformer en épithélioma. Elle est souvent unilatérale et débute le plus souvent par le côté droit. Il se forme d'abord, au niveau du mamelon, un épaississement de la couche cornée ou des croûtes minces sous lesquelles on trouve de la rougeur, des ulcérations, des chagades; peu à peu le mamelon se rétracte. La maladie passe souvent inaperçue ou bien est prise pour un eczéma, d'autant plus qu'elle s'observe principalement chez des personnes âgées. Peu à peu le processus envahit la glande, il se forme une surface rouge, eczémateuse, humide, couverte de croûtes jaunes, la peau prend un aspect parcheminé, devient dure mais reste toujours mobile; il peut se passer ainsi bien des années avant que les ganglions lymphatiques ne se prennent. Comme sensations subjectives il existe des démangeaisons, de l'hypéresthésie, des névralgies intercostales. L'affection se termine par la formation d'un néoplasme cancéreux de la peau ou de la glande.

M. Tarnovsky observe actuellement un malade atteint de psorospermose au niveau du gland. L'affection présente le même aspect que celui décrit dans la maladie de Paget. Il existe de la douleur, des ulcérations et de l'induration. En tout cas il ne s'agit pas de cancer, comme on peut le voir sur les préparations microscopiques faites avec les parties malades.

CONGRÈS ALLEMAND DE MÉDECINE INTERNE

Murmure vésiculaire

M. Edlefsen (de Kiel). — Les expériences de Dehio l'avaient conduit à admettre que le murmure vésiculaire se produit dans les espaces alvéolaires contrairement à la théorie de Boas-Penzoldt, et contrairement aussi à l'opinion ultérieurement exprimée par Gerhardt qui attribue la production de ce murmure aux vibrations du tissu pulmonaire, distendu par le fait de l'inspiration.

Contre l'hypothèse de Gerhardt, on peut invoquer d'une part le caractère même du murmure qui engage à rattacher la production de ce bruit à un courant aérien, et d'autre part le désaccord entre cette théorie et nos connaissances relatives à la formation des bruits produits dans les courants liquides.

De son côté la théorie de Boas-Penzoldt ne permet guère d'expliquer d'une manière satisfaisante plusieurs phénomènes, tels que l'affaiblissement du murmure respiratoire dans les cas d'emphysème et le bruit vésiculaire systolique.

En revanche le caractère particulier du murmure et toutes les particularités observées à son sujet dans des conditions spéciales, deviennent très compréhensibles, si l'on peut admettre que ce murmure est produit par des tourbillons provenant du courant d'air inspiratoire qui passe des bronchioles dans le système des vestibules et des conduits alvéolaires, précisément le long des parties périphériques de ces cavités, bref, si l'on peut admettre pour ce bruit un mode de production semblable à celui des bruits vasculaires conformément aux théories de Heynsius, Nolet, etc.

Boas et Gerhardt déclarent inadmissible que dans ces canalicules et ces petites cavités microscopiques, il puisse se produire un bruit perceptible à notre oreille, même en supposant les conditions nécessaires à sa production réalisées; Gerhardt pense d'ailleurs que la rapidité du courant aérien serait trop faible pour produire un bruit. Mais il faut remarquer, comme l'a déjà indiqué Zamminer, qu'à raison d'une vingtaine de mouvements respiratoires par minute, la pénétration de l'air dans les infundibula, qui se distendent alors fortement, doit s'effectuer pendant chaque inspiration en moins d'une demi-seconde. D'ailleurs, certains insectes, comme les cousins, possèdent, dans leurs trachées ou leurs vésicules trachéales, diverses sortes d'appareils phonateurs d'une petitesse microscopique, à l'aide desquels ils produisent, en partie par la seule introduction ou expulsion de l'air, des bruits très nettement perceptibles pour peu que ces animaux s'approchent de notre oreille.

Dans ses expériences, Boas chassait l'air à travers un fragment de roseau ou un tube analogue au moyen de sa bouche, en sorte que son oreille se trouvait assez éloignée de la source des ondes sonores; il n'est donc pas étonnant qu'il n'ait rien entendu, dans de telles conditions.

Mais lorsqu'on chasse l'air, au moyen d'un soufflet, à travers un tuyau de ce genre et qu'on y applique un stéthoscope, on y entend un bruit très net; l'objection de Boas tombe devant ce fait et ne peut plus être invoquée contre l'hypothèse de la production du murmure vésiculaire que j'ai indiquée ci-dessus. Ce qui rend plus perceptible encore, sans doute, le bruit vésiculaire, c'est qu'il se produit à la fois dans un grand nombre d'espaces alvéolaires qui l'offrent silmutanément à notre oreille; en outre, les tourbillons périphériques impriment aussi à la paroi alvéolaire des vibrations qui renfoncent le son; enfin il se produit encore, vraisemblablement, une résonnance notable dans les bronches avoisinantes. Il est à croire, du reste, que, seuls, les bruits et les sons assez profonds provoquent, dans l'air répandu à l'intérieur des bronches, des vibrations correspondantes, aussi l'hypothèse d'une résonnance de ce genre permettrait-elle d'expliquer comment le bruit nous paraît plus profond qu'on ne devrait s'y attendre en raison de la petitesse des espaces alvéolaires. On peut opposer ces considérations, en particulier, aux objections de Gerhardt.

Pendant l'expiration, il ne peut naturellement se produire de bruit, ni dans les espaces alvéolaires, ni dans les bronchioles, car, durant cet acte, l'air passe d'un espace relativement large dans un espace plus étroit. Quant au bruit léger et bref qu'on entend dans l'expiration normale, il faut le considérer comme un bruit laryngé modifié, conformément à la théorie de Boas-Penzoldt.

Dégénérescence secondaire consécutive à l'extirpation des centres moteurs chez le chien.

M. Sandmeyer (Marbourg). — Marchi et Algeri ont trouvé chez le chien des dégénérescences du faisceau pyramidal direct. D'autres ont constaté, chez des chiens qui avaient survécu plus de 8 mois à l'opération, de la dégénérescence des cordons antérieurs.

L'extirpation unilatérale des centres moteurs s'accompagne toujours de dégénérescence bilatérale dans la moelle. On détermine tout d'abord le centre à l'aide du courant d'induction, puis on extirpe l'écorce à son milieu. 15 chiens furent soumis à cette expérience, et tués de 4 jours à 3 mois et 1/2 après l'opération. 10 chiens présentèrent de la dégénérescence. Après 4 à 5 jours, il n'y avait encore rien d'anormal; après 9 jours il y avait dégénérescence du même côté; après 7 semaines on trouvait dans les cordons postérieurs des fibres dégénérées et cela des deux côtés. Je résume mes résultats de la façon suivante :

1° L'extirpation unilatérale des centres moteurs chez le chien a pour conséquence fréquente, non constante, la dégénérescence de la moelle;

2° La dégénérescence croisée est visible dès le neuvième jour;

3° Le faisceau pyramidal direct ne dégénère pas;

4° La dégénération ne s'étend pas à l'axe gris.

M. Münzer (Prague). — Les recherches sur les dégénérescences secondaires des centres nerveux ont eu une nouvelle impulsion grâce à la méthode de Marchi et Algeri, qui rend manifestes les parties dégénérées. Linger et Münzer ont employé cette méthode dans leurs recherches sur le croisement des nerfs optiques (Académie universelle des sciences de Vienne, 1888). Ils se sont occupés également des dégénérescences secondaires et sont arrivés aux résultats suivants :

1° La loi de Waller est exacte de tous points;

2° Les cordons postérieurs sont constitués en moyenne partie par des fibres provenant des racines postérieures; cependant ils contiennent aussi quelques fibres qui passent de la substance grise dans la substance blanche pour se porter en haut. A la suite de la lésion du noyau de Burdach, on peut suivre la dégénérescence secondaire à marche ascendante dans le faisceau croisé jusqu'à la couche optique;

3° La dégénérescence secondaire porte sur les cordons antérieurs à la suite de l'extirpation des centres moteurs.

Poids spécifique du sang humain; sa valeur dans les états anémiques.

M. Schmaltz (Dresde). — J'ai déterminé le poids spécifique du sang d'après la méthode micrométrique en remplissant des capillaires cubant 1 centimètre cube de sang à examiner et en les pesant.

Je trouvai le poids de mon propre sang presque absolument constant pendant un très long temps. En thèse générale, c'était le matin qu'il était à son maximum.

L'ingestion d'aliments ou de liquide, même l'absorption d'un litre de solution physiologique de sel marin, ne modifient que très peu la densité du sang. Chez la femme le poids spécifique du sang est un peu moindre que chez l'homme; chez ce dernier elle est d'environ 1,0591, tandis que chez la première elle est de 1,0562. J'ai examiné sous ce rapport 95 malades, dont la plupart étaient des chlorotiques. Sur 29 chlorotiques, j'ai trouvé 9 fois le poids spécifique inférieur à 1,040; dans un cas il tomba à 1,030. Je n'ai trouvé de chiffres aussi faibles que chez très peu de sujets, par exemple chez deux malades atteints d'altérations graves du sang auxquelles ils succombèrent. Dans une métrorrhagie de longue durée je trouvai la densité relativement peu diminuée; elle était de 1042. Chez un cardiaque sans anémie elle était également de 1,042; d'ailleurs chez beaucoup de sujets paraissant anémiques le poids spécifique était normal.

Alors que dans des conditions normales le poids spécifique n'oscille qu'entre des limites très étroites, il diminue très notablement dans les états anémiques et surtout dans la chlorose et les affections propres du sang. Ce poids spécifique est, ce me semble, déterminé par le contenu du sang en hémoglobine, et est indépendant du nombre de corpuscules rouges. Quand l'anémie s'améliore, le poids spécifique augmente et atteint la normale quand la guérison est complète; l'examen du poids spécifique me semble donc pouvoir être utilisé comme une mesure d'appréciation d'un état pathologique.

Diabète.

M. Posner) (Berlin. — J'ai fait sur quelques diabétiques la mensuration exacte de la quantité d'urine éliminée et de son contenu en sucre.

Chez un diabétique à forme grave qui éliminait 5 pour 100 de sucre, je mesurai son urine pendant 10 jours et je déterminai la quantité de sucre que renfermait chaque dixième partie. Le régime était mixte. Alors que l'élimination du sucre était modérée le matin, 4 grammes par heure, elle s'élevait après le déjeuner à 22 par heure, diminuait ensuite et attei-

gnait un nouveau maximum entre 5 et 6 heures, 20 grammes, pour rediminuer ensuite. Le même type se reproduisit le lendemain.

J'ai constaté les mêmes oscillations chez un sujet qui n'avait environ que 0,8 pour 10 de sucre dans son urine. Le contenu en sucre flottait dans le même jour entre 0 pour 100 et 3 pour 100 ; le matin tout particulièrement, il n'y en avait pas, mais l'élimination atteignait son maximum dans la matinée et la soirée.

Il était intéressant d'examiner l'action des remèdes sur la forme de la courbe. Nous employâmes tout d'abord le syzygium jambolanum (jambol) à la dose de 20 à 30 grammes par jour. Le maximum du matin persista, mais celui du soir disparut complètement. Le minimum, par contre, ne fut pas influencé et resta le même qu'avant le traitement. Même la seconde qui n'avait pas de sucre le matin de bonne heure en éliminait 1/2 pour 100; après cessation du remède l'ancienne courbe reparut. Le syzigium diminua très nettement la quantité de sucre et le volume des urines, et cette action m'engagea à continuer le traitement pendant quelque temps encore.

Anatomie clinique des bords antérieurs des poumons.

M. Krœnig (Berlin) s'est souvent demandé si les limites assignées classiquement à la matité précordiale à droite étaient justes. Les uns prétendaient qu'elle ne dépasse pas la ligne médiane du sternum, d'autres la font aller plus loin. En percutant le cœur dans la position verticale, horizontale et oblique et en marquant toute la région où manque très nettement la sonorité pulmonaire, on trouve que la limite droite du cœur a une direction obliquement ascendante depuis le milieu du sternum ; le plus haut point de la matité précordiale absolue a son siège dans le quatrième espace intercostal ou au bord supérieur de la cinquième côte, à environ 1 ou 2 centimètres du bord gauche du sternum. Les examens nécroscopiques donnent des résultats absolument semblables. Tout le monde peut donc avoir dans les parties avoisinantes du sternum de la matité sans avoir pour cela une affection du cœur.

Guérison de la phthisie

M. Wolff (Gœrbersdorff). — La question de diagnostic de la guérison définitive de la tuberculose n'est pas encore résolue. Bien souvent l'examen local et l'état général donnent des résultats négatifs, alors que la tuberculose est encore en évolution. Une malade qui avait eu de la sorte de l'infiltration des deux sommets fut considérée comme définitivement guérie pendant deux ans. A ce moment la malade mourut à la suite d'une opération chirurgicale. L'autopsie révéla la présence de cicatrices au sommet du poumon avec persistance des bacilles.

Les faits de ce genre sont utiles à rappeler. Depuis la méthode de Koch en effet on a souvent parlé de guérison de la tuberculose, sans tenir compte de ce que comportait cette guérison. Il n'y a qu'un point dont on se soit souvenu, c'est qu'une guérison complète n'était admissible qu'après plusieurs années; or sous ce rapport la médication de Koch n'a rien changé et nous n'avons pas encore d'autre garantie de la guérison que le temps.

Sur les malades qui ont été soignés à Gœrbersdorf de 1861 à 1884 par le Dr Brehmer, j'en ai retrouvé et examiné 142 actuellement vivants. Cent peuvent vaquer à leurs occupations, d'autres sont encore malades, mais se trouvent mieux qu'il y a 7 ans. J'ai constaté qu'il n'y avait pas une différence bien caractérisée entre ceux qui se livrent à leurs affaires tout en présentant encore des signes physiques, ceux qui sont souvent revenus au sanatorium et s'y sont progressivement améliorés, et enfin ceux qui ont encore du catarrhe et expectorent des bacilles. Il en est qui sont retombés au bout de 16 à 20 ans, et ont présenté de nouvelles manifestations à côté de foyers anciens. On ne peut considérer comme complètement guéris que ceux qui ne présentent plus aucune lésion aux poumons. Doit-on les regarder comme complètement guéris ? Une de mes observations est sous ce rapport très instructive. En 1876 une malade fut renvoyée comme guérie après un traitement de 13 mois. Elle avait eu de la fièvre, des sueurs nocturnes, une infiltration des 2 poumons jusqu'à la troisième côte avec des signes passagers de cavernes. Elle vécut sans présenter aucun symptôme pulmonaire pendant 14 ans, époque où elle mourut à la suite d'une opération du myome utérin. A l'autopsie on trouva au sommet du poumon droit une si petite cicatrice qu'il n'était pas étonnant qu'elle ne put être perçue physiquement pendant la vie. On a cependant constaté à l'examen microscopique de la cicatrice des bacilles parfaitement colorables, qui par exemple étaient susceptibles de devenir pathogènes ; la guérison ne pouvait donc être considérée comme absolue.

Un certain nombre de ces malades eurent de temps à autre des hémoptysies sans gravité ni signes physiques ; on ne saurait donc considérer cet accident comme un signe de nouvelle infection.

La statistique, qui nous apprend qu'on trouve de la tuberculose sur un tiers de sujets alors qu'un septième seulement en meurt, nous enseigne qu'il existe beaucoup plus de tuberculeux qu'on ne croit, qu'il existe des attaques légères qui évoluent sans symptômes graves. Quant à moi, je suis convaincu qu'un grand nombre de malades soignés sous le diagnostic de grippe, catarrhe gastrique, rhumatisme, ont eu une légère atteinte de tuberculose d'un organe quelconque.

Une guérison *absolue* est une beaucoup plus grande rareté que nous ne l'admettons habituellement : peut-être n'existe-t-elle même pas. Sous le nom de guérison de la tuberculose je voudrais qu'on ne comprît qu'une guérison relative, caractérisée par la disparition des symptômes, ce qui permet aux malades de reprendre la vie commune et d'atteindre un âge avancé. Une semblable guérison n'est nulle part obtenue avec plus de sécurité que par le traitement dans une maison de santé.

Chez 5 de mes malades la guérison a duré plus de 20 ans, chez 57 plus de 12 ans, chez 38 plus de 7 ans. Et parmi ces tuberculeux s'en trouvent qui mènent une existence très active, des officiers en état d'activité dont quelques-uns ont fait plusieurs campagnes, des femmes qui ont eu des grossesses, des chanteurs, etc.

M. von Ziemssen (Munich). — Je suis absolument d'avis qu'on ne doit admettre qu'une guérison relative de la tuberculose. Une guérison absolue n'existe pas. Des gens qui ont eu à 20 ans une hémoptysie peuvent succomber à 70 d'une tuberculose miliaire. Dans de vieilles cavernes cicatrisées, chez des gens qui ont toussé jadis et qui meurent à un âge avancé, on trouve encore des bacilles cultivables. Il n'existe pas de critérium certain de guérison absolue, mais quand la guérison temporaire dure 10 à 15 ans, la probabilité de sa durée s'affirme.

Pour la plupart des malades, le séjour dans un sanatorium qui ne consiste en somme que dans la cure atmosphérique et le régime est le meilleur. Brehmer nous a rendu sous ce rapport un service incontestable en instituant le traitement diététique des phthisiques. Il ne faut toutefois pas exagérer les bienfaits du traitement dans les maisons de santé, car on obtient aussi de beaux résultats par les cures climatériques.

Acidité gastrique dans les affections mentales et nerveuses.

M. Leubuscher (Iéna). — En 1887, van Noorden a fait des recherches sur la sécrétion des acides de l'estomac chez les mélancoliques; il la trouva augmentée. Avec Ziehl j'ai répété ces recherches. Nous avons utilisé une alimentation fixe quant à sa qualité et sa quantité et avons examiné le suc gastrique deux à trois heures après le repas.

L'analyse qualitative du suc gastrique ne suffit pas pour ce genre de recherches; l'analyse quantitative est de rigueur.

Nous avons examiné à ce point de vue 12 malades atteints de mélancolie pure; nous avons trouvé de l'hyperchlorhydrie et de l'hypochlorhydrie; dans 50 0/0 des cas les choses étaient normales. Dans 5 cas de manie, nous avons trouvé 4 fois une hyperchlorhydrie. Nous avons examiné 50 cas de paralysie générale. Deux de ces malades avaient constamment un suc gastrique normal ; 2 n'ont jamais présenté d'acide chlorhydrique; 5 avaient une hyperacidité avec 2 0/00 d'acide chlorhydrique; 9 avaient moins de 1 0/00 d'acide chlorhydrique ; dans tous les autres cas la quantité d'acide chlorhydrique subissait des oscillations très considérables. — Dans l'alcoolisme chronique, elle était normale; dans la morphinomanie chronique elle était diminuée. Le traitement des psychoses

par l'opium n'a aucune influence sur l'élimination d'acide chlorhydrique.

La folie épileptique présente une quantité normale; dans la neurasthénie elle est augmentée. Pendant la période d'excitation chez les aliénés, elle est augmentée.

SOCIÉTE FRANÇAISE D'OPHTHALMOLOGIE

9e session, tenue à Paris du 4 au 9 mai 1891.

Traitement des affections des voies lacrymales.

M. Terson, *rapporteur* (voy. plus haut, p. 237).

M. Despagnet pense que la cause ordinaire du larmoiement est le catarrhe de la muqueuse, d'où gêne de l'excrétion. Il faut donc modifier cet état, d'abord par les cathétérismes modérés et les injections antiseptiques et astringentes. A un degré plus avancé, il est nécessaire d'inciser la paroi antérieure du sac et de cureter la muqueuse qu'on touche ensuite au sublimé (à 1/200 dans la glycérine), et cela plusieurs fois par jour pendant les 8 à 10 jours que la plaie met à se fermer. M. Despagnet a ainsi réussi, même dans des cas très avancés, à conserver les voies lacrymales. Il est illogique, puisque le larmoiement par hypersécrétion est très rare, de recourir à l'ablation de la partie palpébrale de la glande lacrymale, malgré le conseil de M. de Wecker.

M. Trousseau. — On incise trop vite les points lacrymaux. Critchett a bien montré que par diverses petites opérations on peut les redresser et faire cesser le larmoiement. D'autre part, quelquefois il est impossible de maintenir l'incision béante, et dans un cas de ce genre j'ai enlevé avec succès la glande lacrymale. Contrairement à M. Terson, je ne crois pas que la syphilis héréditaire soit la cause de dacryocysitites des nouveau-nés. L'origine en est, pour moi, dans un catarrhe de la pituitaire et en traitant ce catarrhe on a de bons résultats. J'ai observé deux fistules lacrymales congénitales chez deux jumelles et j'en ai guéri une par la cautérisation.

Le diagnostic de la dacryocystite avec certaines ostéites n'est pas aisé.

M. Parinaud. — Aujourd'hui, on ne parle plus que d'infection et, par un excès inverse de celui de nos prédécesseurs, on néglige trop le rétrécissement mécanique consécutif à cette infection, qu'il y ait rétrécissement fibreux, ou seulement gonflement laissant passer une sonde, mais non point les liquides. Il ne faut donc pas proscrire le débridement des points lacrymaux. On doit en outre s'occuper de la dilatation du sac : je l'attaque par des applications de pâte de Vienne dont je limite l'action avec un petit tube de verre de 4 millim. de diamètre.

M. Grandclément (Lyon). — Bien souvent le cathétérisme et les injections ne suffisent pas, mais on réussit en leur adjoignant le massage fréquent et énergique du sac, ce qui le vide du muco-pus. Les malades eux-mêmes font le massage 20 à 30 fois par jour. **M. Javal**, lui aussi, a eu ainsi de bons résultats.

M. Libbrecht (Gand) fait à l'aide d'une canule spéciale des injections de chlorure de zinc dans le sac.

M. Gillet de Grandmont est partisan de la dilatation simple des points lacrymaux : le débridement est inutile. Il croit que très souvent on a des succès en traitant la conjonctive ou la pituitaire siège de l'infection causale.

M de Wecker répond à M. Despagnet qu'il n'a jamais opposé l'extirpation de la glande palpébrale aux cas de dacryocystite suppurée, mais seulement au larmoiement existant à l'état de symptôme isolé. M. de Wecker conteste ensuite l'utilité du débridement de l'angle externe pour enlever la glande; mais **M. Panas** auquel il attribue ce procédé dit n'en avoir jamais parlé.

M. Pechdo (Villefranche) insiste sur l'insalubrité des logements dans l'étiologie des dacryocystites.

M. Galezowski (Paris) a vu quelquefois des malades qui consultaient pour de l'amétropie, pour de l'asthénopie et chez qui le larmoiement était très léger ; il y avait cependant un léger rétrécissement du canal nasal et la dilatation fit cesser les symptômes. Quelquefois, il s'agit d'un spasme des fibres de l'orbiculaire autour des canaux lacrymaux, vraie asthénopie lacrymale, qui elle aussi cède à la dilatation.

M. Vignes (Paris) pour le larmoiement simple se borne à la dilatation des canalicules, et quelquefois du canal nasal. Après chaque séance il fait un lavage avec le naphthol β à 1/2500. Quand le sac est dilaté et suppuré, il le cautérise au galvanocautère.

M. Chevallereau (Paris) a observé 4 dacryocystites congénitales, toujours confondues avec une conjonctivite purulente. Il les a traitées par l'incision du point lacrymal inférieur et le cathétérisme pénétrant. Il a ainsi constaté une imperforation, qu'il a fallu rompre, du canal nasal. Les enfants n'étaient pas syphilitiques.

M. Wickerkiewicz (Posen) croit, comme M. Terson, que la syphilis héréditaire est une cause fréquente de dacryocystite.

M. Coppez (Bruxelles) a observé 8 cas de tumeur lacrymale congénitale. Les procédés classiques sont ici souvent nuisibles. Presque toujours on réussit par la compression, qui évacue le sac. M. Coppez agit ainsi depuis le jour où il a vu une garde-malade vider la tumeur par succion du nez de l'enfant.

M. Motais (Angers). — M. Terson est trop absolu dans sa proscription des sondes à demeure : elles sont fort utiles après le curettage, les cautérisations. De même lorsque le malade ne peut revenir souvent chez le médecin. Quant à l'asthénopie lacrymale de M. Galezowski, M. Motais ne voit aucun rapport physiologique entre les symptômes et le traitement.

M. Panas (Paris). — Autrefois, avec Anel, on s'attaquait toujours au sac, et de nos jours les tentatives de dilatation ont trop fait renoncer à cette méthode Je ne compte plus les succès qu'elle m'a donnés dans des cas rebelles. Il faut inciser largement le sac, sans crainte de couper le tendon de l'orbiculaire, et cautériser la muqueuse. A cet effet, le fer rouge est ce qu'il y a de mieux. Je ne crois pas, d'ailleurs, qu'on fasse cesser le larmoiement parce qu'on rend les voies perméables : la vraie cause de l'élimination des larmes, c'est l'évaporation. Mais l'inflammation du sac cause, par réflexe, une hypersécrétion. Et c'est pour cela que, dans les cas rebelles, l'ablation de la glande palpébrale a ses indications, mais lorsque le sac est sain, ou guéri. Cette ablation, il faut la faire chirurgicalement et complète. Elle amène, en outre, l'atrophie de la glande orbitaire, dont les canaux excréteurs sont fatalement coupés.

M. Suarez de Mendoza (Angers). — L'incision des points lacrymaux est indispensable lorsque ces points sont déviés. Mais alors il faut, en outre, faire cette incision de façon qu'elle s'applique bien sur la conjonctive bulbaire, sans quoi elle aggrave le mal au lieu de l'améliorer.

M. Chibret (Clermont-Ferrand) ne croit pas que les dacryocystites soient des lésions secondes d'un coryza. C'est aux voies lacrymales qu'il faut s'adresser directement.

M. Maréchal (Brest) conseille de bien surveiller la perméabilité de l'orifice inférieur nasal : le malade l'assure lui-même par une aspiration forcée, faite en se pinçant le nez.

M. Dransart (Somain) insiste sur le rôle de certaines amétropies dans la production du larmoiement.

Traitement des ulcérations de la cornée.

M. Suarez. — Si l'on met à part, comme hors de pair, les deux puissants topiques, l'ésérine et l'atropine, qui sont comme les colonnes de la thérapeutique oculaire ; si l'on excepte également les analgésiques et les narcotiques, dont l'effet est de supprimer ou d'endormir la douleur, le traitement médical des ulcérations de la cornée peut se résumer dans l'emploi des antiseptiques et des caustiques. Je signale à l'attention un caustique dont je me trouve très bien : c'est l'acide phénique pur à l'état déliquescent. La première fois que je l'ai employé, c'était sur un malade atteint d'ulcère grave de la cornée, et qui refusait absolument toute intervention chirurgicale. A l'aide d'un petit pinceau bien pointu, à la fois doux et résistant, improvisé avec de l'ouate, puis légèrement imbibé d'acide phénique déliquescent, je badigeonnai soigneusement, en essayant d'en enlever les parties infiltrées comme avec une

curette, toute la surface ulcérée, qui changea aussitôt d'aspect et d'allure. Après trois badigeonnages espacés d'un jour d'intervalle, la plaie était tout à fait détergée, et le malade ne tarda pas à guérir. Voyant les heureux effets de cette médication, j'en ai généralisé l'usage, et j'y ai recours non seulement dans les cas graves, où le caustique réussit à merveille, mais encore dans les cas bénins où, associé au traitement habituel, il hâte notablement la guérison.

Polyopie monoculaire.

M. Bull (Paris). — La fixation prolongée avec un œil soit à la loupe, soit au microscope, donne lieu à la polyopie monoculaire, phénomène qui consiste dans un dédoublement des lignes horizontales. M. Leroy, qui nous a entretenu déjà sur ce sujet, en avait attribué la cause à une action du muscle ciliaire, hypothèse généralement admise. Les nombreuses observations que j'ai faites m'ont amené à penser que la polyopie monoculaire a pour cause un plissement de la cornée par la pression des bords palpébraux dans un clignement forcé. Dans tous les cas de polyopie monoculaire asymétrique, on peut apercevoir sur la cornée des stries visibles à l'examen ophthalmoscopique et entoscopique. Les conclusions pratiques qu'on peut en tirer ont un réel intérêt.

Uvéite irienne.

M. Grandclément. — Il faut distinguer l'inflammation du tissu irien, c'est-à-dire l'iritis vraie, et l'inflammation isolée de sa couche pigmentaire, c'est-à-dire de l'uvée. M. Grandclément décrit donc l'uvéite irienne ou iritis uvéenne à laquelle il croit que la bactériologie assignera un jour une étiologie spéciale. Cette affection provoque peu de symptômes; elle se révèle sur un œil par un léger trouble visuel avec accompagnement de mouches volantes, sans douleur ni rougeur bien marquée. Ces symptômes se dissipent au bout de quelques semaines, puis se reproduisent après un certain intervalle sur le même œil, ou sur son congénère. Il y a ainsi des alternatives d'accalmie et de rechute sur les deux yeux. On est alors étonné de constater de nombreuses synéchies sans que le malade ait présenté de symptômes bien caractéristiques de l'iritis. Ces malades ne présentent aucune des causes habituelles de l'iritis vraie. L'affection atteint de préférence les femmes, surtout celles de 30 à 35 ans. Les instillations de collyre à l'atropine exercent peu d'influence et le traitement général ne donne aucun résultat. M. Grandclément a essayé dans ces cas deux moyens : l'iridectomie et la corélysis, c'est-à-dire le décollement pur et simple des adhérences pupillaires, lorsque les synéchies ne sont ni trop nombreuses, ni trop étendues.

M. Dianoux, dans ces cas, applique des pointes de feu au niveau du cercle ciliaire ou bien il fait sur la même région un badigeonnage iodé.

Du sarcome mélanique des paupières.

M. Lagrange (de Bordeaux). — Le sarcome mélanique des paupières est une tumeur très grave; je n'ai pu en relever que trois cas qui appartiennent à Gibson, à Richet et à Gallenga. Celui que j'ai observé, outre l'intérêt qui résulte de sa rareté même, est curieux par son étiologie et son anatomie pathologique. Le voici avec ses détails principaux : Un homme de soixante ans, bien portant et sans antécédents héréditaires ou personnels fâcheux, se présente le 29 septembre 1890 à la clinique ophthalmologique de l'hôpital Saint-André, pour se faire débarrasser d'une tumeur du volume d'une petite noix, siégeant dans la paupière supérieure gauche. L'histoire de cette tumeur remonte au mois de juin précédent. A cette époque, le malade reçut sur la région palpébrale un vigoureux coup de bâton qui s'accompagna immédiatement d'un gonflement très accusé et d'une ecchymose abondante. L'ecchymose se résorba complètement. Un mois après, il restait dans le tissu cellulaire lâche de la paupière un noyau dur, indolore, qui paraissait résulter de l'épanchement sanguin. Après des traitements variés et sans importance, le patient constata que sa grosseur palpébrale restait la même, peut-être même, dans les derniers temps, avait-elle un peu grossi. Inquiété par sa présence et par ses progrès, il vient nous consulter et nous constatons l'état suivant : La tumeur siège dans l'épaisseur même de la paupière; au-dessus la peau glisse aisément, au-dessous la conjonctive est libre. Le bord ciliaire est intact. A travers la demi-transparence du voile cutané, son tissu paraît un peu noirâtre; elle est un peu bosselée, régulièrement dure et tout à fait exempte de douleurs, soit spontanées, soit provoquées. Il n'y a pas de ganglions engorgés, l'état général est très bon. Je crois avoir affaire à un thrombus enkysté, et j'enlève le mal simplement par énucléation. Or, l'étude histologique m'a démontré que j'avais extirpé un sarcome mélanique à cellules fusiformes, avec pigment extra et intra-cellulaire. Je me suis mis en garde contre les surprises de la fausse mélanose; j'ai utilisé le réactif de Robin, et j'ai même obtenu sur cette tumeur, par une macération prolongée de la coupe histologique, dans un milieu très acide, une préparation typique de mélanine, c'est-à-dire que j'ai isolé complètement les éléments noirs, en détruisant tout le tissu sarcomateux, sans que ces éléments caractéristiques de la mélanose aient été impressionnés. Que l'origine de ce pigment ait été primitivement dans l'hématine extravasée au moment de l'ecchymose, la chose me paraît certaine, mais le diagnostic anatomique de sarcome mélanique ne s'imposait pas moins. Les cas de ce genre qui ont été publiés ne permettent encore aucune vue d'ensemble sur ces singulières tumeurs de la paupière. Je n'ai pu me procurer le fait de Gibson; celui de Richet est très sommairement rapporté dans le *Mouvement médical* de 1879. Tout ce qu'on peut en retenir, c'est que le mal a débuté dans la conjonctive. Celui de Gallenga mérite plus d'attention; le mal avait débuté par le cartilage tarse; il y avait une tumeur principale et deux secondaires, toutes les trois enkystées; la marche avait été assez rapide, mais les lésions étaient encore bien localisées à la paupière quand l'intervention fut pratiquée.

M. Gillet de Grandmont. — La transformation des caillots dans le corps vitré peut être le point de départ de néoplasmes.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 12 *mai* 1891.

Présidence de M Tarnier.

Influence des nœuds du cordon sur la circulation fœtale.

M. Lefour (Bordeaux). — J'ai observé une femme, enceinte pour la douzième fois qui, à huit mois et demi, expulsa un fœtus très macéré dont le cordon présentait, à peu près en son milieu, un nœud assez fortement serré. A cette occasion je fis des recherches cliniques et anatomo-pathologiques qui m'amenèrent à reconnaître que les nœuds du cordon peuvent parfois amener la mort du fœtus, surtout si, à l'action du nœud, s'ajoute celle d'une compression exercée sur lui. La mort peut alors se produire de deux façons différentes : 1° par simple obstacle mécanique à la circulation funiculaire; 2° par thrombose consécutive à une altération vasculaire.

Si l'on reconnaît que, dans la grande majorité des cas, les nœuds du cordon sont sans influence notable sur la vie du fœtus grâce à l'énergie cardiaque, on ne saurait admettre avec Cazeaux par exemple que jamais ces nœuds n'ont déterminé de mort. C'est là une affirmation trop absolue qui pourrait avoir en médecine légale des conséquences regrettables. — Commission : MM. Charpentier, Budin.

Cocaïne et cocaïnisme.

A l'occasion d'un mémoire lu à l'Académie par M. Hallopeau sur des accidents de *cocaïnisme chronique*, **M. Magitot**, rapporteur d'une commission, trace l'histoire complète de la cocaïne dont l'emploi, comme analgésique local, a pris, comme on sait, une si grande extension dans la pratique chirurgicale. Toutefois, à la suite d'un assez grand nombre d'accidents plus ou moins graves et même mortels, il s'était élevé contre son emploi des craintes sérieuses et une certaine réprobation, que M. Magitot, après enquête des faits, déclare ne pas partager. Il termine son rapport par plusieurs proposi-

tions qu'on peut regarder comme constituant *le code* de l'administration de la cocaïne en chirurgie. Les voici :

1° La dose de cocaïne doit être proportionnelle à l'étendue de la surface à analgésier ; elle ne dépassera dans aucun cas *huit ou dix* centigrammes, dose réservée aux grandes surfaces opératoires. 2° Elle ne devra jamais être employée chez les cardiaques, dans les maladies chroniques des voies respiratoires et chez les névropathes. 3° On devra éviter son introduction dans les veines. 4° L'injection de cocaïne doit toujours être faite sur un sujet *couché*, sauf à le relever ensuite s'il s'agit d'une opération sur la tête ou dans la bouche. 5° La cocaïne devra être d'une pureté absolue, certains alcaloïdes auxquels elle peut être mélangée étant d'une nature particulièrement toxique.

6° L'introduction de la cocaïne devra être *fractionnée* de manière qu'une injection partielle faible sera suivie d'une suspension de quelques minutes pendant lesquelles on observera s'il se produit des effets toxiques; cette première injection servira d'*épreuve*. 7° Ainsi employée d'une façon graduée et méthodique, la cocaïne présente sur le chloroforme, l'éther, etc., de grands avantages; et la durée de l'effet anesthésique est toujours suffisante pour permettre presque toutes les opérations de la chirurgie ordinaire.

M. C. Paul. — J'approuve la prudence conseillée par M. Magitot pour l'emploi de la cocaïne par la voie sous-cutanée. Mais je crois qu'il faut aussi faire remarquer que la cocaïne peut être administrée à l'intérieur, contre les gastralgies, à doses assez élevées, de 0,15 à 0,30 centigrammes par jour en deux fois, sans produire aucun accident. Il importe de le savoir, même lorsqu'on a à pratiquer des injections locales, telles que celles des gencives, l'injection de quelques gouttes de cocaïne étant sans inconvénient dans ce cas.

M. Laborde. — Pareils faits sont constatés chez les animaux. C'est d'ailleurs un précepte général, que les substances qui ne peuvent être données qu'à faible dose par la voie hypodermique, peuvent être ingérées à doses plus considérables. Mais il ne faut pas non plus exagérer pour la cocaïne, car on a constaté des accidents chez des cocaïniques avec la dose de 0,50 centigrammes à l'intérieur.

Air chaud et phthisie.

M. C. Paul. — M. le Dr Magnant (de Gondrecourt, Meuse) a envoyé à l'Académie un mémoire sur le traitement de la phthisie pulmonaire par l'air chaud à l'aide d'un appareil spécial. Les résultats publiés ne paraissent pas encore convaincants. Du reste, on sait que, chaque fois que dans une station climatérique ou thermo-minérale l'air devient chaud et sec, les phthisiques étouffent et, pour peu que cette situation se prolonge, ils doivent quitter le pays. On sait, d'autre part, que Gilbert n'a obtenu aucun résultat en faisant respirer à 26 phthisiques de l'air surchauffé à 90° centigrades.

Micro-organismes oculaires.

Dans un pli cacheté déposé le 13 mai 1890 et ouvert à la présente séance, M. Galippe informe qu'il a découvert dans les cristallins cataractés un diplocoque spécial. Dans les concrétions calcaires que l'on rencontre dans les yeux perdus depuis longtemps, il a trouvé un diplocoque analogue.

Siphon vide-bouteille.

M. **Budin** a imaginé un siphon, formé de deux tubes d'inégal diamètre, qui placés dans le bouchon d'une bouteille, permettent d'obtenir un écoulement immédiat du liquide contenu dans celle-ci.

Elections.

1re *élection.* — *M. Farge* (d'Angers) est élu correspondant national dans la division de médecine par 46 voix sur 62 votants, contre 8 à M. Liétard (de Plombières), 15 à M. Spillmann (de Nancy) et 1 bulletin blanc.

2e *élection* (1er tour). — M. Duché (de l'Yonne) obtient 28 voix sur 60 votants, contre 14 à M. Liétard, 14 à M. Spillmann, 2 à M. Costa (d'Ajaccio), 1 à M. Pilat (de Lille) et 1 bulletin blanc.

(2e tour). — *M. Duché* est élu par 38 voix sur 57 votants, contre 11 à M. Spillmann et 8 à M. Liétard.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 5 mai.

Glycosurie et azoturie après l'extirpation totale du pancréas.

M. E. Hédon communique une note dont voici les conclusions :

1° Le pancréas a une action très importante, comme glande vasculaire sanguine, sur les échanges nutritifs.

2° A la suite des lésions provoquées ou de l'extirpation de cette glande, il se produit une dénutrition considérable qui ne doit pas être exclusivement attribuée aux troubles digestifs.

3° La glycosurie et l'azoturie sont les deux symptômes principaux que l'on observe après l'extirpation totale du pancréas.

La glycosurie apparaît toujours, et fatalement à la suite de cette opération ; mais elle peut être intermittente et cesser complètement pendant de longues périodes de la maladie ; dans ces cas, l'azoturie devient le symptôme prédominant de l'affection, ainsi que cela se trouve quand on se borne à provoquer la sclérose du pancréas, au moyen d'une injection de paraffine dans ses canaux. Par conséquent, la forme diabète insipide peut alterner avec la forme diabète sucré lorsque la maladie a une marche lente.

4° Pendant la période où la glycosurie fait défaut, le sucre absorbé avec les aliments est utilisé en grande partie. Pour ce motif, je pense qu'il y a lieu de rechercher s'il se peut que le pancréas soit à la longue suppléé par d'autres organes.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 6 mai 1891

Présidence de M. Terrier.

Pyoctanine et cancer.

M. Quénu, lui aussi, a fait des essais infructueux de la méthode de Mosetig-Moorhof, non seulement contre le cancer, mais aussi contre les tuberculoses locales.

Cancer de l'œil. — Tumeurs mélaniques.

M. Lagrange lit un travail sur le pronostic et le traitement des tumeurs malignes intra-oculaires pour montrer qu'aux diverses variétés anatomiques doivent correspondre des différences thérapeutiques.

1° *Le sarcome mélanique* est la variété la plus grave, que l'origine soit irienne, ciliaire ou choroïdienne. Le travail de Fuchs (de Vienne) montre que la généralisation ou la récidive sont à peu près fatales. M. Lagrange, cependant, pense qu'une intervention large peut être efficace. En général on ne fait que l'énucléation, parce que la coque oculaire est respectée. Mais au microscope M. Lagrange a constaté dans un cas des traînées de cellules morbides le long des vaisseaux, dans l'orbite : on n'avait donc pas, comme on l'avait cru, dépassé le mal qui a repullulé immédiatement. Il faut donc de parti pris évider l'orbite.

2° *Le sarcome blanc* embryonnaire doit être attaqué de même. Au contraire, le sarcome à cellules fusiformes est pendant assez longtemps justiciable de l'énucléation simple.

3° *Le gliome* de la rétine, enfin, est moins néfaste qu'on ne le pense en général. Les guérisons définitives ne sont pas exceptionnelles et M. Lagrange en a déjà cité une (voy. *Mercredi*, 1890, p. 182); en opérant de bonne heure, le pronostic est passable. Mais l'infection de l'orbite est rapide et dès lors son évidement est indiqué pour peu que l'on doute.

M. Lucas-Championnière ne croit pas que la malignité extraordinaire des tumeurs mélaniques tienne à l'opération trop tardive ou trop parcimonieuse. C'est avant tout une malignité essentielle, dont la cause nous échappe. Pour les régions autres que l'œil, le cancer mélanique est fatal : après opération, M. Championnière a presque toujours observé une évolution aiguë, violente, infectieuse, et aujourd'hui il n'y touche que quand il a la main forcée. Prétendre que l'opération large sera plus efficace n'est qu'une opinion théorique, et elle ne sera pas justifiée par la pratique.

M. Berger est moins pessimiste. En 1883 il a vu un homme qui, après amputation du pouce, puis de l'avant-bras, avait une récidive dans la cicatrice et dans le ganglion épitrochléen. La désarticulation de l'épaule fut pratiquée et 1 an 1/2 après l'opéré était en bon état.

M. Delens a opéré deux mélano-sarcomes de la conjonctive, dont un est probablement guéri depuis 15 mois (M. Delens ne l'a pas revu dans ces derniers temps).

M. Lagrange, quoi qu'en dise M. Championnière, est convaincu que le pronostic des tumeurs mélaniques n'est pas irrémissible. Fuchs cite 15 cures définitives sur 195 cas : c'est peu, mais c'est quelque chose. Est-ce une théorie que de dire qu'on a *vu* des cellules morbides au microscope hors de la coque oculaire qui macroscopiquement semblait saine et de conclure que la récidive locale n'est alors qu'une continuation du mal ? Peut-être, si après opération la généralisation était constante : mais elle n'existe que dans 50 0/0 des cas et la récidive locale existe seule, au début au moins, dans 50 0/0 aussi.

M. Tillaux a donné 3 ans de survie par trois opérations successives à un malade atteint de sarcome mélanique de l'œil. Il a opéré il y a un an, avec résultat palliatif, un sarcome mélanique de la conjonctive, et le malade vit encore. Il faut donc opérer, attaquer aussi les récidives, qui souvent sont ganglionnaires. Les résultats ne sont pas brillants, mais ne sont pas beaucoup plus mauvais que pour le cancer du testicule.

M. Kirmisson a opéré il y a deux ans un cancer mélanique de l'aine qu'il croyait voué à la récidive immédiate. Or cette femme est venue le trouver il y a quelques jours avec une toute petite récidive locale, parfaitement opérable.

M. Terrier lit la statistique des opérations pratiquées dans son service en 1890.

M. Tuffier présente un enfant de 5 semaines qu'à 10 jours il a opéré de hernie étranglée.

A. Broca.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 8 mai 1891

Présidence de M. E. Labbé

Virulence de la salive rabique.

M. Chantemesse, à propos du procès-verbal, rapporte un certain nombre de faits expérimentaux établissant la virulence de la salive rabique et par conséquent la possibilité de la transmission de la rage de l'homme à l'homme.

Deux cas d'angine à pneumocoques.

M. Rendu. — L'épidémie de grippe que nous traversons permet d'observer une foule de cas pathologiques aigus, à déterminations organiques variées, qui semblent constituer autant d'états morbides différents, et qui néanmoins relèvent d'une origine commune. Je ne parle pas seulement des multiples variétés d'affections pulmonaires, ceci commence à être bien connu, et cliniquement on entrevoit la possibilité de diagnostiquer les diverses manifestations pulmonaires de l'infection pneumococcique. Il est d'autres localisations du pneumocoque moins connues peut-être et très probablement fort communes, qui, malgré leur siège différent, affectent un certain air de famille et me semblent pouvoir être diagnostiquées au moins dans les cas typiques. Je veux parler des angines qui constituent parfois la seule expression clinique de la présence du pneumocoque et dont je viens d'observer deux cas, dont l'un, le suivant, est absolument typique. Il s'agit d'une jeune femme de vingt-quatre ans, infirmière à l'hôpital des Enfants, qui fut amené, dans mon service le 12 mars dernier. Bien portante et d'une constitution vigoureuse, elle avait été prise la veille de frissons erratiques, de céphalalgie et d'une courbature générale avec douleurs des membres. Température à 40°,3; pouls à 120 plutôt mou que dur. Insomnie. Teint vultueux; soif ardente. Prostration générale. Respiration un peu anxieuse quoique peu fréquente. Au total et à première vue, l'aspect d'un début de pneumonie ou de fièvre typhoïde. Mais l'examen des divers appareils contredisait ces deux suppositions. Il n'existait, en effet, ni diarrhée, ni troubles abdominaux. Il n'y avait pas de toux, pas de signes stéthoscopiques. La seule lésion constatable siégeait à la gorge. Le voile du palais était d'un rouge vif, vernissé, les piliers injectés mais non œdémateux, les amygdales peu volumineuses, rouges et comme dépolies sans exsudation épithéliale ni pultacée. La déglutition était moyennement douloureuse. Les ganglions sous-maxillaires ne paraissaient pas hypertrophiés; la pression à l'angle de la mâchoire déterminait seulement un peu de sensibilité. En somme, il s'agissait localement d'une angine érythémateuse des plus légères en apparence, sans participation du pharynx ni des fosses nasales à la congestion, sans détermination laryngée concomitante et hors de proportion avec l'intensité des phénomènes fébriles et la prostration de la malade. Cette contradiction dans les signes locaux et les symptômes généraux devait faire soupçonner qu'il s'agissait d'une maladie infectieuse à localisation angineuse. Il ne semblait pas probable que ce fût un érysipèle commençant, car, en pareil cas, la douleur de l'angle de la mâchoire est d'ordinaire plus intense et la muqueuse pharyngée participe presque toujours à l'inflammation. On pouvait plutôt songer à une angine rhumatismale à cause de la courbature générale et des douleurs des membres. De fait, le peu d'intensité des symptômes locaux amygdaliens correspondait assez exactement à la description classique de l'angine rhumatismale, quoique la déglutition fût loin d'être douloureuse comme elle l'est d'ordinaire au cours du rhumatisme pharyngé. Je songeai à la possibilité d'une angine à pneumocoques d'après des raisons purement étiologiques. La malade, comme je l'ai dit, était infirmière à l'hôpital des Enfants. Elle couchait dans un dortoir commun avec les autres filles de service. Or depuis huit jours, trois de ses compagnes, successivement atteintes de pneumonie, avaient été envoyées dans mon service. Deux avaient une pneumonie franche, la troisième une broncho-pneumonie grippale, et dans les trois cas, mon interne M. Boulloche, avait reconnu la présence du pneumocoque dans la salive et les crachats pulmonaires. Il n'était donc pas irrationnel de supposer que ma malade avait été infectée par contagion, mais à un degré moindre et avec une localisation anatomique différente. L'inoculation de quelques gouttes de la salive à une souris et les cultures démontrèrent le bien fondé de cette supposition.

Au point de vue clinique, cette angine à pneumocoques se comporta de la façon la plus bénigne. Au bout de trente-six heures, sous l'influence de 3 grammes d'antipyrine et de 0.10 d'extrait thébaïque la fièvre tomba brusquement à 37° par une défervescence subite absolument semblable à celle d'une pneumonie légitime. Pour compléter l'analogie, la chute thermique coïncida avec une diaphorèse considérable et une diurèse très accentuée. Comme traitement local on employa simplement des gargarismes boriqués. En quatre jours tout était terminé. A quelques jours de là un cas presque identique s'est développé dans la même salle à deux lits de distance très probablement par contagion. Il s'agit d'une femme qui était entrée pour une roséole syphilitique avec rougeur érythémateuse du pharynx et plaques muqueuses opalines des amygdales. Cette femme du fait de sa syphilis était donc prédisposée à contracter le germe d'une nouvelle infection de la gorge quand, le 20 mars, elle fut prise de symptômes généraux semblables à ceux de la malade précédente.

Localement l'angine fut un peu plus accentuée et il y eut de l'adénopathie concomitante, mais, malgré ces différences les deux cas évoluèrent de la même façon, et l'état local fut complètement en désaccord avec les phénomènes généraux. Le quatrième jour une défervescence brusque ramena le thermomètre de 39°8 à 37° avec crise sudorale. Ma conviction est que pour cette seconde malade le pneumocoque a été également la cause pathogénique de l'angine, mais je n'en ai pas la preuve démonstrative, car les cultures qui avaient été commencées par mon interne, M. Boulloche, ont dû être interrompues à la suite d'une maladie qui lui est survenue. Néanmoins la similitude absolue d'allures et d'évolution, jointe à la fréquence actuelle des maladies à pneumocoques, me porte à croire qu'il s'agit bien là d'une variété bien définie

d'angines dont le diagnostic deviendra peut-être facile dès que l'attention sera portée sur ce point. Je prévois l'objection qu'on me fera sans doute. La présence du pneumocoque dans la salive est assez fréquente en effet pour que l'on ait le droit de se demander si, dans un cas d'angine, sa constatation a une valeur pathogénique décisive. Assurément c'est là un argument important; je crois cependant qu'il n'infirme pas la manière de voir que je cherche à soutenir. En effet, si fréquent que soit le pneumocoque, il ne se rencontre pas dans toutes les bouches et ne fait pas partie intégrante de toutes les salives. Par comparaison, mon interne M. Boulloche a inoculé des souris avec de la salive d'autres malades pris indistinctement dans les salles et il n'a obtenu aucun effet toxique. En second lieu, les cultures faites avec les salives qui renferment normalement des pneumocoques sont loin d'être aussi virulentes que celles des pneumoniques. Or, chez notre première malade, l'inoculation de la salive a déterminé, chez la souris, une septicémie diffuse à marche extrêmement rapide qui l'a tuée en dix-huit heures, comme après les inoculations de pneumonie légitime à pneumocoques. Il y a donc lieu, je crois, de maintenir l'analogie, et de considérer, dans ce cas, l'angine comme la conséquence de l'infection pneumonique.

Ces faits me semblent intéressants parce que le groupe des angines fébriles, à type érythémateux, est évidemment à remanier complètement au point de vue clinique. Nous pouvons dès maintenant affirmer que le pharynx est la région par excellence où germent les microbes introduits par la respiration, et poser en principe que toutes les angines aiguës sont d'origine microbienne. Le moment est venu de rechercher si, cliniquement, la détermination des micro-organismes pathogènes peut être soupçonnée ou affirmée d'après les allures de la maladie, et c'est ce qui m'a engagé à publier ces deux faits, dont le premier, singulièrement net, me semble propre à entraîner la conviction.

M. Netter. — Il y a lieu, à ma connaissance, de décrire plusieurs types de ces angines pneumococciques :

Une forme suppurée ;
Une forme pseudo-membraneuse;
Une forme folliculaire ;
Une forme inflammatoire herpétique.

Les deux premières formes reposent d'ores et déjà sur des preuves rigoureusement démonstratives. Les deux autres ne sauraient encore être acceptées qu'avec plus de réserve.

C'est M. Cornil, je pense, qui le premier a établi par l'expérience microscopique la présence du pneumocoque dans les abcès de l'amygdale dont il montrait en même temps la fréquence assez grande dans la pneumonie. J'ai eu l'occasion de voir des faits analogues dans lesquels la culture et les inoculations démontraient sans aucun doute l'intervention de ces micro-organismes et, au cours de l'influenza de 1889-1890, divers auteurs ont signalé des faits du même genre.

Il n'existe à ma connaissance qu'un fait bien démonstratif d'angine pseudo-membraneuse à pneumocoques. Ce cas, étudié avec tous les soins par M. Ménétrier, a fait l'objet d'une clinique de M. le professeur Jaccoud (1). Les fausses membranes, qui ne renfermaient pas trace de bacilles de Lœffler, contenaient le pneumocoque en grande abondance et presque sans mélange.

L'apparence clinique était absolument celle d'une angine diphthérique. J'ai eu tout récemment l'occasion d'observer un petit malade qui vraisemblablement a été atteint d'une inflammation pseudo-membraneuse de même nature, localisée dans les cordes vocales et la trachée. Il s'agit d'un enfant de 3 ans entré à l'hôpital d'Aubervilliers pour une varicelle en même temps que pour une affection laryngée très grave et qui obligea mon interne à pratiquer le soir même la trachéotomie. A la suite de l'opération l'enfant expulsa des fausses membranes assez longues. Je ne le vis que le lendemain et les jours suivants. Il sortait bien par la canule des membranes assez longues ne se désagrégeant pas dans l'eau, mais ces membranes étaient plus molles que de coutume, plus jaunes et moins résistantes.

On y trouvait dans la fibrine bon nombre de globules de pus. Au microscope je n'y ai pas vu trace de bacilles de Lœffler, tandis qu'il y avait exclusivement des pneumocoques lancéolés pourvus de belles capsules et moyennement virulents. Ces phénomènes persistèrent quelques jours et le petit malade présenta dans la suite des signes de broncho-pneumonie aux deux bases. Aujourd'hui il est complètement guéri.

N'ayant pu examiner l'enfant dès le début ni le jour même de la trachéotomie, il m'est impossible de porter sur ce cas un jugement absolument ferme, mais il est extrêmement vraisemblable qu'il s'agissait dans ce cas d'une laryngite pseudo-membraneuse à pneumocoques.

Le pneumocoque pourrait ainsi déterminer des exsudats fibrineux dans la trachée et le larynx comme il fait au niveau des alvéoles, des bronchioles et des grosses bronches. Cette éventualité n'a rien de surprenant, étant données les propriétés fibrinogènes du pneumocoque.

Le troisième type d'angine imputable au pneumocoque, c'est l'amygdalite folliculaire. Gabbi a soutenu cette origine dans le « Sperimentale » de 1889. Il s'appuie sur la présence du pneumocoque dans les cryptes amygdaliennes. On peut objecter que ces cryptes ne sont qu'imparfaitement protégées vis-à-vis des agents pathogènes recélés normalement dans le pharynx, et le pneumocoque peut être au nombre de ces agents 1 fois sur 5.

Il semble enfin que l'infection pneumococcique puisse se fixer au pharynx sous forme d'angine simple ou d'angine herpétique. La malade de M. Rendu venait d'un dortoir où 3 infirmières avaient été atteintes de pneumonie. J'ai cité le cas d'un enfant atteint d'angine herpétique dont deux frères étaient en même temps pris de pneumonie. Ces coïncidences pathologiques me paraissent, comme à M. Rendu, militer en faveur d'une infection due au pneumocoque. J'attache moins de poids aux résultats expérimentaux. La salive de la malade renfermait des pneumocoques. Il ne s'ensuit pas que les pneumocoques qui peuvent exister dans la bouche à l'état de santé aient été la cause de l'angine. Il eût été cependant possible de déterminer la relation des pneumocoques avec l'angine par la seule étude de la salive de la malade. La salive du pneumonique qui renferme des pneumocoques virulents tant que dure la pneumonie, cesse d'être virulente après la crise et cette absence de virulence persiste 15 jours à 3 semaines. Il eût été intéressant, comme l'on voit, d'établir si la salive de la malade avait perdu sa virulence après la crise qui a marqué le cas de l'angine. Aujourd'hui il serait trop tard, car les pneumocoques ont généralement récupéré leur virulence au bout de 3 semaines.

M. Rendu fait encore une communication sur un cas de méningite suppurée à pneumocoques.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 9 mai 1891

PRÉSIDENCE DE M. MALASSEZ

Influence de l'excitation de certains points de l'écorce cérébrale sur la salivation.

M. Féré. — On sait, depuis les expériences de Bochefontaine et d'Albert Denys, que l'excitation de certains points de l'écorce cérébrale produit de la salivation. Mais, cette salivation n'est-elle pas due aux mouvements musculaires consécutifs à l'excitation? M. Féré a observé un paralytique général à attaques épileptiformes; chez ce malade, les crises étaient toujours précédées par de la salivation. Celle-ci paraît donc bien être sous la dépendance de l'influence cérébrale, à l'exclusion des mouvements musculaires.

Développement de la partie inférieure du vagin.

M. Retterer. — Chez les différents mammifères, le point de départ est toujours le même : c'est le cloisonnement transversal du sinus uro-génital. Débutant par en haut, à l'embouchure des canaux de Muller, ce cloisonnement peut descendre plus ou moins bas. Il en résulte que le sinus génital est plus ou moins respecté, et qu'il existe un vestibule plus ou moins profond. C'est ainsi que, chez la jument, le vestibule est très accentué, tandis qu'il est rudimentaire chez la femme et nul chez le cobaye.

(1) *Journal de médecine et de chirurgie pratique*, 1891.

Diagnostic précoce de la tuberculose bovine par l'examen des milieux de l'œil.

MM. Kauffmann et Mandot. — L'examen des milieux de l'œil est d'un très grand secours pour affirmer de bonne heure le diagnostic de tuberculose chez les bovidés. Chez tous les animaux tuberculeux en effet, quelle que soit la localisation de la tuberculose, l'examen de l'humeur aqueuse au point de vue bactériologique, avec coloration appropriée des lamelles, aurait toujours décélé la présence des bacilles.

M. d'Arsonval. — Transformation sous l'influence de l'acide carbonique liquéfié du chlorure de baryum en carbonate de baryte.

Effet du rayon lumineux interrompu comme excitant du muscle.

M. Mégnin. — Quelques points de l'embryogénie des échinorynques.

M. Blanchard. — Les parasites des petits crustacés d'eau douce.

M. Pilliet. — Structure de l'estomac des Edentés.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 8 mai 1891.

Kyste de l'ovaire et grossesse

M. Baudron a assisté, le 6 mai dernier, M. Pozzi dans une laparotomie chez une femme de 28 ans, ayant déjà eu deux grossesses, et qui présentait depuis 3 mois 1 2 des signes de grossesse. Elle avait été prise quelque temps avant l'opération de douleurs vives, sans fièvre. Le col était ramolli et entr'ouvert. On avait fait des diagnostics divers : M. Pozzi porta celui de grossesse ectopique et ouvrit le ventre. Il tomba sur un kyste ovarique gauche, à pédicule tordu de droite à gauche. Il y avait en même temps une grossesse utérine. La malade a avorté 48 heures après l'opération et elle est morte subitement le lendemain. Pas d'autopsie.

Tubercule du lobule paracentral.

MM. Jean Charcot et Souques ont observé dans le service du prof. Charcot un phthisique qui depuis le 26 janvier 1890, date de la première crise, était atteint d'épilepsie jacksonienne à début crural; puis les convulsions se généralisaient, en général avec perte de connaissance, à la moitié gauche du corps. Dès lors le diagnostic porté fut : noyau tuberculeux du lobule paracentral, et cela fut vérifié à l'autopsie faite 17 jours après l'entrée du malade à l'hospice. MM Charcot et Souques ont à ce propos étudié les tubercules cérébraux massifs secondaires à la phthisie et, relevant les observations dans les Bulletins de la Société, dans les mémoires de Chantemesse, de Ballet, ils ont constaté que dans les 2/3 des cas c'est, pour les hémisphères, le lobule paracentral qui est atteint. Or il est à remarquer que c'est un point où la circulation doit être relativement stagnante, car : 1° c'est la région la plus élevée des hémisphères; 2° elle est irriguée par les derniers rameaux de la cérébrale antérieure et de la sylvienne.

Lithiase biliaire.

M. Thiroloix relate l'histoire d'une femme qui, sujette depuis longtemps aux coliques hépatiques, fut prise il y a trois mois d'une crise à la suite de laquelle s'installait un ictère chronique, puis de la cachexie, puis une fistule broncho-hépatique, avec expectoration bilieuse. La malade mourut d'insuffisance hépatique peu de temps après son entrée dans le service de M. Lancereaux. A l'autopsie, on a trouvé le cholédoque obstrué près du duodénum par un énorme calcul; il y a de la rétrodilatation des voies biliaires intra-hépatiques avec suppuration et innombrables graviers. De plus il y a un foyer sus-hépatique, bilioso-purulent, ayant ulcéré le poumon. A ce propos M. Thiroloix cite plusieurs observations de fistules broncho-hépatiques. A une demande de **M. Charrin** il répond que l'alimentation très sucrée n'a pas causé de glycosurie, malgré la désorganisation et du foie et du pancréas, qui était sclérosé.

M. Broca fait observer que ce cas, pris au début, eût été justiciable de la chirurgie. Avec sa lithiase intra-hépatique il est fort analogue à un cas opéré avec succès par M. Terrier (voy. *Mercredi médical*, 1891, n° 10, p. 113) et où, d'ailleurs, il n'y avait pas non plus de glycosurie alimentaire.

M. Bellini (d'Athènes) fait une communication sur un ligament de la hanche.

ÉTRANGER

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 29 avril

Traitement de Koch.

M. Albrand. — La malade, atteinte de tuberculose de la conjonctive, que je vous ai présentée le 21 janvier, a quitté le service au mois de février guérie et ne présentant plus de réaction avec la tuberculine. Mais survint une récidive et la malade est encore une fois soumise aux injections de tuberculine.

Récidive de chancre syphilitique.

M. Saalfeld. — Le malade que je vous présente a eu la syphilis en août 1887. Dès l'apparition des chancres, au nombre de 2, il fut soumis aux injections mercurielles qui, mal supportées, furent remplacées par des frictions. En 1888, nouvelle cure de frictions mercurielles et d'iodure de potassium. Il y a 8 jours il se présente de nouveau avec un petit chancre siégant sur la face interne du prépuce. C'est donc un cas de récidive des accidents scléreux primitifs.

Greffe cutanée et muqueuse en oculistique.

M. Silex. — Dans les cas d'opérations autoplastiques sur les paupières, le meilleur procédé est la transplantation de lambeaux étendus suivant le procédé de Wolff. Ce procédé lui a donné de bons résultats dans un grand nombre de cas, dont voici un exemple.

Un homme de 21 ans à la suite d'une brûlure de la face a présenté en 1881 un ectropion complet des deux paupières de l'œil droit. En 1883 il subit 8 opérations sur les paupières sans succès. En 1887 il s'adresse à un autre chirurgien qui l'opère de nouveau, mais sans succès. En 1890, M. Silex lui fit l'opération suivante : suture des bords palpébraux mobilisés, transplantation sur la perte de substance de deux lambeaux pris au bras et suturés avec 30 points de suture. Le succès fut parfait pour la paupière supérieure; quant à la paupière inférieure, l'ectropion se reproduisit au bout de 4 semaines.

Le 13 janvier on refit l'opération sur la paupière inférieure. Le lambeau se raccourcit un peu, mais l'état est très satisfaisant et l'amélioration notable.

SOCIÉTÉ LARYNGOLOGIQUE DE BERLIN

Séance du 24 avril 1890.

Fracture du larynx.

M. Scheier. — Un forgeron reçoit, le 27 novembre 1890, en ferrant un cheval, un coup de pied portant simultanément sur la région du larynx et le maxillaire inférieur. Il s'écoule une grande quantité de sang par les oreilles, le nez et la bouche; il survient en même temps un rétrécissement très marqué des pupilles et une dyspnée intense. On a donc diagnostiqué une fracture de la base par le condyle du maxillaire ayant fait sauter la partie correspondante du temporal. La crépitation était très nette dans les cartilages thyroïde et cricoïde; du reste le larynx paraissait fracturé en plusieurs endroits. La dyspnée devenant de plus en plus intense, on fit la trachéotomie et on tamponna en même temps le larynx de

façon à redresser les fragments. L'expectoration, qui les premiers jours après l'opération continuait à être sanguinolente, devint plus tard muqueuse. Le décanulement, tenté 4 semaines après l'opération, échoua à cause de la dyspnée qui se manifesta immédiatement après.

Le 1er janvier, la respiration s'effectuait normalement à travers la canule; pas de troubles de déglutition, ni de phénomènes paralytiques; de temps en temps, maux de tête et vertiges. Rétraction de la membrane du tympan avec raccourcissement du marteau à gauche; la membrane de Schrapnel très congestionnée ne présentait pas de cicatrice. Affaiblissement de l'acuité auditive, avec transmission défectueuse des sons à travers l'œsophage mastoïde gauche.

La face droite du cartilage thyroïde droit est plus élevée et plus tournée en avant que la face gauche. La crépitation a disparu; l'épiglotte est aussi mobile qu'à l'état normal. A la place des ventricules on trouve 2 bourrelets qui pendant la respiration se rapprochent tellement qu'en arrière ils laissent un orifice gros comme une lentille, et en avant un espace laissant à peine passer une sonde très fine. Pendant les inspirations très profondes, les bourrelets laissent entre eux une fente de 1 mm. à peine. Le cartilage aryténoïde droit est situé plus profondément et plus en avant que le cartilage gauche. Les cordes vocales ont disparu. La paroi postérieure du larynx est fortement tuméfiée.

Dilatation progressive du larynx à l'aide des sondes de Dupuis. En février le malade pouvait respirer quand on fermait la canule. Actuellement il est soumis au tubage d'après la méthode du Dr Dwyer.

Rétrécissement syphilitique du larynx.

M. Scheier — Femme de 37 ans, syphilitique depuis 7 ans, et depuis 3 ans accidents spécifiques au cou et dans le nez. Depuis 2 ans dyspnée qui ne fait qu'augmenter, de sorte qu'il y a quelque temps on fut obligé de faire la trachéotomie. La canule a été enlevée le 4 mars.

Examen laryngoscopique : au-dessous des cordes vocales on voit un diaphragme membraneux, rougeâtre, inégal, se dirigeant obliquement en arrière et se terminant à 5 mm. en dessous des cordes vocales par un bord concave. L'orifice laissé pour le passage d'air ne dépasse pas les dimensions d'une lentille. L'excursion des cordes vocales est très limitée. Une grande partie de la cloison du nez est détruite, de façon à ne laisser que les parties antérieure et postérieure du vomer. Perte de substance de 2 ccm. environ au niveau de la voûte palatine, à 2 cm. en arrière du rebord gingival, établissant une communication entre la bouche et les cavités du nez. Destruction partielle de la luette ; cicatrices sur la paroi postérieure du pharynx. Tubage suivant la méthode du Dr Dwyer.

Tumeurs de la base de la langue et du larynx chez un tabétique syphilitique.

M. Lewin présente un tabétique qui en 1876 a eu la syphilis et a été soumis aux frictions mercurielles. Depuis quelque temps il se plaint de maux de gorge. Au niveau de la base de la langue existent deux tumeurs qui descendent jusqu'à l'épiglotte. Une excroissance ronde existe sur la corde vocale droite; la luette présente plusieurs pertes de substance; la paroi postérieure du pharynx est couverte de cicatrices. La déglutition s'opère sans difficulté. L'iodure de potassium produit une diminution des tumeurs.

Tumeurs de l'épiglotte.

M. B. Frænkel présente une préparation qui ressemble à une tumeur de l'épiglotte. La tumeur, grosse comme une noix, siégeait sur l'épiglotte transformée en un tronçon attiré en dedans. Pendant la respiration on entendait un bruit du drapeau. Le malade mourut peu de temps après l'opération. A l'autopsie on trouva l'ossification de plusieurs cartilages du larynx. La tumeur se composait de tissu conjonctif dense. Il s'agissait d'une sclérose syphilitique.

Luxation du cartilage aryténoïde gauche.

M. P. Heymann présente une malade de 20 ans chez laquelle le cartilage aryténoïde gauche a passé au-dessus de la corde vocale. La luxation serait survenue à l'âge de 8 ans, au moment d'une diphthérie grave du larynx et du nez.

M. B. Frænkel a observé un cas analogue. La luxation est due à une périchondrite du cartilage cricoïde. Quand une partie du cartilage cricoïde est détruite, l'aryténoïde n'est plus fixé.

M. Lewin a observé des phénomènes de suffocation et du sifflement dans un cas où une tumeur jaunâtre, ovale, provenant du cricoïde, a descendu entre les cordes vocales.

Luxation de la cinquième vertèbre cervicale avec gangrène du pharynx.

M. Scheier présente les pièces anatomiques provenant d'un homme de 30 ans apporté à l'hôpital le 2 avril, sans connaissance, après une chute d'un échafaudage de 20 mètres. Traumatisme de la colonne cervicale, paraplégie avec monoplégie droite ; rétention d'urine et de matières fécales. Plus tard survint une anesthésie de tout le corps à partir de la 3e côte; la sensibilité ne resta normale qu'au niveau de la face, du cou, de la partie supérieure du thorax et des bras. Mort au 12e jour après l'accident avec des phénomènes d'œdème pulmonaire. A l'autopsie on trouva une luxation en avant de la 5e vertèbre cervicale avec fracture des apophyses articulaires, une déchirure à ce niveau de la pie-mère avec hernie de la moelle. Au niveau du cartilage cricoïde, la paroi postérieure du pharynx présentait une ulcération superficielle, jaunâtre, de la forme et des dimensions d'une pièce de 50 centimes. Pourtant, le malade ne présentait pas de troubles de la déglutition.

ANGLETERRE

SOCIÉTÉ PATHOLOGIQUE DE LONDRES

Séance du 5 mai 1891

Mélanomycose de la peau.

M. Delépine. — Chez un homme atteint de fracture de la cuisse, on constata après l'enlèvement de l'appareil la présence de deux taches recouvertes d'une poudre d'un brun noir; au centre de ces deux taches il y avait une ulcération autour de laquelle la peau était humide et recouverte d'une pellicule facile à enlever. La poudre noire était formée de corps ayant l'apparence de spores, ressemblant absolument aux globules rouges du sang, sauf sous le rapport des dimensions qui étaient un peu plus petites que celles des globules. L'inoculation de ces spores dans la chambre antérieure de l'œil et dans la cavité péritonéale d'un lapin fut suivie en moins de 48 heures d'une inflammation prononcée de l'œil et du développement de tubercules de différentes dimensions sur le trajet des lymphatiques péritonéaux : ces tubercules renfermaient des spores.

Le micro-organisme de la diphthérie.

M. Albert Wilson. — Dans les cas ordinaires de diphthérie, une mince exsudation grise précède la formation de la fausse membrane : c'est cette exsudation qui renferme le micro-organisme pathogène. L'inoculation de ce micro-organisme sur la gélatine amène la formation d'une dépression en forme d'entonnoir, suivie de la liquéfaction de la gélatine et de la formation d'un dépôt jaune-orange, constitué par une culture pure d'un petit microcoque. L'inoculation de ce micro-organisme aux pigeons détermine le développement de la diphthérie, avec formation de fausse membrane et paralysie.

Méningite gommeuse chronique.

M. **Cuff.** — A l'autopsie d'un homme qui depuis plus de 4 ans avait présenté des signes de syphilis cérébrale (céphalalgie, attaques épileptiformes généralisées et très répétées, névrite optique double, hémiopie unilatérale, mais pas de paralysie motrice), j'ai trouvé des lésions méningées remarquables par leur étendue : adhérences de la dure-mère sur tout l'hémisphère droit, épaississement gommeux fibro-caséeux sur la plus grande partie de l'étendue des circonvolutions frontale et pariétale ascendantes avec envahissement de l'écorce au niveau de ces deux circonvolutions.

Gomme du cœur.

M. Newton Pitt. — A l'autopsie d'un homme de 28 ans mort subitement, et qui n'avait jamais été forcé d'abandonner son travail, j'ai trouvé une infiltration gommeuse diffuse occupant la partie postérieure de la cloison interventriculaire du cœur et les muscles papillaires de la valvule mitrale; à la pointe du ventricule gauche, il y avait un anévrysme consécutif à la distension d'une masse gommeuse; cet anévrysme s'était rompu dans le péricarde; il y avait une autre gomme à la surface du ventricule droit. L'aorte était athéromateuse et les testicules étaient transformés en une masse fibreuse.

Ostéomylite aiguë

M. Battle a montré des os longs d'enfants de moins d'un an atteints d'ostéomyélite à une seule ou aux deux extrémités. La lésion s'était traduite constamment, sauf un cas d'abcès des parties molles, par une arthrite suppurée. L'origine osseuse de ces arthrites est plus fréquente qu'on ne le croit souvent et on ne peut la nier tant que l'on n'a pas, par des sections, démontré l'intégrité du squelette. Le point de départ dans l'os est la région du cartilage conjugal, vers la diaphyse : le siège initial épiphysaire est possible, mais plus rare. Les enfants atteint de cette affection meurent souvent, en particulier avec des suppurations métastatiques (1).

SOCIÉTE HUNTÉRIENNE DE LONDRES

Séance du 22 avril 1891.

Maladie de Graves avec mélanodermie.

M. Davies. — Voici une femme de 26 ans, que je soigne depuis 3 ans 1/2 pour un goitre exophthalmique nettement caractérisé et qui a présenté une pigmentation cutanée assez prononcée pour faire penser à la coexistence de la maladie d'Addison. Depuis quelque temps, la pigmentation a beaucoup diminué, les yeux sont devenus moins saillants, le pouls ne bat plus que 60 fois par minute au lieu de 140, et il n'y a plus qu'une très légère tuméfaction du corps thyroïde.

M. Denton Cardew. — Dans 70 0/0 des cas de goitre exophthalmique, j'ai trouvé une pigmentation anormale occupant les deux aisselles et en partie due à des pressions comme cela se voit au niveau des jarretières. Le vitiligo et l'alopécie en aires sont également communs dans cette maladie. Tant qu'on n'aura pas trouvé à l'autopsie une lésion des capsules surrénales, on ne sera pas autorisé à admettre en pareil cas la coexistence de la maladie d'Addison.

Maladie d'Addison.

M. A. Napier a présenté à la Société pathologique et clinique de Glascow les pièces d'autopsie d'un cas de maladie d'Addison dans lequel les lésions ne portaient que sur une seule capsule surrénale.

M. A. Robertson pense que dans les cas typiques de maladie d'Addison les deux capsules sont intéressées. Dans le cas actuel, il n'y a pas eu la disposition spéciale du pigment particulièrement abondant sur la face et le dos des mains. De plus, les lésions diffèrent de ce qu'elles sont ordinairement dans la maladie d'Addison.

AUTRICHE

COLLÈGE DES MÉDECINS DE VIENNE

Séances d'avril 1891.

Réflexe du trijumeau.

M. Kurt a remarqué que lorsqu'on excite les terminaisons périphériques du trijumeau, principalement dans la muqueuse nasale ou dans la conjonctive, on provoque des réflexes d'arrêt dans les névroses motrices. M. Kurt s'est servi de ce procédé, en tant que moyen thérapeutique, dans le spasme de la glotte, la coqueluche, le tic facial et d'autres névroses. Cette excitation suffit quelquefois pour arrêter l'accès. L'excitation de la muqueuse nasale se fait avec la barbe d'une plume chargée de poudre de quinine, ou d'un mélange de quinine, de sucre et d'antipyrine.

Malaria chez les enfants.

M. C. Hochsinger appelle l'attention de ses confrères sur la fréquence de la malaria à Vienne chez les enfants des quartiers avoisinant le Danube ou la Vienne.

C'est surtout jusqu'a l'âge de deux ans que les enfants contractent la maladie. Même alors cependant elle ne présente pas les caractères typiques habituels. Souvent en effet le frisson initial fait défaut, les sueurs de la fin de l'accès manquent également la plupart du temps, et la température ne redescend pas toujours à la normale entre les accès. Le type de la fièvre paraît donc rémittent plutôt que franchement intermittent et dans ces conditions on l'attribue à des causes différentes, dentition laborieuse, embarras gastrique par exemple. Mais il y a une anémie générale rapide avec amaigrissement qui disparaît rapidement lorsque l'on emploie la quinine.

Le diagnostic de la maladie se fait par la marche de la température, l'hypertrophie de la rate, la coloration de la peau, surtout par la présence des hématozoaires dans le sang. L'auteur a fait 24 fois cette constatation, il a retrouvé les parasites de Laveran soit sous la forme de corps segmentés, soit sous la forme de flagella ; on peut se servir avantageusement du procédé de Chenzinsky par la solution aqueuse de bleu de méthylène et la solution alcoolique d'éosine. Cette recherche a donc une importance considérable, car elle permet de déceler chez l'enfant la malaria et de prescrire alors son remède souverain, la quinine.

SOCIÉTÉ IMPÉRIO-ROYALE DES MÉDECINS DE VIENNE

Séance d'avril 1891

Rhinosclérome.

M. Jüffinger présente une jeune fille de 10 ans atteinte depuis deux ans de raucité de la voix. L'examen laryngoscopique montrait la présence, sur la corde vocale gauche, d'une tumeur qui obstruait la moitié de la glotte. On pouvait rejeter d'emblée l'idée de tuberculose ou de syphilis, de même il n'y avait pas à penser à un enchondrome ou une tumeur du corps thyroïde. Le Dr Schrœtter émit l'idée d'un rhinosclérome ; c'était bien de cela en effet qu'il s'agissait comme le démontrèrent les examens bactériologiques et les cultures. La localisation si rare de l'affection est intéressante à noter.

Anevrysme de l'artère rénale.

M. Hochenegg montre un malade qui, deux ans auparavant, à la suite d'une chute sur le côté droit, avait présenté une hématurie considérable. Depuis, cette hématurie s'était reproduite à plusieurs reprises et avait amené le malade dans un état d'anémie extrême. Le prof. Albert ayant examiné ce malade remarqua la présence d'une tumeur du volume du poing, dépassant le rebord costal et animée de battements. On fit le diagnostic d'anévrysme de l'artère rénale. L'opération fit voir l'exactitude du diagnostic.

Corps étranger de l'orbite.

M. Bergmeister présente un malade, blessé quelques jours auparavant par l'extrémité d'un porte-plume, laquelle après avoir perforé la cloison du nez était venue perforer l'angle interne de l'œil au voisinage du sac lacrymal. Le corps étranger, mesurant 5 cm. 1/2 fut dificilement retiré. Il s'ensuivit un emphysème limité à toute la région qui n'interrompit nullement le fonctionnement de l'œil ni celui de l'appareil lacrymal.

(1) A la Société huntérienne (séance du 22 avril), M. A. H. Turby a fait une communication sur la *nécrose aiguë* pour prouver qu'elle provient d'une ostéomyélite due soit au staphylocoque, soit au streptocoque pyogenes; et pour soutenir que la trépanation précoce de l'os jusque dans le canal médullaire est indiquée. Nous n'insistons pas sur cette conduite, qui semble peu connue à l'étranger, mais qui est classique en France.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

N° 20. — 20 MAI 1891 LE NUMERO QUINZE CENTIMES

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT
PUBLIÉ PAR
LA GAZETTE HEBDOMADAIRE
DE MEDECINE ET DE CHIRURGIE
Et servi gratuitement à tous les abonnés de ce journal
ABONNEMENTS SPÉCIAUX POUR MM. LES ÉTUDIANTS. — UN AN : 6 FRANCS

L. LEREBOULLET, Rédacteur en chef. — A. BROCA, Secrétaire de la Rédaction
Librairie de G. MASSON, 120, boulevard Saint-Germain.

SOMMAIRE

ACTES OFFICIELS

Corps de santé de la marine. — M. le Dr Pélissier a été nommé médecin de 2e classe.

Récompenses honorifiques. — Par décision ministérielle, en date du 30 avril 1891, des médailles d'honneur et mentions spéciales ont été accordées, en témoignage du concours dévoué apporté à l'organisation et au fonctionnement des postes de surveillance sanitaire pour prévenir l'importation en France de l'épidémie cholérique qui régnait en Espagne pendant le deuxième trimestre 1890, aux médecins et élèves en médecine dont les noms suivent:

Médailles de vermeil. — MM. les Drs Galangau (de Port-Vendres); Cassan (de Banyuls-sur-Mer); Camino et Durruty (de Hendaye); Calmou (de Céret); Ollé (de Saint-Gaudens); Darrieu (de Saint-Jean-Pied-de-Port); Harréguy (de Lescun).

Médailles d'argent. — MM. les Drs Eliçagaray (de Sare); Lacoste (des Eaux-Chaudes); Marty (de la Tour-de-Carol); Colomer (de Saillagousse); Mouret, prosecteur à la Faculté de médecine de Montpellier, Bouquet, Reynes, Poujol, Gachon, élèves de ladite Faculté; Monod et Vic, élèves de la Faculté de médecine de Paris; Marty et Dirat, internes des hôpitaux de Toulouse; Cornet, Porge, Pinatel, Dangerfield, Cannieu, Portes, Dallas, Goyestche, Jaulin, élèves de la Faculté de médecine de Bordeaux.

Médailles de bronze. — MM. les Drs Garnault (de Lescun); Daraigne, Le Port, Sabrazès, élèves de la Faculté de médecine de Bordeaux.

Mentions spéciales. — MM. Du Coquet, Lacaze, élèves de la Faculté de Bordeaux.

ACTES
DES FACULTÉS DE MÉDECINE

La Faculté de médecine de Paris, a délégué M. le professeur Dieulafoy pour la représenter à l'inauguration de la Faculté de médecine de Toulouse.

TOULOUSE.

MM. Bédard et Marie, chargés des fonctions d'agrégé, sont chargés le premier des fonctions de chef des travaux de physiologie, le second des fonctions de chef des travaux de chimie.

M. le Dr Morel est nommé chef des travaux d'anatomie pathologique.

M. Biarnès est nommé chef des travaux de pharmacie.

M. le Dr Bauby est nommé chef de clinique chirurgicale.

M. le Dr Destaruc est chargé des fonctions de chef de clinique médicale.

M. le Dr Pascal est chargé des fonctions de chef de clinique obstétricale.

Sont nommés: MM. Gally, prosecteur; Auballes et Durand, aides d'anatomie; Daunic, préparateur d'anatomie générale; Biscours, préparateur de pathologie générale; Pezet, préparateur de chimie.

VARIÉTÉS

Concours du Bureau central.

Accouchements. — La question pour la composition écrite a été: Région périnéale et anale chez la femme, miction et défécation.

Médecine. — L'épreuve écrite a eu lieu mardi dernier: *Des myocardites aiguës* (anat. path., pathogénie et symptomatologie). Les autres questions restées dans l'urne étaient: *De l'artérite syphilitique* et des *abcès intrahépatiques*. On a commencé à lire les copies le jeudi 14 mai, à 4 heures, à la Charité.

Assistance des femmes enceintes. — Samedi 9 mai, à huit heures 1/2 du soir, le prof. Pinard a fait une conférence dans le grand amphithéâtre de l'ancienne Sorbonne, sur le sujet suivant: *De l'assistance des femmes enceintes*. M. le ministre de l'instruction publique et M. le Pr Tarnier avaient bien voulu accepter la présidence d'honneur de cette séance, dont la présidence effective a été dévolue à M. le Dr Cadet de Gassicourt. Sur l'estrade se trouvaient les plus hautes personnalités du monde politique et du monde scientifique.

Médecin condamné pour sévices graves vis-a-vis de ses malades. — Le directeur d'une maison de santé, Le Dr K. (de Francfort) vient de se voir accorder six mois de prison à la suite de brutalités odieuses exercées sur ses malades.

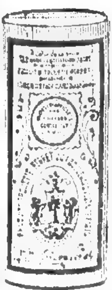
Le Dr K..., qui faisait ses visites armée d'un gourdin en caoutchouc se servait, paraît-il, journellement de cet instrument de thérapeutique extra-classique pour entreprendre la cure de ses pensionnaires. On lui reprochait en outre des sévices non moins graves. C'est ainsi que des témoins ont pu établir, entre autres faits, que l'inculpé faisait parfois attacher ses malades à leur lit pour pouvoir mieux leur administrer la bastonnade sur la plante des pieds. Un d'entre eux serait même mort des suites de ce traitement. Une autre fois K... poussait avec tant de violence une femme de son établissement que celle-ci allait se heurter la tête contre une muraille, se produisant ainsi de graves contusions du cuir chevelu. K... avait essayé de prouver à ses juges que l'usage du bâton possédait des vertus thérapeutiques réelles dans certaines maladies, mais les experts appelés à témoigner n'ont pas été tout à fait de cet avis. (*Province médicale.*)

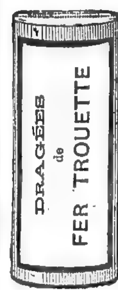
Statistique de Suicides. — Les journaux allemands publient une statistique d'après laquelle dans l'armée prussienne, le dans 12e corps (Saxon) et le 13e (Wurtemburgeois), pendant les quatre années 1884-1888, il n'y aurait pas eu moins de 949 suicides de soldats officiellement constatés. Le chiffre le plus haut aurait été atteint par le 5e corps (Posnanie), puis par le 3e (Berlin), le moindre par le 7e (Westphalie). C'est surtout au moyen de leurs fusils que ces soldats se suicident.

Les herboristes. — L'Association générale des herboristes de France a nommé une délégation chargée de se rendre auprès de M. Floquet et de lui remettre la pétition suivante :

Convaincus de la nécessité de maintenir, dans l'intérêt de la santé publique, leur profession, les membres de l'Association générale des herboristes de France adressent à M. le président de la Chambre et à MM. les députés l'expression de leur confiance dans la justice et l'équité des législateurs pour maintenir le certificat d'herboriste, menacé par le projet de loi sur l'exercice de la pharmacie.


CHLOROSE. — ANÉMIE. — LYMPHATISME
Le Proto-Iodure de Fer est le réparateur du sang, le fortifiant et le microbicide par excellence.
Le Sirop et les Dragées au proto-iodure de fer de F. Gille,
ne sauraient trop être recommandés en raison de leur pureté chimique, de leur inaltérabilité et de leur solubilité constantes. (Gazette des hôp.)
ENTREPOT GÉNÉRAL : 45, Rue Vauvilliers, Paris. Dépôt toutes Phies.




DRAGÉES
de
FER TROUETTE

SUPPLÉMENT THÉRAPEUTIQUE AU MERCREDI MÉDICAL

FORMULAIRE THÉRAPEUTIQUE

Mélange reconstituant. — M. Stewart

Sang de bœuf frais défibriné. Extrait de malt	ââ 25 grammes.
Glycérine. Alcool	ââ 75 —

Mêlez. — Prendre à chaque repas, en augmentant progressivement la dose, depuis une demi-cuillerée à café jusqu'à trois cuillerées à bouche pour adultes, et de trois à dix gouttes pour enfants.

Traitement intensif de la tuberculose par la méthode des injections sous-cutanées.

L'insuccès de la tentative de Koch a ramené les cliniciens aux médications précédemment appliquées à la tuberculose. Le traitement par la créosote, en particulier, est remis en honneur et vient d'entrer dans une voie nouvelle.

Déjà des travaux antérieurs, bien des fois rappelés, avaient déterminé le pouvoir toxique de la créosote à l'égard du bacille de Koch. Yersin, de l'Institut Pasteur, avait reconnu que cette substance, à la dose de 3 millièmes, tuait le germe tuberculeux, après deux heures de contact. D'autre part, Paul Guttmann avait constaté que les bacilles peuvent à peine vivre dans du sang stérilisé et additionné de créosote dans la proportion de 1/4000e, et que le développement s'arrête tout à fait quand le titre du mélange est un peu plus élevé. « Si « donc, écrivait-il, il y avait possibilité « d'introduire dans l'économie une quan- « tité de créosote telle que le sang pût « contenir pendant une longue durée « 4 millièmes de créosote, on pourrait « espérer que le développement du ba- « cille y deviendrait impossible. Mais « on ne peut introduire dans le corps « une telle quantité de créosote.

« Si, en effet, on évalue la quantité « de sang au 1/13 du poids du corps, il « y aurait 4 kilog. 615 de sang dans le « corps d'un homme de 60 kilog. Il fau- « drait donc qu'il y eût plus d'un gramme « de créosote dans la circulation pour « que le sang en contînt la proportion « de 4/1000e. Mais combien de créosote « faut-il introduire dans l'estomac pour « que le sang atteigne ce titre de 4/1000? « Ceci échappe naturellement à tout « calcul. » (P. Guttmann, *Zeitschr. f. Klin. medic.* B. xi. H. 5.)

Sans doute, comme le dit Sommerbrodt, on peut admettre que, en administrant 1 à 2 grammes de créosote par jour, le gramme qui a été absorbé la veille n'a pas encore disparu par décomposition avant que le gramme ingéré le lendemain ne soit arrivé dans l'économie pour continuer l'action du premier. Mais, en réalité, ce n'est là qu'une hypothèse, et on ne sait pas exactement ce que devient la créosote quand elle a traversé les milieux digestifs.

Cette incertitude et la préoccupation de faire pénétrer dans l'économie une quantité réellement efficace de créosote a conduit les expérimentateurs à substituer la méthode sous-cutanée à l'ingestion stomacale. Il est incontestable d'ailleurs que c'est une voie beaucoup plus sûre pour introduire dans la circulation les médicaments dans leur intégrité.

Les résultats obtenus, dès à présent, sont tout à fait surprenants. Que sont les doses quotidiennes de 1 à 2 grammes réclamées par P. Guttmann en comparaison de celles de 14 et même de 20 grammes que l'on est parvenu à faire absorber par l'hypoderme?

Ces injections sous-cutanées de doses très élevées de créosote ont été mises à la portée de tous les praticiens, grâce à l'initiative de quelques médecins éminents, et particulièrement du Dr Gimbert, de Cannes, et du Dr Burlureaux, professeur agrégé du Val-de-Grâce. C'est le Dr Burlureaux qui, à notre connaissance, a, le premier, abordé les doses véritablement massives.

Dans une communication récente, — mars 1891, — ce médecin annonce qu'il a pu injecter, au moyen d'un appareil spécial à air comprimé, muni d'une aiguille en or, de 50 à 100 et même 200 grammes d'huile créosotée au 1/15e, ce qui représente de 3 à 15 grammes environ de créosote.

Ces injections sont très bien supportées; à condition qu'on se serve de créosote rectifiée, distillée entre 200 et 210 degrés et ne renfermant pas d'acide phénique. La créosote est dissoute dans l'huile pure d'amandes douces, de faînes, d'olives ou d'arachides. L'injection doit être faite lentement; l'appareil ne doit pas fournir plus de 40 à 50 gouttes à la minute. L'opération dure ainsi quelquefois trois à cinq heures. Elle n'est pas douloureuse, elle est au moins très supportable. On choisit pour la piqûre tantôt la région fessière, tantôt les cuisses ou la région dorsale. Comme effet local, on ne constate qu'une rougeur érythémateuse; l'huile se résorbe habituellement sans laisser de trace appréciable. Une fois sur cinq environ, elle s'enkyste et ne disparaît qu'en cinq à quinze jours. Jamais il n'y a eu de suppuration. Rarement on a vu au niveau de l'injection des plaques dures, d'aspect sclérodermique. L'injection faite trop superficiellement détermine une mortification du derme de la dimension d'une pièce d'un franc. La répétition des injections dans une même région peut amener un épaississement progressif de la peau qui rend difficile l'introduction de l'aiguille.

Pour que les choses se passent de cette manière anodine, il est indispensable, dit l'auteur, d'employer des produits irréprochables.

M. le Dr Burlureaux a pu poursuivre ses expériences avec un produit de composition constante et tel que les résultats fussent toujours comparables, grâce au concours de M. Choay. A l'occasion de ces expériences cliniques, M. Choay a repris l'étude de la créosote par le principe, pour ainsi dire, et il vient de communiquer à la Société de Médecine pratique deux mémoires importants dont nous reproduisons les points qui intéressent le médecin praticien :

« On désigne sous le nom de *créosotes* les huiles lourdes qui proviennent de la distillation des goudrons de différentes essences végétales.

« Ce sont des mélanges dont la composition varie avec les goudrons générateurs et avec la manière dont la distillation a été conduite.

« Les corps énumérés ci-après ont été signalés dans la créosote de hêtre provenant des fabriques du Rhin :

Acide phénique passant à la distillation à	182°
Gaïacol »	200°
Crésylol »	203°
Créosol »	217°
Phlorol »	220°
etc., etc.	

« On voit par là que si l'on recueille les produits qui distillent avant 200°, on recueillera des créosotes qui renferment surtout de l'acide phénique (produits de tête); si l'on distille au delà de 210° on recueillera les produits autres que le *gaïacol* (produits de queue). Le Codex, dans le but d'obtenir un produit uniforme, a fixé entre 200 et 210° les températures auxquelles doit s'effectuer la distillation. Dans ces conditions, la *créosote officinale* est en majeure partie formée de gaïacol bouillant à 200°, uni à des crésylols et à une petite quantité de créosol.

« C'est un liquide de densité 1,067, neutre au tournesol, donnant avec le perchlorure de fer neutre une coloration verte.

« Mais les créosotes commerciales sont loin de répondre à de telles exigences.

« Sur 33 échantillons de créosote du commerce examinés au point de vue de la densité, deux seulement répondaient à la densité normale.

« Les conclusions du travail de M. Choay sont les suivantes: les créosotes commerciales ont pour caractère commun leur faible teneur en *créosote officinale* et la variabilité des produits accessoires. Tantôt elles sont relativement chargées d'acide phénique, tantôt elles renferment seulement un grand excès de phénols supérieurs et de leurs dérivés, d'autres fois l'acide phénique et ces phénols s'ajoutent à la créosote officinale.

« Nous avons pensé qu'en raison de la destination toute spéciale de notre créosote, il y avait intérêt à ne pas injecter un mélange trop pauvre en gaïacol ou qui fût additionné d'acide phénique ou de phénols supérieurs dont l'absorption sous-cutanée peut entraîner des dangers.

« Le mieux serait assurément de recourir exclusivement à l'emploi d'un corps chimiquement défini, comme le *gaïacol* — méthylpyrocatéchine, — puisqu'il constitue la majeure partie de la *créosote officinale*. Mais si l'on veut s'en tenir à la créosote, il faut, pour compter sur un effet thérapeutique constant, ne faire usage que d'un mélange de composition toujours identique.

« Pour réaliser cette condition, nous préparons une créosote officinale d'après les exigences du Codex, et nous l'appelons *créosote alpha* pour la distinguer des prétendues créosotes officinales du commerce. Car on peut dire, en vérité, qu'il n'existe pas actuellement de créosote officinale dans le commerce. »

LIVRES

déposés au Bureau du journal.

LIBRAIRIE G. MASSON, ÉDITEUR,

120, Boulevard Saint-Germain, Paris.

L'Hérédité syphilitique. Leçons professées par le Dr Alfred Fournier à l'hôpital Saint-Louis, recueillies et rédigées par le Dr. P. Portalier. 1 vol. in-8°. 7 fr.

Guide des travaux pratiques de physique, à la Faculté de Médecine de Montpellier, Pesanteur, optique, par le Dr H. Bertin-Sans, licencié ès sciences physiques, chef des travaux pratiques de physique à la Faculté de médecine, avec une introduction par M. le Dr Imbert, professeur à la Faculté de médecine. 2e édition, revue et considérablement augmentée, avec 14 figures dans le texte. 1 vol in-8°.

LIBRAIRIE O. BERTHIER.

Etude historique sur les organes génitaux de la femme. La fécondation et l'embryogénie humaine, depuis les temps les plus reculés jusqu'à la Renaissance, par Gabriel Peillon, docteur en médecine de la Faculté de Paris, ancien externe des hôpitaux et de la Maternité de la Pitié. 1 vol. grand in-8°.

LIBRAIRIE J.-B. BAILLIÈRE et FILS,

19, rue Hautefeuille, Paris.

Fonctions du forceps, préhension, pression et réduction de la tête. Défense du périnée au moyen d'un obstacle apporté à son allongement, par le Dr Chassagny, lauréat de l'Institut. Paris, 1891. 1 vol. grand in-8° de 388 p. 8 fr.

Le Laboratoire de toxicologie, méthodes d'expertises toxicologiques, travaux du Laboratoire, par P. Brouardel, doyen de la Faculté de médecine de Paris, et J. Ogier, directeur du Laboratoire. 1 vol. gr. in-8° avec figures. 8 fr.

De la Cure des hernies étranglées gangrenées, par l'entérectomie, suivie de l'entérorrhaphie longitudinale, par le Dr Jules Martin, lauréat de la Faculté de médecine de Lyon, ancien interne des hôpitaux. 1 vol. grand in-8° avec figures. Prix: 2 fr. 50

Le Remède de Koch, sa valeur contre la tuberculose, par H. W. Middendorp, professeur à l'Université de Groningue. 1 vol. gr. in-8°. 2 fr.

Etudes sur les maladies cérébrales et mentales, par le Dr J. Cotard, ancien interne des hôpitaux de Paris, préface par le Dr J. Falret, médecin de la Salpêtrière. 1 vol. in-8° de 600 pages. Prix: 8 fr.

LIBRAIRIE ASSELIN ET HOUZEAU.

Affections congénitales, par le Dr Lannelongue, membre de l'Académie de médecine, chirurgien de l'hôpital Trousseau, et le Dr V. Ménard, ancien chef de clinique de la Faculté de Paris. Tête et cou, maladies des bourgeons de l'embryon, des arcs branchiaux et de leurs fentes. 1 fort vol. grand in-8°, avec 79 figures dans le texte et 5 planches en chromolithographie.

COURS LIBRES

Hôpital Lourcine-Pascal. *Conférences de gynécologie clinique et opératoire.* — M. le docteur S. Pozzi a commencé ce cours le lundi 11 mai à 9 heures 1/2 et le continuera les lundis suivants, à la même heure.

Hôpital Tenon. — M. le Dr Cuffer fait des conférences de clinique et de séméiologie médicales les jeudis et samedis à 10 heures 1/2 du matin.

Hôpitaux du Midi et de Lourcine. — MM. Mauriac, Balzer, Humbert, de Beurmann, Renault et Pozzi annoncent la reprise de leurs conférences cliniques. La première réunion a eu lieu à l'hôpital du Midi, le mercredi 15 avril, à 9 h. 1/2. — La seconde à l'hôpital de Lourcine, le mercredi 22, et ainsi de suite alternativement dans chacun de ces deux hôpitaux.

Hôpital Trousseau. — M. le Dr Legroux, fait dans cet hôpital ses conférences cliniques, tous les mercredis à 9 heures et demie. Visites le matin à 9 heures. Consultations les mardis et vendredis à 10 heures.

— M. Sevestre, clinique médicale le jeudi à 4 heures.

Hospice de la Salpêtrière. — M. Terrillon, clinique chirurgicale le mercredi, à 9 h. 1/2.

Hôpital de la Pitié. — M Albert Robin : Le mercredi, conférence de chimie pathologique ; le jeudi, leçon clinique ; le samedi, examen des entrants.

Hospice des Enfants Assistés. — M. Kirmisson fait des leçons de chirurgie orthopédique le lundi à 10 heures. Opérations le mercredi à 10 heures.

Hôpital St-Antoine. — M. le Dr Brissaud, conférences de clinique médicale, le mercredi à 9 h. 3/4.

Hôpital Tenon. — M. Richelot, conférences de clinique chirurgicale et de gynécologie le lundi à 10 heures, salle Richard Wallace.

Hôpital Laennec. — Le Dr Landouzy, cours de clinique médicale, le jeudi à dix heures.

Hôpital Necker. — M. le Dr Rendu fait des leçons cliniques le jeudi à 10 heures.

— M. le Dr Horteloup, leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires le dimanche à 9 h. 1/2. — Visite des malades à la salle Civiale, à 9 heures depuis le mercredi 20 mai.

Hôpital Bichat. — M. Henri Huchard les *dimanches à dix heures.*

Hôpital Broussais. — M. le Dr Chauffard a repris ses leçons de clinique médicale le samedi 25 avril à 10 heures, et les continuera les samedi suivants à la même heure.

— M. le Dr Reclus, chirurgien de l'hôpital Broussais, a repris ses leçons cliniques le samedi 18 avril, à 9 h. 1/2, et les continuera les samedis suivants, à la même heure.

Hôpital des Enfants malades, 149, rue de Sèvres. — M. le Dr de Saint-Germain, chirurgien de l'hôpital, a repris ses leçons cliniques, le jeudi 23 avril, à neuf heures.

— M. le Dr Jules Simon, les mercredis à 9 heures.
Tous les samedis, consultation clinique.

Hôpital Saint-Louis. AVIS. — En raison de modifications dans le programme des cours de l'hôpital Saint-Louis, M. Ernest Besnier a suspendu ses conférences du lundi pour procéder à une réorganisation de son enseignement sur des bases nouvelles. Provisoirement, les travaux du service seront limités aux suivants : *Mardi*, opérations dermatologiques, Laboratoire Alibert, à 9 h. — *Mercredi*, affections du cuir chevelu et dermatophyties, Laboratoire Alibert, à 9 h. — *Vendredi*, consultation clinique, 38, rue Bichat, à 9 h.

— M. Hallopeau, leçons cliniques sur les maladies cutanées et syphilitiques, le dimanche à 10 heures du matin.

— M. du Castel a commencé le mercredi 13 mai, à 4 heures du soir, dans la salle des conférences, une série de leçons de séméiologie et de clinique syphiligraphiques et les continuera le mercredi de chaque semaine à la même heure.
Les lundis, policlinique, opérations dermatologiques, lupus, acnés, etc., salle Emery, à 9 heures 1/2.
Les mardis, policlinique. Maladies des femmes, salle Lorry, à 9 heures.
Les jeudis, consultation externe, à 9 heures.
Les vendredis, examen des nouveaux, salle Hillairet, à 9 heures.
Les samedis, maladies du cuir chevelu, salle Emery, à 9 heures 1/4.

FORMULAIRE THÉRAPEUTIQUE

L'euphorine comme analgésique

L'euphorine (phényluréthane), après des essais faits l'an dernier par Sansoni (de Turin), vient d'être expérimentée à nouveau par F. Adler, sur six malades de sa clientèle privée ainsi que sur vingt-quatre malades du service de M. B. Stiller, professeur extraordinaire de médecine interne à la Faculté de médecine de Buda-Pesth.

Il s'agissait dans ces cas de névralgies sus-orbitaires, de céphalées nerveuses chroniques, de migraines habituelles, de sciatiques, de rhumatisme articulaire aigu et chronique et de douleurs musculaires rhumatismales.

Contrairement à M. Sansoni, qui considère l'euphorine comme un médicament

analgésique médiocre, M. Adler dit avoir obtenu les résultats les plus encourageants.

C'est ainsi que tous ses cas de névralgie sus-orbitaire (3) et de sciatique (également 3) ont guéri rapidement et complètement.

Dans la migraine l'action de l'euphorine a été des plus éclatantes.

Les céphalées nerveuses chroniques ont été considérablement améliorées.

L'observation suivante est surtout de nature à mettre en relief les services précieux que peut parfois rendre l'euphorine comme analgésique. Un garçonnet de six ans souffrait depuis plusieurs mois de névralgie du trijumeau ayant résisté à toutes les analgésiques connus, y compris la quinine, ainsi qu'aux bromures et à l'arsenic. Seule l'euphorine, à la dose de 0 gr. 15 centigrammes, a enrayé à coup sûr et rapidement les accès les plus violents. Toutefois, une guérison complète n'a pas encore été obtenue dans ce cas.

Dans le rhumatisme, l'euphorine s'est montrée moins active que dans les névralgies. Sur neuf cas de rhumatisme poly-articulaire aigu, deux seulement ont été guéris; dans le rhumatisme articulaire chronique, on n'a obtenu qu'une amélioration passagère. Par contre, l'euphorine paraît être très efficace contre les douleurs musculaires rhumatismales, à en juger par trois cas de cette affection qui tous ont guéri très rapidement.

D'après les observations de M. Adler, la dose active d'euphorine serait, pour l'adulte, de 0 gr. 40 centigrammes. On peut la répéter trois à cinq fois dans les vingt-quatre heures.

On administre l'euphorine en cachets, en solution alcoolique ou simplement en suspension dans de l'eau. Aux doses indiquées, le médicament est toujours bien supporté et ne donne jamais lieu à aucun phénomène inquiétant ou simplement désagréable.

Traitement de l'infection morveuse par les frictions mercurielles.

M. le docteur Y. Gold (de Severinovka) a guéri deux cas d'infection morveuse chez l'homme par les frictions avec la pommade mercurielle. L'idée d'employer ce traitement lui fut suggérée par certaines analogies cliniques entre la syphilis et la morve, ainsi que par les propriétés microbicides si énergiques du mercure.

Le premier cas de M. Gold remonte à 1888; le second est tout récent.

Il s'agissait, dans ces deux faits, de paysans qui, à côté de symptômes bronchitiques et de fièvre plus ou moins intense, présentaient sur le corps un nombre considérable de foyers morbides : nodules indurés, tuméfactions molles, fluctuantes, voire même phlegmoneuses. L'examen du pus et de la sérosité provenant de ces foyers morbides, examen pratiqué à la station bactériologique d'Odessa, permit de constater la présence des bactéries caractéristiques de la morve, dont les cultures inoculées aux lapins produisirent chez ces animaux une infection morveuse typique, suivie de mort.

Les deux malades furent soumis par M. Gold aux frictions mercurielles qu'on pratiquait, deux fois par jour, avec 2 grammes d'onguent hydrargyrique double. Soins de la bouche ; gargarismes avec le chlorate de potasse. Les foyers locaux furent traités par les cataplasmes, l'incision, les lavages au sublimé et l'application de gaze iodoformée.

Malgré l'état général qui était précaire, les frictions mercurielles furent bien supportées et leur action favorable se manifesta dès le début du traitement.

Les deux malades guérirent : l'un après 68 frictions, l'autre après 62.

Le premier, dont l'histoire date, comme nous l'avons dit, de 1888, jouit, jusqu'à présent, d'une santé florissante ; il s'est marié depuis et il est devenu père de famille.

Ce résultat est d'autant plus concluant que sur 30 cas d'infection morveuse observés par M. Gold dans sa clientèle, tous se sont terminés par la mort, sauf les deux cas traités par les frictions mercurielles.

Troubles des fonctions digestives constipation pendant la grossesse et pendant l'allaitement. — Vomissements incoercibles.

Les femmes enceintes sont sujettes pendant la grossesse à différents troubles des fonctions de l'estomac ou de l'intestin, les uns graves, comme les vomissements incoercibles, les autres plus anodins, comme l'embarras gastrique ou la constipation, mais qui ne sont pas sans inconvénients au double point de vue de leur santé et de celle de l'enfant à venir. Le médecin appelé à donner ses conseils se trouve souvent dans un certain embarras; obligé de sauvegarder deux existences, celle de la mère et celle de l'enfant, il est tenu à la plus extrême prudence: il doit renoncer à certains médicaments qui mettraient en péril la vie ou la santé de l'enfant, il est même forcé de n'avoir recours aux purgatifs qu'avec beaucoup de modération, car il risquerait de provoquer l'avortement. Cependant les troubles des voies digestives, et particulièrement la constipation, sont fréquents pendant la grossesse et je crois utile d'indiquer dans quel cas on peut avoir recours à l'eau de Châtel-Guyon, ce traitement étant souvent très efficace et toujours inoffensif.

Pour combattre et guérir le simple embarras gastrique saburral et l'état dyspeptique simple caractérisé par le manque d'appétit, la lourdeur de digestion, etc., il suffit de prendre à jeun deux demi-verres d'eau de la source Gubler à 20 minutes d'intervalle et autant aux repas, mêlée au vin ou non. Contre la constipation il est nécessaire d'augmenter la dose jusqu'à deux verres à jeun dans les mêmes conditions et un verre et demi à chaque repas. Souvent même l'eau prise simplement aux repas suffit pour obtenir l'effet désiré.

Le même traitement convient parfaitement aux nourrices qui sont sujettes aussi à des troubles gastriques et à la constipation et auxquelles on ne peut conseiller certains médicaments et certains purgatifs sans risquer d'altérer leur lait ou de le faire disparaître. J'ajoute que si l'enfant nourri au sein est constipé, il suffit la plupart du temps de faire prendre un peu d'eau de la source Gubler à la nourrice pour voir cesser la constipation et cela sans aucun inconvénient. La proportion de chlorure de sodium que renferme le lait se trouve un peu augmentée, un peu de chlorure de magnésium doit s'y ajouter et les fonctions se rétablissent sans que j'aie jamais vu l'enfant en être le moins du monde incommodé.

Il me reste à parler de ces vomissements opiniâtres, rebelles à toute médication, qui amènent au bout d'un certain temps de la fièvre et un état très grave qui se termine quelquefois par la mort, sans qu'aucune lésion de l'estomac ou de l'utérus puisse expliquer la persistance de ces vomissements ni leurs conséquences fatales: je veux parler des vomissements incoercibles pendant la grossesse. Il se produit quelquefois une guérison aussi rapide qu'inespérée soit spontanément, soit sous l'influence présumée d'une médication, soit après un avortement spontané. Dans certains cas on a pu attribuer ces vomissements à l'enclavement de l'utérus gravide dans le petit bassin; il suffit alors de dégager l'organe par soulèvement pour les voir disparaître, mais c'est là une exception.

On a opposé divers traitements à cet état si grave, entre autres la teinture d'iode prise à l'intérieur et associée à l'iodure de potassium. Tous les moyens pharmaceutiques n'ont donné que des résultats douteux. Un seul procédé a paru réellement efficace, c'est la déplétion de l'utérus par avortement provoqué ou accouchement prématuré ; mais si ce moyen est radical, il est délicat et dangereux ; on ne doit se résoudre à l'employer qu'à la dernière extrémité.

Deux médecins belges m'ont signalé l'action utile de l'eau de Châtel-Guyon contre les vomissements incoercibles de la grossesse ; j'ai pu moi-même, dans un

seul cas, il est vrai, mais très caractéristique, observer le même résultat. Je crois utile d'attirer l'attention sur cette opinion de confrères de Belgique dont ils ont bien voulu me faire part. La dose peut varier : on doit commencer par ordonner cinquante grammes d'eau de la source Gubler toutes les deux heures; cette dose, qu'on peut encore diminuer, est en général bien tolérée, ce qui est déjà un grand point et permet d'espérer la cessation des vomissements. Mon expérience à ce sujet est encore insuffisante pour me permettre d'affirmer qu'on obtiendra généralement la guérison; elle suffit cependant, je crois, pour que j'indique ce traitement, à coup sûr inoffensif, et qui a paru, à d'autres comme à moi, donner des résultats tout à fait intéressants contre ces troubles gastriques, assez rares sans doute, mais en face desquels nous sommes si désarmés.

Dr BARADUC.

Formules pour le traitement du zona

M. M. BEATTIE.

Pour l'usage interne :

Extrait de gelsemium.......	} âã 4 grammes	
Phénylsulfate de soude......	}	
Eau.......................	90	—

Mêlez. — A prendre : une cuillerée à café toutes les deux heures.

En même temps le malade prendra 5 gouttes de teinture de belladone toutes les deux heures, jusqu'à ce qu'il survienne une légère sécheresse de la gorge.

Pour l'usage externe :

Acétate neutre de plomb....	} âã 4 grammes.
Alun en poudre.............	}
Eau.......................	120 grammes.

Mêlez. — Appliquer sur la partie atteinte des compresses imbibées de ce liquide et les renouveler toutes les deux heures.

Au dire de M. Beattie (de New-York), ce traitement amène la sédation des douleurs au bout de quelques heures et abrège la durée de la maladie.

La naphtaline comme tænifuge et vermifuge

D'après les observations de M. le docteur Mirovitch (de Biélsk), la naphtaline serait le meilleur moyen pour provoquer l'expulsion des tænias.

Par la sûreté de son action et par l'absence de tout effet toxique (le médicament n'est résorbé dans le tube gastro-intestinal qu'en quantité infime), elle serait de beaucoup supérieure à tous les tænifuges connus, tels que écorce de grenadier, pelletiérine, fougère mâle, kousso, etc.

On administre la naphtaline aux enfants, d'après la formule suivante :

Naphtaline.........	0 gr. 30 à 0 gr. 50 cent.
Huile de ricin......	15 grammes.
Essence de bergamote	II gouttes.

Les adultes prennent, aussi à jeun, d'abord un cachet contenant 1 gramme de naphtaline et immédiatement après 30 grammes d'huile de ricin.

Pendant les deux jours qui précèdent l'administration du médicament, le malade se nourrira d'aliments salés, acides et épicés.

Dans toutes les observations de notre confrère de Biélsk, une seule dose de naphtaline a suffi pour expulser le tænia avec sa tête, même dans les cas où tous les autres tænifuges avaient échoué.

La naphtaline serait aussi, d'après M. Mirovitch, le moyen le plus sûr contre les ascarides.

Du choix et du dosage des médicaments antithermiques chez les enfants.

M. le docteur Demme, professeur de clinique infantile à la Faculté de médecine de Berne, conseille de procéder ainsi qu'il suit dans l'administration des médicaments antithermiques aux enfants :

Il va sans dire que tous les cas de fièvre n'exigent pas l'emploi des antipyrétiques. Les fièvres modérées de 38°5 à 39 5, lorsque leur durée ne dépasse pas quelques jours, doivent être laissées sans aucune médication antithermique. Par contre, lorsqu'il s'agit d'une fièvre persistante de 40° et plus, le traitement antithermique peut être indiqué dans certains cas, mais pas dans tous. C'est ainsi qu'on doit l'éviter dans la diphthérie, dans les fièvres infectieuses et dans la pneumonie fibrineuse; mais il est indispensable, et très bien supporté, dans le rhumatisme polyarticulaire aigu, dans la fièvre typhoïde et dans la broncho-pneumonie.

Dans le rhumatisme polyarticulaire aigu notre confrère suisse prescrit, suivant les circonstances, tantôt le salicylate de soude et tantôt le salol : le premier, s'il n'existe pas de troubles gastro-intestinaux ; le second, lorsqu'il y a tendance aux vomissements et à la diarrhée.

Voici, suivant l'âge, les doses de salicylate de soude à prendre *en vingt-quatre heures* :

De 2 à 4 ans.	0 gr. 50 centigr. à 1 gramme.
5 à 10 —..	1 gramme à 2 grammes.
11 à 15 —..	1 gr. 50 centigr. à 3 grammes

Le salol est administré aux doses suivantes, *répétées trois ou quatre fois par jour* :

De 2 à 4 ans.	0 gr. 25 centigr.	à 0 gr. 35 cent.
5 à 10 —.	0 — 50 —	à 0 — 75 —
11 à 15 —.	0 — 75 —	à 1 gramme.

Dans la fièvre typhoïde, le meilleur antithermique est, d'après M. Demme, le sulfate de thalline. On l'administre, *toutes les deux heures*, aux doses que voici :

De 3 à 4 ans.	0 gr. 01 centigramme.
5 à 10 —.	0 — 02 centigrammes.
11 à 15 —.	0 — 03 centigr. à 0 gr. 05 cent.

Dans la broncho-pneumonie, le choix de l'antithermique varie suivant la période de la maladie. A la période initiale, période des poussées successives du processus pneumonique, convient surtout l'antipyrine qu'on administre en potion additionnée de quelques gouttes de cognac, aux doses suivantes, *répétées deux ou trois fois de suite à une heure d'intervalle* :

De 2 à 4 ans.	0 gr. 20 cent.	à 0 gr. 40 cent.
5 à 10 —.	0 — 50 —	à 0 gr. 75
11 à 15 —.	0 — 75 —	à 1 gramme.

Contre la fièvre hectique de la broncho pneumonie, fièvre caractérisée par des rémissions matutinales et des exacerbations vespérales considérables, le médicament le plus efficace est la quinine, administrée aux doses ci-après :

De 2 à 4 ans.	0 gr. 20 centigr.	à 0 gr. 40 cent.
5 à 10 —.	0 — 50 -	à 0 gr. 75
11 à 15 —.	0 — 75 —	à 1 gramme.

Enfin, le meilleur antithermique à opposer à la fièvre tuberculeuse, est l'acétanilide. On en administre :

De 2 à 4 ans.	0 gr. 05 cent.	à 0 75 milligr.
5 à 11 —.	0 — 10 —	à 0 20 centigr.
12 à 15 —.	0 — 20 —	à 0 30 —

La phénacétine peut être aussi employée contre la fièvre tuberculeuse. Ses doses sont environ le double de celles de l'acétanilide, à savoir :

De 2 à 4 ans.	0 gr. 10 cent.	à 0 gr. 20 centigr.
5 à 11 —	0 — 20 —	à 0 — 50 —
12 à 15 —	0 — 50 —	

Paris. — Imp. des ARTS ET MANUFACT. et DUBUISSON
12, r. Paul-Lelong. — Barnagaud, imp.

CLINIQUE MÉDICALE

Un cas de pleurésie séro-fibrineuse avec bacilles d'Eberth, par Ch. Fernet, agrégé à la Faculté de médecine, médecin de l'hôpital Beaujon.

L'étiologie des pleurésies est peu avancée. Sans doute celle des pleurésies purulentes a fait de sérieux progrès depuis quelques années et, grâce aux recherches bactériologiques, on est déjà arrivé à constituer plusieurs espèces distinctes dont la pathologie commence à être fixée; mais celle des pleurésies séro-fibrineuses est encore pleine de lacunes et d'incertitudes.

Pendant longtemps on s'est borné à invoquer le refroidissement comme capable de produire la pleurésie d'apparence primitive; mais cette cause banale semble avoir fait son temps; et, pour la pleurésie comme pour la pneumonie, il est vraisemblable que le refroidissement, quand il est réel, n'intervient qu'à titre de circonstance adjuvante, la cause véritablement efficiente étant une infection, laquelle infection tantôt provient d'un des organes voisins, tantôt se manifeste d'abord dans la cavité pleurale et y reste souvent confinée pendant tout le cours de la maladie.

Mais on ne connaît guère, et encore bien imparfaitement, que quelques espèces de pleurésies séro-fibrineuses : en tête se place la pleurésie tuberculeuse qui est très fréquente, plus fréquente sans doute que toutes les autres réunies; puis viennent la pleurésie rhumatismale, celle qui survient au cours de la scarlatine et plus rarement au cours des autres fièvres, celle qui est consécutive à une maladie des organes voisins (la pleurésie consécutive à la pneumonie est commune).

Cependant l'attention s'est portée presque exclusivement sur la pleurésie tuberculeuse; et tout dernièrement encore notre collègue M. Netter, reprenant la question à ce point de vue et confirmant les propositions antérieures de Landouzy, de Chauffard et Gombault, de Kelsch et Vaillard, etc., arrive à cette conclusion que 70 pour 100 au moins, plus des deux tiers des pleurésies que la clinique rangeait dans les pleurésies simples, primitives, sont des pleurésies tuberculeuses.

Quoi qu'il en soit, en acceptant l'évaluation de Netter qui ne paraît guère contestable, il resterait encore 30 pour 100 de pleurésies séro-fibrineuses qui ne sont pas tuberculeuses. Eh bien, de celles-là quelle est la nature ? C'est ce qu'il faudrait connaître, c'est ce que les travaux antérieurs permettent à peine d'entrevoir ; et je ne sache pas que les recherches bactériologiques aient jusqu'ici beaucoup éclairé cette question : Talamon (1), ayant examiné par le procédé des cultures le liquide de 17 pleurésies séro-fibrineuses, n'en a trouvé que trois où les résultats aient été probants : dans deux de ces cas c'était le pneumocoque, dans le troisième c'était le streptocoque que contenait la plèvre ; sept autres fois il a observé des organismes divers, mais ces organismes ont été inoffensifs à l'inoculation des animaux. « On peut donc admettre, dit Talamon, que si le bacille de Koch est une cause très fréquente de pleurésie séreuse primitive, deux autres organismes, le streptococcus puerpéral et le diplococcus lancéolé, peuvent aussi déterminer, en se greffant d'emblée sur la séreuse pleurale, une pleurésie soi-disant idiopathique, et que probablement divers autres microbes plus ou moins bien définis... peuvent encore par leur localisation sur la plèvre, en provoquer l'inflammation fibrino-séreuse. »

(1) Talamon, Étiologie microbienne des pleurésies fibrino-séreuses. *Médecine moderne*, 6 novembre 1890.

La clinique, de son côté, montre de grandes différences entre les pleurésies suivant l'intensité des phénomènes inflammatoires, suivant le développement de la réaction fébrile, suivant que le liquide épanché est plus ou moins fibrineux, ou au contraire plus ou moins séreux, suivant la durée de la maladie, etc. Mais en somme l'interprétation de ces différents caractères au point de vue de leur pronostic reste incertaine et leur valeur indécise, et il en sera sans doute ainsi tant qu'on ne sera pas arrivé à constituer des espèces dans ce groupe complexe des pleurésies séro-fibrineuses; ce travail est presque tout à faire, j'y voudrais apporter aujourd'hui une petite contribution.

Je voudrais rechercher s'il n'y a pas lieu d'admettre une pleurésie typhoïde, et par là j'entends une pleurésie causée directement par l'agent de la fièvre typhoïde, par le bacille d'Éberth ; je m'appuierai sur une observation qui me paraît avoir une réelle importance à ce point de vue.

J'ai cherché vainement dans quelques-uns des principaux historiens de la fièvre typhoïde, tels que Griesinger, Murchison, Noël Gueneau de Mussy ou dans les dictionnaires, quelque indication relative à l'existence de la pleurésie comme manifestation possible de la fièvre typhoïde : on signale bien quelques pleurésies survenues au cours de la fièvre typhoïde, mais on les tient pour des complications accidentelles de cause banale ou des complications liées à des lésions pulmonaires dépendantes de la fièvre typhoïde, à des broncho-pneumonies par exemple qui sont en effet très fréquentes dans cette maladie; ces pleurésies seraient assez souvent purulentes.

Notre collègue M. Rendu a publié en 1885 (1) une très intéressante observation de pleurésie purulente, survenue pendant une fièvre typhoïde, dans laquelle l'examen bactériologique du pus, pratiqué par M. de Gennes, démontra la présence du bacille d'Eberth associé à quelques autres microcoques. Valentini, cité par M. Raymond (2), aurait trouvé le bacille d'Eberth seul dans le pus d'une pleurésie suppurée.

D'autre part, dans une de nos dernières séances, M. Charrin (3) nous a communiqué une observation de pleurésie hémorrhagique dans laquelle l'examen bactériologique du liquide révéla l'existence du bacille d'Eberth à l'exclusion de tout autre microbe ; il est vrai que, dans ce cas, il n'est pas démontré que le malade, qui était tuberculeux, fût atteint de fièvre typhoïde.

Ces faits posent la question de l'existence d'une espèce particulière de pleurésie causée par la fièvre typhoïde ou plutôt par le bacille d'Eberth qui est considéré comme l'agent pathogène de cette maladie; mais ils concernent des cas de pleurésie purulente ou de pleurésie hémorrhagique. Y a-t-il des pleurésies séro-fibrineuses de même origine ?

Dans une communication antérieure sur le traitement de certaines pleurésies infectieuses par les injections intra-pleurales (4), je m'étais demandé si plusieurs des pleurésies séro-fibrineuses dont je rapportais les observations n'étaient pas comparables à ces formes de fièvre typhoïde qu'on connaît maintenant sous le nom de pneumotyphus et si le nom de pleurotyphus ne leur serait pas applicable ; mais dans les trois faits que je rapportais à cette époque, l'examen bactériologique, pratiqué par M. Girode, n'avait donné que des résultats négatifs. Depuis lors j'ai encore rencontré deux observations

(1) Rendu, *Bull. de la Soc. clinique*, 1885.
(2) Raymond, *Bull. de la Soc. méd. des hôp.*, 20 février 1891.
(3) Charrin et Roger, *Bull. de la Soc. méd. des hôp.*, 17 avril 1891. Voy. *Mercredi*, n° 16, p. 206.
(4) Ch. Fernet, *Bull. de la Soc. méd. des hôp.*, 12 juillet 1890.

analogues dans lesquelles les caractères cliniques m'avaient fait considérer la pleurésie comme une manifestation de la fièvre typhoïde; dans ces deux cas, la recherche bactériologique n'a pas été faite.

Enfin récemment, j'ai eu dans mon service de l'hôpital Beaujon un cas de pleurésie que j'ai encore été amené à considérer comme de nature typhoïde, et dans ce cas l'examen bactériologique du liquide épanché, pratiqué sur ma demande par M. Girode, a révélé la présence du bacille d'Eberth; or dans ce cas il s'agissait d'un épanchement séro-fibrineux. Ce fait semble donc établir qu'il existe une pleurésie séro-fibrineuse dépendante de la fièvre typhoïde et produite par le même micro-organisme que les autres manifestations de cette maladie; s'il est confirmé par des observations ultérieures, il doit conduire à admettre une espèce particulière de pleurésie séro-fibrineuse imputable à la fièvre typhoïde.

Voici l'observation :

Observation (rédigée d'après les notes de M. Pineau, interne du service). — Le nommé M..., Italien, âgé de 18 ans, confiseur, entre dans mon service (salle Monneret, n° 4) le 17 décembre 1890. Bonne santé habituelle; une attaque antérieure de rhumatisme qui a duré six semaines.

Ce jeune homme se dit malade depuis deux mois : à la suite d'un refroidissement, il aurait été pris d'un point de côté et de légers frissons; cependant il n'interrompit pas son travail, bien qu'éprouvant de temps en temps un peu d'oppression. Il y a un mois, se sentant trop fatigué, il fut obligé de s'arrêter et de prendre le lit : il avait perdu tout appétit, avait constamment soif et prétend avoir éprouvé des douleurs dans les deux fosses iliaques. Il y a quinze jours il a eu de la céphalalgie et il y a une dizaine de jours deux épistaxis; depuis le même temps, il a perdu tout sommeil, et à ce moment aussi la diarrhée, provoquée d'abord par un purgatif, s'est établie et a persisté à raison de deux ou trois selles par jour.

Etat actuel. — Le malade paraît assez fatigué et surtout oppressé. Lorsqu'il s'assied dans son lit, il est tout étourdi. La langue est blanche sur le milieu, rouge sur les bords et à la pointe; il y a de l'anorexie et de la soif; le ventre est légèrement ballonné et est le siège d'une sensibilité exagérée à la pression dans la fosse iliaque droite; mais il n'y a pas sur l'abdomen de taches rosées lenticulaires. Les urines sont rouges, assez abondantes; elles ne contiennent pas d'albumine.

La température axillaire était, le soir de l'entrée, à 39°; le lendemain matin, 38°,5; pouls 92, régulier; cœur normal.

L'examen de la poitrine révèle les signes d'un épanchement de moyenne abondance dans la plèvre du côté droit (matité, abolition du bruit pulmonaire, affaiblissement des vibrations thoraciques depuis l'angle inférieur de l'omoplate jusqu'en bas; égophonie, pas de transmission de la voix chuchotée). On trouve aussi à la base gauche quelques signes d'un léger épanchement, mais ces signes sont douteux.

Ainsi, chez ce malade, quels qu'aient été les accidents des cinq ou six premières semaines, accidents dont la nature reste indécise, on trouve presque tous les signes et l'évolution d'une fièvre typhoïde datant d'une quinzaine de jours; en outre il existe une pleurésie, peut-être double, avec épanchement du côté droit.

Pour le diagnostic on pourrait hésiter entre une fièvre typhoïde avec pleurésie et une tuberculose subaiguë avec état typhoïde. Nous inclinons vers la première hypothèse, en nous appuyant sur ce fait que les signes de la fièvre typhoïde sont presque au complet, et que notamment les signes fournis par l'appareil digestif sont très accusés; il est vrai qu'il n'y a pas de taches rosées lenticulaires, mais cette absence n'a peut-être pas une valeur décisive : ces taches, en effet, ont souvent disparu au quinzième jour de la maladie.

Avant d'instituer le traitement de la fièvre typhoïde, nous décidons de faire une thoracentèse et nous prions M. Girode de vouloir bien examiner au point de vue bactériologique le liquide qui sera extrait par la ponction.

La thoracentèse est pratiquée le soir même, après une ponction exploratrice, par mon interne M. Pineau : quoiqu'on se soit servi du trocart n° 2 de l'appareil Potain, on ne peut retirer que 100 grammes de liquide. Ce liquide est séreux, clair, contenant quelques grumeaux fibrineux. Il est présumable, ou bien qu'il n'existait qu'un faible épanchement étalé en nappe, ou bien que le trocart aura été obstrué par un grumeau; cette seconde éventualité est peut-être rendue probable par la persistance des signes physiques qu'on a pu constater par la suite.

M. Girode, avec son empressement habituel, a bien voulu recueillir ce liquide et le soumettre à l'examen bactériologique, et voici la note qu'il m'a remise :

Examen bactériologique du liquide pleural. — Au moment de la ponction, on prélève, à l'aide de pipettes stériles, une partie du liquide trouble et à très fins grains qui vient d'être retiré.

Des ensemencements sont faits le lendemain sur gélose et en bouillon de veau peptonisé salé; ces milieux sont placés à l'étuve à 36°. On fait également quelques plaques, et on inocule deux gélatines en stries, qui sont abandonnées à 23°.

Tous les milieux se sont peuplés régulièrement, un peu lentement, d'un organisme bacillaire qui, par sa morphologie, sa mobilité, ses réactions colorantes et sa décoloration par la méthode de Gram, enfin ses cultures sur gélatine en strie et en plaque, rappelle tous les caractères du bacille d'Eberth.

Mais c'est surtout en le soumettant à l'épreuve de la culture sur pommes de terre qu'on se fait une opinion ferme : la mince pelllicule en vernis luisant, blanchâtre, est tout à fait démonstrative.

En laissant déposer le liquide initial dans une des pipettes pendant 48 heures, on pouvait mettre en relief directement dans ce liquide le même bacille.

La pleurésie typhique, par bacille d'Eberth, est donc incontestable.

20 *décembre*. — En présence de la persistance des symptômes typhoïdes et de l'état fébrile (les températures oscillent entre 38 et 39° ou 39°,2, nous nous décidons à soumettre le malade au traitement par les bains froids (bains à 20° toutes les trois heures, quand la température dépasse 38°,5 dans l'aisselle); et ainsi, dans l'espace de six jours, le malade prend successivement 5, 6, 7, 6, 4 bains, puis 1 seulement le 25 décembre.

26 *décembre*. — Les températures sont presque normales : 37°,8 hier soir, 37°,5 le matin. On supprime les bains. On remarque pourtant que le ventre est ballonné, plus même qu'il y a quelques jours; la diarrhée a cessé depuis deux jours. On trouve encore des signes d'épanchement à la base de la poitrine du côté droit en arrière, dans l'étendue de quatre travers de doigt.

27 *décembre*. — Le malade est plus abattu; il n'a pas dormi cette nuit. Il est constipé depuis trois jours et rend maintenant quelques matières glaireuses.

Le ventre est ballonné et un peu sensible à la pression. L'examen physique dénote l'existence d'un épanchement peu abondant dans la cavité péritonéale (matité dans les parties déclives, son hydroaérique à la limite de la matité, sonorité tympanique autour de l'ombilic, fluctuation diamétrale); cet épanchement est mobile : en plaçant le malade dans le décubitus latéral gauche, la sonorité reparait dans le flanc droit et inversement.

On suspend l'alimentation légère qu'on avait commencée il y a deux jours et on revient au régime lacté exclusif. Deux verres d'eau de Sedlitz.

Jusqu'à la fin de décembre, le malade reste sans fièvre, mais l'ensemble de son état est peu satisfaisant : il est un peu abattu, sa langue reste couverte en dessus et rouge sur les bords, le pouls est à 112.

Dans les premiers jours de janvier, la température s'élève de nouveau et, du 3 au 10, elle oscille autour de 38° (37°,4 le matin, 38°,5 à 38°,8 le soir); il y a un peu de diarrhée par intervalles. Les symptômes d'épanchement abdominal et d'épanchement pleural persistent. Cependant le malade réclame avec insistance à manger et nous avons de la peine à le maintenir au régime lacté, aux potages et à un œuf par jour.

A partir du 10 janvier, les températures recommencent à baisser, et le 14 elles sont normales. L'aspect général du malade devient meilleur. Les signes d'épanchement péritonéal persistent encore; ceux de l'épanchement pleural ont au

contraire disparu et la respiration est redevenue pure jusqu'en bas.

Pendant une semaine encore (du 15 au 22 janvier), le malade a encore eu quelques alternatives de fièvre, mais sans continuité ; tous les symptômes, y compris les symptômes abdominaux, se sont atténués graduellement, et à partir du 17 janvier nous considérons la convalescence comme commencée. On revient avec précaution à l'alimentation ordinaire.

Dans les premiers jours de février, le malade est guéri et quitte l'hôpital.

En résumé, il s'agit d'un jeune homme de 18 ans chez lequel nous avons vu évoluer des symptômes que nous avons considérés comme dépendant d'une fièvre typhoïde ; il n'y a pas eu de taches rosées lenticulaires, mais au commencement de notre observation, la fièvre typhoïde paraissait arrivée au quinzième jour environ, et souvent il n'y a plus de taches à cette époque. Le malade présentait en même temps les signes d'une pleurésie avec épanchement : le liquide extrait par la ponction était séro-fibrineux et l'examen bactériologique qui en a été fait par M. Girode y démontra la présence du bacille d'Eberth. D'après ce caractère, le diagnostic de pleurésie typhoïde que nous avions soulevé avant la ponction nous a paru acquérir de grandes chances de probabilité.

Il est vrai que, d'après les renseignements fournis par le malade, la pleurésie remontait peut-être déjà à deux mois au moment de l'entrée à l'hôpital, et on pourrait se demander si le bacille d'Eberth n'est pas venu, au cours d'une fièvre typhoïde, échouer et pulluler dans un foyer de pleurésie dont il n'aurait pas lui-même été la cause originelle. Mais, d'autre part, je ferai observer que les autres faits de pleurésie typhoïde que j'ai rencontrés antérieurement et auxquels j'ai déjà fait allusion ont, comme celui-ci, présenté une marche lente et des alternatives de mieux et de pire analogues à celles que nous avons vues dans le fait actuel. Nous pensons donc que l'interprétation la plus simple et la plus plausible est encore d'admettre que la pleurésie a été ici une manifestation de la fièvre typhoïde, antécédente à l'atteinte de fièvre typhoïde vraie que nous avons observée, mais qu'en somme elle a, comme celle-ci, été causée par le bacille d'Eberth.

Un seul fait est sans doute insuffisant pour permettre des conclusions fermes; mais si d'autres observations anologues venaient se joindre à celle que je viens de communiquer, il y aurait lieu d'admettre une espèce particulière de pleurésie séro-fibrineuse produite par le bacille d'Eberth et il y aurait peut-être lieu de lui donner un nom spécial, et comme on dit pleurésie tuberculeuse et pleurésie rhumatismale, on pourrait dire peut-être pleurésie typhoïdique.

REVUE DES CONGRÈS

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OPHTHALMOLOGIE

9e session, tenue à Paris du 4 au 9 mai 1891.

Ptosis congénital.

M. Gillet de Grandmont décrit le procédé suivant :

1° Après avoir saisi la paupière supérieure dans la pince de Snellen, inciser la peau parallèlement au bord libre de la paupière, à une distance de 3 à 4 millimètres et dans une longueur d'environ 2 centimètres 1/2;

2° Soulever les deux lambeaux cutanés, détacher et exciser, dans la portion correspondante, le muscle orbiculaire, de façon à mettre à nu la totalité du cartilage tarse, presque depuis le bord ciliaire, jusques et y compris le muscle orbito-palpébral de Sappey, vulgairement désigné sous le nom de tendon de l'élévateur;

3° Inciser toute l'épaisseur du cartilage tarse dans une étendue de 2 centimètres environ, parallèlement au bord libre de la paupière, à une distance de 2 à 4 millimètres de ce bord;

4° Décrire une incision curviligne à concavité inférieure allant d'une extrémité de la première incision du cartilage à l'autre extrémité. Cette incision doit occuper toute l'épaisseur des téguments, de telle façon que, le lambeau enlevé, on aperçoive la plaque d'ébonite de la pince de Snellen. La hauteur de la partie moyenne du lambeau doit être égale à l'estimation faite de la valeur du ptosis.

Peu importent les tissus compris dans ce lambeau, dont une partie est toujours le cartilage et dont l'autre est le muscle orbito-palpébral. L'important est que la hauteur du lambeau excisé soit suffisante pour corriger le ptosis;

5° Suturer, à l'aide de trois points de catgut 00, le lambeau supérieur ou orbito-palpébral avec le lambeau inférieur ou tarsal, sans toucher à la peau. Il est entendu que la ligature des fils n'est faite que lorsqu'on a relâché la pression de la pince de Snellen.

De la peau on n'a pas à s'occuper, le rapprochement est tel qu'immédiatement après l'opération on n'aperçoit qu'un pli cutané correspondant au pli palpébral naturel.

Les suites de cette opération sont nulles. Arrosée de liquide antiseptique, la plaie se cicatrise en vingt-quatre ou quarante-huit heures. L'ablation des catguts est inutile. Un peu d'œdème palpébral se manifeste pendant un ou deux septenaires et masque, en partie, le résultat obtenu; mais peu à peu l'ouverture palpébrale s'accentue et prend la forme si recherchée des yeux fendus en amande; en même temps le sourcil qui s'élevait disgracieusement recouvre peu à peu sa position symétrique.

Telle est la description de cette opération que l'on pourrait désigner sous le nom de résection tarso-musculaire.

M. Meyer. — Que devient cette paupière ainsi opérée par M. Gillet de Grandmont? Quand l'œil va se fermer, il est nécessaire de savoir comment la paupière va se fermer. De plus, je préfère établir la mensuration au moment où le malade baisse la paupière; on voit beaucoup mieux ce que le malade a de trop quand les paupières sont fermées.

M. Dehenne (de Paris). — Le procédé de Dransart consiste à faire suppléer le releveur palpébral absent ou atrophié par le muscle frontal, à l'aide de tendons artificiels. Ces néo-tendons s'obtiennent par le passage d'anses de fils sous-cutanées reliant le bord supérieur du cartilage tarse au muscle sourcilier. La réussite de l'opération dépend de la parfaite asepsie des fils employés et de la position qu'ils occupent dans le tissu cellulaire sous-cutané, assez loin de la couche profonde du derme, très riche en lymphatiques. Le catgut bien stérilisé est un excellent matériel de suture. Mais le catgut, dans l'espèce, a un gros inconvénient : il se résorbe trop rapidement, en trois ou quatre jours. Or, il est démontré que, pour obtenir de parfaits tendons artificiels, il est indispensable de ne pas enlever les fils avant douze ou quinze jours. Après quelques recherches faites avec le concours de M. Leclerc, j'ai trouvé que les solutions naphtolées retardaient considérablement la résorption des sutures de catgut, et me permettaient alors d'employer ces sutures avec tout l'avantage d'une asepsie parfaite.

M. le prof. Gayet (de Lyon). — J'ai apporté une modification au procédé de M. Dransart qui consiste à créer un tendon artificiel élévateur du sourcil et de la paupière. Au lieu d'agir avec les sutures, j'ai employé des fils métalliques que je fais rougir par la pile, et que je passe au travers d'aiguilles creuses. On produit ainsi une brûlure sous-cutanée, qui ne laisse pas de cicatrices. Ce procédé a l'avantage de pouvoir être appliqué plusieurs fois si les premiers résultats sont insuffisants, et de laisser la latitude de mesurer l'effet de son opération.

M. Boucheron. — Il est une opération plus élégante et nullement dangereuse au point de vue de l'esthétique : ce qui permet de l'appliquer chez les femmes et les jeunes filles dans les cas de ptosis moyen et léger. On ne touche, en effet, ni à la peau ni aux sourcils, l'incision étant pratiquée sur la

face interne de la paupière. Le principe de cette opération est, non plus de renforcer l'élévateur palpébral, mais de diminuer l'action du muscle antagoniste, le sphincter de la paupière, d'une part, et, d'autre part, d'alléger autant qu'il est nécessaire le poids à soulever en enlevant une quantité du cartilage tarse. Mon procédé consiste : 1° à retourner la paupière et à découper une petite bande de cartilage tarse, qui doit rester adhérente au muscle orbitaire de Sappey, pour conserver sûrement son insertion; 2° à enlever plus ou moins largement, suivant l'effet à obtenir, le cartilage moins le bord des cils; 3° à réséquer le sphincter palpébral antagoniste du releveur et à pratiquer des points de suture pour rapprocher les deux bandes de cartilage tarse qui ont été réservées.

Plexus nerveux épiscléral chez l'homme.

M. Boucheron. — Le plexus nerveux épiscléral est l'aboutissant des nerfs ciliaires superficiels et des nerfs ciliaires profonds; il est formé par l'anastomose des fibres émanées de ces deux origines.

Nous savons que les nerfs ciliaires superficiels abordent l'épisclère sous forme de filets en tire-bouchons. Les nerfs ciliaires profonds arrivent à l'épisclère par plusieurs séries de trous perforés dans l'épaisseur de la sclérotique ; ces derniers nerfs s'épanouissent à la surface épisclérale et constituent, avec les filets superficiels, un réseau à plusieurs couches superposées. Chacun des plans de ce réseau est séparé par un plan vasculaire également réticulé et relié aux autres plans par des branches anastomotiques. Malgré l'irrégularité des mailles de ce réseau, qui varie suivant les individus, on peut signaler certaines dispositions assez fixes; ce sont les suivantes : les branches transversales du réseau sont formées par plusieurs anneaux complets concentriques à la cornée et placés, l'un, postérieur, tout à fait en arrière de l'épisclère ; l'autre, antérieur, tout près de la cornée, constitué par des ramuscules nerveux à une ou deux fibres, et accompagné de petits vaisseaux, et enfin plusieurs autres anneaux intermédiaires. Ces anneaux sont réunis les uns aux autres par des fibres radiant vers la cornée et provenant, les unes des nerfs ciliaires profonds émanés des trous scléroticaux, les autres des nerfs superficiels. Ces dernières fibres émettent, en outre, de fins filets s'inclinant obliquement les uns vers les autres, pour former de nouveaux réseaux en X très ténus et placés dans les divers plans des réseaux épiscléraux.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 19 mai 1891.

Présidence de M. Tarnier

L'Académie décide que dorénavant une lecture par une personne étrangère à la compagnie ne pourra être faite qu'après communication préalable du manuscrit au Bureau, qui donnera alors l'autorisation.

Enseignement de l'hydrologie médicale.

M. Albert Robin. — En 1875 l'Académie émettait le vœu de la création d'une chaire d'hydrologie dans les Facultés de médecine. La nouvelle Faculté de Toulouse, grâce à la générosité du département de la Haute-Garonne, est dotée d'un cours portant ce titre. C'est là une heureuse initiative digne d'imitation.

Balnéation chlorurée sodique.

M. Albert Robin. — La balnéation chlorurée sodique reconnait comme médication majeure tous les états morbides dans lesquels il y a hyperazoturie, c'est-à-dire diminution dans les échanges azotés. L'amoindrissement des oxydations azotées constitue la deuxième indication et la troisième relève de l'action, d'épargne qu'elle exerce sur les tissus riches en phosphore, et sur ceux qui sont à la fois riches en azote et en phosphore. Ces trois indications générales s'appliquent à cette balnéation envisagée dans son ensemble. Or la clinique a démontré que les bains agissent différemment suivant le degré de leur richesse saline; mais la chimie de la nutrition vient préciser l'action vraiment spécifique que possèdent les bains au quart, à moitié, entiers, qui influencent si personnellement les échanges.

Aussi le bain au quart devrait-il être plutôt réservé aux malades chez lesquels il n'y a lieu d'augmenter ni les échanges azotés ni les oxydations, à ceux qui ont une tendance à maigrir, à ceux qui fabriquent de l'acide urique en excès ; il n'a qu'une action très minime sur les affections osseuses torpides. Le bain demi-sel conviendra d'emblée aux malades chez lesquels il y aura lieu de relever vivement les échanges azotés, sans accroître activement les oxydations ; il sera contre-indiqué chez les anémiques, mais il sera utile quand il s'agira d'activer les échanges des tissus collagènes, conjonctifs et fibreux, c'est-à-dire dans toutes les affections ganglionnaires torpides, les manifestations scrofuleuses, les périostites, les hyperplasies conjonctives et les arthrites chroniques. Le bain pur sel, avec son action dominante sur les oxydations organiques, conviendra aux malades à nutrition languissante, à oxydations retardées, aux affections osseuses, aux déchéances nerveuses, aux rachitiques, aux névroses, à certains anémiques, aux arthritiques uricémiques, aux malades intoxiqués par des produits d'oxydation imparfaite, à tous les individus dont il importe de reconstituer le système nerveux par voie d'épargne, soit en accélérant les mutations azotées, c'est-à-dire en accélérant le courant d'assimilation tout en restreignant les actes désassimilateurs.

Ces données générales étant acquises, il y a lieu d'étudier leurs applications à des cas cliniques déterminés. La balnéation chlorurée-sodique cliniquement et chimiquement sera la médication hydrominérale du lymphatisme, de la scrofule, de ses manifestations ostéo-articulaires, du rachitisme, des inflammations chroniques de l'apppreil utérin, du rhumatisme chronique, de certaines anémies, etc. Mais la clinique nous apprend qu'elle pourra être avantageusement utilisée dans toutes les maladies où les échanges azotés et les oxydations azotées subissent un ralentissement, qu'elle est un agent d'épargne du système nerveux, qu'elle diminue la formation de l'acide urique, qu'elle est un moyen d'oxyder les résidus mal brûlés et toxiques; la chimie précise, en outre, le mode d'action pour ainsi dire spécifique des bains de concentration diverse et régularise les indications de leur emploi. En un mot, la clinique avait créé les indications relatives à telle ou telle entité morbide; la chimie crée des indications relatives à tels ou tels éléments morbides envisagés indépendamment de l'affection dont ils ne sont qu'une des conséquences de l'un des actes.

Par exemple, l'anémie constitue l'un des éléments morbides que revendique la balnéation chlorurée sodique. Tous les médecins savent que les anémies ne sont pas toutes justiciables de la médication martiale et que dans certains cas il faut s'adresser aux arsenicaux; mais je ne sache pas qu'il existe un moyen clinique de déclarer avant tout traitement que le fer convient à tel anémique et l'arsenic à tel autre. Or, ce moyen, je crois l'avoir trouvé. Si l'on étudie la chimie des échanges chez les anémiques, on arrive à les diviser en deux classes : 1° ceux qui ont des échanges azotés diminués et une oxydation amoindrie; chez les malades de cette classe le coefficient d'oxydation azotée s'abaisse à 75 0/0 en moyenne, au lieu du chiffre normal de 80 à 82 0/0; ceux dont les échanges et les oxydations azotées sont augmentées et dépassent la normale précédente. Comme je me suis assuré expérimentalement que le fer augmentait les oxydations et que l'arsenic les diminuait, la conclusion s'impose que la médication ferrugineuse convient aux anémiques de la première classe et que ceux de la seconde catégorie doivent être soumis à une médication restrictive des oxydations, à la médication arsénicale, par exemple.

Il est facile d'appliquer ces données à la cure des anémies par la balnéation chlorurée sodique. Cette médication, envisagée dans son ensemble, accroît le coefficient d'oxydation de 4, 2 0/0; elle accroit de désassimilation azotée de 18, 2 0/0; on devra donc se garder de l'employer dans le traitement des anémies du second groupe.

La chimie des échanges nous indiquera encore le moment précis où l'on doit interrompre la cure. En effet, l'augmentation des échanges azotés et d'oxydation survit à la cure et

s'accroît après la fin de celle-ci; il ne faut donc pas attendre pour l'interrompre que les oxydations soient montées à un taux invariable. Mon avis serait de cesser le traitement quatre ou cinq jours après que le coefficient d'oxydation azotée dépasse de 3 à 4 0/0 son taux initial.

Ces mêmes considérations sont applicables à un grand nombre d'autres états morbide, tels que l'obésité, la goutte, le diabète, etc..

Ainsi, il en est du diabète comme de l'anémie : la balnéation chlorurée sodique conviendra plutôt à certains diabétiques, mais elle me paraît contre-indiquée chez le plus grand nombre. En effet, si la balnéation peut relever l'activité vitale quand l'organisme doit faire les frais d'une lutte contre un élément morbide, si elle peut, dans ces circonstances, diminuer l'opportunité morbide, c'est à la condition que l'état d'infériorité de l'organisme provienne justement d'une nutrition insuffisante. Au contraire, si cette opportunité morbide relève d'actes désassimilateurs ou oxydants trop actifs, cette médication n'aurait d'autre résultat que de diminuer encore la résistance de l'organisme nerveux et de mieux préparer le terrain de la maladie.

Les faits qui précèdent suffisent pour montrer qu'à côté des indications laborieusement édifiées par la clinique, la chimie de la nutrition peut créer, pour ainsi dire *a priori*, une voie nouvelle et féconde qui ouvre à la médecine thermale des horizons inattendus.

M. Hayem. — Parmi les observations présentées par M. Albert Robin, je ne relèverai pour aujourd'hui que ce qu'il dit du traitement de l'anémie. Sous ce nom il veut sans doute désigner la chlorose?

M. Albert Robin. — Assurément.

M. Hayem. — Or, je puis affirmer, d'après plus de 500 observations, que la balnéation chlorurée sodique est toujours et absolument contre-indiquée dans ce cas: tout au plus peut-elle servir à consolider la guérison. Toutes les chlorotiques que j'ai vues revenir de la mer ou des eaux salines étaient plus malades qu'avant leur départ.

Quant à comparer les médications martiale et arsenicale, c'est une erreur de croire que les chlorotiques puissent guérir sans fer; celui-ci est le médicament spécifique de la chlorose, pourvu qu'on le donne sous une forme assimilable et qu'on étudie avec soin à ce point de vue le fonctionnement du tube digestif. Par contre, jamais l'arsenic n'a guéri la chlorose; il ne peut être indiqué que dans des cas de troubles liés à des manifestations hématopoiétiques telles que l'anémie pernicieuse progressive.

M. Albert Robin. — J'ai voulu seulement dresser un programme d'études pour les médecins des stations thermales. Je suis parti des faits connus et mon travail, qui est seulement un travail de cabinet, sans aucune expérience ni de chimie ni de clinique, m'a permis de déterminer un certain nombre de faits dont je confie aux hydrologues le soin de confirmer l'exactitude.

M. Hayem. — Je suis convaincu que la chimie biologique peut rendre de très grands services, pourvu qu'elle ne soit pas seulement faite dans le cabinet et qu'elle s'aide de la clinique. D'ailleurs je me réserve de discuter, après lecture, quelques autres points de la communication de M. Albert Robin.

Prophylaxie du choléra en France en 1890.

M. Proust. — Le choléra a menacé la France, en 1890, de trois côtés différents, sur la mer Rouge, en Syrie et en Espagne. J'ai fait devant l'Académie, le 17 novembre 1890, l'histoire du choléra de la mer Rouge; je parlerai aujourd'hui du choléra d'Espagne au point de vue des mesures prophylactiques prises à notre frontière.

Dès que l'apparition du choléra en Espagne fut connue en France, je conseillai : 1° la visite médicale des voyageurs à chaque poste-frontière des lignes de pénétration; 2° l'arrêt des malades et des suspects, placés dans un local isolé préparé à cet effet; 3° l'examen attentif des bagages et la désinfection par l'étuve à vapeur sous pression du linge sale et des vêtements souillés; 4° la remise à chaque voyageur reconnu bien portant d'une carte, véritable passeport sanitaire, constatant qu'il a subi la visite médicale. Le voyageur devait se présenter au maire de la localité dans laquelle il se rendait; là il subissait une nouvelle inspection et était observé pendant le nombre de jours qui correspondent à la durée d'incubation du choléra. Le maire de la localité était, de son côté, avisé de l'arrivée du voyageur par une carte postale envoyée par la direction du poste. MM. les Drs Charrin et Netter furent envoyés, l'un à Cerbère, l'autre à Hendaye pour installer ce service sur la ligne des Pyrénées.

Dans la région occidentale, où le service fut dirigé par M. Netter, six postes ont été ouverts; il passa plus de 100,000 voyageurs, dont 72,000 par Hendaye seul; l'examen médical n'a fait retenir que peu de malades et de suspects; parmi ceux-ci il n'y eut pas un seul cholérique. Les locaux choisis pour l'isolement étaient dans de bonnes conditions, éloignés de tout cours d'eau, convenablement approvisionnés de désinfectants et d'antiseptiques et munis de fosses bien cimentées pour recevoir les déjections. La région orientale, dont le service était dirigé par M. Charrin, comprit 5 postes par lesquels passèrent 37,000 voyageurs; les malades, retenus après examen médical, se réduisirent à quelques cas isolés, mis en observation pendant quelques heures seulement, sauf l'un d'eux atteint d'une gastro-entérite grave, qui est resté quatre jours en traitement au lazaret de Cerbère et en est sorti amélioré.

Les ports maritimes en relations avec l'Espagne reçurent d'autre part des instructions pour l'application habituelle des mesures de police sanitaire maritime, en particulier pour ceux qui recevaient des marchandises, des fruits et des légumes notamment, des régions contaminées. Partout la désinfection fut pratiquée avec le plus grand soin et avec une telle rapidité, grâce aux étuves à vapeur sous pression, que les trains de voyageurs n'éprouvèrent de ce fait aucun retard. Le personnel médical, composé de médecins des localités et d'élèves de Montpellier, Bordeaux et Paris, remplit son devoir avec le plus grand dévouement, ainsi que les agents de chemins de fer, des douanes et de la police également utilisés pour ce service.

Grâce à ces mesures dans les postes-frontières et au service d'informations par les passeports sanitaires dans les lieux d'arrivée, le choléra d'Espagne ne se propagea pas en France l'année dernière. Seul un voyageur arrivé à Lunel, où il avait été déjà signalé par le poste de Cerbère, eut le choléra; il en guérit, mais contagionna sa mère qui mourut. Des mesures d'isolement et de désinfection, immédiatement prescrites, permirent d'éteindre le choléra sur place.

Transparence des tumeurs.

M. Gariel fait sur ce point une communication dont voici les conclusions pratiques :

1° La transparence n'est pas l'apanage des liquides. Elle peut exister aussi bien dans les tumeurs gélatineuses et même solides. Il est vrai que c'est plus rare.

2° La transparence peut être complète quoiqu'en un point d'une masse liquide transparente il y ait un corps opaque : tel le testicule dans l'hydrocèle. Comment mettre alors en évidence l'existence de ce corps opaque qui échappe aux modes vulgaires d'investigation? M. Gariel commence par démontrer que dans ce phénomène la réfraction n'a rien à voir. La paroi éclairée agit comme source de lumière diffuse et l'ombre du corps opaque disparait lorsque la source est très étendue par rapport aux dimensions du corps opaque. Cela étant, pour mettre le corps opaque en évidence il n'y aura qu'à diminuer l'étendue de la paroi éclairée, c'est-à-dire à interposer entre elle et la source lumineuse soit un carton percé d'un trou, soit, mieux encore, une lentille convergente, ce qui aura l'avantage de rendre l'intensité lumineuse plus grande.

Comité secret.

Sur le rapport de M. Gariel, l'Académie établit ainsi qu'il suit, en comité secret, la liste de présentation à une place de correspondant national dans la division de physique, chimie et pharmacie : 1° M. Crié (de Rennes); 2° M. Fleury, pharmacien militaire; 3° *ex æquo* et par ordre alphabétique MM. Bleicher (de Nancy), Hugounenq (de Lyon), Lacour (du Mans) et Linossier (de Lyon).

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 13 *mai* 1891

Présidence de M. Terrier.

Grossesse extra-utérine.

M. Terrillon résume une observation communiquée par M. Tuffier. C'est celle d'une femme de 34 ans, ayant déjà eu deux enfants, qui depuis 1889 présenta des troubles menstruels, puis une tumeur abdominale douloureuse. Lorsque M. Tuffier l'examina, il trouva une tumeur solide située entre l'utérus et la paroi abdominale antérieure et faisant corps avec l'utérus. Il élimina l'idée d'un fibrome, ne formula d'ailleurs pas de diagnostic et fit la laparotomie exploratrice. A peine le ventre ouvert, il tomba sur un lithopédion, accolé à une cavité, vide, en arrière de laquelle était le placenta. Il y avait donc eu grossesse abdominale, puis rupture du kyste fœtal à l'opposé du placenta. L'innocuité de cette rupture est remarquable. En outre, ces petits fœtus se résorbent en général : l'incrustation calcaire est donc à signaler.

Plaies du foie.

M. Broca présente deux observations de laparotomie pour plaie du foie par coup de couteau. Chez le premier malade, le foie, cirrhotique, s'est déchiré quand M. Broca a essayé de le suturer ; mais le tamponnement à la gaze iodoformée a arrêté le sang. Chez l'autre, une plaie longue de 7 centimètres située à la face inférieure a pu être suturée et le sang s'est arrêté. Mais chez ce malade le couteau avait perforé de part en part le foie, et la plaie supérieure, méconnue, a continué à saigner, d'où la mort. Chez le premier opéré également l'autopsie a révélé une seconde plaie méconnue.

Résection du sommet du poumon.

M. Tuffier présente un malade auquel il a pratiqué la résection du sommet du poumon pour tuberculose. Le procédé opératoire auquel il s'est arrêté après des expériences sur le chien consiste à inciser simplement le deuxième espace intercostal en avant ; puis il divise la plèvre pariétale ; de là une sorte de pneumothorax sous-pleural et le sommet du poumon affaissé prend un volume assez petit pour pouvoir être attiré dans la plaie. On le résèque alors après ligature en chaîne et le moignon est suturé à l'incision intercostale, ce qui empêche le poumon de se rétracter.

Arrachement du tendon rotulien.

M. Walther présente un homme auquel il a pratiqué il y a quelques mois la suture de la rotule. Puis cet homme sembla se la fracturer de nouveau. Or à l'incision il fut constaté que le cal osseux était resté intact. Il y avait arrachement du tendon rotulien au bord supérieur de l'os. Suture ostéo-tendineuse. Guérison.

M. Kirmisson présente un cas de *macrodactylie*.

M. Schmit lit un mémoire sur un cas de *luxation du pouce*, avec plaie, suivie de tétanos mortel.

A. Broca.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 14 *mai* 1891

Présidence de M. E. Labbé

Pleurésie séro-fibrineuse avec bacille d'Eberth.

M. Fernet. — (V. p. 249.)

M. Rendu. — Je suis très frappé des faits que vient de nous signaler M. Fernet, et de l'allure spéciale des accidents pleurétiques qu'il a observés chez ses malades. Jusqu'ici, j'ai toujours considéré la pleurésie comme une complication très rare de la fièvre typhoïde. Pour ma part, je ne crois pas en avoir jamais observé d'exemple, au moins pour ce qui concerne les formes à épanchement séreux, car j'ai vu plusieurs cas de pleurésie purulente au cours de la fièvre typhoïde. C'est donc une série particulièrement instructive qui s'est présentée à M. Fernet.

Je désirerais demander également à M. Fernet dans quelles conditions ces pleurésies se développent. Il semble, à l'entendre, que, dans un certain nombre de cas, les déterminations thoracique aient été primitives, antérieures au développement des phénomènes typhoïdes. Je suis étonné de voir que dans la plupart des observations citées, le diagnostic ait paru hésitant. Ce n'est pas dans le cours d'une dothiénentérie classique, avec éruptions lenticulaires qu'on voit apparaître la pleurésie, ni après la constatation de phénomènes de broncho-pneumonie intervenant, comme c'est le cas pour les pleurésies purulentes d'origine typhique. Il y a donc là une sorte de contradiction ou d'anomalie clinique, qu'il n'est pas sans intérêt de signaler ; c'est, en tout cas, une marche très particulière de la lésion pleurale.

M. Fernet. — Je pense que la présence d'une exsudation pleurale est plus fréquente qu'on ne le suppose dans la fièvre typhoïde. Quant à ces pleurésies, je répète qu'elles ont une physionomie spéciale et une lenteur d'allure qui déconcerte quelque peu. Parfois c'est au moment où elles s'améliorent qu'on voit se manifester des symptômes de récidive de la dothiénentérie, avec apparition de taches rosées lenticulaires.

M. **Chantemesse**. — Le bacille d'Eberth peut souvent persister fort longtemps dans l'économie. J'ai observé une fièvre typhoïde de 5 mois de durée ; M. Jaccoud a publié un cas analogue. Nous avons observé récemment, M. Widal et moi, des suppurations multiples survenues chez un jeune homme, 15 mois après une fièvre typhoïde. Ces suppurations traînantes paraissaient dues à des abcès froids de nature tuberculeuse. Dans le pus, nous avons trouvé le bacille d'Eberth à l'état de pureté. Nous publierons prochainement cette observation. De même, M. Dupré, dans sa thèse sur les infections des voies biliaires, a trouvé dans la vésicule suppurée le bacille d'Eberth, six mois après une dothiénentérie.

Enfin, certains cas d'ostéomyélite typhique ont été observés trois ans après la maladie initiale.

Angine et pleurésie purulente streptococciennes.

M. Hanot. — On admet aujourd'hui qu'un certain nombre d'angines sont d'origine microbienne, mais les documents précis sur la matière ne permettent pas encore d'établir une classification nouvelle satisfaisante. Voilà pourquoi j'ai cru devoir présenter à la Société l'observation d'une angine à streptocoques, et l'évolution a montré qu'une telle angine peut offrir le cachet de l'infection la plus profonde et entraîner les complications les plus graves.

Voici, en résumé, cette observation :

X..., âgée de 19 ans, habitant Paris depuis 5 mois, entre dans mon service le 7 mars 1889. Rien dans les antécédents.

Il y a douze jours, violent mal de gorge avec lassitude, anorexie, fièvre, abattement. Dans la nuit du 3 au 4, violent point de côté.

A l'entrée à l'hôpital, la prostration est grande. La malade répond péniblement aux questions qu'on lui adresse. Langue fébrile. Teinte rouge uniforme de la muqueuse pharyngienne. Les amygdales ne semblent pas augmentées de volume, mais elles sont douloureuses.

Pas de fausses membranes, pas d'adénopathies ; ni épistaxis, ni vomissements. Foie débordant d'un travers de doigt les fausses côtes. Urine légèrement urobilique, avec un nuage d'albumine.

Dyspnée vive. Signes d'épanchements pleurétiques à droite, dans les deux tiers inférieurs. P. à 90 ; T. aux environs de 38°.

L'état général est plus mauvais que ne le voudrait la pleurésie ordinaire, aussi diagnostiquons-nous une pleurésie infectieuse d'origine pharyngée.

Traitement : lait, bouillon, toniques, un gramme de sulfate de quinine.

Le 11 mars la prostration est la même. Diarrhée en plus. Une ponction exploratrice donne issue à un peu de liquide trouble floconneux dans lequel on trouve de nombreux streptocoques. Une ponction évacuatrice ramène ensuite 300 gr. de liquide.

Le 21, l'état général et local étant le même, nouvelle ponction qui permet de retirer 500 grammes de liquide purulent. T. dépassant 39°. — P. 128. — R. 50.

Le 25, empyème au lieu d'élection, issue d'un litre de pus. Lavage antiseptique de la cavité pleurale (solution de chlo-

rure de zinc 2 0/0 et solution boriquée à 4 0/0. Drainage.

La température, qui le matin était à 39°,4, loin de tomber comme dans les cas heureux, monte à 40°,2; l'état général reste aussi grave. La malade est comme momifiée dans son lit et présente au maximum le cachet de l'infection. Les muscles ont littéralement fondu. Teint blafard. Anorexie complète. Finalement, mort le 24 avril.

A l'autopsie, nous constatons que les amygdales, à peine plus volumineuses que normalement, contiennent de petits abcès de la grosseur d'une tête d'épingle à celle d'un pois.

Le tissu cellulaire rétro-pharyngo-œsophagien est le siège d'une fusée purulente bien limitée latéralement, d'un centimètre et demi de largeur, qui se dirige vers la droite à partir du sommet de la cage thoracique. Là, décollant la plèvre pariétale de la paroi thoracique, elle descend jusqu'au niveau du tiers inférieur de la poitrine, où elle débouche dans l'intérieur de la séreuse. La cavité pleurale droite ne contient pas de liquide; ses parois sont tapissées de fausses membranes grisâtres, peu épaisses. Le poumon droit est congestionné et non hépatisé dans ses deux tiers inférieurs. Pas de tubercules.

Le poumon gauche est congestionné dans toute sa hauteur.

La fusée purulente contenait des streptocoques. Les mêmes micro-organismes ont été retrouvés dans les abcès amygdaliens.

Rien de particulier à noter dans les autres organes.

Je rappellerai, à propos de ce cas, que M. Cornil, dans son livre en collaboration avec M. Babès, a déjà signalé la présence des streptocoques dans les abcès amygdaliens.

Evacuation par un même malade et en une fois de 25 tænias.

M. du Cazal rapporte un cas d'expulsion de 25 têtes de tænia inerme.

On avait donné au malade, soldat revenant du Tonkin, de l'huile éthérée de fougère mâle.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

Séance du 14 mai 1891.

Présidence de M. Lailler.

Traitement du rhumatisme blennorrhagique par le mercure.

M. Jullien. — J'emploie systématiquement ce traitement depuis 5 ans : je l'ai institué à une époque où, à la suite des recherches de Bockhardt et de Petrone, on croyait à la présence du gonocoque dans le sang et dans les articulations. Quoique cette opinion ne soit plus guère admise aujourd'hui, j'ai obtenu de très bons résultats en employant le traitement mercuriel, sous la forme d'injections sous-cutanées de solution de sublimé. J'ai d'ailleurs communiqué mes résultats à la Société des sciences médicales de Lyon, en 1888, ce qui établit que j'avais eu recours à ce traitement bien avant M. Morel-Lavallée dont les recherches nous ont été communiquées à la dernière séance (Voir *Mercredi médical*, 1891, p. 188).

M. E. Besnier. — Il faut tenir compte, dans l'appréciation des résultats thérapeutiques du rhumatisme blennorrhagique, de la mobilité et des oscillations de cette affection qui, pour être un pseudo-rhumatisme, n'en a pas moins une marche irrégulière comme le rhumatisme vrai. Le mercure ne m'a jamais donné dans la blennorrhagie, où je l'ai systématiquement administré d'une manière intensive, de résultats satisfaisants : aussi je doute qu'il ait une action favorable dans le rhumatisme blennorrhagique.

M. Du Castel. — Je viens de traiter par les frictions mercurielles poussées jusqu'à salivation, une femme atteinte de rhumatisme blennorrhagique, et cela sans résultat. Chez un homme, ce traitement a amené une amélioration, mais l'affection remontait déjà à 5 semaines. C'est donc une méthode infidèle.

Syphilis papuleuses en cocarde.

M. Hallopeau. — Voici une femme de 55 ans, qui présente sur la face, autour des yeux, de larges plaques d'un rouge vif, limitées par un rebord arrondi. Sur l'épaule gauche et le bras, on trouve une plaque ayant absolument l'aspect d'une cocarde et constituée par les cercles concentriques et occupée à son centre par des papules arrondies. Des papules semblables s'observent sur les parties voisines du bras et du dos.

Chancres syphilitiques multiples ou syphilides chancriformes.

M. Du Castel. — Je vous présente une femme de 22 ans qui, entrée avec des chancres mous de l'anus et ayant contracté une fièvre typhoïde à l'hôpital, présenta pendant la convalescence de sa fièvre typhoïde une éruption de gale. Quelques jours après des frictions d'onguent styrax, apparurent sur la main gauche, les avant-bras et les bras des pustules au nombre de 7 qui se rompirent et laissèrent à leur place des ulcérations ayant tous les caractères du chancre syphilitique (coloration rouge brun, ulcération superficielle, de forme régulièrement circulaire, à base indurée), accompagnées à gauche de lymphangite tronculaire et réticulaire avec adénopathie axillaire. Ces ulcérations, après être restées stationnaires pendant longtemps, ne se sont cicatrisées qu'au bout de six semaines environ et laissent encore aujourd'hui une surface de coloration violacée analogue à celle qui succède au chancre syphilitique. Trois semaines après l'apparition des ulcérations, la malade a été prise de céphalée nocturne et huit jours plus tard de roséole.

Ou bien il s'agit de chancres syphilitiques multiples, et alors il faut admettre qu'ils ont été contractés à l'hôpital où la malade se trouvait depuis près de trois mois lors de leur apparition. Ou bien il s'agit de syphilides secondaires suppurées, tellement chancriformes d'aspect que la confusion avec le chancre était à peu près impossible à éviter.

M. Vidal. —Je crois qu'il s'agit uniquement d'accidents secondaires, d'un ecthyma chancriforme, et non d'un chancre.

M. Fournier. —Il y a quelques semaines, on ne pouvait certainement pas faire d'autre diagnostic que celui de chancre : l'aspect des lésions et l'adénopahtie ne pouvaient permettre l'hésitation.

M. E. Besnier. — Actuellement, on ne trouve plus aucune trace probante de l'existence antérieure d'un chancre, et la lésion que l'on voit sur le bras droit a tout l'aspect d'une plaque syphilitique de la peau modifiée par une cause externe. Il semble donc que cette malade est atteinte d'une syphilie secondaire modifiée par la gale.

Traitement de la pelade par les injections locales de sublimé.

M. Moty. — J'ai fait, chez un certain nombre de soldats atteints de pelade en traitement à l'hôpital du Val-de-Grâce, des injections d'une solution aqueuse de sublimé au 300° : les injections ont été toutes un peu en dehors des plaques dénudées, en faisant pénétrer l'aiguille à 1 ou 2 centimètres vers le centre sans traverser l'aponévrose épicrânienne. Leur nombre a été en rapport avec l'étendue des lésions ; à chaque piqûre j'ai introduit 5 ou 6 gouttes de solution. La douleur, insignifiante au moment de la piqûre, persiste assez longtemps.

Les expériences remontent à trop peu de temps encore pour que nous soyons fixé sur la valeur curative de la méthode.

M. Vidal. — J'ai employé les applications externes de sublimé sans aucun résultat.

M. E. Besnier. — Il est peu probable que ce nouveau traitement soit pratique et facile. Avant d'en vanter les effets et de le recommander aux médecins pour lesquels il pourrait devenir l'origine d'accidents, il serait bon que les résultats en fussent observés pendant un certain temps. La pelade est une maladie à surprises, et avant de lui appliquer un traitement il faut constater tout d'abord l'innocuité locale et générale du procédé employé.

Eruption iodique.

M. Feulard. — Voici une femme qui, à la suite de l'administration de l'iodure de potassium, a présenté des lésions cutanées multiples caractérisées par le développement de bulles, suivies d'ulcérations. Sur le nez il y a eu des croûtes épaisses et une destruction de l'extrémité du nez.

M. Fournier. — Au début, la lésion du nez avait absolument l'aspect d'une syphilide. Les erreurs de diagnostic occasionnées par des lésions de ce genre ne sont pas rares : elles ont pour conséquence de faire continuer indéfiniment l'administration de l'iodure, ce qui agrave l'état des malades, tandis que la cessation du médicament est suivie de la guérison.

M. Mauriac. — Dans un cas de ce genre, j'ai pu éviter la confusion avec une syphilide en me basant d'une part sur l'absence de toute lésion manifestement syphilitique, d'autre part sur le caractère très superficiel des ulcérations.

M. Brocq présente une malade atteinte de lichen.

M. Quinquaud communique des recherches sur l'anatomie pathologique de l'urticaire pigmentée.

Georges Thibierge.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 9 mai (fin)

PRÉSIDENCE DE M. MALASSEZ.

Sur le pouvoir pyogène du bacille d'Eberth.

MM. A. Gilbert et J. Girode. — Parmi les suppurations développées au cours ou à la suite de la fièvre typhoïde, il en est un certain nombre dans lesquelles le bacille d'Eberth a été rencontré à l'exclusion de tout autre micro-organisme. Nous-mêmes avons mentionné une observation de cholécystite suppurée rentrant dans cet ordre de faits.

Mais on a nié tout rapport de cause à effet entre la présence du bacille d'Eberth et la production de pus : la coexistence d'un foyer purulent et de colonies du bacille d'Erberth en un même point de l'organisme serait purement fortuite et, en réalité, les agents de la suppuration ne seraient autres que les microbes pyogènes habituels qui, après avoir rempli leur rôle, auraient disparu. L'on a même été plus loin et contesté toute valeur aux constatations du seul bacille d'Eberth dans les foyers purulents; la culture permettrait de déceler les staphylocoques, le pneumocoque ou le streptocoque dans toutes les suppurations liées à la dothiénentérie.

Les résultats de l'expérimentation vont à l'encontre de ces hypothèses et de ces affirmations : G. Roux, Chantemesse, Gasser, Orloff, Colzi, ont observé la production de pus par l'injection aux animaux de cultures du bacille d'Eberth.

Nous avons, de notre côté, poursuivi sur ce point quelques expériences dont le détail sera apporté dans la thèse de M. Pein. Chez un certain nombre de cobayes, en des points variés, tissu cellulaire sous-cutané, péritoine, testicule, nous avons injecté des quantités diverses du bacille d'Eberth. Dans un cas, nous avons obtenu la formation de pus.

L'animal qui nous a fourni ce résultat positif a succombé vingt heures après l'injection sous la peau du dos d'un centimètre cube d'une culture de vingt-quatre heures dans du bouillon. A l'autopsie, outre la rougeur et la desquamation de l'intestin, la tuméfaction des plaques de Peyer, la congestion du foie et de la rate, existait une péritonite générale suppurée, prédominant dans les parties supérieures de l'abdomen, au niveau du foie, de l'estomac et de la rate. L'examen histologique montra que le contenu péritonéal était essentiellement formé de globules purulents, entre lesquels on pouvait distinguer un très grand nombre de bacilles possédant les caractères morphologiques des microbes inoculés; le pus était assez riche en hématies, et le protoplasme des globules purulents était chargé d'hémoglobine. La culture a permis d'affirmer que le pus péritonéal ne renfermait qu'une seule espèce microbienne, celle d'Eberth.

Dans les faits expérimentaux antérieurement relatés, la suppuration déterminée par le bacille d'Eberth s'est produite, soit, comme dans les cas de Chantemesse, au point même inoculé, dans le tissu cellulaire traumatisé par l'aiguille à injection et par le liquide injecté, soit comme dans ceux de Colzi, à distance, mais au niveau d'un foyer de fracture ou d'une articulation luxée; l'observation que nous publions établit que le bacille d'Eberth peut amener la formation de pus en dehors de tout traumatisme et de toute création d'un *locus minoris resistentiæ*.

Nous estimons que, rapprochées de ces expériences, les observations recueillies chez l'homme n'autorisent pas cette affirmation d'E. Fraenkel, que toutes les suppurations de la dothiénentérie sont dues à une infection secondaire.

Séance du 16 mai 1891.

Troubles urinaires après l'extirpation du corps thyroïde.

M. Gley a observé une série de troubles urinaires après l'extirpation du corps thyroïde chez le chien. Ils ont été déjà constatés par M. Laulanié qui leur attribue pour substratum anatomique une dégénérescence épithéliale constante des tubes contournés. La toxicité des urines augmente, on voit apparaître des pigments biliaires, et de l'albumine, d'une manière transitoire, il est vrai. M. Gley ne pense pas que ces phénomènes, tout réels qu'ils soient, aient l'importance que leur accorde M. Laulanié.

Substances non dialysables de l'urine.

Mme Eliacheff a recherché dans le laboratoire de M. Laborde les effets toxiques des substances non dialysables de l'urine ; elle a pu constater que ces substances étaient des toxiques violents pour le chien.

Action des injections de sérum dans la tuberculose.

M. Richet. — Si l'on injecte, par voie hypodermique ou intervasculaire, du sang de chien ou du sérum seulement de ce sang à des lapins, ces animaux ne deviennent pas tuberculeux lorsqu'on leur injecte ensuite des cultures de tuberculose aviaire. Les lapins, auxquels on n'avait pas au préalable inoculé du sérum, sont tous devenus tuberculeux.

Mais si l'injection de sérum est faite sur des lapins ayant déjà reçu des cultures tuberculeuses, l'action du sérum est nulle : les injections de sérum ne seraient donc pas curatives, mais seulement prophylactiques de la tuberculose.

Bien plus, dans une seconde série d'expériences, MM. Richet et Héricourt ont constaté que les injections de sérum hâtaient la marche de la maladie chez les animaux déjà tuberculeux.

Influence des attaques d'épilepsie sur les sécrétions

M. Féré. — Après avoir rappelé que les accès d'épilepsie diminuent ou suppriment bon nombre de sécrétions, M. Féré note le fait suivant. Une jeune femme épileptique, soumise au traitement bromuré, vit ses accès disparaître, devint enceinte et donna naissance à un enfant qu'elle put allaiter six mois. Ayant à ce moment négligé son traitement, elle eut une nouvelle crise qui se termina par un écoulement abondant de lait. Mais ensuite les seins restèrent flasques et la sécrétion lactée ne reparut plus.

De l'abaissement de la tension artérielle dans la phthisie pulmonaire.

M. Marfan. — A l'aide du sphygmomanomètre de M. Potain, j'ai constaté que la tension artérielle est constamment abaissée dans la phthisie pulmonaire : au lieu de 17 à 18 centimètres de mercure, chiffre normal, la tension des phthisiques oscille entre 15 et 10 centimètres. Cet abaissement n'est pas dû à la fièvre; on l'observe chez les phthisiques apyrétiques. Il n'est pas dû aux médicaments. D'ailleurs, j'ai remarqué que chez un même malade on retrouvait presque toujours la même tension, que les variations d'un jour à l'autre étaient insignifiantes. Les seules causes de variations appréciables sont : 1° une fièvre vive; celle-ci accroît encore l'abaissement de la tension; 2° la cachexie terminale de la phthisie ; dans les derniers jours la tension baisse progressivement et se maintient au chiffre de 10 centimètres. J'ai essayé de relever artificiellement la tension en administrant

aux malades la caféine et la digitale; la digitale m'a paru seule capable d'élever légèrement la tension; la caféine est restée sans effet.

L'abaissement de la tension artérielle dans la phthisie pulmonaire n'est pas seulement un phénomène constant; c'est aussi un phénomène très précoce; on l'observe dès le début du mal.

Pour l'expliquer, on peut faire deux hypothèses : on peut supposer que l'abaissement de la tension artérielle est l'effet de l'évolution tuberculeuse, un *symptôme* de la phthisie.

Mais, peut-être cet abaissement est-il antérieur à la maladie, et est-il un des éléments qui constituent la *prédisposition*. Il serait intéressant de savoir si cette dernière hypothèse est la bonne — mais rien aujourd'hui ne permet de l'affirmer.

Quoi qu'il en soit, la constatation de ce phénomène doit être rapprochée de l'opinion ancienne qui faisait de la petitesse et de l'insuffisance du cœur une des conditions qui prédisposent à la phthisie.

Autres communications

M. Debierre. — Sur les anomalies des circonvolutions cérébrales de l'homme (note déposée au bureau).

M. Nepveu (de Marseille). — Sur le traitement de l'angine diphthéritique (id.).

M. Souques. — Sur le rétrécissement du champ visuel dans la maladie de Basedow S.

M. Blanchard. — Sur la présence du tænia varia dans l'Amérique du Sud.

M. Guignard. — Sur la comparaison des cellules sexuelles avec les autres cellules chez les végétaux.

M. d'Arsonval. — Sur les inhalations d'air ozoné, qui n'auraient aucune action thérapeutique, mais abaisseraient constamment le chiffre de la capacité respiratoire du sang, à cause des vapeurs nitreuses qui accompagnent l'ozone fabriqué industriellement et qui agissent d'une façon fâcheuse sur l'hémoglobine.

ÉTRANGER

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 6 *mai* 1891.

Occlusion intestinale

M. Kœrte. — Le traitement de l'occlusion est régi par le diagnostic, et d'abord le diagnostic différentiel avec la péritonite aiguë n'est pas toujours aisé.

Mais surtout on reste souvent dans le doute sur le siège et la nature de l'obstacle. On a, il est vrai, parfois quelques indications : l'invagination a un ensemble de signes physiques et fonctionnels assez nets; von Wahl a insisté dans le volvulus sur le ballonnement, perceptible à la palpation, de l'anse tordue; une poussée péritonéale antérieure fera penser à un étranglement par bride. Au milieu de ces incertitudes, on peut établir deux groupes : les *étranglements* internes (hernies, invagination, torsion) et les *obstructions*. Distinction importante, car dans les étranglements l'irrigation sanguine de l'anse malade est compromise et la paroi ne tarde pas à laisser passer les bactéries et leurs produits, puis elle se perfore; par les obstructions, la vitalité de la paroi est bien moins vite menacée. Or à ces deux groupes correspond à peu près la division clinique en occlusions aiguës et occlusions chroniques. Dans le traitement de l'occlusion chronique, M. Kœrte est partisan des moyens plutôt médicaux, il administre l'opium, fait le lavage de l'estomac, l'irrigation rectale avec pression, au besoin les ponctions. Pour l'étranglement aigu, au contraire, on n'a pas de temps à perdre. Au bout de 72 heures, la vitalité de l'intestin est compromise. Il ne faut pas cependant désespérer du traitement médical et M. Kœrte croit avoir guéri ainsi trois étranglements et un volvulus, plus deux malades où il n'a pas précisé le diagnostic. Mais on ne doit pas s'y obstiner; on doit aussi être en garde contre une amélioration apparente causée par l'opium, tandis que les lésions intestinales vont toujours leur train. On n'hésitera donc pas trop à opérer, tout en sachant que chez les individus abattus, avec des anses météorisées, l'intervention est grave. On aura soin de laver l'estomac avant l'anesthésie, pour éviter les vomissements et le passage des matières vomies dans l'arbre aérien. M. Kœrte finit en citant quelques statistiques de laparotomie : Treves, 54 guérisons sur 155 cas; Schramm 68 sur 190; Obalinski 15 sur 38. Et Kümmel a guéri 6 opérés sur 6.

SOCIÉTÉ DE MEDECINE INTERNE

Séance du 4 *mai* 1891

Hématémèses dans la cirrhose du foie.

M. Klemperer. — L'an dernier, M. Litten a vu une de ces hématémèses due à une rupture d'une varice œsophagienne (voy. *Mercredi*, 1890, p. 44), mais cette constatation est rare et en particulier M. Klemperer n'a pu trouver de rupture vasculaire chez un cirrhotique mort d'hématémèse foudroyante. Il admet une hémorrhagie en nappe des muqueuses, analogue aux pétéchies fréquentes chez les malades, et due surtout à une dyscrasie sanguine.

Quoi qu'on en ait dit, ces hémorrhagies ne sont pas toujours mortelles : M. Klemperer a même observé un homme qui depuis deux ans est guéri d'une ascite à la suite d'une hémorrhagie très sérieuse. De même un malade qui depuis 5 ans avait subi 14 ponctions. Un troisième cas encore lui fait admettre que quelquefois ces hémorrhagies graves sont l'origine d'une guérison, apparente tout au moins.

M. Scheinmann. — Quelquefois des hémorrhagies bénignes sont dues chez les cirrhotiques à la rupture de varices de la paroi postérieure du pharynx.

M. Leyden. — Les varices œsophagiennes par stase porte existent et peuvent saigner. De même il y a quelquefois dans la cirrhose des hémorrhagies mésentériques, hémorrhoïdaires. Les hémorrhagies cirrhotiques sont surtout graves quand il n'y a pas d'ascite, comme si l'ascite, en comprimant les veines, servait de régulateur. M. Leyden, après Burow, a vu chez un cirrhotique une perméabilité anormale du canal d'Aranzi.

Asthme bronchique.

M. Lewy, répondant à une question de M. Leyden, dit que les « cristaux de l'asthme » se rencontrent également dans les polypes nasaux de sujets non asthmatiques; il en montre des préparations.

M. Scheinmann. — Il y a certainement des cas où l'asthme est lié à la neurasthésie, mais ce n'est pas constant. Souvent, d'autre part, la pituitaire, sans modification pathologique appréciable, est hyperesthésiée, et c'est là un symptôme de neurasthésie, mais aussi une lésion pathologique de la muqueuse peut causer son hyperesthésie et de là la neurasthésie et l'asthme.

En guérissant cette hyperesthésie on fait cesser tous les accidents. Chez tous les asthmatiques il faut donc explorer les fosses nasales, et si on y trouve de l'hyperesthésie le pronostic est favorable.

M. Leyden pense avec M. Lazarus que l'asthme bronchique résulte d'un spasme bronchique, mais il n'y croit guère lorsque les poumons sont absolument sains. Il y a dans l'asthme un processus spécial atteignant les alvéoles, une transsudation d'une sorte de lymphe qui passe dans les petites bronches. De là l'expectoration spéciale des asthmatiques, où Charcot a vu des cristaux particuliers, où il y a de grandes cellules et de nombreuses cellules éosinophiles. Mais ces cristaux existent aussi dans le sang, la moelle osseuse, la rate, les polypes du nez et ils sont peut-être en relation avec la présence des cellules éosinophiles. Or ces globules éosinophiles sont d'une abondance particulière dans le sang des neurasthéniques en général et des asthmatiques en particulier. L'origine nasale de l'asthme est incontestable, mais non constante. Il ne faut pas trop vite l'affirmer. M. Leyden a vu l'asthme récidiver chez un sujet que pendant un temps on croyait avoir guéri par l'ablation des polypes du nez.

ANGLETERRE

SOCIÉTÉ MÉDICALE ET CHIRURGICALE DE LONDRES

Séance du 7 mai 1891.

Présidence de M. T. Holmes.

Suite de la discussion sur le traitement des tuberculoses chirurgicales par la tuberculine.

M. Barwell. — Les conclusions prudentes de M. Wateau Cheyne contrastent avec les prétentions exagérées qu'on avait tout d'abord émises sur la valeur de la tuberculine. La lymphe de Koch renferme des peptones, des matières extractives et environ 1 p. 100 d'un alcaloïde probablement combiné à la sepsine et très toxique. Rien ne permet jusqu'ici de doser cet alcaloïde et c'est peut-être cette absence de dosage qui est la cause des accidents observés dans quelques cas. Il faudrait savoir si les modifications histologiques décrites dans les tubercules par M. W. Cheyne ne peuvent pas se produire sous l'influence d'autres poisons pyrétogènes. Jusqu'à présent, le liquide de Koch n'a pas donné de succès.

M. Douglas Powell. — Je ne suis pas aussi pessimiste que M. Barwell. Dans 4 cas de phthsie au début, les malades ont guéri. D'autres ont eu des améliorations; dans 2 cas de lupus sur 3, il y a eu d'abord une amélioration marquée, puis une rechute après la cessation du traitement. Les injections de lymphe de Koch sont donc quelquefois utiles dans la tuberculose viscérale.

M. Delépine. — Voici des coupes microscopiques de membranes synoviales tuberculeuses que j'ai faites il y a six ans et qui représentent exactement les mêmes lésions que M. W. Cheyne a constatées après le traitement par la tuberculine : ces lésions sont le résultat de processus inflammatoires vulgaires.

M. Théodore Williams. — Mes essais du traitement de Koch ont été très désappointants. Dans un cas de phthisie tout à fait au début, avec signes physiques peu prononcés à un sommet et bacilles peu nombreux dans les crachats, les injections de petites doses de tuberculine ont été suivies de la formation d'une caverne volumineuse occupant tout le lobe supérieur et infection tuberculeuse de l'autre poumon.

M. Wethered. — J'ai soumis 35 cas de tuberculose pulmonaire à ce traitement, 17 à la première période, 9 à la 2e, et 9 à la 3e : parmi les premiers cas, 15 ont été améliorés et 2 sont restés stationnaires; parmi les cas à la 2e période, 7 ont été améliorés, 1 est resté stationnaire et 1 a été aggravé; parmi les cas à la 3e période, 4 ont été améliorés, 3 sont restés stationnaires et 2 ont été aggravés. L'amélioration a surtout été caractérisée par la diminution de la toux.

M. Ed. Squire. — J'ai expérimenté la tuberculine dans la tuberculose pulmonaire et dans quelques cas de tuberculose chirurgicale; mais ses résultats ont été si minimes que je l'ai bientôt abandonnée.

M. Fenwick. — J'ai employé la tuberculine dans 90 cas de tuberculose urinaire. Elle peut être la cause de dangers réels. Dans le 1er cas où je l'ai employé, le malade est mort en 15 jours. La congestion qui succède à ce traitement au niveau de l'urèthre et du col de la vessie peut déterminer la rétention d'urine ou l'anurie; il peut également y avoir des hémorrhagies abondantes capables d'épuiser rapidement le malade.

Seance du 12 mai 1891.

Maladie de Paget du mamelon.

M. Bowlby. — J'ai observé 13 cas de maladie de Paget du mamelon. Dans tous ces cas j'ai constaté la présence de corps semblables à ceux qui ont été décrits par MM. Darier et Wickham : je pense avec ces auteurs que ces corps sont probablement des psorospermies. Les lésions du sein sont secondaires à celles du mamelon et ne sont nullement la cause des altérations auxquelles on donne le nom d'eczéma; toutes ces lésions sont d'origine parasitaire; mais il n'est pas démontré que les productions cancéreuses soient, dans ces cas, dues directement à une action spécifique des psorospermies.

M. J. Hutchinson fils. — Sur 5 cas de maladie de Paget du mamelon, j'ai rencontré 3 fois des corps parasitaires, que je considère comme des coccidies et quelquefois en grand nombre. Dans des cas d'eczéma du sein n'appartenant pas à la maladie de Paget, je n'ai pas trouvé de corps semblables.

M. d'Arcy Power. — J'ai inoculé à un rat des fragments d'une des tumeurs qui ont été étudiées par M. Bowlby : pendant les six jours qui ont suivi l'inoculation, il ne s'est rien produit, puis il y a eu un écoulement puriforme renfermant des cellules épithéliales et quelques figures de coccidies; l'écoulement cessa bientôt pour se reproduire 2 autres fois et depuis lors le rat se porte bien. Je lui ai plus tard inoculé des coccidies provenant du foie d'un lapin et il s'est également produit un écoulement purulent. Quoique j'aie tenté bien souvent d'inoculer aux animaux diverses formes de tumeurs cancéreuses, c'est le seul cas dans lequel j'aie obtenu un résultat.

M. George Thin. — J'ai fait remarquer depuis longtemps que la maladie de Paget est très différente de l'eczéma, malgré l'opinion émise par Butlin, et j'ai protesté contre l'emploi de cette dénomination qui a pour effet de retarder l'opération. Dans un cas que j'ai étudié récemment, je n'ai pas pu trouver de coccidies, mais j'en ai trouvé un nombre considérable dans d'anciennes préparations. Je ne considère ces éléments que comme des stades divers de dégénération des cellules épithéliales; dès 1881, j'ai publié, avec figures, à l'appui, dans le 59e volume des *Medico-chirurgical Transactions*, un cas de cancer de la lèvre à l'examen duquel j'avais constaté des figures exactement semblables à celles que l'on désigne actuellement sous le nom de coccidies.

M. Jonathan Hutchinson. — Il est certain que la distinction entre les coccidies et les dégénérations cellulaires est très difficile. Il serait bon, pour trancher la question, de rechercher sur des coupes fraiches si ces éléments présentent des mouvements.

Mort à la suite d'une injection vaginale de nitrate acide de mercure.

M. John Phillips a communiqué à la Société obstétricale de Londres (séance du 6 mai) l'observation d'une femme de 25 ans qui, dans le but d'arrêter le cours d'une grossesse de 9 à 10 semaines, s'injecta dans le vagin environ une cuillerée à bouche de nitrate acide de mercure. Le soir même, elle fut prise de vomissements, de douleurs violentes, le facies prit le caractère abdominal, les urines peu abondantes s'écoulaient involontairement; une douche vaginale amena l'expulsion de quelques flocons teintés de sang. A l'autopsie, la vessie renfermait du sang; le col était intact, mais la membrane caduque était un peu détachée; la muqueuse du gros intestin et de la partie inférieure de l'intestin grêle avait une coloration noire et présentait des escharres superficielles; il y avait un début de péritonite.

SOCIÉTÉ CLINIQUE DE LONDRES

Séance du 8 mai 1891.

Hernies gangrenées. Entérectomie avec les plaques de Senn.

M. Arbuthnot Lane a mis en œuvre deux fois, pour des hernies crurales gangrenées chez des femmes de 55 et 53 ans, l'entérectomie avec suture à l'aide des disques perforés de Senn. Les deux bouts intestinaux sont d'abord oblitérés en cul-de-sac par la suture de Lembert; puis les disques sont introduits dans chaque bout par une incision faite sur le bord convexe. Cette anastomose est consolidée par des points de Lembert et par une greffe épiploïque. Chez ses deux malades, M. Lane a fait la kélotomie, puis, s'étant rendu compte de l'état de l'intestin, la laparotomie médiane, et c'est par cette voie qu'il a pratiqué l'entérectomie. Une des opérées a guéri en 3 semaines. L'autre, où l'intervention a été faite *in extremis*, est morte au bout de 5 jours, de perforation du bout supérieur; M. Lane n'avait pas fait une résection assez étendue et déjà la friabilité de l'intestin l'avait fort gêné pour les sutures.

A ce propos, **M. Lockwood**, félicitant l'auteur de son succès, rappelle la statistique néfaste de l'antique incision

simple (voy. *Mercredi*, 1891, n° 13, p. 157), et **M. Parkin** la confirme par celle de *Guy's Hospital* : 22 hernies gangrenées traitées de la sorte n'ont donné qu'une seule guérison. Ils approuvent donc M. Lane quand il traite de barbare la méthode ancienne. **M. H. Cripps** toutefois ne saurait souscrire à cet arrêt et pense que si le malade est notablement abattu, le meilleur acte chirurgical est le plus simple et le plus court.

Les orateurs ont été partisans de l'entérectomie immédiate. **M. Morotti** s'est demandé s'il valait mieux la faire par l'incision de kélotomie ou par la laparotomie. **M. Clutton** s'est prononcé pour cette seconde voie, qu'avait choisie M. Lane.

Tuberculose du col fémoral.

M. Charters Symonds a opéré deux enfants de 3 et 5 ans chez lesquels existait un vaste abcès froid antéro-externe à la hanche. Après incision et grattage, il a trouvé un pertuis à la face antérieure du col et a creusé cette face à la gouge, ce qui l'a conduit dans une cavité osseuse, extra-articulaire, où était un séquestre. L'articulation, dont les mouvements étaient libres, n'était pas atteinte, et chez un des opérés elle est restée parfaitement souple.

M. Barker a opéré deux cas de ce genre, dont un la semaine dernière. Il insiste sur la difficulté de trouver l'orifice conduisant dans la cavité séquestrale : or c'est une recherche importante, car dans ces cas on doit se borner à l'extraction de séquestre, et si on se trompe on sera conduit à une résection inutile de la hanche.

M. Watson Cheyne relate un fait analogue, où le séquestre, central et extra-articulaire, fut extrait après évidement. Mais ces cas sont rares : presque toujours la lésion osseuse du col est superficielle, et alors il est exceptionnel que l'article reste indemne.

Abcès cérébral. Trépanation.

M. Stephen Paget a observé un garçon de 12 ans qui, après une otorrhée, eut quelques semaines de céphalalgie, puis de la paralysie faciale avec parésie du bras droit, aphasie partielle et névrite optique. La trépanation sur la région rolandique gauche donna issue à du pus. Onze jours plus tard, l'abcès s'était reformé : il fut évacué par une ouverture plus déclive et fut lavé chaque jour au sublimé. L'enfant guérit, malgré une petite hernie cérébrale, dont la compression vint à bout. Il persiste un peu de parésie faciale. Un symptôme à remarquer est la voracité du malade : M. Paget l'a trouvée notée dans cinq cas de lésions graves de la région antérieure du cerveau.

M. L. A. Dunn a opéré, par la méthode de Barker, un enfant atteint d'otorrhée avec fièvre et troubles cérébraux et auquel, en raison d'une parésie du bras gauche, il avait d'abord exploré sans succès la région rolandique droite. Un abcès a été évacué, mais l'enfant est mort au 10e jour, de méningite, par rupture d'un autre abcès cérébral.

Anévrysme artério-veineux de l'orbite.

M. R. Williams a communiqué à la Société ophthalmologique du Royaume uni l'histoire d'un garçon de 14 ans qui, à la suite d'un coup de pied de cheval à la tempe droite, présenta les signes caractéristiques de l'anévrysme artério-veineux du sinus caverneux. La ligature de la carotide primitive ne fit cesser les pulsations que pour un temps; elles reparurent, amoindries, puis un jour l'œil devint soudain douloureux, les paupières gonflées et depuis ce moment les battements ont disparu. La vision est normale et il reste seulement un peu de ptosis et de myosis. D'après les faits publiés, la ligature de la carotide est le meilleur traitement.

M. Wherry l'a pratiquée dans un cas semblable; il a eu des accidents cérébraux graves.

M. Frost a vu un malade de ce genre qui a pu travailler sans trop de gêne; d'autre part, les guérisons spontanées ne sont pas rares. Il ne faut donc pas trop verser dans le traitement opératoire. **M. Ch. Lee**, au contraire, est pour l'intervention ; dans un cas où on l'a différée, la veine angulaire dilatée s'est rompue, d'où une hémorrhagie grave, et finalement la perte de la vue.

M. Silcock a présenté, il y a quelques années, à la Société un malade dont l'état est depuis resté stationnaire, sans traitement.

M. Tatham Thompson a observé trois cas d'anévrysmes artério-veineux de l'orbite : un chez une fille de 10 ans qui s'enfonça une aiguille dans l'orbite; un chez une enfant où l'instrument vulnérant fut le bout d'un parapluie; un chez une femme de 40 ans qui ressentit comme un coup de pistolet pendant un vomissement, étant enceinte, et chez qui persiste depuis un thrill arrêté par la compression de la carotide.

M. Cross a vu un enfant de 15 mois chez qui les accidents furent consécutifs à une chute. Mais depuis quelque temps la tumeur prend un accroissement rapide, en sorte qu'on peut se demander si ce n'est pas un néoplasme.

AUTRICHE

SOCIÉTÉ IMPÉRIO-ROYALE DES MÉDECINS DE VIENNE

Séance du 8 mai 1891

Tumeurs thyroïdiennes intra-laryngées.

M. R. Paltauf. — Les corps thyroïdes aberrants sont de connaissance vulgaire, mais parmi ceux qui siègent dans le larynx sont rares et dès lors peu connus. J'en ai observé un cas chez une fille de 21 ans qui entra en juillet dernier dans le service du prof. Albert pour une dyspnée grave. Après trachéotomie, on vit sous les cordes vocales, œdématiées, plusieurs tumeurs. En octobre, la malade eut un abcès du corps thyroïde ; on l'incisa et elle mourut de septicémie. A l'autopsie, outre un phlegmon étendu du cou, on trouva sous la corde vocale droite, contre le cricoïde, une tumeur recouverte d'épithélium et ayant la structure du tissu thyroïdien normal. Il y avait encore une glande sus-hyoïdienne, contenue en partie dans l'épaisseur de l'os hyoïde. On considère en général ces cas comme des corps thyroïdes accessoires. D'après M. Paltauf, il s'agit d'excroissances parties du corps thyroïde normal et ayant franchi la membrane élastique du larynx.

Kératite à filaments.

M. Czermak. — Cette lésion, décrite pour la première fois par Leber, consiste en ceci. Avec peu d'injections périkératiques, des points troubles apparaissent sur la cornée, puis des vésicules herpétiformes, et on y trouve des filaments spiralés, d'apparence muqueuse, longs de 3 à 5 millimètres. Au bout d'un à deux jours, les filaments disparaissent et les érosions guérissent, mais il y a en général une ou deux récidives. Ces filaments ne sont pas formés de fibrine, mais seulement de mucus concrété prenant cette forme sous l'influence des mouvements des paupières et du globe. Il y a analogie de structure et de mécanisme avec les filaments muqueux trouvés par Curschmann dans l'asthme bronchique. Ces mêmes filaments peuvent exister dans des lésions traumatiques de la cornée. Ils ne caractérisent donc pas une kératite spécifique, mais sont ajoutés, en général, à un simple herpès de la cornée.

Séance du 15 mai 1891.

Hypertrophie mammaire.

M. Schüssler présente une femme de 31 ans, grosse de 8 mois, dont les seins ont commencé à grossir d'une façon démesurée dès le début de cette grossesse, sans aucun phénomène inflammatoire. Le droit est rendu un peu irrégulier par une tuméfaction volumineuse du quadrant externe. Il s'agit dans les cas de ce genre d'une hyperplasie du tissu interstitiel. Le pronostic est bénin pour la vie, mais le retour à la normale est rare. Sans doute, après l'accouchement on peut compter sur une involution, mais la lésion repart à la grossesse suivante. L'iode, la compression sont inefficaces, et il faut en venir à l'exérèse.

M. Schüssler présente ensuite une fille de 18 ans dont le sein gauche a commencé à s'hypertrophier, de façon assez modérée, depuis l'installation des règles, à 13 ans.

M. Lihotzky montre une mamelle hypertrophiée pesant 4,500 grammes, qui a été enlevée par M. Zinsmeister.

Kystes du cordon.

M. J. Englisch, considérant les kystes du cordon comme rares, — et il en donne comme preuve que sur les registres de l'hôpital général on n'en trouve que 5 cas de 1884 à 1889 — publie 4 observations, dont deux sont exclusivement cliniques, et dont deux ont été vérifiées par l'opération. Ces tumeurs avaient plusieurs années de date, étaient indolentes et dures. Elles furent trouvées sous la fibreuse commune et présentaient cette particularité exceptionnelle que la paroi kystique était dans un cas calcifiée, et dans l'autre ossifiée sur presque toute son étendue. (Il est vrai qu'il n'est pas fait mention d'examen histologique.)

A ce propos, M. Englisch passe en revue les diverses tumeurs liquides du cordon et énumère :

1° Les hydrocèles proprement dites, unies au péritoine par un pédicule. Gamgée y a vu la classification.

2° Les hydrocèles de sac herniaire;

3° Les hématocèles dues soit à un épanchement dans une hydrocèle, soit à un hématome enkysté. Il faut une mention spéciales pour les hématocèles observées par Englisch, Mauriac, Bouisson chez les nouveau-nés venus par le siège. La paroi peut se calcifier. Il existe aussi des hématocèles de sac herniaire;

4° L'infiltration albumineuse du cordon (Boyer);

5° La tuberculose et la syphilis peuvent prêter à l'erreur. Gosselin a vu la calcification d'un var. aberrans tuberculeux;

6° Les lymphangiectasies;

7° Les hydrocèles multiloculaires;

8° Les kystes en chapelet;

9° Les kystes spermatiques.

M. Englisch termine en se demandant quelle est la pathogénie de ces kystes et il les rapporte à une oblitération insuffisante du corps de Wolff. A ce propos il parle des kystes séreux de la paroi postérieure de la vessie et les attribue au canal de Müller (1).

Séances d'avril 1891.

Paralysie du moteur oculaire commun.

M. Sazmann. — Le malade s'est présenté à la clinique du professeur Fuchs pour une déviation latérale de l'œil gauche et une paralysie totale du moteur oculaire commun gauche. Cette paralysie existe depuis l'âge de deux ans et serait survenue à la suite d'une maladie grave. L'œil droit et les autres nerfs crâniens ne présentent rien d'anormal. Les muscles paralysés, l'élévateur de la paupière supérieure et le sphincter pupillaire présentent des contractions particulières. L'explication de ces phénomènes est assez difficile.

Résection de l'estomac pour ulcère rond.

M. Madyl présente une malade qui souffrait depuis deux ans de troubles gastriques; elle n'avait jamais vomi de sang; depuis le mois de décembre, on constatait l'existence d'une tumeur stomacale. De plus il y avait un amaigrissement notable. On diagnostiqua un cancer et on fit la résection de l'estomac. Mais sur la pièce on vit qu'il s'agissait d'un ulcère rond. L'opération se fit sans aucune difficulté; en quinze jours la malade était guérie. Depuis l'opération elle a engraissé de 3 kilogrammes. Sur la pièce il y a trois ulcérations; les parois stomacales sont épaissies. Il y avait en outre une invagination de l'extrémité pylorique dans le duodénum. Les résections pour cicatrice sont plus heureuses que pour cancer. Dans les cancers 120 cas donnent 63 p. 100 de mortalité; dans les autres 24 cas donnent 42 p. 100.

Ostéomalacie puerpérale.

M. Sternberg présente une femme qui a eu cinq accouchements. Dans le premier seul on dut avoir recours au forceps; les autres furent normaux. Le dernier date du 11 mars 1889. Pendant cette grossesse, surtout vers la fin, elle présentait des douleurs vives dans la région lombaire. Ces douleurs s'accentuèrent après l'accouchement; la malade ne pouvait se tenir debout ni marcher. Presque tous les os étaient sensibles à la pression. Il s'agissait évidemment d'une ostéomalacie puerpérale. La malade fut soumise depuis avril 1891 au traitement par le phosphore. (Chaque jour une cuillerée à thé d'une solution de 5 centigr. de phosphore dans 50 gr. d'huile de foie de morue). Après trois semaines, pas d'amélioration. Au bout de quatre semaines seulement, la sensibilité des os avait disparu; huit jours après la malade pouvait s'asseoir dans son lit. A la fin de juin elle put se lever et faire quelques pas; enfin, en février, elle put se promener et faire des courses d'une certaine longueur. Elle avait pris en tout 45 flacons (2 gr. 1/2 de phosphore).

Les cas avancés d'ostéomalacie se terminent généralement par la mort. Comment expliquer cette guérison? Le cas est peut-être un des rares qui se terminent par la guérison spontanée. Il est cependant probable que la guérison est due en partie au traitement. On sait que c'est surtout Kassowitz qui a recommandé le phosphore dans le rachitisme. Fehling, Schauta l'ont employé sans succès dans l'ostéomalacie. Par contre, Busch, Strümple et Matterstock ont publié des succès. Fehling recommande la castration; elle peut conduire au succès. Le traitement par le phosphore doit être continué pendant très longtemps; il a l'avantage de conserver la fonction sexuelle.

M. Siegel fait remarquer que Trousseau a déjà parlé des effets favorables de l'huile de foie de morue. Cette malade en a pris; peut-être faut-il lui attribuer la guérison.

M. Bamberger. — Chez une malade traitée à la clinique de Nothnagel, le phosphore fut administré en pilules; l'huile de foie de morue n'était donc pour rien dans la guérison. Mais les conditions hygiéniques meilleures dans lesquelles la malade s'est trouvée à l'hôpital ont probablement eu une certaine influence.

Corps étranger dans l'aorte.

M. Kolisko a présenté une soie de cochon trouvée dans l'aorte et le tronc cœliaque chez un homme de trente-trois ans, qui fut atteint de péritonite suivie de collapsus grave six jours avant de mourir. A l'autopsie on trouva l'abdomen rempli de caillots provenant d'une rupture anévrysmale de l'artère cœliaque. Dans le foie et la rate il y avait des abcès métastatiques. Dans l'aorte et le tronc cœliaque on trouva une soie de cochon. M. Kolisko pense que ce corps étranger a été avalé avec la nourriture, qu'il a perforé l'estomac et qu'il s'est enfoncé dans l'artère cœliaque. Au niveau de la lésion vasculaire une infection bactérienne s'est développée qui a donné lieu à la formation des abcès métastatiques.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Thèses de Paris.

LES HÉMORRHAGIES DANS LE CAS DE TUMEURS FIBREUSES DE L'UTÉRUS L'ENDOMÉTRITE CAUSE DE CES HÉMORRHAGIES ET LE TRAITEMENT PAR LE CURETTAGE, par JULES BATUAUD.

Aucun symptôme ne permet de distinguer les hémorrhagies qui accompagnent les tumeurs fibreuses de l'utérus des hémorrhagies de l'endométrite sans fibromes. L'endométrite est une complication habituelle des tumeurs fibreuses de l'utérus (endométrite glandulaire dans les fibromes sous-séreux; endométrite interglandulaire dans les fibromes interstitiels et sous-muqueux). Les hémorrhagies soi-disant symptomatiques des tumeurs fibreuses de l'utérus sont en réalité symptomatiques de l'endométrite concomitante. Quand les hémorrhagies ne cèdent pas rapidement au traitement médical, il faut avoir recours au curettage, moyen facile et non dangereux d'arrêter les pertes. Les suites immédiates du curettage dans les fibromes hémorrhagiques sont excellentes. La cessation des hémorrhagies après le curettage persiste quelquefois jusqu'à la ménopause après une seule intervention. Si le curettage n'a dans certains cas qu'une action temporaire sur les hémorrhagies, cette opération du moins peut être faite et répétée sans danger, alors que la myomotomie par la voie abdominale donne encore une mortalité très élevée malgré les progrès réalisés dans ces dernières années.

(1) Nous croyons devoir faire remarquer que les kystes du cordon sont fréquents et non point rares. Leur calcification seule est exceptionnelle. Pour leur pathogénie, il semble démontré que la grande majorité est liée à une persistance partielle du canal péritonéo-vaginal. (A. B.).

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'IMP. DES ARTS ET MANUFACTURES et DUBUISSON 12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

Nº 21. — 27 MAI 1891 LE NUMERO QUINZE CENTIME

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT
PUBLIÉ PAR
LA GAZETTE HEBDOMADAIRE
DE MEDECINE ET DE CHIRURGIE
Et servi gratuitement à tous les abonnés de ce journal

ABONNEMENTS SPÉCIAUX POUR MM. LES ÉTUDIANTS. — UN AN : 6 FRANCS

L. LEREBOULLET, Rédacteur en chef. — A. BROCA, Secrétaire de la Rédaction
Librairie de G. MASSON, 120, boulevard Saint-Germain.

SOMMAIRE

ACTES DES FACULTÉS DE MÉDECINE

Thèses du 1er au 6 juin 1891.

Jeudi 4. — M. Louvel. Etude sur Jacques de Marque, chirurgien (1571-1622), et analyse de ses ouvrages. — M. Longueville. Du polymorphisme des manifestations tuberculeuses de la peau.

Concours du prosectorat. — La 1re séance du Concours du prosectorat a eu lieu lundi à midi 1/2. Le jury, est ainsi constitué : MM. Guyon, président, Farabeuf, Ch. Richet, Tillaux, Poirier. Candidats ayant répondu et ordre dans lequel ils liront leur composition écrite : MM. Chevalier, Faure, Jonnesco, Delagenière, Mauclaire, Guillemain, Dagron, Chipault, Noguez.

La question tirée au sort pour la composition écrite est : plèvres, phénomènes mécaniques de la respiration, épanchements sanguins traumatiques de la plèvre.

La première séance de lecture aura lieu jeudi à 11 heures.

Le concours qui devait s'ouvrir le 6 novembre 1891 devant la faculté de médecine de Nancy pour l'emploi de suppléant de la chaire d'histoire naturelle à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Reims est reporté au 24 du même mois;

Le concours qui devait s'ouvrir le 5 novembre 1891 devant la même faculté pour l'emploi de suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Reims est reporté au 23 du même mois.

VARIÉTÉS

Instantanées de momentanée. — « Nous avons assisté hier à une cérémonie qui, pour être triste, n'en rentre pas moins dans le cadre de la haute noce parisienne.

« Marie Laroche, la demi-mondaine bien connue, qui dernièrement encore représentait dans la revue du Casino le joyeux Moulin-Rouge, a été opérée par le docteur Péan; nous n'irons pas jusqu'à nommer l'organe dont le célèbre praticien a fait l'ablation : qu'il nous suffise de dire que c'est celui que Jack l'Eventreur se plaisait à extraire à ses victimes.

« La pauvre Marie a subi avec une grande énergie cette épouvantable mutilation et elle faisait encore un bel effet plastique, endormie sur la table de l'amphithéâtre.

« A sa demande, des instantanées ont été prises au milieu de l'opération, et quelques clichés ont été assez réussis; ils seront distribuées aux intimes. Nous les avons tenus dans les mains et ils sont vraiment très curieux. Outre le docteur Péan, on peut voir groupés autour de la malade MM. Rogues de Fursac, Delaunay, Baumgarten, Grumberg et les nombreux élèves du service de l'illustre maitre. L'opération n'a pas duré moins d'une heure et demie et a parfaitement réussi.

« Comme la gaieté ne perd jamais ses droits, Marie Laroche, quelques instants avant d'être transportée à l'amphithéâtre, nous disait?

« Je n'ai pas hésité à demander à être opérée ici, d'abord à cause de Péan, et puis le nom de l'hôpital m'a tentée: vous comprenez, l'hôpital Saint-Louis? »

(*Gil Blas*, 20 mai)

Un végétarien. — Le *New-York Sun* écrit que Thomas Edison est végétarien, qu'il ne mange ni viande, ni volaille, ni poisson. Il aime tous les fruits, il mange des légumes de toute espèce. Il apporte un grand soin à sa nourriture, persuadé que celle-ci a une grande influence sur l'intelligence.

Il semble qu'il ne voie aucune privation dans la pratique du végétarisme et qu'en dehors de la viande, de la volaille et du poisson, il a découvert nombre d'aliments délicieux, fortifiants.

A Chicago existe une société de végétariens dont une partie des membres sont des savants. Il est prouvé par la photographie, affirme son président, que la viande a une influence pernicieuse sur le corps humain et que la moitié des malades pourraient être guéris par l'abstinence de nourriture animale, ce qui explique d'ailleurs que beaucoup de grands philosophes aient été végétariens.

Trichinose. — *Empoisonnement.* — A l'hôpital Saint-François, à New-York, une femme, Joanna Muller, et son mari viennent de succomber à la trichinose. L'autopsie faite par le Dr Edson, médecin du conseil de santé, a révélé la présence de la trichine en quantité énorme dans les tissus musculaires des bras et des jambes et dans le cœur des victimes. L'opinion est émue de la constatation officielle de l'infection de la viande de porc américaine.

Le comble de la spécialité. — Le *Medical Record* de New-York (16 mai, p. 574), nous apprend que le « Kansas medical college » a un professeur de « chirurgie des chemins de fer », que le Collège de perfectionnement (post-graduate) en a un pour le rectum et un pour l'intubation.

Responsabilité chirurgicale. — L'an dernier nous avons entretenu nos lecteurs d'un procès intenté à M. le Dr Deschamps (de Liège), par les parents d'un enfant qui avait subi une ostéotomie malheureuse. Condamné en première instance, notre confrère a été en appel et enfin a été acquitté. Mais au total l'affaire a duré pendant 3 ans. Décidément, savez-vous, le Français n'est pas seul à « profiter sur » une justice un peu lente.

Moyen facile de sauver la vie d'un enfant. — Les journaux politiques ont presque tous reproduit il y a quelques jours la touchante histoire d'une religieuse stoïque qui a fourni des greffes pour un enfant brulé. Il est à la mode de raconter ces histoires; pour le cas particulier, spécifions que les greffes ont été prises au bras. C'est fort bien, quoique un peu « tam-tamesque ». Mais où l'auteur anonyme nous a fait rire, c'est quand il a déclaré avec sérieux que sans ce courageux dévouement l'enfant n'aurait pas survécu.

COURS LIBRES

Hôpital Broussais. — M. le Dr Chauffard le samedi à 10 heures.

— M. le Dr Reclus, le samedi à 9 h. 1/2.

LARYNGOLOGIE. OTOLOGIE (opérations par les élèves, leçons pratiques), clinique du Dr MADEUF, bi-licencié, 46, rue de l'Arbre-Sec.

CLINIQUE DES MALADIES NERVEUSES

Considérations sur la paralysie faciale périphérique, par le Dr G. André (de Toulouse).

La paralysie faciale périphérique, dont la description classique paraissait avoir atteint son point culminant et ne paraissait guère susceptible d'être sujette à revision, a subi pourtant, dans ces dernières années, une série de remaniements qui l'ont fait entrer définitivement dans la grande famille neuro-pathologique, dont nous devons les fécondes notions aux beaux travaux de M. Charcot et de M. Féré.

La paralysie de Bell n'est plus l'affection banale qu'un simple coup de froid peut provoquer, mais une véritable névrose, obéissant aux lois de l'hérédité nerveuse simple ou de transformation, et pouvant se greffer sur d'autres affections névropathiques, comme le goître exophthalmique ou la chorée, par exemple, et même, exceptionnellement, il est vrai, dans l'hystérie.

A propos de l'hystérie, M. Charcot soutient depuis longtemps, avec le talent que l'on sait, cette opinion que l'hémiplégie hystérique porte exclusivement sur les membres et qu'elle n'intéresse jamais, contrairement à ce qui a lieu si fréquemment dans le cas d'hémiplégie organique, le domaine du facial inférieur. Il existe, cela va sans dire, des observations contradictoires; mais quand on y regarde d'un peu près, on reconnaît que la paralysie faciale des hémiplégies organiques, avec déviation de la langue du côté paralysé, peut être, dans l'hystérie, imitée, jusqu'à rendre la confusion facile, prr une affection siégeant aussi dans le domaine du facial inférieur, produisant, elle aussi, la déviation de la langue et de la bouche, mais qui, cependant, n'est nullement paralytique; c'est ce que M. Charcot désigne sous le nom de *spasme glosso-labié unilatéral des hystériques*. Supposons une hystérique présentant une hémianesthésie avec hémiparésie du côté gauche. Quand on ordonne à la malade de tirer la langue, on voit que celle-ci est fortement déviée du côté gauche, c'est-à-dire du côté paralysé, comme cela a lieu dans les hémiplégies organiques. Eh bien, la langue, cela est vrai, est déviée à gauche, mais on peut noter, en même temps, que l'axe lingual forme une courbe très accentuée, dont la concavité regarde à gauche, de telle sorte que la langue, loin de rester rectiligne, comme cela a lieu dans la paralysie, forme un crochet. La moitié gauche de la langue paraît aussi plus épaisse et moins large que du côté droit. Cette première impression est confirmée par ce qu'on observe du côté des muscles de la partie inférieure de la face, à gauche, lorsque l'on dit à la malade de contracter ces muscles: alors les rides sont, de ce côté, au menton, à la lèvre supérieure, comme à l'inférieure, beaucoup plus accentuées qu'elles ne le sont du côté droit, contrairement à ce qui devrait exister, s'il s'agissait d'une paralysie et non d'un hémispasme.

Malgré tout ce qu'une pareille opinion a d'absolu et même de paradoxal, M. Charcot déclare que, tant qu'on ne lui aura pas démontré que les prétendues paralysies faciales ne sont pas des hémispasmes, il persistera dans sa négation, prêt à se rendre, toutefois, pour le cas où la paralysie faciale deviendrait bien et dûment démontrée dans l'hystérie.

Cette démonstration vient d'être faite tout récemment devant la Société médicale des hôpitaux, par deux de nos jeunes médecins les plus éminents, M. Chantemesse et M. Gilbert Ballet.

Dans le cas de M. Chantemesse, si la paralysie faciale existait nettement chez une hystérique, elle était insuffisamment accusée pour entraîner la conviction de ceux qui pourraient avoir des doutes sur la réalité de cette manifestation au cours de l'hystérie. Dans le cas de M. G. Ballet, la paralysie faciale était aussi nette que possible. Il s'agissait d'un homme appartenant au service de M. le professeur Proust, âgé de 24 ans, tonnelier, qui fut pris, en 1887, d'une attaque d'hystérie, à la suite d'excès de boisson. Quelque temps après, M. Ballet put constater que la face était légèrement déviée vers la gauche où les sillons étaient nettement accusés. Du côté droit, au contraire, la face était presque lisse, les reliefs musculaires peu sensibles et les mouvements volontaires presque nuls. Lorsque le malade mangeait, les aliments s'accumulaient entre la joue et l'arcade dentaire droite. Il s'agissait bien d'une paralysie des muscles innervés par le facial inférieur. Le malade était, d'ailleurs, nettement hystérique. M. Gilbert n'en déclare pas moins que, en dépit de quelques faits épars dans la science, la paralysie faciale chez les hystériques est une chose très rare.

La maladie de Basedow est une névrose dont les points de contact avec l'hystérie sont nombreux. Des travaux tout récents, dont il sera question tout à l'heure, ont mis en relief l'importance et la fréquence relative des paralysies bulbaires dans cette maladie. Voici une observation personnelle qui nous paraît très probante à ce point de vue:

Observation I. — Nous avons donné des soins, il y a quelques années, à une dame atteinte de palpitations cardiaques avec tachycardie, et chez qui l'état mental était tel qu'elle rendait la vie très dure à tous les siens. Cela se passait il y a douze ans environ, et beaucoup de notions aujourd'hui courantes étaient, à cette époque, très peu connues. Quelques médecins avaient cru à une hypertrophie du cœur, d'autres — et nous étions de ce nombre — pensaient à une hyperkinésie d'origine nerveuse, avec un état très marqué d'hypochondrie. Cette dame, âgée alors de 36 ans, et originaire d'une de nos colonies, était mariée à un officier en retraite, qui s'était plaint à nous bien souvent des bizarreries de ce caractère indomptable.

Nous perdîmes la malade de vue pendant quelques années, mais, il y a six ou sept ans, elle demanda de nouveau nos soins pour une paralysie faciale gauche, contractée, d'après elle, à la suite d'un vif refroidissement. Cette paralysie, *non douloureuse*, guérit après un certain nombre de séances d'électrisation faradique. Quelque temps après sa guérison, elle vint nous consulter de nouveau pour une tuméfaction assez notable de la région thyroïdienne. Il n'existait pas de protrusion des globes oculaires, mais nous n'eûmes pas de peine à diagnostiquer une maladie de Basedow qui, pendant plusieurs années, avait été *fruste*, caractérisée seulement par des palpitations avec tachycardie. Quelques mois après, nouvelle apparition de la paralysie faciale qui céda en peu de jours, comme la première fois, au traitement électrothérapique. Cette dame quitta Toulouse, pour aller habiter une colonie française, et nous n'avons plus eu de ses nouvelles. Nous avons le regret de ne pas l'avoir examinée soigneusement au point de vue de l'hérédité. Nous devons déclarer, d'ailleurs, pour notre justification, que cette question de l'hérédité nerveuse était encore, à cette époque, dans l'enfance.

Aujourd'hui, en jetant un coup d'œil en arrière, il ne nous est pas difficile de comprendre la signification de cet état mental, qui était alors, pour nous et pour sa famille, une véritable énigme.

Quant à la paralysie faciale, survenue dans de telles circonstances, elle s'explique aussi admirablement depuis le travail de M. Gilbert Ballet sur *l'ophthalmoplégie externe et les paralysies des nerfs moteurs bulbaires dans leurs rapports avec le goître exophthalmique et l'hystérie*.

Or, les paralysies des nerfs oculaires ne sont pas les seules qu'on ait observées dans la maladie de Basedow; la branche motrice du trijumeau, le *facial*, le grand hypoglosse, ont été trouvés paralysés.

La paralysie bilatérale du facial existait notamment dans l'observation de Bristowe, dont M. Ballet donne un résumé; et M. Grasset, dans ses récentes cliniques, cite le cas d'une malade chez qui on notait une parésie fort nette du facial droit.

Chez notre malade, qui ne paraissait avoir aucun stigmate hystérique, le côté important consistait dans cette paralysie faciale qui avait récidivé, après quelques mois de guérison, au moins apparente.

Observation II. — Le docteur Espagnat, de Venerque, voulut bien nous adresser, dans le courant du mois de février 1891, une jeune fille de 24 ans, atteinte depuis quelques jours d'une paralysie faciale gauche classique, compliquée de *douleurs névralgiques extrêmement vives*, siégeant dans les mâchoires et les conduits auditifs. Ces douleurs étaient spontanées et nous ne pûmes constater aucun point douloureux à la pression. Cette jeune fille, très nerveuse, très excitable, n'avait aucun des stigmates de l'hystérie et ne présentait pas non plus d'hérédité nerveuse bien tranchée. Elle se plaignait, en outre de ses douleurs, d'une constipation très opiniâtre. Nous adressâmes, à notre tour, cette malade à M. le Dr Bédart, professeur agrégé à la Faculté de médecine, pour la soumettre à un traitement par les courants continus. La guérison fut très lente à se produire, et aujourd'hui encore, il reste une paralysie du muscle de Horner. Mais les douleurs névralgiques n'ont cessé elles-mêmes qu'après le traitement de la constipation. Elles avaient persisté, même après le retour des fonctions des muscles paralysés. Comme nous, M. Bédart avait été frappé de l'existence des douleurs dentaires et auriculaires existant chez la malade, ainsi que de leur disparition après les purgatifs.

Voici l'explication de ces deux faits, par les notions récemment acquises :

Nous trouvons d'abord des renseignements précieux sur les paralysies faciales douloureuses dans les Leçons du mardi, à la Salpêtrière (1888), et dans la thèse de M. Testaz, soutenue à Paris en 1887, inspirée par M. le professeur Dieulafoy, et où l'auteur étudie ce qu'il appelle les paralysies douloureuses de la 7e paire.

L'existence de la douleur dans certaines paralysies faciales, fait remarquer M. Charcot, avait été sans doute remarquée un peu par tout le monde, mais l'intérêt qui s'attache à ce phénomène n'avait certainement pas été, jusque-là, convenablement mis en relief.

Ces paralysies douloureuses avaient déjà été étudiées par le Dr Weber, dans le *Boston medical*, en 1878. D'après lui, ces douleurs existeraient dans la moitié des cas. Ces douleurs, ainsi que le relève M. Testaz, siègent habituellement dans le conduit de l'oreille, sur l'apophyse mastoïde, sur les régions temporale ou frontale; quelquefois, elles sont très vives, d'autres fois, peu prononcées. Elles peuvent être prodromiques et précéder de 8 à 10 jours les premiers troubles de la motilité. Une fois développées, elles persistent quelques jours après la naissance de la paralysie. Chez notre malade, elles avaient survécu à la paralysie. Suivant M. Testaz, et c'est là le côté original de son travail, lorsque la douleur n'existe point dans la paralysie faciale, le pronostic est favorable. Au contraire, toutes les fois que la douleur est intense, le pronostic est plus grave. Ainsi la douleur, dans la paralysie faciale, ne serait pas chose indifférente; mais, d'après M. Charcot, l'assertion de M. Testaz ne peut être accueillie qu'avec la plus grande réserve.

Quant à la disparition des douleurs névralgiques par les purgatifs, ce fait viendrait à l'appui de l'opinion émise récemment par le Dr Gussembauër (de Prague). Ce médecin a renoncé au traitement chirurgical de la névralgie du trijumeau, parce qu'il avait remarqué que, dans la plupart des cas, la cause de la névralgie n'est ni périphérique ni centrale, mais d'ordre réflexe. A Liège, il y a quelques années, M. Gussembauer avait vu cinq cas de névralgie du trijumeau provoquée par une constipation habituelle. A l'appui de cette considération, l'éminent médecin a rapporté l'observation d'une femme de 42 ans, qui souffrait depuis cinq ans de constipation opiniâtre, et qui, depuis trois ans, était atteinte de douleurs névralgiques dans la mâchoire inférieure. Elle fut traitée à Vienne, sans succès, par les professeurs Nothnagel et Bamberger, au moyen des préparations de fer, de morphine, de quinquina, de salicylate de soude et par l'électricité. M. Gussembauër la traita par les lavements froids, les lotions froides sur l'abdomen et plus tard sur tout le corps. Les selles devinrent régulières et la névralgie disparut.

Observation III. — Notre collègue M. le Dr Vieusse, professeur agrégé à la faculté de médecine, nous fit l'honneur de soumettre à notre étude, le 5 mai 1891, Mme G., âgée de 28 ans, pour des troubles pulmonaires. En interrogeant cette malade nous apprîmes qu'elle avait eu, au mois de mars 1890, une paralysie faciale gauche, traitée par M. le Dr Bédart au moyen des courants continus. Au dire de cette malade, l'affection dura trois mois et fut compliquée de douleurs névralgiques très vives pendant les quinze premiers jours. M. le Dr Bédart, à qui nous avons demandé des renseignements à ce sujet, n'avait pas interrogé la malade dans ce sens et celle-ci d'ailleurs n'avait pas attiré son attention sur ce phénomène. Mme G. est prise de spasme pharyngien à la moindre contrariété; elle pleure souvent. Elle est bien réglée et nous n'avons constaté ni ovaralgie, ni anesthésie. Mais le fait le plus important, c'est que son père, âgé de 54 ans, est enfermé, depuis douze ans, dans un asile d'aliénés, après avoir tué sa femme, dans un accès de folie. Un frère de la malade est mort phthisique. Au moment de l'examen (5 mai 1891), la malade a une névralgie faciale à droite, du côté opposé à l'ancienne paralysie. Elle a eu, en outre, ces jours derniers, des hémoptysies.

L'observation nous paraît surtout intéressante au point de vue de l'hérédité nerveuse, qui est ici manifeste.

Nous relevons dans les Leçons du mardi, à la Salpêtrière (1888, page 159), l'observation d'un homme de 33 ans atteint de paralysie faciale et dont le père, en proie, au dire de son fils, « à de l'excitation du cerveau » et malade depuis un an, avait été trouvé noyé *dans très peu d'eau*.

Une véritable révolution, dit M. Charcot, est en train de se faire dans l'histoire de la paralysie faciale, sous l'influence des travaux de M. Neumann. On sait maintenant que ce n'est pas une affection reconnaissant le froid pour cause principale, mais une véritable maladie nerveuse. Presque tous les gens atteints de cette affection sont des malades dans la famille desquels il y a eu des paralysies du même genre, ou des phénomènes nerveux d'une autre nature, vésanie, ataxie locomotrice, etc. M. Charcot cite à ce propos une famille d'israélites dans laquelle trois sœurs étaient atteintes de paralysie faciale et toutes attribuaient leur maladie à un courant d'air. Une des malades avait un fils qui eut de l'ataxie et de la paralysie faciale; et une autre avait une petite fille atteinte de chorée et de paralysie faciale. M. Charcot cite encore trois personnes, venues à la consultation de la Salpêtrière, deux frères et une sœur, atteints tous les trois de paralysie faciale attribuée à trois courants d'air simultanés.

Le mérite de M. Neumann, selon M. Charcot, est d'avoir démontré que, dans la paralysie faciale, il y a une hérédité nerveuse réelle.

Notre dernière observation vient absolument à l'appui de cette opinion.

REVUE DES CONGRÈS

SOCIÉTE FRANÇAISE D'OPHTHALMOLOGIE

9e *session, tenue à Paris du 4 au 9 mai* 1891.

Rupture traumatique du droit inférieur de l'œil droit.

M. Bourgeois. — Homme de 64 ans qui, en tombant violemment sur l'angle d'un coffre en bois, eut une rupture du droit inférieur droit. On voyait, au point d'insertion sous-cornéen du tendon, une petite masse charnue, grosse comme un pois, représentant le tiers antérieur du muscle. Le malade offrait les symptômes classiques de la paralysie du droit inférieur, avec strabisme supérieur très prononcé. Pour différentes raisons, on ne put pratiquer l'avancement du bout postérieur du muscle. Le traitement, qui fut appliqué tardivement, consista dans l'excision de la saillie musculaire précitée ; puis on fit la ténotomie du droit supérieur. Il n'y avait pas d'autre intervention possible, et l'on n'aurait pas pu pratiquer la ténotomie du droit inférieur gauche, car le malade avait un abaissement des deux paupières supérieures, par suite d'un certain degré de ptosis. D'ailleurs, le résultat fut satisfaisant : la diplopie était supprimée par une légère inclinaison de la tête. Il est à remarquer que l'œil blessé avait conservé son acuité normale, sans altération du champ visuel; car le choc violent qu'il avait subi n'avait déterminé aucune lésion intra-oculaire.

Du glaucome hémorrhagique.

M. Venneman. — Le glaucome hémorrhagique est trop souvent rattaché à une affection purement rétinienne : une apoplexie de la rétine, une rétinite hémorrhagique. La papillite par stase veineuse amène plus souvent qu'on ne pense cette forme de glaucome secondaire. Ainsi le prouvent les deux cas observés simultanément chez des personnes relativement jeunes. L'une d'elles, âgée de 40 ans seulement, est morte peu de temps après dans des convulsions épileptiformes générales. L'autre, âgée de 54 ans, présenta plus tard une simple névrite optique de l'autre côté. D'autres symptômes cérébraux légers et la forme centrale de l'amblyopie avec rétrécissement du secteur du champ visuel parlent en faveur de l'origine du glaucome par stase veineuse, suite de papillite. La sclérotomie apporte un soulagement équivalent à la guérison dans les deux cas, mais à la seconde intervention seulement.

Traitement des synéchies postérieures totales avec occlusion pupillaire.

M. Jocqs. — Un malade s'est présenté à moi atteint de synéchies postérieures totales des deux yeux à la suite d'une iritis syphilitique double. En même temps, après plusieurs récidives, le malade n'ayant pas été soigné, les bords des deux pupilles étaient réunis par un exsudat plastique tel qu'il en résultait une cécité presque complète. Ces deux yeux, sains d'ailleurs, n'ayant éprouvé que quelques douleurs péri-orbitaires, étaient justiciables d'une opération. Pour le premier, j'ai fait l'iridectomie ; mais l'iris, complètement et fortement adhérent au cristallin, ne céda que sous forme de filament et, de plus, la cristalloïde mise à découvert n'était pas transparente ; elle était recouverte de pigment irien et de débris d'exsudats inflammatoires. L'extraction du cristallin était nécessaire. Elle fut pratiquée séance tenante comme pour une cataracte ordinaire après discission de l'exsudat et du cristallin. Guérison rapide de l'opération. Au bout de peu de temps les fragments de l'exsudat pupillaire simplement dilacérés par la discission s'étaient réunis et obstruaient de nouveau la pupille. Une nouvelle discission portant également sur les débris cristalliniens opacifiés donna au malade 1/2 d'acuité visuelle ; mais la permanence des lambeaux de la membrane exsudative donnait à craindre que ce bon résultat ne fût pas durable.

Pour le second œil, afin de ne pas tomber dans le même écueil, je résolus d'opérer d'une manière différente. D'abord, instillation préalable d'atropine. Puis discission au moyen d'un instrument spécial qui me permit de sectionner complètement la membrane exsudative pupillaire et de l'enlever comme à l'emporte-pièce en suivant les contours de l'ouverture de l'iris. Enfin, section de la cornée et évacuation aussi complète que possible de la membrane plastique et des débris cristalliniens. Suites de l'opération normales. Au bout de quelque temps, formation d'une cataracte secondaire inévitable à la suite de l'extraction du cristallin non opacifié. Une simple discission donna pour cet œil 2/3 d'acuité visuelle sans crainte pour l'avenir, car il ne restait plus trace exsudative. Ce malade, d'aveugle qu'il était, avait donc recouvré une acuité visuelle bien suffisante.

Conclusion : Lorsque les synéchies postérieures totales à la suite d'iritis plastique se compliquent d'occlusion pupillaire, et que l'iridectomie paraît ne pas devoir suffire, il faut enlever le cristallin; mais il faut faire précéder l'extraction du cristallin de l'ablation complète de la membrane obturatrice et non d'une simple division.

Pour enlever la membrane obturatrice, le meilleur moyen est d'en faire la section complète tout autour de la pupille avant d'avoir vidé la chambre antérieure par la section de la cornée et après instillation d'atropine. Si besoin est, afin de faciliter l'évacuation des débris du cristallin, pratiquer l'iridectomie avant ou après l'extraction.

Du cancroïde de l'angle interne des paupières.

M. Valude (de Paris). — Le cancroïde des paupières, lorsqu'il siège à l'angle interne, mérite de former un type clinique à part, distinct des épithéliomas développés aux dépens des autres parties des paupières. A l'angle interne, en effet, les tumeurs épithéliomateuses ont une tendance particulière à gagner en profondeur, et, dans ces circonstances, deux voies s'ouvrent à elles : la cavité de l'orbite et les fosses nasales par l'intermédiaire du sac lacrymal et du canal nasal.

Le cancroïde de l'angle interne semble avoir une prédilection marquée à s'étendre de ce dernier côté. La nature épithéliale du revêtement intérieur des voies lacrymales et des cavités nasales constitue, en effet, un terrain éminemment favorable à la prolifération d'une tumeur épithéliale, et ainsi sont expliqués les cas dans lesquels la tumeur a poussé des prolongements à travers les voies lacrymales, dans l'intérieur des fosses nasales et dans les cavités attenantes.

Ce qui est particulier, c'est que la tumeur peut être et est généralement fort peu étendue à l'extérieur, alors que ces prolongements profonds ont pu atteindre un volume considérable jusqu'à remplir complètement les fosses nasales. C'est pourquoi cette variété nous apparaît comme fort différente des autres variétés du cancroïde palpébral ; c'est un épithélioma *térébrant* des paupières.

Le traitement doit se modifier suivant les modalités de cette forme de la maladie. Si le néoplasme n'a pas encore atteint le canal nasal, l'extirpation se fait comme en tout autre cas, avec cette précaution qu'elle doit être poursuivie en profondeur jusqu'à ce que les limites du mal soient dépassées. Si le cancroïde a poussé des prolongements dans les fosses nasales et les divers sinus attenants, il faut, comme nous l'avons fait en deux cas, s'ouvrir largement un chemin par une ouverture pratiquée sur toute la longueur du nez (portion osseuse et cartilagineuse) et obtenue par une incision située sur le côté de la ligne médiane. Le nez étant largement ouvert et le canal nasal également, il est facile d'évider toutes les cavités par curettage ; l'incision préliminaire du nez est ensuite fermée par des sutures.

Le point important dans l'opération consiste à éviter de refermer la plaie de l'angle palpébral interne par une restauration primitive avec un lambeau ou autrement. Pour pouvoir facilement surveiller et détruire les récidives, puis aussi pour effectuer une restauration de moindre importance, après que le bourgeonnement de la plaie en a diminué l'étendue, il est de beaucoup préférable d'adopter le mode de restauration secondaire.

La restauration secondaire est toujours préférable à la réparation primitive, lorsqu'il s'agit de l'épithélioma des paupières ; mais cette opinion est surtout formelle lorsqu'il s'agit du cancroïde de l'angle interne de l'œil à forme térébrante.

L'Énervation de l'œil au début de la panophtalmie.

M. Dianoux (Nantes). — L'énervation ou section opticociliaire serait mieux nommée isolement de l'œil. Elle peut être appliquée au début de la panophthalmie. Elle a comme résultat immédiat la disparition de la douleur et l'arrêt du processus suppuratif; comme résultat éloigné la régression graisseuse des infiltrats inflammatoires et la momification de l'œil. J'ai pratiqué quatre fois l'opération dans ces conditions avec des succès qui se maintiennent depuis quelques années. Le dernier cas, tout récent, où un procédé opératoire nouveau a été essayé, doit être réservé. Ces faits seront étudiés et commentés dans un travail ultérieur où je me propose de faire ressortir les déductions applicables à la pathologie générale.

Complications oculaires de l'acromégalie.

M. Pinel-Maisonneuve. — Je viens vous communiquer l'observation d'un malade atteint de tous les symptômes classiques de l'acromégalie (Voir *Mercredi médical*, 1891, p. 142). Au point de vue oculaire, cet homme est atteint depuis huit ans d'une exophthalmie qui est survenue lentement : les paupières sont épaisses, allongées, de couleur bistrée ; elles protègent bien la saillie des globes. Le diamètre des pupilles est normal, leur réaction est très lente à la lumière, mais normale à l'accommodation ; en somme, c'est le signe d'Argyll Robertson de l'ataxie, atténué ; les mouvements associés ou non des globes oculaires se font bien, quoique d'une façon paresseuse ; dans le regard en haut, il y a défaut de synchronisme entre l'élévation de la pupille et de la paupière. Les globes oculaires ont presque perdu droit de domicile dans les orbites, car en écartant légèrement les paupières, les yeux se luxent au dehors et on peut observer leur pôle postérieur. Pas de dyschromatopsie, pas de rétrécissement du champ visuel. A l'ophthalmoscope, des deux côtés, on trouve une stase papillaire très nette : veines tortueuses et dilatées, artères amincies, aspect flou de la papille. Cet état de l'appareil oculaire tient évidemment à une compression du chiasma et des bandelettes optiques par l'hypertrophie du corps pituitaire qui, comme on le sait, est la caractéristique anatomique des lésions qu'on trouve dans l'acromégalie.

M. Motais. — Je puis donner l'état actuel de la malade, extrêmement intéressante, dont M. Pinel-Maisonneuve a cité l'observation. L'exophthalmos a persisté, mais à un degré très faible, nullement comparable avec l'exophthalmos du début. Une double atrophie optique s'est développée peu à peu. Aujourd'hui la malade est à peu près aveugle. J'avais été très frappé des accidents généraux (développement excessif des extrémités) et de la coïncidence d'un exophthalmos énorme, survenu brusquement. L'acromégalie n'était pas connue alors. Je crus devoir déclarer que cette affection ne se rapportait à aucun type décrit jusqu'à ce moment. Les travaux sur l'acromégalie et, en particulier, la communication de M. Pinel-Maisonneuve comblent cette lacune.

M. Meyer. — J'ai vu deux malades atteints d'acromégalie, dont un seul présentait des troubles oculaires. Chez celui-ci, il n'y avait ni exophthalmie, ni parésie oculaire, mais une hémianopsie temporale caractéristique avec diminution de la force visuelle dans la partie conservée au champ visuel. Quant aux lésions ophthalmoscopiques, elles consistaient uniquement en une atrophie simple de la papille. Mais ce qu'il y avait de plus remarquable chez ce malade, c'est qu'il présentait tous les symptômes du tabes : douleurs fulgurantes, perte du réflexe lumineux avec conservation de l'accommodateur.

Myopie et paralysie de l'accommodation.

M. Gaupillat. — J'apporte ici une observation très curieuse et dont l'interprétation m'embarrasse. Il s'agit d'un sujet de trente ans qui était atteint, depuis l'âge de six ans, d'une myopie qu'il corrigeait avec des verres variant entre 3,50 D. et 6 D. Une paralysie syphilitique de l'accommodation fit disparaître complètement cette myopie. L'examen objectif a démontré que les yeux étaient emmétropes et que le sujet faisait, depuis vingt ans, inutilement usage de verres. La syphilis a révélé son emmétropie; l'amplitude d'accommodation est réduite.

M. Javal. — J'ai observé un cas semblable chez un sujet que j'avais de tout temps connu myope, et à qui une double paralysie syphilitique de l'accommodation fit perdre l'habitude d'employer les verres concaves.

M. Martin. — Le cas de M. Gaupillat, je l'ai vu se produire trois fois chez des individus atteints de myopie forte avec conus bien nets et qui n'étaient que des myopes spasmodiques. Le travail récent et si curieux de Fukala contient des exemples du même ordre. Cet auteur, ainsi qu'on sait, cherche à guérir la myopie forte des jeunes sujets en leur enlevant le cristallin. Or, il a constaté que l'ablation du cristallin ne diminuait pas la réfraction de 10 D , comme on pourrait le penser théoriquement, mais souvent de 14, 15, 16 dioptries. Il a même cité un sujet myope de 10 D. qui fut, après l'extraction, hypermétrope de 6 D. Il en résulte que ces faits donnent raison à ceux qui croient que la myopie forte peut provenir et provient surtout d'un spasme continu de muscle ciliaire.

M. Meyer. — Il y a des réserves à faire sur la paralysie double de l'accommodation de cause syphilitique. Néanmoins, ces faits confirment une fois de plus que les contractures des muscles ciliaires donnent raison à la pathogénie ciliaire de la myopie.

M. Tscherning. — Il y a si peu d'uniformité dans la mesure dioptrique du cristallin, que les différences de Fukala pourraient être expliquées par les variabilités dans cette mesure.

M. Kalt. — J'ai observé un fait analogue au cas cité de Fukala, chez un homme assez âgé, qui, myope de 7 D., a dû recevoir après son extraction un verre convexe de 10 dioptries.

M. Parent. — Il ne faut oublier que la position des verres à 13 millimètres en avant de la cornée, tandis que le cristallin est au point nodal et cela change en sens inverse la force du verre convexe et du verre concave. Ainsi pourrait s'atténuer la différence trouvée par M. Kalt, différence dont les travaux d'Helmholtz nous rendent entièrement compte.

M. Meyer. — La différence entre — 7 D. et + 10 D. est cependant un peu trop forte pour pouvoir s'expliquer ainsi ; mais il est assez ordinaire, dans le choix de lunettes chez des myopes opérés de cataracte, de voir de pareils écarts sans qu'il soit facile de les expliquer.

M. Valude. — J'ai observé un cas de myopie spasmodique durable chez une jeune fille de seize ans un peu nerveuse, et qui, myope depuis son enfance, portait un verre concave assez élevé; avec — 6 D. elle avait une acuité normale. Or, après quelques semaines d'atropinisation, la myopie, vieille de quelques années pourtant, avait fait place à une hypermétropie légère, et les verres concaves ont été inutiles.

M. Suarez a cité autrefois un fait semblable de myopie (7 D.) transformé en hypermétropie par l'atropine.

ASSOCIATION MÉDICALE AMÉRICAINE

42e réunion annuelle tenue à Washington du 5 au 8 mai 1891.

Entéro-anastomose par ligature élastique.

M. Th. A. Mc-Graw (Détroit). — Il est certain que Senn, a fait faire à l'entéro-anastomose un grand progrès ; la méthode ancienne exigeait une demi-heure ; avec les plaques de Senn, tout est fini en 15 à 20 minutes. Mais il faut toujours inciser l'intestin et dès lors il y a danger que le contenu intestinal ne s'épanche dans le ventre. Après des essais avec des plaques métalliques, faisant par pression continue nécroser une rondelle d'intestin, M. Mc-Graw en est venu à expérimenter la ligature élastique, déjà employée d'une façon un peu différente par von Bergmann. Un fil de caoutchouc de 2 millim. de diamètre est enfilé dans une aiguille et, passé deux fois dans chaque anse à 2 cent. 1/2 ou 3 cent. de distance, est fixé légèrement tendu. Les anses adossées sont unies par une couronne de points de Lembert. Les expériences sur les animaux ont prouvé qu'en aucun cas les matières ne passent dans le péritoine. Au bout de 24 heures les séreuses adhèrent et au bout de 48 heures le fil élastique commence à couper. L'anastomose est complète en 4 jours. Cette méthode a été appliquée une fois sur l'homme dans une gastro-jéjunostomie (le duodénum n'ayant pu être saisi) pour cancer du pylore. Après mise à nu de l'estomac, l'opération a duré 11 minutes. Le sujet est mort en 15 jours,

épuisé par la diarrhée, mais l'autopsie a prouvé que l'évolution de la plaie avait été aseptique. L'anastomose était bien établie. Evidemment, cette méthode est inapplicable lorsqu'il faut rétablir immédiatement le cours des matières, dans l'occlusion intestinale par exemple : alors on emploiera les plaques de Senn. Pour les cas comme un rétrécissement franchissable, pour un cancer dv pylore, on emploiera la ligature élastique. De même pour les hernies étranglées gangrenées, au lieu de l'entéro-anastomose d'Helferich (Voy. *Mercredi médical*, 1890, p. 172).

M. Mc-Graw a aussi essayé d'établir ainsi une cholécystentérostomie, mais la bile coule dans le péritoine. Sur 9 chiens, 6 sont morts et chez les deux autres l'orifice était oblitéré au moment de l'autopsie.

Abus de l'opium.

M. St. Lett (Gullph). — Dans le traitement des névroses provoquées par l'abus de l'opium, il est mauvais de prescrire la cessation brusque et absolue du toxique. Il n'y a pas là, quoi qu'on en ait dit, un *vice* à supprimer, mais une *maladie*, qu'il faut traiter. Mais aucun médicament n'est capable d'atténuer cette maladie, et surtout il est dangereux de chercher à remplacer l'opium par ses succédanés. Il faut d'abord savoir ce que le patient consomme d'opium, et le remplacer par la dose équivalente de morphine et à partir de ce moment on fait diminuer la dose, d'autant plus vite, proportionnellement, que le sujet était habitué à des doses plus fortes. Ainsi, on peut passer de 24 grains à 3 grains en trois jours environ. Mais quand on est arrivé à 1 grain il faut encore 3 ou 4 semaines. De la sorte on n'a pas de trouble gastro-intestinaux et pas d'agitation. L'emploi du bromure de potassium, de l'alcool, de la cocaïne pendant ce traitement est à rejeter.

M. W. S. Watson (Matteawan) adopte à peu près ce traitement.

M. Mattison (Brooklyn) est grand partisan de la substitution de la narcéine et surtout de la codéine à la morphine. La codéine a le même effet calmant que la morphine et n'a pas cet effet enivrant spécial que recherchent les morphinomanes. On peut certainement s'habituer à la codéine, mais les chances en sont bien moindres.

Méningite cérébro-spinale et malaria.

M. J. S. Nowlin (Shelbyville) conclut de l'analyse clinique d'une série de cas et de l'action de la quinine que la méningite cérébro-spinale est une manifestation de la malaria.

M. Dock (Galveston) ne croit pas qu'on puisse attribuer toutes les épidémies de ce genre à la malaria, car certainement il y en a dans des pays indemnes de paludisme. Mais il est important d'avoir prouvé que les déterminations nerveuses de la malaria peuvent produire tous les symptômes de la méningite cérébro-spinale. L'examen microscopique du sang sera très important pour le diagnostic, et si on reconnait la nature malarienne on tirera grand profit de la quinine.

M. Dock a ensuite décrit les parasites de la malaria et les formes de cette maladie dans le Texas.

M. Osler insiste sur l'importance de ces études pour classifier les fièvres encore non décrites du Sud. Il a vu des cas où l'examen du sang permet seul le diagnostic entre la fièvre typhoïde et la rémittente palustre. Il est à remarquer qu'après une longue période de scepticisme l'Allemagne adopte la découverte de Laveran, même au laboratoire de Koch.

Commotion cérébro-spinale.

M. Watson s'occupe des lésions traumatiques de l'axe cérébro-spinal. L'auteur a fait des expériences sur des chiens. Il a vu que tous les tissus ne vibrent pas de la même façon et par suite ne sont pas tous aptes à transmettre les chocs. Plus est petite la région sur laquelle a porté le traumatisme, plus la commotion est grande. On ne peut pas produire de commotion de la moelle épinière par des chocs sur la région antérieure du corps. La commotion est produite par une excitation des systèmes nerveux et circulatoire. De petits traumatismes répétés produisent la commotion, comme un violent traumatisme unique. Les conditions de production de la commotion cérébrale sont les mêmes que celles de la commotion spinale. L'hématurie, contrairement à l'opinion des auteurs, n'est que rarement un signe de commotion spinale.

Les symptômes de commotion de la moelle surviennent d'une façon soudaine. Dans toutes les expériences qu'a faites l'auteur sur des chiens, il a vu survenir de la paraplégie aussitôt après le traumatisme.

On a tort de réunir sous le nom de *commotion* des cas fort différents les uns des autres; on peut établir des divisions suivant qu'il y a lésion des parties molles entourant la colonne vertébrale, ou bien lésion de la colonne vertébrale, ou lésion de la moelle et de ses enveloppes.

Dans ses expériences l'auteur a toujours trouvé des lésions anatomiques à l'autopsie. L'auteur croit que les vaso-moteurs jouent un rôle important dans les cas de commotion.

M. Manley classe les cas de *railway spine* en 2 catégories : ceux qui s'accompagnent de lésions distinctes et ceux qui ne se traduisent que par des troubles fonctionnels sans lésions. Mais l'auteur conclut finalement que la force qui amène la commotion doit toujours produire des lésions et que par suite le railways pine ne se distingue par aucun signe caractéristique.

M. Judd rapporte le cas d'un homme qui, à la suite d'un léger traumatisme du pouce survenu en chemin de fer, fut suggestionné par des amis qui lui dirent qu'il était atteint de railways pine. En somme il s'agissait là d'hystérie.

M. Harvey Reed ne croit pas que la commotion finale s'accompagne toujours de lésions; il suffit d'un trouble moléculaire de la moelle.

Stérilisation du lait.

M. Henry Koplik. — Le lait doit être stérilisé longuement par la vapeur; mais ce lait stérilisé ne doit pas être gardé, il faut en faire usage assez rapidement. Le coton hydrophile ne forme pas un bon bouchon; il vaut mieux employer le coton ordinaire stérilisé. On obtient les meilleurs résultats en ne se servant des ferments digestifs (pancréatine, etc.) qu'après la stérilisation. M. Koplik ne rationne pas les enfants suivant leur âge ou leur poids, mais suivant leur taille et leur vigueur.

M. Leeds. — La stérilisation détruit dans le lait un ferment spécial qui y existe normalement. La caséine est rendue moins digestive par la pepsine et la pancréatine. Le sucre de lait est détruit par l'action prolongée de la chaleur.

Le meilleur procédé consiste à alcaliniser faiblement le lait avec de l'eau de chaux, on le traite ensuite par la pancréatine à 155° F. pendant 6 minutes; si on ne s'en sert pas immédiatement, il faut le faire bouillir.

M. Smith est tout à fait partisan du lait stérilisé; depuis l'emploi de ce liquide, la mortalité a beaucoup diminué dans les asiles d'enfants de New-York.

M. Brush s'oppose à tout procédé qui enlève au lait sa vitalité; pour lui, on doit prendre les précautions suivantes : avoir des vaches tenues très proprement; les mamelles doivent être soigneusement lavées; le lait est ensuite passé à travers un linge.

M. Smith s'est souvent trouvé bien, dans le traitement du choléra infantile, de suspendre le lait quelquefois pendant une semaine et de nourrir l'enfant avec des blancs d'œufs, de l'eau et de la farine d'orge bouillie.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 26 mai 1891.

Présidence de M. Tarnier

Election.

M. Crié (de Rennes) est élu correspondant national dans la division de pharmacie par 46 voix sur 60 votants, contre 9

à M. Fleury (de Nantes), 4 à M. Linosssier (de Lyon) et 1 à M. Hugouneng (de Lyon).

Hygiène publique.

U. Léon Le Fort. — Je dépose sur le bureau la proposition suivante, dont je demande le renvoi pour examen à la commission de la dépopulation.

L'académie émet le vœu que le gouvernement présente au Parlement un projet de loi sur la protection de la santé publique et que des agents spéciaux relevant de la Direction de la santé publique soient chargés de veiller à l'application des lois sanitaires et d'en poursuivre, en cas de besoin, l'exécution devant les tribunaux.

Transparence des tumeurs solides.

M. Poncet (de Lyon). — Quatre fois j'ai noté de la translucidité pour des lipomes de la main, de l'avant-bras, du pli de l'aine. Les chondromes du squelette de la main ont présenté la même particularité, il en est de même de certains chondromes des parties molles, de quelques synovites tuberculeuses, de certains kystes dermoïdes, etc.

En résumé, la translucidité des tumeurs ne saurait permettre d'affirmer la valeur de leur contenu. De même dans les tumeurs liquides la translucidité ne saurait permettre de préjuger les caractères du liquide; il peut être plus ou moins coloré et cependant la tumeur laisse passer la lumière.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 19 *mai.*

L'azote, le carbone, l'oxygène, dans les cultures pyocyaniques. Les corps à actions physiologiques.

MM. Arnaud et Charrin. — Dans une note précédente, nous avons étudié les transformations et les éliminations de la matière azotée dans un milieu déterminé où vit le bacille pyocyanique ; la plus grande partie de cette substance devient de l'ammoniaque, une minime proportion sert à fabriquer les corps spécifiques, ceux qui ont des actions physiologiques.

La plus grosse part du carbone, 72 0/0, sert à former de l'acide carbonique; 13 0/0 se combine au protoplasma ; 14 0/0 aux principes actifs. La consommation de l'oxygène est considérable, elle atteint un volume et demi, soit un litre et demi pour 1000 de culture. Dans le vide, l'évolution marche mal; dans l'hydrogène, il y a dégagement d'ammoniaque.

Si on remplace l'asparagine par de la gélatine, on observe que la transformation de l'azote est moins rapide; la courbe monte plus doucement, plus régulièrement; le poids des microbes, comme celui des éléments spécifiques, est plus considérable; il en résulte que la virulence varie et les variations peuvent s'exprimer en proportions diverses: 30 0/0 si on se sert de la gélatine; 10 0/0 si on utilise l'asparagine.

Ces expériences nous montrent le bacille pyocyanique éliminant comme nous beaucoup d'acide carbonique, beaucoup d'ammoniaque au lieu d'urée; consommant de l'oxygène et élaborant une faible quantité de corps particulier. Il a la structure du végétal, la vie d'un animal.

A la demande, sur les indications de M. Bouchard, et suivant sa méthode, nous avons étudié les propriétés des principes spécifiques en les divisant en principes volatils, principes solubles dans l'alcool, principes insolubles dans ce même alcool.

Les substances volatiles agissent sur les vaso-moteurs, mais passagèrement. Les substances insolubles précipitées non dialysables provoquent la fièvre, la diarrhée, parfois les hémorrhagies, l'albuminurie ; elles abaissent la résistance, inhibent la diapédèse, altèrent les tissus ; la chaleur diminue leur toxicité, elles contiennent des matières vaccinantes actives à des doses des plus faibles, d'après M. Bouchard.

L'extrait soluble occasionne des convulsions, et il n'y a pas de mort immédiate, l'animal se rétablit ; cet extrait n'est nullement vaccinant. Ce qui crée l'état réfractaire est toxique ou non suivant les quantités. En tout cas, il y a des corps toxiques qui ne sont pas vaccinants. L'ammoniaque, produit vulgaire de la vie bacillaire, s'il devient trop abondant, peut entrer en ligne de compte à titre morbifique.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 22 mai 1891

Présidence de M. E. Labbé

Angine infectieuse.

MM. Féréol et **Rendu** font chacun à l'occasion du procès-verbal une communication sur un cas d'angine infectieuse.

Le malade de M. Féréol, homme de 68 ans, est mort de broncho-pneumonie. Dans le cas de M. Rendu, une femme de 47 ans survécut, malgré des accidents de parésie du phrénique et du pneumogastrique au milieu de phénomènes infectieux graves. Mais aujourd'hui au bout de 2 mois elle se lève à peine. Pas d'examen bactériologique dans ces deux cas.

Pseudo-alopécie et eschares occipitales chez les jeunes enfants.

M. Variot communique les observations qu'il a faites aux Enfants-Assistés en 1890 sur la pseudo-alopécie et sur les eschares occipitales qui surviennent chez les jeunes enfants.

La pseudo-alopécie est très commune; elle siège presque toujours dans la région occipitale, parfois dans la région pariétale : cet accident est surtout prononcé chez les enfants élevés au biberon qui restent presque toujours couchés sur le dos, mais on l'observe aussi chez les enfants élevés au sein et très bien soignés.

La pseudo-alopécie est plus ou moins étendue; elle peut atteindre une surface grande comme la paume de la main et répond à l'occipital, à la partie postérieure des temporaux et des pariétaux.

On peut considérer la pseudo-alopécie comme le premier degré d'altérations plus importantes qui sont l'érythème et l'eschare occipitale.

L'érythème de cette région se complique parfois d'impetigo. Les eschares occipitales toujours très limitées et superficielles n'apparaissent que chez les enfants dont l'état général est très mauvais, à la période ultime d'une maladie aiguë ou chronique. Ces eschares sont de la plus haute gravité pronostique et ne s'accompagnent pas d'eschares sacrées.

La plaque de pseudo-alopécie examinée à l'œil nu avec une bonne lumière, ou avec une loupe, montre des poils follets nombreux, courts, fins et peu pigmentés.

Le cuir chevelu examiné au microscope est sain ; les follicules pileux ne sont pas modifiés. C'est ce qui explique que les poils repoussent dès que l'enfant a quitté son berceau.

M. Variot a essayé de préciser les causes de la pseudo-alopécie et des eschares des jeunes enfants ; il met en doute l'influence des sueurs, mais il pense que le balancement latéral alternatif de la tête, très répété, peut contribuer à user les cheveux. Mais la cause la plus importante est la pesanteur. La tête dans les premiers mois qui suivent la naissance est proportionnellement très lourde. Or, chez les enfants, surtout chez ceux qui sont élevés au biberon, la pression s'exerce d'une manière continue sur la région occipitale du cuir chevelu.

Pseudo-méningite hystérique. Inversion de la formule des phosphates urinaires.

M. Chantemesse. — Les accidents de l'hystérie qui s'accompagnent de céphalalgie, de vomissements, de douleurs le long de la colonne vertébrale, de raideur de la nuque, de strabisme et de diplopie, etc., laissent croire à la présence de la méningite tuberculeuse. Le diagnostic est surtout difficile entre certaines méningites de l'adulte de forme anormale et les symptômes hystériques dont je parle. L'examen de l'urine donne en pareil cas des renseignements fort importants. MM. Gilles de la Tourette et Cathelineau ont démontré que les hystériques sous le coup d'une attaque représentée par des crises convulsives, une paralysie, une contracture, présentaient des modifications de l'urine caractérisées par ce qu'ils ont nommé l'inversion de la formule des phosphates urinaires. Le rapport normal entre les phosphates terreux et les phosphates alcalins, qui est comme 1 à 3, devenait comme 1 à 2 ou 1 à 1.

J'ai appliqué ce procédé de recherche dans un cas où le diagnostic entre la méningite tuberculeuse anormale et la pseudo-méningite hystérique ne laissait pas que d'être diffi-

cile. L'analyse de l'urine m'a permis dès le premier jour d'imputer les accidents à l'hystérie. Les rapports entre l'acide phosphorique terreux et alcalin ont été chaque jour comme 92 à 100, — 73 à 100, — 77 à 100, — 55 à 100, — 82 à 100, — 53 à 100, etc. Un jour où la céphalalgie avait été atroce, l'urine était alcaline et trouble par la présence d'un excès de phosphates solubles dans l'acide nitrique. Le rapport était alors comme 92 à 100. Au contraire, les rapports de 55 ou de 53 à 100 étaient toujours fournis par une urine éliminée pendant une période de 24 heures où les douleurs de tête s'étaient un peu apaisées.

Parfois on notait la présence d'une petite quantité d'albumine.

Le cas que j'ai observé permet de considérer les accidents pseudo-méningitiques de l'hystérie comme un véritable état du mal hystérique analogue à une attaque.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 20 mai 1891

Thyroïdite infectieuse.

M. Nicaise. — Je suis chargé de vous rendre compte, au nom de **MM. Kummer** (de Genève) et **Tavel** (de Berne), des deux observations suivantes :

Une demoiselle de 26 ans, goîtreuse depuis 12 ans, fut prise en octobre 1890 de diarrhée avec fièvre, puis, au bout de 8 jours, de douleur dans un lobe du corps thyroïde, avec gonflement de ce lobe et dyspnée. M. Kummer extirpa ce lobe et trouva la trachée aplatie en fourreau de sabre. Le nerf récurrent fut sectionné, ce qui n'empêcha pas la malade de bien guérir. La pièce enlevée contenait un kyste non suppuré et un suppuré.

Dans ce dernier, M. Tavel a trouvé comme agent pyogène le bacille d'Eberth. Déjà d'ailleurs, M. Tavel a fait la même constatation, dans une fièvre typhoïde diagnostiquée ; de même dans des suppurations osseuses typhoïdiques. Les expériences sur les animaux démontrent également le pouvoir pyogène du bacille d'Eberth. Dans le cas présent, la bactériologie de la thyroïdite a permis de diagnostiquer une fièvre typhoïde qui, sans cela, eût été traitée de simple catarrhe intestinal.

M. Kummer préconise la thyroïdectomie partielle pour traiter ces abcès, qui siègent d'ordinaire dans un goitre antérieur. L'incision exposerait à l'hémorrhagie. C'est surtout pour le goitre plongeant, comme dans le cas suivant, que la thyroïdectomie est indiquée.

Il s'agit d'une femme de 31 ans chez laquelle un goitre ancien resta gros à la suite d'une couche, à peu près normale d'ailleurs. Un frisson éclata, prélude d'une thyroïdite, et en présence de la dyspnée M. Kummer extirpa le lobe malade, qui plongeait dans le médiastin. Guérison. Dans le pus, dans la paroi de l'abcès, M. Tavel trouva le streptocoque pyogène, auquel il attribue l'utérus comme porte d'entrée.

Ces faits s'ajoutent à ce que nous savons déjà sur la non-spécificité des microbes pyogènes d'une part ; sur le pouvoir pyogène du bacille d'Eberth.

Ici M. Nicaise rappelle la thyroïdite à pneumocoques de G. Marchant (voy. *Mercredi*, 1891, p. 168) Si les recherches d'Ebermayer, de Panas, sur les suppurations typhoïdiques (voy. *Mercredi*, 1891, p. 89 et 157), peut-on, comme M. Lannelongue l'a tenté pour l'ostéomyélite (voy. *Mercredi*, 1891, p.167), établir une classification clinique parallèle à la classification bactériologique? Jusqu'à un certain point seulement, car le même microbe produit des effets variables selon le tissu où il agit, selon l'état de ce tissu.

Au point de vue thérapeutique, M. Kummer dans les deux cas a bien fait de recourir à la thyroïdectomie, mais il a tort de proscrire en principe l'incision simple.

Corps étranger du larynx.

M. Routier résume une observation de **M. Montaz** (de Grenoble). Un garçon de 13 ans avala, par accident, en 1886, un ressort en cuivre de sertelle de blanchisseuse. Deux médecins successifs songèrent d'abord à un corps étranger de l'œsophage ; un troisième pratiqua l'examen laryngoscopique, vit le corps étranger et proposa la trachéotomie, qui fut refusée L'enfant resta ainsi, avec quelques accès intermittents de dyspnée, puis, au bout de 9 mois, fut pris d'une crise asphyxique grave. M. Montaz fut appelé et on l'autorisa à opérer. Il fit donc la trachéotomie — trop bas au gré de M. Routier — et, après débridement par en haut jusqu'à section du cricoïde, put extraire le ressort entre les spires duquel la muqueuse avait poussé des boursouflures végétantes. M. Montaz abrasa les saillies à la curette. Le sujet était guéri en 8 jours et depuis 3 ans 1/2 il va bien. Il est seulement resté un peu dyspnéique et a dû prendre une profession sédentaire.

Ce corps étranger est remarquable par la manière dont il a été fixé et toléré, ce qui est en rapport avec sa forme. Pourquoi l'accès final de dyspnée grave? peut-être à cause d'un peu de trachéite. Le chloroforme n'a pu être supporté : toujours au contraire M. Routier l'a vu diminuer la dyspnée. Enfin M. Routier se demande si le léger tirage persistant n'est pas dû à un peu de rétrécissement provoqué par l'abrasion de la muqueuse tuméfiée.

M. Nicaise pense également que mieux eût valu s'abstenir de cette abrasion.

Kystes séreux du mésentère.

M. Terrillon communique à cet égard les trois observations suivantes :

1° Femme de 23 ans ayant depuis 7 ans des douleurs vagues dans le côté gauche et des troubles dyspeptiques. Puis la partie supérieure du ventre se mit à grossir et M. Terrillon y trouva une tumeur kystique, certainement rétro-intestinale, mais non rénale. Il la rattacha probablement au pancréas et fit, sans ponction préalable, la laparotomie supérieure, médiane. Derrière l'épiploon et le mésentère apparut le kyste, contenant 4 litres de liquide. Sa paroi mince, lisse, peu vasculaire, fut impossible à décortiquer et la poche fut alors suturée à la peau et drainée. Elle a un peu suppuré et est restée fistuleuse pendant 5 mois. Depuis 1888 la guérison se maintient.

2° Femme de 22 ans chez qui, 2 mois après une couche, le ventre restant gros, M. Ribemont trouva, à gauche, un kyste proche de la face inférieure du foie. M. Terrillon toutefois ne crut pas à l'origine hépatique, parce que la tumeur ne suivait pas les mouvements respiratoires et au contraire transmettait les battements aortiques. La laparotomie conduisit sur un kyste mésentérique, non pancréatique, contenant 2 litres 1/2 de liquide. Lui aussi fut impossible à décortiquer et fut suturé à la paroi. Une petite mèche iodoformée y fut mise et au bout de quelques heures apparaissaient des accidents toxiques, vite arrêtés par la suppression de la mèche.

3° Femme de 18 ans. — Observation identique à la précédente, y compris l'intoxication iodoformée. La présence du côlon transverse devant la tumeur était cliniquement très nette.

Dans ces trois cas la tumeur, même volumineuse, a été remarquablement latente : tout se borne à quelques douleurs et à un peu de gêne de la digestion stomacale. La présence de l'intestin devant la tumeur est un fait important pour le diagnostic. Pour le traitement aussi, car cela prouve que la ponction, même exploratrice, expose à des accidents graves, que d'ailleurs quelques auteurs ont eu à déplorer. Il faut donc faire la laparotomie d'emblée, exploratrice, pour ces tumeurs abdominales supérieures. La décortication est presque toujours impossible et le traitement consiste à drainer la poche. Mais il faut éviter le tamponnement iodoformé. M. Terrillon croit que cette poche absorbe avec une grande intensité parce qu'elle n'a pas de revêtement épithélial.

A. Broca.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séances du 15 et du 22 mai 1891.

Ostéo-sarcome.

M. Maurice Cazin présente un sarcome à myéloplaxes du pouce, provenant d'une femme de quarante ans, opérée par M. le professeur Duplay. Comme l'a montré l'examen microscopique fait par M. Cazin, le squelette osseux de la première phalange était entièrement détruit par le tissu néo-

plasique. au milieu duquel on retrouvait à peine quelques traces de lamelles osseuses décalcifiées, renfermant quelques cellules contenues à l'intérieur de petites cavités irrégulières. Le périoste était conservé à la périphérie de la tumeur, tandis que les cartilages articulaires étaient envahis et partiellement détruits par des bourgeons néoplasiques faisant saillie dans la cavité articulaire, principalement au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne.

Dégénérescence hyaline des cellules.

M. Letulle, dans un cas d'ulcère simple de l'estomac, a retrouvé dans le tissu conjonctif, au pourtour de l'ulcération, de nombreuses cellules renfermant des globes hyalins entièrement semblables par leurs réactions à ceux qui ont été signalés par M. Cazin dans un mode de dégénérescence hyaline que présentent certaines cellules du tissu conjonctif dans un assez grand nombre de processus irritatifs chroniques. M. Letulle a également observé cette dégénérescence dans plusieurs cas de tuberculose du poumon; il l'a recherchée, sans la trouver, dans les néphrites et dans les cirrhoses du foie.

M. Maurice Cazin, à l'occasion de cette communication, rapporte un certain nombre d'observations dans lesquelles il a constaté ce mode de dégénérescence hyaline, depuis la publication de son premier travail; il signale en particulier la fréquence des boules hyalines résultant de cette dégénérescence dans la charpente conjonctive des épithéliomes pavimenteux, en ajoutant que ces formations purement dégénératives lui paraissent avoir la plus grande ressemblance avec les productions récemment décrites par Russel comme des éléments parasitaires caractéristiques du cancer.

Abcès aréolaire du foie.

M. Claisse a pratiqué l'examen histologique et bactériologique du foie qu'il a présenté en janvier dernier (voy. *Mercredi médical*, 1891, n° 2, p. 19). Il a constaté que l'infection est due au streptocoque pyogène; que d'autre part ce microbe a agi en provoquant une phlébite sus-hépatique. Déjà M. Achalme a présenté un cas de phlébite sus-hépatique due au staphylocoque. Cette pièce démontre donc que les abcès aréolaires du foie ne sont pas toujours d'origine porto-biliaire, comme ceux qu'a décrits M. Chauffard.

M. Chantemesse, chez une femme morte avec le diagnostic pneumonie typhoïde, a trouvé des abcès aréolaires du foie causés par le streptocoque.

Ladrerie chez l'homme.

M. Bergé a observé un homme chez qui des cysticerques de tænia solium ont en grande abondance envahi tous les viscères, le cœur et le cerveau en particulier. A l'autopsie — le sujet, glycosurique, ayant succombé à des accidents cardiaques, — on a trouvé, en outre, un tænia intestinal. On aurait donc cru volontiers à une auto-infection. Mais le tænia était un tænia inerme.

Ostéomyélite de la hanche.

M. Lafourcade présente une articulation coxo-fémorale gauche venant d'un homme mort à 50 ans d'artério-sclérose généralisée. A 7 ans, cet homme avait souffert pendant un an, sans traumatisme, de la hanche. Il avait boité depuis lors. A l'examen clinique : raccourcissement considérable du membre — rotation en dedans — grand trochanter très rapproché de l'épine iliaque antérieure et supérieure.

A l'autopsie, en ouvrant la capsule très épaissie de l'articulation coxo-fémorale, on constate que le col du fémur a complètement disparu — et que les surfaces internes du grand trochanter et du petit trochanter forment les surfaces articulaires du fémur. La cavité cotyloïde n'est presque plus excavée, mais elle est remplie par du tissu osseux éburné qui amène le fond presque au niveau du sourcil cotyloïdien.

Au centre de ce tissu éburné est un point osseux du volume d'une noisette d'aspect différent, séparé du tissu éburné par du tissu fibreux et facilement énucléable. Il est probable que c'est la tête fémorale décollée — à la suite d'ostéomyélite avec résorption du col fémoral. Les parties péri-articulaires sont normales.

M. Jourdan fait voir un anévrysme de l'artère splénique rompu dans le péritoine.

M. Chipault présente :
1° Une hernie de l'appendice cæcal;
2° Un kyste dermoïde sus-hyoïdien médian ;
3° Un cas de spina bifida, qu'il a opéré sans succès.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 23 mai 1891

Président M. Brown-Sequard.

Tuberculose rénale ascendante.

M. Albarran. — La possibilité de la tuberculose rénale ascendante a été niée par un certain nombre d'auteurs, surtout en Allemagne. Sa réalité clinique est admise par la plupart des cliniciens français. M. Albarran a réussi à la provoquer expérimentalement chez le lapin, en irritant l'uretère. Il existe une inflammation de la capsule comme dans les autres infections ascendantes du rein; les micro-organismes pénètrent dans les canalicules du rein, qui deviennent le centre de la formation des follicules tuberculeux, composés en grande partie des cellules épithéliales du rein ayant subi la transformation caséeuse.

Hématozoaires des oiseaux.

M. Laveran a étudié les hématozoaires du geai et ceux de l'alouette. Sur 11 alouettes il a trouvé quatre fois des parasites dans le sang. Ils sont formés par de petits corps sphériques, quelquefois pigmentés, qui sont intra-cellulaires et déforment les globules rouges. Quelquefois on trouve dans ces corps des traces de segmentation. Il existe aussi des éléments libres incarnés sur eux-mêmes ou sphériques, souvent agités d'un mouvement oscillatoire dû à un flagellum. Ce parasite est donc extrêmement voisin de celui du paludisme, mais il ne paraît pas pathogène, car on le rencontre chez des oiseaux qui ne proviennent pas de régions palustres, et qui paraissent en bonne santé. Il est inoculable d'alouette à alouette.

Electrothérapie.

M. Vigouroux adresse une note sur les variations de la puissance excito-motrice des courants électriques appliqués aux tissus vivants, lorsqu'on interpose une résistance dans le trajet du courant.

Effets du liquide testiculaire dans l'ataxie.

M. Dethou présente un ataxique, maître d'armes, qui, se trouvant dans un état très faible, a été soigné au Val-de-Grâce et réformé pour son ataxie, qui a pu reprendre son métier à la suite du traitement par les injections de liquide testiculaire de cobaye, employées suivant la méthode du professeur Brown-Sequard. Aujourd'hui on ne retrouve plus aucun signe d'incoordination.

M. Déjerine fait remarquer que le diagnostic de tabès, avec lésion des cordons postérieurs, ne peut pas être établi par le seul fait de l'ataxie. En effet, le malade n'a eu que très peu de douleurs fulgurantes.

M. Babinski a vu des tabétiques améliorés et en partie guéris, mais il était aveugle et l'on sait que lorsqu'il existe de l'atrophie de la papille, le tabès s'arrête dans son évolution.

Empreintes plantaires.

M. Féré a constaté chez des malades de son service de Bicêtre que l'empreinte plantaire s'affaisse très rapidement avec la marche ou simplement la station prolongée. Il pense que lorsqu'on fait marcher les enfants trop tôt, la voûte du pied doit s'écraser très rapidement, et se rallie ainsi à la théorie mécanique du pied bot.

M. d'Arsonval présente une note de **M. Charpentier** de Nancy sur la façon d'absorber l'*interférence rétinienne*.

M. d'Arsonval a constaté que lorsqu'on électrise un muscle avec un appareil d'induction assez puissant, la contraction s'accompagne de douleur. Si on diminue la rapidité

de la décharge sans diminuer l'intensité du courant, la contraction persiste, mais le muscle seul est exalté, le nerf sensitif ne l'est plus et la douleur disparait.

Du revêtement épithélial du péritoine tubo-ovarique et de sa transformation physiologique.

M. Morau. — Dans une communication précédente l'auteur a montré que le revêtement épithélial du vagin des rongeurs subissait une transformation rythmique coïncidant avec la fonction de l'organe. Aujourd'hui il présente les résultats de ses recherches sur une transformation analogue du revêtement épithélial du péritoine tubo-ovarique. Ses observations ont porté sur la truie, la chienne, la chatte et la souris. Chez ces divers animaux, bien que l'ovaire soit encapsulé, et relié à la trompe par un double repli péritonéal, formé comme le reste de la séreuse par une trame conjonctive remplacée par places par de grands tractus conjonctifs, à l'état de repos génital, c'est-à-dire pendant la période comprise entre deux époques de rut, le revêtement épithélial de cette portion de la séreuse est formé de cellules plates, isodiamétrales. Mais quelques jours avant la période de rut, on voit les cellules qui recouvrent les grandes travées conjonctives revenir à l'état embryonnaire et prendre la forme globulaire avec un gros noyau. Puis petit à petit cette cellule ronde s'allonge un peu. Au moment du rut les travées conjonctives sont tapissées de traînées de cellules ciliées, plus basses cependant et à cils plus courts et plus épais que ceux des cellules analogues de l'organisme. Chez la chienne on observe quelquefois, entre les traînées des cellules ciliées, des amas de cellules de même nature environnées de cellules polyédriques.

Ces faits semblent devoir intéresser le physiologiste, car ils peuvent contribuer à jeter un certain jour sur la migration de l'ovule vers l'orifice tubaire sans faire intervenir l'adaptation du pavillon qu'on n'a jamais observé directement. Enfin ils peuvent peut-être servir au pathologiste à interpréter certaines formes de grossesse extra-utérine.

ÉTRANGER

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE DE BERLIN

Séance du 11 *mai* 1891

Sténose du duodénum.

M. Boas. — Dans la sténose du duodénum siégeant au-dessus de l'embouchure du cholédoque, on trouve des symptômes de sténose du pylore. Lorsque le rétrécissement siège au-dessous, on trouve deux phénomènes constants : vomissement *permanent* de bile, présence *constante* de bile dans le contenu stomacal. L'apparition temporaire de bile dans l'estomac n'a pas de signification spéciale.

Leichtenstern a déjà attiré l'attention sur l'importance de ces deux phénomènes, à l'occasion d'un carcinome des ganglions rétro-péritonéaux comprimant l'intestin. Le diagnostic fait dans ce cas fut celui d'un carcinome du pylore. Il existe encore 6 cas de ce genre dont 5 avec autopsie : 1° calcul engagé dans le canal cholédoque et ayant provoqué un rétrécissement du duodénum ; 2° sarcome des ganglions rétro-péritonéaux avec compression de l'intestin (diagnostiqué pendant la vie) ; 3° carcinome du jéjunum ; 4° occlusion intestinale guérie par le lavage de l'estomac (Riegel, Cahn, Honigmann, etc.) ; 5° tumeur du pancréas avec compression de l'intestin (Hochhaus). Dans tous ces cas on a noté l'existence des vomissements biliaires constants.

Dans toutes ces observations, on ne s'est pas demandé si le suc pancréatique ne se trouvait pas dans l'estomac en même temps que la bile. Si dans ces cas où l'estomac continue à sécréter et ne présente pas d'oblitération du pylore, il peut s'agir soit de crises gastriques, soit de vomissements périodiques, soit de la sténose du duodénum, et alors une partie de la digestion intestinale s'effectue dans l'estomac : les graisses sont saponifiées et résorbées, et la digestion stomacale proprement dite est abolie sans que l'organisme s'en ressente d'une façon très marquée, comme dans les trois observations suivantes :

1° Commerçant âgé de 28 ans. Il y a 4 ans, hématémèse et mélæna, et depuis vomissements constants de grandes quantités de liquide coloré en jaune. A jeun, l'estomac renferme plus d'un litre de liquide où on trouve de la leucine, mais pas de sarcines ni de levûre. Ce liquide ne renferme pas d'acide chlorhydrique, mais digère très bien la fibrine et contient de fortes quantités de peptone. L'état reste le même pendant un mois et s'améliore peu à peu sous l'influence des lavages de l'estomac. Mort subitement de péritonite par perforation. Pas d'autopsie.

5° Cordonnier ; en observation depuis 3 ans. Troubles intestinaux datant de l'enfance. Fièvre typhoïde à 17 ans. Dans le méso-gastre droit, on sent une résistance au palper. L'examen du contenu stomacal quand le malade est à jeun permet de constater la présence constante de la bile ; le liquide, ne contenant pas d'éléments figurés, digère énergiquement la fibrine. Selles argileuses, indicanurie et, à plusieurs reprises, acétonurie et diacéturie.

3° Mécanicien ; dysenterie datant de 12 mois et contractée en Amérique du Sud. Dilatation de l'estomac ; le liquide, examiné quand le malade était à jeun, renfermait toujours de la bile et du suc pancréatique. Amélioration sous l'influence du lavage de l'estomac. Selles argileuses renfermant de l'hydro-bilirubine ; légère acétonurie et diacéturie.

Il est certain que dans tous ces cas il ne s'agissait pas d'une tumeur maligne de l'intestin. Le premier malade était probablement atteint d'un ulcère du duodénum. Le pylore dans tous ces cas était intact, comme on peut le conclure de l'absence d'une dilatation notable de l'estomac et l'absence de sarcine. L'indicanurie et la présence dans les urines de l'acétone et de l'acide diacétique doivent être prises en considération au point de vue du diagnostic du rétrécissement du duodénum.

Au point de vue anatomique, le rétrécissement est ordinairement produit par un néoplasme de la muqueuse ou du pancréas (sur les 12 derniers cas on trouve : carcinome 8 fois ; inflammation chronique 1 fois, ; abcès, 1 fois ; infarctus hémorrhagique, 1 fois ; kyste, 1 fois). Parmi les autres causes, on peut encore citer : l'ulcère rond, les ulcérations d'entérite, les déplacements, etc.

S'il n'existe pas de tumeur, le pronostic n'est pas mauvais, car la digestion duodénale, qui dans ces cas remplace celle de l'estomac, ne retentit pas sensiblement sur l'état général de l'organisme. Les troubles n'apparaissent que lorsque le suc pancréatique ne pénètre plus dans l'estomac. Comme traitement, le lavage systématique de l'estomac, qui en enlevant les masses pancréatico-biliaires, favorise la sécrétion du suc gastrique, est très utile. Si la sténose augmente, l'intervention chirurgicale est indiquée.

M. Guttman. — La sténose du duodénum est rare. Elle est produite le plus souvent par un carcinome du pancréas, mais souvent l'intestin fuit devant la tumeur et évite de cette façon la compression. Les « sténoses internes » sont encore plus rares, car les ulcérations de l'intestin ne se rencontrent que très rarement. Dans un cas de ce genre, il y a eu de l'ictère ; l'estomac ne contenait pas de bile, car le canal cholédoque était complètement oblitéré par un ulcère rond.

M. Renvers a observé une sténose de la partie inférieure du duodénum par carcinome du mésentère. La dilatation de l'estomac était énorme ; aussi ce signe ne peut servir pour le diagnostic différentiel avec le rétrécissement du pylore.

M. Boas. — Le diagnostic différentiel s'appuie non sur la gastrectasie, mais sur l'absence des sarcines et de la fermentation. Il existe une simple stase sans fermentation.

SOCIÉTÉ DES MÉDECINS DE HAMBOURG

Séance du 12 *mai* 1891.

Hémoglobinurie paroxystique.

M. Kast. — Le malade que je vous présente a eu la diphthérie et la chorée. Depuis quelque temps il a remarqué que lorsqu'il marche beaucoup, ses urines deviennent foncées, rouges et restent telles pendant quelques heures. L'état général est resté bon. L'examen microscopique a montré l'absence

d'éléments figurés; l'urine renferme une forte proportion d'albumine et montre, à l'examen spectroscopique, les raies caractéristiques.

Il s'agit dans ce cas d'une hémoglobinurie paroxystique, et non pas toxique. On peut incriminer soit la fatigue, ce qui est rare, soit l'action du froid. Chez mon malade, le froid n'exerce aucune influence sur son hémoglobinurie.

Gastrostomie.

M. Lauenstein présente les pièces provenant de deux malades auxquels il établit une fistule stomacale pour carcinome du cardia.

Dans le premier cas la fistule a été établie dans le huitième espace intercostal suivant le procédé de Hahn. Le malade est mort d'épuisement le lendemain. Dans le second cas, où l'opération fut conduite de la même façon, il fut impossible d'amener l'estomac entre les lèvres de la plaie, de sorte qu'on a été obligé de recourir à l'opération classique. Le malade rendait par la fistule les aliments qu'on introduisait dans l'estomac, et mourut quelque temps après l'opération.

Le diagnostic différentiel entre le carcinome de l'œsophage et celui du cardia est difficile. Peut-être la profondeur à laquelle pénètre la sonde peut-elle servir de point de repère. Si la sonde pénètre à plus de 40 centim. de profondeur, on peut admettre l'existence d'un carcinome du cardia.

Rétrécissement du pylore.

M. Lauenstein présente ensuite deux autres pièces provenant de malades dont voici l'histoire :

Le premier malade, atteint depuis 24 ans de troubles gastriques, a fait une tentative de suicide en 1890, en avalant de l'acide phosphorique. Peu de temps après survinrent tous les symptômes d'un rétrécissement du pylore. On fit la gastrostomie et on trouva un rétrécissement cicatriciel du pylore et de la petite courbure. Le rétrécissement fut dilaté par le procédé autoplastique de Heinecke-Mikulicz. Le malade guérit tout en conservant quelques troubles gastriques. Il y a quelques jours, il se suicida. On voit sur l'estomac que le pylore est resté perméable et qu'un petit ulcère rond siège au niveau de la petite courbure.

Chez le second malade, âgé de 37 ans, les troubles gastriques existaient depuis 19 ans. Il existait du rétrécissement du pylore avec dilatation de l'estomac, mais on ne sentait pas de tumeur. On fit la laparotomie, et on trouva que le rétrécissement siégeait au niveau du duodénum. On établit alors une fistule gastro-duodénale. Le malade mourut trois mois après à la suite de diarrhée incoercible qui survint peu de temps après l'opération. A l'autopsie on trouva que l'estomac était abouché avec une anse intestinale trop profonde.

Le bacille de la lèpre coloré par l'iode.

M. Unna présente des préparations de bacilles de la lèpre colorées à l'iode. La coupe, d'abord colorée avec une solution alcaline de bleu de méthyle, est trempée dans une solution d'iode et décolorée avec du créosol. L'iode reste fixé sur les bacilles. M. Unna pense que ce procédé pourra servir pour la coloration d'autres bacilles.

Chirurgie cérébrale.

Il y a un an, **MM. Oppenheim et Kœhler** ont publié un cas de trépanation pour épilepsie corticale (voy. *Mercredi*, 1890, p. 320). L'ablation partielle d'un kyste et l'évacuation de son contenu a donné aux auteurs un succès brillant, en ce sens que tous les phénomènes de compression cérébrale ont disparu pendant près de deux mois. Les auteurs nous donnent maintenant la suite de cette observation.

Du 26 avril 1890 jusqu'à la fin de juin la malade allait très bien, et il restait un peu de parésie du facial et de la parésie des doigts. Vers cette époque, la malade fut prise le matin de contractions passagères dans la commissure labiale gauche, la moitié gauche de la langue et les paupières gauches. Le 21 juillet, la malade a accouché d'une fille vivante, bien portante, et huit jours plus tard elle a commencé à se plaindre d'une céphalalgie tenace localisée à la région frontale droite. Au commencement du mois d'août, nouvelle attaque d'épilepsie corticale bien caractérisée, la première depuis l'opération. L'attaque débutait dans le bras gauche et envahissait rapidement tout le corps; huit jours après, nouvelle attaque ; céphalalgie intense et vertiges si prononcés que la malade n'ose plus quitter le lit; parésie et douleurs sourdes dans le bras gauche. En octobre, troisième attaque d'épilepsie corticale, suivie d'une quatrième et d'une cinquième. Le vertige devient permanent. En novembre, faiblesse et raideur du bras gauche, vomissements, somnolence; en décembre, hémiplégie totale à gauche, accélération du pouls, et mort dans le coma.

A l'autopsie on trouva une encéphalite chronique sarcomateuse et suppurée. La perte de substance produite par le trépan était déjà en partie comblée par du tissu osseux.

Oppenheim et Kœhler insistent sur l'amélioration de longue durée qui a suivi l'ablation partielle de la tumeur. (*Berl. klin. Woch.*, 1890, n° 16, p. 385).

ANGLETERRE

SOCIÉTÉ PATHOLOGIQUE DE LONDRES

Séance du 19 *mai* 1891.

Présidence de M. Dickinson.

Lésions syphilitiques des os du crâne.

M. Payne. — Voici le crâne d'un enfant de 10 mois, qui était atteint de diarrhée et de coryza et qui présentait l'aspect général des enfants atteints de syphilis héréditaire. Les os du crâne étaient irréguliers, parsemés de dépressions profondes, mais il n'y avait aucun signe extérieur d'inflammation. L'enfant mourut de bronchite et à l'autopsie on trouva les os du crâne irrégulièrement excavés à leur surface supérieure, au-dessous du périoste qui était intact; ils présentaient l'aspect de l'ostéite syphilitique des adultes, et différaient absolument des os des enfants atteints de crânio-tabès hérédo-syphilitique.

Myocardite scléreuse et dégénération limitée au cœur droit.

M. Rolleston. — Voici un cœur qui est le siège d'un degré prononcé de myocardite interstitielle et de dégénérescence graisseuse limitées et à l'oreillette et au ventricule droits. Le myocarde du ventricule gauche est d'apparence normale, celui du cœur droit est de couleur jaune pâle, sans résistance. A l'examen microscopique, un tissu fibreux épais partant de la région sous-péricardique sépare et comprime les fibres musculaires qui sont granuleuses; la plupart d'entre elles ont perdu leur striation transversale. Le péricarde était très adhérent sur toute l'étendue du cœur droit; à gauche les adhérences étaient moins solides et moins épaisses. Cette limitation des lésions péricardiques au cœur droit montre que ce sont elles qui ont déterminé secondairement les altérations du myocarde.

Lèpre.

MM. Delépine et Slater. — Dans un cas de lèpre appartenant à M. Cavafy, nous avons pu constater : 1° l'insuccès des cultures tentées à plusieurs reprises avec le bacille, 2° l'impossibilité de déceler dans le sang et la lymphe la présence de ce bacille : nous ne l'avons trouvé qu'une seule fois dans le pus d'une petite ulcération de l'oreille; 3° la présence dans les crachats du malade de bacilles qu'il était impossible de différencier sûrement de ceux de la tuberculose. A l'autopsie, nous n'avons pu trouver aucun moyen certain de distinguer le bacille de la lèpre de celui de la tuberculose, parce que toutes les matières colorantes employées peuvent colorer à la fois les deux bacilles et que les réactions colorantes de chacun de ces bacilles varient suivant les organes dans lesquels il se trouve. Cependant, comme la distribution des bacilles et la nature des lésions pulmonaires ne sont pas identiques à ce que l'on observe dans la tuberculose pulmonaire, on est amené à penser avec Bonome et Arning qu'il existe une véritable phthisie lépreuse. Nous avons constaté que les lésions intestinales, presque entièrement limitées au gros intestin, étaien-

indubitablement plus récentes que celles de la peau et nous pensons que c'est le tégument externe qui a été le premier atteint, puis que l'infection s'est étendue graduellement aux parties profondes, en suivant surtout le trajet des lymphatiques.

Psorospermose.

MM. Shattock et Ballance. — Nous avons tenté à plusieurs reprises de faire sur différents animaux (lapin, singe, chien, etc.) des inoculations de foie de lapin renfermant des psorospermies et nous avons toujours obtenu des résultats négatifs, que l'inoculation ait été faite sous la peau de l'oreille ou dans les veines ; au niveau de l'oreille des lapins inoculés, il se développait de petites saillies dures et arrondies, mais elles étaient produites simplement par l'hyperplasie du cartilage dans le point qui était le siège de l'inoculation. Pour prouver la nature parasitaire de la maladie de Paget et des tumeurs cancéreuses, il est nécessaire de rechercher par les cultures si les corps qu'on y constate sont bien réellement des psorospermies.

M. Delépine. — Voici des cultures de psorospermies provenant du foie du lapin. Sur les liquides albumineux, on constate en moins d'une semaine la division de leur contenu protoplasmique et ces transformations se continuent dans la suite. Il est donc facile, par cette méthode, de déceler exactement la nature des corps ressemblant aux psorospermies : si on constatait les mêmes modifications dans les corps observés dans les tumeurs et dans la maladie de Paget, on n'aurait plus le droit de douter de la nature de ces corps.

Epithéliomes des mâchoires.

M. B. Robinson a été chargé d'examiner deux pièces présentées l'une en octobre 1889 par M. S. Jones, l'autre en septembre 1890 par M. Clutton.

La pièce de M. Jones provient d'un homme de 49 ans qui faisait remonter son mal à une violence subie par la mâchoire inférieure dix semaines auparavant. A partir de ce moment, douleurs et tumeur à développement assez rapide. La tumeur enlevée est polykystique, à épithélium cylindrique dont les cellules sont par places vacuolées. M. B. Robinson, tout en reconnaissant l'analogie avec certaines pièces de M. Eve, croit que cette tumeur est née en dehors de l'os, aux dépens soit des glandes profondes de la peau, soit des restes branchiaux inclus.

La pièce recueillie par M. Clutton est le maxillaire supérieur d'un homme de 55 ans; la récidive a prouvé la malignité du néoplasme. Il s'agit d'un épithéliome à cellules sphéroïdales dont l'origine semble être dans les glandes de la muqueuse du sinus maxillaire.

Lipome du cordon et hernie.

M. Roughton a trouvé sur un cadavre un petit sac herniaire inguinal et au-dessous de lui, dans le cordon, un petit lipome continu par un mince pédicule avec la graisse sous-péritonéale. Il admet, avec Hutchinson, que le lipome a, par traction, causé le sac péritonéal. **M. Dickinson**, il est vrai, se demande si cette formation adipeuse n'est pas secondaire à la hernie. **M. St. Paget**, lui non plus ne croit guère à ce sac formé par traction.

Ostéome du conduit auditif externe.

M. Ballance présente un ostéome qu'il a enlevé avec succès de la paroi postéro-inférieure du conduit auditif externe chez une femme de 24 ans, otorrhéique depuis 12 ans.

AUTRICHE

SOCIÉTÉ IMPÉRIO-ROYALE DES MÉDECINS DE VIENNE

Séance du 8 *mai* 1891

Etiologie des dermatoses toxiques et nerveuses.

M. L. Ehrmann. — Le groupe pathologique dont il s'agit comprend : 1° des hyperhémies et des exsudations; 2° des dystrophies, c'est-à-dire des modifications amenant des exsudats séreux ou purulents avec ou sans partie de tissu cutané; 3° des hypertrophies et des atrophies.

Parmi les hypérémies et exsudations, les plus importantes sont l'urticaire et l'érythème polymorphe. Je m'occuperai surtout de l'urticaire. On doit en distinguer trois formes : 1° une forme aiguë; 2° une forme chronique; 3° la forme persistante de Pick, urticaire pigmentaire ou érythème persistant des auteurs anglo-américains. L'urticaire aiguë est caractérisée par l'apparition brusque des éléments qui disparaissent de même; le processus est alors terminé. L'urticaire chronique est une urticaire récidivante; mais dans l'intervalle des éruptions, il n'y a pas trace de celles-ci, et aux différents accès ces éruptions siègent dans les points les plus variés. Par urticaire persistante ou pigmentaire on entend deux ordres de faits : dans les uns, l'urticaire se développe brusquement, puis disparaît, mais en laissant des pigmentations, aux points où siègent les éléments et, quand il y a récidive, l'éruption reparaît toujours dans ces mêmes points; dans les autres, les effervescences survivent aux phénomènes aigus : rougeur, démangeaisons et sensations de chaleur, sous forme de papules chroniques qui persistent pendant des années.

L'urticaire peut se développer sous les influences les plus variées, soit sous l'influence d'agents externes, soit sous celle d'ingesta. Parmi les premiers, je citerai certaines plantes et certaines espèces d'insectes.

Que représente au point de vue anatomique une plaque d'urticaire? C'est un œdème des couches les plus superficielles du derme, œdème qui s'accompagne de congestion plus ou moins intense; de là les différents aspects que prend la plaque. Cet œdème ne disparaît pas par la pression du doigt parce que les espaces qui renferment la sérosité sont trop étroits.

Comment les agents chimiques extérieurs déterminent-ils la plaque d'urticaire? Agissent-ils directement sur le système capillaire ou seulement par l'intermédiaire des nerfs vaso-moteurs? Pour moi, il n'y a pas de doute : c'est par l'intermédiaire des nerfs. La preuve, c'est que sur un individu jeune mordu par une punaise on peut par une friction énergique déterminer une plaque d'urticaire en un point quelconque du corps. Une action locale sur les parois vasculaires ne suffit pas pour expliquer ce fait, et il est de toute rigueur d'admettre que par voie réflexe s'est installée une excitabilité spéciale des diverses régions du corps.

Un fait sur lequel on n'a pas, que je sache, porté l'attention est le suivant : avant qu'à la suite de la friction apparaisse la rougeur, on voit les poils follets se relever un instant et la peau prend les caractères de la cutis anserina; dès que la rougeur apparaît, ces phénomènes disparaissent : cela indique que non seulement les nerfs de la musculature lisse des vaisseaux sont dans un état d'excitabilité exagérée, mais encore ceux des muscles érecteurs des poils.

Cela nous amène naturellement aux cas où l'urticaire résulte d'un agent interne. Mais auparavant je ferai remarquer que chez certains individus l'influence du froid suffit pour le provoquer. Nous savons aussi que par l'électricité nous pouvons provoquer artificiellement l'urticaire. Le prurigo de Hebra débute dans l'enfance sous forme d'urticaire. Les émotions morales peuvent lui donner naissance. Dans ces cas il s'agit le plus souvent d'anesthésies hystériques avec urticaire. Enfin un grand nombre de substances médicamenteuses introduites dans l'organisme provoquent l'urticaire; celle-ci survient aussi au cours de certaines maladies infectieuses chroniques, telles que rhumatismes chroniques, fièvre intermittente. L'urticaire survient aussi, c'est un fait bien connu, à la suite de certains aliments.

Nous pouvons diviser les ingesta en 3 groupes : 1° infection par l'air (rhumatisme articulaire et malaria); 2° infection par des micro-organismes provenant d'animaux; 3° agents chimiques à composition déterminée de ptomaïnes.

En ce qui concerne le premier groupe, nous savons que le poison malarien circule dans le sang; d'autre part nous savons qu'il provoque des névralgies. Il pourrait donc agir directement sur les nerfs périphériques; mais cela n'exclut pas la possibilité d'une influence sur le système vaso-moteur.

Quant aux agents chimiques, nous savons que leur action ne s'exerce pas sur tous les individus; il est probable que le poison circule dans le sang, va irriter soit le centre vaso-

moteur dans la moelle, soit les nerfs vaso-moteurs à la périphérie.

L'urticaire chronique survient : 1° chez les individus très irritables; 2° chez ceux qui sont atteints d'affections intestinales chroniques, principalement à la suite de la constipation. Dans tous les cas c'est une affection nerveuse, qui débute souvent dans l'enfance et persiste fréquemment toute la vie.

M. v. Hebra. — Les angio-névroses de la peau peuvent être divisées en 3 groupes : 1° *Maladies infectieuses*. L'agent infectieux agit sur la peau comme il agit sur les autres organes; 2° *Dermatoses toxiques* dans le sens large du mot; 3° *dermatoses vaso-motrices* essentielles et idiopathiques.

Comment une dermatose toxique se produit-elle et comment peut-on la reconnaitre? Il s'agit avant tout d'une disposition spéciale, d'un équilibre vaso-moteur variables au point de vue de la contraction, de la parésie et de la paralysie des vaisseaux. L'agent spécifique peut provoquer tantôt une rougeur plus ou moins étendue, plus ou moins stable, tantôt des taches passagères, tantôt des papules ou des exanthèmes papuleux. Dans certains cas on peut observer des phénomènes graves, très accusés, comme l'œdème de la face, des exanthèmes serpigineux, etc. L'origine de ces dermatoses ne se trouve pas toujours dans la face; quelquefois elles sont provoquées par l'existence d'une collection purulente de l'économie. Il existe aussi des « poisons mécaniques ». Dans un cas il survint, après l'application d'une sangsue, une rougeur érysipélateuse de toute la région.

Les érythèmes polymorphes n'appartiennent pas à ce groupe, et doivent plutôt être considérés comme d'origine miasmatique, comme le démontrerait leur apparition constante à certaines époques de l'année. Dans ces érythèmes la localisation est aussi constante : ils occupent les membres, en diminuant de bas en haut. La face est rarement atteinte. De plus, tandis que dans les dermatoses toxiques on fait disparaître l'affection cutanée en s'attaquant à l'agent toxique, cette thérapeutique est impuissante dans l'érythème polymorphe.

M. Hochsinger demande si l'érythème noueux appartient au groupe des érythèmes polymorphes? Pour lui, l'érythème noueux serait d'origine infectieuse et rentrerait dans le groupe des exanthèmes fébriles.

M. v. Hebra. — A côté des ressemblances qui existent entre l'érythème noueux et l'érythème polymorphe, il y a la fièvre qui accompagne toujours le premier et le sépare ainsi du second.

SOCIÉTÉ DES MÉDECINS DE PRAGUE

De la tachycardie de la ménopause.

M. Kisch. — L'auteur a observé à Marienbad des cas nombreux de tachycardie survenant chez les femmes à l'époque de la ménopause. Ces accidents apparaissaient rarement après la cessation complète des règles, plus fréquemment au moment où les règles commençaient à devenir irrégulières, peu abondantes; ils s'annonçaient par des palpitations chez des sujets indemnes jusqu'alors des troubles de cette nature. Ces palpitations revenaient d'abord sous l'influence des efforts, puis au moindre mouvement et enfin même au repos. Ils s'accompagnaient de sensation de défaillance, d'oppression thoracique, de battements violents des carotides et de l'aorte abdominale. Bientôt survenaient des vertiges, des tintements d'oreilles, des céphalées et parfois on voyait se produire des syncopes.

On trouvait alors le pouls extrêmement rapide, battant de 120 à 150 pulsations au moins à la minute, ample d'ailleurs, régulier et bien frappé. Le tracé sphygmographique montrait une pulsation à ligne d'ascension brusque et de descente également rapide, avec exagération du dicrotisme physiologique. L'auscultation du cœur indiquait également une accentuation manifeste des bruits du cœur. Parfois survenaient sur la poitrine et au visage des plaques érythémateuses fugaces, s'accompagnant d'une vive sensation de chaleur.

Les crises de tachycardie reparaissaient à des intervalles plus ou moins rapprochés, parfois plusieurs fois par jour et duraient de quelques minutes à un quart d'heure. Elles ne coïncidaient pas avec un état anémique du sang comme le veulent Clément et Bœrner, et l'auteur a vu au contraire, dans la plupart des cas, une augmentation notable du taux de l'hémoglobine.

Clément a constaté 4 cas de tachycardie de la ménopause, Bœrner 3 cas, Moor 1 cas; l'auteur ajoute 28 observations du même ordre.

L'affection ne comporte pas un pronostic funeste; elle peut durer quelques semaines ou persister pendant deux ans. Souvent elle évolue pendant tout le temps de la ménopause, ne cessant que lorsque les règles ont complètement disparu; rarement elle survit à la ménopause.

L'emploi fréquent de purgatifs légers a donné à l'auteur d'excellents résultats dans le traitement de cette tachycardie. On peut y joindre le séjour à la campagne, une nourriture légère, et prescrire un repos presque complet avec hydrothérapie. Le bromure de potassium à petites doses produit de même les meilleurs effets.

Au point de vue de l'étiologie, on peut admettre une relation directe de cause à effet entre les troubles menstruels et la tachycardie. Il est possible que les modifications que subissent alors les ovaires et les follicules de Graaf impressionnent les terminaisons nerveuses de ces organes de façon à produire des réflexes qui se transmettent au reste de l'organisme par la voie du grand sympathique. Les observations déjà connues de tachycardie survenues à la suite d'opérations portant sur les ovaires, ou bien chez des hystériques ayant des troubles des organes génitaux, sembleraient confirmer cette manière de voir.

AMÉRIQUE

Lymphe de Koch.

Dans une communication sur le lupus faite à l'Académie de médecine de New-York, **M. Piffard** cite, d'après le *New-Orleans medical and surgical journal* (mars 1891), un cas de mort imputable à la lymphe de Koch, observé dans le service du Dr Blanc à l'hôpital de la Charité (Nouvelle-Orléans); il s'agit d'un jeune garçon de 17 ans, de race colorée, qui ne présentait d'autre maladie qu'un lupus de la face et du cou et qui, après avoir reçu, les 15, 16, 17 janvier, des injections de tuberculine à la dose de 0,001, 0,002, 0,005, présenta des signes de lésion rénale et succomba 15 jours plus tard. Ce fait est à rapprocher de ceux des deux lupiques qui ont succombé à la suite des injections de lymphe de Koch, dont les observations ont été publiées, en leur temps, par Jarisch et par V. Burckhardt.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Le remède de Koch, sa valeur contre la tuberculose, par H.-W. Middendorp, Paris, J.-B. Baillière, 1891.

L'auteur, professeur de pathologie générale à Groningue (Pays-Bas), est hostile à la découverte de Koch : il ne croit pas à la valeur curative du prétendu remède, et il relate de nombreuses expériences qu'il a faites, il y a assez longtemps déjà, avec des produits tuberculeux desséchés et extraits par l'eau, par l'alcool. Il raconte d'une façon humoristique son voyage à Berlin pour se procurer de la lymphe et l'insuccès de ses démarches pour rencontrer l'invisible Libbertz.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

N° 22. — 3 JUIN 1891 LE NUMERO QUINZE CENTIME

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

PUBLIÉ PAR

LA GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MEDECINE ET DE CHIRURGIE

Et servi gratuitement à tous les abonnés de ce journal

ABONNEMENTS SPÉCIAUX POUR MM. LES ÉTUDIANTS. — UN AN : 6 FRANCS

L. LEREBOULLET, Rédacteur en chef. — A. BROCA, Secrétaire de la Rédaction

Librairie de G. MASSON, 120, boulevard Saint-Germain.

SOMMAIRE

ACTES OFFICIELS

Légion d'honneur, ont été nommés chevaliers MM. les Drs Garabian et Rême.

Corps de santé de la marine. — Ont été nommés et promus :

Au grade de médecin de 2e classe : MM. Lorieux, Degrenand, Cairon ;

Au grade de médecin auxiliaire de 2e classe : M. P. Toché.

ACTES DES FACULTÉS DE MÉDECINE

Thèses du 8 au 13 juin 1891.

Mercredi 10. — M. Cartier. Contribution à l'étude du rachitisme et en particulier de son traitement maritime. — M. Jouis. Quelques considérations sur certaines formes d'arthrite blennorrhagique. — M. Bonnel. Carie costale et abcès froids thoraciques.

Jeudi 11. — M. Jollivet. Secret, discrétion, et chez le médecin. — M. Goubert. De la prédisposition morbide dans l'enfance. — M. Pactet. Aliénés méconnus et condamnés par les tribunaux. — M. Salmon. Anévrysmes de la main. — M. Delmez. Etude sur les kystes du mésentère. — M. Vene. Etude sur les délires post-opératoires. — M. Fouquet. Les digitalines commerciales. — M. Biolet. Quelques considérations sur le mutisme hystérique.

Concours de l'adjuvat. — Ont été nommés MM. Cestan, Genouville, Morestin Souligoux, et Allet.

Concours de clinicats. — Un concours pour les emplois vacants de trois chefs de clinique médicale, d'un chef de clinique chirurgicale, d'un chef de clinique obstétricale, d'un chef de clinique titulaire et d'un chef de clinique adjoint des maladies mentales, d'un chef de clinique titulaire et d'un chef de clinique adjoint des maladies cutanées et syphilitiques, d'un chef de clinique titulaire et d'un chef de clinique adjoint des maladies nerveuses, s'ouvrira le 22 juin 1891.

Se faire inscrire avant le 14 juin. Le registre d'inscription sera ouvert, tous les jours de midi à trois heures, guichet n° 2. Produire l'acte de naissance et le diplôme de docteur.

Inscriptions et consignations. — *I. Inscriptions*. — Le registre d'inscriptions sera ouvert le mercredi 24 juin 1891. Il sera clos le samedi 18 juillet 1891, à 3 heures.

Les inscriptions seront délivrées dans l'ordre ci-après, de midi à trois heures de l'après-midi :

1° Inscriptions de première année, les mercredi 24, jeudi 25, vendredi 26 et samedi 27 juin 1891 ;

2° Inscriptions de deuxième année (Doctorat), les jeudi 2, vendredi 3 et samedi 4 juillet 1891 ;

3° Inscriptions de troisième et quatrième années (Doctorat), 2e, 3e, 4e années (Officiat), les mercredi 8, jeudi 9, vendredi 10, samedi 11, mercredi 15, jeudi 16, vendredi 17 et samedi 18 juillet 1891

Le stage hospitalier obligatoire commence le 1er novembre, en vue de la 9e inscription (Doctorat), et de la 5e (Officiat) ; — il se continuera sans interruption jusqu'à la fin du trimestre qui suit la 16e inscription.

Les inscriptions pour le stage sont reçues, à partir du 15 octobre, à l'administration de l'Assistance publique, sur la présentation de la feuille d'inscriptions.

Le nombre des jours de stage par trimestre est ainsi déterminé :

1er trimestre, novembre et décembre. 56 jours.
2e — janvier, février et mars. 86 —
3e — avril, mai et juin...... 86 —
4e — juillet à octobre........ 56 —

II. — Consignations. — Les élèves ajournés à la session de novembre 1890, au 1er examen du doctorat et aux 1er, 2e et 3e examens de fin d'année (Officiat), devront consigner les mercredis 10 et jeudi 11 juin, aux heures ordinaires.

Ils seront appelés à subir leur examen du 22 au 27 juin.

II. Les élèves de 1re année qui désirent subir le 1er examen de doctorat avant les vacances devront consigner les mercredi 17 et jeudi 18 juin. (Ils prendront la 4e inscription du 24 au 27 juin inclus et seront appelés à subir l'examen à partir du 29 juin.)

Ceux qui ne consigneront pas aux dates ci-dessus indiquées seront renvoyés à la session d'octobre.

Les aspirants à l'Officiat sont astreints à subir en juillet les examens de fin d'année ; ils consigneront en prenant, selon le cas, la 4e, la 8e ou la 12e inscription ; ils ne peuvent être renvoyés à la session d'octobre que sur une autorisation spéciale du Conseil de la Faculté.

III. En cas d'ajournement au 1er examen de doctorat et aux examens de fin d'année, les élèves-docteurs de 1re année et les aspirants à l'officiat pourront se présenter de nouveau à la session qui aura lieu du 19 au 31 octobre prochain. Ils devront se faire inscrire le lundi 12 ou le mardi 13 octobre 1891, dernier délai. Ces dispositions sont applicables aux élèves-docteurs de 1re année qui ne se présenteraient pas à la session de juillet.)

III. — Ostéologie. — Les démonstrations d'ostéologie commenceront le lundi 19 octobre 1891. — MM. les étudiants qui auront passé avec succès le premier examen de doctorat ou le premier examen de fin d'année d'Officiat devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté (guichet n° 2). A cet effet, le bureau sera ouvert tous les jours, de midi à trois heures, pendant la période des examens : avant les vacances, à partir du 22 juin ; et à la session d'automne, du 19 au 31 octobre.

VARIÉTÉS

Les annales d'oculistique, fondées en 1837 par Florent Cunier et continuées par Warlomont, sont passées entre les mains de M. le Dr Valude, médecin adjoint de la clinique des Quinze-Vingts. Le nouveau directeur, en s'associant des collaborateurs de Suisse et de Belgique, conservera à ce journal sa destination d'être l'organe ophthalmologique des pays de langue française.

Bureau central en chirurgie. — Ont été nommés MM. Lejars et Potherat.

Lymphe de Koch. — On lit dans la *Province médicale* l'appréciation suivante des phases de la découverte de Koch.

1° *Eureka*.
2° *Vici*.
3° *Ave, morituri te salutant*.
4° *De mortuis nil nisi bene*.
Epitaphe, *Fuit*.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Cure radicale de la hernie inguinale chez la femme et en particulier de la hernie congénitale. (Communication à la *Société de chirurgie* par Lucas Championnière, chirurgien des hôpitaux).

Bien qu'on s'y soit fort peu arrêté, la cure radicale de la hernie chez la femme est des plus intéressantes.

Chez la jeune fille la hernie est une tare considérable et le port d'un bandage est pour elle tout particulièrement délicat et difficile. Plus tard, les grossesses qu'elle traversera seront des occasions d'accidents herniaires et d'aggravation de son infirmité. Enfin certains caractères de ces hernies et sa moindre aptitude aux travaux de force permettent de prévoir que l'opération est pour elle susceptible de donner des résultats solides et permanents.

Quand on parle de hernie de la femme, on ne parle guère que de hernie ombilicale ou de hernie crurale. La première mérite une histoire tout à fait à part, et la seconde ne diffère pas si complètement de la hernie crurale chez l'homme qu'il faille faire deux histoires séparées pour les deux sexes.

La hernie inguinale, au contraire, diffère très notablement de la hernie du même nom chez l'homme et, de plus, pour ne pas être aussi fréquente que celle de l'homme, elle n'en est pas moins assez commune. J'ai opéré 14 de ces hernies inguinales chez la femme, tandis que je n'en ai opéré que 10 crurales.

Cette hernie a été étudiée surtout au point de vue de la formation de la variété congénitale. La théorie de sa formation rattache intimement sa genèse à l'évolution des organes génitaux internes de la femme. La persistance du canal de Nück serait l'origine de ces hernies. Cette théorie me paraît d'autant plus intéressante à considérer que non seulement je crois les hernies inguinales de la femme, comme celles de l'homme, plus souvent congénitales qu'on ne le pense, mais j'admets encore qu'elles sont presque toujours congénitales.

Comme je le disais plus haut, ces hernies inguinales sont assez fréquentes. Sur mon total actuel de cures radicales de hernies non étranglées, 231, j'ai opéré quatorze hernies inguinales chez la femme. Or, si on juge de la congénitalité chez la femme comme chez l'homme, dix de ces cas étaient des hernies congénitales. Pour les uns, les parents affirmaient que la hernie avait toujours existé; pour les autres, les relations avec les organes génitaux, l'ovaire ou la trompe, étaient telles qu'il était bien difficile d'admettre que l'origine de ces hernies n'était pas contemporaine du développement de ces organes. La présence de la trompe ou de l'ovaire fixés dans la hernie semble avoir quelque analogie avec la présence du testicule en ectopie dans l'aine ou placé au fond des bourses dans le sac herniaire, et j'ai compté comme congénitales les hernies qui présentaient ces caractères : mais en outre, si on examine de près la constitution du sac herniaire, on constate que dans les hernies congénitales il peut présenter aussi des caractères qui ne pourraient se rapporter qu'à la congénitalité. Ce caractère, c'est l'existence du ligament rond dans la paroi du sac. Le sac séreux se creuse en gouttière en quelque sorte. Le revêtement séreux du ligament est tellement fondu avec ses fibres qu'il en est absolument inséparable et le ligament prolonge en quelque sorte le sac jusque dans la grande lèvre. Il y a là, comme je le dirai plus loin, quelque chose de tout à fait différent de ce que l'on observe pour les connexions du sac et du cordon dans la hernie chez l'homme.

Dans le total de mes opérations, je n'en vois que deux où ces caractères n'avaient pas été assez marqués pour rendre les cas typiques. Mais pour les douze autres, selon moi il n'y avait pas de doute possible; le sac séreux n'était pas tout entier de formation récente. Il ne pouvait être dû à un sac séreux chassé devant lui par les viscères dans un trou quelconque de la paroi, au voisinage du canal du ligament rond. Il n'y avait qu'une hypothèse possible. Un canal séreux très étroit ayant le ligament rond pour paroi principale avait persisté dans la région, par suite de la persistance d'une disposition congénitale. Cette disposition s'était maintenue longtemps sans se manifester; puis, sous l'influence de quelque cause occasionnelle, la hernie s'était produite, guidée par ce canal étroit et lui empruntant une partie de son étendue.

Comme preuve de cette théorie, on peut noter chez les sujets en question non seulement la fusion de la séreuse et des fibres du ligament, mais la présence de séries de petits kystes existant au-dessous de la cavité herniaire proprement dite et la prolongeant jusqu'à la grande lèvre. On observe un fait du même ordre dans les hernies congénitales de l'homme guéries dans l'enfance et revenues plus tard. Je l'ai signalé bien des fois en opérant, pour montrer que bien des hernies de l'homme, indiquées comme formées pendant l'adolescence, étaient vraiment des hernies congénitales avec tous leurs caractères.

Comme la hernie congénitale de l'homme, celle-ci comporte plutôt un trou dans la paroi qu'une paroi profondément défectueuse.

C'est là une bonne condition à connaître pour apprécier l'avenir de la cure radicale pour ces sujets. Il y a cependant une ombre au tableau. De même que, chez l'homme, on voit là certaines hernies congénitales coïncidant avec des développements incomplets des testicules, de même chez la femme, on rencontre des cas de hernies inguinales avec un développement très imparfait des organes génitaux. Mais, pour la femme comme pour l'homme, ce sont des cas tout à fait exceptionnels et le plus souvent la femme présente un développement normal soit que sa difformité soit unilatérale, soit qu'elle n'ait pas empêché le jeu régulier de ses fonctions.

Chez un certain nombre de sujets, le développement considérable de la hernie a coïncidé avec la suite des grossesses.

Dans la plupart des cas que j'ai observés, le volume de la hernie n'était pas très considérable. Cependant la hernie n° 2 de mes statistiques est une des plus volumineuses que j'aie eu l'occasion d'opérer ; elle descendait presque sur le genou. Mais c'est là un fait très exceptionnel et cette hernie est pénible plutôt par d'autres caractères. Elle est souvent incommode, douloureuse et partiellement irréductible. Son irréductibilité peut tenir à des causes diverses. J'ai rencontré dans sa cavité l'épiploon adhérent; j'ai trouvé tout ou partie des annexes adhérentes ou profondément modifiées. Je crois précisément que si cette hernie est si fréquemment douloureuse, cela tient avant tout aux relations qu'elle a avec les organes génitaux internes. La masse herniée constituée par l'ovaire est tout naturellement douloureuse ; mais en outre les tiraillements exercés sur l'ovaire et sur la trompe sont bien de nature à occasionner des douleurs. La constitution anatomique même de ces hernies permet de comprendre aisément comment beaucoup de sujets supportent peu ou point le bandage, comment, même quand elle est réductible, la hernie est douloureuse. Aussi beaucoup de malades ne peuvent supporter le bandage, ou quand elles le supportent, elles en souffrent assez pour réclamer une intervention qui puisse les délivrer de ce supplice.

C'est l'opération de la cure radicale qui permet à la fois de constater ces dispositions et d'y remédier. Aussi,

pour ne pas faire de redites, décrirai-je d'un seul coup l'opération, le procédé et la disposition anatomique de la hernie.

Pour pratiquer la cure radicale de cette variété, l'incision première est à peu près la même que pour la hernie inguinale de l'homme. Toutefois, je recommanderai de tenir son incision le plus élevée possible, même si cela devait gêner un peu, pour ne pas rapprocher trop la plaie de la vulve. Si la hernie est grosse, la découverte du sac est assez simple. Si elle est petite, cette première recherche peut être assez difficile. Pour arriver sans trop tâtonner, il faut, comme je le pratique, aller droit au canal inguinal et rechercher ce sac beaucoup plus de haut en bas que de bas en haut.

Même en cherchant, il ne faut pas compter trouver toujours un sac en doigt de gant facile à isoler. On trouve une masse irrégulière, descendant de l'anneau inguinal externe vers la grande lèvre et dans cette masse un canal séreux très irrégulier. Celui-ci est confondu avec un cordon fibreux qui descend jusque dans la grande lèvre. Ce cordon fibreux est creusé d'une cavité plus ou moins profonde que j'ai vue divisée en vacuoles. Cette cavité étroite en bas communique avec une cavité plus profonde en haut vers le canal inguinal et c'est souvent dans la cavité supérieure seulement que pénètrent les viscères. Même en ce point, cette cavité se rencontre dans un sac dont les parois sont très inégales d'épaisseur. Une paroi est fort mince et l'autre est très épaisse. L'une est réduite à un feuillet séreux assez mince, l'autre n'est que la substance du ligament rond plus ou moins étalé, que l'on reconnaît d'une façon incontestable quand le sac, ayant été bien reconnu, a été largement ouvert.

Dans cette hernie, la détermination et l'étude du ligament rond doivent jouer le rôle principal; aussi y a-t-il lieu d'insister sur les connexions du sac et du ligament rond.

Quel est le rôle joué par le ligament rond dans la formation du sac herniaire? il est assez difficile de le définir, et cependant on voit immédiatement qu'il fait partie intégrante de ce sac. Cela est tellement vrai que si on veut disséquer celui-ci avec soin, il est impossible de ne pas comprendre le ligament rond. C'est là une différence fondamentale avec la hernie congénitale de l'homme, pour laquelle la dissection du sac et du cordon est toujours possible.

Dans toutes les hernies congénitales que j'ai observées, je pourrais dire dans toutes les hernies inguinales de la femme, j'ai retrouvé une disposition analogue. Suivant le volume acquis par la hernie, l'importance du ligament rond dans la paroi est plus ou moins grande. Si la hernie est grosse, le ligament rond occupe seulement un des côtés de la poche herniaire. Si elle est petite, on a peine à trouver le sac, mais le ligament rond est immédiatement découvert et semble dans la région occuper la place principale.

Le cordon fibreux qui descend jusque dans la grande lèvre contracte à la face profonde de celle-ci une adhérence d'une extrême résistance. Si bien que l'on peut dire que toutes ces hernies inguinales sont en connexion avec la face profonde de la grande lèvre. Du côté du sac, la fusion de la paroi du cordon et du ligament rond est telle que si on cherchait à détacher celui-ci du ligament, ce serait chose impossible.

Aussi j'ai l'habitude dans la cure radicale de ces hernies de procéder tout autrement. C'est le ligament rond que j'attaque primitivement. Je vais d'abord détacher le cordon fibreux du fond de la grande lèvre. Ce détachement fait, je dissèque de bas en haut en marchant vers l'orifice inguinal externe et je rencontre le sac, en m'en rapprochant s'il n'était pas assez grand pour descendre lui-même dans la grande lèvre. Il devient facile ici de distinguer le ligament rond à son passage dans le canal inguinal. Dans la dissection du sac qui sera faite, il faudra exercer simultanément des tractions sur la partie solide constituée par le ligament et sur la partie moins solide formée par le sac séreux lui-même.

Cette double dissection peut être portée très loin et doit être portée très loin. Pour cela je dissèque le ligament comme le sac séreux jusque dans le ventre.

Cette dissection très élevée comporte évidemment certaines précautions tout indiquées par la nature des organes intéressés. Il faut avant toute dissection reconnaître les parois du sac jusqu'à une grande hauteur. Le doigt introduit dans le ventre permet seul de faire cette exploration. En la faisant, on apprécie les connexions de la hernie avec les annexes, comme je vais le dire tout à l'heure. Mais on voit surtout jusqu'à quelle hauteur il est possible d'aller sans compromettre aucun organe utile. Cela fait, la ligature en chaîne est exécutée, et ligament rond et sac sont réséqués.

Je fais remarquer ici que, dans tous les cas que j'ai opérés, j'ai réséqué une étendue considérable du ligament rond que l'on raccourcit et réinsère avec tant de soin dans certaines opérations. Or je n'ai jamais su que cette résection entraînât aucun accident, aucun inconvénient, et j'ai suivi très attentivement les sujets à ce point de vue. Il est probable que le ligament se réinsère sur la paroi abdominale à la face profonde et que cette insertion suffit au ligament pour jouer son rôle de soutien.

Quant à l'ovaire, ou il a été rencontré dans le sac, ou en explorant cette partie supérieure et en pénétrant dans le ventre, je l'ai trouvé au voisinage de l'orifice du sac. Or l'examen de cet ovaire me l'a montré à des états très différents : je l'ai trouvé parfois normal, mais je l'ai trouvé d'autres fois complètement dégénéré et, dans ces cas, je l'ai enlevé pour faire d'une pierre deux coups. Deux de ces ovaires étaient transformés en kystes au point d'être méconnaissables. Dans un cas, l'ovaire fusionné avec la trompe formait une masse kystique adhérente à l'épiploon et aux parties voisines. Naturellement j'en ai pratiqué l'ablation. Bien entendu, dans le cas d'ovaire normal, je n'ai pas pratiqué d'ablation; mais il m'est arrivé aussi de trouver un ovaire complètement atrophié; dans ce cas encore j'ai laissé en place un organe inutile, mais qui ne me paraissait pas pouvoir causer de souffrances ni d'accidents.

Pour apprécier ces différents états, quoi de plus simple? Déjà le doigt introduit dans l'orifice herniaire, en suivant le ligament comme je l'ai dit, arrive sur l'ovaire et le touche assez facilement pour apprécier ses apparences. Mais si le moindre doute existe sur ces apparences, rien n'est plus facile que d'attirer ces organes au dehors et de constater leur état par la vue. J'ai presque toujours pratiqué cet examen avant de prendre un parti.

Il est bien entendu que s'il existait des adhérences viscérales dans le sac, en particulier des adhérences épiploïques, il faudrait que toutes eussent été rompues et bien détachées avant que ces temps de l'opération fussent exécutés.

Lorsque toutes les connexions extérieures du sac ont été détruites, lorsque son contenu a été méthodiquement traité, lorsque la séreuse a été réséquée et fermée, la défense par la cicatrice reste à préparer. Or dans cette variété de hernie on peut procéder d'une façon particulièrement complète.

J'ai commencé par ouvrir le canal assez largement. Comme je ne crains pas de prolonger cette ouverture, ma dissection du sac séreux est ainsi, comme toujours, portée très haut. Cela me laisse une surface cruentée très large et me permet de prendre pour refermer le canal

les tissus très largement. Pour le canal inguinal de la femme, on peut procéder plus hardiment encore que pour l'homme. Il n'y a aucun ménagement à garder ; on peut rapprocher les points de suture, leur faire enserrer toute la périphérie du canal et constituer une masse dure et solide dans la région, ne rappelant en rien les sutures que l'on a conseillé de faire sur les piliers. Il m'est arrivé de terminer certaines de ces opérations sans drainage. Mais même pour de petites plaies, en principe, je préfère drainer.

Les suites ont été très simples et, comme je n'ai eu aucune occasion de supprimer les ovaires des deux côtés simultanément, je ne puis dire quelle influence cette opération peut avoir sur les règles.

Ce qui est facile à constater, par exemple, c'est l'excellente influence que l'opération a sur la hernie. Ce sont des sujets qui restent bien guéris ; la paroi abdominale est bien défendue. Les femmes ayant du reste moins d'occasions d'efforts violents que les hommes, les chances de récidive sont toujours moindres que chez l'homme.

Mais c'est au point de vue de la douleur que les suites de ces opérations sont surtout remarquables. Les sources de la douleur sont multiples pour ces hernies et l'opération doit porter remède à toutes. Le sac contient souvent des adhérences viscérales. Si l'ovaire descend dans le canal de la hernie, les douleurs s'expliquent tout naturellement et je l'ai trouvé formant une tumeur sur laquelle avaient porté tous les bandages intolérables qui avaient été essayés. Enfin, même quand l'ovaire ne fait pas issue de l'abdomen, il est voisin de l'orifice et le sac distendu exerce une véritable traction sur lui et la trompe. Toutes ces actions diverses ont été supprimées par l'opération. Les malades vous disent du reste, une fois délivrées, qu'elles étaient auparavant toujours en proie à une constante souffrance et qu'elles n'ont idée du calme et du repos que depuis l'opération.

On peut craindre pour la récidive de ces hernies l'évolution d'une grossesse. Cette circonstance présente en effet des chances de récidive. Mais il ne faut pas se les exagérer. La plupart des hernies congénitales de la femme que j'ai eu l'occasion d'opérer étaient petites et donnaient par conséquent des chances plus considérables pour la permanence des résultats. Mais une de mes opérations les plus anciennes est celle d'une femme atteinte d'une énorme hernie inguinale. Or malgré les conditions très défavorables dans lesquelles elle s'est trouvée, malgré un travail très dur, avec une misère intense, elle a pu depuis l'opération franchir deux grossesse sans que la hernie ait récidivé. On voit que j'ai le droit de supposer que les hernies opérées dans des conditions bien plus favorables ont encore de bonnes chances de résister à l'action perturbante de la grossesse.

J'estime même, d'après les suites de mes opérations, que, après la cure radicale pour ces hernies des femmes, le port d'un bandage est moins utile, moins obligatoire encore qu'après la cure radicale chez l'homme. Les conditions qui peuvent favoriser le creusement d'un nouveau trajet herniaire sont loin d'être aussi puissantes que chez l'homme. La fissure intermusculaire que présente le passage du cordon n'existe pas dans ces cas, puisque le ligament qui en joue le rôle a été supprimé.

L'accolement des parois musculaires pour constituer la cicatrice est bien plus parfait. Sur la partie superficielle de la cicatrice du canal on peut encore ramasser le tissu cellulaire sous-cutané, assez épais, qui se trouve au voisinage du pubis.

Le sac dont les parois ont été rapprochées pour constituer le moignon est ordinairement très épais, de telle sorte que ce moignon est lui-même d'une grande densité, bon élément pour la formation d'une cicatrice péritonéale bien résistante à tous les efforts.

Si donc on suppose un sujet jeune chez lequel la réparation se fait ordinairement le mieux, on conçoit bien qu'on pourra rapidement lui faire abandonner tout bandage. Or cette observation mérite toute notre attention, car le désir de voir disparaître la suggestion du bandage mène très souvent les jeunes filles ou leurs parents à demander la cure radicale de ces hernies. Surtout dans le cas de hernie petite, je pense qu'on doit la leur promettre dans un délai très rapproché. Je dois dire que presque toutes mes opérées ont même rapidement supprimé non seulement le bandage, *car je n'en fais pas porter*, mais cette ceinture dont j'ai donné la description et qui est destinée à protéger la cicatrice pendant qu'elle achève de se former.

Périarthrite scapulo-humérale à pneumocoques. Thrombose de la veine axillaire. Guérison, par E. Schwartz, agrégé, chirurgien des hôpitaux.

J'ai l'honneur de communiquer à la *Société de chirurgie* le cas que voici, à propos du rapport fait dans la dernière séance par notre collègue Nicaise sur les suppurations microbiennes.

Il s'agit d'un homme de 45 ans, cocher, qui est entré dans le service du docteur Lécorché à la Maison municipale de santé le 27 mai. Il est tombé malade chez lui. Il a eu tous les signes d'une pneumonie dont il ne reste plus que des traces quand il entre à l'hôpital. Deux jours après il est pris dans le bras gauche de douleurs atroces, en même temps qu'on observe un gonflement de toute la région de l'épaule qui devient rouge et tendue.

L'examen sommaire permet de constater l'existence d'une énorme collection purulente, véritable abcès critique des anciens, qui entoure toute l'articulation scapulo-humérale sans l'intéresser, puisque ses mouvements sont libres et qu'on ne perçoit aucun signe d'arthrite.

La température, fait remarquable, malgré l'acuité des symptômes locaux, ne dépasse pas 37°8, le soir. Mais le pouls est fréquent, la langue est sèche. L'examen du thorax permet de constater encore quelques râles fins (de retour), dans le côté gauche.

Je diagnostique un abcès péri-articulaire sous le deltoïde et fais recueillir le pus dans une éprouvette stérilisée, pensant qu'il pouvait s'agir d'une collection purulente à pneumocoques.

Je fis incision de l'abcès le 31 mai. Il s'en écoule un pus très épais, visqueux, verdâtre et en quantité considérable.

Le lendemain, chute de la température à 37°, mais la langue reste sèche encore pendant 11 à 12 jours. Lavage de la cavité au sublimé à 1/4000. Pansements humides phéniqués faibles.

Le 12 juillet, le malade présente un œdème énorme du bras, par thrombose de la veine axillaire. Celui-ci ne disparait que lentement sous l'influence de la compression et du repos et après une convalescence de 1 mois encore. Le malade sort enfin ne conservant plus qu'un peu d'œdème de la main et de l'avant-bras. La région axillaire est indurée au niveau de sa paroi externe.

Voici la note qui m'a été remise par M. le docteur Netter, à qui j'avais remis le pus enlevé. Celui-ci est visqueux. Examiné au microscope, il fourmille d'organismes ovoïdes à extrémités effilées anguleuses, généralement disposés par deux, et dont un grand nombre sont entourés d'une capsule.

Ensemencé sur la gélose à 37°, ce pus donne naissance au développement exclusif de colonies fines, transparentes, des mêmes organismes lancéolés ; elles conservent le même caractère dans les cultures ultérieures.

Ces microbes sont identiques à ceux obtenus par la culture du sang du cœur des souris 177 et 178 inoculées avec le pus et qui ont succombé, la première le troisième jour, la deuxième le second jour après inoculation sous la peau et le péritoine.

Les 2 animaux présentaient une rate turgescente énorme et leurs humeurs et leurs organes renfermaient en quantité des diplocoques lancéolés.

Il s'agissait manifestement, pour toutes ces raisons, d'un abcès renfermant exclusivement des pneumocoques.

REVUE DES CONGRÈS

ASSOCIATION MÉDICALE AMÉRICAINE

42e réunion annuelle tenue à Washington du 5 au 8 mai 1891

Eclampsie et accouchement prématuré.

M. Fry s'est occupé de la prophylaxie de l'éclampsie puerpérale par l'accouchement prématuré, lorsque l'albumine persiste dans l'urine malgré un traitement suivi. Toutes les semaines il faut examiner avec soin l'urine des 24 heures et encore doit-on bien savoir que, même lorsque l'urine ne contient que des traces d'albumine, des phénomènes graves peuvent éclater. Dès que les symptômes graves apparaissent, il faut songer à l'accouchement prématuré, surtout si l'enfant est viable (or il l'est à partir de six mois) et même, s'il ne l'est pas, quand la gravité du cas parait très grande. M. Fry chez une primipare de 30 ans enceinte de 7 mois et présentant de l'albumine dans ses urines, fit l'accouchement artificiel; il fit la dilatation du col et termina par une application de forceps; l'enfant fut placé dans une couveuse et vécut. M. Fry cite plusieurs autres cas où il a prévenu toute attaque d'éclampsie par l'accouchement artificiel et avec des soins sauvé beaucoup d'enfants. Pour provoquer le travail, le meilleur moyen est d'introduire entre la paroi utérine et les membranes une bougie antiseptique. On peut encore avoir recours à des fomentations alternativement chaudes et froides sur le ventre.

M. Potter pense qu'on ne doit pas toujours attendre que l'attaque d'éclampsie se soit déclarée pour avoir recours à l'accouchement artificiel.

M. King croit qu'on ne doit avoir recours à ce moyen que quand tous les autres ont échoué.

Traitement de l'avortement accidentel.

M. Bedford Brown, dans le traitement de l'avortement accidentel, fait une injection hypodermique de morphine et d'atropine et, si la malade est très déprimée, une injection de strychnine et d'ergot pour stimuler le cœur et le système artériel. On a recours ensuite à des douches vaginales antiseptiques, et puis on donne une injection d'eau chaude contenant de l'alun pour lutter contre l'hémorrhagie. Si par ces moyens on n'arrête pas l'avortement, on doit placer la malade en travers du lit dans la position de la taille; on introduit le spéculum et on bourre le fond du vagin de gaze iodoformée et de coton hydrophile; on place un cathéter dans la cavité du col; en général l'expulsion du fœtus ne tarde pas à se produire, sinon on introduit dans l'orifice un tampon conique enduit de lanoline. On donne aussi un purgatif pour provoquer les contractions. L'auteur a peu de confiance dans l'usage de l'ergot pour arrêter l'hémorrhagie ou pour provoquer l'expulsion du placenta; ce dernier doit donc être enlevé avec le doigt; si on ne peut l'extraire tout, il faut chloroformer la malade et introduire la main tout entière. Dans le cas de rétention du placenta, on doit se garder de faire usage du tampon.

Gynécologie et aliénistes.

M. I. S. Stowe (Washington) pense que dans bien des cas le gynécologiste peut venir en aide à l'aliéniste. On a publié de nombreuses observations où une opération sur les organes génitaux a fait cesser des désordres mentaux. Et bien des femmes internées pourraient être guéries de la sorte, si un gynécologiste était attaché aux asiles d'aliénés.

M. Eastman (Indianapolis) cite le cas d'une femme qui, après de violentes céphalalgies, devint folle puis guérit par l'ablation d'une trompe malade et, après un an de soins, a pu diriger une école publique.

M. Walker (Indiana) pense, il est vrai, que beaucoup de ces cas concernent de simples névroses, où le repos peut suffire seul au traitement, sans opération.

M. Reed (Cincinnati) croit que les médecins des asiles d'aliénés devraient toujours examiner avec soin les viscères pelviens.

Crâniectomie pour microcéphalie.

M. W. W. Keen (Philadelphie) a pratiqué trois crâniotomies (nom qu'il préfère à celui de crâniectomie) pour microcéphalie, selon les indications formulées par Lannelongue. A cela il joint cinq observations déjà publiées, dont 2 de Lannelongue, 1 de Gerster et Sachs, 1 de Wyeth, 1 de Mc-Clintock. Le premier cas de M. Keen est déjà publié; il y a eu amélioration, mais légère, de l'état mental. Le second enfant, dont un frère aîné est hydrocéphale, a subi successivement une crâniotomie linéaire de chaque côté; son état mental s'amende lentement, mais progressivement. Le troisième est mort subitement au bout d'une heure et demie : pas d'autopsie. L'opéré de Gerster et Sachs a succombé dans le collapsus au bout de 3 heures et demie. Enfin Wyeth a fait en une séance une crâniotomie de chaque côté de la suture sagittale, a fait tomber une fente descendante sur chaque extrémité de chaque incision, puis, en y introduisant les doigts, a fait bâiller les interstices osseux longitudinaux d'environ 1/4 de pouce. L'amélioration mentale a été très nette. M. Keen pense, en somme, que cette opération est parfaitement justifiée, mais contrairement à M. Wyeth il pense qu'il est plus prudent d'opérer les deux côtés en deux séances; en outre, à cause de l'adhérence de la dure-mère aux os, il n'est pas partisan de la divulsion de la fente osseuse. Récemment toutefois M. Mac Clintock (Kansas) a opéré comme M. Wyeth et son opéré a guéri. M. Keen présente une pince coupante à l'aide de laquelle l'opération peut être terminée en 20 minutes.

M. Wyeth (New-York) accorde qu'il est plus prudent d'opérer les deux côtés en deux séances et depuis son premier cas il en a opéré deux autres d'un seul côté. Mais il croit que l'écartement brusque de la fissure a été pour quelque chose dans la rapidité de l'amélioration mentale.

M. Pancoast (Philadelphie) se demande ce que peut faire la crâniotomie, puisque le cerveau reste enfermé dans la dure-mère, inextensible.

M. Thomas (Pittsburg) croit qu'avant de juger la valeur de l'opération il faut analyser l'évolution des cas abandonnés à eux-mêmes. Or il a vu deux microcéphales qui ont à peu près guéri spontanément.

Taille hypogastrique.

M. J. A. Wyeth (New-York) a pratiqué 23 fois cette opération avec succès. Il conseille la suture vésicale si la vessie est saine; dans le cas inverse, il laisse la vessie ouverte. Il ne suture pas la plaie abdominale. C'est une opération incontestablement supérieure à la taille périnéale, aussi bien pour l'exploration digitale en cas de néoplasmes que pour le drainage permanent en cas de cystite ou pour l'extraction des calculs et corps étrangers.

M. Mac Guire a fait 29 fois cette taille et la préfère à toutes les autres.

Ablation du ganglion de Gasser.

M. E. Andrews (Chicago), après avoir montré combien souvent la névralgie facial récidive après les névrectomies ordinaires, dit qu'à son sens la cause du mal est une névrite qui, partie ordinairement d'une dent cariée, va jusqu'au ganglion de Gasser. Il faudrait donc dans bien des cas extirper ce ganglion. L'opération a été faite par Rose sur le vivant (voy. *Mercredi*, 1890, p. 557). M. Andrews a établi, sur le cadavre, le procédé suivant. On scie aux deux bouts l'apophyse zygomatique et on la rabat avec le masséter; puis on mobilise la coronoïde et on la relève avec le temporal. Le nerf ainsi découvert est suivi jusqu'à son émergence : là on applique une couronne de trépan large de 2 centim. et après ablation de la rondelle le ganglion mis à nu peut être excisé et arraché. En janvier dernier, M. Rose a fait une nouvelle opération.

Traitement de la coxalgie.

M. Mynter (Buffalo) prétend que la coxalgie traitée par la méthode non sanglante ne guérit pas sans difformité. Il faut extirper aussi vite que possible le foyer morbide, qui, on le sait, est primitivement osseux et de la sorte la guérison est plus rapide, moins aléatoire, se fait sans ankylose et sans déviation. L'auteur relate, à cet égard, 10 cas où il a réséqué

la hanche et présente deux pièces provenant de sujets qui ont quitté l'hôpital au bout de 3 semaines.

M. W. R. Townsend (New-York) proteste contre cette proscription du traitement orthopédique. De son expérience, bien plus étendue que celle que M. Mynter, il conclut que les résultats ne sont pas supérieurs à ceux de la résection. **M. R. H. Sayre** pense de même que l'on ne doit opérer qu'après échec confirmé du traitement conservateur.

M. G. Ridlon (New-York) est du même avis. Wright (de Manchester), qui a fait un nombre considérable de résections, reconnaît que la récidive est loin d'être rare. M. Ridlon a vu des réséqués de la hanche présentés au congrès de Berlin, par von Bergmann : les attitudes vicieuses y étaient fréquentes. Quant à prétendre qu'on réussit à faire l'érodication du foyer tuberculeux, c'est une erreur. Le foyer primitif est souvent dans les ganglions bronchiques et l'infection en général.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OPHTHALMOLOGIE

9e *session, tenue à Paris du* 4 *au* 9 *mai* 1891.

De l'ophthalmie sympathique.

M. Boé (Paris). — Au cours de mes recherches de pathologie expérimentale sur le phlegmon de l'œil, j'ai eu maintes fois l'occasion d'observer à l'ophthalmoscope le deuxième œil, pendant que le premier suppurait. Je n'ai jamais rien observé d'anormal. Deux fois, après avoir poursuivi l'observation plus de six semaines, j'ai abattu l'animal et examiné histologiquement les nerfs optiques ; même du côté de la panophthalmie, ni dans les gaines, ni dans le nerf lui-même, on ne trouvait trace de phlegmasie. Un phlegmon de l'œil ne paraît guère, autant qu'on peut en juger par ce simple examen, retentir à distance sur le nerf optique ; il faudra tout au moins que le processus pathologique évolue lentement. Dans notre pays, on s'est trop pressé d'accepter comme démontrée l'ophthalmie sympathique migratrice ; il est imprudent de faire reposer sur des données hypothétiques des tentatives opératoires. Les expériences de M. Deutschmann ne sont pas concluantes, quoi qu'en dise M. de Wecker. Tous ses lapins sont morts d'infection générale ; il n'est pas étonnant qu'il y ait des coques dans les gaines des deux nerfs optiques, s'ils se trouvent également dans le sang et les divers organes ; on sait que je les ai trouvés particulièrement dans les capillaires du lobule hépatique. Il ne fallait pas prendre comme point de départ de l'expérimentation le corps vitré, mais suivre les indications fournies par la clinique et s'efforcer de reproduire l'ophthalmie sympathique à la suite d'un traumatisme portant sur la région ciliaire. Il sera très difficile, sans doute, de la provoquer, mais le laboratoire doit rester le serviteur fidèle de la clinique.

M. Deutschmann a trouvé le staphylocoque dans les yeux sympathisants énucléés et dans les morceaux d'iris excisés au deuxième œil. M. Randolph est toujours arrivé à des résultats opposés. Ces résultats contradictoires montrent la nécessité de recherches personnelles et d'un contrôle technique. M. Schweigger a fait beaucoup de résections ; M. Ohlemann, un de ses élèves, a examiné vingt-cinq morceaux réséqués ; il n'a jamais trouvé de microbes ; ce fait doit avoir singulièrement frappé l'auteur, puisqu'il déclare qu'à son avis l'ophthalmie sympathique doit se transmettre par les nerfs ciliaires. M. Abadie conseille de cautériser la plaie avec un galvanocautère et d'injecter dans l'œil sympathisant une ou deux gouttes d'une solution de bichlorure de mercure à 1/1000 ; mais le bichlorure de mercure ne peut agir comme antiseptique, car il précipite les substances albuminoïdes du corps vitré et il se forme un albuminate de mercure. Evidemment, l'œil est irrité, et il peut se produire sur l'autre œil un retentissement caractérisé par une amélioration plus ou moins transitoire, particulièrement de ce qu'on appelle l'irritation sympathique. Ce fait a été signalé par Wardrop. Le bichlorure de mercure, introduit dans un œil qui y voit encore, peut le rendre aveugle en provoquant un décollement rétinien. M. de Wecker a noté un commencement de phthisie du globe oculaire.

M. Abadie (de Paris). — Pour expliquer la pathogénie de l'ophthalmie sympathique, deux hypothèses ont été émises ; pour les uns, elle serait due à l'irritation des nerfs ciliaires, pour les autres elle serait consécutive à une infection microbienne.

Ce qui prouve que l'affection est bien infectieuse, c'est que le mercure agit, alors qu'il n'aurait aucune action si l'ophthalmie sympathique était d'origine ciliaire. Puis dans la syphilis, affection microbienne s'il en fut, on ne trouve pas de micro-organismes dans les lésions typiques.

En présence de blessures de l'œil, M. de Wecker conseille la résection optique, d'autres l'énucléation. Si l'œil n'est pas endommagé, je crois pour ma part qu'on peut éviter l'énucléation ; les mercuriaux et la cautérisation locale doivent suffire. Si ce traitement échoue, l'énucléation peut toujours se faire à temps.

M. Boé. — Sans contester les succès de M. Abadie, je crois que la guérison peut n'être que temporaire ; les malades devraient être revus quelques années plus tard pour emporter notre conviction.

Injections médicamenteuses intra-oculaires et sous-conjonctivales.

M. Abadie (Paris). — J'ai déjà à plusieurs reprises préconisé l'emploi des injections intra-oculaires de sublimé pour combattre l'ophthalmie sympathique (Voir *Mercredi médical*, 1890, p. 165, 566). Je ne reviendrai donc pas sur ce sujet, pour lequel je renvoie à mes travaux antérieurs. Je n'ai rien à y changer.

Je m'occuperai surtout aujourd'hui d'indications thérapeutiques nouvelles. Dans un cas de syphilis oculaire rebelle à l'action des traitements mercuriels les plus énergiques, les injections intra-oculaires de sublimé à la dose d'une goutte d'une solution à 1/1000e m'ont donné un succès éclatant.

On sait combien l'on se trouve désarmé en face des glaucomes hémorrhagiques où ni la sclérotomie, ni l'iridectomie ne donnent de bons résultats, les douleurs devenant parfois tellement atroces que l'énucléation s'impose. J'ai réussi parfois à calmer les douleurs et à éviter le sacrifice de l'œil en injectant dans le corps vitré une goutte d'ergotinine. J'ai obtenu également un résultat satisfaisant dans un cas d'œil hydrophthalmique qui était devenu le siège d'une hémorrhagie abondante. M. le docteur Darier devant faire une communication sur les effets des injections sous-conjonctivales de sublimé, je me bornerai à effleurer le sujet et à signaler les bons résultats obtenus par ce traitement local, dans certaines infiltrations microbiennes de la cornée et dans les nombreuses formes de chorio-rétinites maculaires et disséminées, si fréquentes et si souvent méconnues.

J'estime, toutefois, que, chez ces malades, les injections locales doivent être associées aux injections sous-cutanées de sublimé longtemps prolongées. Cela en vue de l'avenir et pour prévenir les récidives.

M. Motais (Angers). — M. Abadie cherche à détruire sur place les microbes de l'œil sympathisant. Ses injections dans le corps vitré sont, à cet égard, très rationnelles. Je n'en dirai pas autant des injections conjonctivales qu'il leur a adjointes. Je ne nie pas que l'absorption des liquides injectés sous la conjonctive ne soit rapide. Mais son courant est nécessairement restreint à un petit département des tissus périoculaires. Dans une affection aussi grave, il est nécessaire d'agir énergiquement et directement. C'est pourquoi des injections *dans la cavité de Tenon*, envahissant rapidement tout l'espace lymphatique, passant de là dans la gaine du nerf optique, seraient assurément plus indiquées.

M. Darier (Paris). — J'ai essayé depuis un an, systématiquement, les injections sous-conjonctivales de sublimé dans différentes maladies oculaires supposées infectieuses. Dans les iritis spécifiques à forme grave, dans les gommes de l'iris, la guérison se produit après trois ou quatre injections et en un temps trois fois plus court que par les traitements classiques. Dans beaucoup d'autres formes d'iritis aiguës dont il est difficile de déterminer la nature infectieuse, les effets de cette médication sont également très rapides. Il en est de même pour différentes infiltrations cornéennes de même nature (kératite parenchymateuse bénigne, kératite maculeuse superficielle, etc.). Certaines maladies du fond de l'œil ont bénéficié également très rapidement des injections sous-conjonctivales (chorio-rétinites centrales, choroïdites, névrites, etc., etc.). Les injections sous-conjonctivales sont indiquées dans tous les

cas où il est indiqué d'enrayer le mal à bref délai. Aucune médication ne donne des résultats aussi favorables en un temps aussi court. Une asepsie parfaite du liquide injecté et de la seringue est de toute rigueur. La dose de sublimé doit être de 1/20 de milligramme par injection, que l'on peut répéter tous les trois jours. Quatre ou cinq injections suffisent, dans la plupart des cas, pour amener une guérison complète ou relative. Il est très recommandable de combiner les injections sous-conjonctivales aux injections hypodermiques toutes les fois qu'il y a indication d'un traitement mercuriel.

M. Pfluger. — Dans le traitement des ophthalmies internes, j'emploie les injections sous-conjonctivales et sous-tenoniennes de solutions médicamenteuses. Je propose de substituer au sublimé le *trichlorure d'iode* (1 : 2000) dissous dans la solution physiologique de chlorure de sodium. Cette substance est beaucoup mieux supportée par l'œil que le sublimé à la même dose. Les études que j'ai faites au laboratoire de M. Koch, à Berlin, m'ont prouvé que son action bactéricide dans les tissus vivants est beaucoup plus énergique que celle des solutions de sublimé. Il faut tout d'abord préparer une solution à 1 : 100, qui se conserve plus longtemps, et ne l'étendre qu'au moment de l'injection. J'ai fait des injections sous-conjonctivales de *fluorescéine* et j'ai vu la coloration gagner la cornée, l'uvée, l'humeur aqueuse, le corps vitré, le cristallin, dans ses couches superficielles, ainsi que le montrent les pièces que je présente.

M. de Wecker. — Je vois avec plaisir qu'on fait volte-face en abandonnant les injections du corps vitré pour s'adresser à celles qui sont infiniment plus rationnelles et moins dangereuses, celles qui sont faites sous la conjonctive. Car le corps vitré ne doit ni ne peut être assimilé au tissu sous-cutané. J'ai soigné un malade qui se trouvait dans d'excellentes conditions pour utiliser la médication « in situ », en apparence si rationnelle ; c'était un vieux syphilitique depuis longtemps atteint de chorio-rétinite, qui fut subitement pris sur les deux yeux d'une irido-choroïdite qui avait réduit la vision du côté droit à une simple perception lumineuse ; à gauche, le malade comptait encore les doigts à courte distance. Je résolus donc d'injecter dans le plus mauvais œil une goutte de sublimé au 1/1000e, tandis que le traitement général devait suffire à l'œil le moins atteint. Ce dernier guérit assez rapidement de ses phénomènes irritatifs avec amélioration notable de la vision. L'œil injecté resta bien plus longtemps irrité et garda son corps vitré définitivement troublé sans amélioration aucune de la vision.

J'accepte bien plus volontiers les injections sous-conjonctivales, mais permettez-moi de dire que cette médication remonte bien plus loin qu'on vient de l'indiquer. Souvenez-vous des injections de Rothmund d'eau salée, pour éclaircir les taies de la cornée, des injections en masse d'eau salée que j'ai faites sous la conjonctive dans le cas de décollement de la rétine. Cette médication est restée sans effet, espérons qu'il en sera autrement de la nouvelle.

M. Despagnet. — M. Darier dit que dans les choroïdites maculaires il a vu l'acuité visuelle très affaiblie remonter à 1/2. Je ne puis laisser passer cette assertion sans faire remarquer qu'au point de vue ophthalmoscopique et médical, elle ne résiste pas à la critique. Les foyers de choroïdite maculaire altèrent trop gravement la vision pour qu'elle puisse jamais se rétablir complètement. Ou alors on peut se demander si dans ces cas on avait réellement affaire à des exsudats.

M. Chibret. — M. Raymond (de Turin) a le premier pratiqué ces injections sous-conjonctivales. L'inégalité d'action des solutions de sublimé est due à l'emploi de l'eau ordinaire. Je demanderai à M. Pflüger si le trichlorure d'iode n'attaque pas les instruments.

M. Pfluger. — La solution forte à 1 : 100 altère les instruments; avec 1 : 5000 il n'y a pas d'effet fâcheux.

M. Abadie. — Je suis le premier à reconnaître que M. Raymond a fait les injections sous-conjonctivales de sublimé dans l'ophthalmie sympathique. Je n'ai pas soulevé cette question de priorité. Je me suis un jour trouvé en présence d'un cas d'ophthalmie sympathique déclarée et d'un œil gravement compromis. C'est alors que j'ai eu l'idée de faire l'injection ntra-oculaire d'une goutte de sublimé à 1 : 500. Au moment où je me disposais à faire l'énucléation, la vision de l'œil symphatisé s'est améliorée; c'est ce qui m'a engagé à suspendre mon intervention, et fort heureusement, car aujourd'hui l'œil lésé est en bon état et l'acuité visuelle dans l'autre œil est normale. Chez un autre malade, aveugle depuis 14 mois par ophthalmie sympathique à qui on avait fait plusieurs iridectomies, j'ai fait deux cautérisations et des injections de sublimé; aujourd'hui il voit. J'ai entendu avec plaisir la communication de M. Pflüger. Je suis prêt à abandonner les injections intra-oculaires de sublimé, qui peuvent donner des accidents graves, pour ces injections sous-conjonctivales, s'il m'est démontré qu'elles sont plus efficaces. Je répondrai à M. Despagnet que l'amélioration de l'acuité visuelle est précisément un moyen pour établir un diagnostic différentiel entre la choroïdite syphilitique et la choroïdite myopique.

M. Venneman (de Louvain). — J'ai fait une injection sous-conjonctivale de sublimé dans un cas d'infection oculaire consécutive à une extraction de cataracte. Tout est rentré dans l'ordre et c'est un succès à porter à l'actif de la méthode.

M. Galezowski. — Les injections de sublimé sous-conjonctivales ou intra-oculaires ne m'ont jamais donné que de médiocres résultats, et les malades qui en avaient reçu ailleurs et qui sont venus me trouver en mauvais état n'ont pas peu contribué à établir ma conviction à cet égard. De tous les traitements que j'ai essayés, un seul est utile, celui des frictions mercurielles, mais à la condition qu'elles soient prolongées un très long temps, deux ans.

M. Martin (de Bordeaux). — La différence d'action des solutions au sublimé tient souvent à ce que celles-ci sont plus ou moins anciennes; dans ces cas-là, il se forme des végétations qui diminuent la concentration de la solution.

Opacités cornéennes du nouveau-né.

M. Teillais (de Nantes). — J'ai observé trois cas d'opacités cornéennes chez le nouveau-né. La maladie est déjà rare et rares aussi sont les circonstances qui l'ont causée. Un facteur qui n'a pas encore été signalé est la contusion due au forceps qui a exercé, dans deux cas, une notable influence. Dans ces trois cas, deux sont congénitaux ; l'un est dû à un arrêt de développement, l'autre à la syphilis héréditaire. Le troisième est manifestement le résultat d'une contusion exercée au moment de la naissance. Dans la première observation, l'opacité cornéenne est complète et uniforme, la surface de la cornée est lisse, l'épithélium intact, la courbure et la tension normales. Aucune lésion concomitante de l'iris. Modification transitoire de la teinte de l'opacité à la suite de la contusion. Eclaircissement parfait de l'opacité au bout de dix-huit mois. Dans la deuxième observation, une contusion de la cornée due à une application de forceps a pu déterminer une opacité étendue, qui a simulé une opacité congénitale. La marche est celle d'une kératite qui se termine par une tache indélébile, après une évolution inflammatoire rapide. Dans la troisième observation, opacités limitées des deux côtés. Concomitance des lésions de l'iris à droite. Déformation de la pupille, indice d'un processus intra-utérin. Dents d'Hutchinson. Troubles de l'ouïe. Kératite parenchymateuse, cinq ans après la naissance.

Le nystagmus des mineurs dans le nord de la France.

M. Dransart. — Le nystagmus des mineurs existe sous deux formes cliniques principales : 1° la forme légère ou *nystagmus embryonnaire;* 2° la forme grave ou *nystagmus classique.* Dans les deux variétés, l'oscillation nystagmique ne se produit que dans le regard élevé directement ou obliquement au-dessus de la position de repos des yeux ou position primaire ; elle cesse dans le regard en bas. La forme légère ne donne lieu à aucun trouble fonctionnel; elle n'empêche pas le mineur de travailler. Pour la découvrir, il faut examiner les mineurs à la sortie du puits, car au bout d'un certain laps de temps de repos, l'oscillation nystagmique ne se produit plus dans la direction déterminante du regard. La forme grave s'accompagne de troubles fonctionnels, dont les principaux sont : la parésie de l'accommodation, la danse des objets, les maux de tête, les vertiges, la diplopie, la marche difficile dans les galeries, l'héméralopie, l'amblyopie, l'attitude spéciale, le larmoiement et les photopsies.

90 0/0 des mineurs atteints de nystagmus travaillaient

couchés dans des galeries inclinées de 20° à 45° et dont la hauteur était égale ou inférieure à un mètre ; ce travail entraîne le surmenage des muscles élévateurs droits latéraux, comme le prouvent les photographies représentant le travail des mineurs. Le nystagmus grave se voit presque exclusivement chez les ouvriers qui surmènent les muscles élévateurs et les droits latéraux. J'estime donc que le nystagmus des mineurs est une névro-myopathie analogue à la crampe des écrivains et au lumbago dont les principaux facteurs sont l'attitude élevée et oblique du regard, d'une part, et de l'autre le mauvais éclairage. Comme traitement, j'emploie la médication applicable à la neurasthénie, et j'ai aussi tiré de bons effets de la suspension.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 26 mai 1891.

Présidence de M. Tarnier

Distension ou dilatation du cœur; modifications produites par les médicaments cardiaques.

M. G. Sée. — De nouvelles recherches faites grâce au stéthoscope de M. C. Paul et à sa méthode de percussion par transmission des bruits du cœur aux surfaces osseuses me permettent d'établir les propositions suivantes :

1° La matité absolue ou petite matité du cœur n'existe pas au point de vue clinique, car elle ne se distingue pas de la matité générale ou submatité; 2° si le cœur est sujet à de nombreuses variations de volume qui se traduisent par l'augmentation mobile de la matité et par la persistance de celle-ci pendant quelque temps, c'est qu'il y a de nombreuses causes d'erreur de diagnostic; j'ai vu de nombreux malades traités pendant longtemps pour une dilatation simple ou hypertrophique des parois qui n'avaient aucune espèce de lésion; on les avait pris au moment de la distension temporaire sans répéter minutieusement l'examen. Au point de vue du pronostic des cardiopathies, on a dans ces derniers temps attaché la plus grande importance à l'état du myocarde; il faut s'attacher maintenant à l'étude de la distension ou de l'hypertrophie du cœur.

La plupart des lésions du myocarde, telles que les dégénérescences, les état scléreux, peuvent exister sans entraîner la moindre modification morbide; au point de vue clinique on peut dire dans ces cas qu'il n'y a point de maladie du cœur. Celle-ci ne se manifeste que s'il y a distension.

Une deuxième catégorie de faits est absolument opposée : des manifestations chroniques se produisent avec tous les symptômes habituels de la cardiopathie sans qu'il y ait la moindre lésion anatomique du muscle. La clef de toutes ces anomalies paradoxales est dans la distension des cavités du cœur, surtout du ventricule gauche ; si elle est permanente, c'est-à-dire constatable dans toute circonstance, ce sera la véritable maladie du cœur.

Dans ces cas il y aura encore un départ à faire entre l'hypertrophie qui peut être favorable, surtout quand elle est véritable, c'est-à-dire quand elle résulte d'une multiplication des fibres-cellules musculaires et la dilatation permanente; celle-ci est le plus souvent l'indice de la fatigue fonctionnelle ou de l'amincissement des parois.

Ces considérations ont un certain intérêt pratique.

Au point de vue thérapeutique, on n'a jamais songé à concevoir les agents cardiaques autrement que par leur pouvoir d'augmenter ou de diminuer la pression vasculaire, par leurs propriétés diurétiques, par leur faculté de ralentir ou d'améliorer les battements du cœur, enfin par les modifications sphygmographiques de l'artère.

Or voici ce que nous avons appris en mesurant le cœur et en traçant sa forme sous l'influence ou plutôt sous l'impulsion des remèdes principaux, tonifiants ou régulateurs, ou dépresseurs.

La spartéine est, de tous les médicaments, celui qui diminue le plus et le plus promptement les dimensions du cœur; c'est lui qui fortifie le mieux le muscle cardiaque et augmenté sa tonicité, sans produire de diurèse.

La digitaline diminue également le volume du cœur, mais elle agit principalement sur les cavités droites et elle ne parait avoir d'action que si ces cavités sont préalablement dilatées, donc seulement dans un état pathologique défini.

L'iodure de potassium diminue également le volume du cœur, mais cet effet est moins prononcé que par la spartéine.

Dans une autre série absolument distincte, il faut signaler : l'antipyrine qui augmente le volume total sans influencer en quoi que ce soit la pression artérielle; le bromure de potassium qui est dans le même cas que l'antipyrine et dans ce cas opposé à l'iodure de potassium; il dilate le cœur dans sa totalité, peut-être plus le cœur droit.

Restent les médicaments sans portée efficace sur le cœur. Je cite surtout la caféine, qui n'agit nullement sur le muscle cardiaque et le laisse dans l'indifférence absolue.

M. C. Paul. — Les variations du cœur ne peuvent se constater que par l'expérimentation *de visu* sur les animaux ou la mensuration clinique de l'organe. Les tracés que présente M. G. Sée à l'appui de sa manière de voir témoignent plutôt des pressions qu'exercent sur le cœur les modifications volumétriques de l'estomac.

M. G. Sée. — J'ai eu soin d'éliminer cette cause d'erreur.

M. Dujardin-Beaumetz. — Vouloir faire dépendre l'élasticité d'un autre élément que le muscle cardiaque, comme vient de le proposer M. G. Sée, c'est proposer une conception nouvelle qui ne repose en tout cas sur aucune des données actuelles de l'anatomie ou de la physiologie. En fait, l'élasticité du cœur est subordonnée à l'intégrité du muscle cardiaque; peu importe, au point de vue pratique, que le souffle soit léger ou intense, mais bien que le cœur ait conservé sa résistance. Tous les médicaments susceptibles d'agir sur la fibre cardiaque sont donc indiqués dans les cardiopathies; mais ce que je ne saurais admettre avec M. Germain Sée, c'est qu'un médicament, tel que la digitaline, puisse actionner seulement le cœur droit sans agir sur le cœur gauche; si les deux cœurs sont modifiés d'une façon différente, c'est que l'épaisseur de la couche musculaire n'est pas la même au niveau de leurs cavités d'un côté ou de l'autre.

Faut-il admettre aussi qu'il existe des médicaments agissant exclusivement sur les vaisseaux ? Ils agissent tous à la fois sur la fibre musculaire du cœur et sur les parois artérielles, mais pour cela il est indispensable que la fibre musculaire soit intacte. On doit enfin reconnaître que parmi ces médicaments il en est qui augmentent la contractilité de la fibre et d'autres qui la diminuent. Mais il n'est malheureusement pas de médicament qui agisse sur le cœur lorsque la fibre musculaire a disparu.

M. Laborde. — Il y a aussi lieu de tenir compte du rôle joué par les modifications volumétriques du cœur sous l'influence des variations de l'ondée sanguine.

Chloroformisation.

M. Laborde. — Les dangers inhérents à la chloroformisation peuvent être, dans certains cas, au-dessus des ressources de la science. Mais nous devons nous efforcer de restreindre de plus en plus le nombre de ces cas. Or c'est là essentiellement une question de toxicologie, et dès lors elle ressortit à l'expérimentation et à la physiologie pour déterminer le mécanisme et dès lors la prévention et le traitement des accidents. Nous avons acquis ainsi des notions que la clinique n'a pas le droit de répudier.

Pour la prévention, M. Laborde maintient l'importance : 1° de l'administration préalable des anesthésiques locaux et généraux ; 2° de l'emploi de vapeurs anesthésiques exactement titrées (Voyez *Mercredi*, 1890, p. 247, 272, 286).

Pour les moyens curatifs, également, il faut tenir compte : 1° de l'intoxication ; 2° de la suppression des actes mécaniques de la respiration. De tous ces moyens, celui qui doit prévaloir, qui est le plus efficace, presque souverain, c'est la respiration artificielle. Mais cette respiration doit être réalisée selon les conditions expresses de l'expérimentation, c'est-à-dire par le procédé de l'insufflation, transporté et adapté à la pratique chirurgicale. A cet égard, M. Laborde présente une instrumentation spéciale, avec soufflet.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 27 *mai* 1891.

M. Schwartz, voy. p. 275.

Thyroïdite.

M. Kirmisson a observé une femme chez qui un kyste thyroïdien a suppuré à l'occasion d'une couche. Guérison par l'incision large.

Fracture de la rotule.

M. Poncet (de Lyon) a appliqué à une fracture ancienne de la rotule avec écartement irréductible le procédé de mobilisation osseuse qu'il avait déjà appliqué au tendon d'Achille (voy. *Mercredi*, 1891, p. 158). Il a mobilisé à la scie la tubérosité du tibia, a pu alors suturer les fragments et a encloué le fragment osseux en sa nouvelle position à l'aide d'une cheville d'ivoire. L'écartement était dû à une rétraction du ligament rotulien, qui avait perdu plus de la moitié de sa longueur. Déjà Sonnenburg a fait pour fracture de la rotule une opération semblable. M. Poncet emploie pour cette suture osseuse de forts fils de soie tressée.

M. Lucas Championnière. — Cette opération est trop récente pour qu'on puisse juger du résultat fonctionnel, ce qui est ici le point important. La coaptation exacte n'est pas indispensable : M. Championnière a eu quelques excellents résultats en unissant par des fils les fragments à distance. Une fois même les fils ont été du fragment supérieur au tibia. Il faut alors des fils très gros, sur lesquels le malade puisse marcher. Deux fois ces fils, trop fins, ont cassé. Un des malades a été après cela mourir de pneumonie dans un autre hôpital (voy. *Mercredi*, 1890, p. 647). Chez l'autre des fils plus gros ont été mis, et il marche bien. Ces fils n'ont aucune tendance à couper les os.

M. Schwartz cite à ce propos un succès de la suture dans un cas où le fragment supérieur était très petit.

M. Poncet n'attache pas grande importance à la nature des fils, pourvu qu'ils soient aseptiques. Il trouve plus commode d'employer la soie qu'il passe, avec une aiguille, dans les parties tendineuses.

Hernie inguinale chez la femme.

M. Championnière (voy. p. 273).

M. Routier a opéré l'an dernier chez une femme une hernie inguinale étranglée. Quoiqu'elle contint beaucoup d'intestin, le trajet était très étroit. Un point remarquable était la grande mobilité du collet, très facile à attirer avec le sac. Après la cure radicale, il ne restait pas de point faible de la paroi. Cette hernie datait de l'enfance et n'avait jamais été maintenue par un bandage. La malade a guéri, mais n'a pas été revue.

M. Poncet a fait deux cures radicales de hernies inguinales chez la femme : une fois chez une jeune fille de 18 ans pour une hernie bilatérale (épiplocèle adhérente ; entéro-épiplocèle) ; une fois pour une entéro-épiplocèle. Ces deux femmes sont guéries, sans bandage, depuis 18 mois et 5 mois.

M. Schmit présente un cavalier atteint d'*ostéome du moyen adducteur*.

A. Broca.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 25 *mai* 1891.

Sur la détermination exacte du pouvoir glycolytique du sang

MM. Lépine et **Barral.** —A un gros chien *à jeun* depuis plus de vingt-quatre heures, on retire simultanément environ 80 grammes de sang par chacune des deux artères fémorales. Le sang qui s'écoule du côté A tombe dans une capsule à demi immergée dans de l'eau glacée ; on le défibrine par le battage et on le filtre sur un linge stérilisé ; 40 grammes sont aussitôt versés dans du sulfate de soude à 90°C. au moins, pour détruire le ferment glycolytique (Voir *Mercredi médical*, 1890, p. 189), et 40 grammes dans un ballon qu'on porte immédiatement au bain-marie à 39°C. On l'y laisse une heure, puis on verse le sang dans du sulfate de soude à 90°C., au moins.

Le sang qui s'écoule de l'artère B tombe directement dans un flacon, préalablement pesé, renfermant du sulfate de soude à 90°C. au moins, et dans un ballon, contenant du sable de Fontainebleau stérilisé, et immergé dans le bain-marie à 39°C. ; on l'agite fortement pendant quelques minutes, de façon à le défibriner d'une manière *bien complète* ; et on le laisse une heure à cette température. Au bout de ce temps, on le verse dans du sulfate de soude à 90°C. au moins.

Voici les résultats que donne le dosage du sucre pour 1,000 grammes de sang dans le sang préalablement défibriné, B dans l'autre. Il est à noter que les chiffres suivants sont une moyenne d'un grand nombre d'expériences, d'ailleurs parfaitement concordantes :

	Immédiatement.	Après 1 heure.	Perte.
A.....	1 gr. 05	0 gr. 80	24 0/0.
B.....	1 gr. 07	0 gr. 72	33 0/0.

La différence 0 gr. 02 des chiffres 1 gr. 05 et 1 gr.07 centigr. pourrait passer pour une erreur de dosage ; nous la croyons cependant bien réelle, et nous pensons qu'elle reconnaît pour cause la perte d'une petite quantité de sucre dans le sang A pendant le battage et la filtration. Quant à la différence que présentent les deux sangs au bout d'une heure elle s'explique par le fait que B n'a été privé d'aucune de ses parties constituantes, tandis que A, préalablement défibriné, a perdu, outre sa fibrine, un certain nombre de globules blancs qui, d'après des observations microscopiques, restent inclus dans son intérieur. Or, il résulte de nos recherches antérieures (*Revue scientifique*, 28 février 1891, p. 273) que le ferment glycolytique est renfermé dans les globules blancs. Il est donc naturel que le sang défibriné soit moins riche en ferment glycolytique que le sang entier.

Si on fait macérer la fibrine tout à fait fraiche, extraite d'une quantité donnée de sang, dans un peu d'eau sucrée à la température de 39°C., on trouve que le pouvoir glycolytique de cette fibrine est précisément égal à la différence existant entre le pouvoir glycolytique du sang dont elle est extraite et celui de la même quantité de sang entier.

La conséquence de ces faits, que nous avons constatés dans un grand nombre d'expériences, est que, pour déterminer d'une manière tout à fait exacte la teneur d'un sang en ferment glycolytique, il ne faut pas le défibriner préalablement ; autrement on commettra une erreur en moins qui pourra être d'un dixième environ, mais bien procéder ainsi que nous l'avons indiqué avec le sang B. Nous insistons sur la nécessité d'agiter très fortement le sang contenu dans le ballon ; car, si on le laisse se coaguler en gros caillots, bien qu'*entier* en fait, il perd en une heure *moins de sucre* que le sang préalablement défibriné. Cela se comprend facilement en songeant que, dans ce cas, les globules blancs sont emprisonnés au sein d'une masse très considérable, et que par conséquent le ferment ne peut diffuser.

Même en suivant rigoureusement la méthode ci-dessus indiquée, on n'arrivera pas à connaître exactement le pouvoir glycolytique du sang, si le chien a été préalablement bien nourri. Dans ce cas, en effet, il peut renfermer du glycogène en quantité assez abondante pour que la production d'une quantité relativement considérable de sucre dans les premiers instants qui suivent la saignée, vienne fausser les résultats. Dans une prochaine note nous donnerons la preuve de la réalité de cette *glycogénie hématique* que Cl. Bernard ne paraît pas avoir soupçonnée.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 29 *mai* 1891

Présidence de M. E. Labbé

Expulsion de très nombreux ténias en une seule fois.

M. Laboulbène. — Dans la séance du 15 mai, M. du Cazal a signalé l'évacuation par un malade de vingt-cinq ténias inermes en une seule fois ; je puis citer deux cas analogues.

Le premier concerne un étranger présentant certains trou-

bles nerveux et qui me fut envoyé par M. Charcot. Je constatai des démangeaisons péribuccales et anales, des vertiges, des troubles visuels, de la boulimie, des diarrhées subites, etc. J'administrai la pelletiérine et à la seconde dose un volumineux paquet de vers enroulés fut expulsé. On compta 21 têtes de ténias, tous inermes.

Le second cas concerne un Hollandais, chez lequel quarante centigrammes de pelletiérine, entre deux purgatifs, provoquèrent une véritable débâcle helminthique. Je comptai trente-cinq têtes de ténias inermes.

Etiologie et nature de la chorée de Sydenham.

M. Comby. — La question de la nature de la chorée est toujours pendante; elle n'a pas été résolue par les travaux de MM. Germain Sée et Roger. L'opinion de ces auteurs, qui ont voulu faire de la chorée une annexe du rhumatisme, généralement bien accueillie, a été énergiquement battue en brèche par quelques médecins, au premier rang desquels je dois citer M. Joffroy. Pour lui, les douleurs articulaires qui accompagnent parfois la chorée ne relèvent pas du rhumatisme, mais du système nerveux; ce sont des arthropathies spinales. De même les lésions cardiaques, dont on a fait un trait d'union de la chorée avec le rhumatisme, seraient des lésions trophiques.

Je n'irai pas aussi loin dans l'interprétation de ces manifestations morbides. Je crois qu'on peut se passer de l'intervention du système nerveux comme de celle du rhumatisme, et j'explique les douleurs vagues par la croissance, et la plupart des souffles cardiaques par l'anémie concomitante. Cependant, je ne nie pas la coïncidence assez fréquente du rhumatisme et des endopéricardites avec la chorée.

Le rhumatisme conserve un rang honorable dans l'étiologie de la chorée; c'est un agent provocateur de la maladie, mais celle-ci garde son autonomie de névrose spéciale, indépendante du rhumatisme.

Cela dit, je n'hésite pas à adopter la définition de M. Joffroy, et le terme de « névrose cérébro-spinale d'évolution » appliqué à la chorée de Sydenham n'a rien qui me choque.

90 cas que j'ai observés depuis huit ans, chez des enfants, plaident en faveur de la nature purement nerveuse de la chorée. Parmi ces 90 cas de chorée légitime, 58 se rapportent à des filles et 32 à des garçons. Cette prédominance du sexe féminin se retrouve dans toutes les statistiques; elle plaide en faveur de la nature nerveuse de la maladie.

Relativement à l'âge, j'ai compté 14 sujets de 3 à 7 ans, 18 de 7 à 9 ans, 29 de 9 à 12 ans, et 26 de 12 à 15 ans. Comme on le voit, c'est dans la seconde enfance, et plus particulièrement de 7 à 12 ans, que sévit la chorée de Sydenham.

Chez ces 90 petits malades, je n'ai relevé que cinq fois la coïncidence du rhumatisme articulaire aigu, et encore, dans deux de ces cas, l'intervalle qui séparait les deux maladies était tel (18 mois et 3 ans), qu'il est bien difficile de les réunir par un lien de causalité. Dans deux de ces cas, il y avait un souffle d'insuffisance mitrale. Les souffles de la base, que je regarde comme des souffles anémiques, se sont rencontrés quatre fois. Donc la proportion des chorées rhumatismales, dans cette statistique, a été réellement infime et négligeable. Au contraire, les manifestations névropathiques diverses (anesthésie pharyngée, anesthésie cutanée et sensorielle, incontinence nocturne d'urine) se sont montrées 31 fois, soit donc plus du tiers des cas. Encore faut-il dire que j'ai souvent négligé la recherche des stigmates névropathiques.

Du côté des ascendants des choréiques, j'ai retrouvé assez souvent la folie, l'hystérie, la chorée, l'épilepsie, les névralgies diverses, la tuberculose. Fort de cette statistique, je puis dire que la chorée est une névrose qui peut coïncider avec le rhumatisme, qui peut être provoquée par lui, sans avoir aucun lien de parenté avec lui.

Le Dr Ch. Leroux, qui a observé comme moi, dans un dispensaire, arrive aux mêmes conclusions. Les statistiques favorables à la conception de la chorée rhumatismale ont été dressées dans les hôpitaux, c'est-à-dire avec des cas graves, car on ne reçoit guère, comme on sait, dans les hôpitaux, que les chorées très intenses. Les nôtres comprennent surtout les cas légers. Si l'on veut avoir une idée exacte des rapports de la chorée avec le rhumatisme, il faut fondre ensemble ces statistiques opposées, et en tirer une moyenne.

J'ajouterai, en terminant, que l'emploi du salicylate de soude, dans un grand nombre de ces cas de chorée, ne m'a donné aucun résultat. C'est là un nouvel argument contre la nature non rhumatismale de la chorée.

M. Potain. — Il y a quelque temps je fus appelé à examiner un petit garçon qui, à la suite d'un traumatisme de la jambe survenu aux bains de mer, avait été pris de petits mouvements choréiformes. Je dis aux parents que ces tremblements choréiques pouvaient permettre de supposer que leur enfant était rhumatisant et je leur conseillai de prendre des précautions dans ce sens. Malgré les précautions prises, un rhumatisme articulaire aigu survint au bout d'un certain temps. L'enfant mourut d'endocardite.

En présence de faits de ce genre, il me semble bien difficile de penser que la chorée n'est pas dans un bon nombre de cas (je ne dis pas dans tous) une manifestation du rhumatisme.

MM. Sevestre et **Cadet de Gassicourt** confirment l'opinion de M. Potain.

M. Chantemesse. — J'ai observé récemment une jeune fille de 21 ans, nullement rhumatisante, qui tomba d'un premier étage. Trente-six heures après sa chute, elle fut prise de mouvements choréiques rappelant la chorée de Sydenham, la chorée d'évolution. Mais, en même temps, je constatai de l'ovaralgie, de l'anesthésie pharyngée, de l'hémianesthésie cutanée; en un mot, des stigmates hystériques. Tout cela dura un mois et disparut par la simple action d'un aimant. Voilà donc un cas qui ressemblait complètement, je le répète, à la chorée d'évolution par la forme du tremblement, et qui cependant n'en était pas. C'était une chorée hystérique. La conclusion à en tirer, c'est que si certaines manifestations choréiques sont en rapport avec le rhumatisme, il en est d'autres — et des plus nettes, des plus classiques, à ne considérer que la nature du tremblement — qui en sont tout à fait indépendantes.

M. Raymond. — Les faits du genre de celui de M. Chantemesse s'ajoutent à tous ceux qui ont modifié si grandement, dans ces dernières années, la signification du tremblement. Ils prouvent que si le tremblement hystérique peut simuler le tremblement de la sclérose en plaques, celui de la paralysie agitante, il peut contrefaire encore celui de la chorée de Sydenham.

ÉTRANGER

ALLEMAGNE

RÉUNION LIBRE DES CHIRURGIENS DE BERLIN

Séance du 11 mai 1891

Fracture de la rotule.

M. von Bergmann présenté un malade opéré il y a deux ans pour une fracture de la rotule, chez lequel à cette époque on a obtenu un cal fibreux solide. Peu à peu la cicatrice fibreuse s'est allongée, et actuellement elle mesure 11 centimètres. Néanmoins le malade peut marcher, vaquer à ses occupations, faire aller sa jambe malade.

Deux facteurs jouent un rôle important dans les mouvements de la jambe : l'union intime entre le muscle vaste interne et l'aponévrose crurale à laquelle il se rattache par des faisceaux fibreux, les faisceaux fibreux qui existent sur la face externe et proviennent du tenseur du fascia-lata. C'est grâce à cette disposition anatomique que le malade peut continuer à marcher.

M. Rose a observé un cas analogue de fracture de la rotule dans lequel les muscles ont complètement disparu. Il est d'avis que sans un traitement convenable l'écartement des fragments serait encore plus grand.

M. v. Bergmann pense au contraire que tout dépend de la nature de la fracture. Si les faisceaux fibreux supplémentaires sont déchirés, le résultat est encore moins bon.

M. Wolff considère la communication de M. Bergmann comme très importante. Depuis les travaux de Bruns on croit que, dans le cas d'écartement considérable des fragments, la marche dépend de la solidité de la cicatrice. Le cas rapporté par M. Bergmann montre que les fonctions de la jambe ne dépendent pas exclusivement de l'état de la cicatrice fibreuse.

M. Kœhler a observé un cas où les deux fragments de la rotule ne se sont pas réunis, de sorte qu'on sentait les condyles à travers la peau. Néanmoins le malade pouvait non seulement marcher, mais aussi monter sur une chaise.

Absence des oreilles.

M. Lindner présente un enfant avec une absence congénitale des oreilles. On trouve un développement rudimentaire du pavillon, mais il n'existe pas trace de conduit auditif ni d'oreille interne, comme il a pu s'en convaincre en faisant une incision par laquelle il voulait mettre à nu l'oreille interne.

Fibro-sarcome du dos.

M. Strohe présente une malade de 58 ans ayant subi il y a 28 ans une amputation du sein gauche, et une année plus tard celle du sein droit, pour un fibro-sarcome de la glande mammaire. Il y a 4 ans une tumeur s'est développée sur son dos qui depuis quelque temps a commencé à s'ulcérer. La tumeur, des dimensions d'une tête d'enfant, est mobile et de consistance uniforme.

Gastro-entérostomie.

M. Hahn. — Peu de temps après que Billroth eut inauguré la résection du pylore, on a vu que cette opération n'était possible que dans un nombre restreint de cas. Aussi a-t-on cherché un autre mode d'intervention, la gastro-entérostomie, la dilatation du pylore sans ouverture de l'estomac, la jéjunostomie.

Dans la gastro-entérostomie, la statistique de Loreta fournit une mortalité de 60 0/0. La première fois l'opération a été faite en 1881 par Wœlfler. Il a pris une partie du jéjunum à 40 cm. du pylore, la rabattit sur le côlon transverse et l'épiploon, pratiqua une ouverture dans l'estomac et le jéjunum et sutura les deux orifices. Dès la première année on a pu voir que le pronostic de cette opération était mauvais. En 1888, Rockwitz de Strasbourg a publié 21 cas opérés de cette façon, dont 4 pour sténose et 17 pour carcinome. Sur ces 21 opérés il eut 12 morts, dont un seul sur les opérés pour sténose. Mais peu de temps après, Rockwitz publia une autre série, particulièrement heureuse, de 8 opérés avec 1 seul cas de mort.

Rockwitz et Lücke croyaient pouvoir attribuer ces bons résultats à une simplification du procédé opératoire : ils prenaient n'importe quelle anse intestinale et la suturaient à l'estomac.

La statistique personnelle de M. Hahn est moins bonne que la précédente. Sur 11 opérés il compte 5 guérisons et 6 morts. Cette différence dans les résultats est due moins à la simplification du procédé opératoire qu'à ce que les malades de Hahn étaient plus âgés que ceux de Lücke, chez lequel aucun des malades n'avait plus de 50 ans.

Sur les 6 qui sont morts, 4 fois la mort a été produite par le collapsus, une fois par la péritonite. Dans ce dernier cas on a trouvé à l'autopsie, sur l'intestin, un point de nécrose à côté des sutures, par lequel il y a eu issue du contenu stomacal Le 6e malade a probablement succombé également à la péritonite. Le premier cas de guérison se rapporte à un homme de 40 ans qui mourut en 1889, 5 ans après l'opération.

Sur les 6 opérés d'Angerer, un a vécu assez longtemps, 2 ont survécu pendant quelques semaines, 3 sont morts immédiatement après l'opération.

Chez les vieillards, le jéjunum est d'une minceur extrême rendant fort difficile l'application des sutures.

M. Hahn présente ensuite les pièces anatomiques provenant d'un individu opéré en octobre 1889 et sorti guéri un mois plus tard. Au bout d'un an il revint à l'hôpital où il mourut au bout de peu de temps. Avant l'opération, l'état général était déjà très mauvais, les vomissements presque continus. On fit la laparotomie exploratrice suivie de gastro-entérostomie. M. Hahn a essayé de placer la partie afférente de l'anse à gauche, et la partie afférente à droite, contrairement à ce que recommande Lücke dans ces cas.

M. Rotter, qui a fait il y a un an une gastro-entérostomie suivant les règles tracées par Lücke, trouve que le procédé de ce dernier n'est pas toujours avantageux. Le malade eut des vomissements continuels et mourut 5 semaines après l'opération. A l'autopsie on trouva que le contenu stomacal se trouvait dans la portion afférente de l'anse fortement distendue.

Chez une autre malade, une femme de 35 ans atteinte d'un carcinome volumineux de l'estomac, l'opération a donné un bon résultat, en ce sens que, depuis 5 mois que l'opération a été faite, la malade se trouve très bien.

M. Hahn pratiquait jusqu'à présent des orifices de 2 à 3 cm. Les orifices plus grands sont difficiles à suturer. A l'avenir il se propose de faire, avant la suture, le grattage du pylore afin que, malgré le gonflement, les aliments puissent passer dès le premier jour.

Tumeur rare de la vulve.

M. Lindner. — Il s'agit d'une femme de 32 ans, ayant eu 6 enfants, le dernier il y a 3 semaines, et qui constata après le premier accouchement l'apparition à la vulve d'une tumeur qui augmentait à chaque accouchement suivant.

A l'examen de la malade, on trouva une tumeur des dimensions d'une tête d'enfant, renfermée dans un sac de peau lâche paraissant dépendre du mont de Vénus. La peau de la partie supérieure de la tumeur provenait effectivement du mont de Vénus, celle de la partie inférieure était formée par le vestibule de la vulve et les grandes lèvres ; le clitoris se trouvait sur la partie inférieure de la tumeur. La tumeur était nettement fluctuante.

La tumeur s'ouvrit spontanément 5 mois après, en donnant lieu à l'écoulement d'une forte quantité de sang et de pus, ce qui a réduit la tumeur aux dimensions d'un œuf d'oie. La vascularité de la tumeur rendant l'extirpation impossible, M. Lindner se contenta de sutures profondes et de tamponnement. La guérison fut très lente.

La tumeur se composait d'un sac à parois lisses de 2 cm. et demi d'épaisseur. Il s'agit probablement d'un kyste congénital par inclusion d'un feuillet germinatif.

SOCIÉTÉ DE PSYCHIATRIE DE BERLIN

Séance du 11 *mai* 1891

Chorée héréditaire

M. Jolly présente une femme de 36 ans atteinte de chorée depuis huit ans. La maladie est survenue à la suite d'une peur. Au dire des sœurs de la malade, celle-ci aurait cependant eu antérieurement quelques mouvements convulsifs dans les membres inférieurs. Aujourd'hui les secousses sont généralisées et atteignent même les muscles de la face, la langue elle-même est prise et parfois l'articulation des mots en est gênée. Lorsque la malade veut faire un mouvement, élever le bras par exemple, les secousses sont caractéristiques, et elles se continuent une fois le mouvement accompli. Cependant sous l'action de la volonté il peut s'établir un repos musculaire, très relatif d'ailleurs. Cette remarque est importante, car on a fait jouer un grand rôle à ce signe pour différencier cette chorée de la petite chorée. L'écriture témoigne de l'impatience musculaire ; elle n'est cependant pas absolument désordonnée et l'on voit des séries de trois ou quatre lettres assez correctement écrites. Les facultés intellectuelles sont affaiblies, la malade le remarque d'ailleurs elle-même ; la mémoire est embrouillée par moments et la sensibilité est devenue excessive. Une pensée triste affecte vivement la malade et provoque des mouvements convulsifs.

L'histoire familiale est la suivante : la mère de la malade a été choréique de 35 à 46 ans, âge où elle est morte. L'affection s'était progressivement aggravée et avait abouti à l'impossibilité absolue de quitter le lit et à la démence. Un frère aîné de la mère était également choréique ; enfin un autre frère plus jeune, oncle de la malade, sera présenté à l'assemblée par M. Remak. Au dire de la malade, des accidents semblables auraient déjà apparu dans la famille chez des ascendants plus éloignés. Enfin, des deux enfants de la malade, un est sujet à des attaques épileptiformes et à des crises choréiformes.

L'affection ainsi décrite est bien la chorée familiale, signalée par Huntington en 1872, se reproduisant de génération en génération, débutant vers l'âge moyen de la vie, mais s'étant

parfois manifestée dans l'enfance par quelques troubles peu marqués de la motilité. L'affection est chronique et progressive.

Quelle différence sépare cette forme de la maladie de la chorée minor aiguë? La possibilité de se fixer dans un mouvement ou d'amener un repos relatif par la volonté serait, pour certains auteurs, un signe caractéristique de la chorée héréditaire. Or si, dans le cas présenté, l'écriture n'est pas absolument désordonnée, il faut avouer qu'elle est déjà bien troublée et on peut expliquer le fait signalé plus haut et vrai en lui-même par une sorte d'éducation que les malades ont faite dans leurs mouvements convulsifs. Cela peut en effet se retrouver aussi dans la petite chorée. On a voulu, d'autre part, faire des troubles intellectuels l'apanage exclusif de la chorée héréditaire; cela est exagéré et on peut voir, assez fréquemment, la mélancolie, la manie, etc., apparaître dans la petite chorée. Les modifications intellectuelles sont constantes dans les deux formes, il n'y a qu'une question de degré.

La chorée héréditaire présente fréquemment des rapports avec des troubles nerveux de tout autre ordre, et on voit ici dans la même famille l'épilepsie apparaître au voisinage de la chorée. La durée et l'évolution font seules la différenciation des deux formes de la maladie : faut-il admettre qu'il n'y a au fond qu'une question de différence de terrain? on en sera réduit aux suppositions, tant que l'on ne connaîtra pas exactement la lésion de la chorée.

M. Remak présente tout d'abord l'oncle de la malade précédente. Ici l'affection a commencé à se manifester dans le cours d'un rhumatisme articulaire aigu. Dans l'enfance il y avait eu des secousses musculaires isolées, transitoires, mais surtout le malade avait eu des crises épileptiques, survenant à deux ou trois reprises et alors très répétées. Aujourd'hui les secousses convulsives sont généralisées, la mémoire est très affaiblie.

Un second malade présenté par l'auteur offre des symptômes d'interprétation plus difficile.

Il s'agit d'un enfant de 11 ans, bien portant jusqu'à l'âge de 2 ans. A 7 ans 1/2 le pied gauche avait été légèrement contusionné. La contusion avait rapidement guéri. Vers l'âge de 8 ans le pied droit commença à se renverser en dedans. Il y avait dans le membre des secousses convulsives violentes qui forcèrent le malade à entrer à la Charité où on pensa à une affection de nature psychique ou à de l'hystérie. L'application des aimants amena d'ailleurs un résultat très satisfaisant. Bientôt l'affection reprit son cours, la contracture devint telle qu'il fallut faire en 1889 la ténotomie du tendon d'Achille. En octobre 1890 la jambe gauche se prit à son tour. Le langage restait normal, les facultés intellectuelles étaient intactes.

Un seul antécédent notable à signaler : le malade avait présenté jusqu'à huit ans de l'incontinence d'urine nocturne. Aujourd'hui la jambe gauche est fortement ramenée en dedans, maintenue en adduction forcée par les spasmes des masses musculaires, le bassin de ce côté est surélevé et, bien que l'articulation de la hanche soit libre, les mouvements spasmodiques et la contracture des muscles de la partie gauche de l'abdomen lui font prendre la position que l'on voit dans la coxalgie.

Les réflexes tendineux sont normaux. Il n'y a pas de paralysie. Mais on constate de temps à autre, sur certains muscles, notamment les adducteurs, des mouvements lents, intermittents, présentant tous les caractères de l'athétose. La contractilité électrique est conservée. Au lit, on note une tendance à la scoliose. On ne remarque aucun symptôme analogue du côté de la tête ou des membres supérieurs. Il faut noter enfin que les mouvements cessent pendant le sommeil. Les phénomènes que présente ce malade sont bien analogues à ceux de l'athétose. Si l'on recherche dans les antécédents héréditaires du malade, on retrouve des accidents nerveux. La mère présente notamment des accident choréiformes chroniques et progressifs du bras droit et des muscles du cou Nous voyons donc ici une relation étroite entre la chorée et l'athétose. Certains auteurs, Charcot entre autres, ont remarqué la ressemblance symptomatologique que peuvent présenter les deux affections. Ici nous retrouvons une relation pathogénique. Dans notre cas les antécédents, l'évolution rappellent la chorée héréditaire, et les symptômes observés sont ceux de l'athétose. Il est d'ailleurs bien entendu qu'ici toute idée de lésion en foyer doit être écartée.

M. Senator a vu un cas analogue à celui présenté par M. Remak. Les affections de cet ordre, où l'on voit s'unir les mouvements athétosiques à ceux de la chorée, ne sont pas des plus rares.

M. Oppenheim. — Un enfant vint, il y a quelques années, à la Charité avec une contracture analogue des membres inférieurs, accompagnée d'athétose. On fit la ténotomie, sans aucun succès. Le diagnostic hésita longtemps, on pensa à de l'hystérie; enfin on se décida pour de « l'athétose ? » en attendant mieux.

ANGLETERRE

SOCIÉTÉ MÉDICALE ET CHIRURGICALE DE LONDRES

Séance du 26 mai 1891.

Ligature des artères.

MM. Delépine et Dent tirent de leurs expériences les conclusions suivantes :

I. — 1° Quand une artère saine est solidement liée sur son trajet par une ligature efficace, on obtient toujours une obstruction permanente, qu'un caillot se forme ou non, que le point où siège la ligature soit ou non à proximité d'une branche collatérale. 2° Jusqu'au 5e jour, le bout central de l'artère se remplit graduellement de sang coagulé, qui, le 5e jour, forme un tampon composé de caillots de différents âges. Par suite de la rétraction inégale des différents caillots, des canaux se creusent principalement à la périphérie du thrombus et dans les crevasses ainsi formées pénètre du sang; ainsi s'établit une sorte de circulation bâtarde. 3° Du 5e au 13e jour les éléments de la tunique interne prolifèrent, pénètrent dans le caillot en formant de véritables ponts. Le 13e jour le caillot est sillonné dans toute son épaisseur par des tractus de tissu embryonnaire et une couche épaisse de cellules aplaties, continue avec la tunique interne, recouvre son extrémité cardiaque. 4° Les restes du caillot sont graduellement résorbés et le 13e jour quelques petites masses de pigment éparses révèlent seules l'existence du thrombus. Au fur et à mesure que se fait cette résorption, le bouchon se rétracte et finalement sa surface devient concave. 5° En même temps des phénomènes analogues se passent en dehors de l'artère liée. Des vaisseaux embryonnaires se forment en dehors aussi bien qu'à l'intérieur de l'artère. Au début ces vaisseaux sont formés par des colonnes solides de tractus constitués par des cellules fusiformes; ce ne sont donc à ce moment que des vaisseaux en puissance. 6° Le 23e jour les nouveaux vaisseaux intra et extra-artériels pénètrent la tunique musculaire dégénérée au niveau de la ligature; ils s'anastomosent par inosculation en même temps qu'ils se creusent et ainsi s'établit une circulation véritable. 7° Cependant la ligature est lentement résorbée, et est graduellement remplacée par du tissu connectif de nouvelle formation.

II. — 1° La ligature serrée des artères saines amène une occlusion permanente en 2 semaines. 2° La ligature serrée faite au moyen d'un tendon plat ne lèse pas la tunique fibreuse de l'artère alors même qu'on l'a appliquée de façon à rompre complètement les 2 tuniques internes. 3° L'occlusion du vaisseau par du tissu fibreux de nouvelle formation remplaçant le caillot est complète longtemps avant que la ligature par tendon plat ait lâché ou soit résorbée.

III. — 1° On préconise l'usage du tendon parce que ce dernier présente une structure homogène et sa forme offre certains avantages. 2° La ligature serrée est un procédé recommandable, car elle donne des résultats constants, certains et rapides.

IV. — L'usage de la ligature lâche est blâmé par les auteurs qui, à ce propos, font allusion au travail de MM. Ballance et Edmund. On doit éviter la ligature lâche pour les raisons suivantes :

1° Cette méthode ne donne pas des résultats constants; 2° elle ne donne pas des résultats aussi rapidement que la ligature serrée; 3° elle n'offre aucun avantage quant au manuel opératoire; elle est même peut-être plus compliquée.

V. — En résumé, la ligature serrée constitue la méthode qui peut amener le moins d'accidents, et celle qui amène le mieux les résultats désirés.

M. Holmes pense qu'il est toujours plus prudent de s'arranger de manière à rompre la tunique interne par la ligature.

M. Macnamara s'appuyant sur son expérience personnelle est partisan de la ligature serrée.

M. Ballance croit que MM. Delépine et Dent ont généralisé d'après un trop petit nombre de cas. Son procédé donne toujours de bons résultats, tandis que la ligature serrée a amené bien des désastres.

M. Dent répond que le tendon est bien supérieur à la soie. Quant aux conclusions du travail précédent, elles ont été faites à la suite de l'étude de cas très nombreux.

SOCIÉTÉ CLINIQUE DE LONDRES

Séance du 22 *mai* 1891.

Oblitération de l'artère fémorale et manie aiguë dans la fièvre typhoïde

M. Sidney Phillips. — J'ai observé chez un sujet convalescent d'une fièvre typhoïde légère, mais avec troubles de la contractilité cardiaque, des accès de fièvre avec température s'élevant à 39°,4, dont le premier a coïncidé avec une douleur subite dans l'hypochondre droit ; à la suite du 2e accès, j'ai constaté l'oblitération de l'artère fémorale gauche et l'absence de pulsations dans les artères poplitée et tibiale ; il y avait en même temps une diminution de la force et de la sensibilité du membre, un peu d'œdème de la jambe et du pied, et une élévation de la température du membre. Au 3e accès de fièvre se produisit une épistaxis ; aux 4e, 5e et 6e accès, le malade fut pris d'excitation, atteignant presque l'intensité de la manie aiguë et dans un de ces accès la température atteignit 41°,2. La guérison a été complète. Il est probable que l'oblitération artérielle a été produite par une embolie : l'élévation de la température du membre peut être mise sur le compte d'une paralysie réflexe des vaso-constricteurs produite par le choc embolique. Quant aux accès de manie, ils peuvent avoir été la conséquence d'embolies, mais il est plus probable qu'ils ont été produits par le trouble nerveux fonctionnel engendré par la fièvre chez un individu nerveux.

Leucocythémie de durée anormale.

M. Ord. — J'ai eu l'occasion de suivre pendant près de 3 ans un homme de 36 ans, atteint de leucocythémie. La première fois que je l'ai vu, la rate occupait toute la moitié gauche de l'abdomen et cette tuméfaction splénique remontait déjà, au dire du malade, à plus d'un an. En outre, cet homme se sentait faible, avait des étourdissements et des hémorrhagies par le nez et par les gencives, mais il n'avait pas maigri et n'avait ni diarrhée ni inappétence. Plus tard, la tuméfaction de la rate augmenta, le foie se tuméfia également, il se développa de l'ascite, il y eut des hémorrhagies rétiniennes nasales et gingivales, de l'albuminurie, etc. Le traitement a consisté dans l'emploi de l'hypophosphite de soude et de l'arsenic. Le sang renfermait un nombre considérable de globules blancs offrant 3 formes différentes et des globules rouges à noyau et des cristaux de Charcot. A l'autopsie, les ganglions lymphatiques étaient intacts. La longue durée de la maladie tient à l'absence relative de complications et à l'influence favorable de l'arsenic.

M. F. Taylor. — On assigne généralement à la leucocythémie une durée moyenne de 2 ans ; mais dans beaucoup de cas cette durée est dépassée. J'ai observé également pendant 3 ans une femme atteinte de leucocythémie.

Embolie pulmonaire à la suite d'une hématocèle pelvienne.

M. L. Remfry. — Chez une femme qui avait été atteinte d'une hématocèle traitée par la ponction vaginale aspiratrice et le drainage et les irrigations, la dernière irrigation a été suivie d'une dyspnée intense avec cyanose survenue subitement ; la respiration s'affaiblit peu à peu et finit par s'arrêter. La respiration artificielle fut continuée pendant 3 heures et suivie de l'administration d'oxygène et ramena la malade à la vie ; il se produisit des paroxysmes de dyspnée et de cyanose à intervalles de 24 heures. L'expansion thoracique était faible et le malade éprouvait une douleur dans le côté droit et il se développa un petit foyer pneumonique à la partie moyenne du poumon droit.

AUTRICHE

SOCIÉTÉ IMPÉRIO-ROYALE DES MÉDECINS DE VIENNE

Séance du 29 *mai* 1891

Angiomes caverneux multiples.

M. Billroth présente une jeune femme atteinte d'angiomes caverneux multiples de la main et de l'avant-bras. Les tumeurs occupent le tissu cellulaire sous-cutané et peuvent être extirpées.

M. v. Schrœtter soigne actuellement un jeune homme qui depuis 3 mois se plaint d'une parésie progressive du côté gauche du corps et du moteur commun droit. Sur tout le corps sont de nombreux angiomes et les troubles nerveux sont probablement dus à un angiome intra-crânien.

M. Mauthner a vu un cas où le traitement d'un angiome voisin de l'œil par les injections coagulantes a causé une cécité bilatérale, due sans doute à la thrombose de la veine angulaire, thrombose propagée aux veines ophthalmique et centrale de la rétine.

Prothèse crânienne au celluloïd.

M. v. Eiselsberg présente deux malades auxquels il a remplacé des morceaux de crâne par des plaques de celluloïd. C'est d'abord une fille de 17 ans chez qui par carie s'était formée au frontal une perte de substance grande comme une pièce de 5 francs : 9 mois après l'insertion d'une plaque de celluloïd le résultat est excellent. La deuxième observation est celle d'un homme de 40 ans qui devint épileptique à la suite d'une fracture compliquée. La région crânienne cicatricielle et enfoncée fut trépanée et obturée par une rondelle de celluloïd. Au 4e jour, nouvel accès : sous la rondelle enlevée existait un hématome. Dix-sept jours plus tard elle fut remise, et depuis 8 semaines aucun accès n'a eu lieu.

M. Billroth pense que l'on peut faire la trépanation et la prothèse en une séance si on a soin de laisser dans la plaque un trou par lequel on draine. Il l'a fait une fois : mais au 14e jour l'épilepsie reparaissait. Au total, il ne croit pas que cette opération ait un bien grand avenir.

Maladie du sommeil.

M. Mauthner a avancé l'an dernier que la maladie du sommeil était due à une polio-encéphalite supérieure, à une inflammation de la substance grise ventriculaire (voy. *Mercredi*, 1890, p. 279). Cette opinion est confirmée par l'observation d'un nègre du Congo mort à Londres de cette maladie. Il n'y avait aucune modification macroscopiquement appréciable. Cela fait croire à une lésion des cavités centrales appréciable au microscope. Avec cela cadrent bien encore les paralysies oculaires par lesquelles débute la maladie : ce sujet en particulier avait eu du ptosis. On a objecté à cette théorie que la pupille reste rétrécie pendant le sommeil, mais ce n'est pas un argument valable.

M. Billroth présente un enfant de 7 mois atteint de *nævi pigmentaires pileux* vastes et nombreux. Il se prononce pour l'abstention.

M. Zemann montre une pièce de *kyste hydatique du poumon*.

M. Kretz fait voir une *tuberculose tubo-ovarienne*.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant*.

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

N° 23. — 10 JUIN 1891 LE NUMÉRO QUINZE CENTIME

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

PUBLIÉ PAR

LA GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Et servi gratuitement à tous les abonnés de ce journal

ABONNEMENTS SPÉCIAUX POUR MM. LES ÉTUDIANTS. — UN AN : 6 FRANCS

L. LEREBOULLET, Rédacteur en chef. — A. BROCA, Secrétaire de la Rédaction

Librairie de G. MASSON, 120, boulevard Saint-Germain.

SOMMAIRE

ACTES OFFICIELS

Par décret, en date du 5 juin 1891, les aspirants au doctorat en médecine et au grade de pharmacien de première classe doivent produire, en passant leur première inscription, les diplômes ci après indiqués :

Doctorat en médecine. — Le diplôme de bachelier de l'enseignement secondaire classique avec mention : lettres, philosophie, et transitoirement le diplôme de bachelier ès sciences restreint.

Grade de pharmacien de première classe. — Le diplôme de bachelier de l'enseignement secondaire classique, avec mention : lettre, philosophie, ou avec mention : lettres, mathématiques, ou le diplôme de bachelier d'enseignement moderne avec l'une ou l'autre des trois mentions.

Les diplômes de bachelier ès lettres, de bachelier ès sciences et de bachelier de l'enseignement secondaire spécial, actuellement délivrés et ceux qui seront délivrés ultérieurement en exécution des mesures transitoires arrêtées par le décret du 8 août 1890 et par le décret du 4 juin 1891 (enseignement secondaire moderne) restent valables pour l'inscription en vue des grades de licencié au doctorat, en droit, doctorat en médecine, licencié ès sciences ou ès lettres, et grade de pharmacien de première classe.

ACTES DES FACULTÉS DE MÉDECINE

Thèses du 15 au 20 juin 1891.

Mercredi 17. — M. Vernet. Contribution à l'étude clinique du pincement de l'intestin par les fissures sus-ombilicales. — M. Rascol. Contribution à l'étude des thyroïdites infectieuses. — M. Doulet-Fortunay. Étude critique sur l'étiologie du paludisme. — M. Charles. Des résections de l'avant bras après les traumatismes des parties malades.

Jeudi 18. — M. Plein. Sur l'action pyogénique du bacille typhique. — M. Porembski. Contribution à l'étude des cirrhoses hépatiques chez les enfants. — M. Lefèvre. Etude clinique des néologismes chez les aliénés. — M. Roques. De l'alcoolisme et de la paralysie générale dans leurs rapports réciproques. — M. Macon. Etude des résultats de la résection du genou. — M. Zaborowski. Quelques cas d'ablation de fibromes utérins pendant la grossesse.

Concours du Prosectorat. — *Epreuve d'anatomie descriptive* : Paroi externe des fosses nasales.

BORDEAUX

Thèses de mars, avril et mai 1890-91.

20, Lamic. Contribution à l'étude de l'intoxication oxycarbonée. — 21, Lacombe. Quelques considérations sur la gale et le traitement par le naphtol. — 22, Glérant. Quelques cas d'anévrysmes chirurgicaux observés à l'hôpital maritime de Brest ; leur traitement. — 23, Hamon. Contribution à l'étude des ruptures du ligament rotulien. — 24, L'Eost. Essai sur les affections oculaires liées à la diathèse rhumatismale. — 25, Patriarche. Des exostoses ostéogéniques. — 26, Jeanty. De l'empyème latent de l'antre d'Highmore étude accompagée de vingt deux cas inédits de cette affection. — 27, Lièvre. Contrib. à la géographie médicale ; notes et observations recueillies au Rio-Nunez 1887-1888. — 28, Le Port. De l'appendicite et de son traitement. — 29. Raulin. Étude critique sur le trait. chir. de la névralgie du trijumeau. Supériorité de la résection de ses branches sur leur élongation et l'extirpation du ganglion de Passer. — 29, Royer-Collard. Alcoolisme; coma alcoolique. Responsabilité légale des alcooliques. — 31, Espéron-Lacaze de Sardac. Incontinence nocturne d'urine chez les enfants (revue étiologique et thérapeutique). — 32. Cassaigneau. Des abcès froids ossifluents de l'os coxal dans leurs rapports avec la coxalgie ou pseudo-coxalgies d'origine iliaque

VARIÉTÉS

Faculté de médecine municipale de Marseille. — On sait qu'une nouvelle Faculté de médecine est en voie de formation à Marseille, créée de toutes pièces par le Conseil municipal. Cette Faculté de médecine sera installée au château du Pharo. Voici les conclusions du rapport votées à l'unanimité par le Conseil municipal de Marseille:

1° Il est institué à Marseille une Faculté municipale de médecine et de pharmacie, dont la durée est fixée à 30 ans;

2° Les cadres de cette Faculté seront ceux prévus dans le présent rapport. Le budget, au compte de la Ville, ne sera pas supérieur à 345,600 francs, ni inférieur à 305,600 francs ;

3° La Faculté occupera le château du Pharo ainsi que l'Institut annexé à ce batiment, conformément aux plans et devis dressés à la date du 27 février 1891. La Ville pourvoira lesdits locaux;

4° La Ville fournira les cliniques indispensables à l'enseignement. Ces cliniques seront organisées à l'Hôtel-Dieu, et, si besoin, à la Charité. Le concours de la Ville, pour cette organisation, est fixé à deux cent cinquante mille francs;

5° Les dépenses prévues aux articles 3 et 4 seront couvertes par la vente des terrains non encore aliénés des rues Colbert et des Incurables;

6° L'ouverture de la Faculté aura lieu dès l'achèvement et l'amélioration du Pharo;

7° Après l'achèvement de l'Institut anatomique, l'amphithéâtre de la rue Montée-Saint-Esprit sera destiné aux services des autopsies;

8° Le jardin botanique au parc Borély fera retour au service des plantations;

9° Les plans, devis et cahiers des charges seront dressés par M. Huot, architecte en chef de la Ville.

Un homme prolifique. — Un américain, mort il y a peu de temps, à l'âge de 69 ans, s'est marié en 1840 et a eu de sa première femme 18 enfants en 8 ans : deux fois elle a eu des jumeaux ; quatre fois elle a eu 3 enfants à chaque couche; la septième fois, elle n'a donné le jour qu'à un seul enfant, après quoi elle est morte. Trois mois après, le père se remarie : deux ans de suite il a, avec sa seconde femme, 1 enfant; puis pendant cinq ans, il en a 10 (cinq fois des jumeaux); puis une période de calme s'établit, et en trois il ne naît que 3 enfants. La seconde femme meurt à son tour laissant à son mari un total de 20 enfants vivants (12 étant morts sur les 32 qui portent le nom du père). Celui-ci se remarie avec une veuve ayant 1 enfant, et en dix ans elle lui donne encore 9 enfants. Peut-être ce père prolifique continuerait-il le cours de ses exploits, si une locomotive ne l'avait écrasé. Sur ces 41 enfants, il n'en vit que 24 à l'heure actuelle.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Le traitement de Koch.

Le *Mercredi médical* a depuis bientôt deux mois cessé de publier ou d'analyser au fur et à mesure les communications relatives à la méthode de Koch. Celles-ci avaient, d'ailleurs, déjà à ce moment perdu bien de leur intérêt; enfin, et en dernier lieu, les discussions qui se sont élevées devant les deux congrès allemands, et dont nous avons rendu compte, résumaient les avis exprimés par les différents auteurs, de telle façon qu'il devenait inutile de relever dans les journaux allemands toutes les publications faites à propos de la tuberculine et n'ayant souvent trait qu'à quelques cas particuliers.

Au commencement du mois d'avril 1891, se tinrent les deux congrès allemands de médecine et de chirurgie. Au congrès de médecine, certains auteurs se montrèrent encore partisans de la tuberculine, d'autres, en plus grand nombre, en redoutaient l'action nocive; tous réclamaient, en fin de compte, des observations vraiment scientifiques et des expérimentations sur les animaux. Au congrès de chirurgie, M. Bergmann avait montré que l'action de la lymphe de Koch n'était nullement spécifique et que sa valeur diagnostique elle-même était souvent surfaite. Les autres chirurgiens s'étaient joints à lui pour refuser à la tuberculine l'infaillibilité diagnostique dont Koch l'avait douée et pour admettre que les indications opératoires n'avaient nullement été modifiées par le nouvel agent thérapeutique.

De part et d'autre, enfin, on notait des améliorations plus ou moins durables, parfois des aggravations dans l'évolution des lésions tuberculeuses, exceptionnellement des guérisons.

Nous verrons, par la revue rétrospective des publications faites en Allemagne depuis deux mois, si la situation s'est modifiée.

Les dermatologistes ont continué à enregistrer les résultats donnés par l'emploi de la tuberculine.

Pour Goldschmidt (Madère) (1), la lymphe de Koch peut produire chez les lépreux une fièvre de réaction et des modifications locales analogues à ce que l'on voit déjà chez les tuberculeux. La valeur diagnostique du remède est donc infidèle. Pour Unna (2) (Hambourg), au contraire, la susceptibilité de la lymphe est parfois très spéciale, et l'auteur a observé des cas qui l'ont fortifié dans la théorie de la division des eczémas en deux classes : l'eczéma tuberculeux, l'eczéma séborrhéique.

Quoi qu'il en soit, au point de vue thérapeutique, les auteurs sont d'accord. Unna a constaté la fréquence et la rapidité des récidives après le traitement de Koch. Il pense que les moyens actuellement en usage dans le traitement du lupus ne doivent pas être laissés de côté et qu'il faut réserver la lymphe de Koch à la cure des lupus très étendus ou bien de certaines cicatrices chéloïdes de nature tuberculeuse. Ce ne serait donc plus qu'un traitement de nécessité, dans les cas où l'on ne peut rien tenter d'autre.

Neumann (3) (Vienne) est d'un avis à peu près analogue. L'auteur n'a pas constaté de guérison complète, il a vu de fréquentes améliorations dans le traitement du lupus; mais ces améliorations auraient pu être obtenues par les procédés actuellement en usage. Quant aux récidives, elles sont pour ainsi dire constantes : nous savons, d'ailleurs, que les auteurs ne se sont pas fait faute de les signaler au dernier congrès allemand.

(1) *Berlin. klin. Woch.*, 13 avril, p. 368.
(2) *Mon. f. Derm.*, 1891, n° 8.
(3) Société des méd. de Vienne, 13 mars.

Les rhinologistes et les laryngologistes continuent à rapporter quelques cas intéressants et quelques résultats heureux.

Renvers (1) (Berlin) a vu une amélioration rapide survenir, dans la tuberculose laryngée, sous l'influence de la lymphe de Koch. Michelson (2) a constaté des effets analogues dans un cas de tuberculose de la muqueuse des voies respiratoires supérieures.

En résumé donc, pour ce qui concerne la tuberculose de la peau et des muqueuses : les auteurs tendent de plus en plus à admettre que la tuberculine ne possède pas une vertu spécifique, capable de déceler les foyers tuberculeux et de les guérir. Il ne faut pas abandonner les anciens procédés thérapeutiques et on ne doit recourir à la lymphe que dans certains cas, de lésions étendues par exemple, qui jusqu'à présent échappaient à nos moyens de traitement et qui peuvent être avantageusement modifiées par la pratique des injections.

Les chirurgiens n'ont pas apporté de nouveaux éclaircissements à la question. Il faut dire que la communication magistrale de Bergmann rendait inutiles bien des communications ultérieures. Les auteurs semblent être d'accord sur ce point que le diagnostic peut être le plus souvent posé en dehors de tout emploi de la tuberculine et que, si l'on veut se servir de celle-ci, ce ne doit être que comme complément aux interventions opératoires indiquées comme auparavant. Il faudra tenir grand compte de l'état général du sujet et s'abstenir de toute injection dans le cas de tuberculose disséminée (Kendal Franks) (3).

Les médecins ont continué à publier le résultat de leurs statistiques personnelles. Peu d'auteurs sont vraiment et sans hésitation partisans de la méthode. Rosenfeld (Stuttgard) (4) a bien constaté des améliorations prolongées dans les cas de tuberculose pulmonaire au début, mais la lecture de ses observations nous offre des renseignements vraiment trop insuffisants pour en tirer une conclusion formelle. Kartulis (Alexandrie) (5) paraît également satisfait; il ne manque cependant pas d'insister sur l'affaiblissement de l'état général, consécutif aux injections de lymphe. Mais la plupart des autres auteurs ne sont pas aussi confiants dans l'avenir de la méthode de Koch.

Certains signalent comme un sérieux danger la persistance de la fièvre à la suite d'une ou plusieurs injections. Kalindero et Babes (6) ont vu l'hyperthermie persister pendant un mois. Menche (7), expérimentant dans sa clientèle privée, a vu, à côté de quelques cas relativement favorables, la fièvre de réaction prendre chez certains autres malades un caractère si alarmant qu'il fallait interrompre immédiatement le traitement. Ces accidents s'accompagnent parfois de dépression physique et psychique extrême et Herzog (8) (Gessen) a remarqué que la tuberculine pouvait réveiller chez les sujets prédisposés des troubles cérébraux parfois sérieux et de longue durée.

Les accidents ne se bornent pas toujours à ceux que nous venons de signaler. Nous savons que la tuberculisa-

(1) *Deuts. med. Woch.*, 2 avril, p. 512.
(2) *Deuts. med. Woch.*, 21 mai, p. 717.
(3) *The Dublin Journal of med. Sc.*, Avril 1891.
(4) *Deuts. med. Woch.*, 2 avril 1891.
(5) *Deuts. med. Woch.*, 16 avril, p. 576.
(6) *Deuts. med. Woch.*, 2 avril, p. 509.
(7) *Deuts. med. Woch.*, 7 mai, p. 654.
(8) *Deuts. med. Woch.*, 16 avril, p. 580.

tion miliaire aiguë a pu, dans certains cas, être rattachée par les auteurs à l'emploi de la lymphe.

Tangl (Tübingen) (1) rapporte un nouvel exemple de cette terrible complication. Chez un malade, très anciennement tuberculeux, l'emploi de la lymphe de Koch fut rapidement suivi d'une généralisation aiguë de la maladie. L'auteur ajoute fort sensément qu'il est malheureux, pour le moins, que la lymphe n'ait pas empêché le développement de cette tuberculose aiguë. Schultze (Bonn) (2) est devenu sceptique à l'égard de la tuberculine, il ne l'emploie que sur la demande expresse des malades et après les avoir avertis des dangers possibles. Arend (Kœnigsberg) (3) n'a pas de son côté observé de cas bien satisfaisants et il conclut en disant que la méthode de Koch est une arme à deux tranchants que l'on manie dans l'obscurité.

Nous voilà donc ramenés une fois encore aux conclusions de Virchow et à celles émises dans les deux congrès allemands. Il est absolument nécessaire, avant d'aller plus loin dans l'emploi de la lymphe, d'avoir des données positives, concernant les modifications anatomiques et physiologiques que celle-ci détermine. Pour cela il faut surtout s'adresser à l'expérimentation.

Sur ces différents points les auteurs ne nous ont pas fourni dans ces derniers temps de renseignements bien précieux. Cependant Chiari a observé à nouveau la tendance aux hémorrhagies, la formation rapide de blocs pneumoniques chez les sujets soumis aux injections. Il a vu, dans un cas de tuberculose cæcale, une perforation se produire et amener à sa suite la production d'une fistule pyo-stercorale.

Amann (Davos) (4) a vu que les bacilles diminuaient très rarement de nombre, augmentaient plutôt dans les crachats des malades traités par la tuberculine. Les fibres élastiques devenaient surtout beaucoup plus abondantes. Burckhardt (5), examinant l'urine de sujets atteints de tuberculose génito-urinaire, a également remarqué l'augmentation du nombre des bacilles.

Quant à la présence des bacilles dans le sang qui avait été signalée par Liebmann, il faut admettre que l'auteur a commis quelque erreur dans ses recherches. Kossel (6) (Berlin), reprenant cette question, a montré l'extrême rareté des bacilles dans le sang vivant. Sur 800 préparations, il n'est arrivé qu'à trois résultats positifs.

Au point de vue de la physiologie pathologique, si la plupart des auteurs admettent que la tuberculine ne possède pas un caractère vraiment spécifique (Holwegg) (7), certains n'en font pas moins ressortir ce fait de l'origine nettement bulbaire de certains des phénomènes rationnels.

Martins (8) (Breslau) a vu la polyurie succéder aux injections de lymphe. Oka (9) signalant l'accélération de la respiration pense que la tuberculine a une action directe sur les centres nerveux.

Quant aux expérimentations sur les animaux, elles font encore presque complètement défaut. Baumgarten (10) a constaté que des doses massives de lymphe, injectées chez les lapins tuberculeux n'empêchaient pas les bacilles de se reproduire; employée préventivement, la lymphe ne conférait aucune immunité. Grawitz (11) (Berlin), expérimentant chez le singe, a constaté des modifications anatomiques absolument analogues à celles qui se produisent chez l'homme. Les choses en sont là. Les communications des médecins de Saint-Louis, les observations du Pr Lannelongue ont exprimé l'idée que l'on a actuellement en France de la lymphe de Koch.

Nous ne nous sommes servis aujourd'hui et nous ne nous servirons à l'avenir que des travaux publiés en Allemagne pour juger impartialement les mérites de la méthode de Koch.

L'idée que nous pourrons nous en faire sera donc indépendante de toute autre considération et exclusivement scientifique.

H. Vaquez.

(1) *Deuts. med. Woch.*, 7 mai, p. 660.
(2) *Deuts. med. Zeit.*, 20 avril, p. 383.
(3) *Deuts. med. Woch.*, 9 avril, p. 550.
(4) *Deut. med. Zeitung*, 20 avril, p. 385.
(5) *Deut. med. Zeit.* 20 avril, p. 385.
(6) *Berl. klin. Woch.* n° 19, p. 470.
(7) *Deut. med. Zeit.*, 21 mai, p. 486.
(8) *Deuts. med. Woch.*, 2 avril, p. 517.
(9) *Deuts. med. Zeit.*, 20 avril, p. 383.
(10) *Berl. klin. Woch.*, 11 mai, p. 464.
(11) *Deuts. med. Woch.*, 7 mai, p. 657.

REVUE DES CONGRÈS

QUATRIÈME CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ ALLEMANDE DE GYNÉCOLOGIE (1).

Bonn, du 21 au 23 mai 1891.

Prophylaxie de l'infection puerpérale

M. Dohrn (Kœnigsberg). — C'est un fait bien connu que l'introduction de l'antisepsie dans la pratique des accouchements n'a pas encore produit partout les résultats qu'on en pouvait espérer pour la santé des femmes accouchées. Il est pourtant établi que dans quelques grands pays d'Allemagne, la mortalité puerpérale a diminué dans le cours des dernières années. Mais par contre, il y a d'autres pays où semblable diminution ne s'est pas montrée; et là même où l'on constate cette diminution de mortalité, elle est encore loin d'atteindre le but espéré. Les résultats obtenus dans quelques établissements d'accouchement nous montrent qu'on aurait pu aller plus loin encore.

En présence de ces faits, c'est un devoir pour nous de chercher les moyens d'obtenir de meilleurs résultats.

Dans ma communication, je me bornerai à traiter deux points :

1° La diminution de la mortalité puerpérale;
2° La responsabilité actuelle des accoucheurs.

1° Pour ce qui est de la mortalité puerpérale, nous avons eu des statistiques instructives provenant de quelques pays allemands. Tous les pays cependant ne nous offrent pas des statistiques auxquelles on puisse se fier; car trop souvent on ne trouve que des statistiques isolées, infructueuses, et avec ces matériaux insuffisants, il est impossible de prendre une décision quand il s'agit surtout de questions toutes spéciales. Il est donc nécessaire d'avoir sous les yeux un tableau général qui puisse présenter une idée des principaux faits de l'année.

C'est ce qui a été fait dans le plus grand des Etats allemands. Les cas de mort à la suite de couches ont été recueillis par Bohr et Ehlers.

Les tableaux qu'ils ont dressés sont très utiles. Sans doute il y a des erreurs dans les chiffres donnés pour chaque année, mais ces erreurs ne sont pas sensiblement plus grandes pour une année que pour une autre.

J'ai réuni ces faits sous une forme graphique. En examinant les courbes que vous allez avoir sous les yeux, il vous suffira d'un rapide coup d'œil pour constater l'état de la mortalité des femmes en couches suivant les années.

Je mets sous vos yeux les graphiques représentant la mortalité en Prusse de 1816 à 1880; à Berlin de 1878 à 1887; à Hambourg de 1873 à 1879, dans les instituts d'accouchement allemands de 1877 à 1885. Ces résultats sont en général très satisfaisants, et nous pouvons en conclure avec assurance que dans plusieurs grands pays d'Allemagne la mortalité des femmes accouchées a diminué dans les dernières années.

Mais ces résultats satisfaisants ne se montrent pas dans tous les pays qui nous fournissent des statistiques complètes. Dans le royaume de Saxe, pendant les années 1883-1889, par exem-

(1) D'après le *Centralblatt f. Gyn.*, où les résumés ont été faits par les auteurs eux-mêmes.

ple, la diminution de la mortalité ne se produisit qu'en 1884, après une augmentation très sensible; j'ajoute que, d'après les rapports des deux dernières années, la mortalité a repris une marche ascendante. La courbe de mortalité du grand-duché de Bade pour les années 1873-1887, courbe qui fut dessinée d'après les indications d'Hegar, ne nous fait pas constater une diminution progressive de la mortalité.

On peut donc considérer comme bien établi que la bienfaisante antisepsie n'a pas encore pénétré partout en Allemagne assez profondément.

2° J'arrive maintenant à ma deuxième question :

Dans quelle mesure le médecin peut-il améliorer l'état actuel des choses?

Je veux ici ne faire qu'effleurer la question des sages-femmes. Il est évident qu'il y aurait là de nombreuses améliorations à réaliser : 95 0/0 des naissances se font par leur intermédiaire, et la mortalité des femmes accouchées dépend surtout de la manière dont les sages-femmes s'acquittent de leur office.

Mais, par contre, on ne peut pas ne pas apprécier l'influence qu'exerce le médecin. Son influence est importante, non seulement parce qu'il exerce son action sur l'activité des sages-femmes, mais encore parce que sa façon d'intervenir réagit directement sur le chiffre de la mortalité. Sans doute, le nombre des cas où l'on requiert le praticien, est bien infime relativement à la somme totale des naissances, mais, malgré cela, une portion notable du chiffre de la mortalité dépend de la façon dont le traitement est appliqué par le médecin.

Dans tous les pays civilisés pour lesquels nous avons de nombreux documents à ce sujet, pour les dix dernières années, le nombre des délivrances opératoires augmente. La cause en est en partie dans la facilité plus grande des communications, et en partie aussi dans la confiance croissante que l'on a dans le succès des interventions opératoires. Depuis l'introduction de l'antisepsie surtout, les délivrances opératoires paraissent avoir suivi une rapide progression. Hegar nous a adressé à ce sujet, du grand-duché de Bade, un tableau intéressant, et la courbe indique une augmentation significative. *Cette intervention opératoire est-elle réellement profitable aux accouchées?* A cette question, je réponds absolument: *Non.*

Depuis plusieurs années, j'ai publié de nombreux documents statistiques sur les interventions opératoires faites par les accoucheurs de la Hesse électorale, et j'ai été amené à en conclure que leur augmentation n'avait été profitable ni aux mères, ni aux enfants.

L'énorme augmentation des délivrances opératoires dans le grand-duché de Bade n'a pas diminué la mortalité des femmes accouchées dans ce pays; bien plus, je puis vous montrer des documents provenant du royaume de Saxe qui prouvent que, parmi les femmes accouchées mortes de 1883 à 1889, le nombre de celles qui furent délivrées opératoirement a notablement progressé, et que par conséquent une part *des cas de mort par suite de couches* (part qui s'augmente d'année en année) doit être attribuée dans ce pays aux délivrances artificielles.

Il est donc clair que la confiance avec laquelle beaucoup de praticiens procèdent aujourd'hui à des délivrances opératoires n'est point justifiée.

La plupart du temps, l'accouchée a un très grand intérêt à tomber entre les mains d'une sage-femme intelligente qui reçoive ses instructions du médecin. Choisir cette sage-femme intelligente sera le principal devoir du médecin à qui la femme enceinte confiera son sort.

On manque ici malheureusement bien des fois à cette simple prescription, surtout dans mainte grande ville. Quand le praticien ne veut pas, par orgueil, faire appel à une sage-femme, quand il entreprend de conduire la délivrance avec l'aide d'une garde-malade quelconque, les suites de l'intervention opératoire sont faciles à prévoir, et ses résultats peuvent être constatés dans les documents que je vous présente. J'ai traité plusieurs femmes qui ont payé de leur santé cette manière d'agir aussi fatale à la médecine qu'à l'accouchée.

Je constate d'ailleurs, avec joie, que dans ces derniers temps s'est établie une vive opposition contre la tendance nouvelle des accoucheurs qui, confiants dans l'antisepsie, veulent élargir encore le champ des interventions opératoires.

Lorsque Boër publia son traité d'accouchement, il passa en revue les cas de naissance pour lesquels on l'avait appelé, et termina par ces mots : « On fera cette remarque que le nombre des délivrances opératoires diminue sensiblement d'année en année; c'est que le temps m'a appris à mieux apprécier la puissance de la nature qui enfante ».

Vous savez quels bienfaits ses leçons ont produits dans la pratique des accouchements.

Nous ne sommes pas encore assez avancés pour pouvoir abandonner les voies où Boër nous a menés.

M. Ahlfeld (Marburg). — L'idée que nous nous faisons de la fièvre perpuérale, au lieu de devenir plus nette, est de jour en jour plus vague, et les divergences des auteurs sur la genèse de la maladie ne se sont nullement éclaircies.

Une seule chose est bien établie : c'est que depuis que pour procéder à l'examen et à la délivrance des femmes, on admet les règles d'une propreté scrupuleuse, les conditions se sont améliorées d'une façon surprenante.

Mais malgré la plus minutieuse propreté, il se produit encore des morts par fièvre puerpérale; pour certains cas il faut donc admettre l'infection par le sujet lui-même.

En ce qui concerne les recherches bactériologiques, nous ne sommes encore arrivés à aucun résultat. La statistique est encore le seul facteur décisif. Si, pour la pratique privée, nous avions une statistique d'une valeur égale à celle qui est établie pour les instituts d'accouchement, et que cette statistique fût rédigée d'après des principes aussi sévères, nous connaîtrions beaucoup mieux la pathogénie et le traitement de la fièvre puerpérale.

L'orateur présente une statistique de 2,000 naissances observées à l'institut d'accouchement de Marburg, depuis le mois d'avril 1884 jusqu'au mois d'avril 1891.

I. — *Cas de mort* (y compris ceux qui sont morts après avoir été transférés dans d'autres cliniques) : 14=0,7 0/0.

Affections non puerpérales : 4=0,2 0/0. (Goitre. Trachéotomie. Pneumonie; tuberculose; grave faiblesse du cœur).

Affections puerpérales *non septiques :* Eclampsies: 3=0,15 0/0.

Infection.—*a*) Femmes amenées déjà malades : 2=0,10 0/0.

b) Opération césarienne (sur 7 cas) : 2=0,10 0/0.

c) Infectées dans le service même : 3=0,15 0/0. Ces trois femmes se présentaient pour faire procéder à un avortement opératoire. Elles ne furent donc examinées, ni par les pratiquants ni par les élèves (femmes), ni vraisemblablement par une sage-femme, mais seulement par le directeur et par l'assistant désigné pour procéder à l'opération. Antisepsie comme pour une laparotomie. Dans les trois cas le travail se prolongea de 6 à 14 jours, la tête étant serrée par un bassin très étroit. Après cette longue durée du travail la fièvre se déclara, l'enfant mourut et la fièvre continua. Dans deux de ces cas, l'accouchement avant terme fut provoqué artificiellement. Puisque dans l'espace de temps cité plus haut, c'est-à-dire d'avril 1884 à avril 1891, il a été procédé à 107 avortements, la mortalité des femmes délivrées de cette façon s'élève à 1,9 0/0.

II. — *Cas de maladie puerpérale grave ou moyennement graves :* 38=1,90 0/0.

29 primipares, 9 multipares.

Nature des maladies :

Paramétrites, 16 cas (4 graves, 7 moyennement graves, 5 légers).

Endométrites, 16 cas (2 cas avec paramétrite légère, 1 cas avec thrombose des gros vaisseaux de la cuisse, 3 cas par gonorrhée).

Diphthérie vaginale et endométrite, 2 cas.

Inflammation de l'articulation sacro-iliaque, 1 cas.

Durée des maladies. — On a congédié :

Dans la 2e semaine	....	9 malades
— 3e —	....	11 —
— 4e —	....	7 —
— 5e —	....	4 —
— 6e à 9e	....	5 —
— 11e à 22e	....	2 —

Remarques. — Dans 15 des 38 cas, il n'y a pas eu d'examen par les praticiens. Dans 11 cas l'intervention opératoire

fut nécessaire. Dans 4 cas il y a eu solution du placenta complète ou partielle; une partie des cas de paramétrite se liait à une profonde déchirure du col; 4 ou 5 fois les malades étaient atteintes de gonorrhée (l'une d'entre elles ne fut soumise à aucun examen et une autre ne fut examinée qu'une seule fois). Des rétentions de la membrane de l'œuf et une marche atypique de la période placentaire ont fréquemment précédé la maladie. Pendant les suites de couches des multipares, il ne s'est produit aucune paramétrite.

Me basant sur cette statistique, sur des observations antérieures et sur des travaux expérimentaux, j'établis que :

1° Grâce à la prophylaxie en usage dans notre maison d'accouchement, l'infection qui peut être produite par les doigts ou par les instruments est fort rare. Quant à l'infection provenant du dehors pendant le travail, elle n'a pas l'importance qu'on lui attribue généralement même dans les instituts d'accouchement.

2° Les parties extérieures du canal génital, bien qu'elles soient exposées à de nombreuses blessures pendant l'acte génital, sont rarement infectées, tandis que les parties du canal génital difficiles ou impossibles à atteindre par les procédés de désinfection, sont très facilement infectées lorsqu'elles sont blessées.

3° Quoique sans doute, dans la pratique de ville, la plupart des cas de mort et de maladie grave, doivent être attribués à une désinfection insuffisante, il n'est cependant pas exact de chercher la guérison exclusivement dans l'antisepsie appliquée à l'accouchement ; les bons résultats obtenus dans les instituts d'accouchement sont aussi, en partie, les suites de la direction prudente et conforme à la nature, appliquée à la naissance et aux suites de couches.

L'*auto-infection* existe, et par conséquent une partie des morts est inévitable. Mais dans la pratique privée, la majeure partie des cas de mort et de maladie grave, est due à l'*infection directe*.

Les remèdes pour combattre la fièvre puerpérale doivent consister :

1° Dans les mesures générales d'hygiène ;

2° Dans des mesures spéciales d'hygiène (moyens prophylactiques) ;

3° Dans des précautions pour diminuer la réceptivité des femmes.

Il serait bon d'édicter un certain nombre de mesures pour que les accouchements de la pratique privée profitassent des expériences faites dans les instituts d'accouchement, et pour qu'on y obtienne ainsi les mêmes résultats salutaires.

A. *Mesures générales d'hygiène.* — 1° Instruction du public par des écrits et par des conférences ; 2° Amélioration des soins généraux de propreté ; 3° Fondation de maisons d'accouchement pour les cercles industriels et pour les villes de province ; 4° Meilleure éducation pratique des médecins ; 5° Amélioration de l'état de sage-femme.

B. *Mesures spéciales d'hygiène.* — 1° Introduction d'une méthode de désinfection simple, non compliquée, applicable à la clientèle pauvre ; 2° Toucher vaginal rare ; 3° Emploi obligatoire du thermomètre dans les accouchements qui durent longtemps et pendant les suites de couches.

C. *Mesures destinées à atténuer la réceptivité morbide à l'infection.* — Parmi les prescriptions les plus importantes, je cite ici :

1° Laisser agir la nature dans la période consécutive à l'accouchement, c'est-à-dire, expectation ; 2° Combattre l'atonie utérine par des moyens extérieurs, le massage, par exemple ; 3° Fermer toutes les plaies des parties génitales externes par la suture ; 4° Ne pas faire de trop fréquentes opérations ; 5° Quand l'enfant est certainement mort, laisser de côté le forceps et recourir à la perforation ou à l'embryotomie ; 6° Le forceps doit être considéré comme un instrument dangereux ; il faut lui préférer la chaise obstétricale de Ritgen, ou recourir à l'intervention manuelle ; 7° Eviter le tamponnement dans les cas de placenta prævia et faire la version combinée ; 8° Pendant les couches, soutenir les contractions de l'utérus ; 9° L'intervention au début de la fièvre puerpérale a des chances de succès.

M. Dœderlein (Leipzig) pense que M. Ahlfeld désespère trop des données fournies par la bactériologie. C'est d'elle que nous pourrons tirer des notions sur l'étiologie de la fièvre puerpérale. A cet égard, il faut étudier d'abord les sécrétions vaginales. L'état normal, celui des vierges, est une sécrétion très acide, différente de la sécrétion alcaline du col. Mais cela n'existe que chez 56.4 0/0 des femmes enceintes. Chez 43.6 0/0 il y a un liquide très peu acide ou même alcalin, lié à de la vaginite granuleuse. L'acidité normale est due à un bacille spécial, très difficile à cultiver, se développant à 37° sur l'agar ou sur le sérum ; de plus, dans ce milieu acide existe le champignon du muguet dans 35 0/0 des cas. Mais dans ce liquide il n'y a pas de microbe pathogène : le *staphyloccocus aureus* y périt même rapidement. Il n'y a donc pas lieu de désinfecter un vagin qui contient ce liquide acide. Il en est tout autrement des femmes dont la sécrétion est alcaline ; chez celles-là on peut trouver divers microbes, entre autres le streptocoque pyogène. Et si on les touche avant l'accouchement, on risque, si on ne prend pas des précautions antiseptiques rigoureuses, d'infecter leur vagin, d'où des suites de couches pathologiques et même mortelles. La statistique en fournit la preuve : sur 51 cas de ce genre, 20 femmes n'ont pas été touchées et toutes ont guéri de leur accouchement, dont 8 après quelques légers accidents ; les 31 touchées ont fourni 5 accidents sérieux et 1 mort. En tenant compte de ces données, on améliorera la léthalité.

M. Fritsch (Breslau) est persuadé que le léthalité diminue à mesure que l'antisepsie se perfectionne : mais nous ne sommes pas encore parvenus au résultat idéal. D'ailleurs, si on songe à toute la minutie qu'il faut dans un laboratoire pour opérer aseptiquement, on conçoit aisément que l'asepsie soit bien difficile à réaliser en obstétrique.

M. Hegar (Fribourg) pense que la différence de mortalité accusée par M. Dohrn entre la Prusse et le duché de Bade est plus apparente que réelle. Cela tient surtout à ce qu'en Prusse la statistique est faite par des employés de mairie, tandis que celle du grand-duché est bien plus exacte, étant fournie par les médecins.

M. Leopold (Dresde) donne des renseignements analogues pour la Saxe : la mortalité a augmenté à partir du jour où le service médical a dû être informé par la sage-femme de tous les cas de fièvre puerpérale. Il est très important de pratiquer le toucher le moins possible, et, quand on y recourt, d'assurer une désinfection rigoureuse des mains. A la clinique de Dresde, 1,360 accouchements faits sans désinfection préalable du vagin n'ont pas donné dans 94 0/0 des cas de température dépassant 38°.

M. Fehling (Bâle). — A Bâle depuis 1874 on doit prévenir les autorités de tout cas de fièvre puerpérale, et la mortalité qui était auparavant de 7.93 0/0 oscille maintenant autour de 6 50 0/0. Dans les cliniques, on peut, avec des soins suffisants, pratiquer sans danger le toucher vaginal. M. Fehling est partisan du forceps : il l'applique une fois sur 15 à 20 et s'en loue. Il n'est dangereux que dans les cas irréguliers.

M. Dührssen (Berlin) croit que l'on doit insister sur l'éducation des praticiens et des sages-femmes en antisepsie et ainsi la pratique de ville pourra devenir à peu près aussi heureuse que la pratique hospitalière. Il ne faut évidemment pas abuser des interventions, mais les rapporteurs vont peut-être trop loin dans leur proscription.

M. Frommel observe à Erlangen où il y a peu d'accouchements et beaucoup d'étudiants, en sorte qu'une femme doit être touchée plusieurs fois. Or si on désinfecte bien les mains des élèves et les organes génitaux de la parturiente, il n'en résulte aucun inconvénient.

M. Veit (Berlin) pense, au contraire, que le toucher n'est que rarement utile.

M. Martin (Berlin) fait le plus souvent les accouchements avec le concours d'une simple garde, sans sage-femme ; la sage-femme est souvent dangereuse. A cet égard il diffère donc d'avis avec M. Dohrn (qui dans une réplique a maintenu son opinion). Il pratique le toucher aussi rarement que possible.

M. Müller raconte qu'à Berne, en 1874, on a pris des mesures administratives sévères et la mortalité puerpérale a diminué. Depuis on est revenu à peu près au chiffre antérieur, ce qui tient sans doute à un relâchement dans la surveillance.

Diagnostic du cancer du corps de l'utérus.

M. Hofmeier (Würzburg). — Après avoir défini ce qu'on entend par carcinome et avoir montré comment l'adénome malin se différencie du carcinome, l'auteur expose les caractères anatomiques du carcinome, d'après des recherches en partie nouvelles. Se basant sur quelques-unes de ses préparations il conclut que le carcinome débute souvent par l'épithélium superficiel, et que, dans ces cas, il a plutôt le caractère d'un carcinome alvéolaire, quand bien même les végétations de l'épithélium prennent la forme de dépressions glandulaires. Dans le développement du carcinome des glandes proprement dit, il se fait d'abord une augmentation importante des glandes qui semble indiquer un stade adénomateux, mais ensuite les végétations épithéliales se développent et, pénétrant lentement, détruisent l'utérus. Ce processus marche toujours lentement; aussi, la pratique qui consiste à ne poser le diagnostic qu'après le développement complet des végétations dans l'épaisseur de la couche musculaire est-elle impossible à admettre.

D'ailleurs, les changements subis par la muqueuse sont si caractéristiques, que l'examen de cette muqueuse est absolument suffisant pour établir le diagnostic.

Du reste, un état particulier de la couche musculaire précède toujours son envahissement par les végétations épithéliales.

Cliniquement le carcinome du corps se présente chez les nullipares ou chez les femmes qui n'ont eu que peu de grossesses et aussi au delà de l'âge critique.

Comme premier symptôme se produisent ordinairement des hémorrhagies, quelquefois des écoulements. Dans certaines conditions il se produit des douleurs très caractéristiques semblables à des coliques.

L'exploration manuelle ne donne rien de bien net. L'examen à l'hystéromètre ou avec le doigt après incision du col, donne au contraire de précieux renseignements en permettant de reconnaître la dureté et l'inégalité de la surface malade.

Mais la chose la plus importante pour établir le diagnostic du carcinome, c'est l'examen anatomique de fragments de la partie malade qui fournira alors, quoi qu'on en ait dit, des préparations caractéristiques de carcinome alvéolaire ou glandulaire, sans qu'il faille prouver l'envahissement de la couche musculaire par les végétations. En effet, trouver des éléments épithéliaux à côté des glandes et en tirer la preuve de la malignité de la maladie, est chose difficile et peu utile au diagnostic. Les transformations en adénome malin sont indifférentes pratiquement. Il faut pourtant éviter l'erreur avec les processus endométritiques. Dans ceux-ci, l'épithélium glandulaire dans son entier paraît uniformément altéré en conservant le caractère de cellules cylindriques, tandis que dans le carcinome les altérations ne sont pas uniformes, et les cellules sont atypiques.

M. Leopold (Dresde). — Afin d'acquérir une base anatomique capable de servir à l'éclaircissement de ce sujet, Leopold, avec l'aide du docteur Mironoff Charkow et de son assistant le docteur Rindfleisch, a soumis à l'examen microscopique 78 utérus extirpés, à savoir 44 cancers du col et 27 du corps. En outre, pour servir de comparaison, on examina encore 7 utérus extirpés en totalité pour d'autres maladies. De chacun de ces utérus on enleva 3 portions de tissu, l'un au col, l'autre à l'intérieur de l'isthme, le troisième au corps. Chacune de ces portions contenait, outre la muqueuse, une couche musculaire épaisse de 3 millimètres. A l'aide de ces matériaux on se propose de répondre à ces trois questions :

1° Comment prend naissance et se forme le cancer situé au-dessous de l'isthme utérin? D'où viennent les cancers du museau de tanche et ceux du col, et la séparation de ces deux cancers est-elle fondée anatomiquement et pratiquement utile?

2° Dans le cas de cancer de la portion vaginale et du col utérin, comment la muqueuse s'altère-t-elle?

3° Quelle est l'origine et la formation du carcinome du corps et quels sont les meilleurs moyens de le reconnaître?

En réponse à ces questions, Leopold, présentant des dessins de 16 cancers du corps totalement extirpés, propose les conclusions suivantes :

1) Le cancer utérin peut avoir son siège au-dessus ou au-dessous de l'isthme de l'utérus; il est toujours d'origine épithéliale; le cancer conjonctif n'existe pas dans l'utérus;

2) Ce que nous appelons carcinome est une néoformation épithéliale atypique (Thiersch, Waldeyer, Williams);

3) Le cancer utérin naît le plus souvent au-dessous de l'isthme utérin; il part en général de l'épithélium du museau de tanche, et rarement de la muqueuse cervicale. Ce que nous appelons cancer du col, est souvent un cancer du museau de tanche. Mais la distinction de ces deux cancers n'est pas utile. Tous deux demandent le même traitement opératoire;

4) Des cancers du museau de tanche ne faisant que commencer ne sont pas aussi rares à rencontrer qu'on le croit généralement;

5) Probablement les cancers primitifs du col viennent de l'épithélium pavimenteux du museau de tanche;

6) Dans 25 0/0 de nos cas le cancer du col atteignait l'isthme utérin;

7) Dans le cancer de la portion vaginale, la muqueuse du corps offre, la plupart du temps, une inflammation chronique. Mais nous n'y avons pas observé la dégénérescence sarcomateuse. L'adénome y est très rare;

8) Avec le cancer du col on peut rencontrer aussi un cancer isolé du corps;

9) Le cancer primitif du corps est presque toujours superficiel; il est rarement noueux. Au début on remarque un épaississement de la muqueuse, avec prolifération des glandes et néoformation de vaisseaux dans les couches musculaires internes; les végétations épithéliales atypiques en forme de touffes et d'alvéoles, poussent à la fois au dedans et au dehors.

10) Les végétations épithéliales se présentent sous forme de papilles qui sont extraordinairement riches en vaisseaux. C'est pourquoi, histologiquement, le meilleur qualificatif pour ce cancer est de l'appeler papillomateux.

11) La désignation « adénome, malin » est impropre et cause des confusions.

Le mot adénome doit désigner en effet uniquement une néoformation glandulaire bénigne. Si cette néoformation s'étend anormalement, c'est-à-dire en infiltrant le tissu voisin, alors ce n'est plus un adénome mais le carninome papillomateux du corps.

12) L'examen microscopique des fragments fournira les plus sûrs renseignements pour le diagnostic, lorsqu'on trouvera de la prolifération dans les glandes et une néoformation de vaisseaux. Dans les cas avancés, les moyens cliniques ordinaires suffiront pour établir le diagnostic.

M. Th. Landau (Berlin) est d'accord avec M. Hofmeier sur la distinction entre le carcinome et l'adénome; en outre, il insiste sur la distinction entre l'adénome bénin et l'adénome malin. Mais à mon sens, l'examen de parcelles obtenues par curettage est insuffisant pour le diagnostic. **M. Abel** (Berlin) pense également que M. Hofmeier exagère l'efficacité de ce mode d'investigation : on ne peut savoir de la sorte si un adénome est bénin ou malin, car malgré Leopold l'adénome malin existe. Pour juger la question, il faut constater l'envahissement de la couche musculaire : or cela n'existe pas au début.

M. Veit (Berlin) a maintenu l'opinion qu'il a émise autrefois avec Ruge et qu'a combattue M. Leopold, à savoir que le cancer du col naît dans le canal cervical plus souvent qu'à la face vaginale du museau de tanche. D'ailleurs, dans les cas avancés le point d'origine est bien difficile à déterminer. L'opinion de Ruge et Veit est également celle de **M. Lœhlein** (Giessen) et du premier rapporteur **M. Hofmeier**.

M. Lœhlein a observé un cas de cancer du corps précédé de métrite chronique.

(A suivre.)

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OPHTHALMOLOGIE

9e session, tenue à Paris du 4 au 9 mai 1891.

Sur la prophylaxie de la suppuration après opération de la cataracte.

M. Nuel. — Dans l'immense majorité des cas la suppuration de l'œil après l'opération de la cataracte vient du dehors. Loin de débuter par les lèvres de la plaie cornéenne, les germes pyogènes ont été introduits par l'opérateur ou amenés

du voisinage. Dans de telles conditions, un chirurgien est redevable de dommages-intérêts. Quand la suppuration vient des parties voisines, il faut rechercher quelles sont les causes qui peuvent rendre un œil plus ou moins susceptible de suppurer. Un œil qui est destiné à la suppuration se mettra à sécréter si on laisse pendant deux jours l'application du bandage, tandis qu'un œil qui ne doit pas suppurer restera sec. De cette manière, je peux explorer la septicité de l'œil. Un œil qui sécrétera du mucus ou du muco-pus après une occlusion temporaire, devra *a fortiori* suppurer après une opération. Je ne procède à l'opération que lorsque l'œil se trouve sec sous le bandeau resté en place pendant deux jours.

Nouveau procédé opératoire pour la cataracte secondaire.

M. de Wecker. — Les *cataractes secondaires par membranules, sans participation de l'iris,* avaient fait l'objet d'un chapitre du rapport de M. Dufour l'année dernière, et l'opération qui leur était généralement appliquée était la discission par l'aiguille ordinaire à arrêt. M. Dor s'était pourtant élevé contre ce procédé et avait exprimé le désir de le voir remplacé par un autre procédé. Aujourd'hui on reconnait que la discission n'est pas exempte de nocivité. Il faut donc la remplacer par une autre qui établira une ouverture absolument pure. Voici quel est le mode opératoire : Dans le cas d'extraction simple on pénètre avec le couteau à arrêt au milieu du rayon vertical supérieur ; dans le cas d'extraction combinée on devra plonger le couteau dans l'ancienne cicatrice. La plaie cornéenne aura au plus quatre millimètres et le couteau est retiré rapidement pour conserver l'humeur aqueuse. On introduit alors les pinces-kystitomes de façon à atteindre le bord opposé de la pupille au moment où l'humeur aqueuse s'écoule. A ce moment la cataracte secondaire se jette sur la pince et on la saisit aussi largement que l'écartement des branches le permet. Ces lambeaux sont facilement détachés, car ces cataractes sont généralement tendues et plus solides que la cristalloïde normale. Si le lambeau compris dans la pince suit bien la traction, on doit être prêt à donner un coup de pince-ciseaux au ras de la cornée afin d'éviter de couper ce qui est inutile et d'éviter toute traction des parties voisines. Après désinfection de la plaie, le bandeau est laissé pendant deux jours comme pour une simple discission. C'est avec assurance que l'on peut substituer à la simple discission cette opération qui en tout cas *s'impose*, lorsque la première a été employée sans avantage pour la vision.

M. Panas. — J'ai été celui qui a le plus insisté sur l'extraction des cataractes secondaires : je la fais depuis 20 ans. L'intervention est justifiée quand il n'y a pas de synéchies ou qu'elles sont peu importantes. Je fais une incision au niveau de la cicatrice d'une ancienne opération. Je perfore l'iris avec la branche inférieure des pinces-ciseaux, et j'exerce une traction dans le sens vertical de manière à déchirer la capsule. Il est alors facile d'enlever tout le sac capsulaire, et immédiatement le champ pupillaire est libre. L'irido-capsulotomie est une opération des plus simples et exempte d'accidents. Le danger est la trituration du corps vitré avec les aiguilles. J'ajouterai qu'il y a cependant une précaution à prendre, c'est de voir si on n'exerce pas trop de tiraillements sur le corps ciliaire.

M. Despagnet. — Je suis d'autant plus disposé à appuyer les conclusions de M. de Wecker que depuis 16 ans j'ai vu appliquer le procédé qu'il préconise et j'ai eu, moi aussi, l'occasion de l'employer. Il est incontestable, comme le dit M. Panas, qu'il est préférable, si possible, d'enlever la capsule en entier. Malheureusement elle est souvent adhérente non seulement à la région ciliaire, mais à la face postérieure de l'iris et à la face antérieure du corps vitré. Aussi est-il commun chaque fois qu'on la saisit avec la pince, et qu'on la tire, de voir l'iris tiraillé se déformer. Si, malgré la plus petite traction, la capsule ne se détache pas librement, je crois, contrairement à l'opinion de M. Panas, qu'il ne faut pas insister, car on provoque des cyclites très graves. Dans ce cas, il faut se contenter, dès qu'une portion de la capsule est amenée au dehors de la plaie cornéenne, d'en pratiquer l'excision d'un coup de ciseaux.

M. Dor. — C'est surtout sur les membranules qu'il n'est possible de distinguer qu'à la loupe qu'il faut discuter. L'année dernière, j'avais déjà demandé à nos confrères expérimentés quel était leur mode opératoire, à l'égard de ces petites membranules qui altèrent l'acuité visuelle. La discission m'a donné une fois de l'iritis et un déplacement de la pupille.

M. Abadie. — Il faut faire une distinction entre les cas simples et les cas difficiles, ce qu'on ne peut voir au premier abord. Quand la cataracte secondaire est facilement attirée en dehors, on a des tiraillements. C'est ce qui m'a engagé à modifier le procédé de M. de Wecker. Je fais alors une contre-ponction et, avec deux coups de ciseaux-pince, j'ai des résultats satisfaisants.

M. Meyer. — M. de Wecker a limité la question aux cataractes secondaires non adhérentes. Je ne fais qu'une brèche à la cornée et mon incision est même moins grande. Je me sers d'un petit crochet dont j'enfonce la pointe dans la pellicule et dans laquelle elle s'enroule. La difficulté consiste à la faire revenir par la plaie cornéenne qu'on peut accrocher au passage. Mais on arrive facilement à savoir si le crochet est à plat, on n'exerce alors aucune traction. C'est pour avoir une acuité visuelle meilleure que Knapp opère 70 0/0 de cataractes secondaires. Si l'on connaissait mieux son instrumentation, on n'hésiterait pas à faire la discission trois semaines après l'opération.

M. Suarez. — Je fais toujours avec le couteau de Græffe deux petites incisions dans les extrémités du diamètre transversal. J'introduis alors le crochet en dehors ou en dedans selon la texture présumée de la cataracte ; j'enroule celle-ci et je tire doucement ; et si la résistance me semble forte, j'introduis alors l'autre crochet par l'ouverture opposée, j'accroche la capsule et alors l'effort de la traction étant balancé par la résistance du 2e crochet, le tiraillement de la région ciliaire est presque nul.

M. Vignes.— Dans le cas de membranule légère, le kystitome est moins blessant que la pince de M. de Wecker qui produit une lésion superficielle, quelque légère que soit la traction.

M. Gillet de Grandmont. — Dans les membranules de faible résistance j'emploie un petit crochet à encoche dont la tige a exactement le même diamètre pour éviter la sortie de l'humeur aqueuse. Pour sortir le crochet, il faut avoir soin de l'appuyer sur le dos.

M. Landolt. — Le danger de l'opération de Knapp siège, dans l'ouverture de l'hyaloïde qui ouvre la porte aux germes. C'est à cela seulement qu'il faut attribuer les causes de l'infection.

M. de Wecker. — M. Dor a avec raison ramené la discussion sur le genre de cataractes auquel s'adresse mon procédé. Il ne me reste donc qu'à remercier M. Panas d'avoir exposé sa manière d'opérer, ce qui vous permet de comparer les deux méthodes et d'en saisir les différences.

Je saisis la mince pellicule capsulaire avec mes pinces-kystitome et j'en amène le plus souvent un lambeau au dehors sans qu'il s'échappe une trace de corps vitré. Cela est possible si, comme M. Panas l'indique, il faut tout d'abord traverser avec une des branches des pinces la cataracte secondaire pour la saisir. Quel but poursuivons-nous tous deux, c'est de léser le moins possible la partie antérieure du corps vitré ; c'est aussi pour cette raison que je ne m'efforce nullement à décoller toute la capsule, tout en admettant avec M. Panas que cela est possible dans les cas où la capsule est assez résistante pour cette manœuvre et qu'on peut l'exécuter sans trop léser le corps vitré et les parties avoisinantes. Mais je ne veux tenter nulle extraction totale, car je ne partage nullement la manière de voir de mon excellent confrère, en ce qu'il appelle l'idéal de l'opération. Que cherchons-nous comme idéal ? c'est une acuité visuelle parfaite, et, pour l'obtenir, il est tout à fait indifférent que vous ayez enlevé la totalité de la capsule ou que vous l'ayez simplement fenêtrée. Je cherche surtout à arriver à la restitution d'une acuité parfaite avec un minimum de traumatisme, car les tractions exercées sur les parties antérieures du corps vitré sont dangereuses. J'ajouterai que l'emploi du kystitome ne donne aucune sécurité.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 9 juin 1891.

Présidence de M. Tarnier

Augmentation de volume du cœur chez les femmes enceintes.

M. Charpentier. — J'ai été fort surpris d'entendre M. C. Paul contester mardi dernier l'existence de l'hypertrophie du cœur pendant la grossesse, car Blot et Bailly ont trouvé chez les femmes enceintes mortes de fièvre puerpérale une augmentation de poids du cœur variant de 30 à 40 grammes.

Accidents du chloroforme.

M. Laborde ayant présenté et démontré aujourd'hui son appareil à masque et à soufflet pour pratiquer, en cas d'accidents, la respiration artificielle, une longue discussion s'est engagée, répétant à peu près celle de l'an dernier, sur le chloroforme et ses dangers. **M. L. Labbé**, d'abord, a revendiqué la priorité pour l'administration de doses petites et continues : mais d'après **M. A. Guérin** il ne faudrait pas oublier de citer Simpson. Dans cette méthode, M. Laborde avait reproché à M. Labbé et à M. Guérin de faire pincer les narines du malade. M. Labbé s'en est défendu de toutes ses forces : mais auparavant M. Guérin avait déclaré à M. Laborde que, la respiration ne se faisant pas à la fois par le nez et la bouche, le pincement incriminé n'a aucun inconvénient.

C'a toujours été sur les relations de la physiologie et de la clinique qu'a roulé le débat. Les médecins, proclame **M. Labbé**, se diviseront toujours en deux espèces : ceux qui chloroforment des hommes et ceux qui chloroforment des chiens. Que les seconds inventent des appareils compliqués, s'ils veulent. Les premiers ne peuvent pas s'en servir, et rien ne vaudra, en clinique, la respiration artificielle faite par les mouvements des bras. Mais cela a attiré, il est vrai, une véhémente réplique de **M. Chauveau** qui, ayant endormi des hommes et des animaux, ne saurait y voir aucune différence, et félicite M. Laborde de ses tentatives.

Mais l'appareil de M. Laborde n'a pas, au point de vue mécanique, satisfait pleinement **M. Guéniot** qui ne voit pas par quel orifice sort l'air insufflé. Par où il est entré, répond M. Laborde, le malade l'expire. Ce à quoi M. Guéniot a objecté : Mais s'il expire, il n'est pas mort !

Anévrysme artério-veineux du sinus caverneux. Ligature de la carotide primitive.

M. Kalt. — Un homme de 35 ans fait une chute sur la région occipitale le 1er janvier 1891 et se fracture la base du crâne. En février, survint de l'exophthalmie à gauche avec immobilité de l'œil, douleurs intra-orbitaires vives, battements intra-crâniens que le malade compare à des coups de marteau et qui l'empêchent de dormir. Le malade entre aux Quinze-Vingts le 20 avril. Je constate une exophtalmie gauche avec proéminence du globe de 8-10 millim. Ptosis complet avec paralysie de tous les muscles de l'orbite. Chémosis conjonctival ; pupille large, immobile ; vision normale au loin. A l'ophthalmoscope : dilatation moyenne des veines de la pupille avec pulsation. Artères normales. Le globe se réduit légèrement par la pression. Battements synchrones au pouls dans la région supéro-int. de l'orbite. A l'auscultation : souffle continu avec redoublement systolique au niveau des régions sus-orbitaire et fronto-pariétale gauches, disparaissant par la compression de la carotide primitive gauche. Surdité absolue à gauche, sans paralysie faciale. Le malade se plaint d'un bruit continu, qui l'empêche de dormir.

On diagnostique un anévrysme de la carotide interne dans le sinus et après quelques séances de compression digitale de la carotide primitive au cou, on pratique la ligature du vaisseau avec un fil de soie. Aucun trouble nerveux ni immédiat, ni consécutif. Guérison en 8 jours.

Résultat immédiat : cessation des battements orbitaires et du bruit de souffle crânien.

Aujourd'hui, 15 jours après l'opération, l'exophthalmie a diminué ; le globe ne s'avance plus que de 3 à 4 millim., les battements intra-crâniens ont disparu et le malade dort tranquille. Mais les muscles du globe restent paralysés, à l'exception du grand oblique.

Hier, nous avons constaté, pour la première fois, un souffle localisé au niveau du corps du malaire ; le souffle fronto-temporal n'est pas revenu. Sans pouvoir préjuger l'avenir, on peut dire que le malade a bénéficié de l'opération ; son état actuel est amélioré, et on peut conserver l'espoir d'une guérison ultérieure.

Néphrectomie partielle.

M. Tuffier. — L'opération que j'ai l'honneur de vous exposer n'a pas encore, que je sache, été pratiquée. Son exécution s'appuie sur deux principes que j'ai défendus au point de vue expérimental et clinique (Etudes expérimentales sur la chirurgie du rein. Tuffier, 1889) : 1° *l'économie* du parenchyme rénal quand il est sain ; 2° l'efficacité et la rapidité de *sa réunion* par première intention au milieu du liquide urinaire.

En présence d'un kyste séreux du rein, on pratique généralement la *néphrectomie* totale ou le *drainage de la tumeur*. La première est dangereuse, puisque sur 24 opérations elle a donné 11 morts (45 0/0). La seconde est incomplète et sur 8 opérations elle a laissé 4 fistules persistantes (50 0/0), nécessitant une néphrectomie secondaire. Je crois, en m'appuyant sur mes recherches antécédentes, pouvoir proposer une intervention meilleure dans les cas où le parenchyme rénal est en grande partie indemne. Elle consiste à *extirper radicalement la tumeur qui est bénigne en conservant le rein* qui est normal. J'ai eu l'occasion de pratiquer cette opération dans les circonstances suivantes :

Un homme de 64 ans, employé de commerce, m'est adressé pour des hématuries. Je fais entrer le malade à l'hôpital Beaujon. Il n'a aucun passé urinaire, il n'est pas syphilitique. Ses hématuries ont débuté il y a une année, elles ont persisté constamment, mais avec une intensité variable depuis cette époque. Elles sont abondantes, spontanées et ne s'accompagnant d'aucun autre trouble de la miction, sauf une fréquence exagérée du besoin d'uriner. Je vois en effet des urines noirâtres avec quelques caillots, indices d'une perte notable de sang, ce qui explique l'anémie du malade qui malgré cela est encore vigoureux et bien musclé.

L'examen méthodique de la vessie et les caractères de l'hématurie me font porter le diagnostic de néoplasme de cette cavité. L'examen par le rectum est négatif et la cystoscopie impraticable vu la constance de l'hémorrhagie. En palpant la *région rénale* du côté droit, je sentis un rein très gros, du volume d'une tête de fœtus et fortement abaissé au-dessous des fausses côtes. Avant d'attaquer la lésion vésicale, je résolus d'intervenir sur le rein.

Le 9 février je pratique avec l'aide de M. Théophile Anger une incision lombaire, je rencontre et j'explore *de visu* l'extrémité inférieure et le corps du rein qui sont normaux. Son *extrémité supérieure* se prolonge au contraire au-dessous du diaphragme, formant une tumeur du volume du poing. Cette corne est lentement dénudée et amenée dans le champ opératoire en la faisant basculer derrière la douzième côte.

Je constate qu'il s'agit d'un grand kyste rénal, sa transparence est parfaite et je m'assure qu'il occupe le tiers supérieur seul de l'organe, le reste de la glande ne présentant aucune altération. En face d'une lésion ainsi localisée, je prends le parti d'extirper le kyste par dissection. Je fais comprimer par un aide le pédicule rénal, je dissèque le kyste dans l'épaisseur du parenchyme ; j'enlève ainsi toute la tumeur sans perte de sang. Je réunis ensuite la perte de substance ainsi faite, par cinq points de catgut passés dans les lèvres de la plaie du parenchyme rénal. Puis la plaie étant fermée et les bords de la capsule propre réunis, je fais cesser toute compression. Il ne se fait aucun suintement sanguin ; le rein est réduit et abandonné dans sa loge lombaire. Les muscles et aponévroses sont suturés en étages et la peau réunie au crin de Florence sans aucun drainage.

Au septième jour les crins sont enlevés, tout est fini du côté de la plaie. Mais, l'hématurie vésicale persistant, j'extirpe 20 jours après, par la taille sus-pubienne, le néoplasme de la vessie.

Il s'agissait d'un épithélioma. Mon malade est actuellement guéri de cette double intervention.

De ce fait, on peut conclure que l'opération de choix dans le traitement des kystes séreux du rein, est l'ablation du kyste par dissection avec suture et réunion par première intention de la plaie du parenchyme rénal.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 25 mai 1891.

Sur le mode d'élimination de l'oxyde de carbone.

M. L. de Saint-Martin. — J'ai repris, par des procédés nouveaux, les expériences de Claude Bernard sur le mode d'élimination de l'oxyde de carbone, quand il a été respiré en quantité insuffisante pour provoquer la mort. Les résultats que j'ai obtenus démontrent de la façon la plus nette que, constamment, dans un mélange de sang oxycarboné et de sang oxygéné maintenu dans l'étuve à 38° à l'abri du contact de l'air, une certaine quantité d'oxyde de carbone finit par disparaître, très vraisemblablement en se transformant en acide carbonique.

A première vue, ces faits paraissent en opposition avec une expérience de Donders, lequel en chassant du sang l'oxyde de carbone par un courant d'oxygène, dit n'avoir pu recueillir aucune trace d'acide carbonique, même à 37°; mais la contradiction n'est qu'apparente, l'expérience de Donders n'ayant duré qu'une heure; il m'a été impossible, au bout d'un si court espace de temps, de constater une diminution sensible de l'oxyde de carbone.

De plus, Claude Bernard avait fortement insisté sur l'inaltérabilité absolue du sang oxycarboné; or, cette inaltérabilité n'est pas absolue; mes analyses m'en ont donné la mesure. En effet, tandis que, d'après M. Schutzenberger, le sang oxygéné conservé à l'étuve à 37° perd par heure 3 ou 4 centimètres cubes de son oxygène, mes expériences m'ont permis de constater que, dans le sang partiellement et même faiblement oxycarboné, cette déperdition ne dépasse pas, par heure également, 0 c. c. 52 à 0 c. c. 57, c'est-à-dire qu'elle est sept à huit fois moindre.

Séance du 1er juin 1891

Sur l'emploi du sulfo-sélénite d'ammoniaque pour caractériser les alcaloïdes.

A.-J. Ferreira da Silva. — En étudiant l'action du sulfo-sélénite d'ammoniaque, déjà indiqué comme réactif des alcaloïdes de l'opium, sur les autres alcaloïdes végétaux, j'ai eu l'occasion de rencontrer des faits qui montrent que son emploi peut s'étendre avec avantage pour caractériser quelques autres alcaloïdes. J'ai opéré sur les alcaloïdes suivants: atropine, aconitine, berbérine, brucine, caféine, cinchonine, cinchonidine, cocaïne, curarine, delphine, digitaline, ésérine, morphine, narcotine, narcéine, papavérine, pilocarpine, saponine, sénégine, solanine et vératrine.

Je peux conclure de mes expériences que le sulfosélénite d'ammoniaque permet de caractériser non seulement la morphine et la codéine, mais aussi la berbérine, l'ésérine, la narcotine, la papavérine, la solanine et la narcéine : les premières par les réactions de coloration; la narcéine non seulement par la production immédiate d'une couleur vert jaunâtre passant au brun et, au bout d'une demi-heure, au rougeâtre, mais aussi par la formation d'un dépôt rouge qu'on voit plus distinctement déposé deux ou trois heures après, sur les parois et au fond de la capsule.

Les faits que j'ai cités démontrent qu'on ne peut faire dépendre les phénomènes observés de la simple considération du pouvoir réducteur desdits alcaloïdes. En effet, la narcéine qui, au point de vue de ses propriétés réductrices, est bien inférieure à la morphine, détermine une séparation du sélénium bien plus rapide et plus nette que la morphine. De plus, l'action du réactif sur les divers alcaloïdes est très variée et on peut l'utiliser pour établir de bonnes réactions de coloration.

Il y a donc quelque chose de spécial dans cette réaction, qui tient principalement à la nature de l'alcaloïde employé.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 3 juin 1891.

Présidence de M. Terrier

Myomectomie abdominale.

M. Chénieux (de Limoges) envoie une note pour compléter ce qu'il a dit au *Congrès de chirurgie* sur le traitement du pédicule par la ligature élastique perdue. (Voy. *Mercredi*, 1891, p. 170). Il est partisan du pédicule intra-péritonéal, mais il est opposé à la ligature élastique. Même avec un pédicule gros comme le poignet, la ligature en chaîne au catgut fort suffit à assurer l'hémostase. Dès 1885 M. Chénieux publiait dans le Journal de médecine de la Haute-Vienne une observation de ce genre et depuis il n'a eu qu'à se louer de cette pratique.

Hernie inguinale chez la femme.

M. Berger. — Je désire présenter quelques remarques opératoires, car à certains égards mon procédé diffère de celui de M. Championnière.

Il y a deux ordres de faits :

1° Les hernies manifestement acquises, dont le sac libre de toute adhérence est très facile à disséquer, car il n'y a pas, comme chez l'homme, à s'occuper du cordon;

2° Les hernies congénitales, visées par M. Championnière, adhérentes au ligament rond, comme chez l'homme au canal déférent, dont on ne peut isoler qu'une pellicule séreuse. A cette catégorie appartiennent les faits que je vous ai relatés (voy. *Mercredi*, 1891, p. 204). J'ai pu isoler le sac du ligament rond, mais M. Championnière a raison de dire que le sacrifice de ce ligament n'a aucune espèce d'importance. Dans mes opérations, j'ai vu la trompe, mais jamais l'ovaire, et je ne crois pas indiqué d'aller de parti pris l'explorer pour voir s'il faut l'enlever.

J'arrive maintenant au manuel de la cure radicale. D'abord, une fois le collet lié, j'ai coutume, comme Barker, de repasser les deux chefs du fil, avec une aiguille mousse, de dedans en dehors, de façon à les nouer au devant du canal inguinal, dont ils traversent la paroi dans toute son épaisseur. L'aiguille pénètre à 3 ou 4 centimètres de l'anneau interne, ce qui est facile, car je fends toujours largement l'aponévrose du grand oblique et j'ai ainsi la région bien sous les yeux et le doigt. De plus cette incision est indispensable pour qu'on puisse reconstituer le canal, ce qui est bien plus facile que chez l'homme. Ici j'emploie le procédé de Bassini. Le bord inférieur du petit oblique étant bien récliné en haut, on aperçoit l'anneau inguinal profond, qui souvent adhère au collet de la hernie, et le transverse quelquefois très peu développé. Je suture alors, en surjet, le bord postérieur de l'arcade de Fallope au tendon commun du transverse et du petit oblique (ce que les Anglais appellent le tendon conjoint). Cela fait, je suture le grand oblique. De la sorte il ne reste pas de point faible, et je crois que c'est préférable à la suture en masse de M. Championnière. J'ai essayé un peu de tous les procédés de cure radicale et c'est à celui de Bassini que je me suis arrêté. Je préfère les sutures à la soie, car le catgut se résorbe trop vite.

M. Lucas Championnière. — Dans quelle proportion M. Berger a-t-il trouvé le sac adhérent au ligament rond? je l'ai trouvé 12 fois sur 14. M. Berger conseille d'isoler le ligament du sac : je persiste à conseiller de l'aborder franchement et de le sacrifier. Je continue aussi à insister sur la fréquence des lésions des annexes. Le repiquage du collet à la mode de Barker n'est peut-être pas bien important. Toujours je fends largement le canal et je dissèque le sac jusque dans le ventre : je n'ai donc pas besoin de mettre mon pédicule dans le ventre, il y est tout naturellement. J'ajoute que je ne fais pas, comme le dit M. Berger, une suture en masse : j'affronte exactement les larges surfaces cruentées que me donne l'incision franche du canal et je reconstitue ainsi une paroi résistante. J'insiste sur l'insuffisance de la simple suture des piliers. Le procédé de Bassini, que je crois très bon, se rapproche beaucoup du mien. Mais je trouve inutile de fendre toujours la paroi postérieure du canal, qui souvent a une bonne résistance. Cela mène à une suture perdue en deux plans, ce qui complique les choses sans nécessité. Pour ces sutures profondes, je multiplie les points plus qu'autrefois, et je crois que cela vaut mieux, mais pas beaucoup mieux.

Quant à la résorption trop rapide du catgut, c'est une théorie en l'air. Il suffit d'employer des fils assez gros.

M. Berger. — Sur 7 cas, j'ai trouvé 3 sacs que je crois acquis. Je ne me suis pas occupé du ligament rond, et je ne crois pas l'avoir coupé à mon insu. Pour les autres, je maintiens que son isolement du sac est difficile, mais possible.

J'admets que le repiquage de Barker n'a pas une grande importance, mais c'est une garantie de plus. Je suis heureux de constater que M. Championnière attribue plus d'importance qu'autrefois à la suture exacte du trajet inguinal. Je crois bon d'aller plus loin encore et de faire, comme Bassini, une suture à étages méthodique, comparable à celle dont nous nous louons tous dans les laparotomies.

Epilepsie jacksonienne.

M. Terrier fait un rapport sur un fait de crâniectomie pour épilepsie jacksonienne communiqué par M. Verchère. Il s'agit d'un enfant de 12 ans qui, 15 jours après un trauma crânien insignifiant, fut pris d'attaques d'épilepsie jacksonienne à début brachial, avec céphalée constante et atroce, état mental défectueux, tentatives de suicide. Après examen de M. Charcot, M. Verchère fit, le 18 avril 1890, une large brèche de 6 cent. carrés, ayant pour diagonale la scissure de Rolando. Aucune lésion macroscopique n'ayant été trouvée, M. Verchère sutura la dure-mère, puis la peau. La plaie se réunit *per primam*. Au 3e jour débuta une parésie du pouce et de la face; au 6e jour attaque convulsive après laquelle persista une monoplégie flasque du bras et de la face, avec parésie de la jambe. Cette paralysie guérit peu à peu. Il y eut encore une grande attaque en juillet, puis en novembre. Mais depuis il n'existe plus que du petit mal. La céphalée a cessé depuis le jour de l'opération. L'enfant peut travailler.

M. Terrier a pratiqué une opération semblable sur un homme chez lequel le premier accident avait été, en septembre 1888, une violente secousse dans le gros orteil droit; puis seconde attaque après laquelle l'orteil resta contracturé; 4 mois après, attaque laissant les extenseurs paralysés; puis en juin 1889, 4e attaque après laquelle le membre inférieur entier subit une paralysie qui peu à peu s'amenda. Depuis, il y eut presque tous les jours de petites attaques. M. Charcot diagnostiqua une épilepsie jacksonienne avec lésion probable du lobule paracentral et après échec du traitement mercuriel la trépanation fut faite le 1er mars 1890. Aucune lésion ne fut trouvée et néanmoins le malade repartait pour l'étranger un mois après, très amélioré. Depuis il est mort subitement, sans plus amples renseignements.

Avec des faits semblables recueillis dans la littérature, M. Terrier arrive à un total de 21 cas qui ont donné 12 guérisons, 6 améliorations et 3 résultats nuls. C'est donc encourageant. Mais les observations sont très souvent publiées avant d'avoir 6 mois de date. Or nous savons que les récidives ne sont pas rares. On ne saurait donc affirmer qu'il y a tant de guérisons, mais les faits certains sont : 1° la cessation de la céphalée; 2° l'atténuation des grandes crises en petit mal. Comment agit-on dans ces cas? Horsley, pensant que l'origine est une excitation morbide partie du centre auquel correspond l'aura initiale, excise ce centre pour supprimer l'excitation. Mais M. Verchère n'a pas fait cette excision et néanmoins a observé une paralysie des muscles dépendant de ce centre. L'interprétation reste obscure. Le résultat est peut-être dû à la décompression : c'est ce qu'admet M. Verchère. De là peut-être les insuccès de Poncet, de Larger, qui ont fait une petite trépanation. Il faut donc, comme M. Verchère, faire une large crâniectomie, et ne pas essayer de remettre en place les rondelles osseuses.

M. Verchère insiste sur la commodité de la pince-trépan de Farabeuf.

Résection de la hanche.

M. Reynier présente une jeune fille qui était restée infirme depuis 6 ans à la suite d'une chute sur la hanche et depuis 7 mois n'avait pas quitté le lit, lorsqu'en juillet dernier dernier il lui réséqua la hanche. Il trouva une fracture non consolidée du col. Le résultat fonctionnel est bon et l'opérée peut même marcher sans tuteur.

A. Broca.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 5 *juin* 1891.

Sarcome angiolithique de la pie-mère.

M. Lafourcade présente une tumeur de la pie-mère de la grosseur d'une noix, située à gauche en avant du bord antérieur du cervelet, qui la loge en partie, au-dessous du pédoncule cérébelleux moyen et sur les parties latérales de la protubérance et du bulbe. Comme symptômes cliniques on a noté des vertiges, des vomissements incoercibles, une céphalalgie atroce et persistante. La mort a été subite. L'examen histologique a démontré un sarcome avec quelques grains calcaires disséminés, c'est-à-dire un sarcome angiolithique.

Kyste hydatique rétro-aortique.

M. Barrier a observé dans le service de M. Dujardin-Beaumetz un homme qui entra pour des accidents d'oblitération artérielle du membre inférieur. Le début avait été brusque, avec une douleur vive; la couleur du membre était violacée, la température était abaissée. Après menace de gangrène, les accidents s'amendèrent, mais une nouvelle attaque survint, cette fois des deux côtés et suivie de gangrène ascendante, à laquelle le malade succomba. A l'autopsie on a trouvé un kyste hydatique situé entre l'aorte et la colonne vertébrale, un peu au-dessus de la bifurcation en iliaque. En regard de la tumeur, la paroi postérieure de l'aorte présente une plaque d'endartérite avec des coagulations fibrineuses d'où sont parties des embolies dans les deux fémorales.

M. Richerolle montre un *angiome très volumineux du foie* trouvé à l'autopsie d'un homme mort d'une rupture de l'intestin.

M. Martin-Durr décrit un cas de *polydactylie.*

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 5 *juin* 1891

Présidence de M. E. Labbé

MM. Debove et Rémond (de Metz). — Nous avons l'honneur de vous présenter une observation d'hystéro-traumatisme dû à une cause non encore signalée, à une décompression brusque.

Il s'agit d'un homme de 35 ans, employé au port de Trouville. Il était dans la cloche à plongeur quand subitement il fut décomprimé. Il perdit connaissance immédiatement et pendant huit jours consécutifs, pris de crises de grande hystérie subintrantes (arc de cercle, mouvements de salutation et insomnie). Plus tard le malade fut pris d'hémiplégie du côté droit et c'est à ce moment que nous l'avons vu. Cette hémiplégie comme les hémiplégies hystériques était accompagnée d'hémianesthésie et d'anesthésie des organes des sens.

Cette observation est intéressante : 1° parce qu'elle a trait à un cas d'hystérie-traumatisme qui reconnaît pour origine, une cause non encore signalée; 2° parce que l'hystérie s'est manifestée sur la totalité de l'individu par de grandes crises, tandis qu'ordinairement elle donne lieu à des paralysies localisées (hémiplégies et monoplégies); 3° parce que le malade n'avait aucun antécédent nerveux héréditaire ou personnel. On pourrait donc admettre que le traumatisme peut créer d'emblée la prédisposition.

Les observations de paralysies par décompression brusque sont très dissemblables et les accidents si divers que l'on y trouve signalés doivent relever de causes diverses. Dans certains cas on peut admettre avec les auteurs la formation de bulles de gaz au moment de la décompression, mais il en est d'autres qui doivent appartenir à l'hystéro-traumatisme. Du reste, les résultats thérapeutiques obtenus viennent à l'appui de mon hypothèse, témoin par exemple le cas où le médecin supposant la paralysie causée par des bulles de gaz conseilla, 2 ou 3 mois après l'accident, une nouvelle compression très intense afin d'amener la dissolution du gaz dans le sang. Or comme il est certain qu'au bout de ce temps il ne reste plus de gaz dans la moelle, le médecin a fait à coup sûr une suggestion inconsciente.

Quoi qu'il en soit, je ne nie pas les paralysies par dégagement de bulles d'air, je peux dire simplement que certaines de ces paralysies sont purement nerveuses.

M. Rendu demande s'il a été observé des hémiplégies véritables à la suite.

M. Debove. — On a observé des paraplégies, des hémiplégies, des monoplégies. Mais la plupart des auteurs n'ont

pas exploré la sensibilité, de sorte qu'il est difficile d'utiliser ces observations pour démontrer la nature hystérique de ces accidents,

M. Dumontpallier objecte que M. Debove n'ayant pas vu les crises de son malade ne peut le donner comme un véritable hystérique.

M. Debove. — Le malade est incapable d'inventer cette description. En effet je n'ai pas vu ses crises, mais j'ai vu son hémiplégie et elle avait absolument les caractères de l'hémiplégie avec anesthésie des hystériques.

M. Dumontpallier. — Des expériences de Paul Bert sur les chiens ont démontré que la décompression brusque donnait de la paraplégie et je lui avais dit que cette localisation spéciale de la paralysie devait tenir à une disposition particulière du système veineux de la moelle lombaire. P. Bert, en effet, y a trouvé un lacis veineux très développé. La décompression amène en ce point un dégagement des gaz du sang produisant un ramollissement de la moelle.

M. Debove. — Je ne nie nullementni les paralysies organiques chez l'homme, ni la paraplégie, mais tandis que chez les animaux on n'observe que des paralysies organiques, chez l'homme on observe de l'hystéro-traumatisme en particulier et je pense qu'il y a lieu d'étudier ces faits à nouveau. Ainsi j'ai vu signaler de l'aphasie transitoire qui me semble bien due à l'hystérie, mais je ne puis l'affirmer, car on n'avait pas recherché l'hémianesthésie.

Sur l'état de l'appareil de la vision dans la maladie de Thomsen.

M. F. Raymond.— J'ai, en collaboration avec M. Dr Kœnig, étudié l'état des yeux chez deux sujets atteints de la maladie de Thomsen et dont l'observation détaillée a été publiée dans la thèse d'un de mes élèves, le Dr Déléage.

On connait un certain nombre de cas de cette maladie dans lesquels a été noté l'envahissement des muscles du globe de l'œil par le trouble myotonique, mais plusieurs des phénomènes constatés chez nos deux malades n'ont encore été cités par aucun auteur. Chez l'un d'eux, que je présente à la Société, l'examen des yeux avait fait constater, en juillet 1890, un astigmatisme mixte de l'œil gauche, déterminant un certain degré d'insuffisance musculaire. Œil droit normal : réactions pupillaires, acuité visuelle, champ visuel normaux; pas de dyschromatopsie ni de lésion du fond de l'œil. De plus (et c'est sur ce fait que j'appelle surtout l'attention), à l'occasion de mouvements brusques, énergiques de la tête et du cou, les paupières sont le siège d'un spasme qui rend les yeux saillants, le regard fixe, en même temps que se produit une amblyopie transitoire, parfois même une cécité passagère complète. Actuellement, on constate que les muscles droits internes des yeux ont augmenté d'épaisseur et d'étendue d'une façon très appréciable; cette hypertrophie ne s'est réellement décélée que depuis quelques mois; elle s'étend en ce moment aux autres muscles droits de l'œil elle est un indice de l'évolution progressive de la maladie.

L'autre sujet présente à un plus haut degré encore dans les muscles des paupières et du globe de l'œil, les troubles moteurs caractéristiques de la maladie de Thomsen. Les spasmes sont surtout notables dans les muscles qui président à l'élévation du globe oculaire et ils sont exagérés par l'application directe du courant faradique. Pas de contracture de l'accommodation ni d'asthénopie. Pupilles normales, réagissant bien; mais leur contraction sous l'influence d'une excitation lumineuse est de courte durée; aussitôt les pupilles se dilatent, malgré la persistance de l'excitation. Diplopie intermittente. Champ visuel normal. Pas de dyschromatopsie ni de de lésion du fond de l'œil. Amblyopie et amaurose transitoire survenant chez lui dans les mêmes conditions que chez le premier malade. Quand il tourne la tête brusquement et plusieurs fois successivement, ou même quand ces mouvements sont passifs, le malade ne peut plus distinguer le jour de la nuit. Je suis porté à rattacher ce phénomène à des troubles circulatoires, soit que ces troubles portent sur la circulation rétinienne, par le fait de la compression exercée sur l'œil par les muscles extrinsèques momentanément contracturés, soit qu'ils portent sur les vaisseaux la base du cerveau, par suite de la compression exercée sur les carotides par la contraction spasmodique des muscles du cou. Je penche vers la première hypothèse qui trouva une confirmation dans une expérience de Donders : cet auteur, ayant déterminé de l'amblyopie chez un sujet sain par la compression des globes oculaires, découvrit, à l'examen ophthalmoscopique, que la rétine était exsangue; d'ailleurs on sait bien que la compression de l'œil entre deux doigts détermine l'amblyopie au bout de quelques instants.

En résumé, dans la maladie de Thomsen, les muscles des yeux peuvent s'hypertrophier et présenter les troubles moteurs caractéristiques, troubles qui atteignent de préférence les muscles droits, et peuvent s'étendre à tous les muscles striés.

L'accommodation n'est nullement intéressée, fait qui tient à la constitution anatomique du muscle ciliaire, muscle lisse, et l'on sait que les muscles de la vie volontaire, les muscles striés, sont seuls le siège des troubles myotoniques de la maladie de Thomsen.

Il peut survenir de l'amblyopie et de l'amaurose transitoires par suite des contractions spasmodiques des muscles du globe oculaire et des paupières, que ces contractions soient isolées ou qu'elles soient combinées à des contractions spasmodiques des muscles du cou.

ÉTRANGER

ALLEMAGNE

Acide chlorhydrique du suc gastrique.

M. Geigel a communiqué le 9 mai à la SOCIÉTÉ DES MÉDECINS DE WURZBOURG des expériences qu'il a faites avec M. Blass, sur 42 individus pour déterminer la quantité absolue d'acide chlorhydrique dans le suc gastrique, une heure après le repas d'épreuve d'Ewald. L'évaluation était faite d'après la méthode de Braun. Une fois le contenu stomacal retiré, on faisait un lavage de l'estomac, et l'acide chlorhydrique était déterminé dans la 50e partie d'eau employée.

Les résultats de ces expériences montrèrent que : 1o dans l'estomac normal la quantité d'acide chlorhydrique oscille entre 0,3 et 0,6 grammes; 2o cette valeur ne dépend pas avec le 0/0 d'acide chlorhydrique libre du suc gastrique.

Il faut donc distinguer une acidité absolue et une acidité relative du suc gastrique. La seconde est sujette à des variations qui dépendent de la faculté de résorption de la muqueuse.

La méthode employée pour le dosage de l'acide chlorhydrique permet en même temps d'évaluer le volume du contenu stomacal. Lorsque l'on donnait 300 cm. c. de thé, on retrouvait tantôt 120, tantôt près de 420. On peut avoir hyperacidité relative avec une valeur normale d'acide chlorhydrique.

Chez 3 chlorotiques on a trouvé une hyper-acidité relative et absolue. Dans quelques cas de troubles fonctionnels de l'estomac on a trouvé une hyper-acidité absolue, et près de 1 gramme d'acide chlorhydrique.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 27 mai 1891.

Calculs biliaires.

M. Kœrte présente une malade qui a été opérée plusieurs fois pour des calculs biliaires. La première opération qu'on lui fit était un empyème avec résection costale pour vider un abcès péri-néphrétique ouvert dans la plèvre. Comme les douleurs et la fièvre persistèrent après l'opération, on pratiqua une cholécystotomie qui permit de retirer 22 calculs. On trouva en même temps un abcès du foie qui fut incisé. La malade était presque complètement guérie et il ne restait plus qu'une petite fistule, lorsqu'un jour les selles prirent une coloration d'argile et une grande quantité de bile s'écoula par la fistule. Ces phénomènes indiquant une oblitération du canal cholédoque, M. Kœrte le mit à nu, afin de lever l'obstacle à l'écoulement de la bile. Mais, ayant échoué dans sa

tentative, M. Kœrte fixa directement la vésicule biliaire à la portion descendante du duodénum. Le jour même de l'opération, la malade eut plusieurs vomissements bilieux, et trois jours plus tard, les selles reprirent leur coloration normale. La malade a guéri.

Hémorrhagie cérébrale.

M. Mendel. — Dans un grand nombre de cas, les symptômes d'hémorrhagie cérébrale sont identiques: légère inégalité des pupilles, légère paralysie faciale, déviation de la langue, hémi-parésie motrice, quelquefois avec contractures et exagération de reflexes, etc. Ces faits font supposer que l'hémorrhagie occupe ordinairement une région très limitée, celle du corps strié et du thalamus opticus; et en effet, dans une statistique portant sur 386 cas d'hémorrhagie cérébrale, l'épanchement occupait cette région 301 fois; dans une autre statistique, celle de Rosenthal, les noyaux caudé et lenticulaire étaient le siège de l'hémorrhagie 70 fois sur 105 cas d'apoplexie cérébrale. Quant à l'artère déchirée, c'est ordinairement l'artère du corps strié, ou plus exactement la branche antérieure de cette artère, appelée par Charcot l'artère d'hémorrhagie.

Comment expliquer cette localisation régulière, presque constante?

Les artères saines ne se déchirent pas facilement. D'après Worm-Müller, une artère peut résister à une pression double ou triple de la normale. La rupture ne se produit que lorsque l'élévation brusque de la tension se produit dans une artère déjà malade: quant à l'état pathologique de l'artère elle-même, il était déjà connu de Cruveilhier et a été étudié plus tard par Virchow, qui lui donna le nom d'ectasie ampullaire. Bouchard et Charcot constatèrent également l'existence de ces lésions qu'ils étudièrent sous le nom d'anévrysmes miliaires. Ces anévrysmes, auxquels sont dues les hémorrhagies, siègent justement le plus souvent sur l'artère du corps strié. La question est donc celle de savoir pourquoi cette artère est le siège de prédilection de ces anévrysmes. Les explications qu'on en a données sont généralement fausses, celle de Nothnagel entre autres, d'après laquelle l'artère du corps strié étant la continuation directe de la carotide, se trouve, par ce fait, soumise à une tension très élevée.

La raison anatomique de ce fait est tout autre. Tandis que les artères qui pourvoient à la nutrition de la substance médullaire du cerveau sont des *artères terminales*, celles de l'écorce *ne le sont pas* et forment un réseau anastomotique très riche, qui communique très largement avec les artères de la pie-mère. Cette disposition anatomique crée des différences hémo-dynamiques très marquées dans les deux systèmes d'artères, quand la pression sanguine se trouve élevée.

Pour démontrer ce fait expérimentalement, M. Mendel a fait construire un ballon en caoutchouc (cœur) communiquant avec tout un système de tubes (artères) dont la disposition correspondait aussi exactement que possible au système circulatoire physiologique. En comprimant le ballon central et en élevant par conséquent la tension dans le système de tubes, on trouvait que la pression dans le tube terminal (artère du corps strié) était presque égale à celle du tube principal (carotide) tandis que la pression dans les tubes anastomosés (artères corticales) était 2 fois moins grande que celle du tube principal. En supposant les autres conditions égales, cette expérience montre que, chez l'homme, dans le cas d'élévation de la tension sanguine, la pression exagérée et par conséquent la déchirure se manifestera plus facilement au niveau des artères médullaires que des artères corticales.

Quant aux artères qui se distribuent aux parties postérieures du cerveau et qui proviennent de la vertébrale, la tortuosité des artères et l'existence de la communicante postérieure, forment un mécanisme destiné à parer aux conséquences de l'élévation brusque de la tension artérielle.

L'existence des anévrysmes miliaires sur ces artères s'explique par un fait mis en évidence par H. Weber, à savoir que sous l'influence de l'élévation de la tension sanguine l'artère s'allonge en même temps qu'elle se distend. La tension exagérée au niveau des artères terminales provoque à la longue une atrophie de la couche musculaire et la formation des ectasies ampullaires.

Il ne faut pas oublier que dans certain nombre de cas, l'hémorrhagie est produite indirectement par la stase veineuse. Ce fait est facile à comprendre quand on songe que le sang de l'artère du corps strié a une voie d'écoulement des plus étroites, tandis que les artères corticales peuvent se dégorger dans les sinus veineux.

Les phénomènes principaux de l'ictus sont la perte de connaissance, les vomissements, les convulsions. Les uns attribuent ces symptômes à la compression du cerveau, d'autres à l'hypérémie cérébrale, d'autres encore à l'anémie. Ce qui est certain, c'est que la quantité de sang contenue dans le cerveau ne subit des modifications que dans une mesure dépendant des oscillations du liquide cérébro-spinal. Mais cela n'empêche pas une anémie partielle du cerveau de coexister avec l'hypérémie d'une autre région limitée des hémisphères.

Pour étudier les conditions hémo-dynamiques dans les cas d'épanchement, M. Mendel retirait de son système artificiel quelques gouttes d'eau, au moment même où il élevait la tension à l'intérieur des tubes: tous les manomètres indiquaient des oscillations considérables et comme résultat final on avait une diminution considérable de la tension dans les tubes qui figuraient les artères corticales. Peut-être les symptômes de l'ictus apoplectique doivent-ils être attribués à ces modifications brusques de pression à l'intérieur des artères du cerveau, modifications qui aboutissent à l'anémie de l'écorce et à l'hypérémie de la substance médullaire du cerveau.

Sous ce rapport l'application de glace sur la tête dans les cas d'hémorrhagie cérébrale ne ferait qu'augmenter l'anémie de l'écorce et l'hypérémie de la substance médullaire. Le traitement convenable doit consister en repos absolu, la tête un peu élevée.

M. Senator rappelle que, d'après les observations de Thoma, une artère soumise à une pression plus forte devient, par cela même, plus prédisposée à l'athérome; quant à l'application du froid, nous connaissons trop peu son action pour décider si son usage est rationnel ou irrationnel en pareil cas.

M. Virchow ne croit pas que les choses soient aussi simples que le pense M. Mendel: d'abord on ne constate jamais dans les foyers apoplectiques de flexuosités artérielles, ce qui devrait cependant avoir lieu si ces artères avaient été soumises à des augmentations de pression. En outre, on ne s'explique pas, avec cette théorie, pourquoi la lésion est toujours unilatérale, alors que l'augmentation de pression se fait sentir également des deux côtés.

M. Mendel a omis à dessein de parler de l'athérome, parce que, d'après Virchow, Bouchard, Charcot, cette lésion ne joue aucun rôle dans la production des apoplexies cérébrales.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE DE BERLIN

Séance du 25 mai 1891

Endocardite infectieuse.

M. Goldscheider présente le cœur d'une malade âgée de 31 ans, morte dans son service un mois auparavant. Cette malade avait été prise, vers la fin de décembre, de douleurs articulaires. Celles-ci n'avaient pas duré longtemps, mais en avril la malade commença à maigrir rapidement. Venue à l'hôpital, on constata les signes de dilatation cardiaque avec insuffisance aortique et rétrécissement mitral. A ce moment la fièvre était vive, le pouls rapide. Vers le 19 avril, la malade tomba brusquement dans le coma et mourut peu après.

A l'autopsie, on trouva des lésions endocarditiques de l'aorte avec productions polypiformes dont quelques-unes en voie d'ulcération. Avec cette endocardite ulcéreuse on constatait de l'hépatisation pulmonaire et surtout une embolie de l'artère basilaire, qui avait probablement déterminé le coma et la mort.

M. Leyden. — La marche de la maladie, les lésions anatomiques, tout fait penser à une endocardite parasitaire. La nature des parasites est souvent difficile à déterminer. Quant à l'obstruction de l'artère basilaire, elle semble être également de nature infectieuse, comme le sont bon nombre de ces thromboses. Il est à remarquer que cet accident détermine très fréquemment le coma ou un sommeil invincible.

M. Guttmann. — Il est bien à croire que l'endocardite est ici de nature infectieuse. Le résultat négatif de l'examen ne doit pas faire rejeter d'emblée cette idée. De pareilles

recherches sont toujours très délicates; on doit, s'il est possible, faire des inoculations aux animaux au plus tard six heures après la mort, et même de la sorte bien des microbes pathogènes peuvent nous échapper.

Paralysie vésicale précoce dans la myélite aiguë.

M. Posner. — Dans les affections aiguës de la moelle, la précocité et l'intensité des accidents vésicaux sont considérées par tous les auteurs comme des signes d'un fâcheux pronostic.

Un cas observé avec M. Ehrenhaus montre que parfois ces accidents vésicaux, même précédant des myélites aiguës, peuvent guérir entièrement. Une petite fille de 11 ans fut prise à la fin d'avril, à la suite d'un refroidissement, de fièvre avec angine. Au bout de deux jours la fièvre était tombée, la convalescence semblait commencer, mais la malade avait rapidement maigri. Cinq jours après survint une rétention complète d'urine qui persista quelques jours, nécessitant le cathétérisme. Quarante-huit heures après le début des accidents vésicaux, la température s'étant élevée à 38°5, apparut une paraplégie complète; les réflexes patellaires ne tardèrent pas à disparaître. La paralysie vésicale cessa au sixième jour, d'elle-même, avant qu'on eût commencé tout traitement électrique. Le 11 mai les fonctions motrices reparurent. Les réflexes redevinrent normaux le 16 mai; le 31 mai l'enfant ne conservait qu'une légère parésie de la jambe gauche. Enfin, après une cure à Nauheim, tout accident avait disparu.

Faut-il admettre ici l'hypothèse d'une paralysie diphthéritique? La chose n'est guère vraisemblable, car il est rare que la paralysie suive de si près l'angine. L'absence de tout trouble de la sensibilité fait également rejeter l'idée de méningite cérébro-spinale. Il ne reste donc plus que l'hypothèse d'une myélite aiguë, portant sur les cornes grises antérieures. Les accidents vésicaux semblent avoir été des accidents à distance : ils n'auraient pas guéri de la sorte s'ils avaient été causés par une lésion vraie du centre vésical.

M. Scheinmann. — La précocité de la paralysie ne doit pas faire exclure l'idée d'une paralysie diphthéritique. Cet accident peut suivre l'angine de très près.

M. Bernhardt. — Les troubles vésicaux semblent faire exclure par leur intensité l'hypothèse d'une poliomyélite. On peut également dire que la symétrie des accidents paralytiques, la disparition rapide des réflexes, la guérison rapide de tous les accidents ne vont pas beaucoup avec le diagnostic proposé. Ne pourrait-on penser par hasard à la possibilité d'accidents hystériques?

M. Posner. — Les phénomènes observés sont bien peu en rapport avec la paralysie diphthéritique : ils ne peuvent guère non plus s'expliquer par de simples troubles fonctionnels.

Variations de la respiration.

M. Jad. — Par des expériences sur l'homme et sur les animaux, on peut voir que le rhythme respiratoire change suivant la nature des accidents observés. Quand, sur l'animal, on ne laisse arriver que de l'air déjà respiré, la respiration devient lente et profonde; quand on soumet l'animal à une température excessive, le rhythme prend le type pressé et superficiel.

Chez l'homme, les courbes de la respiration sont différentes pour les points extrêmes, mais assez semblables pour les moyennes.

AUTRICHE

SOCIÉTE DES MÉDECINS DE BUDA-PESTH

Micro-organismes de la tuberculine.

M. Szekely. — La tuberculine contient plusieurs sortes de micro-organismes. On y trouve un bacille analogue au bacillus subtilis, un coccus semblable au staphyloccus pyogenes aureus, un autre qui ne liquéfie pas la gélatine et enfin deux autres bactéries mal déterminées.

M. Koranyi. — Les recherches faites jusqu'à ce jour ont montré en effet que la tuberculine contenait plusieurs sortes de micro-organismes, mais que ceux-ci n'avaient sur les animaux aucune action pathogène.

Action du bromure d'éthylène dans l'épilepsie.

M. Donath. — L'action thérapeutique du bromure de potassium est envisagée d'une façon différente par les auteurs; pour les uns, ce médicament n'agit que par le brome qu'il contient; pour les autres c'est au contraire à la potasse qu'il doit son action; certains enfin pensent que ses bons effets ne se trouvent que dans le composé.

Quoi qu'il en soit, le bromure de potassium détermine du côté de la peau, des muqueuses, des nerfs, etc., des manifestations souvent désagréables, surtout s'il est employé à des doses élevées, comme cela doit se faire dans le traitement de l'épilepsie. L'union du brome à des radicaux organiques peut permettre d'employer cet agent chimique à l'état naissant pour ainsi dire et d'éviter ainsi des combinaisons qui peuvent être nuisibles à l'organisme.

L'auteur a donné la préférence au bromure d'éthylène, qui se présente sous la forme d'un liquide assez analogue au chloroforme, de couleur faiblement brunâtre, de saveur douce. Ce médicament contient 90.9 0/0 de brome; il est insoluble dans l'eau, mais se mélange en toutes proportions à l'alcool rectifié et donne avec les huiles grasses une solution d'une limpidité parfaite.

On peut le prescrire ainsi :

Bromure d'éthylène	5
Huile d'amandes douces	100
Ess. de menthe p.	2

XXX gouttes par jour en deux ou trois fois, dans un verre d'eau sucrée.

La dose peut être augmentée jusqu'à 70 gouttes. Chez les enfants on ne dépassera pas 20 gouttes. L'addition de l'eau sucrée a pour effet d'empêcher l'action irritante du médicament sur l'estomac.

On peut encore prescrire de la façon suivante :

Bromure d'éthylène	ãã 5 gr.
Alcool rectifié	ãã 5 gr.
Essence de menthe p	2 gr.

Mêlez. Prendre deux ou trois fois par jour 5, 10 ou 15 gouttes de cette solution dans du lait.

Ce médicament essayé dans 21 cas a donné d'excellents résultats. Les crises d'épilepsie deviennent plus rares; les convulsions s'atténuent et l'affection prend souvent le type de petit mal avec simples absences ou bien se manifeste seulement par quelque secousses musculaires sans perte de connaissance. Parfois même la maladie ne se retrouve plus que sous forme d'aura.

Il en résulte donc que l'action du brome l'emporte sur celle de la potasse dans la combinaison du bromure de potassium et que l'on peut éviter par l'emploi de ce nouveau médicament les effets désagréables du brome associé à la potasse.

M. Olah s'associe aux conclusions de l'auteur. L'emploi qu'il a fait du bromure d'éthylène lui a donné d'excellents résultats.

Epilepsie traumatique.

M. Wœlfler a fait une communication sur ce point devant la Société de médecine de la Styrie (*séance du 27 avril*). Après avoir rappelé les indications opératoires aujourd'hui admises, il relate les faits suivants :

1° et 2° Coup de feu avec fracture déprimée sans rupture de la dure-mère. Amélioration par relèvement des esquilles dans un cas; par résection ostéoplastique dans l'autre.

3° Homme de 22 ans atteint de fraction avec enfoncement qui a suppuré. Après trépanation, on trouve la dure-mère adhérente à la pie-mère et on la résèque. On transplante un morceau d'os décalcifié. Amélioration de la parésie et des accès épileptiques.

4° Convulsion de la face et du bras droit 6 semaines après une violence. La trépanation a amené la guérison progressive.

Par contre M. Wœlfler a échoué chez une fille de 8 ans atteinte depuis un an, sans trauma préalable, de secousses convulsives dans la moitié droite du corps. Il n'a dans ce cas, il est vrai, pas ouvert les méninges.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

Nº 24. — 17 JUIN 1891 LE NUMERO QUINZE CENTIME

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

PUBLIÉ PAR

LA GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MEDECINE ET DE CHIRURGIE

Et servi gratuitement à tous les abonnés de ce journal

ABONNEMENTS SPÉCIAUX POUR MM. LES ÉTUDIANTS. — UN AN : 6 FRANCS

L. LEREBOULLET, Rédacteur en chef. — A. BROCA, Secrétaire de la Rédaction

Librairie de G. MASSON, 120, boulevard Saint-Germain.

SOMMAIRE

ACTES OFFICIELS

Corps de santé des colonies. — Ont été nommés dans le corps de santé des colonies :

Au grade de médecin principal. — MM. Hénaff et Gallay.

Au grade de médecin de première classe. — MM. Clouard, David, Bourac, Rouch et Guerchet.

Au grade de pharmacien de deuxième classe. — M. Mirville.

Le concours d'agrégation s'ouvrira à Paris le 15 décembre 1891 pour la section de médecine (Paris 4 places, Bordeaux 2, Lille 2, Lyon 2, Montpellier 3, Nancy 1, Toulouse 1); le 1er mars 1892 pour la section de chirurgie (Paris 3, Lille 1, Lyon 3, Montpellier 1, Nancy 1, Toulouse 1) et accouchements (Paris 1, Bordeaux 1, Lille 1, Lyon 1); le 16 mai 1892, pour la section d'anatomie (Paris 1, Bordeaux 1, Lille 2, Nancy 1), physiologie (Lille 1, Toulouse 1), histoire naturelle (Paris 1, Lyon 1, Montpellier 1), physique (Bordeaux 1, Lille 1, Nancy 1), chimie (Lyon 1, Montpellier 1), pharmacie (Paris 1).

ACTES DES FACULTÉS DE MÉDECINE

Thèses du 22 au 27 juin 1891.

Mercredi 24. — M. Vincent. Des tachycardies. Valeur séméiologique et pathogénique. — M. Casimir Dluski. Du pronostic dans quelques variétés de néphrites chez les enfants. — M. Simonet de Laborie. Le sérum du sang du chien. Ses propriétés thérapeutiques. — M. Georgevitch. Contribution au diagnostic de la forme méningée de la dothiénentérie infantile.

Jeudi 25. — M. Mesnard. Etude sur les pseudo coxalgies dépendant d'une différence de longueur des deux membres inférieurs. — M. Fréal. De la procidence du cordon ombilical dans l'insertion vicieuse du placenta. — M. Nermo. Contribution à l'étude des fistules biliaires hépato-bronchiques. — M. Barillet. Des complications infectieuses de la périodontite suppurée. — M. Willot. De la cataracte hémorrhagique. — M. Soulie. Traitement des prolapsus du rectum. — M. Holstedy Bolaud. Des glycosuries non diabétiques. — M. Demahis. Des injections hypodermiques de gaïacol iodoformé dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. — M. Wagner. Etude sur les Œuvres de Puzos.

Vendredi 26. — M. Archambaud. De la ligature des veines saphènes dans le traitement des varices et de l'ulcère variqueux. — M. Ducourtioux. Dilatation ampullaire de la veine fémorale dans le canal crural et de la saphène interne à son embouchure. — M. Hahusseau. Des formations kystiques consécutives à l'extirpation de l'utérus et des annexes.

VARIÉTÉS

Les écoles de médecine de province. — L'association des professeurs de toutes les Ecoles de médecine de France vient d'envoyer aux sénateurs une adresse dans laquelle elle attire leur attention sur les points suivants :

1º La nécessité de conserver et de développer les Ecoles préparatoires de médecine ;

2º La nécessité de permettre aux élèves de prendre toutes leurs inscriptions dans les Ecoles préparatoires, c'est-à-dire la liberté pour eux de faire leurs études là où ils trouveront la plus grande convenance ;

3º La nécessité de leur permettre de passer dans ces mêmes Ecoles, au moins les deux premiers examens de leur doctorat, avec un jury mixte ;

4º La nécessité de restreindre, au moins d'une année, le temps employé par eux à l'obtention de leurs diplômes préparatoires ;

5º La nécessité, enfin, de mettre les élèves, dès leur entrée à l'Ecole, à des études sérieuses de médecine proprement dites, anatomie, physiologie, pathologie, clinique, et de répartir l'étude des applications des sciences à la médecine, dans le courant des trois dernières années de scolarité, quand ils sauront déjà assez de médecine pour les comprendre, ce qui entraînera forcément un changement notable dans l'ordre et l'époque des examens probatoires, et ce qui permettra de rétablir, en tout ou en partie, les examens de fin d'année, moyen le plus puissant de contrôle que nous possédions du travail de nos élèves.

C'est à peu près la reproduction des vœux formulés par l'association des professeurs, dans sa réunion du 5 avril à Paris.

Usurpation de nom sur des affiches apposées dans les Vespasiennes. — On a pu voir depuis plusieurs mois, dans les Vespasiennes de Paris, les affiches d'un cabinet médical consacré au traitement des maladies plus ou moins secrètes, cabinet tenu par le « Dr Marty, lauréat de la Faculté de médecine de Paris ». Un très honorable médecin, le Dr J. B. Marty, surpris de cette réclame faite par un homonyme qu'il ne connaissait pas, et cherchant à faire cesser une publicité qui ne pouvait que lui être préjudiciable, a assigné devant le président du Tribunal civil le directeur du cabinet médical en question. Or, le directeur de ce cabinet s'appelle non pas Marty, mais A..... Aussi, le président du tribunal, par une ordonnance de référé en date du 16 mai dernier, faisant droit aux conclusions du demandeur, a-t-il décidé que A..... devait, dans les quarante-huit heures, faire enlever les affiches dont il s'agit, faute de quoi le demandeur était autorisé à les faire lacérer, même avec l'assistance d'un commissaire de police, si besoin en était.

Cette ordonnance mérite d'être signalée, car elle indique la voie à suivre aux médecins qui pourraient ainsi voir leur nom reproduit sur les affiches d'officines mal famées.

SUPPLÉMENT THÉRAPEUTIQUE AU MERCREDI MÉDICAL

FORMULAIRE THÉRAPEUTIQUE

Deux nouveaux antiseptiques : le sulfite de zinc et l'antiseptine.

Le premier est préconisé par MM. les docteurs F. Heuston et C. Tichborne (de Dublin). Au dire de nos confrères irlandais, le sulfite de zinc, tout en étant un antiseptique puissant, n'est ni toxique ni irritant. Il est peu soluble dans l'eau et se prête surtout à la préparation d'une tarlatane antiseptique.

Pour préparer cette gaze au sulfite de zinc, la quantité voulue de tarlatane, préalablement lavée et stérilisée, est arrosée avec un mélange de solutions bouillantes de sulfate de zinc et de sulfite de soude dans la proportion de 6 parties de la première pour 5 1/4 de la seconde. On laisse la tarlatane séjourner dans le liquide pendant vingt-quatre heures. Il se forme du sulfite de zinc qui se dépose en cristaux fins dans les mailles et les interstices du tissu. La tarlatane est ensuite exprimée et séchée. Elle conserve pendant un temps indéterminé ses propriétés antiseptiques dues, d'une part, au zinc et, d'autre part, à l'acide sulfureux qui se dégage lentement au contact de la tarlatane avec la plaie.

Des essais cliniques, faits par M. Heuston et M. le docteur Frank, avec la gaze au sulfite de zinc, ont montré que ce pansement garantit sûrement la guérison aseptique et rapide des plaies.

Quant à l'*antiseptine*, préparée par un pharmacien berlinois, c'est une combinaison d'iodure de zinc et de borothymolate de zinc. Elle est facilement soluble dans l'eau et d'un prix extrêmement modique. Son inventeur en vante les propriétés antiseptiques. Elle n'exerce aucune action toxique et irritante et n'a pas d'odeur désagréable.

On peut employer l'antiseptine en solution aqueuse à 1 ou 2 0/0, en pommade à 10 0/0 (avec de la vaseline ou de la lanoline), ou bien mélangée avec de la poudre de talc dans la proportion de 1 pour 5 (pour saupoudrer les plaies et ulcères, contre l'intertrigo des enfants et les sueurs fétides des pieds).

Traitement intensif de la tuberculose par la méthode des injections sous-cutanées.

Il ne suffit pas, pour pratiquer avec succès les injections sous-cutanées de créosote, d'avoir un agent médicamenteux pur et de composition uniforme, il faut aussi être en possession d'un véhicule irréprochable. Les essais cliniques ont montré la supériorité des huiles végétales. L'huile d'amandes douces mérite la préférence, parce qu'elle ne fige qu'à la température relativement basse de — 25°.

Quelle que soit l'huile employée, il est absolument indispensable de la *rendre neutre* et de la stériliser. Or, toutes les huiles s'oxydent, et, sous l'influence de l'air humide notamment, il s'établit une fermentation qui rend les huiles rances. L'acidité peut encore résulter de ce qu'il a pu rester dans l'huile des traces d'acides minéraux ayant servi à l'épuration.

En outre, la matière azotée, qui se trouve mélangée aux corps gras (matière azotée provenant des débris végétaux mécaniquement entraînés dans l'extraction de l'huile), peut également, par fermentation, charger l'huile de produits secondaires qui constituent dans certains cas des bases très énergiques.

Ces remarques s'appliquent seulement aux huiles *vierges*. Quant aux huiles commerciales qui sont constituées par des mélanges, les impuretés y sont encore bien plus nombreuses.

La stérilisation forme également une partie importante de la préparation de l'huile destinée aux injections. *Avec une huile non stérilisée, on injecterait des microbes variés, indéterminés, sur lesquels la créosote peut ne pas avoir d'action.*

La stérilisation doit être faite dans des conditions très précises. On opérera à une température telle que la stérilisation proprement dite soit effectuée sans que les corps gras soient altérés. Or ceux-ci se détruisent à partir de 300° et donnent naissance à de l'acroléine, à des acides gras libres et à des corps empyreumatiques.

Comme on le voit, la préparation des huiles médicamenteuses pour injections sous-cutanées est des plus délicates. Le praticien qui injecte une huile dont la purification et la stérilisation n'ont pas été bien conduites s'expose à des mécomptes et à des accidents locaux qui peuvent mettre obstacle à la continuation du traitement.

C'est avec une huile créosotée remplissant ces conditions que M. le Dr Burlureaux a pu pratiquer ou faire pratiquer 2,500 piqûres sans observer de suites fâcheuses.

La *créosote* qui a servi à ces expériences et l'huile elle-même ont été fournies par M. Choay ou préparées d'après ses indications.

C'est pourquoi la maison L. Frère, qui s'est assuré le concours de M. Choay, livre aujourd'hui aux praticiens de **l'huile créosotée alpha** toute prête pour injections sous-cutanées.

Les médecins peuvent ainsi avoir sous la main une préparation qui leur permet de faire absorber des doses massives de créosote, et de réaliser le traitement le plus intensif qui ait été employé jusqu'à nos jours.

M. le Dr Burlureaux s'est arrêté à la solution au 1/15e déjà adoptée par le Dr Gimbert, de Cannes.

Dans un travail publié il y a plus d'un an, M. le Dr Burlureaux s'exprimait ainsi : « La créosote injectée est très « vite absorbée; au bout de 10 minutes « en moyenne, les malades l'exhalent; « leur haleine sent légèrement la créo« sote, et eux-même en accusent le goût. « Ce goût désagréable est même le prin« cipal inconvénient de la méthode. « Pour l'atténuer, nous avons eu l'idée « d'employer, au lieu de créosote, un « produit qui se trouve dans la créosote « du hêtre à la dose de 75 0/0, et que, « sur notre demande, M. Choay a bien « voulu mettre à notre disposition : c'est « le *gaïacol*, principe actif de la créo« sote, à odeur légèrement balsamique, « assez agréable, qui se dissout, comme « la créosote, dans l'huile, et que nous « avons employé pareillement en solu« tion à 1/15, 1/10, 1/5 et même 1/3. Il « est aussi bien toléré par les tissus et « ne laisse au malade qu'une saveur peu « intense, suffisante cependant pour dé« celer l'absorption du médicament et « sa pénétration dans l'économie. »

Au sujet du *gaïacol*, il n'est peut-être pas sans intérêt de rappeler les circonstances dans lesquelles il a été introduit en France :

Aussitôt que Fraentzel eut fait sa communication sur l'emploi du gaïacol, M. le Dr Labadie pria M. Choay de lui préparer ce corps. M. le Dr Labadie-Lagrave prescrivit ce médicament pour l'usage interne dans son service de la Maternité, d'abord sous forme de solution huileuse, ensuite sous forme de perles de Clertan contenant la substance active en dissolution dans l'huile de faine.

Les premiers essais remontent au mois d'avril 1888, et les seconds à la fin de novembre de la même année.

Plus tard, M. le Dr Burlureaux demanda à M. Choay des solutions huileuses de gaïacol pour injections sous-cutanées.

Diverses raisons, entre autres la difficulté de se procurer à cette époque du gaïacol pur, en quantité suffisante, ont fait que les expériences ont été poursuivies avec la créosote. Le gaïacol pur est aussi d'un prix plus élevé.

Aujourd'hui, la maison L. Frère, A. Champigny et Cie, successeurs, 19, rue Jacob, Paris, peut fournir de **l'huile gaïacolée alpha** dans les mêmes conditions de pureté que l'**huile créosotée alpha**.

Liniment chloroformé ne tachant pas le linge. — M. P. Boas.

Camphre	10 grammes.

Faire dissoudre dans :

Chloroforme	40 grammes.

Ajouter :

Paraffine molle	25 grammes.

Mêlez. — Usage externe.

Solution de camphre pour injections hypodermiques. — M. K. Rosner.

Camphre pulvérisé	2 grammes.
Paraffine liquide	8 —

Mêlez et chauffez doucement au bain-marie jusqu'à dissolution parfaite du camphre.

Injecter la valeur d'une demi-seringue (10 centigrammes de camphre) ou d'une seringue Pravaz entière (20 centigr.).

VARIÉTÉS

Règlement pour la désinfection publique.

A la dernière séance de la « Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle », M. le Dr A.-J. Martin a terminé sa communication sur la désinfection à Paris par le règlement ci-après dont il propose l'adoption.

Le service de la désinfection publique a pour objet de désinfecter :

1° Les objets directement apportés à l'établissement public de désinfection par des particuliers. Dans ce cas, l'établissement de désinfection ne peut recevoir que des matelas, linges, effets et vêtements à usage personnel, tentures, tapis de petites dimensions, cuirs, fourrures, caoutchouc, étoffes et tissus de toutes sortes. Quant aux objets mobiliers proprement dits, ils ne peuvent être désinfectés qu'à domicile;

2° Les objets qui ont été pris à domicile sur la demande des particuliers ou des services administratifs (mairies, commissaires de police, etc.).

Les objets apportés pour être désinfectés ne doivent être reçus dans l'établissement que du côté des objets à désinfecter. L'employé placé dans cette partie de l'établissement fait deux parts de ces objets :

1° Ceux qui doivent subir la désinfection à l'étuve et qu'il dispose dans des enveloppes affectées à cet usage, c'est-à-dire les objets de literie, vêtements, effets à usage personnel, linge et en général tous les tissus et étoffes;

2° Ceux qui doivent subir le lavage ou la pulvérisation à l'aide de solutions antiseptiques, à savoir les cuirs, chaussures, courroies, caoutchoucs, bretelles, casquettes, chapeaux, cartons, malles, etc., les fourrures, les objets en bois collés.

La désinfection à l'étuve se pratique suivant les indications fournies pour le maniement particulier de l'appareil, d'après le tableau affiché auprès de chaque étuve.

Pour tous les objets qui ne peuvent passer à l'étuve et qui sont énumérés ci-dessus, on peut se servir soit du lavage à l'aide d'un pulvérisateur spécial, soit du lavage à la brosse et, dans les deux cas, à l'aide de la solution antiseptique suivante :

Sublimé corrosif	0 gr. 25
Acide tartrique	1 gr.
Solution alcoolisée de carmin d'indigo sec à 5 0/0	1 goutte

Pour 1 litre d'eau.

Un carnet à souche indiquera, sur la souche et la feuille qui en sera détachée pour être remise au dépositaire des objets : le nom et l'adresse de celui-ci, la désignation des objets, le jour du dépôt et de la remise; la délivrance des objets sera faite, dans le plus bref délai possible, sur remise de la feuille en question. Elle ne devra jamais être effectuée que dans la partie affectée au dépôt des objets désinfectés.

Les voitures ayant servi au transport desdits objets ne pourront sortir de l'établissement qu'après avoir été nettoyées par le désinfecteur au moyen des pulvérisations ou lavages en usage dans l'établissement.

Le service de la désinfection à domicile comporte :

1° Un personnel spécial,

2° Un matériel approprié à la désinfection.

Le personnel se compose d'au moins deux hommes, dont l'un doit être habitué à la conduite des chevaux.

Ils portent un costume spécial, dit de sortie, soigneusement entretenu et permettant de reconnaître qu'ils font partie du service de la désinfection.

Cet uniforme est différent du costume de travail décrit ci-après.

Deux voitures spéciales seront affectées au transport du matériel pour la désinfection à domicile et des objets soumis ou à soumettre à la désinfection dans l'établissement.

Chacune de ces voitures sera peinte à l'extérieur d'une couleur différente, afin de distinguer celle qui servira au transport des objets contaminés et celle qui sera destinée à reporter au domicile les objets désinfectés.

Au départ de la voiture, les désinfecteurs s'assureront qu'elle contient le matériel ci-après :

1° La pompe à pulvériser spéciale adoptée pour la désinfection (de 12 litres de capacité) et plusieurs flacons renfermant la solution indiquée ci-dessus :

Ces flacons, confiés aux soins et à la responsabilité des employés, ne devront jamais être remis par eux à qui que ce soit;

2° Un flacon de permanganate de potasse renfermant 1 litre de solution à 0 gr. 5 pour 1.000;

3° Un sac en toile renfermant le costume de travail, soit pour chaque homme une calotte de toile, une blouse de toile ajustée au cou et aux poignets pour empêcher la blouse de flotter, un pantalon ou cotte de toile, des chaussures;

4° Plusieurs enveloppes fermées par n'importe quel moyen, à l'exception des cordons de cuir. Ces enveloppes seront de formes différentes pour les matelas, les oreillers, les traversins, les édredons et les effets; elles seront marquées au coton rouge de numéros ou de lettres de très gros caractères; elles seront ouvertes avant leur entrée dans l'étuve;

5° Des chiffons destinés à l'essuyage;

6° Deux grosses éponges, une brosse à main, une brosse montée.

7° Un sac à outils;

8° Une échelle de deux mètres, articulée et munie de tampons en caoutchouc.

Les employés se rendront directement et sans retard au domicile qui leur a été indiqué par le directeur de l'établissement.

Dès leur arrivée au domicile, ils transporteront leur matériel auprès du logement à désinfecter et se revêtiront du costume de toile avant d'y pénétrer.

Ils laveront tout d'abord à la brosse les linges tachés de sang à l'aide de la solution de permanganate de potasse.

Ils mettront ensuite dans leurs enveloppes tous les objets destinés à être portés à l'étuve (matelas, rideaux, couvertures, literie, vêtements, tissus et étoffes).

Puis, après avoir versé le contenu de l'un des flacons dans la pompe à pulvériser et avoir rempli d'eau celle-ci, ils projetteront un jet de liquide désinfectant pulvérisé sur les murs, le plafond, les boiseries, le parquet ou carrelage, les grands tapis conservés au domicile, les meubles et notamment les lits, l'intérieur de la table de nuit et tous autres objets laissés dans les pièces.

Aucune partie des pièces à désinfecter, ni aucun des objets qu'elles renferment ne doivent être négligés. Les glaces et leurs cadres, les tableaux et objets d'art seront frottés avec des chiffons légèrement imbibés de la solution désinfectante. Les grands tapis et étoffes laissés à domicile en raison de leurs grandes dimensions seront décloués, et recevront sur leurs deux faces un jet prolongé de liquide désinfectant pulvérisé; le parquet ou les murs qu'ils recouvraient seront également désinfectés.

Les vases et ustensiles ayant servi au malade, ainsi que les water-closets, les cabinets d'aisances et les tables de toilette seront lavés avec soin à l'aide de la solution désinfectante.

Lorsque ces diverses opérations seront terminées, les désinfecteurs devront enlever leur costume de travail et le mettre dans les sacs destinés à le porter à l'étuve à désinfection; puis ils descendront les sacs renfermant les objets également destinés à l'étuve et chargeront le tout avec leur matériel dans la voiture.

Dès que la voiture chargée des objets à désinfecter arrivera à l'établissement, elle sera aussitôt débarrassée de ces objets ainsi que du matériel et le tout devra être, dans le plus bref délai, désinfecté par le procédé indiqué ci-dessus. La voiture sera également lavée à grande eau avec la solution désinfectante.

Après désinfection des objets susdits, ils seront reportés, le plus tôt possible, au domicile de leur propriétaire, par la voiture spécialement affectée à cet usage.

Tous ceux qui seront chargés de la désinfection dans l'établissement porteront le costume de travail spécifié ci-dessus. Ils devront se débarrasser de leurs vêtements dans la pièce qui leur sert de vestiaire et y revêtir ce costume avant d'entrer dans les parties de l'établissement où se trouvent les objets à désinfecter.

Tous ces agents, sans exception, doivent laisser leur costume de travail lorsqu'ils ont terminé leur service; ils sont tenus de se laver soigneusement la figure et les mains à l'eau chaude additionnée de la solution antiseptique indiquée plus haut, avant de retourner dans leurs logements ou dans l'établissement, pour n'importe quel motif.

L'entrée des locaux affectés à la désinfection est formellement interdite à toute personne de l'établissement ou autre qui n'y est pas appelée par son service.

Les agents préposés au maniement des objets infectés ne doivent, sous aucun prétexte, avoir des rapports avec les chauffeurs de l'étuve et leurs aides pendant les diverses opérations de leur service.

Les personnes qui désirent utiliser le service de désinfection publique seront prévenues qu'il y a intérêt pour elles à en avertir le directeur de l'établissement, afin que les désinfecteurs spéciaux puissent être mis à leur disposition pour pratiquer la désinfection à leur domicile et faire désinfecter les objets qui doivent être portés à l'étuve.

Autrement les personnes qui feraient porter par des étrangers à ce service ou qui porteraient elles-mêmes des objets à l'établissement, doivent prendre des précautions spéciales pour éviter toute contamination par ces objets, notamment pour la désinfection de leurs propres vêtements et le nettoyage de leurs mains et de leur figure.

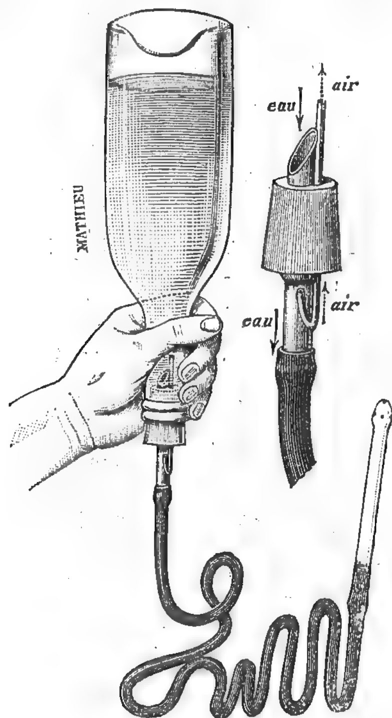
Exercice illégal de la pharmacie par un médecin. Tribunal de Caen.

M. B..., pharmacien à Ouistreham, a porté plainte à M. le Juge d'instruction de Caen contre M. X..., officier de santé à Amfreville, pour exercice illégal de la pharmacie. Comme il n'existe pas de pharmacie dans cette dernière commune, M. X... avait le droit de vendre des produits pharmaceutiques, mais seulement aux malades qui venaient le consulter, ou auprès desquels il

était appelé; or, l'instruction a révélé qu'il vendait des médicaments à des personnes qui venaient lui en demander pour des tiers, et même sans indiquer pour quelle maladie, de sorte qu'il tenait à Amfreville une véritable officine; en outre, il apportait des médicaments à ses malades dans la commune de Ouistreham, où habitait M. B...

Le Tribunal de police correctionnelle de Caen, par jugement du 23 avril dernier, a déclaré que ces deux faits constituaient l'un et l'autre un exercice illégal de la pharmacie. En conséquence, il a condamné le médecin à 50 francs d'amende et 200 francs de dommages-intérêts envers M. B... qui s'était porté partie civile; enfin il ordonne la fermeture de l'officine indûment ouverte. (*Union pharmaceutique*).

Siphon vide-bouteille du Dr Budin.



FORMULAIRE THÉRAPEUTIQUE

Traitement des hémorroïdes par les applications d'eau très chaude.

M. le docteur Alvin (de Saint-Etienne) se sert avec avantage d'eau très chaude pour combattre les symptômes pénibles (douleurs, démangeaisons, ténesmes, contracture du sphincter anal) provoqués par la turgescence des hémorroïdes.

Trois à quatre fois par jour — et surtout après chaque selle ou simple tentative de défécation — le malade applique sur la région anale une éponge munie d'un manche et imbibée d'eau très chaude (55 à 60°). Cette application doit être répétée cinq ou six fois de suite à chaque séance, jusqu'à ce que le malade éprouve une cuisson assez vive. L'assèchement se fait avec un linge fin, en évitant toute friction.

Déjà, après vingt-quatre heures, les malades se sentent soulagés. Au bout de quelques jours de ce traitement, les bourrelets deviennent souples et se réduisent de plus en plus. Après un mois, les tumeurs disparaissent presque complètement et la contracture anale diminue sensiblement.

Un traitement mécanique de l'hydropisie

Les scarifications des membres œdématiés peuvent procurer, comme on sait, un grand soulagement aux hydropiques. Mais cette pratique si simple présente deux grands inconvénients qui en diminuent considérablement la valeur. S'agit-il de simples mouchetures, les orifices de ponction s'oblitèrent rapidement et l'écoulement du liquide s'arrête; s'agit-il, au contraire, d'incisions étendues et profondes, leur asepsie devient impossible chez le malade constamment baigné dans la sérosité, et on court alors les risques d'une infection.

Pour remédier à ces inconvénients, Southey a imaginé son *drainage capillaire* qui consiste dans l'introduction, à travers les orifices de ponction, de fins tubes en caoutchouc laissés à demeure. Mais comme ces petits drains s'obturent souvent, ils exigent des soins très pénibles, et, d'autre part, ils ne peuvent rester en place que si le malade est couché. Or, on sait combien sont nombreux les hydropiques qui ne supportent pas la position horizontale, et qui sont astreints à rester assis dans un fauteuil ou à se promener dans la chambre.

Dans ces conditions, un confrère allemand, M. le docteur F. Schilling (de Nuremberg), se sert avec succès d'un drainage pratiqué à l'aide de fils d'argent.

Voici comment il procède :

Une grosse aiguille recourbée, armée d'un fil d'argent d'épaisseur variable (simple ou double) suivant le cas, est piquée profondément dans la peau jusqu'au tissu sous-cutané; on longe celui-ci sur une certaine étendue, puis on sort l'aiguille par une contre-ponction. Les deux bouts du fil d'argent dont l'anse se trouve dans le tissu sous-cutané sont fortement liés (tordus), afin de comprimer la portion de peau qu'ils étreignent et maintenir béants les orifices de ponction. Les bouts des fils sont coupés assez ras et puis entourés de coton ou de diachylon, pour qu'ils ne s'accrochent pas aux vêtements du malade. On recouvre le tout d'une simple compresse de coton ou de gaze aseptique.

Il va sans dire que la petite opération doit être faite avec toutes les précautions nécessaires de l'asepsie.

Il arrive souvent que, lorsque, sous l'influence de ce drainage, la tuméfaction de la peau a diminué, l'anse d'argent ne se trouve plus assez serrée pour maintenir suffisamment béants les orifices de ponction. Il faut alors la resserrer davantage.

Les régions qui se prêtent le mieux à l'application des anses d'argent de M. Schilling sont la face interne des cuisses ou des mollets. Il suffit, habituellement, d'appliquer deux anses sur chacune des cuisses, ce qui constitue huit ouvertures de ponction laissant écouler la sérosité en abondance.

Chez une femme au terme de la grossesse et atteinte en même temps de néphrite chronique, notre confrère s'est vu obligé d'appliquer ses anses d'argent sur les grandes lèvres qui, par suite de l'œdème énorme, avaient atteint les dimensions d'une tête d'enfant. Le résultat fut brillant : la tuméfaction disparut rapidement.

Emploi du lactate de fer.

L'anémie, la chlorose, la chloro-anémie et toutes les maladies qui ont pour cause l'appauvrissement du sang, jouissent du triste privilège de nous faire parcourir constamment la gamme des médications de toute espèce. Ce n'est pas que nous ignorions quels sont les agents qui peuvent influer sur ces diathèses si persistantes, mais c'est que nous hésitons sur la manière de les employer pour produire un résultat efficace. Le fer est l'agent par excellence de la rénovation du sang; mais il faut d'abord qu'il soit toléré, puis qu'il soit assimilé, enfin qu'il apporte dans l'économie ses propriétés fortifiantes sans faire naître cette déplorable infirmité qu'on appelle la constipation. Tous les chimistes se sont mis à l'œuvre pour résoudre le problème, et quelques-uns sont arrivés à des résultats très utiles. Nous voulons rechercher quelle est, dans l'état actuel de la science pharmaceutique, la préparation qui a le mieux réussi.

Les pilules de Vallet jouissent d'une faveur méritée; elles ont remplacé avec avantage ces affreuses boissons de rouille qui étaient répugnantes, à peu près inefficaces, et cependant indigestes. Elles n'ont pu cependant satisfaire à toutes les exigences du programme que les chercheurs sérieux s'étaient imposé : leur usage prolongé amène presque toujours la constipation.

Les pilules de Blaud, recommandables à certains égards, n'ont pas davantage échappé au même écueil. Et nul ne saurait nier la gravité d'un semblable danger. La constipation est une des plus cruelles souffrances infligées à l'espèce humaine et personne n'ignore que ce sont précisément les sujets anémiques et chloro-anémiques qui sont les plus prédisposés à cette terrible affection.

Beaucoup d'autres préparations ont été

produites, qui ont eu la prétention d'avoir résolu le problème; elles ne méritent pas même d'être citées; elles avaient les inconvénients des produits sérieux sans en avoir l'efficacité.

En 1839, MM. Gélis et Conté ont présenté à l'Académie de médecine une préparation nouvelle, soigneusement étudiée, et paraissant répondre à tous les desiderata. L'Académie a nommé une commission qu'elle a chargée d'examiner le nouveau produit.

Cette commission était composée de M. Fouquier, professeur à la Faculté de Paris; de M. Bally, président de l'Académie, et de M. Bouillaud, également professeur à l'Ecole de médecine. Il était difficile de constituer un jury plus compétent et plus honorable.

MM. Fouquier et Bouillaud se sont livrés à des expériences nombreuses, et leur verdict ne s'est pas fait attendre. Sans nier le mérite relatif des préparations déjà connues que nous avons citées plus haut, ils ont déclaré que les dragées de Gélis et Conté au lactate de fer étaient supérieures à ces préparations et devaient leur être préférées. A l'appui de leur opinion, ils ont apporté la relation d'observations nombreuses dans lesquelles ils constataient les résultats très satisfaisants qu'ils avaient obtenus de l'emploi fait par eux-mêmes de la médication nouvelle. Le docteur Hardy, chef de clinique du professeur Fouquier, est venu appuyer l'opinion de son chef de ses observations personnelles, et les services des professeurs Andral, Bouillaud, de MM. Bally, Beau, Nonat, fournirent bientôt leur contingent d'observations aussi concluantes.

Sur le rapport de sa commission, l'Académie de médecine a voté des remerciements à MM. Gélis et Conté et l'impression dans le *Bulletin* de l'Académie du mémoire qui avait accompagné la présentation de leur produit.

La supériorité du lactate de fer sur les autres préparations martiales a été de ce moment reconnue. Plus tard, elle fut confirmée par les nombreuses expériences, tant physiologiques que pathologiques, de MM. Claude Bernard, Bareswil et Lemaire, et plus tard encore, en 1858, par le rapport d'une nouvelle commission de l'Académie de médecine, composée de MM. les professeurs Velpeau, Trousseau, Depaul, Bouchardat et Boudet. Les expériences qui furent faites alors en présence de MM. Robiquet, Boudault et Corvisart constatèrent d'une manière irréfutable les avantages du lactage de fer au point de vue de la digestion et de l'assimilation.

Il est donc définitivement acquis que les dragées de Gélis et Conté sont le ferrugineux le plus efficace, et qu'aucun ne saurait combattre l'anémie, la chlorose, la chloro-anémie, avec une plus grande certitude de succès.

La saignée dans le traitement du kakké

Si nous parlons ici du kakké, si fréquent au Japon et qui heureusement ne se rencontre pas en Europe, c'est que la question de l'utilité de la saignée dans cette maladie, question que vient de soulever un confrère japonais, M. le docteur M. Miura (de Tokio), se rattache assez directement au traitement de la chloro-anémie par la saignée.

On sait que le kakké japonais et nos anémies européennes sont, comme entités morbides, loin d'être identiques entre eux. Mais on sait aussi d'autre part que, abstraction faite des différences étiologiques et pathogéniques, les symptômes cliniques du kakké rentrent bien dans le cadre de ce que nous appelons chez nous une chloro-anémie grave ou anémie pernicieuse.

Il s'agit donc d'un cas spécial de cette question plus vaste de l'utilité et des effets de la saignée dans les anémies en général. Aussi les observations de M. Miura méritent-elles assurément de fixer l'attention du praticien européen.

M. le docteur W. Anderson a été le premier qui, en 1879, ait pratiqué à Tokio la phlébotomie chez deux malades atteints de kakké grave, dans le but de relever l'action défaillante du cœur et d'amender la cyanose et la dyspnée. Après lui, M. le docteur Baelz (de Tokio) a aussi recommandé la phlébotomie comme une dernière ressource dans les cas de kakké où la faiblesse du cœur devient extrême. Quoi qu'il en soit, cette pratique n'a pas trouvé beaucoup d'imitateurs, car les quelques médecins japonais qui, sur le conseil de MM. Anderson et Baelz, ont essayé la phlébotomie dans le kakké, n'en ont, paraît-il, pas obtenu de bons résultats.

Tout autre est, cependant, l'opinion de M. Miura. Ce confrère a été amené à l'idée d'appliquer la saignée au traitement du kakké, par l'observation de trois cas de cette affection, dans lesquels les malades se sont trouvés singulièrement améliorés à la suite d'hémorrhagies spontanées (flux menstruel chez l'une, flux hémorrhoïdaire chez les deux autres); l'oppression et les palpitations ont considérablement diminué, l'état général s'est relevé.

Il est intéressant de rapprocher ce fait des observations analogues de M. le docteur Schubert qui, ainsi que nous l'avons mentionné dans notre article sur la saignée dans la chloro-anémie, avait vu survenir des améliorations et même des guérisons chez les chloro-anémiques à la suite d'hémorrhagies spontanées, telles qu'épistaxis ou hématémèse.

Revenant à M. Miura, disons qu'entre les mains de ce confrère la saignée a toujours donné de bons résultats dans les cas graves de kakké. Il y recourt non pas *in extremis*, comme l'avaient fait ses prédécesseurs, mais lorsque l'action du cœur est encore accélérée ou tout au moins quand elle n'est pas considérablement ralentie; il ne pratique pas la phlébotomie, mais se borne à extraire, au moyen de ventouses scarifiées, de 100 à 250 cent. cubes de sang en deux ou trois séances, au lieu d'enlever par la phlébotomie de 300 à 400 grammes de sang (en une fois), ainsi que le faisait et le recommandait M. Baelz.

Les effets de ces soustractions de sang ont toujours été favorables et rapides. Ils sont analogues à ceux que MM. Dyes, Wilhelmi, Scholz et Schubert disent avoir obtenus à la suite de la saignée chez les chloro-anémiques et peuvent se résumer ainsi qu'il suit: l'insomnie fait place à un sommeil calme et réparateur; l'état général s'améliore; la cyanose s'amende, le pouls se relève et diminue de fréquence, l'oppression et les palpitations disparaissent, la diurèse augmente.

NOUVELLES THÉRAPEUTIQUES

Le Gérant : G. Masson.

Paris. — Imp. des Arts et Manufact. et DUBUISSON 12, r. Paul-Lelong. — Barnagaud, imp.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Observations de cholécystotomie et de cholécystectomie.

(Communication à l'*Académie de médecine*, par M. F. Terrier, agrégé de la Faculté, chirurgien de l'hôpital Bichat).

Messieurs,

Ayant eu l'occasion de pratiquer deux nouvelles opérations sur l'appareil excréteur de la bile, j'ai l'honneur de vous les communiquer, pensant qu'elles présentent quelque intérêt clinique médico-chirurgical.

La première de ces observations a trait a une cholécystotomie fort difficile qui entraîna la mort par péritonite septique.

La seconde est une cholécystectomie pour dilatation de la vésicule et obstruction du canal cystique. Ici le résultat favorable fut très rapidement obtenu.

Voici les faits :

Obs. I *Cholécystite et péricholécystite calculeuses. — Cholécystotomie. — Drainage de la cavité cystique. — Mort par péritonite septique.*

Le nommé Alexis B... instituteur, âgé de 42 ans, m'est adressé par mon collègue le Dr Huchard, dans le service duquel il avait été primitivement placé.

Cet homme, qui n'a aucun antécédent héréditaire, s'était toujours bien porté jusqu'en 1885. A cette date, c'est-à-dire, dit-il, il y a 6 ans, il fut pris, un après-midi, d'un frisson intense qui l'obligea à s'aliter et fut suivi d'un accès fébrile avec chaleur et sueurs abondantes. En même temps existaient des douleurs abdominales vives, sans localisation bien nette. Les jours suivants un peu d'ictère. Cette indisposition dura environ 6 semaines et tout ce temps B... dut garder le lit.

Depuis lors, le malade n'a plus eu d'ictère, mais il éprouva toujours une certaine gêne dans la région droite de l'abdomen ; de plus, toutes les six semaines ou tous les deux mois, des douleurs abdominales assez caractérisées siégeant plutôt à droite qu'à gauche l'obligeaient à garder le lit pendant quelques jours.

En même temps, le malade constata à droite de l'ombilic une tuméfaction qui durcissait au moment des poussées douloureuses, mais qui, depuis plusieurs années, ne présente guère de changements appréciables.

Lorsque B... entra à l'hôpital dans mon service, voici la note qui fut prise sur lui par M. le Dr Hartmann, mon assistant :

« On constate dans le flanc droit, atteignant en bas la partie supérieure de la fosse iliaque, remontant en haut jusqu'à l'hypochondre droit, et empiétant légèrement en dedans sur la région ombilicale, une tuméfaction qui semble faire corps avec la face profonde de la paroi. Cette tuméfaction est mal circonscrite et on en apprécie très difficilement les limites. Elle est un peu sensible à la pression prolongée, on ne la retrouve pas en arrière dans la fosse lombaire, et le palper bi-manuel ne permet pas de dire qu'il existe là une tumeur dans le sens propre du mot. A ce niveau existe une submatité, qui est séparée de la zone de matité hépatique par une bande plus sonore, qui paraît répondre au côlon transverse. Quant à la matité hépatique, elle n'est pas augmentée. »

Par la palpation profonde, je pus découvrir à cette tuméfaction une sorte de pédicule qui remontait jusque sous la face inférieure du foie, pédicule dur et surtout douloureux à la pression.

En présence de ces symptômes, on pensa qu'il s'agissait d'une péritonite localisée autour ou plutôt au-dessous de la vésicule biliaire, les accidents racontés par le malade plaidant bien en faveur d'une cholécystite et d'une péricholécystite probablement calculeuses. Il existait aussi de la dilatation de l'estomac dont le clapotement s'entendait jusqu'à l'ombilic.

L'état général était bon ; pas d'accidents fébriles. Le malade éliminait 1,550 gr. d'urine en 24 heures et celles-ci renfermaient 31 gr. d'urée, pas de sucre ni d'albumine.

L'opération fut faite le 2 avril 1891 avec l'aide de mes internes et du Dr Hartmann; le Dr Roux (de Lausanne) y assistait. Incision médiane, sus-ombilicale d'abord, puis sous-ombilicale. Le péritoine largement ouvert, on tombe sur des adhérences épiploïques et de l'angle droit du côlon transverse à la paroi abdominale antérieure droite.

Ces adhérences sont peu à peu détruites et des pinces à pression sont placées sur les vaisseaux qui donnent, vaisseaux liés ensuite avec de la soie fine. On pratique ainsi 5 ou 6 ligatures. L'anse du côlon libérée, ainsi que l'épiploon, on sent profondément d'autres brides fibreuses et des adhérences très solides plongeant dans le flanc et remontant vers le foie. Derrière ces brides, je trouve le duodénum dont je ne vois qu'une partie située derrière le côlon transverse vers son angle droit.

J'agrandis alors encore l'ouverture médiane faite à la paroi, et j'arrive jusqu'au milieu de l'espace qui sépare l'ombilic de l'appendice xiphoïde.

Je puis alors découvrir le lobe droit du foie, au-dessous duquel, très profondément, c'est-à-dire à au moins 10 centimètres, je trouve une masse blanchâtre, sorte de forte bride résistante, à travers laquelle ou plutôt dans laquelle je sens une masse arrondie et dure. Il s'agit certainement d'un calcul situé dans une vésicule fibreuse et adhérente de tous côtés. Je mets cette vésicule à nu sur sa face inférieure et je l'incise, puis avec des pinces j'en retire un gros calcul de 1 gr. 95, arrondi, rugueux à sa surface. Les bords de l'incision faite à la vésicule qui saignent un peu sont saisis avec des pinces à pression et maintenus écartés quelque temps de façon à y placer un gros drain entrant à frottement.

Il ne pouvait être question ni d'enlever la vésicule adhérente de tous côtés aux organes voisins par des tractus fibreux très anciens, ni d'en suturer les parois qui se déchiraient très facilement ; ni surtout de l'attirer à la paroi, qui en était beaucoup trop distante.

Je dus donc me borner à faire le drainage et j'eus soin d'entourer mon tube de l'épiploon que j'avais libéré de ses adhérences pariétales.

La suture de la paroi fut faite selon l'habitude à 3 étages : péritoine et aponévrose au fil de soie ; téguments au crin de Florence ; cette suture fut un peu difficile par suite de la tension des parois du ventre et des efforts que fit le malade un peu réveillé.

L'opération a duré 1 heure 22 minutes et a été assez difficile.

Pansement avec de la gaze et de l'ouate iodoformée, recouvertes d'ouate stérilisée, le tout maintenu par un bandage de corps en flanelle.

Le soir un peu d'affaissement, pas de vomissements, 80 pulsations, 36°7, respiration 24.

3 *avril*. — Nuit calme, pas de vomissement ni de douleurs. Douleurs pour uriner, 700 gr. d'urine en 24 heures. 104 pulsations, 36°4.

Le soir 38°2, pouls à 112. Champagne et Eau de Vichy.

4. — Agitation la nuit, quelques gaz sont rendus avec un lavement, facies rouge, léger hoquet.

Température 38°, pouls 104.

Le soir, toujours de l'agitation, une purgation saline et un lavement n'ont produit aucun effet.

Température 38°4, pouls 128.

900 grammes d'urine en 24 heures.

5. — Délire pendant la première partie de la nuit, puis affaissement. T. 38°, pouls 130.

Le pansement est traversé par un liquide roussâtre, pas de bile, pas de sang. Ventre ballonné.

Mort le matin.

L'*autopsie* fut faite le 6 avril.

Symphyse cardiaque. Un demi verre de liquide séreux dans la plèvre gauche.

L'abdomen est ballonné et, après l'incision de la paroi abdominale, on constate que les anses intestinales sont distendues, mais sans aucune adhérence dans toute la portion du péritoine située au-dessous du grand épiploon, dans l'étage péritonéal supérieur situé à gauche du ligament suspenseur du foie, et dans l'arrière-cavité des épiploons.

Au contraire, à droite du ligament suspenseur, entre le foie et le diaphragme existent des membranes semblant de formation nouvelle, très peu résistantes, et teintes en jaune par la

bile. Au niveau du côlon transverse et de la vésicule biliaire il y a des adhérences plus anciennes, dures et infiltrées de sang.

La vésicule biliaire est épaissie et ne contient plus de bile, elle est bridée par des adhérences; et celles-ci, s'étendant du côlon et de l'épiploon au foie, étranglent la cavité de la vésicule biliaire et la divisent en deux loges. L'une répondant au fond de la vésicule est la plus grande et contient encore deux calculs, l'un du volume d'une amande, l'autre de celui d'une lentille. La seconde, au contraire, avoisine le col de la vésicule biliaire et présente un orifice par où a été introduit le tube à drainage ; elle communique d'une part avec le canal cystique qui est perméable dans toute son étendue ainsi que le conduit cholédoque ; d'autre part elle est séparée de la loge supérieure par un rétrécissement environ du calibre du petit doigt et dû aux adhérences épiploïques signalées.

Il n'existe pas de perforation intestinale ; pas d'hémorrhagie ; et la mort semble due à la péritonite. Les autres organes abdominaux, y compris les reins, n'offrent aucune lésion à signaler.

Les conditions toutes spéciales dans lesquelles j'ai dû pratiquer cette opération, expliquent jusqu'à un certain point mon insuccès. Je tombai tout d'abord sur un foyer d'épiploïte avec adhérences du côlon transverse à la paroi abdominale. Puis, après avoir libéré ces parties, je sentis, mais très profondément, une masse fibreuse, dure, adhérente de tous côtés et qui n'était autre que la vésicule.

Celle-ci était située en haut par rapport au premier temps opératoire, c'est-à-dire la libération de l'épiploon et du côlon. C'est en passant sous le côlon transverse, relevé en haut, que j'atteignis la vésicule biliaire partout adhérente, aussi ai-je eu de la difficulté à la reconnaître et à l'ouvrir. J'explorai la cavité de la vésicule avec le doigt et ne pus sentir le rétrécissement qui la séparait en deux, aussi pensai-je avoir détruit toute la cause possible des phénomènes inflammatoires en enlevant le calcul biliaire qu'elle renfermait. En cela je me suis trompé, et une autre partie de la vésicule, séparée de la première par un rétrécissement fibreux, contenait encore deux calculs.

La vésicule ouverte, je ne pus penser à l'enlever complètement, étant données ses adhérences fibreuses anciennes et intimes avec les parois voisines, et d'autre part il ne m'était pas possible d'attirer les parties sur les téguments et de les y fixer. Je dus donc me contenter, à mon grand regret, de pratiquer un drainage intra-abdominal. Malheureusement, comme dans la plupart des cas où la vésicule renferme des calculs et où ses parois sont enflammées, il est probable que le liquide intra-vésiculaire renfermait des éléments septiques, d'où la péritonite qui a emporté mon opéré.

Si je me retrouvais en présence d'accidents analogues, je crois que je m'efforcerais de pratiquer l'ablation totale de la vésicule, celle-ci étant d'ailleurs fort difficile et pénible. En tout cas, si j'en étais réduit à la cholécystotomie, je m'efforcerais d'ouvrir largement le réservoir de la bile, de façon à n'y pas laisser de calculs dans un diverticule. Mais, dans ces circonstances toutes spéciales, il faut bien se rappeler que, trop souvent, on est obligé de modifier ou de ne pas remplir absolument tout son plan opératoire, ce qui est le plus souvent un élément d'insuccès.

Obs. II. — *Cholécystite calculeuse. Cholécystectomie. — Guérison en un mois. — Cathétérisme des voies biliaires.*

Mme V..., née Reine C..., m'est adressée de la Côte-d'Or, à mon service de l'hôpital Bichat, le 11 avril 1891. Cette femme, âgée de 45 ans, a été réglée à 17 ans, sans douleurs, ni accidents leucorrhéiques. Mariée à 22 ans, elle a eu 3 enfants; le premier est mort au moment de l'accouchement, les deux autres sont vivants.

Depuis 17 ans environ, la malade se plaint de souffrir dans l'hypochondre gauche, douleurs d'ailleurs peu marquées et passagères.

En novembre dernier, Mme V... ressentit des douleurs vives dans la région de l'hypochondre droit; ces douleurs s'accompagnaient de fièvre et de constipation. On la traita, dit-elle, pour une fièvre muqueuse; toujours est-il que, dès la première semaine qu'elle passa au lit, la malade s'aperçut de la présence d'une tumeur siégeant sous l'hypochondre droit au point où existait le maximum de douleur. Depuis cette constatation, cette tumeur n'aurait pas sensiblement changé de volume.

Il n'y a pas eu d'ictère, ni de coliques hépatiques.

Les accidents douloureux du côté se calmèrent peu à peu et disparurent à peu près complètement.

Cependant, pour dormir, la malade devait se coucher sur le côté droit.

En janvier 1891, réapparition des douleurs, qui dès lors devinrent presque continuelles.

Etat de la malade à son entrée à l'hôpital. — L'état général de la malade est assez bon, toutefois ses souffrances constantes lui rendent la vie insupportable et ont altéré un peu sa santé.

Sous le rebord costal droit, au niveau du bord externe du grand droit de ce côté, le palper permet de reconnaître une tumeur de forme générale arrondie et qui descend jusqu'à un travers de doigt au-dessus d'une ligne horizontale passant par l'ombilic. Cette tumeur mesure 6 cm. 1/2 transversalement; sa surface paraît inégale mais très dure; elle est un peu sensible à la pression et suit manifestement les mouvements respiratoires. A son niveau la sonorité est un peu diminuée, mais en aucun point on ne trouve de matité absolue. Par le palper bi-manuel, on arrive à saisir la tumeur entre les deux mains, mais on n'a pas de sensation de ballottement.

La matité hépatique commence à 4 cm. 1/2 au-dessous du mamelon et offre une hauteur de 6 cm.

Sur la ligne axillaire, la matité hépatique ne mesure plus que 4 cm. 1/2; enfin au niveau de l'appendice xiphoïde, il ne semble pas que le foie déborde la cage thoracique.

Il paraît exister une notable dilatation de l'estomac, le clapotement stomacal se faisant sentir jusqu'au niveau de l'ombilic.

Les urines éliminées en 24 heures ont atteint 1,800 gr.; leur densité est de 1.008, leur réaction acide. Il y a 26 gr. 25 d'urée par jour, pas de sucre ni d'albumine.

En présence de ces phénomènes, on n'hésita pas à diagnostiquer une dilatation de la vésicule biliaire, dilatation due à la rétention de la bile par des calculs. L'indication étant de pratiquer soit une cholécystotomie en enlevant les calculs, soit une cholécystectomie au cas où les parois de la vésicule seraient malades et où on ne pourrait rétablir le cours rétrograde de la bile.

L'opération fut faite le 2 mai 1891, avec l'aide de mon ami et ancien interne le Dr H. Hartmann. M. le Dr Saxtorph de Copenhague y assistait.

Incision médiane d'abord sus, puis sus et sous-ombilicale, de 10 à 12 centimètres de longueur.

Le péritoine ouvert, il y avait une certaine tendance à l'issue de l'épiploon et d'une anse d'intestin grêle. Toutefois ces organes furent maintenus à l'aide d'une compresse stérilisée pliée en 8.

Allant à droite, sous le lobe hépatique, je rencontrai une masse dure, lobulée, recouverte de graisse : c'est la vésicule biliaire adhérente en bas au duodénum, et non isolée du foie par son fond en haut. En cherchant à pratiquer cet isolement, la vésicule se déchire et il s'en écoule un liquide assez clair, filant et contenant des stries blanchâtres d'aspect puriforme. Ce liquide fut bien épongé, et les parties voisines furent protégées avec soin par des compresses stérilisées et des éponges montées sur des pinces à pression.

L'ouverture de la vésicule agrandie avec le doigt, j'en retirai un calcul du volume d'une noisette avec facilité. Plus loin je sentis un autre calcul, mais à travers une sorte de paroi membraneuse, aussi dus-je ouvrir plus largement la vésicule, et, par un orifice semblant situé sur sa paroi inférieure, je passai une bougie en gomme, à bout olivaire du n° 4 ou 5, et stérilisée. Celle-ci s'engagea profondément et je pus très facilement sentir son frottement sur des calculs situés vers le col

de la vésicule. Je débridai alors l'orifice signalé ci-dessus et, avec de petites pinces à griffes, je parvins à retirer un 2e calcul ayant aussi la dimension d'une petite noisette; ce calcul était situé au niveau de la 1re courbure du col de la vésicule.

Cette extraction faite, j'explorai avec le doigt indicateur le col de la vésicule et j'y sentis encore un autre calcul que j'essayai en vain de saisir. En présence de ces difficultés, je résolus alors de pratiquer la *cholécystectomie*.

J'isolai la vésicule, d'un côté de la face inférieure du foie, de l'autre côté du duodénum; un vaisseau artériel assez gros dut être lié, en dedans de la vésicule, vers la ligne médiane. Toujours est-il que l'isolement de la vésicule fut relativement facile, et après l'avoir pratiqué j'ouvris largement son col et je pus retirer alors le 3e calcul, qui avait le volume d'une petite noisette.

Par l'ouverture du canal cystique, j'essayai, mais en vain, avec une bougie à bout olivaire des nos 3 et 4, de pénétrer jusque dans le cholédoque. Je n'éprouvai pas la sensation d'un arrêt produit par un calcul, mais je tombai dans un cul-de-sac résultant très probablement de l'oblitération du canal cystique vers son abouchement au cholédoque.

D'ailleurs, il ne reflue pas de bile par le canal cystique, débarrassé de ce 3e calcul; ce canal me paraît donc oblitéré.

Le col de la vésicule fut isolé un peu au delà du point où était logé le dernier calcul enlevé et j'y appliquai une ligature circulaire simple, faite avec un fort fil de soie stérilisé.

La vésicule enlevée, avec tout le tissu cellulaire enflammé qui l'entourait, la surface de section du canal cystique fut cautérisée avec le thermo-cautère.

Des ligatures à la soie furent alors placées sur les vaisseaux des parties voisines, épiploon et duodénum, qui avaient été intéressés et sur lesquels on avait placé des pinces à pression. Un certain nombre de ces ligatures, en particulier celles que l'on a placées sur l'épiploon, sont en outre fixées à la face interne de la paroi abdominale, de façon à constituer autour du drain qu'on place sous le foie, depuis le col de la vésicule jusqu'au milieu de la peau abdominale, une sorte de canal quelque peu isolé de la grande séreuse peritonéale.

Toutes les parties sont ensuite épongées avec une solution de bichlorure au millième.

La suture de la paroi fut faite par étages : le péritoine et les aponévroses, au fil de soie fin, la peau au crin de Florence.

Une ligature dut être placée au niveau de la veine ombilicale oblitérée, qui dans l'espèce donnait du sang.

Pansement avec de la gaze et des tampons d'ouate iodoformée, le tout recouvert d'ouate stérilisée et d'une bande de flanelle.

L'opération a duré 1 heure 3 minutes; l'anesthésie d'ailleurs facile a fait utiliser 45 grammes de chloroforme.

Le soir, la malade, un peu fatiguée, va bien et n'a pas vomi. Pouls 75, temp. 36°8, respiration 24. On doit sonder la malade pour la faire uriner.

Inhalations d'oxygène. Une injection sous-cutanée de morphine.

3 *mai*. Nuit agitée, un peu de faiblesse nécessitant une injection sous-cutanée d'éther. Le matin, bon état général; un vomissement bilieux; 600 gr. d'urine en 24 heures. T. matin, 37°; pouls 80, respiration 20. T. soir, 37°,2; pouls 100; respiration 24. Champagne et eau de Vichy. Injection de morphine.

4 *mai*. Très bon état; douleur légère sur l'hypochondre droit; teinte sub-ictérique des conjonctives; un lavement boriqué donne lieu à l'expulsion de gaz et de quelques matières intestinales; 600 gr. d'urine en 24 heures. T. matin, 37°,2; pouls 88. T. soir, 37°,2; pouls 84. Même traitement.

5 *mai*. Bon état; toutefois l'ictère a un peu augmenté, il est sensible aux téguments. Réaction des pigments biliaires dans l'urine : 700 gr. en 24 heures. T. matin, 37°,4; pouls 92. T. soir, 37°,6; pouls 96. Lait et eau de Vichy.

6 *mai*. L'ictère a un peu diminué. Bon état général. Le pansement est refait; le drain est rempli par un caillot sanguin, et les pièces du pansement sont infiltrées par de la sérosité sanguinolente. Pas de traces de bile.

On refait le pansement et le drain est diminué de volume. 600 gr. d'urine en 24 heures. T. matin, 37° ; pouls 104. T. soir, 38° ; pouls 108.

7 *mai*. Très bon état; il n'y a plus d'ictère. Garde-robe dans la journée, 500 gr. d'urine. T. matin, 37°2; pouls 92. T. soir, 37°5 ; pouls 98. L'alimentation se fait bien avec des soupes et du lait.

8 *mai*. Bonne nuit, 700 gr. d'urine. T. matin, 36°8; pouls 86. T. soir, 37°; pouls 86. La malade mange de la viande.

10 *mai*. 2e pansement; l'écoulement par le drain est encore sanguinolent; pas de bile. T. 36°8 à 37°; pouls 84 et 92.

14 *mai*. 3e pansement, l'écoulement diminue, il est un peu odorant, pas de bile. On remplace le drain par un autre plus court et plus petit.

17 *mai*. — 4e pansement, suintement incolore, le lendemain on supprime le drain.

25 *mai*. — La malade se lève 3 heures sans fatigue; elle sort de l'hôpital le 30 mai, soit 29 jours après l'opération.

A cette date on constate l'existence d'une cicatrice médiane, linéaire, longue de 10 cm., dépassant en bas l'ombilic de 3 cm. et en haut se terminant à 6 centimètres de l'appendice xiphoïde. Au niveau du trajet du drain existe encore un petit bourgeon charnu qu'on cautérise au nitrate d'argent.

Pas d'éventration.

Le ventre est souple et l'hypochondre droit n'est pas douloureux à la pression. Le foie donne sur la ligne mamelonnaire une matité de 8 cm. de hauteur.

L'état général est excellent.

Comme vous le voyez, messieurs, il s'agit ici d'un cas assez simple de cholécystectomie, faite pour parer aux accidents déterminés par une vésicule biliaire distendue, enflammée, et renfermant du mucus puriforme et trois calculs biliaires.

Le diagnostic avait été fait en partie, en ce sens qu'on avait bien reconnu la distension de la vésicule et qu'on la soupçonnait d'origine calculeuse.

L'indication était donc d'ouvrir la cavité abdominale et de pratiquer l'ouverture de la vésicule pour s'assurer si, par l'enlèvement des calculs, on ne pourrait rétablir les voies biliaires à leur état normal, en un mot, faire, suivant l'expression américaine, la cholécystotomie idéale. Nous avons vu que le peu de résistance des parois de la vésicule, parois enflammées très certainement; que la multiplicité des calculs assez profondément situés et demandant pour leur enlèvement une ouverture large de la vésicule; enfin que l'oblitération du canal cystique nous avaient conduit à pratiquer l'ablation de la vésicule, soit la cholécystectomie.

Un point sur lequel je veux appeler votre attention, c'est l'emploi que j'ai fait fait des bougies à bout olivaire, préalablement stérilisées, pour explorer les voies biliaires ouvertes.

Dans un premier temps, cette exploration m'a permis de reconnaître l'existence des calculs situés vers le col de la vésicule, peut-être dans le canal cystique. Puis, ces calculs enlevés, l'usage de la bougie exploratrice m'a permis de reconnaître une oblitération du canal cystique, oblitération qui, étant données les sensations perçues par l'intermédiaire de la bougie, n'était pas produite par un calcul. On n'avait aucune sensation de frottement plus ou moins rugueux comme lorsqu'il s'agit d'un calcul, mais on sentait que l'on venait buter sur un obstacle en quelque sorte élastique et membraneux.

J'en conclus à l'existence soit d'un rétrécissement des voies biliaires ne permettant pas le passage de bougies même très petites, soit à une oblitération du canal cystique. Or, je crois que les phénomènes ultérieurs ont confirmé cette dernière manière de voir.

En effet, ma ligature simple posée, il n'y eut jamais trace de bile dans le liquide qu'on trouva assez longtemps dans le tube à drainage placé du col de la vésicule à la paroi abdominale. Le liquide, d'abord sanglant, devint séro-sanglant, puis séreux, mais jamais il ne contint de traces de bile.

Or, dans bien d'autres cas, malgré une ligature même

double placée sur le canal cystique, à un moment donné, nous avons observé un écoulement de bile par le drain placé sous le foie; c'est que chez ces malades les voies biliaires étaient libres au delà de la ligature et que la bile a pu refluer vers la vésicule, alors remplacée par un drain.

Cette question du cathétérisme des voies biliaires au cours d'une opération, offre, je crois, une certaine importance sur laquelle je me propose d'insister ultérieurement. J'ajouterai que cette manière de faire a été proposée et mise à exécution pour la première fois par un chirurgien français célèbre, J.-L. Petit.

Dans ces dernières années, elle a été fort souvent utilisée en Allemagne avec des résultats d'ailleurs assez variables, et aussi par un chirurgien français, le Dr Fontan (de Toulon).

En résumé : dans la première de ces deux observations, j'ai dû pratiquer une opération incomplète, ce qui résultait des conditions spéciales dans lesquelles se trouvait le malade et surtout de l'ancienneté des accidents inflammatoires.

Or, j'ai eu un insuccès, insuccès qui eût été probablement évité si l'intervention chirurgicale eût été plus hâtive, et c'est là un point sur lequel je crois devoir insister ici.

Dans ma seconde observation, après avoir essayé une cholécystotomie, je me décidai rapidement pour une opération radicale et bien m'en a pris, car en un mois notre opérée était parfaitement guérie.

Ici donc, comme pour bien d'autres interventions, le retard apporté à l'opération entraîne de plus grandes difficultés opératoires, des complications sérieuses et par conséquent expose à une certaine mortalité.

Corps étranger fixé dans le larynx depuis un mois; extirpation par la laryngotomie; guérison.

Communication à l'Académie de médecine par **M. Ch. Périer**, agrégé, chirurgien de Lariboisière.

J'ai l'honneur de présenter à l'Académie une fillette de treize ans et demi à laquelle j'ai pratiqué la laryngotomie pour l'extirpation d'un corps étranger fixé dans le larynx depuis un mois, et qu'il avait été impossible d'extirper par la voie endo-laryngée.

Voici en deux mots comment les choses se sont passées :

Observation. — Le 16 février dernier, au moment du repas, en mangeant du ragoût, l'enfant fut prise d'une vive douleur dans la gorge et de suffocation en même temps qu'elle sentait un morceau d'os s'arrêter dans sa gorge.

Quatre heures après, le médecin appelé pratiqua la trachéotomie; mais le corps étranger ne fut pas expulsé, il était fixé dans le larynx; on ne put l'en extraire.

Après la trachéotomie, survint une broncho pneumonie qui dura une quinzaine de jours. — Le 11 mars, l'enfant entra à l'hôpital Lariboisière, dans le service de mon collègue le Dr Gouguenheim. — L'aphonie était complète, la respiration impossible sans la canule. — Au laryngoscope, on voyait au-dessous de la glotte et parallèlement aux cordes vocales une lamelle d'un blanc nacré large de 4 à 5 millimètres en apparence, occupant toute la longueur de la portion sous-glottique du larynx et fixée dans la muqueuse dont elle a soulevé un lambeau à la partie antérieure. Ce corps étranger met obstacle au rapprochement des cordes vocales.

M. Gouguenheim qui, quelques jours après, pouvait chez une adulte extraire par la voie endo-laryngée une dent munie de trois crochets et implantée de même, vit ici tous ses efforts échouer devant l'indocilité de l'enfant.

C'est alors qu'il me pria de pratiquer la laryngotomie; ce que je fis avec son assistance le 23 mars.

L'anesthésie chloroformique fut faite par la canule au moyen d'un entonnoir en verre et d'un tube en caoutchouc. Je pratiquai une incision médiane des parties molles jusqu'au squelette laryngo-trachéal, en commençant un peu au-dessous de l'os hyoïde, et en m'arrêtant à quelques millimètres au-dessus de la plaie de la trachéotomie. — Puis j'incisai, toujours en pleine ligne médiane, la moitié inférieure du cartilage thyroïde, la membrane crico-thyroïdienne et le cartilage cricoïde. — J'arrivai aisément sur le corps étranger, dont l'extraction fut assez difficultueuse en raison de sa forme et de ses aspérités. Vous voyez qu'il s'agit d'un fragment d'os plat, de forme triangulaire; le petit côté, celui qu'on voyait au laryngoscope, a 1 centimètre et demi de long; les deux autres côtés, qui plongeaient vers la trachée, ont 2 centimètres; l'angle antérieur présente une pointe particulièrement aiguë; aussi s'explique-t-on aisément qu'elle ait perforé et ulcéré la muqueuse.

Les lèvres de la plaie furent rapprochées par six points de suture en crin de Florence comprenant les parties molles prélaryngiennes et autant que possible la partie superficielle du squelette laryngien, sans pénétrer dans la cavité du larynx. Sous un pansement au salol fixé au moyen du collodion, la réunion se fit avec rapidité sans suppuration ni fièvre et l'enfant fut renvoyée au bout de huit jours dans le service de M. Gouguenheim. La canule ne fut pas supprimée tout de suite en raison du développement d'un bourgeon charnu à l'endroit où la muqueuse avait été ulcérée par la pointe du corps étranger. Ce bourgeon, que l'on se proposait d'extraire, finit par s'affaisser, et, après un mois d'attente, on put sans crainte abandonner la canule.

Aujourd'hui, tout est cicatrisé et l'enfant a recouvré l'usage de la parole sans éprouver la moindre gêne respiratoire.

En communiquant ce fait, je désire appeler l'attention sur un point que je considère comme assez important.

Contrairement à l'usage devenu classique, je n'ai point eu recours aux canules à tamponnement, et je n'ai pas eu un instant sujet de le regretter. Ce qui m'a permis de m'en dispenser, c'est l'emploi de l'analgésine, dont les propriétés hémostatiques avaient déjà été signalées par M. Hénocque

Avec une solution aqueuse à parties égales, 10 grammes d'eau, 10 grammes d'analgésine, on a un liquide d'une puissance hémostatique extraordinaire; il m'a suffi de passer sur la plaie après chaque coup de bistouri un peu d'ouate imbibée de cette solution pour voir cesser tout saignement en nappe; à peine ai-je eu besoin d'appliquer plus de deux pinces hémostatiques; et s'il y a eu un peu de sang dans la trachée, il provenait de la muqueuse laryngienne éraillée par les irrégularités de la pièce osseuse au moment de l'extraction; mais il n'en est résulté aucun accident.

J'insiste sur cette propriété de l'analgésine parce qu'il me semble qu'en dehors des épistaxis et des métrorrhagies, elle n'est pas utilisée autant qu'elle mérite de l'être. Dans la staphylorraphie, par exemple, où à tout instant on doit attendre que le sang cesse de couler, l'emploi de l'antipyrine m'a certainement permis d'abréger de plus de moitié la durée de l'opération; et dans bien d'autres circonstances où la bande d'Esmarch est également inapplicable, j'ai pu obtenir le même avantage; et, chose capitale, l'emploi de ce puissant hémostatique n'empêche point la réunion primitive.

Je serai heureux si j'ai pu contribuer pour ma part à fixer davantage l'attention des chirurgiens sur ce précieux agent.

REVUE DES CONGRÈS

ASSOCIATION MÉDICALE AMÉRICAINE

42e réunion annuelle tenue à Washington du 5 au 8 mai 1891

Méthode de Koch.

M. Karl von Ruck (Asheville) a fait des injections de tuberculine dans 26 cas de tuberculose pulmonaire et laryngée. On peut employer ce traitement et éviter tous les symptômes désagréables et tous les dangers qu'il présente. Il semble produire des résultats utiles, mais il faut des recherches nombreuses pour établir sa valeur thérapeutique.

M. Osler. — Les essais tentés à l'hôpital John Hopkins ne sont pas très encourageants. Sur 24 malades traités, 5 seulement en ont tiré un bénéfice; c'étaient des formes lentes de tuberculose avec lésions très limitées. Les symp-

tômes défavorables ont consisté dans l'extension de la maladie, alors que les lésions avaient été circonscrites jusque-là dans une fièvre hectique prononcée, dans une aggravation générale des symptômes.

M. Welch a fait l'autopsie d'un des malades de M. Osler, qui avait succombé au cours du traitement par les injections et a trouvé comme cause de mort une pneumonie fibrineuse. Dans un cas d'arthrite tuberculeuse du genou où on a été obligé de faire l'excision pendant le traitement, l'examen histologique a montré que celui-ci avait eu pour effet d'amener l'encapsulement des tissus malades.

Un nouveau réflexe génital chez l'homme.

M. Hugues (Saint-Louis). — Chez un individu bien portant, dont le centre génito-spinal est absolument normal, et couché sur le dos, si l'on tend le fourreau de la verge en pressant le prépuce entre le pouce et l'index gauche, tout en le tirant vers l'ombilic et en plaçant un doigt sur la partie inférieure du dos de la verge, la percussion brusque du dos du pénis au voisinage de son extrémité périnéale détermine une rétraction du muscle bulbo-caverneux. Des recherches ultérieures sont nécessaires pour déterminer la valeur de ce réflexe.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Présidence de M. Tarnier

Séance du 25 juin 1891

Hypertrophie cardiaque et grossesse.

M. C. Paul. — En réponse aux observations présentées à la dernière séance par M. Charpentier, je crois devoir faire remarquer que si, par le fait de la grossesse, le cœur peut augmenter de trente grammes environ, cette augmentation de volume et de poids paraît n'être que transitoire. On ne la voit pas s'accroître à chaque grossesse pour former plus tard une hypertrophie morbide, c'est-à-dire une véritable affection organique du cœur. Il en est autrement des maladies du cœur préexistantes que la grossesse aggrave souvent.

M. Charpentier. — Nous sommes d'accord.

Chloroformisation.

M. Le Roy de Méricourt. — En présence des cas de mort observés par certains chirurgiens au cours de la chloroformisation, je m'étonne qu'on néglige dans la pratique civile l'emploi du cornet spécial, imaginé par Reynaud et réglementaire dans la marine depuis 1847. Grâce à ce cornet, aucun accident n'a été observé, que je sache, par les très nombreux chirurgiens de la marine; d'ailleurs, je viens de provoquer à cet effet une enquête dont je m'empresserai de faire connaître les résultats, dès que ce sera possible. Les avantages de son appareil, soit sous sa forme primitive, soit sous la forme modifiée par Mathieu, consistent à assurer l'arrivée régulière du chloroforme en mettant à l'abri de tout accident de sidération du plexus nerveux vaso-pharyngien.

M. Bérenger-Féraud. — Jamais non plus à ma connaissance un seul accident n'a été observé dans la marine depuis l'emploi réglementaire de ce cornet.

M. Charpentier. — Il en est de même à la clinique d'accouchements, depuis plus de 20 ans.

Chlorhydrate d'ammoniaque contre la grippe.

M. Monneret. — Sans méconnaître les avantages que certains praticiens ont recueillis du sulfate de quinine dans le traitement de l'influenza, je crois pouvoir lui préférer le chlorhydrate d'ammoniaque qui a l'avantage d'être moins cher, d'agir plus rapidement et d'une manière plus complète. Il réussit surtout très bien, à la dose de 3 à 5 grammes en 24 heures par cachets de 50 centigrammes, contre les affections catarrhales sporadiques ou apparaissant par poussées circonscrites de faible durée, et surtout dans ces cas contre la fièvre catarrhale pleurétique et la congestion pulmonaire. Son emploi n'est contre-indiqué que pour la bronchite catarrhale aiguë. On traitait de même avec succès les fièvres intermittentes par ce médicament avant la découverte du quinquina.

Qu'il me soit permis, en m'adressant pour la dernière fois peut-être à mes collègues, de leur faire observer qu'il existe aujourd'hui dans le monde médical une tendance d'esprit qui ne me paraît fondée ni sur la tradition, ni sur l'observation. On paraît croire que l'histoire pathogénique et thérapeutique des affections virulentes ne doit être puisée qu'en elle-même, c'est-à-dire dans la spécificité des causes, dans la spécificité ou la spécialité des agents thérapeutiques qu'on leur oppose dans toutes les maladies virulentes. Or, toutes les maladies virulentes subissent les mêmes influences modificatrices que les maladies d'origine commune : modification étiologique, milieu, constitution médicale, etc., qui donnent souvent des indications importantes et spéciales. Je ne citerai pour exemples que les fièvres paludéennes et la syphilis. Quant à moi, je dirai avec Baglivi : « *Non sum ab antiquis, nec a novis; liberam medicinam profiteor.* » J'aime le bon et le beau, qu'il soit vieux ou neuf, et pourvu qu'il soit utile, j'en ferai mon profit. Il faut donc étudier l'histoire des maladies catarrhales, soit sporadiques, soit venant par bouffées épidémiques restreintes, soit par grandes épidémies, et faire son profit des modifications thérapeutiques utiles fournies par l'observation.

Prophylaxie des nourrices et nourrissons contre la syphilis.

M. Fournier. — A la Préfecture de police, toute nourrice doit subir un examen minutieux avant d'avoir le droit de prendre un nourrisson, examen qui doit être renouvelé lorsqu'elle change de nourrisson. M. le Dr Duvernet, médecin-inspecteur des nourrices, a fait observer, dans un mémoire communiqué récemment à l'Académie, que cette organisation comporte deux graves lacunes, à savoir l'absence de toute garantie pour les nourrices sur lieu contre les contaminations pouvant dériver de leurs nourrissons, de même que contre les nourrices de retour en état d'incubation de syphilis.

Il n'est que trop vrai qu'aucune mesure administrative ni aucune disposition légale ne protège la nourrice vis-à-vis de son nourrisson; s'il plaît à une famille (et que d'exemples on en peut citer !) de faire allaiter par une nourrice son enfant dûment syphilitique ou seulement en état possible de syphilis, elle a toute facilité pour commettre cette action coupable, quitte à en supporter les conséquences si les choses viennent à mal tourner, et ces conséquences ne sont pas toujours très onéreuses, tout au moins ne sont-elles pas dans nombre de cas ce qu'elles devraient ou pourraient être.

Cela est d'autant plus inique et révoltant que la nourrice offre, au contraire, à la famille la garantie d'un premier examen médical fait sur elle-même par le médecin de sa localité, puis à Paris par le médecin-inspecteur de la préfecture, et quelquefois même dans la famille du nourrisson par son médecin. D'où l'excessive fréquence des contaminations de nourrices par nourrissons syphilitiques; on a vu parfois plusieurs nourrices être contagionnées par un même enfant. La question est grave et difficile; elle mériterait d'être portée à l'ordre du jour de l'Académie.

Que faire, d'autre part, pour empêcher qu'une nourrice en incubation de syphilis, ayant quitté sa place après avoir allaité un enfant de santé inconnue, puisse recevoir un certificat qui lui permette de reprendre un autre nourrisson ? Je parle, bien entendu, des cas dans lesquels cette nourrice ne présente aucun symptôme suspect et qu'aucune indication spéciale n'est donnée sur l'état de l'enfant qu'elle a quitté. Or, le danger pouvant dériver d'une nourrice en incubation de syphilis ne saurait être l'objet du moindre doute, et les contagions de ce genre ne sont pas rares. La fréquence de la syphilis héréditaire est bien connue; de plus, le nombre des nourrices dites de retour est considérable; il faut aussi tenir compte des dangers spéciaux auxquels est exposée la nourrice sur lieu, pour ainsi dire sacrifiée à l'intérêt des familles, puisque son nourrissson n'est pas surveillé comme l'est celui des nourrices de province.

Ce qu'il faudrait connaître pour accorder ou refuser à une nourrice la libre pratique, c'est l'état de santé de son nourrisson antérieur. Pour cela il serait nécessaire d'exiger de toute nourrice qui vient de quitter une place, pour l'admettre à rentrer dans un bureau de placement, un certificat médical attestant que l'enfant auquel elle vient de donner le sein

n'a été affecté d'aucun symptôme contagieux ; tenue à fournir ce certificat, la nourrice, à son tour, le réclamerait de ses maîtres, lesquels n'auraient aucune raison pour le lui refuser, à moins d'être, et pour cause, dans l'impossibilité de le fournir. Dans la pratique, l'Administration, armée des pouvoirs que lui confère la loi du 23 décembre 1874, peut aisément réglementer ces prescriptions de telle sorte que personne, nourrices et familles, ne puisse s'y soustraire sous peine de s'exposer à être poursuivi et condamné. On objectera, il est vrai, qu'une telle innovation risque de devenir, en cas de refus par le médecin de signer le certificat, refus qui entraîne la dénonciation de la syphilis du mari, une cause de troubles, de discorde, de scandale dans la famille. Nous répondrons que cette dénonciation n'est pas le résultat du refus du certificat, mais bien plutôt de l'ensemble des circonstances, telles que les accidents présentés par l'enfant, le traitement prescrit, le sevrage imposé. Et d'ailleurs le dommage qui en résulterait pour le mari nous paraît cent fois inférieur à celui d'une contamination transmise à la nourrice et à un autre nourrisson ; serait-il révélateur vis-à-vis du mari, le certificat nous paraîtrait encore excellent au point de vue de la sauvegarde générale et de la santé d'autrui.

L'Académie décide de remettre la discussion des graves questions soulevées par ce rapport à une séance ultérieure, lorsque l'étude aura pu en être faite dans le *Bulletin*.

Ce rapport tend en effet, d'après **M. Brouardel**, à la violation de l'article 378 du code pénal qui précisément impose le secret médical pour les maladies dites secrètes. Il y a lieu cependant de protéger la nourrice contre le nourisson, ajoute **M. Léon Le Fort**. C'est ce que voulait également le rapport lu, il y a quelques années, par M. Fournier sur la réglementation de la prostitution ; mais la conclusion qui concernait ce côté de la question fut alors retranchée en raison des objections qu'elle soulevait et afin d'obtenir un vote unanime sur l'ensemble des autres conclusions.

Angiomes intra-crâniens

M. Péan résume de nouveau devant l'Académie le fait de trépanation pour épilepsie jacksonienne dont il l'a entretenue en 1889. Il rappelle qu'il s'agissait d'un angiome et il conclut :

1° Il existe des angiomes intra-crâniens, de structure simple, diffus, communiquant largement avec le sinus longitudinal par une grosse veine. C'est donc analogue à certains angiomes extra-crâniens.

2° Ces angiomes ne causent que des troubles fonctionnels cérébraux : douleur localisée, épilepsie jacksonienne si la tumeur répond à la zone motrice. Le point important est que ces troubles augmentent : *a* par la flexion et l'inclinaison de la tête en avant ; *b*, par la compression des jugulaires.

3° Abandonnés à eux-mêmes, leur pronostic est fatal, soit par suite de la compression, soit par rupture et hémorrhagie, comme d'Arcy Power l'a constaté. Mais ils sont justiciables de l'extirpation.

Chirurgie des voies biliaires.

M. Terrier. — Voy. p. 297.

M. Péan. — Je suis très partisan du cathétérisme des voies biliaires comme moyen de diagnostic de la présence de calculs dans la vésicule. Mais il y a lieu de distinguer : tantôt celle-ci n'a que peu de calculs et est cependant très dilatée ; tantôt le nombre des calculs est considérable, j'en ai vu jusqu'à 300, bien que la vésicule soit presque atrophiée ; d'autre part, les calculs sont quelquefois si mous et si friables, que la sonde ne peut en déceler la présence. Or, dans ces cas, je préfère me servir d'une curette spéciale, que j'utilise également pour enlever des calculs. D'ailleurs, je me borne le plus souvent à explorer les voies biliaires avec le doigt.

M. Terrier. — Le cathétérisme digital ne peut être utilisé que par la vésicule et le canal cystique ; or il arrive souvent qu'il faut aller chercher les calculs beaucoup plus loin, jusqu'au canal cholédoque.

Eaux minérales.

M. le Dr Chiaïs lit un mémoire sur les transformations physico-chimiques de la nutrition dans le traitement par les *eaux d'Evian*.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 1er juin 1891.

Le grand sympathique nerf de l'accommodation pour la vision des objets éloignés.

MM. J.-P. Morat et Maurice Doyon. — Cramer et Helmholtz ont démontré que l'adaptation de l'œil aux distances se fait par un changement des courbures du cristallin (de l'antérieure surtout) dues à des fibres radiées et à des fibres circulaires du muscle ciliaire.

A l'activité de l'appareil soumis à l'influence du nerf oculo-moteur commun, correspond la vision de près ; tandis que, dit-on, la vision de loin correspondrait simplement à son repos. C'est là une erreur : en réalité, dans la vision de loin, il intervient une puissance nerveuse antagoniste de la première ; il y a non pas un, mais deux nerfs de l'accommodation. C'est ce qui ressort de l'expérience qui suit :

Un chien est immobilisé par une injection de curare et le sympathique cervical est mis à nu et l'obscurité est faite. On dispose à une certaine distance de la tête de l'animal une source lumineuse dont les rayons donnent naissance aux images dites *de Purkinje*.

Le sympathique est coupé : à la suite de cette section on peut voir d'une façon non constante une diminution dans la grandeur de l'image cristallinienne.

Si l'on excite le nerf à l'aide de courants d'induction dits tétanisants, son résultat est un grandissement de l'image cristallinienne dans tous ses diamètres. Pour rendre cet effet plus visible, il est bon de produire au préalable le spasme de l'accommodation, soit par l'excitation du nerf antagoniste, soit par l'instillation dans l'œil de substances myotiques, l'ésérine ou préférablement la nicotine.

Dire que l'excitation du symphatique détermine le grandissement de l'image antérieure cristallinienne revient à dire évidemment que cette excitation fait accommoder l'œil pour les distances éloignées, pour l'infini : autrement dit, qu'elle détermine l'aplatissement du cristallin. Quel est maintenant le mécanisme de cette déformation ? quel en est l'organe moteur mis en jeu par le sympathique ? D'après ce qui est connu et généralement admis de la disposition et des insertions du muscle ciliaire, on ne voit aucune de ses parties qui puisse, par sa contraction, produire un tel effet sur le cristallin. Mais on peut admettre que, sur ce muscle comme sur plusieurs autres (muscles de l'intestin, des vaisseaux de la pupille même) le sympathique agit par inhibition. On, trouve en effet, dans le voisinage immédiat et dans l'épaisseur même du muscle ciliaire, un plexus ganglionnaire, c'est-à-dire des cellules nerveuses, éléments qu'on s'accorde généralement à considérer comme étant le siège des phénomènes nerveux dits d'arrêt ou d'inhibition.

Toutes réserves étant faites sur cette interprétation, il reste acquis que le grand sympathique cervical est le nerf de l'accommodation pour la vision de loin ou à l'infini.

Organismes parasitaires dans les cristallins malades et sur le rôle possible de ces organismes dans la pathogénie de certaines affections oculaires.

MM. Galippe et L. Moreau. — Partant de ce principe que la calcification des tissus pathologiques est fonction microbienne, nous nous sommes proposé de rechercher si, dans les cristallins cataractés, susceptibles de subir une transformation calcaire, ou dans les yeux perdus depuis longtemps et dans lesquels on trouve des concrétions calcaires, existaient des micro-organismes.

Nous nous sommes proposé d'étudier également si l'on ne pourrait attribuer une origine parasitaire probable à ces singuliers phénomènes entoptiques connus sous le nom de mouches volantes.

Dans la grande majorité des cas, nous avons trouvé des parasites dans les cristallins cataractés. Sans vouloir leur attribuer un rôle exclusif dans la pathogénie de la cataracte, nous pensons que ces parasites ne doivent pas être étrangers à l'opacification des cristallins.

Nous avons également rencontré des micro-organismes dans les concrétions calcaires existant dans les yeux perdus depuis longtemps.

Enfin, sans vouloir pour ce dernier point dépasser les limites de l'hypothèse, nous pensons, en nous appuyant sur des arguments d'ordre physique, que les corps étrangers intraoculaires dits mouches volantes pourrraient bien être d'origine parasitaire.

Nos recherches nous ont conduits à des conclusions thérapeutiques pathogéniques. S'il est démontré, comme nous le pensons, que l'on doive compter avec l'intervention des parasites dans la production de certaines affections oculaires, telles que la cataracte, l'ophthalmie sympathique, etc., le traitement antiseptique des affections extra et intra-oculaires s'impose aux médecins d'une façon rigoureuse.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 10 *juin* 1891.

Présidence de M. Terrier

Chirurgie cérébrale.

M. Lucas-Championnière. — Dans son rapport de la semaine dernière, M. Terrier n'a pas relevé mes observations d'épilepsie jacksonienne. J'en ai cependant publié deux, très typiques : celle d'un homme que j'ai opéré le 10 février 1887 pour une énostose d'origine syphilitique; celle d'un sujet que j'ai trépané le 7 février 1889 pour une hémorrhagie siégeant sur la frontale ascendante. J'en pourrais joindre 9 autres, dont 4 d'origine traumatique. Ces faits ne sont donc pas très rares. Je ferai remarquer en outre qu'en matière de chirurgie cérébrale on ne dit pas assez que l'impulsion est partie de France et est due à Broca, qui le premier a trépané sur la troisième frontale parce qu'il était guidé par l'aphasie. Et quand j'ai fait mes premières études sur ce point, c'est à Broca que j'ai demandé des conseils. Mais les chirurgiens qui ont une grande expérience de la chirurgie cérébrale ne sont pas nombreux; peu peuvent fournir une statistique suffisante pour établir des conclusions fermes. Ainsi, je crois que M. Terrier est trop optimiste pour les résultats fournis par l'épilepsie jacksonienne. D'abord, j'ai 4 cas où, malgré une aura bien localisée, je n'ai pas trouvé la lésion au point où on l'avait diagnostiquée, mais elle existait ailleurs. C'était une fois une hémorrhagie sous la deuxième frontale; une autre fois une énorme tumeur partie de la base du cerveau; une autre, une tumeur de la base du crâne; une autre, enfin, une méningo-encéphalite diffuse. Et ces lésions, je les ai constatées à l'autopsie, car ces sujets sont morts en 11 heures, 48 heures, 4 jours. Il faut donc s'attendre à des désillusions pour les localisations, et aussi à des revers, car dans les cas où il y a une grosse lésion, je crois, avec Horsley, que l'opération est souvent grave. Ce n'est pas un motif pour s'abstenir, cependant; mais il faut être averti qu'on ne réussit pas toujours. Car, quelquefois, on a des succès remarquables; et même quand on n'a pas trouvé de lésions, il y a cependant des soulagements considérables. Ainsi celui de mes opérés qui est mort en 11 heures a été opéré comateux, en crises subintrantes : il s'est réveillé, a parlé et n'a plus eu d'attaques, ce qui ne l'a pas empêché de mourir. Chez celui qui est mort en 4 jours, pendant deux jours j'ai cru au succès. Je crois que ces effets sont dus à la décompression cérébrale et, avec Horsley, je suis partisan des grandes brèches. Il faut mettre largement à nu la région rolandique, quelque localisé que soit le mal, et c'est précisément pour cela que je n'attache aucune importance aux divers procédés qu'on recommande pour avoir des mesures d'une précision extrême ; procédés qui d'ailleurs ne sont dus à aucun chirurgien ayant l'expérience pratique de ces opérations. Mais peu à peu cette décompression cesse, dans bien des cas : publiez vite et vous annoncerez de beaux résultats ; attendez un peu et bon nombre périclitent. Le retour des mouvements convulsifs après 6 mois, 1 an, est extraordinairement facile. C'est pour la douleur que le résultat est le plus favorable : ces sujets cessent de souffrir. Quant aux localisations, ce qui dirige le mieux, c'est soit une épilepsie monoplégique, soit une paralysie monoplégique persistant après les attaques. Dans les deux cas que j'ai cités, c'est ce qui avait lieu.

Je suis, comme M. Terrier, opposé à la réimplantation osseuse : il est absurde de durcir la calotte crânienne quand on cherche la décompression. Et d'autre part, si on n'a pas de suppuration, ce qui est un fait capital dans cette chirurgie, on a toujours une paroi suffisamment solide.

Je crois que nos insuccès tiennent souvent, outre les cas où nous sommes en face d'une lésion incurable, à ce qu'on nous adresse, en France au moins, les malades beaucoup trop tard; et de là sans doute les succès plus nombreux de Horsley, de Macewen, que souvent on appelle plus tôt.

En terminant je ferai à M. Terrier une petite querelle: dans son cas, il a fait déterminer les points de repère par M. Marie. C'est cependant si simple qu'il n'y a pas besoin d'appeler un médecin pour mesurer la tête.

M. Terrier. — M. Championnière, qui a un peu abusé de l'avantage que lui donne sur moi son expérience plus grande en ce sujet, est d'accord avec moi sur plusieurs points : la nécessité d'une large brèche, la non-réimplantation osseuse, la gravité quelquefois grande malgré l'antisepsie, et j'ai vu des morts rapides par hémorrhagie, par choc. Quant aux indications directrices fournies par l'épilepsie jacksonienne, moi non plus, pas plus que M. Charcot, je ne les crois absolues; et le cas où je vous ai dit que je n'avais rien trouvé était même relatif à une paralysie localisée. J'ajouterai que même quand on trouve une lésion grossière, on n'obtient pas toujours la guérison complète : ainsi, j'ai aidé M. Broca il y a quelques mois dans un cas où il a drainé avec succès un kyste cortical, or le sujet a été très amélioré, mais non guéri.

Je répondrai aux quelques critiques de détail que je n'ai pas voulu faire un historique complet, ce dont je suis incapable; que M. Marie étant le médecin de mon opéré, j'ai été très heureux qu'il fît toutes les mensurations, ce qui m'a permis de garder mes mains propres, mais je sais fort bien que ce n'est pas difficile à faire. Quant à la théorie de la décompression, c'est possible, mais, pour ma part, j'aime mieux déclarer que je ne sais pas expliquer ces faits.

Je serais heureux si M. Championnière pouvait nous donner son avis sur l'excision de la zone corticale qui paraît saine à l'œil nu, mais à l'excitation de laquelle on attribue le « signal-symptôme », comme dit Horsley.

M. Championnière. — Je n'ai pas l'expérience de ces excisions, mais je ne pense pas que cette pratique parte d'un bon raisonnement. Déjà dans les simples trépanations sans excision corticale, un des écueils est la possibilité de paralysies dont l'évolution est aléatoire. Je redouterais encore bien plus, à cet égard, ces excisions; et j'ajouterai que je ne connais pas à leur actif un seul succès bien certain.

Suture du tendon d'Achille.

M. Félizet s'est trouvé en face d'un cas difficile, où le tendon avait été coupé accidentellement juste au ras du calcanéum, en sorte qu'il n'y avait pas de bout inférieur. M. Félizet a donc décollé le périoste calcanéen postérieur, puis a réséqué un coin osseux et, cela fait, le pied étant mis en équinisme, a pu suturer le bout supérieur au bout inférieur ainsi reconstitué. Le résultat se maintient bon depuis 22 mois.

A. Broca.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 6 *juin* 1891

Présidence de M. Brown-Sequard.

Evaluation des forces épileptogènes contenues dans le vulnéraire.

MM. Cadéac et Meunier. — Dans des commuications précédentes, nous avons étudié séparément l'activité épileptogène de la sauge, de l'absinthe, de l'hysope, du romarin et du fenouil; il est nécessaire de les réunir, de faire la somme de leurs effets, afin de chercher à entrevoir quelques-uns des symptômes que ces essences revendiquent dans l'action toxique de cette boisson. Ces produits n'ont pas la même activité; la comparaison des coefficients épileptogènes fait bien ressortir ces différences. Quand 10 milligrammes d'essence de sauge suffisent pour convulser presque immédiatement 1 kilogramme d'animal, il faut 25 milligramme d'essence d'absinthe, 31 milligrammes d'essence d'hysope, 62 grammes d'essence de romarin et 85 milligrammes d'essence de fenouil pour obtenir le même résultat; 1 litre de vulnéraire, renfer-

mant 48 centigrammes d'essence de sauge, 7 centigrammes d'essence d'absinthe, 135 milligrammes d'hysope, 34 centigrammes de romarin et 50 centigrammes de fenouil, contient ainsi 152 centigr. 5 d'essences épileptogènes qui, mélangées dans cette proportion, sont capables de convulser par la voie veineuse un poids d'animal de 66 kilogrammes.

Il est vrai qu'il faut environ dix fois plus de substances pour obtenir la même réaction quand on utilise la voie digestive, de sorte que l'ingestion de cette quantité de produits épileptisants ne pourrait faire tomber dans une crise d'épilepsie qu'un chien de 6 k. 600 ; mais l'homme est un réactif bien plus sensible que le chien à l'action des essences, comme en témoignent les expériences comparatives que nous avons faites avec l'essence d'hysope. Pendant qu'un chien à jeun, de 7 kilos, doit ingérer 3 grammes de cette essence pour prendre une attaque d'épilepsie, 2 grammes de cette même substance ont suffi pour produire une attaque aussi violente chez un homme sain de 70 kilos.

Le buveur habituel de vulnéraire court ainsi les plus grands dangers de tomber dans une attaque comitiale, à moins que d'autres éléments contenus dans la liqueur ne jouent le rôle d'antagonistes. Nous mettrons prochainement en présence les forces liguées et opposées, et nous fixerons l'action définitive du vulnéraire.

Hallucinations autoscopiques et altruistes.

M. Ch. Féré. — Il existe une légende d'après laquelle les personnes qui croient voir leur propre image sont menacées d'une mort prochaine. Le fait sur lequel s'est donné carrière l'imagination populaire est que cette hallucination — que j'appelle autoscopique ou spéculaire — existe réellement. Aristote en parle, Gœthe en fut victime. J'en ai observé récemment un exemple chez un individu qui, dans un corridor, eut une hallucination telle qu'il crut ce corridor terminé par une glace; et depuis le fait s'est reproduit à diverses reprises : c'est pour cela que je dis hallucination spéculaire. Il est possible que ces faits s'observent surtout chez les sujets qui s'occupent beaucoup de leur personne : mon malade se teignait les cheveux et la barbe. A cela j'opposerai l'hallucination altruiste, où une sensation, un désir, une volition éprouvée par le sujet est attribuée par lui à un individu fictif. Je rappellerai encore deux autres groupes de faits qui ont été étudiés par J. Hunter : c'est d'abord celui d'un homme qui chaque fois qu'il était ivre, voulait à toute force coucher tous les membres de sa famille, sous prétexte qu'ils étaient trop ivres pour le faire eux-mêmes ; c'est ensuite celui d'un homme de plus de 90 ans qui attribuait à sa femme, morte depuis plusieurs années, les souffrances qu'il ressentait lui-même et ordonnait que l'on observât, pour elle, le plus profond silence.

Importance de l'arrêt des échanges,

M. Brown-Séquard. — J'ai montré depuis longtemps que quand la mort survient par arrêt des échanges, les tissus restent pendant longtemps sans subir de putréfaction. Certains noyés, qui ont eu un arrêt des échanges, peuvent être rappelés à la vie ; d'autres, asphyxiés, ne peuvent l'être.

Aujourd'hui, je désire vous rapporter l'histoire d'un malade qui durant l'hiver dernier est resté à l'agonie pendant trois jours; il avait une contracture des muscles de la partie inférieure du thorax qui rendait très pénibles les mouvements de la respiration, à tel point que par moments la respiration se suspendait complètement; le phénomène intéressant, c'est que pendant les crises d'apnée il y avait en même temps un arrêt des échanges, et le malade fut très frappé lui-même de voir que pendant ces périodes le sang de ses veines avait une coloration rouge, que ses ongles étaient roses, etc.

Ce malade guérit définitivement grâce à une circonstance que je ferai connaître plus tard ; mais, en attendant, je crois pouvoir affirmer que, sans cet arrêt brusque des échanges, il serait infailliblement mort d'asphyxie pendant une de ses crises d'apnée. Je crois donc devoir attirer de nouveau l'attention sur ce phénomène, car, dans les agonies de cause non organique, l'existence de sang rouge dans les veines permet de porter un pronostic relativement favorable.

M. Féré. — Il me semble difficile d'admettre qu'un malade en état d'asphyxie imminente puisse se rendre compte lui-même de la coloration du sang qui coule dans ses veines.

M. Brown-Séquard. — Sans doute, dans les conditions ordinaires de l'asphyxie, cette constatation ne serait pas possible, mais du fait même de l'arrêt des échanges, c'est-à-dire de la persistance de l'oxygénation du sang, l'asphyxie dont je parle était compatible avec une lucidité relativement grande.

Du reste il s'agit ici d'un phénomène inhibitoire, et l'on sait que le propre de ces phénomènes est de s'accompagner de dynamogénie, c'est-à-dire d'une augmentation d'activité dans un autre point de l'organisme.

M. Gley. — C'est probablement à un arrêt des échanges qu'il faut attribuer le retour à la vie des noyés qui sont restés sous l'eau un temps relativement très long, ainsi que des asphyxiés par incendie dans un espace clos et qui n'ont dû leur salut qu'à ce qu'ils n'ont pas respiré pendant quelque temps.

Immunité pour le tétanos.

M. L. Vaillard a repris les expériences de Behring et Kitasato sur l'immunité expérimentale pour le tétanos (Voy. *Mercredi* 1890, p.622). Il a vérifié que le sérum sanguin des lapins rendus réfractaires jouit, en effet, de propriétés toxinicides et préventives; mais il n'a pu constater d'action curative: cette différence tient peut-être à la différence du procédé pour rendre le lapin réfractaire. MM. Behring et Kitasato n'ont pas encore publié le leur. Celui de M. Vaillard consiste à injecter, en plusieurs fois, dans le sang des lapins, 40 cc. de cultures filtrées, préalablement chauffées à 58 ou 60°; l'immunité est ensuite renforcée par l'injection de 10 cc. de cultures filtrées et chauffées à 51°, puis de 15 cc. de cultures filtrées, mais non chauffées. Le sérum a été recueilli chez les animaux au bout de 1 à 21 jours. Mais son injection ne confère qu'une immunité temporaire. Il est à remarquer, en outre, que quoique la poule soit spontanément réfractaire au tétanos, son sérum n'a pas cette propriété, qui dès lors n'appartient pas à l'immunité naturelle. Et même chez des lapins rendus réfractaires par un autre procédé (injection d'un mélange de culture et d'acide lactique), le sérum ne confère pas l'immunité. C'est l'apanage du procédé basé sur l'injection de doses massives: ainsi on confère cette propriété au sérum d'une poule à laquelle on injecte dans le péritoine 20 cc. de culture; mais l'effet ne se produit que peu à peu, pour atteindre son maximum le 12e jour et persister après cela pendant des mois.

Séance du 13 *juin* 1891

Diagnostic de la morve.

M. Roque da Siliveira (de Lisbonne). — On sait comment M. Straus a mis en relief la sensibilité spéciale du cobaye mâle à l'inoculation de produits contenant le bacille morveux, et comment la méthode de l'injection intra-péritonéale détermine des accidents qui permettent de se faire rapidement une opinion sur l'infectiosité ou la non-infectiosité du produit en cause. En quarante-huit heures la région testiculaire est le siège d'une détermination spécifique tout à fait particulière et des plus intéressantes. C'est dans la vaginale surtout que se fait la détermination morbide, qui consiste dans le développement d'une vaginalite fibrino-purulente concrète d'aspect particulier. La cavité séreuse est occupée et comblée par une sorte de magma concret, rappelant le tubercule cru ou un liquide puriforme. Il y a là une réaction propre et l'on peut dire spécifique, qui est d'une grande sensibilité, quelle que soit la provenance du produit injecté.

J'ai eu récemment l'occasion de mettre à profit cette propriété pour un cas de diagnostic de morve chez le cheval. M. Rossignol, de Melun, m'a envoyé du jetage d'un cheval suspect d'infection morveuse commençante. J'en ai injecté la moitié dans le péritoine d'un premier cobaye, et l'autre moitié sous la peau de la cuisse d'un autre animal. Vous pouvez voir chez ce dernier le développement commençant et régulier d'une nodosité morveuse sous-cutanée. Chez le premier animal, la région testiculaire est tuméfiée et vous pouvez constater le début de cette vaginalite spéciale. Il s'agit donc bien d'un produit morveux, et ce fait vient à l'appui de la valeur toute pratique du moyen diagnostique proposé par M. Straus.

Division cellulaire.

M. Henneguy présente quelques remarques au sujet d'observations touchant la karyokinèse qu'il a faites sur le parablaste des animaux. Il décrit la sphère attractive des éléments cellulaires et la loi physico-dynamique probable des phénomènes.

Micro-organismes des tissus calcifiés.

M. Galippe. — C'est en m'adressant à des cristallins cataractés que j'ai pu recueillir quelques nouveaux documents concernant ce point de biologie : présence de microbes vivants dans des tissus ayant subi la dégénérescence calcaire. Les cristallins m'ont été envoyés par MM. Abadie et Chevallereau. L'extraction avait été pratiquée avec toutes les conditions voulues d'asepsie, après un lavage soit au sublimé, soit à l'eau bouillie. Du reste, la surface des parties expérimentées était détruite méthodiquement. Le reste, broyé dans un mortier avec de l'eau stérilisée, servait à ensemencer des bouillons, qu'on laissait en observation. En examinant ces derniers les jours suivants, j'ai pu constater dans beaucoup de cas qu'ils s'étaient peuplés de diplocoques, de streptocoques, plus rarement de bacilles. Des microbes peuvent donc intervenir dans les milieux de l'œil ; on peut même se demander s'ils ne seraient pas susceptibles de conditionner au moins en partie ces processus similaires qui se transmettent d'un œil à l'autre.

J'ai obtenu des résultats également positifs avec les cristallins d'un chien atteint de cataracte double. Au contraire, les cristallins normaux sont parfaitement stériles.

Ce sont là des faits à poursuivre. Je voudrais seulement en terminant émettre ici une hypothèse qui s'accorderait peut-être avec les faits précédents : à savoir que le phénomène des *mouches volantes* serait dû à la présence et au déplacement de ces microbes.

M. Trasbot. — M. Galippe pense-t-il que toutes les cataractes sont parasitaires ? J'ai vu un chien qui est affecté de cataracte à la suite d'une simple contusion de l'œil sans plaie.

M. Galippe. — Suivant mes observations, les résultats sont positifs dans 60/100 des cas seulement. Je rappellerai d'ailleurs que j'ai visé spécialement les microbes des tissus calcifiés, sans sortir de cette formule générale.

Liquides albumineux intra-oculaires.

M. Kalt. — J'ai observé dans un certain nombre de cas de lésions intra-oculaires des lésions choroïdiennes qui me paraissent jouer un certain rôle. Ce sont des lésions inflammatoires occupant la couche chorio-capillaire et respectant les gros vaisseaux. Ces faits concernaient des yeux affectés de ce qu'on a appelé le ramollissement du corps vitré. Or il s'agit d'un épanchement dans ce milieu et pour ainsi dire dans une cavité anormale, comportant le refoulement du reste du corps vitré, d'un liquide se montrant à l'aide des réactions ordinaires très chargé en albumine. J'ai fait des constatations analogues en ce qui concerne le contenu de la chambre antérieure dans un cas de buphthalmie chez un enfant. Dans le glaucôme de l'adulte, on attribue généralement le rôle principal à un trouble des échanges osmotiques et à une rétention des liquides normaux intra-oculaires. J'ai constaté dans ces conditions les mêmes lésions choroïdiennes avec exsudation albumineuse intra-oculaire, ce qui indique bien que les phénomènes irritatifs et leurs conséquences interviennent ici pour une part importante.

Elections.

La Société procède à l'élection d'un membre titulaire. M. Railliet est nommé avec 23 suffrages. M. Houssay obtient 12 voix, M. Arthaud 2, M. Boulard 2.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 12 *juin* 1891

Présidence de M. E. Labbé

Hystérie et chorée de Sydenham.

M. Laveran. — MM. Debove, Comby, Chantemesse ont appelé notre attention sur la chorée hystérique se présentant avec tous les caractères de la chorée de Sydenham. Je vous apporte deux observations de chorée hystérique présentant tous les caractères de la chorée de Sydenham. La première, déjà publiée en 1887, est relative à un sergent-fourrier qui n'avait jamais eu d'attaques d'hystérie. Ayant un travail très pressé à faire, il passa une partie de la nuit à le terminer en absorbant beaucoup de café. Il dormit à peine. A son réveil, constatant une désobéissance d'un de ses hommes, il entra en colère et fut pris d'une attaque d'hystérie et d'une aphasie transitoire. Un peu plus tard survinrent des mouvements choréiques du cou et des bras et même des membres inférieurs. Quand l'aphasie disparut, elle fut remplacée par le bégaiement hystérique, s'accompagnant d'hyperesthésie générale sans anesthésie. Les attaques d'hystérie se reproduisirent assez fréquemment. En somme, il y avait bien chez lui à la fois de l'hystérie et de la chorée de Sydenham. — Dans la seconde il s'agit d'une chorée rhythmique hystérique intermittente. Un vigneron récemment incorporé n'avait jamais eu d'attaques autrefois; quand il entra au Val-de-Grâce, il dit avoir depuis deux ou trois ans des mouvements involontaires des membres revenant de temps en temps. La crise débute par une sensation de constriction de la poitrine et du cou, puis, sans perte de connaissance, il est pris de mouvements involontaires des membres supérieurs simulant à peu près l'acte de ramer. Cela dure seulement quelques minutes et se répète à plusieurs reprises. Il a de l'hémianesthésie incomplète du côté gauche avec rétrécissement du champ visuel du même côté. En somme, on trouve l'hystérie chez l'homme bien plus fréquemment qu'autrefois; j'en ai encore actuellement trois autres dans mon service. Sans doute cela tient en partie à ce qu'on la diagnostique plus qu'autrefois, mais je crois aussi qu'elle est en réalité plus fréquente. Le nervosisme se généralise et envahit toutes les classes de la société. Presque tous mes sujets font partie de la classe ouvrière.

Spasmes du cou.

M. Du Cazal. — Les observations de spasmes fonctionnels du cou ne sont pas très communes et l'on n'est pas d'accord sur la nature de ces tics particuliers. Je crois intéressant de vous communiquer les deux faits suivants que j'ai observés. La première observation est celle d'un officier de trente-neuf ans, sans antécédents héréditaires. A l'âge de vingt ans il commença à présenter des secousses musculaires, il répétait fréquemment le geste de lever les épaules en rejetant la tête en arrière. Depuis lors ces spasmes sont devenus plus fréquents. Depuis juillet 1889, il ressent une lassitude du bras droit quand il écrit et a de véritable torticolis par moments. En décembre 1889 les spasmes fonctionnels du cou s'exagèrent; à chaque secousse la tête est inclinée sur la droite; ces contractures sont souvent si rapprochées qu'elles empêchent le sommeil. Quand le sujet peut dormir, les secousses sont supprimées. Elles s'exagèrent quand il a une émotion, quand on le regarde; elles ne cessent pas absolument quand il est seul.

Cet homme est très affecté de son état actuellement; il pleure très facilement et alors ses spasmes s'exagèrent; les secousses qu'il éprouve dans son sterno-mastoïdien aboutissent à une contraction tonique de ce muscle qui devient douloureux. Cela cesse bientôt pour recommencer. En l'examinant, on constate que l'épaule gauche est soulevée par des contractions du rhomboïde et du trapèze; il y a aussi des mouvements associés du bras droit.

Certains actes, comme, par exemple, celui d'ouvrir la bouche ou de tirer la langue, arrêtent ces secousses. Mais il lui est impossible de lire.

Ce malade est encore intéressant à étudier au point de vue mental; il a des manies, des impulsions irrésistibles qui le mettent dans un état tellement malheureux, que parfois il est obligé de cesser un entretien et même de quitter son interlocuteur s'il ne peut satisfaire à son désir. C'est par exemple un objet déplacé qu'il veut remettre en place ou autre chose de ce genre.

Le 2e malade est un capitaine de 47 ans; c'est un sujet nerveux et issu d'une famille de nerveux également. Son spasme a débuté en novembre dernier par des secousses de la tête tantôt à droite, tantôt à gauche. En avril il vient au Val-de-Grâce et l'on constate alors que le sterno-mastoïdien est surtout le siège des convulsions. La tête est projetée en arrière et à gauche. On n'observe pas de troubles de la sensi-

bilité, le malade dort bien, mais il ne peut lire; de plus, les mouvements s'exagèrent quand on l'observe.

Duchenne (de Boulogne) rapportait la cause de ces spasmes à un surmenage du sterno-mastoïdien, et dans un cas de M. Sevestre, il semblait bien qu'il en fût ainsi, mais pour nos deux malades cette cause ne peut être invoquée.

M. Ballet en 1888 la rattachait à une hyperexcitabilité de la moelle au niveau d'une arthrite vertébrale, mais ici encore, cette cause doit être rejetée, car dans aucun de ces cas il n'y a d'arthrite.

En raison de l'état mental du premier sujet on a pu chez lui penser à un tic convulsif, mais en cas de tics convulsifs les mouvements sont voulus et le malade obéit en les exécutant à une impulsion plus forte que sa volonté, ainsi que M. Charcot l'a démontré; or, ici les secousses sont absolument involontaires.

M. Vigouroux a signalé dans les spasmes fonctionnels une hypertrophie des muscles atteints avec atrophie du muscle symétrique, mais cela n'est pas constant, car aucun de mes malades ne présente cette atrophie. De plus, M. Charcot avait indiqué l'électricité comme traitement pouvant guérir ces spasmes et le traitement électrique formulé par M. Vigouroux ne nous a pas donné de résultat.

M. Ballet. — Tandis que la crampe des écrivains se voit chez des gens qui écrivent très peu, elle manque au contraire chez ceux qui manient fréquemment la plume. On peut donc supposer qu'il faut une prédestination pour qu'elle se produise. Du reste, tous les malades atteints de spasmes partiels sont des nerveux, héréditaires dégénérés, comme les deux cas que nous présente M. du Cazal. Et la preuve c'est que le spasme n'est pas limité aux muscles innervés par le spinal; la cause de leurs mouvements est donc centrale et non périphérique. Un fait qui caractérise encore cette dégénérescence héréditaire et qui a été étudié par Morel de Nancy est l'arrêt de développement des oreilles; or, ce fait peut être observé sur le malade que nous présente M. du Cazal, dont les oreilles ne sont pas ourlées et dont le lobule est adhérent.

L'action de tirer la langue supprimant le spasme, comme nous le dit M. du Cazal, indique peut-être un moyen de traitement, car j'ai vu aussi un spasme des paupières presque guéri par un nouveau spasme provoqué à la main. Or, ce résultat me semble confirmer la doctrine de l'origine centrale des convulsions, qui semblent dues à des sortes de décharges de ces centres nerveux qu'on peut dériver sur une région ou sur une autre.

M. Rendu. — Le malade de M. du Cazal présente des mouvements généralisés, tandis qu'ordinairement, on voit des spasmes limités au sterno-mastoïdien. Mais, entre ces cas limités et les spasmes multipliés de ce malade, il y a des types intermédiaires où des muscles innervés par d'autres nerfs que le spinal sont pris en même temps que le sterno-mastoïdien.

Ces spasmes du cou sont très rebelles. En Angleterre, une opération qui ne réussit pas toujours, l'excision du spinal accessoire, est pratiquée dans ces cas. Dans une observation publiée dans le *British med. Journ.*, le chirurgien dut sectionner le spinal, puis en réséquer quelques centimètres, puis sectionner les nerfs du splénius et du complexus, pour obtenir une amélioration.

M. Raymond. — A l'appui de ce que vient de dire M. Ballet sur l'hérédité chez les sujets atteints de spasmes, je citerai deux observations:

Le premier malade est un boucher de la Villette qui, chaque fois qu'il saisit un couteau, est pris de spasmes de la main. C'est un nerveux héréditaire ayant un état mental défectueux. Chez lui aussi, les oreilles sont mal ourlées.

Le second cas est une malade de la ville dont le père était aliéné, le frère épileptique, etc. Elle-même, au moment de la mort de son père, a été frappée d'amnésie se reproduisant pendant plusieurs mois à la suite de ses couches.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 12 juin 1891.

Trajet intra-crânien des balles de revolver.

MM. Delbet et Dagron ont fait des recherches expérimentales sur ce sujet et présentent un certain nombre de cerveaux sur lesquels on peut suivre le trajet des balles. Ces expériences ont été faites avec des revolvers de calibres différents, 5, 7 et 9 millimètres. Les résultats obtenus ne dépendent pas du calibre de la balle, mais bien de la force dont elle est animée, de sa quantité de mouvement, et par suite pour une même balle de sa vitesse. Quand la vitesse atteint ou dépasse 300 mètres par seconde, quel que soit du reste le calibre, le développement brusque d'une pression hydraulique énorme amène des effets d'éclatement. Avec les revolvers, la vitesse initiale des balles est trop peu considérable pour que de tels effets se produisent.

Toutes les expériences ont été faites en se plaçant dans des conditions semblables à celles du suicide, en visant dans la région de la tempe de telle façon que la balle pénètre directement dans la cavité crânienne, à peu près transversalement. Le trajet des balles qui pénètrent ainsi est variable; on en peut distinguer quatre classes :

1° La balle, après avoir perforé le crâne, pénètre dans la masse encéphalique et s'arrête dans l'épaisseur des hémisphères sans traverser le cerveau;

2° La balle traverse les deux hémisphères, et, ayant épuisé sa quantité de mouvement, elle s'arrête ou est arrêtée au niveau de la paroi crânienne du côté opposé;

3° La balle traverse les deux hémisphères : elle arrive contre la paroi crânienne du côté opposé, n'ayant plus assez de force pour la perforer, mais en ayant trop pour s'arrêter : elle ricoche et, après un trajet récurrent d'une longueur variable, s'arrête dans la substance cérébrale;

4° La balle après avoir traversé le cerveau perfore la paroi crânienne opposée et sort. Ces cas n'ont pas grand intérêt pratique. En effet, la question de l'extirpation de la balle ne peut être posée, puisqu'il est facile de constater l'existence du trou de sortie en même temps que celle du trou d'entrée.

En ne tenant pas compte de ce dernier groupe de faits, voici les résultats des expériences.

Sur 45 cas :

5 fois la balle s'est arrêtée dans l'encéphale sans le traverser complètement;

14 fois la balle a traversé l'encéphale et s'est arrêtée sur la paroi crânienne opposée sans ricocher;

26 fois la balle a ricoché et a décrit un trajet récurrent plus ou moins long.

La longueur de ce trajet récurrent a été : 4 fois de 1 à 2 centimètres; 6 fois de 2 à 3; 3 fois de 3 à 4; 8 fois de 4 à 5; 1 fois de 5 à 6; 1 fois de 6 à 7; 2 fois de 7 à 8.

1 fois la longueur du trajet récurrent n'a pas été déterminée.

Le trajet récurrent s'est toujours fait, sauf une fois, d'avant en arrière; mais plus ou moins obliquement. Il a été une fois presque vertical; une fois très oblique en haut et en arrière; dans tous les autres cas, il a été à peu près horizontal.

Dans un cas, le trajet récurrent est resté superficiel, et la balle s'est arrêtée sur la convexité d'une circonvolution dans la substance grise. Dans tous les autres cas, le trajet récurrent a été oblique en arrière et en dedans, et la balle s'est arrêtée dans l'épaisseur de la substance blanche à une distance plus ou moins considérable de l'écorce.

Dans un cas où la balle, tirée d'avant en arrière, avait pénétré dans la région occipitale, le ricochet s'est fait en sens inverse, obliquement en avant et en bas.

Il faut ajouter que, 19 fois au moins, la balle avait entraîné des esquilles de volume et de nombre variables (1 à 5) qui avaient pénétré dans la substance cérébrale et jusque dans l'hémisphère du côté opposé.

Il résulte de ces expériences quelques conséquences pratiques d'une certaine importance. 31 fois sur 45, la balle s'arrête dans la substance cérébrale à une distance plus ou moins considérable de la surface de l'hémisphère. Pour l'extraire, il faudrait faire des dégâts considérables, et encore davantage pour la trouver, puisqu'on manquerait de toute espèce de guide. En outre, si on arrivait à enlever la balle, dans près de la moitié des cas, on laisserait dans l'épaisseur du cerveau des corps étrangers, les esquilles, dont le volume serait souvent égal, sinon supérieur, à celui de la balle elle-même. Il semble donc que les indications de la trépanation doivent être très restreintes.

Si cependant on se décidait à la faire, et qu'il y eût des symptômes révélant la lésion de plusieurs centres, c'est au niveau du centre situé le plus en arrière et le plus haut qu'il

faudrait trépaner, puisque dans tous les cas où la balle avait pénétré dans la région de la tempe, le ricochet s'est fait en arrière et en haut.

Il va sans dire qu'il n'est question ici que de la trépanation faite dans le but d'extraire la balle. S'il y avait quelque autre raison de trépaner, elle resterait entière. Mais dans ce cas même, la trépanation étant faite dans un autre but, il ne faudra pas à s'attarder à la recherche de la balle.

Cure radicale de hernie inguinale.

M. Pierre Delbet a disséqué une pièce de cure radicale de hernie inguinale, faite en juillet 1887 par M. Lucas-Championnière. Un an après cet homme est devenu tuberculeux, et il a succombé il y a quelques jours. Il présentait de son vivant une très légère impulsion à la région inguinale lorsqu'il toussait. Mais anatomiquement il n'y a pas trace de récidive.

Hématome de la dure-mère.

M. Ettlinger présente une pièce d'hématome de la dure-mère recueillie dans le service de M. Chauffard. L'épanchement était d'environ 140 gr. L'histoire clinique, classique, est remarquable par la constatation de l'urobilinurie. On sait que MM. Hayem et Winter ont réussi à transformer *in vitro* l'hémoglobine en urobiline. Dans l'organisme, l'hémoglobinurie par résorption d'épanchements sanguins n'est pas une question encore tranchée. Il faut probablement que cette résorption soit lente, comme c'était le cas chez le malade observé par M. Ettlinger.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

Séance du 11 *juin* 1891.

Présidence de M. Lailler.

Rhinosclérome.

M. E. Besnier. — Voici une jeune femme, originaire de l'Amérique centrale, qui est atteinte de rhinosclérome. C'est le 4e cas que je suis à même d'observer à Paris et tous les quatre proviennent de l'Amérique. La description que Kaposi a donnée de cette affection est des plus exactes et il est impossible de la confondre avec aucune autre maladie. La consistance dure, scléreuse, éburnée, est absolument différente de celle des autres lésions qui peuvent déterminer les mêmes déformations du nez. L'état général n'est pas atteint dans le rhinosclérome, mais l'affection a une tendance continue à se propager de haut en bas, à envahir le pharynx, puis le larynx dont elle détermine la sténose, de sorte qu'elle amène des troubles respiratoires qui peuvent nécessiter la trachéotomie et l'emploi permanent de la canule trachéale.

M. Lebec. — Cette malade est actuellement dans mon service. J'ai l'intention, étant donnée la marche envahissante de la maladie, d'intervenir chirurgicalement. Je me propose de faire une ostéotomie verticale, de pratiquer l'ablation des os propres du nez, de façon à ouvrir largement les cavités nasales et de détruire les tissus morbides par le bistouri, le grattage ou le thermo-cautère. En raison de l'envahissement des ailes du nez, il sera nécessaire de les enlever et alors ce qui restera du nez n'aura plus de forme satisfaisante.

M. Besnier. — Il est certain que nous n'avons contre le rhinosclérome aucune espèce d'action médicale : toutes les interventions tentées jusqu'ici ont abouti à une récidive locale, il est donc nécessaire de recourir à une intervention chirurgicale suffisamment large. L'opération que propose M. Lebec entraînera un délabrement énorme, elle demande à être mûrie dans tous ses détails et il ne faudra pas oublier que des complications peuvent survenir pendant son cours, en particulier peut-être des hémorrhagies formidables.

M. Vidal. — La grande difficulté que présente l'intervention chirurgicale réside dans l'envahissement profond des tissus : la peau des narines est certainement atteinte sur une grande épaisseur, il en est de même pour les os et il faut s'attendre à détruire tout l'appareil nasal et la lèvre supérieure. Malgré cela, il est certain que les moyens chirurgicaux peuvent seuls venir à bout d'une pareille lésion.

Cicatrices de boutons de Gafsa.

M. Hallopeau. — Voici un malade qui présente de nombreux groupes de cicatrices offrant de grandes analogies avec des cicatrices d'origine syphilitique ; les antécédents du malade, qui a habité autrefois pendant deux ans les environs de Gafsa et y a été atteint des boutons qui portent le nom de cette ville et, d'autre part, l'existence chez lui de signes d'une syphilis toute récente, viennent éclairer le diagnostic. Un examen attentif montre que l'identité de ces cicatrices avec celles que laissent les syphilides ulcéreuses n'est pas absolue ; elles ont en effet, pour la plupart, des bords taillés à pic et comme à l'emporte-pièce : c'est là un caractère qui appartient aux ulcérations syphilitiques, mais non aux cicatrices qui leur sont consécutives ; cet aspect abrupt et nettement tranché des bords devra, dans des cas analogues, mettre sur la voie du diagnostic et éviter uneerreur qui pourrait être fort préjudiciable.

Actinomycose de la face.

M. J. Darier. — Voici une malade de 25 ans, originaire des environs de Kreuznach, qui habite Paris depuis 7 ans et qui a toujours été d'une excellente santé. Le début de l'affection remonte à 9 mois. Au commencement de l'année dernière, elle a eu un abcès dentaire qui, par son siège et par son évolution très simple, ne semble avoir aucune relation avec la maladie actuelle. Au commencement d'octobre, elle remarqua une petite tumeur sous-cutanée dans la joue droite ; en peu de semaines, cette tumeur prit un accroissement considérable, envahit la peau et s'ouvrit comme un abcès. Entre temps, d'autres nodules s'étaient développés tout autour qui présentèrent une évolution analogue. Au mois de décembre, la malade était enceinte de 5 mois, l'état général était de tous points excellents. La lésion occupait toute la joue droite, depuis la paupière supérieure jusqu'à l'angle du maxillaire inférieur et de la pommette jusqu'au sillon naso-génien. Elle formait une plaque d'un rouge violacé, de la couleur de certains lupus, avec une demi-douzaine de saillies hémisphériques, fluctuantes, quelques-unes ulcérées. Au palper, la tumeur avait une dureté ligneuse, dépassant sur les bords les limites de la plaque rouge et adhérait fortement au maxillaire supérieur. Il y avait des douleurs modérées spontanément, mais très vives à la pression.

A l'examen microscopique le pus phlegmoneux ou gommeux extrait des saillies fluctuantes, renfermait un grand nombre de petits grains d'actinomyces. Sous l'influence d'un traitement électrique, les tissus de la peau ont repris leur souplesse et leur coloration normales.

Bromisme cutané.

M. Feulard. — Je vous présente une enfant de 17 mois qui offre sur les fesses et la face postérieure des cuisses une éruption formée de gros boutons papillomateux ressemblant au premier abord à des condylomes syphilitiques végétants. Les muqueuses sont respectées. L'enfant a pris, dans l'espace de 5 semaines, 23 grammes de bromure, pour combattre la coqueluche dont elle était atteinte ; 15 jours après le début de ce traitement, vers le 25 mars, ont débuté les lésions dont elle est atteinte. Une amélioration notable s'est produite à la suite de l'administration de l'arsenic à l'intérieur.

M. Cayla. — Voici également un enfant de 4 ans atteint d'éruption bromique, sous la forme d'une large plaque hypertrophique et végétante, occupant les deux tiers de la circonférence de la jambe droite à sa partie inférieure. Cette plaque est recouverte en certains points de croûtes sèches et peu suintantes et, en d'autres points, d'une infinité de points blanchâtres régulièrement disséminés, d'apparence purulente. L'enfant, qui est atteint d'épilepsie, a pris dans l'espace de 6 mois 300 grammes de bromure : c'est au bout de 4 mois de ce traitement et après avoir absorbé 180 grammes de bromure que les lésions ont commencé à se développer.

M. Fournier. — Les lésions de ce genre sont souvent très difficiles à distinguer des lésions syphilitiques et, dans le cas de M. Feulard, la confusion a été faite.

Un point à noter dans ces deux cas est la longue tolérance que les malades ont présentée par rapport au médicament, quoique la dose absorbée ait été assez élevée. D'ailleurs, chez

un même sujet, il peut y avoir une grande variabilité dans la tolérance par rapport au même médicament. J'ai vu des malades supporter très bien les iodures ou les bromures à une certaine époque de leur vie, et à une époque ultérieure ne plus pouvoir en absorber sans être pris d'accidents sérieux.

M. Jacquet. — Les doses de médicaments susceptibles de déterminer des lésions cutanées peuvent être très faibles. Ainsi Kaposi a rapporté le cas d'un enfant atteint d'éruption bromique à la suite d'un traitement bromuré suivi par sa mère.

Excision de chancre syphilitique.

M. Mauriac rapporte un cas d'excision de chancre syphilitique qu'il a faite dans les conditions les plus favorables, et cependant l'insuccès a été complet. Deux petites érosions très petites et d'un caractère équivoque furent largement enlevées avec des ciseaux quatre jours après leur apparition. Le lendemain, une 3e érosion ayant tous les caractères du chancre syphilitique poussa dans le sillon près de la couronne : 24 heures après sa naissance, M. Mauriac en fit l'éradication complète avec un bistouri, comme s'il s'était agi d'une tumeur. Les ciseaux n'y auraient pas suffi.

Au bout de 4 ou 5 jours des plaques d'induration se montrèrent sous la plaie et la néoplasie spécifique envahit bientôt tout le sillon.

L'adénopathie, qui existait à peine au moment des opérations, s'accentua très vite et prit des proportions considérables.

Les deux plaies se cicatrisèrent avec une remarquable rapidité et disparurent au milieu de l'induration.

Le processus de la syphilis primitive n'avait donc pas été arrêté ni atténué par l'excision.

Il en fut de même pour celui de la syphilis secondaire. L'infection se généralisa suivant son mode habituel et ses conséquences se produisirent d'une manière indéniable sous la forme d'une syphilide à papules plates, le 53e jour de la maladie.

Elles furent annoncées par un ensemble assez grave de troubles constitutionnels, tels que céphalalgie et sueurs nocturnes, fièvre vespérale, douleurs intercostales et diaphragmatiques.

En résumé, l'ablation de l'accident primitif ne servit à rien et cet insuccès très notoire ajouté à beaucoup d'autres compromet la méthode et fait évanouir l'espérance qu'on avait fondée sur elle trop prématurément.

Injections hypodermiques à haute dose d'huile simple ou médicamenteuse et leurs accidents.

M. E. Besnier. — J'ai essayé chez quelques malades atteints de formes graves de tuberculose les injections hypodermiques d'huile à haute dose, suivant la méthode proposée par M. Burlureaux (1). Sans parler des résultats thérapeutiques qui ne peuvent être appréciés à cause de la durée trop courte de ces essais, j'ai observé quelques faits dignes de remarque.

Les lésions tuberculeuses de la peau (lupus, gommes) sont actionnées par les injections d'huile créosotée : le lupus se congestionne, les gommes ouvertes se cicatrisent plus rapidement. Les organes sains n'ont été le siège d'aucune modification anormale à la suite des injections, il n'y a eu ni albuminurie, ni hématurie ; la santé générale a paru s'améliorer.

Par contre, une femme, atteinte de tuberculose pulmonaire en apparence torpide, a été prise subitement au début de la 12e injection, d'une quinte de toux et d'une légère congestion de la face accompagnée d'un mauvais goût dans la bouche, et à la fin de la journée présentait une congestion intense des deux poumons qui persista pendant deux jours, laissant à sa suite un point de pneumonie du sommet gauche avec état général très grave, et hypothermie ininterrompue depuis le début ; au 4e jour, on trouvait dans tout le poumon gauche des signes de broncho-pneumonie. Ces accidents, survenus dès le début de l'injection, paraissent devoir être mis sur le compte, non de l'introduction d'une grande quantité d'huile dans les vaisseaux, comme chez les animaux mis en expérience par O. Weber et par E. von Bergmann, car l'écoulement d'huile se fait très lentement dans la méthode de M. Burlureaux, mais sur le compte de la présence de la créosote dans l'huile injectée et de la pénétration de cette huile dans un petit vaisseau.

(1) Voir *Mercredi médical*, 25 mars 1891, p. 132, et *Gazette hebdomadaire*, 18 avril et 13 juin 1891, p. 189 et 281.

Ces accidents, très exceptionnels d'ailleurs, ne doivent pas faire rejeter la méthode : ils doivent seulement faire multiplier les précautions et les mesures de prudence.

M. Barthélemy. — Je tiens de M. Burlureaux que, chez un certain nombre de malades, il y a au début du traitement une période d'accoutumance difficile, et que plus tard, lorsque la tolérance s'est établie, ils supportent très bien les injections et engraissent d'une façon constante.

Cas rare de déférentite et de vésiculite blennorrhagiques.

M. Mauriac. — Chez un malade de 41 ans atteint d'une blennorrhagie suraiguë compliquée de cystite, il survint vers le 30e jour, au moment où les phénomènes inflammatoires s'atténuaient un peu, une douleur très vive dans le canal inguinal et la fosse iliaque du côté droit. La palpation y faisait constater un cordon volumineux dur, et extrêmement sensible à la pression; ce cordon commençait à l'orifice externe du canal inguinal, occupant toute son étendue, et s'enfonçait profondément dans le bassin. On le retrouvait par le toucher rectal, qui faisait constater aussi une augmentation et une induration considérables de la vésicule séminale correspondante. Aucune douleur dans le fondement ni au périnée; aucun trouble fonctionnel. Intégrité de la prostate. La vésicule était un peu douloureuse, mais moins que le canal déférent. A aucun moment le cordon, l'épididyme et le testicule ne furent touchés. L'affection s'arrêtait brusquement et de la façon la plus nette à l'orifice externe du canal inguinal.

Elle fut très intense; il fallut recourir à l'application de sangsues ; cela dura 8 ou 10 jours sous sa forme aiguë, sans que les voies spermatiques au-dessous du canal inguinal, ni le testicule subissent la moindre atteinte.

Il est très rare de voir ainsi se produire une déférentite et une vésiculite d'emblée, sans funiculite ni épididymite.

MM. Dubreuilh et Sabrazès communiquent une note sur les engelures anormales (voir en tête du prochain numéro).

M. Barthélemy présente un élève de l'Ecole d'Alfort atteint d'ecthyma disséminé du membre supérieur après avoir pratiqué l'accouchement d'une vache non antiseptisée.

M. Besnier présente une malade atteinte de lésions syphilitiques tuberculo-gommeuses de la face et du cou, au cours d'une syphilis d'origine conceptionnelle.

GEORGES THIBIERGE.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OPHTHALMOLOGIE

Séance du 2 *juin* 1891

Périnévrite optique et scléro-choroïdite rhumatismale.

M. Parinaud rappelle qu'il a été le premier à décrire la névrite optique rhumatismale et les lésions de même nature des membranes profondes. L'affection s'observe chez des individus de descendance rhumatismale ou goutteuse, le plus souvent rhumatisants eux-mêmes. Elle se développe parfois par métastase; chez quelques sujets on trouve nettement l'action du froid.

Dans sa forme aiguë et douloureuse, la névrite optique se caractérise par une douleur profonde de la région orbitaire exagérée par certains mouvements des yeux, et par la pression sur le globe; par un trouble rapide de la vision pouvant aller jusqu'à la cécité complète en quelques jours; par une altération irrégulière du champ visuel; enfin par une infiltration de la papille le plus souvent légère ou quelquefois accusée avec stase des vaisseaux et hémorrhagies. Lorsque l'affection est traitée dès le début, l'amélioration de la vision peut dépasser toute espérance; mais quand la névrite se prolonge et s'accompagne d'étranglement, elle laisse après elle de l'atrophie de la papille et l'amélioration est beaucoup plus lente.

Il existe une autre forme de la maladie où les douleurs font défaut et où le trouble visuel beaucoup moins caractéristique se développe plus lentement. Dans deux cas récents, M. Parinaud a noté la coexistence de foyers de choroïdite ou de sclérite.

La névrite optique rhumatismale ne relève pas d'une inflammation du nerf proprement dite, mais de celle des parties fibreuses de la sclérotique ou de la gaine du nerf. Il s'agit donc d'une *périnévrite* et les lésions constatées au fond de l'œil sont des lésions de *scléro-choroïdite*. Ces périnévrite et scléro-choroïdite se développent sous les mêmes influences que la sclérite et comportent le même traitement, savoir : le salicylate de soude dans les formes aiguës, le mercure dans les états chroniques.

M. Gorecki regarde les lésions signalées par M. Parinaud comme des papillites fugaces, et, sans attacher d'importance à leur nature rhumatismale, il les combat par l'administration du mercure.

M. Parent a eu l'occasion de soigner un rhumatisant qui, dans le cours d'une attaque, avait été atteint d'une diminution rapide de la vision et chez lequel, malgré l'administration de l'iodure de potassium, des salicylates de soude et de lithine il vit survenir une scléro-kératite, une scléro-kérato-iritis, puis une névrite optique avec faible saillie de la papille; cette dernière lésion était due à la transmission à la gaine du nerf de l'inflammation scléro-choroïdienne d'origine rhumatismale.

Syphilis ou tuberculose de l'iris.

M. Gillet de Grandmont appelle l'attention sur les difficultés du diagnostic clinique du tubercule et du condylôme de l'iris à propos d'un cas observé chez une jeune femme de 25 ans qui, sans souffrance oculaire, voit sa vue baisser depuis quelque temps et qui présente : 1° une kératite ponctuée; 2° une obnubilation de la pupille par des dépôts grisâtres; 3° une synéchie postérieure; 4° des tumeurs de l'iris au nombre de deux grosses et de deux ou trois granulations plus ténues que la tête d'une très petite épingle. Les deux grosses tumeurs siègent au niveau de l'angle irien sur le bord adhérent de l'iris; elles sont globuleuses, d'un gris rosé, et font saillie.

Si l'on se reporte aux caractères diagnostiques établis par M. Parinaud, on songera à la tuberculose irienne, en raison : 1° du siège des tumeurs au niveau du bord adhérent de l'iris dans l'angle irien; 2° de leur couleur gris rosé; 3° de leur multiplicité; 4° de l'existence d'exsudats plastiques masquant la pupille et pouvant se collecter à la manière d'un hypopyon; 5° de l'infiltration de la cornée et le dépôt sur la membrane de Descemet de granulations ponctuées; 6° de l'absence de douleur.

Mais la malade est une syphilitique avérée et le diagnostic de syphilis de l'iris ne saurait être mis en doute, malgré l'aspect extérieur de la lésion.

M. Parinaud maintient que le diagnostic clinique des tubercules de l'iris et des kérato-iritis tuberculeuses est non seulement possible mais facile dans la plupart des cas; toutefois il reconnait que certains cas peuvent faire exception, ce qui rend intéressante l'observation de M. Gillet de Grandmont. Toutefois, en examinant l'œil artificiel qui reproduit les lésions constatées chez la malade, il n'y retrouve pas les caractères du tubercule de l'iris. Lorsque celui-ci n'est plus recouvert par la substance de l'iris et proémine dans la chambre antérieure, il est jaune, d'aspect caséeux et présente à sa surface un fin réseau vasculaire visible à l'œil nu ou à la loupe.

M. Despagnet signale comme bien caractéristique, dans le cas actuel, la kératite ponctuée. Dans le cas de tubercules la kératite est interstitielle et toute la portion de la cornée qui se trouve en rapport avec les granulations se trouve infiltrée.

M. Trousseau a rapporté des cas très nets de condylômes de l'iris causés par la syphilis héréditaire et il en connaît des observations rapportées par Fox et Nettship. Le diagnostic est alors très difficile sans un examen très approfondi du sujet, et cependant il est fort important en raison de la thérapeutique à instituer.

Fluxion de la glande lacrymale.

M. Trousseau a eu l'occasion de suivre une malade un peu nerveuse qui de temps en temps, à des époques variables, sans relation avec l'état de santé générale, ressentait une certaine gêne au niveau de la glande lacrymale gauche, y constatait un corps dur, roulant sous le doigt, puis tout d'un coup un jet de liquide chaud et transparent s'échappait entre les paupières et tout rentrait dans l'ordre. Tantôt un courant d'air, tantôt le vent ou la poussière, tantôt l'entrée dans une pièce surchauffée, l'éclat du soleil ou encore une impression morale gaie ou triste provoquait ce petit accident.

Chez cette malade, en même temps que par moments la sécrétion lacrymale est activée, l'excrétion est supprimée. Que ce soit œuvre des vaso-moteurs ou des nerfs glandulaires, il se passe un phénomène analogue à celui qui s'observe après excitation du bout central du nerf lingual et mise en jeu de l'action centrifuge de la corde du tympan. On voit alors s'exagérer la sécrétion salivaire. Ici c'est le nerf lacrymal qui joue le rôle de la corde du tympan, en même temps que des filets nerveux contractent les parois musculaires des canaux excréteurs de la glande.

M. Parinaud pense qu'au point de vue de l'action nerveuse sur l'hypersécrétion de la glande lacrymale, on peut rapprocher de l'observation précédente les crises de larmoiement qui surviennent chez certains tabétiques.

M. Gillet de Grandmont rappelle la fluxion des glandes salivaires sous-maxillaires et sublinguales qui survient chez certaines personnes à la seule vue d'un flacon de vinaigre.

Myopie scolaire.

M. Nimier a examiné cette année, dans son service du Val-de-Grâce, 153 jeunes gens candidats aux Ecoles militaires; parmi eux il compte 131 myopes, dont il rapproche 91 étudiants myopes qui se sont présentés à lui pour subir la visite avant de s'engager. De l'examen de ces 122 élèves myopes, l'auteur conclut que les conditions hygiéniques défectueuses, souvent signalées comme causes de la myopie dans les établissements d'éducation, persistent toujours et parmi ces conditions multiples il s'occupe de la mauvaise correction habituelle des vices de réfraction. Le plus grand nombre des élèves qu'il a examinés portaient des verres choisis par eux-mêmes, il a vu un jeune homme atteint d'hypermétropie qui constamment se servait d'un verre *concave* de six dioptries. De plus les verres choisis pour la vision au loin servent pour la vision de près en raison de la nécessité où se trouvent les jeunes gens de suivre en classe les démonstrations au tableau tout en prenant des notes, de là un spasme de l'accommodation et une myopie subjective de degré plus élevé que la myopie réelle. Grâce aux soins apportés à la correction des amétropies chez les élèves reçus aux écoles militaires, la myopie presque toujours cesse de progresser chez eux. La période dangereuse, c'est la période de préparation des concours, et, à ce point de vue, les élèves les plus éprouvés sont les candidats à l'Ecole polytechnique, puis les futurs Saint-Cyriens, et les moins touchés se trouvent parmi les élèves qui se destinent aux autres carrières. Il y aurait donc lieu de prendre des mesures pour que la bonne correction des amétropies prévînt la venue ou l'exagération de la myopie chez les lycéens. L'examen nécessaire pour l'établir aurait de plus l'avantage de détourner certains jeunes gens de la préparation de concours auxquels ils ne seraient pas admis à prendre part faute d'une vue suffisante.

H. Nimier.

ÉTRANGER

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE DE BERLIN

Séance du 1er juin 1891.

Anévrysme de la mésentérique supérieure.

M. Lazarus. — Un garçon de 19 ans a été reçu il y a 3 mois à l'hôpital Israélite pour une nouvelle attaque de rhumatisme articulaire aigu avec endocardite, fièvre et douleurs dans le ventre. A la palpation on trouvait à droite de l'ombilic une tumeur pulsatile, mobile, des dimensions d'une noix. Bien que le souffle caractéristique manquât, on admit l'idée d'un anévrysme. La fièvre céda à l'antipyrine. Un jour,

le malade fut pris brusquement de collapsus, et quand il revint, il y avait hémiplégie gauche avec paralysie faciale droite. Les attaques de collapsus revinrent à plusieurs reprises, et le malade finit par succomber au 6e jour après la première attaque. Autopsie : endocardite ulcéreuse; rate augmentée de volume et contenant dans son extrémité inférieure un foyer de ramollissement et de suppuration. Sous la portion transversale du duodénum, une tumeur fluctuante, constatée pendant la vie, et à côté, entre le rein et la capsule surrénale, une autre, 2 fois plus volumineuse que la précédente, dont la coupe ressemblait à celle d'un oignon. La première tumeur était un anévrysme de la mésentérique supérieure; le sac, des dimensions d'une pomme, communiquait avec l'artère par un orifice gros comme une tête d'épingle.

Sténose du pylore.

M. Klemperer a présenté une malade qui a subi une résection du pylore pour sténose consécutive à l'absorption d'un liquide caustique. Il fut déjà question de cette malade lors de la discussion sur la résection du pylore (voy. *Mercr. méd.*, 1890, p. 319) soulevée par M. A. Kœhler il y a un an.

Les résultats opératoires furent médiocres chez cette malade. 2 mois après l'opération, la perméabilité du pylore ne fut pas encore complètement rétablie, de sorte que sur 100 c. c. d'huile introduits dans l'estomac, 25 seulement purent franchir le pylore. Il y a 4 semaines, la malade revint dans un état florissant, témoignant ainsi de la perméabilité complète de l'orifice pylorique. L'opération de Heinecke-Mikulicz ne donne donc des résultats satisfaisants qu'au bout d'un certain temps.

Importance clinique du rhythme respiratoire.

M. Leyden. — Quand on se trouve en face d'une dyspnée, il faut se placer au point de vue de ce qu'on pourrait appeler l'opportunité du rhythme respiratoire. Dans la dyspnée cardiaque, les mouvements respiratoires s'effectuent librement et sont profonds. Si l'aspect extérieur du malade (sueurs, angoisse, etc.) ne faisait penser à des troubles respiratoires, on passerait à côté de cette dyspnée. La dyspnée cardiaque est d'origine bulbaire, le bulbe étant excité soit par voie nerveuse, soit par la voie sanguine. L'opportunité de cette dyspnée résulte peut-être des deux facteurs : 1° la vitesse moindre du sang, qui fait que dans un temps donné une quantité de sang moindre qu'à l'état normal passera à travers les alvéoles et qu'il y aura un ralentissement des échanges gazeux, ce qui se manifestera par la cyanose; 2° l'aspiration. Dans le cas de ralentissement du cours du sang dans la petite circulation, l'aspiration favorise la progression du sang. Les mêmes raisons sont valables pour expliquer le phénomène de Cheyne-Stokes.

M. Gad. — Cette idée d'opportunité est très importante, car elle permet de séparer les états morbides où l'organisme fonctionne dans un sens à combattre les troubles, d'autres où l'organisme est déjà renfermé dans un cercle vicieux.

Bégaiement dans les écoles de Prusse.

M. Guttmann, qui a fait une étude de bégaiement dans les écoles de Prusse, basée sur un grand nombre de matériaux, est arrivé aux conclusions suivantes :

1° Le nombre des enfants des écoles de Prusse et d'Allemagne sujets au bégaiement est de 1 0/0. 2° Pendant le séjour à l'école, le nombre des bègues augmente au triple. 3° Le bégaiement fonctionnel disparaît plus tard dans un certain nombre de cas. 4° Le bégaiement est deux fois plus fréquent chez les garçons que chez les filles. 5° Comme lésion anatomique du nez et du pharynx, on trouve souvent des végétations adénoïdes. Mais l'ablation seule des végétations ne guérit pas du bégaiement.

ANGLETERRE

SOCIÉTÉ ROYALE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE.

Séance du 9 juin 1891

Kystes du Pancréas.

MM. Pitt et Jacobson. — Un homme, 21 ans, reçut, en 1886, un coup de pied dans l'abdomen. Depuis cette époque il est resté sujet à des crises de douleurs abdominales. Il entra à l'hôpital en mai 1889, ayant de la jaunisse, des douleurs abdominales intenses et des vomissements. On trouva dans la région épigastrique une tumeur de forme globuleuse; la percussion en ce point révélait de la matité; mais cette aire de matité était variable. En juin la tumeur fut ponctionnée; on retira environ 1/4 de litre d'un liquide alcalin albumineux, opaque, verdâtre. La jaunisse diminua et le malade se sentit mieux, assez bien même pour retourner chez lui. A la fin de juillet, il rentra à l'hôpital; la tumeur, l'ictère et la douleur avaient reparu. La tumeur occupait maintenant les régions épigastrique et ombilicale, se prolongeant un peu à gauche de la ligne médiane, suivant les mouvements de respiration; elle était située derrière l'estomac comme le montrait la percussion, variable suivant les cas, la matité disparaissant quand l'estomac était artificiellement distendu par les gaz. Le 17 août la tumeur fut de nouveau ponctionnée et on retira environ 250 gr. d'un liquide alcalin, verdâtre, contenant 11 gr. d'albumine par litre, une grande quantité de tyrosine, mais ne renfermant ni bile, ni aucune substance réduisant le cuivre. Le diagnostic de kyste du pancréas devint dès lors évident. Le malade était très amaigri, le kyste se remplissait rapidement, aussi M. Jacobson eut-il recours à la laparotomie le 22 août. Il fit une incision longue de 7 cm. au-dessus de la tumeur et à 3 cm. environ à gauche de la ligne médiane. C'est avec difficulté qu'on arriva à refouler l'estomac en haut sous le foie; la plus grande portion de l'épiploon fut attirée au dehors et réséquée et le reste fut suturé autour des bords de la plaie. On pénétra alors à travers les 2 couches immédiatement sous-jacentes à l'estomac et on mit ainsi à découvert un kyste à parois minces et tendues. Trente-six heures après, le pouls du malade était très faible et rapide, et son état général très misérable par suite d'une hémorrhagie qui s'était faite dans le kyste et qui le tendait si fortement qu'on dut l'ouvrir largement. Le malade alla beaucoup mieux par la suite et put se lever au bout d'un mois. Si on excepte le cas d'Annandale, c'est la première fois qu'on a fait, en Angleterre, le diagnostic de cette affection avant l'opération.

M. Pearce Gould. — J'ai vu deux cas de kyste du pancréas. Dans le premier le kyste était situé près de la tête du pancréas et en juin 1887, je l'ai ouvert et suturé à la paroi abdominale. Il persista une fistule et actuellement il se forme autour une tumeur maligne. Dans le second cas, le kyste occupait la queue du pancréas et provoquait des douleurs extrêmement vives. Le côlon transverse et l'épiploon furent enlevés et j'ai trouvé au-dessous une veine volumineuse croisant la surface du kyste. Cette dernière fut liée et coupée, puis le kyste fut ponctionné. L'orifice de ponction fut élargi et le doigt introduit dedans vint pointer au-dessous de la deuxième côte, où une contre-ouverture fut pratiquée et un drain fut introduit. La malade guérit très bien.

Pied creux.

M. Alfred Parkin. — Le pied creux n'est pas rare. Pour l'expliquer on a tour à tour invoqué la paralysie des interosseux (Duchenne) ou des péroniers (Golding Bird); la rétraction combinée du tendon d'Achille et du long extenseur ou celle de l'aponévrose plantaire; le port de bottines trop serrées. Tout cela est insuffisant. A l'état normal, le poids du corps appuie en arrière sur le talon, en avant, mais moins, sur les articulations métatarso-phalangiennes. En cas de pied équin, l'appui antérieur seul existe et la composante postérieure, triomphant vite des ligaments dorsaux, tend à incurver davantage la voûte, pour parer à l'équinisme. Mais il va sans dire qu'à mesure que l'équinisme est plus accentué, la composante antérieure prédomine et la tendance au pied creux dès lors diminue. Peu à peu l'attitude vicieuse, d'abord effacée au repos, est maintenue par la rétraction musculo-aponévrotique, mais ces rétractions sont secondaires. En somme, le pied creux est une difformité secondaire greffée sur le pied bot équin ou équin varus.

MM. G. Thin et F. J. Wethered ont décrit les pièces recueillies à l'autopsie d'un homme atteint de diarrhée des pays chauds.

SOCIÉTÉ HARVÉIENNE DE LONDRES

Brachycardie.

M. Seymour Taylor. — On doit donner ce nom aux ralentissements du cœur tels que le nombre des pulsations cardiaques ne dépasse pas 40 par minute. La brachycardie peut se rencontrer dans le cours d'une bonne santé, chez des sujets bien musclés qui ont ou ont eu une apparence athlétique, et chez des sujets déjà avancés en âge, mais dont la vieillesse ne se traduit par aucun autre signe d'affaiblissement ou de dégénérescence; elle peut encore s'observer à la suite d'une indigestion ou dans le cours de quelque autre trouble de l'estomac ou d'un autre viscère. Elle peut être la conséquence d'un état pathologique permanent tel qu'une altération des parois cardiaques, une oblitération des vaisseaux coronaires, une affection des organes respiratoires, une maladie nerveuse grave (épilepsie ou traumatisme des centres nerveux), des lésions traumatiques ou opératoires de l'abdomen, elle peut se rencontrer à la suite de certaines maladies fébriles et de certaines altérations sanguines, elle peut être le résultat de l'absorption de certains médicaments ou de certains poisons.

M. Eastes a observé un ralentissement remarquable du pouls dans la diphthérie, dans l'empoisonnement par le phosphore, chez les buveurs de thé. Il a connu une personne dont le pouls ne battait jamais plus de 42 fois à la minute et, sous l'influence des excitations, s'abaissait à 24.

M. Hodgson a présenté à la SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE DE BRIGHTON un homme de quarante-quatre ans qui, en 1887, était entré à l'hôpital pour une cirrhose alcoolique avec ascite, jaunisse et vomissements. Le pouls, qui battait 108 au début, tomba à 48 après sept semaines et devint irrégulier; au bout de quatorze semaines, le nombre des pulsations n'était plus que de 24 par minute et le malade souffrait de vomissements très fréquents ; on nota, à ce moment, un exsudat dans le péricarde, mais le liquide ne tarda pas à être résorbé, le pouls remonta à 36, et le malade quitta l'hôpital. Peu après, il y rentra pour des accès épileptiformes avec tendance à la syncope; les accès survenaient quand le cœur s'arrêtait de battre pendant plus de quinze secondes. Les accès variaient beaucoup de fréquence et, une fois, on en compta 4 par minute pendant dix heures consécutives; parfois, le nombre des battements cardiaques s'abaissait jusqu'à 21 et même au-dessous par minute; grâce aux injections sous-cutanées de strychnine, on parvint à empêcher un arrêt définitif des battements du cœur.

Le malade a eu la syphilis et a présenté, entre autres, des lésions tertiaires des testicules et des côtes.

Traitement des vomissements graves de la grossesse.

M. A. Routh ne pense pas que les vomissements de la grossesse soient dus à un déplacement ou à une immobilisation de l'utérus, car ces déplacements peuvent manquer et, lorsqu'ils existent, leur réduction n'est pas suivie de la disparition des vomissements. Le traitement qui lui a le mieux réussi consiste dans des badigeonnages du col et de l'extrémité du canal cervical avec un mélange à parties égales d'iode, d'iodure de potassium, d'esprit-de-vin et d'eau répétés à intervalles variant de 5 à 15 jours.

Abcès du foie suivi de périhépatite suppurée.

M. Roughton a observé un jeune Américain qui avait été atteint d'abcès du foie à la suite d'un séjour à Ceylan; l'ouverture de l'abcès fut suivie de guérison, mais l'inflammation s'étendit au péritoine, entre le foie et le diaphragme, et il se développa un abcès volumineux qui se rompit dans la plèvre : on fut forcé de pratiquer la résection d'un fragment de côte; plus tard la suppuration s'étendit au poumon et l'abcès s'ouvrit dans une bronche; cet abcès fut traité chirurgicalement et le malade était en meilleur état lorsque survint un accès de fièvre, suivi de l'apparition de pus dans l'urine et dans les matières fécales, ce qui indiquait que l'abcès s'était ouvert dans le rein et dans les voies digestives, probablement le côlon. Le malade guérit complètement malgré ces accidents.

Guérison d'une perforation intestinale consécutive à la fièvre typhoïde.

M. Major a communiqué à la SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE DE BRADFORD l'observation d'un homme de 21 ans qui, au 19e jour d'une fièvre typhoïde régulière, fut pris de phénomènes graves : abaissement de température de 36°,4; distension abdominale considérable, douleur intense à la pression de la partie inférieure de l'abdomen; pendant les 10 jours suivants, la distension abdominale et la douleur persistèrent, le malade était constipé, la température oscillait entre 37°,7 et 38°,9, la langue était sèche, il y avait un délire violent. Puis les symptômes graves s'amendèrent peu à peu, en même temps qu'il se développait une masse dure et solide occupant le bassin et la partie inférieure de l'abdomen; 21 jours après le début des accidents, le malade évacua par l'anus une quantité considérable de liquide foncé, et au bout de 3 jours il ne restait plus de traces de la tuméfaction abdominale. La guérison fut complète et rapide.

Acromégalie.

M. Bury a présenté à la SOCIÉTÉ PATHOLOGIQUE DE MANCHESTER (séance du 13 mai 1891) les pièces provenant de l'autopsie d'une femme de 23 ans qui 3 ans avant sa mort avait été prise de douleurs céphaliques et qui depuis 18 mois avait des troubles de la vue. Elle offrait les caractères typiques de l'acromégalie : développement exagéré de la tête, des lèvres, du maxillaire inférieur, de la langue, des pieds et des mains, cyphose avec légère scoliose, etc. Elle était presque absolument aveugle de l'œil gauche et avait une hémianopsie temporale de l'œil droit. Son urine renfermait du sucre. Le lobe droit du corps thyroïde était volumineux. La mort est survenue dans le coma. A l'autopsie, une volumineuse tumeur de consistance pulpeuse occupait la base du crâne, elle avait augmenté l'excavation de la selle turcique et s'étendait du chiasma des nerfs optiques, lequel, comme les bandelettes optiques, était comprimé, jusqu'au cervelet et avait les caractères microscopiques du gliome. Les deux lobes du corps thyroïde étaient augmentés de volume et kystiques. Au devant du péricarde, on trouvait une masse semblant représenter les restes du thymus et ne renfermant que des cellules adipeuses. Le cœur et le foie étaient augmentés de volume. L'utérus présentait l'aspect infantile. Les deux ovaires renfermaient de petits kystes. L'auteur fait remarquer que, dans l'acromégalie, il y a un développement exagéré de la glande pituitaire, qui se développe aux dépens de la cavité buccale, et rapproche ce fait de l'augmentation de volume du voile du palais, des amygdales et de la luette dans cette maladie.

AUTRICHE

SOCIÉTÉ DES MÉDECINS ALLEMANDS DE PRAGUE

Séance du 27 février 1891.

Tétanie chez une femme enceinte.

M. v. Jaksch présente une femme de 36 ans enceinte de 5 mois et présentant tous les symptômes de la tétanie. A côté du signe de Trousseau et de celui de Jendrassik on trouve une exagération de l'excitabilité mécanique dans le domaine du facial et une exagération très manifeste de l'excitabilité électrique de tous les autres nerfs; pas de troubles de la sensibilité, pas de fièvre, pas de troubles psychiques, pas de troubles du côté gauche de l'appareil digestif

La première attaque de tétanie est survenue à l'âge de 19 ans, au moment des règles. Elle est revenue à l'occasion de la première grossesse ; pendant la deuxième et la troisième grossesses il n'y eut pas de tétanie; par contre les attaques revinrent pendant la quatrième et la cinquième grossesses.

On distingue actuellement plusieurs formes de tétanie : la forme cérébrale qui précède ou accompagne une affection cérébrale; la forme récidivante aiguë qui apparait à certaines époques (automne et printemps) et atteint un grand nombre

d'individus à la fois, ce qui fait penser à l'origine infectieuse de cette forme; la forme chronique qui survient après l'extirpation du goître, à l'occasion des troubles digestifs ou des troubles du côté de l'appareil génital (grossesse, lactation). Le cas présent rentre évidemment dans cette dernière catégorie.

M. Schauta fait observer que les cas de tétanie pouvant être attribués à la grossesse sont peu nombreux. En 1885, Meynert a réuni 9 cas de ce genre; chez une de ces malades la tétanie qui se manifesta à l'occasion de la grossesse alla en augmentant jusqu'à l'accouchement, après lequel elle disparut définitivement. Il en fut de même dans un cas publié par Müller. Trousseau a vu survenir la tétanie chez 40 femmes qui nourrissaient. La menstruation paraît jouer le même rôle que la grossesse et la lactation.

Carcinome de la cicatrice après l'extirpation d'un kyste ovarique.

M. Frank. — Dans le premier cas, il se développa dans la cicatrice abdominale, 18 mois après l'extirpation du kyste de l'ovaire, un nodule qui alla en augmentant et est arrivé aujourd'hui à occuper tout le bas-ventre jusqu'à l'ombilic. A l'examen microscopique d'une parcelle de ce néoplasme, on trouva tous les caractères d'un adéno-carcinome avec épithélium cylindrique élevé.

Chez la seconde malade on enleva, le 26 février 1888, un kyste adénoïde de l'ovaire. Les suites opératoires furent simples et la malade quitta l'hôpital peu de temps après l'opération. Le 18 mars la malade revint à l'hôpital et à ce moment on trouva une tumeur inopérable des dimensions d'une tête d'enfant, développée dans la cicatrice abdominale. L'examen microscopique montre qu'il s'agissait d'un adéno-carcinome.

M. Frank insiste sur la rareté de ces cas. Le développement du carcinome dans la cicatrice abdominale s'explique probablement chez les deux malades par la pénétration des cellules cancéreuses dans les lèvres de la plaie où plus tard elles se sont développées et ont donné naissance à des productions cancéreuses.

M. Güssenbauer a observé 3 fois la récidive intra-péritonéale après l'extirpation des myxadénomes des ovaires, mais jamais il n'avait vu cette greffe se faire sur la cicatrice cutanée. Le développement du carcinome dans les cas de M. Frank est dû peut-être à ce que le liquide du kyste fut évacué par l'incision de la tumeur. Pour éviter tout transport des particules cancéreuses, M. Güssenbauer ponctionne toujours la tumeur avec un trocart. Du reste, il n'admet pas la dissémination de ces tumeurs par simple transport, ou transplantation ou greffe des particules cancéreuses.

M. **Chiari** insiste sur ce fait que la dissémination et les métastases sont d'autant plus fréquentes dans les kystes de l'ovaire que ces derniers présentent des végétations.

M. Fischel a observé à la clinique du prof. Breisky un cas de récidive dans la cicatrice abdominale quatre ans après l'extirpation d'un énorme adéno-kystome. Ce dernier contenait dans son intérieur un carcinome des dimensions d'une noix. Il est donc possible que la récidive était due dans ce cas comme dans plusieurs autres à l'existence de cette tumeur à la surface du kyste.

M. Schauta est d'avis que dans ces cas l'évacuation du liquide doit être faite par la ponction, car il est possible que ces kystes renferment un agent infectieux qui favorise le développement des métastases, — hypothèse qui demande à être confirmée par l'expérimentation.

SOCIÉTÉ DES MÉDECINS DE BUDA-PESTH

Empyème à double poche.

M. Szontagh rapporte un cas d'empyème opéré dans les circonstances suivantes. Il s'agissait d'une enfant âgée de six ans qui avait été atteinte vers le 27 janvier de pleuro-pneumonie. Huit jours après on s'aperçut que la plèvre gauche devenait le siège d'un épanchement de plus en plus abondant refoulant le cœur et déterminant une forte gêne de la respiration. Une ponction exploratrice montra que l'épanchement était purulent; le 8 février on fit la thoracotomie qui donna issue à 400 grammes de pus. Mais, chose curieuse, l'opération n'amena aucune modification de l'état général; les forces continuèrent à décliner, la cyanose persista et le 14 février le cœur était encore sous le mamelon droit. On pensa qu'il existait une autre poche purulente, indépendante de la première. Effectivement une seconde ponction faite profondément dans le 4e espace sur la ligne mammaire fit sortir une nouvelle quantité de pus. On pratiqua une nouvelle incision dans le cinquième espace, jusqu'au sternum, et on s'aperçut alors qu'une cloison fibreuse épaisse partant de cet os allait séparer la cavité pleurale en deux parties. La deuxième poche contenait 600 gr. de pus. La guérison fut rapide. Le 12 mars on enlevait les drains. Le 10 avril les deux incisions étaient cicatrisées. Aujourd'hui le cœur n'a pas encore repris tout à fait sa position normale, mais il n'y a pas de déviation notable du thorax et la colonne vertébrale ne présente aucune incurvation. On peut admettre que les deux poches pleurales se sont trouvées formées dès le début de la maladie, mais que la seconde a subi, après la première thoracotomie, une augmentation très rapide.

M. Ketli fait remarquer que les indications de traitement sont différentes suivant la forme de la pleurésie. On peut admettre maintenant que dans les pleurésies à streptocoques l'incision simple ne suffit pas et qu'il faut y joindre la résection des côtes.

Actinomycose chez l'homme.

M. Makora présente deux cas d'actinomycose des maxillaires. Jusqu'à présent on ne connaît guère que vingt cas d'actinomycose chez l'homme. Il est probable que l'infection est d'origine buccale. Chez les deux malades les lésions ont commencé dans la partie droite du maxillaire inférieur.

Le premier cas concerne un jeune homme de 22 ans qui commença à souffrir en janvier 1890 et remarqua un gonflement de la mâchoire. La tuméfaction augmenta et nécessita une incision qui donna issue à un pus épais. Depuis septembre 1890 plusieurs autres incisions furent faites au niveau de la mâchoire, des joues, etc., et laissèrent parfois des trajets fistuleux qui allaient dans la profondeur sans cependant atteindre l'os, du moins d'une manière appréciable. Le pus contenait des champignons caractéristiques. Le malade subit les injections de Koch sans en retirer aucun bénéfice.

Le deuxième cas a progressé d'une façon à peu près analogue.

Névrose traumatique.

M. Donath. — Un homme de 45 ans en tombant d'un escalier se contusionne la tête et reste pendant 24 heures sans connaissance. Le médecin, appelé, ne trouve pas de fracture du crâne, mais des lésions multiples des parties molles de la tête et de la face, et une parésie de l'extrémité supérieure droite avec impossibilité d'incliner la tête en avant. Le malade se remet fort bien de son accident, mais conserve la parésie du bras droit.

Lorsque le malade s'est présenté à la clinique deux mois après l'accident, la parésie persistait toujours. La main droite donnait à la pression 5 kilogr., la main gauche 40. En plus, les articulations de l'épaule et du poignet du côté droit étaient douloureuses. L'anesthésie était complète au niveau du membre supérieur droit, de la moitié droite du thorax, et moins complète au niveau de la moitié droite de la tête et sur le membre inférieur droit, à partir de son tiers supérieur. Insensibilité des conjonctives avec rétrécissement du champ visuel et diminution de l'acuité auditive; diminution considérable du goût et de l'odorat à droite. Sensibilité à la pression des trois dernières vertèbres cervicales et de la première dorsale. Excitabilité faradique et galvanique des muscles et des nerfs du membre supérieur, diminuée.

Il est certain que dans ce cas il s'agit d'une monoplégie d'origine hystérique. L'absence des convulsions épileptiformes, d'atrophie notable du muscle exclut toute idée de lésion organique.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

N° 25. — 24 JUIN 1891 LE NUMERO QUINZE CENTIMES

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

PUBLIÉ PAR

LA GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MEDECINE ET DE CHIRURGIE

Et servi gratuitement à tous les abonnés de ce journal

ABONNEMENTS SPÉCIAUX POUR MM. LES ÉTUDIANTS. — UN AN : 6 FRANCS

L. LEREBOULLET, Rédacteur en chef. — A. BROCA, Secrétaire de la Rédaction

Librairie de G. MASSON, 120, boulevard Saint-Germain.

SOMMAIRE

ACTES
DES FACULTÉS DE MÉDECINE

PARIS

Thèses du 29 juin au 4 juillet 1891.

Mercredi 1er. — M. Jaeger. Les Dispensaires d'enfants malades. — M. Bourgogne. Conduite à tenir pendant la délivrance dans l'avortement. — M. Tuilant. De la névrite puerpérale. — M. Martigny. Etude sur un cas de molluscum du col utérin.

Jeudi 2. — M. Prioux. Contribution à l'étude du pouvoir antiseptique des dérivés de l'aniline et de leur valeur thérapeutique. — M. Toulouse. Etude clinique sur la mélancolie sénile chez la femme. — M. Tsintsiropoulos. La médecine grecque depuis Asclépiade jusqu'à Galien. — M. Coquereau. Contribution à l'étude de la désinfection des chiffons. — M. Decoux. De la paralysie faciale hystérique. — M. Audain De l'hémostase préventive dans les opérations chirurgicales. — M. Dominguez. Contribution à l'étude des kystes de l'épididyme. — M. Gresset. Etude sur la station et les eaux minérales de Miers. — M. Charon. Contribution à l'étude des anomalies de la voûte palatine dans leurs rapports avec la dégénérescence.

Clinicat chirurgical. — Juges: MM. Verneuil, Panas, Duplay, Lannelongue, Tillaux.
Candidat: M. Delbet.
La première épreuve se fera le mercredi 24, à l'Hôtel-Dieu.

Clinicat obstétrical. — Juges: MM. Tarnier, Pinard, Verneuil, Duplay, Tillaux.
Candidats: MM. Lepage, Varnier, Demelin, Couder, Laskine.
La première séance aura lieu le vendredi 26, à 9 h., clinique Baudelocque.

Clinicat médical. — Juges: MM. G. Sée, Potain, Peter, Cornil, Dieulafoy.
Candidats: MM. Lyon, Lion, Vaquez.
Les épreuves se feront tous les jours, à 9 h., à l'Hôtel-Dieu.

Clinicat des maladies nerveuses. — Juges: MM. G. Sée, Potain, Peter, Cornil, Dieulafoy, Debove.
Candidat: M. Dutil.

Clinicat des maladies cutanées et syphilitiques. — Juges: MM. G. Sée, Potain, Peter, Fournier, Cornil, Dieulafoy.

Clinicat des maladies mentales. — Juges: MM. Brouardel, Jaccoud, Ball, Bouchard. Debove.
Candidats: MM. Roubinovitch, Sollier, Pactet.
La première séance aura lieu le mardi 30 juin, à 9heures, à la Pitié.

Concours du Prosectorat. — Ce concours vient de se terminer par la nomination de MM. Jonnesco et Chevalier comme prosecteurs titulaires et de MM. Mauclaire et Noguès comme prosecteurs provisoires.

LYON.

Thèses de février, mars, avril 1891.

M. Clair. Contribution à l'étude des lésions de l'oreille chez les aliénés (13 février),

M. Thévenet. Sur la nature du lupus ulcéreux (13 mars).

M. Méhier. Contribution à l'étude des perforations et des ruptures spontanées de l'estomac (21 mars).

M. Blanc (Marius). Du déplacement de la matité dans les épanchements pleurétiques (11 avril).

M. Marin (Jules). De la cure des hernies étranglées par l'entérotomie suivie de l'entérorrhaphie longitudinale (11 avril).

M. Pignal. De la transformation de l'ulcère simple de l'estomac en cancer (25 avril).

M. Fayard. Des indications opératoires du cancer du rectum; étude critique de la méthode de Kraske (25 avril).

VARIÉTÉS

2e Concours du Bureau central (médecine). Sont admissibles aux épreuves définitives: MM. Œttinger, Lebreton, Dalché, Le Gendre, Gauchas, Marfan, Roger, Darier.

Enregistrement des diplômes. — Plusieurs médecins de Paris ont reçu une circulaire autographiée leur demandant la date de l'enregistrement à la Préfecture *de police* de leur diplôme de docteur.

Cette indication était inexacte. L'enregistrement des diplômes est obligatoire. Il était reçu jadis dans les baraquements des Tuileries. Il se fait aujourd'hui à l'annexe de l'Hôtel de Ville, près la caserne Lobau, à la direction de l'enseignement, bureau n° 5.

Exercice illégal de la médecine. — Le tribunal correctionnel de Paris vient de condamner à seize amendes de cinq francs et à 100 fr. de dommages-intérêts une somnambule, Mme Auffinger, qui, assistée de son fils, fondateur de la *Société magnétothérapique*, prétendait guérir les bronchites à l'aide d'applications réitérées de bouse de vache sur la poitrine et grâce à un sirop pectoral préparé en faisant macérer des radis noirs et des oignons dans du sucre candi.

A ceux qui semblent surpris qu'une pareille médication ait pu trouver créance, nous signalerons un remède qui se prescrit journellement dans le département de la Manche, non seulement par les somnambules extra-lucides, mais encore par les rebouteurs et les honnestes dames. Pour guérir la jaunisse, il convient, disent-ils, de faire ronger le mal par les poux. A cette fin l'on prescrit au malade une pomme cuite, ou une bouillie de farine d'avoine, en ayant soin d'incorporer à cet aliment *trois poux vivants.* Ceux-ci, introduits dans l'estomac, pénètrent dans les voies biliaires et dévorent rapidement le microbe de la jaunisse. Il y a quelques semaines, dans un castel normand, une jeune fille était atteinte d'ictère catarrhal. L'intérêt qu'elle inspirait à tous les habitants du pays engagea l'un d'eux à se dévouer pour la guérir. Il revêtit donc sa blouse du dimanche, se présenta au château et, s'adressant à la châtelaine: « Madame la comtesse, dit-il en se découvrant pour mieux faire admirer une luxuriante chevelure que le peigne n'avait jamais déflorée, j'ai pensé que vous voudriez guérir votre demoiselle par le remède infaillible de la jaunisse; je viens vous l'apporter moi-même. Il vous sera plus agréable de savoir d'où il vient, et vous aimerez mieux certainement le choisir sur quelqu'un qui se tient propre. » (*Historique.*)

Presse politique. — Dans le *Petit Parisien* du 22 juin, M. Jean Frollo consacre l'article de tête à la *Médecine fantaisiste* en général et aux remèdes secrets en particulier. Il suit, à cet égard, le rapport que notre rédacteur en chef a lu, il y a 8 jours, à l'Académie de médecine. Car nous nous permettrons de faire remarquer à M. Jean Frollo qu'il parle à tort de l'Académie des sciences. Décidément, le journalisme politique est brouillé avec l'exactitude... quand il parle des choses de la médecine.

Université de Toulouse. — A la suite du scrutin qui a eu lieu, le 25 mai 1891, pour l'élection au Conseil académique de Toulouse, d'un délégué de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de cette ville, M. Jeannel, professeur de clinique externe à ladite Faculté, a été élu.

CLINIQUE DERMATOLOGIQUE

De quelques formes anormales d'engelures, par William Dubreuilh, agrégé à la Faculté de Bordeaux, et Jean Sabrazès, interne des hôpitaux de Bordeaux.

Quelque fréquentes que soient les engelures, il est rare de les voir dévier du type habituel et bien connu; nous avons eu cependant l'occasion d'observer quelques formes anormales qu'il nous a paru intéressant de signaler, d'autant plus qu'on ne les trouve mentionnées dans aucun des ouvrages classiques de chirurgie ou de dermatologie.

Le type ordinaire de l'engelure est une infiltration du derme dans toute ou presque toute son épaisseur, mal délimitée, peu saillante et quelquefois surmontée d'une légère exsudation qui décolle l'épiderme et constitue une sorte de bulle ou de phlyctène flasque, le plus souvent même à peine visible. On peut voir dans certains cas l'élevure plus superficielle et plus petite offrir l'aspect d'une papule ou, d'autres fois, la bulle prendre une importance prédominante et constituer en apparence la seule lésion.

Des faits de ce genre paraissent avoir été vus par Bazin, mais il se refuse à les rattacher aux engelures. « L'engelure se complique assez fréquemment, dit-il, d'hydroa ou d'érythème papulo-tuberculeux. Nous en distinguerons soigneusement ces dernières affections qui relèvent d'une cause bien différente. L'arthritis et la scrofule ne s'excluent en aucune façon, vous les verrez souvent marcher côte à côte et se refléter ensemble à la peau, chacune par des phénomènes qui lui sont propres » (1). Il nous semble que la forme papuleuse et la forme bulleuse méritent d'être considérées comme de vraies engelures.

Les *engelures papuleuses* ont été signalées par J. Hutchinson (2) qui rapporte plusieurs observations d'une éruption formée de macules arrondies de la grandeur d'une lentille à une pièce de 1 franc, généralement saillantes, d'une rougeur violacée, souvent surmontées d'une vésicule ou quelquefois ayant une tache blanche au centre qui leur donne une fausse apparence de vésicule. Cette éruption est indolente et siège aux mains et aux pieds surtout sur les doigts, au niveau des articulations et sur les faces dorsale et latérales. Elle apparaît au commencement de l'hiver chez des individus sujets aux engelures ou s'étant exposés à un froid exceptionnel.

Observation I. — Zulma D..., âgée de 31 ans, a déjà reçu nos soins, en 1889, pour des syphilides tertiaires des joues et des lèvres. L'affection qui l'amène aujourd'hui consiste en des engelures dont le début remonte au commencement de l'hiver; elles occupent la face dorsale et un peu la face palmaire des mains ainsi que les pieds; elles intéressent aussi les oreilles où elles présentent un aspect typique.

Ces lésions sont plus particulièrement localisées à la face dorsale des mains et des doigts. Les unes sont des papules miliaires très peu saillantes, rouge vif et avec une teinte purpurique s'effaçant mal à la pression; leur saillie est très minime, mais on sent un peu d'infiltration. D'autres lésions ont la grandeur d'une lentille sans plus de saillie; elles sont franchement purpuriques avec le centre occupé par une vésicule plate d'où la piqûre fait suinter un liquide limpide. Au début de leur évolution, les lésions sont plus saillantes, plus infiltrées, mais la rougeur s'efface mieux à la pression. La quantité de liquide contenu dans les vésicules est minime.

A la racine de l'ongle du médius et de l'annulaire droits, engelures ordinaires mais purpuriques.

(1) Bazin. *Leçons sur les affections cutanées artificielles*, etc., Paris, 1862, p. 14.

(2) Jon. Hutchinson. On some rare diseases of the skin. London, 1879, p. 362.

Ces lésions disparaissent très rapidement quand le temps devient doux, sans laisser de cicatrices, mais récidivent aux premiers froids.

Aux pieds, quelques rares lésions analogues à celles des mains.

Observation II. — Paul S..., âgé de 22 ans, tonnelier, se présente à nous en janvier 1891. Son père est bien portant; sa mère a succombé à une maladie de poitrine, elle était sujette aux engelures. Dans ses antécédents personnels on ne trouve rien à signaler qu'une affection oculaire en 1882.

La maladie actuelle a débuté il y a 7 ans, et depuis lors elle fait son apparition tous les ans en automne, aux premiers froids, et dure jusqu'au printemps, atteignant simultanément les mains et les oreilles.

Le malade est un jeune homme maigre, imberbe, avec une figure en lame de couteau; sa dentition est médiocre, mais sans déformations caractéristiques.

Les oreilles sont œdématiées, chaudes, d'un rouge violacé, présentant çà et là quelques petites croûtes; on trouve quelques cicatrices à la partie supérieure du pavillon de l'oreille gauche.

Le malade est très sensible au froid et ses mains deviennent violacées sous l'influence du moindre abaissement de température. Leur face palmaire ne présente rien à signaler.

La face dorsale des doigts, des mains et des poignets est couverte, surtout à droite, d'une éruption abondante de papules rougeâtres ou violacées, du volume d'une tête d'épingle à une lentille, saillantes, assez dures; les moyennes sont surmontées d'une petite croûte, les plus grandes d'une vésicule plate de la grandeur d'un grain de chènevis et contenant un liquide clair ou plus ou moins trouble. Leur centre desséché forme souvent une croûte. Les papules sont surtout abondantes sur les mains et les poignets, elles respectent la dernière phalange des doigts. En quelques points comme dans les espaces interdigitaux, les lésions prennent l'aspect eczémateux.

L'éruption devient très prurigineuse sous l'influence de la chaleur.

Pendant tout le commencement de cet hiver, le malade avait travaillé dedans et n'avait pas souffert, mais l'éruption a paru quelques jours après qu'il eut, par un temps très rigoureux, passé une journée à décharger des merrains en plein air.

Dans notre première observation, la nature des lésions est affirmée par la coïncidence d'engelures typiques aux oreilles et sur la dernière phalange des doigts médius et annulaire, ainsi que par les rechutes à chaque recrudescence du froid.

Dans la seconde, la récidive hivernale régulière depuis 7 ans, l'apparition de la poussée actuelle après une exposition à un froid très vif, les engelures des oreilles, enfin les sensations subjectives de démangeaisons sous l'influence de la chaleur permettent de rattacher l'éruption à l'action du froid et de la considérer comme très analogue aux engelures.

Les différences qui séparent l'engelure papuleuse de l'engelure ordinaire ne sont pas très profondes, car on y retrouve tous les caractères habituels, mais en petit. La couleur est la même; l'infiltration reste superficielle et en rapport avec l'étendue de la lésion; la papule peut être nue, ou bien surmontée d'une vésicule affaissée identique, aux dimensions près, à la phlyctène de l'engelure habituelle; la vésicule peut enfin être remplacée par une sorte de tache blanche qui simule une vésicule, par une pseudo-vésicule.

Ces différences sont exactement de même ordre que celles qui existent entre les différentes variétés d'érythème polymorphe ou d'érythème papuleux, et si l'on vient à faire des divisions dans le groupe peut-être un peu vaste de l'érythème polymorphe, ce ne sera certainement pas en se fondant sur le seul volume de la lésion primitive.

Si l'on voulait même pousser plus loin l'analogie, on

pourrait mettre en parallèle, d'une part, l'érythème papuleux, l'érythème polymorphe à gros nodules indurés et l'érythème noueux, d'autre part, les engelures papuleuses, les engelures ordinaires et l'érythème induré des scrofuleux qui ne diffère des engelures que par son siège limité généralement aux jambes, par le volume plus considérable des lésions et par leur plus longue durée.

L'érythème polymorphe peut encore devenir franchement bulleux et simuler le pemphigus. Il en est encore de même des engelures, où ce qui d'habitude n'est qu'une ébauche de phlyctène, qui ne frappe pas les regards et qu'il faut chercher, peut se développer au point de constituer une véritable bulle et de former la lésion principale.

L'observation suivante est un exemple de ces *engelures bulleuses* :

Observation III. — P..., âgé de 15 ans, élève architecte, est atteint depuis 7 ans de l'affection qui l'amène à la Policlinique. Ses parents sont vivants et bien portants, ainsi que ses deux frères. Lui-même a toujours été bien portant, il n'a jamais eu d'adénite ni aucun symptôme ou accident scrofuleux du côté du nez, des yeux ou des oreilles. Cependant il a habituellement froid aux mains, qui sont un peu violacées et bouffies; l'épiderme de la face dorsale des doigts, au lieu d'être lisse, luisant et coupé par de nombreux plis de flexion, présente cet état très finement grenu qui est si fréquent dans la sclérodermie au début, et qui à la loupe revêt l'aspect d'une peau d'orange.

Depuis 7 ans, P... est pris au commencement de chaque hiver d'une éruption de bulles isolées, disséminées sur les mains et sur les orteils et accompagnées de démangeaison et d'une sensation de cuisson exagérées par la chaleur. Ces bulles crèvent en laissant des ulcérations torpides qui ne sont douloureuses qu'au contact et qui ne guérissent qu'au printemps.

Main droite. — Au milieu de la face dorsale de la première phalange du cinquième doigt est une bulle d'un centimètre de diamètre, hémisphérique, tendue, contenant un liquide clair comme de l'eau, s'élevant brusquement sur la peau saine, sans auréole d'aucune espèce. La membrane épidermique soulevée paraît assez épaisse et conserve toutes les rugosités papillaires que nous avons signalées sur les doigts de notre malade.

Au point homologue du quatrième doigt est une bulle de la grandeur d'une petite lentille, saillante, hémisphérique, s'élevant sur la peau saine et de tout point semblable à la première, mais plus récente, puisqu'elle ne date que de quatre jours, tandis que l'apparition de la première remonte à une semaine.

Sur le bord radial de la première phalange de l'index, on trouve une vésicule de 3 millimètres de diamètre, peu saillante, entourée d'une auréole rouge-violacé, assez étroite mais diffuse, qui siège sur une base largement œdématiée, saillante, mal limitée et douloureuse.

Sur la face dorsale de l'articulation métacarpo-phalangienne du pouce est une plaque violacée d'un centimètre de diamètre, présentant l'aspect d'une engelure ordinaire avec un début de vésicule au centre.

Main gauche. — Sur le bord radial de la première phalange de l'index est une engelure ordinaire. Le bord radial de la première articulation inter-phalangienne du médius présente une vésicule du volume d'un grain de chènevis avec une légère auréole diffuse d'un rouge violacé, sans base œdématiée ni douleur.

La face dorsale de la première phalange de l'annulaire est le siège d'une engelure ulcérée typique dont le début remonte à quinze jours et qui aurait succédé à une bulle. On trouve une autre engelure sur la deuxième phalange de l'auriculaire, non ulcérée mais surmontée d'une vésicule irrégulière et aplatie, enfin une vésicule miliaire sur la pulpe de l'annulaire.

Chez ce malade les lésions bulleuses des quatrième et cinquième doigts de la main droite ne présentaient à première vue aucune analogie avec des engelures, elles ressemblaient tout à fait à des bulles de pemphigus ou plutôt à des brûlures au second degré telles qu'elles seraient produites par une goutte de plomb fondu; mais ailleurs (index droit), la bulle était surajoutée à une élevure large, molle, violacée; ailleurs enfin on trouvait des engelures typiques, ulcérées ou non, surmontées ou non d'une vésicule rudimentaire. La gradation des lésions, la récidive de l'éruption bulleuse tous les hivers imposaient donc le diagnostic d'engelures bulleuses. Du reste, ce n'est que l'exagération d'un fait habituel, car les engelures au début sont très souvent surmontées d'une vésicule flasque et irrégulière, d'un simple décollement de l'épiderme. Il s'agit donc simplement d'engelures dans lesquelles la bulle devient la lésion prédominante ou même unique.

Ces engelures bulleuses sont très distinctes de celles qui ont été décrites par Rayer (1). « Celles-ci constituent un degré plus grave de cette maladie. Les bulles situées le plus souvent à la face palmaire des dernières phalanges des doigts, à la face plantaire des orteils ou à la partie postérieure du talon, sont aplaties et remplies d'une sérosité roussâtre sanguinolente. La peau sur laquelle elles se sont développées offre une teinte livide ou d'un rouge bleuâtre. Si la maladie est abandonnée à elle-même, l'épiderme se détache, laisse à nu des excoriations grisâtres, blafardes, sanguinolentes, irrégulières, très douloureuses, d'une étendue et d'une profondeur quelquefois considérables. » Les engelures bulleuses de Rayer sont donc une forme plus grave que l'engelure érythémateuse, quelque chose comme la brûlure au second degré comparée à la brûlure au premier degré. Chez notre malade, au contraire, les engelures bulleuses étaient une forme atténuée, elles étaient presque indolentes, guérissaient d'habitude facilement et ne s'ulcéraient que très rarement.

Ce sont, pour ainsi dire, des engelures très superficielles, où l'exsudation s'est faite dans l'épiderme au lieu de se faire dans le derme.

REVUE DES CONGRÈS

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OPHTHALMOLOGIE

9e session, tenue à Paris du 4 au 9 mai 1891.

Pathogénie des affections de la conjonctive au point de vue bactériologique.

M. Chibret (*rapporteur*). — Devant surtout parler des conjonctivites au point de vue microbien, j'ai emprunté à la bactériologie la division de ce sujet. J'étudierai : 1° le terrain en général et la conjonctive en particulier; 2° le microbe.

1° *Terrain en général.* — Toute maladie virulente est fonction de deux facteurs :

Le patient jouant le rôle de terrain, le microbe jouant le rôle de graine. La récolte sera abondante, la maladie très grave si les deux facteurs sont dans des conditions réciproquement favorables; récolte et maladie seront moins intensives ou presque nulles si les facteurs sont dans des conditions réciproques plus ou moins défavorables.

Conjonctive. — La conjonctive présente des conditions physico-chimiques (chaleur, humidité, alcalinité légère) favorables à la culture de la plupart des bactéries. Tous les observateurs s'accordent pour reconnaître à la conjonctive une riche flore bactérienne; mais, malgré la présence de nombreux germes pathogènes, notamment le staphylococcus aureus pyogenes, les conjonctives restent saines tant que leur revêtement épithélial présente une barrière à la pénétration

(1) Rayer, *Traité des maladies de la peau*, 2e édition. Paris, 1835, t. II, p. 496.

des bactéries ou de leurs sécrétions. Advienne une éraillure ou une desquamation de l'épithélium, la porte est ouverte à l'infection.

Cette lésion est produite par des agents :

a) Exogènes : irritations physiques (poussières, passage brusque du froid au chaud et réciproquement), irritations chimiques (parmi lesquelles il faut probablement comprendre l'action des sécrétions phlogogènes de certains microbes, blennorrhagie, diphthérie, qui ont la faculté d'attaquer la conjonctive intacte).

Le virus trachomateux, au contraire, ne semble pouvoir pénétrer qu'à la suite d'une brèche épithéliale qu'il est impuissant à produire. Il est à noter que l'irritation produite par certaines poussières (filatures de coton et surtout de lin) prédispose la conjonctive au trachome, tandis que d'autres poussières (celles de charbon dans les mines de houille) n'ont pas la même action.

Les altérations conjonctivales exogènes comprennent encore les mêmes affections virulentes de la conjonctive : un simple catarrhe, une ophthalmie blennorrhagique peuvent ouvrir la porte au trachome. Il résulte, en effet, des chiffres établis par Gunning, que le trachome varie de fréquence comme les affections générales de la conjonctive.

b) Endogènes. Quant aux altérations endogènes de la conjonctive ouvrant la porte aux infections virulentes, ce sont : les affections impétigineuses ou eczémateuses de cette muqueuse, si fréquentes dans l'enfance. Ces altérations, encore mystérieuses dans leurs origines, reconnaissent probablement pour cause une modification chimique des humeurs constitutives des tissus.

Enfin, en dehors de toute lésion locale, il est certain que l'état de la santé générale joue un rôle au point de vue de la réceptivité et de la gravité des affections virulentes.

D'autres facteurs diminuent la réceptivité conjonctivale ; ce sont : l'antisepsie et l'immunité individuelle, qui seules préservent l'organisme de l'infection.

La méthode de Credé démontre que nous pouvons prévenir presque complètement l'ophthalmie des nouveau-nés, soit en faisant de la conjonctive un terrain stérile pour le gonococcus, soit en atténuant chimiquement sa virulence.

Pour ce qui est de l'immunité individuelle, j'ai démontré récemment que, dans l'aire géographique couverte par les peuples ayant conservé les caractères de la race celtique, on observe l'immunité pour le trachome; Swan Burnett, quinze ans auparavant, avait déjà signalé en Amérique la même immunité chez les nègres.

Le terrain, en tant que disposition anatomique des tissus, peut varier non seulement selon les individus, mais même avec l'âge de l'individu. La grande réceptivité du nouveau-né pour l'ophthalmie blennorrhagique et la bénignité de l'affection chez lui, comparée à celle de l'adulte, reconnaissent une cause d'ordre anatomique. L'épithélium conjonctival, dans les premières journées de l'existence, n'oppose qu'une barrière peu résistante aux actions physico-chimiques et par suite à l'infection. La présence sous l'épithélium de l'adulte, d'une couche développée de cellules lymphoïdes favorable au développement des coccus, couche très peu développée chez le nouveau-né, explique la gravité de l'affection chez l'adulte et sa bénignité chez le nouveau-né. (Widmark.)

2° *Microbe*. — L'étude du microbe, bien que relativement récente, est plus avancée que celle du terrain. Par suite de la possibilité que nous avons de l'isoler pour l'étudier à loisir, de modifier ses conditions d'existence et d'agir rapidement sur un nombre énorme de générations, nous pouvons amener des modifications héréditaires et permanentes de l'espèce, obtenir des formes pathologiquement atténuées, races nouvelles qui pourront être utilisées comme vaccins.

Les vaccins, du reste, peuvent être empruntés soit à l'espèce pathologique, comme pour le charbon et la rage, soit à une espèce différente mais similaire, comme le cowpox. On arrivera certainement à opposer, dans l'organisme, à une bactérie pathogène une autre bactérie d'espèce différente et antagoniste, partant curatrice, et aussi à avoir pour chaque affection virulente un vaccin.

C'est à la bactériologie que nous devons la connaissance de l'identité de l'ophthalmie blennorrhagique et de celle des nouveau-nés. C'est d'elle que nous attendons une classification étiologique et thérapeutique des affections virulentes de la conjonctive; c'est par elle que nous sortirons des contradictions qui sont le résultat le plus constant de toutes les discussions sur le trachome, dans ses rapports avec la conjonctivite folliculaire et le catarrhe printanier. Malheureusement, l'étude des microbes pathogènes présente de grandes difficultés en ce qui concerne les conjonctives.

Gonococcus. — Hallier, Neisser, Weiss, Bumm surtout, ont décrit un coccus spécifique de la blennorrhagie et de l'ophthalmie blennorrhagique; Zeissl, Bumm, Giovannini ont observé d'autres coccus dans la blennorrhagie. Le gonococcus a deux caractères propres : 1° sa présence dans les globules de pus; 2° la décoloration par la méthode de Gramm. Il se présente au microscope sous forme de haricots se regardant par leur bord concave.

Au début de l'infection, les gonococcus se trouvent surtout dans les cellules épithéliales, dès le deuxième jour le nombre des globules purulents à gonococcus augmente. Ensuite les cellules épithéliales détruites par le processus inflammatoire, disparaissent presque complètement et le nombre des globules purulents à gonococcus s'élève au 1/5.

A ce moment le parasite occupe la profondeur de la muqueuse. Après cette période aiguë les épithéliums croissent en nombre. A l'état chronique, on trouve peu de globules de pus, beaucoup d'épithéliums, souvent presque tous envahis par les bactéries. Le liquide en contient également et les globules de pus à gonococcus sont devenus très rares.

Enfin, en cas de rechute, l'affection reste surtout épithéliale comme à l'état chronique.

L'évolution du gonococcus nous explique la marche de l'affection et la possibilité de la cure antiseptique, aux périodes de début et de déclin, alors que l'épithélium seul est atteint.

Les cultures ne sont pures et vivaces qu'ensemencées avec le pus des premiers jours. La température de 0° pendant quelques heures pour les cultures, le dessèchement pour les linges maculés de pus, suffisent à détruire la vitalité des gonococcus. Les cultures fraîches sont virulentes, mais perdent rapidement leur pouvoir infectieux. Les animaux sont réfractaires à l'inoculation uréthrale et conjonctivale, à part le cobaye, chez lequel Legrain a obtenu une légère inflammation conjonctivale avec des globules à gonococcus.

C'est à Widmarck que nous devons la démonstration de l'identité du gonococcus avec le coccus de l'ophthalmie des nouveau-nés.

Bacillus diphtericus. — Klebs, Lœffler, Roux et Yersin l'ont étudié. Ce bacille isolé et cultivé a donné des fausses membranes. Il n'envahit pas l'organisme, reste dans les fausses membranes et ne tue qu'en sécrétant un poison très toxique qui produit des paralysies. Il perd très difficilement sa virulence, et il n'existe aucun moyen de lutter héroïquement contre lui. Il semble toutefois ne se développer que sur une muqueuse malade. La fausse membrane n'est pas spécifique du bacille diphthérique, et réciproquement.

Bacille du trachome. — Sattler, Michel, Staderini, Kucharsky ont cru isoler un coccus spécifique. Koch, au récent Congrès de Berlin, range le trachome parmi les affections dont le bacille reste à découvrir.

Conjonctivite catarrhale. — Weeks et Kartulis ont trouvé un bacille dans la sécrétion d'une ophthalmie purulente aiguë qui sévit en Amérique, et ont reproduit l'affection en employant des cultures de plusieurs générations. La conjonctivite catarrhale aiguë d'Europe, nettement contagieuse, semble analogue à celle qu'a étudiée Weeks. Le micro-organisme qui la produit n'a pas encore été isolé. Il ne semble pas être une forme atténuée d'un autre microbe conjonctival, tel que le gonococcus. La conjonctivite blennorrhagique n'a, en effet, ni la marche ni la grande contagiosité de la conjonctivite catarrhale.

Cependant les métamorphoses du streptococcus pyogenes doivent rendre très prudentes nos opinions en matière de spécificité, pour tout ce qui concerne le pouvoir des microbes. Quoi qu'il en soit, ce microbe semble une exception, et la spécificité pathogénique, découlant de la spécificité du micro-organisme, doit être acceptée jusqu'à plus ample connaissance comme une loi générale.

Affections conjonctivales de cause endogène. — Sous le nom générique d'eczéma nous comprendrons toutes les affections diverses de la conjonctivite, qui sont provoquées ou entre-

tenues par un état diathésique de ralentissement de la nutrition : impétigo, pustules, phlyctènes.

Elles viennent primitivement ou, souvent, se produisent sur une affection virulente de la conjonctive qu'elles prolongent en semblant la continuer. L'eczéma engendre quelquefois la chronicité de ces affections.

La bactériologie est muette sur la question de l'eczéma. Les dermatologistes l'envisagent comme reconnaissant pour cause un trouble fonctionnel des nerfs périphériques. Comment peut survenir cette modification nerveuse ?

On sait que la base du traitement de l'eczéma consiste dans des évacuations spoliant la circulation de la veine porte en même temps que la sécrétion biliaire. On sait, d'un autre côté, qu'un symptôme très fréquent de l'ictère consiste dans l'apparition de démangeaisons (prurit, urticaire, lichen) qui disparaissent généralement avec l'ictère. Ainsi, l'évacuation de la sécrétion biliaire ou intestinale améliore l'eczéma, sa rétention le produit. Il est logique de conclure que l'eczéma est une névrite périphérique résultant d'une auto-intoxication de source hépatique ou intestinale.

Ne serait-ce pas l'un des nombreux microbes qui peuplent le tube digestif qui provoquerait par sa sécrétion les troubles nerveux nécessaires à l'apparition de l'eczéma, alors que le foie oublierait de remplir son rôle d'arrêt vis-à-vis des poisons? L'action efficace du salicylate de soude et du sulfate de quinine, deux antiseptiques dans l'arthritisme, affection congénère de l'eczéma, viendraient à l'appui de cette opinion.

M. Abadie. — En pathologie oculaire, la question du microbe prime celle du terrain. Je prends un exemple. Si on inocule du pus d'ophthalmie purulente sur un sujet sain, on aura une ophthalmie purulente. Les conditions de production de la maladie sont réalisées chez quelques sujets et pas chez les autres; ainsi l'ulcère infectieux de la cornée s'observe plutôt chez les gens de la campagne ou dans la clientèle des cliniques. Pour produire cet ulcère, il suffit de faire une érosion de la cornée. Pour la conjonctivite granuleuse, la question des germes pathogènes prime la question de terrain. Le séjour prolongé du virus infectieux, l'absence des soins de propreté favorisent leur développement. Si l'infection se répand davantage dans certaines classes de la société, c'est que les conditions pathogènes ne sont pas les mêmes. J'ajouterai que la théorie ne doit pas exclure la thérapeutique. A ce propos je rappellerai que le traitement chirurgical du trachome, qui a donné à M. Darier et à moi les meilleurs résultats et qui consiste dans le raclage et le brossage de la conjonctive, constitue une découverte importante.

M. Panas. — J'attache une plus grande importance au terrain. Nous sommes constamment enveloppés par les microbes. Quand ils agissent, c'est toujours sur un terrain spécial, en état de réceptivité. Je signale une lacune qu'il serait important de combler; il faudrait étudier la conjonctive des animaux comparativement à celle de l'homme aux différents âges. Si les animaux sont réfractaires, c'est qu'il existe des conditions anatomiques spéciales. J'ai souvent appelé l'attention de mes aides sur ce point; ce travail reste encore à faire, celui qui le poursuivrait avec fruit se couvrirait de gloire. Nous savons que les animaux sont réfractaires à l'inoculation, l'homme seul a ce triste privilège. Je dis plus, certains hommes l'ont, mais pas tous. Il n'y a pas qu'une sorte d'ophthalmie purulente des nouveau-nés. Au microscope on a trouvé des gonococci, ailleurs le bacille de Wecks. Les variétés sont donc très différentes, et il faut se méfier des panacées qui guérissent toutes les ophthalmies, quelles qu'elles soient. Dans la conjonctive catarrhale normale j'ai trouvé un micro-organisme qui n'était autre que le bacille de Wecks. La connaissance du terrain est donc importante; la thérapeutique ne peut que profiter d'une étude histologique de la conjonctive dans les différentes conditions que j'ai indiquées

M. Boé. — Au point de vue de la chimie biologique, aurons-nous jamais des réactifs assez sensibles pour étudier les différentes natures du terrain que précisément nous étudions? Dans mes recherches sur les membranes du corps vitré, il ne m'a pas fallu moins de cinquante corps vitrés d'yeux de bœuf pour avoir des réactions probantes de la glutine. Au point de vue de l'étude bactériologique, il va falloir compter avec les microbes venant de l'extérieur ou des fosses nasales. Le nitrate d'argent reste un antiseptique puissant.

M. Pflueger. — En ce qui concerne les affections eczémateuses, je ne suis pas de l'avis de M. Chibret; en isolant les parties malades on les guérit sans recourir à autre chose.

M. Sulzer. — Il faut remarquer que les cas de trachome sans suppuration sont des cas atténués de cette maladie. Ceux qui débutent par une suppuration sont produits par le virus en pleine force. L'emploi d'un crayon de sulfure d'antimoine sur le bord des paupières est une méthode prophylactique.

M. Boucheron. — Dans l'étude de la structure de la conjonctive j'ai vu un épithélium de forme particulière plus répandu chez certains sujets que chez d'autres. Quant aux affections pustuleuses, elles sont certainement microbiennes.

M. Coppez. — Je ne fais pas de différence entre la conjonctivite folliculaire et la conjonctivite granuleuse. J'ai vu la conjonctivite folliculaire des enfants devenir plus tard granuleuse. J'ai observé chez un enfant une conjonctivite pseudo-membraneuse se transformer le lendemain en ophthalmie diphtérithique. La question du terrain est donc importante. Entre la conjonctivite catarrhale et la conjonctivite purulente, la différence est radicale au point de vue bactériologique et clinique. Mais en transportant du pus de conjonctivite catarrhale sur un sujet granuleux, on développe une conjonctivite purulente.

M. Parinaud. — L'ophthalmie blennorrhagique grave peut se développer par métastase sans contage direct. J'ai observé dernièrement un cas d'ophthalmie purulente double qui avait au début l'aspect d'une sclérite succédant à un rhumatisme des épaules. Le rhumatisme était de nature blennorrhagique ainsi que l'ophthalmie, mais, dans ce cas, il n'y avait certainement pas eu de contage direct, car l'écoulement uréthral avait disparu lorsque le rhumatisme s'est déclaré.

M. Chibret. — Je répondrai à M. Abadie qu'il suffit de lire les travaux de l'école française pour savoir que la notion capitale de terrain prime la question secondaire de graine. On peut reproduire expérimentalement la kératite des moissonneurs, mais il ne suffit pas de l'inoculer pour la produire. Il faut modifier le terrain par un traumatisme. Faut-il donc faire table rase de l'influence des diathèses ? Si la kératite infectieuse se produit chez les gens de la campagne, c'est qu'ils ne prennent pas de soins. En augmentant la force de résistance du terrain, on pourrait tout aussi bien enrayer les accidents.

Anatomie pathologique de la buphthalmie.

M. Kalt (de Paris) tire de l'examen d'une pièce les conclusions suivantes :

La buphthalmie est la conséquence d'une irido-choroïdite chronique déterminant une oblitération progressive des vaisseaux du tractus uvéal.

Il se produit une hypersécrétion intra-oculaire qui s'explique par l'agrandissement des voies d'excrétion de l'œil, dont l'origine n'est pas dans les cellules qui garnissent les procès ciliaires, en grande partie détruites. Il ne peut pas être question de glaucome par rétention, la rétention résultant de l'adossement de l'iris au canal de Schlemn, ou d'une périphlébite des veines vortiqueuses, dont l'existence est douteuse. L'explication la plus probante est celle-ci : l'oblitération de la plus grande partie des capillaires choroïdiens élève la tension dans les artères ciliaires, et il en résulte une transsudation de liquide. L'ésérine fait baisser la tension jusqu'à l'état normal et contracte la pupille. L'angle irido-choroïdien étant largement perméable, on ne peut pas admettre que l'ésérine agit en désobstruant l'angle irido-cornéen de l'iris qui a de la tendance à s'y accoler. On voit sur nos préparations que l'appareil musculaire lisse est peu endommagé. C'est dans cet état de contraction qu'il faudra chercher l'explication de l'action des myotiques.

Les fausses images de l'œil humain.

M. Tscherning a trouvé une nouvelle image subjective du même ordre que les images de Purkinje. En projetant dans une chambre obscure une lumière vive sur l'œil, on la découvre facilement, mais à la condition de ne pas fixer la source éclairante et de porter le regard à une certaine distance. On aperçoit alors en dehors de la ligne visuelle une lueur de faible intensité qui se montre dans les déplacements

de la source lumineuse à un endroit à peu près symétrique par rapport à la ligne visuelle. Cette image change de place quand on change la direction du regard. Elle est due à une double réflexion à la surface postérieure du cristallin et à la surface de la cornée. On peut ainsi déterminer avec une grande exactitude l'axe de symétrie de l'œil.

De l'ophthalmométrie clinique.

M. Ostwalt (de Berlin) croit utile de démontrer que les résultats fournis par l'ophthalmomètre de Javal et Schiœtz sont trop élevés d'un quart. Il est facile de comprendre qu'une différence de quelques millimètres dans la position du cylindre est d'une influence considérable sur la force réfrigente qu'il doit avoir pour corriger l'astigmatisme cornéen. A une distance de dix millimètres, il doit être à peu près d'un quart moins fort qu'au niveau de la cornée. Or, c'est précisément à l'endroit où le malade porte son cylindre que sa force réfringente est égale au véritable astigmatisme cornéen et, par conséquent, d'un quart moins fort que ne l'indique l'ophthalmomètre de Javal et Schiœtz.

M. Pflueger (de Berne). — On peut démontrer l'erreur importante commise par M. Ostwalt par les déductions suivantes : 1° Le foyer antérieur de l'œil Listing-Helmholz est à 15 mm. en devant de la cornée ; 2° Pour un verre sphérique placé dans l'air, le foyer antérieur est égal au foyer postérieur ; 3° La force réfringente de l'œil normal est égale à celle de la lentille bisphérique convexe de 15 mm. ; 4° La valeur dioptrique de la lentille de 15 mm. est égale à 66,66 ; 5° Faisons la soustraction de la valeur dioptrique du cristallin humain égale à 9,10 D., nous avons comme force réfringente de la cornée 56,66 D. ; 6° Faisons la réduction de cette valeur par l'exponent de réfraction des milieux réfringents de l'œil, nous arrivons très près de la valeur adoptée par M. Javal.

M. Chibret. — Une théorie n'a de valeur que lorsqu'elle est confirmée par la pratique. Mes observations m'ont donné des résultats absolument opposés. La critique que j'adresse à M. Ostwalt est sérieuse, car il ne s'appuie nullement sur des données cliniques. Quand on trouve 4 D. d'astigmatisme à l'ophthalmomètre Javal et Schiœtz, il veut qu'on écrive 3 Dioptries. Tout au contraire, l'As. total oscille entre 4 et 5 D. et le malade supporte cette correction. Mes travaux de contrôle par la skioscopie m'ont prouvé que l'ophthalmomètre donne des résultats toujours inférieurs au lieu de les majorer.

M. Tscherning. — Je ne comprends pas que l'on puisse exprimer la force réfringente de la cornée par l'inverse de la distance focale postérieure, puisque l'astigmatisme se mesure par la différence entre les inverses des distances focales antérieur. Je n'insiste pas autrement sur une erreur qui ruine la théorie que nous venons d'entendre.

M. Sulzer. — Je ferai remarquer à notre confrère que la définition de l'astigmatisme est due à Thomas Young. En définissant l'astigmatisme comme la différence entre les inverses des distances focales postérieures des deux méridiens principaux au lieu de leurs distances focales antérieures, il faut aussi changer la définition de la dioptrie. L'erreur fondamentale de M. Ostwalt est d'avoir composé l'astigmatisme défini par les distances focales postérieures avec l'effet optique de correcteurs désignés pour leurs distances focales antérieures.

M. Javal. — On vient de signaler l'erreur commise par M. Ostwalt dans la valeur dioptrique de l'œil. Je crois devoir relever dans sa communication même ce fait que les chiffres donnés par l'ophthalmomètre sont exacts, en négligeant la distance du verre correcteur à l'œil. Il commet encore une erreur en disant qu'il faudrait remplacer l'arc par une règle directe à divisions équidistinctes.

M. Leroy. — En appliquant à la recherche de l'astigmatisme le raisonnement que l'on emploie dans l'enseignement pour l'évaluation de la myopie, et qui consiste à chercher le verre qui rend parallèle le rayon venant du remotum, il est facile de réfuter la démonstration de notre confrère concernant la graduation des ophthalmomètres.

M. Ostwalt. — Ce n'est pas l'astigmatisme total que nous déterminons, c'est l'astigmatisme cornéen. L'astigmatisme subjectif peut différer des données fournies par l'ophthalmomètre.

Le pétrole brut dans le traitement des conjonctivites.

M. Trousseau (de Paris). — Le nitrate d'argent et le sulfate de cuivre usités dans le traitement des conjonctivites amènent une violente douleur, une vive réaction. Depuis deux ans je fais des essais pour leur trouver un succédané. Mes efforts n'ont pas été couronnés d'un succès complet ; toutefois, parmi les produits essayés, un, le pétrole brut, m'a paru digne de fixer l'attention, non pas qu'il ait une action merveilleuse, mais il peut souvent être fort utile. Il est moins actif que l'argent et le cuivre, mais présente sur eux le remarquable avantage de ne causer aucune douleur, de n'amener aucune réaction et d'être admirablement toléré par les cornées les plus malades. Je me suis servi dans mes recherches de pétrole brut du Caucase. Ses dérivés sont moins actifs, quelquefois plus irritants. Le pétrole doit être appliqué en badigeonnages au pinceau sur la face conjonctivale des paupières bien retournées et dans les culs-de-sac. Les badigeonnages doivent être prolongés, leur intensité sera proportionnée à l'état de la muqueuse ; ils seront renouvelés deux ou trois fois par jour. Dans les conjonctivites granuleuses, je me suis trouvé très bien d'un véritable brossage fait sur la muqueuse avec une brosse à dent imbibée de pétrole. Dans les conjonctivites catarrhales, le liquide employé deux fois par jour assèche vite la muqueuse qui ne tarde pas à reprendre un aspect satisfaisant. Dans les conjonctivites muco-purulentes, le résultat est plus lent et quelquefois le médicament échoue. A la période de déclin des conjonctivites purulentes, il a un excellent effet, aussi bien que pour le traitement des conjonctivites folliculaires. Dans les conjonctivites granuleuses, les résultats sont variables, quelquefois excellents, quelquefois nuls, mais ceci arrive aussi avec les remèdes classiques. Dans cette variété, le pétrole est appelé à jouer un grand rôle, quand les autres médicaments sont mal supportés. Il prépare aussi l'action de ceux-ci en modifiant préalablement la muqueuse qu'il imbibe, dissocie. On connaît, en effet, le pouvoir dissolvant remarquable du pétrole.

M. le docteur Dubief a fait au laboratoire des Quinze-Vingts des expériences sur la valeur antiseptique du pétrole, desquelles il résulte que ce liquide entrave le développement des microbes aérobies, parmi lesquels ceux de la suppuration ; qu'il n'agit pas sur les formes de résistance des micro-organismes (spores du charbon) ; qu'il est doué d'un pouvoir antiseptique de moyenne intensité.

En résumé, le pétrole brut est un bon modificateur des infections conjonctivales, toujours bien supporté, qui trouvera des indications chez les enfants et les sujets pusillanimes. Capable à lui seul de guérir un grand nombre de conjonctivites, associé aux antiseptiques ou à d'autres agents, il préparera ou terminera la guérison de certaines autres.

M. Meyer. — J'ai employé pendant deux mois le pétrole brut et j'ai pu m'assurer de son innocuité. C'est un médicament qui donne aux malades une sensation très agréable et qui ne produit pas d'irritation comme le nitrate d'argent. Dans les affections graves, il est difficile d'expérimenter un médicament qu'on ne connaît pas. Dans certaines formes de granulations, l'emploi préalable du pétrole brut fait mieux supporter les autres indications.

M. Chibret. — Je ferai remarquer que le pétrole est employé communément pour les brûlures ; ne pourrait-on pas l'appliquer aux brûlures de la conjonctive ?

M. Millée. — Je confirme ce fait que le pétrole brut n'est ni irritant ni douloureux. Je n'ai pas constaté la lenteur dans la guérison signalée par le Dr Trousseau, dans la conjonctivite catarrhale ou folliculaire. Dans deux cas de catarrhe printanier, le résultat a été surprenant. Dans la conjonctivite granuleuse, M. Trousseau n'a pas assez insisté sur l'aspect caractéristique de la muqueuse et de la cornée après quelques applications de pétrole. Il n'a pas osé l'expérimenter dans la conjonctivite purulente. Ses craintes sont légitimes, mais on pourrait l'essayer, ne fût-ce que pour constater la supériorité du nitrate d'argent.

REUNION DES NEUROLOGISTES ET PSYCHIATRES DE L'ALLEMAGNE DU SUD

Baden-Baden, 6 à 9 juin 1891.

Névroses traumatiques.

M Schultze (Bonn). — Depuis le congrès de Berlin, M. Schultze a observé 12 cas de névrose traumatique. Dans 10, le champ visuel était absolument normal, fait qui montrerait que les modifications du champ visuel ne constituent pas un signe diagnostique important.

Sans qu'il puisse être question de simulation, ces malades donnent souvent des renseignements inexacts. Ainsi, dans certains cas de rétrécissement extrême du champ visuel, les malades n'accusent aucun trouble d'orientation.

Les anesthésies auxquelles Oppenheim attribue une grande importance sont également très rares. Elles ont existé chez un malade sous forme d'hémi-analgésie occupant toute la moitié du corps sur laquelle a porté le traumatisme.

Quant aux reflexes tendineux, on observe une exagération très marquée, mais passagère. Cette exagération des réflexes, d'origine psychique au même titre que les anesthésies, s'observe également dans la convalescence de certaines maladies, chez les nerveux, les phthisiques, etc. Ce symptôme ne peut donc jouer un rôle important dans le diagnostic de certaines affections organiques de la moelle.

Au point de vue de la forme des modifications nerveuses, on observe souvent le complexus symptomatique connu sous le nom de maladie de Menière. Dans un cas, on a observé un rétrécissement du nez; dans un autre, on a vu une véritable chorée survenir après le traumatisme. Cette chorée était le seul trouble fonctionnel, le malade n'ayant pas présenté les autres signes que Oppenheim considère comme très importants pour le diagnostic de névrose traumatique. Chez le malade qui a présenté les symptômes de la maladie de Menière, les pupilles réagissaient très mal. Un malade a présenté de l'atrophie et des troubles vaso-moteurs du côté du membre inférieur sur lequel a porté le traumatisme.

Ces cas montrent qu'il n'existe pas de tableau schématique de la névrose traumatique et que les malades peuvent présenter des particularités qui les feraient ranger sous une autre rubrique nosologique.

Sommeil hystérique.

M. **Steiner** (Cologne) a observé deux cas de sommeil chez deux femmes hystériques. La perte de connaissance était complète, la respiration et la circulation s'effectuaient d'une façon normale; les globes oculaires étaient tournés en haut et en dedans. Il y avait en même temps contraction des masséters et des muscles des extrémités. Dans un cas, la compression de la zone hystérogène au niveau de l'occiput a provoqué le relèvement des paupières, mais la malade ne se réveilla pas.

Troubles trophiques dans les affections médullaires.

M. Jolly (Berlin) rapporte deux observations de troubles trophiques dans le cours d'une affection médullaire.

Dans le premier cas, il s'agit d'un homme de 26 ans présentant, à côté d'une arthrite du coude droit, des panaris graves et multiples de la main du même côté. A l'examen du malade, on trouva : contraction de la main droite, craquements dans le coude droit qui n'est pas douloureux, scoliose des vertèbres thoraciques, analgésie très marquée du membre supérieur droit, principalement au niveau de la main et des doigts, analgésie de la moitié supérieure droite du tronc. Pas de modification du côté du champ visuel. Parésie du bras droit avec douleurs dans l'épaule. La sensibilité au toucher n'est pas notablement diminuée. Réaction électrique des muscles normale.

Le tableau symptomatique est celui de la maladie de Morvan, que certains auteurs croient devoir séparer de la syringomyélie. Cette séparation n'est pas justifiée, car les panaris et les processus destructifs peuvent dépendre d'une névrite qui a été constatée à l'autopsie de plusieurs syringomyéliques.

La seconde observation se rapporte à un cas de tabes avec hémi-atrophie de la face chez une femme de 41 ans. L'atrophie résulte d'une lésion des fibres trophiques du trijumeau, comme cela résulte des recherches de Mendel et Homén. Quand on considère la fréquence de la participation des nerfs bulbaires au processus, on est étonné de rencontrer si rarement cette complication.

La malade est sujette, en même temps, à des crises laryngées. L'affection qui existait déjà depuis un certain temps a pris une marche très rapide après une attaque d'influenza.

Paralysie faciale d'origine rhumatismale.

M. Minkowski (Strasbourg) a eu l'occasion de faire l'autopsie dans un cas de paralysie faciale d'origine rhumatismale, le malade s'étant suicidé quelques semaines après le début de l'affection. A l'examen on trouva une *dégénérescence* du nerf facial au-dessous du ganglion géniculé; cette dégénérescence était particulièrement marquée au niveau des rameaux périphériques; le tronc du nerf, au-dessus du ganglion géniculé, était intact. *Nulle part* on ne trouva de *modifications inflammatoires du névrilème.* Ce fait montre que la compression des fibres nerveuses au niveau du canal de Fallope, par le névrilème épaissi et congestionné, n'existe pas. Il s'agit en somme d'un processus de dégénérescence marchant de la périphérie vers le centre.

Les cellules ganglionnaires des racines antérieures de la moelle.

M. Hoche (Strasbourg) signale un nouveau groupe de cellules ganglionnaires situé chez l'homme sur la partie antérieure de la moelle lombaire et sacrée et en rapport avec les fibres des racines antérieures. Ces cellules sont situées dans la couche corticale grise entre les lamelles de la pie-mère ou au niveau de l'extrémité de la racine descendante. Ce sont de grosses cellules ovales avec noyau et nucléole, dont le diamètre longitudinal mesure de 0,03 à 0,08 millimètre. Elles se distinguent des cellules ganglionnaires de la substance grise par leur enveloppe possédant un noyau ovale aplati; en plus, elles ne présentent qu'un seul prolongement. Les fibres qui partent de ces cellules se dédoublent après un court trajet. L'origine et la fonction de ces cellules sont encore inconnues.

Foyers d'inflammation dans le cerveau chez les chiens et les pigeons.

M. Schrader (Strasbourg). — On admet que chez l'homme l'interruption du faisceau pyramidal est suivie de paralysie. Les expériences de Goltz ont démontré que l'extirpation ou la section du faisceau pyramidal chez l'animal ne provoque pas de paralysie. M. Schrader a extirpé un hémisphère chez le chien, et malgré le développement d'une sclérose totale du faisceau pyramidal, le chien n'a pas présenté de paralysie.

Mais cette paralysie peut être provoquée d'une autre façon. Si l'on injecte des cultures pyogènes dans le cerveau du chien, on observe, après le développement de l'abcès, des phénomènes semblables à ceux qu'on rencontre chez l'homme dans des conditions analogues. Ainsi, dans un cas où l'abcès s'est développé dans la région motrice d'un hémisphère, le chien a présenté de l'hémiplégie du côté opposé, de l'hémianopsie et de l'épilepsie jacksonienne. Dans un autre cas où l'abcès siégeait sur le cervelet, il y a eu de l'hémianopsie, sans paralysie ni troubles moteurs.

On peut donc supposer que chez l'homme la paralysie n'est pas due *exclusivement* à une interruption dans la conductibilité du faisceau pyramidal.

Commotion cérébrale.

M. Friedmann (Mannheim) a eu l'occasion de faire l'autopsie dans deux cas de commotion cérébrale consécutive à la chute d'une pierre sur la tête. Pendant la vie on a noté : douleur localisée et vertiges, paralysie de plusieurs nerfs crâniens, dilatation pupillaire d'un seul côté. Les phénomènes morbides disparaissaient par moments pour revenir ensuite avec la même intensité. Dans un cas il y eut en plus des mouvements fébriles et de la paralysie des membres. Cet état dura près d'un an, et les malades succombèrent dans le coma.

A l'autopsie on ne trouve rien du côté du cerveau, pas de lésions macroscopiques. Dans le cas où on a pu faire l'examen

microscopique, on trouva une dilatation de tous les petits vaisseaux du cerveau; les gaines vasculaires étaient infiltrées de cellules rondes et remplies de pigment; les parois étaient le siège d'une dégénérescence hyaline.

M. Friedmann admet que la commotion a produit une paralysie du centre vaso-moteur, et que la dégénérescence des vaisseaux n'était qu'un phénomène secondaire, consécutif à leur dilatation.

M. Schultze ne pense pas que cette dilatation des vaisseaux puisse expliquer la mort du malade. Peut-être y a-t-il eu une intoxication quelconque?

M. Friedmann affirme qu'il n'y avait pas d'intoxication; seulement son malade est mort au plus fort de l'influenza.

Hémiplégie sans lésion anatomique.

M. Thomas (Fribourg). — Une malade atteinte d'affection mitrale, est prise, à la suite de couches, de thrombose des veines des membres supérieurs, d'infarctus pulmonaire. Amélioration avec la digitale. Une nuit, attaque brusque d'hémiplégie suivie d'hémi-anesthésie et d'incontinence d'urine. Mort au bout de 5 jours. Diagnostic : embolie de l'artère sylvienne. A l'autopsie : œdème du cerveau, sans lésions en foyer, sans obstruction des vaisseaux; poussée aiguë d'endocardite, néphrite septique et infarctus pulmonaires récents. Rien du côté de la moelle. Il n'y avait pas d'urémie ni d'hystérie. L'hémiplégie reste donc inexpliquée.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 23 juin 1891

Présidence de M. Tarnier

Pleurésie catarrhale.

M. **Marrotte**. — Comme complément à ma communication (1) de mardi dernier sur l'emploi du chlorhydrate d'ammoniaque contre la grippe, j'appelle aujourd'hui l'attention sur la pleurésie catarrhale, ou fièvre catarrhale pleurétique, noms sous lesquels je désigne certaines pleurésies qui rentrent, par leurs symptômes pleuraux, dans la classe des pleurésies, et qui en diffèrent sous d'autres rapports.

Ces pleurésies ont une marche périodique. Elles se composent d'une série d'accès débutant ordinairement vers trois ou quatre heures de l'après-midi, par des frissons, de la toux sèche, un point de côté de nature névralgique, qui diffère du point de côté vulgaire inflammatoire. En même temps, il se produit un épanchement modéré. La fièvre et les autres symptômes augmentent jusqu'au soir et pendant la nuit, accompagnés quelquefois d'un peu de délire. Le matin, le malade s'endort, et tout se termine par de la sueur. L'accès revient dans l'après-midi.

Cette série d'accès dure de 3 à 4 semaines et diminue peu à peu sous l'influence du sulfate de quinine et mieux du sel ammoniac. Dans quelques cas, les accès cessent brusquement. Je crois que ces pleurésies sont certainement grippales.

Greffes et inoculation du cancer.

M. Cornil. — Des tentatives ont été faites depuis longtemps en vue d'obtenir la greffe et la pullulation de tumeurs cancéreuses dans des tissus sains; cette question très importante de la reproduction par greffage ou par injection de liquide cancéreux se lie étroitement à l'étiologie du cancer et à sa cause parasitaire soupçonnée mais non encore démontrée. Je ne prétends nullement faire l'historique de cette question; depuis les travaux de MM. Goujon et Onimus, Legros, Hanau, Morau, on sait que la greffe et l'inoculation de liquide cancéreux peuvent réussir sur les individus d'une même espèce ou sur l'animal porteur d'une tumeur et à qui on pratique une greffe ou une inoculation.

Deux observations prises sur l'homme, qui m'ont été apportées il y a quatre ans par un chirurgien étranger, ne sont pas moins démonstratives. Je tairai le nom de ce chirurgien et n'entreprendrai pas sa justification. Ces observations n'auraient jamais été publiées si elles ne me paraissaient pas avoir un grand intérêt scientifique.

La première a trait à une femme atteinte d'une volumineuse tumeur du sein. L'opérateur, après avoir enlevé la tumeur, a inséré un très petit fragment sur la peau du sein du côté opposé, qui était parfaitement normal. Bientôt on sentit un nodule induré qui grossit, atteignit au bout de deux mois le volume d'une amande et fut enlevé par le même chirurgien.

La malade succomba peu de temps après à une maladie aiguë intercurrente. A l'autopsie on ne trouva trace du sarcome nulle part, ni dans les ganglions lymphatiques ni dans les organes internes ni dans le tissu spongieux des os.

Je reçus des fragments et des préparations histologiques de la tumeur primitive et de la tumeur développée après la greffe. Le tissu de la première et celui de la seconde présentaient identiquement la même structure; il s'agissait d'un sarcome fasciculé. Il y avait donc eu là une greffe très évidente d'une espèce de tumeur parfaitement définie.

La seconde observation se rapporte aussi à une tumeur du sein; après l'ablation du sein malade et pendant le sommeil chloroformique, le chirurgien inséra dans le tissu glandulaire du sein du côté opposé un petit fragment de la tumeur enlevée. La greffe suivit la même évolution; au bout de quelques semaines apparut un nodule qui évolua comme un néoplasme. La malade ne voulut pas se soumettre à une nouvelle opération en vue d'enlever la greffe devenue une petite tumeur; elle sortit de l'hôpital et n'a pas été suivie depuis.

Ces deux faits démontrent qu'un fragment de tumeur sarcomateuse et cancéreuse mis en contact avec les tissus normaux de l'individu porteur de cette tumeur s'y fixe, se développe et envahit le tissu sain en le transformant en néoplasme. C'est une greffe de tissu néoplasique ou même une greffe de cellules. Ce processus nécessite la réunion immédiate du tissu greffé avec le tissu qui est en contact avec lui. Des cellules d'une néoplasie abdominale ou pleurale, plus ou moins détachées de sa surface, en rapport avec d'autres points normaux de cette séreuse, s'y grefferont et produiront des nodules secondaires multiples, sèmeront les germes d'une éclosion de petites granulations néoplasiques qui s'accroîtront isolément. Une tumeur ovarienne, par exemple, qui restera bénigne tant qu'elle sera limitée dans la capsule fibreuse de l'ovaire, deviendra le point de départ de nodules péritonéaux secondaires lorsqu'un ou plusieurs bourgeons de cette tumeur auront perforé la capsule et se trouveront en contact avec la séreuse.

L'hypothèse que faisaient en pareil cas les pathologistes prend corps et devient une réalité. C'est là en effet un procédé de généralisation qui peut se faire aussi lorsque les vaisseaux sanguins et lymphatiques transportent les éléments cellulaires et liquides provenant des néoplasmes et qui est encore activé avec plus d'intensité lorsque la greffe se fait par l'intermédiaire de la circulation sanguine et lymphatique.

MM. Léon Le Fort, Richet, Larrey et Moutard-Martin s'associent à M. Cornil pour flétrir la conduite « criminelle » du chirurgien anonyme qui a pratiqué ces greffes.

Maladies du cœur.

M. **G. Sée** commence une communication sur l'élasticité de contraction du cœur et les médicaments régulateurs de cet organe. (Cette communication sera analysée après son achèvement dans la prochaine séance.)

Comité secret.

L'Académie entend, en comité secret, un rapport de M. François Franck, sur les candidats à la place déclarée vacante dans la section d'anatomie et physiologie. La liste de présentation est dressée ainsi qu'il suit : 1° M. Chauveau; M. Gréhant; 3° *ex-æquo*, MM. Farabeuf, Hénocque, Poirrier et Regnard.

(1) Cette communication a été mise à tort sous le nom de feu M. Monneret.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 17 juin 1891.

Présidence de M. Terrier

Sur un nouveau mode de suture du poumon à la plèvre.

M. Roux (de Lausanne) adresse une courte note sur ce sujet. Il a employé cette suture dans un cas de *pneumotomie pour caverne tuberculeuse*. De cette façon on obtient une large zone d'accolement du poumon à la plèvre, sans qu'il rentre d'air dans la plèvre. Cette suture ne peut être décrite d'une façon utile qu'à l'aide de figures. L'auteur l'a désignée sous le nom de *suture en arrière-point*, terme employé par les couturières.

Trépanation pour épilepsie jacksonienne.

M. Schwartz. — Il s'agit d'un homme de 42 ans, de forte constitution, qui présentait des attaques d'épilepsie, de la paralysie faciale gauche (d'origine centrale), etc. En juin 1890, malgré l'emploi du bromure de potassium, l'état s'aggrava. On fit une large trépanation et l'on trouva une grosse tumeur située profondément, inaccessible. Il n'y eut plus d'accès, mais le malade mourut bientôt d'encéphalite diffuse. M. Schwartz insiste sur la difficulté du diagnostic et la gravité très grande de la trépanation quand il s'agit d'intervention chez des sujets porteurs de lésions anciennes.

M. L. Championnière fait remarquer que ce cas confirme pleinement les remarques qu'il a faites dans la dernière séance. Il tient à ajouter que la gravité de la trépanation exploratrice est absolument comparable à celle de la laparotomie exploratrice dans les cas de tumeurs malignes inopérables.

Genu valgum infantile.

M. Kirmisson— Ordinairement, le genu valgum infantile est double, tandis que celui de l'adolescent est unilatéral. D'après M. Phocas, ce genu valgum peut être dû à une malformation du tibia; pourtant, dans le plus grand nombre des faits, il est dû, pour M. Kirmisson, à une déformation du fémur. Chez l'enfant, il est lié au rachitisme. Le genu valgum héréditaire et congénital n'est pas encore bien démontré; aussi M. Phocas croit-il devoir en citer un cas qui est assez net. On peut parfois observer en même temps une ankylose du genou dans la demi-flexion (une observation chez un enfant de 3 ans 1/2. Un fait de ce chirurgien montre, en outre, le danger des interventions chez les malades qui sont infectés. En ce qui concerne le traitement du genu valgum infantile, il faut d'abord essayer des appareils. S'il est double, on peut employer l'appareil de Heine (coussin entre les deux genoux, bande élastique rapprochant les malléoles); mais on peut aussi se contenter d'une attelle externe avec traction en dehors sur le genou. Si les appareils ne donnent rien, on tentera l'ostéoclasie manuelle — et non instrumentale — quand il s'agira d'os peu durs. S'il y a éburnation, on fera l'ostéotomie.

Hernie ombilicale chez un nouveau-né traitée par la cure radicale.

M. Routier — Un enfant, né avec une éventration légère au niveau de l'ombilic, est présenté à M. de Larabrie par une sage-femme le lendemain de sa naissance. Il s'agit en réalité d'une hernie ombilicale dont le sac est rompu et n'est constitué que par des vestiges d'une membrane grisâtre analogue à l'enveloppe du cordon. A la partie supérieure de cette collerette déchirée, sort l'intestin, tandis que le cordon s'insère à son bord inférieur. L'intestin sorti est constitué par l'appendice iléo-cæcal, le cæcum et la fin de l'intestin grêle. La réduction faite, M. de Larabrie suture l'éventration avec du catgut, après avoir réséqué les débris du sac. Guérison. M. Routier a récemment trouvé dans un journal belge une observation analogue; mais, dans ce cas, on n'essaya pas de faire une cure radicale. On pansa à plat l'orifice. L'enfant guérit, mais il y eut une fistule intestinale. Il faut suivre désormais la conduite de M. de Larabrie.

M. Berger. — En réalité, dans la hernie ombilicale embryonnaire, il n'y a pas de sac. On n'a donc qu'à faire la cure des enveloppes. Il peut persister dans le voisinage de l'orifice, en dehors de la hernie, le pédicule de la vésicule ombilicale qui est extra-péritonéale. On peut donc le couper en avivant les bords de l'orifice, d'où possibilité d'une fistule intestinale.

1° Rupture du tendon du triceps et suture; 2° Fracture ancienne de la rotule et ablation du fragment supérieur.

M. Richelot.— Dans le premier cas il s'agit d'un homme de 67 ans qui s'était rompu le tendon du triceps au-dessus de la rotule. Il y avait en outre une énorme déchirure des parties latérales de ce tendon. On trouva à l'opération un peu de liquide dans le cul-de-sac de l'articulation et on plaça 10 points de suture sur le tendon rupturé. Guérison fonctionnelle rapide. D'après M. Richelot, quand il y a semblable rupture avec grand écartement, large déchirure, on est autorisé à faire la suture. Dans les autres cas, la suture est inutile; la guérison a lieu au bout d'un mois à l'aide du massage, de l'électrisation, etc. — 2° Chez un malade ayant une fracture ancienne de la rotule, une cuisse atrophiée, la flexion gênée par le fragment supérieur, M. Chaput a fait l'ablation de ce fragment supérieur. Guérison. L'ablation d'un fragment de la rotule cassée peut, d'après M. Richelot, avoir ses indications. Voici d'ailleurs comment il comprend le traitement des fractures de cet os. Dans la fracture simple à petit écartement primitif, massage, électricité, mobilisation et surtout pas d'immobilité prolongée; quand il y a un grand épanchement, et déchirure des aponévroses latérales, avec grand écartement primitif, il faut faire la suture osseuse.

M. Sée a vu plusieurs fois des ruptures du triceps avec grand écartement guérir sans intervention. Quand il y a un grand épanchement dans l'articulation du genou, il disparaît rapidement par l'application d'une bande de caoutchouc.

M. Monod connaît un cas de rupture du triceps qui a guéri très bien sans opération.

M. Kirmisson croit aussi à la guérison de ces ruptures sans opération. — La suture osseuse de la rotule fracturée simplifie le traumatisme en ce sens qu'elle permet de nettoyer à fond l'articulation du genou.

M. Richelot fait un autre rapport sur un nouvel *entérotome* dû à M. Chaput. Il serait meilleur que l'ancien.

M. Terrier trouve qu'on a critiqué parfois à tort l'ancien modèle qui lui a rendu de réels services. Il reconnaît que le modèle de M. Chaput constitue cependant une amélioration réelle.

M. Routier montre un *appendice iléo-cæcal* qu'il a réséqué chez une fillette de 12 ans pour des accidents intestinaux anciens, d'origine appendiculaire. Il a trouvé cet appendice rempli de sang et contenant un calcul.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 19 juin 1891

Présidence de M. E. Labbé

Lipomes diffus, multiples et symétriques.

M. Bucquoy. — Le malade que je vous présente est entré dans mon service, se plaignant d'une sciatique. Au premier abord, son aspect me surprit. Il a, au-dessous de la mâchoire inférieure, un vaste double menton. En arrière et sur les côtés du cou, je trouvai une sorte de collier de lipomes, séparés par des sillons. Cet homme a eu la syphilis, plusieurs bronchites, il a des varices avec un ulcère variqueux, il a eu de l'eczéma des jambes, c'est un arthritique.

C'est vers 1875 que son cou a commencé à grossir, d'une façon lente et progressive; en même temps, d'autres tumeurs se développaient sur le reste du corps. Les caractères physiques de ces tumeurs ne laissent aucun doute sur leur nature: ce sont des lipomes; leur volume varie d'une petite mandarine à une grosse orange. Leur disposition est symétrique. Outre les tumeurs du cou, on en trouve à la partie antérieure du tronc, aux lombes, au scrotum, aux bras. On n'en trouve

aucune aux membres inférieurs; en particulier, il n'y en a pas à la jambe gauche, où siège la sciatique.

La disposition symétrique est très commune et se rencontre presque constamment dans les observations analogues. Comme toujours, ces lipomes n'ont porté aucune atteinte à la santé générale du malade; leur volume n'est pas assez considérable pour causer une gêne; ils augmentent peu et restent indolores. C'est une simple difformité.

Mon interne, M. Chavane, a compulsé tous les documents anglais, français ou allemands qu'il a pu recueillir. Toutes les observations sont remarquables par leur similitude : développement lent et progressif de tumeurs lipomateuses multiples atteignant un volume assez considérable, auquel elles s'arrêtent sans que rien les fasse diminuer ou disparaître par la suite; siège en véritables lieux d'élection : nuque, parties latérales du cou, diverses parties du tronc, parties interne et supérieure des membres; symétrie.

Quand on a fait l'ablation de ces lipomes, ils ne récidivent généralement pas. Si on les examine au microscope, on trouve un lipome mou, sans capsule conjonctive, multilobulé, à nombreux prolongements dont les différents nodules sont réunis par du tissu conjonctif d'aspect tendineux

La symétrie de ces tumeurs et leur développement en certains lieux d'élection qui ne sont pas des régions à pannicule graisseux abondant, ont fait admettre par Küster qu'elles étaient d'origine nerveuse; cela paraît, en effet, bien vraisemblable.

Dans un travail sur ce sujet, M. A. Mathieu identifie les lipomes diffus, multiples et symétriques avec l'œdème rhumatismal (pseudo-lipome) de Potain. Je ne vais pas aussi loin, je reconnais cependant une parenté entre les deux maladies, et je pense qu'elles sont d'origine névropathique.

Quoiqu'il soit assez exceptionnel de voir les masses graisseuses se développer sur des régions atteintes de névralgies ou d'autres accidents nerveux, j'admets qu'il s'agit, dans ces cas, d'un trouble nerveux, d'une trophonévrose, en raison surtout de la symétrie et de la localisation presque constante des tumeurs.

Du rash scarlatiniforme dans la varicelle.

M. Galliard. — Les rashs s'observent très rarement dans la varicelle. Ils sont éphémères, n'ont pas de signification pronostique fâcheuse, s'accompagnent toujours d'une fièvre vive, et l'absence d'angine suffit pour dissiper toute incertitude de diagnostic.

Je viens d'observer un fait qui ressemble aux précédents par l'état fébrile, par la durée éphémère de l'éruption, par l'absence d'accidents concomitants ou ultérieurs. Il s'en distingue par deux caractères : 1° le rash scarlatiniforme n'a pas appartenu à la période des prodromes, mais à la période d'état de la varicelle, il s'est produit au second jour de l'éruption, c'est donc un rash retardé; 2° il a marqué le terme de l'exanthème varicelleux, il n'a pas été suivi de poussées secondaires comme c'est la règle dans la petite vérole volante, il a donc abrégé la maladie, il a constitué en quelque sorte une crise.

M. Comby. — Cette observation est intéressante en raison surtout de sa rareté. Je n'ai, pour ma part, jamais observé de rash dans la varicelle; Henoch ne l'a rencontré qu'une fois. Par contre, la vaccine donne fréquemment lieu à des exanthèmes variés. J'ai vu aujourd'hui même un enfant vacciné il y a huit jours qui a été pris, il y a trois jours, d'une roséole très intense avec fièvre modérée.

M. Netter. — J'ai observé aujourd'hui même une rechute de varicelle survenue chez un enfant, dans un délai d'un mois.

M. Rendu. — La rechute dans la varicelle est un fait absolument exceptionnel.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 19 juin 1891.

Arthrite à pneumocoques dans le cours d'une pneumonie.

M. Macaigne a observé dans le service de M. le Prof. Cornil un malade atteint de pneumonie droite qui présentait un épanchement du genou du même côté. Avec la seringue de Pravaz, on reconnut que l'épanchement était constitué par du pus crémeux verdâtre; ce pus contenait des pneumocoques. La pneumonie entra en résolution, mais le genou augmenta de volume; on fit une nouvelle ponction avec l'appareil Potain, qui n'amena aucune amélioration. L'arthrotomie fut alors décidée, et on retira un demi-litre de pus. Depuis, le malade s'améliora, et il est aujourd'hui en bonne voie de guérison. M. Macaigne présente des coupes de la synoviale articulaire dans lesquelles on retrouve les pneumocoques reconnus dans le pus de l'articulation.

Déformation du thorax dans la myopathie atrophique progressive.

MM. G. Guinon et Souques présentent un malade atteint de myopathie progressive forme Landouzy-Déjerine, et font remarquer la déformation thoracique. On peut constater l'élargissement latéral et l'enfoncement supérieur du thorax. Il s'agit donc là d'une sorte d'ostéomalacie de nature trophique, comme M. P. Marie l'a montré pour les déformations crâniennes.

A l'appui de cette théorie, MM. Guinon et Souques présentent le thorax d'un enfant mort de broncho-pneumonie, confiné au lit depuis quelques mois des suites d'une atrophie musculaire arrivée à son dernier stade. Cet enfant était couché sur le côté droit, le sternum est reporté de ce côté, et il y a aplatissement du thorax du côté du décubitus.

Foie dans l'éclampsie.

MM. Papillon et Audain ont étudié le foie d'une femme morte d'éclampsie et ayant eu de l'ictère. Le foie est couvert d'ecchymoses larges et saillantes sous la capsule de Glisson. Au microscope, on peut voir les lésions déjà notées par MM. Morel et Pilliet, c'est-à-dire des hémorrhagies dans le tissu cellulaire au niveau des espaces porte. Les cellules hépatiques sont en dégénérescence graisseuse.

Cancer de l'œsophage avec tumeur musculaire de la paroi abdominale.

M. Martin-Durr présente les pièces d'un malade mort de cancer de l'œsophage avec ouverture dans la bronche gauche. On a trouvé en plus une tumeur cancéreuse dans le muscle grand droit de l'abdomen avec point d'implantation sur le corps du pubis. Ce carcinome paraît ne pas être de même nature que les lésions de l'œsophage.

Perforation de l'estomac consécutive à une oblitération artérielle.

M. Vassal présente un estomac perforé. Il s'agit d'une ulcération pyloréique successive à une oblitération artérielle. L'estomac était épaissi et dilaté, le pylore était considérablement rétréci.

Cancers viscéraux.

M. Meslay montre les viscères thoraciques d'un homme qui est mort d'un cancer du poumon, sans doute primitif. M. Netter pense que le point de départ est péribronchique.

M. Pilliet présente une tumeur du corps thyroïde développée à l'âge de 64 ans. L'évolution en a été très lente; le malade est mort à 74 ans de paraplégie tuberculeuse. Il s'agit d'un épithélioma avec grande cavité centrale et contenu sanguin; le point de départ a dû être un adénome du corps thyroïde.

Anatomie du muscle quadriceps de la cuisse.

M. Royer présente un foie avec une tumeur du volume du poing, située dans le lobe droit. Il s'agit sans doute d'un adénome avec dégénérescence cancéreuse. L'examen microscopique sera fait ultérieurement.

M. Bellini fait remarquer, avec pièces à l'appui, que le muscle quadriceps de la cuisse ne s'insère pas, comme le pensent les auteurs classiques, sur les faces du fémur. Il y a un espace libre d'insertions musculaires entre les insertions des vastes à la ligne âpre et les insertions du crural.

ÉTRANGER

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 3 juin 1891.

Pachyméningite hémorrhagique interne.

M. A. Frænkel. — Un homme de 37 ans, peintre, entre le 24 mai pour des maux de tête, de l'affaiblissement des bras, et de la parésie de la langue datant de 8 jours. A l'examen du malade on trouve du trismus, une légère parésie faciale, du nystagmus avec déviation conjuguée des yeux, des attaques convulsives et une parésie du membre supérieur gauche.

Le 25, le malade tombe dans le coma; on trouve l'exagération du réflexe rotulien à gauche et le phénomène du pied. Le 27, apparition des attaques d'opisthotonos qui cessent au bout d'un certain temps pour faire place à un relâchement complet des muscles.

L'hémiparésie et le coma permettaient d'exclure toute idée de trismus ou de tétanos; l'absence de fièvre et de phénomènes irritatifs du début excluait formellement la méningite. On fit donc le diagnostic de pachyméningite hémorrhagique interne.

A l'autopsie on trouva sous la dure-mère 200 gr. de sang liquide à droite, et 140 à gauche. Il s'agissait donc d'un hématome pachyméningitique avec compression du cerveau.

L'affection en question procède par poussées. L'inflammation de la dure-mère aboutit à la formation de pseudo-membranes très vasculaires qui sont par moments le siège des hémorrhagies.

Le diagnostic s'appuie sur l'anamnèse au point de vue de l'existence des poussées antérieures, sur l'alcoolisme, la bilatéralité des lésions, les spasmes et les états tétaniques.

Traitement opératoire de la péri-typhlite.

M. Kœrte. — L'opération est indiquée 1° dans la péritonite aiguë par perforation, 2° dans les abcès encapsulés, 3° dans les abcès rétro-péritonéaux de la fosse iliaque, 4° dans la péri-typhlite suppurée et récidivante.

1) *Péritonite aiguë par perforation.* — Il faut distinguer entre les petits épanchements de liquide trouble dans l'espace de Douglas qui tuent les malades par résorption des ptomaïnes et la péritonite diffuse, purulente, qui donne des chances à la guérison. M. Kœrte a opéré trois cas de ce genre : un des malades est mort, le deuxième a guéri rapidement; le troisième est en voie de guérison après des accidents multiples. Les lavages sont inutiles. La résection de l'appendice est indiquée quand il se présente sous la main.

2) *Abcès encapsulés.* — Le diagnostic doit s'appuyer sur la ponction exploratrice. Cette dernière est inoffensive quand il n'existe pas de paralysie de l'intestin. Quelquefois ces abcès occupent une position anormale, dans la fosse iliaque gauche. Sur 5 opérés M. Kœrte a eu 4 guérisons, dont une avec fistule stercorale.

3) *Abcès patyphlitiques.* — Le symptôme caractéristique est une contracture du psoas-iliaque faisant quelquefois penser à une ostéo-myélite du bassin. Ils traversent difficilement le diaphragme, mais donnent lieu à des phlegmons graves. Le pus se porte quelquefois vers le foie, le rein et sous le diaphragme. Dans un cas de ce genre, M. Kœrte a fait plusieurs opérations : résection de la 12° côte pour évacuer un abcès sous-diaphragmatique, résection de la 7° côte pour une collection pleurale, ouverture de la fosse iliaque droite pour retirer un calcul stercoral, cause de tous ces accidents.

Sur 13 opérés, M. Kœrte a eu 13 succès. Trois malades, chez lesquels la collection ne fut pas trouvée, moururent de pyémie.

4) *Pérityphlite purulente récidivante.* — Les malades de cette catégorie peuvent être comparés aux femmes atteintes de pyo-salpinx, et doivent être opérés. Dans deux cas, M. Kœrte fit la résection de l'appendice fortement distendu. Les malades guérirent.

SOCIÉTÉ LARYNGOLOGIQUE DE BERLIN

Séance du 29 mai 1891

Calcul nasal.

M. Herzfeld présente un calcul nasal retiré à une femme de 30 ans, qui depuis sa jeunesse était sujette à un écoulement purulent avec obstruction de la narine gauche. Le corps étranger occupait les méats moyen et inférieur. Le calcul est pourvu d'aspérités et l'irritation qu'il provoquait a donné lieu à la formation des granulations dont les unes ont été enlevées avec une pince, d'autres cautérisées au thermocautère. La cloison était presque normale, les cornets atrophiés. Le calcul se compose de carbonates acides.

Pyoktanine dans les affections des cavités de la face.

M. Cholewa a employé avec succès la pyoktanine dans les affections des sinus frontaux; dans le traitement des cavités nasales et de l'antre d'Highmore, cette substance a complètement échoué. Dans les cas de granulations ou de suppurations osseuses, la pyoktanine ne réussit que lorsqu'on peut la faire pénétrer directement dans les parties malades. La pyoktanine n'a donné que des résultats négatifs dans le traitement des affections de l'oreille moyenne.

M. Meyer a vu la pyoktanine produire une diminution de la sécrétion dans deux cas d'empyème de l'antre d'Highmore où avaient échoué auparavant l'iodol et l'aristol.

M. Flatau considère le grattage des granulations comme le traitement le plus efficace. Dans le cas d'empyème de l'antre, il faut ouvrir largement la cavité. La guérison est longue à obtenir.

M. Scheinman ne pense pas que la pyoktanine seule réussisse dans l'empyème de l'antre d'Highmore; mais il connaît 3 cas qui ont guéri par la pyoktanine. Si l'orifice est petit, la substance doit être portée dans la cavité à l'aide d'une sonde. Ce traitement permet quelquefois d'éviter l'opération.

M. Herzfeld ne voit pas bien ce que peut fournir la pyoktanine. S'il s'agit d'une affection du sinus frontal, il faut savoir, avant de faire des injections ou des frictions avec une sonde enduite de pyoktanine, si le cathétérisme est en général possible. Sur le cadavre on ne pénètre dans le sinus frontal que lorsqu'il existe une carie du frontal.

M. Cholewa. — On peut pénétrer dans le sinus frontal en repoussant le cornet moyen vers la cloison. M. Cholewa abandonne la sonde dans la cavité. La pyoktanine réussit quand la région malade présente un revêtement muqueux et périostique très mince.

Paralysie du récurrent.

M. Landgraff rapporte le cas d'un homme de 20 ans, tuberculeux du sommet, traité par la tuberculine. Après la 14e injection, enrouement et tuméfaction du cartilage cricoïde, puis, au bout de 2 jours, paralysie brusque du muscle crico-aryténoïdien postérieur du côté gauche, suivie de celle du récurrent gauche.

A l'autopsie, à côté des lésions tuberculeuses, on trouva au-dessous du récurrent un ganglion tuméfié. A l'examen microscopique du nerf, on ne trouva pas une seule fibre normale; la myéline avait disparu ou se présentait sous forme de flocons et de boules; les cylindre-axes n'étaient plus perceptibles.

M. Landgraff croit que la dégénérescence du nerf était consécutive à l'inflammation du névrilème.

SOCIÉTÉ DE PSYCHIATRIE DE BERLIN

Séance du 8 juin 1891

Chorée héréditaire (*suite*). (1)

M. Bernhardt rappelle que, dans un mémoire fait en 1889 sur la pathogénie de la chorée et comprenant 92 observations, il a insisté sur l'origine névropathique de la maladie. L'hérédité nerveuse est parfois indirecte; on peut, par exemple,

(1) Voir *Mercredi médical*, 3 juin, p. 282.

rencontrer dans les ascendants le goitre exophthalmique, l'épilepsie, etc. C'est cette dernière affection qui parait jouer un rôle important. On peut la rencontrer aussi et antérieurement chez le malade lui-même. Chez une femme examinée par l'auteur, la chorée datait de 13 à 14 ans. On retrouvait l'épilepsie chez le père, le grand-père et le cousin de la malade.

La chorée n'est pas la seule affection qui offre avec l'épilepsie une parenté remarquable. La maladie du tic convulsif, la myoclonie et d'autres encore présentent souvent un rapport analogue. Unverricht a signalé cinq cas de myoclonie où l'on pouvait retrouver l'épilepsie dans les antécédents mêmes des malades. On est donc en droit d'admettre que, chez certains épileptiques, la prédisposition nerveuse peut ultérieurement se manifester par des troubles d'incoordination motrice.

M. Willenberg fait remarquer que les altérations rencontrées par Flechsig et Zander dans certaines régions de la moelle et du cerveau des choréiques ont été retrouvées dans différentes affections et ne présentent aucun caractère spécifique.

MM. Meyer et Jolly insistent sur la nécessité de séparer en groupes distincts la chorée aiguë de l'enfant et la chorée chronique de l'adulte. Celle-ci peut, à vrai dire, débuter dans l'enfance, mais sa nature et son évolution sont toutes spéciales.

Perversions sexuelles.

M. Lewin. — L'observation attentive des faits rapportés par les médecins légistes montre qu'il faut diviser en plusieurs catégories les impulsions sexuelles conduisant à des pratiques contraires à la morale. On peut ranger dans une première catégorie tous les individus dont les excitations génitales sont perverties et résultent du fait même de leur imagination. Ici encore il y a de nombreux degrés, depuis le sujet qui, sous l'effet d'une simple pensée imaginative, sans le concours d'aucun objet ou autre sujet, arrive à l'éjaculation, jusqu'à celui qui tue une femme pour la posséder et devient alors un criminel.

Dans le premier cas, c'est déjà autre chose qu'un simple masturbateur. Dans les degrés intermédiaires on rangera tous les monomanes qui ne trouvent leurs excitations qu'en présence de certains objets (linges, vêtements, etc.), ou de certains organes (cheveux, coït ab ore, etc.). Plus loin encore on trouve les individus qui recherchent les jeunes enfants. Ici déjà le plus souvent on a affaire à des faibles d'esprit. En dernier lieu on rangera les individus qui violent les cadavres et enfin les véritables criminels. Le coït contre nature, la pédérastie, rentre dans une catégorie toute différente. On sait que les pédérastes d'habitude ou de profession peuvent souvent déjà être distingués extérieurement, ce qui ne se voit pas chez les individus de la classe précédente. Parfois la pédérastie s'accompagne, surtout chez le pédéraste passif, de recherche de la douleur. Dans un cas observé par l'auteur, il s'agissait d'un acteur célèbre qui s'était habitué à la pédérastie en Russie et en Turquie et qui avait lié connaissance par lettre avec un individu des environs de Potsdam. Il avait proposé à cet homme tout un plan de pratiques de pédérastie avec souffrances corporelles, il lui faisait même parvenir des cadeaux, lorsque la police est intervenue. M. Lewin, appelé à donner son avis à ce sujet, retrouva chez les ascendants du malade et chez le malade lui-même des signes non douteux de dégénérescence mentale. L'accusé fut mis en liberté et considéré comme atteint de psychapathie sexuelle.

M. Mendel. — On ne doit pas juger exclusivement ces sortes de malades par les actes qu'ils commettent. Il faut prendre en considération tout leur état mental. Si l'on doit juger comme dégénéré ou faible d'esprit tout sujet qui se rend coupable d'un acte de perversion sexuelle, le nombre de ces faibles d'esprit deviendra énorme. Un individu reste pendant des années sous l'action de divers impulsifs qu'il parvient à ne pas réaliser, il est alors toujours à nos yeux un individu sain. Un dépravé au contraire, ayant usé de tous les plaisirs de l'existence, commet un acte contre la morale, il devient coupable. Pour se mettre en garde contre cette dernière sorte de gens, il ne faut pas étendre trop loin le domaine de l'irresponsabilité.

M. Mœli fait remarquer que la façon de juger la pédérastie a varié suivant les siècles. C'est qu'à côté des pédérastes criminels, il y a les pédérastes de rencontre ou de nécessité, les prisonniers, les gens qui redoutent les maladies vénériennes, etc. Chez ceux-là on voit alors survenir des troubles nerveux, dépressifs ou neurasthéniques, de la mélancolie, etc., qui se manifestent secondairement et les conduisent chez le médecin.

M. Jolly estime qu'il est inutile tout au moins de vouloir faire rentrer toutes les perversions sexuelles dans des catégories morbides. Si l'on reconnaissait une psychopathie sexuelle, on semblerait offrir une excuse à des individus heureux d'une telle aubaine pour s'absoudre de leurs fautes.

ANGLETERRE

SOCIÉTÉ OPHTHALMOLOGIQUE DU ROYAUME-UNI

Séance du 11 *juin* 1891.

Présidence de M. Power.

Traitement du strabisme par l'avancement des muscles droits.

M. A. Bronner rapporte 50 cas de strabisme traités par l'avancement d'un muscle droit, suivant la méthode de Schweigger qui consiste à libérer complètement le muscle de ses connexions avec la sclérotique et la capsule de Tenon et à le fixer ensuite dans une nouvelle position aux couches superficielles de la sclérotique et de la conjonctive. Dans la plupart de ces observations le seul anesthésique employé fut la cocaïne. M. Bronner attire l'attention sur le grand nombre d'observations de strabisme convergent, dans lesquelles on trouva un droit externe grêle et atrophié. D'après lui, il est important de s'assurer du volume et de l'état du muscle avant d'entreprendre l'opération. Dans beaucoup de cas la ténotomie du muscle antagoniste a été nécessaire, et quelquefois on dut pratiquer la ténotomie ou l'avancement des muscles du côté opposé. Dans tous les cas de strabisme divergent, la ténotomie du droit externe et l'avancement du droit interne ont été nécessaires; on a du reste obtenu comme effet immédiat un léger degré de convergence. On ne doit jamais pratiquer la ténotomie d'un même muscle plus d'une fois. M. Bronner pense que l'avancement du muscle doit être pratiqué toutes les fois que l'œil atteint de strabisme est en même temps amblyopique et que l'angle de déviation dépasse 30°. L'avancement d'un muscle présente des avantages sur la ténotomie ordinaire; en effet on a beaucoup moins à craindre qu'il se produise du strabisme en sens opposé; de plus, cette opération fortifie un muscle atrophié, tandis que l'autre affaiblit un muscle qui est dans toute sa vigueur.

M. Juler. — Le fait de placer 2 sutures cause beaucoup d'irritation; l'avancement des muscles dans les cas de strabisme a été mal apprécié en Angleterre.

M. Edgar Browne simplifie l'opération en pratiquant l'inverse de ce qu'on a l'habitude de faire : il fixe d'abord le fil à la conjonctive et à la sclérotique et ensuite au tendon. Il est très important de corriger complètement l'astigmatisme chez les sujets atteints de strabisme.

M. Jessop pense que l'avancement d'un muscle droit dans la ténotomie de son antagoniste a bien peu de valeur. Il préfère pratiquer la ténotomie par la méthode de Landolt avant d'avancer le muscle atrophié.

Décollement de la choroïde.

M. Story rapporte un cas très remarquable de cette affection chez un homme de 29 ans, qu'il a soigné pendant plus de 2 ans. Etant enfant, ce malade reçut sur le sourcil droit et le nez un coup de pied de cheval, et quelques années plus tard une pierre vint le frapper au niveau de l'angle externe de l'orbite gauche. Ces blessures semblaient n'avoir aucune connexion avec la perte de la vue qui survint graduellement dans l'œil droit vers l'âge de vingt ans et dans l'œil gauche environ un an avant son entrée à l'hôpital. Pendant les 2 ans qu'il y resta, il ne survint aucune modification importante à cet état; de légères variations survinrent dans l'étendue du décollement. La tension était normale ou un peu inférieure à la normale; les milieux étaient clairs à l'exception d'un nuage sur la cornée et d'opacités siégeant dans les chambres vitrées; disques un peu brumeux; épaississements péri-vasculaires au

niveau de tous les vaisseaux. Du côté droit il n'y avait que 2 décollements hémisphériques de la rétine, l'un au niveau de la tache jaune et d'un diamètre environ triple de celui de la papille, l'autre à la partie inférieure, plus grand et s'étendant jusqu'à la périphérie du fond de l'œil. En dehors de ces 2 points, le stroma choroïdien était partout aussi distinctement visible que les vaisseaux sanguins de la rétine et tous les points examinés à l'ophthalmoscope se voyaient avec le même verre.

Hémianopsie temporale de l'œil gauche et cécité de l'œil droit.

M. Story a vu en 1885 une fille de 19 ans atteinte d'une cécité absolue de l'œil droit et d'une hémianopsie complète du gauche, la ligne de démarcation passant par le point de fixation. La malade avait en outre de la céphalée, des vertiges, des vomissements, de l'aménorrhée. Ces derniers symptômes ont à peu près disparu, mais le champ de la vision est resté le même et l'acuité visuelle, qui en 1885 était de 5/75, est maintenant de 5/20 (?); on n'a pu trouver le réflexe pupillaire du côté de l'hémianopsie. Il s'agit peut-être là d'un tubercule de la région du chiasma, ayant depuis quelques années cessé d'évoluer.

Epidémiologie de la rougeole.

M. C. Munro a communiqué à la Société épidémiologique de Londres une série de recherches sur la rougeole dont la fréquence augmente en Angleterre. Pour l'Angleterre et le pays de Galles, la proportion des décès par rougeole était de 214 par million d'habitants de 1871 à 1880 ; elle s'est élevée à 927 de 1881 à 1890. Cette augmentation tient à ce que les enfants fréquentent en plus grand nombre les écoles. Alors que la population scolaire était de 52 pour 1,000 en 1871, et de 68 en 1874, elle s'est élevée à 162 en 1882 ; elle a été en moyenne de 95 de 1871 à 1880 et de 164 de 1881 à 1890. Dans les écoles, les enfants n'ont pas un cube d'air suffisant ; ils sont dans un air confiné où l'acide carbonique augmente pendant les heures de classe dans des proportions considérables et où le chiffre des bactéries augmente également dans le même temps, ainsi que l'a montré Carnelly (d'Edimbourg). Dans les villes qui ont une population ouvrière moins considérable, les agglomérations d'enfants sont proportionnellement moins grandes dans les écoles et la fréquence de la rougeole est moindre. Dans un certain nombre de villes, les épidémies de rougeole reparaissent tous les 2 ans. Les enfants atteints de rougeole sont âgés en moyenne de 4,2 ans. Le licenciement des écoles a donné peu de résultats utiles dans la prophylaxie de la rougeole, tandis que la déclaration obligatoire des cas de cette maladie a produit des effets très satisfaisants. Les exacerbations biennales de la rougeole dépendent de conditions sociologiques et non météorologiques ; elles se produisent dans chaque centre de population d'une manière indépendante et à des degrés différents, sans avoir nécessairement lieu la même année. Dans le nord de l'Angleterre elles se montrent généralement les années impaires et dans le sud les années paires. En outre, il y a des variations saisonnières : le chiffre le plus élevé correspond au printemps et le chiffre le plus faible à l'automne. Si on fait rapidement la notification des cas de rougeole et qu'on exclue immédiatement de l'école les enfants provenant des maisons contaminées, il n'est pas nécessaire de recourir à d'autres mesures. Si, cependant, il se développe dans une même école 6 à 10 cas nouveaux et indépendants les uns des autres, il faut fermer l'école s'il s'agit d'une classe d'enfants très jeunes ; si les enfants sont plus âgés, il suffit dans la plupart des cas d'exercer sur les élèves une surveillance individuelle attentive et de renvoyer tous ceux qui présentent le moindre symptôme suspect.

M. Willoughby pense que les exacerbations biennales sont dues à ce que les enfants passent en moyenne 2 ans dans les écoles enfantines, après quoi ils se trouvent confondus dans les autres classes avec des enfants moins exposés à contracter la rougeole ou même déjà à l'abri de cette maladie, tandis que leur place est prise à l'école enfantine par d'autres sujets qui n'offrent aucune résistance à l'invasion de la maladie.

Rechute de scarlatine.

M. Boddie a communiqué à la Société médico-chirurgicale d'Edimbourg deux cas de scarlatine avec rechute survenue le 27e jour dans un cas et le 37e dans l'autre. Dans les deux cas la rechute s'est traduite par les principaux symptômes de la scarlatine et a été suivie d'une 2e desquamation. Des cas semblables ont été observés dans tous les pays. Les rechutes sont probablement dues à ce que le virus scarlatineux a été incomplètement éliminé par une première atteinte de la maladie, car il semble difficile d'admettre qu'une seconde attaque puisse se reproduire 5 ou 6 semaines seulement après la première.

M. A. Jamieson rapporte que, à l'hôpital d'Edimbourg, on observe des faits de ce genre dans 1 pour 100 environ des cas de scarlatine. Il croit que quelques-uns des cas décrits sous le nom de rechute de scarlatine sont des faits d'auto-infection ou de récidive.

Traitement de l'eczéma par la créoline.

M. Patteson a rapporté à l'Académie de médecine d'Irlande deux faits d'eczéma pustuleux du cuir chevelu, datant l'un de 8 et l'autre de 3 ans, traités par la créoline avec un succès complet. Il a employé les lavages avec de l'eau créolinée au 1/8. Les résultats favorables de cet antiseptique viennent à l'appui de la nature parasitaire de l'eczéma soutenue par Unna.

M. Dayle rapporte à ce propos plusieurs cas d'eczéma pustuleux subaigu dans lesquels il a obtenu de bons effets de l'emploi de la créoline.

Étiologie de la respiration de Cheyne-Stokes.

M. Boyd a communiqué à la même réunion un travail sur ce sujet. Il fait remarquer que dans ce syndrome il y a à la fois des irrégularités du cœur, du pouls et de la respiration, et signale un fait qui jusqu'ici ne paraît pas avoir été indiqué, à savoir que dans ce phénomène la dernière portion de la phase respiratoire forcée est principalement expiratoire contrairement à sa première portion qui est inspiratoire. Cette expiration forcée a une influence importante sur les ventricules déjà affaiblis du cœur et amène l'expulsion du sang d'un côté dans l'artère pulmonaire, d'un autre côté dans l'aorte dilatée et dépourvue d'élasticité. Il en résulte, ainsi que le prouvent les tracés, que pendant la phase expiratoire de la respiration la tension artérielle s'accroît et que cette tension reste élevée pendant la période apnéique suivante, pendant laquelle le centre respiratoire est abondamment pourvu de sang artériel, et que le ventricule gauche affaibli et dégénéré se repose. Il considère la période apnéique comme un effort de la part des centres automatiques supérieurs pour laisser reposer un cœur dont le ventricule est trop faible pour remplir le système artériel dont l'aorte est dilatée et sans élasticité ou dont le système vaso-moteur de contrôle fonctionne mal, ce qui rend insuffisante son irrigation sanguine et affaiblit sa nutrition. Lorsque le cœur a reçu pendant les périodes respiratoires et apnéiques ce sang à pression élevée, les inspirations forcées reparaissent, les contractions cardiaques sont plus énergiques, mais ne peuvent faire traverser au sang l'aorte dilatée que lorsque les expirations forcées, en exerçant une pression sur les ventricules, viennent à leur secours. Les formes les plus caractéristiques et les plus prononcées de la respiration de Cheyne-Stokes s'observent dans les cas où il y a des altérations du cœur et de l'aorte. Dans les affections cérébrales et dans le coma urémique sans lésion concomitante du cœur, elle est due à une action directe du centre respiratoire bulbaire, modifié soit par la compression, soit par l'effet d'un sang vicié, et ses phases sont toujours moins bien marquées que dans les cas où elle est due à une altération cardiaque. Le traitement doit consister dans les inhalations d'oxygène toutes les fois qu'il y a une lésion ou une dégénérescence du cœur.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

N° 26. — 1er JUILLET 1891 LE NUMERO QUINZE CENTIMES

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

PUBLIÉ PAR

LA GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MEDECINE ET DE CHIRURGIE

Et servi gratuitement à tous les abonnés de ce journal

ABONNEMENTS SPÉCIAUX POUR MM. LES ÉTUDIANTS. — UN AN : 6 FRANCS

L. LEREBOULLET, Rédacteur en chef. — A. BROCA, Secrétaire de la Rédaction

Librairie de G. MASSON, 120, boulevard Saint-Germain.

SOMMAIRE

ACTES
DES FACULTÉS DE MÉDECINE

PARIS

Thèses du 6 au 11 juillet 1891.

Mercredi 8. — M. Bon. Curettage du suc lacrymal. — M. Brauman. De l'érythème circiné tertiaire de la syphilis. — M. Bertrand. Une épidémie de fièvre typhoïde à Fauves.

Jeudi 9. — M. Cassariny. Contribution à l'étude de quelques aconitines. — M. Baquie. Contribution à l'étude clinique des effets hypnotiques de l'hysciamine chez les aliénés. — M. Nicolle. La nourricerie de l'hospice des Enfants assistés. (Enfants syphilitiques et suspects).

M. Springer. Suture osseuse dans le traitement des fractures de l'olécrâne. — M. Moreau. Contribution à l'étude du traitement de l'éclampsie. — M. Laborde. Des hémorrhagies par déchirure du col après l'accouchement. — M. Petit. De la réinfection syphilitique. — M. Daléas. Etude sur l'érysipèle des nouveaux-nés. — M. Ramadan. Du pyopneumothorax sous-phrénique.

Samedi 11. — M. Gaudez. Du traitement par l'antipyrine de l'incontinence d'urine essentielle chez les enfants. — M. Lodde. De l'emploi de l'hyoscine chez les aliénés.

Clinicats. — Sont nommés : chefs de clinique chirurgicale, M. le Dr Delbet; médicale, MM. Lyon-Lion, Vaquez; maladies nerveuses, M. le Dr Duthil; cutanées et syphilitiques, M. Hudelo, M. Wickham, adjoint.

VARIÉTÉS

Concours de prosecteur des hôpitaux. — L'ouverture du concours pour la nomination à une place de prosecteur à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux qui devait avoir lieu le lundi 3 août 1891, est fixée au samedi 25 juillet. Cette séance aura lieu ledit jour à quatre heures à l'amphithéâtre d'anatomie rue du Fer, à Moulin, 17. Le registre d'inscription des candidats restera ouvert du lundi 29 juin au samedi 18 juillet inclusivement, de onze heures à trois heures, les dimanches et jours de fête exceptés, au chef-lieu de l'Administration de l'Assistance publique, avenue Victoria, n° 3.

Accoucheurs des hôpitaux. — Le concours s'est terminé par la nomination de M. Boissard.

Congrès pour l'Etude de la Tuberculose. — Le Comité d'organisation du Congrès ayant mis à l'ordre du jour de ses séances les questions de prophylaxie de la Tuberculose et de l'hospitalisation des tuberculeux, réunira à la Faculté de Médecine les appareils, projets, dessins, plans, maquettes, etc., se rapportant à ces questions.

Les demandes d'admission avec les noms des auteurs et l'indication des objets doivent être adressés à M. le Dr L.-H. Petit, 11, rue Monge, *avant le* 10 *juillet* 1891, *dernier délai*. Le comité statuera sur les demandes d'admission et fera connaître sa décision aux intéressés, ainsi que la place mise à leur disposition.

Expositions d'hygiène. — La mode est à l'hygiène; elle est aussi aux expositions. On la dit cependant changeante; c'est tout au moins la plus belle moitié du genre humain qui le prétend, ne fût-ce que pour renouveler plus fréquemment les désirs de l'autre moitié ou pour réparer plus aisément les outrages des ans. Quoi qu'il en soit, Paris possède actuellement une exposition dont l'enseigne porte le mot hygiène et des journaux en annoncent une autre assez prochaine.

Or, la première forme, le plus incohérent assemblage qu'on puisse imaginer; sur la foi de certains intéressés, certaines naïves personnes se sont ingéniées à y chercher quelques objets pouvant appartenir à l'hygiène de l'enfance, mais elles y ont tant vu d'eaux de toilette, de porcelaines, de pianos, de tableaux, etc., qu'elles se sont demandées si vraiment un palais de l'Etat pouvait servir d'abri à un déballage en concurrence avec les bazars les moins achalandés. On dit même qu'avant-hier les salles de cette exhibition étaient encombrées par des concours d'orphéons; on y joue bien la comédie!

Mais voici que les promoteurs de la prochaine exploitation du même genre ont trouvé mieux encore : *urbi et orbi* ils se disent patronnés par un comité composé des plus hautes sommités scientifiques. Jusqu'ici on avait pensé que les comités ne se constituaient qu'après avoir reçu l'acceptation de leurs membres; par crainte sans doute de déranger ces hautes sommités et de leur donner des soucis vulgaires, on ne les consulte plus et elles sont fort étonnées d'apprendre à quoi et pourquoi leurs noms sont associés. Si elles prennent la peine de s'en plaindre, l'effet n'en a pas moins été produit auprès de tous ceux, et la mine en est inépuisable, qui se laissent prendre aux promesses retentissantes. Ne voit-on pas aujourd'hui certain public se réjouir de pouvoir posséder tels appareils dits de l'Académie de médecine, alors qu'aucun appareil n'a jamais été adopté par elle? *Vulgus vult decipi*; ce n'est pas une raison pour que l'Etat y prête la main en donnant asile à ceux qui en tirent seuls profit.

Université de Bruxelles. — M. le Dr Thiriar vient d'être nommé professeur extraordinaire. Nous adressons toutes nos félicitations à notre distingué collaborateur.

Secret professionnel. — La conférence des avocats de Paris s'est réunie, le lundi 22 juin, pour discuter la question suivante : *La révélation du secret professionnel cesse-t-elle d'être un délit quand le dépositaire du secret est autorisé à le divulguer par la personne même qui le lui a confié?* La négative a été adoptée.

Un procès a été intenté en Allemagne par le ministère public à M. le Dr Grechen, pour violation du secret médical à la suite de la publication d'un ouvrage dans lequel il avait donné les observations détaillées de plusieurs de ses malades. Les débats de cette affaire ont duré longtemps; on a entendu un certain nombre de témoins à décharge, parmi lesquels nous citerons M. le Dr Freund, professeur de gynécologie à la Faculté de médecine de Strasbourg. *Malgré toutes les dépositions en sa faveur*, M. le Dr Grechen a été condamné à 500 fr. d'amende et à 8.000 fr. de dommages-intérêt envers la partie civile.

Une excellente mesure. — On a souvent signalé le danger qu'il y avait à ne point désinfecter les fiacres qui, d'aventure, transportent dans les hôpitaux des personnes atteintes de maladies contagieuses. Plus d'une fois il est, en effet, arrivé que de malheureuses gens contractaient ainsi la diphtérie ou telle autre affection épidémique.

L'administration, dont on réclamait depuis une quinzaine d'années l'intervention, vient enfin de se décider à prendre une salutaire mesure. Elle a décidé que, dorénavant, les fiacres qui amèneraient des malades aux consultations, dans les hôpitaux d'enfants, seront retenus jusqu'à ce que le premier diagnostic ait été fait par un interne. (*Le Voltaire*, 18 juin.)

NEUROPATHOLOGIE

Une observation de maladie des tics convulsifs avec onomatomanie, par M. le Dr G. André (de Toulouse).

M. Charcot a ajouté, comme on le sait, un chapitre important à la symptomatologie des tics convulsifs, en montrant qu'il existait dans les formes graves des phénomènes psychiques particuliers, des *idées fixes*. C'est ce que M. Grasset appelle les stigmates psychiques de la maladie des tics.

Comment faut-il comprendre et rechercher les stigmates psychiques ? On entend par ce mot, dit M. Grasset (clinique médicale de l'hôpital Saint-Eloi), un ensemble de signes, très variables d'aspect, qui semblent prouver que l'état mental du sujet n'est pas absolument normal.

Les troubles psychiques en question peuvent être fort atténués et il ne faudrait pas croire, en forçant les analogies, que tous ceux qui présentent quelques-uns de ces stigmates sont des fous à enfermer; à ce compte il se pourrait qu'une infime minorité de la population restât seule en liberté.

On note, parmi ces stigmates, ce que le vulgaire appelle des *manies*, ce que M. Grasset propose d'appeler plus scientifiquement sous le nom de *tics psychiques*.

Mais le trouble mental le plus caractéristique que l'on rencontre chez les malades affectés de tics convulsifs, c'est la présence des *idées fixes*. On sait combien ce trouble psychique est important en pathologie mentale pure, puisqu'il sert à caractériser tout un groupe de psychopathies dites folie lucide, folie raisonnante, délire émotif de Morel, folie des dégénérés héréditaires de Magnan. Au point de vue de la façon dont se traduisent au dehors ces idées fixes, on peut dire qu'il en existe deux catégories: la première comprend toute une série d'idées obsédantes simples, contribuant à constituer un état mental général bizarre où domine la peur irraisonnée; la seconde se compose d'idées fixes mieux définies, assez complexes pour entraîner à leur suite des actes plus ou moins déraisonnables, quelquefois de véritables conceptions délirantes (Guinon). Comme exemples d'idées fixes existant à un degré léger, nous citerons ces malades qui passent des journées à se tourmenter pour retrouver l'air d'une chanson qu'ils ont entendue. D'autres se croient obligés de compter, lorsqu'il passent devant telle ou telle maison, le nombre des fenêtres ou les barreaux de la grille et ne sont tranquilles que lorsque leur numération est accomplie.

Certaines personnes ont la manie de la symétrie; elles ne peuvent s'empêcher de mettre en ordre les objets mal placés.

On peut lire dans un des derniers romans d'Hector Malot, *Mère*, une scène piquante dont voici l'abrégé: Le héros du roman attend son tour dans l'antichambre d'un médecin célèbre. Tout à coup, un autre consultant qui attendait aussi, homme grave qui, déjà depuis quelques minutes, le regardait anxieusement, quitte son fauteuil et très poliment lui demande le nombre des boutons de son gilet. C'est, sous une forme plaisante, une véritable observation clinique.

Dans la *folie du doute*, avec délire du toucher, les malades évitent de toucher tel ou tel objet ou, quand ils y sont obligés, ils éprouvent un sentiment d'angoisse. Une jeune fille, traitée par M. Grasset, présentait cette manie bizarre de ne jamais s'adosser à un siège quelconque, chaise, fauteuil ou banquette de chemin de fer; elle se tenait habituellement debout ou assise sur le bord du siège, afin de ne point venir au contact du dossier. Le père de cette jeune fille ne touchait jamais le bouton d'une porte sans interposer un pan de son habit et aller se laver ensuite.

L'*arithmomanie* se caractérise par un besoin invincible de faire sans raison des opérations d'arithmétique; chez d'autres, c'est la crainte d'un chiffre dont on évite de prononcer le nom; tel autre est obligé de répéter, 2, 3, 10 fois, le même mouvement, de tourner 10 fois le bouton d'une porte avant de l'ouvrir, de faire cinq pas en cercle avant de se mettre en marche. Ces idées involontaires, automatiques, comme convulsives, sont très comparables, ainsi que le fait remarquer M. Charcot, aux mouvements convulsifs eux-mêmes et Buccola a comparé les idées fixes, véritables convulsions de l'idée, aux mouvements spasmodiques d'un muscle.

L'*onomatomanie* est un phénomène singulier dont toutes les variétés peuvent s'observer chez les tiqueux, depuis la recherche angoissante du nom et l'obsession du mot qui s'impose, jusqu'à la crainte du mot compromettant que l'on est forcé d'émettre ou de remplacer dans une phrase sous peine d'une angoisse terrible.

Voici précisément une observation de maladie des tics avec onomatomanie qui peut prêter, pensons-nous, à des considérations intéressantes et nouvelles.

Le malade qui est venu nous consulter dans les premiers jours de février 1891, est un homme intelligent, sérieux, affecté depuis de longues années déjà d'un tic convulsif, consistant dans l'élévation de l'épaule et du bras droit, coïncidant avec une hyperkinésie au facial du même côté. Chose remarquable, pas plus dans son récit que dans les notes qu'il nous a fournies, il n'est jamais question de son tic; il l'ignore; c'est une quantité négligeable. Cela fait penser à cette mère de famille dont parle Trousseau, atteinte d'un tic convulsif très marqué, et qui, venant demander conseil pour une de ses filles, atteinte elle aussi de tic, la réprimandait sévèrement devant l'éminent clinicien, sans paraître se douter elle-même de sa propre infirmité.

Il y a dix-huit ans, à l'âge de 45 ans, notre malade, après un violent chagrin, fut atteint du mal dont il souffre aujourd'hui. Nous n'avons pu découvrir aucune tare héréditaire. C'était une souffrance générale, indéfinissable, caractérisée principalement par un dégoût de toutes choses, par une sorte d'assoupissement constant, *des apparitions et des illusions toujours tristes*. Tous les médecins qualifièrent son affection de névrose avec anémie. On lui conseilla les toniques, les eaux ferrugineuses (Orezza). Il prit des bromures à petites doses et fit une cure thermale à Bagnères-de-Bigorre où il essaya des douches froides. Tous ces moyens échouèrent complètement. Pourtant, au bout de quelques mois, son état s'améliora spontanément et prit alors un caractère plus précis : *c'était la recherche des noms oubliés*. Dès que son esprit se fixait ainsi sur un nom, il le cherchait avec la plus douloureuse impatience, jusqu'à ce qu'il eût trouvé ce nom ou un nom similaire; parfois il le fabriquait de toutes pièces et finissait par se persuader que c'était bien celui-là.

Les choses allèrent ainsi pendant plusieurs années; mais, il y a six ans, une nouvelle crise survint, ayant à peu près les mêmes caractères que la première. Il ne pouvait rester un instant en place; il marchait sans cesse; il lui semblait qu'il fuyait ainsi son mal. Il était alors assailli par des impatiences de mémoire; son esprit était trop dominé par la souffrance vague, mais croissante, qu'il subissait, pour pouvoir se fixer d'une façon durable sur le même sujet. Dans cette situation, le malade prit du bromure de potassium à la dose de cinq grammes par jour.

Le mal s'atténua au bout de deux mois environ; puis de nouveau surgirent les impatiences de mémoire et un nouveau symptôme se manifesta : l'*effroi à l'idée de perdre une lettre, un document même sans le moindre intérêt*; en sorte qu'il se croyait obligé de conserver

toutes choses, d'inscrire sur des carnets, devenus aujourd'hui nombreux, tous les noms qu'il prévoyait pouvoir chercher à se rappeler un jour.

Lorsque la situation devenait intolérable, il revenait au bromure qui produisait une légère sédation. Au mois de septembre 1890, M. X... eut une grave affection gastro-intestinale qui exigea une diète rigoureuse de 33 jours. Après la convalescence, les troubles psychiques qui avaient disparu, reprirent un nouvel essor. Mais depuis environ un mois, l'état s'est aggravé et, le cœur se mettant de la partie, le malade éprouve des angoisses, des appréhensions, des tristesses plus pénibles. *Il ne peut supporter l'idée d'un fait, d'une conversation, d'un personnage qu'il ne pourrait retrouver, s'il le fallait.* Il lui semble que la cessation de ses souffrances est liée à la découverte de ce fait ou de ce personnage; et il ne peut retrouver le repos que lorsqu'il s'est imaginé, vrai ou faux, être arrivé à cette découverte.

Les nuits sont mauvaises; il se réveille irrévocablement deux heures après s'être mis au lit; il reprend ensuite le sommeil, mais il n'est pas durable et il est alourdi par des *rêves incessants dont il prend note, de peur d'avoir le matin à en chercher le souvenir.*

Plusieurs fois, sous l'empire de ces recherches et devant l'impossibilité d'arriver à la découverte, il a été obligé de sortir du lit et, la sueur au front, il lui semble alors que le sang va inonder son cerveau. L'amélioration se produit lorsqu'il est debout depuis quelques instants.

Pour employer les expressions du sujet, l'estomac, cause ou effet, joue un grand rôle dans ces souffrances. Il en est de même, d'après lui, du cœur, surtout dans ces derniers jours. Ce n'est pas un mal physique qu'il provoquerait; c'est une sorte d'accaparement de ses idées, une tristesse plus grande, un dégoût plus amer de la vie. Quelquefois, sans avoir ces impatiences, il éprouve un malaise général qu'il ne saurait définir, dont il ne saurait déterminer le siège, mais qui est très douloureux.

Jusqu'à ces derniers temps, M. X... était toujours pâle, tandis que maintenant son teint est plutôt coloré, et c'est lorsqu'il est le plus rouge qu'il souffre davantage.

Il a essayé les bains généraux à toutes les températures; il n'a jamais pu les supporter. Le séjour au lit lui est souvent insupportable; ses narines se contractent et il lui semble qu'il étouffe. Il se lève alors et se trouve immédiatement soulagé.

Dans la soirée, il survient toujours une certaine détente; c'est le seul moment de la journée où il retrouve un peu de calme; aussi les repas du soir sont-ils meilleurs que ceux du matin. Quand arrive l'heure de ces derniers, l'estomac devient douloureux et le malade éprouve une véritable répugnance pour les aliments. La langue n'est pas d'ailleurs saburrale. Un dernier détail très important au point de vue de l'hérédité de transformation : Lors de sa visite chez nous, M. S... était accompagné par son fils, jeune lycéen, âgé de 15 ans, chez qui nous pûmes constater une *hypertrophie congénitale du muscle masséter droit.*

L'observation que nous avons eu la bonne fortune de recueillir dans notre clientèle et que nous avons tenu à avoir aussi détaillée que possible, nous paraît intéressante en tous points, surtout au point de vue de quelques nouveaux symptômes qu'elle met en évidence; elle a aussi, croyons-nous, le mérite de résumer avec précision cette question encore peu fouillée des tics convulsifs.

On a pu remarquer par la lecture de cette observation, en quelque sorte dictée, que le malade avait la possession complète de son intelligence et de sa conscience. Jamais il n'a été dupe de ses *illusions*; il a prononcé le mot plusieurs fois devant nous. Il sent tout ce qu'il y a de bizarre, d'enfantin même dans ses préoccupations, qu'il s'agisse de noms, d'objets, de rêves, etc. Doit-on appeler cela de la folie raisonnante?

Une chose pourtant nous frappe dans cette autobiographie : c'est la parfaite indifférence que professe le malade pour son tic convulsif proprement dit, ce mouvement incessant du bras, cette grimace inconsciente. Il n'en est jamais question dans son récit, comme s'il n'avait pas conscience de son état physique, comme s'il l'ignorait, en un mot.

Pourtant, d'après Guinon, les malades, en général, sont préoccupés de leur tic, et un auteur italien, Venturi, croit que les idées fixes, que l'état psychique sont sous la dépendance du trouble moteur, sont, pour ainsi dire, fonction de ce dernier, en entraînant, pour employer sa propre expression une hypochondrie avec lésion matérielle (*hypochondria cum materia*).

M. Guinon n'accepte pas entièrement l'opinion de M. Venturi et ne croit pas que le mouvement involontaire puisse amener à lui seul l'idée fixe.

Il faut une débilité volitive toute particulière pour relier entre eux les deux facteurs qui, sans cela, ne sont pas nécessairement attachés l'un à l'autre.

L'observation de notre malade paraîtrait prouver, au contraire, l'indépendance absolue du tic physique et du tic psychique. En d'autres termes, à notre avis, la perturbation fonctionnelle des noyaux de certains nerfs moteurs, facial, spinal ou autre, ne retentit pas secondairement sur les zones corticales de l'idéation. Il existe *parallèlement* un trouble des noyaux moteurs et de l'écorce cérébrale.

REVUE DES CONGRÈS

REUNION DES NEUROLOGISTES ET PSYCHIATRES DE L'ALLEMAGNE DU SUD

tenue à *Baden-Baden*, du 6 à 9 juin 1891.

(Suite et fin. V. *Mercr. méd.*, 1891, p. 318).

Etat des muscles dans l'hypertrophie congénitale.

M. Hoffmann (Heidelberg) a examiné sous le microscope un lambeau de deltoïde pris sur un malade d'hypertrophie congénitale partielle des muscles du bras droit. Il a trouvé les mêmes lésions que dans la maladie de Thomsen (hypertrophie des fibres et prolifération des noyaux). Au point de vue clinique l'excitabilité mécanique et électrique des muscles ne rappelait en rien la « réaction myotonique ». Cette observation confirme par conséquent l'opinion de M. Jolly d'après lequel la réaction dans la myotonie est due non pas au volume des fibres musculaires, mais aux troubles de nutrition des muscles.

Tétanie.

M. Hoffmann (Heidelberg) passe en revue les diverses complications de la tétanie : albuminurie avec hypothermie, disparition fréquente des réflexes tendineux pendant l'accès, bourdonnements d'oreilles et hyperesthésie galvanique de l'acoustique.

Dans un cas de tétanie chez une jeune fille, il y a eu accélération excessive du pouls. Dans un autre cas consécutif à l'extirpation presque totale d'un goître, il se développa une parésie pupillaire des troubles psychiques vasomoteurs, une cataracte double et des troubles trophiques, tels que la chute des cheveux et des ongles.

Dans un autre cas de tétanie consécutif à l'extirpation du goitre, on a vu survenir des phénomènes analogues à ceux de myotonie congénitale : raideur et exagération de l'excitabilité des muscles, réaction myotonique type à l'excitation électrique; les réactions électriques des nerfs étaient celles de la tétanie. Dans ce cas la myotonie n'était pas congénitale, mais bien symptomatique des troubles de nutrition consécutifs à l'extirpation du goître.

M. Kraepelin (Heidelberg) a observé dans plusieurs cas de myxœdème des modifications de l'excitabilité mécanique des muscles à côté de l'exagération de l'excitabilité des nerfs. Chez trois de ces malades il existait des modifications du sang : les hématies étaient très volumineuses, comme tuméfiées, et ce phénomène a probablement été produit par des modifications du liquide nourricier. Le sang était moins coagulable qu'à l'état normal.

Maladie d'Addison.

M. v. Kahlden a observé dernièrement deux cas de maladie d'Addison. A l'autopsie on trouva les capsules surrénales caséifiées ; quant au ganglions semi-lunaires et au grand sympathique ils étaient normaux. Mais dans deux autres cas de maladie d'Addison, les ganglions semi-lunaires étaient le siège d'hémorrhagies et d'infiltration cellulaire.

Ces lésions étaient particulièrement marquées dans six autres cas de maladie bronzée, où on trouva également les capsules sur-rénales caséifiées. Dans ces cas les symptômes de la maladie étaient peu accusés. Aussi M. Kahden est-il d'avis que les lésions des ganglions semi-lunaires ne jouent pas de rôle étiologique dans la production de cette affection, mais qu'elles peuvent donner lieu à une série de symptômes qui viennent se surajouter aux phénomènes de la maladie bronzée.

On sait que Tizzoni, en extirpant aux lapins les capsules surrénales, a trouvé dans la moelle de ces animaux des foyers d'hémorrhagie et d'infiltration cellulaire. M. Kahlden a examiné la moelle de ses 8 malades, et cet examen lui a donné des résultats négatifs. Tout au plus si par place on trouvait une disparition de la myéline.

Cette lésion est plutôt en relation avec la cachexie, tout comme dans les observations d'anémie pernicieuse publiées par Lichtheim. Du reste l'examen de la moelle de 8 tuberculeux à capsules surrénales intactes, a permis de retrouve cette lésion chez 6. Chez ces derniers le processus dégénératif était particulièrement marqué dans les racines postérieures.

M. **Fleiner** (Heidelberg) rappelle les lésions qu'il a trouvées dans deux cas de maladie d'Addison : inflammation et dégénérescence des fibres à myéline des ganglions semi-lunaires, de la portion sus-jacente du sympathique et du pneumogastrique, Dans la moelle il y avait également des foyers de dégénérescence, seulement il ne faut pas leur attribuer de signification spécifique.

M. Schultze (Bonn) est du même avis. Quant aux lésions de la moelle, il faut les attribuer à la cachexie. Il a pu également constater l'existence de ces lésions chez les tuberculeux.

Douleur d'origine centrale.

M. Edinger (Francfort-sur-Mein) possède une observation qui paraît démontrer l'existence de douleurs d'origine centrale.

Il s'agit d'une femme qui dans le cours d'une endocardite ancienne, fut prise d'hémiparésie droite par embolie cérébrale. *Immédiatement après* l'ictus, elle fut prise de douleurs violentes dans les membres parésiés. Les douleurs étaient insupportables et la malade devint morphinomane. Il survint plus tard de l'hyperesthésie de la moitié droite du corps et de l'athétose du bras droit.

A l'autopsie de cette malade qui finit par se suicider, on trouva une compression avec dépression du thalamus gauche. A ce niveau existe une petite cavité des dimensions d'un pois, remplie d'un détritus rouge-jaune. L'examen microscopique a montré que cette cavité occupait l'extrémité externe du thalamus et pénétrait dans la capsule interne. La capsule interne elle-même était intacte.

Ce foyer, adjacent aux voies sensitives centrales, n'a pas provoqué d'hémianesthésie, mais une hyperesthésie avec douleurs périphériques. Cette observation, qui démontre l'existence des douleurs centrales, pourrait peut-être expliquer les douleurs qu'accusent qeelquefois les hystériques, les épileptiques et les hypochondriaques.

Embolie de l'artère centrale de la rétine.

M. Manz (Freiburg). — Une vieille demoiselle, cardiaque depuis longtemps, est prise brusquement de cécité de l'œil gauche par embolie de l'artère centrale. Peu de temps après, atrophie du nerf optique et glaucome après une attaque d'influenza. Mort un an plus tard.

L'autopsie n'a porté que sur l'œil malade. L'embolus très net n'adhérait pas aux parois du vaisseau qui du reste sont restées normales. L'atrophie du nerf optique était des plus accusées, tandis que la rétine n'était atrophiée que dans ses couches internes.

Anatomie pathologique du tabes syphylitique.

M. Eisenlohr (Hamburg) présente les préparations microscopiques de moelle où à côté d'une sclérose des cordons postérieurs existent les lésions de la syringomyélie. Les préparations proviennent d'un homme de 45 ans, syphilitique, qui a succombé à la tuberculose après avoir présenté pendant longtemps le syndrome classique du tabes.

Peu de temps avant sa mort, le malade fut pris de paresthésie des doigts. A l'autopsie on trouva la cause de cette complication : une thrombose de deux artères cubitales et de l'arcade palmaire superficielle par artério-sclérose étendue qui ne présentait pourtant pas de caractères spécifiques.

A côté de la syringomyélie de la portion dorsale supérieure de la moelle, et de la sclérose des cordons postérieurs, existe encore une méningite postérieure typique. Une gliomatose part des cordons postérieurs dégénérés, s'élargit en haut et concourt à la formation de cavités. M. Eisenlohr croit qu'il existe dans ce cas une relation directe entre le gliome et la syringomyélie d'un côté et le tabes de l'autre; et une relation indirecte avec la syphilis. Un certain degré de gliomatose s'observe toujours dans la sclérose des cordons postérieurs.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OPHTHALMOLOGIE

9e *session, tenue à Paris du* 4 *au* 9 *mai* 1891.

Les prolapsus de l'iris dans l'extraction simple de la cataracte.

M. Parinaud. — L'extraction simple de la cataracte réalisedes avantages qui justifient la faveur dont elle jouit actuellement. Elle a cependant deux inconvénients, celui de rendre la cataracte secondaire plus fréquente et celui d'exposer aux prolapsus de l'iris. Il y a deux espèces de prolapsus, que l'on peut appeler primitif et secondaire. Le prolapsus primitif a sa cause dans les conditions anatomiques de l'œil et en particulier dans la nature de la plaie. Plus la plaie est linéaire, et plus elle est périphérique, plus aussi elle expose aux enclavements. Les sections à lambeau exposent moins aux prolapsus. Le petit lambeau de trois à quatre millimètres de hauteur réalise les meilleures conditions. Lorsque, après la sortie du cristallin l'iris se réduit mal, que la pupille ne reprend pas sa forme ronde, ronde, au lieu de répéter les instillations d'ésérine, il vaut mieux pratiquer l'iridectomie. L'ésérine, en pareille circonstance, est d'un faible secours; elle nous donne une sécurité trompeuse. Le *prolapsus secondaire* peut se produire en dehors de toutes les conditions qui favorisent le prolapsus primitif, et par des influences dont nous ne sommes pas les maîtres. Lorsque avec un commencement de cicatrisation de la plaie la chambre antérieure s'est reformée, si les adhérences encore faibles se rompent sous l'influence d'un effort, d'une contraction des muscles de l'œil, l'iris est projeté dans la plaie par l'issue de l'humeur aqueuse. L'accident a lieu le premier ou le deuxième jour. Il s'annonce généralement par une légère douleur dans l'œil et par l'écoulement d'un peu de liquide sur la joue. Le rétablissement précoce de la chambre antérieure et la contraction de la pupille semblent le favoriser. Comme il est souvent déterminé par un effort du malade, il faut imposer le plus grand repos pendant les trois premiers jours et pratiquer l'iridectomie si le sujet est indocile, obèse, atteint de bronchite chronique. Lorsque la hernie est produite, on peut exciser l'iris si on la constate dans les vingt-quatre premières heures. Plus tard, cela est difficile, l'iris devient friable, échappe à la pince et l'œil se déplace violemment au moindre attouchement. Il faut ajourner l'intervention jusqu'à la cicatrisation complète. La hernie, si elle est limitée, peut d'ailleurs disparaître sponta-

nément. S'il se forme un staphylome, au lieu de l'exciser ou avec le couteau de Græfe ou avec les ciseaux, il vaut mieux le détruire au galvanocautère.

M. de Wecker. — J'avoue que l'ésérine n'empêche pas les prolapsus, mais on n'observe pas d'inflammation après ces instillations.

M. Grandclément. — Quand je vois que l'iris a une tendance à la hernie, je l'excise, quel que soit le moment auquel elle s'est produite.

M. Wicherkiewicz. — La forme de la section du lambeau a certainement une influence sur la hernie ; au lieu d'ésérine j'emploie la pilocarpine.

M. Gaupillat. — La compression exercée par le lambeau est souvent une cause de hernie : elle doit être uniforme.

M. Galezowski. — La forme de la plaie est très importante. En combinant l'ancienne méthode de Daviel avec la nouvelle, j'obtiens une plaie semi-elliptique qui, par son éloignement du bord scléro-cornéen, met à l'abri de la hernie.

M. Terson. — Après avoir essayé les différents procédés employés par nos maîtres, qui ont tous leur défauts, j'avais opté pour l'extraction simple avec lambeau inférieur, mais j'ai dû y renoncer pour revenir au lambeau supérieur ; toutefois les statistiques n'ont jamais donné les causes des accidents.

M. Trousseau. — Voulant élucider l'action préventive des instillations d'ésérine sur les hernies de l'iris, j'ai fait l'an dernier 90 extractions simples en usant des myotiques et 80 sans m'en servir. Dans la première série j'ai eu 5 hernies de l'iris, 3 dans la seconde ; d'où je conclus que l'ésérine ne prévient pas les hernies de l'iris. Je crois que la façon de placer le premier pansement joue un grand rôle dans la production de ces hernies ; un bandeau trop serré les favorise. Je m'en suis convaincu tout récemment, ayant observé plusieurs hernies dans ces conditions.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 30 juin 1891

PRÉSIDENCE DE M. TARNIER

Elections.

M. Chauveau est élu membre titulaire dans la section d'anatomie et physiologie, en remplacement de M. Baillarger par 56 voix sur 73 votants, contre 8 à M. Farabeuf, 6 à M. Gréhant, 2 à M. Regnard, 1 à M. Poirier et 2 bulletins blancs.

Elasticité de contraction et médicaments régulateurs du cœur.

M. G. Sée. — M. Dujardin-Beaumetz, à propos de ma communication à la séance du 26 mai dernier, m'a reproché de créer pour le cœur une élasticité spéciale en dehors de sa musculature. Or, je n'ai voulu parler que de la fonction élastique complètement identique ou identifiée avec la fonction contractile du tissu musculaire. M. Chauveau, dans un livre récent, vient précisément de montrer que, pendant tout le temps du travail physiologique du muscle cardiaque, la consommation d'énergie est proportionnelle à la charge de la force élastique et au degré du raccourcissement musculaire ; il y a donc là un parallèle complet entre la consommation d'énergie et la force élastique elle-même. Cette élasticité dépend de la quantité de travail mécanique effectué, de la durée de ce travail, de la composition chimique du muscle et il faut en distinguer la tonicité proprement dite du muscle. Le cœur, il est vrai, possède en lui-même son principe d'action indépendant du système nerveux intra et extra-cardiaque, mais il présente, au point de vue de l'élasticité, une grande analogie avec les muscles de la vie de relation ; c'est un muscle strié. Ces données, de même que la constance des pressions intra-cardiaque et intra-vasculaires, éclairent l'action des médicaments régulateurs de cet organe. Mais qu'est-ce qu'un régulateur de la circulation ? Il serait erronné d'appeler ainsi tout médicament propre à modifier le rythme du cœur ou à le ralentir s'il est accéléré. Lorsqu'on voit les anomalies de pression et de plénitnde dans les artères et les veines, et tous leurs effets disparaître, souvent avec une étonnante rapidité, sous l'influence d'un médicament, il s'agit d'un régulateur ou compensateur ; quand on voit le pouls devenir plus plein, la dyspnée s'amender, l'œdème rétrograder, et cela quand la sécrétion urinaire a dépassé fortement la normale, on a affaire à un agent régulateur ou compensateur avec diurèse ; la digitaline réunit toutes ces qualités.

On ne sait pas davantage ce qu'est un tonique du cœur. La discussion à la Société de thérapeutique l'a prouvé, si bien que M. C. Paul a fini par dire que les toniques sont des diurétiques, comme M. Dujardin-Beaumetz a soutenu lui-même cette identification absolue, en disant que si tous les diurétiques ne sont pas des cardiotoniques, tous les cardiotoniques sont des diurétiques. Il est inutile de relever ces axiomes.

Toute la digitalinisation se résume dans les termes suivants : par tous ses effets sur l'élasticité du cœur, sur l'ampliation du pouls, sur la prolongation de la systole après celle de la diastole, la digitale est plutôt un régulateur de la circulation, un compensateur, qu'un tonique du cœur musculaire. La diurèse qu'elle produit donne souvent lieu de croire que la digitale possède aussi une action spécifique sur l'activité sécrétoire des reins ; mais cette circonstance que la quantité d'urines après la digitale n'augmente pas chez les individus sains, mais seulement chez les hydropiques, montre clairement que la digitale n'opère qu'en surélevant la pression naguère normale.

Il n'y a dans ce cas en réalité que des conditions plus favorables à la diurèse et à l'action régulatrice de la digitale. Ce ne sont pas des lois extra-physiologiques, elles sont parallèles à celles de l'état normal, mais plus nettes, plus accentuées. Dans l'état physiologique, il n'y avait pas de but à remplir, tout était en ordre ; dans le trouble provenant des lésions du cœur, il y a une destination très nette de la digitaline, une régulation à obtenir, une compensation à établir entre les organes déséquilibrés au point de vue circulatoire.

La strophantine est un vaso-constructeur général et violent, qui relève et régularise surtout la circulation périphérique ; elle constitue un médicament cardiaque, plus violent, mais plus temporaire que la digitaline, un réducteur de la sécrétion urinaire par suite de la vaso-constriction rénale. On a attribué le pouvoir diurétique au strophantus ; mais la drogue ne donne qu'une faible diurèse. Ses indications sont donc distinctes de celles de la digitaline. Pour frapper un coup énergique sur la circulation périphérique affaissée, surtout à la suite de lésions centrales non compensées, la strophantine est indiquée plus que la digitaline ; celle-ci, l'est davantage pour régulariser les troubles de toute espèce dont l'ensemble, dyspnée, œdème, stase veineuse, rénale ou anurie, constitue la décompensation plus ou moins grave, plus ou moins complète.

Tandis que les iodures ne sont pas des dépresseurs du pouls, l'iodure de potassium est, au contraire, un vrai cardiaque ou plutôt un régulateur du cœur, c'est-à-dire un moyen infaillible de relever la circulation affaiblie. On voit là ses avantages sur la digitaline et surtout sur la strophantine. Mais ce ne sont pas les seuls ; il faut tenir compte de son pouvoir hyperémiant des organes affaiblis dans leur circulation ; en vertu de ce pouvoir, l'entrée du sang dans les organes est singulièrement facilitée, ce qui décharge le cœur distendu par le sang. La vaso-dilatation des vaisseaux du poumon existe comme pour tous les vaisseaux ; il en résulte une hyperémie du tissu pulmonaire qui lève ainsi les stases veineuses si fréquentes dans les vaisseaux pulmonaires du cardiaque. C'est donc un médicament respiratoire pour le cardiaque ; c'est un agent vasculo-dilatateur pulmonaire, direct, aussi efficace pour le cardiaque que pour l'asthmatique et l'emphysémateux. Il ne lui manque que le pouvoir diurétique. Aussi, nous nous expliquons l'utilité de l'iodure potassique non seulement dans les états de trouble des lésions mitrales, dans les affections dégénératives partielles du myocarde, les dilatations du cœur, le cœur forcé, qui sont aussi du domaine de la digitale, mais, de plus, sa grande supériorité dans les scléroses artérielles du cœur ou angines de poitrine,

dans les arythèmes organiques, les anévrismes de l'aorte, les adiposes cardiaques, qui toutes échappent à la digitaline, à la strophantine.

Tels sont les trois grands moyens cardiaques. La spartéine est parmi eux celui qui agit le plus promptement, le plus sûrement sur l'élasticité du cœur ; nos tracés indiquent la puissance de la spartéine pour relever le ressort du muscle cardiaque.

La convallamarine produit les mêmes effets, mais singulièrement atténués, que la digitaline ; diurétique faible, elle peut être utile temporairement comme succédané ; bien mieux supportée, elle paraît faciliter la respiration.

Quant aux indications de la caféine, elles diffèrent totalement de celles des vrais moyens régulateurs ; c'est un diurétique rénal, un excitant cérébral et bulbaire ; le cœur est variable sous l'influence du café, et, s'il est surexcité, la stimulation provient des centres nerveux et non du cœur directement.

Les indications distinctes que présentent les divers régulateurs du cœur nécessitent une posologie spéciale et précise. Elle peut se résumer comme suit :

Digitaline (de Nativelle) : un demi-milligramme en teinture par jour; puis pendant quatre à cinq jours, dose atténuée.

Strophantine (de Wurtz) : par doses d'un cinquième de milligramme, en teinture ou en granules.

Convallamarine : 0 gr. 30 à 0 gr. 50 en pilules par jour.

Iodure de potassium : 3 grammes par jour pendant cinq à six jours sur sept et continuer indéfiniment ; il faut répartir la dose en trois, la première soit dans du lait, soit dans la bière et cela pendant les repas. N'étaient les craintes d'hyperémies excessives et les tendances hémorrhagiques, on pourrait proclamer l'iodure de potassium comme l'idéal des médicaments du cœur.

Sulfate de spartéine : en solution aqueuse à la dose de 10 à 20 centigrammes en deux ou trois fois chaque jour, à continuer huit à dix jours.

Caféine ou théobromine : la caféine se prescrit avec le salicylate ou le benzoate de soude 1 gramme par jour en injection ou *per os*, pendant trois jours au plus. Avec la théobromine, la dose doit être 5 fois plus considérable ; elle ne se combine, pour être soluble, qu'avec le salicylate on vient de démarquer sous le nom de diurétine, cette combinaison que j'ai fait connaître il y a trois ans ; elle ne produit pas l'excitation cérébrale qu'il faut craindre avec la caféine salicylée.

Fracture du crâne. Trépanation.

M. Houzel (de Boulogne). — Un homme de 46 ans, tombant d'une hauteur de 4 m., se fit une fracture avec enfoncement du pariétal droit ; on le releva avec une hémiplégie droite et une otorrhagie gauche. La plaie explorée, le doigt sentit un enfoncement osseux. Séance tenante, le blessé fut endormi et trépané. Le foyer de fracture une fois mis à nu, en effet, il fut impossible de relever les fragments sans appliquer une couronne, qui permit l'introduction d'une élévatoire. Puis les esquilles furent régularisées à la pince-gouge. Un caillot épais d'un centimètre fut alors accessible et, après son ablation, le cerveau se souleva brusquement, en même temps que la respiration se régularisait. Cela fait, le sang vint en abondance de la partie inférieure de la plaie, car là le trait de fracture, gagnant sur l'occipital, avait ouvert le sinus latéral. Un tamponnement iodoformé serré arrêta cette hémorrhagie. Suture, pansement antiseptique. Sitôt réveillé, le blessé n'était plus hémiplégique et put uriner seul. Mèche et suture furent enlevées au huitième jour, et en peu de temps, la guérison fut complète.

Iodure d'antipyrine.

M. Duroy lit un mémoire sur un *nouvel iodure organique*.

Comité secret.

En comité secret, l'Académie entend la lecture d'un rapport de M. Féréol sur les candidats au titre de correspondant national dans la division de médecine. La liste de présentation est dressée ainsi qu'il suit : 1° M. Pilat (de Lille) ; 2° M. Spillmann (de Nancy) ; 3° M. Liétard (de Plombières) ; 4° *ex æquo* MM. Costa (d'Ajaccio), Laennec (de Nantes) et Layet (de Bordeaux).

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 22 juin 1891.

Sur la glycolyse hématique apparente et réelle et sur une méthode rapide et exacte de dosage du glycogène du sang.

MM. R. Lépine et Barral. — A un chien à l'inanition depuis plus d'un jour on retire du sang artériel, en observant strictement les précautions indiquées dans notre dernière note (Voir *Mercredi*, 1891, p. 280), pour la détermination du pouvoir glycolytique du sang *non* défibriné : une portion de sang tombe, au sortir de l'artère, dans le sulfate de soude à plus de 90°C., pour le dosage du sucre initial, et quatre autres dans quatre ballons renfermant du sable à 39°C. De ces quatre portions, une reste quinze minutes à cette température, une autre trente minutes, une autre quarante-cinq et la dernière une heure. Au bout de ces temps, on dose le sucre dans chacune de ces portions (en versant le sang dans le sulfate de soude à plus de 90°C.). Si l'on représente par 100 la quantité de sucre de la portion traitée au sortir du vaisseau, on obtient, en négligeant les décimales, les chiffres suivants :

		Perte par chaque quart d'heure.
Après 15 minutes à 39°C......	88......	12
— 30 — —	81......	7
— 45 — —	70......	5
— 1 heure —	72......	4

Si l'on procède exactement de même chez un chien bien nourri de soupe, on constate que, dans le premier quart d'heure, la perte, loin d'atteindre 12 0/0, est à peu près nulle.

Pour expliquer ce résultat, on pourrait supposer que le ferment glycolytique se dégage des globules blancs d'une manière plus tardive, si l'animal était bien nourri ; mais cette hypothèse, toute gratuite, n'expliquerait pas pourquoi il y a fréquemment dans le premier quart d'heure, non seulement absence de perte, mais augmentation sensible de sucre. Cette augmentation paraît encore plus fréquente, mais faible d'ailleurs, dans le sérum obtenu par centrifugation du sang d'un chien bien nourri de soupe et maintenu une heure à 39°C. On sait, par nos recherches (Voir *Mercredi*, 1891, p. 105) que le ferment glycolytique, qui est contenu dans les globules blancs, fait défaut dans le sérum. Il faut donc admettre qu'il se produit du sucre dans le sang (et même dans le sérum) de l'animal bien nourri, sans doute aux dépens de la matière glycogène, dont l'existence éventuelle dans le sang a été admise par plusieurs auteurs et sur la constance de laquelle a récemment insisté M. Arnaud.

Pour connaître la quantité de sucre produite aux dépens du glycogène hématique, il faut, par un artifice, empêcher la glycolyse. Pour cela, après l'obtention à plus de 90°C. d'une portion de sang pour le dosage du sucre initial, on en fait tomber quatre autres dans le sable, non à 39°C., mais presque goutte à goutte à 58°C. (Nous avons démontré (Voir *Mercredi*, 1891, p. 44.) que le ferment glycolytique est détruit à 54°C.).

En désignant par 100 le sucre initial, on obtient les chiffres suivants :

		Gain par chaque quart d'heure.
Après 15 minutes à 58°C......	118......	18
— 30 — —	120......	2
— 45 — —	120......	0
— 1 heure —	120......	0

Dans un tel sang, renfermant, comme on voit, une quantité assez considérable de glycogène, on l'isole facilement par la méthode de Brücke.

Dans plusieurs cas, ayant ajouté de la salive au sang, nous n'avons pas observé que la production du sucre fût augmentée. Il paraît donc que le ferment diastasique, dont l'existence dans le sang est bien connue, n'a pas besoin de l'adjonction de salive.

En résumé, si on apprécie fort exactement le pouvoir glycolytique du sang d'un chien *à l'inanition*, en soustrayant la quantité de sucre obtenue après un chauffage d'une heure à 39°C. de la quantité initiale, il n'en est pas de même avec le sang d'un chien bien nourri : chez lui on n'obtient, de cette manière, que la perte *apparente* et non la perte *réelle*. Pour avoir

cette dernière, il faut à la perte apparente ajouter la quantité de sucre qui, en sus de la quantité initiale, s'est produite pendant le même temps. Cette quantité est vraisemblablement égale au gain que l'on obtient rapidement par le chauffage à 58°C.

Comme à cette dernière température la transformation du glycogène en sucre est très prompte, on voit qu'en ne faisant le dosage du sucre qu'au bout d'une heure on est sûr de doser (à l'état de sucre) la totalité du glycogène du sang.

Recherches expérimentales sur l'entraînement musculaire.

M. Charles Henry. — Les expériences de Delbœuf, ainsi que celles que j'ai entreprises sur l'entraînement musculaire, m'ont conduit à formuler une loi mathématique, que j'ai, d'ailleurs, démontrée dans d'autres domaines de la physiologie des sensations.

Or, il ressort de cette loi qu'avant l'apparition de la fatigue, des travaux, exécutés en soulevant des poids gradués suivant certains rapports, non seulement fatiguent moins que les mêmes travaux exécutés en soulevant des poids gradués suivant toute autre loi, mais peuvent même produire un entraînement notable.

En vue des applications pratiques, je tiens à présenter des haltères particuliers, auxquels un dispositif très simple permet d'ajouter successivement les poids supplémentaires nécessaires pour l'entraînement.

Les maladies osseuses des grands singes.

M. Etienne Rollet. — Dans une note présentée le 8 juillet 1889 à l'Académie, j'ai étudié les os longs des grands singes au point de vue anthropologique ; dans celle-ci j'examine les maladies osseuses que l'on rencontre chez eux et je détermine leur nature en les comparant à celles de l'homme.

Ces recherches ont porté sur 79 squelettes appartenant aux musées de Paris et de Lyon : 42 chimpanzés, 26 gorilles, 11 orangs-outangs.

J'ai étudié successivement : 1° la marche de la soudure des épiphyses (phénomène qui explique divers processus pathologiques) ; 2° les cas de fractures, et 3° et 4° les cas d'arthrite déformante et d'ostéo-périostite.

I. *Soudure des épiphyses.* — Chez 24 sujets tout jeunes la soudure des épiphyses à la diaphyse n'est point commencée, nous n'avons rien observé d'anormal en ce qui les concerne. Chez 11 sujets un peu plus âgés (cinq champanzés, trois gorilles, trois orangs), nous notons ce qui suit : quatre d'entre eux présentent uniquement une synostose des épiphyses du coude, deux la soudure au coude et à la hanche, et un seul la soudure au coude et au genou. Chez deux sujets, il y a synostose au coude, à la hanche et au genou, et chez les deux derniers toutes les épiphyses sont réunies, sauf au poignet et à l'épaule.

Nous pouvons donc conclure de ces faits que la marche de la soudure des épiphyses obéit à la même loi chez l'homme et chez le grand singe : toujours début par le coude, terminaison par l'épaule et le poignet. La réunion des épiphyses s'opère dans un ordre déterminé, et le terme de l'accroissement arrive plus tôt au membre inférieur qu'au membre supérieur.

II. *Fractures consolidées.* — J'en ai observé cinq cas (quatre chimpanzés et un orang-outang) : premier cas, fracture du radius au 1/3 moyen, ni raccourcissement, ni déplacement, trois fragments esquilleux réunis ; deuxième cas, fracture du radius au 1/3 supérieur, sans cal exubérant ; troisième cas, fracture de l'humérus au 1/3 moyen, raccourcissement de 1 centimètre ; quatrième cas, fracture de l'humérus au 1/3 inférieur, raccourcissement de 2 centimètres, gros cal, et cinquième cas, fracture de jambe au 1/3 moyen, raccourcissement de 1 centimètre, gros cal.

La consolidation est remarquable, parfaite dans les cas 1 et 2, surtout dans le premier ; dans les observations suivantes, le raccourcissement est peu marqué et les musées d'anatomie pathologique humaine renferment des fractures avec position vicieuse souvent bien plus caractérisée.

III. *Arthrite sèche ou déformante.* — J'en ai trouvé cinq cas sur 16 gorilles adultes : premier cas, arthrite sèche (*morbus coxæ senilis*), lésions au coude et au genou ; deuxième cas, arthrite sèche du coude, luxation consécutive du radius, troisième cas, arthrite sèche des deux genoux ; quatrième cas, lésions semblables au coude, et cinquième cas, même affection au genou.

Chez l'homme, cette arthrite sèche, appelée aussi mal sénile des articulations, est considérée comme une maladie de privations, de misère et d'humidité, c'est la maladie des troglodytes (Charcot, Bouchard). Si c'est une affection de l'homme de la préhistoire du *troglodytes homo*, les observations précédentes montrent que c'est aussi une affection des grands singes et spécialement du *troglodytes gorilla*.

Le gorille qui vit sur le sol humide est prédisposé à l'arthrite déformante (5 cas) : le chimpanzé et l'orang, grands singes surtout grimpeurs, sont plutôt exposés aux fractures (5 cas).

IV. *Lésions inflammatoires des os.* — J'en possède huit observations (5 chimpanzés, 3 gorilles) : première observation, ancienne ostéomyélite infectieuse juxta-épiphysaire de la partie inférieure des os de l'avant-bras, raccourcissement de 10 centimètres, hyperostose, ancienne fistule ; deuxième observation, ancienne ostéomyélite du tibia, hyperostose, ossification du ligament interosseux ; troisième observation, diaphyse du tibia ulcérée superficiellement, fines stalactites, aspect de l'ostéopériostite tuberculeuse ; quatrième observation, à la partie inférieure du radius, petite cavité avec ostéite raréfiante périphérique faisant songer à un tubercule enkysté ; cinquième observation, périostose du radius, du cubitus et du tibia ; sixième observation, tibia et péroné bosselés et arrondis, aspect moniliforme ; septième observation, exostose du cubitus de la grosseur d'une noix, et huitième observation, masse périostique étendue du fémur à l'ischion, périostites costales ostéophytiques multiples.

Toutes ces lésions ressemblent à celles que l'on observe chez l'homme et éveillent l'idée de lésions infectieuses, d'affections tuberculeuses et d'ostéopériostites d'origine traumatique ou consécutives à de vieux ulcères. Chez les grands singes le tibia est, comme chez l'homme, le lieu d'élection des diverses sortes d'ostéite.

En résumé, les anthropoïdes adultes sont atteints des mêmes affections osseuses que l'homme, mais avec une fréquence beaucoup plus grande. En comparant les lésions précédentes avec celles que nous avons notées sur une série de 100 squelettes d'hommes adultes (dont 46 avaient l'âge de soixante ans), nous trouvons :

Chez 100 hommes, 3 fractures anciennes (radius, humérus, jambe), 1 ostéomyélite (jambe) ;

Chez 55 grands singes, 5 fractures anciennes, 5 arthrites sèches, 8 lésions inflammatoires.

On voit par là que les maladies osseuses des grands singes sont très fréquentes, et que leurs analogies avec celles de l'homme méritaient d'être signalées dans cette étude, qui est loin d'être complète, mais qui marque un premier pas dans une voie nouvellement ouverte à la pathologie comparée.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Présidence de M. Terrier

Séance du 24 juin 1891.

Traitement des fractures de la rotule.

M. Lucas-Championnière montre deux malades atteints de fracture de la rotule, traités l'un par la suture osseuse, l'autre par les appareils classiques.

Le malade traité par la griffe de M. Duplay a eu une fracture qui date de 5 mois. Il peut marcher, mais marche mal ; il n'a pas d'extension et ne peut pas porter de fardeau. Ce n'est pas, d'ailleurs, un résultat bien mauvais ; il y en a de plus mauvais à la suite du traitement par les appareils. — L'autre malade a subi, il y a vingt jours, une suture de la rotule pour une fracture de la partie moyenne de cet os. Celui-là, opéré depuis vingt jours seulement, marche très bien, en tout cas bien mieux que l'autre, et il a plus de soixante ans ! — La comparaison de ces deux malades est extrêmement intéressante et cette présentation, destinée, comme le dit M. Championnière, à « illustrer » sa communication, est des plus suggestives. En tout cas, elle impressionne beaucoup les membres de la Société et le public qui assiste à la séance.

Pour ce chirurgien, la question de la thérapeutique des fractures de la rotule par la suture est jugée maintenant. Cette méthode, due à Lister, qui jadis a soulevé tant d'orages à la Société de chirurgie, qui a fait dire à l'un des vieux membres de cette Compagnie que les chirurgiens qui la préconisaient étaient dignes de la cour d'assises, est cependant aujourd'hui encore critiquée en partie. On a fait des réserves, au nom d'une série de finasseries anatomiques, qui ne tiennent pas debout et ne reposent sur rien. Cette fameuse anatomie pathologique, basée *a priori* sur l'anatomie normale et la physiologie de la fracture, n'existe pas : tous ceux qui ont ouvert des genoux avec fractures de la rotule le savent bien. La véritable anatomie pathologique montre, au contraire, que tous les appareils ne peuvent servir absolument à rien. Tous ceux qui ont assisté à des arthrotomies pour cette lésion se demandent : Comment se fait-il que l'on puisse guérir sans intervention ? La griffe de M. Duplay ne vaut rien, pas plus que la ponction. Il faut faire un grand trou pour y voir clair et enlever tous les caillots. Il est illogique de refuser à certaines fractures le bénéfice de la suture. Oh ! si l'on considère l'arthrotomie comme grave, c'est une autre affaire ! Si l'on ne sait pas la faire sans suppuration, certes il vaut beaucoup mieux ne pas toucher au genou.

Si certains malades, traités par des appareils, récupèrent les mouvements du genou en totalité, cela tient à ce que, à force d'efforts et de volonté, en dépit de leur chirurgien, ils arrivent à suppléer à la contraction du triceps qui se fait en vain, dans le vide pour ainsi dire, puisque le point d'appui sur le tibia n'est pas solide. Mais ce ne sont que de véritables acrobates ; d'ailleurs, ils marchent avec une certaine peine et ne peuvent pas porter de fardeau. Un suturé, au contraire, revient complètement à l'état normal en quelques jours (30, 20, 10 jours) et descend facilement un escalier, ce qui est très difficile pour un fracturé non suturé. On a tort de dire que, quand la flexion manque, il faut faire l'extirpation de la rotule ; cette flexion revient toujours si l'on sait attendre. En outre, la suture de la rotule doit se faire avec une certaine technique. Il faut des fils très gros et des fils métalliques ; il est très facile de forer des trous dans l'os pour les passer. Les fils ne coupent jamais les fragments, mais ils cassent s'ils sont trop fins. En somme, il faut suturer toutes les fractures de la rotule. M. Championnière trouverait, d'ailleurs, très naturel qu'on suturât de même bien d'autres fractures. On y viendra sûrement. Il n'y a guère qu'une contre-indication à cette suture : l'âge du sujet ou plutôt l'âge des organes du sujet. Il est évident que s'il s'agit d'un vieillard de 75 ans ou d'un adulte cachectique, il vaut mieux ne pas intervenir.

L'antisepsie est préférable à l'asepsie dans les opérations de ce genre, où il faut à tout prix ne pas avoir d'accidents post-opératoires.

M. Berger. — M. Championnière a exagéré en disant que les résultats étaient toujours mauvais après l'usage des appareils dans les fractures de la rotule. Chez les sujets jeunes, même avec un écart notable, on a de très bons résultats fonctionnels. Il a recherché à Bicêtre les vieillards qui avaient eu jadis des fractures de la rotule, 10 environ. Dans deux cas, il y avait intégrité fonctionnelle ; dans quatre autres, la marche était gênée ; dans les autres il y avait infirmité réelle. Sans acrobatisme et sans suture, les fracturés peuvent obtenir l'extension, monter et descendre des escaliers, porter des fardeaux. Toutefois M. Berger est peu partisan des appareils en général. M. Championnière, en préconisant à outrance la suture seule et en déclarant d'autre part qu'elle est difficile à faire, met dans l'embarras les médecins de province. Comment traiteront-ils, eux, qui ne sauraient affirmer qu'ils n'auront jamais d'accidents, les fracturés de la rotule ? Non, les appareils ont encore du bon et il faut réserver la suture à des cas très particuliers.

M. Kirmisson ne croit pas qu'il faille rejeter, sans autre forme de procès, les appareils. D'ailleurs rien ne prouve que le malade suturé, présenté au 20e jour, guérira très bien ; d'autre part, il a un peu de liquide dans l'article, cet opéré ! Qui dit qu'il ne fera pas d'arthrite, d'où atrophie du triceps ?

M. Richelot appuie les remarques de M. Berger ; il y a des fracturés non suturés qui jouissent du mouvement d'extension, qui peuvent monter et descendre un escalier. Ces bons résultats ne sont nullement exceptionnels. On connaît des cas historiques de fracturés montant à cheval, etc. M. Championnière dit que ce sont des acrobates ; mais non. Ce sont simplement des hommes intelligents qui, à force de patience et d'efforts dirigés dans le même sens, ont pu triompher de leur infirmité. D'ailleurs le massage, l'électricité, peuvent les aider dans cette récupération du mouvement d'extension. Certes les appareils ne sont pas toujours bons ; ils ne réussissent pas et immobilisent trop. M. Championnière est partisan, en fait de fracture de rotule, du tout ou rien. Certes, cela est défendable, mais il faut se souvenir que la moitié des cas guérissent bien sans opération. En résumé, la suture a ses indications, mais les autres traitements aussi.

M. Championnière. — M. Berger est éclectique de nature ; pour moi, ce n'est pas là mon tempérament. Je crois qu'il vaut mieux avoir une opinion à soi. Certes, les appareils peuvent donner de bons résultats. Mais vous reconnaissez vous-même que ces bons résultats ne s'observent que très tardivement, qu'après des efforts inouïs ! La suture au contraire guérit votre homme en 20 jours ou 30 jours. La chirurgie des appareils est trop irrégulière dans ses effets pour qu'on ne cherche pas mieux et il ne faut pas y revenir, quand on a mieux, sous prétexte de finasseries anatomiques. Il ne comprend pas la critique de M. Berger sur la difficulté de l'antisepsie en province ! Il a des élèves qui exercent en province et ont de superbes résultats ! A M. Kirmisson, il répond que le malade présenté guérira radicalement, certainement, parce qu'il est le 35e d'une série dont tous les numéros antérieurs ont radicalement guéri. Il n'y a pas à comparer un instant la chirurgie sanglante et la chirurgie des appareils dans les fractures de la rotule, et la suture est ici supérieure au massage qui vaut mieux d'ailleurs que l'immobilisation pour toutes les fractures.

M. Monod présente un jeune homme opéré d'*orchidopexie* avec un parfait résultat. Il a libéré avec grand soin le cordon, avant de fixer le testicule au fond des bourses.

M. Reynier présente un malade atteint d'absences, sans crises épileptiques, à la suite d'une ancienne *fracture du crâne*. Il a relevé un fragment enfoncé et ces absences ont disparu. Il persiste cependant une paralysie faciale unilatérale qui date de l'accident.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 26 juin 1891

Présidence de M. E. Labbé

Des rashs dans la varicelle.

M. Chauffard. — A propos de la communication faite par M. Galliard à la dernière séance, je tiens à faire remarquer que le rash dans la varicelle n'est peut-être pas aussi rare qu'on pourrait le croire.

J'en ai observé deux exemples dans le service d'Archambault. Dans le premier cas, j'avais diagnostiqué une scarlatine surajoutée à la varicelle, Archambault conclut à un rash, en raison de l'absence d'angine. Dans le second cas, je remarquai que, par la pression de l'ongle, je ne constatais pas la raie blanche caractéristique de la scarlatine. C'est peut-être là un signe nouveau à exploiter pour le diagnostic.

Le rash n'est pas toujours scarlatiniforme ; dans un cas que j'ai observé, il était d'apparence rubéolique. Cette question du rash dans la varicelle pourrait être remise à l'étude.

Sur une variété de stomatite diphthéroïde à staphylocoques (stomatite impétigineuse).

MM. Sevestre et Gastou. — Nous avons observé, dans ces derniers temps, une variété de stomatite, qui se présente en général de la façon suivante : elle affecte d'abord et souvent d'une façon exclusive la face interne des lèvres, parfois aussi certains points de la muqueuse buccale. Elle donne ainsi naissance à des plaques blanchâtres d'apparence diphthéroïde, qui font corps avec la muqueuse. Cette stomatite guérit ordinairement en 6 ou 8 jours et ne présente aucun caractère de gravité.

Cette stomatite s'observe principalement chez les enfants débilités, surtout à la suite de la rougeole et de la coqueluche, mais elle peut être observée indépendamment de ces mala-

dies. Elle coïncide avec le coryza chronique et surtout d'une façon à peu près constante avec l'impétigo de la face.

On pourrait confondre cette variété de stomatite avec la stomatite ulcéro-membraneuse et surtout avec une manifestation de la diphthérie.

La stomatite ulcéro-membraneuse se distingue par sa localisation spéciale (bord libre des gencives et région intermaxillaire de la joue) et par la fétidité si caractéristique de l'haleine.

La stomatite impétigineuse reste toujours localisée à la muqueuse buccale, sans dépasser le bord libre du voile du palais, contrairement à ce qui se voit dans la diphthérie. L'éruption des plaques se fait, pour ainsi dire, en un seul temps et l'on n'observe pas l'envahissement progressif qui se voit si fréquemment dans la diphthérie. Enfin, les plaques sont intimement adhérentes à la muqueuse et ne peuvent être détachées sans effraction.

L'examen bactériologique donne la preuve de la nécessité de séparer cette stomatite diphthéroïde de la diphthérie.

Dans tous les cas, nous avons constaté l'existence presque exclusive du *staphylococcus aureus*. Dans trois cas, il était associé à de rares bacilles, dont la nature n'a pu être précisée et qui ne paraissent jouer qu'un rôle accessoire. La plupart de nos enfants avaient de l'impétigo, or cette affection semble provoquée également par le staphylocoque doré; nous croyons donc pouvoir donner à cette affection le nom de stomatite impétigineuse. Cette relation a été d'ailleurs remarquée par Bergeron, qui a décrit un « impétigo de la muqueuse des lèvres. »

Cette forme particulière de stomatite est importante à connaître et à différencier de la diphthérie. On évitera ainsi d'envoyer dans les pavillons d'isolement des enfants qui, n'ayant pas la diphthérie, risqueraient de la prendre.

Le traitement est très simple, il consistera dans l'antisepsie buccale et la prescription d'un régime tonique.

M. Netter. — Le travail de M. Sevestre confirme les recherches de E. Frænkel, qui trouva le staphylocoque doré sur des plaques de stomatite aphteuse au cours de la fièvre typhoïde. Il y a quelques jours, avec les membranes d'une angine diphthéroïde, j'ai obtenu également des cultures de staphylocoque doré.

M. Comby. — J'ai déjà signalé à la Société clinique l'existence de la stomatite impétigineuse. J'ai observé des enfants chez qui l'impétigo s'accompagnait de tourniolés, de conjonctivite phlycténulaire. Sur le bord libre des lèvres ils avaient des croûtes impétigineuses à cheval sur la peau et la muqueuse.

M. Chantemesse. — La présence des fausses membranes qui tapissent un ou plusieurs points de la bouche ou de la gorge est due presque toujours à une infection secondaire survenue sur une lésion primitive dont les causes sont multiples.

Lorsqu'on pratique l'ablation des amygdales, on voit très souvent survenir, au bout de 24 ou 36 heures, une fausse membrane blanche, adhérente, qui revêt tous les caractères de la fausse membrane diphthéritique. Difficile à détacher, elle récidive sur place, mais elle ne s'étend jamais au delà des points sectionnés par l'amygdalotome. La maladie s'éteint spontanément, après huit ou dix jours de durée. Elle représente assez bien le tableau des angines diphthéroïdes de Lasègue.

Dans plusieurs cas de ce genre, j'ai trouvé avec M. Camescasse des streptocoques, plus rarement des staphylocoques et enfin de petits bacilles qui, par leur forme et leurs caractères de culture, ressemblaient absolument au bacille de la diphthérie; mais les colonies de ce pseudo-bacille étaient rares, et leur inoculation n'a jamais produit aucune infection chez les cobayes.

Les angines pseudo-membraneuses, consécutives à l'ablation des amygdales, ne sont pas diphthéritiques. De nos observations résulte encore ce fait que les pseudo-bacilles de la diphthérie, qui se trouvent fréquemment dans la bouche des gens en bonne santé, ne gagnent pas de la virulence par une culture accidentelle sur une lésion de l'amygdale ou du voile du palais.

Dissociation de la motilité chez un malade dégénéré hystérique

M. F. Raymond présente, en son nom et en celui de M. le Dr Kœnig, un garçon de vingt-huit ans, B..., journalier, sans antécédents héréditaires. A l'âge de sept ans, ce sujet a eu une frayeur au bord d'une rivière et, depuis lors, il a une répugnance invincible à s'approcher des cours d'eau et parfois il est obsédé par le souvenir de ce fait. Pas de trouble intellectuel, ni mental, jusqu'en 1890. Réformé du service militaire pour pied plat. Le caractère était ordinairement gai; pourtant B... avait parfois des idées tristes.

Il y a huit mois, sans cause apparente, tremblement généralisé, difficulté de la parole qui cessait après quelques semaines. Il y a deux mois environ, sans motif appréciable, le tremblement reparait, assez léger pourtant, avec troubles de la parole; fatigue générale. Pas de syphilis ni d'alcoolisme, B... est observé depuis un mois, à Lariboisière, sans qu'il se soit produit de modification dans son état.

Actuellement, ce qui frappe au premier abord, c'est le facies sans expression, le masque de notre sujet, les contractions volontaires des muscles de la face sont lentes, sensation de tension, de raideur à la face. Asymétrie faciale Mémoire diminuée pour les faits récents. Idées tristes. Il ne peut siffler quand on le lui commande, excepté quand on lui ordonne de siffler un air qu'il connaît. Acuité auditive diminuée à droite; perte de l'odorat, du goût, du réflexe pharyngé. Quand il reste quelque temps debout, immobile, il est pris d'un léger tremblement généralisé.

Diminution de la sensibité dans tous ses modes aux membres inférieurs et aux membres supérieurs; la sensibilité presque abolie à l'extrémité reparaît progressivement vers la racine du membre. Plaque d'hyperesthésie dorsale, hyperesthésie testiculaire. Sens génital accru. Réflexes rotuliens normaux, réflexes plantaires abolis. Sens musculaire intact, marche normale.

Quand on lui ordonne de fléchir le bras, ce mouvement se fait avec lenteur et par saccades. Ce trouble moteur ne se produit que lors des mouvements conscients; le malade exécute normalement tous les mouvements inconscients et réflexes. Il en est de même du côté des muscles du cou; rien de semblable aux membres inférieurs.

Quand on interroge B... et qu'il concentre son attention sur ses réponses, la parole est difficile, il a une certaine hésitation à prononcer telle ou telle syllabe; il s'interrompt au milieu des mots comme arrêté par la prononciation d'une lettre, puis cette difficulté vaincue, sans répétition de la syllabe précédente, il termine le mot sans hésitation. Le même trouble de la motilité des mouvements conscients s'observe du côté de la langue et du côté des membres supérieurs.

Quand B... lit à haute voix, en concentrant son attention sur sa lecture, il lit lentement, scande comme un écolier, fait des efforts pour prononcer des syllabes, s'arrête au milieu des mots et les termine avec difficulté. Pendant la lecture, la respiration est irrégulière, suivant la difficulté qu'éprouve B... à lire, elle est surtout diaphragmatique. Ce trouble de la parole disparait quand B... chante, quand il est en colère. Il lit sans difficulté les chiffres même compliqués. Quand son attention n'est pas attirée vers la conversation, il parle facilement et assez vite.

La mémoire des faits récents est diminuée; tandis qu'autrefois il écrivait très correctement, sans fautes d'orthographe, aujourd'hui l'écriture est très difficile et l'orthographe laisse à désirer.

Les paupières sont tombantes et aux trois quarts fermées, les globes oculaires sont dans l'abaissement. Les yeux du malade présentent l'immobilité des muscles extrinsèques de l'œil qui constitue l'ophthalmoplégie externe. Toutefois, elle n'est pas permanente, elle n'existe que pour les mouvements intentionnels et provoqués; s'il s'agit de mouvements inconscients, cette immobilité disparaît.

Les pupilles dilatées ont leurs réactions normales. Achromatopsie. Micromégalopsie. Accommodation normale. Rétrécissement concentrique du champ visuel à 55° des deux côtés. Convergence nulle. Nous désignerons sous le nom d'ophthalmoplégie hystérique les troubles de la motilité oculaire, bien qu'il ne s'agisse pas d'une paralysie vraie des muscles. Déjà, M. Parinaud avait remarqué chez un malade cette abolition,

Des seuls mouvements volontaires de l'œil, le premier fait a été signalé dans une observation de Ballet et une de Bristow.

Il s'agit en somme chez notre sujet d'une ophthalmoplégie externe totale intéressant le releveur de la paupière et toute la musculature externe du globe oculaire; il n'y a pas de symptôme d'ophthalmoplégie interne.

Nous désirons attirer spécialement l'attention sur la dissociation entre les mouvements volontaires et les mouvements inconscients ou réflexes, les uns étant abolis, les autres conservés plus ou moins complètement. Cette dissociation de la motilité existe d'ailleurs du côté des muscles de la face, de la langue et des membres, et nous ne saurions mieux faire que de la comparer à la dissociation de la sensibilité dans la syringomyélie et dans l'hystérie.

D'autre part, on peut observer une dissociation semblable dans des centres présidant à une même fonction, telle que l'accommodation et la convergence qui peuvent être intéressées à des degrés divers et sans qu'il y ait entre les modifications de chacune de ces fonctions une relation absolue. Pour la convergence, M. Parinaud a distingué à juste titre la convergence volontaire et la convergence fonctionnelle, qui peuvent être intéressées séparément.

C'est principalement sur cette différenciation entre les mouvements volontaires et les mouvements inconscients, automatiques, que l'on doit se baser, en dehors des autres symptômes de l'hystérie, pour établir le diagnostic différentiel entre cette forme d'ophthalmoplégie et l'opthalmoplégie externe vraie.

Quant à la localisation de ce trouble de la motilité, M. Ballet a fait ressortir que l'on ne note pas de paralysies bulbaires, dans les cas où l'hystérie existe seule, non associée à une autre affection. Or, s'il est vrai que l'ophthalmoplégie reconnaît pour cause une lésion des noyaux d'origine des nerfs moteurs oculaires, en est-il de même pour la forme d'ophthalmoplégie qui nous occupe, étant donné surtout que les membres, la face, la langue présentent des troubles analogues. On sait que les lésions des noyaux abolissent tous les mouvements, tant inconscients que volontaires; or, en raison de la conservation des mouvements inconscients chez son malade, M. Ballet avait localisé la lésion entre les noyaux bulbaires et les noyaux protubérantiels.

Pour nous, les troubles de la motilité volontaire des membres, des yeux, de la face, le bégaiement, la conservation des mouvements inconscients nous poussent à rapporter ce complexus symptomatique à un trouble cortical, et notre opinion trouve sa confirmation dans les expériences physiologiques de Muck, de Hott et de Schæffer. Ces auteurs ont montré que la faradisation bilatérale de l'écorce frontale et du centre visuel occipital provoque la fixité des globes oculaires, en haut ou en bas. Ce fait tend à démontrer que les modifications fonctionnelles des muscles moteurs sont dues à des troubles centraux. Or, pour Knies, dans ces cas, les mouvements réflexes des globes oculaires sont conservés, tandis que les mouvements volontaires des yeux sont abolis, en raison de ce fait que le premier arc diastaltique servant aux mouvements réflexes n'est point troublé, alors que le second arc diastaltique, qui préside à la fixation concentrée et unit les couches optiques, la sphère visuelle corticale, les noyaux médullaires des nerfs moteurs, est interrompue; il considère les troubles des muscles moteurs comme provoqués par des lésions de l'écorce occipitale, siège de la sphère visuelle et motrice. Ces faits permettent d'entrevoir la localisation possible, dans l'écorce, des phénomènes que nous avons observés.

En résumé, l'ophthalmoplégie peut se rencontrer dans l'hystérie, et alors il peut s'agir non d'une ophthalmoplégie vraie, mais d'un syndrome caractérisé par l'abolition de tous les mouvements des muscles moteurs des yeux et la conservation des mouvements inconscients. Cette dissociation entre la motilité consciente et la motilité inconsciente, tant pour les muscles oculaires que pour ceux de la face et des muscles, paraît avoir son siège dans les centres psycho-moteurs.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Addition à la Séance du 13 juin 1891

De la toxicité des substances solubles des cultures tuberculeuses

M. Ch. Richet. — Il résulte d'expériences que j'ai faites avec M. Héricourt, que les cultures tuberculeuses contiennent une substance toxique pour les lapins tuberculisés, inoffensive pour les lapins sains.

Nous procédions de la façon suivante : la culture tuberculeuse décantée, puis filtrée au papier, était stérilisée et injectée dans la veine de l'oreille chez des lapins normaux et tuberculeux. Ces derniers mouraient le lendemain ou le surlendemain, les autres ne présentaient rien d'anormal.

Nous avons en outre constaté 3 faits importants pour l'étude de la substance toxique contenue dans les cultures tuberculeuses :

1° Une ébullition prolongée et même un chauffage d'une demi-heure à 125° ne la détruisent pas;

2° Elle est dialysable et passe à travers le filtre en terre poreuse ;

3° Elle n'est pas détruite par un contact prolongé avec une solution d'iode à 1 0/00.

Séance du 20 juin.

Mécanisme de quelques néologismes des aliénés

M. Féré. — Les aliénés emploient souvent des mots nouveaux qui prennent naissance suivant les mêmes processus que ceux qui s'introduisent dans le langage ordinaire. Les uns se forment par simple association d'assonances ou de ressemblances (néologismes passifs); d'autres répondent à des sensations ou idées particulières (néologismes actifs). Il est enfin des néologismes qui ne résultent d'aucun de ces mécanismes et qui sont absolument incohérents. Un malade, par ex., prononce uniformément, à la moindre incitation, le mot *crouque*. Il y a là quelque chose d'analogue à ce qu'on voit chez les aphasiques. On peut observer aussi des épileptiques qui répètent après chaque accès l'acte auquel ils se livraient lors de la première attaque.

Empreintes de la pulpe des doigts et du gros orteil.

M. Féré. — Les recherches que j'ai entreprises sur ce sujet chez des épileptiques sont en général confirmatives de celles de Galton. Il faut remarquer que l'asymétrie des empreintes est assez fréquente et s'observe dans la moitié des cas. La tendance à la variation croit du petit doigt au pouce. C'est là un caractère qui s'ajoute à la loi générale d'asymétrie chez les dégénérés, et qui montre comment cette asymétrie peut se retrouver jusque dans des détails très minuscules.

Dégénérescence crétacée des nerfs dans la lèpre anesthésique.

MM. Combemale et Marestang (de Lille). — La névrite scléreuse interstitielle qu'on observe dans la lèpre anesthésique est due très vraisemblablement à la localisation du bacille de Hansen dans le tissu de soutènement des faisceaux primitifs. On peut en outre observer une autre lésion vraiment singulière. Dans un cas de lèpre anesthésique du membre supérieur, le médian et le cubital, outre les lésions de névrite dégénérative et sclérosante, présentaient des dépôts de carbonate et de phosphate de chaux dans les faisceaux scléreux ou à la place des gaines vides. C'est une véritable dégénérescence crétacée des nerfs, qu'il semble légitime de comparer à l'induration crétacée des tubercules, et d'attribuer comme elle à un processus irritatif primitif.

Antagonisme des forces épileptisantes et des forces stupéfiantes contenues dans le vulnéraire; action convulsivante de cette liqueur.

MM. Cadéac et A. Meunier. — De nos recherches sur l'intoxication aiguë ou chronique par le vulnéraire ou eau d'arquebuse, nous croyons pouvoir dégager les conclusions suivantes :

1° Cinq essences épileptisantes entrent dans sa composition : la sauge, l'absinthe, l'hysope, le romarin et le fenouil;

2° La dose de ces éléments réunie dans un litre de vulnéraire est suffisante pour produire l'épilepsie chez un homme de taille moyenne ;

3° Les éléments stupéfiants : thym, serpolet, lavande, rue et mélisse, sont des antagonistes des essences épileptisantes;

4° Les excito-stupéfiants : menthe, origan, angélique, marjolaine, basilic, calament et sarriette, s'ajoutent aux épileptisants au début de leur action et aux stupéfiants pendant leur seconde phase qui est la plus prolongée ;

5° Les effets épileptisants partiellement neutralisés par l'effort combiné des stupéfiants et des excito-stupéfiants sont affaiblis par l'alcool ;

6° L'intoxication aiguë ou chronique par le vulnéraire se traduit par des convulsions choréiques prolongées, des convulsions toniques et cloniques passagères, mais elle n'aboutit jamais à l'attaque épileptique ;

7° Elle produit une irritabilité capable de faire éclater chez la femme, l'enfant ou même chez tous les sujets, des crises hystériques, éclamptiques ou spasmodiques, ou enfin des attaques épileptiques chez des sujets prédisposés.

Parasites des criquets algériens.

M. Giard, au nom de MM. Kunckel d'H. et Langlois, dépose une note ayant trait à une étude des cryptogames entomophytes vivant sur les criquets algériens. Ces parasites n'interviennent qu'après la ponte, et sont incapables d'arrêter la pullulation des embryons. La maladie est d'ailleurs superficielle, et peut tout au plus déformer quelques anneaux du criquet atteint. Le champignon en cause montre un mycelium et des spores, mais on n'a pas pu en obtenir des cultures pures. En somme l'intervention de ces parasites ne semble pas pouvoir être considérée comme un moyen naturel de gêner le développement des criquets algériens.

M. Giard a observé au bois de Meudon un parasite des sauterelles qu'il considère comme identique, et qu'il a pu inoculer avec succès à des animaux indemnes.

Système nerveux du hanneton.

M. Binet. — La disposition des amas ganglionnaires ne se superpose pas à la segmentation en anneaux du corps de l'animal, mais ces amas forment une chaîne ininterrompue. On l'observe bien sur les ganglions thoraciques, essentiellement locomoteurs, qui sont en rapport avec l'innervation des muscles des ailes et des pattes. Il existe au centre des amas une substance ponctuée d'un aspect optique singulier, qui semble dans quelques cas être simplement traversée par les fibres, qui plus souvent en est l'aboutissant. Mais le mode intime de terminaison n'a pas encore été mis en évidence.

Virulence du microbe du tétanos débarrassé de ses toxines.

M. Sanchez-Toledo. — MM. Vaillard et Vincent ont annoncé que les cultures pures sporulées du bacille tétanique débarrassées de leurs toxines et inoculées largement sous la peau d'animaux très réceptifs, ne sont pas susceptibles de se développer au point d'inoculation, ni de provoquer le tétanos. Ces auteurs employaient soit le chauffage qui détruit la toxine et respecte les spores (20 minutes à 65°), soit le lavage prolongé.

Nous avons soumis au contrôle cette affirmation un peu étrange en matière de tétanos et de biologie bactérienne. Pour débarrasser les cultures pures de leurs toxines, nous avons utilisé le chauffage à 70° et même 90° *pendant une heure.* On chauffait en même temps des tubes témoins contenant la culture filtrée, c'est-à-dire la toxine sans microbes. Le contenu de ces derniers inoculé largement n'amenait aucun accident : la toxine avait été détruite. Au contraire l'inoculation des cultures chauffées sans filtration tuait les animaux avec un tétanos type.

De même les cultures largement lavées à l'aide d'un double système de bougies Chamberland, puis recueillies, délayées dans l'eau stérile et injectées amenaient la mort des animaux dans des conditions analogues.

Dans nos expériences, le bacille de Nicolaïer existait dans la plaie d'inoculation à l'état de pureté : il n'exige donc pas pour agir une symbiose bactérienne.

Ainsi, nous n'avons pas vérifié les faits annoncés par MM. Vaillard et Vincent, et leurs déductions sur la pathogénie du tétanos ne peuvent être acceptées.

Séance du 27 juin 1891

Déformation du thorax dans certains cas d'atrophie musculaire.

M. Déjerine. — Dans nos recherches sur l'atrophie musculaire myopathique, nous avons observé, M. Landouzy et moi, une déformation particulière de la cage thoracique, consistant principalement en aplatissement antéro-postérieur. J'ai retrouvé cette déformation dans un cas d'atrpohie musculaire d'origine différente. Il s'agit d'un jeune homme qui, à la suite d'une blennorrhagie, eut des accidents extrêmement graves de pseudo-rhumatisme, compliqués d'atrophies musculaires presque généralisées sauf à la face. Ainsi que le montrent ces photographies, la déformation du thorax existe, la région sternale est enfoncée, l'aplatissement antéro-postérieur est manifeste, le sternum se creuse en évidoir. Chez nos myopathiques jeunes, nous avions pensé à un effondrement consécutif à la disparition des muscles. Il en est sans doute de même dans le cas actuel, dont le rapprochement est d'autant plus intéressant qu'il s'agit d'atrophies musculaires d'origine arthropathique.

Diffusion du poison du tétanos dans l'organisme.

M. Camara Pestana (de Lisbonne). — Des recherches expérimentales m'ont amené aux conclusions suivantes :

1° L'absorption de la toxine du tétanos se fait par le sang ;

2° Les poumons, la rate, les reins, mais principalement le foie, empruntent au sang le principe toxique et le retiennent ;

3° La toxine ne s'élimine pas sensiblement par les urines :

4° Malgré la prédominance si éclatante des phénomènes neuro-musculaires dans le tétanos, on ne parvient pas à mettre en évidence la toxine dans le tissu nerveux et musculaire. Dans tous les examens, le résultat est négatif.

Bacille de Koch dans l'humeur aqueuse des bovidés tuberculeux.

M. Nocard. — L'affirmation de M. Mandrot, qu'on peut faire le diagnostic précoce de la tuberculose des bovidés par l'examen de l'humeur aqueuse, éveillait de si grosses espérances, qu'il n'était pas inutile de la soumettre à contrôle. Deux de mes élèves, MM. Leprince et Geffrier, ont pu examiner à ce point de vue les yeux de 20 animaux tuberculeux provenant de l'abattoir de la Villette ; il s'agissait le plus souvent de tuberculose grave. L'humeur aqueuse a été recueillie avec les précautions nécessaires. Une partie des prises a servi à faire des examens histologiques : ils sont restés tous négatifs. Avec le reste, on a fait des inoculations intra-péritonéales chez des cobayes : la santé et le développement de ces animaux n'ont en rien souffert. Un certain nombre a été sacrifié : il n'existait aucun signe de tuberculose.

Evolution de la prostate chez le chien.

M. Regnauld. — La glande prostatique se développe aux dépens de l'épithélium urèthral, par quatre invaginations tubulaires pleines, deux principales postérieures, deux autres antérieures. Ces tubes se canalisent ultérieurement et émettent des prolongements qui se canalisent à leur tour. Chez le chien adulte, on voit un groupe de tubes confluer vers un carrefour central suivant un mode qui évoque la diaposition des infundibula pulmonaires. Vers 15 ans, la glande s'hypertrophie, et l'augmentation de volume tient principalement à l'augmentation de l'élément musculaire. Des groupes de fibres lisses peuvent même former anneau autour de l'abouchement de certains tubes glandulaires, l'étrangler et l'isoler sur un petit organe qui subit alors la transformation kystique. L'épithélium cylindrique se modifie parallèlement.

Estomac des cétacés

M. A. Pilliet. — Cet organe forme un type à part, différent de l'estomac des ruminants.

Dans un premier groupe d'animaux comprenant les siréniens, les lamantins, etc., on note l'absence de la panse ou diverticule œsophagien, la présence d'un appendice glandulaire compact dans le grand compartiment stomacal, et de deux diverticules creux dans le compartiment suivant (estomac pylorique).

Dans un deuxième groupe comprenant les cétacés proprement dits, dauphins, cachalots, etc., il existe une panse dérivée de l'œsophage, un estomac vrai à cellules granuleuses, et une partie intestiniforme également à cellules granuleuses.

Physiologie du corps restiforme.

M. Laborde. — Voici une grenouille chez qui j'ai fait la piqûre du corps restiforme d'un côté. Elle présente un trouble de l'équilibration, et une tendance à l'entraînement du côté piqué. Mais, de plus, la piqûre a intéressé le noyau sensitif de la cinquième paire et l'animal offre une insensibilité presque complète dans les régions correspondantes de la face et dans la conjonctive.

Or ce syndrome expérimental peut avoir son équivalent en clinique. J'ai observé un malade qui présentait de l'insensibilité de la cornée d'un côté, et une tendance manifeste à l'entraînement latéral. J'ai diagnostiqué une néoformation syphilitique du corps restiforme; et sous l'influence du traitement mixte, le malade est en pleine voie de guérison.

M. Giard communique le résultat de ses études sur la transmission aux vers à soie, grâce à une petite lésion externe, d'un champignon qui vit en parasite sur le hanneton. Les résultats sont positifs après une certaine période d'incubation, parfois fort longue.

M. d'Arsonval présente un appareil qui lui a servi à prendre les courbes qui établissent la relation entre la forme de la contraction musculaire et la forme de l'onde électrique qui la provoque. En ce qui concerne l'application à la fonte des tumeurs, il pense qu'il ne s'agit pas d'un effet électrolytique, mais d'une action excitante directe ou réflexe de l'agent électrique sur les éléments des tissus.

M. Manouvrier étudie le poids du cerveau et ses rapports avec le reste de l'organisme et avec le fonctionnement intellectuel.

M. Chabry présente un appareil (en forme de bombe) à l'aide duquel on peut obtenir, par décomposition électrique de l'eau, de très hautes pressions (1,200 atm.), utilisables pour l'expérimentation.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 26 *juin* 1891.

Sarcôme du sein chez une femme en lactation.

M. Chrétien (de Poitiers) présente le sein d'une femme qui nourrissait son enfant depuis quelque temps. Après examen, on constata que la glande mammaire augmentée de volume en peu de jours contenait des noyaux de consistance dure à côté de portions plus molles.

On pratiqua l'amputation du sein malade et l'opération fut suivie d'une prompte guérison. Le sein est encore gorgé de lait par places; on y trouve des cavités kystiques; la tumeur, d'aspect homogène à la coupe, est formée de cellules fusiformes à faisceaux multiples.

M. Cornil a observé une femme en état de lactation qui avait un cancer du sein : M. Trélat l'amputa ; l'autre sein se prit : on l'opéra encore ; mais cette femme mourut dix-huit mois après, de cancer généralisé. La lactation donne un coup de fouet à la diathèse cancéreuse. De plus, il est dangereux de faire allaiter les enfants par ces malades : il peut y avoir inoculation de produits cancéreux, comme l'a expérimenté M. Morau sur les souris.

M. Delbet a connu un enfant mort de cette façon ; il y avait eu généralisation cancéreuse ; la mère avait une tumeur de même nature au sein.

Accidents secondaires à deux chancres contemporains.

M. Laumet (de Troyes) a observé un malade atteint de deux chancres situés dans le repli balano-préputial, suivis de plaques muqueuses pharyngiennes. Il y eut, comme lésions intéressantes, deux plaques muqueuses situées sur la conjonctive du côté du grand angle de l'œil droit.

Plaie du sinus latéral.

M. Genouville présente le crâne d'un enfant qui reçut un coup de pied de cheval à la région temporale droite. A l'examen on sentait une large esquille qu'on se proposa d'enlever : l'enfant était dans le coma depuis le traumatisme. On trouva l'esquille représentée par la moitié inférieure du pariétal droit. La matière cérébrale faisait hernie dans la plaie qui était déjà infectée. En enlevant l'esquille, il se produisit une hémorrhagie qui provenait du sinus latéral. Celui-ci en effet avait été blessé par l'angle de l'esquille qui était sans doute demeurée appliquée contre le sinus et fermait ainsi la plaie. L'enfant est mort de méningo-encéphalite.

Fracture de la base du crâne.

M. Cazenave présente une pyramide pétreuse isolée des parties osseuses voisines après traumatisme.

Il y avait eu otorrhagie et écoulement de liquide céphalo-rachidien. Le malade entra rapidement dans le coma, et mourut. On avait trouvé dans le liquide céphalo-rachidien des streptocoques. La méningo-encéphalite, cause de la mort, avait pour porte d'entrée la région pharyngienne, car on trouva une fracture compliquée de la portion osseuse de la trompe d'Eustache. Il est intéressant de noter qu'il n'y avait pas eu de paralysie faciale.

Infection purulente.

M. Rémond rapporte l'histoire d'une femme atteinte de furoncles, dont on examina le pus trois jours avant la mort ; celui-ci ne contenait que des staphylocoques et des pneumocoques ; il n'y avait pas de streptocoques. Cependant la femme est morte avec les symptômes d'infection purulente. A l'autopsie on trouva des abcès miliaires dans tous les organes.

M. Cornil fait remarquer qu'il y a peut-être des streptocoques dans le pus des abcès viscéraux, et qu'il a pu en apparaître dans les furoncles depuis l'examen bactériologique, bien qu'il ne précédât la mort que de 3 jours.

Lithiase rénale.

M. Rémond présente l'appareil urinaire d'un homme qu'on opéra de néphrotomie pour lithiase rénale; le malade fut atteint d'urémie et mourut. On trouva les deux reins malades (néphrite diffuse).

Dilatation bronchique.

M. Sottas présente les poumons d'un malade atteint de dilatation bronchique. Il a fait des coupes histologiques pour montrer le caractère de l'épithélium des ampoules bronchiques; il est cubique.

Grossesse extra-utérine.

M. Martin-Dürr présente les organes génitaux internes d'une femme morte de rupture tubaire pendant une grossesse extra-utérine. Le fœtus date de 3 mois 1/2 environ. Le placenta s'insérait du côté externe de la trompe droite qui adhérait au gros intestin.

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE DE BERLIN

Séance du 15 *juin* 1891.

Invagination intestinale.

M. Krœnig présente les pièces provenant d'un enfant atteint d'invagination ilio-colique.

L'enfant en question fut pris brusquement de vomissements et de selles sanguinolentes. A l'examen on trouvait le ventre ballonné, et à la palpation on sentait nettement, dans la fosse iliaque gauche, une tumeur cylindrique tendue, légèrement mobile. En introduisant le doigt dans le rectum, on

sentait très haut une sorte de bourrelet qui donnait la sensation d'un col utérin. On fit le diagnostic d'invagination. Sous l'influence d'un traitement approprié, il survint une légère amélioration, mais trois jours après les phénomènes devinrent plus accusés et le malade succomba 3 jours après le début de son affection.

Un cas de difformités multiples.

M. Guttmann présente un individu de 34 ans, porteur des difformités congénitales suivantes : 1° Absence ou du moins développement embryonnaire des deux pectoraux du côté droit, avec raccourcissement sur la clavicule droite; 2° petitesse frappante de tous les muscles du membre supérieur droit ; 3° raccourcissement de la main droite dont les doigts sont réunis par une sorte de membrane sur toute la hauteur des phalanges et des phanlangines.

Immobilité pupillaire d'origine hémi-anoptique.

M. Leyden présente le cerveau d'une malade qui pendant la vie a présenté ce symptôme décrit pour la première fois par Wernicke.

L'hémi-anopsie n'est pas rare dans les apoplexies cérébrales. Seulement dans ces cas la réaction des pupilles n'est pas toujours la même, de sorte que si l'on éclaire le côté anesthésié de la rétine, la contraction de la pupille se manifeste dans certains cas, mais fait défaut dans d'autres. Ce fait permet de faire le diagnostic exact du siège de la lésion. L'arc réflexe qui réunit le moteur oculaire à l'optique passe par les tubercules quadrijumeaux. Si le foyer siège *avant* les tubercules quadrijumeaux, la réaction de la pupille n'existe pas ; au contraire, si la lésion est située entre les tubercules quadrijumeaux et les lobes occipitaux, cette réaction de la pupille existe.

Chez la malade en question, l'autopsie a permis de confirmer la réalité des faits avancés par cette théorie. Il s'agit d'une femme de 69 ans qui, à la suite d'une seconde attaque d'apoplexie, fut prise d'hémiplégie gauche et de paralysie faciale gauche. Il y avait une déviation conjuguée des globes oculaires à droite, et hémi-anopsie manifeste du même côté correspondant à la moitié droite de la rétine (champ visuel gauche). En éclairant cette moitié de la rétine, on ne provoquait pas de contraction de la pupille, tandis que cette contraction survenait quand on projetait la lumière sur la moitié gauche de la rétine. Le diagnostic d'une lésion de bandelettes optiques fut confirmée à l'autopsie.

Injections de sperme.

M. Fürbringer a essayé la méthode de Brown-Séquard chez des vieillards et des gens affaiblis. Comme liquide il a employé le produit des éjaculations de jeunes mariés n'ayant pas d'enfants et chez lesquels il s'agissait de savoir si la stérilité tenait au mari ou à la femme. Le liquide était dilué dans six fois son volume de thymol. On y ajoutait une goutte de potasse et on filtrait.

Les résultats furent absolument négatifs.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 17 juin

Les dangers de la tuberculine.

M. Fürbringer. — On connait maintenant les dangers de la tuberculine. Mais pour juger la valeur de la méthode, il manquait jusqu'à présent une statistique comparée des résultats du traitement par la tuberculine et par les autres méthodes.

Dans le traitement par la tuberculine, la mort est produite le plus souvent par la pneumonie caséeuse, la tuberculose aiguë pulmonaire, et la tuberculose miliaire généralisée, plus rarement par la paralysie cardiaque pendant la réaction ou la perforation de l'intestin ou de la plèvre.

Pour juger la valeur de la tuberculine, M. Fürbringer a noté la fréquence de ces lésions à l'autopsie de tuberculeux traités par la tuberculine et des tuberculeux traités par d'autres méthodes. Il possède 14 autopsies de la première catégorie, et 142 de la seconde.

Voici les résultats de ces examens :

1) Pneumonie caséeuse très étendue, a été observée 6 fois chez les individus de la première catégorie, 21 fois chez ceux de la seconde.

2) Tuberculose miliaire diffuse des poumons, 6 fois chez les premiers, 9 fois chez les seconds.

3) Tuberculose miliaire généralisée, 3 fois chez les premiers, 14 chez les seconds.

Autrement dit,

La mortalité par pneumonie caséeuse est de 33 0/0 avec la tuberculine et de 15 0/0 avec les autres méthodes ;

Par tuberculose miliaire pulmonaire, 43 0/0 avec la tuberculine et de 6 0/0 avec les autres méthodes ;

Par tuberculose miliaire générale, 21 0/0 avec la tuberculine et de 10 0/0 avec les autres méthodes.

Ces chiffres, surtout ceux qui sont relatifs à la tuberculose miliaire pulmonaire, montrent suffisamment que la tuberculine provoque une dissémination du processus dans les poumons. Fait curieux, dans beaucoup de cas la tuberculose miliaire généralisée trouvée à l'autopsie, était une véritable surprise que rien ne pouvait faire soupçonner.

M. Virchow. — On ne fait plus d'injection de tuberculine à la Charité. Depuis le mois de décembre on autopsia encore 54 sujets, dont 3 ne furent même pas tuberculeux. Sur les 51 qui restent, on trouva 31 fois des éruptions récentes de tubercules, 3 fois une tuberculose miliaire généralisée ; parmi ces derniers se trouva un malade qui fut considéré par M. Fræntzel comme un exemple de la valeur curative de la tuberculine.

M. Ewald. — Les rôles paraissent intervertis. M. Fürbringer, ancien partisan de M. Koch, l'attaque maintenant. Je fus parmi les adversaires résolus, mais j'avoue avoir obtenu de bons résultats chez 9 malades chez lesquels j'ai employé des doses minimes de tuberculine.

AUTRICHE

SOCIÉTÉ DES MÉDECINS DE BUDA-PESTH

Recherches expérimentales sur les coliques saturnines.

M. Bokai a fait des expériences sur des lapins qui recevaient tous les jours sous la peau et dans l'estomac 1 à 5 centigr. de saccharure de plomb. Les animaux étaient ensuite examinés du 16e au 46e jour, dans le bain de Sanders. Quand l'intoxication durait depuis un certain temps, on trouvait du tremblement, des contractions toniques dans certains muscles, des paralysies et de l'hypéresthésie, de la constipation, de la perte d'appétit et de l'amaigrissement, bref tout le syndrome de l'intoxication saturnine. Les intestins mis à nu étaient pâles, anémiés, couleur de cire, et ne devenaient rouges que sous l'influence de l'excitation mécanique. L'intestin grêle était ordinairement vide, le gros intestin rempli de matières fécales dures. La sécheresse et l'anémie de l'intestin sont dues à la contraction des vaisseaux survenant sous l'influence des sels de plomb. Sous l'influence des excitations mécaniques, les mouvements péristaltiques devenaient très vifs, et pour les arrêter on devait employer des doses élevées de morphine, ce qui montre la surexcitabilité des nerfs de l'intestin chez les animaux intoxiqués.

Dans le traitement de la colique de plomb l'opium peut avantageusement être combiné avec du chloral et de la paraldéhyde à dose non sommifère, car dans ces conditions ces substances dilatent les vaisseaux.

M. Donath fait remarquer que les recherches de M. Bokai sur l'action constrictrice du plomb concordent avec certains faits de neuro-pathologie. Les paralysies qu'on observe ne sont pas en rapport avec les nerfs périphériques, mais avec les grandes cellules motrices des cornes antérieures, comme c'est du reste le cas dans les autres formes de poliomyélite. Il est possible que le plomb s'accumule dans les centres nerveux, comme les autres métaux actifs et les alcaloïdes. Mais on n'a pas encore fait de recherches chimiques sous ce rapport.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON·
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

N° 27. — 8 JUILLET 1891 LE NUMÉRO QUINZE CENTIMES

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

PUBLIÉ PAR

LA GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Et servi gratuitement à tous les abonnés de ce journal

ABONNEMENTS SPÉCIAUX POUR MM. LES ÉTUDIANTS. — UN AN : 6 FRANCS

L. LEREBOULLET, Rédacteur en chef. — A. BROCA, Secrétaire de la Rédaction

Librairie de G. MASSON, 120, boulevard Saint-Germain.

SOMMAIRE

ACTES DES FACULTÉS DE MÉDECINE

PARIS

Theses du 13 au 18 juillet 1891.

Mercredi 15. — M. Caron. Essai sur la faradisation intra-stomacale dans la médication de certains vomissements rebelles. — M. Angibaud. Contribution à l'étude de la tuberculose verruqueuse de la peau.

Jeudi 16. — M. Kyriakides. Contribution à l'étude des dilatations gastriques et du régime qui leur convient. — M. Maureau. De l'importation du paludisme à l'île de la Réunion. — M. Janicot. Tachycardie essentielle. Modalités cliniques. — M. Eon du Val. Des doses de chlorhydrate de cocaïne qui peuvent être administrées par l'estomac grâce à l'action antitoxique du foie. — M. Aubert. Etude sur les abcès aréolaires du foie. — M. Morin. Traitement des kystes hydatiques du foie par les lavages et les injections antiseptiques. — M. Damain. Etude sur la malignité et les infections secondaires dans la scarlatine. — M. Pingat. De la prophylaxie des abcès du sein pendant la grossesse et l'allaitement. — M. David. Contribution à l'étude du traitement des tuberculoses ganglionnaires par l'emploi du naphtol camphré. — M. Lacaze. Contribution à l'étude du prolapsus utérin chez la vieille femme. Son traitement par la colpopexie indirecte. — M. Boudaille. Contribution à l'étude des hernies inguinales congénitales chez la femme et des hernies de l'ovaire. — M. Chevalier. De l'intervention chirurgicale dans les tumeurs malignes du rein.

Vendredi 17. — Un cas d'hémorrhagie ombilicale incoercible chez un nouveau-né et quelques remarques sur la diathèse hémorrhagique. — M. Gapin. Contribution à l'étude des abcès des sinus maxillaires. — M. Moisson. Des différentes méthodes d'oblitération des pertes de substance du crâne.

Samedi 18. — M. Luyt. M. Gontard. Des hémorrhagies spontanées de l'appareil de la vision chez les adolescents. — M. de Vlaccos. De la suture primitive de la vessie à la suite de la taille hypogastrique. — M. Chevallier. Etude sur le myxome. — M. Bouvet. Etude critique sur la pathogénie des kystes des mâchoires.

Clinicat. — *Maladies mentales.* M. Pactet est nommé chef de clinique et M. Sollier chef adjoint.

Clinique obstétricale. — M. le Dr Varnier est nommé chef de clinique.

BORDEAUX

Clinicat chirurgical. — Ont été nommés, après concours, MM. Barret de Nazaris et Faye.

MONTPELLIER

Thèses de l'année 1890 1891.

Puech. Des abouchements congénitaux du rectum à la vulve et au vagin. — Hadji. Lipome sous-conjonctival. — Folie Desjardins. De l'amaurose et de sa valeur séméiologique dans l'évolution de l'ataxie locomotrice. — Hennequin. Quelques considérations sur le cancer primitif du larynx. — Hervé. De l'emploi de la térébenthine et de l'opium associés dans les hémorrhagies capillaires. — Campagne. Etude médico-psychologique. Suicideurs et folies frustes. (*à suivre*).

VARIÉTÉS

Bureau central en médecine. — Le concours vient de se terminer par la nomination de MM. Œttinger et Le Gendre.

Prix Vincent. — La Société médicale des hôpitaux a reçu, de Mme veuve Vincent, la somme de 1,000 francs, pour la fondation d'un prix destiné au meilleur travail sur « *l'angine de poitrine symptomatique d'une affection organique du cœur et de l'artériosclérose* ». Ce prix, qui porte le nom de prix Auguste Vincent, devait être donné le 1er juillet 1891. La Société, n'ayant pas reçu de mémoire sur la question, remet l'échéance au 1er novembre 1891. Les candidats sont donc priés de faire parvenir leurs mémoires à M. le *secrétaire général* de la Société des hôpitaux, 3, rue de l'Abbaye, avant le 1er novembre 1891.

Société française de dermatologie et de syphiligraphie. — Ordre du jour de la séance du jeudi 9 juillet.

M. Brocq. Un cas de mycosis fongoïde généralisée. — M. Hallopeau : 1° Sarcome du voile du palais et du pharynx; 2° Syphilomes multiples des os intéressant plusieurs corps vertébraux. — MM. Besnier et Vidal. Nouvelle présentation de la malade atteinte de rhinosclérome. — M. Jacquet. Recherches histologiques et bactériologiques complétant l'observation précédente. — M. Vidal. Présentation du moulage d'un autre cas (inédit) de rhinosclérome. — M. Humbert. De l'excision du chancre syphilitique. — M. Paul Raymond. Recherches sur la trichorrexis nodosa. — M. Feulard. De l'emploi du sérum de chien dans le traitement du lupus. — M. Richardière. De l'éléphantiasis nostras. — M. Morel-Lavallée. Un cas de maladie de Weir-Mitchell. — M. A. Renault. Sur la syphilide pigmentaire. — M. Arnozan (de Bordeaux). Un cas de pseudo pelade disséminée. — M. Viennois (de Lyon). De l'amputation spontanée des orteils chez les syphilitiques par un processus ulcéreux, phagédénique, térébrant. — M. Jacquet. Note sur un cas de Lichen plan traité par l'hydrothérapie.

Concours de chirurgien à l'Hôpital de Berck-sur-Mer. *Conditions d'admission.* — Les candidats doivent, en outre de la qualité de Français, justifier de 5 années de doctorat, à l'exception toutefois des anciens internes en médecine et en chirurgie des hôpitaux et hospices de Paris ayant accompli 4 années entières d'exercice, qui peuvent concourir après une année de doctorat.

Composition du jury. — Le jury comprend 5 chirurgiens et 2 médecins, en tout 7 membres qui sont pris parmi les chirurgiens et les médecins des hôpitaux, en exercice ou honoraires : l'un des 2 médecins à désigner est tiré au sort parmi les médecins des hôpitaux d'enfants.

Nomenclature des épreuves. — Les épreuves du concours sont réglées ainsi qu'il suit : *Epreuve d'admissibilité.* — 1° Une composition écrite sur un sujet de pathologie pour la rédaction de laquelle il est accordé deux heures; 2° Une épreuve clinique sur un malade atteint d'une affection chirurgicale. Il est accordé à chaque candidat 10 minutes pour l'examen du malade et 15 minutes pour développer oralement devant le jury son opinion sur ce malade, après 15 minutes de réflexion.

Epreuves définitives. — 1° Une épreuve clinique sur deux enfants atteints d'affection chirurgicale; il est accordé à chaque candidat pour l'examen de ces malades 20 minutes dont il pourra disposer à son gré et 30 minutes pour la dissertation orale devant le jury, après 10 minutes de réflexion; 2° Une épreuve de médecine opératoire consistant en 2 opérations sur le cadavre. Le maximum des points à attribuer pour chacune de ces épreuves sera fixé comme il est dit ci-après : Epreuves d'admissibilité pour la composition écrite, 30 points; — pour l'épreuve clinique sur un malade, 20 points. Epreuves définitives pour l'épreuve clinique sur deux malades, 30 points; — pour les deux opérations sur le cadavre, 30 points.

Le concours sera ouvert dans la 2e quinzaine du mois d'octobre prochain.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE

Méthode de transformation prompte des produits tuberculeux des articulations et de certaines autres parties du corps humain, Communicatoin à l'Académie des Sciences par le professeur Lannelongue.

Il y a maintenant quatre mois que j'ai entrepris sur l'homme les premiers essais d'une méthode de traitement des produits tuberculeux. Durant ce temps je l'ai appliquée aux diverses modalités de l'affection tuberculeuse, aux types dont les manifestations montrent avec évidence les étapes successives de son évolution, depuis la période initiale de l'infection, jusqu'aux degrés les plus avancés comprenant la mortification des tissus ou leur déchéance très avancée.

Les résultats obtenus, observés avec le soin et la rigueur que comporte une pareille étude, me paraissent devoir être divulgués aujourd'hui pour être désormais soumis à un libre examen et au jugement de tous. D'une part l'importance du sujet l'exige, d'autre part, la simplicité de la méthode et la promptitude de ses effets permettront vite au plus modeste praticien comme à l'expérimentateur le plus habile d'en apprécier la valeur.

Il ne s'agit pas d'ailleurs, telle est du moins ma conviction, d'un remède spécifique visant spécialement et uniquement le bacille, qu'il détruirait dans un délai rapide. Il s'agit de l'emploi d'un agent chimique, jouissant de propriétés spéciales à l'égard des tissus vivants ; cet agent, antiseptique assez puissant, est le chlorure de zinc, employé suivant une méthode particulière, dont je préciserai plus tard les détails.

La lésion que produit le bacille tuberculeux étant presque toujours localisée en une place déterminée de l'organisme, il m'a semblé que c'était en ce lieu que devait s'exercer avec le plus de succès toute action médiatrice; il m'a semblé aussi qu'on imiterait de tous points le travail naturel de guérison si on parvenait à transformer un tissu fibreux en un tissu représentant les cicatrices ou le processus curatif de presque toutes les altérations organiques, le tissu morbide composé d'éléments destinés à dégénérer presque toujours et à devenir, dans l'immense majorité des cas, des foyers d'infection pour les parties voisines d'abord, pour les régions plus éloignées ensuite, pour l'économie tout entière enfin.

En un mot, la méthode a pour but de scléroser le tissu tuberculeux quel qu'en soit le siège ; elle cherche la condition qui semble la plus contraire à l'existence du bacille, puisque cet agent disparaît ou se montre impuissant lorsqu'elle se trouve réalisée.

La méthode que je préconise consiste à faire pénétrer l'agent thérapeutique, choisi pour des raisons spéciales, non point dans les fongosités, ni dans les foyers tuberculeux, mais en dehors d'eux et autour d'eux seulement. La constitution anatomique et le mode d'accroissement des foyers tuberculeux viennent tout d'abord plaider avantageusement en sa faveur. En effet, tandis qu'à la périphérie de ces foyers se trouvent les processus les plus récents et jeunes, on ne rencontre au centre que des produits d'un autre âge et dégénérés, frappés de mort ou en voie de nécrobiose. Cela revient à dire que la fonction bacillaire s'accomplit toujours excentriquement et que les tissus normaux formant la limite du foyer morbide sont comme une matrice élaborant sans cesse, sous l'incitation du bacille, les néoplasmes tuberculeux qui se propagent de la sorte de proche en proche et par continuité de tissu.

De là l'obligation de modifier avant tout la couche périphérique où se fait l'ensemencement; mais il est aussi essentiel d'opérer la transformation de la couche farcie de tubercules où le bacille est en plein travail. On ne doit pas oublier d'ailleurs que la zone où siègent les altérations spécifiques reçoit ses vaisseaux, c'est-à-dire les éléments de sa nutrition, de la couche périphérique qui se continue avec elle.

L'expérimentation enseigne que le chlorure de zinc produit une transformation fibroïde remarquable dans les tissus normaux des animaux. Or on obtient les mêmes effets sur les tissus altérés, sur le tissu tuberculeux en particulier. Le médicament fixe, en les tuant, les éléments anatomiques au point où il est déposé et même à une plus grande distance; il oblitère un certain nombre de capillaires et de petits vaisseaux; il provoque enfin une irritation inflammatoire des parois vasculaires qui rétrécit le calibre des artères et des veines dans une étendue notable, parfois éloignée du point initial.

Mais il se produit, en même temps, une modification locale d'une importance bien autrement grande. Très rapidement, presque en quelques heures, il se fait au sein des tissus altérés, par diapédèse et probablement aussi par prolifération cellulaire, un afflux énorme de nouveaux éléments anatomiques. L'irruption soudaine et intense des jeunes cellules a lieu non seulement au point d'application du remède, mais aussi à une certaine distance par diffusion de l'agent thérapeutique; ces cellules empâtent la périphérie des fongosités comme elles infiltrent dans de fortes proportions le néoplasme tuberculeux. L'afflux des éléments embryonnaires au lieu intéressé est énorme; nous l'avons étudié dans les poumons, le foie, les muscles, le tissu cellulaire des animaux et aussi chez l'homme. On peut, d'après les dessins que je présente, juger de l'abondance de la prolifération et de la richesse extrême de l'ancien tissu en nouveaux éléments.

La lutte s'établit dès ce moment entre les éléments amoncelés et le bacille, particulièrement entre les cellules migratrices et cet agent, en vue de l'absorber et de le détruire. Quoi qu'il en soit de cette hypothèse, les éléments du tissu morbide que l'agent thérapeutique avait fixés par son contact se résorbent lentement et disparaissent, repris par l'organisme; les jeunes cellules au contraire s'organisent avec une grande activité et constituent un tissu fibreux, serré, d'autant plus compact que les vaisseaux y sont moins nombreux et plus d'un petit calibre; peut-être même l'altération de ces vaisseaux, se poursuivant loin du lieu de l'injection, propage-t-elle l'irritation dans les tissus qu'ils alimentent.

On peut apprécier dès le lendemain de l'intervention la formation du nouveau tissu, dont les qualités s'affirment rapidement si on a eu recours à une solution au dixième. A la sclérose des fongosités articulaires s'ajoute un ostéome sous-périosté diffus avec condensation osseuse, si l'on a pris soin d'intéresser le périoste au travail de réparation, ce que je fais dans la plupart des cas d'ostéo-arthrites tuberculeuses.

L'évolution ultérieure, autant que j'en puis juger par mes résultats cliniques, accuse une tendance marquée vers le retour des tissus scléreux à un tissu conjonctif plus lâche. Il en résulte que les parties reprennent leur souplesse et leur forme et que les fonctions des organes locomoteurs se trouvent conservées en entier ou tout au moins dans les limites où elles existaient au début du traitement.

Ces documents seront complétés par les développements que je présenterai demain à l'Académie de médecine sur la technique de la méthode, sur les expériences entreprises avec M. Achard, sur les malades traités enfin

Sans m'y étendre, je crois cependant devoir énoncer ici les premiers résultats.

Vingt-trois malades ont été soumis au traitement, mais je n'en puis compter que 22, parce que l'un des patients, déjà traité par la lymphe de Koch, a été repris par sa famille après la première injection.

Les 22 autres se décomposent ainsi : 8 ostéo-arthrites tuberculeuses du genou, 5 arthrites du cou-de-pied, 1 arthrite du coude, 2 plaques fongueuses du thorax avec lésion probable des côtes, 1 sujet atteint de spina ventosa, 3 malades atteints d'adénites tuberculeuses cervicales multiples, 2 tuberculoses pulmonaires. Ces deux derniers sujets ont bien supporté les injections, mais elles sont trop récentes pour qu'on puisse parler des malades. Chez les 20 autres malades, l'évolution du processus provoqué accuse invariablement une tendance réparatrice des plus manifestes, mais pour mieux l'apprécier on doit diviser les faits en trois groupes : 1° tuberculoses non suppurées et non ouvertes ; 2° tuberculoses suppurées et non ouvertes ; 3° tuberculoses suppurées et ouvertes.

1° *Tuberculoses suppurées et non ouvertes.* — Ce groupe comprend 6 genoux, 2 plaques fongueuses thoraciciques, 1 coude, 1 adénite, 1 cou-de-pied, en tout onze cas. La sclérose des fongosités a été obtenue promptement. Deux sujets atteint de tumeur blanche au genou se lèvent et marchent toute la journée depuis un mois ; les fonctions sont complètes et la forme elle-même est à peu près rétablie. Un autre sujet injecté depuis moins longtemps se lève ; sur les trois derniers genoux, un est sur le point de marcher, les deux autres n'ont été injectés que le 4 et le 13 juin, l'un de ces derniers sujets n'a été injecté qu'une fois. Je considère que la transformation de la synoviale est accomplie dans tous ces cas.

Les deux malades atteint de tuberculose thoracique ont depuis longtemps quitté l'hôpital et rien n'est survenu depuis deux mois. Le coude jouit de tous ses mouvements et l'arthrite tibio-tarsienne attend que je lui permette de se lever. Le ganglion traité gros comme une noix a un volume réduit des 3/4 et il adhère aux tissus voisins.

2° *Tuberculoses non ouvertes et suppurées.* — Ce groupe contient 2 tumeurs blanches du genou, 2 tibio-tarsiennes, 1 spina ventosa, 2 adénites, en tout 7 cas. La sclérose est complète aux deux genoux ; chez l'un des malades, j'ai réséqué une partie de la synoviale et chez l'autre j'ai dû gratter un noyau fémoral ; les tumeurs blanches tibio-tarsiennes, injectées seulement le 19 et le 23 juin, sont dans la meilleure voie. Les 2 spina ventosa sont guéris. Le traitement a révélé de la suppuration et de gros foyers caséeux dans les adénites. On a ouvert les foyers purulents et extirpé divers ganglions ; les sujets sont guéris.

3° *Tuberculoses ouvertes.* — Ce troisième groupe comprend deux ostéo-arthrites tibio-tarsiennes, toutes les deux à une phase avancée, l'une étant un cas évident d'amputation. Le traitement de cette dernière a commencé le 15 mai, elle est transformée en grande partie et en bonne voie ainsi que l'autre.

Tels sont les résultats obtenus en peu de temps : recherchons maintenant ce que peuvent valoir les guérisons. Est-ce bien guérison qu'il faut dire et cette guérison est-elle définitive ?

Un examen sérieux des jeunes malades atteints de lésions graves du genou, par exemple, ne permet-il pas de considérer comme guéris ceux dont les parties ont retrouvé leurs fonctions et presque leur forme, qui ne ressentent aucun phénomène anormal, qui marchent toute la journée, dont le développement général se fait bien et avec régularité, dont le poids augmente progressivement, qui vivent enfin de la vie commune des autres enfants. Une opinion presque unanime les ferait considérer comme guéris. Et pourtant, malgré ces faits et ces apparences, on ne saurait trop apporter de réserve dans la conclusion.

La guérison, dans l'espèce, c'est la disparition du bacille et cette disparition, je ne puis pas l'affirmer d'une manière absolue. Il est vrai que chez un de nos malades, nous avons constaté avec M. Achard, dans une plaque tuberculeuse qui a été extirpée après traitement, une transformation fibro-graisseuse du tissu, sans y rencontrer un seul bacille, et l'inoculation à un cobaye faite il y a juste deux mois n'a pas abouti ; l'animal est encore sain et sauf. Mais ne me suis-je pas trompé dans le diagnostic de tuberculose costale avec fongosités symptomatiques ? Je préfère rester dans le doute et accepter la responsabilité d'un diagnostic inexact pour ne pas trop m'avancer.

Cependant tout porte à croire qu'une transformation totale d'un tissu tuberculeux en tissu fibreux est difficilement compatible avec la vie du bacille et chez quelques-uns de nos malades celui-ci garde depuis deux mois et plus un silence de mort.

La constitution du nouveau tissu diminue, en tout cas, les sources de l'infection, car il est depuis longtemps avéré que les foyers tuberculeux, mous et imprégnés de liquides ou de sucs sont de beaucoup les plus dangereux pour les régions voisines et l'économie entière.

Donc, si le bacille persiste dans les tissus sclérosés, question que nous cherchons à résoudre expérimentalement, en attendant des preuves tirées de l'examen de pièces anatomiques provenant de l'homme, il semble être confiné dans une place où il est comme encapsulé et devenu inoffensif, toute trace de son activité n'apparaissant plus depuis un temps qui s'accroît tous les jours.

Un avenir très prochain fixera définitivement ce point.

REVUE DES CONGRÈS

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OPHTHALMOLOGIE

9e *session, tenue à Paris du* 4 *au* 9 *mai* 1891.

Nouveaux faits à l'appui de la suture de la cornée dans l'opération de la cataracte.

M. Suarez. — Depuis que j'ai conseillé, le premier en Europe, l'application de cette méthode, divers auteurs s'en sont occupés. Je tiens à cette question de priorité qu'on me reconnaîtra du reste. La suture de la cornée garantit complètement l'opérateur contre les enclavements de l'iris ; de plus, avec elle, la chambre antérieure se refait très vite, l'agglutination de la plaie est suffisamment solide pour qu'au bout de deux heures les paupières puissent être ouvertes sans crainte de réouverture de la plaie. On peut aussi employer l'usage des mydriatiques dès les premières heures, si la chose est nécessaire.

M. Gillet de Grandmont. — Je comprends bien la suture de la cornée dans le cas de plaie oculaire accidentelle, mais au cours d'une opération de cataracte, la manœuvre du fil et de l'aiguille me paraît difficile à accomplir sans danger.

M. Suarez de Mendoza. — La suture de la cornée dans l'extraction ne doit pas être post-opératoire. Il faut que le fil soit placé, comme je l'ai conseillé, avant l'ouverture de la chambre antérieure. La suture est sans cela une opération difficile et dangereuse, elle n'est justifiable que comme moyen d'exception, sorte de pis aller applicable seulement lorsque, en présence d'un œil à moitié vidé, on se décidera à chloroformer le malade et brûler ses derniers vaisseaux, en risquant le passage des aiguilles dans un œil flasque, pour obtenir sinon le rétablissement de la vision, au moins la confection d'un beau moignon, en évitant par la suture de laisser une porte ouverte à l'infection.

M. Gillet de Grandmont. — Sous cette réserve j'accepte la suture.

Ainsi lorsqu'on observe sur un œil une de ces hémorrhagies foudroyantes qui, au cours même d'une extraction de cataracte, vous entraînent à l'énucléation, on conçoit pour l'opération de l'autre œil une crainte justifiée. L'application d'une suture de la cornée peut en pareil cas offrir de bonnes garanties.

Kystes dermoïdes de l'orbite.

M. Vignes (de Paris). — Les dermoïdes intra-orbitaires, les uns, à contenu séreux, sont dus à un emprisonnement dans l'orbite de la muqueuse fœtale des fosses nasales ; ils sont d'origine endodermique; les autres, à contenu huileux ou renfermant des cellules épithéliales, des poils et même des dents (cas de Barnes), sont produits par invagination ectodermique dans la fente fronto-maxillaire. C'est parmi ces derniers que se range le fait suivant que j'ai observé à ma clinique. Une fillette de 3 ans 1/2, bien portante et sans antécédents, présentait sous le ligament palpébral interne, entre le canthus et l'os propre du nez, une petite tumeur arrondie de la grosseur d'une noisette, un peu mobile sur le plan profond et sans adhérence à la peau. Elle était de consistance dure, résistante et fut prise pour un fibrome. L'opération démontra qu'il s'agissait d'un kyste dermoïde dont le pédicule s'implantait à 3 centimètres dans l'orbite sur la suture plano-frontale. Le contenu du kyste était composé de cellules épithéliales, d'éléments graisseux et de poils. La texture de la poche rappelait celle de la peau ; on y observait des follicules sébacés et des follicules pileux. Le diagnostic de semblables kystes offre quelques difficultés, leur consistance, leur développement lentement progressif les ont fait prendre pour des lipomes, fibromes, et même ostéomes. Ils se développent plus rarement du côté interne de l'orbite et les kystes à contenu solide sont de beaucoup plus rares.

La forme de la cornée et son influence sur la vision.

M. Sulzer (de Paris). — Suivant que l'œil était astigmate ou non, on attribuait à la cornée la forme d'un ellipsoïde à trois axes inégaux. Mes recherches m'ont montré que dans une centaine de cas aucune de ces formes ne se trouve réalisée. La forme de la cornée représente une surface dissymétrique. Si l'on passe du centre à la périphérie, la courbure diminue irrégulièrement non seulement le long des deux méridiens principaux, mais le long des deux moitiés d'un même méridien. Ces irrégularités, dont le degré n'est pas proportionnel au degré d'astigmatisme, entraînent une déformation des images dioptriques que l'on peut corriger à l'aide de verres cylindriques. Elles sont la cause de l'amblyopie astigmatique. De plus ces irrégularités ont pour effet de produire des différences considérables entre l'astigmatisme des parties périphériques et des parties centrales. On conçoit ainsi que des variations du diamètre pupillaire doivent produire des variations de l'astigmatisme subjectif, suivant l'astigmatisme des parties cornéennes participant à la vision. Des mesures spéciales m'ont conduit à ce résultat que l'ouverture pupillaire n'est pas placée concentriquement par rapport à la ligne visuelle. L'aire cornéenne, mesurée à l'aide de l'ophthalmomètre lorsque l'œil observé fixe le centre de l'objectif, est donc différente de l'aire cornéenne participant à la vision directe. Ce fait permet d'expliquer les écarts presque constants entre les résultats de l'examen ophthalmométrique et de l'examen subjectif sans faire appel au cristallin.

M. Martin. — Je ne saurais faire l'abandon de l'influence des contractions astigmatiques; leur importance nous est donnée par la clinique même. A ceux qui me reprochent d'être trop clinicien, je répondrai qu'ils sont trop hommes de laboratoire.

Instabilité et étiologie de l'astigmatisme cornéen.

M. G. Martin (de Bordeaux). — MM. Javal, Bull, Chilbret et moi-même, nous avons observé des diminutions et des augmentations d'astigmatisme cornéen atteignant des chiffres tels, que le doute n'est pas permis. Ce n'est donc pas un état stable.

Il y a eu, en outre, des faits qui prouvent que cet astigmatisme n'est pas toujours congénital.

Deux facteurs seulement peuvent être accusés d'engendrer ou de faire varier l'astigmatisme cornéen.

Je ne crois pas à l'influence déformante des muscles moteurs de l'œil ; ceux-ci ne peuvent expliquer toutes les inclinaisons constatées.

Seules les contractions des fibrilles méridiennes du muscle ciliaire sont capables de rendre compte de toutes les variétés d'astigmatisme cornéen.

L'action déformante de ces contractions est facile à saisir. Le muscle ciliaire, en effet, par son tendon antérieur, se continue avec les fibres de la membrane de Descemet; les tiraillements que celle-ci éprouve se communiquent au reste de la cornée.

Chez un sujet, il est survenu dans les deux yeux, en plus d'un accroissement de l'astigmatisme cornéen, une production d'astigmatisme cristallinien. Les contractions partielles du muscle ciliaire sont la cause certaine de l'astigmatisme cristallinien ; tout porte à penser que l'astigmatisme cornéen, survenu à la même époque, tient également à ces mêmes contractions.

M. de Wecker. — Au lieu d'appeler l'instrument de M. Javal qui a servi aux mensurations de M. G. Martin l'ophthalmomètre, on pourrait tout aussi bien et mieux même l'appeler kératomètre, car il ne mesure que les modifications de courbure de la cornée.

M. Dor (de Lyon). — J'ai cru jusqu'alors que l'astigmatisme était stable et cependant j'ai observé un cas d'astigmatisme de 2.25 D, qui, à l'âge de quarante-cinq ans, s'est transformé en emmétropie. Dans un cas autre, l'astigmatisme n'a pas diminué de degré, mais l'axe s'est déplacé et de 45° qu'il était sur les deux yeux, il est devenu horizontal sur un œil et vertical sur l'autre.

M. Gaupillat (de Troyes). — J'ai vu des hypermétropies de 5 D, chez des enfants passer à l'emmétropie, voire même à la myopie.

M. Motais. — J'ai bien vu le fait se produire pour des cas d'hypermétropie faible de 1 à 2 D, mais jamais pour un degré aussi élevé que 5 D.

M. Meyer. — Il est certain que l'astigmatisme peut se transformer avec l'âge, et cette transformation peut être expliquée, soit par les contractions du muscle ciliaire, soit par les rotations du cristallin, soit encore par l'état de contraction ou de dilatation de la pupille, ou encore par la pression des paupières sur le globe.

On sait d'ailleurs qu'on peut toujours surmonter une certaine quantité, faible, d'astigmatisme.

M. Parent (de Paris). — Pour ce qui regarde les modifications des axes principaux de l'astigmatisme avec les progrès de l'âge, il faut remarquer, pour en avoir l'explication, que l'astigmatisme subjectif n'est que la résultante de l'astigmatisme cornéen et de l'astigmatisme cristallinien ; si on admet que ce dernier se modifie avec l'âge, on aura nécessairement en même temps une modification de la résultante des deux astigmatismes.

M. Martin. — Il arrivera certainement un jour où on pourra mesurer les surfaces du cristallin comme on fait maintenant pour celles de la cornée. Rien n'empêchera alors de distinguer les appareils qui serviront à ces deux effets en cristallomètre et kératomètre.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 7 juillet 1891

Présidence de M. Tarnier

Traitement des tuberculoses locales.

M. Lannelongue communique en détail la méthode qu'il a résumée hier devant l'Académie des sciences. Il rap-

pelle d'abord qu'il y a un an, il a fait des essais infructueux de vaccination avec des toxines du bacille de Koch — dont il a des cultures, réussies par M. Wignal, de tuberculose humaine — ou du streptocoque. Puis, ayant observé un résultat remarquable de rétraction scléreuse dans un cas de lymphangiome congénital énorme à l'aide d'injections interstitielles de chlorure de zinc, en solutions concentrées jusqu'au dixième, il a entrepris des recherches sur l'action de cet agent: 1° dans les tissus sains des animaux; 2° dans les tuberculoses expérimentales; 3° dans les tuberculoses chirurgicales de l'homme. La partie expérimentale, faite avec M. Achard, sera poursuivie et développée ultérieurement. Nous donnons aujourd'hui *in extenso* la partie purement clinique, en renvoyant, pour ce qui ferait double emploi, à la note de l'Académie des sciences.

Principe de la méthode (Voy. p. 337.)

Pour apprécier cliniquement le caractère de la réaction, je grouperai les faits sous trois chefs différents : tuberculoses non ouvertes et non suppurées, tuberculoses non ouvertes et suppurées, tuberculoses ouvertes.

I. *Tuberculoses non ouvertes et non suppurées.* — Les faits de ce groupe sont à mon gré les plus démonstratifs. J'ai suivi la réaction surtout au genou dans les cas de fongosités abondantes du cul-de-sac, au cou-de-pied, au coude et aussi dans les fongosités, les gaines synoviales, dans les parties molles, dans les os eux-mêmes. J'ai cherché à en apprécier les effets quotidiens, et comme ils sont à peu près en proportion avec la dose employée et le degré des solutions, je décrirai ceux que l'on obtient avec les solutions au dixième, les plus concentrées que j'aie employées.

Les douleurs des piqûres sont celles des injections sous-cutanées contre lesquelles les enfants se révoltent toujours, il semble pourtant que le médicament produise une douleur qui dure parfois un certain temps après l'injection; chez certains sujets, la douleur est assez vive; chez d'autres, elle s'éteint très vite; les enfants dont j'ai injecté les poumons ne l'ont pas senti.

Le gonflement des parties malades et de celles qui les environnent est le fait le plus saillant; il apparait promptement et on le reconnait à la vue, il offre au toucher des caractères spéciaux. Tous les cliniciens connaissent cette apparence si caractéristique des saillies que forment les fongosités dans les tumeurs blanches. Ce sont des masses à reliefs arrondis, séparées superficiellement par des dépressions, mais se continuant les unes avec les autres, de telle sorte qu'il y a des saillies multiples sur un fond de gonflement commun. Or, le premier caractère de la réaction est d'unifier cette apparence et de convertir en une masse plus égale, plus uniformément gonflée; la même chose se passe pour les fongosités des parties molles ou lorsqu'on injecte une masse ganglionnaire composée de ganglions agglomérés, la saillie de chacun d'eux se perd dans la masse entière.

Il ne se produit, en général, pas un œdème sous-cutané, si on a fait des injections profondes. Lorsque le médicament a été déposé sous l'aponévrose superficielle, l'irritation se traduit par un gonflement sous-cutané, sorte d'œdème ordinaire assez dur, car il ne garde guère l'empreinte du doigt; l'état du tégument est un peu comparable au scléréme des nouveau-nés.

Ce n'est que dans ce dernier cas, d'ailleurs, que la peau devient rouge; c'est une rougeur d'érythème, celle de l'angioleucite réticulaire atténuée, dont les limites se perdent en se diffusant. La peau prend parfois un aspect luisant et blanc, à côté de petites plaques rosées : le cou-de-pied, les coudes m'ont offert cette apparence.

La rougeur de la peau, l'état luisant s'éteignent au bout de deux, trois, quatre jours au plus et, je le répète, on ne les observe pas toujours, il s'en faut. On voit aussi apparaître parfois, au bout d'un jour ou deux, dans la peau et plus particulièrement à sa face profonde, de petites veines et même de fins réseaux veineux avec dilatation de ces vaisseaux, indiquant le trouble de la cicatrice profonde, ou plutôt rappelant que les vaisseaux, appartenant aux tissus morbides, sont oblitérés en partie. J'ai pu observer une fois une légère infiltration rouge, sous-cutanée, qui s'était fait spontanément au cou-de-pied.

Les injections se faisant à la périphérie des synoviales, ou dans les parties externes, au moins la première fois, il n'y a pas d'épanchement articulaire et on doit éviter de pénétrer dans les jointures; cet accident m'est arrivé trois fois et a été suivi d'une arthrite suppurée une fois, et d'un épanchement articulaire du genou simple dans les deux autres cas.

Le palper révèle dès le lendemain un changement de consistance; les tissus fongueux ont plus de résistance et plus de tension, ils se perdent dans le gonflement général; cet état augmente parfois les jours suivants, et l'on voit se produire des noyaux durs et comme cartilagineux au lieu de l'injection; à côté, la sclérose est moindre. Avec les jours les parties prennent différents aspects; dans quelques cas on sent un état fasciculé profond de la synoviale, qui offre une consistance ligneuse. J'ai vu la circonférence supérieure de la rotule encadrée dans un demi-anneau dur.

C'est surtout au genou que ces faits sont appréciables, et ils frappent d'autant plus l'attention que le volume des fongosités était plus considérable.

Dans les ostéo-arthrites je pratique les injections de manière à provoquer une irritation du périoste et de l'os en déposant le liquide intentionnellement à la surface du périoste ou entre cette membrane et l'os. Il se produit alors, en même temps que les phénomènes précédents, un nouvel os à la surface de l'ancien, et il est probable que l'os ancien est aussi le siège d'un travail *de condensation osseuse* que je crois utile à la guérison. Dans un cas l'ostéome d'irritation occupait le quart inférieur de la diaphyse du fémur.

J'ai eu l'occasion de suivre pendant plusieurs mois l'évolution ultérieure des tissus morbides et j'ai constaté quelquefois qu'il se montre avec le temps une tendance marquée vers le retour à un tissu conjonctif plus lâche. Il en résulte que les parties retrouveront leur souplesse et leur forme; les fongosités en avaient altéré la cohésion, détruit la résistance au point d'amener la dislocation d'une jointure; la sclérose reconstitue la résistance, elle renforce l'appareil de conjonction d'abord; plus tard la synoviale tend à reprendre son caractère.

Durant cette évolution locale, la santé générale des sujets est fort peu atteinte. La température n'a jamais dépassé 39° et n'atteint pas, en général, un degré après chaque injection; elle reste exceptionnellement deux ou trois jours à 38° et quelques dixièmes, après de fortes injections.

La courbe des pesées, avec l'acroissement physiologique de ces sujets en évolution, n'est pas modifiée chez les sujets en traitement. Puis elle présente une ascension plus grande chez les sujets qu'on n'injecte plus.

Accidents. — Le plus sérieux et le plus commun de ces accidents, s'expliquant d'ailleurs d'après le mécanisme de l'action du remède, est l'épanchement sanguin. J'en ai observé au moins quatre cas : le plus considérable avait le volume d'une grosse noix, presque d'une pomme d'api; le plus petit, celui d'un pois chiche, et ce dernier présenta, sur une coupe, l'apparence d'un corps jaune de l'ovaire; il était en effet, en voie de résorption.

Au début, j'ai pris ces foyers sanguins pour des abcès; l'erreur aurait été évitée, si j'avais tenu compte de ce fait que la température était restée normale chez les sujets, et de cet autre fait que, localement, il n'y avait pas de réaction.

Ces foyers sanguins n'ont été découverts que quelques jours après l'injection; ils ne paraissent donc pas être le résultat de la piqûre d'un vaisseau, quoique, rigoureusement, ils eussent pu exister dès le premier jour, masqués par le gonflement. Mais je crois avoir constaté qu'un petit foyer sanguin s'est formé quelques jours après, au sein de fongosités déjà transformées. Je crois donc à de petites ruptures vasculaires tardives, probablement dues aux mouvements.

Dans un cas d'arthrite tuberculeuse suppurée du genou, où j'avais lavé l'articulation, il se reproduisit non point du pus, mais une synovie teintée en noir par le sang.

Ces hématomes sont sans gravité et disparaissent en quelques jours par la compression directe.

En prenant les précautions aseptiques voulues, on doit éviter tout abcès. On a fait dans mon service, depuis sept à huit mois, près de deux mille piqûres et il n'y a jamais eu d'abcès, grâce aux précautions prises.

Chez un enfant traité pour une adénite du cou, la canule de la seringue traversa un des filets du plexus cervical et il y eut une sensibilité de l'oreille qui dura quelques jours.

Enfin chez deux sujets on a découvert dans le genou un peu de liquide qui n'existait pas avant; mais je crois avoir par inadvertance injecté une goutte de liquide dans l'articulation de ces deux cas. La compression le fit disparaître promptement.

Une autre complication est la formation des eschares. L'expérimentation nous avait appris que chez le lapin et le cobaye les solutions au dixième injectées profondément donnent rarement lieu à des eschares, tandis que sous la peau les solutions au quarantième et à la même dose de deux gouttes, par exemple, en produisent presque toujours; et la mortification part de l'orifice d'entrée de l'aiguille.

Chez les enfants, les injections profondes au dixième sous les muscles de la cuisse, autour des ganglions du cou et sous eux, sous des plaques fongueuses de la paroi du thorax, n'ont jamais donné d'eschare chez les très jeunes enfants, ou bien lorsque les parties sont peu épaisses comme au doigt, ou enfin lorsque la peau et les couches sous-cutanées sont amincies, il vaut mieux pénétrer profondément et recourir à des solutions plus faibles, au vingtième par exemple.

Par les injections superficielles, j'ai observé quelques eschares peu importantes. La plus étendue avait les dimensions d'une pièce de cinquante centimes, et ne comprenait que la peau ; il s'en est produit encore deux autres plus petites chez d'autres malades, et enfin trois comme une lentille, toujours cutanées d'ailleurs. Une bonne précaution pour les éviter consiste à mettre son doigt sur le trajet abandonné par l'aiguille quand on la retire, afin d'empêcher le liquide de refluer.

En résumé, en dehors de l'épanchement des petites eschares, il semble que la méthode n'offre aucun accident qui lui soit imputable, lorsque les tuberculoses n'ont pas de foyers ouverts et qu'elles ne se compliquent pas d'abcès.

II. *Tuberculoses non ouvertes et suppurées.* — Ce groupe comprend en chirurgie les abcès tuberculeux simples, symptomatiques, sessiles ou par congestion, les ostéo-synovites ou compliquées d'abcès extérieurs implantés sur la synoviale et communiquant ou non avec la jointure, les synovites tendineuses suppurées et les tuberculoses de certains organes. Le pus occupe le centre des fongosités, les leucocytes y sont morts d'habitude et mélangés à des détritus caséeux, à des amas de fibrine, à des granulations graisseuses. Tout cela indique que ce pus, avec les résidus gras et huileux, produit d'une nécrobiose centrale de la paroi, ne saurait rentrer dans l'organisme dans la grande majorité des cas. Il est un composé de parties mortifiées, comme les séquestres osseux; et au bacille, qui s'y trouve plus ou moins abondant, il s'ajoute assez fréquemment d'autres microbes, le streptocoque, le staphylocoque, etc.

Dans mes premières tentatives, j'étais embarrassé pour traiter ces cas; et pourtant, n'est-ce pas le même processus ne se différenciant des cas précédents que par un ramollissement caséeux des tubercules ? Dès lors si l'on détergeait la cavité de son contenu purulent et de la couche de graisse ou de caséum qui enduit souvent une partie de la paroi, on devait se trouver uniquement en présence des fongosités formant la paroi et on pouvait leur appliquer le traitement.

Je commençai donc par laver les cavités articulaires, celles des abcès avec un antiseptique : le sublimé, par exemple; mais maintenant je lave abondamment la cavité uniquement avec de l'eau stérilisée. Cela fait, j'injecte la périphérie des fongosités en divers points; si l'abcès part d'un ganglion, j'injecte la périphérie de ce ganglion et une partie de son écorce.

Le processus de réparation m'a paru suivre les mêmes phases que précédemment; mais le liquide se reproduit quelquefois et l'abcès s'ouvre spontanément parfois. Toutefois, j'ai remarqué trois fois que le liquide qui se reproduit n'est plus du pus; c'était une fois de la synovie sanguinolente. De telle sorte que les modifications du contenu répondent aux modifications de la paroi, ce qui devait être.

Je n'ai pas appliqué la méthode aux longs abcès par congestion; sans doute il y a des difficultés opératoires, mais elles ne m'apparaissent pas insurmontables.

III. *Tuberculoses suppurées et ouvertes.* — Ces tuberculoses sont toujours suppurées; elles sont simples ou compliquées de séquestres osseux, de raréfactions osseuses épiphysaires, de cavernes osseuses, etc. Ce dernier cas mérite seul l'attention, car les premiers rentrent dans les catégories précédentes, et pour n'y pas revenir à part, j'assimilerai ces cas à ceux où il y a les mêmes complications sans que l'air ait pénétré dans les foyers. En résumé, ce qui caractérise l'espèce dont je m'occupe, ce sont les altérations des os, séquestres, raréfactions osseuses.

Je pense qu'il n'est jamais venu à l'idée de personne d'attribuer à un remède la propriété de transformer en tissus appelés à vivre des produits des tissus absolument morts, et parfois doublement infectés. Or, les injections modificatrices ont des propriétés irritantes; cette irritation est réparatrice et de bon aloi lorsque les tissus possèdent une vitalité suffisante; elle amène au contraire une réaction plus forte lorsque les tissus mous ou le squelette sont arrivés à cette phase de mortification qui fait que l'économie doit en être débarrassée. Les injections m'ont paru donner un coup de fouet et provoquer un état subaigu d'où naît l'indication opératoire, ou plutôt qui rend plus évidente une indication opératoire.

Je m'explique. Souvent on hésite à faire une opération et on hésite encore plus sur le choix de l'opération, parce qu'on ne peut apprécier suffisamment l'état des parties. La méthode sclérogène cherche deux effets. Un premier effet de sclérose sur les tissus fongueux et un second effet plus intense sur les tissus caséeux ou ramollis qui sont dans les cavernes ou autour des séquestres. Il paraît se développer dans ces derniers foyers un état inflammatoire qui n'existait pas avant et qui se localise en ce point, aboutissant à un abcès. La température du sujet en s'élevant d'un degré environ, indique la nature du travail qui s'effectue. Ainsi dans une adénopathie le traitement rendit évident un abcès inconnu. Dans un autre cas, je fus ainsi conduit à l'extirpation d'un séquestre, et finalement à l'évidement de l'épiphyse du tibia. Dans un troisième enfin (spina ventosa), l'injection amena un abcès périosseux, sous lequel on trouva le corps tout entier d'une phalange nécrosée ; la guérison fut prompte.

Ainsi, d'une part, on transforme une partie des tissus envahis et on est appelé à agir sur les autres parties dans la mesure qui convient, sans exagération de l'acte opératoire, mais sans diminution non plus.

Ces opérations ne sont donc en aucune manière supprimées, mais elles ne s'adaptent plus comme on cherche souvent à le faire à une formule unique. Les désordres tuberculeux se montrent avec une variété infinie que le siège, la période du mal, le traitement expliquent. Il convient de chercher la guérison en détruisant tous les foyers sans doute, mais aussi en conservant des parties ce qui est sain, et contribuera souvent au maintien partiel, sinon intégral, d'une fonction importante.

Une autre considération me semble devoir appuyer cette pratique. Les opérations extraction de séquestre, résections partielles, ouvertures d'abcès, sont ici envisagées comme complémentaires et non point comme fondamentales. On ne les pratique qu'après la sclérose des parties molles et même de certaines régions du squelette, ce qui veut dire qu'on interviendra par les méthodes sanglantes dans des conditions que je crois avantageuses. En effet, la sclérose des tissus, les oblitérations vasculaires ferment la porte aux infections secondaires, bacillaires ou autres. Or si l'antisepsie peut quelque chose contre les agents des infections secondaires, elle ne peut encore rien contre le bacille; qu'on se rappelle la mémorable étude de Verneuil à ce sujet.

Technique de la méthode. — Je rappellerai le principe de la méthode: agir sur la zone des tissus la plus voisine des fongosités et des néoplasmes tuberculeux, c'est-à-dire sur les parties qui contiennent les vaisseaux alimentant les tissus tuberculeux.

Il est facile dans la plupart des articulations et possible dans presque toutes de créer le tissu inodulaire dur et compact à la surface et dans les fongosités. Pour cela, il convient de porter le médicament à la limite des fongosités et de l'y déposer à la dose voulue en établissant un certain nombre de points de contact; grâce à ses propriétés diffusibles, les effets ne tardent pas à se montrer bien au-delà du lieu de son application.

Sauf quelques cas exceptionnels, je ne me sers plus guère que de solution au 1/10e et j'en dépose de deux à trois gouttes sur un point déterminé; l'opération est répétée plusieurs fois, soit par la même piqûre en dirigeant autrement l'aiguille,

soit en faisant plusieurs piqûres. J'arrive en une séance à déposer ainsi de six, huit, dix à quinze ou vingt gouttes dans une région articulaire.

Je prendrai le genou comme type, et il sera facile ensuite d'indiquer pour les autres articulations les modifications de détail relevant uniquement de particularités anatomiques. Chaque région de la synoviale doit être considérée à part, doit être traitée isolément. Le cul-de-sac supérieur et les latéraux qui lui font suite accusent nettement leurs contours; j'enfonce une aiguille au-dessus du cul-de-sac supérieur, de manière à atteindre le fémur au niveau de la réflexion de la synoviale, et je dépose la solution sur le fémur même au point indiqué au-dessus ou au-dessous du périoste. Je cherche même toujours à injecter sous le périoste. Il est ainsi déposé en quatre ou cinq piqûres profondément sur la demi-circonférence du cul-de-sac supérieur, huit à dix gouttes de solution pour le genou d'un enfant de dix ans; j'estime qu'il faudrait un tiers en plus ou près du double pour un adulte.

Les parties sous-rotuliennes de la synoviale, de chaque côté du ligament rotulien, sont aussi accessibles, mais il importe ici de procéder avec méthode. Je prends le quartier de synoviale placé au-dessous de la rotule, au devant du ligament rotulien. J'enfonce l'aiguille sur le bord de la rotule et je la dirige parallèlement au bord du ligament rotulien, un demi-centimètre à un centimètre en dedans de ce bord; je laisse ainsi tomber deux gouttes de solution; il importe ici, pour éviter une eschare, de faire que l'aiguille soit sous l'aponévrose, c'est-à-dire engagée dans la couche superficielle des fongosités; on peut incliner l'aiguille et faire une seconde injection plus en dedans, et, pour rendre la transformation plus rapide et plus sûre, j'injecte la même quantité parallèlement au bord supérieur de l'épiphyse du tibia, au niveau de la réflexion de la synoviale sur ce bord. On n'oubliera pas que cette réflexion est très près du bord antérieur de l'épiphyse du tibia.

On procède de la même façon pour le quartier externe de la synoviale sous-rotulienne. On n'oubliera pas d'ailleurs que ces régions sont souvent moins fongueuses que le cul-de-sac supérieur et que surtout les parties postérieures de la synoviale des régions externes ou internes au niveau du tibia sont beaucoup moins altérées d'habitude que le reste de cette membrane. On arrive ainsi jusqu'aux parties postérieures de la synoviale qu'on peut atteindre de la même façon.

A l'articulation tibio-tarsienne, on procédera à des injections : en avant, sur le bord antérieur du tibia au-dessous des extenseurs, en enfonçant l'aiguille sur le bord antérieur du tibia sous les tendons et l'on ne se préoccupera point des gaines tendineuses qui sont d'ailleurs souvent atteintes. En dedans on injectera au-dessous et dans la malléole et le long de cette saillie osseuse en arrière et surtout le long du tendon d'Achille. Je répète que dans ces régions on doit enfoncer l'aiguille sous l'aponévrose et pénétrer au moins dans les fongosités, à leur périphérie. Enfin on termine de la même manière en dehors.

Je ne poursuivrai pas dans chaque articulation la description du procédé opératoire; qu'il me suffise seulement d'énoncer les règles auxquelles il convient d'attacher quelque importance :

1° On évitera d'injecter la solution dans la cavité articulaire;

2° Les injections auront lieu dans les régions d'où les synoviales tirent leurs vaisseaux, c'est-à-dire, avant tout, sur les os au niveau des culs-de-sac, là où se trouvent ordinairement les vaisseaux articulaires et aussi ceux qui viennent des épiphyses, puis on injectera les fongosités le long des gros ligaments qui alimentent encore les régions voisines des synoviales;

3° On ne doit pas avoir la crainte des artérioles et j'ai la conviction d'avoir traversé la radiale dans un cas, l'artère tibiale postérieure derrière la malléole interne dans un autre cas, sans qu'il en soit résulté un inconvénient quelconque. Cependant, il vaut mieux éviter ces vaisseaux, ainsi que les nerfs qui peuvent les accompagner;

4° On se gardera de faire les injections immédiatement sous la peau et l'on se rappellera que les synoviales sont, dans toutes les régions, séparées des couches sous-cutanées par un plan aponévrotique au moins. Lorsque les fongosités se rapprocheront des téguments, on déposera le liquide dans les couches les plus superficielles des fongosités et, de préférence, au niveau des points réfléchis.

5° Après avoir essayé successivement les solutions au 1/40e, au 1/20e, au 1/15e et au 1/10e, je crois devoir recommander les solutions au 1/10e pour les fongosités articulaires. Avec cette solution les effets sont plus prompts et plus étendus; la réaction locale est plus intense, mais elle n'aboutit pas à l'abcès. On n'obtient pas d'eschares dans les injections profondes, les eschares superficielles sont rares, minimes et de peu d'importance; on doit cependant chercher à les éviter.

J'ai injecté deux ou trois gouttes d'une solution au 1/40e dans les poumons et je conseillerai la solution au 1/20e autour de l'épididyme ou dans les doigts du spina-ventosa. Les solutions au 1/10e conviennent aux tuberculoses costales, iliaques, etc., de même qu'aux adénites tuberculeuses.

Cette dernière variété de tuberculose, traitée par le chlorure de zinc, donne des résultats différents, suivant l'état anatomique des lésions. Lorsqu'on se trouve en présence de ganglions tuberculeux hypertrophiés, sans foyers caséeux, les injections à la périphérie des ganglions et à la surface de ces organes paraissent amener une modification assez prompte ; mais je ne puis en juger encore que par deux cas : le ganglion contracte des adhérences avec les parties voisines et diminue insensiblement de volume une fois la réaction passée. Au contraire, si les ganglions sont le siège de foyers caséeux, d'amas disséminés, le traitement provoque une irritation qui conduit à un abcès. Enfin, les abcès tuberculeux ganglionnaires seront traités, comme les abcès des parties molles, par un lavage abondant à l'eau stérilisée, et les injections périphériques;

6° Il vaut mieux n'injecter que de petites quantités à la fois : deux gouttes, par exemple, et multiplier les surfaces de contact;

7° La méthode sclérogène me paraît devoir être essayée dans certaines arthrites autres que les synoviales tuberculeuses, les arthrites sèches, par exemple. J'y ai eu recours pour une malade atteinte de cancroïde de la face; le résultat immédiat fut frappant, mais la récidive a été prompte. La méthode étant inoffensive, on pourrait peut-être l'employer, à titre d'essai, dans le sarcome du sein;

8° Il va de soi qu'avant d'appliquer la méthode, on doit redresser les membres et veiller à leur conserver une bonne attitude pendant la période de réaction. Pour aider le dégorgement des parties, je fais souvent de la compression ouatée, c'est-à-dire élastique, deux ou trois jours après les injections;

9° Si l'on s'apercevait après un certain temps d'observation que la transformation est incomplète, ou même s'il survenait plus tard une récidive, on a toute facilité pour recourir à de nouvelles injections.

Résultats et conclusions générales, voy. p. 338.

M. Léon Le Fort a posé les principes d'une méthode semblable. Le 6 août 1879, il a présenté à la Société de chirurgie un malade guéri d'une tumeur blanche du genou par des injections intra-articulaires et interstitielles de sulfate de zinc à 1/20e. Depuis, il a multiplié les essais et obtenu, sans aucun accident, des améliorations, suivies souvent de récidive il est vrai. Aujourd'hui il préfère les piqûres électrolytiques. Mais l'idée est toujours d'obtenir la sclérose.

M. Lannelongue. — Je répondrai simplement : 1° Je n'emploie pas le sulfate de zinc; 2° mes injections se font *autour* des fongosités; 3° je proscris les injections intra-articulaires.

Comité secret.

L'Académie entend en comité secret un rapport de M. Bucquoy sur les candidats au titre de correspondant étranger dans la division de médecine. La liste de présentation est dressée ainsi qu'il suit : 1° M. Millard (de New-York) ; 2° M. Costoméris (d'Athènes) ; 3° M. Babès (de Bucarest); 4° M. Ad. d'Espine (de Genève).

Elections.

MM. Pilat (de Lille) et Spillmann (de Nancy) sont élus correspondants nationaux dans la division de médecine.

M. Lavaux lit un mémoire sur le traitement des hématuries par les injections boriquées chaudes.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Présidence de M. Terrier

Séance du 2 juillet 1891.

Ectopie testiculaire.

M. G. Marchant cite l'observation d'un jeune homme qui a subi plusieurs opérations pour un *testicule fixé dans l'anneau* et que finalement il a dû castrer. Ce jeune homme, âgé de 16 ans, ressentant, en septembre 1887, des douleurs dues à un arrêt du testicule à l'anneau et atteint d'hydrocèle, subit une double opération : la cure radicale de l'hydrocèle et une orchidopexie à la soie. Tout alla bien pendant 2 ans. En juillet 1889, les douleurs réapparurent et l'hydrocèle aussi. Le testicule était resté fixé au fond des bourses, mais était remonté vers l'anneau et avait entraîné avec lui le fond des bourses. Un chirurgien en conclut que le cordon n'avait pas été libéré, fit la cure radicale du canal vagino-péritonéal et sépara le cordon de ses adhérences. On obtint un bon résultat. Le testicule revint à sa place. Malgré cette double opération, les douleurs persistèrent; elles devinrent même très vives, si bien qu'elles nécessitèrent la castration, les moyens médicaux étant restés impuissants. Le testicule enlevé ne contenait ni spermatozoïde, ni spermatoblaste; mais l'épithélium était normal. Le canal déférent n'était pas obstrué; le cordon était bien isolé. Le testicule renfermait deux nodules fibreux, l'un au point où avait porté la fixation, l'autre dans l'épididyme. Dans le nodule correspondant à l'orchidopexie on a retrouvé le fil de soie placé en septembre 1887; il était intact; autour, il y avait une infiltration embryonnaire et des cellules géantes, mais aucun microbe. M. Marchant conclut de là que l'orchidopexie doit être précédée de la libération du cordon et qu'il faut détruire avec soin la collerette fibreuse, pour éviter la formation d'un capiton cutané. De plus, en ce qui concerne la fixation du testicule, on n'est pas autorisé à employer un fil non résorbable; ce fil peut, en effet, faire naître un travail d'irritation.

M. Richelot est le chirurgien qui a opéré la deuxième fois ce malade. Le testicule remonté, mais toujours fixé au scrotum, était mobile. Il a tenté cette opération pour libérer le cordon et exécuter la cure radicale du canal vagino-péritonéal, qui n'avait pas été faite par le premier chirurgien. En tant qu'orchidopexie, ce qui est utile, c'est la libération du cordon, c'est ce qu'on fait autour de l'orchidopexie. La fixation pure et simple n'est pas suffisante à elle seule.

M. Lucas-Championnière. — Lister a montré, dès 1868, qu'une ligature à la soie déterminait autour d'elle la production d'une enveloppe de cellules embryonnaires. Comme elle ne se détruit pas dans les tissus, elle peut s'éliminer ultérieurement avec ou sans suppuration. Le catgut lui semble meilleur que la soie, à ce point de vue. D'un autre côté, la fixation du testicule est toujours accessoire; ce qui importe, c'est la libération du cordon. Au point de vue des indications de l'orchidopexie, il y a plusieurs cas à considérer. Chez certains malades, le testicule descend tout seul; la fixation est alors utile, mais le massage donne aussi, dans ces cas, de bons résultats. D'autres fois le testicule ne descend pas; là, le massage ne donne rien. Il faut alors tout détruire, excepté le canal déférent. Après l'orchidopexie, le testicule remonte parfois, mais pas toujours; c'est donc une opération à tenter tout d'abord, en prévenant qu'on peut avoir un échec, que les douleurs peuvent revenir et nécessiter ultérieurement une castration. Mais il n'est pas sage de faire, d'emblée, la castration. Il faut surtout faire l'orchidopexie quand l'on a en même temps à traiter une hernie congénitale.

M. Berger. — On fixe le testicule tantôt à l'aide de la vaginale, tantôt à l'aide de l'albuginée; cela présente quelques inconvénients. Il serait plus simple de rechercher d'abord le gubernaculum testis au point où il s'insère et de fixer ce gubernaculum testis lui-même, si on le trouve. La fixation par la vaginale n'est pas suffisante. La soie est aussi bonne que le catgut pour la fixation du testicule ; la fixation est plus sûre par ce procédé.

M. Pozzi. — Rien ne prouve que la soie employée par le chirurgien qui a fixé le testicule du malade de M. Marchand ne fût pas infectée . On n'a pas trouvé de microbe, mais cela ne prouve pas qu'il n'y en ait jamais eu. L'élimination d'un corps étranger aseptique lui paraît contestable.

M. Monod. — Quand on fixe le testicule au scrotum, on peut aussi fixer le cordon à la peau. La fixation de l'organe est plus solide.

Kyste dermoïde du plancher buccal.

M. Monod. — Une jeune fille présente une tumeur dans la région sus-hyoïdienne latérale. On diagnostique une grenouillette sus hyoïdienne (pas d'impression du doigt sur la muqueuse du plancher de la bouche, muqueuse saine, canaux salivaires intacts, etc.) et se résout à la traiter par la cautérisation au chlorure de zinc pur. On commence par faire une ponction avec une aiguille : il ne sort rien. La pointe du thermocautère ne donne rien. On se résout à faire une incision large. Il sort une masse graisseuse. C'était un kyste dermoïde. La poche bien vidée, bien nettoyée, est cautérisée au chlorure de zinc pur. La réaction immédiate fut assez vive, mais tout se passa bien. Guérison totale après persistance temporaire d'une fistulette. Il s'agit, on le sait, dans ces cas, de kystes à parois minces, ce qui explique pourquoi elles peuvent être détruites par une seule cautérisation, si elle est énergique. Ce kyste est intéressant par son siège qui était latéral et non médian, et par ce fait qu'il ne remontait pas à la naissance. Le traitement de ces kystes latéraux est la voie buccale, parce que l'on ne court pas de risques de blesser le canal de Warthon ; parce que la dissection est facile, les adhérences n'étant pas constantes ; parce que la guérison survient alors même qu'on n'extirpe pas toute la poche : parce que les récidives ne sont pas à craindre. La voie hyoïdienne présente au contraire un sérieux inconvénient : la cicatrice visible. Chez les jeunes filles, c'est une considération qui a sa valeur, surtout quand il s'agit d'une cicatrice latérale, mal cotée dans le monde ordinairement. Si l'extirpation par la voie buccale n'est pas possible, on se borne à une extirpation partielle avec cautérisation au chlorure de zinc, ou à la cautérisation seule après évacuation soignée du contenu du kyste. Quand la tumeur est médiane, au contraire, et saillante dans la région sus-hyoïdienne, il faut l'enlever par la voie cutanée ; mais si elle fait saillie dans la bouche, on est autorisé par là à en faire l'ablation.

M. G. Marchant. — Quand il s'agit d'une petite tumeur dermoïde, faisant saillie sous la muqueuse de la bouche, on peut intervenir par la voie buccale. Mais, dès que la tumeur est médiane et fait une légère saillie dans la région sus-hyoïdienne, il faut l'extirper par une incision cutanée. On peut faire une très petite incision, d'un centimètre à peine, sur la ligne médiane. Par cette petite ouverture, on vide la tumeur, extrait la poche et on n'a qu'une cicatrice limitée. Récemment il a opéré de la sorte une jeune fille de 16 ans, et la cicatrice, placée sous le menton, n'est pas visible. Quand on soupçonne, comme chez les sujets strumeux, que la cicatrice peut être exubérante, surtout chéloïdale, il vaut mieux agir par la voie buccale ; mais dans les autres cas de tumeur médiane, la voie sus-hyoïdienne est préférable. En ce qui concerne les tumeurs latérales, il n'a pas d'expérience et ne peut rien dire. Il est évident qu'une incision latérale peut être confondue avec une cicatrice non légitime de ganglions suppurés ; mais ce n'est peut-être pas là une raison absolument suffisante pour faire préférer l'intervention intra-buccale.

M. Monod n'a fait que plaider les circonstances atténuantes pour la voie buccale en ce qui concerne les tumeurs médianes. Pour les tumeurs latérales, la cicatrice cutanée a de réels inconvénients.

Cystites dites rhumatismales et a frigore qui ne sont que des cystites infectieuses.

M. Bazy. — Un jeune homme de 15 ans, collégien, lui est amené avec le diagnostic : pierre. La première hématurie remonte à 3 mois ; ces hématuries sont terminales. Phénomènes de cystite du col. A l'exploration, pas de calcul. Les hématuries se développent surtout sous l'influence de la fatigue, qui agit de la même façon que le froid en déterminant des poussées suraiguës. Les urines ne contiennent pas de bacilles de Koch, mais des staphylocoques. Comme ce jeune homme a eu, quelques jours avant le début de

cette cystite, une amygdalite, M. Bazy pense que la cystite est la conséquence de cette amygdalite. Ces cystites infectieuses ont pour caractère de guérir vite, en quelques jours, à l'aide de la térébenthine. Ces cystites d'origine hématique expliquent l'apparition de la suppuration chez certains individus qui n'ont pas été sondés. On connait d'ailleurs bien d'autres cas d'infection d'origine centrale (suppuration des kystes hydatiques, des hématomes). L'uréthrite, de même, semble toujours infectieuse : l'uréthrite par masturbation est infectieuse aussi et due à des manipulations malpropres.

M. G. Marchant présente un petit *calcul dù bassinet enlevé par la taille du rein.* Ce rein n'était pas bosselé. On en fit l'exploration, l'incision lombaire exécutée, avec des aiguilles à acupuncture; mais celles-ci ne donnèrent aucun renseignement. On dut alors fendre le rein dans toute sa hauteur, le diagnostic de calcul étant très ferme.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 3 juillet 1891

Présidence de M. E. Labbé

Stomatite diphthéroïde à staphylocoques.

M. Sevestre. — J'ai trouvé mardi matin au *Pavillon de la diphthérie* un enfant qui y avait été admis comme atteint de diphthérie et qui présentait sur les lèvres quelques plaques analogues à celles que je vous signalais dans la dernière séance. L'enfant est aujourd'hui guéri à la suite d'application d'iodoforme, et les cultures ont montré l'existence du *staphylocus aureus*. J'ai cherché sur ce malade, comme l'avait demandé M. Rendu, la réaction de la salive, elle était légèrement acide, mais je ne crois pas qu'il y ait lieu quant à présent d'attacher beaucoup d'importance à ce caractère, car la même exploration faite sur d'autres enfants du service atteints de maladies variées a montré chez presque tous la même réaction. Je crois donc que de nouvelles recherches sont nécessaires pour déterminer quelle est, à l'état normal et pathologique, la réaction de la salive chez les enfants.

Urticaire de la gorge. Son diagnostic.

M. Laveran. — Je vous présente un officier âgé de trente ans, qui ce matin s'est réveillé avec de la dysphagie, était atteint d'anhélation, présentait des amygdales gonflées et une luette grosse comme une noix. Il n'avait, malgré cela, ni fièvre, ni douleur.

J'aurais été embarrassé pour poser un diagnostic, si je n'avais su que, depuis longtemps, ce malade a presque tous les matins, tantôt aux pieds, tantôt aux mains, tantôt aux épaules ou à la face, une poussée d'urticaire. Il a eu à la gorge un exemple d'urticaire œdémateuse des muqueuses.

La luette chez notre malade est à l'heure actuelle encore assez grosse. Il reste de plus une plaque d'urticaire sur la langue et une autre sur la hanche du côté gauche.

M. Moutard-Martin. — J'ai eu à soigner une dame âgée qui un soir fut réveillée par une sensation d'étouffement avec gêne de la déglutition. La langue tuméfiée était projetée hors des arcades dentaires. C'était de l'urticaire muqueuse, car dans la nuit les lèvres et une pommette se prirent.

M. Rendu. — J'ai vu, il y a quelques jours, un enfant qui, à la suite d'une poussée d'urticaire sur le front, la face et le cou, fut pris d'urticaire de la gorge, avec des accidents de suffocation très inquiétants.

M. Sevestre. — J'ai observé également des symptômes de suffocation dans l'urticaire chez une dame et chez son jeune enfant, à la suite de l'ingestion de moules.

M. Labbé. — J'ai observé semblables accidents sur moi-même, ayant eu un jour simultanément de l'urticaire de la peau et des bronches.

Anévrysme de l'aorte thoracique descendante.

M. Laveran. — Je vous présente des pièces anatomiques provenant d'un officier de cinquante-huit ans, entré le 27 juin, au Val-de-Grâce, pour un point de côté. Il racontait en outre qu'il avait assez fréquemment des crises de douleurs ressemblant un peu à de l'angine de poitrine; la description cependant n'était pas caractéristique. Je l'ausculte et constate un peu de pleurésie du côté gauche.

Le 29 juin, ce sujet allait très bien et demandait à sortir, quand, à dix heures du matin, il est pris brusquement d'une de ses crises douloureuses dans la région précordiale avec angoisse considérable. Il se sentait mourir, sortait de son lit, allait chercher de l'air à sa fenêtre. Je lui fis une piqûre de morphine et bientôt tout se calma. Le 30 juin, sur ses instances, je lui permets de quitter le Val-de-Grâce, mais, à peine sorti, il est repris des mêmes accidents et rentre; on lui applique le même traitement. Le 1er juillet la douleur n'avait pas entièrement disparu; le soir à huit heures et demie, il se trouve mal et meurt. J'ai fait l'autopsie ce matin et j'ai trouvé la plèvre gauche remplie d'une énorme quantité de caillots. D'où provenait cette hémorrhagie foudroyante? d'un anévrysme colossal de l'aorte thoracique siégeant dans la région comprise entre la bronche gauche et le diaphragme. L'aorte est athéromateuse. Le cœur est petit et graisseux.

Les anévrysmes de l'aorte descendante s'accompagnent sans doute de douleurs vives, mais il est très rare qu'ils se montrent, comme chez ce malade, sous forme de crises intermittentes.

M. Rendu. — Le cœur présenté par M. Laveran est petit. C'est la règle, en général, dans ces anévrysmes volumineux. Les recherches physiologiques de M. Marey lui font admettre théoriquement que le cœur doit être hypertrophié en cas d'anévrysme, mais Stokes, se fondant uniquement sur l'observation des faits anatomo-pathologiques, a bien vu que le cœur est ordinairement diminué de volume.

Epilepsie jacksonienne hystérique.

M. Ballet présente une malade atteinte d'épilepsie jacksonienne hystérique limitée à la face du côté gauche. Il suffit de déterminer une excitation de l'une des deux zones hystérogènes, siégeant sur la tête ou au-dessous du sein, pour amener l'accès. Au cours de l'accès, cette malade est dans un état cataleptique et ses membres conservent l'attitude qu'on leur imprime. A la suite de l'accès, elle reste un moment dans un état hypnotique, pendant lequel elle est suggestible

Ordinairement, il y a toujours quelques particularités décelant l'hystérie, mais dans certains cas exceptionnels, ces particularités peuvent manquer comme j'ai pu l'observer une fois.

Méningite typhique par le bacille d'Eberth.

M. Fernet. — Je viens d'observer un cas de fièvre typhoïde compliquée de méningite dont les symptômes ont primé tous les autres. La mort survint dans l'hypothermie, au 24e jour, sans que jamais on ait observé l'irrégularité du pouls.

A l'autopsie, on observa l'altération d'une seule plaque de Peyer. Les méninges étaient injectées, remplies d'un liquide abondant mais non purulent; la pie-mère était adhérente à des fragments de substance cérébrale. M. Girode a constaté la présence des bacilles typhiques.

Du tremblement héréditaire.

MM. Debove et J. Renault. — Le tremblement héréditaire est peu connu, les seuls renseignements que nous ayons trouvés sur ce sujet sont contenus dans la thèse de Fernet et dans une leçon de M. le professeur Charcot. Nous avons eu l'occasion d'observer récemment deux familles qui étaient atteintes de cette forme de tremblement. La première se compose de la grand'mère, du fils et de la petite-fille. Chez ces trois personnes le tremblement a toujours été en augmentant, aussi est-il plus accentué chez la grand'mère que chez le fils, chez le fils que chez la petite-fille. Cette différence dans le degré du tremblement est bien mise en relief en comparant les écritures de ces trois sujets.

Chez tous le tremblement était limité aux paupières, aux lèvres, à la langue; aux membres inférieurs il n'existait pas à l'état de repos, la petite-fille seule avait quelques mouvements.

Ce tremblement héréditaire est assez facile à distinguer des tremblements classiques.

Le tremblement sénile diffère du tremblement héréditaire par le branlement du chef, par un début dans l'âge mûr, par le nombre des vibrations (3,5 par seconde au lieu de 8).

Le tremblement de la paralysie agitante est continu à l'état de repos, s'accompagne de contracture, rien de semblable dans le tremblement héréditaire. Le tremblement de la sclérose en plaques est exagéré par les mouvements intentionnels.

Le tremblement de la paralysie générale trouble la parole d'une façon spéciale et intéresse rarement les paupières.

Le tremblement alcoolique ressemble au tremblement héréditaire, mais on observe alors un tremblement individuel des doigts qui n'existait pas chez nos malades. Le tremblement mercuriel est intermittent à l'état de repos, il se produit ou s'exagère à l'occasion des mouvements intentionnels; il a du reste beaucoup d'analogie avec celui de la sclérose en plaques.

Dans le goître exophthalmique le tremblement envahit les lèvres et les membres, mais respecte la face et la langue. Nous ne connaissons pas de tremblement hystérique ressemblant à celui que nous décrivons, mais il peut en exister, car il n'est pas de tremblement qui n'ait son sosie dans l'hystérie. En tout cas nos malades n'étaient pas hystériques. S'il était permis de tirer des conclusions de ces deux groupes d'observations, nous dirions:

Il existe un tremblement héréditaire. Il se transmet dans la ligne paternelle aussi bien que dans la ligne maternelle et n'atteint pas nécessairement tous les membres de la famille; il se transmet sans atténuation. Il débute dans l'enfance et augmente avec l'âge.

C'est un tremblement à oscillations rapides (8 par seconde), nul au repos complet, dont les oscillations produites dans l'attitude du serment persistent sans s'exagérer dans les mouvements intentionnels. Il peut s'étendre aux membres, aux paupières, aux lèvres, à la langue. Il a pour siège de prédilection les membres supérieurs et des caractères propres qui ne permettent pas de le confondre.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 4 juillet 1891.

Présidence de M. Malassez.

Toxines dans le corps des animaux.

M. Charrin. — A propos de la très intéressante communication de M. Pestona sur la distribution des toxines dans le corps des animaux, je rappellerai qu'il résulte des recherches de MM. Bouchard, Ruffer, Charrin que chez les lapins infectés par le bacille pyocyanique il existe dans le sang et l'urine des substances qui accroissent la résistance.

Quant aux principes toxiques, le foie peut avoir une action; toutefois, pour l'apprécier il convient d'agir, non sur la culture stérilisée, en bloc, mais sur les produits dissociés, produits volatils, solubles, insolubles dans l'alcool.

Produits solubles du streptocoque.

M. Roger. — Pour étudier l'action des produits solubles du streptocoque, je me suis servi d'un échantillon de ce microbe provenant d'un érysipèle et je l'ai cultivé dans de la bouillie de viande maintenue pendant 15 jours à 30° et à l'abri de l'air. Au bout de ce temps, le liquide a été recueilli, filtré sur une bougie de porcelaine et injecté dans les veines d'un certain nombre de lapins. Si on introduit de 15 à 20 cent. cubes par kilo, on voit les animaux périr en deux jours avec de la diarrhée, de l'amaigrissement et parfois un peu de parésie des membres postérieurs; avec des doses moindres, les animaux peuvent être malades pendant quelques jours, puis ils se remettent. En étudiant de plus près les cultures, j'ai constaté que la substance toxique est précipitée par l'alcool et détruite par la chaleur : elle se rapproche donc des poisons de la diphthérie et du tétanos.

Des lapins qui avaient reçu de 0,5 à 12 centim. cubes de produits solubles furent inoculés plus tard avec des cultures virulentes de streptocoques; des témoins, inoculés en même temps et de la même façon, ont succombé en 6 ou 8 jours; les animaux qui avaient reçu au préalable les matières filtrées sont morts beaucoup plus vite, quelques-uns en 4 jours, la plupart en deux jours et même en 24 et en 17 heures, c'est-à-dire, dans ce dernier cas, 11 fois plus vite qu'un lapin neuf. L'ensemencement des organes a permis de retrouver dans leur intérieur le streptocoque à l'état de pureté.

La prédisposition morbide ainsi créée n'est pas en rapport avec la quantité de liquide introduit (0 centim. cube 5 agit aussi bien que 12 centim. cubes); elle est déjà manifeste 6 jours après l'injection, mais c'est du 15e au 30e jour que les animaux succombent le plus rapidement à l'inoculation virulente.

Il résulte de ces faits que les produits solubles du streptocoque exercent une action analogue à celle que MM. Courmont et Rodet ont fait connaître pour d'autres microbes et particulièrement pour le staphylocoque doré.

Tout autre est l'effet des produits de cultures, quand on les a soumis à une température de 104°; le liquide ainsi chauffé injecté dans les veines à des doses qui varient de 5 à 30 centim. cubes, loin de prédisposer à l'infection, confère l'immunité. Quatre à 30 jours après avoir reçu les produits solubles chauffés, les animaux furent inoculés avec des cultures virulentes, ils résistèrent tous alors, tandis que les lapins neufs, inoculés de même, succombaient dans un laps de temps qui varia de 2 à 8 jours.

On peut donc conclure que les produits de culture du streptocoque contiennent deux substances à effet diamétralement opposé: l'une, qui est détruite par la chaleur, prédispose à l'infection; l'autre, qui résiste à une température de 104°, a la propriété de vacciner.

Contribution à l'étude des vaccinations chimiques.

M. Hernandez (de Caracas). — On sait que si l'on injecte sous la peau ou dans le péritoine d'un cobaye quelques centim. cubes d'une culture du vibrio Metschnikowi tué par le séjour à l'autoclave à 120° pendant 20 minutes, on confère à l'animal l'immunité complète vis-à-vis du même microbe (Gamaleia). Cela prouve la possibilité de la vaccination par les produits solubles d'un microbe donné.

Ce fait a été confirmé par Pfeiffer, mais cet auteur n'observait l'immunité qu'après 2 semaines (au lieu de 2 jours, et n'attribuait aucune action aux substances volatiles en ce qui concerne la production de l'immunité.

C'est pour élucider ces deux points que j'ai fait les expériences suivantes.

Une culture du vibrio Metschnikowi dans du bouillon de pied de veau, âgée de 15 jours et très virulente, est placée à l'autoclave à 120° pendant 20 minutes. On injecte 3 cent. cubes de cette culture stérilisée, à deux reprises et à un jour d'intervalle, sous la peau d'un cobaye; deux jours après la deuxième injection, ce cobaye se montre réfractaire à l'inoculation d'une culture virulente alors qu'un cobaye témoin succombait en moins de 24 heures. Ce résultat a été uniformément obtenu dans les expériences.

Nous avons procédé à la distillation dans le vide et à 40° du liquide préalablement stérilisé par la chaleur ; le produit de distillation était recueilli dans de l'eau acidulée d'acide chlorhydrique à 5 pour mille (teinte rosée comme en traitant la culture elle-même). On injecte 3 centim. cubes du produit distillé sous la peau d'un cobaye, trois fois de suite à vingt-quatre heures d'intervalle ; après quatre jours, l'animal est devenu réfractaire.

Quant au résidu de la distillation, nous avons constaté sa grande toxicité ; une dose de 3 et même 2 cent. cubes tuait le cobaye en 24 heures (1 cent. cube était toléré). En renouvelant une injection de 1 cent. cube deux jours de suite, on constate que l'animal est vacciné.

Donc, la substance vaccinante passe avec les produits volatils. Quant aux résidus, il est possible que l'action vaccinante tienne à ce que quelques produits volatils ont été retenus. En tout cas, il est intéressant d'opposer la toxicité minime du vaccin à la grande toxicité des toxines non volatiles.

Sur la cocaïne.

M. Gley. — On sait la différence considérable qui existe entre la toxicité de la cocaïne suivant qu'on l'emploie en ingestion ou en injection sous-cutanée. J'ai cherché si cette différence pouvait tenir à une influence du foie sur ce corps

absorbé par le tube digestif. En employant une solution stérile à 1 0/0, on constate que, chez le chien, la dose toxique par kilogr. d'animal est de 4,23 centim. cubes lorsqu'on fait l'injection par la veine porte, et de 1,97 centim. cubes quand on injecte dans une veine périphérique, la saphène, par exemple.

J'ai tenté de faire l'injection non plus dans une veine, mais dans une artère périphérique pour faire intervenir l'action du système capillaire : j'ai éprouvé que la dose toxique par kg. est de 3,48 cm. c. comme si le réseau capillaire avait lui aussi une action d'arrêt. Toutefois, dans ce dernier cas, les phénomènes observés étaient beaucoup plus intenses, convulsions violentes, élévation thermique jusqu'à 44°, alors que la température ne dépasse guère 41°,5 dans le cas d'injection intra-portale.

Sur le strontium et ses composés.

M. Laborde. — On admet communément que ces corps, à cause de leur parenté chimique par exemple avec la baryte, etc., sont des poisons très actifs. Il n'en est rien. On peut faire prendre à un chien des doses considérables de lactate de strontium sans aucun inconvénient. Et même on a pu administrer à un homme 15 et 20 grammes de lactate de strontium et constater l'action eupeptique et favorable de ce composé. J'ai remarqué qu'il se produisait dans ces cas un effet diurétique notable : il y a toutefois une différence d'avec la diurèse due aux sels de potasse par exemple, laquelle donne des urines foncées et chargées, tandis qu'avec le strontium les urines restent très claires.

Le produit qui paraît doué de l'action la plus favorable est le phosphate de strontium. Un chien a pu prendre 774 gr. de ce sel (ou 264,67 gr. de strontium) en 111 jours; il a continué à se développer régulièrement et à engraisser. A l'autopsie les organes étaient sains. On a trouvé le composé dans le foie, les urines; 100 grammes de cendres d'os contenaient 0,63 de sel de strontium. Il y a là une constatation importante, et il pourra être utile de prescrire ce sel chez les enfants, en cas de faiblesse du système osseux : le phosphate de chaux serait plus dangereux à de pareilles doses. Le tube digestif n'offrait aucune lésion après l'usage du sel de strontium, rien de ce catarrhe gastro-intestinal qu'on observe communément quand on donne du phosphate de potasse.

J'ai aussi expérimenté le bromure de strontium. Les doses toxiques déterminent un état de prostation avec disparition des réflexes. Mais ce corps est beaucoup mieux supporté que le bromure de potassium. Ainsi un chien de 10 kg. a pu en prendre 4 grammes sans accident. Je dois ajouter que déjà M. G. Sée a pu administrer avec avantage le bromure de strontium dans les dyspepsies douloureuses.

Cathétérisme permanent des uretères.

M. Albarran. — Voici un modèle de sonde dont l'extrémité est munie d'une boule, et qui est destinée au cathétérisme permanent des uretères. Sous la poussée du mandrin, la boule s'allonge et s'efface, l'instrument entre dans l'uretère aisément, et il s'y trouve maintenu quand la boule reprend ensuite son volume et sa forme. Nous avons fait l'expérience chez le chien après cystotomie : le résultat a été très satisfaisant, la sonde résiste à la poussée urinaire et l'urine coule goutte à goutte et régulièrement.

A l'occasion d'une taille hypogastrique pour une cystite grave ancienne, M. Guyon a fait récemment l'application de ce procédé chez une jeune femme. Les deux sondes ramenées au dehors par l'urèthre étaient fixées avec les précautions nécessaires. On pouvait assister à l'écoulement régulier des urines : d'un côté, urines troubles, purulentes, pauvres en urée et en phosphates; de l'autre, caractères inverses.

La malade va beaucoup mieux depuis l'opération, et le côté malade commence à fournir des urines de meilleur aspect, contenant plus d'urée. On conçoit aisément l'utilisation de ce procédé, si l'on se représente les inconvénients qui résultent de l'apport permanent d'une urine altérée dans la vessie. Outre les renseignements fournis pour le diagnostic, on pourra espérer ménager la vessie, la traiter aisément et antiseptiquement (ce qui a été fait dans notre cas), enfin même agir par des injections modifiantes sur le conduit urétérique lui-même.

Conséquences de l'ablation du corps thyroïde chez l'animal.

M. Quinquaud. — Je veux rappeler certains faits observés par MM. Arthaud et Magon. Les animaux thyroïdectomisés ne se comportent pas tous de la même façon et l'on n'observe pas toujours chez eux des accidents graves et la mort rapide. Ces expérimentateurs ont vu la survie atteindre 3 mois chez le chien, un mois chez le lapin. Ils ont pensé que dans les cas où l'opération est rapidement suivie d'accidents graves, l'irritation du pneumogastrique pouvait bien être mise en cause.

J'ai personnellemnt observé des faits semblables, une longue survie (2 ans chez un chien) avec amaigrissement, cachexie. Mais ce que j'ai observé de plus intéressant, c'est l'apparition d'albuminurie, de véritables accès de pseudo-asthme, et d'insuffisance rénale temporaire; le sang dans ces cas contenait 5-6 fois plus d'urée qu'à l'état normal, et les accès d'asthme cessaient quand il se faisait par le rein une débâcle d'urée. Un lien entre ces manifestations me parait incontestable.

M. Gley. — Il faut tenir compte, pour expliquer la survie, des glandes thyroïdes accessoires (Tizzoni), et aussi de la possibilité d'accidents à longue portée, se manifestant après 2 années.

Tuberculose osseuse chez les poules.

M. Chauveau. — Deux poules ont été inoculées par MM. Courmont et Dor avec de la tuberculose aviaire. A l'autopsie, les fémurs étaient trouvés spontanément fracturés, et ces observateurs pouvaient constater une ostéo-myélite tuberculeuse miliaire des plus confluentes, occupant tout le canal central. Dans un cas l'extrémité supérieure du tibia était prise également.

M. Binet communique des recherches sur la chaîne ganglionnaire du hanneton.

M. d'Arsonval étudie les rapports entre l'excitation mécanique et électrique des nerfs.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 3 juillet 1891.

Infection purulente.

M. Rémond a complété l'observation qu'il a présentée à la dernière séance. Il s'agissait d'une femme morte d'infection putride avec abcès miliaires dans les viscères. Le pus des abcès des reins a été examiné au point de vue bactériologique : il ne contenait pas de streptocoques. Les staphylocoques existent en abondance dans les capillaires.

Rein en fer à cheval.

M. Perregaux présente l'appareil rénal d'une femme morte de tuberculose pulmonaire. Il s'agissait d'un rein unique en forme de fer à cheval à concavité supérieure. L'extrémité inférieure correspond à la 4e vertèbre lombaire. Il existe deux bassinets et deux uretères : les artères et les veines sont multiples et anormales. L'une des artères provient de l'artère iliaque primitive du côté gauche.

Endocardite rhumatismale.

M. Laffitte présente le cœur d'une femme atteinte de rhumatisme articulaire aigu douze ans avant sa mort. En janvier de cette année, elle ressentit des palpitations pour la première fois; à l'auscultation on constata un souffle systolique à la pointe et un autre à la base. Il y eut une amélioration passagère; puis en juin, il y eut une nouvelle poussée fébrile avec état continu. La mort survint : à l'autopsie on constata de l'endocardite végétante sur la valve droite de la mitrale; une végétation pendait dans l'orifice mitral, et cependant il n'y avait pas eu de bruit de piaulement. La valvule souple et saine montre que sous les végétations endocardiques il n'y a pas de lésions anciennes : de sorte que la complication cardiaque rhumatismale est arrivée douze ans après l'apparition du rhumatisme. Enfin l'examen bactériologique a démontré la présence de deux bacilles dans les végétations : l'un est

long, immobile et se colore mal; l'autre est court, se colore bien et par culture dégage une odeur de putréfaction.

M. Netter pense que c'est le petit microbe qui est pathogène. Le rhumatisme présente différentes formes d'évolution. Dans la forme rapide on retrouve le staphylocoque, le streptocoque; dans une forme plus lente on note le pneumocoque; dans les formes très lentes, c'est surtout le bacillus griseus qu'on cultive.

Atrophie aiguë du foie.

M. Laffitte présente une atrophie aiguë du foie et le cerveau, piqueté de taches hémorrhagiques, d'une femme morte en trois jours après un coma qui a duré tout ce temps. Il n'y avait pas d'albumine dans l'urine, et il n'y a jamais eu d'ictère.

On peut se demander 1° la cause de cet état du foie ; 2° s'il existe un rapport entre la lésion hépatique et la lésion cérébrale. Histologiquement on n'a trouvé qu'une grande quantité de pigment dans les cellules hépatiques.

M. Pilliet dit que cet état de pigmentation des cellules ne peut rien expliquer, car on le retrouve dans le foie des malades morts après quelques jours de fièvre.

Angiomes du foie.

M. Pilliet a étudié divers angiomes du foie. On peut considérer cet organe comme présidant en partie à l'hématopoièse. Il y a peut-être des cas où on peut démontrer pathologiquement cet état; on trouve précisément dans les angiomes du foie des cellules en voie de segmentation, où ce sont de véritables cellules de Neumann.

Lithiase rénale et biliaire.

M. Thiroloix présente l'appareil urinaire d'un homme mort de pyélonéphrite calculeuse ; les uretères sont fortement dilatés. A cette lithiase rénale était venue se surajouter de la lithiase biliaire.

Corps fibreux du péritoine.

M. Monnier présente un corps fibreux trouvé dans le péritoine d'un homme dont on faisait l'autopsie. Ce fibrome a la forme d'un haricot; il présente en son centre un noyau ; il était libre dans la cavité péritonéale; mais dans un autre cas il existait un petit pédicule. On pourrait donc penser que l'évolution de ces fibromes est analogue à celle des corps étrangers articulaires.

Anatomie de la plèvre.

M. Sébileau décrit avec pièces à l'appui un appareil suspenseur du cul-de-sac supérieur des plèvres. Il y a : 1° un petit muscle dépendant du système scalénique, qui s'insère sur le tubercule antérieur de l'apophyse transverse de la sixième vertèbre cervicale et d'autre part va s'épanouir en éventail sur le cul-de-sac pleural ;

2° Un petit ligament avec insertions à peu près semblables, mais postérieures.

Par la présence de ces deux tractus, musculaire et fibreux, on comprend les différences de rapport de l'artère sous-clavière avec le cul-de-sac de la plèvre.

M. Pompidor présente une *tumeur blanche de l'articulation radio-carpienne*. Le carpe est luxé sur l'avant-bras en avant. C'est la forme la plus rare dans les luxations traumatiques du poignet.

ÉTRANGER

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE HALLE

Pyosalpinx.

M. v. Herff présente les pièces provenant d'une femme opérée d'un pyosalpinx double.

Il s'agit d'une femme de 25 ans, mariée, n'ayant pas eu d'enfants, et infectée probablement de gonorrhée peu de temps après son mariage.

Au premier examen, fait en 1888, on trouva une salpingo-ovarite gauche avec para-métrite postérieure et antéflexion de l'utérus. En 1890 et 1891, phénomènes de péri-métrite avec douleurs vives dans le flanc droit. Diagnostic : pyosalpingite volumineuse à droite, descendant dans la cavité de Douglas; pyosalpingite à gauche, mais la trompe est bien moins distendue qu'à droite.

Au mois de février, M. Kaltenbach fit l'opération et enleva les annexes de chaque côté. L'examen microscopique et bactériologique des pièces n'a pas montré la présence de micro-organismes. Mais comme la pyosalpingite existait depuis une année, il est probable que les micro-organismes ont eu le temps de disparaître.

Le pyosalpinx est presque toujours d'origine infectieuse, aussi le plus grand nombre des cas s'observe-t-il à la suite des couches ou de l'infection gonorrhéique. L'infection des annexes peut s'observer à la suite de l'emploi des instruments septiques (curettage, cathétérisme, etc.) ou de la propagation de l'endométrite non spécifique, mais ces cas sont rares, si l'on ne compte pas avec les lésions produites par la tuberculose ou l'actinomycose.

Dans le pus, on trouve des micro-organismes pyogènes : streptocoque, les deux staphylocoques ; dans un cas de Zweifel, le pus contenait le pneumocoque de Friedlænder. A côté de ces micro-organismes, on trouve encore des saprophytes, un bacille court et un long dont le rôle n'est pas encore déterminé.

Le pronostic dépend du micro-organisme en présence. Les streptocoques peuvent, à chaque moment donné, provoquer une péritonite presque toujours mortelle; avec les staphylocoques, principalement avec le staphylocoque doré, le danger est moins grand.

Souvent, après l'opération, on observe la formation d'abcès, qui sont certainement dus à l'infection de la plaie par le contenu virulent du pyosalpinx.

L'opération donne généralement des résultats favorables. Dans une péri-métrite adhésive d'origine gonorrhéique, l'ablation seule des annexes ne fait pas disparaître les troubles; dans ces cas, il faut encore s'occuper à traiter la péri-métrite qui entretient les troubles après l'opération.

M. Keil insiste sur la fréquence des ruptures du sac pendant l'opération. Gusserow a observé plus de 50 cas de cette rupture avec sortie du pus dans la cavité abdominale. La péritonite septique n'a été observée qu'une seule fois; mais, dans les autres cas, on observe la formation d'abcès, le développement de para et péri-métrite avec formation d'exsudats, etc. La convalescence est longue et, lorsque la malade guérit, son état n'est pas sensiblement meilleur qu'avant l'opération.

Frappé de ces inconvénients, Kaltenbach proposa en 1886 d'ouvrir ces collections, en deux temps. Depuis, j'ai appliqué ce procédé à un certain nombre de pyosalpinx. L'opération est faite de la façon suivante. Le premier temps comprend une incision parallèle au ligament de Poupart; on divise couche par couche, en faisant une hémostase complète, la peau, les muscles, les aponévroses et le péritoine. La plaie est tamponnée avec de la gaze iodoformée, et lorsque, au bout de 8 à 10 jours, des adhérences unissent les bords de la plaie à la tumeur, on incise cette dernière, on fait le drainage, etc., comme s'il s'agissait d'un simple abcès.

M. Roesger pense que les indications de l'intervention chirurgicale dépendent du volume de la tumeur et de l'imminence de rupture. Les petits pyosalpinx limités guérissent quelquefois spontanément par évacuation du pus dans la cavité utérine. L'opération en deux temps ne lui paraît pas avantageuse.

M. v. Herff croit que l'opération en deux temps ne doit être employée que dans des cas exceptionnels. En plus, il y a toujours le danger de l'établissement d'une fistule et des récidives. Kaltenbach lui-même ne la prescrit que pour des tumeurs très volumineuses. Dans les autres cas, la collection siège profondément et l'ouverture en deux temps est presque impossible. Si l'extirpation par voie abdominale était trop difficile, on peut suivre la voie sacrée.

Avortement provoqué.

M. Graefe présente les pièces provenant d'une femme

chez laquelle il a provoqué l'avortement au quatrième mois de la grossesse.

Il s'agit d'une V-pare dont la dernière grossesse remonte à 7 ans. En janvier les règles survinrent avec un peu de retard, en s'accompagnant de douleurs violentes qui cessèrent après l'expulsion d'un gros caillot. En février, les règles revinrent, mais furent accompagnées de métrorrhagies profuses qui durèrent très longtemps. Un médecin qui examina la malade à cette époque, lui dit qu'elle avait un gonflement inflammatoire de l'utérus.

A l'examen de la malade, M. Graefe trouva un utérus volumineux, de consistance inégale, de dimension rappelant celle d'un utérus gravide au quatrième mois de grossesse. Diagnostic : grossesse. Comme les hémorrhagies répétées et les contractions faisaient prévoir l'expulsion prochaine de l'œuf, M. Graefe fit la dilatation du col avec une tige de laminaire. Cette conduite était d'autant plus justifiée qu'il pouvait bien s'agir en l'espèce d'un myome sous-muqueux.

Les douleurs survinrent quelques heures après l'introduction de la tige, et le lendemain on pouvait déjà extraire facilement le fœtus et les membranes. La malade a guéri sans complications.

Syringomyélie.

M. Seeligmüller a présenté deux malades offrant les symptômes nets de la syringomyélie. Le premier est atteint d'atrophie musculaire progressive avec paralysie et de troubles de la sensibilité à la douleur et à la chaleur. Le second présente en plus des troubles trophiques des mains caractérisés par la formation de nombreuses vésicules. Chez ces deux malades ont apparu, à l'époque de la puberté, des incurvations de la colonne vertébrale. Le rapport entre ces déformations et la syringomyélie est encore mal connu, mais l'on sait qu'il est extrêmement fréquent. On sait aussi que, dans certains cas, des appareils spéciaux, des corsets, ont pu corriger en partie les déviations vertébrales et faire rétrocéder par là certains symptômes de la maladie. Dans les deux cas présents, M. Seeligmüller ne pense pas que l'on doive invoquer la gliomatose médullaire.

Chez le premier malade il existait des malformations congénitales avec obtusion intellectuelle. Cela peut faire admettre l'hypothèse d'une anomalie du canal central de la moelle, avec augmentation de son calibre.

Chez l'autre malade les accidents avaient débuté après une chute faite sur la colonne vertébrale. L'affection ne s'accompagnait pas de troubles de la sensibilité, ni de troubles trophiques. On peut ici faire le diagnostic d'hématomyélie et admettre que cette affection se distingue de la syringomyélie par l'existence d'une poliomyélite subaiguë sans troubles trophiques ni sensitifs.

Enfin il y a encore d'autres lésions nerveuses qui pourraient en imposer pour la syringomyélie : ce sont les différentes formes de névrites. L'auteur a vu, dans un cas qui s'était caractérisé par des panaris à répétition, l'affection évoluer à la façon de la syringomyélie. Plus tard le développement de la tuberculose pulmonaire fit penser à de la névrite tuberculeuse. L'évolution de la maladie sembla confirmer cette hypothèse.

AUTRICHE

SOCIÉTÉ DES MÉDECINS ALLEMANDS DE PRAGUE

Paralysie par coup de foudre.

M. v. Limbeck. — Dans les paralysies consécutives à des coups de foudre, il faut distinguer les paralysies directes quand il s'agit d'une lésion de l'appareil nerveux ou moteur, et les paralysies indirectes quand la lésion siège sur une autre partie du corps.

Le cas suivant peut servir d'exemple de paralysie indirecte :

Un tailleur, de 62 ans, est frappé d'un coup de foudre le 8 juin 1887. Il tombe par terre et reste sans connaissance pendant 2 heures. Quand il revient à lui, on constate une hémiplégie droite complète avec aphasie. Au bout de quelques semaines la parole revient, et lorsque le malade se présente à la clinique un mois plus tard, on trouve les phénomènes suivants : hémi-parésie droite typique avec contraction légère des muscles du bras droit et de la jambe droite, parésie du facial droit au niveau de ses deux branches inférieures, exagération des réflexes tendineux du côté droit ; la sensibilité était normale, la parole nette, mais avec un peu de bégaiement ; athérome marqué des artères. Il s'agissait certainement d'une hémorrhagie au niveau de la capsule interne, et la paralysie était indirecte, consécutive à l'hémorrhagie cérébrale.

Il existe dans la littérature un certain nombre d'observations de paralysies directes par coup de foudre, publiées par Nothnagel, Demme, Gibier de Savigny, Charcot. Dans ces cas une paralysie sensitive et motrice d'origine périphérique survient soit immédiatement après l'accident, soit au bout d'un certain temps. Ces paralysies tardives revêtent ordinairement la forme de paralysies hystériques.

Voici un cas de ce genre observé à la clinique du professeur Pribram.

Un garde-voie du chemin de fer, surpris par un orage, a éprouvé, au moment où il tournait avec la main droite le bouton de la porte pour entrer chez lui, une douleur violente dans les deux épaules. En même temps, il s'aperçoit que la face dorsale de sa main droite s'est couverte d'un enduit pulvérulent noirâtre, au milieu duquel on pouvait distinguer un grand nombre de vésicules ; les mouvements restèrent intacts, seulement il percevait dans cette main une sensation de brûlure. Par contre, la main gauche, qu'il se rappelait avoir gardée pendant l'accident dans la poche de sa veste, est devenue paralysée et insensible. La sensibilité revint au bout de trois jours dans la main gauche, mais la paralysie persista ; plus tard, survinrent des paresthésies dans les orteils et, au bout de quelque temps, dans les pieds. Au bout de trois mois : anesthésie des pieds et des mollets et faiblesse dans la main droite. A l'examen du malade, fait le 30 août 1889, c'est-à-dire quatre mois après l'accident, on trouva : effacement du pli naso-labial gauche, diminution de la sensibilité, parésie fonctionnelle sans atrophie des muscles de la main droite, excitabilité électrique normale. Au niveau des pieds, on trouvait une anesthésie complète, sauf pour la perception des variations thermiques, une coloration livide des téguments, avec hyperhidrose très marquée, une hypothermie très prononcée des parties anesthésiées. Sur le tronc et les membres, il n'existait pas de troubles moteurs ni sensitifs.

Dans ce cas, la foudre a provoqué une paralysie directe de la main gauche ; les autres phénomènes présentés par le malade, plus tard, rentrent dans la catégorie des paralysies indirectes.

Une série d'expériences sur des animaux sur lesquels on faisait agir des courants induits a montré : 1° que la décharge agit plus efficacement sur le muscle que sur les nerfs périphériques ; 2° que la décharge, en frappant le système nerveux central, peut provoquer des paralysies d'origine centrale.

Les autres phénomènes présentés par le malade (troubles nerveux et sensitifs) se rapprochent de ceux de névrose traumatique (Oppenheim) ou d'hystérie traumatique (Charcot), et l'on peut supposer que, dans ces cas, l'état psychique du malade joue un rôle très marqué.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

La neurasthénie (*Epuisement nerveux*), par L. Bouveret (de Lyon). Paris, J.-B. Baillière.

Très étudié, très riche en observations personnelles éclairées par l'étude des travaux déjà publiés sur un sujet toujours à l'étude, le livre de M Bouveret mérite une mention toute spéciale. Il ne se borne pas, en effet, à énumérer les symptômes multiples de la neurasthénie. Il pose avec une grande netteté les principales indications thérapeutiques de la maladie et discute avec autant de talent que de compétence ceux qui conviennent à chaque cas particulier. C'est dire que l'on consultera avec fruit un travail qui dans un petit nombre de pages expose très nettement tout ce que nous savons au sujet d'une maladie aussi fréquente que difficile à combattre.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

PANSEMENT ANTISEPTIQUE

Méthode de LISTER

MM. DESNOIX et Cie, pharmaciens, 17, rue Vieille-du-Temple, à Paris, préparèrent, dès le principe, toutes les pièces nécessaires au pansement antiseptique par la méthode Lister et les tiennent à la disposition des médecins et chirurgiens qui désirent employer ce mode de pansement.

BAIN DE PENNÈS

Hygiénique, Reconstituant, Stimulant

Remplace ***Bains alcalins, ferrugineux, sulfureux,*** surtout les ***Bains de mer.***

Exiger Timbre de l'État. — PHARMACIES, BAINS

LES

GRANULES BERTHIOT

sont :

HOMOGÈNES, TRÈS SOLUBLES
MATHÉMATIQUEMENT DOSÉS
TRÈS ACTIFS
SUPÉRIEURS AUX PRODUITS SIMILAIRES

(2 MÉDAILLES, Expons Univlles Paris 1878 et 1889)

Ils comprennent tous les médicaments et tous les dosages usités en allopathie et en dosimétrie.
Envoi du Prix-Courant et d'Echantillons sur demande

PHie BERTHIOT, 107, Faubourg St-Antoine, PARIS

CŒUR

Médaille d'OR



Palpitations, Affections mitrales ou aortiques, Anévrismes Hydropisies guéries par

DRAGÉES

TONI-CARDIAQUES LE BRUN

Hâvre 1887

(CAFEINE IODOFORMÉE ET STROPHANTUS)

Dépôt génl : PHARMACIE CENTRALE, Faubg Montmartre, 52, PARIS



Médailles aux Expons : Vienne, Philadelphie, Paris, Sydney

INHALATIONS D'OXYGÈNE
APPAREILS DE LIMOUSIN

INHALATEUR, Location, 3f par semaine. GAZ, 2f50 le ballon de 30 litres.
Appareil complet pour fabriquer et respirer, avec boîte : 130 fr.
PHARMACIE LIMOUSIN ✲, 2bis, RUE BLANCHE, PARIS



CHLOROSE. — ANÉMIE. — LYMPHATISME

Le Proto-Iodure de Fer est le réparateur du sang, le fortifiant et le microbicide par excellence.

Le **Sirop** et les **Dragées** au proto-iodure de fer de **F. Gille,** *ne sauraient trop être recommandés en raison de leur pureté chimique, de leur inaltérabilité et de leur solubilité constantes. (Gazette des hôp.)*

ENTREPOT GÉNÉRAL : **45, Rue Vauvilliers, Paris.** Dépôt toutes Phies.

HYPNAL BONNET

ANTIPYRINE — MONO CHLORAL

SOLUTION
et CAPSULES
Hypnotiques
et ANTINÉVRALGIQUES

L'**HYPNAL BONNET**, véritable combinaison chimique définie de ***Chloral*** et d'***Antipyrine***, représente une heureuse association des propriétés thérapeutiques bien connues de ces deux excellents médicaments, sans avoir la saveur et la causticité du chloral, que bien des personnes ne peuvent supporter. — Les expériences faites dans les hôpitaux de Paris ont prouvé que l'**Hypnal** possède toutes les propriétés de ses composants. (Société de Thérapeutique, séance 12 mars 1890)

DOSES { *Adultes :* 2 à 3 cuillerées à soupe de solution ou 4 à 12 capsulines par jour
Enfants : 1 à 6 cuillerées à café de solution ou 1 à 6 capsulines par jour.

3 heures avant ou après les repas.

Dans toutes les Pharmacies. VENTE EN GROS : **11, rue de la Perle, PARIS**

QUINQUINA SOLUBLE ASTIER (GRANULÉ)

REPRÉSENTE EXACTEMENT SON POIDS D'ÉCORCE DE QUINQUINA JAUNE ROYAL

(Une cuillerée à café contient 0 gr. 10 centigr. d'alcaloïdes)

Le **Quinquina soluble Astier** n'est pas un remède nouveau, ni un remède secret, c'est une nouvelle préparation exactement dosée qui permet au médecin d'administrer le Quinquina d'une façon rationnelle et scientifique, avantage que n'offrent pas les autres préparations de Quinquina : vins, sirops, extraits, etc., dont le dosage et la qualité sont incertains.

Pour préparer le **Quinquina soluble**, M. Astier n'emploie que les écorces du quinquina jaune royal (le meilleur des quinquinas) très riches en principes actifs, et préalablement titrés.

Ces écorces, il les traite d'abord par l'eau distillée, qui dissout les principes toniques, ensuite par l'alcool, qui dissout les alcaloïdes, enfin par la chaux pour retirer la totalité de ces derniers. Se servant d'appareils construits *ad hoc* et opérant à une température de 30°, l'extrait granulé qu'il prépare avec ces liqueurs contient rigoureusement tous les alcaloïdes, tous les principes toniques, jusqu'à l'arome spécial du Quinquina. Une cuillerée à café mise dans un verre d'eau donne une liqueur de tous points semblable à une décoction de Quinquina. On peut s'assurer de la présence et de la quantité des alcaloïdes au moyen des réactifs de Walser et de Lepage.

Le **Quinquina soluble Astier**, se dissolvant instantanément dans l'eau, le vin et les tisanes, est d'un usage très commode, puis qu'il permet de préparer instantanément une dose ou une bouteille de vin de quinquina.

Dose tonique : une demi-cuillerée à café à une cuillerée à soupe avant les deux principaux repas.
Dose fébrifuge : *pour les adultes*, deux cuillerées à café d'heure en heure ; *pour les enfants*, une cuillerée à café.
Deux cuillérées à soupe pour préparer instantanément un litre de vin de quinquina.
Envoi gratis et franco d'échantillons aux médecins.
Le flacon : 4 francs. — Le flacon dosé pour un litre de vin : 1 fr. 50 c.
Remise de 40 p. 100 aux médecins pour leur usage personnel.

Pharmacie Astier, 72, avenue Kléber, Paris, et toutes pharmacies.

N° 28. — 15 JUILLET 1891

LE NUMÉRO QUINZE CENTIMES

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

PUBLIÉ PAR

LA GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Et servi gratuitement à tous les abonnés de ce journal

ABONNEMENTS SPÉCIAUX POUR MM. LES ÉTUDIANTS. — UN AN : 6 FRANCS

L. LEREBOULLET, Rédacteur en chef. — A. BROCA, Secrétaire de la Rédaction

Librairie de G. MASSON, 120, boulevard Saint-Germain.

SOMMAIRE

ACTES OFFICIELS

Légion d'honneur. — Sont nommés officiers M. le prof. Bouchard. MM. Bertherand, Treille. — Sont nommés chevaliers MM. les Drs Ch. Richet, Colomb, Roux, Defaut, Magnin, François-Franck, Douvillé, Machenaud, Nicolas, Mirabel, Borely, Long, Jan, Gazeau.

Corps de santé de la marine. — Ont été nommés :

Au grade de médecin principal. — MM. Rémond et Ambiel.

Au grade de médecin de première classe. — MM. Martine, Rousseau, et Le Méhauté.

ACTES
DES FACULTÉS DE MÉDECINE

Clinique chirurgicale de la Charité. — Le Dr Schwartz, professeur agrégé, suppléant M. le professeur S. Duplay, commencera ses leçons cliniques le vendredi 17 juillet et les continuera les mardis et les vendredis suivants.

Faculté de médecine de Lyon. — Par arrêtés du ministre de l'instruction publique, sont déclarées vacantes :

1° La chaire de chimie médicale et pharmaceutique de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon;

2° La chaire de matière médicale de la même Faculté.

Un délai de vingt jours, à partir de la présente publication, est accordé aux candidats à chacune desdites chaires pour produire leurs titres.

Ecole de médecine de Grenoble. — Un concours s'ouvrira, le 22 décembre 1891, devant la Faculté de médecine de Lyon, pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'Ecole de médecine de Grenoble.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

VARIÉTÉS

Si l'espace ne nous manquait, la presse politique nous fournirait ample moisson. D'abord avec les interviews sur la fameuse greffe du cancer, avec les protestations des chirurgiens de Reims, un journal ayant accusé cette ville d'avoir fourni le consciencieux praticien qui s'est livré à cet aimable exercice. Malgré une protestation officielle, M. le Dr Doyen, en particulier, continue à recevoir des reporters entêtés, auxquels il oppose toujours des dénégations absolues. L'Allemagne, pendant ce temps, ne reste pas en arrière et ses journaux politiques accusent formellement tel médecin d'avoir tué un malade en expérimentant avec de l'atropomorphine; tels autres, MM. Hahn et von Bergmann, d'avoir greffé le cancer. Mais il convient de faire remarquer que Hahn a fait sa greffe *sur une femme inopérable*, et qu'il a publié son observation franchement. Dans tout ceci il y a des faits graves, sans doute; mais surtout ce tapage est déplorable, tout comme celui qu'on fait — parfois avec gravures et photographies à l'appui — autour des choses de la dissection. Il est facile, avec cela, de bâcler un article à sensation qui flatte, outre quelques personnalités médicales, la sensiblerie du public; et, moralité de l'histoire, MM. les assassins commencent... à réclamer leur propre corps. Les aumôniers, il est vrai, les y aident, et il est probable que M. Hector Pessard les y encouragerait, au besoin, lui qui proteste contre l'exclusivisme de la future loi sur la médecine, laquelle loi, ô horreur ! a l'audace de ne point autoriser l'exercice illégal pratiqué par les communautés religieuses! Et dire que tout ça vient de l'envie « de quelques sous-vétérinaires pour bétail humain »! Aussi M. H. Pessard proteste. Cela nous fait penser que d'ici à quelques jours il tonitruera probablement contre le conseil municipal pour n'avoir pas pris en considération la proposition d'un Russe (retour de Sibérie) qui offre 100 000 francs pour essai dans un hôpital de la « médecine réformée », laquelle consiste à supprimer les médecins. La chose est pour cela facile : supprimez les vêtements et redevenez velus. Les animaux ont-ils des médecins? Autant le Choubersky est dangereux, autant le poil naturel est salutaire. C'est donc toujours du Nord que nous viendrait la lumière! Avec l'histoire d'un gentilhomme russe qui, au milieu de son enterrement, sortit de sa bière (ouverte selon le rite pendant la cérémonie), administra une paire de gifles au pope et le soir célébra sa résurrection dans un festoiement tel que trois jours après il mourait, « pour de bon » cette fois, peut-être bien d'indigestion.

Dressage des chiens pour la recherche des blessés. — Des expériences faites récemment dans un bataillon de chasseurs prussien permettent d'établir qu'on peut utiliser les chiens dans le service d'évacuation du champ de bataille en les dressant à rechercher les blessés dans des terrains accidentés, boisés, où l'homme couché échappe facilement aux recherches des brancardiers.

Le dressage de ces chiens au bataillon de chasseurs de Lübben s'effectue de la manière suivante :

Les hommes désignés pour simuler les blessés pendant la manœuvre se couchent dans la broussaille, le visage contre terre, en conservant l'immobilité. Les chiens du bataillon se dispersent et doivent chercher les traces des hommes blessés. Lorsqu'ils découvrent un soldat atteint, ils posent leurs pattes de devant sur l'homme couché et se mettent à aboyer pour appeler l'attention des brancardiers. Ces derniers se dirigent de ce côté.

Les chiens aboient, sans quitter le blessé, jusqu'à ce que les brancardiers aient répondu à leur appel.

Chaque compagnie du bataillon possède douze chiens dressés à cet usage, auquel sont peu propres les chiens d'arrêt et, en général, les chiens de chasse.

On a remarqué, en effet, que ces animaux, dans les terrains boisés et riches en gibier, se laissant fréquemment aller à leur instinct de chasse, abandonnent la recherche des blessés.

Les chiens de berger et les chiens-loups sont exclusivement dressés à ce service et s'en acquittent bien.

Durée de l'enseignement médical en Amérique. — Les médecins américains commencent à s'apercevoir que les études à la vapeur ne sont pas compatibles avec une science comme la médecine et qu'une durée de deux ans est insuffisante. L'Université de Pensylvanie, à Philadelphie, l'un des établissements d'enseignement médical les plus renommés de l'Amérique, a porté, depuis quinze ans, la durée des études à trois ans, au lieu de deux ans (!!), durée habituelle dans la plupart des écoles médicales du Nouveau-Monde. Elle est sur le point d'établir des cours d'une durée de cinq ans, sur la proposition du Dr Pepper; mais comme une pareille innovation — pour l'Amérique — n'est pas sans entraîner des risques pécuniaires, le Dr Pepper vient en aide au corps enseignant en souscrivant une somme de 50.000 dollars et en s'engageant à payer pendant cinq ans 1.000 dollars pour contribuer à couvrir les frais de ladite innovation.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôpital Saint-Pierre (Bruxelles.) — Prof. Thiriar.

Un cas d'actinomycose.

Messieurs,

La malade que je soumets aujourd'hui à votre examen est intéressante à examiner. Elle est atteinte d'une affection actinomycosique de la face à gauche. C'est la première fois que j'ai l'occasion d'observer un cas semblable et je tiens à attirer votre attention sur lui.

Voici l'histoire de cette personne :

Elle est entrée dans mon service le 30 avril dernier. Ménagère, âgée de 37 ans, elle n'a pas d'antécédents héréditaires. Elle habite un petit village flamand où elle vit misérablement. Sa nourriture se compose presque exclusivement de pain de seigle et de pommes de terre au lard ; de temps en temps un morceau de porc vient varier ce triste menu. L'affection a débuté il y a 4 mois par une petite excoriation à la région malaire accompagnée d'un gonflement très prononcé et donnant lieu à de fortes douleurs. Cette tumeur n'a pas tardé à augmenter, l'induration s'est étendue, des nodosités s'y sont produites et enfin des ulcérations sont survenues en trois endroits différents. Lorsqu'elle est entrée, il y a 4 semaines, dans mes salles, voici ce que nous avons constaté :

La constitution est excellente, toutes les fonctions sont normales ; il n'y a rien de particulier dans les organes importants. La joue gauche est le siège d'une tumeur aplatie, étalée ; la peau en est livide, violacée et perforée en quatre endroits différents ; de ces fistules s'écoule un pus mal lié, séreux ; on dirait des ouvertures fistuleuses d'une tumeur tuberculeuse ou sarcomateuse. La tumeur est inégale comme consistance ; mollasse, semi-fluctuante en certaines parties, elle est plus dure à la périphérie ; elle n'adhère pas aux parties profondes et paraît n'occuper que le tissu cellulaire sous-cutané. Il n'existe aucun engorgement ganglionnaire. A l'examen de la bouche, je constate l'absence de trois dents molaires sur le côté gauche du maxillaire supérieur ; ce sont les deux petites et la première grosse molaire qui manquent. Au niveau de la place de la première petite molaire, existe une toute petite tumeur, un véritable bourgeon mollasse, qui laisse pénétrer un stylet dans la cavité alvéolaire où l'on constate la présence d'un morceau de racine. A part cela, la bouche est saine. Il n'existe aucun gonflement, aucun trajet fistuleux qui puisse faire soupçonner une certaine relation entre la tumeur et la cavité buccale. Il est à remarquer, du reste, que la tumeur a débuté avant qu'on ait extirpé les dents.

Mon diagnostic resta incertain. Les uns croyaient à l'existence d'une lésion tuberculeuse ; d'autres pensaient à une affection sarcomateuse.

Le 20 juin dernier, il y a donc six jours, je chargeai un de mes assistants, le Dr Paradis, d'opérer le curettage de cette tumeur, curettage aussi bien explorateur que modificateur. C'est au cours de cette opération que nous remarquâmes dans les débris enlevés la présence de grains jaunes, arrondis, brillants, en assez grande quantité. L'examen microscopique, pratiqué immédiatement par le Dr Depage, fit reconnaître l'élément caractéristique de l'affection actinomycosique. Cet examen, répété plus tard au laboratoire du professeur Stienon, ne laissa aucun doute sur la nature de l'affection.

Nous sommes donc bien en présence d'un cas d'actinomycose.

Qu'est-ce que l'actinomycose ? me demanderez-vous tout d'abord.

L'actinomycose est une maladie générale infectieuse, parasitaire, causée par l'introduction dans l'organisme d'un parasite végétal, l'actinomyces, rangé dans la classe des schizophytes, genre cladotrix.

Les vétérinaires l'ont observé depuis longtemps chez le bœuf ; ils l'ont décrit sous différents noms, principalement sous la dénomination de sarcome du bœuf.

L'agent spécifique, l'actinomyces, a été déjà entrevu par Lebert en 1857 ; de même Robin en fait mention en 1871. « J'ai trouvé, dit-il, deux ou trois fois dans le pus d'abcès profonds et anciens des grains mous, jaunâtres, atteignant un diamètre de 1/10 de millimètre, entourés d'atmosphère en couche mince, visqueuse, finement grenue... » C'est Dollinger qui, en 1871, en donna le premier une description détaillée et lui donna le nom d'actinomycose (de ακτιν, rayon, et μυκος, champignon). En 1878, Israël signala pour la première fois cette affection chez l'homme. A partir de cette époque, comme le prouvent les travaux de Firkett de Liège, Jeandin de Genève, Karl Partsch et d'autres encore, le nombres de cas d'actinomycose humaine observés devient considérable et aujourd'hui, c'est par centaines que l'on en trouve des observations dans les différents recueils scientifiques.

L'actinomycès est donc un parasite végétal ; ce n'est pas à proprement parler un micro-organisme, puisqu'on peut le distinguer à l'œil nu. Ce champignon se rencontre dans le pus et les bourgeons des parois des abcès qu'il a formés. Il se présente sous forme de petites masses granuliformes, de la dimension d'un grain de sable à une graine de pavot, en général d'un jaune pâle, mais quelquefois blanches, brunâtres, vertes ou tachetées. Ces masses sont de véritables colonies actinomycosiques.

Au microscope, après l'avoir débarrassé des globules de pus et des cellules graisseuses qui peuvent l'entourer au moyen d'une solution faible de potasse qui dissout ces divers éléments, on y voit, à un grossissement convenable, des filaments ressemblant à ceux du mycélium ordinaire et se terminant par des extrémités renflées. Ces filaments rayonnent autour d'un centre où ils s'enchevêtrent, ce qui leur donne la forme d'une roue.

Mon assistant, M. Depage, va tout à l'heure vous montrer des préparations de cet intéressant parasite ; il vous en décrira les différents procédés de coloration. La science microbiologique ayant pris dans ces dernières années un magnifique essor, il ne faudra pas vous étonner du grand nombre de ces procédés de coloration.

On a naturellement, messieurs, essayé de nombreux procédés de culture de ce champignon et cela sans grand résultat jusqu'ici. Bœrstrœm a pu le faire arriver à maturité sur des plaques de sérum sanguin et d'agar-agar. Israël a réussi avec du bouillon et Johne avec du sérum de sang de bœuf. Par ces procédés la culture se développe très lentement. Il faut au moins 14 jours pour y voir apparaître des masses cellulaires. Au Congrès international d'hygiène tenu à Paris lors de l'exposition, Budjwid a annoncé qu'il avait pu élever ce champignon sur la gélose nutritive et cela en mettant la culture à l'abri de l'oxygène de l'air suivant la méthode de Buchner qui consiste à renverser le tube à culture dans un tube plus large contenant une solution de soude caustique et d'acide pyrogallique.

Tout récemment deux professeurs de l'Ecole vétérinaire de Cureghem, MM. Mosselman et Lienaux, ont pu très bien cultiver l'actinomycose du bœuf dans le bouillon peptonisé et glycériné. Ils ont constaté aussi que cette culture se faisait beaucoup plus facilement dans un milieu où la quantité d'air est limitée et minime qu'au contact de l'air libre. Avec ces produits de culture ainsi

obtenus, nos deux compatriotes ont pu reproduire l'affection actinomycosique, ce qui, à ma connaissance, n'avait pas encore pu être fait. Ils ont inoculé avec succès l'actinomycose cultivée au lapin et même à la chèvre (1).

Si on n'a pu que difficilement reproduire avec les produits de culture l'affection actinomycosique, il n'en est pas de même de l'inoculation faite au moyen des produits pathologiques eux-mêmes. Israël a réussi à inoculer le parasite au lapin en lui introduisant dans la cavité péritonéale des fongosités d'actinomycose humaine. Ponfick a eu également des résultats positifs chez le veau. De même Mosselmann et Lienaux ont très bien réussi les inoculations chez le lapin. Le pus des abcès produit par les inoculations des deux expérimentateurs belges contenait une grande quantité de filaments ramifiés, de longueur variable, souvent groupés en pelotes. Ce pus ainsi obtenu leur a servi à faire des ensemencements qui ont donné des cultures typiques.

Chez l'homme, c'est la cavité bucco-pharyngienne qui est le plus souvent le siège de cette affection parasitaire, puis vient l'appareil digestif et ensuite l'appareil pulmonaire. On a également, mais cependant plus rarement, observé des cas d'actinomycose primitive de la peau, du cerveau, du tibia, etc., etc. La plupart du temps l'affection reste localisée à une région bien déterminée, mais cependant on en a observé la généralisation. La dissémination en est quelquefois si grande qu'on a pu croire à une syphilis. Partant de là, je crois devoir admettre que l'actinomycose peut être une affection générale, déterminée par le parasite qui circule dans le sang et qui vient ordinairement se fixer sur un point quelconque de l'organisme et y occasionner les ravages dont je vais vous parler.

Cette généralisation a été du reste assez souvent observée. Je ne vous en citerai qu'un seul cas observé par M. Lejeune, médecin militaire attaché à l'institut balnéaire de l'armée à Ostende. Il a été publié en 1889 dans les Archives médicales belges :

Avant d'entrer au service militaire, ce soldat était ouvrier de ferme et se nourrissait de pain de seigle, de pommes de terre et d'un peu de viande de porc. En 1887, sa joue gauche se mit à gonfler ; cette tuméfaction prit rapidement de grandes proportions et devint fluctuante en certains points qui furent incisés. Bientôt le gonflement s'étendit et envahit tout le côté gauche du cou. La peau rougit et s'ouvrit en plusieurs places, par ces ouvertures, il s'écoula du pus, et des champignons de bourgeons flasques apparurent. Ces bourgeons, qui saignaient facilement et abondamment au moindre attouchement, renfermaient les grains jaunes caractéristiques de l'actinomycose. Quelque temps après, le malade fut pris de toux incessante et d'autres symptômes trop longs à vous énumérer qui indiquaient que le parasite avait envahi le poumon gauche ; le poumon droit ne tarda pas à être pris à son tour. Après une légère amélioration apparente, il survint un volumineux abcès à la partie moyenne du dos, entre les omoplates. Cet abcès laissa écouler une grande quantité de pus dans lequel se trouvaient de nombreux grains jaunes caractéristiques. Une nouvelle, mais passagère amélioration se produisit ; bientôt, malheureusement, la maladie reprit force et vigueur ; des accès douloureux siégeant à la tête et à la poitrine vinrent tourmenter le malheureux ; des convulsions se produisirent dans les membres droits bientôt suivis de paralysie complète du bras et incomplète de la jambe. La parole fut abolie, mais l'intelligence resta intacte. Bref, le patient succomba après 18 mois de souffrance.

A l'autopsie, on trouva dans les poumons et dans la masse blanche centrale de l'hémisphère gauche, de vastes abcès renfermant du pus caractérisé par la présence de l'actinomycose. « Il a été possible, dit M. Lejeune, de suivre la marche envahissante du processus néoplasique, débutant à la mâchoire, s'étendant au cou, à l'épaule, au dos, enfin à la poitrine. Quant à la suppuration encéphalique, il faut admettre que le parasite est parvenu au cerveau par la voie des vaisseaux qui pénètrent dans le crâne par les trous de la base. »

Comme vous le voyez, Messieurs, la dissémination du parasite est donc parfaitement démontrée. Et cependant, à part l'origine parasitaire et l'introduction du parasite dans l'organisme, tout est encore bien obscur dans l'étiologie de cette affection.

En se basant sur l'identité morphologique, pathologique et clinique existant entre l'actinomycose humaine et celle des animaux, on doit pourtant admettre une étiologie commune et penser que les hommes et les animaux prennent l'affection de la même façon. C'est ce que des observations tendent à démontrer.

La première idée qui vient à l'esprit est que l'homme s'infecte par contact direct avec le bétail ou par l'usage de viandes provenant de bêtes malades. Hartmann rapporte le cas d'un jeune homme de 18 ans qui avait pour mission de faire sortir journellement le pus d'un abcès dont était atteint un bœuf et qui s'inocula l'actinomycose au nez en y portant les doigts. D'autres fois, la contagion se fait directement d'homme à homme, comme le prouve une observation due à von Baracz de Lemberg. Il s'agissait d'un homme de 30 ans, atteint d'actinomycose du maxillaire inférieur. Peu de temps après le développement de cette affection, la fiancée du malade gagna à son tour une tumeur actinomycosique au maxillaire inférieur correspondant à des dents cariées. Ici, l'actinomycose avait été transmise par les baisers du fiancé.

Souvent le mode d'infection est impossible à préciser et par exemple je serais bien embarrassé si je devais trouver la porte d'entrée de l'actinomycose chez ma malade. Nous avons ici une actinomycose de la peau. Les renseignements sont précis, ne laissent aucun doute à cet égard. Il est vrai que la patiente se nourrit du pain de seigle et de porc et qu'on attribue une certaine importance à l'alimentation dans l'étiologie de cette affection ; il est tout aussi exact qu'elle avait une carie dentaire depuis longtemps ; mais elle ne cesse d'affirmer qu'elle n'a jamais rien ressenti du côté de la cavité buccale et que, lorsqu'elle a fait extraire ses dents, la tuméfaction de la joue existait déjà depuis un mois. Faut-il admettre ici que le champignon provenant du pain ou de la viande de porc s'est introduit sans fracas dans la bouche, qu'il a pu de là, sans occasionner de désordres, arriver à la joue à travers les tissus ? Je ne voudrais pas l'affirmer, mais cela est possible, puisque l'actinomycès peut arriver de cette façon au cerveau, comme le prouve l'observation de ce soldat des guides que je viens de vous résumer.

La propagation par l'alimentation et par les végétaux est du reste admise par beaucoup d'observateurs. Israël pense que les hommes et les animaux prennent la maladie de la même façon par les végétaux et par l'eau, bien que l'on n'ait jamais rencontré le parasite, cause de tant de mal, en dehors de l'organisme humain ou du corps des animaux herbivores ou omnivores. Johne, cependant, dit avoir souvent trouvé sur les lèvres ou sur les amygdales des porcs des glumes de graminées, d'orge en particulier, sur lesquelles se trouvaient des champignons ayant une grande ressemblance avec le parasite rayonné et Jensen prétend avoir observé à Seeland une épidémie due à l'alimentation avec du seigle poussé dans un terrain abandonné par la mer.

(1) L'actinomycose et son agent infectieux (*Annales de médecine vétérinaire*, 1890).

Quelques faits que j'ai trouvés au cours de mes recherches sur cet intéressant sujet, donnent à ces assertions quelque certitude et ont la valeur de véritables expériences.

Bertha a vu un homme qui, ayant avalé un épi de blé, se trouvait, six semaines après, atteint d'une grave actinomycose du cou; un autre fauchait de l'avoine et gagna l'affection à la main; un troisième battait du blé. Soltmann a observé un enfant de 6 ans qui mourut d'actinomycose après avoir avalé un épi d'orge. Enfin Hochenegg, assistant du professeur Albert de Vienne, nous montre un homme mâchant habituellement des grains d'orge et contractant de ce fait une actinomycose de la langue.

La fréquence très grande de l'actinomycose dans la bouche nous porte du reste à admettre que le parasite est véhiculé par les aliments.

Voyons maintenant quel est l'effet du parasite sur les tissus et quels sont les phénomènes qu'il développe :

J'ai recours au traité de Cornil et Babes (*Les bactéries*, 3me édition, page 337) pour vous présenter cette description.

Une fois fixé au sein d'un tissu quelconque, le parasite provoque une prolifération et une hypertrophie cellulaires, aboutissant à la formation d'un nodule dont la structure rappelle le sarcome. Tout autour de ce noyau, le tissu conjonctif prolifère et amène la formation d'une barrière conjonctive qui tend probablement à limiter le mal.

Les cellules les plus internes, alors en contact avec le champignon, subissent la dégénérescence granulo-graisseuse, se détruisent et, à leur place, il se forme une collection liquide; la prolifération continue autour de la collection, les vaisseaux laissent sortir par diapédèse des globules blancs et, à un moment donné, il se forme un abcès miliaire au centre duquel on trouve l'actinomycès sous forme d'un grain jaune; plusieurs actinomycès, situés les uns à côté des autres, occasionnent la formation des gros abcès. Ce processus est lent et la maladie est chronique.

Comme vous le voyez, la maladie se résume en ceci : production d'abcès entourés de tissu néoplasique. Ces tumeurs en ont souvent imposé et la plupart du temps elles ont été prises pour des sarcomes. Elles ont ceci de particulier : c'est qu'elles sont étalées en nappe, comme aplaties. La tumeur de ma malade était typique sous ce rapport; on aurait dit un petit gâteau bosselé, assez mobile, qui existait dans le tissu cellulaire sous-cutané de la joue. Elle présentait en certains points de la fausse fluctuation provenant du déplacement du tissu fongueux.

Selon le siège de la maladie, Firkett de Liège a décrit 3 formes : la forme cervicale, la forme thoracique et la forme lombo-abdominale (*Revue de médecine*, 1888). Cornil et Babes en admettent 6 variétés : 1° la forme maxillaire et cervicale, 2° la forme néoplasique limitée, 3° la variété thoracique, 4° la variété lombo-abdominale, 5° la forme pyohémique et 6° la forme péritonéale. Si nous adoptons cette dernière division, c'est évidemment à une actinomycose à forme néoplasique limitée que nous avons affaire chez notre malade et heureusement, car c'est, je pense, la variété la plus bénigne, accessible à nos moyens et en conséquence parfaitement curable.

Il est évident, Messieurs, que lorsque l'affection est interne, qu'elle se développe à l'intérieur de l'organisme, il est excessivement difficile de la découvrir dès le début; le diagnostic alors en est presque impossible et ce n'est que par la suite, lorsque le parasite est évacué au dehors, dans le pus, l'expectoration, etc., que l'on peut reconnître la maladie.

Lorsque l'affection est extérieure, le diagnostic devient plus facile. Il se produit en un point une tuméfaction étalée donnant lieu à des douleurs assez vives. La peau recouvrant la tumeur ne tarde pas à rougir, elle devient livide, violacée et se perfore en plusieurs endroits, laissant échapper un pus peu abondant, jaune verdâtre, renfermant les grains caractéristiques. Si, alors, on intervient à temps, si on gratte et modifie le foyer, la guérison peut survenir; mais si on temporise, l'affection s'étend et ne tarde pas à gagner d'autres organes.

Si, par exemple, le processus morbide existe à la mâchoire inférieure, on peut alors observer la propagation du côté du cou, du pharynx, de la face, des régions temporales et du cerveau. L'affection peut aussi descendre le long du sterno-cléido-mastoïdien ou de la colonne vertébrale; elle peut ainsi gagner le poumon, ou simuler un mal de Pott.

On comprend que l'aspect clinique des actinomycoses viscérales varie selon les organes envahis. L'actinomycose pleuro-pulmonaire ressemble énormément à la broncho-pneumonie tuberculeuse; les malades toussent, ont de la fièvre, des sueurs nocturnes et une expectorations muco-purulente, même sanguinolente dans laquelle on trouve, au lieu du bacille de Koch, des grains actinomycosiques en plus ou moins grande quantité.

Dans l'actinomycose abdomino-péritonéale, ce sont les phénomènes péritonéaux qui dominent. Les malades ont des douleurs dans le ventre, des troubles dans la miction ou la défécation, des abcès, des trajets fistuleux qui viennent se faire jour au nombril, à la région du cæcum, dans le ligament de Poupart, etc., etc. Vous comprenez l'extrême gravité de ces cas, c'est souvent la mort qui vient terminer les souffrances du malheureux malade. On peut en revenir cependant, et je ne puis résister au désir de vous en citer un exemple; il s'agit d'un malade d'Albert qui réussit à se tirer d'affaire. C'était un forgeron qui avait reçu, avant son entrée à l'hôpital, un coup de marteau à la région de l'hypogastre. Trois mois après il survint à cette place un vaste abcès qui laissa échapper une grande quantité de pus. Lorsque Albert l'examina, il présentait à l'abdomen une tuméfaction remontant jusqu'à l'ombilic ; près de celui-ci existait un trajet fistuleux qui se dirigeait vers le pubis. La consistance de la tumeur était ligneuse.

Le savant clinicien de Vienne reconnut l'actinomycose par l'examen microscopique des sécrétions et opéra la tumeur. Il fit une incision sur la ligne blanche, de l'ombilic à la symphyse. Après avoir traversé la peau et le tissu sous-jacent, il arriva sur un tissu d'apparence blanchâtre, dur, criant sous le scalpel. Il arriva après quelques recherches sur le trajet fistuleux qui s'élargissait et était rempli de granulations. Débridement et grattage de ce canal ainsi que de deux autres fistules se raccordant à la première. Irrigation au sublimé. Pansement. Il n'y eut pas de fièvre et la guérison fut obtenue en quelques semaines.

Dans la forme pyohémique, la plus grave selon moi, des abcès se développent dans les diverses parties du corps, abcès qui sont souvent en rapport les uns avec les autres par de longs trajets fistuleux.

Ainsi, l'actinomycose qui a une marche essentiellement chronique, a un pronostic parfois heureux. Lorsque cette affection est nettement localisée à la peau, comme chez notre malade, elle peut se terminer par la guérison grâce à un traitement convenable. Lorsque le parasite envahit des organes importants, comme l'appareil pleuro-pulmonaire, le cerveau, les organes abdominaux, on comprend qu'il reste au contraire bien peu d'espoir de guérison.

Le traitement est purement chirurgical. Il faut enlever la tumeur, la gratter, détruire le parasite par tous les moyens possibles. Chez ma malade, le premier curettage

n'a pas été complètement efficace; il reste autour de la partie avivée une zone de tissu mollasse nodulaire, recouvert d'une peau livide, décollée sur les bords. Je vais largement exciser tous ces tissus, modifier les surfaces avivées et détruire le parasite par une large irrigation de solution au sublimé à 1 p. 1000. Si cela ne suffit pas, j'aurai recours au nitrate d'argent, qui paraît détruire tout spécialement le champignon, et, s'il le faut, j'emploierai même le fer rouge.

Mais, Messieurs, s'il est bon de s'attaquer à l'affection bien déclarée, il est encore meilleur de la prévenir, de l'empêcher de se développer, et à ce point de vue il y aura, lorsqu'on aura reconnu l'affection, des mesures hygiéniques et prophylactiques à prendre. En premier lieu — et ceci incombe surtout aux vétérinaires, — il faut prendre les précautions nécessaires, lorsqu'on aura constaté un cas d'actinomycose chez un animal quelconque, pour éviter l'inoculation à l'homme. Dans un travail publié en 1887, M. Liegen, vétérinaire municipal à Luxembourg, fait ressortir l'importance de la question au point de vue de l'hygiène publique; il insiste surtout sur le danger qui peut résulter des viandes infectées d'actinomycès. Avec lui je suis partisan du rejet de la consommation de la viande des animaux atteints d'actinomycose. Je crois, en effet, vous avoir démontré par des exemples la possibilité de la transmission directe de la maladie des animaux à l'homme. Du reste l'identité morphologique du parasite de l'homme et des animaux ne fait plus de doute actuellement.

N. B. L'opération fut immédiatement pratiquée, tous les tissus furent largement enlevés. Le 22 juin la guérison pouvait être considérée comme obtenue. La cicatrisation était presque complète.

REVUE DES CONGRÈS

QUATRIÈME CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ ALLEMANDE DE GYNÉCOLOGIE

Blennorrhagie buccale chez le nouveau-né.

M. Dohrn (Kœnigsberg). — Permettez-moi de vous faire une communication sur quelques cas de blennorrhagie buccale chez des nouveau-nés observés tout récemment à ma clinique. Le premier cas s'est produit en janvier dernier, chez un enfant venu à terme et âgé de 8 jours. On voyait aux bords alvéolaires, sur le dos de la langue et au voile du palais, des places érodées et couvertes d'une sorte d'enduit gris-jaunâtre. Les parties malades avaient, par leur situation et leur couleur particulière, attiré l'attention du docteur Rosinski, mon assistant. Comme la mère souffrait d'une gonorrhée bien manifeste et que l'enfant était atteint en même temps d'une ophthalmie blennorrhagique, M. Rosinski eut l'idée que la lésion buccale pourrait avoir aussi la même origine. Afin d'avoir une notion bien nette de la marche de la maladie, il fit interrompre tout traitement local. Les parties malades furent observées chaque jour et représentées en images coloriées que je vous soumets. En même temps, des lambeaux détachés de la muqueuse malade furent soumis à l'examen microscopique; on trouva ainsi des gonocoques vérifiés par la culture. Quatre semaines après, les parties érodées étaient cicatrisées et les dernières traces de la maladie avaient disparu.

Dans le cours du printemps, quatre cas nouveaux se présentèrent. Chez ces enfants, qui venaient aussi de mères atteintes de gonorrhée, le résultat fut le même que précédemment.

Il est hors de doute que ces lésions ont été déjà souvent observées, mais la preuve de leur origine gonorrhoïque semble avoir été donnée ici pour la première fois. On croyait naguère que la surface intérieure de la bouche était impropre à recevoir le virus gonorrhoïque. Pour les nouveau-nés l'assertion n'est certainement pas exacte. Chez eux en effet les gonocoques peuvent pénétrer profondément entre les cellules aux endroits de la muqueuse qui, par suite d'une lésion mécanique, sont exposés de préférence à perdre les cellules épithéliales superficielles, et cette pénétration des gonocoques peut entretenir une lente desquamation des parties atteintes.

Rôle étiologique de l'infection gonorrhoïque dans les affections génitales graves chez la femme.

M. Wertheim (Prague). — Tant qu'on a admis, avec Bumm, que le gonocoque de Neisser ne peut vivre que sur l'épithélium cylindrique, on a douté, malgré les faits cliniques, de la péritonite blennorrhagique. D'après Bumm, le pus blennorrhagique tombant dans le péritoine s'y enkyste comme un corps étranger, mais ne provoque pas d'inflammation. Pour qu'il y ait péritonite, il faut qu'au gonocoque s'ajoutent des microbes pyogènes ordinaires. Mais les recherches de Touton, Dinkler et Jadassohn ont prouvé que le gonocoque peut pénétrer dans les épithéliums pavimenteux. Menge a plusieurs fois trouvé ce microbe dans le pus d'arthrites blennorrhagiques. Cela étant, il pense que la péritonite à gonocoques devient très admissible; on objecte l'absence ordinaire de réaction après les laparotomies où l'on rompt dans le péritoine une trompe suppurée, mais cela peut très bien tenir soit à l'emploi des antiseptiques, soit à la virulence atténuée dans ces pus depuis très longtemps collectés.

Pour juger la question expérimentalement, on redoutait un obstacle : le péritoine des animaux ne serait-il pas réfractaire au gonocoque aussi bien que leurs muqueuses? mais ce n'est là qu'une hypothèse, et je me suis décidé à voir ce qu'elle valait.

D'abord j'ai fait des cultures et des inoculations à l'homme qui ont absolument confirmé ce que nous a appris Bumm sur le rôle du gonocoque dans la genèse de la blennorrhagie, quoi qu'on en ait dit dans ces derniers temps. J'ai constaté que la culture sur plaques est facile, sur le sérum de sang humain additionné d'agar; ces cultures injectées dans l'urèthre de l'homme y causent la blennorrhagie; au bout de 4 à 5 semaines encore on peut les ensemencer sur du sérum frais et elles se développent si on ne les a pas laissées sécher; elles sont au bout de ce temps encore virulentes pour l'urèthre de l'homme.

J'ai ensuite étudié bactériologiquement le pus des pyosalpingites que j'ai rencontrées : toujours j'y ai trouvé des gonocoques, parfois rares il est vrai, et la méthode des cultures est à cet égard bien plus sensible que celle des colorations. Sur six cas, une fois l'examen histologique ne m'a montré aucun microbe dans le pus, et l'ensemencement m'a donné sur une plaque une douzaine de colonies, vérifiées par l'inoculation à l'urèthre. Donc, le pus des pyosalpingites contient des gonocoques encore virulents. La preuve par les cultures et les inoculations est irréfutable, tandis que par l'examen histologique et la méthode de Gram on peut conserver des doutes sur la réalité de la salpingite blennorrhagique.

Cela étant, dans quelles conditions le gonocoque peut-il provoquer une péritonite? Ici il faut se souvenir que les microbes pyogènes ordinaires ne sont capables d'infecter le péritoine que dans les deux conditions suivantes : ou bien, par des irritations mécaniques ou chimiques, le pouvoir absorbant de la séreuse est diminué; ou bien avec les microbes on injecte une quantité suffisante de milieu de culture. En outre, la susceptibilité de divers animaux varie. La souris blanche est ce qui convient le mieux, puis le cobaye, puis le lapin et le rat, enfin le chien. J'ai opéré en introduisant dans le péritoine une culture pure accompagnée d'un morceau gros comme une lentille du milieu de culture. Déjà au bout de 24 heures, il y a manifestement une péritonite séro-purulente, ayant son maximum autour du petit fragment de milieu de culture; et l'examen histologique montre des gonocoques en abondance infiltrant le péritoine et ses cellules. Mais à partir de ce moment les gonocoques deviennent vite difficiles à colorer : il est vrai que par l'ensemencement du pus on les met encore en évidence. Si on laisse l'infection évoluer, elle ne cause pas la mort, mais se termine simplement par adhérences. On peut même infecter le péritoine à l'aide d'une culture vieille de 10 jours, ne contenant plus que des gonocoques difficiles à colorer.

Donc la péritonite à gonocoques est possible chez certains animaux. Ce fait est important, car il prouve nettement que le gonocoque peut vivre sur un épithélium pavimenteux et de là se propager dans les espaces conjonctifs de la même manière que les autres microbes pyogènes. Je sais bien qu'en général il ne faut pas trop précipitamment appliquer à l'homme les résultats obtenus expérimentalement sur les animaux; mais dans l'espèce il faut remarquer que l'homme est, si l'on en juge au moins par ses muqueuses, l'animal le plus sensible au gonocoque.

Cela étant, j'admets la fréquence, démontrée, des infections mixtes, dans l'étiologie des diverses infections péri-utérines, mais je prétends que cette infection mixte n'est pas nécessaire; le gonocoque non seulement peut faire suppurer le péritoine; mais même il est capable de pénétrer dans la profondeur des tissus. Dans 16 pyosalpingites, dont 10 examinées au microscope et 6 par les cultures, j'ai trouvé le gonocoque seul : et qu'on n'aille pas dire que seul il a survécu tandis que disparaissaient les microbes pyogènes, car les expériences de Menge ont bien prouvé que ces derniers ont une résistance bien supérieure à la sienne.

L'opinion de Bumm, de Zweifel est que le gonocoque prépare le terrain à l'évolution des microbes pyogènes. J'ai donc étudié cette question en ensemençant du streptocoque ou du staphylocoque sur une culture de gonocoque stérilisée par la chaleur (55° à 60°) au 15e jour. Or j'ai plutôt constaté une diminution dans l'aptitude du terrain à cultiver ces microbes.

Voilà pour les salpingites. Restait la question des abcès ovariques, avec participation du stroma. Or dans deux abcès de l'ovaire j'ai trouvé le gonocoque à l'état de pureté. Dans les deux cas, il y avait salpingite, mais il n'y avait aucun contact direct entre l'ovaire et la poche tubaire, en sorte que j'admets l'infection par évolution à travers les tissus.

Le gonocoque n'est d'ailleurs pas la seule cause des abcès ovariques : après les accidents puerpéraux, c'est le streptocoque qui est en jeu, comme j'ai pu le constater 3 fois.

M. Bumm (Würzburg). — Des opinions très variées ont été émises sur l'importance que l'on doit attribuer à l'infection gonorrhoïque dans la genèse des affections génitales graves chez la femme. Jusqu'en 1870 on ne trouvait pas grand' chose sur la blennorrhagie dans les traités de gynécologie. Le travail bien connu de Noeggerath a le mérite d'avoir mis en pleine lumière cette notion étiologique négligée jusqu'alors. Depuis, cette étude a de plus en plus attiré l'attention des gynécologues, mais elle n'a pu devenir scientifique que depuis la découverte du gonocoque par Neisser.

Cette découverte permit d'abord d'établir d'une façon absolument certaine la spécificité de la maladie, spécificité jusqu'alors si controversée, et donna ensuite le moyen de diagnostiquer avec sûreté et dans tous les cas l'infection gonorrhoïque chez la femme, ce qui jusqu'alors était impossible.

Le rapporteur a, dans le cours de plus de dix années, et toujours sous le contrôle du microscope, étudié l'infection gonorrhoïque chez la femme, et voici le résultat de ses observations :

1° Chez la femme comme chez l'homme, la gonorrhée est une affection superficielle de la muqueuse. Les gonocoques pénètrent dans l'épithélium jusqu'au tissu conjonctif, mais ils ne pénètrent pas dans ce dernier. L'épithélium qui, dès le début, est emporté par une forte suppuration, se régénère rapidement et devient plus épais et pavimenteux. A partir de ce moment, la pénétration des gonocoques s'arrête en général : ils ne pullulent plus que dans les sécrétions, où ils peuvent après cela rester présents pendant des mois et des années.

2° Les gonocoques n'ont rien à voir dans les processus septiques; il peuvent à la vérité produire de la suppuration sur les muqueuses, mais ils périssent dans le tissu conjonctif. Quand il y a des phénomènes septiques, il s'agit d'infections mixtes. Si les germes pyogènes se trouvent si fréquemment dans le pus gonorrhoïque, c'est que la sécrétion génitale, altérée par la maladie, rend possible pour ces microbes une colonisation ayant son origine au dehors. Mais M. Bumm n'a pas réussi avec la même facilité que M. Wertheim à cultiver le gonocoque dans le pus des pyosalpingites et il ne croit pas beaucoup au rôle étiologique si fréquent de ce micro-organisme dans cette lésion.

3° L'urèthre et le col utérin sont le siège de la gonorrhée chez la femme. L'infection du col ne cause des douleurs que dans le commencement; une fois devenue chronique, elle peut durer des années sans malaise. Des phénomènes plus graves ne se manifestent que lorsque l'infection passe de là dans la cavité du corps, puis dans les trompes. Mais les gonocoques ne sont pas doués de mouvements propres et ne peuvent s'étendre que par segmentation et sur de courtes étendues. Quand ils se répandent sur de grandes étendues, cela exige un entraînement mécanique, par les sécrétions. Dans les conditions normales, l'isthme de l'utérus s'oppose à l'entrée de la sécrétion cervicale dans la cavité du corps, et par là aussi il empêche l'importation de l'infection gonorrhoïque dans cette cavité. Parmi les influences qui peuvent favoriser cette propagation, il faut compter en première ligne la menstruation. Des mouvements violents pendant la menstruation peuvent occasionner un reflux du courant sanguin et amener ainsi les germes dans le corps. Il faut tenir compte en seconde ligne d'influences mécaniques telles que le coït, l'emploi de l'hystéromètre, le traitement intra-utérin. La puerpéralité ne vient qu'en troisième ligne, et en tout cas, ce qui va avec l'opinion précédemment émise sur l'incapacité du gonocoque à causer des accidents septiques. M. Bumm ne croit pas que ce microbe puisse provoquer des accidents puerpéraux graves.

Quand les gonocoques ont atteint la cavité du corps, il doit se produire, là aussi, pendant la menstruation, par exemple, des conditions mécaniques qui font que les orifices tubaires peuvent être franchis à leur tour.

Finalement le rapporteur examine avec quelle fréquence la cavité du corps et les trompes sont ainsi infectées et si cette infection amène des complications graves et de longue durée.

Pour trancher cette question, les renseignements fournis par les cliniques de gynécologie ne sont pas décisifs, parce que les femmes atteintes de simple gonorrhée cervicale, ne consultent généralement pas aux cliniques, tandis que celles qui sont atteintes d'une infection gonorrhoïque grave se présentent naturellement presque toutes.

Pour obtenir des chiffres exacts, tous les cas — graves ou bénins — doivent être observés en grand nombre pendant un temps suffisant, en ayant soin de bien noter les complications.

Si l'on agit ainsi, on s'apercevra que l'importance attribuée à l'infection blennorrhagique dans la genèse des affections génitales graves chez la femme est maintenant exagérée, comme elle avait été autrefois trop négligée.

Dans 53 cas d'infection gonorrhoïque que le rapporteur a pu observer ou dès leur origine, ou très peu de temps après leur début, en continuant ses observations au moins pendant 5 mois, il a trouvé le col infecté dans 75 0/0 des cas. Dans 15 0/0 seulement des cas, il y avait infection de la cavité du corps, et il n'y eut que 2 cas, c'est-à-dire 3.5 0/0, de gonorrhée de la trompe.

Prophylaxie de la blennorrhagie.

M. Sænger (Leipzig). — La prophylaxie de la blennorrhagie doit marcher de pair avec celle de la syphilis, et il serait à souhaiter qu'on étudiât cette question en Allemagne comme l'a fait il y a 2 ans l'Académie de médecine de Paris. D'une manière générale il faudrait :

1° Surveiller avec soin les prostituées; garder longtemps en traitement celles qui sont infectées et après cela les obliger à des injections au sublimé à 1 0/00, 2 fois par jour, lorsqu'elles ne sont pas enceintes.

2° Pour l'homme infecté, faire un lavage uréthral au sublimé après le coït suspect; traiter longuement la maladie déclarée et défendre le mariage tant qu'il en reste quelque chose.

3° Pour les enfants, savoir que dans les classes pauvres la maladie est souvent communiquée par la mère. Isoler sévèrement ces enfants, à l'hôpital surtout.

4° Lorsque chez la femme la maladie existe, on peut l'empêcher de produire des lésions profondes en la combattant énergiquement :

a. Si la femme n'est pas enceinte, faire de grands lavages au sublimé, abraser les végétations en une séance, extirper les glandes de Bartholin suppurées. S'il y a endométrite, faire des lavages intra-utérins au sublimé, en dilatant au besoin le col après antisepsie vaginale soignée. De la sorte on évitera en général les lésions nécessitant une laparotomie.

b. Si la femme est enceinte, éviter le sublimé, qui peut être absorbé par la muqueuse vaginale. On préférera donc le chlorure de zinc ou la créoline. C'est de la sorte qu'on peut prévenir pour l'enfant l'ophthalmie purulente, pour la mère les complications locales ou générales de la fièvre puerpérale par infection mixte.

ASSOCIATION MÉDICALE AMÉRICAINE

Grossesse extra-utérine.

M. Formad (Philadelphie) sur 3,500 femmes, dont beaucoup étaient très âgées, a trouvé 35 grossesses extra-utérines, dont 1 ovarique, 3 interstitielles et 31 tubaires. C'étaient des femmes de 20 à 40 ans, bien portantes, de la classe ouvrière, toutes multipares. Chez aucune le diagnostic clinique n'a été posé; 32 de ces femmes sont mortes en 12 heures; 3 (les 3 grossesses interstitielles) en 21 à 36 heures. La mort a été causée par hémorrhagie interne. M. Formad admet aujourd'hui que l'hématocèle est presque toujours une grossesse extra-utérine. Mais il faut savoir que l'on ne trouve guère le fœtus, et difficilement, que dans la moitié environ des cas.

Tétanos des nouveau-nés.

M. B. A. Waddington (Salem) a observé en 26 ans de pratique 8 cas de tétanos des nouveau-nés, dont 7 chez le nègre, avec 2 guérisons. La maladie, dont l'auteur admet le nature infectieuse, survient toujours dans de mauvaises conditions hygiéniques. Le chloroforme, la fève de Calabar, la chloral ont échoué. Dans les deux cas heureux, la plaie ombilicale a été détergée au naphthol β et à l'eau oxygénée; à l'intérieur ont été prescrits le naphthol β et le chloral.

Rupture de l'utérus gravide

M. H. C. Coe. — Cette question n'est pas seulement obstétricale, mais avant tout chirurgicale. Pour cette assertion, je m'appuie sur 4 laparotomies que j'ai pratiquées dans ces circonstances. Trois malades sont mortes, parce que j'ai été appelé trop tard, au bout de 8 à 18 heures. Une au contraire, dont le cas était aussi mauvais que possible, a guéri parce que j'ai opéré tout de suite. Chercher à évacuer l'utérus par les voies naturelles, c'est augmenter le choc, s'exposer à l'hémorrhagie et diminuer les chances de succès de la laparotomie. Si on trouve une déchirure petite et nette, on peut en tenter la suture; mais dans les conditions inverses il y a indication à l'hystérectomie avec pédicule extra-péritonéal. Si même la déchirure implique le col, on fera l'hystérectomie totale. Ces interventions donnent une grande mortalité, mais sans elles le cas est désespéré.

Urine graisseuse et abcès de la fosse iliaque.

M. Connelly (Williamsport) a observé un cas d'abcès de la fosse iliaque dans lequel la présence de la graisse dans l'urine a précédé tous les symptômes généraux et locaux de l'abcès. Au bout de 8 jours, une grande quantité de pus fut évacuée tout à coup, et depuis ce moment, il n'y eut plus trace de graisse dans l'urine. Les urines contenant de la graisse étaient claires, sans sédiment, de coloration ambrée, de réaction acide, de densité = 1020. Quand l'urine n'était pas refroidie, la graisse surnageait comme de l'huile d'olive; par le refroidissement, elle se solidifiait rapidement, prenait la consistance de la graisse de bœuf et une coloration blanc-jaunâtre. La quantité d'urine émise par 24 heures était de 680 centimètres cubes; la quantité de graisse était de 108 centimètres cubes pesant 84 grammes. Le malade n'avait pris ni huile de foie de morue ni aucune autre huile, et son sang, examiné à plusieurs reprises, n'a jamais renfermé de filaires.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'Académie ne siège pas le mardi 14 Juillet. Prochaine séance le 21 Juillet.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 8 *juillet* 1891.

Présidence de M. Terrier

Orchidopexie.

M. Félizet. — M. Monod nous a montré un résultat parfait, mais les résultats médiocres et même mauvais ne sont pas rares. La descente artificielle des testicules n'est indiquée, avant l'âge de 10 ans, que par les complications de l'ectopie : douleur, hernie. Les douleurs sont quelquefois atroces, avec vomissements, en même temps que le testicule subit une ascension brusque dans le trajet inguinal. Je ne les crois pas dues à l'étranglement, mais bien à la contusion du testicule contre les piliers sous l'action énergique du crémaster. Trois fois j'ai cru à cet accident par la résection complète du crémaster, les 3 fois énorme, et, cela fait, le testicule a pu descendre à l'aide d'une très faible traction, après libération de quelques brides fibreuses. J'insiste sur ce fait qu'il n'y a là qu'une opération tout extérieure, sans mise à nu des éléments du cordon. Mais comment maintenir cette descente? Vu la minceur de l'albuginie, il est impossible que chez l'enfant l'aiguille à suturer n'intéresse pas la glande. J'ai songé à faire, au fil d'or, la suture des piliers, de façon à exercer sur le cordon une légère striction, j'ai vu ainsi se développer sous mes yeux une turgescence veineuse très nette et peu à peu ce varicocèle expérimental a achevé et maintenu la descente.

M. Championnière. — J'ai dit il y a longtemps, comme M. Félizet, que la libération du testicule était le fait capital et la pexie le fait accessoire. Mais la libération par simple excision du crémaster ne suffit que dans les cas simples. Pour les cas difficiles il faut tout couper, sauf le canal déférent et l'artère spermatique. Je demanderai à M. Félizet la date de ses opérations, car il n'est pas rare que le testicule remonte par une rétraction lente.

M. Félizet. — Mes faits datent de 22, 10 et 8 mois et j'ai vu les opérés la semaine dernière.

Catgut ou soie?

M. Bouilly. — Dans ma pratique, je tends toujours à la simplification et c'est le principal motif pour lequel j'emploie aujourd'hui la soie comme matériel unique pour les ligatures et sutures perdues. Kocher a accusé le catgut de grands méfaits : je n'ai rien vu de semblable et n'ai pas eu d'accidents. Mais la préparation du bon catgut est difficile, tandis que la stérilisation de la soie est facile. Pour les grosses ligatures, j'emploie la soie plate, qui serre davantage; pour les petites ligatures, la soie ronde. Je prépare cette soie comme M. Terrier l'a recommandé, par ébullition dans le sublimé à 1/1000 et je la conserve dans le sublimé à 1/1000. De la sorte, elle est bien tolérée. Il y a quelque temps, j'ai eu, pendant quinze jours à trois semaines, une petite épidémie de légers abcès autour des fils de sutures profondes et de pédicules; cela a coïncidé avec un changement de fournisseur. Je suis revenu au premier fournisseur et de plus j'ai fait passer les fils à l'autoclave, et les accidents ont disparu. J'ajouterai que quelquefois, lorsque les fils de la suture en étages étreignent trop fort une paroi abdominale très grasse, on observe de temps à autre une petite mortification aseptique et il s'élimine un petit bourbillon.

M. Pozzi. — Je crois, au contraire, que le bon catgut a une grande supériorité, car il se résorbe, tandis que la soie reste à l'état de corps étranger capable de subir, au bout de semaines et de mois, une infection secondaire de cause peu connue mais d'existence certaine, et cela d'autant plus qu'elle est plus volumineuse. D'ailleurs, à cause de son volume sans doute, on sait que la ligature élastique subit presque constamment cette élimination secondaire. Voilà donc pour la question de principe. Mais en pratique, il faut distinguer selon que le fil doit servir à une ligature d'artère, à une suture perdue, à une fixation d'organe. Lorsque l'on ne demande pas une solidité persistante, le bon catgut est préférable : ainsi pour les ligatures d'artère, pour les sutures perdues. Veit, Martin emploient même le catgut pour suturer le moignon des hystérectomies par le procédé de Schroeder ; je crois qu'ils ont tort, car on n'est pas sûr d'une résorption assez lente

pour bien assurer l'hémostase. De même pour toutes les pexies, le catgut a le défaut d'être éphémère, tandis que la soie donne un appui mécanique pendant que les adhérences se consolident. Pour les sutures en étages de laparotomies, je suture le péritoine au catgut, mais pour le plan musculo-aponévrotique la suture de soutien doit pouvoir résister aux efforts de vomissements : alors la soie est excellente, meilleure même que le fil d'argent, quelquefois cassant. Mais il ne faut pas trop rejeter le fil d'argent. Je l'emploie lorsque, l'asepsie étant précaire, une suture en substance poreuse expose à l'infection : ainsi lorsque, par rupture d'un pyosalpinx, la plaie abdominale a été touchée par du pus ; ou bien autour des pédicules d'hystérectomie ; de même encore dans le vagin. J'excepte le col utérin, où j'emploie le catgut pour éviter d'avoir à enlever les fils, ce qui est toujours ennuyeux. Schede va plus loin et fait des sutures perdues au fil d'argent : c'est une exagération.

Je suis donc partisan du bon catgut : mais comment avoir ce catgut idéal ? Le catgut phéniqué de Championnière exige une longue préparation ; le catgut au sublimé est cassant ; je recommande le catgut à l'huile de bois de genévrier, selon le procédé de Thiersch. Il faut d'abord, comme l'a dit A. Reverdin, bien dégraisser le catgut à l'éther, puis le faire passer à l'étuve de 120 à 140°.

M. Quénu. — Je me rangerai à côté de M. Bouilly, à cause de la facilité de stérilisation de la soie. Toutes ces manipulations diverses et longues pour avoir un catgut idéal ne sont pas pratiques. La soie aseptique n'est jamais éliminée et je ne crois absolument pas à l'infection secondaire ; je crois que dans ces cas il y avait dès le début autour du fil quelques gouttes de pus. J'ai autopsié il y a 7 ou 8 ans une femme, morte d'autre chose, à laquelle M. Duplay avait fait un an auparavant la castration pour accidents nerveux : il y avait quelques gouttes de pus à un pédicule, et je crois que cela venait du jour de l'opération. Mais pour stériliser la soie, l'ébullition ne suffit pas. Je mets mes soies à l'autoclave, avec mes compresses, et jamais je n'en ai eu d'accidents. Par la vapeur sous pression à 120° - 130°, les spores sont détruits. J'excepte le col utérin, pour lequel j'emploie le catgut.

M. Bazy se déclare partisan du catgut naphtholé.

M. Terrier. — J'ai d'abord été, selon l'enseignement de mon ami Championnière, absolument listérien et j'ai employé le catgut : c'est même M. Championnière qui me le fournissait. Je n'ai jamais eu d'accidents graves, mais je ne l'ai pas trouvé idéal ; le catgut en effet est en soi très septique et pour l'aseptiser il faut le prendre pour ainsi dire *ab ovo* ; de là des préparations assez aléatoires. J'ai eu une substance résorbable idéale, du tendon de kanguroo que m'a envoyé un de mes élèves, de Victoria ; depuis j'en ai demandé en Angleterre, et on m'a envoyé un câble inutilisable. Cela étant, à l'hôpital Bichat aussi bien moi que mes collègues Richelot, Quénu, Broca, nous employons exclusivement la soie, mais j'ajouterai que ma pratique est double. En ville, c'est M. le Dr Poupinel qui prépare lui-même tous mes instruments, compresses et fils, et les stérilise : j'emploie des fils simplement stérilisés à l'autoclave et je ne me souviens pas d'accidents. A l'hôpital il n'en est plus ainsi, ce qui tient à l'insuffisance de personnel ; la surveillante touche toute la journée, forcément, à des substances septiques ; or c'est elle qui prépare les bobines de fil ; j'ai donc eu quelques petits abcès. J'ai alors fait bouillir dans le sublimé les soies sortant de l'autoclave et cela a cessé. De la sorte je suis très content de la soie et, malgré les bons résultats de MM. Pozzi, Championnière, je n'ai pas envie de revenir au catgut.

M. Championnière. — Je me sers de la soie pour les gros pédicules ; du catgut pour les ligatures pas très serrées ; du crin de Florence pour la peau ; du fil d'argent pour les os. Vous voyez donc que je n'ai pas d'amour exclusif. Je n'ai jamais dit qu'on ne devait pas se servir de soie, mais qu'on exagérait les défauts du catgut. Et même son partisan M. Pozzi fait bien trop de cérémonies avec sa préparation. A mon sens, le dégraissage, etc., ne sert à rien, quoi qu'en ait dit mon ami Reverdin. L'huile phéniquée est très facile à aseptiser et le catgut que je prépare avec elle est excellent. J'ai eu des accidents avec le catgut du commerce, mais jamais avec le mien. Or je maintiens l'intérêt du fil résorbable ; même pour les pexies, qui ne lâchent que si elles suppurent. Quant à la soie, j'ai songé d'abord à la stériliser par l'ébullition et n'en ai pas été satisfait ; cela la rend cassante. Je me borne maintenant à la faire baigner dans le sublimé à 1/100 : si de la sorte il reste des spores, ils sont bien malades. Je terminerai en protestant contre ce qu'a dit M. Terrier sur les résultats moins bons à l'hôpital. Cela n'est vrai que si la surveillance est insuffisante.

Myomectomie vaginale.

M. Quénu, ayant observé un myome rétro-utérin très saillant dans le vagin, essaya de l'extraire par incision du vagin et n'y put parvenir. Il fit alors l'incision médiane de l'utérus, dont les deux moitiés s'écartèrent, et par cette brèche il put enlever la tumeur par morcellement. Puis, il extirpa les deux moitiés utérines. Cette technique — qu'il adopte aussi dans l'hystérectomie pour suppurations pelviennes — est importante pour ne pas encombrer le vagin de pinces, car la section médiane de l'utérus ne saigne pas.

M. Monteils adresse une note sur un procédé d'opération pour un *ectropion cicatriciel de la lèvre inférieure.*

M. Bazy présente une sonde ayant la courbure de Béniqué.

A. Broca.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

Séance du 9 juillet 1891.

Présidence de M. Lailler.

Mycosis fongoïde.

M. Brocq présente un malade atteint depuis deux ans de mycosis fongoïde. L'affection a débuté en octobre 1889 par une tache rouge sur la face dorsale de la main droite, puis elle a gagné peu à peu la presque totalité des téguments. A la fin de mars 1891, elle se présentait sous l'aspect d'un psoriasis généralisé ou d'un érythème scarlatiniforme. En regardant de plus près cependant on trouvait en quelques points du corps des tumeurs aplaties en forme de macarons. Il n'y a pas encore eu de véritables tumeurs ; je signale l'extrême mobilité des lésions dont l'aspect change en quelques jours. Tantôt on observe de petites papules qui s'agglomèrent, tantôt d'emblée de vastes nappes squameuses ; tantôt des éléments vésiculeux comme dans l'eczéma. Quant aux tumeurs en forme de macaron, tantôt elles disparaissent en se résorbant, tantôt après s'être ulcérées et cicatrisées. Il n'y a pas d'alopécie du cuir chevelu, mais alopécie du pubis et des aisselles ; les ganglions lymphatiques sont un peu engorgés ; il n'y a pas de leucocytose ; l'état général est bon ; il n'y a jamais eu de démangeaisons. A cette particularité déjà fort remarquable j'ajoute ce fait très rare de lésions de la face dorsale de la langue et des lèvres sous forme de plaques dépapillées. J'ai fait des injections sous-cutanées d'arsenic, et le malade a eu jusque 1 centigramme d'arséniate de soude.

M. Besnier. — Ce cas fort intéressant sert à montrer combien le mycosis fongoïde est multiforme. Ici la maladie a évolué rapidement ; mais j'ai vu un cas de même espèce qui au contraire a mis vingt ans à évoluer. Le traitement arsénical a été très bien employé ; cependant je pense que l'on pourrait se servir du naphthol camphré à l'extérieur et à l'intérieur.

M. Brocq. — Je n'ai pas employé le naphthol camphré parce que l'indication n'est pas encore posée de pansements de ce genre ; j'ai employé pour les tumeurs une pommade pyrogallique au 1/20e ; elles se sont ulcérées rapidement ; j'ai pansé alors avec le liniment oléo-calcaire, aristolé au 1/100 et alors la cicatrisation s'est faite rapidement. Je me servirai du naphthol et le donnerai aussi à l'intérieur comme le propose M. Besnier.

Sarcomes de l'isthme du gosier et du pharynx.

M. H. Hallopeau. — Ces tumeurs sont fort rares et d'un diagnostic très difficile, au moins dans les premières phases de leur évolution. Les divers médecins qui ont examiné ce malade l'ont tour à tour considéré comme atteint de syphi-

lides, d'un lupus, d'une amygdalite ulcéro-membraneuse ou herpétique, de morve, de rhino-sclérome, de tumeurs fibreuses bénignes, de lymphadénomes, d'épithéliomes, d'une maladie nouvelle. C'est avec le rhino-sclérome que l'analogie a été le plus grande : l'isthme du gosier présentait en effet un aspect tout particulier que l'on n'observe guère que dans cette maladie; les deux amygdales dégénérées étaient excavées en forme de croissant à concavité interne; leur dureté rappelait celle du cartilage. Les résultats négatifs des recherches bactériologiques pratiquées par M. Jeanselme ont montré qu'il ne s'agit pas d'un rhinosclérome; les examens histologiques pratiqués parallèlement par MM. Cornil et Jeanselme ont permis de poser le diagnostic de sarcome.

M. Besnier. — Il s'agit là d'un fait exceptionnel et à retenir pour l'avenir comme diagnostic auquel il faudra penser dans le cas de tumeur ulcérée de l'isthme du gosier; car avant l'examen histologique, aucun diagnostic n'avait été fait même par les laryngologistes les plus estimés.

Syphilomes multiples des os intéressant particulièrement plusieurs vertèbres dorsales.

M. Hallopeau. — Les localisations de la syphilis, d'autant plus limitées que la maladie est plus ancienne, se produisent sans que l'on puisse en déterminer la cause prochaine : il est très probable que les foyers anciens sont le point de départ de migrations infectieuses qui traversent momentanément la circulation générale; pourquoi, lorsqu'il en résulte de nouvelles productions, celles-ci se font-elles de préférence ou exclusivement, soit dans la peau ou le tissu sous-jacent, soit dans une muqueuse telle que celle de l'isthme du gosier, soit dans un viscère tel que le foie ou l'encéphale, soit dans le squelette? Les choses se passent comme si, chez quelques sujets, certains tissus constituaient un milieu favorable à la culture et à l'évolution du contage syphilitique; il doit en être ainsi particulièrement pour le squelette : on ne s'expliquerait pas autrement ces localisations qui se font, chez tels syphilitiques, exclusivement et pendant de longues années en différentes parties de la charpente osseuse; nous avons observé déjà plusieurs faits de cette nature et K... nous en offre un nouvel exemple; il porte en effet des exostoses ou des périostoses aux deux tibias, à la huitième côte gauche, au pariétal droit; il a en outre des syphilomes multiples des vertèbres, une perforation de la voûte palatine, des altérations des os de la base du crâne et il a perdu l'une de ses apophyses ptérygoïdes. Le système osseux est donc bien chez lui le lieu d'élection des manifestations syphilitiques tardives; il n'a plus depuis longtemps rien du côté du tégument externe. Les lésions vertébrales ont donné lieu à des troubles de l'innervation qui ont fait penser à un début de tabès; ils doivent être rapportés à l'altération que les syphilomes vertébraux ont fait subir à la moelle; on peut dire qu'il s'agit d'un mal de Pott syphilitique.

Syphilide tuberculeuse excentrique.

M. Besnier présente un malade atteint d'une syphilide tuberculeuse excentrique remarquable par l'orbicularité régulière de l'éruption. Cette éruption apparut à la quatrième année d'une syphilis qui semble avoir été traitée dès le début.

Rhinosclérome.

M. E. Besnier présente à nouveau la malade déjà vue à la dernière séance. Je rappelle que nous avions projeté avec M. Le Bec une opération chirurgicale; mais après examen attentif des lésions il a fallu y renoncer, tant celle-ci aurait amené un délabrement épouvantable. La malade est entrée dans mon service et j'ai commencé à la traiter tout de suite. J'ai fait pénétrer dans les tissus malades des flèches de chlorure de zinc de façon à limiter le mal s'il est possible et pour rendre les fosses nasales perméables à l'air; les résultats obtenus sont encourageants et la malade sera représentée.

M. E. Vidal donne lecture de l'observation de rhinosclérome dont il a présenté le moulage à la dernière séance.

M. L. Jacquet. — J'ai fait avec le suc prélevé au centre d'un fragment excisé avec les précautions voulues sur la malade de M. E. Besnier des ensemencements sur divers milieux et j'ai pu ainsi isoler deux organismes distincts :

1° Un microbe en chaînettes dont les caractères morphologiques sont identiques à ceux du streptocoque pyogène;

2° La bactérie que Frisch a découverte et qui a été étudiée après lui par Pellizari, Cornil et Alvarez, etc. C'est un bacille court, se cultivant aisément à la température de la chambre, formant par piqûre sur gélatine un *clou* caractéristique. Ce bacille est immobile, sur les lamelles se laisse facilement colorer par les couleurs d'aniline, et se décolore par la méthode de Gram.

Dans les tissus on le trouve entouré d'une capsule qu'il perd dans les milieux de culture. J'en ai cependant obtenu, à la première génération, qui étaient encore nettement encapsulés.

Ce sont là, comme on l'a remarqué depuis longtemps, les caractères du microbe de Friedlænder. Cependant les expériences de Paltauf et Eiselsberg semblent assigner à la bactérie de Frisch une virulence moindre qu'à celle de Friedlænder. Les inoculations que j'ai tentées semblent jusqu'ici du moins confirmer cette donnée. Il n'est donc peut-être pas encore permis d'identifier absolument ces deux microbes.

Quant à son rôle dans la pathogénie du rhinosclérome, il n'est pas établi de façon certaine; on n'a pas encore réussi à réaliser expérimentalement une néoplasie analogue à celle qui constitue l'affection, et il ne faut pas oublier que MM. Netter et Thost ont démontré l'existence à l'état normal, dans la salive et le mucus nasal, de l'organisme de Friedlænder très probablement identique à celui de Frisch.

Il est donc possible, comme l'a dit M. Netter, qu'il s'agisse d'une pénétration secondaire de la tumeur par les bacilles.

J'en dirai autant du streptocoque que j'ai trouvé associé à la bactérie de Frisch. Il est fort possible, comme nous l'a fait remarquer M. E. Besnier, que sa pénétration date des tentatives opératoires qu'a subies antérieurement le malade.

M. Netter. — J'ai examiné avec grand intérêt les cultures et les préparations provenant de ce cas de rhinosclérome. Les études que j'ai faites sur le microbe de Friedlænder dans ses diverses et si variées manifestations me faisaient désirer voir, si, comme on l'a prétendu, le microbe du rhinosclérome pouvait se différencier du microbe de Friedlænder. J'avoue qu'il me serait impossible de différencier les microbes que l'on a trouvés dans le mucus nasal et dans la tumeur de cette malade, d'avec les microbes que j'ai trouvés dans quelques occasions chez des sujets sains.

Sur la valeur thérapeutique des injections de sérum de chien.

M. Henri Feulard. — L'on sait que MM. Richet et Héricourt ont préconisé l'emploi des injections sous-cutanées de sérum de chien dans le traitement des affections tuberculeuses, en se basant sur les qualités bactéricides que possède le sang d'un animal réfractaire à peu près complètement à cette maladie. Les expériences faites au laboratoire de physiologie de la Faculté ont montré les bons effets des injections de sérum surtout comme prophylactique de la tuberculose, les lapins préalablement injectés au sérum puis inoculés avec la tuberculose ne devenant pas tuberculeux. Mais il résulte des expériences mêmes de MM. Richet et Héricourt que le sérum ne possède pas d'action curative directe sur la maladie une fois déclarée, mais que par ses propriétés toniques et reconstituantes il fournit à l'organisme des forces nouvelles qui le mettent en état de mieux lutter contre la maladie. C'est dans ce sens que M. le prof. Fournier a voulu faire essayer dans son service les injections de sérum de chien. Le sérum a été fourni par le laboratoire de physiologie de la Faculté.

Dix malades, huit femmes et deux hommes ont été soumis à la médication les uns depuis près de quatre mois maintenant, les autres seulement pendant quelques semaines. Les injections d'abord de deux centimètres cubes, puis de un centimètre cube, étaient faites tous les deux jours avec les précautions antiseptiques de rigueur; la région choisie a été la fossette rétro-trochantérienne. Sur 240 injections qui ont été faites, nous n'avons eu qu'un seul abcès provoqué par l'injection d'un sérum venant d'un tube fermé et qui s'était altéré, une menace d'abcès qui s'est dissipée spontanément à la suite d'une injection faite avec du sérum vieux de quelques jours, deux fois un peu d'urticaire. On peut donc dire que ces injections présentent une innocuité absolue, à condition d'être faites avec du sérum récemment recueilli et conservé dans des ampoules bien fermées à la lampe. Les

effets nutritifs et reconstituants se sont produits chez tous nos malades.

Chez trois de ces malades aucun traitement local n'a été fait sur le lupus, qui a été réellement amélioré.

Nous avons essayé également le sérum chez des syphilitiques; chez un syphilitique affecté de syphilis maligne précoce incessamment récidivante et à type ulcéreux les injections de sérum ont amené assez vite, à l'exclusion de tout traitement spécifique interne, la cicatrisation des ulcérations, mais au cours même du traitement s'est produite une nouvelle poussée de syphilides. Associées au traitement ioduré, elles ont provoqué rapidement la guérison d'accidents tenaces. Ce malade a reçu du 4 mars au 24 juin 37 injections représentant 52 centimètres cubes de sérum, gain 7 kilos. Chez une femme atteinte de syphilides gommeuses ulcérées de la face récidivantes et tenaces, l'effet a été le même : la malade est malheureusement restée peu de temps à l'hôpital: elle a reçu 11 centimètres cubes en trois semaines et a gagné 4 kilos. — Chez une malade atteinte d'accidents secondaires les bons effets nutritifs du sérum se sont montrés de même façon; mais il n'y a eu aucun effet réel sur les syphilides tant qu'on l'a employé seul.

Nous signalerons enfin un nouvel emploi du sérum que nous sommes en train d'essayer; l'ingestion chez des syphilitiques de sérum dans lequel on a mis du sublimé dans la proportion de 1 p. 2000, c'est-à-dire la liqueur de van Swieten dédoublée. — Les malades prennent deux, trois ou quatre cuillerées de ce sérum dans du lait en une seule fois, ce qui correspond à 1 et 2 cuillerées de liqueur de van Swieten; le médicament est admirablement supporté par l'estomac et le mauvais goût du sublimé très suffisamment masqué. — Ces malades voient aussi leur poids augmenter. En résumé, les essais thérapeutiques que nous avons faits sur les malades confirment les bons résultats obtenus par MM. Richet et Héricourt dans leurs expériences de laboratoire et il paraît possible d'affirmer que les injections de sérum de chien, d'une innocuité complète si elles sont convenablement faites, constituent une médication tonique reconstituante capable de rendre de réels services dans les cas où l'organisme est débilité et notamment dans le traitement de la tuberculose.

M. Morel Lavallée. — J'ai pu constater, moi aussi, les bons effets des injections de sérum; mais ces injections ne me paraissent pas devoir être toujours inoffensives. J'ai eu deux fois de violentes poussées d'urticaire, accompagnée dans bien des cas de congestion pulmonaire.

Trichorrexis nodosa.

M. P. Raymond montre plusieurs préparations de poils atteints de cette altération. Les poils des organes génitaux, des grandes lèvres seraient fréquemment atteints. Il a trouvé des microbes, des diplocoques banals auxquels il ne croit pas qu'on puisse faire jouer le rôle d'agent pathogène, dont l'étude tout au moins demande à être complétée.

H. Feulard.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 10 *juillet* 1891.

Invagination intestinale.

M. Lyot a eu à intervenir sur un enfant de 5 mois qui présentait les symptômes typiques de l'invagination intestinale, avec selles sanglantes, boudin dans la fosse iliaque gauche; par le toucher rectal on sentait une tumeur avec un orifice ressemblant au col utérin. Après essai infructueux de réduction manuelle, M. Lyot opéra. Comme les accidents avaient 72 heures de date et que probablement des adhérences rendaient la réduction impossible, M. Lyot établit un anus contre nature dans la fosse iliaque droite. Or l'autopsie a montré que l'orifice portait sur l'intestin grêle à 0m.50 de l'estomac et à 1m.50 de l'obstacle. L'invagination est due à un polype de l'intestin.

Perforation interventriculaire.

M. E. Dupré a pu autopsier un enfant de 4 ans qui finit par succomber après avoir eu la scarlatine, la rougeole et la diphthérie. Pendant la vie, on avait constaté, sans aucun trouble fonctionnel, un souffle systolique rude, intense, à maximum rétro-sternal au niveau du 3e espace, à gauche, ne se propageant dans aucun des gros vaisseaux, n'ayant subi aucune modification pendant les trois infections citées plus haut. Une perforation inter-ventriculaire fut diagnostiquée, car ces signes sont ceux que M. Roger, dans un mémoire purement clinique, attribue à cette lésion. L'autopsie vérifia ce diagnostic en montrant un petit orifice arrondi situé à la partie supérieure de la cloison.

M. Boix présente une pièce de cancer pleuro-pulmonaire.

M. Laffite décrit une pièce de tuberculose vertébrale avec fracture complète sans gibbosité.

M. Pilliet fait des communications :
1° Sur la structure du cartilage élastique chez l'homme;
2° Sur un adénome du rein.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Présidence de M. E. Labbé

Séance du 10 *juillet* 1891.

Un nouveau cas de nombreux lipomes diffus symétriques d'origine arthritique.

M. Desnos. — Depuis la communication faite par M. Bucquoy sur ce sujet à la Société, j'ai vu une femme présentant sur tout le corps des tumeurs qui rappelaient par leur consistance le lipome ou les tumeurs désignés sous le nom de pseudo-lipomes. Elles occupaient principalement les membres sur lesquels elles étaient disposées symétriquement. Leur grosseur variait du volume d'une cerise à celui d'une petite pomme. La peau, à leur niveau, n'était nullement adhérente, et avait conservé une coloration normale. La malade est une arthritique se plaignant d'éprouver des douleurs dans les différentes jointures.

M. Bucquoy considère ces lipomes diffus, symétriques, comme étant d'origine nerveuse. Il les croit dus à des tropho-névroses entraînant des dystrophies adipeuses qui engendrent des lipomes. Je partage son opinion, mais nous devons nous demander quelles sont les influences qui régissent ces tropho-névroses. J'ajoute que chez le même sujet rhumatisant on peut voir la transformation des pseudo-lipomes œdémateux en lipomes graisseux, ainsi que le prouve l'autopsie d'une malade de M. Potain.

M. Bucquoy nous a dit que sans être disposé autant que M. Mathieu à identifier les lipomes diffus, multiples avec l'œdème rhumatismal ou pseudo-lipome, il est indiscutable que ces affections ont une parenté étroite. Telle est aussi mon opinion et, sans nier que les lipomes peuvent parfois reconnaître une autre origine que le rhumatisme, je fais un pas de plus que mon collègue et je crois que le rhumatisme a une importance prédominante dans l'étiologie des tropho-névroses lipomateuses.

Sur une variété de tumeur lipomateuse intermédiaire entre le pseudo-lipome et le lipome vrai.

M. Potain. — Les tumeurs décrites sous le nom de pseudo-lipomes diffèrent en général beaucoup du lipome proprement dit, et semblent n'être la plupart du temps rien autre chose qu'une localisation spéciale de l'œdème rhumatismal chronique. Elles partagent, en effet, avec celui-ci, l'aptitude à croître et à décroître avec une étonnante rapidité, ce qui n'advient jamais au lipome vrai. Or, ces changements de volume presque soudains ne peuvent guère s'expliquer autrement qu'en supposant une infiltration rapide du tissu par la sérosité. Cette sérosité ne se comporte pas comme dans les autres œdèmes; elle ne se déplace pas par la pression du doigt; elle ne s'écoule pas au dehors, à la suite d'une incision.

Pour expliquer ces différences, j'avais pensé qu'au lieu d'être épanchée dans les interstices des éléments du tissu conjonctif, cette sérosité pouvait infiltrer les éléments eux-mêmes et s'y trouvera contenue.

J'ai eu l'occasion de trouver récemment la confirmation de ce fait chez un de mes malades.

Il était porteur d'une série de lipomes d'une espèce parti-

culière, susceptibles de s'accroître rapidement sous l'influence du froid humide. Ces tumeurs étaient constituées par une sorte de bouffissure du tissu cellulaire, mais il semblait qu'en vieillissant l'infiltration séreuse eût été remplacée par une simple accumulation de graisse.

Je me crois donc autorisé à ranger ce fait entre le lipome vrai et le pseudo-lipome. Semblable au premier par sa forme, son siège, sa multiplicité, sa persistance définitive, il ressemble au second par la soudaineté de son apparition, par les oscillations de son volume, par son origine probablement arthritique, par l'influence que le froid et l'humidité semblent avoir dans sa pathogénie.

Pseudo-tuberculose bacillaire chez l'homme. Entérite infectieuse. Caséification de la capsule surrénale. Maladie d'Addison.

MM. Hayem et Lesage. — Nous avons observé avec le Dr Noël un jeune homme atteint d'affection gastro-intestinale, ayant persisté durant 23 jours. Cette infection fut caractérisée par des vomissements fréquents, une diarrhée peu intense (sauf dans les derniers jours) et un état d'algidité persistante, malgré le peu d'intensité des troubles diarrhéiques. D'autre part, durant l'évolution de cette infection le malade présenta une teinte pigmentée de la peau qui avait été antérieurement constatée par le médecin de la famille.

A l'autopsie, pratiquée 24 heures après la mort, notre attention se porta immédiatement sur l'intestin et les capsules surrénales. La capsule surrénale gauche était transformée en une masse caséeuse grisâtre, du volume d'une petite noix. Nous n'avons pas trouvé de bacilles de Koch, mais à l'aide de la méthode de Lœffler, de Malassez et Vignal, nous avons pu déceler dans la zone périphérique la présence d'un bacille qui a tous les caractères de celui de la pseudo-tuberculose.

L'intestin ne présente pas trace d'ulcérations ni de tubercules; il y a entérite psorentériforme.

Des ensemencements faits sur gélatine avec le sang, la capsule surrénale et divers organes nous ont donné des cultures du bacille de la pseudo-tuberculose qui inoculé dans le péritoine des cobayes a reproduit chez eux la lésion habituelle de cette maladie : péritonite à fausses membranes, masses caséeuses dans le foie et dans la rate. Il a tué les souris par septicémie en 24 ou 48 heures. Notre observation nous paraît être la première établissant l'existence de la pseudo-tuberculose chez l'homme.

M. Netter. — La description que l'on vient de nous donner se rapproche de celle que MM. Vaillard et du Cazal ont faite dans le dernier numéro des *Annales de l'Institut Pasteur* à propos d'un malade mort dans leur service.

M. Hayem. — Notre bacille ne ressemble pas à celui de MM. Vaillard et du Cazal, mais à celui trouvé par Manfredi, Nocard, Dor, Charrin et Roger dans les pseudo-tuberculoses des animaux.

M. Chantemesse. — Les pseudo-tuberculoses humaines sont peut-être beaucoup plus fréquentes qu'on ne le suppose. J'ai publié, il y a quelques années, dans les *Annales de l'Institut Pasteur*, des cas de pseudo-tuberculoses produites chez le cobaye par inoculation de tampons d'ouate sur lesquels on avait fait filtrer une grande quantité d'air pris dans une salle d'inhalation d'une station thermale où se rendent beaucoup de phthisiques. Les germes de cette pseudo-tuberculose avaient sans doute été semés dans cette salle d'inhalation par quelque malade.

M. Rendu. — J'ai lu dernièrement qu'un auteur italien en inoculant du lait dans le péritoine d'un cobaye, pour juger de sa teneur bacillaire, avait déterminé chez l'animal une pseudo-tuberculose, semblable à celle dont vient de nous parler M. Hayem.

M. Dumontpallier. — J'avais vu le malade en question. Son histoire clinique était également très intéressante, et le diagnostic de maladie d'Addison avait été difficile à porter.

Paralysie brachiale traumatique.

M. Rendu. — Je vous présente un charretier qui, il y a un mois, eut l'épaule droite prise entre deux timons de voiture. Le traumatisme fut assez léger ; cependant, trois heures après, il ressentait des fourmillements et de l'engourdissement du bras et de l'avant-bras. Trois jours après, il avait la main paralysée.

A première vue, on se croirait en présence d'une paralysie radiale; tous les muscles de l'avant-bras et de la main sont pris. Cependant, au bras, un certain nombre de muscles fonctionnent mal; le triceps, par exemple. A l'épaule, le faisceau postérieur du deltoïde paraît également parésié.

Il n'y a pas d'atrophie manifeste; cependant la peau semble pouvoir être plissée plus facilement du côté paralysé. Pas d'anesthésie. M. Joffroy, qui a fait l'examen électrique des muscles, trouve une ébauche de réaction de dégénérescence, la contraction électrique sous l'influence du courant se fait plus tardivement et dure plus longtemps qu'à l'état normal.

Il y a quatre ans, cet homme avait eu un traumatisme grave de la même épaule droite. Sa clavicule avait été fracturée et l'on avait dû en réséquer des fragments. A ce moment, il n'y avait rien eu du côté du plexus brachial; cependant, quand il avait beaucoup travaillé, il ressentait parfois des engourdissements passagers.

Peut-on admettre que le traumatisme ancien ait mis le plexus brachial en état d'imminence morbide et que le traumatisme récent ait développé la névrite? Ou bien s'agit-il simplement d'hystérie traumatique ? je le croirais plus volontiers, quoiqu'il n'y ait pas d'anesthésie.

M. Ballet. — La paralysie hystérique peut se produire sans anesthésie. Il se peut que l'anesthésie se développe plus tard comme cela se voit quelquefois. Quant à la névrite, cela paraît bien peu probable, étant donné qu'il n'y a pas d'atrophie.

ÉTRANGER

ALLEMAGNE

SOCIETÉ DE MÉDECINE INTERNE DE BERLIN

Séance du 29 juin 1891.

Pyloroplastie.

M. Klemperer présente l'estomac d'un malade qui après avoir avalé de l'acide sulfurique, fut pris de sténose du pylore. Le traitement interne continué pendant quatre mois ayant échoué, on fit l'opération de Mikulicz. Le malade supporta fort bien l'opération, mais succomba peu de temps après à une gangrène pulmonaire. La plaie s'est parfaitement cicatrisée, et le pylore laisse passer un doigt.

Anévrysme de l'aorte ascendante.

M. Klemperer présente les pièces provenant d'un malade qui a succombé à un anévrysme de l'aorte ascendante.

Le diagnostic a présenté dans ce cas certaines difficultés. A l'examen du malade on trouvait un épanchement pleurétique et une petite tuméfaction pulsatile, sans frémissement, au niveau du deuxième espace intercostal droit. Le malade attribuait cette tumeur à un coup qu'il a reçu il y a six mois. On fit le diagnostic de tumeur kystique au niveau d'un vaisseau volumineux. A l'autopsie on trouva que la tumeur était un diverticulum rempli de caillots d'un anévrysme volumineux de l'aorte. Le diverticulum ne communiquait plus avec la cavité de l'anévryme.

Tumeurs primitives du poumon et de la plèvre.

M. Schwalbe. — Les tumeurs bénignes des poumons (ostéomes, lipomes, etc.) et des plèvres (fibromes) sont très rares. Le carcinome du poumon se présente tantôt sous forme de nodules médullaires, tantôt comme une infiltration carcinomateuse diffuse de l'organe, tantôt sous forme d'un champignon recouvrant tout le poumon.

Les nodules, même gros comme un œuf de poule, peuvent évoluer silencieusement quand ils siègent au centre du poumon. Par contre, les néoplasmes occupant la surface de l'or-

gane, provoquent de bonne heure des symptômes qui, avec la cachexie, les douleurs, la dilatation des espaces intercostaux, les métastases, l'infiltration des ganglions, les phénomènes de compression, la pleurésie hémorrhagique, etc., permettent de reconnaître la nature de l'affection. Mais le diagnostic n'est certain que lorsqu'on trouve des parcelles du néoplasme dans les crachats ou l'exsudat pleurétique ou le liquide retiré par ponction. Seulement on ne trouve ces parcelles que très rarement. Les crachats renferment des cellules modifiées, isolées, qui n'ont pas grande valeur diagnostique. La présence de fibres élastiques est déjà plus importante quand on peut exclure la phthisie et la gangrène pulmonaire. Il en est de même des exsudats pleurétiques. Le plus souvent on ne trouve pas d'exsudat, mais des adhérences pleurales. Si l'exsudat existe, il n'est pas toujours hémorrhagique, et s'il est hémorrhagique il peut être rapporté à une autre affection diathésique. Mais ce qui est caractéristique de ces tumeurs, c'est l'existence dans les exsudats de cellules polymorphes. Une fois le diagnostic de tumeur maligne fait, il s'agit encore de savoir si la tumeur siège sur le poumon ou les bronches, ou la plèvre ou le médiastin. Ce diagnostic ne peut être fait que par l'examen des parties sur lesquelles la tumeur s'est développée. Il s'agit encore de savoir si la tumeur est primitive ou secondaire. L'absence d'une tumeur dans les autres organes ne prouve rien, car souvent ces tumeurs nous échappent. Dans un cas de tumeur diagnostiquée primitive des poumons, on trouva un cancroïde primitif de l'œsophage. Le diagnostic restera donc souvent probable.

Les sarcomes sont plus fréquents que les endothéliomes. Les cinq cas de sarcome que M. Schwalbe a observés étaient des lymphosarcomes développés sur la muqueuse bronchique ou dans le tissu péri-bronchique.

Le stridor qui existe dans le sarcome (4 fois sur 5 chez les malades de M. Schwalbe) ne se trouve pas dans le carcinome (5 cas), quand même la tumeur comprime une bronche volumineuse. La tuméfaction des ganglions lymphatiques se rencontre plus souvent dans le carcinome ; par contre, la tuméfaction de la rate et la leucocytose sont plus propres au sarcome.

Le carcinome primitif de la plèvre est très rare. M. Schwalbe en a observé un cas chez une femme de 23 ans. Il y avait pleurésie hémorrhagique et ophthalmoplégie d'un côté par nodule métastatique dans l'orbite ayant envahi les muscles de l'œil.

M. A. Frænkel a observé dernièrement trois cas de lymphosarcome du poumon. Dans un cas où il y a eu du stridor, il survint un petit exsudat pleurétique jaune-clair renfermant des éléments qu'on ne rencontre que dans les tumeurs. C'étaient de grosses cellules rondes, jaunâtres, plus volumineuses que les leucocytes, fortement réfringentes et remplies de vacuoles. Traitées par l'acide acétique, elles faisaient voir des noyaux volumineux. A côté de ces cellules, on en trouvait d'autres, des cellules géantes qui étaient 20 fois plus grosses que les leucocytes. Ehrlich a rencontré ces cellules dans le carcinome de la plèvre ; elles sont probablement dues à la prolifération de l'endothélium.

L'aspect des crachats est quelquefois très caractéristique. Les crachats sont de couleur de chair, et s'ils se rencontrent quelquefois dans la phthisie, leur signification n'en est pas moins grande pour le carcinome quand on trouve les autres signes de ce dernier.

Le stridor existe toujours dans le sarcome, et le fait s'explique par le développement de la tumeur dans les ganglions lymphatiques.

M. Litten a rencontré les cellules signalées par M. Frænkel, non seulement dans les tumeurs, mais dans les simples exsudats séreux de la plèvre. Leur forme est due à l'imbibition du protoplasma par le liquide épanché.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 1er juillet 1891.

Myxœdème.

M. Lœwy présente un malade atteint de myxœdème. Il s'agit d'un homme de 41 ans chez lequel l'affection a débuté à l'âge de 15 ans, et a provoqué en même temps un affaiblissement des facultés intellectuelles. Il présente actuellement la tuméfaction caractéristique de la figure, des pieds et des mains. Ce qui frappe encore chez lui, c'est la petitesse de sa taille (1m25), la voix grêle et l'infantilisme des organes génitaux externes. La frigidité sexuelle est absolue chez lui. Ce cas se rapproche un peu de l'idiotie myxœdémateuse. Si le myxœdème a débuté chez le malade vers la puberté, la petitesse de la taille et le développement défectueux du système génital indiquent néanmoins qu'on se trouve en face d'une affection congénitale.

M. Virchow serait d'avis de ranger le malade dans la catégorie du crétinisme sporadique. Ces cas ont été souvent observés en Angleterre, et on a noté la fréquence du pseudolipome sus-claviculaire chez ces malades. Ce lipome existe également chez le malade de M. Lœwy.

Coloration des cellules.

M. Auerbach. — La plupart des noyaux de cellules renferment deux substances différentes. En colorant les cellules, par un procédé un peu compliqué, en bleu puis en rouge, on arrive à colorer diversement ces substances : l'une se colore en bleu, la substance *cyanophile*, l'autre en rouge, la substance *érythrophile*. Les parties ainsi colorées se composent, chacune, de granulations, de substance fondamentale et d'un réseau fibrillaire.

On peut supposer que ces différences de coloration tiennent à une *opposition sexuelle* des deux parties.

En effet, si l'on colore par ce procédé des coupes de testicule ou d'ovaire ou tout simplement du sperme, la tête du spermatozoïde se montre cyanophile et se colore en bleu; par contre la vésicule germinative de l'ovule se montre érythrophile et se colore en rouge. Or on sait que les parties actives en quelque sorte, au point de vue de la fécondation, sont la tête du spermatozoïde et la vésicule germinative de l'ovule.

Amibes dans la dysentérie.

M. Nasse présente des pièces anatomiques provenant d'un homme qui a succombé à une dysentérie avec abcès du foie.

Il s'agit d'un homme de 60 ans venu récemment d'Amérique où il disait n'avoir eu ni dysentérie ni fièvre jaune. Lorsqu'il se présenta, on trouva, à côté d'une entérite, tous les signes d'un abcès du foie. On ouvrit l'abcès, mais la fièvre ne disparut pas; le pus prit une odeur fétide et les bords de la plaie furent frappés d'une gangrène que M. Bergmann reconnut pour de la pourriture d'hôpital. La diarrhée continua, et le malade mourut 3 semaines après l'opération.

A l'autopsie on trouve une dysentérie de date récente, et à côté de l'abcès ouvert, un certain nombre d'autres petits; dans le lobe gauche se trouvait une cavité purulente ancienne. L'examen microscopique des ulcérations intestinales, des parois des abcès et des bords de la plaie a fait voir un nombre considérable d'amibes.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE HALLE

Séance du 24 juin 1891.

Paralysie radiale.

M. Seeligmüller rapporte l'histoire d'un fondeur de 40 ans qui lui fut envoyé avec le diagnostic de « paralysie radiale droite consécutivement à un traumatisme du dos de la main. » Ce qui lui parut étrange, c'est qu'un coup porté sur la moitié radiale de la main ait pu provoquer une paralysie du nerf radial avec phénomènes paralytiques du côté du bras. L'examen attentif du malade a démontré que les muscles de l'avant-bras gauche étaient également paralysés dans le domaine du nerf radial.

La paralysie revêtait du reste les caractères typiques d'une paralysie saturnine au début : seuls les extenseurs du radius et du médius étaient paralysés; les autres extenseurs et les muscles du pouce étaient intacts. L'excitabilité galvanique et électrique était notablement diminuée, moins pourtant à droite qu'à gauche.

Les gencives présentaient le liséré typique. Le diagnostic d'intoxication saturnine se confirmait encore en ce sens, que

le malade travaillait depuis des années dans une atmosphère remplie de vapeurs de plomb.

La pathogénie de cette paralysie radiale double était donc la suivante : La paralysie saturnine existait déjà avant le traumatisme qui n'a fait que mettre plus en évidence celle du côté droit. Les supinateurs étaient intacts des deux côtés. Mais, du côté droit, le coup qui a porté sur ce côté radial de la main, a provoqué, en même temps que la tuméfaction de la région, une paralysie des 2e, 3e et 4e inter-osseux.

AUTRICHE

SOCIÉTÉ DES MÉDECINS ALLEMANDS DE PRAGUE

Séance du 13 mars 1891

Parotidite suppurée d'origine traumatique.

M. Dittrich. — Un ouvrier maltraité par des grévistes entre à l'hôpital le 9 mai 1890. A l'examen on trouve de la fièvre, de l'agitation et des ecchymoses multiples de la peau. Le jour suivant : ictère, somnolence, raideur de la nuque, paralysie du rectum et de la vessie. Le 15, tuméfaction de la joue gauche avec fièvre violente. Diagnostic : parotidite suppurée. Le lendemain, le malade est pris de bronchite généralisée, et meurt le 20 mai dans le coma.

A l'autopsie, à côté des lésions des téguments, on trouva des dépôts membraneux colorés en rouge sur la face interne de la dure-mère, un épanchement sanguin entre la pie-mère et le cervelet ; le poumon droit présentait des foyers de broncho-pneumonie ; la parotide droite était transformée en une cavité purulente.

Il est évident que les phénomènes cérébraux observés pendant la vie, étaient dus à la compression du cerveau par les foyers d'hémorrhagie extra-cérébrale.

L'examen microscopique de la parotide malade a montré que le processus de suppuration a débuté dans les conduits excréteurs qui étaient remplis par du pus renfermant des microcoques pyogènes. Quant aux vaisseaux sanguins et lymphatiques de la glande, ils ne renfermaient pas de pus. On peut donc affirmer que l'infection de la parotide ne s'est pas faite par voie de circulation générale, mais par la pénétration directe des micrococques pyogènes venus de la bouche.

Dans les foyers de broncho-pneumonie on n'a trouvé que le diplocoque de Fraenkel-Weichselbaum. Il n'existait donc aucune relation entre la pneumonie et la parotidite.

SOCIÉTÉ DES MÉDECINS DE STYRIE

Epilepsie traumatique.

M. v. Wagner cherche à établir les principes du traitement de l'épilepsie traumatique. Le grand mérite de Jackson est d'avoir démontré l'existence dans ces cas de lésions localisées. Les convulsions débutent dans un groupe musculaire dépendant d'un centre cortical déterminé. La connaissance est ordinairement conservée ; la perte de connaissance ne s'observe que lorsque l'épilepsie traumatique est bilatérale. Dans un grand nombre de cas on trouve des phénomènes paralytiques.

Les recherches de Hitzig et Fritsch ont démontré que les convulsions durent plus longtemps que l'irritation elle-même, et que l'extirpation d'un centre moteur est suivie de disparition des convulsions dans les muscles correspondants.

On admet généralement que l'épilepsie jacksonienne est toujours d'origine corticale. Pourtant il existe de ces épilepsies dans lesquelles la substance corticale est intacte. Dans un grand nombre de cas on trouve une sclérose de la corne d'Ammon, et M. Wagner en a observé plusieurs exemples.

Souvent l'épilepsie corticale se transforme en épilepsie essentielle, et alors les convulsions débutent et se propagent de la même façon que dans l'épilepsie corticale primitive.

Au point de vue du traitement, il s'agit principalement de faire disparaître l'irritation qui provoque les convulsions. Si le crâne présente des lésions, il faudra faire une résection osseuse ; dans d'autres cas on aura à enlever un kyste, un foyer néoplasique. Et dans tous ces cas où la lésion est limitée, l'intervention est bien plus facile que lorsqu'on se trouve en face de lésions diffuses. Le rôle des cicatrices qui se forment après ces opérations n'est pas encore bien déterminé, et il en est de même des paralysies qui s'observent chez l'homme après l'ablation des centres corticaux.

Si les convulsions présentent un début toujours le même, le siège de la lésion est facile à déterminer. Dans les cas d'épilepsie traumatique, on peut facilement trouver le siège de la lésion ; seulement il faut savoir que souvent on ne trouve pas de lésions au-dessous du foyer traumatique.

Résection de l'intestin.

M. Wœlfler présente deux malades auxquels il a fait avec succès la résection de l'intestin. Les malades furent opérés pour une hernie gangrenée, et l'opération complétée par l'entérorrhaphie.

La résection primitive de l'intestin n'est pas le procédé de choix. Il vaut mieux laisser se détacher les parties frappées de gangrène et ne pratiquer la résection qu'après l'établissement d'un anus contre nature. Mais d'un autre côté, quand il s'agit d'une fistule intestinale, il ne faut pas attendre trop longtemps, car le malade peut succomber à l'inanition. M. Wœlfler opère dans les 8 jours qui suivent l'établissement de la fistule ; il fait par conséquent une opération intermédiaire.

Chez le premier malade, âgé de 22 ans, la fistule était haut située. Les suites opératoires furent des plus simples.

Chez le second, il s'agissait d'un anus contre nature qui existait déjà depuis un certain temps. La section de l'éperon ne donna aucun résultat. M. Wœlfler attira l'anse au dehors, et évita ainsi une entérorrhaphie postérieure.

Traitement du trachome.

M. Elschnig a eu de beaux résultats dans le traitement du trachome, par les frictions des excroissances avec des tampons trempés dans une solution de sublimé au 1.000e ou au 4.000e. Ces frictions, qui ne sont qu'un massage antiseptique, doivent être faites une fois par jour. On n'observe ordinairement pas, avec ce procédé, de phénomènes inflammatoires. La douleur peut être évitée par les instillations de cocaïne. Dans les cas graves, ce traitement est insuffisant.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Vaccine et vaccination. Leçon faite à la clinique du prof. Pinard par le Dr Saint-Yves Ménard, professeur d'hygiène à l'Ecole centrale. 1 vol. broché. Rueff et Cie, 106, boul. Saint-Germain, Paris.

Au moment où l'organisation des services de vaccine préoccupe les pouvoirs publics, alors que l'Académie de médecine réclame la vaccination et la revaccination obligatoires, M. Pinard a pensé qu'il serait utile de faire connaître à ses élèves l'histoire de la découverte due à Jenner et les motifs qui rendent souvent illusoires les bienfaits de la vaccine. Dans cette leçon M. le Dr Saint-Yves Ménard a fait ressortir les avantages de la vaccination animale sur la vaccine jennérienne, la nécessité des revaccinations, l'utilité de créer des instituts vaccinifères en nombre suffisant. Il a traité, en un mot, la question de la revaccination au triple point de vue de la pathologie comparée, de la pratique médicale et de l'hygiène publique.

Adénopathie sus-claviculaire dans le cancer de l'estomac, par Olivier (de Rouen).

L'adénopathie cancéreuse sus-claviculaire secondaire au cancer de l'estomac peut s'accompagner sans cause appréciable de suppuration du tissu conjonctif environnant. Cette suppuration peut, dans des cas rares, se compliquer par œsophagite externe simple, non cancéreuse, de perforation de l'œsophage, et de fistule œsophago-cutanée persistante. L'existence de cette fistule peut ne pas aggraver sensiblement la situation, et la mort peut survenir par les progrès de la cachexie cancéreuse sans que la suppuration y ajoute de phénomènes fébriles ni d'intoxication pyohémique.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

N° 29. — 22 JUILLET 1891 LE NUMERO QUINZE CENTIMES

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

PUBLIÉ PAR

LA GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Et servi gratuitement à tous les abonnés de ce journal

ABONNEMENTS SPÉCIAUX POUR MM. LES ÉTUDIANTS. — UN AN : 6 FRANCS

L. LEREBOULLET, Rédacteur en chef. — A. BROCA, Secrétaire de la Rédaction

Librairie de G. MASSON, 120, boulevard Saint-Germain.

SOMMAIRE

ACTES OFFICIELS

Corps de santé militaire. — Ont été promus dans le corps de santé militaire :

Au grade de médecin principal de 2e classe : MM. Eichinger et Delmas.

Au grade de médecin-major de 1re classe : MM. Fourcade, Schneider, Warion, Nimier, Vinsac

Au grade de médecin major de 2e classe : MM. Boylee, Lapasset, Privat, Astier, Lanel, Seguin, Milliot, Mouret, Brissé-Saint-Macary.

VARIÉTÉS

Programme des séances du Congrès de la tuberculose. — *Lundi 27 juillet 1891*. — A neuf heures du matin, M. le professeur Lannelongue recevra les membres du Congrès dans son service à l'hôpital Trousseau, rue de Charenton, et leur présentera les malades atteints de lésions tuberculeuses qu'il a traités par les injections de chlorure de zinc.

A dix heures et demie, M. le Dr Tapret recevra les membres du Congrès dans son service à l'hôpital Saint-Antoine et leur présentera l'appareil au moyen duquel il traite les malades atteints de phtisie pulmonaire. Il fera l'exposé de sa méthode et expliquera le fonctionnement de l'appareil. Les malades traités seront examinés.

A deux heures, séance d'inauguration du Congrès dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine.

Discours de M. le Président Villemin.

Discours de M. le professeur Verneuil : Sur les avantages de l'émigration urbi-rurale et les inconvénients de l'émigration ruri-urbaine pour les tuberculeux.

Discours de M. le professeur Grancher : Sur la vaccination anti-tuberculeuse.

Discours de M. le professeur Arloing (de Lyon) : Etude expérimentale sur les propriétés attribuées à la tuberculine de M. Koch.

L.-H. Petit : Résultats du premier Congrès pour l'étude de la tuberbulose.

Nomination de deux vice-présidents et de quatre secrétaires.

Mardi 28 juillet. — A neuf heures du matin, dans le grand amphithéâtre de la Faculté, discussion de la première question proposée au Congrès.

A deux heures. Réunion à l'Ecole pratique, dans le laboratoire de M. le professeur Straus : Présentation de cultures du bacille de la tuberculose humaine.

A trois heures. Questions diverses.

Mercredi 29 juillet. — A neuf heures, M. Verneuil recevra les membres du Congrès dans son service à l'Hôtel-Dieu et leur présentera plusieurs malades atteints d'affections tuberculeuses graves, guéries par les injections d'éther iodoformé. Leçon clinique sur ces malades.

A dix heures et demie. Réunion dans le grand amphithéâtre de la Faculté. Communications relatives à la deuxième question proposée.

A trois heures. Questions diverses.

Jeudi 30 juillet. — A huit heures et demie, M. le Dr E. Burlureaux recevra les membres du Congrès dans son service au Val-de-Grâce et leur présentera les malades tuberculeux traités par les injections d'huile créosotée. Démonstration du manuel opératoire et des résultats obtenus.

A dix heures et demie. Réunion dans le grand amphithéâtre de la Faculté. Communications relatives à la troisième question proposée.

A deux heures. Visite au Musée d'hygiène.

A trois heures. Questions diverses.

A sept heures et demie. Banquet du Congrès.

Vendredi 31 juillet. — A neuf heures. Réunion dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine. Communications relatives à la quatrième question proposée.

A deux heures. Questions diverses.

A cinq heures. Visite à l'Institut Pasteur.

Samedi 1er août. — A neuf heures. Communications relatives à la cinquième question proposée.

A trois heures. Questions diverses.

A cinq heures. Séance de clôture.

Un prix de 1,200 francs sera décerné à l'auteur du meilleur mémoire sur « l'allaitement artificiel ». Tous les mémoires doivent être adressés au secrétaire général de la Société des hôpitaux, rue de l'Abbaye, n° 3, avant le 1er juillet 1892.

Hôpitaux de Bordeaux. — MM. Cassaet et Martin de Magny ont été, après concours, nommés médecins adjoints.

Thèses de Paris

Jeudi 23. — M. Roubleff. Contribution à l'étude de la syphilis des poumons et du larynx. — M. Artières. Etude des névralgies hystériques, en particulier de la névralgie faciale. — M. Glover. Etude sur l'influence des maladies infectieuses aiguës sur le développement de la folie. — M. Hamon. Injections hypodermiques d'huile créosotée (d'après le procédé de M. Burlureaux), leurs effets physiologiques. — M. Bazin. De la pneumonie, de la pleurésie et de la phthisie chez les médecins de la période gréco-romaine. — M. Bouessée. Etude sur le pouls lent permanent, ou maladie de Stokes-Adams. — M. Placet. Etude historique sur les traités d'accouchement de Viardel, Portal et Mauquest de la Moste. — M. Poillot. Contribution à l'étude de la néphrite artérielle chez les jeunes gens. — M. Arnould. Contribution à l'étude de l'hydronéphrose. — M. Roux. Etude anatomo-pathologique et clinique du cancer et des kystes du pancréas. — *Vendredi 24*. — M. Janowicz. Tic convulsif des enfants, paramyoclonus multiplex et « chorée électrique ». Etude critique et comparative. — M. Duprey. Considérations sur l'impétigo et certaines de ses localisations chez l'enfant. — M. Mandelstamm. Contribution à l'étude des abcès rétro-laryngés primitifs. — M. Bouffe. Lésions anatomiques dans l'éclampsie puerpérale. — Pégou. Contribution à l'étude du traitement de l'otite moyenne suppurée par le salol camphré. — M. Le Joly Senoville. Traitement chirurgical de l'ectopie testiculaire. Ses résultats, ses perfectionnements. — M. Thomas. De l'antisepsie appliquée au traitement des affections parasitaires de la bouche et des dents. *Samedi 25*. — M. Poulalion. Les pierres du poumon, de la plèvre et des bronches et la pseudo-phthisie pulmonaire d'origine calculeuse. — M. Clausse. Contribution à l'étude de la neurasthénie. — M. Finck. Des rapports de la migraine ophthalmique avec l'hystérie. — M. Allaman. Des aliénés criminels. — M. Mathieu. Psoriasis atypiques. Leurs rapports avec l'eczéma. Leur traitement. — M. Moitier. Etude sur la bronchite putride. Sa terminaison possible par gangrène pulmonaire. — M. Larger. De la polymyosite primitive infectieuse aiguë. — M. Lemarie. Etude sur le traité d'accouchement de Philippe Peu. — M. De Massia. Des salpingo-ovarites tuberculeuses. — M. Sabillotte. Intoxication par le sublimé chez les femmes en couches. — M. Narodetzki. De l'arrachement sous cutané des insertions des tendons extenseurs des doigts sur la phalangette. — M. Gelma. Contribution à l'étude de la pseudo-tumeur blanche syphilitique.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Deux laparotomies pour plaies du foie,

par A. Broca, *chirurgien des hôpitaux.*

Lorsque, il y a quelques semaines, une discussion s'est gagée devant la Société de chirurgie sur la laparotoie exploratrice immédiate dans les plaies pénétrantes l'abdomen — et je rappellerai que j'étais l'auteur une des observations sur lesquelles mon maître M. Terer basait son rapport favorable à cette pratique — elques orateurs ont incidemment parlé des plaies du ie, pour les ranger, en général, dans les cas contre lesels on était désarmé, ou à peu près. Aucune opinion rme, d'ailleurs, n'a été émise, et cela se conçoit, car s interventions de ce genre sont loin d'être fréquentes. ne me suis pas livré sur ce point à des recherches biiographiques spéciales, mais parmi les nombreuses oservations de laparotomie pour plaies pénétrantes de bdomen que j'ai rencontrées et analysées depuis 'elles sont en discussion, je n'en ai trouvé aucune où le hirurgien ait été en présence d'une hémorrhagie due à une aie du foie (1). C'est pour cela que je vais relater deux pérations qui me sont personnelles et que, par un hasard série, j'ai faites à intervalle assez rapproché. Ces ux blessés sont morts, je le déclare pour commencer. ais leur histoire comporte, je crois, quelques enseigneents et prouve en particulier que l'on peut tarir l'écouement sanguin, parfois abondant, que donne une plaie foie. Nous avons à notre disposition deux moyens ficaces, la suture et le tamponnement antiseptique. J'ai is les deux en usage, et voici les observations.

Le 17 juin 1890, je fus appelé d'urgence à l'hôpital enon pour un homme de 39 ans qui s'était donné deux oups de couteau, l'un dans l'hypochondre gauche, à trois oigts au-dessous du rebord costal et à deux doigts en hors du droit antérieur; l'autre, petit et non pénéant, un peu à droite de la ligne médiane, à l'épigastre. arrivai à 8 h. 1/4 du soir, le suicide avait eu lieu à heures de l'après-midi et l'arrivée à l'hôpital à 6 heures. orsque le blessé fut apporté, M. Gauthier, interne du rvice — sur les notes duquel je rédige cette observaon — constata une assez large plaie, par laquelle l'épiloon faisait issue. Le pouls était faible et précipité, l'œil agard, la parole brève. L'homme disait avoir voulu se uer parce que sa femme le trompait; après quelques ésitations, il raconta que depuis longtemps on le suivait dans la rue, que des voix l'appelaient « salaud » : c'était sûrement un alcoolique devenu aliéné.

Je trouvai l'épiploon protégé par des compresses humides au sublimé. Immédiatement, après les préparatifs antiseptiques habituels, je débridai la plaie dans sa direction, c'est-à-dire obliquement en bas et en dedans; je réséquai l'épiploon lié au nœud de Tait, je vérifiai que le pédicule ne saignait pas et je le réduisis. Mais je vis alors sortir par la plaie du sang en abondance. Je débridai franchement et je constatai que la plaie est assez oblique en bas, en dedans et en arrière: c'était certainement un coup de couteau tenu en poignard et donné de la main droite dans la direction précédemment indiquée. Mon débridement une fois parvenu au bord externe du grand droit, je vis nettement que le sang venait de l'intérieur du ventre. J'assurai avec des pinces l'hémostase de mon incision, faite en plein muscle, puis je fendis verticalement la paroi aux ciseaux le long du bord externe du grand droit; à deux reprises j'agrandis pour me donner du jour, et finalement l'incision verticale allait de l'appendice xiphoïde à l'ombilic. Après évacuation de nombreux caillots sanguins, je vis que la source de l'hémorrhagie était une plaie du foie. Sur la face convexe de ce viscère, à deux ou trois centimètres du bord antérieur, il existait deux plaies parallèles, antéro-postérieures, déchiquetées, l'interne ne saignait pas; de l'externe s'écoulait en nappe un sang rouge abondant. Le foie, volumineux, dépassait le rebord costal gauche; sa surface était granuleuse, aussi ne fus-je pas surpris outre mesure quand son parenchyme se déchira sous l'aiguille de Reverdin, avec laquelle je tentai la suture au catgut. J'essayai vainement d'arrêter le sang en enfonçant dans la plaie le thermo-cautère porté au rouge sombre. Je tamponnai alors la plaie, fort profonde, avec une mèche de gaze iodoformée et aussitôt elle cessa de saigner. Cela fait, et l'extrémité de la mèche étant prise dans une pince, j'abstergeai avec des éponges montées la face inférieure du foie que mon aide M. Gauthier relevait et je fus vite convaincu que quelque chose saignait encore, moins qu'au début cependant : j'eus beau examiner entre le foie et l'estomac, je ne vis aucune plaie. D'ailleurs, l'opération durait depuis une heure, le pouls était petit, la chloroformisation de ce sujet, très alcoolique, avait été laborieuse. Je refermai donc le ventre, après avoir réduit, non sans peine, au milieu d'efforts de vomissements, l'estomac et le côlon transverse que j'avais attirés au dehors. La paroi fut donc suturée en étages, mais d'une façon assez irrégulière et l'affrontement profond ne fut pas très exact. Dans l'angle supérieur sortait l'extrémité de la mèche iodoformée.

Je quittai ce malade croyant qu'il mourrait quelques heures après. Le lendemain matin, contrairement à toute attente, il vivait encore, et son état n'était pas trop mauvais. Le pouls était petit et rapide, mais il n'y avait pas de signe de péritonite. L'hémorrhagie semblait n'avoir pas continué. Mais le 19 juin l'état s'aggravait, le ventre se ballonnait; pas de selles, pas de gaz malgré un lavement purgatif; hypothermie; pouls misérable; faciès grippé, et finalement le malade succombait, sans avoir vomi, le 20 juin à 10 heures du matin.

A l'autopsie, faite le 21 juin, les anses intestinales étaient très distendues, très congestionnées dans la région où j'avais fait la laparotomie; le grand épiploon formait à ce niveau un gros paquet adhérent. Dans les parties déclives du péritoine il y a environ un litre de sang non coagulé. Aucun viscère autre que le foie, aucun vaisseau n'est lésé. Le foie, volumineux, pèse 2.230 gr. Sa couleur est jaune pâle, sa surface est grenue, ses bords sont mousses; il est dur et crie à la coupe et certainement il est à la fois scléreux et adipeux. Sur sa face convexe,

(1) Les renseignements antérieurs à 1886 sont réunis par Edler, ch. *f. klin. Chir.*, Berlin, 1886, t. XXXIV. Pour les plaies par mes blanches, voy. p. 369 et 389. A propos de la discussion qui a lieu à la Société de chirurgie sur mes observations, mon ami arcel Baudouin m'a communiqué quelques indications bibliograques sur ce sujet. Les auteurs suivants ont déjà abordé par la parotomie des plaies du foie : 1° Dalton (Stabwound of the liver, parotomy, recovery. *St-Louis Courrier of med.*, 1890, t. III, 77); échec de suture; tamponnement iodoformé. Le même auteur ublié une autre observation (Rupture of liver, excessive hemorgy, laparotomy, recovery, *Weekly med. Review*, 4 octobre 1890, 261), dont je n'ai pu me procurer le texte original. 2° Hess pue un cas où Czerny a tamponné après laparotomie une rupture foie (*Arch. f. path. An. und Phys.*, 1890, t. CXXI, p. 154); mort. Baudouin cite encore dans le *Progrès médical* des faits de amerdinghe (*Deutsche med. Woch.*, 1890, p. 867) et de Megend (*Rev. med. de la Suisse Romande*, 1890, p. 389). Mais dans cas de Flamerdingue rien ne fut fait à la plaie du foie (balle de olver) qui ne saignait pas; et le mémoire de Mégevand se borne elater des autopsies. Il y a quelques jours, j'ai reçu le compte du de la division chirurgicale de Trieste par le Dr Escher, pour ercice 1888. J'y ai trouvé (p. 12) une observation de coup de teau dans l'abdomen, avec hémorrhagie grave; débridement de plaie pour aborder largement le foie; suture d'une plaie hépatie longue de 4 centim., pour plus de sécurité, mèche iodoformée. érison.

au lobe gauche, existent quatre plaies : deux d'entre elles, près de la ligne médiane, ont été vues pendant l'opération ; deux autres, situées à gauche, ont été méconnues. Celle que j'avais tamponnée était seule profonde : elle pénétrait à 4 centimètres environ et coupait une veine sus-hépatique grosse comme une plume d'oie. Les autres étaient bien moins importantes. A la face inférieure il en existait une cinquième, elle aussi méconnue, minime.

Mais c'est évidemment de ces plaies, malgré leurs petites dimensions, que venait le sang épanché dans l'abdomen au moment de l'autopsie, et que je voyais s'écouler toujours, avec une intensité médiocre il est vrai, après l'oblitération efficace de la plaie principale. J'ai donc fait une intervention incomplète, et cette hémorrhagie — j'avais au cours de l'opération évacué déjà au moins un litre de sang et de caillots — a été sans doute une des causes de mon insuccès. Mais non point la seule, car il y avait certainement de la péritonite, localisée sans doute et non suppurée, mais évidente. Cela prouve que mon asepsie n'avait pas été suffisante, et je n'en suis pas étonné aujourd'hui que je commence à savoir ce que c'est qu'une laparotomie. La protection de l'intestin n'avait pas été parfaite, la suture des plaies profondes avait été très défectueuse. Si je joins à cela la méconnaissance de plusieurs plaies du foie, il m'est impossible de dire que j'ai fait de la bonne chirurgie. De cela un des principaux motifs est, je crois, que j'ai voulu profiter de la plaie accidentelle, en l'agrandissant, pour explorer la cavité abdominale. J'ai eu une plaie irrégulière, saignante, située en plein muscle : je suis aujourd'hui persuadé que la laparotomie médiane eût été à tous égards préférable. J'ai donc agi avec inexpérience, mais j'en suis excusable : je venais d'être nommé quelques jours auparavant chirurgien du Bureau central et — de par l'absurdité de notre organisation actuelle — c'était la première laparotomie que je faisais ; je n'avais même jamais aidé à une laparotomie.

Au milieu de mes maladresses, un fait ressort néanmoins : le tamponnement à la gaze iodoformée a parfaitement arrêté le sang fourni, en grande abondance, par une assez grosse veine sus-hépatique au fond d'une plaie du foie par instrument tranchant.

J'en arrive maintenant à ma seconde opération.

Le 6 août 1890 je fus appelé à l'hôpital de la Charité auprès d'un homme de 45 ans, garçon de salle, qui, dans un accès de délire alcoolique, avait assassiné sa maîtresse, puis, retournant contre lui-même son arme — un grand couteau de cuisine — se l'était enfoncée dans le ventre. La plaie était à peu près médiane et verticale, longue de 5 à 6 centimètres, située à l'épigastre. Rien n'en sortait. Quand je vis le blessé, à sept heures du soir, 4 heures après l'accident, je le trouvai fort abattu, et surtout refusant de répondre.

Je constatai deux symptômes principaux : une pâleur extrême et un pouls misérable. Je diagnostiquai donc une hémorrhagie intrapéritonéale, et séance tenante, avec l'aide de M. Michel, interne du service, je fis la laparotomie médiane sus-ombilicale. J'évacuai une grande quantité de caillots et du sang liquide s'écoula en abondance. J'eus bientôt nettoyé la face antérieure de l'estomac et là je vis une petite plaie circulaire, non pénétrante, où une artériole donnait en jet : aussitôt deux points de suture de Lembert à la soie fermèrent la plaie et arrêtèrent le sang. Puis je trouvai, tout près de là, une petite plaie, pénétrante celle-là, car le contenu stomacal faisait issue par elle, peu abondant toutefois. Celle-là aussi fut suturée à la soie, avec trois points de Lembert. Néanmoins, le sang coulait toujours. J'explorai donc la face inférieure du foie et j'y trouvai sans peine une plaie antéro-postérieure longue de 7 à 8 centim., avec une petite plaie branchée sur sa lèvre interne : c[es] plaies fournissaient une hémorrhagie sérieuse. Le foi[e] peu volumineux, était lisse et assez souple et je pus san[s] encombre oblitérer ces deux plaies par une suture à [la] soie, à points séparés : cela fait, l'hémostase y fut obte[nue]. Je fis encore quelques recherches, cependant, ca[r] les éponges montées que j'enfonçais sous le foie reve[naient] encore teintes de sang. Mais, comme l'hémorrha[gie] était considérablement ralentie et comme, d'autr[e] part, le pouls de l'opéré faiblissait, je fermai la plaie pa[riétale], avec une suture régulière cette fois. Mais toute[s] les tentatives pour réchauffer et ranimer le blessé furen[t] vaines, et il succomba le lendemain matin à 5 heure[s] avec tous les signes d'une hémorrhagie interne. L'au[topsie], faite par M. Michel, en montra la source : le[s] plaies stomacales étaient bien oblitérées ; l'hémostase d[e] la grande plaie de la face inférieure du foie était par[faite]. Mais le couteau, enfoncé avec force, avait perfor[é] l'organe de part en part et de là résultait à la face supé[rieure] du lobe droit, à 1/2 centim. du ligament suspen[seur], une plaie longue de 3 centim. Et tout le bassi[n], grand et petit, était rempli de sang.

Cette plaie était voisine du bord antérieur, et dès lor[s] j'aurais probablement pu la découvrir et la suturer aisé[ment] si j'avais songé à la possibilité d'une perforation d[e] part en part et si dès lors j'avais examiné la face supé[rieure] du foie. J'ai donc péché par omission et cela [a] frappé de stérilité mon intervention, conduite d'ailleu[rs] assez régulièrement.

Lorsque j'eus terminé avec ce blessé, M. Després éta[it] venu à l'hôpital et avait examiné la femme — placé[e] dans son service — que mon opéré avait assassinée ava[nt] de se faire justice. Cette femme, elle aussi frappée a[u] ventre, je l'avais examinée peu après son entrée à l'hô[pital]. Elle présentait tous les symptômes d'une hémo[r]rhagie grave et je déclare que si M. Després ne fût p[as] arrivé avant la fin de mon intervention sur l'homme, [j']l'aurais laparotomisée sans l'ombre d'une hésitation : [et] je lui aurais trouvé, à elle aussi, le foie perforé de pa[rt] en part, au niveau du lobe carré. Cela fut constaté à l'au[topsie], avec une hémorrhagie intra-péritonéale. Car [la] malade mourut, comme à regret sans doute, au bout d[e] 6 jours, et M. Guinard, qui a publié cette observation dan[s] la *Gazette hebdomadaire* (1) à l'instigation de son maît[re] M. Després, pense que « cette femme a succombé à un[e] hémorrhagie lente et continue par une plaie profonde d[u] foie. » Il ajoute : « La conclusion qu'il semble logique [de] tirer de cette observation, c'est qu'on aurait pu interv[e]nir activement et aller sur place tarir la source de l'hé[]morrhagie. » Malgré cela, l'auteur, après quelques con[]sidérations assez confuses, où il parle des difficultés d[u] diagnostic et des plaies de l'intestin, se prononce pou[r] l'abstention. Je n'insiste pas, car il paraît, dans ses hés[i]tations, sentir lui-même qu'il s'est fait l'avocat d'un[e] mauvaise cause. Je crois en effet que je ne serai contre[]dit que par M. Després si j'affirme que la laparotomi[e] immédiate s'impose lorsqu'une plaie pénétrante de l'ab[]domen s'accompagne de symptômes d'hémorrhagie. L[e] ventre une fois ouvert, on agira suivant les lésions qu'o[n] trouvera. Les faits de ligatures vasculaires sont aujou[r]d'hui nombreux et heureux. Les deux observations qu[e] j'ai l'honneur de vous soumettre démontrent qu'on peu[t] arrêter par la suture ou, si le foie est friable, par le tam[]ponnement, le sang fourni par une plaie même très larg[e] du foie. Chez mes deux opérés j'ai laissé échapper un[e] autre plaie du foie et celle-là a continué à saigner, ma[is] celle que j'avais vue et traitée n'a plus versé une goutt[e] de sang dans le ventre.

(1) *Gazette hebdomadaire*, 1890, p. 507.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Régime alimentaire des diabétiques

Une longue discussion sur ce sujet a occupé il y a quelques semaines plusieurs séances de la Société de thérapeutique. Nous en extrayons, après son achèvement, les parties qui nous paraissent comporter quelque enseignement.

M. Duhomme, revenant sur des idées qu'il a déjà exposées, propose de diviser la glycosurie (qu'il nomme uroglycosie) en simple, mixte et complexe, suivant que la disparition du sucre se fait rapidement et complètement, ou plus lentement mais encore complètement, ou enfin incomplètement quelque prolongé et sévère que soit le régime. Le régime de Bouchardat est toujours utile, souvent indispensable dans les deux derniers types; dans le premier, il ne peut arriver à faire disparaître définitivement la maladie et parfois il devient nuisible lorsque son emploi est trop longtemps prolongé.

M. Dujardin-Beaumetz insiste sur ce fait que la quantité de sucre constatée à un premier examen ne peut renseigner sur le pronostic d'un cas de diabète et que cette donnée doit être complétée par les résultats du traitement suivi pendant un certain temps. Ce traitement, dont Bouchardat a donné tous les éléments et tous les détails, consiste dans la suppression des substances féculentes sucrées qui entrent dans l'alimentation et dans leur remplacement, comme équivalents nutritifs, par des substances grasses (graisses, jambon, foie gras, poissons conservés dans l'huile, etc.). Le pain de gluten doit être préféré aux autres pains; ou, si les dents sont en bon état, on prescrit du pain sans mie que les malades, en raison de sa dureté, mangent toujours en petite quantité. Les fruits et le lait doivent être proscrits, et les légumes recommandés. Comme boisson, on recommandera l'eau vineuse et les toniques, café, thé, kola, maté. Les diabètes même légers doivent être soumis au traitement alimentaire. La durée de ce traitement se base sur ses résultats, c'est-à-dire sur l'analyse des urines. Lorsque le sucre est tombé au-dessous de 10 grammes, on peut se relâcher de la sévérité du régime, mais il faut y revenir s'il survient un incident quelconque. Quant au traitement pharmaceutique, il peut consister pour certains diabètes arthritiques dans l'emploi de l'arsenic associé à la lithine, pour certains diabètes nerveux dans l'emploi du bromure et de l'antipyrine; de plus les eaux alcalines rendent souvent des services. Il est, de plus, utile que les malades se livrent à un exercice modéré.

M. Constantin Paul fait remarquer que la glycosurie est parfois un signe favorable, par exemple chez les femmes enceintes et chez les nourrices. A l'état pathologique, elle est due à des causes très différentes, et son intensité est très variable d'un jour à l'autre. Le régime de Bouchardat est certainement le meilleur et doit être peu modifié; la saccharine peut remédier à la suppression du sucre lorsqu'elle est trop pénible; les malades se privent plus difficilement de pain et de farineux, car le pain de gluten est désagréable. Le plus souvent, la quantité de sucre, après avoir diminué, reste stationnaire, de sorte que le malade, fatigué du régime, finit par l'abandonner. Dans les cas graves, le régime ne fait pas varier la quantité de sucre; parfois, l'état général s'aggrave alors que la quantité de sucre diminue.

M. Grellety considère le pronostic du diabète comme grave : même avec une glycosurie qui ne dépasse pas 20 à 30 grammes par jour, des accidents graves peuvent survenir. Aussi les diabétiques doivent-ils s'observer, éviter les soucis, les émotions, et en particulier les émotions de jeu, ainsi que les excès vénériens.

M. Catillon a fait avec la glycérine, dont on a préconisé l'emploi dans le diabète, des expériences d'où il résulte qu'elle n'a aucune action directe sur la glycémie normale : elle diminue la sécrétion de l'urée, augmente l'acide carbonique expiré, agit sur la constipation, de sorte qu'elle s'attaque plutôt aux manifestations du diabète qu'à la glycosurie elle-même.

M. Duhomme résume la discussion en disant qu'il n'y a pas de formule générale du régime alimentaire des diabétiques; certains sujets ne supportent pas des substances que d'autres supportent très bien : ainsi, chez quelques diabétiques, la graisse fait augmenter la glycosurie.

REVUE DES CONGRÈS

QUATRIÈME CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ ALLEMANDE DE GYNÉCOLOGIE

Castration et épithélium à cils vibratiles.

M. G. Krukenberg (Bonn). — Bischoff, Becker et Wyder ont parfaitement établi que l'épithélium tubaire est seul vibratile chez l'enfant et que la muqueuse utérine ne prend ce caractère qu'après la puberté. Après la ménopause, l'épithélium à cils vibratiles disparaît entièrement (Mœricke, Klob). Il était donc intéressant de rechercher si après la castration, c'est-à-dire après la ménopause anticipée, les cils vibratiles s'atrophient. Mais l'examen d'une femme castrée ne peut donner à ce sujet aucun résultat, parce que l'endométrite, qui précède presque toujours la castration, a pour effet de faire souvent disparaître la ciliation.

On fit donc des expériences sur des lapines; et ces expériences portèrent non seulement sur des lapines dont les cornes utérines ont un épithélium cilié, mais encore sur des lapins domestiques allemands dont le col seul est vibratile. Environ 7 mois après l'opération, l'utérus conservait le poids qu'il avait précédemment et son épithélium à cils vibratiles n'était pas altéré. Cependant, après 9 ou 10 mois, il se manifesta une diminution sensible dans le poids de l'utérus; en même temps les cils vibratiles s'atrophièrent aussi bien dans l'utérus que dans les trompes. Evidemment l'obstruction chirurgicale des extrémités abdominales des trompes peut être prise en considération pour l'atrophie des cils dans les trompes, mais pour l'atrophie utérine, cette obstruction est sans importance; nous voyons bien, en effet la disparition des cils vibratiles liée à l'atrophie de l'utérus, mais nous savons, d'autre part, d'après les expériences de Kehrer, que l'occlusion des trompes n'amène pas l'atrophie de l'utérus. La castration agit donc sur l'utérus de la même façon que la ménopause : les cils vibratiles disparaissent, mais seulement après atrophie de l'utérus. Si la castration porte sur un tout jeune animal, il ne se forme généralement pas de cils vibratiles dans l'utérus.

Pyosalpingite avec péritonite aiguë.

M. Gottschalk (Berlin) communique un cas de pyosalpinx qu'il a opéré avec succès chez une femme de 35 ans ayant été malade pendant quatre semaines à la suite de sa deuxième couche, en 1889, et ayant présenté alors, outre des accidents puerpéraux, une mammite du côté gauche. Le 12 février de cette année, cette femme, qui souffrait en même temps d'une chute prononcée de l'utérus et du vagin, avec rétroversion, fut prise des symptômes d'une péritonite générale : météorisme, violentes douleurs, vomissements incoercibles, fièvre. La laparotomie exécutée 42 heures après, le 14 février à midi (température 39° — pouls 156), fit voir les anses intestinales récemment agglutinées jusqu'à la hauteur de l'ombilic par un exsudat purulent fibrineux; il y avait un épanchement purulent dans le cul-de-sac de Douglas; les intestins étaient météorisés et injectés. On fit à fond la toilette des anses intestinales à l'aide de tampons de gaze imbibés d'une solution d'acide salicylique au 3 0/00. La poche fut progressivement décollée de l'utérus, auquel elle tenait par d'anciennes adhérences; les anses intestinales et l'appendice iléo-cæcal étaient récemment agglutinés à la paroi postérieure de l'utérus. Des flocons de pus couvraient l'utérus et le péritoine du bassin. Alors fut faite la résection de la trompe et de l'ovaire; l'utérus fut fixé à l'hypogastre par deux sutures à la soie. Nouvelle toilette du péritoine; suture sans drainage, — guérison complète. — Les annexes de l'autre côté étaient sains.

La pièce comprend la trompe transformée en une poche purulente à parois épaisses. A la base de ce sac se trouvent deux fusées purulentes, conduisant à un abcès ovarien gros comme une noix. A la limite supérieure de cet abcès, le stroma est complètement détruit, et la mince paroi de l'albuginée est déchirée en un endroit. C'est par cette déchirure que le pus avait pénétré dans la cavité abdominale et infecté le péritoine.

L'examen microscopique de la paroi tubaire ne laisse voir aucune trace d'épithélium. L'épaississement de cette paroi

porte exclusivement sur la musculaire. Le tissu ovarien se trouve aussi en fonte purulente.

L'examen bactériologique montre que la paroi tubaire, dans toute son épaisseur, est infiltrée de nombreux diplocoques qui ne sont pas aussi gros que les gonocoques, mais qui se colorent aussi par la méthode de Gram, et qui se trouvent la plupart du temps réunis par groupes de quatre; ces diplocoques se trouvent aussi dans les lumières des vaisseaux, et surtout des vaisseaux lymphatiques. Il y avait aussi d'autres espèces de microbes, dont on a malheureusement négligé d'essayer l'isolement par cultures, alors que le pus était frais. Dans le pus tubaire, dans le pus ovarien aussi bien que dans le pus de la cavité abdominale se trouvaient les mêmes microbes. Il s'agit visiblement d'une infection mixte. L'anamnèse n'est pas en faveur de la nature blennorrhagique. Le mari, sans doute, avait eu plusieurs chaudepisses avant son mariage, mais depuis dix ans il en était indemne. La suppuration est probablement d'origine puerpérale.

Hématosalpingite.

M. J. Veit. — Avec l'augmentation des opérations occasionnées par les maladies de la trompe, on a trouvé de nombreux cas où l'on a vu la trompe distendue par du sang, et cela sans obturation du canal génital. Si donc on fait abstraction des hématosalpinx par atrésie, il peut s'agir alors, ou de la rétention d'un œuf dans la trompe, ou d'une hémorrhagie dans la trompe déjà distendue précédemment, ou enfin d'une distension de la trompe par le sang. C'est seulement dans les deux derniers cas qu'on peut appeler la maladie hématosalpinx. M. Veit, en présentant l'historique de la maladie et en faisant allusion à un cas semblable décrit par Sutton, décrit un cas d'hématosalpinx qui provenait de la torsion d'un hydrosalpinx. On peut citer encore comme autres causes les néoplasies, mais cela est très rare.

M. Veit s'attache ensuite à bien établir les signes macroscopiques de la grossesse tubaire; on ne peut en effet en voir le seul signe distinctif dans la démonstration, si intéressante, mais si difficile, des villosités choriales, démonstration faite par Keller. S'il s'agit d'une grossesse, l'ouverture abdominale reste toujours ouverte. La chose, il est vrai, peut être difficile à bien établir. Si au contraire on se trouve en présence d'une autre cause d'hématosalpinx, alors l'obturation complète de l'extrémité du pavillon est la condition essentielle de toute distension notable. M. Veit conclut donc que c'est dans la constitution de l'extrémité du pavillon (dont on s'occupait fort peu jusqu'à présent dans les traités) que se trouve le critérium décisif du diagnostic anatomique macroscopique souvent si obscur entre l'hématosalpinx vrai et la grossesse extra-utérine.

Finalement M. Veit développe quelques considérations sur la genèse de l'hématosalpinx consécutif à l'atrésie du canal génital; il étudie surtout la cause qui amène l'obturation du pavillon.

Traitement des abcès pelviens.

M. Fritsch (Breslau), après avoir rappelé rapidement comment on traite les diverses collections purulentes pelviennes, s'occupe spécialement des collections paramétritiques d'origine puerpérale. Il déclare d'abord qu'il faut les traiter chirurgicalement, l'ancienne thérapeutique expectante gardant au lit pendant des mois des femmes infirmes. Evidemment l'incision est indiquée et facile pour ceux de ces abcès qui pointent sous la peau, au-dessus de l'arcade de Fallope. Là, tout le monde est d'accord. Mais souvent on hésite à faire pénétrer le bistouri dans la profondeur du bassin; on redoute surtout l'hémorrhagie; aussi conseille-t-on quelquefois la ponction: mais ce n'est là qu'un traitement palliatif et la ponction doit être réservée à la vérification du diagnostic lorsqu'il reste hésitant. En général, d'ailleurs, il est aisé, rendu évident par la situation de la tumeur sur le côté de l'utérus, par la marche de la fièvre avec exacerbations vespérales. Cette fièvre suffit à prouver qu'il y a du pus, presque toujours situé dans le tissu conjonctif paracervical, et ce pus dès la fin de la deuxième semaine ou le commencement de la troisième est accessible au bistouri. Et qu'on ne redoute pas la lésion de l'uretère et de l'artère utérine, tous deux refoulés et éloignés par l'abcès, latéralement, le premier en avant, la seconde en haut. Jamais M. Fritsch ne les a lésés. Le chloroforme n'e pas indispensable, mais est utile.

La femme étant dans la position dorso-sacrée, on éclai bien la région avec le spéculum de Simon et on abaisse le c pris dans une pince de Museux : il va sans dire que les tra tions doivent être ménagées. On tire en même temps le c du côté opposé à l'exsudat qu'on veut évacuer. Mais il fa savoir que ce foyer ne descend pas avec l'utérus : il ne siè pas, en effet, au début au moins, dans le tissu conjonctif par vaginal, mais au-dessous du diaphragme pelvien, bien plu haut qu'une collection quelconque du cul-de-sac de Dougla Au contraire, vu l'aplatissement de la voûte du vagin, l'abai sement de l'utérus rend le foyer moins facile à sentir avec doigt. Mais en incisant on trouvera vite le pus, en se guida au besoin sur l'aiguille exploratrice d'une seringue de Prava Dès que la première goutte de pus apparaît au milieu d sang, on dirige sur l'incision un jet d'eau stérilisée sous leque on continue à débrider jusqu'à ce que le doigt pénètre large ment dans la cavité purulente. Cela fait, à l'aide d'aiguille courbes on suture la poche à la paroi vaginale. Cela a plu sieurs avantages : 1° cela arrête l'hémorrhagie ; 2° cela ferm bien le tissu conjonctif para-vaginal; 3° le diagnostic avec u kyste dermoïde de l'ovaire, avec une pyosalpingite, n'est pa toujours certain, et par exemple M. Fritsch a commis la pre mière de ces erreurs; par cette suture, on oblitère bien l'in cision et si le péritoine est par hasard ouvert, on le met à l'abr de l'infection, peu à craindre il est vrai, puisque dans ces ca il y a des adhérences préalables; 4° à l'aide des fils à sutur on fait bien bâiller l'ouverture et cela permet un lavage com plet de la poche, en évitant de donner au liquide une fort pression.

Le traitement consécutif consiste en de fréquentes injections le tamponnement iodoformé n'assure pas suffisamment l'asep sie, car on ne peut pas le serrer assez. M. Fritsch déconseill absolument les drains : ou bien ils tombent, ou bien ils empê chent la rétraction de la cavité ; et quelquefois, par ulcératio compressive ils provoquent des hémorrhagies, des fistules intes tinales.

Peu à peu, sous l'influence de la pression intra-abdominale les parois de la cavité s'accolent et ainsi a lieu la guérison On évite de la sorte des semaines et même des mois de ma ladie.

Cette simple incision vaginale est le meilleur procédé. Ell est préférable à l'incision para-sacrale, bien plus compliquée Dans tous les abcès incisés par M. Fritsch et où l'examen bactériologique a pu être fait, M. Pfannenstiel a trouvé l streptocoque.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 21 juillet 1891.

Présidence de M. Tarnier

Elections

M. le Dr **Millard** (de New-York) est élu correspondant étranger par 42 voix sur 51 votants, contre 5 à M. Babès (de Bucharest), 3 à M. Costomiris (d'Athènes) et 1 à M. d'Espine (de Genève).

M. Costomiris est également élu par 34 voix sur 50 vo tants, contre 9 à M. d'Espine et 7 à M. Babès.

Sels de strontiane.

M. Laborde. — Voy. *Mercredi*, p. 346.

M. A. Gautier. — Je ne critique pas les observations rap portées par M. Laborde; mais j'estime qu'il importe de faire remarquer qu'il s'agit de sels de strontiane absolument purs. Or on recommande aujourd'hui, et malheureusement deux professeurs des Facultés sont à la tête de ce mouvement, de déplâtrer les vins à l'aide de sulfate de strontiane, afin de pouvoir faire des vins de Bordeaux avec des vins du Midi,

Une telle pratique, avec la strontiane naturelle, ne peut qu'introduire dans les vins des doses éminemment toxiques de chlorure de baryum. C'est là un procédé contre lequel on ne saurait trop s'élever et que les expériences faites sur les sels de strontiane ne peuvent à aucun titre innocenter.

M. Laborde. — Je ne me suis placé qu'au point de vue de la thérapeutique expérimentale, mais j'ajoute que si l'on pouvait en arguer la nécessité de se servir pour le déplâtrage exclusivement des sels de strontiane purs, l'hygiène n'aurait qu'à y gagner.

La méthode sclérogène.

M. Léon Le Fort. — Je continue à revendiquer la priorité de la méthode du traitement de la tuberculose parce que si, je le crois, cette priorité m'appartient, elle appartient par cela même à la chirurgie française, tandis que si elle ne m'appartenait pas, elle reviendrait non à M. Lannelongue, mais à la chirurgie allemande.

De quoi s'agit-il? Si l'on a pratiqué depuis longtemps des injections dans les articulations et même des injections iodées dans les hydarthroses, on n'avait pas, que je sache, avant 1879 tenté d'agir directement sur les proliférations synoviales des arthrites fongueuses, en portant directement dans les tissus malades, au moyen de la seringue de Pravaz, un liquide modificateur. C'est là ce qui constitue essentiellement la méthode; la question du liquide employé, les explications théoriques des faits matériellement observés, ne sont que secondaires.

M. Lannelongue m'a fait trois objections : 1° « Je n'ai pas fait d'injection intra-articulaire, je les blâme au contraire. » Je répondrai que j'ai fait des injections non pas dans la cavité, mais dans les fongosités. Mais je ne me permets pas de blâmer les injections intra-articulaires qui ont donné de très bons résultats, avec l'huile iodoformée, à Bruns, Krause, Heusner, Trendelenburg. Bruns, Krause ont communiqué l'an dernier des mémoires importants au Congrès des chirurgiens allemands (Voy. *Mercredi*, 1890, p. 13 et 169). Trendelenburg a, comme M. Lannelongue, fait des injections dans les ganglions, dans le poumon. En septembre 1889, Wendelstadt avait publié 85 cas avec 36 guérisons, 37 améliorations et 12 insuccès. On n'est donc pas autorisé à blâmer les injections intra-articulaires et vous voyez que la méthode des injections pour détruire les bacilles de fongosités articulaires est publiée en Allemagne depuis 2 ans.

2° « Je ne fais pas, dit M. Lannelongue, d'injections interstitielles ». Notre collègue se trompe; car aux pages 30 et 31 du *Bulletin* il dit engager l'aiguille « dans la couche superficielle des fongosités ». C'est exactement ce que je fais et ces injections méritent à juste titre le nom d'interstitielles. Que M. Lannelongue en soit bien convaincu, car j'ai là-dessus mon expérience personnelle, s'il amène le lendemain même de l'injection le durcissement des fongosités, c'est que le sel de zinc les a atteintes et a amené leur sclérose.

D'ailleurs le fait d'enfoncer une aiguille d'un millimètre en plus ou en moins ne saurait suffire à constituer une méthode nouvelle; ce qu'il y a de nouveau, c'est l'idée des injections modificatrices des fongosités : l'idée et la mise en pratique m'appartiennent depuis 1879. Quant à la théorie, à l'application, au mécanisme de l'injection, et son action sur les bacilles, elles appartiennent exclusivement à M. Lannelongue et je les lui laisse complètement. Notre collègue appelle son traitement méthode sclérogène : si je n'ai pas employé le mot, j'ai recherché, obtenu et décrit la chose, ce qui est essentiel.

Je disais dans ma communication de 1879 : « Je me demandai si ce puissant modificateur (le sulfate de zinc), mis en contact direct avec les fongosités articulaires, n'aurait pas pour effet de les modifier profondément, et les contracter en quelque sorte, en y produisant une inflammation plastique dont le dernier effet serait la répression de ces fongosités. »

Dans l'observation je note : « 31 mai, les parties où l'injection a été faite sont profondément modifiées; le doigt constate la disparition de la mollesse ordinaire des fongosités et l'on sent profondément une résistance qui montre que les parties ont pris une consistance plus grande. — 5 juin, l'induration des fongosités se prononce de plus en plus. » Je crois que c'est bien là de la sclérose, une méthode sclérogène, et c'est sur ce durcissement des fongosités que j'appelle surtout l'attention de mes élèves.

La troisième partie de la réponse de M. Lannelongue est celle-ci : « Je n'ai pas employé le sulfate de zinc, mais le chlorure de zinc. » En cela je crois que M. Lannelongue a eu tort et je me permets de lui recommander le sulfate. Le chlorure de zinc expose à des escarres, c'est pour cela que je l'ai rejeté de suite et la lecture du travail de M. Lannelongue montre que la crainte des escarres est l'objet constant de ses préoccupations.

La substitution d'un sel de zinc à un autre, de même d'un sel de cuivre ou de fer à un sel de zinc ne saurait constituer une méthode nouvelle. Que dans un an, dans dix ans, un chirurgien vienne nous lire un mémoire sur le traitement des fongosités articulaires non plus avec le chlorure mais avec l'acétate de zinc, il n'est pas un de nous qui ne lui dise : Mais c'est la méthode de M. Lannelongue! Eh bien, la méthode de M. Lannelongue de 1891, qui fait l'injection articulaire sur la périphérie des fongosités même; celle de MM. Bruns, Krause de 1890 qui les font dans la cavité articulaire, quelles que soient les idées théoriques qui ont guidé ces chirurgiens, ne sont que de simples modifications de la méthode imaginée, mise en pratique et publiée par M. Léon Le Fort en 1879.

M. A. Guérin. — C'est avec une vive satisfaction que j'ai entendu M. Lannelongue parler de la possibilité de guérir la tuberculose par un traitement chirurgical. Comme lui, je cherche à modifier la vitalité des parties malades, mais c'est par un moyen très différent de l'injection d'un caustique ou au voisinage de l'articulation; par la compression élastique, je mets les parties molles dans un tel état de concentration, qu'elles ne reçoivent que la quantité de sang et de lymphe qui est indispensable à la vie. Je n'ai pas essayé le milieu de culture pour les bacilles dans des expériences sur les animaux, mais j'ai la conviction que les tissus comprimés ne conviennent pas à l'évolution des microbes.

Je n'oserais pourtant pas dire comme votre collègue qu'un seul moyen suffit pour tous les cas, et j'attache d'abord une grande importance au traitement médical, et je pourrais citer de nombreuses guérisons dues à cette manière de voir. M. Lannelongue transforme les tissus voisins de l'arthrite tuberculeuse par la cautérisation avec le chlorure de zinc; moi aussi, je n'ai pas manqué quelquefois d'appliquer, suivant les cas, des plaques nummulaires de feu avant de placer l'articulation malade dans l'ouate.

Mais où j'ai de la peine à m'expliquer l'efficacité du procédé de M. Lannelongue, c'est quand la tuberculose articulaire ne consiste qu'en des tubercules isolés dans la substance osseuse, de la tête du fémur, par exemple. Où déposer alors le caustique, puisque la membrane synoviale parait saine? Par quel mécanisme constituer le milieu dans lequel les bacilles ne peuvent ni vivre ni se multiplier? Faudra-t-il entourer l'articulation tout entière des tissus nouveaux que le chlorure de zinc est destiné à constituer et cautériser des parties saines?

Je comprends mieux l'efficacité de ma pratique, tant que les fongosités ne sont pas très développées. Par la compression élastique j'agis sur le membre tout entier; je n'ai pas besoin de préciser le point malade.

Il ne faut pas oublier non plus que la position imprimée aux membres joue un grand rôle dans le traitement de certaines arthrites tuberculeuses. En ce qui concerne la coxalgie en particulier, M. Lannelongue estime qu'il faut avoir recours à l'extension continue; il croit pouvoir soustraire ainsi tous les points de la cavité cotyloïde à la pression exercée par la tête du fémur.

Lors même que ce résultat serait obtenu, ce qui n'est pas démontré, il ne faudrait pas moins redouter les conséquences de la pression de la tête du fémur sur le rebord inférieur du cotyle et de la tension de la capsule qui est pressée et tendue sur la tête du fémur; de plus, cette moitié de la tête qui est au dehors du cotyle n'est-elle pas bien propre à craindre une luxation quand les ligaments auront été un peu compromis par la tuberculose? Par la compression élastique on obtient un résultat très différent, quand elle est faite avec intelligence. La tête du fémur seule est dans ses rapports normaux avec la cavité cotyloïde sans qu'il y ait pression nuisible en aucun point.

Ce que je pense de l'efficacité du traitement chirurgical

dans les cas d'arthrite et de fongosités tuberculeuses ne m'empêche pas, il est vrai, d'avoir également recours aux médicaments réputés microbicides et tout spécialement au plus efficace, le phosphate de chaux.

M. Lannelongue. — J'aurais été infiniment heureux d'apprendre que la méthode que je proposais avait déjà donné des résultats en d'autres mains que les miennes; mais dans tout ce qu'a dit il y a quinze jours et aujourd'hui M. Léon Le Fort, je ne vois rien de pareil.

En déclarant ne pas approuver les injections intra-articulaires, il va de soi que c'est des injections de chlorure de zinc seules que je voulais parler, car il y a longtemps que, comme tous les chirurgiens, j'ai fait des injections iodoformées et autres. Quant au sulfate de zinc, je ne saurais en parler, ne l'ayant jamais expérimenté.

En ce qui concerne les injections interstitielles, je reconnais en avoir fait, dans quelques cas, mais par erreur. Ma méthode ne consiste pas en effet à pratiquer de telles injections; ce n'est pas sur les tissus tuberculeux que je m'efforce d'agir, mais sur la zone qui les environne, afin d'obtenir la sclérose de ces tissus par le rétrécissement du calibre des vaisseaux qui les alimentent. C'est ainsi que j'en obtiens la sclérose, que j'établis cette muraille particulière autour des produits tuberculeux sur laquelle j'ai surtout insisté dans ma communication.

J'ajouterai que la méthode des injections interstitielles en général, et dans les tumeurs blanches en particulier, a été prônée chez nous dès 1875 par M. Luton, et cet auteur mentionne un travail publié à cet égard, en 1874, par Hueter, pour les tumeurs blanches; et en 1877, Hueter y revient, pour le genou en particulier, insistant sur les injections d'acide phénique à 3 0/0 dans l'articulation, dans les fongosités, dans l'os même. C'était donc bien antérieur à 1879. Mais tout cela, j'en fais des détails, et d'ailleurs je n'y réclame rien. Mon but, c'est d'élever au bacille une muraille scléreuse, et voilà pourquoi je n'ai pas voulu faire un historique complet des injections interstitielles, qui sont à la base de ma méthode.

M. Guérin m'a objecté que le début, sur lequel j'insiste tant, par les lésions osseuses, doit rendre ma méthode bien aléatoire: comment agir jusque dans l'os? Je lui répondrai que si le foyer osseux est initial, ce n'est cependant pas lui qui cause les dangers principaux. Le danger vient avant tout de l'extension progressive aux parties molles, aux ganglions, à l'économie entière; et quelquefois ces lésions consécutives sont d'une gravité extrême et, à l'autopsie, le foyer osseux est cicatrisé ou à peu près. Voilà pourquoi la tuberculose diaphysaire est si bénigne tandis que la tuberculose épiphysaire, avec le voisinage des jointures, est si grave. Le danger est dans les fongosités et c'est sur elles que j'agis.

M. Guérin me demande comment j'aborderai la hanche: je ne l'ai pas encore fait, mais je crois que c'est possible. Je lui répondrai enfin que comme lui je considère l'extension continue et la compression ouatée comme des méthodes de premier choix: depuis longtemps je les préconise et aujourd'hui je les associe aux injections.

Je dirai en terminant que je me garde bien de prétendre le chlorure de zinc supérieur à d'autres agents que je n'ai pas essayés, l'acide phénique de Hueter ou le sulfate de zinc de M. Le Fort. J'ai seulement dit que je l'ai expérimenté et que j'en ai été satisfait. Quant à ce que deviennent les bacilles, je le répète, l'avenir seul nous permettra de nous prononcer.

M. L. Le Fort. — Je vais consulter le livre de Hueter et si j'y trouve bien développée la méthode qu'a signalée M. Lannelongue, il va sans dire qu'à lui reviendra la priorité.

Hétéroplastie dermique des paupières

M. Panas. — Toutes les fois que la blépharoplastie à pédicule vivant est possible, elle mérite la préférence, mais quelquefois, à la suite de brûlures, lupus, syphilome, etc., il reste des pertes de substance impossibles à combler ainsi, en raison du tissu cicatriciel qui les entoure. La méthode italienne a alors des indications, bien prouvées par les beaux résultats de M. P. Berger, mais certains malades se refusent à l'immobilisation prolongée, fort pénible, du bras en attitude forcée. Alors la greffe d'un lambeau pris à distance offre des avantages sur lesquels M. Le Fort a eu le mérite d'insister. Cette méthode diffère de celle de Reverdin, de Thiersch en ce que le lambeau comprend le derme tout entier Certains auteurs ont cru mieux réussir en appliquant plusieurs lambeaux en mosaïque : le résultat est moins beau et en tout cas, il est impossible de reconstituer ainsi une paupière entièrement atteinte. M. Panas présente 6 malades auxquels il a fait avec plein succès la transplantation de lambeaux pris à l'avant-bras ou au bras.

Un des points principaux est d'aseptiser avec grand soin la peau de la face et celle du bras et de l'avant-bras. Cela fait, et la malade endormie, on dissèque les paupières ectropionnées et on fait la blépharorrhaphie par la méthode de Mirault (d'Angers). Après quoi, il reste une ou deux pertes de substance à combler. La meilleure peau est fournie par la région sus-épithrochléenne du bras, puis vient la face interne de l'avant-bras. Le lambeau doit, à cause de la rétraction, être taillé d'un tiers plus grand que la plaie. On le prend en entamant le moins posssible le tissu graisseux sous-cutané, puis on dégraisse aux ciseaux sa face profonde et enfin on l'applique sur la surface cruentée; où tout écoulement sanguin a été bien arrêté par la forcipressure et des lavages à l'eau salée ou à la cocaïne. Il faut ensuite suturer le lambeau à la soie fine aseptique, en prodiguant les points de suture. Au total, l'opération est très longue; elle dure jusqu'à 2 et 3 heures. Pansement à la gaze iodoformée ou salolée et compression ouatée modérée. Ce pansement reste en place 5 ou 6 jours; à ce moment le succès de la greffe est assuré, et on peut s'en tenir à l'application d'une couche de gaze iodoformée maintenue par du collodion. Il faut, en effet, éviter autant que possible la compression.

Après avoir posé ces règles, M. Panas relate ses observations, d'autant plus intéressantes, que deux des malades avaient déjà subi sans succès diverses opérations plastiques. Chez ces malades, au bout de plusieurs mois la forme restaurée s'est maintenue et les lambeaux, restés souples, ont gardé toute leur vitalité. La blépharrorrhaphie n'est détruite qu'au bout de plusieurs mois. Un de ces faits est particulièrement intéressant, car M. Panas a réussi à rendre apte à porter une coque un orbite atteint de double symblépharon total.

M. Le Fort insiste surtout sur cette dernière observation. A la suite d'entretiens avec M. Panas, il a traité ainsi un symblépharon et a eu un bon succès.

Sarcome du frontal.

M. Ricard présente une malade qu'il a opéré d'un sarcome de l'os frontal. Après l'ablation de l'os malade la perte de substance fut comblée séance tenante par l'application d'un os iliaque de chien, et d'une rondelle de l'épiphyse inférieure du fémur du même chien. La réunion immédiate fut d'emblée parfaite et aujourd'hui, 3 mois 1/2 après l'opération, la solidité de la greffe est parfaite; il est à noter qu'à aucun moment il n'y a eu ni réaction ni douleurs. L'auteur insiste sur la nécessité d'une asepsie parfaite de la greffe osseuse.

Tuberculose pulmonaire et inhalations d'air ozonisé.

MM. Donatien Labbé et Oudin. — Après nous être assurés de l'innocuité absolue des inhalations d'ozone, et après avoir utilisé les propriétés comburantes de cet agent chez un grand nombre d'anémiques, nous avons appliqué les inhalations d'air ozonisé à la thérapeutique de la tuberculose pulmonaire. Les expériences ont été faites sur de nombreux malades pendant ces 3 dernières années, tant en ville que dans le service de M. Desnos à la Charité. Sur 38 tuberculeux (7 au 1er degré, 23 au 2e et 8 au 3e) on peut considérer comme guéris, ne suivant plus aucun traitement et ne toussant plus depuis plus d'un an: 7 malades au 1er degré, 6 au 2e. Ont été très améliorés: 16 malades au 2e degré et 3 au 3e. Les 19 malades de cette seconde catégorie présentent encore des signes sthétoscopiques très atténués, mais leur état général est parfait et ils se considèrent comme guéris. Enfin, sur les 38 tuberculeux auxquels ce nouveau traitement a été appliqué, 6 seulement ont succombé, mais ils étaient déjà arrivés, avant tout traitement, à un état de cachexie avancée. (Commission: MM. Hérard et Villemin.)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 15 *juillet* 1891.

Présidence de M. Terrier

Kystes dermoïdes du plancher buccal.

M. Heurtaux (de Nantes) envoie deux observations de kystes dermoïdes du plancher buccal adhérents au squelette et enlevés avec succès par la voie buccale. C'est la méthode de choix dans tous les cas, pourvu qu'on n'emploie que l'instrument tranchant et qu'on enlève bien toute la poche.

Tarsectomie pour pied-bot.

M. Kirmisson lit un rapport sur deux observations où **M. Boursier** (de Bordeaux) a pratiqué l'extirpation de l'astragale pour pied-bot varus équin invétéré, l'un paralytique, chez un homme de 25 ans, l'autre congénital et bilatéral. Ce dernier enfant, âgé de 7 ans, a été opéré en deux séances, à quelques mois d'intervalle, la première opération ayant été suivie d'accidents septiques très graves, avec fusées purulentes jusque dans la jambe; et il est à remarquer que le premier malade avait eu des accidents graves; que le second pied du second malade a guéri vite, mais a un peu suppuré. Sur ces trois pieds, le plan opératoire a été le même. Après ténotomie du tendon d'Achille et de l'aponévrose plantaire interne, comme la difformité n'était pas corrigée, M. Boursier enleva l'astragale, par incision externe se recourbant sous la malléole. Les résultats fonctionnels sont bons (et dans un cas, cela date de 1886), et l'équinisme est bien corrigé, mais il reste un peu d'enroulement du bord interne du pied. Aussi bien, pense M. Kirmisson, l'ablation de l'astragale ne peut pas grand'chose contre cet élément de la difformité; et dès lors, quand on s'attaque au squelette, l'opération de choix doit être une résection cunéiforme, calcanéo-cuboïdienne. D'ailleurs, les indications à la tarsectomie sont rares, chez l'enfant au moins, et M. Kirmisson continue à être partisan de l'opération de Phelps et il met en parallèle avec le cas de M. Boursier une fillette de 8 ans qu'il a traitée ainsi et qu'il présente à la Société. Le résultat plastique et fonctionnel est excellent.

M. Tillaux. — L'opération de Phelps doit convenir surtout aux varus directs sans équinisme.

M. Kirmisson. — Dans le cas que je présente il y avait équinisme très marqué.

Laparotomie pour plaies du foie.

M. Terrier lit un rapport de deux observations communiquées par **M. Broca** (voy. p. 361). Il constate que l'on peut, par le tamponnement ou la suture, arrêter une hémorrhagie hépatique et que dès lors M. Broca a absolument raison de préconiser la laparotomie d'urgence dans ces cas; il pense également qu'il faut inciser sur la ligne médiane, puis désinfecter la plaie accidentelle.

M. Pozzi ayant cité à ce propos le cas qu'il a communiqué en 1889 au Congrès de chirurgie et où, après extirpation d'un kyste hydatique intra-hépatique, le parenchyme hépatique saignant fut suturé, **M. Championnière** déclare qu'il n'y a aucune parité à établir entre ce fait et celui de M. Broca; les sutures du foie après opérations pour kyste hydatique ne sont certes pas rares; dès 1885 il y recourait, en commun avec M. Terrier, et il croit que beaucoup d'autres chirurgiens l'ont fait. Parmi ceux-là se range, par exemple, **M. Reclus**, qui lui aussi trouve essentiellement différent d'aller par une laparotomie chercher une plaie accidentelle du foie ou d'assurer, au cours d'une opération, l'hémostase de vaisseaux qu'on vient d'ouvrir sous ses yeux. **M. Pozzi** en en tombe d'accord et ne donne pas à sa remarque toute cette portée. Les faits de M. Broca ont en thérapeutique chirurgicale une signification spéciale, mais, quelle que soit la cause pour laquelle on fait une suture du foie, la physiologie pathologique reste la même.

M. Terrier. — Dans un travail complet publié par Edler en 1886 il n'y a pas une seule observation de laparotomie pour plaie du foie, et l'auteur ne formule pas nettement cette indication thérapeutique. Ce n'est donc pas là une question banale. J'ai seulement désiré établir une sorte d'équation : plaie du foie soupçonnée, laparotomie exploratrice, pour la mettre en parallèle avec l'équation semblable établie pour les plaies soupçonnées de l'intestin.

Anévrysme artério-veineux du sinus caverneux.

M. Dieu (Versailles) présente à cet égard un malade typique. C'est un sous-officier qui reçut à l'œil droit, sans plaie apparente, un coup de fleuret à la suite duquel il eut presque immédiatement un œdème considérable, de la céphalalgie, des vomissements; le lendemain, vaste ecchymose oculaire et péri-orbitaire, cessation des vomissements; le surlendemain, le blessé percevait un sifflement et bientôt ce symptôme subsista seul. Un mois après, au milieu d'un effort pour souffler dans un tube, sensation de rupture profonde et à partir de ce moment débuta une exophthalmie que M. Dieu constata le 10 janvier, avec chémosis et pulsations du globe, pulsations diminuant mais ne cessant pas par la compression de la carotide; souffle continu intermittent, acuité visuelle, 3/4; le fond de l'œil présente de la stase veineuse. Le blessé entend un bruit de piaulement. M. Tillaux conseille à ce moment d'essayer la compression digitale et dix séances furent faites en 10 jours, sans autre résultat que d'amener chaque fois une crise d'amaurose. De mars à mai, le malade resta en congé. Aujourd'hui, il est amélioré; le souffle est moindre et le seul trouble fonctionnel est la diminution de l'acuité visuelle (1/4); il y a un thrill très net. Le diagnostic d'anévrysme artério-veineux du sinus caverneux semble ici d'une grande netteté. Cela étant, faut-il agir chirurgicalement? A cet égard, d'après la statistique récente de Le Fort, la ligature de la carotide primitive semble le procédé de choix. Mais on se demande, avec tout ce que nous savons sur l'anévrysme artério-veineux en général, par quel mécanisme peut agir cette ligature artérielle à distance; et il est à remarquer que la statistique de Le Fort s'applique à l'exophthalmie pulsatile, sans essai de diagnostic entre les diverses variétés anatomiques qui constituent ce syndrome. D'après M. Dieu, il faut n'intervenir que quand il y a des accidents sérieux; d'autant mieux que la guérison spontanée est peut-être possible.

M. Périer. — Je l'ai en effet constatée chez une fillette qui, à la suite d'une chute sur l'occipital, présenta le souffle caractéristique, sans exophthalmie il est vrai.

M. De Lens. — Le malade de M. Dieu est un type clinique de l'anévrysme artério-veineux du sinus caverneux. Dans l'histoire de cette lésion, un des points les plus frappants est notre ignorance sur son évolution spontanée; nous ne savons même pas si par elle-même elle peut entraîner la mort. Aussi, quoique la ligature de la carotide dans ces cas ne soit pas grave, convient-il de n'en user qu'avec réserves, d'autant plus que son efficacité n'est pas toujours grande. Dans le cas actuel, vu l'amélioration, il faut s'abstenir.

M. Tillaux, après avoir rappelé l'innocuité relative des anévrysmes artério-veineux, se déclare heureux de voir que ses collègues sont, comme lui, partisans de l'abstention chez ce malade.

Arthrectomie du genou.

M. Richelot présente une malade à laquelle, dans son service, M. Morestain a fait l'arthrectomie du genou, avec réunion immédiate. Au bout de deux mois la malade marchait sans appareil de prothèse, sans boiter et sans faucher.

A. Broca.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 17 *juillet.*

Présidence de M. E. Labbé

Sur un cas de diathèse hémorrhagique.

M. Hayem. — J'avais dernièrement dans mon service une jeune femme de 22 ans, lingère de profession, qui, depuis l'âge de 7 ou 8 ans, souffrait d'hémorrhagies très fréquentes et dont le père dans sa jeunesse avait eu des hémorrhagies assez répétées. Ma malade commença par avoir des

épistaxis abondantes et fréquentes. Vers l'âge de 15 ans, son état parut s'améliorer; mais à l'âge de 18 ans, au moment des premières règles et surtout depuis les premiers rapports sexuels, elle eut des hémorrhagies. Ses règles étaient souvent précédées pendant quelques jours d'une attaque de purpura, avec des phénomènes dyspeptiques assez marqués. Cette malade n'est ni hystérique, ni alcoolique.

Quand je l'ai vue, elle était dans un profond état d'anémie. M. Hallion, mon interne, vit, par l'examen du sang, qu'il s'agissait de ce que j'ai appelé une anémie au troisième degré, caractérisée par une diminution notable des globules rouges, sans augmentation des globules blancs et une grande rareté d'hématoblastes qui sont hypertrophiés (60,000 hématoblastes par millimètre cube, au lieu de 200,000 chiffre normal). Le nombre des globules rouges était de 2,015,000, dont le pouvoir colorant équivalait seulement à celui de 1,568,000 globules sains Le nombre des globules blancs était normal.

La coagulation du sang se faisait en six minutes, temps normal, mais le caillot se rétractait à peine, donnait très peu de sérum, ce qui n'est pas habituel aux anémies du troisième degré. Sur les préparations séchées on trouvait beaucoup de globules nains; il n'y avait pas de globules à noyau.

L'altération est-elle la cause, ou l'effet des hémorrhagies?

Chez un jeune homme de 18 ans, ayant des hémorrhagies fréquentes, j'ai examiné le sang, à un moment où il perdait un peu de sang, et n'était pas encore anémique; j'ai trouvé exactement la même altération du sang; coagulation normale avec caillot mou, peu rétractile, peu d'hématoblastes.

Comme il n'était pas anémique, le chiffre des globules rouge était élevé. Les lésions étaient donc indépendantes des hémorrhagies; elles devaient être leur cause plutôt que leur conséquence.

Je ne crois pas que dans ces deux observations, il s'agissait d'hémophilie vraie, car dans cette dernière maladie, les caractères du sang sont exactement inverses : retard énorme de la coagulation, avec formation d'un caillot rétractile et sans aucune altération des éléments cellulaires.

Il y a donc deux types à établir dans les diathèses à hémorrhagies fréquentes :

1° L'hémophilie caractérisée sans doute par une altération chimique inconnue du sang, sans modification des éléments cellulaires ;

2° La maladie hémorrhagique que je viens de décrire caractérisée par une altération morphologique des éléments cellulaires. Par suite du petit nombre des hématoblastes, la coagulation se fait mal, et les hémorrhagies s'arrêtent très difficilement.

La vulvo-vaginite des petites filles.

M. Comby. — La vulvo-vaginite des petites filles est très répandue dans les classes pauvres, elle peut prêter à des erreurs judiciaires regrettables, il est très important d'être fixé sur sa nature et son origine.

De nombreux travaux ont été publiés sur la question; il faut citer, parmi les plus récents, Parrot (1881), qui a étudié la vulvite aphteuse; R. Pott (1882), Widmark (1885), Cséri, Israël, qui assimilent la vulvite infantile à la blennorrhagie. D'autres auteurs ont rencontré le gonocoque dans le pus, mais Vibert et Bordes (1890) refusent toute spécificité à ce microorganisme. Cependant les exemples de transmission de la vulvite d'une mère à sa fille, ou d'une fille à une autre ne manquent pas. La contagiosité de la vulvo-vaginite des petites filles est démontrée, sa nature blennorrhagique ne l'est pas.

On peut voir une accouchée atteinte, pendant la grossesse, d'un écoulement non blennorrhagique, transmettre à son enfant nouveau-né une ophthalmie plus ou moins grave. La même femme, couchant avec sa fille, ou se servant d'objets de toilette communs, lui transmettra une vulvo-vaginite. La contagion peut se faire, non seulement par les linges, éponges, etc., mais encore par l'eau d'un bain (Suchard).

J'ai observé, dans ces dernières années, plus de 150 cas de vulvite et vulvo-vaginite chez les petites filles. Je relève 20 cas de 13 mois à 2 ans, 48 cas de 2 à 5 ans, 36 de 5 à 10 ans, 46 de 10 à 13 ans. Les causes mécaniques ou irritations invoquées par plusieurs auteurs (onanisme, oxyures vermiculaires, défloration) n'agissent que très rarement.

On peut voir la vulvite survenir dans le cours ou à la suite d'une fièvre éruptive (rougeole, varicelle, scarlatine, fièvre typhoïde). Elle peut aussi provenir de l'eczéma, de l'impetigo, de l'herpès vulvaire.

Mais, généralement, c'est la contagion qui lui donne naissance, et cette contagion, il faut bien le dire, n'a rien de vénérien. Ce n'est que très exceptionnellement qu'on rencontre la blennorrhagie et l'attentat à la pudeur à l'origine de la vulvite infantile.

Au point de vue de l'évolution, il faut distinguer une forme aiguë de courte durée et une forme chronique interminable, présentant de nombreuses rémissions et de nombreuses recrudescences.

La vulvite simple guérit assez vite, elle est plus tenace quand elle s'accompagne de vaginite.

Somme toute, la maladie est bénigne, elle guérit tôt ou tard, sans présenter de complications sérieuses.

Le traitement prophylactique consiste à éviter les contacts d'une femme leucorrhéique avec des fillettes de tout âge (pas de lit commun, pas d'objets de toilette communs). Dans les pensions, dispensaires, on ne se servira pas de piscines communes à plusieurs fillettes, à moins d'être absolument sûr qu'aucune n'est atteinte de vulvite. Le traitement doit être antiseptique. S'il n'y a que de la vulvite, des lotions bi ou tri-quotidiennes avec du sublimé (1 pour 2000), de l'acide borique (4 pour 100), suivies d'un poudrage au salol, peuvent suffire. On y joindra des bains sulfureux 3 ou 4 fois par semaine. Si la vulvite est compliquée de vaginite, il faut porter les topiques dans le vagin lui-même. Pour cela je me sers de crayons ou bougies de 2 à 3 millimètres de diamètre, composés de beurre de cacao (1 gramme) et de salol (10 centigrammes), que j'introduis dans le vagin à travers le détroit hyménial. Suivant le plus ou moins d'intensité de la vaginite, on introduira un crayon tous les jours, tous les deux jours ou tous les trois jours. On abrégera ainsi la durée de la maladie.

M. Chantemesse. — La communication de M. Comby établit que si la vulvo-vaginite des petites filles est rarement vénérienne, elle est toujours contagieuse, suivant des procédés de contamination très divers, et j'ajoute qu'elle est presque toujours de nature blennorrhagique comme l'ont montré les expériences directes de Dupré.

Si donc, la présence du gonocoque dans le pus de l'écoulement n'a pas de valeur diagnostique au point de vue de la médecine légale, elle en a une grande en ce qui concerne la spécificité.

Dans ces derniers temps, des auteurs ont paru mettre en doute la spécificité du microbe de Neisser, parce qu'on avait trouvé ce germe dans des écoulements uréthraux qui n'étaient pas d'origine vénérienne; les faits de M. Comby nous montrent ce qu'il faut penser de cet argument; et parce qu'il existait dans des suintements éphémères et sans gravité. Le second argument n'a pas plus de valeur que le premier; le gonocoque présente des variations de virulence comme tous les autres microbes pathogènes. Il est certain que la blennorrhagie, pas plus que la syphilis, n'a pas toujours une origine vénérienne, au sens étroit du mot.

J'ai observé le fait suivant : un étranger, de bonne santé habituelle, avait eu la blennorrhagie il y a quatre ans et s'était complètement guéri. Depuis cette époque, il s'était marié, avait une femme et des enfants bien portants. Arrivé à Paris, après avoir échappé à toute cause de contamination depuis plusieurs semaines, il se rendit dans une maison de prostitution et, par prudence, pratiqua le coït « ab ore ».

Six jours après, il présentait un léger écoulement purulent qui tachait le linge en vert. La douleur à la miction était très minime. Le pus renfermait, à l'état de pureté, des gonocoques reconnaissables à tous leurs caractères. Ces gonocoques se voyaient dans les microphages, mais les leucocytes qui les renfermaient étaient en très petit nombre relativement à la quantité des globules blancs indemnes.

Le malade a guéri en cinq ou six jours à l'aide d'injections de résorcine.

On peut objecter qu'il y a eu dans ce fait un simple réveil de la blennorrhagie qui paraissait éteinte depuis quatre ans, cependant les circonstances cliniques sont peu en faveur de cette hypothèse, et je penche vers l'opinion d'une contamination nouvelle d'origine anormale. On sait aujourd'hui, contrairement à l'opinion de Bumm, que le gonocoque de Neisser peut vivre ailleurs que sur l'épithélium cylindrique, Dinkler

et Menge ont plusieurs fois trouvé ce microbe dans le pus d'arthrites blennorrhagiques ; on a vu que les cultures pouvaient s'implanter dans le péritoine de certains animaux. Les faits récents de Dohrn sont plus démonstratifs encore en ce qui concerne la propagation de la blennorrhagie par la voie buccale. Dans la bouche de nouveau-nés, issus de mères atteintes de blennorrhagie, ce savant a observé des plaques érodées, couvertes d'enduit grisâtre, qui siégeaient sur le bord alvéolaire, sur la face dorsale de la langue et sur le voile du palais ; cette variété de stomatite ulcéro-membraneuse a duré plusieurs semaines ; elle était provoquée par des gonocoques infiltrés dans la muqueuse et reconnaissables par les procédés ordinaires de coloration et de culture.

M. Rendu. — Je crois qu'on réunit sous la même étiquette des faits multiples qui ne sont pas de même nature. Je crois que la vulvo-vaginite des petites filles comprend plusieurs espèces morbides différentes. Il y en a qui sont dues au gonocoque, mais il y en a certainement d'autres qui sont dues à d'autres causes. Une petite fille qui a une tourniole peut, par exemple, par des attouchements s'inoculer une vulvo-vaginite non blennorrhagique. En ville, on voit apparaître la leucorrhée chez des enfants fatiguées ; cette leucorrhée disparaît à la mer, pour revenir à la ville ; et certainement elle n'est pas contagieuse.

Pour qu'une fillette prenne de la leucorrhée, il n'est pas indifférent qu'elle soit ou non scrofuleuse. Dans l'étiologie de ces accidents, comme dans l'étiologie de la teigne faveuse, il y a donc lieu de tenir compte du terrain. Je crois, pour mon compte, qu'il y a une infinité de microbes qui peuvent produire la leucorrhée.

M. Comby. — J'ai pour objectif principal la vulvo-vaginite contagieuse, que j'observe très fréquemment, et j'ai voulu insister sur le mode de propagation de cette variété que je crois la plus importante de toutes. Je crois donc que la plupart des vulvo-vaginites infantiles, mais non pas toutes, résultent d'une contagion. Il y a évidemment des vulvo-vaginites que l'on peut considérer comme de simples localisations d'un processus éruptif (varicelle, impétigo, eczéma, etc.).

Traitement de la coqueluche par les vapeurs d'iodoforme.

M. Chantemesse, au nom de **M. Chibret** (de Clermont-Ferrand), communique une note où l'auteur déclare arrêter rapidement les quintes de coqueluche chez les enfants en saupoudrant leur oreiller de poudre d'iodoforme. M. Chibret tient à prendre date, en attendant la communication prochaine d'un mémoire plus étendu.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 11 *juillet* 1891.

Présidence de M. Malassez

Cathétérisme des uretères.

M. Poirier. — Je voudrais rappeler, à propos de la communication faite par M. Albarran dans la dernière séance, que j'ai pratiqué moi-même cette exploration en 1889, ainsi qu'en témoigne une note présentée en mon nom par M. Sappey, à l'Académie des sciences. J'insistais déjà sur la possibilité d'utiliser cette méthode pour le diagnostic et le traitement des affections de l'appareil urinaire. Il est vrai que M. Albarran parle de cathétérisme *permanent*. Si le mot n'est pas dans ma note, il est certain que la méthode n'est pas nouvelle, et à l'étranger cette forme du cathétérisme des uretères a été mise en usage par divers opérateurs, en particulier par Socin. J'ai moi-même, en juillet 1890, à l'hôpital Beaujon, au cours d'une restauration d'une exstrophie vésicale et dans le but d'écarter l'urine du champ opératoire, introduit à demeure dans les uretères des sondes en gomme ordinaire aseptiques, qui sortaient par l'urèthre : j'ai employé les numéros 9 et 14, le calibre des uretères étant assez différent. Une des sondes après un séjour de 30 heures fut éliminée grâce à un accès de colique néphrétique.

Angiomes du foie.

M. Pilliet. — On sait que la fonction hématopoiétique est démontrée chez le fœtus par l'existence de groupes cellulaires particuliers, rappelant l'aspect des éléments figurés de la moelle des os. Ces formations disparaissent après la naissance, et l'on n'en retrouve pas trace chez l'adulte. Il semble cependant que certains vestiges de ces organes pourraient être appelés à jouer un rôle dans la pathologie infantile. Von Jaksch, et plus récemment M. Luzet dans un travail très important, ont décrit une anémie infantile pseudo-leucémique qui serait peut-être en relation avec une évolution anormale de ces parties.

J'ai cherché si l'on pourrait invoquer des éléments semblables comme départ des angiomes du foie. Ces tumeurs se rencontrent à tout âge, chez des sujets jeunes et dans l'extrême vieillesse. Dans les cinq premiers cas que j'ai examinés, il était impossible de rien voir en dehors de ce qu'on a décrit comme disposition habituelle des angiomes ; et dans ces cas, on ne pouvait guère invoquer qu'un des mécanismes pathogéniques si divers qui ont été, tour à tour, mis en avant par les différents auteurs. Dans un sixième cas, j'ai observé des aspects particuliers. Il existait dans les cloisons des cellules géantes rappelant les éléments hématopoiétiques ou hématoblastiques, et qui pourraient bien se rattacher aux vestiges des formations dont j'ai parlé chez l'embryon. Certaines cellules contenaient au centre un noyau volumineux et tout autour des noyaux plus petits disséminés. Les rapports de ces parties avec un angiome, l'apparition d'éléments à forme d'hématies vraies dans quelques-uns des espaces qui leur correspondent me semblent de nature à éclairer le mode de développement de ces tumeurs.

Je me suis bien trouvé de traiter les pièces par le liquide de Müller et de colorer à l'éosine. L'emploi de l'éosine-hématoxylique de Renaut avec conservation dans la glycérine, donne de bonnes préparations.

Influence du travail musculaire sur l'élimination de la créatine.

M. Moitessier. — L'accélération des combustions sous l'influence du travail musculaire est un fait bien connu, dont la notion éclaire la physiologie de la fatigue et du surmenage. J'ai tenté d'établir le coefficient de désassimilation en ce qui concerne la production et l'élimination de créatine. Ayant pu observer dans de bonnes conditions de précision, j'ai constaté que l'élimination de créatine est notablement augmentée pendant la phase d'activité musculaire et pendant les heures qui la suivent.

Infections combinées, et produits empêchants.

MM. Charrin et Guignard. — On sait que certaines infections peuvent gêner ou arrêter l'évolution d'une infection antérieure donnée. M. Bouchard a émis, dès longtemps, l'opinion qu'il s'agit d'une action empêchante due aux poisons solubles de l'infection seconde. Par exemple, l'inoculation du bacille pyocyanique peut arrêter l'évolution de la maladie charbonneuse. Or, nous avons cherché à dissocier l'action des produits volatils solubles dans l'alcool, l'éther, etc. Nous avons trouvé que la valeur empêchante des produits volatils étant représentée par 1, celle des produits solubles dans l'alcool correspondait à 8. La différence de toxicité est donc considérable.

Séance du 18 *juillet* 1891.

Parasites du ver blanc.

M. Giard. — J'ai poursuivi mes recherches sur ce parasite afin de préciser la place qu'il occupe dans le genre *Isaria* et d'en déterminer les caractères biologiques. J'ai pu fixer quelques-uns des caractères de la matière colorante que développent ses cultures sur certains milieux. J'ai noté en outre la grande viabilité de ce parasite. Des cultures riches en spores étaient encore virulentes après un an et plus et il a suffi de les transporter sur un milieu frais pour obtenir un très riche développement. La facilité à produire en grand des cultures de ce parasite me fait penser qu'on pourra industriellement attaquer par ce moyen les vers blancs en répandant des cultures vivaces à la surface des terrains au moment où les vers s'approchent de la surface.

Vaccination contre la fièvre jaune.

M. Domingos Freire (de Rio-de-Janeiro). — J'ai poursuivi depuis de longues années mes tentatives de vaccination avec des cultures atténuées du bacille que j'ai décrit et considéré comme l'organisme pathogène de la fièvre jaune. Dans un grand nombre de cas, la vaccination s'est montrée efficace. Des modifications souvent frappantes se reproduisaient chez les vaccinés, et même, avec certaines cultures plus actives, on observait un ensemble de symptômes qui pouvait en imposer pour une fièvre jaune complète spontanée. J'ai vu souvent se produire des réactions au point inoculé. Ces faits établissent la spécificité du bacille que j'ai décrit et la valeur vaccinante de ses cultures dans certaines conditions données. Le nombre des vaccinations pratiquées jusqu'ici s'élève à 10,891. Chez les vaccinés, la réceptivité pour la fièvre jaune contagieuse et épidémique s'est trouvée considérablement atténuée.

Anatomie et physiologie des uretères.

M. Poirier. — J'ai fait 200 injections des uretères et j'ai pu constater un certain nombre de particularités, les variations du calibre, la faible dilatabilité, la duplicité (dans 8 cas).

J'ai fait au cours de ces recherches une constatation que je mentionnerai sous toutes réserves. A plusieurs reprises, pendant l'injection, on voyait la masse à injection s'échapper par la veine rénale, quoique l'opération fût faite sans déployer aucune violence. J'avais cru d'abord avoir forcé le filtre altéré par la putréfaction. Mais j'ai pu constater le même fait sur un cadavre mis à ma disposition en parfait état de conservation, 24 heures après la mort et en hiver.

Avec la collaboration de M. Gley j'ai pu poursuivre ces recherches sur un chien vivant chloroformisé. On poussa sans violence par l'uretère 1, puis 2, puis 3 seringues d'eau tiède à 10 centim. cubes. On vit le rein augmenter un peu de volume, puis le liquide injecté s'échappa par la veine rénale. Ces faits sont si étranges, que je constate sans rien expliquer. Mais il me paraît qu'on peut, en tout état de cause, en tirer quelques déductions intéressantes. Lorsqu'un calcul oblitère l'uretère, l'accumulation de l'urine au-dessus de l'obstacle peut développer une tension susceptible d'entraîner le passage de l'urine dans la veine rénale et les accidents d'urinémie. D'autre part, quand on voudra faire une injection médicamenteuse dans l'uretère et le bassinet, il faudra procéder avec une grande douceur : on a vu dans ces cas une manœuvre un peu brusque développer une vive douleur, et j'ai montré plus haut par quel mécanisme des accidents pourraient s'ensuivre.

Mammite contagieuse des vaches.

M. Nocard. — J'ai montré qu'il existait chez la vache une infection des voies lactifères due à un microbe spécial. Ce microbe a pu être inoculé à une chèvre laitière : on vit se développer dans la mamelle infectée les noyaux indurés spéciaux marquant les foyers de prolifération maxima des germes. De plus, à la cessation de la lactation, les noyaux disparurent et la glande parut s'atrophier. Mais l'année suivante, lorsqu'une nouvelle lactation s'établit, on vit reparaître les noyaux, la pousse du microbe se fit à nouveau avec une grande activité.

J'ai voulu savoir si cette persistance d'une infection mammaire exigeait des conditions anatomiques spéciales, et pour cela, j'ai fait une injection dans le sinus galactophore avec une culture charbonneuse virulente en ayant soin de ne pas léser les conduits. La chèvre sécréta un instant du lait très virulent, puis, comme elle n'était pas vaccinée, elle succomba au charbon. J'ai repris l'expérience sur une chèvre antérieurement vaccinée. Depuis un mois la mamelle infectée sécrète un lait dont l'aspect est tout à fait satisfaisant et semblable au produit de l'autre mamelle, mais qui contient de nombreuses bactéridies et se montre très virulent. Il est à peine besoin d'insister sur les conclusions qui s'en dégagent au point de vue de l'infectiosité du lait en général.

Diphthérie œsophagienne du pigeon.

M. Mégnin signale chez le pigeon une forme de diphthérie œsophagienne qui paraît particulière à cette espèce, qui reste dissimulée, latente chez les adultes et compatible avec une santé en apparence florissante et qu'ils communiquent à leurs petits en les gavant; chez ces derniers elle a une marche rapide constamment mortelle. Ainsi s'explique ce fait qu'observent fréquemment les éleveurs de pigeons, de couples en apparence forts et robustes qui perdent invariablement tous leurs petits en bas âge.

M. Blanchard présente à la Société quelques spécimens de parasites rares de l'homme : un exemple de douve hépatique (c'est le 21e cas connu). Un cas de distoma sinense, un fragment de tænia madagascariensis (le 3e cas décrit) qui paraît venir en réalité de Mayotte et qu'avait déjà décrit Davaine.

MM. Albarran et Lluria font une communication complémentaire sur le cathétérisme permanent des uretères.

MM. Arthaud et Magon relatent quelques nouveaux faits concernant les suites de la thyroïdectomie.

M. Gley dépose un travail de M. E. du Val ayant trait à l'action antitoxique du foie sur la cocaïne.

ÉTRANGER

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE KŒNIGSBERG

Mesure de l'amplitude du pouls.

M. Langendorff présente un instrument propre à mesurer l'amplitude des pulsations artérielles et le volume de l'ondée sanguine. L'avant-bras est placé dans un appareil analogue à celui employé pour la mensuration des changements de volume des muscles, rempli d'eau de toutes parts, et fermé aux deux extrémités par de fines membranes en caoutchouc. Les modifications les plus légères se transmettent aux deux membranes et de là à une petite colonne d'eau qui les amplifie. Enfin les variations sont inscrites sur un tambour enregistreur.

Traumatismes cérébraux.

M. Seydel rapporte d'abord deux cas de traumatismes cérébraux intéressants au point de vue médico-légal.

Il s'agissait dans le premier cas d'un jeune cocher qui avait été précipité de son siège et trouvé mort sur la route, la tête ayant porté sur une des pierres du chemin. On voyait une plaie béante, large, située dans la région occipitale et laissant les os à nu. Cependant on ne constatait aucune fracture ni du crâne, ni de la colonne vertébrale. On ne pouvait trouver comme lésion qu'une déchirure du trousseau fibreux qui unit l'atlas à l'occipital ainsi que de la dure-mère à ce niveau. Il en était résulté une hémorrhagie qui avait immédiatement causé la mort par compression du bulbe.

Dans le deuxième cas, il s'agissait d'un enfant qui fut atteint en jouant par l'extrémité d'une longue perche de bois qui pénétra au-dessous de la base du crâne en passant par la partie supérieure du cou. La mort immédiate s'ensuivit. Les lésions locales paraissaient minimes; il n'y avait pas de fracture du crâne, mais cependant le cerveau était entouré d'une quantité considérable de sang, due à une rupture de la sylvienne.

Dans un troisième cas, rapporté par l'auteur, de blessure par arme à feu, il s'agissait d'un homme qui, chargé dans un tir d'annoncer les coups, avait imprudemment avancé la tête hors de l'abri et avait été atteint d'une balle à la région temporale. La balle n'avait pas pénétré, mais elle avait déprimé la région et de là partaient des fissures dont l'une atteignait le sillon de l'artère méningée moyenne. Celle-ci rompue avait donné lieu à une hémorrhagie considérable qui avait déterminé la mort par compression.

Le dernier cas concerne un individu qui s'était tiré dans la poitrine plusieurs balles de pistolet. Le péricarde, la plèvre étaient pleins de sang, le cœur présentait une rupture presque totale de toute l'oreillette gauche et de tout le ventri-

cule. L'étendue de cette déchirure ne peut s'expliquer que par l'état de violente contraction du muscle cardiaque pendant l'accident et à la pression intra-cavitaire.

SOCIÉTÉ LARYNGOLOGIQUE DE BERLIN

Séance du 26 juin 1891

Sarcome des fosses nasales.

M. Katzenstein présente un malade porteur d'un sarcome des fosses nasales.

Le malade, un homme de 24 ans, se présenta pour la première fois en septembre 1889. On trouva dans les fosses nasales du côté droit une tumeur rouge, molle, vasculaire, des dimensions d'une noix. L'examen microscopique montra qu'il s'agissait d'un sarcome à cellules fusiformes volumineuses. Le prof. Küster fit la résection temporaire du nez, et extirpa facilement la tumeur qui paraissait siéger sur la cloison. M. Küster ne crut pourtant pas nécessaire de faire l'ablation de la cloison, et le malade sortit guéri 15 jours après l'opération.

Au bout de dix mois survint une récidive, et le malade, forcé de se faire opérer encore une fois, ne consentit à l'opération que 6 mois plus tard. Mais à ce moment la tumeur avait envahi les cavités voisines et rendait toute intervention impossible.

Actuellement les fosses nasales du côté droit sont occupées par une tumeur ulcérée très volumineuse. La paupière supérieure œdématiée présente sur sa moitié interne une fistule et recouvre complètement le globe oculaire. Le nez est dilaté et présente en haut deux fistules remplies de granulations. Le globe oculaire droit est dévié en bas et au dehors. Les mouvements du globe oculaire gauche sont normaux, de même le fond de l'œil. La tumeur a par conséquent envahi l'orbite.

Paralysie des cordes vocales.

M. Scharler présente un homme de 54 ans, qui, depuis plusieurs mois, présente des troubles de phonation. A l'examen, on trouve une paralysie des cordes vocales du côté droit ; la moitié droite du voile du palais est élargie, la luette attirée à gauche. Il existe en même temps une légère paralysie de la langue.

M. Remak. — Ce malade confirme la loi établie par Rosenbach et Simon. La moitié droite du voile du palais ne peut être ni tendue, ni élevée, et lorsque le malade parle en mangeant, les aliments reviennent par le nez. La langue présente tous les symptômes d'une hémi-atrophie droite avec contractions fibrillaires.

Il s'agit, dans ce cas, d'une atrophie musculaire progressive à marche très lente. Le facial est pris dans ses rameaux qui se rendent aux régions buccale et oculaire. Le sterno-mastoïdien du côté droit est presque complètement atrophié ; l'atrophie existe également au niveau des muscles innervés par le spinal droit.

Le malade n'est ni ataxique ni syphilitique. Il y a vingt ans il a eu une inflammation de la gorge, et depuis cette époque, la déglutition ne s'effectue pas normalement.

AUTRICHE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ALLEMANDE DE PRAGUE

Action de la tuberculine sur la nutrition des tuberculeux.

M. Pribram. — Chez trois malades atteints de tuberculose déjà avancée avec fièvre vive, infiltration étendue des poumons et présence abondante de bacilles dans les crachats, l'auteur a constaté que la lymphe de Koch avait déterminé une augmentation de poids de 7, 13 et 14 kilos avec amélioration des lésions locales, disparition ou diminution marquée des bacilles. Chez d'autres malades les lésions pulmonaires avaient persisté malgré l'amélioration de l'état général. On aurait pu mettre ces bons effets au compte de l'alimentation, comme cela a été constaté par Debove, Sée, etc., avant la découverte de la tuberculine et dans les procédés de gavage des tuberculeux. Les expériences ayant été variées par l'auteur, celui-ci a pu conclure qu'il s'agissait bien de l'action directe de la tuberculine.

De la tétanie chez les enfants.

M. Ganghofner. — Escherich a rapporté 30 cas de tétanie survenus chez des enfants au printemps de 1890 et cet auteur a conclu de ses observations que la tétanie est bien une entité morbide spéciale. Il a de plus noté la coïncidence fréquente des spasmes laryngés, ce qui l'a conduit à admettre que ces derniers peuvent être une modalité clinique de la tétanie, la précédant souvent ou l'accompagnant. Ganghofner a fait dans le printemps de cette année 33 constatations analogues sur des enfants de 1 à 2 ans (29 cas) et de 2 à 3 ans (4 cas).

Dans 24 cas il s'agissait de convulsions toniques suivies de contractures des extrémités supérieures ou inférieures, le plus souvent des quatre à la fois. L'extension à la face et au larynx a été notée 26 fois sur 33. Dans 19 cas l'auteur a pu constater l'hyperexcitabilité des nerfs, 9 fois seulement la contractibilité musculaire fut trouvée exagérée.

Les observations électriques furent faites pendant la maladie et contrôlées après la guérison.

Il résulte de cela que la tétanie des jeunes enfants est analogue à celle des adultes, comme le prouvent les réactions électriques ainsi que l'étude des symptômes, et d'autre part que le spasme laryngé est, dans l'enfance, un phénomène fréquent dans le cours de la tétanie.

Relativement à l'étiologie, il est difficile d'admettre avec Escherich que l'affection survient surtout chez des enfants jusque-là de santé parfaite et Ganghofner a remarqué sa fréquence dans le cours du rachitisme et des troubles de l'intestin. On voit donc par là que les troubles gastro-intestinaux, la tétanie et le spasme glottique, et enfin le rachitisme ont entre eux des relations étroites. Ils ont encore comme point commun la date de leur apparition qui est le printemps, et l'on peut dès lors se demander si la cause principale de ces diverses modifications morbides n'est pas l'affection gastro-intestinale, laquelle déterminerait des intoxications spéciales sur la nature desquelles on n'est d'ailleurs pas fixé à l'heure actuelle, mais dont les conséquences peuvent être multiples.

SOCIÉTÉ IMPÉRIO-ROYALE DES MÉDECINS DE BUDAPEST

Hermaphrodisme et idiotie.

M. Moravpsik présente un enfant de 11 ans, très développé pour son âge, mais dont la boite crânienne est restée extrêmement petite, avec conformation en pointe de sa partie supérieure. Les organes génitaux se composent extérieurement d'une vulve bien apparente, avec, à son extrémité supérieure, un pénis assez bien développé. Le timbre de la voix, certains goûts de l'enfant semblent faire présumer qu'il est du sexe masculin, cependant les parents l'ont considéré comme une fille. Somme toute, le sexe reste indécis. L'enfant présente en plus des signes indubitables d'idiotie : à son âge il peut à peine écrire son nom et quelques lettres. Il écrit de la main gauche et de droite à gauche (écriture en miroir). On ne connait pas encore exactement la raison d'être de cette anomalie, mais on sait qu'elle constitue un signe très démonstratif de dégénérescence.

Hémiathétose spasmodique.

M. Koranyi. — Un homme de 22 ans fut atteint, à l'âge de 4 ans, d'hémiplégie droite survenue subitement et qui persiste encore à l'heure actuelle. Les extrémités droites se sont arrêtées dans leur développement en longueur, par contre les masses musculaires présentent leur volume normal, le mollet est même légèrement hypertrophié. Le côté paralysé et un peu aussi le côté droit de la face sont animés de mouvements athétosiques très manifestes. Ceux-ci sont extraordinairement lents et les extrémités semblent par moments se contracturer d'une façon définitive dans leur position anormale. Les réflexes sont exagérés et la pression des nerfs

correspondant aux masses musculaires atteintes déterminent dans celles-ci des contractures analogues à celles de l'état cataleptique. Le malade connaît lui-même cette curieuse propriété, il en use pour faire disparaître certaines contractures en mauvaise position et les transformer en d'autres moins gênantes. La galvanisation agit de même.

Ascite chyleuse.

M. Vali. — Un malade de 58 ans avait été soigné en novembre 1890, pour une affection hépatique, qualifiée de cirrhose. On avait alors pratiqué une première ponction. En décembre une seconde ponction permit de retirer un liquide séreux, grisâtre, un peu sanguinolent. Enfin en avril on évacua 12 litres d'un liquide blanc, épais, graisseux, analogue à du lait, et qui laissa déposer un sédiment semblable à de la farine. Le liquide était alcalin, son poids spécifique était de 1,013. Le professeur Liebermann y constata, par analyse, la composition suivante :

Eau	94 8
Résidus solides	35 2

constitués par de l'albumine, de la graisse, des sels, de la peptone, du sucre, de l'urée. Au microscope on notait la présence de gouttes de graisse, et de globules lymphatiques et sanguins.

Remède de Koch.

M. Hochhalt. — La Commission nommée pour contrôler les effets des inoculations de lymphe s'est appuyée d'une part sur les expériences de Hogyes, de l'autre sur des observations cliniques.

On peut déduire de l'expérimentation que la réaction déterminée par la tuberculine est d'origine nerveuse et qu'elle débute au niveau des centres vaso-moteurs. Comme pour la rage, la réaction est d'autant plus rapide que l'injection a été faite plus près du cerveau.

Les autopsies auxquelles la Commission a procédé n'ont rien révélé qui n'ait déjà été signalé.

Les statistiques cliniques ont donné 56 0/0 d'améliorations dans les cas de lupus, 43 0/0 pour les affections tuberculeuses chirurgicales, 27 0/0 pour la tuberculose pulmonaire, 8 0/0 pour la tuberculose laryngée.

En résumé, il semble y avoir indication du traitement de Koch dans les lupus ulcéreux de la face, dans les affections chirurgicales tuberculeuses au début, dans la tuberculose pulmonaire commençante et encore apyrétique. Les engorgements ganglionnaires, les affections articulaires ou osseuses profondes et avancées doivent être traitées chirurgicalement. L'existence d'une fièvre continue, l'apparition de la cachexie chez les tuberculeux de tout ordre contre-indiquent les injections.

AMÉRIQUE

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE DE NEW-YORK

Séance du 3 juin 1891.

Atrophies cérébrales de l'enfance, avec considérations spéciales au point de vue du traitement chirurgical.

M. Starr. — Le titre précédent est celui d'une communication qu'a lue M. Starr. La conséquence immédiate de certaines affections cérébrales de l'enfance est la production de symptômes permanents qu'on peut ranger dans trois catégories: 1° hémiplégie avec ou sans athétose; 2° troubles mentaux variés ; 3° troubles sensitifs divers. En plus, dans l'une ou l'autre de ces formes peuvent se montrer des convulsions épileptiformes.

Les malades de la première catégorie sont brusquement atteints de paralysie unilatérale à la suite de convulsions, de symptômes fébriles et d'une période de coma plus ou moins longue. Finalement l'hémiplégie seule persiste, la paralysie faciale étant à peine marquée et les troubles de la parole disparaissant complètement quand ils ont existé ; quelquefois il existe un pied-bot. Dans plus de la moitié de ces cas il y a des convulsions épileptiformes. Quand l'affection date de la naissance, il faut distinguer les cas où il y a eu traumatisme au moment du travail (il s'agit alors le plus souvent d'une hémorrhagie méningée) et ceux au contraire où aucun traumatisme n'explique l'affection (il s'agit alors d'une encéphalite intra-utérine ou de toute autre cause arrêtant l'évolution du cerveau).

Dans la deuxième catégorie on constate des symptômes d'ordre plutôt psychique que physique.

La troisième classe renferme des cas où il n'y a ni troubles du mouvement, ni troubles psychiques ; mais il y a des troubles sensitifs ; à cette catégorie appartiennent certains cas de surdi-mutité et d'hémianopsie. L'auteur cite le cas d'une petite fille atteinte d'hémianopsie congénitale et présentant des attaques épileptiformes : l'accouchement avait été laborieux, de plus on trouvait un aplatissement du crâne au niveau de la partie droite de la région occipitale ; il semble légitime de conclure que la malade présentait un vice de développement du lobe occipital droit, vice de développement frappant le cortex et le cordon sous-cortical. Wilbran a montré qu'une lésion purement corticale produit des troubles symétriques dans les champs visuels, tandis qu'une lésion sous-corticale produit des troubles asymétriques. Dans le cas rapporté par l'auteur, il n'y a jamais eu ni hémiplégie, ni hémianesthésie, donc la lésion ne siège ni dans le thalamus ni au voisinage de la capsule interne.

Au point de vue de l'intervention chirurgicale, l'auteur adopte les conclusions suivantes :

1° Les troubles mentaux, l'hémiplégie et les troubles sensitifs de l'enfance ayant une durée d'une année sont généralement dus à une atrophie incurable de la substance cérébrale et sur laquelle le traitement chirurgical n'a aucune prise ;

2° Quand les symptômes précédents éclatent brusquement chez un enfant, ils doivent éveiller l'idée d'une hémorrhagie cérébrale ; mais un tel diagnostic est loin de pouvoir être porté avec certitude et par conséquent est loin aussi de pouvoir devenir le point de départ d'une intervention chirurgicale, à moins que beaucoup d'autres symptômes ne viennent le confirmer.

4° L'existence d'attaques épileptiformes au cours des affections précédentes peut nécessiter une opération ; celle-ci ne supprimera pas ces attaques, mais pourra en diminuer considérablement la fréquence. On ne devra pas dans ce cas refermer la couronne de trépan avec la rondelle osseuse, on aura ainsi une sorte de soupape de sûreté, car 'auteur croit que la guérison des crises épileptiformes est justement en rapport avec certaines modifications de pression intra-crânienne.

M. Sach croit qu'il y a grand intérêt à opérer de bonne heure avant que les lésions dégénératives secondaires se soient produites. Il est aussi très utile de ponctionner d'anciens kystes hémorrhagiques ; on peut ainsi diminuer les crises épileptiformes. Quant à la sorte de soupape de sûreté de M. Starr, elle ne peut avoir d'effet que si on ouvre la dure-mère ; et même dans ce cas il faut exciser le centre qui est le point de départ des attaques ; mais alors en supprimant les convulsions on peut produire une paralysie.

Livres déposés au Bureau du Journal

Des tumeurs incluses dans les ligaments larges, par le docteur Charles Lassalle, interne des hôpitaux de Montpellier. G. Masson, 120, boulevard St-Germain. Brochure grand in-8°. Prix : 5 fr.

De l'uréthrotomie externe, les indications et les soins post-opératoires, par le docteur Charles Vieu. G. Masson. Brochure grand in-8°. Prix : 5 fr.

Etude médico-légale sur la simulation des maladies mentales, par le docteur A. Froment, médecin-inspecteur du service des aliénés de la Somme. G. Masson, 120, boulevard St-Germain. Brochure in-8°. Prix : 2 fr.

Bacteria and their products, by German Sims Woodfead, M. D. (Edin). 1 volume in-8° avec photo-micrographies, London, Walter Scott, éditeur.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON 12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

N° 30. — 29 JUILLET 1891 LE NUMÉRO QUINZE CENTIMES

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

PUBLIÉ PAR

LA GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Et servi gratuitement à tous les abonnés de ce journal

ABONNEMENTS SPÉCIAUX POUR MM. LES ÉTUDIANTS. — UN AN : 6 FRANCS

L. LEREBOULLET, Rédacteur en chef. — A. BROCA, Secrétaire de la Rédaction

Librairie de G. MASSON, 120, boulevard Saint-Germain.

SOMMAIRE

VARIÉTÉS

Concours de l'internat. — L'ouverture du concours aura lieu le lundi 19 octobre, à midi précis. Un avis ultérieur indiquera le lieu où les candidats devront se réunir pour subir la première épreuve. MM. les élèves externes en médecine et en chirurgie de 2e et de 3e année sont prévenus qu'en exécution du règlement, ils sont *tous* tenus de prendre part au concours des prix, sous peine d'être rayés des cadres des élèves des hôpitaux et hospices.

Concours de l'externat. — L'ouverture du concours aura lieu le mardi 20 octobre, à 4 heures précises, avenue Victoria, n° 3.

Inscription au secrétariat général de l'administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de 11 à 3 heures, depuis le mardi 1er septembre jusqu'au mercredi 30 du même mois inclusivement.

Prosectorat des hôpitaux. — Le jury se compose de MM. Verneuil, Tillaux, M. Sée, Th. Anger, Quénu, Tapret et Gaillard-Lacombe.

Le chapeau de paille d'Italie est quelquefois traité de charge. Avant de répéter cette calomnie, lisez l'histoire suivante :

« Ce qu'on rencontre aux abords des hôpitaux, ce sont généralement de pauvres corbillards qui viennent chercher pour les conduire à leur dernière demeure les malheureux que des soins dévoués n'ont pu guérir. Hier, devant l'hôpital Beaujon, le spectacle était tout autre. Une longue file de voitures, dont la première, capitonnée de satin blanc, et dont les chevaux et le fouet du cocher étaient ornés de bouquets de fleurs d'oranger, stationnait devant cet hôpital. Voici la cause de ce fait extraordinaire. Un carrossier devait se marier. Déjà les voitures de la noce étaient arrêtées devant la mairie du 8e arrondissement. Le marié, en descendant de voiture, se déboîta le pied. Le malheureux souffrait tellement qu'il ne pût gravir l'escalier de la mairie ; on fut obligé de le conduire, suivi de tous ses invités, à l'hôpital Beaujon, où son pied fut immédiatement remis. L'opération terminée, le futur fut remonté dans sa voiture et transporté devant M. le maire, où il prononça le oui sacramentel. » (*Le Temps*, 24 juillet 1891).

Mais, vrai, le futur a eu une petite luxation du pied bien gentille !

THÈSES DE PARIS

Lundi 20. — M. Debrabant. Maternité de l'hôpital Beaujon. — M. Riche. De la chorée gravidique. — M. Aymard. Recherches sur le passage des micro-organismes, et en particulier du pneumocoque de la mère à l'enfant par le lait. — M. Bonvoisin. Etude pathogénique et histologique sur une variété d'épithélioma de l'ombilic. — M. Benoist. Contribution à l'étude des appendicites. — M. Deleposte. Les méthodes employées pour obtenir l'anesthésie au moyen de la cocaïne. — M. Du Fayet de La Tour. Contribution à l'étude des fibromes de la langue.

Mardi 21. — M. Barjon. Prurigo et prurit. — M. Le Stunf. De l'ozone et de son emploi dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. — M. Roussel. De l'actinomycose chez l'homme en France. — M. Bonnet. Rapports de la syphilis et de la paralysie générale. — M. Aubert. De l'endocardite ulcéreuse, végétante dans les infections biliaires. — M. Nogué. Des greffes dermo-épidémiques à lambeaux confluents. — M. Grinda. Contribution à la technique de l'accouchement prématuré artificiel. — M. Darnis. Contribution à l'étude de la pathogénie de l'hydramnios. — M. Medina Navarro. Les ruptures externes des varices du membre inférieur. — M. Arékiou. Etude sur les kystes du mesentère. — M. Duret. Considération sur les variétés anatomiques et la cure radicale de la hernie inguinale chez l'homme. — M. Danin. Contribution à l'étude de diverses suppurations intra-hépatiques. — M. Nischez. Influence des maladies aiguës sur l'allaitement. — M. Castaing. De la Tochycardie paroxystique essentielle. — M. Retrouvey. Contribution à l'étude de l'hémiplégie spasmodique infantile.

Mercredi 22. — Mlle Dobrovskine. L'irrigation continue comme traitement prophylactique et curatif de la septicémie puerpérale. — M. Correa Dias. De l'hypertrophie placentaire dans les cas de syphilis. — M. Dubrueil. Etude critique sur les fractures spontanées. — M. Vidal. De l'extirpation des adénites tuberculeuses non suppurées. — M. Parmentier. Etude sur la marche des abcès froids de la région trochantérienne. — M. Villard. Kystes hydatiques de la région sacro-lombaire. — M. Rouffinet. Essai clinique sur les troubles oculaires dans la maladie de Friedreich et sur le rétrécissement du champ visuel dans la syringomiélie et la maladie de Morvan. — M. Cartier. Glycosuries toxiques et en particulier intoxication par le nitrate d'urane — M. Momont. Action de la dessiccation de l'air et de la lumière sur la bactéridie charbonneuse.

Jeudi 23. — M. Roy. Rapports de l'endométrite avec la grossesse et l'accouch. — M. Prouvost. Etude sur les bassins viciés par boiterie. — M. Oskierko. Quelques considérations sur la vision droite. — M. Sureau. Contribution à l'étude des luxations spontanées du cristallin. — M. Chatelot. Contribution à l'étude de l'iritis séreuse. — M. Morneau. Des accidents consécutifs à la cautérisation intra-utérine par le crayon de pâte de Canquoin et de leur traitement. — M. Egret. Etude critique sur les résultats fournis par les injections antiseptiques dans le cours de la blennorrhagie aiguë chez l'homme. — M. Nommes. Etude sur le pancréas et sur le diabète pancréatique. — M. Rémy-Néris. Contribution à l'étude des paralysies totales du plexus brachial.

THÈSES DE MONTPELLIER

MM. Zaleski. Contribution à l'étude étiologique de la diphthérie. — Sauvajol. Contribution à l'étude de l'hypertrophie de la prostate et de son traitement. — Debeaux. Traitement de l'amygdalite aiguë par la scarification et le massage. — Giraud. Traitement du mal de Pott.

Jacquin. Etude critique des rapports du goître exophthalmique avec l'aliénation mentale. — Michel. Essai sur les astringents. — Billon. Considérations sur l'hystéro-traumatisme. — Planas. Contribution au diagnostic de l'empoisonnement médico-légal par le tabac. — Maïsse. Contribution à l'étude de l'inertie utérine et de son traitement par le sulfate de quinine. Considérations sur l'action de ce sel pendant la grossesse. — Taddei. Contribution à l'étude de la contusion du foie. — Castanier. Traitement topique de la variole, à propos d'une petite épidémie de variole observée à l'hôpital Saint-Mandrier pendant l'hiver de l'année 1889. — Bonafos. Contribution à l'étude du naphtol camphré et de son emploi dans les prurits. — Stefani. Contribution à l'étude de la ladrerie chez l'homme. — Carrière. Des calculs vésicaux chez la femme, développés autour des corps étrangers. — Antipas. De l'endométrite cervicale et de son traitement.

AFFECTIONS CARDIAQUES

SIROP et PILULES de CONVALLARIA MAIALIS LANGLEBERT
GRANULES de CONVALLAMARINE LANGLEBERT

Pharmacie AD LANGLEBERT, 55, rue des Petits-Champs, et toutes Pharmacies.

FER et ERGOT de SEIGLE
DRAGÉES GRIMAUD



4 DILPOMES D'HONNEUR, 10 MÉDAILLES

INCONTINENCE D'URINE
SPERMATORRHÉE
CHLOROSE - TROUBLES
UTÉRINS - LEUCORRHÉE
MÉTRORRHAGIE

PRIX : 5 FRANCS

Dans toutes les bonnes Pharmacies.

Gros : **DUFILHO**, Phcn à St-Cloud.

DIURÉTIQUE, MODIFICATEUR des SECRÉTIONS CATARRHALES

MALADIES des VOIES RESPIRATOIRES

et GENITO-URINAIRES



CAPSULES DE TERPINOL ADRIAN

LE

TERPINOL

a les propriétés de l'Essence de Térébenthine dont il dérive, mais il est plus facilement absorbé et surtout très bien toléré. Il n'a pas l'inconvénient grave de provoquer chez les malades des nausées, souvent même des vomissements. — Le **TERPINOL ADRIAN** s'emploie en capsules contenant chacune 10 centigrammes, à la dose de 5 à 10 par jour

Dans toutes les Pharmacies. — VENTE EN GROS : **11, rue de la Perle, PARIS**

CHATEL-GUYON

Kissingen Français

SOURCE GUBLER

Constipation — Dyspepsie — Obésité
Engorgements du Foie
Affections des Reins et de la Vessie
Gastro-Entérite — Congestions

SOLUTIONS HENRY MURE

Bi-phosphate de Chaux arsénié. — Chlorhydro-phosphate de Chaux arsénié.

PHTISIE (1re et 2me période). — RACHITISME.
ENGORGEMENTS GANGLIONNAIRES et des ARTICULATIONS.
MALADIES DES OS et de LA PEAU
CACHEXIES SCROFULEUSES et PALUDÉENNES. — ÉPUISEMENT NERVEUX.
INAPPÉTENCE. — DIABÈTE.

Le BI-PHOSPHATE ARSÉNIÉ H. MURE produit des résultats surprenants et souvent inespérés. — Sous son influence la Toux et l'Oppression diminuent, l'Appétit augmente, les Forces reviennent.

Le CHLORHYDRO-PHOSPHATE ARSÉNIÉ H. MURE donne des effets remarquables chez les Phtisiques atteints de Dyspepsie et dans la Chlorose.

AVANTAGES PRINCIPAUX
sur les Solutions Similaires

1° Emploi d'un **Phosphate monocalcique cristallisé**, d'une pureté absolue, permettant un dosage rigoureux, difficile à établir avec les phosphates mielleux du commerce, qui doivent leur extrême acidité à un excès d'acide sulfurique toujours nuisible à l'assimilation ;

2° **Inaltérabilité absolue** obtenue par un procédé de stérilisation d'une innocuité parfaite ;

3° **Administration** facile par cuillerées dans un peu d'eau vineuse ou sucrée, pendant les repas ou hors des repas ;

4° **Traitement phosphaté** le plus sûr et le *moins coûteux* dans les affections chroniques. (Chaque cuillerée à bouche contient : *1/2 gramme de Sel et un milligramme d'Arséniate de Soude.*)

NOTA. — *Dans le cas ou l'Arséniate de Soude ne serait pas indiqué, MM. les Docteurs pourront prescrire les mêmes solutions* **H. MURE non arséniées.** LITRE : **3** fr.

LITRE : **4** FRANCS — DEMI-LITRE : **2** FR. **50**

DANS TOUTES LES PHARMACIES. — DÉPOT GÉNÉRAL : **HENRY MURE**, *à PONT-SAINT-ESPRIT (Gard)*

LA PAPAÏNE TROUETTE-PERRET



(Pepsine Végétale *tirée du* **Carica Papaya)**

LE PLUS PUISSANT DIGESTIF CONNU

Se trouve dans toutes les bonnes Pharmacies de France et de l'Etranger sous les formes suivantes :

Le **Sirop Trouette-Perret** à la *Papaïne* (une cuillerée à bouche après chaque repas).

L'Elixir Trouette-Perret à la *Papaïne* (un verre à liqueur après chaque repas).

Les **Cachets Trouette-Perret** à la *Papaïne* (deux cachets après chaque repas).

CONTRE LES

MALADIES D'ESTOMAC
VOMISSEMENTS — GASTRALGIES
GASTRITES — DYSPEPSIES

(Pour la **DIARRHÉE** des **ENFANTS** de 1 à 2 cuillerées à café de sirop après chaque repas.)

Se trouve dans toutes les bonnes Pharmacies de France et de l'Etranger.

Vente en Gros à PARIS : *E. TROUETTE.*
15, rue des Immeubles-Industriels.

POUDRE DE VIANDE
Diastasée
DE TROUETTE-PERRET



FORMULE	Poudre de Bifteck	3/5
	Lactine	1/5
	Malt de Lentilles	1/5

Nous recommandons tout spécialement à MM. les Docteurs notre *Poudre de Viande* diastasée que nous garantissons SANS ODEUR NI SAVEUR et d'assimilation très facile.

DOSE : *De une à deux cuillerées à bouche délayées dans du chocolat, du lait, du bouillon ou de l'eau sucrée. Répéter cette dose de 2 à 6 fois par jour, suivant l'effet que l'on desire obtenir.*

Se trouve dans toutes les bonnes Pharmacies de France et de l'Etranger.

Vente en Gros à Paris : E. TROUETTE
15, rue des Immeubles-Industriels.

PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE

Note sur les vaccinations antituberculeuses.

par MM. J. Grancher et H. Martin.

(Note lue par M. Grancher au *Congrès de la tuberculose.*)

Messieurs,

Nous possédons et cultivons deux bacilles tuberculeux différents par leur origine, aviaire ou humaine, et sensiblement différents aussi par quelques-uns de leurs caractères biologiques. Est-ce le même bacille modifié par le milieu ou par toute autre cause? Sont-ce deux races d'une même espèce microbienne? Ou bien, sont-ce deux espèces microbiennes entièrement distinctes? La chose n'est pas très commode à décider sans doute, puisque depuis que Rivolta et Maffucci ont appelé l'attention sur les caractères particuliers de ces deux bacilles, l'une et l'autre opinion sont soutenues par des observateurs également consciencieux. M. Koch « admet volontiers « que le bacille aviaire est une espèce indépendante, « mais très voisine du bacille humain » (1). MM. Straus et Gamaleïa croient « à deux espèces tout à fait différentes » (2).

Au contraire, MM. Cadiot, Gilbert et Roger se déclarent franchement unicistes (3).

Presque toutes les recherches dont je vais vous entretenir ont été faites avec la tuberculose aviaire qui nous est venue en 1886 et 1887 de deux sources différentes. Mais, depuis le commencement de cette année, nous avons, en suivant la technique indiquée par M. Koch, cultivé très facilement le bacille tuberculeux humain, sur sérum sanguin d'abord, puis, après un court acclimatement, sur agar glycériné, sur bouillon et sur pommes de terre, et nous nous sommes servis de ces cultures pour quelques inoculations d'épreuve après vaccination avec la tuberculose aviaire.

Nous serions donc très intéressés à savoir s'il faut admettre deux tuberculoses distinctes, ou une seule tuberculose avec deux bacilles modifiés, si toutes nos expériences n'avaient porté sur le lapin. Mais, de l'avis unanime, cet animal est sensible aux deux bacilles, et plus encore au bacille aviaire qu'au bacille humain, si bien qu'au point de vue scientifique, et c'est le seul que nous envisageons actuellement, les résultats de vaccination totale ou partielle des lapins, obtenus contre le virus le plus virulent de la tuberculose aviaire, sont vrais, *a fortiori*, pour la tuberculose humaine.

Toutefois, notre opinion, dans la discussion pendante, ne saurait hésiter; nous pensons que les deux bacilles sont deux variétés de la même espèce microbienne.

Les partisans de la dualité d'espèce fondent leur opinion : 1° sur l'aspect différent des cultures ; 2° sur l'action pathogène distincte des deux bacilles ; 3° sur l'immunité du chien pour le bacille aviaire et de la poule pour le bacille humain.

Aucun de ces caractères ne nous semble décisif en faveur de la dualité.

1° *Les cultures.* — Il est vrai que les cultures aviaires sont ordinairement humides et molles, plus ou moins plissées, et les cultures humaines sèches et verruqueuses. Mais nous avons vu maintes fois des cultures aviaires sèches et verruqueuses, et inversement, le bacille humain, sur agar glycériné, pousse très bien en couche molle plissée et gaufrée. Nous avons, dans mon laboratoire, des cultures fraîches des deux bacilles qu'il est impossible de distinguer l'un de l'autre.

2° *Action pathogène.* — Nous acceptons encore moins la raison tirée des réactions différentes des tissus devant l'un ou l'autre bacille, d'abord parce que nous croyons avoir prouvé, avec M. Ledoux-Lebard, qu'on peut obtenir avec le bacille aviaire *toutes les tuberculoses que l'on veut,* depuis le type infectieux de Yersin jusqu'à la tuberculose localisée et bénigne d'une articulation (1); ensuite, parce que nous nous souvenons, pour l'avoir combattu il y a quelque vingt ans, d'un autre schisme tenté dans le seul domaine du bacille humain par M. Virchow d'une part et par M. Empis d'autre part. C'étaient les mêmes arguments tirés de l'aspect tout à fait dissemblable des lésions anatomiques dans la phthisie commune, la pneumonie caséeuse, la granulie. Et, cependant, qui conteste aujourd'hui l'unité de la tuberculose humaine?

3° *L'immunité du chien pour le bacille aviaire et de la poule pour le bacille humain.* — Cet argument aurait quelque valeur si l'immunité était absolue. Mais il n'en est rien, puisque MM. Cadiot, Gilbert et Roger ont infecté des poules avec le bacille humain. D'autre part, l'immunité du chien pour le bacille aviaire n'est que relative. Enfin nous savons que l'immunité, en soi, est chose contingente et souvent subordonnée à la virulence du microbe infectant. M. Arloing n'a-t-il pas montré que le lapin, si sensible cependant à la tuberculose humaine, lui devient réfractaire quand la virulence du bacille a baissé jusqu'à la « scrofulo-tuberculose »?

Après cette étude des conditions diverses du bacille tuberculeux, les auteurs passent en revue les tentatives faites par Koch et d'autres savants pour trouver une méthode de traitement de la tuberculose. Suivant eux, les procédés employés n'ont pas été assez rigoureusement scientifiques, ils ne se sont pas appuyés suffisamment sur l'expérimentation. MM. Grancher et H. Martin se sont efforcés de ne pas tomber dans les mêmes erreurs.

Ils décrivent tout d'abord les procédés minutieux d'asepsie qu'il faut employer dans les inoculations, insistent sur la surveillance qu'il faut faire des animaux, le mode d'isolement, etc., puis en arrivent à la description de leur méthode.

A tort ou à raison, nous avons renoncé à la tuberculine et nous sommes revenus aux inoculations par cultures atténuées, en suivant aussi fidèlement que possible la règle adoptée aux inoculations antirabiques, à savoir : le passage à des cultures de plus en plus virulentes jusqu'à l'inoculation d'épreuve.

Pour obtenir l'échelle des virulences nécessaires à la vaccination antirabique, M. Pasteur a recours à la dessiccation des moelles virulentes. Nous nous sommes contentés de laisser vieillir nos cultures en tubes soigneusement clos et conservés dans des boîtes fermées. Dans ces conditions, les cultures s'atténuent peu à peu. Déjà, au bout du deuxième mois, elles ont perdu une part de leur virulence et plus encore après six mois, un an, deux ans et trois ans. Quand nous avons entrepris nos expériences, en juin 1889, nous possédions déjà toute une « gamme » de cultures, et après les essais préliminaires qui avaient pour objet de fixer la virulence de chacune d'elles, nous avons commencé à vacciner.

Le virus le plus faible, n° 10, représenté par une culture âgée de trois ans, est inoffensif en injections intraveineuses pour le lapin, quand on ne l'injecte qu'une fois. Il n'en est pas de même si on répète l'injection, car le lapin succombe à la tuberculose sous l'influence de doses répétées d'un virus assez affaibli pour ne donner que de maigres cultures ou même pour ne pas pousser du tout quand il est réensemencé.

Le virus n° 1 est une culture fraîche de 15 jours sur agar glycériné qui tue en injection intra-veineuse un lapin de 2 kilog. en 15 ou 20 jours. Quelquefois le délai est un

(1) Congrès de Berlin, 4 août 1890.
(2) *Archiv. de méd. expériment.*, 1er juillet 1891.
(3) *Soc. Biol.*, 25 juillet 1891. Voyez *Mercredi médical*, p. 383.

(1) *Arch. de méd. expérim.*, 1er mars 1891.

peu plus grand, et l'animal survit 25 ou 30 jours, plus rarement il succombe en 11 ou 12 jours. Dans tous les cas, la mort est certaine, à courte échéance et avec les lésions du type Yersin.

Les virulences intermédiaires, 2, 3 et 4, sont mortelles à dose unique, mais avec des échéances variables entre deux et six mois. Avec les virulences 5, 6 et 7, la mort n'est pas certaine, mais elle survient le plus souvent. Les n°s 8 et 9 se rapprochent beaucoup du n° 10.

Cette échelle de virulence n'a rien de mathématique; mais outre qu'en pareille matière il est impossible, l'animal étant le réactif employé, de dépasser une certaine précision, celle que nous avons obtenue ainsi est suffisante et au moins égale à celle que nous donnait tel agent d'atténuation, la chaleur, par exemple, plus exact en apparence.

. . . .

Une série de 9 lapins à vacciner et de quatre témoins a été commencée le 26 novembre 1889. Les 9 lapins ont reçu, dans la veine de l'oreille, chacun 1 cc. d'une dilution opaline de cultures tuberculeuses de plus en plus virulentes. La première et la deuxième inoculations ont été faites avec une culture âgée de 33 mois; la troisième, avec une culture de 22 mois, et ainsi jusqu'au jour où tous les lapins traités et les quatre témoins ont reçu une culture de 4 mois correspondant dans notre échelle à la virulence n° 3.

Les quatre témoins sont morts tuberculeux, aux 23e, 27e, 29e jours après l'inoculation. Le dernier est mort au 154e jour.

Parmi les vaccinés, un est mort tuberculeux avant l'inoculation d'épreuve. Un autre a succombé, tuberculeux également, quelques jours après la vaccination; les autres ont survécu très longtemps. Ils sont morts accidentellement, les 19 juillet et 18 novembre 1890, les 29 janvier et 4 avril 1891. L'autopsie n'a révélé dans leurs organes aucune lésion ni même aucune trace de lésions tuberculeuses. Cependant, un lapin était atteint de néphrite parenchymateuse. Le dernier animal de cette série vit encore aujourd'hui, 21 mois après la 1re inoculation vaccinale. Il pèse 4,350 gr. et son poids initial était de 2,060 gr.

Les auteurs passent en revue les différentes lésions trouvées à l'autopsie des animaux morts inoculés ou non. Ils insistent surtout sur la fréquence de la néphrite après les inoculations. Cette néphrite serait presque constante même chez les animaux dont la survivance est la plus longue.

Chose curieuse : les lapins qui succombent avec des lésions du rein ont augmenté de poids et ont vécu fort longtemps, de longs mois, après l'inoculation d'épreuve. Par exemple, dans une série de 11 lapins et 2 témoins close par l'inoculation d'épreuve, le 10 avril, avec le virus n° 1, nous avons eu 8 des lapins traités qui ont succombé très longtemps après les témoins, morts les 3 et 10 mai, et qui ont succombé atteints de néphrite, *sans aucune lésion tuberculeuse du rein ni d'aucun autre organe*. Ils avaient reçu cependant les virus n°s 6, 5, 4, 3, 2 et 1. Leur survivance par rapport aux témoins a été de deux mois, trois mois, trois mois et demi et huit mois. Les trois autres lapins traités sont morts aussi trois et quatre mois après l'inoculation d'épreuve, mais avec de la tuberculose pulmonaire, et sans néphrite.

Si on remarque que tous les lapins de cette série ont reçu l'inoculation d'épreuve avec le virus le plus virulent qui tue toujours en moins d'un mois, et que les 11 traités ont résisté à cette inoculation de 3 à 8 mois, on admettra, sans discussion, que *notre méthode confère aux animaux qui l'ont subie une importante immunité*. De plus, les lapins traités ont tous succombé, il est vrai, mais trois seulement à une tuberculose pulmonaire *très modifiée*, très différente de celle de l'inoculation d'épreuve; les huit autres ont été tués par une néphrite dont la nature et la pathogénie restent à déterminer.

Quelquefois, la tuberculose conférée par l'inoculation d'épreuve est encore beaucoup plus *modifiée* que celle dont nous venons de parler, et nous avons vu souvent des lapins vaccinés qui avaient longtemps survécu à cette inoculation et dont le poids initial de 2,000 gr., avait passé à 3, 4 et même 5,000 gr., mourir avec *une lésion osseuse ou articulaire très limitée*, de sorte que nous retrouvons très fréquemment ce que nous avions noté déjà dans un travail avec M. Ledoux-Lebard, à savoir que *plus la maladie dure et plus la tuberculose, devenue bénigne, tend à devenir locale et périphérique*. Dans une série, close le 31 décembre, un des lapins a survécu à l'inoculation d'épreuve plus de 29 mois. Il a succombé le 4 juin 1891 à une arthropathie tuberculeuse de la patte antérieure gauche dont la première apparition remontait au mois de janvier 1891. Tous ses viscères étaient sains.

Assez souvent encore, nos animaux succombent aux suites d'une paraplégie qui, peu à peu, immobilise complètement leur train postérieur et les livre en proie à la vermine. Ils meurent cachectiques, et souvent sans lésion tuberculeuse des viscères et sans lésions apparentes du système nerveux central et périphérique.

Conclusions. — De cet ensemble de faits, résultant de l'observation attentive et prolongée de quatre-vingt-deux lapins, en diverses séries, se dégage une première conclusion :

Nous n'avons pas réussi à *conférer aux lapins une immunité complète par une méthode inoffensive et sûre*, mais nous avons fait un premier pas, et qui n'est pas, croyons-nous, sans importance scientifique, en démontrant, par des expériences précises, *l'action vaccinale du virus tuberculeux, contre le virus tuberculeux lui-même*.

Une seconde conclusion s'impose à l'esprit, c'est que le virus tuberculeux atténué employé comme vaccin, contient vraisemblablement *une substance vaccinale et une substance toxique*. Celle-ci serait la cause des néphrites et paraplégies si fréquentes chez nos animaux, celle-là produirait, par un mécanisme que nous ignorons, une immunité plus ou moins prolongée, plus ou moins parfaite, selon les circonstances. Quelques-unes de ces circonstances sont une preuve nouvelle de l'action vaccinale de nos cultures. En effet, nous avons varié la formule de vaccination pour chaque série, multiplié, ici, les virus faibles, là, au contraire, les cultures très virulentes. Or, les résultats sont sensiblement différents. La méthode est donc efficace, puisque ses résultats varient quand elle varie elle-même.

Mais son efficacité est *limitée*. En outre, la vaccination par voie sanguine n'est pas *inoffensive*, puisque quelques vaccinés meurent de néphrite ou de paralysie, et quelques autres de tuberculose dans le cours de la vaccination.

Nous attendons des résultats meilleurs des vaccinations actuellement en cours.

Mais de là à la guérison de la phthisie pulmonaire de l'homme, il y a encore loin !

Ne nous faisons donc pas d'illusions ! Telle ou telle des méthodes actuellement en honneur, et qui vise des cas particuliers, est un progrès sensible, considérable, si l'on veut ; mais aucune, sauf celle de M. Koch, n'a osé s'attaquer à toutes les formes et à tous les degrés de la tuberculose, et laisser entrevoir un nouvel âge d'or où la phthisie serait bannie de l'humanité. Pour la réalisation de ce rêve, il faudra, croyons-nous, conférer l'immunité par une méthode de vaccination inoffensive et sûre, ou détruire le bacille dans les tissus, sans dommage pour le reste de l'organisme.

Mieux que toute autre voie, la pathologie expérimentale semble capable de nous conduire au port. Et, bien que rien ne nous fasse prévoir la réalisation prochaine de nos espérances, il faut espérer et travailler.

REVUE DES CONGRÈS

CONGRÈS DE LA TUBERCULOSE

Tenu à Paris du 27 juillet au 1er août.

Le bureau du Congrès est ainsi constitué :

Président. M. Villemin. — *Vice présidents.* MM. Verneuil et Nocard. — *Secrétaire général.* L.-H. Petit.

Présidents d'honneur.

France. MM. Pasteur, Brouardel, Chauveau, Arloing, Charcot, Hérard, Cornil, Grancher, Lannelongue, Trasbot. — *Angleterre.* MM. William Watson. — *Belgique.* MM. Degève, Laho, Malvoz, Masselmann. — *Espagne.* MM. Espina y Capo. — *Etats-Unis.* MM. Jacoti, Page. — *Grèce.* M. Boussakis. —*Hollande.* M. Thomassen. — *Italie.* M. Semmola. — *Luxembourg.* M. Siegen. — *Roumanie.* MM. Babes, Calman-Müller. — *Russie.* M. Metschnikoff. — *Turquie.* M. Zoeros-Pacha.

M. Villemin, président, a ouvert la session par un discours où il a montré comment, avec les données modernes de la bactériologie et de la pathologie expérimentale, la thérapeutique et la prophylaxie de la tuberculose ont changé d'orientation : la prophylaxie faisant une guerre défensive au parasite, la thérapeutique cherchant à l'attaquer par des médications, à l'éliminer à l'aide d'opérations chirurgicales. Il faut reconnaître, d'ailleurs, que le parasite a offert jusqu'à présent une résistance extraordinaire aux agents de destruction employés. On a aussi cherché dans le sens des vaccinations. Mais la tuberculose se présente à ce point de vue dans des conditions *a priori* très défavorables. Ce n'est pas en effet une de ces maladies infectieuses à marche cyclique qui, comme la variole, confèrent l'immunité aux survivants. Dans la tuberculose, la marche est d'une irrégularité extrême et rien ne permet d'admettre après une atteinte la moindre immunité relative. Il est des tuberculoses locales atténuées, mais elles ne mettent pas à l'abri d'attaques plus aiguës, à une époque indéterminée. Aussi n'est-il pas étonnant que la célèbre tuberculine ait échoué. Enfin on sait qu'il suffit de doses minimes de certaines substances pour rendre un milieu impropre à une culture : de là des essais empiriques pour augmenter la résistance du milieu humain, par exemple à l'aide d'injections de sérum d'animaux réfractaires. Mais jusqu'à nouvel ordre nous devons nous contenter de résultats partiels et d'améliorations relatives.

Du changement de milieu dans la prophylaxie et le traitement de la tuberculose.

M. Verneuil. — Les changements de milieu, qui ont en fait de tuberculose une importance capitale, peuvent se faire en deux sens : émigration urbi-rurale, favorable; émigration ruro-urbaine néfaste, pour peu que le sujet soit déjà tuberculeux ou même simplement candidat à la tuberculose. L'émigration urbi-rurale doit donc être conseillée à tont individu tuberculeux ou prédisposé à le devenir, mais encore a-t-elle des variétés dont il faut peser avec soin les indications. Non seulement comme salubrité les milieux ruraux diffèrent beaucoup les uns des autres, mais en outre il en est qui ont certaines propriétés médicamenteuses et l'on doit prescrire, suivant les cas, l'aérothérapie, la thalassothérapie, l'hydrominérothérapie, sans compter même l'action des altitudes et des températures. A cet égard, il y a lieu de faire une sélection raisonnée entre les émigrants et de la sorte on obtient des améliorations considérables et même des trêves qui touchent à la cure définitive. C'est à condition, il est vrai, de ne pas oublier l'hygiène, la thérapeutique médicale, les opérations chirurgicales, restreintes mais non supprimées par l'émigration ; c'est à condition aussi, condition trop souvent négligée, que l'émigration soit suffisamment prolongée.

Etude expérimentale de la lymphe de Koch.

M. Arloing (Lyon), après avoir rappelé avec quel fracas et quel mystère à la fois a été annoncée la découverte de M. Koch, pour aboutir à un échec retentissant et à une cessation complète des essais, a constaté d'abord que l'étonnement initial a diminué le jour où l'on a su que M. Koch employait seulement un extrait glycériné de cultures. Déjà en effet Toussaint avait parlé des immunités créées par les substances solubles microbiennes et depuis quelques années ce sujet avait suscité de nombreux travaux ; quant à l'action inflammatoire locale de certaines de ces substances, M. Arloing l'avait déjà signalée pour divers microbes. Néanmoins il y avait là un ensemble de faits intéressants, méritant une investigation expérimentale, que M. Arloing a entreprise avec le concours de MM. Rodet et Courmont.

1° *L'action au point inoculé* n'est pas toujours aussi inoffensive chez les animaux que chez l'homme ; le tissu conjonctif a parfois présenté quelques accidents inflammatoires.

2° *L'effet toxique* est très faible chez le cobaye, comme l'a dit M. Koch : mais ce n'est pas un privilège de cet animal. Parmi les lésions observées quand l'injection est faite à dose toxique, les néphrites méritent une mention spéciale.

3° La dose *pyrétogène* n'est pas en rapport avec le poids des animaux ; proportionnellement, elle varie beaucoup d'une espèce à l'autre et même d'un animal à l'autre. On peut à cet égard classer les animaux dans l'ordre suivant : 1° bœuf, 2° cobaye, 3° lapin, 4° mouton, 5° chèvre, 6° chien. Pour une même espèce, la dose pyrétogène n'est nullement proportionnelle à la dose toxique. La fièvre atteint son maximum en moyenne au bout de 24 heures. Elle semble due non à la tuberculine elle-même, mais à des produits formés par l'organisme sous son influence.

4° Pour établir la *valeur diagnostique* de la tuberculine, il faudrait établir : *a* que la réaction ne manque jamais chez les tuberculeux, proposition démontrée fausse, dans la série de M. Arloing, par une vache atteinte de mammite tuberculeuse avec lait virulent ; *b* quelle est la dose moyenne nécessaire à cette réaction, détermination impossible étant donnés les écarts individuels énormes ; *c* que les animaux non tuberculeux ne réagissent pas, ce que contredisent d'assez nombreuses expériences faites par des vétérinaires sur des animaux atteints de maladies diverses. Quelles sont les conditions de cette réaction locale ? M. Arloing s'est demandé si un foyer nécrobiosé ne la déterminait pas, mais des expériences sur des béliers bistournés ont été négatives.

5° La *valeur curative* a été étudiée sur des animaux d'espèces diverses rendus expérimentalement tuberculeux avec de la tuberculose humaine, bovine et aviaire ; le traitement a été tantôt précoce, tantôt tardif. Or dans aucun cas la tuberculine n'a fait rétrocéder la tuberculose expérimentale. D'autre part deux vaches, auxquelles des vétérinaires compétents donnaient encore de 8 mois à 1 an de vie, ont succombé l'une en 4 et l'autre en 23 jours. Et à l'autopsie M. Arloing a vérifié les descriptions données par M. Wirchow, les éruptions de granulations fraîches, les congestions internes, hémorrhagiques même,orituberculeuses : vérification faite également à l'autopsie d'un homme soigné par M. Bondet. Il y a sans doute là une diapédèse interne, utile peut-être pour la phagocytose, mais redoutable pour la dissémination.

Mais les succès de M. Koch portent surtout sur des tuberculoses chirurgicales : les résultats ont été nuls entre les mains de M. Arloing sur des cobayes mis de la sorte en expérience, avec des lésions ostéo-articulaires.

6° M. Koch a dit avoir *conféré l'immunité* à des cobayes. Pas plus chez le cobaye que chez la génisse M. Arloing n'a pu réussir : après accoutumance complète à la tuberculine, l'animal contracte la tuberculose comme si de rien n'était.

7° On a cru voir quelque *modification des bacilles*, dans les tissus ayant réagi. A l'aide de tuberculoses chirurgicales opérées par M. Poncet après action de la tuberculine, M. Arloing a constaté que la virulence n'était nullement diminuée.

8° Quelques auteurs ont reproché à la lymphe de contenir des bacilles : à cet égard les recherches de M. Arloing ont été négatives.

Ainsi, l'échec de M. Koch est certain. Non point qu'il ne reste de ces recherches des faits scientifiquement intéressants; encore peut-on regretter que M. Koch n'ait pas précisé le déterminisme de ses expériences. Mais au point de vue vaccination et thérapeutique les résultats sont nuls, et pour la vaccination M. Arloing accorde plus d'avenir aux recherches comme celles de MM. Grancher et Hipp. Martin, basées sur les cultures atténuées.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 28 *juillet* 1891.

Présidence de M. Tarnier

Elections

Sir Joseph Fayrer (de Londres) et **M. Bateman** (de Norwich) sont élus associés étrangers.

Sels de strontium.

MM. Gayon et **Blarez**. — Nous protestons avec énergie contre les assertions produites par M. A. Gautier, à la dernière séance, à propos de nos travaux sur les sels de strontium; car nous sommes absolument étrangers à l'invention, à la fabrication et à la vente des sels livrés au public pour le déplâtrage des vins.

M. Riche. — MM. Gayon et Blarez sont deux professeurs de grande valeur et de la plus parfaite honorabilité. S'appuyant sur les expériences de M. Laborde, ils ont essayé, dans un but scientifique, un procédé soumis à leur examen, sur le traitement des vins plâtrés, pour en enlever les sulfates, et ils ont reconnu que ce procédé était exact. Ils ne sont nullement les auteurs du procédé, et ne s'occupent pas d'affaires commerciales.

M. G. Sée. — Des recherches cliniques auxquelles je me suis livré, je puis conclure que les sels de strontium sont absolument inoffensifs, et ils constituent d'excellents médicaments contre le rhumatisme. Je dépose un pli cacheté relatant mes expériences à ce sujet.

M. C. Paul. — Depuis deux mois, j'emploie avec grand succès le lactate de strontium à la dose de 8 à 10 grammes par jour, contre la pléthore abdominale et le mal de Bright; je n'ai remarqué aucune intolérance et une diminution constante de la quantité d'albumine avec amélioration notable des autres symptômes.

Hypertrophie mammaire.

M. L. Labbé a observé une fille de 14 ans, bien conformée, bien portante, réglée vers 12 ans, chez qui, il y a 8 mois, les seins étant un peu volumineux, il est survenu une poussée d'hypertrophie considérable. Pendant 8 mois les choses sont restées en l'état. Au commencement de juin, nouvelle poussée plus considérable encore. Les seins sont tellement volumineux qu'ils sont la cause d'une grande gêne. Circonférence maxima des seins, 0m.69. Plusieurs chirurgiens français et étrangers ont conseillé l'ablation, qui a été pratiquée. Le sein gauche pèse 3,500 gr.; le droit, 3,900. Il s'agit d'hypertrophie fibreuse. Au moment des deux poussées d'hypertrophie, les règles avaient été supprimées.

Entérectomie et entérorraphie pour tumeur du côlon ascendant, suivie immédiatement de l'extirpation des annexes de l'utérus. Guérison.

M. Le Dentu. — Il s'agit d'une femme de 32 ans entrée à l'hôpital pour des lésions des annexes. Elle portait en même temps dans le côté droit de l'abdomen, à la limite du flanc et de la fosse iliaque, une tumeur que l'on aurait pu prendre pour un rein déplacé; car on trouvait chez cette malade le signe que M. Le Dentu regardait jusqu'alors comme caractéristique de cette affection : la diminution de largeur de la masse sacro-lombaire; et la dépression de la région lombaire correspondante. Mais elle n'avait pas la réductibilité franche d'un rein mobile. Elle semblait siéger dans le méso-côlon. D'un autre côté il n'existait aucun symptôme fonctionnel pouvant se rattacher à un néoplasme de l'intestin. Dans ces conditions la laparotomie médiane fut pratiquée le 16 juillet pour remédier à la lésion des annexes et s'assurer de la véritable nature de la tumeur. Celle-ci, une fois séparée des adhérences qui l'unissaient à une anse d'intestin grêle, fut reconnue formée par le gros intestin transformé en une masse dure et par le mésocôlon épaissi. Les deux feuillets de ce dernier furent successivement détachés de l'intestin sur plus de vingt centimètres de longueur, les artères pincées et liées chemin faisant; quelques ganglions qui se trouvaient dans son épaisseur furent extirpés, puis, le côlon fut réséqué au-delà des limites de la partie malade, entre deux pinces droites à longs mors garnis de caoutchouc. Les deux bouts du côlon furent ensuite réunis à l'aide de deux étages de sutures à la soie, à points séparés, le premier de 19 points sur la muqueuse, le deuxième de 26 points (suture de Lembert) sur la séreuse, à l'aide de la fine aiguille de Reverdin construite par M. Collin.

Dans un second temps, les annexes furent rapidement extirpées. Les trompes étaient distendues (à droite, il y avait, de plus, plusieurs petits kystes), adhérentes à l'ovaire et contenaient du pus.

Les suites opératoires furent des plus simples. La première garde-robe eut lieu après six jours révolus. La température ne dépassa un peu 38° qu'au deuxième jour. Aujourd'hui, après douze jours, la malade peut être considérée comme à l'abri de tout danger.

La portion d'intestin réséquée mesure 12 cm. de long. Elle est constituée par un épaississement circonférentiel de l'intestin ayant déterminé un rétrécissement d'un demi-cent. de diamètre. La muqueuse est saine en amont de ce rétrécissement, tandis que, en aval, il existe une ulcération circulaire. L'examen histologique de cette néoplasie a montré qu'en aucun point il n'existait de dégénérescence épithéliale. On ne trouve que des lésions d'inflammation au niveau de l'ulcération; la couche des fibres musculaires circulaires est plus que doublée de volume et le tissu sous-séreux épaissi. Partout on remarque des éléments embryonnaires, soit sous forme de traînées irrégulières, soit sous forme de nodules, mais l'apparence de ces nodules ne permet pas de penser qu'il s'agisse de follicules tuberculeux; les ganglions lymphatiques sont sains, et en somme cette néoplasie intestinale paraît n'être constituée que par des altérations de nature inflammatoire.

Il reste difficile d'en déterminer l'origine; car la malade n'a été atteinte ni de fièvre typhoïde ni de dysentérie, ni de syphilis, et elle n'avait présenté jusqu'ici aucun symptôme de lésion intestinale. Depuis quelques jours seulement la tumeur était devenue douloureuse.

Microcéphalie.

M. Guéniot. — Le 5 décembre 1889, j'ai montré à l'Académie un enfant de 8 jours microcéphale et à cette occasion j'ai proposé de pratiquer des fenêtres à la voûte crânienne dans le but de remplacer les fontanelles oblitérées. Cet enfant a pu, grâce à un traitement antisyphilitique, vivre jusqu'à l'âge de 18 mois, mais il était absolument insensible; c'était un enfant de bois, suivant l'expression des nourrices. Il avait de la contracture des membres et des muscles de la nuque, ce que je crois être la cause de la présentation de la face. A aucun moment je n'ai trouvé l'occasion de pratiquer la crâniectomie.

A l'autopsie il s'est écoulé du crâne 125 grammes de liquide céphalo-rachidien; le cervelet, à peu près normal, pesait 70 grammes comme il est d'ordinaire à cet âge, tandis que le cerveau tout à fait lisse ne pesait que 47 gr., soit dix fois moins qu'à l'état habituel.

Ce fait démontre que la crâniectomie ne peut pas être un remède à tous les cas de microcéphalie.

Thérapeutique cardiaque.

M. Dujardin-Beaumetz. — A l'avant-dernière séance (30 juin 1891), M. G. Sée a répondu aux observations que je lui avais présentées. Sur le premier point, c'est-à-dire l'élasticité du cœur, notre accord est aujourd'hui aussi parfait que possible, car, en ajoutant le mot de contraction à celui d'élasticité, M. G. Sée montre bien qu'il ne sépare pas l'élasticité de la contractilité et qu'il accepte les données des travaux de Chauveau, Ch. Richet, Mathias Duval, etc., si confirmatifs sur ce point. Appliquant ces considérations à l'étude des médicaments cardiaques, je reconnais, avec mon contradicteur, qu'aujourd'hui le mot tonique est bien difficile à définir en thérapeutique, et je suis prêt à accepter comme lui le nom de régulateurs du cœur appliqué aux médicaments cardiaques, que nous rangions sous la rubrique de toniques du cœur.

L'action tonique de la digitale est très proche de son action thérapeutique et les physiologistes ont souvent confondu l'une avec l'autre; mais ceux-ci opèrent sur des cœurs sains et nous n'intervenons que sur des cœurs malades. Pour

Schmiedeberg et M. G. Sée, la digitale augmenterait la diastole. S'il en était ainsi, nous devrions la repousser de la thérapeutique; mais c'est, au contraire, pour vider le cœur qui se contracte incomplètement, que nous faisons toujours intervenir la digitale.

Quant à l'action de la digitaline agissant plus sur un cœur que sur un autre, je reconnais que, dans les maladies du cœur, le synchronisme dans la contraction des deux ventricules est détruit et qu'il en résulte un dédoublement dans les bruits du cœur. Je reconnais que dans bon nombre de cas et, en particulier, dans les affections mitrales, la digitale rétablit ce synchronisme, mais en ayant une action élective sur le cœur tout entier.

D'ailleurs, c'est dans l'état du muscle cardiaque que réside tout le problème, les altérations orificielles étant, à mon sens, secondaires. Tel homme peut avoir une lésion orificielle très marquée et ne présenter aucun trouble circulatoire, tandis que tel autre qui a les orifices cardiaques parfaitement sains, éprouve tous les phénomènes de l'asystolie la plus grave, parce que son muscle est scléreux, et j'eusse désiré que M. Sée nous eût montré les indications thérapeutiques qui découlent de cette sclérose du cœur suivant ses diverses origines. On sait aujourd'hui, en effet, que cette sclérose peut provenir d'un travail inflammatoire, soit d'un travail infectieux, soit surtout des modifications survenues dans la nutrition du muscle cardiaque par suite de l'altération des artères qui l'irriguent. C'est ici le triomphe de l'iodure de potassium et de certains régulateurs du cœur.

Ma généralisation serait-elle trop absolue? Sans repousser les expériences de MM. Sée et Lapicque, tous les thérapeutistes sont loin d'être d'accord pour ranger l'iodure parmi les médicaments cardiaques, et dans les expériences qui ont été faites l'année dernière par Prévost et Paul Binet, ces auteurs affirment n'avoir jamais observé une modification dans la pression artérielle lorsqu'on introduit chez les animaux l'iodure par l'estomac; les modifications de pression artérielle ne s'observeraient que lorsque l'on fait des injections intraveineuses de cette substance. Aussi je ne considère pas l'iodure comme un médicament cardiaque proprement dit, et pouvant augmenter les contractions musculaires du cœur, mais au contraire, comme un précieux agent thérapeutique, pour modifier non seulement la nutrition, mais surtout l'artériosclérose du système artériel et du système capillaire, et s'il agit si bien dans certaines affections cardiaques, c'est qu'il s'adresse surtout à ces cœurs scléreux par suite de l'altération des artères nourricières.

M. Sée dit aussi que la spartéine et la strophantine ne sont pas diurétiques. Je n'ai pas assez d'expérience de ce premier médicament pour nier ou affirmer son action diurétique; mais, je puis affirmer que, pour la strophantine ou plutôt le strophantus, j'ai toujours observé une augmentation dans la diurèse.

M. Sée m'a reproché d'être trop généralisateur, et cependant il voudrait, à tout prix, substituer aux plantes qui formaient les médicaments cardiaques, leurs principes actifs. Pour la digitaline, je suis prêt à reconnaître que la digitaline chloroformique, employée à la dose massive de 1 milligramme en vingt-quatre heures, donne des effets toniques et diurétiques aussi intenses et même quelquefois supérieurs à ceux des préparations de digitale que nous vantions autrefois (macération et infusion). Je ferai toutefois remarquer que ce sont deux variétés de digitalines absolument différentes chimiquement qui agissent dans ces cas. En effet, dans la macération et l'infusion de digitale, c'est la digitaline allemande ou digitaline soluble dans l'eau et insoluble dans le chloroforme, tandis que la digitaline de Nativelle est, au contraire, insoluble dans l'eau et soluble dans le chloroforme. Mais où je ne puis le suivre, c'est à propos de la strophantine. Fidèle à ses doctrines, il ne devrait se servir que de strophantine cristallisée, telle que l'a obtenue Arnaud. Mais cette strophantine est tellement toxique que ce n'est que par un dixième de milligramme qu'il faudrait en user. Aussi la strophantine n'est-elle pas employée en thérapeutique et fait-on, au contraire, grand usage des teintures et des extraits de strophantus.

M. G. Sée. — La digitaline n'augmente pas la tonicité du cœur; elle met en œuvre l'élasticité du muscle cardiaque et exagère la diastole du ventricule gauche, ce qui élève la pression et facilite la circulation dans tous les organes.

Si la digitaline constitue ainsi un moyen régulateur typique dans les incompensations du cœur, c'est qu'elle agit plus sur le cœur droit, la circulation pulmonaire, que sur le cœur gauche; c'est en effet cette petite circulation qui est d'abord atteinte dans l'asystolie, sous l'aspect de la dyspnée du travail.

Vient ensuite tout le système veineux où il se fait des stases du sang; de là des hydropisies, des stases rénales, avec anurie, des congestions hépatiques. La digitaline, en activant l'entrée du sang dans les artères et jusque dans les capillaires et les veines, favorise le retour du sang veineux vers le cœur et rétablit l'équilibre.

L'iodure de potassium, qui paraît si éloigné de la digitaline, agit cependant dans le même sens en élevant d'abord la pression vasculaire de par le potassium, en élargissant ensuite la cavité des artères par la vaso-dilatation provenant de l'iode. De là, une singulière facilité pour le cheminement du sang dans les artères, artérioles et veines lors des incompensations; de là surtout une progression active du sang dans les vaisseaux pulmonaires, ce qui explique la supériorité incontestée de l'iodure dans toutes les dyspnées chimiques, nervo-pulmonaires ou asthmatiques, enfin dans les dyspnées d'origine cardiaque avec stase du sang dans les vaisseaux pulmonaires.

L'iodure constitue ainsi un nouveau type régulateur dans les incompensations respiratoires qui sont pour ainsi dire constantes.

L'iodure, par son pouvoir vaso-moteur, surtout vaso-dilatateur, présente une autre propriété des plus précieuses. Lorsqu'une ou deux artères coronaires du cœur droit sont oblitérées partiellement ou rétrécies sur leur trajet ou à leur entrée, il en résulte une oligémie plus ou moins étendue du cœur, lequel ne tarde pas à dégénérer; d'une autre part, des accès d'angine de poitrine vrais et graves. L'iodure prévient les accès en rétablissant la circulation intracardiaque; il favorise aussi, mais non toujours, la réintégration du muscle myocarde.

L'ioduration s'impose dans ce double but, mais elle doit être continue, considérable et encore, dans ces cas, voit-on passer souvent les accès, mais se transformer en accès d'asthme cardiaque, parce que le cœur reste frappé d'une cardiopathie vulgaire, qui réclame aussi l'ioduration; mais celle-ci n'est souvent suivie que d'un succès relatif.

Physiologie de la voix. Dilatation de la trachée chez les chanteurs.

M. Nicaise. — La trachée a deux fonctions à remplir: elle sert de conduit vecteur à l'air de la respiration; elle joue un rôle dans la production du son. Par son élasticité et sa contractilité, elle augmente et maintient la tension de l'air. Cette tension ne dépend pas seulement de la contraction de la trachée, mais aussi et surtout de la contraction des muscles expirateurs.

L'air est chassé vers la glotte par deux forces, la contraction des muscles expirateurs et celle de la trachée et des bronches, qui s'ajoute à la rétraction du poumon. La première de ces forces est soumise à l'influence de la volonté et peut faire l'objet d'une éducation spéciale; la seconde en est indépendante.

Les altérations subies par la trachée se manifestent par des troubles dans l'intensité du son et dans leur timbre. La perte de son élasticité et de sa contractilité diminuera les vibrations des cordes vocales et il y aura des fautes, des variations dans l'émission du son, qui sera moins intense, des notes pourront manquer; les altérations survenues dans sa structure modifieront la propre résonnance et le timbre du son.

C'est ce qu'on observe par les progrès de l'âge; la portion membraneuse s'atrophie, devient mince et flasque. L'âge agit ainsi sur les anneaux cartilagineux qui deviennent moins souples. En outre de l'âge, la contractilité de la trachée peut être modifiée par des inflammations antérieures, par des scléroses analogues à celles qu'on observe dans les artères.

Chez les chanteurs, chez les crieurs, la trachée peut subir des altérations spéciales, soit par l'abus de la fonction, soit par suite des prédispositions pathologiques ci-dessus énumérées.

Si son élasticité est mise en jeu d'une façon exagérée, trop souvent et pendant trop longtemps, elle s'affaiblira, il se produira des dilatations persistantes, une sorte d'anévrysme tra-

chéal; la dilatation pourra être plus considérable et donner lieu à la trachéocèle.

Ces lésions ont déjà été observées, et c'est pour y obvier que, d'après Larrey, les crieurs d'Egypte ont soin de se comprimer le cou et la gorge avec un grand collier de carton garni de toile.

Epidémies de choléra en 1890 dans l'Empire ottoman et en Perse.

M. A. Proust. — Comme suite à ma précédente communication (19 mai 1891) sur les épidémies de choléra survenues en 1890 en Espagne et au Hedjaz, je m'occuperai aujourd'hui de celles qui ont été observées pendant la même année dans l'Empire ottoman et en Perse.

On peut évaluer approximativement de 35,000 à 45,000 le nombre des victimes par suite de ces dernières épidémies, en une année et demie (juillet 1889 à la fin de 1890), soit un cas de mort sur environ 175 habitants.

En résumant ce que l'on sait de positif sur l'origine du choléra de 1889-1890 dans l'Empire ottoman, on arrive aux conclusions suivantes :

Il est bien difficile d'admettre que le choléra de l'Irak-Arabi, source certaine des épidémies qui ont successivement et en dix-huit mois envahi la Mésopotamie, la Perse occidentale, la Syrie et les régions limitrophes de l'Anatolie, puisse être attribué à une renaissance des épidémies anciennes, puisque les dernières apparitions du choléra en Irak-Arabi remontent à la fin de l'année 1881 et que les pays envahis en 1889, sauf la Syrie en 1875, ont été constamment indemnes de choléra durant ce long intervalle de plus de dix-huit années.

Si cette supposition doit être écartée, force est bien d'admettre l'importation, et de quelque côté qu'on se retourne, il n'est possible d'admettre qu'une porte d'entrée, le golfe Persique, et qu'une source, l'Inde et notamment Bombay et ses environs. D'ailleurs, durant et avant l'époque de l'apparition du choléra en Irak-Arabi, la mortalité cholérique de la grande ville de Bombay et des *environs* allait jusqu'au chiffre énorme de 600 personnes et plus par semaine. L'état de plusieurs des navires de la *British India C°*, qui seuls fréquentent régulièrement le golfe et Bassorah et y apportent des passagers et fréquemment des pèlerins de l'Inde, a été constaté au moins comme suspect. Tout porte donc à admettre avec toute vraisemblance que si le choléra a pénétré par les bouches du Chat-el-Arab dans l'Irak-Arabi, cette importation a eu lieu par des navires de la Compagnie anglaise, bien plus probablement que par d'autres voies.

Si, d'autre part, on se reporte à la mer Rouge, on ne trouve, comme source analogue d'importation, que les navires à pèlerins, le lazaret de Camaran qui les reçoit de la Mecque, but de leur voyage. Car, dans cette région aussi, il est difficile d'admettre une renaissance du choléra après un intervalle de près de sept années, de 1883, date de la dernière épidémie, à 1890. Pas un cas de choléra n'a été signalé pendant ce laps considérable de temps, ni pendant ni en dehors de l'époque du pèlerinage au Hedjaz.

Mais si lors des épidémies du pèlerinage, en 1881 et 1882, il n'existait nulle part de choléra dans l'Asie antérieure (Perse, Turquie d'Asie, Arabie), ni en Egypte, ni même en Europe, et que force était bien d'admettre l'importation des Indes, il n'en était pas de même en 1890 où la maladie sévissait et avait sévi en 1889 en Mésopotamie. On a même supposé qu'elle existait en Arabie. Or, suivant toute probabilité, l'importation du choléra au Hedjaz par les caravanes est fort difficile, sinon impossible à admettre, et par conséquent, il est beaucoup plus vraisemblable d'accepter l'importation par la voie de la mer Rouge.

En fait, l'origine demeurerait toujours la même, que le choléra ait pénétré au Hedjaz indirectement par le golfe Persique ou directement par la mer Rouge. L'Inde est toujours le foyer d'émission plus ou moins direct ou indirect.

Aussi, plus encore que par le passé, l'attention de l'Europe doit-elle être désormais appelée sur le danger permanent que pourront lui faire courir ces deux grands prolongements de l'océan Indien qui, à l'orient (golfe Persique) et à l'occident (mer Rouge), s'avancent, comme deux grands bras, jusqu'aux portes de la Méditerranée, où ils permettent aux rapides steamers d'apporter de Bombay et de tout l'empire anglo-indien, avec une vitesse remarquable, des marchandises précieuses et des passagers, mais aussi des germes de redoutables épidémies.

En ce moment la Turquie est seule chargée de la surveillance de ces deux passes périlleuses. On sait qu'elle n'est pas en mesure de garder efficacement les deux détroits maritimes; elle ne possède ni le matériel, ni le personnel, ni les moyens de police maritime nécessaires pour atteindre ce but. Il importe qu'elle puisse, avec l'aide des puissances intéressées, améliorer ses mesures et ses dispositifs de prophylaxie ; c'est ce qu'il faut chercher à obtenir pour le moment.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Seance du 20 juillet 1891.

Des oscillations dans l'appareil visuel.

M. Charpentier (de Nancy). — J'ai étudié certains phénomènes dont l'ensemble démontre expérimentalement la production d'*oscillations dans l'appareil visuel*. Ces oscillations semblent liées plutôt à une réaction de la rétine impressionnée par la lumière qu'à l'acte même de la sensation; mais elles peuvent servir de point de départ pour une analyse plus intime du mécanisme de l'acte en question.

Un premier fait est celui de la *bande noire :* un secteur blanc sur un disque noir tournant autour de son centre avec une vitesse modérée montre le long de son bord initial, pendant la rotation, une zone noire concentrique au secteur et séparée du bord par une zone blanche de même largeur qu'elle; cette largeur est telle que le passage de la bande noire sur un point de la rétine dure environ 1/65 à 1/70 de seconde. Le phénomène est d'autant plus frappant que l'éclairage est plus fort; l'œil doit être absolument immobile. La vitesse de la rotation influe sur la largeur, mais non sur la durée du passage de la bande noire. Cette sorte de réaction de la rétine s'observe même avec des lumières instantanées ; elle prend alors une nouvelle forme, celle du *dédoublement de la sensation*, que j'ai étudiée surtout avec des décharges d'induction dans les tubes de Crooks ou de Geissler. Chaque décharge observée isolément dans l'obscurité semble disparaître, un très court instant après sa production, pour renaître aussitôt et se prolonger plus ou moins longtemps.

Cette sorte d'oscillation négative est-elle unique ? Je ne le pense pas; j'ai vu, dans certains cas, la bande noire suivie d'autres bandes analogues également espacées, mais beaucoup moins nettes; la première phase négative est celle qui domine le phénomène, et ces apparences, quelles que soient leurs causes, peuvent être caractérisées comme étant le résultat d'oscillations rétiniennes nées sous l'influence de l'excitation lumineuse au moment de son début.

Ce qui confirme cette interprétation, c'est que ces oscillations se propagent le long de la rétine avec une vitesse spéciale à partir du point où elles prennent naissance, et qu'on peut, en se plaçant dans certaines conditions expérimentales, avoir de véritables phénomènes d'interférence dans la sensation. Ces interférences paraissent se faire alors entre les oscillations propagées à distance et les oscillations directes produites sur le passage d'un petit objet blanc tournant avec une vitesse assez grande pour produire une large image persistante, laquelle, dans ces conditions, se montre sillonnée de cannelures sombres équidistantes. Celles-ci sont d'autant plus rapprochées que la rotation de l'objet est plus rapide ou que sa distance à l'œil est plus faible.

Ce point confirme la théorie précédente et l'expérience montre directement les oscillations rétiniennes dont j'avais prévu l'existence depuis l'étude de la bande noire, que j'ai communiquée l'an dernier à la Société de biologie.

Sur l'innervation de l'estomac.

M. Contejean. — Les recherches que j'ai entreprises sur l'innervation motrice, vaso-motrice et sécrétoire de l'estomac,

en prenant des batraciens pour sujets d'expériences, me conduisent à émettre les conclusions suivantes :

1° Le nerf pneumogastrique est le nerf régulateur des mouvements de l'estomac. Son excitation détermine l'apparition d'ondes péristaltiques, tandis que l'excitation du sympathique ne produit que des crampes ataxiques.

2° Les filets vaso-dilatateurs sont fournis par le pneumogastrique; les vaso-constricteurs, par le sympathique. Les centres nerveux présidant à la sécrétion réflexe des glandes gastriques se trouvent dans les plexus ganglionnaires intrastomacaux. En effet, des crapauds et des grenouilles à estomac totalement énervé ont digéré de l'albumine et fourni du suc gastrique absolument normal.

3° Le pneumogastrique exerce son influence excitante sur la sécrétion des glandes de l'estomac, tandis que le sympathique a une action inhibitoire. L'ensemble de ces deux nerfs, l'un excito-sécrétoire, l'autre fréno-sécrétoire, règle l'activité des glandes gastriques.

SOCIÉTE FRANÇAISE D'OPHTHALMOLOGIE

Séance du 7 juillet 1891.

Tuberculose de l'iris.

M. Gillet de Grandmont apporte un nouvel exemple de tumeur irienne de diagnostic délicat. D'après l'aspect physique de la production morbide, on devrait croire à un tubercule de l'iris, mais les antécédents du sujet et le traitement employé établissent qu'il s'agit d'une production de nature rhumatismale.

Traitement des granulations.

M. Darier présente comme guéris par le brossage sept granuleux et accuse trois ou quatre insuccès dans une série de quatre-vingt malades traités par lui ou par le Dr Abadie.

M. Despagnet remarque que deux des malades présentés ont, en effet, une conjonctivite exempte de granulations, mais il s'étonne de ne pas y constater de cicatrices; quant aux autres, ils ne sont pas guéris.

M. Gorecki modifie l'opération de M. Darier en utilisant les injections sous-conjonctivales de cocaïne au lieu du chloroforme, pour insensibiliser le patient; il est assez satisfait des résultats obtenus, mais il se garde, toutefois, de croire à des guérisons complètes et définitives.

M. Chevallereau préfère brosser simplement la conjonctive avec une compresse de grosse toile imbibée de solution de sublimé à 1/500.

M. Vignes déclare que les résultats obtenus chez les malades de M. Darier ne lui feront pas abandonner le massage avec l'acide borique.

M. Abadie insiste sur la supériorité du traitement que, de concert avec M. Darier, il préconise.

M. Valude et **M. Despagnet** ont eu des nouvelles récentes de malades traités à Alger par M. Abadie, et ces malades ne sont nullement guéris, pas plus que ceux présentés devant la Société.

Colobomes symétriques de l'iris et de la choroïde.

M. Duboys de Lavigerie présente un enfant de trois ans, qui porte dans chaque œil un colobome de l'iris et de la choroïde.

Nimier.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séances des 17 *et* 24 *juillet* 1891.

Occlusion intestinale par calcul biliaire.

M. Thiroloix a observé dans le service de M. Lancereaux une femme qui, après des antécédents nets de lithiase, fut apportée à l'hôpital pour des accidents d'occlusion. M. Clado, contrairement à M. Lancereaux, pensa plutôt à un cancer et se résolut à l'anus contre nature : mais par la plaie abdominale il introduisit son doigt et sentit une tumeur dure qu'il amena au dehors. C'était un volumineux calcul qu'il enleva après entérotomie. Il termina par l'entérorrhaphie, mais la fit d'une manière défectueuse, car il resta une perforation et la malade mourut de péritonite.

Kyste du rein.

M. Poirier a trouvé sur un cadavre un kyste volumineux — gros comme une tête d'enfant — dans la moitié supérieure d'un rein en ectopie congénitale (vu l'origine des vaisseaux rénaux) pelvi-abdominale. A ce propos M. Poirier émet l'hypothèse que certaines opérations d'hydronéphrose intermittente sont en réalité des kystes de ce genre se vidant à un moment donné dans les voies d'excrétion par une effraction analogue à celle que M. Poirier a constatée par ses injections dans l'uretère (voy. *Mercredi*, n° 29 p. 370). Dans l'espèce, le bassinet n'est nullement dilaté quoique l'uretère soit coudé.

M. Cornil croit que cette évacuation des kystes doit, en tout cas, être bien exceptionnelle, tandis que l'hydronéphrose intermittente est bien prouvée.

D'une opération qui permet de découvrir la dernière portion de l'uretère.

M. Delbet. — Dans certains cas d'enclavement de calculs, il peut être nécessaire d'agir directement sur l'uretère. L'intervention est aisée quand il s'agit des portions supérieures ou moyennes de l'uretère; mais les 6 derniers centimètres de ce canal sont difficiles à aborder par les divers procédés qui ont été employés jusqu'ici. Il m'a semblé que la voie sacrococcygienne devait permettre d'arriver aisément sur cette dernière portion, et, d'après les recherches cadavériques que j'ai faites, voici comment je propose de régler l'opération.

1° Placer le malade dans le décubitus latéral, en ayant bien soin de le faire reposer sur le côté sain. Si on veut découvrir l'uretère gauche, il faut faire reposer le malade sur le côté droit. Cela est fort important. Si on place le malade en sens inverse, le rectum très mobile tombe dans la plaie et gêne considérablement les recherches.

2° Pour pénétrer dans le bassin, on peut employer l'une quelconque des nombreuses incisions qui ont été proposées. Il suffit toutefois pour cette opération de faire une incision en L, dont la longue branche presque verticale est placée sur le bord sacro-coccygien, et dont la petite branche tombant verticalement sur l'extrémité supérieure de la première est à peu près parallèle aux fibres du grand fessier.

3° Après avoir coupé les insertions de ce muscle, des ligaments sacro-sciatiques, et quelques fibres du pyramidal, on arrive dans le bassin.

4° Alors il faut prendre grand soin, pour pénétrer plus profondément, de raser la face latérale du rectum. Si on ne prend pas cette précaution, et qu'on suive au contraire la paroi latérale du bassin, on tombe au milieu des branches artérielles et veineuses du pédicule vasculaire du petit bassin, on s'expose à les blesser, et égaré au milieu de ces nombreux vaisseaux on ne trouve que bien difficilement l'uretère. Il faut donc, avec une pince et une sonde cannelée, cheminer d'avant en arrière en rasant le rectum jusque sous le péritoine. Tous les vaisseaux rejetés en dehors ne courent aucun risque, et on arrive assez aisément sur l'uretère qui est toujours accolé au péritoine.

L'uretère trouvé, on peut le suivre en bas jusqu'à la vessie, en haut jusqu'à sept ou huit centimètres de sa terminaison.

Cette description s'applique particulièrement à l'homme. Chez la femme la recherche de l'uretère est rendue un peu plus difficile par la présence du ligament large et je n'ai pas encore suffisamment étudié les points de repère qui permettraient de le trouver. Il est possible du reste que, chez la femme, la voie vaginale soit dans ce but préférable à la voie sacrée.

Résistance de l'urèthre.

M. Delbet. — Lorsqu'on fait des injections dans l'urèthre, il arrive souvent même sur des cadavres très frais que l'injection pénètre dans le corps spongieux et revient par les veines. La pénétration dans le tissu érectile se fait sous une pres-

sion variable, mais souvent assez faible, de 20 à 30 centimètres de mercure.

Lorsqu'on examine l'urèthre après que l'injection a passé dans le corps spongieux, on n'y découvre à l'œil nu aucune lésion; il faut le microscope pour arriver à découvrir de très minces éraillures, et cependant l'injection pénètre avec une telle facilité dans le corps caverneux et de là dans les veines, que la pression même pendant qu'on continue l'injection tombe au voisinage de zéro. Il s'agit donc de très minces éraillures, bien différentes de celles qu'on observe quand on fait le cathétérisme avec un instrument trop volumineux. Et c'est là le fait important, ces éraillures pénètrent jusque dans le corps spongieux et mettent en communication directe la cavité de l'urèthre avec celle des aréoles du tissu érectile. Ce fait me paraît être de nature à expliquer certaines formes de fièvre urineuse.

M. Achalme montre une *rupture du cœur* avec oblitération des artères coronaires.

Epithélioma térébrant du sein.

M. Hartmann montre un sein qu'il a enlevé, dans le service de M. Terrier, à une femme qu'on avait refusé d'opérer dans différents hôpitaux. L'ulcération très étendue perfore toute la mamelle et arrive jusqu'à la couche graisseuse sous-mammaire. Cependant ce cancer, à première vue inopérable, n'offrait aucune adhérence au pectoral et ne s'accompagnait que d'un engorgement axillaire très minime.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 22 juillet 1891.

Anévrysme artério-veineux.

M. Reclus rend compte d'un fait de **M. Eug. Monod** (de Bordeaux). Il s'agit d'un serrurier de 28 ans qui reçut au mollet un coup de serpette, d'où une hémorrhagie abondante, arrêtée par la forcipressure et la compression. Puis les signes d'anévrysme artério-veineux devinrent nets et M. Monod essaya d'abord pendant 11 jours la compression directe et indirecte : échec complet et douleurs. Il se résolut alors à opérer et se proposa de faire la ligature des deux bouts artériels; mais chemin faisant il constata que l'extirpation était facile, coupa l'artère en bas entre deux ligatures, puis disséqua de bas en haut en relevant le sac. Il y eut quelques difficultés parce que, la bande d'Esmarch ayant été insuffisamment serrée, le sang veineux venait en abondance; la bande fut enlevée et l'opération terminée simplement avec des pinces à forcipressure. L'opéré guérit, après une très légère suppuration.

M. Reclus croit que M. Monod eût bien fait d'épargner à son malade les 11 jours de compression, méthode souvent inefficace, douloureuse et au moins aussi dangereuse aujourd'hui que l'intervention sanglante. Quant à la double ligature, M. Reclus pensait il y a quelque temps encore que c'était la méthode de choix lorsque la distance entre les deux fils était faible, en sorte que le sac recevait peu d'artères. Cette opinion était à peu près celle de la majorité lors de la dernière discussion de la Société de chirurgie. Mais déjà à ce moment Trélat et Delbet trouvaient ces distinctions subtiles et conseillaient l'extirpation comme méthode de choix, aussi facile et plus radicale. En fait, c'est eux qui ont eu raison : les observations récentes sont toutes en faveur de l'extirpation et M. Reclus s'y rallie nettement. Quant aux anévrysmes artériels, il pense encore que l'on doit essayer la ligature au-dessus.

Myome et grossesse.

M. Houzel (Boulogne-sur-Mer) envoie une observation intéressante de myome utérin ayant amené l'avortement à 5 mois et demi. M. Houzel fit, sous le chloroforme, l'extraction de l'enfant, puis la délivrance artificielle et il constata l'existence d'un gros myome occupant le fond de l'utérus. Il se proposait de respecter, pour attaquer cette tumeur, la période puerpérale, mais, après 8 jours de bonne santé, des accidents septiques débutèrent, rebelles aux injections de sublimé. La main forcée, M. Houzel fit immédiatement l'énucléation vaginale du myome, mit dans l'utérus une mèche au naphthol camphré, dans le vagin un tamponnement au salol et la guérison fut rapide. Cela prouve que la période puerpérale n'est plus, comme jadis, une contre-indication opératoire, si l'on a une antisepsie suffisante.

Plaies pénétrantes de l'abdomen.

M. Terrier a reçu il y a quelques semaines dans son service un Italien qui, à 4 heures du matin, avait reçu un coup de couteau dans l'abdomen, à 11 centim. à gauche et au-dessus de l'ombilic. L'exploration avec un stylet aseptique ayant démontré la pénétration, à 9 heures du matin M. Terrier fit la laparotomie médiane, avec l'assistance de M. Broca, quoique les symptômes abdominaux fussent nuls. L'exploration méthodique montra en effet que les viscères étaient tous intacts; en 40 minutes tout était terminé et le malade guérissait rapidement, ayant eu 37°,2 comme température maxima. C'est un fait de plus pour prouver l'innocuité — et dès lors l'indication — de la laparotomie exploratrice en soi.

M. Quénu communique, à ce propos, l'observation d'un homme qui avait reçu un coup de couteau dans la fosse iliaque droite, et par là sortait du sang en abondance; débridement large ; le sang venait du muscle psoas, perforé ; ligature, suture, guérison.

M. Marc Sée. — Je vois avec plaisir que, malgré les préceptes anciens, l'exploration, que j'ai le premier conseillée ici, des plaies de l'abdomen à la sonde se généralise de plus en plus.

M. Terrier. — J'ignore absolument si cette priorité revient à M. Sée, mais ce que je sais, c'est que Chassaignac, lorsque j'étais son interne, en 1861, faisait cette exploration. Il est vrai qu'il était antiseptique sans le savoir, car il lavait au nitrate d'argent la plaie et le stylet. Aujourd'hui, l'innocuité de l'exploration aseptique des plaies est universellement admise.

Rein mobile et pyélonéphrite.

M. Quénu présente un rein qu'il a enlevé à une femme de 25 ans, atteinte depuis un an de douleurs qu'après des diagnostics variés on a rapportées à un rein flottant. En mars dernier la nephrorrhaphie fut faite, amenant une amélioration considérable, mais temporaire. Puis du pus apparut dans l'uretère, par intermittences: malgré ces intermittences, aucune coudure ne fut vue sur la partie explorée de l'uretère.

M. Bazy ayant remarqué que quand le rein est malade il faut faire d'emblée la néphrectomie, **M. Quénu** lui fait observer que c'est parfaitement exact, mais qu'au moment de la néphrorrhaphie le rein paraissait sain à la vue et au toucher, que même une bosselure ne lui eût pas suffi pour sacrifier un organe que le simple rétablissement en position normale eût peut-être guéri. **M. Terrier**, qui pense que les reins déplacés sont souvent des reins malades, insiste sur cette difficulté de bien établir si le rein est ou non justiciable de la néphrorrhaphie.

Elections

MM. Boiffin (Nantes), Boursier, Monod (Bordeaux) et Schmit (armée) sont élus membres correspondants nationaux.

A. Broca.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 24 juillet.

Présidence de M. E. Labbé

Tuberculine dans le liquide pleurétique.

M. Debove. — Le 3 avril dernier, dans un travail fait avec M. Rémond et publié à cette époque par le *Bulletin médical*, j'annonçais que j'avais trouvé de la tuberculine dans le liquide d'une péritonite tuberculeuse. Nous avions utilisé ce liquide pour traiter un malade atteint de lupus. N'ayant plus à notre disposition de péritonites tuberculeuses, j'ai, avec M. Renault, employé dans le même but du liquide de

pleurésies dont la nature tuberculeuse a été démontrée par l'inoculation au cobaye. Nous avions soin de stériliser ce liquide avant de l'injecter; pour rendre la piqûre moins douloureuse, nous y avons ajouté une petite quantité de chlorhydrate de cocaïne. Le 7 mai, injection de 10 cc. de lymphe pleurétique stérilisée par le filtre Pasteur; la température s'élève de 1 degré; le lupus rougit, se tuméfie et fournit une exsudation qui se concrète en croûtes jaunâtres. Il y avait donc réaction à la fois générale et locale. Le 10 mai nous élevons la dose et injectons 20 cc. La température monte à 40 degrés; au sommet des deux poumons il se fait une poussée congestive qui dure trois jours. Exsudation vive au niveau du lupus.

L'ébullition est le mode de stérilisation le plus sûr, mais il était intéressant de savoir si elle ne détruit pas la tuberculine. Nous faisons donc bouillir du liquide d'ascite tuberculeuse et nous en injectons 10 cc. le 14 mai. Température 39°8; réaction locale très nette, albuminurie légère, pas de congestion pulmonaire. Le 29, injection de 20 cc. du même liquide stérilisé par ébullition. Température 38°8, réaction locale très nette.

Le 6 juin, injection de 10 cc. de liquide pleurétique bouilli. Réactions générale 38°4 et locale manifestes. Le 9 juin 20 cc. du même liquide. Pas de fièvre; le lendemain réaction légère du lupus. Le 14 juin, 10 cc. du même liquide; il nous a semblé que l'ébullition atténuait un peu les effets de la lymphe, aussi nous avons essayé un autre mode de stérilisation : le chauffage discontinu. Le 2 juin injection de 10 cc. de liquide pleurétique stérilisé par le chauffage discontinu. Température 39°9, oppression; congestion des deux sommets. La réaction locale ne se produit que le lendemain, mais avec intensité. Par ce procédé il semble qu'on obtient un liquide produisant des réactions plutôt trop vives.

On voit d'après cela que les liquides des épanchements tuberculeux des cavités séreuses contient un principe analogue à la tuberculine. Ils produisent sur les tuberculeux les mêmes effets que la lymphe de Koch et ces effets ne sont pas produits par d'autres sérosités telles que celle de l'ascite cardiaque par exemple. De plus les tuberculeux sont seuls à éprouver les réactions classiques. Un sujet bien portant a reçu jusqu'à 40 cc. de notre liquide, sans éprouver le moindre inconvénient. Le liquide avait été stérilisé à la fois par l'ébullition et par le filtre Pasteur.

Comme résultat thérapeutique définitif, je crois que nous n'avons rien obtenu. A la suite des injections et des réactions qu'elles provoquaient, le lupus s'affaissait et semblait devoir guérir. Mais depuis six semaines que le traitement a été interrompu, il semble avoir repris à peu près son aspect primitif.

Ictère hématique par hémoglobinémie.

M. Hayem. — Je viens d'observer un homme de 40 ans, qui, il y a quelques années, à la suite d'une chute dans un puits, semble avoir eu une néphrite aiguë dont il s'était à peu près guéri. Ces temps derniers, il eut à faire un travail très dur et veilla plusieurs fois. Au bout de huit jours de surmenage, il dut entrer à l'hôpital le 22 juin 1891, très abattu, avec une fièvre de 38° à 38°8, un aspect typhique et une teinte ictérique spéciale rappelant celle du sérum sanguin; soif vive; diarrhée assez abondante, rate un peu augmentée, pouls fréquent, très irrégulier, avec hypertrophie cardiaque. Les urines abondantes étaient très rouges et contenaient beaucoup d'urobiline et d'albumine. Je diagnostique une auto-intoxication par surmenage ayant retenti surtout sur le cœur. Quatre jours après son entrée, le 20 juin, il rendit 4 litres d'urine très urobilique, puis son état s'améliore, le cœur se régularise, la température s'abaisse, la diarrhée diminue; le 29 il était convalescent; cependant la fièvre ne cesse que le 9 juillet. Mais à mesure qu'il guérissait on percevait à la pointe du cœur un bruit de galop de plus en plus net; il subsista une polyurie de 2 litres et une albuminurie intermittente et variable. La teinte ictérique disparaissait lentement; les urines se décoloraient. La convalescence fut assez longue; le malade se remettait difficilement.

J'ai fait sur ce malade l'étude du sang et de l'urine.

La diurèse, restée très abondante pendant la fièvre, s'est élevée à 4 litres au moment de la défervescence qui a été d'ailleurs incomplète. L'urine, très riche en urobiline quoiqu'il n'y eût pas d'altération du foie, ne contenait pas de pigments biliaires. L'excrétion de l'urée était abondante (51 gr.).

L'étude du sang indiquait une anémie du 3e degré : 2.727.000 globules rouges dont le pouvoir colorant équivalait à celui de 1.772.000 seulement de globules sains, leur richesse en hémoglobine n'était donc que de 0,65; globules blancs 4420. Le sérum était laqué, d'un rouge cerise; il contenait de l'oxyhémoglobine, de l'urobiline, mais pas de pigments biliaires. Ensemencé, le sang ne donna lieu à aucune culture. En somme, chez un homme atteint de néphrite interstitielle datant de plusieurs années, s'était développée sous l'influence du surmenage une maladie pyrétique à forme typhoïde. Si on compare ces symptômes à ceux qu'a décrits M. Randon dans sa thèse, on voit qu'ils sont absolument ceux de la fièvre de surmenage à forme typhoïde, état fébrile peu élevé, céphalalgie, douleur vertébrale, diarrhée, irrégularité cardiaque, excrétion considérable d'urée. L'auto-intoxication avait été sans doute favorisée par la lésion rénale.

L'ictère dans ce cas ne tenait pas aux pigments biliaires, puisqu'on n'en trouvait ni dans les urines ni dans le sérum; c'était un ictère hématique semblable à celui que Poncet a décrit dans sa thèse. Cet ictère a la couleur du sérum du sang. Dans l'urine, on trouve de l'urobiline et pas de pigments biliaires.

Dans l'ictère hémaphéique, on trouve dans le sang des pigments biliaires modifiés.

Chez mon malade, l'urine avait les caractères de celle de l'ictère hématique, mais dans le sérum au lieu d'urobiline on trouvait de l'hémoglobine. Comme brusquement le malade était devenu très anémique, il est probable que l'hémoglobine des globules détruits s'était dissoute dans le sérum.

Malgré son hémoglobinémie de longue durée, cet homme n'a jamais eu dans ses urines d'hémoglobine, qui semblait se transformer dans les reins en urobiline.

On sait que dans l'hémoglobinurie paroxystique les choses se passent autrement : l'hémoglobine dissoute dans le sérum s'élimine en nature.

M. Rendu. — Gubler admettait déjà que l'ictère hémaphéique pouvait résulter d'une destruction intense des globules.

M. Hayem. — Il est bien difficile de préciser ce que Gubler appelait *ictère hémaphéique*. Il entendait par là tout ictère causé par autre chose que par les pigments biliaires de la bile. Or, les ictères non biliphéiques sont de nature assez diverse. Chez mon malade l'hémoglobine était la seule matière tinctoriale capable de donner lieu à l'ictère.

Diabète insipide chez un hystérique.

M. Mathieu. — Un homme de trente-sept ans se livre trois jours de suite à des excès alcooliques. A la suite il a de la polyurie qui lui semble toute naturelle. Cependant la polyurie persiste, le malade a une soif vive, un appétit exagéré. Comme il perd ses forces, il entre dans le service de M. Féréol il y a de cela deux ans. A ce moment il rendait 13 litres d'urine par jour. Il y resta huit mois et sortit à peu près guéri.

Mais depuis, tous ces accidents ont recommencé et il est entré dans mon service. Il rend de 5 à 7 litres d'urine. Pas d'azoturie (de 25 à 30 gr. d'urée), pas de phosphaturie (de 2 gr. à 2 gr. 50 de phosphates).

Cet homme est hystérique, il a l'hémianalgésie, le rétrécissement du champ visuel, l'absence du réflexe pharyngien, etc. La polyurie est une polyurie hystérique dont elle a les caractères (pas d'azoturie ni de phosphaturie).

Dans l'absinthisme, M. Lancereaux a décrit également une polyurie sans phosphaturie, ni azoturie; ses malades, qui présentaient en outre des crises convulsives, étaient sans doute aussi des hystériques. Quoi qu'il en soit, la polyurie peut donc être dans certains cas fonction de l'hystérie.

M. Ballet. — La polyurie nerveuse dépend soit de la dégénérescence héréditaire dont elle serait une manifestation physique, soit de l'hystérie.

M. Mathieu. — Dans les cas de polyurie hystérique, l'azoturie s'observe surtout lorsque les malades sont polyphagiques.

M. Ballet. — Mon malade n'était pas polyphagique.

M. Hayem. — La quantité des substances dissoutes dans l'urine est en rapport avec l'alimentation des malades. D'autre part, les malades ont une soif vive et c'est pour cela qu'ils sont polydipsiques.

M. Rendu. — Je crois aussi que l'azoturie dépend de l'alimentation ; je pense également que s'il y a abaissement du chiffre de l'urée dans les maladies du foie, c'est parce que le malade ne mange pas.

M. Hayem. — Ce que dit M. Rendu est vrai également pour le cancer de l'estomac. On a dit également que dans le cancer, il y avait diminution des chlorures. Cela est vrai lorsque le malade mange peu et absorbe peu de chlorures ; cela est vrai également quand il se cachectise, et lorsqu'il verse des chlorures dans le liquide de son œdème.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 25 juillet 1891.

Présidence de M. Straus

Mesure de l'énergie des muscles de la face.

M. Féré. — Dans certaines affections portant sur le système des muscles de la face, il existe une variation de l'énergie de la contractilité volontaire. Ceci s'observe dans les parésies ou paralysies, dans le bégaiement, ou d'autres états analogues. Il serait intéressant de pouvoir mesurer l'énergie musculaire dans certains mouvements donnés, l'action de faire la moue, par exemple. Voici un appareil qui permet cette mesure et rend compte en particulier de la force de propulsion des lèvres.

Cet autre appareil sert à apprécier la force des élévateurs de la mâchoire inférieure. On sait que cette forme est diminuée du côté paralysé dans l'hémiplégie organique ou hystérique. Or la pince garnie de plomb que je présente et qui s'adapte à un dynamomètre ordinaire permet de juger assez exactement la diminution d'énergie. Tandis que des sujets sains ont pu fournir une pression équivalent à 80 kg., j'ai vu la pression s'abaisser chez des paralytiques à 40 kg. ou au-dessous. J'ai constaté de plus que chez certains dégénérés non paralytiques il existe parfois un vice de conformation d'un côté de la mâchoire avec arrêt de développement des dents : dans ces cas, le dynamomètre accusait également un affaiblissement musculaire prononcé.

Variations de la taille.

M. Féré. — On sait que l'attitude exerce sur la taille une influence marquée, et que la taille fournit des chiffres de mensuration plus élevés dans l'attitude du décubitus horizontal. La différence d'avec l'attitude debout peut aller jusqu'à 3 centimètres. J'ai fait à ce sujet quelques mensurations de contrôle chez des hommes d'âge très différent, et j'ai constaté que de 18 à 70 ans la variation que comporte l'attitude oscille dans les mêmes limites. La loi paraît donc uniforme et indépendante de l'âge chez l'adulte.

Sur le tétanos.

M. Vaillard. — Dans une récente séance, M. Sanchez Toledo est venu communiquer des recherches qui paraissaient infirmer catégoriquement les résultats annoncés par M. Vincent et par moi, en ce qui concerne le mode d'action des cultures tétaniques injectées aux animaux. Comme nos premières expériences nous avaient fourni des résultats constants, j'ai proposé à M. Sanchez Toledo de reprendre ces recherches avec lui, sous forme contradictoire. Or, comme nous l'avions éprouvé avec M. Vincent, il s'est trouvé dans ces nouvelles expériences que les cultures tétaniques riches en spores, après chauffage à 67 degrés, ne déterminaient plus aucun accident chez les animaux. De même l'enduit de culture riche en spores, après lavage pendant 5 jours avec 6 litres d'eau, n'a plus développé le tétanos que chez un cobaye sur sept inoculés. Si l'on remarque que, dans ce fait divergent, il a pu s'agir d'un lavage insuffisant, on voit que ces expériences de contrôle confirment les premiers résultats annoncés, après nos recherches avec M. Vincent.

Action de la pilocarpine sur les sécrétions.

M. Chauveau. — Je veux rappeler devant la Société quelques expériences sur ce point, qui ont été faites par M. Cornevin. Cet observateur a eu l'occasion d'instituer quatre expériences très bien conduites chez des femelles en lactation. Même en injectant de fortes doses de pilocarpine, il constatait que la sécrétion lactée ne variait pas en quantité. Mais en étudiant la composition du lait, il a vu au contraire que la lactose augmentait très notablement dans ces cas.

M. Cornevin a porté également son attention sur la sécrétion sébacée, et a étudié à ce point de vue les glandes de l'oreille chez la vache. La sécrétion s'est toujours montrée très activée par les injections de pilocarpine.

Substances toxiques par la bactéridie charbonneuse.

M. Landi (de Pise.) — Mes recherches ont porté sur les cultures du bacille charbonneux et sur le sang d'animaux infectés avec le même microbe. J'ai pu extraire des cultures et du sang des corps appartenant au groupe des albumoses. Celles qui proviennent du sang sont intermédiaires entre les albuminoïdes et les alcaloïdes ; elles n'ont pas de pouvoir toxique notable, ni de propriété vaccinante.

J'ai recherché également les bases organiques dans le sang charbonneux et j'en ai trouvé trois qui produisent des convulsions tétaniques chez les souris.

Un cas d'aphasie motrice avec agraphie.

M. Déjerine. — J'ai observé un malade qui présentait une variété assez particulière de troubles aphasiques. Il pouvait prononcer les lettres de l'alphabet séparément, mais il était incapable de les assembler et de prononcer les mots. L'écriture spontanée ou sous la dictée était également impossible. Mais le malade copiait exactement, en comprenant ce qu'il copiait, traduisant l'imprimé en cursive. Tous ces troubles ont disparu régulièrement dans les limites ordinaires. L'intérêt de ce fait réside surtout dans la concomitance et le parallélisme de l'aphasie motrice et de l'agraphie. Leur caractéristique était essentiellement le trouble de l'assemblement, et la perte de la notion du mot.

L'oxygène du sang et les microbes.

M. Gley. — J'ai recherché si le développement des microbes dans le sang comportait une diminution de l'oxygène de ce milieu. L'expérience a porté sur le lapin inoculé avec du bacille pyocyanique. Je faisais d'abord un dosage de l'oxygène dans le sang artériel avant l'inoculation bacillaire, puis d'autres dosages soit peu après l'injection, soit plus tard. Par exemple, pour l'artère fémorale, j'obtenais avant l'injection 13,9 cent. cubes 0/0, et seulement 10,2 cm. c. 23 heures après l'injection. Dans un autre cas les chiffres étaient 12 et 8, 4. Chez deux lapins il n'y eut pas de diminution : la culture était vieille, peu virulente et détermina peu de symptômes chez les animaux.

Il semble donc que la vie du bacille pyocyanique dans le sang artériel diminue l'oxygène de ce sang.

M. Chauveau. — Je ne suis pas disposé à me rallier à cette conclusion. Si les microbes prennent une partie de l'oxygène du sang artériel, cet oxygène est sans cesse renouvelé par la respiration. J'ai fait autrefois des recherches analogues sur les moutons charbonneux sur le point de mourir. Je n'ai pas constaté qu'il y eût une diminution de l'oxygène du sang pouvant expliquer la mort ; il y avait pourtant dans ce liquide une quantité de bacilles véritablement prodigieuse.

A propos de l'action du foie sur la cocaïne.

M. Chouppe. — Dans une communication qu'il a faite à l'une des dernières séances de la *Société de biologie* et relative à l'action du foie sur la cocaïne, M. Gley a dit que non seulement le foie ralentissait l'absorption de la cocaïne, mais que, de plus, il modifiait très probablement la constitution moléculaire de cet alcaloïde. En effet, quand la cocaïne devait traverser le foie, les convulsions étaient plus tardives, plus rares et la température moins élevée que quand elle était injectée dans une veine de la circulation générale ou dans le bout périphérique d'une artère,

Cette question de l'action du foie sur les alcaloïdes végétaux a, on le sait, une importance capitale; si l'on pouvait démontrer que le foie modifie la constitution de certains alcaloïdes végétaux, ce serait une preuve importante à l'appui de la doctrine de la destruction des toxines organiques par la glande hépatique, et cette constatation n'est pas sans avoir une grande importance au point de vue de la pathologie et de la thérapeutique générales. Je suis de ceux qui croient que les alcaloïdes végétaux sont appelés à rendre des services, sinon comme antidotes, tout au moins comme antagonistes des toxines d'origine microbienne. Or, les dernières recherches, en particulier celles de M. Roger et de M. Pestana, semblent démontrer que le foie détruit ou élimine une quantité notable de ces toxines. Si on pouvait établir que l'action du foie est la même sur certains alcaloïdes végétaux, ce serait un pas de plus dans la découverte de leur parenté, et peut-être de leurs actions réciproques.

La communication de M. Gley m'a fait espérer un moment que cette action spécifique du foie allait se trouver établie pour un alcaloïde au moins, la cocaïne, dont certains auteurs ont déjà annoncé, à tort du reste, semble-t-il, l'antagonisme avec la toxine de la variole. Malheureusement la lecture attentive de la relation des expériences de M. Gley me paraît suggérer quelques réflexions et ces expériences ne me semblent pas légitimer complètement la conclusion ferme que leur auteur en a tirée.

Voici en quoi les expériences de M. Gley me paraissent moins démonstratives que ne l'a dit ce physiologiste :

1° Ces expériences n'établissent pas d'une manière assez précise la dose mortelle de cocaïne après injection dans la veine mésentérique. En effet, sur trois expériences, les doses ont varié dans une proportion très grande et la moyenne, ainsi calculée, ne peut pas être considérée comme certaine. Je ferai la même objection en ce qui concerne la dose mortelle par les artères.

2° M. Gley a toujours continué à injecter de la cocaïne jusqu'à ce que l'animal mourût, au cours même de l'expérience. Or, c'est là une cause d'erreur, car on peut ainsi, surtout par le foie, avoir injecté une dose bien supérieure à la dose mortelle minima.

3° Enfin, je n'ai trouvé nulle part dans les expériences la grande différence caractéristique entre les symptômes dont a parlé M. Gley.

En résumé, je crois que pour établir d'une manière incontestable l'action du foie sur la cocaïne, il faudrait de nouvelles expériences, nombreuses et minutieuses, et je souhaite vivement que M. Gley complète les siennes.

Inoculation de la tuberculose aviaire au cobaye.

MM. Gilbert et Roger. — On admet aujourd'hui qu'il existe de profondes différences entre la tuberculose des oiseaux et celle des mammifères. Voici quelques nouvelles expériences qui confirment les résultats que nous avons obtenus antérieurement avec M. Cadiot. Cinq cobayes ont été inoculés dans le péritoine avec de la culture aviaire. Deux succombèrent rapidement; les trois autres résistèrent. Nous voulûmes savoir si cette première inoculation avait modifié leur résistance à la tuberculose humaine. Les cobayes furent donc réinoculés avec le nouveau virus ; ils succombèrent comme les témoins.

Dans d'autres expériences nous avons inoculé 24 cobayes en leur injectant dans le péritoine une émulsion préparée avec le foie de deux gallinacés devenus spontanément tuberculeux. Les expériences faites en collaboration avec M. Cadiot donnent les résultats suivants : 49 0/0 des animaux ont succombé ou ont été tués sans que l'autopsie ait révélé la moindre lésion viscérale ; 18 0/0 ont présenté un abcès caséeux au point d'inoculation ; 26 0/0 ont été atteints d'une tuberculose viscérale discrète, il y avait dans un organe, le foie, la rate ou le poumon, 3 ou 4 granulations dont plusieurs avaient subi la transformation fibreuse. Enfin dans 7 0/0 des cas la maladie s'est généralisée et s'est traduite par une éruption de tubercules, comme lorsqu'on inocule du virus de mammifères.

Dans les cas d'ailleurs rares où le bacille aviaire produit une tuberculose viscérale généralisée, la maladie se transmet sous cette forme au lapin et au cobaye ; mais lorsque après 3 passages sur les mammifères, nous avons reporté le virus sur la poule, nous avons constaté qu'il restait sans action sur cet animal, autrement dit, en s'acclimatant à l'organisme des mammifères, le bacille aviaire perd sa virulence pour les oiseaux.

Dans une autre expérience, le pus, provenant d'un abcès caséeux développé chez un cobaye à la suite d'une inoculation de culture aviaire, fut inoculé à une poule ; l'animal resta en parfaite santé et son autopsie ne montra aucune lésion viscérale.

En résumé, s'il existe des différences considérables entre les deux tuberculoses, différences qui ont été bien mises en relief par MM. Straus et Gamaleia, on observe quelques faits de transition, qui portent à penser que les deux virus représentent deux variétés d'une même espèce, plutôt que deux espèces différentes. Cette hypothèse explique seule les faits observés : elle ressortira encore mieux d'autres faits que nous avons observés concernant l'inoculation aux oiseaux de la tuberculose des mammifères. Ces faits montrent que si, en thèse générale, les oiseaux sont réfractaires à l'inoculation du virus des mammifères, on observe cependant des faits d'inoculation positive qui éclairent et complètent le passage du virus aviaire aux mammifères et légitiment la proposition que nous avons formulée plus haut suivant le rapprochement des deux virus.

M. Straus. — Les faits que j'ai observés avec M. Gamaleia et qui confirmaient d'ailleurs les résultats antérieurs de Rivolta, Maffucci et Koch ne me semblent pas infirmés par la communication précédente. Nous avons dans 20 expériences inoculé à pleines seringues aux oiseaux des bacilles de tuberculose humaine provenant de cultures pures. Tous les animaux ont résisté uniformément.

MM. Gilbert et Roger inoculent des poules avec de la tuberculose humaine. Les animaux restent bien portants; on les sacrifie et l'on trouve une granulie. Il se peut fort bien qu'il s'agisse d'une tuberculose spontanée. De même, quand des cobayes sont rendus tuberculeux par injections de cultures aviaires, il s'agit peut-être d'une simple conservation de la vitalité des microbes dans un organisme qu'ils n'attaquent pas autrement, comme dans les faits de M. H. Martin.

M. Nocard. — Quoique les faits de MM. Gilbert et Roger soient des exceptions, je crois qu'il faut en tenir un grand compte. Il n'est pas impossible qu'un microbe donné par passages successifs dans l'organisme vivant puisse se transformer au point de faire croire à une espèce différente, ce qui serait une erreur.

M. Chauveau. — La réceptivité ou la non-réceptivité ont aussi leur importance. Ce qu'on appelle la non-réceptivité n'est peut-être pas un fait absolu : il peut y avoir des exceptions; et, à supposer que les deux virus soient d'espèces différentes, il n'est pas impossible que l'un prenne par hasard sur l'animal habituellement réfractaire.

M. Gilbert. — Il nous semble légitime de consigner les faits méthodiquement et longuement observés par nous. Nous avons voulu montrer qu'entre les faits qui constituent *la règle*, il n'y a peut-être pas une muraille infranchissable. Les résultats sont positifs; les cobayes que nous inoculions avec la tuberculose aviaire étaient bien des cobayes tuberculeux, et inversement. Enfin il y a la réceptivité du lapin qui sert de trait d'union. Tout cela établit que la séparation des deux virus n'est pas inattaquable. Du reste, ces études, qui datent déjà de deux ans, seront continuées et nous avons la conviction qu'elles donneront lieu à des observations confirmatives de la proposition que nous avons émise.

M. Mendelsohn communique ses études sur la sensibilité, et la dissociation de ses formes tactile, thermique, musculaire de pression.

MM. Gley et Lapicque décrivent une modification à l'appareil de Schutzenberger et Riessler pour le dosage de l'oxygène du sang.

MM. Charrin et Gley déposent une note complémentaire sur l'action des toxines du bacille pyocyanique sur le système nerveux vaso-moteur.

M. Fischer présente une note sur le développement du foie chez la paludine.

MM. Troisier et Achalme ont observé un rhumatisant aigu, mort d'accidents cérébraux, dans les organes duquel on trouvait un bacille anaérobie innominé.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

Séance du 23 *juillet* 1891.

Présidence de M. Ernest Besnier.

Excision du chancre syphilitique.

M. Humbert. — J'ai pratiqué 12 fois l'excision du chancre syphilitique chez des malades que j'ai pu suivre assez longtemps pour apprécier les résultats de mon intervention; 11 malades ont eu des accidents secondaires, un seul est noté jusqu'à présent indemne. Il s'agissait dans ce dernier cas de deux chancres indurés occupant la face interne du prépuce, remontant à 10 jours et accompagnés d'une légère adénopathie inguinale, que j'ai enlevés il y a 2 ans 1/2.

Malgré cette apparence de succès, je ne crois pas à l'efficacité de la méthode. Je ne puis, comme M. Jullien, considérer comme favorables à la méthode des cas dans lesquels l'apparition des accidents secondaires a été seulement retardée et non empêchée. Les cas les plus favorables, ceux dans lesquels le chancre n'a été suivi d'aucune manifestation spécifique, ne peuvent même être sans hésitation mis à l'actif de l'excision, car on connaît et j'ai moi-même observé des malades qui, après avoir été atteints d'un chancre nettement caractérisé, n'ont présenté dans la suite aucun accident syphilitique, bien qu'ils aient été observés très attentivement. Il faudrait, à l'appui de l'efficacité de l'excision, montrer que dans les cas soumis à ce traitement la proportion des syphilis bénignes ou sans manifestations secondaires appréciables est plus considérable que dans les cas abandonnés à eux-mêmes.

Vitiligo probablement symptomatique d'une maladie d'Addison.

M. Alb. Mathieu. — Voici un homme de 38 ans, atteint d'un vitiligo typique généralisé, avec intensité excessive de la pigmentation dans certaines régions, et en particulier à la partie inférieure de l'abdomen et aux organes génitaux. Cet homme est entré à l'hôpital pour une broncho-pneumonie et présente actuellement des signes d'induration au sommet du poumon droit; ses crachats renferment des bacilles tuberculeux. En raison de l'intensité de la coloration cutanée, de la faiblesse générale, et des lésions tuberculeuses dont cet homme est atteint, je crois qu'il présente une association de la maladie d'Addison et du vitiligo, quoiqu'il n'offre ni les phénomènes de dyspepsie gastro-intestinale habituels dans la maladie d'Addison, ni pigmentation au niveau de la muqueuse bucco-pharyngée.

M. Besnier. — Il est difficile de savoir, à la lecture des observations publiées sous ce titre, s'il y avait réellement association de maladie d'Addison et de vitiligo, au sens où nous comprenons actuellement ce dernier terme; dans le cas actuel, il est incontestable que le vitiligo existe. L'absence de pigmentation des muqueuses est un argument important, quoique non absolu, contre l'existence de la maladie d'Addison. Je ne connais jusqu'ici aucun cas où les deux maladies aient coïncidé, quoique cela ne me paraisse pas impossible *a priori*.

M. Mathieu. — Il n'y a pas de pigmentation de la muqueuse buccale, mais il y en a sur le prépuce.

M. Besnier. — Le prépuce doit être considéré comme un revêtement cutané et non muqueux.

Hérédo-syphilis tardive avec mutilation des orteils.

M. Viennois (de Lyon) rapporte une observation qui peut se résumer ainsi. Syphilis héréditaire tardive chez un homme de 43 ans; apparition successive de gommes à la partie inférieure de la jambe gauche à 8 ans, à 13 ans, à 20 ans et à 32 ans; excellente santé dans l'intervalle; les dernières gommes débutent sur le dos des 2e et 3e orteils du pied gauche (à 32 ans), amènent leur chute au bout de 6 ans; large ulcération serpigineuse concomitante de l'extrémité antérieure du pied; absence de tout traitement spécifique jusqu'à l'âge de 43 ans; inefficacité de celui qui fut institué à ce moment, due, d'une part, à la difficulté de son application, et, d'autre part, aux mauvaises conditions hygiéniques du malade; cicatrisation, en 25 jours, d'une ulcération spécifique qui durait depuis 10 ans, dès que les conditions hygiéniques ont pu être changées, le repos au lit obtenu et un traitement rationnel établi par l'antisepsie locale et les spécifiques.

Mycosis fongoïde.

M. Hallopeau. — Voici un homme de 56 ans qui présente à la fois, sur différentes régions, des plaques d'aspect eczémateux, des tumeurs mycosiques et des plaques érythémateuses. Malgré l'intensité du prurit, il ne se développe pas de papules de prurigo, ce qui tient sans doute aux altérations des papilles dermiques, qui, dans les cas de ce genre, sont atrophiées et remplacées par du tissu adénoïde. Une des tumeurs mycosiques qui existent chez ce malade occupe le prépuce et offre une grande analogie avec un chancre induré, dont elle serait impossible à distinguer si on ne retrouvait l'existence d'une syphilis ancienne dans les antécédents du malade. En outre, on trouve des adénopathies très volumineuses, mais ces adénopathies sont rigoureusement circonscrites aux régions qui correspondent aux tumeurs volumineuses, ce qui prouve qu'elles sont sous la dépendance directe des altérations cutanées et non pas sous celle d'une altération de la nutrition générale qui se traduirait du côté des ganglions lymphatiques en même temps que du côté de la peau.

Pseudo-pelade d'origine nerveuse.

M. Arnozan communique un fait de pseudo-pelade avec plaques achromateuses et plaques hyperchromateuses. Il est comparable à celui que M. Hallopeau a publié récemment sous le titre d'angionévrose avec alopécie pseudo-peladique et troubles de la pigmentation : dans les deux cas on a observé une chute des poils simulant la pelade, mais ne réalisant pas complètement ce genre d'alopécie, et des désordres de la pigmentation, amenant la formation de plaques achromiques avec coloration brune exagérée à l'entour des plaques; dans les deux cas, les plaques décolorées recouvrent partiellement leur pigmentation normale à certains moments et les poils repoussent blancs sur les plaques achromiques; mais, chez le malade de M. Arnozan, on n'observe pas, comme chez celui de M. Hallopeau, de l'anesthésie et des troubles vaso-moteurs; on peut admettre néanmoins que le système nerveux joue un rôle important dans la pathogénie de cette affection; elle mérite le nom de tropho-névrose.

M. E. Besnier rapporte une observation de *stéatorrhée généralisée avec lypémanie* (séborrhée concrète généralisée névropathique).

M. Jacquet communique une observation de *lichen plan guéri par l'hydrothérapie.*

M. E. Besnier fait remarquer que, dans les dermatoses neuropathiques, on néglige trop souvent l'emploi des médicaments anti-nervins. Il a administré l'antipyrine à plusieurs malades atteints d'affections prurigineuses et obtenu la disparition rapide ou au moins une diminution considérable du prurit.

M. Morel-Lavallée communique une observation d'*érythromélalgie* (?).

M. Du Castel présente une malade atteinte de *vergetures atrophiques*, au cours d'une dermatite herpétiforme.

M. Hallopeau présente un malade atteint d'*érythème papuleux anormal.*

M. Barthélemy rapporte une observation de *zona suivi de phénomènes nerveux graves.*

M. A. Renault lit un travail sur la syphilide pigmentaire.

M. Marty communique une observation d'éruption bromurique polymorphe chez une femme de 50 ans.

Georges Thibierge.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

GRANULES ET SIROP d'Hydrocotyle Asiatica

de J. LEPINE, Phᵉⁿ en chef de la Marine à Pondichéry sont, d'après un rapport adopté par l'Académie de Médecine (Dʳ GIBERT, rapp.) un remède utile et efficace

Contre les MALADIES DE LA PEAU

Eczéma, Psoriasis, Lichen, Prurigo, Dartres, etc.

DÉPOT GÉNÉRAL A PARIS : Phⁱᵉ FOURNIER, 56, Rue d'Anjou-St-Honoré, 56

VENTE EN GROS : LABELONYE et Cⁱᵉ, Paris, 99, Rue d'Aboukir — et toutes Pharmacies.

CASCARA SAGRADA CACHETS LIMOUSIN

PROCÉDÉ LIMOUSIN B.ᵗᵉ S.G.D.G. PATENT MEDICIN OBLATE PARIS

LAXATIF & PURGATIF nouveau EMPLOYÉ CONTRE l'Atonie des muqueuses gastro-intestinales.

Dose : 1 à 2 Cachets par jour pendant 4 à 5 jours.

La Boîte de 20 Cachets à 0.25 c......... 2 fr.

Pharmacien ✻, 2ᵇⁱˢ, rue Blanche, PARIS.—(Envoi par poste.)

COALTAR SAPONINÉ LEBEUF ANTISEPTIQUE

nullement irritant, antidiphthérique, cicatrisant les plaies, admis dans les *Hôpitaux de Paris* et les *Hôpitaux de la Marine militaire.*—Dans toutes les PHARMACIES.

PANSEMENT ANTISEPTIQUE

Méthode de LISTER

MM. DESNOIX et Cⁱᵉ, pharmaciens, 17, rue Vieille-du-Temple, à Paris, préparèrent, dès le principe, toutes les pièces nécessaires au pansement antiseptique par la méthode Lister et les tiennent à la disposition des médecins et chirurgiens qui désirent employer ce mode de pansement.

---

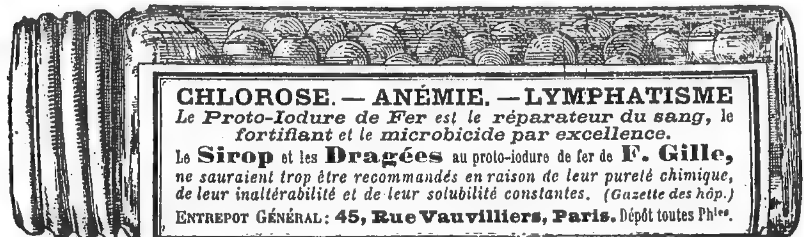
15 mai — **URIAGE** — **15 octobre**

EAU SULFUREUSE ET SALINE PURGATIVE

Contre le **lymphatisme**, la **scrofule**, les **maladies de la peau**. — Convient particulièrement aux enfants. — Remplace avec avantage Aix-la-Chapelle.

DÉPOTS : Cie de Vichy, boulevard Montmartre, 22. — Maison Trinuesse, rue de la Richodière, 23. — Maison d'Esebeck, rue Jean-Jacques-Rousseau, 62.





LE QUINQUINA SOLUBLE ASTIER

Anti-anémique — Reconstituant — QUINQUINA SOLUBLE ASTIER

représente exactement son poids d'Ecorce de **Quinquina jaune royal titré**; il contient à l'état soluble tous les alcaloïdes et tous les principes actifs du quinquina. (Une cuillerée à café contient 10 centigrammes d'alcaloïdes et une cuillerée à soupe 30 centigrammes).

Le Quinquina soluble Astier est en **petits cristaux qui se dissolvent instantanément dans l'eau et le vin.**

D'un usage très commode et d'une composition constante et définie, le QUINQUINA GRANULE ASTIER remplace avantageusement les vins, les sirops, les pilules et les extraits de quinquina,

DOSES MOYENNES. — Dans les affections de l'estomac *digestions pénibles, gastralgies dyspepsies, anémies*, dans les convalescences, dans les cas d'excès de travail, de faiblesse, aux époques de la croissance, etc., *une demi-cuillerée à café* avant ou après les deux principaux repas.

Dans les cas de *fièvres intermittentes, migraines, névralgies*, etc. :

Adultes : *deux cuillerées à café* d'heure en heure. Enfants : *une cuillerée à café* d'heure en heure

Pour préparer instantanément le VIN DE QUINQUINA, mettre *deux cuillerées à soupe* dans un litre de n'importe quel vin.

Le grand flacon, dit flacon de famille **4 fr.** — Le flacon dosé pour un litre de vin **1 fr. 50.**

Envoi franco du grand flacon à titre gracieux à tous les médecins qui en font la demande. — Pour leur usage personnel, MM. les médecins jouissent d'une remise de 40 p. 100.

Pharmacie ASTIER, 72, avenue Kléber, PARIS, et toutes Pharmacies

---

PILULES DE SUEZ : Deux pilules, prises le soir en se couchant, guérissent les CONSTIPATIONS les plus opiniâtres. — Demi boîte : 1 fr. 50. — Boîte entière : 2 f. 50

Nº 31. — 5 AOUT 1891 LE NUMERO QUINZE CENTIMES

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

PUBLIÉ PAR

LA GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MEDECINE ET DE CHIRURGIE

Et servi gratuitement à tous les abonnés de ce journal

ABONNEMENTS SPÉCIAUX POUR MM. LES ÉTUDIANTS. — UN AN : 6 *FRANCS*

L. LEREBOULLET, Rédacteur en chef. — A. BROCA, Secrétaire de la Rédaction

Librairie de G. MASSON, 120, boulevard Saint-Germain.

SOMMAIRE

VARIÉTÉS

Hopital Saint-Louis. *Cours de vacances.* — M. le Dr G. Thibierge, médecin du Bureau central, fera pendant les mois d'août et septembre un cours *complet* de dermatologie théorique et pratique.

Tous les matins, à 9 heures, visite des malades, opérations dermatologiques, etc. (Salles Alibert et Devergie).

Les mardis et vendredis, à 4 heures, leçon théorique et présentation de malades au laboratoire Alibert. (La 1re leçon a eu lieu le mardi 4 août).

N. B. — Les personnes qui désireront suivre les cours de l'après-midi devront se munir d'une carte spéciale délivrée par la direction de l'hôpital.

Le conseil de surveillance de l'Assistance publique n'aurait-il pas qualité pour s'occuper d'un industriel qui s'affiche dans les vespasiennes, sous le double nom de *Armand* lauréat de la Faculté, et *Martille*, (c'est paraît-il, le monsieur qui a dû cesser de s'appeler Marty. Voy. *Mercredi*, nº 24), **chirurgien des hôpitaux.** Nous avons vu cette affiche dans la vespasienne de la place Saint-Germain-des-Prés.

Le conseil de surveillance de l'assistance publique a statué aujourd'hui sur le cas du docteur Després, chirurgien à l'hôpital de la Charité, accusé de manquement grave à la discipline, pour avoir tenu des propos offensants contre le personnel des infirmières laïques.

A la dernière séance, après avoir entendu le rapport de la commission, le conseil de surveillance avait ajourné sa décisson pour laisser au chef de service inculpé la plénitude de ses moyens de défense, bien que M. Després eût été déjà entendu par la commission.

M. Armand Després ne nie pas les propos qui lui sont attribués; tout au plus se borne-t-il à dire qu'au lieu de cette phrase : « Les infirmières sont le rebut de la société », il a prononcé ces mots : « Les infirmières sont le rebut de toutes les professions ».

Quant au propos suivant : M. le directeur de l'Assistance publique ferait bien mieux de donner du silicate de potasse que de soutenir ses putains de laïques », propos tenus devant témoins, M. Després ne le conteste aucunement.

C'est dans ces conditions que l'affaire venait aujourd'hui devant le conseil de surveillance.

M. le docteur Armand Després n'a pas cru devoir user de la faculté qui lui était offerte de présenter à nouveau sa défense en séance plénière.

M. Félix Voisin, président du conseil de surveillance, avait reçu une lettre de M. Després, déclarant qu'il n'avait rien à ajouter à ses précédentes explications et qu'en l'absence de M. Peyron il ne posséderait pas tous ses moyens de défense.

En terminant, il remerciait le président de l'urbanité qu'il avait mise dans l'exercice du mandat que les règlements lui ont imposé.

C'est à tort, il va sans dire, que M. Després avait invoqué l'absence de M. Peyron. Le directeur et le secrétaire général de l'Assistance publique assistent *régulièrement* et de droit à toutes les séances du conseil de surveillance.

Après l'audition de la lettre de M. Després, le conseil a voté, *à l'unanimité*, la peine de l'avertissement contre M. Després.

La notification de cette peine disciplinaire sera faite à M. le docteur Armand Després par le directeur de l'Assistance publique. (*Paris*, 31 juillet 1891.)

Le conseil supérieur de l'instruction publique a adopté :

1º Un projet de décret relatif au délai d'ajournement au premier examen de doctorat en médecine. Il est ainsi conçu :

Article 1er. Les aspirants au grade de docteur en médecine ajournés au premier examen pendant les sessions de juillet et de novembre peuvent renouveler cet examen dans une session spéciale, qui sera ouverte dans la première quinzaine de janvier au siège des Facultés.

Ces étudiants seront admis aux travaux pratiques de deuxième année, à partir du 3 novembre précédent.

En cas d'échec à la session de janvier, ils sont définitivement ajournés à la session de juillet suivant et ne peuvent prendre aucune inscription de deuxième année.

En cas de succès, et sur la justification de leur participation effective aux travaux pratiques de deuxième année, ils sont admis à prendre immédiatement les 5e et 6e inscriptions à titre rétroactif.

Art. 2. Les étudiants des écoles de plein exercice et des écoles préparatoires de médecine et de pharmacie, ajournés au même examen pendant les sessions d'août et de novembre par le jury siégeant dans ces écoles, peuvent prendre part, dans les conditions indiquées à l'art. 1er, à la session de janvier des Facultés de médecine.

2º Un projet de décret relatif à l'honorariat des professeurs de Faculté. Il est ainsi conçu :

Article 1er. Le titre de professeur honoraire conféré à un ancien professeur de Faculté, par application de l'article 41 du décret du 28 décembre 1885, peut être retiré par décret rendu sur la proposition du ministre de l'instruction publique, après avis conforme de la section permanente du conseil supérieur de l'instruction publique, l'intéressé entendu ou dûment convoqué.

3º Le projet d'arrêté suivant, relatif aux circonscriptions médicales de Bordeaux et de Toulouse :

Article 1er. A dater du 1er novembre 1891, les Facultés mixtes de médecine et de pharmacie de Bordeaux et de Toulouse et l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Limoges délivreront les certificats d'aptitude correspondant aux diplômes nécessaires pour exercer les professions d'officier de santé, de pharmacien de 2e classe, de sage-femme et d'herboriste de 2e classe, dans les départements ci-après désignés :

Faculté de Bordeaux : Gironde, Landes, Basses-Pyrénées, Lot-et-Garonne, Gers.

Faculté de Toulouse : Haute-Garonne, Hautes-Pyrénées, Ariège, Tarn, Tarn-et-Garonne.

Ecole préparatoire de Limoges : Haute-Vienne, Corrèze, Dordogne, Lot.

Art. 2. Les sessions d'examens sont présidées :

Dans l'école de Clermont, par les professeurs de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Toulouse;

Dans les écoles de Limoges et de Poitiers, par les professeurs de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux.

(MÉTHODE LISTER)

PANSEMENTS ANTISEPTIQUES

DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE PRODUITS PHARMACEUTIQUES

ADRIAN et Cie

11, rue de la Perle, PARIS

DANS TOUTES LES PHARMACIES

PHÉNIQUÉ. .	à 5 pour 100	BANDES
SALICYLÉ. .	à 5 — 100	COMPRESSES
BORIQUÉ. . .	à 10 — 100	OUATES
IODOFORMÉ.	à 10 — 100	MACKINTOSCH
AU SUBLIMÉ.	à 1 — 1000	PROTECTIVE
POUR CLINIQUE DENTAIRE		CATGUT
— OBSTÉTRICALE		RAMIE
— OPHTHALMOLOGIQUE		ÉTOUPE, ETC.
		ETC., ETC.

Décret d'intérêt public. Approb. de l'Acad. de Médecine

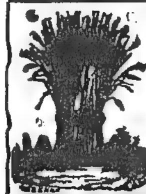
ROYAT

EAU MINÉRALE NATURELLE

St-MART, Goutte, Rhumatisme, Gravelle.
St-VICTOR, Anémie, Chlorose, Voies respiratoires.
(FERRO ARSENIC(le))
CESAR, Dyspepsies, Gastralgies, Flatulences.
MÊMES EFFETS QU'AUX SOURCES
Caisses de 30 à 50 bout. 20 fr. et 30 fr. *franco* Gare ROYAT
Notice et Renseignements, 5, rue Drouot, PARIS



FER et ERGOT de SEIGLE
DRAGÉES GRIMAUD



4 DIPLOMES D'HONNEUR, 10 MÉDAILLES

INCONTINENCE D'URINE
SPERMATORRHÉE
CHLOROSE - TROUBLES UTÉRINS - LEUCORRHÉE
MÉTRORRHAGIE

PRIX : 5 FRANCS

Dans toutes les bonnes Pharmacies.

GROS : **DUFILHO, Phcn à St-Cloud.**

SOLUTIONS HENRY MURE

Bi-phosphate de Chaux arsénié. – Chlorhydro-phosphate de Chaux arsénié.

PHTISIE (1re et 2me période). — RACHITISME.
ENGORGEMENTS GANGLIONNAIRES et des ARTICULATIONS.
MALADIES DES OS et de LA PEAU
CACHEXIES SCROFULEUSES et PALUDÉENNES. — ÉPUISEMENT NERVEUX.
INAPPÉTENCE. — DIABÈTE.

Le BI-PHOSPHATE ARSÉNIÉ H. MURE produit des résultats surprenants et souvent inespérés. — Sous son influence la Toux et l'Oppression diminuent, l'Appétit augmente, les Forces reviennent.

Le CHLORHYDRO-PHOSPHATE ARSÉNIÉ H. MURE donne des effets remarquables chez les Phtisiques atteints de Dyspepsie et dans la Chlorose.

LITRE : 4 FRANCS — DEMI-LITRE : 2 FR. 50

AVANTAGES PRINCIPAUX
sur les Solutions Similaires

1° Emploi d'un **Phosphate monocalcique cristallisé**, d'une pureté absolue, permettant un dosage rigoureux, difficile à établir avec les phosphates mielleux du commerce, qui doivent leur extrême acidité à un excès d'acide sulfurique toujours nuisible à l'assimilation ;

2° **Inaltérabilité absolue** obtenue par un procédé de stérilisation d'une innocuité parfaite ;

3° **Administration** facile par cuillerées dans un peu d'eau vineuse ou sucrée, pendant les repas ou hors des repas ;

4° **Traitement phosphaté** le plus sûr et le *moins coûteux* dans les affections chroniques. (Chaque cuillerée à bouche contient : *1/2 gramme de Sel et un milligramme d'Arséniate de Soude.*)

NOTA. — *Dans le cas ou l'Arséniate de Soude ne serait pas indiqué, MM. les Docteurs pourront prescrire les mêmes solutions* **H. MURE** *non arséniées.* LITRE : **3** fr.

DANS TOUTES LES PHARMACIES. — DÉPOT GÉNÉRAL : **HENRY MURE,** *à PONT-SAINT-ESPRIT (Gard)*

GOUTTES LIVONIENNES
de TROUETTE-PERRET



à la CRÉOSOTE de HÊTRE
au Goudron de Norwège et au Baume de Tolu

Chaque capsule contient { Goudron de Norwège..... 0,075 mil. / Créosote de Hêtre purifiée 0,05 cent. / Baume de Tolu.......... 0,075 mil.

Le remède le plus puissant contre les ***Affections des Voies respiratoires***, les ***Affections de la poitrine***, le ***Catarrhe***, l'***Asthme***, la ***Bronchite chronique***, la ***Phthisie*** à tous les degrés, la ***Toux***, la ***Tuberculose***, etc.

DOSE : De 2 à 4 Gouttes Livoniennes au déjeuner et autant au dîner.

Se trouve dans toutes les bonnes Pharmacies de France et de l'Etranger.

Vente en Gros à Paris : E. TROUETTE
15, rue des Immeubles-Industriels.

DRAGÉES DE
FER TROUETTE
à l'Albuminate de Fer et de Manganèse



SOLUBLE

Préparées par **E. TROUETTE**
Pharmacien de Première Classe, Ex-Interne des Hôpitaux de Paris
15, Rue des Immeubles-Industriels, 15, Paris

DOSE : Prendre en mangeant, à chaque repas, de **2** à **6** **Dragées de Fer Trouette** suivant l'âge du malade.

Prix du Flacon de 100 Dragées : 3 Francs

Se trouve dans toutes les Pharmacies.

SUPPLÉMENT THÉRAPEUTIQUE AU MERCREDI MÉDICAL

FORMULAIRE THÉRAPEUTIQUE

Les injections sous-cutanées d'atropine comme hémostatique.

M. le docteur M. Bierwirth (de St-Louis, Amérique) a obtenu, par des injections hypodermiques de trois à six dix-milligrammes d'atropine, une hémostase rapide dans plusieurs cas d'hémoptysie, d'épistaxis et d'hématémèse rebelles à l'ergotine et aux autres moyens usuels. L'hémorrhagie s'est toujours arrêtée au bout de dix minutes. Chez un malade, l'injection a dû être répétée trois fois; chez tous les autres, une seule injection a suffi pour arrêter définitivement la perte de sang. M. le docteur Hausmann (de Méran) s'est aussi servi avec succès des injections d'atropine dans les hémoptysies. D'après un autre médecin allemand, M. le docteur Tacke (de Wesel), l'atropine employée hypodermiquement serait un bon moyen pour combattre les pertes menstruelles trop profuses.

L'effet hémostatique de l'atropine s'explique par un mécanisme tout opposé à celui par lequel agit l'ergotine. Tandis que celle-ci fait contracter les capillaires, l'atropine, au contraire, les dilate en paralysant les nerfs vaso-constricteurs, ainsi que l'a montré Graham Brown. En augmentant ainsi la quantité de sang dans tout le système capillaire, l'atropine en diminue l'afflux vers le lieu de l'hémorrhagie, favorise la coagulation et amène l'hémostase.

Une théorie et un traitement du choléra.

D'après M. le docteur A. Hackin, médecin consultant à l'hôpital de Belfast, le *syndrome choléra*, quelle qu'en soit l'origine, est toujours dû à une affection du système nerveux sympathique. Les différentes maladies dans lesquelles on retrouve ce syndrome commun et que l'on regarde généralement comme distinctes : la cholérine, le choléra infantile, la diarrhée estivale, le choléra nostras et le choléra asiatique ou épidémique, seraient toutes de nature unique. Bien que présentant différents degrés, elles auraient les mêmes relations étiologiques, seraient dominées par un principe pathologique commun et pourraient, par suite, être soumises à un traitement identique.

Ce traitement doit, suivant notre confrère anglais, consister dans la contro-stimulation du pneumogastrique, antagoniste du sympathique. Dans toutes les attaques cholériques, il suffirait d'appliquer avec un pinceau la liqueur épispastique de la pharmacopée britannique (teinture de cantharides préparée avec l'éther acétique) sur les branches du pneumogastrique du cou, sur les apophyses mastoïdes, sous l'oreille, et cela sur trois pouces d'un côté seulement et alors de préférence à droite (Colman ayant montré que le pneumogastrique droit commande l'intestin grêle) ou bien, si c'est nécessaire, des deux côtés à la fois.

Sous l'influence de cette application, l'amélioration serait généralement instantanée : les selles, les crampes, les vomissements cessent, la force du pouls augmente, la chaleur se rétablit, le malade s'endort et tous les phénomènes morbides disparaissent avant même que la vésication ait eu le temps de se produire.

Comme exemples de l'efficacité de sa méthode, M. Hackin relate trois observations personnelles de choléra nostras et de choléra asiatique dans lesquelles la guérison fut rapide.

MM. les docteurs Pisani, chef du service de santé à Malte, Inglott et Cannatacci auraient aussi appliqué avec succès le traitement de notre confrère anglais dans les cas de choléra asiatique.

THÉRAPEUTIQUE

Nourriture complémentaire de l'enfant pendant l'allaitement. — Préparation au sevrage.

L'alimentation domine l'hygiène de la première enfance comme la digestion domine et règle en quelque sorte toutes les fonctions à cet âge. Point n'est besoin de démontrer que, bien dirigée, elle rend les enfants forts et vigoureux ; mal conduite, elle amène leur dépérissement et détermine souvent leur mort. Nous nous occuperons, dans les considérations qui vont suivre, non du régime, mais de l'aliment lui-même et de certaines préparations qui jouent un rôle complémentaire dans l'alimentation, en laissant de côté tout ce qui est relatif à l'histoire naturelle et physiologique des aliments.

Lorsque, pour une cause quelconque, le lait maternel vient à faire défaut, on lui substitue le lait de vache ; mais la caséine qu'il contient n'est pas de même nature que celle du lait de femme qui, dans le suc gastrique, se coagule en petits filaments, tandis que la caséine du lait de vache forme un caillot compact ; elle est, d'ailleurs, trop abondante et le lait de vache ne convient qu'à un enfant de 8 à 10 mois ; le coupage dont il est l'objet pour les jeunes nourrissons, tout en ramenant la caséine dans de justes limites, n'amende pas la nature de sa coagulation et présente l'inconvénient de diminuer de moitié sa richesse en beurre, sucre et phosphates. Il vaudrait mieux, dans ce dernier cas, recourir au lait de poule composé de jaune d'œuf étendu d'eau sucrée.

L'œuf, en effet, constitue un aliment complet au même titre que le lait, puisque sous sa mince enveloppe calcaire, il renferme tous les matériaux nécessaires à l'existence du nouvel individu qui puise dans le jaune la substance de ses muscles et de ses os.

La valeur alimentaire du jaune d'œuf est sept fois plus grande, mais le sucre de lait y fait complètement défaut ; toutefois, si à cinq jaunes d'œuf on ajoute 600 gr. d'eau bouillie contenant 40 de lactose ou de maltose, on obtient un lait qui vaut le lait maternel pour l'alimentation.

Mais quand le nourrisson a pris des dents et que ses muscles se sont développés, il arrive un moment où le lait maternel et le lait de poule sont insuffisants ; il faut alors à l'enfant une alimentation plus azotée, plus condensée, contenant moins d'eau, mais aussi riche en phosphate de chaux, en éléments hydrocarbonés que le lait lui-même.

Jusqu'en ces derniers temps, aucune préparation alimentaire ne pouvait prétendre résoudre ce problème. En effet, toutes les farines, fécules et semoules présentent ce grand inconvénient de donner à la cuisson une masse d'empois trop lourde pour l'estomac de l'enfant et de ne renfermer qu'une proportion insuffisante de phosphate de chaux.

C'est alors que l'on peut recourir, avec avantage, à l'usage d'aliments tels que le malt et le jaune d'œuf qui, par leur composition, peuvent être assimilés au lait maternel. D'une part, le *blé* malté, où se transforment pendant la germination les aliments destinés à nourrir la jeune plante, fournit à l'enfant un sucre spécial et un gluten très divisé tout préparé pour développer ses membres ; d'autre part, le jaune d'œuf procure au nourrisson les aliments gras nécessaires à l'entretien de sa chaleur, le phosphate de chaux utile à ses os et une albumine qui se précipite en filaments légers.

Dans le jaune d'œuf, les corps gras, la protéine et le phosphate de chaux se trouvent dans un état plus parfait que dans le lait lui-même, puisque, sans digestion préalable, ces éléments se métamorphosent spontanément chez le jeune oiseau en muscles, en graisse et en os.

MM. les Drs Bouchut et Blache sont très partisans de cette association du malt et

du jaune d'œuf, et c'est après avoir entendu parler ces savants praticiens sur ce sujet, que M. Defresne, dont la compétence sur la digestion et la digestibilité des aliments est incontestable, prépara, sous le nom de *Farine Maltée*, un mélange de jaune d'œuf frais et de malt de blé, dans des conditions telles que les éléments azotés, hydrocarbonés et minéraux sont entièrement dans le même rapport que dans le lait maternel.

Nous avons sevré notre enfant avec cette *Farine Maltée* et nous l'avons employée, avec succès, dans des circonstances difficiles.

Il n'est peut-être pas sans intérêt de rapporter ici quelques observations cliniques dont la lecture fera encore mieux ressortir les qualités de la *Farine Maltée* comme nourriture complémentaire de l'enfance.

Première observation. — Je fus consulté l'été dernier par une jeune femme qui s'étonnait que sa petite fille, âgée de dix mois, présentât les signes d'une grande faiblesse dans les jambes malgré sa belle apparence. En effet, l'enfant était bouffie par la graisse; avait les chairs molles et pâles; elle ne pouvait, même soutenue par les bras, se tenir sur ses jambes; les pieds avaient une tendance à prendre la disposition du pied-bot varus; la tête penchait à droite ou à gauche et paraissait trop lourde pour les muscles occipito-dorsaux. Suivant l'expression de la mère, « l'enfant était toujours triste ». Je n'hésitai pas à voir chez cette enfant les conséquences d'une alimentation incomplète qui avait développé son tissu cellulo-adipeux au détriment de sa musculature et de son ossature. J'appris que, primitivement nourrie au sein jusqu'à six mois, l'enfant avait été mise au biberon; puis, sur le conseil d'une amie, la mère lui donnait une bouillie de farine du commerce composée seulement de fécule et de sucre. Chaque changement de nourriture entraînait la diarrhée verte. Sans tarder, je mis le bébé à la « Farine Maltée de Th. Defresne »; elle fut prise sans répugnance à la dose de une cuillerée de farine délayée avec quatre cuillerées d'eau bouillante; cette dose fut peu à peu portée à quatre cuillerées de farine dans la journée. Aucun dérangement intestinal ne suivit son emploi. Aujourd'hui l'enfant a quinze mois; ses chairs, de molles qu'elles étaient, sont devenues fermes et rosées; elle se tient sur ses jambes et va d'un meuble à l'autre en s'aidant du mur; elle a huit dents, sans jamais de convulsions; sa tête se tient parfaitement droite, enfin sa gaieté qu'elle traduit par de petits cris, fait la joie de ses parents et l'admiration de son entourage.

Deuxième observation. — Le jeune B... est nourri au biberon depuis sa naissance; il avait onze mois quand je le vis pour la première fois en 1890, pendant les chaleurs caniculaires.

Il présentait un aspect assez chétif; une diarrhée verte le minait depuis plusieurs semaines; il était, en outre, aux prises avec le travail de la dentition; ses plaintes continuelles trahissaient ses souffrances. Je conseillai à la mère de lui donner la *Farine Maltée* dont les résultats, dans d'autres cas, étaient si encourageants. Pour combattre la diarrhée, je lui donnai des pincées de magnésie calcinée et du rhum vieux coupé d'eau de Vichy. Le résultat ne se fit pas longtemps attendre : douze jours après, la diarrhée avait complètement disparu, et deux incisives avaient percé. La *Farine Maltée* fut continuée d'une manière régulière. Je revis le petit malade quelques mois plus tard; il était alors âgé de vingt et un mois; il n'avait plus eu aucun des accidents qui ont failli compromettre son existence; il a marché à treize mois. Sa bonne mine me donna la curiosité de le faire peser : la balance accusa près de trente livres! C'était assez démonstratif.

Troisième et quatrième observations. — Deux famillles créoles des Antilles arrivèrent l'automne dernier à Paris ; chacune avait un enfant en bas âge. Ces deux enfants, contrairement à la règle des pays chauds, n'avaient pas de dents, bien qu'ils fussent âgés l'un de sept mois, l'autre de dix mois. Ils mangeaient tous les deux une farine de provenance américaine, le *Corn Starch* (farine de froment). Le changement de climat ne tarda pas à altérer leur santé et une diarrhée inquiétante, accompagnée de vomissements, menaçait de les emporter. La *Farine Maltée* de Defresne me parut tout indiquée. J'ai eu lieu de m'en féliciter; aujourd'hui les deux enfants se portent à merveille ; ils ont pu passer le dernier hiver malgré sa rigueur excessive sans rien présenter de particulier; ils marchent et la dentition se fait régulièrement. L'un de ces enfants, âgé aujourd'hui de quinze mois révolus, pèse plus de vingt-six livres ; je n'ai pas eu occasion de peser l'autre.

Grâce à la *Farine Maltée Defresne*, nous évitons la transition brusque de l'alimentation au sein, à l'alimentation ordinaire; nous préparons l'enfant au sevrage qui ne présente plus désormais aucun danger; les enfants ne connaissent ni la diarrhée, ni les rougeurs aux fesses; nous dirons même plus, ceux qui étaient débilités par la diarrhée verte se sont améliorés très rapidement par la substitution de la *Farine Maltée* au lait de vache. Ils sont, en outre, remarquables par la fraîcheur et la fermeté des chairs, la gaieté et la vivacité de leur allure. La poussée des dents se fait régulièrement et jamais nous n'avons constaté aucune déviation de la taille, accident auquel sont exposés les enfants nourris avec les fécules ou autres aliments incomplets.

Il n'y a même pas à hésiter à substituer la *Farine Maltée* au lait maternel, dès les premiers mois de la vie, quand l'enfant vient mal au sein ou lorsqu'il est prudent de ne pas compromettre la santé d'une nourrice mercenaire. Dans ce dernier cas, un de mes confrères, voyant un nourrisson de deux mois atteint d'entérite occasionnée par le lait de vache, lui substitua, avec succès, l'élevage à la *Farine Maltée* prise au biberon.

Dr DE VAUGENARE.

Contribution à la pathologie et au traitement de la morsure des serpents venimeux.

M. le docteur Karlinski (de Stolaé) a eu l'occasion d'observer en Bosnie et en Herzégovine, pendant ces trois dernières années, vingt et un cas de morsures de vipère (*vipera aspis*) et d'étudier ainsi la pathologie et la thérapeutique de cet empoisonnement.

Le venin de la vipère amène des troubles circulatoires et nerveux. Les premiers consistent en œdèmes, cyanose et algidité de la peau ; ils sont dus à des thromboses plus ou moins complètes et étendues dans la région de la morsure et qui peuvent même produire la gangrène sèche et humide (des orteils, de toute la surface dorsale du pied). En fait de phénomènes nerveux, on constate d'abord la douleur au point mordu, puis une anesthésie plus ou moins étendue de la peau, des convulsions et des troubles de l'état général.

Sur les 21 malades, un seul seulement est mort. C'était un enfant de deux ans, mordu au mollet et traité, une demi-heure après l'accident, par la cautérisation ignée et les injections de solution d'ammoniaque à 1 pour 30. Il succomba au bout de trois jours à une pneumonie.

Comme l'ont montré les observations de M. Karlinski, entre autres sur lui-même (il fut aussi mordu au pouce), le meilleur traitement de l'empoisonnement par le venin de la vipère consiste dans l'injection, près du point piqué, d'une solution d'acide chromique à 1 0/0. Cette injection, même lorsqu'elle est pratiquée un quart d'heure après l'accident, suffit à enrayer les symptômes déjà déclarés de l'empoisonnement.

Traitement de la fièvre initiale des tuberculeux.

Grasset recommande dans la fièvre initiale des tuberculeux l'antipyrine à doses faibles et successivement décroissantes (1 gr., 75 centigr., 50 centigr. par jour) en cachets ou en potion, en ayant soin de les échelonner régulièrement sur les vingt-quatre heures. Il prescrit en outre l'aération aussi large que possible, de préférence le plein air, mais avec repos absolu dans la station allongée.

FORMULAIRE THÉRAPEUTIQUE

La tachycardie de la ménopause ; sa séméiologie et son traitement.

Parmi les différents troubles nerveux propres à l'âge critique, on doit signaler les accès d'accélération des battements du cœur, fort pénibles pour la malade. Cette *tachycardie paroxystique* n'est pas très rare et pourtant elle n'a pas encore été étudiée assez complètement. On la trouve à peine signalée dans les traités classiques. Parmi les auteurs récents, c'est un Français, M. le docteur E. Clément (de Lyon), qui l'a le mieux décrite sous le nom de *cardiopathie de la ménopause*.

M. le docteur Kisch, professeur extraordinaire de balnéologie à la Faculté allemande de médecine de Prague, vient tout dernièrement d'apporter une contribution à l'étude de cette forme morbide intéressante. Exerçant pendant la saison d'été à Marienbad, où viennent se faire soigner un grand nombre de femmes qui se trouvent à l'âge critique, notre confrère a souvent eu l'occasion d'observer et de traiter la tachycardie paroxystique de la ménopause.

Voici, d'après M. Kisch, un aperçu général sur la séméiologie et la thérapeutique de cette affection, qu'il est si important de connaître pour la pratique.

A l'époque de la ménopause, parfois après la cessation complète des règles, mais le plus souvent tout au début de la période critique signalée par des irrégularités de la menstruation, c'est-à-dire chez des femmes de quarante à cinquante ans, on voit survenir, en l'absence de toute affection cardiaque antérieure, des accès fréquents de palpitations. Ces accès apparaissent tantôt sans cause apparente, tantôt sous l'influence d'une cause futile quelconque qui, auparavant, ne provoquait jamais aucun trouble nerveux. Ils surviennent dans toutes les situations du corps, la malade étant couchée, assise, debout ou en marche. Ils peuvent apparaître la nuit comme le jour et même pendant le sommeil.

L'accélération et le renforcement des battements du cœur sont très péniblement ressentis et s'accompagnent souvent d'autres sensations non moins désagréables, telles que : angoisse, oppression, pulsations des carotides et de l'aorte abdominale, bouffées de chaleur, céphalalgie, éblouissements, sifflements d'oreille, vertige.

On compte, pendant un accès, de 120 à 150 pulsations à la minute. Chez les malades de M. Kisch, le pouls était généralement fort, plein et régulier; à l'auscultation, les bruits du cœur étaient bien frappés et même augmentés d'intensité. On observe encore pendant l'accès des rougeurs soudaines et fugaces de la face, du cou, de la poitrine, accompagnées d'une sensation de chaleur cuisante. Parfois aussi il y a transpiration abondante de la tête ou du dos.

Ces accès durent généralement quelques minutes, un quart d'heure tout au plus; ils apparaissent à des intervalles dont la durée varie de quelques heures à plusieurs jours.

Aux troubles cardiaques que nous venons de décrire s'associe habituellement un état d'inquiétude physique et psychique avec inaptitude au travail et à toute occupation régulière; le sommeil est agité, entrecoupé de rêves; les malades sont très irritables.

M. Clément, dans ses cas de cardiopathie de la ménopause, a toujours constaté une anémie plus ou moins considérable à laquelle il attribue les troubles cardiaques en question. Mais les malades de M. Kisch présentaient, tout au contraire, les signes d'une pléthore générale et un certain degré d'obésité. Chez elles, la quantité d'hémoglobine, mesurée avec l'hémomètre de Fleischl, était toujours au-dessus de la normale. En dehors des accès de tachycardie paroxystique, ces malades ne souffraient ni de dyspnée, ni d'asthme cardiaque. Les phénomènes de stase sanguine (œdèmes) ne se rencontraient que très rarement ; jamais il n'y avait d'albuminurie.

Le pronostic de la tachycardie paroxystique est bénin, comme il est facile de le comprendre. Cependant, il est bon de noter que la durée de l'affection peut être très variable. Tantôt les accès de tachycardie disparaissent déjà au bout de quelques semaines, tantôt ils persistent pendant deux ans et plus, même après la cessation complète des règles.

Le traitement de la tachycardie paroxystique de la ménopause consiste surtout dans l'administration systématique de purgatifs légers dont l'action est des plus favorables. A titre de calmant et pour diminuer la sensation pénible des palpitations, on aura recours avec succès aux bromures. En outre, on recommandera aux malades l'air des montagnes, un régime alimentaire léger, l'exercice, les promenades, les ablutions froides.

Le sulfo-ichthyolate d'ammonium comme médicament antiblennorrhagique.

M. le docteur Kœster (de Syke) s'est servi avec le meilleur succès d'injections de solution aqueuse de sulfo-ichthyolate d'ammonium à 1 0/0 dans trois cas de blennorrhagie uréthrale chez l'homme ainsi que dans un cas de cystite blennorrhagique chez la femme.

Les hommes faisaient trois injections uréthrales de solution d'ichthyolate d'ammonium par jour. Dès le deuxième jour, la douleur à la miction et les érections

douloureuses disparurent complètement et la guérison définitive fut obtenue au bout de huit à vingt jours.

Chez la femme, la cystite blennorrhagique fut combattue par des injections intravésicales. Deux fois par jour on injectait dans la vessie 150 grammes de la même solution de sulfo-ichthyolate d'ammonium, que la malade gardait pendant environ cinq minutes pour l'évacuer ensuite par la miction naturelle. De cette façon, non seulement la vessie, mais aussi la muqueuse de l'urèthre étaient mises en contact avec le liquide médicamenteux. Au bout de deux jours de ce traitement les urines, qui auparavant contenaient du muco-pus en abondance, devinrent limpides, et toute douleur à la miction cessa. Au bout de quinze jours la malade était définitivement guérie.

Une forme particulière de névralgie

M. le professeur M. Benedikt (de Vienne) a décrit une forme particulière de névralgie sus-orbitaire d'origine probablement infectieuse et qui survient endémiquement à l'époque de l'année où se fait la transition de l'hiver au printemps. Cette affection est caractérisée par l'existence de points douloureux et par des douleurs paroxystiques apparaissant à des intervalles tantôt réguliers, tantôt irréguliers. Plus rarement les douleurs ne surviennent pas par accès francs, mais sont fulgurantes. On observe aussi des formes mixtes où des douleurs fulgurantes occupent les intervalles des crises proprement dites. Dans la majorité des cas, cette névralgie sus-orbitaire est bilatérale. Souvent elle se complique, dès le début ou bien dans la suite, de névralgies dans les autres branches du trijumeau, dans les nerfs occipitaux, et dans le plexus cervical superficiel; parfois aussi elle se complique de paralysie faciale.

Bien que la névralgie dont il s'agit ici s'observe surtout chez les personnes qui ont séjourné ou se sont promenées au bord de l'eau, elle n'est pourtant pas de nature malarique. En effet, jamais on ne constate chez le malade ni fièvre, ni tuméfaction de la rate, et, fait plus démonstratif encore, la quinine reste sans aucune influence sur l'affection; tout au plus peut-elle retarder un peu l'accès et en diminuer légèrement la violence.

Les autres antipériodiques, comme l'antipyrine, la phénacétine et l'acétanilide, se montrent tout aussi impuissants que la quinine.

Quant aux médicaments narcotiques, ils doivent être proscrits du traitement de cette névralgie qui, sous leur influence, ne fait que s'éterniser en revêtant une forme chronique.

Les observations de M. Benedikt ont montré que le traitement spécifique de cette affection consiste dans l'emploi de l'iodure de sodium, à la dose de *un* gramme par jour, auquel on peut ajouter avec un réel avantage deux grammes de salicylate de soude.

Sous l'influence de cette médication l'on obtient généralement la rétrocession rapide de la névralgie. Si quelques traces de la maladie persistent, on aura recours à la galvanisation des points douloureux et du sympathique.

Dans les formes graves, il faut dès le début employer simultanément le traitement ioduré et la galvanisation.

Opération pour rendre possible le port d'un œil artificiel dans les cas d'insuffisance de la paupière inférieure.

Les cas ne sont pas rares où, par suite de certaines affections conjonctivales (ophthalmie granuleuse) ou d'opérations oculaires mal faites (énucléation de l'œil avec excision d'une partie trop considérable de la conjonctive), la paupière inférieure se rétracte, se ratatine et ne forme plus un bourrelet assez proéminent pour enchâsser solidement l'œil artificiel. Celui-ci ne peut être maintenu dans le sac conjonctival; il glisse sur le bord de la paupière inférieure et tombe.

Pour remédier à cette éventualité, M. Fukala (de Pilsen-Karlsbad) a imaginé de rehausser artificiellement, sur le cartilage tarse, la peau de la paupière inférieure.

Voici comment il procède :

Le malade ayant été endormi, on incise la conjonctive sur son bord palpébral, et on sépare le cartilage tarse de la peau sur une profondeur de 10 à 12 millimètres et sur toute la longueur de la paupière inférieure. On obtient ainsi entre le cartilage tarse et la peau palpébrale un cul-de-sac limité par deux surfaces cruentées.

Après avoir arrêté la petite hémorrhagie résultant de cette opération, on procède à l'application de deux points de suture, un à chaque angle de l'œil, qui auront pour effet de surélever la peau de la paupière au-dessus du bord du cartilage tarse et d'obtenir la réunion des parties dans cette nouvelle situation.

Pour ce faire, on prend une aiguille armée de son fil et on la pique dans la peau de la paupière en un point situé à trois ou quatre millimètres de l'angle externe de l'œil et à quatre ou cinq millimètres de la ligne d'insertion des cils; on traverse la peau et on pénètre dans le cul-de-sac entre la peau et le cartilage tarse. On saisit ensuite avec une petite pince le bord du cartilage tarse, on le traverse à la même distance de l'angle externe de la fente palpébrale, *mais tout près de son bord*, et on sort du côté de la conjonctive. L'aiguille est ensuite piquée dans un sens inverse, à une distance de trois millimètres, en dedans de la première piqûre, d'abord à travers le cartilage tarse, *tout près de son bord*, puis à travers la peau de la paupière, de nouveau à quatre ou cinq millimètres au-dessous de la ligne d'insertion des cils. Les deux bouts du fil, qui se trouvent maintenant en dehors sur la peau de la paupière inférieure, sont liés sur une perle.

Un autre point de suture est appliqué de la même façon à l'angle interne de l'œil.

On comprend que, lorsque ces deux sutures seront liées, la paupière inférieure sera rehaussée. En effet, son bord surplombera de quelques millimètres le bord du cartilage tarse et formera ainsi un pli assez profond pour loger le bord inférieur de l'œil artificiel. L'opération devra être faite avec toutes les précautions de l'asepsie. Le lendemain, on lavera soigneusement la plaie et on appliquera un second pansement. Au bout de quatre jours, l'œil pourra être laissé à découvert; mais les fils devront rester encore un ou deux jours en place afin de bien assurer la nouvelle réunion entre le tarse et la peau de la paupière.

Comme il s'agit ici de l'adossement de deux surfaces cruentées, leur réunion est toujours solide et le rehaussement de la paupière inférieure obtenu par ce procédé se maintient indéfiniment.

Le Gérant : G. Masson.

Paris. — Imp. des Arts et Manufact. et DUBUISSON 12, r. Paul-Lelong. — Barnagaud, imp.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Epithélioma de l'os frontal, de la dure-mère sous-jacente et de la faux du cerveau. — Ablation de l'os malade, de la dure-mère et d'une partie de la faux du cerveau. — Guérison. (Observation communiquée à l'*Académie de médecine* par M. F. Terrier.

Cette observation d'épithélioma du frontal et des parties molles sous-jacentes m'a paru digne d'attirer l'attention des membres de l'Académie, au point de vue de la rareté relative de l'opération qui a été pratiquée.

Si l'ablation des parties osseuses du crâne est assez fréquente, il n'en est plus de même lorsque le chirurgien est obligé d'enlever la dure-mère sous-jacente aux os malades, dure-mère altérée elle-même, et surtout lorsque la résection doit comprendre en outre une partie d'un repli de cette dure-mère, la faux du cerveau, comme dans le cas actuel.

Observation rédigée d'après les notes de MM. Leredde et Michon, internes des hôpitaux.

Marie B..., âgée de 52 ans, femme de ménage, entre le 29 mai 1891 (salle Chassaignac, lit n° 14) à l'hôpital Bichat, pour y être traitée d'une tumeur de la région frontale siégeant surtout à gauche.

Ses *antécédents héréditaires* sont peu intéressants. Son père est mort catarrheux à 44 ans, sa mère d'un érysipèle à 54 ans. Elle avait 11 frères et 3 sœurs, tous sont morts, deux noyés, un d'apoplexie cérébrale, les autres de causes inconnues.

Antécédents personnels. — Jusqu'à l'âge de onze ans, la malade a eu de fréquentes conjonctivites et des abcès. Vers 19 ou 20 ans, elle aurait eu des otites suppurées. En 1870 elle accuse une pleurésie, depuis lors, et de temps à autre quelques rhumes insignifiants.

Réglée à onze ans et toujours normalement, elle se marie en 1856, c'est-à-dire à l'âge de 16 ans. Son mari était un syphilitique avéré et mourut en 1880 de ramollissement, après avoir eu des signes de tabès. Mais la malade ne s'aperçut jamais d'aucun symptôme de syphilis.

En 1885 elle se maria de nouveau, et son deuxième mari ne présenta jamais aucun accident spécifique. Jamais d'enfant ni de fausse couche.

En 1878 elle eut sans cause connue un petit bouton sur le front, bouton qui saignait au moindre contact; au bout de peu de temps il suppura et s'ulcéra ; mais la plaie se ferma d'elle-même. En 1882, une brûlure accidentelle en ce point fit revenir l'ulcération; la malade consulta alors un médecin, qui ordonna de l'iodure de potassium et pansa avec de l'emplâtre de Vigo. La cicatrisation se fit ; cette cicatrice avait l'étendue d'un pièce d'un franc et était entourée d'un petit bourrelet qui disparut peu à peu. Dès lors la malade cessa tout traitement.

C'est au *mois d'octobre 1890* que la lésion, qui amène la malade à l'hôpital, débuta par une tuméfaction, un peu au-dessous de la cicatrice du front ; peu à peu elle augmenta de façon à envahir toute la moitié gauche du front.

Aussi en mars 1891, la malade entra-t-elle à Saint-Louis, dans le service du D[r] E. Besnier, qui pensa à une ostéo-périostite syphilitique. Un traitement fut institué : par jour 2 cuillerées de liqueur de van Swieten et 5 à 6 grammes d'iodure de potassium.

En mai, aucune amélioration ne s'était produite; la partie supérieure de la tumeur était un peu plus molle; l'arcade sourcilière s'était épaissie et empiétait davantage sur la paupière. En outre les douleurs de tête devenaient plus intenses et empêchaient la malade de dormir.

Sur les conseils de MM. E. Besnier et A. Broca, la malade entre le 29 mai à l'hôpital Bichat pour se faire opérer.

On constate alors une tuméfaction occupant la moitié gauche du frontal, dépassant à droite la ligne médiane, s'arrêtant en arrière immédiatement en avant de la ligne bi-auriculaire, et en dehors à la limite temporale. En bas l'arcade sourcilière est épaissie, et empiète sur la portion orbitaire de la paupière, de là un certain degré de ptosis.

Cette tuméfaction fait une saillie de deux travers de doigt environ. Les bords externe et interne à peu près verticaux se continuent à angles mousses avec les bords supérieur et inférieur, si bien que le contour de la tumeur est arrondi. Sa surface est légèrement bosselée et présente à l'angle supérieur et interne une saillie très accentuée des dimensions d'un marron d'Inde. La peau qui recouvre la tumeur est normale avec quelques varicosités, sauf au centre où se trouve une cicatrice blanchâtre, déprimée, adhérente aux parties profondes et occupant la surface d'une pièce d'un franc. Les cheveux recouvrent le 1/3 supérieur de la tumeur.

A la palpation, on sent que la tumeur est généralement fluctuante; mais, par places, il existe des noyaux plus durs, mobiles sous le doigt et qui semblent être des fragments osseux. A la partie inférieure, la tumeur est assez dure, quoique se déprimant sous le doigt; en haut et notamment vers l'angle supéro-interne, il y a une fluctuation très manifeste.

La tumeur est entourée d'un bourrelet osseux qui est surtout saillant à droite et en bas ; à ce point la pression est douloureuse; dans le reste de son étendue la néoformation indolore.

L'état général est bon, aucun symptôme cérébral, quelques maux de tête d'intensité médiocre; aucun symptôme de syphilis.

Notons en passant que la malade a de l'eczéma de l'oreille gauche et des commissures labiales, et un petit lipome sur le flanc droit.

8 *juin*. — Pour éclairer le diagnostic hésitant surtout entre une nécrose syphilitique et une tumeur maligne du frontal, on fait avec une seringue de Pravaz une ponction exploratrice dans une partie fluctuante et kystique de la tumeur. On retire un liquide séreux, transparent, légèrement coloré, et qui est examiné au microscope. Ce liquide a l'aspect de sérosité sanguine, renferme d'abondants globules rouges non altérés et de rares cellules épithéliales petites et irrégulières. (L'examen a été fait par M. Lieffring, externe du service).

Opération le 10 juin, par MM. F. Terrier et A. Broca. Le chloroforme est donné par M. Dubouchet, externe du service.

M. A. Broca fait une incision dans le sens vertical allant d'un bout à l'autre de la tumeur ; sous la peau on entre dans une masse d'apparence sarcomateuse et on constate que l'os est entièrement détruit; sans rencontrer d'obstacle, le bistouri, puis le doigt vont jusqu'à la face externe du cerveau. Les loges kystiques sont indépendantes les unes des autres.

M. Terrier, qui assistait M. Broca, se décide à pratiquer l'extirpation de la tumeur. Incision cruciale de 10 centimètres dans le sens transversal et de 12 dans le sens vertical; puis dissection des quatre lambeaux cutanés, que la tumeur n'a pas envahis ; ablation en quatre quadrants semblables de la tumeur, facile à couper aux ciseaux. La brèche osseuse a la même étendue que les incisions cutanées et comprend aussi presque toute la voûte orbitaire. On voit alors que la dure-mère est enlevée, envahie qu'elle était par le néoplasme, et la pointe du lobe frontal est à nu, recouverte de la pie-mère non intéressée. Il ne se produit pas d'écoulement du liquide céphalo-rachidien, l'espace sous-arachnoïdien n'ayant pas été ouvert.

En bas le sinus frontal est ouvert. Les bords de cette brèche osseuse sont certainement malades, mais l'os y est consistant, aussi sur tout le pourtour sont-ils réséqués encore à la pince-gouge. En dedans la ligne médiane est franchie, et l'on doit réséquer le sinus longitudinal supérieur et la faux du cerveau sur une étendue de 7 à 8 centimètres et placer une pince à pression sur chacune des extrémités de cette résection.

La section osseuse saigne beaucoup, elle est hémostasiée par de la cire vierge phéniquée et stérilisée à la chaleur. Curage de la portion visible du sinus frontal; puis ligature avec un fil de soie sur chaque bout du sinus longitudinal et l'hémostase est ainsi fort bien assurée.

Une grosse mèche de gaze iodoformée tamponne l'orifice du sinus frontal et ressort par la branche inférieure de l'incision cruciale, dont tout le reste est suturé, la peau étant directement au contact de la pie-mère. Pansement iodoformé avec de la gaze et de la poudre.

La malade à la fin de l'opération, qui a donné beaucoup de sang, a le faciès pâle et le pouls petit. On fait quelques injections d'éther sous la peau.

Le chloroforme, bien administré, a été supporté sans alerte.

Suites de l'opération. — 10 *juin.* — Dans la journée quelques vomissements, mais dès le soir la malade va beaucoup mieux, elle répond aux questions qu'on lui pose, souffre peu et n'accuse aucune paralysie dans les membres; le pouls est rapide (120 pulsations), mais bien frappé. Température 37°,5. Respirations 30 par minute. Injections d'éther et de caféine, oxygène en inhalations. Rhum; champagne.

11 *juin.* — La malade continue à aller bien; pas de douleurs de tête; mais léger engourdissement dans la région antéro-externe de l'avant-bras gauche; elle serre pourtant bien de sa main gauche sans qu'on puisse noter une différence avec le côté opposé.

Matin : temp. 37°,8, pouls 120; respiration 24.

Soir : tempér. 37°,7, pouls 120; respiration 21.

Même régime, plus du lait coupé d'eau de Vichy.

12 *juin.* — Bon état. Matin : temp. 37°; pouls 108. Soir : temp. 37°,8; pouls 108.

L'engourdissement de l'avant-bras gauche persiste et on constate en effet une anesthésie cutanée commençant en haut à quatre travers de doigt au-dessous de l'épicondyle, recouvrant en avant et en arrière la moitié externe de l'avant-bras de façon à cesser à peu près sur la ligne médiane. En bas cette anesthésie existe sur le dos des deux premiers métacarpiens, mais n'empiète pas en avant sur la région thénar. La sensibilité des doigts est intacte.

A droite l'anesthésie existe aussi, mais dans une moindre étendue; il n'y a d'insensible qu'une surface ovalaire située sur le bord externe de l'avant-bras, commençant au poignet et s'arrêtant au tiers moyen de l'avant-bras.

Là où l'anesthésie existe, la peau est plus sèche et légèrement ridée.

Lait et bouillon.

13 *juin.* — La malade continue à aller bien, cependant le matin la température est de 38° avec 108 pulsations. On refait le pansement. La gaze iodoformée est imprégnée d'un liquide séro-sanguinolent. La peau est soulevée à chaque battement cérébral; la gaze iodoformée qui remplit le sinus frontal est laissée en place.

Dans la journée la malade se trouve très bien, et le soir la température est de 37°4 et le pouls à 108.

A partir de cette date, la malade continue à aller régulièrement bien, dormant la nuit, ne souffrant pas; elle s'alimente avec des mets liquides, les mouvements de mastication étant encore douloureux; la température ne s'élève pas au-dessus de 37°4; l'anesthésie des avant-bras persiste toujours.

18 *juin.* — Deuxième pansement; on enlève quelques points de suture, la réunion de la plaie a eu lieu sur toute l'étendue; on retire aussi une petite portion de la gaze iodoformée du sinus frontal. A la suite de ce pansement il n'y a aucune ascension thermique.

24 *juin.* — Troisième pansement, les derniers crins de la suture cutanée sont retirés; l'ablation de la gaze iodoformée est assez pénible; elle adhère aux tissus, de là douleur assez vive pour la malade et écoulement d'environ deux petites cuillerées de sang. Le soir la température s'élève à 38°4, mais redevient absolument normale dès le lendemain.

25 *juin.* — La malade se lève pour la première fois, soit 15 jours après avoir été opérée.

24 *juillet.* — L'état de la malade est excellent; elle mange de bon appétit et ne souffre pas; les plaques d'anesthésie existent encore, mais sensiblement diminuées; les mouvements de mastication ne sont plus douloureux.

Au niveau de la perte de substance osseuse, la peau est déprimée et soulevée par des battements, mais moins forts qu'au début; l'os qui l'entoure n'est pas douloureux à la pression, sauf en deux points, à la racine du nez et à l'extrémité externe de l'arcade orbitaire gauche. Il est probable que la sensibilité de ces deux points tient à la pression du pansement qui sert à abriter les téguments, pansement consistant en une couche d'ouate maintenue par une bande de tarlatane.

Il sera donc utile d'abriter toute la région dépourvue de plans osseux par une sorte de calotte de cuir moulé et rembourrée à sa face interne, de façon à éviter toute pression anormale sur les bords de la brèche osseuse.

L'*examen de la tumeur* fut fait avec soin par M. Lieffring: Les pièces furent immédiatement durcies dans l'alcool absolu, puis colorées au picrocarmin et à l'hématoxyline.

A. *Faible grossissement.* — La tumeur présente une série de boyaux d'éléments cellulaires, allongés, étroits, rappelant parfois la disposition d'une glande acineuse ou tubulée.

En certains points les éléments épithéliaux néoplasiques sont accumulés en placards homogènes à bords profondément déchiquetés; en d'autres points ils présentent une disposition réticulée.

Très nombreux au milieu des masses cellulaires, on voit des globes sphériques remarquables par certaines particularités :

Leur dimension est variable : certains semblent avoir sous le champ du microscope (oc. 1, obj. 3) 3 mm., tandis que d'autres ont à peine 1 mm.

Leur répartition n'est point régulière : quelquefois ils sont agglomérés en masse et se rencontrent en ces points avec toutes leurs dimensions; — ailleurs ils sont isolés et semblent rechercher l'extrémité des boyaux épithéliaux signalés.

La forme est exactement sphérique et se détache d'une façon très nette des éléments environnants, d'ailleurs moins réfringents. A ce grossissement on distingue déjà leur structure striée concentrique caractéristique; à leur centre, enveloppés par la coque de strates sont des amas granuleux très-réfringents quelquefois homogènes et brillants, de dimensions variables.

Quelques globes présentent deux de ces noyaux. Il n'est pas rare d'en voir en dehors des globes brillants comme des perles, perdus au milieu des masses épithéliales.

Les masses épithéliales présentent de nombreuses lacunes qui correspondent aux cavités kystiques que présentait la tumeur à l'examen macroscopique.

Certains points avaient l'aspect d'un tissu érectile.

Les bords de ces cavités présentent des cellules en dégénérescence se colorant mal par le réactif.

A leur intérieur on trouve des globules sanguins altérés.

Le stratum de la tumeur est formé de tissu conjonctif très abondant par places s'insinuant entre les éléments néoplasiques pour les isoler. Il s'agit tantôt de tissu conjonctif embryonnaire, tantôt de tissu adulte d'aspect fasciculé et ondulé. Il est également creusé de cavités à bords nets.

Les vaisseaux ne se distinguent plus que par la présence de globules sanguins à leur intérieur, leurs parois étant entièrement envahies.

B. *Fort grossissement* (oc. 3, obj. 7. Nachet).

Cellules épithéliales. — Elles sont petites, irrégulières, polyédriques par pression réciproque. Elles sont quelquefois cylindriques sur les bords des espaces lacunaires. Leur protoplasma est très granuleux; leur noyau est peu appréciable. Disposées en amas irréguliers tubulés ou lobulés comme il a été dit, elles prennent parfois une disposition concentrique présentant en quelque sorte l'ébauche d'un globe au début; on soupçonne déjà la disposition concentrique, et la nécrose granuleuse centrale.

De cet état, au complet développement du globe, on trouve tous les intermédiaires.

A l'âge adulte, le globe est formé de lamelles plates superposées concentriquement, rappelant la disposition d'un bulbe d'orchidée. Elles se colorent en rose pâle à la périphérie, et en rose jaunâtre vers la partie centrale. Elles se condensent d'autant plus qu'elles sont plus centrales, et n'ont pas de noyaux (cellules cornées). Par leur ensemble elles forment une coque qui tranche nettement au milieu des autres éléments.

Au centre du globe, existent d'abondantes granulations réfringentes ne se colorant pas par l'acide osmique et se colorant faiblement par l'acide picrique. Elles semblent résulter de la dégénérescence des cellules centrales; à leur périphérie existe une limite très nette entre elles et la coque globulaire.

Les espaces lacunaires paraissent ici résulter de la dégénérescence des éléments cellulaires; leurs bords en effet sont déchiquetés et limités par des cellules altérées se colorant mal par les réactifs; leur intérieur contient des éléments dégénérés et des globules sanguins.

En résumé, il s'agit ici d'une *épithélioma lobulé* en certains points, *tubulé* en d'autres, présentant des globes épidermiques spéciaux, rappelant ceux qu'on décrit dans l'épithélioma perlé.

Cette tumeur est encore particulière par ses nombreuses cavités hématiques et son tissu conjonctif abondant, qui peut-

être en certains points a amené la nécrobiose des éléments cellulaires en les enserrant.

On peut en quelques lignes résumer ce fait intéressant :

Une femme de 52 ans, après avoir présenté en 1878 un petit bouton ulcéré de la région frontale, ulcération qui s'est bien guérie, et en 1882 une seconde ulcération plus étendue résultant d'une brûlure, lésion qui se guérit aussi très bien, voit apparaître, sur la cicatrice de ces deux ulcérations anciennes, une tuméfaction du frontal. Comme cette femme a pu être inoculée de syphilis, il est fort logique de penser à une néoformation spécifique, d'autant que la malade semblait accuser une céphalalgie intense.

Ce fut le diagnostic de notre très distingué confrère et collègue M. le Dr Ernest Besnier, diagnostic partagé par mon ami et assistant le Dr A. Broca.

Toutefois, après un examen attentif de la tumeur, et tenant grand compte de ses différences de résistance et des parties fluctantes, je pensai à une néoformation sarcomateuse, d'autant que j'avais rencontré un fait analogue pendant que j'étais chirurgien de la Salpêtrière.

La ponction exploratrice faite dans un point fluctuant vint encore consolider mon diagnostic de tumeur maligne.

Vous avez vu que l'opération confirma ce diagnostic, il s'agissait non d'un sarcome, mais d'un épithélioma, ayant envahi les os frontaux en grande partie, et avec l'os la dure-mère sous-jacente, voire même la partie antérieure de la faux du cerveau que je réséquai.

L'opération donna du sang, fourni par les os, que je sectionnai; par le sinus longitudinal supérieur, que je liai aux deux extrémités réséquées; et enfin par quelques veines de la pie-mère, qui adhéraient par points à la dure-mère.

Jamais chez le vivant je ne vis une pareille étendue de cerveau mise à nu. Une difficulté opératoire était l'envahissement des sinus frontaux gauches par la tumeur. Je dus les réséquer, mais, en outre, pour éviter toute contamination venant de ces cavités muqueuses, je bourrai la plaie du sinus frontal de gaze iodoformée. Le résultat fut excellent, la réunion immédiate de mes lambeaux du cuir chevelu et du front fut parfaite et sans suppuration, et c'est lorsqu'elle fut complète que je me décidai à enlever le tampon de gaze iodoformée placé dans le sinus frontal. Cette extraction fut un peu pénible, mais elle se fit assez bien pour que la petite plaie qui résultait de la présence du tampon fût vite cicatrisée

En somme, notre opérée est actuellement parfaitement guérie. Il est évident que la nature même de la lésion doit faire craindre pour l'avenir, mais rien encore ne s'opposerait à une nouvelle intervention, si elle devenait nécessaire.

REVUE DES CONGRÈS

CONGRÈS DE LA TUBERCULOSE

Tenu à Paris du 27 juillet au 1er août.

TUBERCULOSE ANIMALE ET TUBERCULOSE HUMAINE

La question la plus importante parmi celles qui ont été soulevées par le Congrès est incontestablement celle de la pluralité des tuberculoses. Cette question, on l'a vu, a été discutée, comme question préalable, par MM. Grancher et Hipp. Martin dans le mémoire que nous avons publié la semaine dernière et l'on a vu que ces auteurs, avant de passer à l'étude des vaccinations par cultures atténuées, ont affirmé qu'à leurs yeux il y a identité entre la tuberculose aviaire, celle que Nocard et Roux nous ont appris à cultiver, et la tuberculose humaine. Mais leur opinion n'est pas unanimement admise et il semble au contraire qu'actuellement la non-identité rallie la majorité des suffrages.

Ceux qui se rapprochent le plus de l'opinion de MM. Grancher et Martin sont **MM. Cadiot, Gilbert et Roger** dont nous avons déjà analysé, lorsqu'ils ont paru à la *Société de biologie*, deux mémoires sur ce point (*Voy. Mercredi*, 1890, p. 529 et 1891, p. 383). Ces mémoires, que les auteurs ont en somme fusionnés dans leur communication au Congrès, s'appuient : 1° sur l'identité histologique du tubercule chez les oiseaux, chez les mammifères, chez l'homme ; 2° sur l'identité des effets de l'inoculation péritonéale, chez le lapin, avec la tuberculose aviaire ou avec la tuberculose humaine ; sur la grande analogie, dans certains cas au moins, quand on opère sur le cobaye ; 3° sur la possibilité de rendre les poules tuberculeuses à l'aide du bacille humain. Au total les auteurs concluent que, malgré des différences évidentes, il s'agit de deux variétés dérivant d'une même espèce.

MM. Courmont et Dor (de Lyon) souscrivent à peu près à ces conclusions.

Parmi les différences invoquées, les auteurs ne s'occupent que des différences portant sur l'inoculation comparée aux poules, aux lapins et aux cobayes. Ils se refusent à les trouver aussi tranchées que le disent MM. Straus et Gamaleïa. Tout d'abord, en opérant sur les poules avec de la tuberculose aviaire, on peut déjà se rendre compte que la voie digestive est une porte d'entrée incertaine chez ces animaux.

En opérant avec de la tuberculose humaine ou bovine, soit en lésions soit en cultures, nous avons obtenu de superbes lésions tuberculeuses chez la poule surtout par inoculation sous-cutanée et avons pu les propager en série, ainsi que les dessins mis sous les yeux du congrès en ont fait foi. Donc la tuberculose humaine ou bovine est inoculable à la poule.

Contrairement aux expériences de MM. Straus et Gamaleïa, nous avons obtenu 7 fois sur 8, soit 42 fois sur 48 animaux, de belles généralisations tuberculeuses chez le cobaye par inoculation sous-cutanée de cultures aviaires ; cette différence s'explique par le fait suivant qui donne la clef des contradictions. La culture aviaire qui a donné les résultats précédents n'avait pas passé par la poule depuis 6 ans et il a suffi d'un seul passage par cet animal pour que l'adaptation au milieu soit telle que le cobaye devenait réfractaire à l'inoculation des lésions aviaires.

62 autopsies appuient ces conclusions.

Nous avons également obtenu chez le lapin par inoculation intra-veineuse de bacilles aviaires des généralisations tuberculeuses niées par d'autres auteurs. Il suffit de retarder la mort des animaux. 86 lapins ont servi à cette expérience.

Voici les conclusions de notre travail :

1° La poule n'est pas absolument réfractaire à la tuberculose des mammifères.

2° La voie digestive est une porte d'entrée incertaine chez cet animal, bien inférieure à la voie sous-cutanée.

3° Des lésions tuberculeuses humaines peuvent se propager en série sur la poule par l'inoculation sous-cutanée.

4° Les bacilles de provenance aviaire, mais soustraits depuis longtemps à l'influence aviaire, produisent de belles généralisations tuberculeuses chez le cobaye par la voie sous-cutanée et chez le lapin par la voie veineuse, si la survie de cet animal est suffisante.

5° Les bacilles ayant ces propriétés les perdent par un seul passage chez la poule. Les mammifères sont donc plus résistants à l'inoculation des lésions tuberculeuses aviaires qu'à l'inoculation des cultures aviaires.

En conséquence, nous estimons que *les bacilles tuberculeux aviaires et ceux des mammifères ne sont que deux races d'une même espèce microbienne.*

Dans une seconde communication, **MM. Courmont et Dor** ont tenté d'utiliser ces données pour l'étude de la

Vaccination anti-tuberculeuse chez le lapin.

La vaccination a été exécutée avec des cultures aviaires, atténuées et filtrées, dont l'injection a été fort bien tolérée et n'a été suivie d'aucun accident. Six lapins ont été mis en série avec six témoins. Deux ont pris des tumeurs blanches, que

les auteurs regardent comme une forme atténuée de la tuberculose. Les quatre autres ont résisté. On les a inoculés ensuite avec des produits tuberculeux provenant du cobaye inoculé avec de la tuberculose humaine. Le vaccin provenant d'une culture virulente filtrée est beaucoup plus toxique que celui qui provient d'une culture non virulente. Chez les lapins imparfaitement vaccinés, on a obtenu des formes intermédiaires entre la bacillhémie, type Yersin, et la tuberculose granuleuse ou type humain.

M. Z. Baizy (Namur). — De nombreux travaux et des expériences répétées ont établi l'identité de la tuberculose de l'homme et de la tuberculose des bovidés.

La plupart des auteurs admettent l'identité de la tuberculose des gallinacés et de la tuberculose humaine.

L'observation suivante est présentée comme contribution à l'étude de cette question.

Un coq vivant dans la cour d'un abattoir se nourrissait des déchets de tout genre, jetés sur le fumier.

Parmi ces déchets, se trouvaient souvent des dépouilles provenant d'animaux tuberculeux.

Le coq fut tué et on trouva chez lui une tuberculose des poumons et du foie.

L'examen microscopique des tubercules n'a pas révélé la présence du bacille de Koch, mais les inoculations faites sur des lapins avec ces tubercules ont provoqué la tuberculose.

La plupart des autres bactériologistes vont plus loin et se refusent à admettre l'identité, même avec ces réserves. Ils se rangent, au contraire, à l'avis de MM. Straus et Gamaleïa.

Sur les caractères différentiels des bacilles de la tuberculose humaine et aviaire.

MM. Straus et Gamaleïa. — Depuis que Rivolta, Maffucci et Koch ont annoncé que le bacille de la tuberculose des mammifères et celui des oiseaux sont des espèces voisines, mais différentes, cette question est restée à l'ordre du jour. Dans nos recherches nous nous sommes appliqués à nettement caractériser ces deux bacilles. Nous avons étudié avec soin les particularités propres aux cultures et les effets développés par l'inoculation de chacun de ces bacilles aux différents animaux.

L'aspect des cultures sur milieux solides permet presque toujours à la simple inspection de distinguer la culture du bacille humain de celle du bacille aviaire. Les cultures de la tuberculose humaine sont sèches, écailleuses ou verruqueuses, ternes et dures; celles de l'aviaire sont humides, grasses et molles.

Plus différents encore sont les effets pathogènes des deux bacilles. Il y a des animaux qui sont réfractaires à l'un de ces bacilles et très réceptifs à l'autre. Les poules sont réfractaires à la tuberculose humaine; elles succombent régulièrement à l'inoculation de la tuberculose aviaire. Le chien, au contraire, jouit d'une immunité presque absolue à l'égard du bacille aviaire; il est facile de le faire périr par l'inoculation du bacille humain.

Le lapin et le cobaye sont réceptifs pour les deux bacilles, mais les effets provoqués par l'un et l'autre bacille sont différents. Inoculés par la tuberculose humaine, ces animaux meurent avec des tubercules apparents dans les différents viscères; le bacille aviaire les tue sans qu'on puisse en général trouver des lésions tuberculeuses macroscopiques dans les organes internes.

Ayant ainsi différencié les deux bacilles, il fallait se demander par quels liens ils se rattachent et s'il n'est pas possible, soit par des artifices de culture, soit par l'expérimentation de passer de l'un à l'autre.

Certains auteurs avaient pensé que par la substitution des milieux de culture glycérinés au sérum de Koch, on arrivait à modifier profondément les caractères des cultures et les effets pathogènes du bacille de la tuberculose. Nos recherches au contraire nous ont montré que les bacilles des deux tuberculoses conservent invariablement leurs particularités propres et leurs effets pathogènes spéciaux, quel que soit le milieu de culture employé. Les différences considérables signalées par certains auteurs entre les effets pathogènes des cultures sur sérum comparées aux cultures sur milieux glycérinés, ne tiennent pas à une simple modification des milieux de culture employés, mais à la provenance différente de la semence tuberculeuse et à la confusion entre le bacille humain et le bacille aviaire.

Nous nous sommes aussi adressés à l'expérimentation sur les animaux pour essayer de modifier les deux bacilles et d'obtenir ainsi, sinon une transformation complète, au moins des variétés intermédiaires. Des produits tuberculeux aviaires ont été inoculés sous la peau, dans le péritoine et dans les veines de lapins et de cobayes, lesquels ont succombé avec de nombreux bacilles dans les organes. Des fragments de ces organes, inoculés à de nouveaux cobayes et lapins, ont encore amené leur mort parfois avec des tubercules visibles dans le foie surtout chez le lapin, dans les poumons chez le cobaye. Mais, dès le troisième ou le quatrième passage, même quand les animaux mouraient, les organes cessaient de contenir ni tubercules ni bacilles et la série était arrêtée. Nous n'avons pas réussi à acclimater d'une façon durable le bacille aviaire chez le lapin et le cobaye, encore moins à le transformer en bacille humain. Les cultures faites avec les organes des animaux ainsi inoculés en série ont toujours présenté les caractères du bacille aviaire.

Nous avons recherché chez le chien s'il est possible par l'inoculation préalable et fréquemment répétée du bacille aviaire de le vacciner contre le bacille humain. Plusieurs chiens ont subi pendant des mois à diverses reprises des injections intra-veineuses de cultures du bacille des oiseaux. Soumis plus tard à l'inoculation intra-veineuse ou intra-péritonéale du bacille humain, ils ont succombé dans les mêmes délais et avec les mêmes lésions que les témoins.

En somme, les différences qui séparent les deux tuberculoses se sont révélées à nous, non seulement considérables et profondes, mais encore permanentes. Ni par des modifications apportées au mode de culture ni par des tentatives d'inoculation en série nous n'avons pu obtenir la transformation de l'un de ces bacilles dans l'autre. Tant que cette transformation n'aura pas été réalisée et qu'elle ne sera pas établie par des faits indiscutables, on sera obligé de regarder les deux bacilles comme étant des espèces différentes.

M. Vignal ne pense pas non plus que le bacille de la tuberculose aviaire cultivé par MM Nocard et Roux puisse être considéré comme un bacille de Koch dont la virulence a été atténuée; il faut bien plutôt admettre qu'il s'agit d'un micro-organisme spécial. En effet, si la première hypothèse était exacte, il serait des plus bizarres que le faisan, par exemple, dont la tuberculose serait considérée comme un type atténué de tuberculose humaine, ne pût pas être tué par des injections de cultures extrêmement virulentes. Or c'est ce qui existe. L'auteur a inoculé, à diverses reprises, un faisan avec de la culture virulente de bacilles de Koch, mais il n'a pu déterminer aucun accident. Il nous semble bien plus probable que le bacille de MM. Nocard et Roux est, malgré quelques ressemblances morphologiques avec le bacille de Koch, entièrement différent de ce dernier. C'est ce qu'il a d'ailleurs déjà montré avec M. Malassez, que l'ensemble clinique et anatomo-pathologique connu depuis longtemps sous le nom de tuberculose n'est point toujours produit par un micro-organisme unique.

Toute cette discussion n'a pas seulement un intérêt théorique. On sait, en effet, que depuis quelques années c'est à l'aide de ce que nous apprennent les cultures expérimentales qu'on cherche à obtenir soit des effets curatifs, soit la création de l'immunité. N'est-ce pas là l'origine des recherches de Koch sur la tuberculine; de Grancher et d'Hipp. Martin sur les virus atténués? or c'est surtout avec de la tuberculose aviaire qu'on a travaillé depuis quelques années. Et dès lors il faut prudemment admettre avec

M. Daremberg que la discussion sur l'identité de la tuberculose humaine et de la tuberculose des gallinacés, ne permet pas encore de donner des conclusions définitives; elle a cependant déjà permis de considérer les deux tuberculoses comme présentant des points de dissemblance très manifestes. N'est-on pas dès lors en droit de considérer toutes les expériences faites jusqu'à ce jour avec la seule tuberculose aviaire comme trop exclusives et de demander qu'elles soient reprises en faisant usage de tuberculose humaine?

Tuberculine aviaire et tuberculine humaine.

M. Babès (de Bucarest) a fait l'étude comparative de certaines toxines produites par le bacille aviaire et par le bacille humain, reprenant à ce point de vue les études sur la tuberculine de Koch.

L'action pathogène du bacille, a dit M. Babès, repose surtout sur la production des substances toxiques. Nous avons essayé de les isoler en même temps que les substances vaccinales. Nous avons suivi la voie ouverte par Christmas, Roux et Yersin, Brieger et Frænkel, qui ont réussi à obtenir, par la précipitation dans l'alcool des cultures filtrées, où par dialyse, des substances toxiques et en partie vaccinales, et nous avons répété ces recherches en appliquant les méthodes très simples indiquées pour d'autres microbes.

Les produits que l'on obtient par ces méthodes sont évidemment complexes, et renferment une grande proportion d'albuminose provenant des milieux de culture qui ont servi pour obtenir la précipitation des vraies substances actives sur la nature desquelles nous ne savons rien, et que nous pouvons seulement classer, d'après leur action, parmi les ferments solubles, sans rien préjuger de leur composition. Il en est de même des substances actives que l'on peut tirer des tissus tuberculeux ou des cultures de bacilles.

Nous avons cherché, avant même la communication de Koch, à tirer des cultures de la tuberculose des substances analogues à celles qu'on peut obtenir par la culture d'autres microbes. Notre procédé a été essentiellement le même que celui de Koch. Nous avons essayé de vacciner et de traiter des cobayes et des lapins avec des substances de provenance aviaire et nos tentatives ont été en partie encourageantes.

En poursuivant ces recherches, nous avons constaté une grande analogie entre la tuberculine aviaire et la tuberculine d'origine humaine.

Il est, en effet, à remarquer que des microbes d'espèces assez différentes produisent des substances solubles analogues, tandis que, dans d'autres cas, une variété peu stable d'un microbe donne souvent des produits tout différents.

Il serait donc prématuré de profiter de l'analogie de certaines substances solubles tirées des cultures de la tuberculose aviaire avec les substances tirées de la tuberculose humaine pour identifier les deux microbes, malgré les propriétés communes que présentent ces deux espèces, telles que leur résistance à l'action des décolorants et la faculté de produire des tubercules.

Leurs cultures, en effet, possèdent des caractères tout à fait distincts, et il faudrait pouvoir comparer tout l'ensemble de nos connaissances sur le microbe de la tuberculose pour conclure à l'unité des deux tuberculoses. Cette tendance à confondre, en s'appuyant sur des bases insuffisantes, des microbes différents, ne peut que produire de la confusion et a toujours empêché les progrès de la bactériologie. Nous avons d'ailleurs signalé les premiers, M. Cornil et moi, les différences assez grandes qui existent entre ces deux microbes, et ces faits ont été confirmés et précisés par M. Koch et, dernièrement, par MM. Straus et Gamaleïa

Nous pouvions espérer que le bacille aviaire n'était pas pathogène pour l'homme, et c'est pour cela que nous avons pris ce bacille comme point de départ de nos recherches.

L'extrait concentré glycériné ou bien le précipité alcoolique des cultures de ce microbe ont, en effet, la même action thermogène sur les cobayes et les lapins que la tuberculine de Koch.

De même que pour la tuberculine, nous avons pu constater une faible atténuation de l'effet thermique et toxique par le précipité dans l'alcool. Cette atténuation s'accentue encore plus si on purifie le précipité alcoolique avec le chloroforme et l'éther, et l'on obtient ainsi, comme l'avait montré M. Klebs pour la tuberculine humaine, une substance peu nuisible même à doses assez fortes, tandis que la substance soluble dans le chloroforme est souvent très toxique et peut, dans quelques cas, même à doses faibles, tuer avec des convulsions les cobayes inoculés.

Il est à remarquer que les oiseaux (poules et pigeons) supportent une quantité remarquable du remède sans élévation constante ou appréciable de température. Signalons, en passant, ce fait que, chez deux poules sur vingt-six, il s'est développé une tuberculose aviaire aiguë après l'inoculation répétée de petites doses de tuberculine de Koch, ce qui s'explique vraisemblablement par la recrudescence de petits foyers calcaires qui existaient dans leur foie.

La tuberculine humaine et la tuberculine aviaire agissent souvent d'une façon énergique sur les bovidés sains ou tuberculeux; on ne peut donc pas employer cette réaction pour le diagnostic de la tuberculose. Chez l'homme, au contraire, l'action de la tuberculine peut donner des renseignements sur l'existence d'une tuberculose, mais ce procédé n'est d'ailleurs pas inoffensif.

Nous avons également pratiqué le traitement de Koch sur des malades atteints de tuberculose, mais avec des doses très faibles, et nous avons vérifié l'action thermogène et la production d'une réaction locale.

En comparant cette fièvre et la réaction locale avec celles qui sont produites chez les lépreux, nous avons constaté une différence essentielle chez les lépreux: la réaction fébrile est ordinairement retardée de douze à vingt-quatre heures et la réaction locale, quoique souvent extrêmement violente, se produit seulement plusieurs jours après la réaction fébrile.

En employant des doses faibles dans le traitement de la tuberculose humaine, nous avons pu éviter la fièvre, tandis que la réaction locale se produisait encore.

De ces essais se dégage ce fait, que la réaction fébrile n'est pas strictement liée à l'action locale et à l'action sur le système nerveux produites par la tuberculine.

Nous poursuivons nos recherches pour isoler les substances thermogènes de la substance spécifique phlogogène, et il faut espérer qu'on arrivera à isoler des cultures de la tuberculose les substances nuisibles et d'autres substances thérapeutiques ou vaccinales.

M. Arloing désirerait savoir exactement comment M. Babès préparait sa tuberculine, pour pouvoir comparer ses résultats avec la tuberculine aviaire et ceux qu'on obtient avec la tuberculine de Koch.

Il désire fixer l'attention sur un deuxième point : M. Babès a dit que la bactériologie avait été longtemps entravée par la tendance que l'on a souvent à vouloir confondre des microbes différents et à fusionner dans une même espèce plusieurs formes différentes. Il croit, au contraire, que l'on ne doit pas multiplier le nombre des espèces, mais arriver, en suivant soigneusement les modifications successives des microbes, à établir l'existence de variétés d'une même espèce. C'est en s'attachant trop exclusivement aux caractères de forme, de coloration et de végétation que l'on s'expose à compliquer inutilement la bactériologie, et les caractères qu'il faut inscrire en tête de ceux qui doivent servir à définir une espèce semblent être ceux que donnent les résultats des inoculations.

M. Babes résume le mode de préparation de sa tuberculine : il a fait des cultures de tuberculose aviaire; elles ont été condensées par la chaleur, puis précipitées par l'alcool.

En ce qui concerne le transformisme des microbes, on doit nettement distinguer les faits qui montrent les variations des propriétés d'un même microbe, d'avec les faits qui prouvent au contraire que l'on a affaire à deux espèces absolument différentes par tous leurs caractères; dans ce dernier cas nous n'avons pas le droit d'en faire une seule espèce.

Quant au critérium pour la comparaison des deux tuberculines, il réside essentiellement dans la production de la fièvre avec la tuberculine aviaire.

Sang de chien, sang de chèvre.

Tandis que certains expérimentateurs cherchaient des méthodes prophylactiques et curatives à l'aide de produits existant dans les cultures de tuberculose, d'autres s'engageaient dans une voie différente. Certains animaux, se sont-ils dit, sont réfractaires à la tuberculose : tels le chien, la chèvre. C'est donc que leur sérum sanguin contient des substances incompatibles avec la vie du bacille. Ces substances, nous ne les connaissons pas; mais mélangeons au sang de l'individu malade ou menacé une certaine quantité de ce sérum inapte à la culture, et nous confèrerons sans doute à nos malades l'immunité tant désirée.

Pour le

Sang de chèvre

MM. Bertin et Picq (de Nantes) sont partis d'études

destinées à remplacer la génisse par la chèvre comme vaccinifère, parce que cette dernière n'est pas susceptible de se tuberculiser. Ils sont arrivés à constater que, chez les lapins inoculés avec de la tuberculose, le sang de chèvre transfusé crée un état bactéricide. Ils ont ensuite appliqué cette méthode à l'homme et, à part quelques petits abcès, n'en ont pas vu d'inconvénients ; par contre ils ont observé de nombreuses améliorations, dans les tuberculoses externes surtout. Ils pratiquent lentement des injections de 15 à 20 gr. de sang complet et frais dans le tissu sous-cutané ou dans les muscles ; ces injections sont répétées tous les 10 à 15 jours. MM. Bertin et Picq croient la transfusion dangereuse et y ont renoncé.

M. S. Bernheim, au contraire, en reste partisan. Il a observé cependant une mort, mais, en l'absence d'autopsie, ne sait à quoi l'attribuer.

Ces auteurs disent avoir vu des améliorations : il faut donc admettre le fait; mais la chèvre est-elle donc aussi réfractaire qu'ils le prétendent ? La chose est douteuse. Il semble bien, au contraire, que

La chèvre est tuberculisable.

M. G. Colin l'affirme dans une communication que nous résumons ici, quoiqu'elle ait été faite à l'Académie des sciences (séance du 27 juillet).

On a beaucoup parlé, dit M. G. Colin, de l'immunité dont jouirait la chèvre relativement à la tuberculose, et on a attribué au sang de cet animal la propriété d'enrayer le développement de la néoplasie tuberculeuse. Il y a là deux erreurs que l'expérimentation met en évidence avec la plus grande facilité. Je vais aujourd'hui donner la preuve de la première erreur, réservant pour une communication ultérieure la démonstration de la seconde.

J'ai inoculé à une chèvre, qui a dépassé l'âge adulte, sous la peau du flanc, deux petites lamelles très minces de tubercules pulmonaires provenant d'une vache. Or, dix jours plus tard, je constatais l'existence d'une légère tuméfaction, tandis que, d'autre part, la piqûre faite par la lancette inoculatrice, dont les bords étaient en voie d'ulcération, laissait suinter du pus épais. En même temps le ganglion voisin de la piqûre commençait à se tuméfier, alors que celui du côté opposé ne pouvait être senti à travers la peau. A dater de ce moment l'évolution de la tuberculose sous-cutanée fit des progrès rapides.

Enfin, au bout de deux mois moins quelques jours, l'animal fut tué par hémorrhagie. L'examen anatomo-pathologique permit de constater entre autres lésions : 1° un foyer tuberculeux dans la tumeur du flanc ; 2° une quantité énorme de matière tuberculeuse (1 kilogramme) dans le poumon.

La thérapeutique par le sang de chèvre résistera-t-elle à cette attaque ? L'avenir seul permettra de se prononcer. Mais le sang de chien ne partagera-t-il pas ce sort ? On a en effet communiqué au Congrès un fait de

Tuberculose spontanée du chien.

MM. Chantemesse (Paris) et **Le Dantec** (Brest) ont observé un chien qui portait dans divers organes, dans le foie, le rein, des masses blanches lardacées, du volume d'une noisette à celui d'une noix ; ces tumeurs blanches et molles avaient tout à fait une apparence sarcomateuse ou carcinomateuse. Inoculées à des chiens et à des cobayes, elles ont produit la tuberculose ordinaire.

Ces masses pseudo-cancéreuses étaient constituées par des amas de cellules embryonnaires bien vivantes et non caséeuses ; elles renfermaient de plus une grande quantité de bacilles de la tuberculose.

Le chien n'a donc pas un sérum qui lui donne l'immunité contre la tuberculose ; en dehors des expériences de laboratoire, il peut contracter cette maladie spontanément ; la tuberculose spontanée du chien peut passer inaperçue parce qu'elle revêt l'apparence sarcomateuse ou cancéreuse.

On sait d'ailleurs déjà, par les expériences de Koch, de Straus et Gamaleïa, que le chien ne résiste pas à l'inoculation intra-veineuse de cultures pures de la tuberculose humaine.

Peut-être cependant, même si la théorie est sapée à sa base, le fait empirique persistera-t-il et faudra-t-il admettre jusqu'à un certain point la

Valeur thérapeutique du sérum de chien.

M. Héricourt — dont nous avons à diverses reprises analysé les communications, faites en commun avec M. Ch. Richet — a répété au Congrès que ses espérances n'avaient pas été déçues depuis que la méthode avait été appliquée dans divers services hospitaliers, en particulier ceux de MM. Verneuil et Fournier (voy. *Mercredi*, 1891, p. 356).

M. Pinard, lui aussi, a mis la méthode à l'épreuve. Il a d'abord fait des injections d'hémocyne à deux enfants nés avant terme de mères arrivées à la dernière période de la cachexie tuberculeuse et mortes quelques jours après l'accouchement. Ces enfants n'ont pu être suivis pendant un temps suffisamment long pour qu'on puisse en tirer aucune conclusion sur le traitement de la tuberculose ; mais, frappé de l'action immédiate des injections sur l'état général, M. Pinard a entrepris de faire des injections de sérum de sang de chien à tous les nouveau-nés pesant moins de deux kilogrammes, quelle que fût leur origine, et les résultats qu'il a obtenus chez dix-sept enfants ainsi traités depuis le 17 mars ont été tellement satisfaisants, qu'à son avis cette pratique peut être considérée comme constituant un auxiliaire puissant au gavage et à l'emploi de la couveuse pour les nouveau-nés en état de faiblesse congénitale.

M. Pinard a ensuite relaté, en son nom et en celui de **M. Kirmisson**, une observation qui a en outre un intérêt chirurgical, car elle concerne un cas de *laparotomie pour péritonite tuberculeuse*. Il s'agit d'une petite fille de trois ans, atteinte il y a quelques mois de péritonite tuberculeuse à forme ascitique. Après une première ponction, suivie de la reproduction du liquide, la laparotomie fut faite le 22 avril et montra l'existence de granulations tuberculeuses abondantes sur le péritoine viscéral et pariétal ; après lavage du péritoine, la cavité fut refermée et le résultat chirurgical fut parfait. Mais au bout de quelques jours le liquide se reproduisit, et six semaines après l'opération des injections de sérum de sang de chien furent pratiquées. Peu de temps après, on put constater la disparition de l'ascite et de toute induration de l'abdomen. L'enfant est présentée au Congrès.

M. Semmola (Naples), qui depuis 12 ans traite la tuberculose, avec de bons résultats, par l'iodoforme (donné à doses faibles et répétées par voie stomacale ; 0,02 par heure) a été, lui aussi, séduit par les recherches de MM. Richet et Héricourt. Il a combiné au traitement iodoformé les injections d'hémocyne et déclare avoir obtenu des améliorations notables dans les formes moyennes de la phthisie ; les crachats diminuent et contiennent moins de bacilles, l'appétit renaît.

M. Vidal (Hyères) se déclare, lui aussi, satisfait de cette thérapeutique.

Tuberculose du bœuf et tuberculose humaine.

Nous venons de résumer les débats sur la tuberculose aviaire, sur l'immunité contre la tuberculose en général de certains mammifères — et peut-être les faits sont-ils à reprendre avec des cultures de tuberculose humaine ; — sur les conclusions thérapeutiques qu'on en a voulu tirer. C'est à un point de vue différent qu'est importante la question des relations de la tuberculose des bovidés avec la tuberculose humaine. A cet égard, d'ailleurs, il n'y a pas de contestations.

M. Nocard par exemple, est affirmatif. Laissant de côté la tuberculose aviaire, il a insisté surtout sur l'importance qu'il y a à avoir des types différents de tuberculose. On sait combien la culture de la tuberculose humaine est délicate : le secret en est d'inoculer une quantité considérable de tubes de sérum gélatinisé. Il a procédé de différentes façons pour avoir des cultures de tuberculose équine, porcine, etc. ; pour cette dernière notamment on verra que les aspects qu'elle présente sont absolument analogues à la tuberculose humaine. Toutes les inoculations aux animaux ont donné les mêmes résultats et reproduit le type d'inoculations qu'on peut appeler d'ores et déjà le type Villemin.

M. Chauveau. — J'ai entrepris depuis longtemps des expériences ayant pour but de décider la question de savoir si la tuberculose humaine et la tuberculose bovine sont identiques entre elles. Les matières d'inoculation étaient des pro-

duits tuberculeux empruntés à l'espèce humaine et provenant de lésions diverses.

Les expériences ainsi faites peuvent se diviser en trois séries :

Dans une première série, la tuberculose fut communiquée au bœuf par ingestion dans les voies digestives.

Dans une seconde série, l'inoculation fut faite par injections intra-veineuses.

Enfin dans la dernière série, l'inoculation fut faite par voie sous-cutanée.

Voici les principaux résultats :

Dans la première série, trois animaux furent inoculés soit avec des morceaux de pneumonie caséeuse, soit avec des granulations miliaires, soit avec des produits de ces deux natures. Ces animaux succombèrent. Les lésions trouvées étaient dans un cas localisées à l'appareil abdominal ; dans le second, à l'appareil respiratoire ; dans le dernier cas, elles étaient généralisées.

Ainsi donc, les résultats d'ingestion tuberculeuse humaine chez le bœuf sont identiques à ce que l'on constate dans la tuberculose du bœuf au bœuf.

Dans la seconde série d'expériences, dont je ne veux conserver qu'un fait démonstratif, j'ai employé du liquide de tuberculose miliaire aiguë en injection dans les veines d'un jeune veau. Il se développa une tuberculose expérimentale des plus nettes qui enleva l'animal avec des lésions presque exclusivement pulmonaires. Ici encore, on obtient des résultats absolument analogues à ce que l'on obtient dans la tuberculose venant du bœuf.

Enfin, la troisième série d'expériences fut variée de telle sorte qu'en fin de compte j'injectai de la tuberculose du cheval infecté lui-même par de la tuberculose humaine. Je dirai à ce sujet que le cheval n'est pas toujours fatalement enlevé par la tuberculose humaine et que souvent chez lui l'infection s'arrête.

Ces expériences m'ont encore montré l'identité parfaite des résultats avec ce qui se passe dans l'inoculation de produits tuberculeux du bœuf. Tantôt une tuberculose localisée au voisinage du point d'inoculation, tantôt une tuberculose ganglionnaire, tantôt, mais plus rarement, une tuberculose généralisée.

Il résulte donc de toutes ces séries d'expériences, au point de vue théorique, qu'il y a identité absolue entre la tuberculose humaine et la tuberculose bovine et, au point de vue prophylactique, le danger toujours menaçant d'infection par ingestion de produits tuberculeux du bœuf.

Ce débat a une importance réelle au point de vue de la

Prophylaxie de la tuberculose humaine.

M. Arloing l'affirme et, à son sens, il faut frapper d'interdit la viande des animaux tuberculeux. Depuis quelques années, les idées à ce sujet se sont modifiées. On peut chercher aujourd'hui à concilier les intérêts commerciaux et les exigences de l'hygiène publique. Les documents rassemblés montrent que l'interdiction de ces viandes est loin d'affamer les populations pauvres, comme l'ont soutenu nos adversaires. Les raisons qu'on invoque contre l'interdiction des viandes tuberculeuses sont : la non-identité de la tuberculose, la destruction du virus par la cuisson, etc. Aujourd'hui tout le monde est unanime pour reconnaître l'identité de la tuberculose bovine et humaine, et les faits probants sont présents à l'esprit de tout le monde.

Quant à la non-virulence du jus de viande, du tissu conjonctif, et des viandes tuberculeuses cuites, j'ai fait des recherches à ce sujet, et je suis arrivé au calcul qu'un bœuf tuberculeux peut infecter 900 cobayes ; et si la viande était cuite, il ne tuberculiserait que 450 cobayes. Le suc des bêtes tuberculeuses est virulent dans le cinquième des cas. A Paris, avec la viande tuberculeuse on pourrait infecter 156,617 cobayes. On peut donc se demander combien d'hommes deviennent tuberculeux par cette voie ?

L'interdiction des viandes tuberculeuses ne retentit pas beaucoup sur la consommation, qui serait diminuée de 323 gr. pour un citadin et de 109 pour un habitant de campagne. Quant à l'augmentation du prix de la viande due à l'interdiction des viandes tuberculeuses, on peut démontrer que l'interdiction a fait augmenter le prix de la viande d'un centième de 0/0, tandis que de 1874 à 1890 (?) le prix de la viande est monté de 20 à 30 0/0 en moyenne.

Il faudrait donc attirer l'attention des pouvoirs publics sur les mesures à prendre :

1° Pour assurer le service d'inspection des viandes sur tout le territoire français ;

2° Pour pratiquer la saisie totale des viandes tuberculeuses ;

3° Pour rendre les viandes saisies propres à la consommation ;

4° Pour indemniser les producteurs de la perte entraînée par l'application des règlements.

M. Nocard. — Je suis parmi les adversaires dont vient de parler M. Arloing, mais je ne suis pas très loin d'adopter ses propositions. La statistique de M. Arloing s'appuie sur les données des abattoirs ; or le chiffre des animaux abattus est plus élevé, et il faut l'avouer, cette viande n'est pas toujours mauvaise. Un propriétaire qui a un animal suspect le fait abattre dans la banlieue, et si l'on suivait rigoureusement les désirs de M. Arloing, les pertes seraient considérables.

Ce que je soutiens, ce qu'il faut saisir les viandes, mais il ne faut pas les détruire. Il faut trouver un moyen pour les utiliser.

M. Trasbot. — Il faut que toute viande soit inspectée ; et pour arriver à ce résultat, il faut commencer par supprimer les abattoirs de la banlieue, et instituer des abattoirs publics. Dans la campagne, le danger est moindre : on sait si le boucher fait rentrer des animaux suspects et la boutique est désertée. Presque toutes ces viandes proviennent des abattoirs de la banlieue.

Je propose donc d'émettre le vœu de supprimer tous les abattoirs privés de la banlieue et de les remplacer par des abattoirs publics. Les renseignements que j'ai pu recueillir m'ont montré que les frais sont moindres dans les abattoirs publics que dans les privés.

M. Butel propose de mettre tous les abattoirs publics sous le contrôle sanitaire des inspecteurs spéciaux.

M. Laquerrière propose au Congrès d'émettre le vœu suivant :

1° Que les vacheries industrielles soient partout l'objet d'une surveillance sérieuse et suivie ;

2° Qu'un paragraphe additionnel soit ajouté à l'article 13 de la loi sanitaire de manière à bien établir la responsabilité du vendeur d'un animal atteint de maladie contagieuse, de la tuberculose notamment ;

3° Qu'un service d'inspection des foires et marchés soit établi par toute la France et ainsi que le veut notre législation sanitaire ;

4° Qu'un service d'inspection des abattoirs et tueries particulières soit organisé par toute la France, ainsi que le prescrit également notre législation sanitaire.

L'estomac des phthisiques.

M. Marfan. — La nécessité d'assurer une bonne nutrition chez les tuberculeux donne un grand intérêt à la connaissance des troubles gastriques de la phthisie. Il faut étudier successivement : 1° la dyspepsie commune des phthisiques ; 2° les formes initiales de cette dyspepsie ; 3° la gastrite terminale.

1° La dyspepsie commune est caractérisée par la diminution de l'appétit, par divers malaises gastriques qui suivent l'ingestion alimentaire, par des éructations et des régurgitations fétides ou acides, par la toux gastrique (c'est-à-dire celle qui suit le contact des aliments avec la muqueuse gastrique), par les vomissemets qui succèdent à la toux gastrique. Ces deux derniers symptômes, toux gastrique et vomissements, sont sous la dépendance de l'irritabilité anormale du nerf vague qui a sur son trajet deux organes qui souffrent, le poumon et l'estomac.

Quant aux autres troubles gastriques, ils sont sous la dépendance d'un affaiblissement de la motricité stomacale (dilatation) et de la sécrétion du suc gastrique (hypopepsie avec ou sans fermentations putrides).

Ces deux modifications, insuffisance motrice et insuffisance sécrétoire, ne sont pas l'effet d'une lésion stomacale ; elles sont indépendantes de la fièvre. Il est probable que c'est l'empoisonnement par les toxines de la tuberculose qui trouble et affaiblit les fonctions stomacales, et que la dyspepsie des phthisiques est une dyspepsie toxique.

2° Dans la plupart des cas la dyspepsie commune s'établit d'emblée; elle se développe soit en même temps que les phénomènes qui annoncent la localisation pulmonaire, soit un peu après.

Mais dans d'autres cas, son apparition est précédée de troubles gastriques d'une *nature différente*, caractérisés cliniquement par une gastralgie plus ou moins vive, et chimiquement par l'hyperpepsie de MM. Hayem et Winter (hyperchlorhydrie de G. Sée, hyperacidité des Allemands). Ce syndrome gastrique hyperpeptique est très souvent antérieur au développement de la lésion pulmonaire; c'est lui qui correspond à la *dyspepsie prétuberculeuse* de Bourdon. Cette hyperpepsie prodromique notée par l'auteur a été observée avant lui par M. Klemperer et MM. Hayem et Winter. Elle s'accompagne toujours de dilatation de l'estomac. Elle est d'ailleurs inconstante, ne dure pas très longtemps après le début des lésions pulmonaires et fait place à l'hypopepsie de la dyspepsie commune.

On peut interpréter cette phase gastrique prodromique de deux manières. On peut considérer la dilatation avec hyperpepsie comme la conséquence du processus tuberculeux, processus commençant avant l'éclosion des granulations pulmonaires; ou bien admettre qu'il n'y a entre les troubles gastriques et le début de la phthisie qu'une simple coïncidence. Dans cette dernière hypothèse, les dilatés hyperpeptiques seraient surpris par la phthisie, appelée peut-être, comme le pense M. Bouchard, par le trouble nutritif qui résulte du trouble de la digestion stomacale.

3° A la dernière période de la maladie, lorsqu'il existe de graves lésions cavitaires du poumon, on voit parfois les phthisiques dyspeptiques présenter des phénomènes nouveaux qui indiquent le développement d'une *gastrite.* Parmi ces phénomènes, il en est trois auxquels l'auteur attache une valeur diagnostique considérable : une langue rouge vif, d'apparence vernissée, dépouillée comme à la suite de la scarlatine; une anorexie absolue; une diarrhée persistante qui s'explique par la coexistence habituelle de la gastrite et des lésions intestinales.

Quant à l'histologie pathologique de cette gastrite, l'auteur n'ajoute presque rien à la description qu'il en a donnée en 1887, description qui a été vérifiée, dans ses points essentiels, par M. Schwalbe (de Berlin) et M. Rousseff (de Genève).

Cette gastrite est vraisemblablement, comme la dyspepsie vulgaire dont elle constitue en quelque sorte l'expression la plus élevée, la conséquence de l'intoxication tuberculeuse à laquelle s'ajoute peut-être l'action des toxi-infections secondaires si fréquentes à la dernière période de la phthisie.

On ne peut fixer à l'avance ni le régime ni les remèdes qui conviennent à l'estomac des phthisiques. Chaque malade a sa formule gastrique qui peut varier suivant les périodes du mal. C'est tantôt le traitement de l'hyperpepsie, tantôt le traitement de l'hypopepsie, tantôt celui de la dilatation de l'estomac, tantôt celui des fermentations putrides qu'il faut mettre en œuvre. La suralimentation n'est légitime que lorsque le suc gastrique n'est pas trop insuffisant.

La seule indication thérapeutique spéciale à la dyspepsie des phthisiques, c'est celle qui découle de la fréquence des vomissements; celle-ci nécessite l'emploi des anesthésiques de l'estomac, parmi lesquels l'auteur place la créosote en solution faible, la cocaïne, l'acide phénique, le menthol et l'eau chloroformée.

(*A suivre.*)

QUATRIÈME CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ ALLEMANDE DE GYNÉCOLOGIE

Traitement de l'endométrite chronique.

M. Skutsch (Iéna). — Le but essentiel de cet exposé n'est pas de présenter une nouvelle méthode de traitement, mais seulement d'examiner quelques points controversés. Il ne règne aucune clarté, ni pour la définition, ni pour le diagnostic de la maladie, pas plus que pour les conditions fondamentales d'un traitement rationnel. Beaucoup de médecins ne font pas une distinction assez sévère entre les formes anatomiques et les formes cliniques de l'endométrite chronique.

Cliniquement, nous devons bien distinguer deux formes principales : dans l'une dominent essentiellement des hémorrhagies anormales et la plupart du temps atypiques (formes hémorrhagiques), dans l'autre l'exagération des sécrétions utérines modifiées est le fait dominant (formes catarrhales)

Sur les indications dans les formes hémorrhagiques, on s'entend généralement. Le traitement consiste dans l'ablation des parties malades, par le grattage de la muqueuse, avec cautérisation au besoin, après dilatation de l'utérus, pour rendre la cavité malade bien accessible aux doigts et aux instruments.

Le catarrhe de l'utérus est la plupart du temps identifié avec l'hypersécrétion. Le pus peut être mélangé avec la sécrétion; des formes purulentes spéciales, la gonorrhoïque surtout, sont bien connues. On parle beaucoup du catarrhe purulent du col, peu de celui du corps de l'utérus. Schultze toutefois nous a donné des renseignements particuliers sur l'importance et sur la fréquence de la sécrétion purulente de la muqueuse. Pour établir le diagnostic, il a recommandé de recevoir la sécrétion de l'utérus sur un tampon enduit de glycérolé au tannin : s'il y a du pus sur le tampon, c'est signe d'endométrite purulente. Mais l'emploi de ce tampon a été reconnu inutile, parce qu'il était impossible de reconnaître ce qui, dans la sécrétion, venait du col et ce qui venait du corps de l'utérus. Il y a d'ailleurs une quantité d'endométrites qui échappent au diagnostic, cas dans lesquels la sonde ne produit aucune sensation douloureuse, où le col paraît sain et où l'on a à peine à se plaindre de l'écoulement.

Dans le traitement de cette endométrite purulente chronique, aucune des méthodes employées jusqu'à ce jour ne conduit seule au but dans tous les cas. De nouveaux travaux doivent être consacrés à la recherche plus précise de la sécrétion normale et de la sécrétion pathologique de l'utérus. Il en résultera des explications plus exactes sur l'étiologie et des indications pour atteindre le but souhaité.

M. Skutsch résume les expériences qu'il a faites à la clinique de Schultze. Les résultats obtenus avec la méthode de Schultze (lavages méthodiques de l'utérus, précédemment dilaté si la chose est nécessaire) l'ont satisfait dans la grande majorité des cas. Cette méthode, combinée avec la dilatation à la laminaire, est essentiellement propre aux services hospitaliers. M. Skutsch a cherché à la rendre plus conforme aux exigences de la pratique.

Schultze lui-même a restreint la dilatation à la laminaire; si, après la dilatation, le liquide injecté ne peut pas s'écouler assez librement, il suffit ordinairement d'employer des dilatateurs mousses. Dans les dernières années, on a souvent employé des dilatateurs en métal, coniques, et d'un diamètre de plus en plus fort (semblables aux instruments d'Hegar, Fritsch, Schrœder, Küstner). Comme tous les instruments intra-utérins de la clinique de Schultze, ils portent une division par centimètres, sous forme de stries peu profondes entourant l'instrument. Précédemment on les faisait en cuivre ; récemment, Schultze les a fait faire avec un métal à meilleur marché, le fer. — M. Skutsch estime qu'il est avantageux de faire percer les plus gros numéros, afin d'en diminuer le poids et d'assurer en outre l'écoulement en retour du liquide. Les forts numéros ne doivent pas être employés dans le traitement de l'endométrite catarrhale, mais seulement quand on présume qu'il y a de petites tumeurs dans l'intérieur de l'utérus.

Pour les lavages quotidiens, on se sert d'abord d'une solution de soude au 3 0/0, afin de relâcher la muqueuse, puis on emploie la solution médicamenteuse. On a employé les médicaments les plus variés : l'acide phénique au 2 1/2 0/0, du sublimé au 1/5000, de l'acétate d'aluminium, du lysol, etc. Le point principal est peut-être l'effet purement mécanique de l'entraînement des liquides pathologiques. De simples sondes conviennent mieux au résultat à obtenir que celles qui sont construites d'après le principe de Fritsch-Bozeman; avec ces dernières, le liquide se trouve moins en contact avec la muqueuse.

En cherchant, au commencement du traitement, quelle est la sonde la plus forte qui puisse pénétrer dans l'utérus, on évitera plus d'une dilatation à la laminaire; si par exemple une sonde de 6 mm. peut passer, il suffit de s'aider ensuite de dilatateurs coniques.

Récemment M. Skutsch a cherché à éviter complètement la dilatation à la laminaire, bien que son innocuité ait été largement prouvée lorsqu'on agit antiseptiquement. Comme

moyen de dilatation, il a introduit de la gaze iodoformée dans l'utérus. C'est Vulliet qui a inventé cette méthode de dilatation; il employa, dans ce but, de la ouate iodoformée.

Il est préférable d'employer de la gaze, comme d'autres l'ont déjà fait (Fritsch, Landau, Lœwenthal, Hertzmann, Stocker, Bétrix, Kirmisson, Polk. Gattorno). Skutsch recommande d'essayer cette méthode relativement encore peu pratiquée en Allemagne. Par cette méthode on obtient, outre la dilatation, un drainage de l'utérus (drainage dont Ahlfeld et Schwarz avaient déjà indiqué l'importance), et de plus une action salutaire du médicament sur la muqueuse. Il a paru particulièrement avantageux de combiner ce traitement par la gaze iodoformée avec les lavages de Schultze : M. Skutsch a traité environ 40 cas de cette manière, et a constaté que ce procédé mérite qu'on continue à l'essayer. Si l'utérus n'a que 4 millimètres de large, on parvient pourtant à y introduire un morceau de gaze large d'un centimètre. M. Skutsch présente quelques tampons de gaze iodoformée de différentes grosseurs; à leur pointe se trouve une petite gouttière dont l'extrémité antérieure est quelque peu conique; ces tampons portent une division en centimètres ainsi qu'un disque mobile muni d'un solide pas de vis, afin que la tige ne soit pas introduite plus loin que ne le comporte la longueur de l'utérus. Le procédé n'est ni dangereux ni douloureux. Skutsch a employé de la gaze iodoformée au 10 0/0. On peut aussi imprégner la gaze d'autres matières, par exemple de glycérine créosotée (Pozzi, Fredericq).

Dans les cas opiniâtres d'endométrite purulente, on a aussi employé dans la clinique de Schultze le procédé du grattage. Comme traitement consécutif, on emploie aussi la gaze iodoformée et les lavages. Skutsch recommande surtout de combiner ce procédé avec les différentes méthodes recommandées pour le traitement de l'endométrite.

La plupart du temps, les érosions disparaissent quand l'endométrite qui les causait a elle-même disparu. Si elles ne disparaissent pas complètement, on peut les cautériser à la fin du traitement. Il est bon aussi, dans le cas de fortes altérations du col, de pratiquer, à la fin du traitement, l'opération de Schrœder ou celle de Simon, ou bien, dans le cas de fort ectropion, de pratiquer celle d'Emmet.

De l'endométrite puerpérale.

M. Bumm (Würzburg) rend compte des recherches histologiques qu'il a faites dans ces dernières années sur l'endométrite puerpérale.

Dans la majorité des cas de fièvre puerpérale maligne, la muqueuse utérine est le point d'inoculation. Il est donc important non seulement au point de vue théorique, mais encore au point de vue pratique, d'être exactement renseigné sur les accidents les plus infimes qui précèdent l'infection de cette muqueuse. En effet, dans le cas de fièvre puerpérale maligne, c'est en s'attaquant à la métrite qu'on a le plus de chances de succès thérapeutique; or mieux nous connaîtrons les processus infectieux de l'endométrium, et mieux nous pourrons appliquer notre traitement d'une manière logique.

L'exploration microscopo-bactériologique prouve (ce que depuis longtemps l'expérience clinique avait montré) qu'on doit distinguer deux sortes d'endométrite puerpérale : la *putride* et la *septique*. Toutes deux se présentent parfois isolément, mais elles peuvent aussi s'associer.

D'après l'état actuel de la science, nous devons appeler endométrite *putride* celle où (avec ou sans rétention de restes de l'œuf), grâce à des germes de putréfaction, il se produit une décomposition plus ou moins profonde de la muqueuse.

L'endométrite *septique* se produit quand les germes de l'infection septique traumatique, c'est-à-dire avant tout les streptocoques et ensuite les staphylocoques pyogènes, produisent leur effet, sur et dans la muqueuse.

M. Bumm décrit ensuite l'état de la muqueuse dans le cas d'endométrite. Il a constaté au microscope une nécrose de couches superficielles, infiltrées de nombreux micro-organismes; au delà est une couche réactionnelle formée de tissu de granulations. Dans les cas plus graves, cette couche fait défaut et les microbes pénètrent entre les fibres musculaires, et l'on pourrait parler d'un érysipèle malin interne. Dans un cas foudroyant, les streptocoques traversèrent complètement la paroi de l'utérus et produisirent une péritonite généralisée. L'infection du péritoine se produisit toujours par contiguité avec la paroi utérine traversée par les microbes. Les trompes étaient toujours exemptes de germes dans leur partie interne. Dans deux autres cas moins aigus, les microbes suivirent les voies lymphatiques, qui furent complètement oblitérées par des thromboses riches en germes infectieux. La couche réactionnelle était peu développée.

Dans la forme thrombotique ou veineuse, il se produit bien une endométrite localisée septique, seulement le caillot veineux, en tant que tissu non organisé, fournit aux microbes, en même temps qu'un terrain favorable, la voie par laquelle ils peuvent se répandre ensuite dans l'organisme.

M. Bumm expose ensuite la raison pour laquelle, les micro-organismes étant les mêmes — c'est-à-dire toujours le streptocoque — dans l'endometrium, le cours de l'infection se passe de façons si différentes. En effet, tantôt les microbes restent localisés dans les couches superficielles de la muqueuse, tantôt ils pénètrent sans cesse à travers la paroi de l'utérus; dans d'autres cas, comme il vient d'être dit, ils se servent pour s'étendre plus loin, tantôt des voies lymphatiques et tantôt des voies sanguines.

La raison principale de ces particularités se trouve dans la différence de virulence des microbes; plus ils sont virulents, moins la réaction locale sur la muqueuse est grande, par rapport à l'infection profonde et générale, conformément à la loi générale établie par Bouchard sur la lésion locale et l'infection générale.

En seconde ligne, les conditions locales exercent une influence sur la propagation des germes. La preuve la plus claire de l'influence de ces conditions nous est donnée dans la forme thrombotique de la fièvre puerpérale. Là en effet il y a bien une endométrite localisée parfaitement limitée, et c'est uniquement la présence fortuite de thrombus veineux là où était le placenta qui favorise l'extension des germes.

De ces observations, le rapporteur tire des conséquences pour le traitement local de l'endométrite dans le cas de fièvre puerpérale. Il croit que c'est seulement au début de l'infection qu'il y a quelque chose à attendre de la désinfection utérine et au total l'efficacité est médiocre. En cas d'infection peu virulente, la guérison se produit souvent sans traitement local. En cas d'infection virulente, la désinfection locale vient la plupart du temps trop tard, car les microbes ont déjà profondément pénétré dans le parenchyme de l'utérus. Essayer en ce cas d'un lavage intra-utérin produirait le même effet, comme le dit Lusk avec raison, que de vouloir laver la surface d'un érysipèle avec des solutions d'acide phénique ou de sublimé. Peut-être obtiendrait-on de meilleurs résultats qu'avec les remèdes désinfectants, si l'on s'attachait à rendre l'utérus réfractaire le plus possible à la propagation des germes, et si en particulier, en assurant une bonne et rapide contraction de l'utérus, on obtenait l'oblitération des vaisseaux, pour éviter les thromboses si favorables à la propagation de l'infection.

Kyste tubo-ovarien.

M. Gottschalk (Berlin) présente un kyste tubo-ovarien qu'il a enlevé avec succès par laparotomie. Il veut seulement montrer que l'affirmation de Schramm, de Neelsen, d'après qui tout kyste tubo-ovarien doit dériver d'une hydro-salpingite par l'atrophie de la paroi tubaire, n'est pas admissible dans tous les cas. En dehors de la préparation présentée ici, M. Gottschalk en a pu présenter une semblable à la Société d'accouchements de Berlin. Dans les deux cas, le fait primitif est une hydropisie d'un follicule de Graaf d'où destruction complète du tissu ovarien et finalement rupture de la paroi kystique. Dans cette déchirure s'est glissé le pavillon de la trompe et les bords de la déchirure se sont ensuite soudés à la face externe de la trompe. Secondairement alors la partie abdominale de la trompe, parfaitement normale sauf cela, a été distendue par le liquide kystique. A l'époque de la menstruation, il avait dû s'écouler du sang de la trompe dans le kyste, car, dans les deux cas, son contenu était d'une nature hémorrhagique. Dans le second cas, le kyste tubo-ovarien tenait à un utérus myomateux qui fut enlevé avec un plein succès. Dans les deux cas, la trompe et l'ovaire de l'autre côté étaient sains.

Technique des laparotomies.

M. Kehrer (Heidelberg) propose les quelques modifications suivantes à la technique classique.

1° Pour prévenir le passage de substances pathologiques

(poches purulentes rompues), parcelles de tumeur maligne susceptibles de se greffer) dans la cavité péritonéale, les éponges et les compresses de gaze sont insuffisantes, parce qu'elles sont poreuses. M. Kehrer propose d'introduire une feuille de gutta-percha laminée en forme d'entonnoir autour de la tumeur jusqu'au pédicule; puis l'espace compris entre la tumeur et la feuille est rempli avec des compresses de gaze.

2° Moyens de prévenir les adhérences : asepsie après l'ouverture du péritoine. Epargner le plus possible les intestins; limiter le drainage. Exciter le péristaltisme intestinal par des laxatifs administrés (*per os et rectum*) dès le lendemain de l'opération. Après la laparotomie, l'intestin est étonnamment atonique.

3° Etablissement d'une solide cicatrice de la paroi abdominale par la résection de la ligne blanche si elle est quelque peu distendue. Attirer les bords de la plaie du péritoine dans la plaie abdominale; nombreuses sutures prenant le panicule adipeux, la couche musculaire, la gaine des muscles droits et la peau.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Seance du 28 *juillet* 1891.

Présidence de M. Tarnier

Diagnostic par la toxicité des urines.

M. Semmola (de Naples). — Un grand nombre de symptômes graves dans la plupart des maladies sont dus à des empoisonnements par les toxines fabriquées dans le tube digestif, le torrent circulatoire ou les éléments cellulaires de certains organes. L'analyse chimique ne pouvant dévoiler la présence de ces toxines dans l'urine, il y a intérêt à faire au cours de ces maladies l'analyse biologique de celle-ci, c'est-à-dire à essayer leur toxicité sur les animaux.

Plusieurs fois j'ai déjà pu établir ou rectifier le diagnostic grâce à ce moyen.

Plaie pénétrante de l'orbite et du cerveau.

M. Polaillon présente un garçon de 18 ans qui, le 10 juillet dernier, au cours d'une dispute, reçut un violent coup sur la nuque pendant qu'il tenait à la main un parapluie dont l'extrémité ferrée était tournée vers l'orbite. Elle s'y enfonça et le blessé arriva à la Pitié soutenu par deux personnes et supportant des deux mains l'extrémité du parapluie. Il fallut développer une force notable pour extraire ce parapluie. M. Poirier arriva alors, constata les symptômes d'une compression cérébrale et décida d'intervenir immédiatement. Un grand lambeau frontal à base sourcilière fut rabattu, un morceau osseux grand comme une pièce de 5 francs fut enlevé, la dure-mère fut incisée et par là le doigt alla explorer la base du lobe frontal et le squelette de la voûte orbitaire, Cinq esquilles fichées dans le cerveau furent ainsi enlevées ; énucléation du globe oculaire, drainage orbitaire. La guérison fut rapide, sans troubles cérébraux notables et sans hyperthermie, et l'état actuel du malade est aussi satisfaisant que possible.

Traitement de l'endométrite.

M. Dumontpallier, après avoir rappelé la discussion soulevée l'an dernier par le traitement de l'endométrite à l'aide des crayons de chlorure de zinc, communique une nouvelle note basée cette fois sur l'emploi de crayons au sulfate de cuivre. Il avait d'abord essayé des lavages intra-utérins avec ce sel en solution, mais il a constaté qu'ainsi l'action n'était pas assez profonde. En crayons formés d'une partie de sulfate de cuivre pour une de farine de seigle, le sulfate de zinc n'a aucun des inconvénients que, entre des mains inexpérimentées, l'on a reprochés au chlorure de zinc. La moyenne du traitement est de 22 jours, il est vrai, tandis que par le chlorure de zinc elle est de 11 à 13 jours. M. Dumontpallier résume sa note en disant :

Avec le sulfate de cuivre, la douleur, lorsqu'elle existe, est négligeable ; rarement, trois à quatre fois sur cent, l'application du crayon de sulfate de cuivre peut déterminer de la périmétrite passagère, sans gravité; dans aucun cas je n'ai observé d'atrésie ni de sténose du corps cervico-utérin. Grand nombre de malades revues à l'hôpital ou à leur domicile n'avaient point eu de rechute après plusieurs mois et chez toutes les règles étaient normales.

Si l'on remarque que l'emploi d'un seul crayon a été suffisant pour obtenir une guérison durable chez soixante malades sur cent et que dans ces cas la moyenne de durée du traitement a été de dix jours, ne sommes-nous pas autorisé à conclure que le traitement de l'endométrite chronique par le sulfate de cuivre offre de grands avantages qui peuvent être ainsi résumés : Facilité d'application, absence de toute complication grave immédiate ou éloignée, courte durée du traitement et persistance de la guérison?

La conclusion pratique qui découle de cette communication est donc : commencer le traitement de l'endométrite chronique avec le sulfate de cuivre, qui n'offre aucun inconvénient, et réserver le chlorure de zinc pour les cas rebelles.

Traitement de la conjonctivite granuleuse.

M. Abadie lit sur ce sujet une note où il décrit ce traitement, que nous avons déjà résumé à propos d'une note de M. Darier, son assistant, au Congrès de chirurgie (voyez *Mercredi*, 1891, p. 178).

Prophylaxie de l'ophthalmie des nouveau-nés.

M. Valude. — L'introduction en obstétrique de la méthode de Crédé, c'est-à-dire l'instillation, au moment de la naissance, dans les yeux de l'enfant nouveau-né d'une solution de nitrate d'argent à 2 0/0, a fait tomber considérablement la proportion des ophthalmies. Toutefois l'application de cette méthode n'est pas toujours parfaitement réalisable parce que la solution de nitrate d'argent, même conservée dans les meilleures conditions, s'altère et devient inactive et d'autre part les sages-femmes n'ont pas qualité pour prescrire une solution d'un sel aussi caustique ; et c'est chez les sages-femmes des grandes villes que se produit la majeure partie des ophthalmies des nouveau-nés qui aboutissent aux pires conséquences.

Il serait donc intéressant de vulgariser l'emploi d'une méthode facile à mettre en pratique, innocente dans ses conséquences immédiates, et en même temps sûre.

La poudre d'iodoforme insufflée au moment de la naissance dans les yeux des nouveau-nés semble répondre à ces desiderata sans présenter les quelques inconvénients du nitrate d'argent.

La poudre d'iodoforme en effet peut se conserver longtemps sans altération ; elle ne peut être confondue avec aucune autre substance et l'usage peut en être permis aux sages-femmes. L'insufflation de la poudre d'iodoforme est aussi facile que l'instillation d'une solution de nitrate d'argent et l'on ne constate pas après l'iodoforme la petite réaction conjonctivale qui marque l'usage du nitrate d'argent, ou du simple jus de citron, employé avec succès par le professeur Pinard. En raison de ces quelques avantages de commodité il y aurait donc un motif d'adopter le mode de désinfection des yeux des nouveau-nés par la poudre d'iodoforme s'il était démontré que par ce moyen la prophylaxie de l'ophthalmie est aussi bien assurée que par le nitrate d'argent.

Or les statistiques recueillies dans le service de M. le professeur Tarnier et du Dr Bar portant sur un chiffre de plus de 500 enfants m'ont montré que, toutes choses égales d'ailleurs, désinfection maternelle et hygiène nosocomiale, la proportion des ophthalmies était *deux fois moindre* avec l'insufflation de l'iodoforme qu'avec l'application de la méthode de Crédé.

La poudre d'iodoforme finement porphyrisée se loge dans les culs-de-sac conjonctivaux, s'y maintient pendant plusieurs jours, en assurant l'asepsie du champ oculaire. La désinfection de l'œil est ainsi assurée sans qu'on ait rien à redouter du côté de la cornée que l'iodoforme ne peut attaquer. De plus il semble que les ophthalmies qui se déclarent malgré cette prophylaxie aient perdu une partie de leur virulence, la cornée est rarement attaquée et surtout compromise après la désinfection par la poudre d'iodoforme

La nouvelle méthode peut se formuler ainsi : aussitôt après la naissance, pendant le court instant d'arrêt qui précède la section du cordon, on essuiera les yeux du nouveau-né avec une boulette de coton hydrophile imbibée d'un liquide antiseptique quelconque, et on insufflera entre les paupières entr'ouvertes une petite quantité de poudre d'iodoforme finement pulvérisé. Cette insufflation ne sera pas répétée.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 27 juillet 1891.

Plaies de l'abdomen

M. Reclus apporte trois observations d'abstentions heureuses recueillies dans le service de M. Verneuil. Une, relative à un coup de revolver, sera passée sous silence puisque la discussion actuelle porte sur les coups de couteau, auxquels se rapportent les deux autres faits. Il s'agit de deux adultes, blessés l'un entre l'ombilic et l'épine iliaque, l'autre dans le huitième espace intercostal gauche ; chez tous deux l'issue d'une frange épiploïque rendait la pénétration incontestable. Après simple ligature et résection de cet épiploon,la plaie fut suturée ; pansement compressif, médication opiacée, et les blessés guérirent sans encombre. Les observations aussi simples que celles-là ne sont pas rares après les coups de couteau et, dans la statistique qu'il a établie avec M. Noguès, M. Reclus trouve par abstention 40 guérisons sur 45 cas. Il termine en citant un fait où M. Quénu a agi ainsi sur un sujet lardé de 20 coups de couteau par lesquels sortait de l'épiploon ; guérison après simple résection de l'épiploon et suture de ces plaies.

M. Routier communique une observation dont M. Berger a déjà parlé incidemment (Voy. *Mercredi*, 1890, p. 591). Sans la laparotomie il fût sans doute mort d'hémorrhagie ; or il a fort bien guéri et M Routier l'a opéré quoiqu'il n'y eût aucun symptôme abdominal, simplement parce qu'il y avait doute sur la possibilité d'une lésion.

M. Terrier vient avec deux observations. L'une d'elles date de l'année dernière. Elle est relative à un homme apporté à l'hôpital Bichat avec un coup de couteau par lequel faisait issue de l'épiploon. Après résection de cet épiploon et léger débridement de la plaie, M. Louis, interne du service, introduisit le doigt dans le ventre, le ramena indemne de toute souillure et dès lors se crut autorisé à suturer la plaie : le malade mourut de péritonite suraiguë et l'autopsie révéla une petite plaie intestinale. Par contre, le 9 mars dernier, on apporta une femme de 62 ans qui avait tenté de se suicider avec un couteau de cuisine ; après débridement de la plaie, M. Hartmann réséqua l'épiploon, incisa largement la paroi, vérifia l'état de l'intestin, rafraichit les bords de la plaie et sutura. La malade sortait guérie en peu de temps. C'est un exemple de plus en faveur de la laparotomie exploratrice, tandis que le premier fait montre les dangers des interventions incomplètes naguère encore classiques.

M. Jalaguier, lui aussi, pense que les coups de couteau n'ont pas la bénignité que leur attribue M. Reclus. En 1889 il a été appelé 4 heures après l'accident auprès d'un homme qui ne présentait aucun symptôme abdominal : la laparotomie mit à découvert une plaie du cæcum par où sortait un bouchon solide de matières fécales, et, malgré l'absence de symptômes, il y avait péritonite très nette. L'opéré mourut en quarante-huit heures et l'autopsie prouva que la suture était étanche ; mais le gros intestin était distendu par un épanchement sanguin provenant d'une plaie de la paroi postérieure du cæcum. M. Jalaguier pense que dans l'immense majorité des cas la laparotomie immédiate est indiquée.

M. Reclus admet parfaitement que certains coups de couteau soient très graves ; mais il croit qu'en moyenne la gravité est moindre que pour les coups de feu. Il est loin de dire qu'après l'abstention la guérison est constante : mais elle donne plus de 50 0/0 de guérisons, ce qui est le taux de la laparotomie dans ces conditions. L'introduction du doigt, dans le premier fait dont a parlé M. Terrier, est mauvaise : elle n'a pu que détruire des adhérences. Quant au second cas, où l'intestin était sain, il eût guéri sans l'intervention. Avec ses examens minutieux, avec le temps exigé par les sutures intestinales,la laparotomie pour plaies de l'intestin est grave et,à tout prendre, le nombre des malades sauvés par l'abstention est plus grand.

Laparotomie exploratrice devenant curative.

M. Richelot. — Je désire vous entretenir de l'influence curative de certaines laparotomies exploratrices. Non pas de ces simulacres opératoires qu'on fait parfois chez les femmes nerveuses, mais dans des cas où des lésions anciennes,graves, ont été guéries par une simple incision abdominale. C'est un peu le cas pour la péritonite tuberculeuse, dont je ne veux d'ailleurs pas parler. Je n'ai en vue que les affections des annexes, que les cas d'ovaro-salpingite avec des adhérences dont la destruction m'eût donné des accidents. Evidemment, lorsqu'il y a du pus, il faut l'évacuer pour obtenir un résultat. Mais dans les cas d'adhérences simples trop étendues j'ai vu, après des décortications, des malades mourir de choc et je pense que dès lors il faut parfois savoir s'abstenir. Or quelquefois après les interventions en somme nulles, on observe des résultats merveilleux. A cet égard je vous citerai surtout l'histoire d'une femme de 40 ans, ayant depuis quelques années passé par toutes les phases de la métrite avec participation des annexes. La sensibilité était très vive, l'utérus était immobilisé et enclavé dans une masse ligneuse ; il y avait un peu d'albuminurie et l'état général était déplorable. J'ai néanmoins voulu faire quelque chose, ne fût-ce que pour ne pas laisser croire à la malade qu'elle était incurable. Mon plan fut donc de faire une petite incision ; d'y introduire le doigt pour bien m'assurer par le toucher que mon diagnostic était exact et que je ne pourrais rien enlever ; de suturer ensuite l'abdomen. Ce plan fut exactement suivi le 6 février 1890. Après cela la fièvre tomba, l'albuminurie disparut, les douleurs cessèrent, et 6 mois après l'utérus était mobile. Le résultat persiste aujourd'hui ; je l'enregistre, mais j'avoue ne pas le comprendre.

J'en ai observé un semblable chez une femme à laquelle j'ai dû ensuite curer une métrite. Je citerai encore une femme de 35 ans chez qui je sculptai au milieu d'adhérences un cylindre que je croyais être la trompe et je vis que c'était l'intestin grêle. Je refermai le ventre, fort inquiet d'avoir ainsi malmené l'intestin, et je vis la malade guérir sans incident et cesser de souffrir. J'ai un 4e cas semblable, mais il est encore trop récent pour être démonstratif.

M. Pozzi. — Il est incontestable que, par un mécanisme de physiologie pathologique fort obscur, l'ouverture du péritoine produit une sorte de révulsion sur des lésions anciennes et j'ai moi aussi noté l'amélioration de lésions scléreuses. Ceci d'ailleurs doit nous rendre plus hardis, car nous avons conscience que si notre laparotomie doit rester exploratrice, non seulement elle ne fera pas de mal, mais même fera souvent du bien. A cela j'ajouterai un appendice sur les tumeurs malignes avec ascite, car là aussi la laparotomie sans ablation procure quelquefois un grand soulagement. Ainsi en 1885 j'opérai une aliénée ayant une énorme ascite due à une tumeur papillaire inopérable : deux ans après elle vivait encore et pendant 8 mois était restée sans ascite. Il y a 3 mois, j'ai eu un cas semblable : et depuis la malade ressuscite pour ainsi dire, à ne pas croire qu'elle ait un cancer. Je conclus en outre de là qu'en cas d'ascite rendant un diagnostic douteux, c'est un motif de plus pour repousser la ponction et faire d'emblée la laparotomie.

M. Reclus. — Dans le même ordre d'idées, je citerai deux cas de corps fibreux très volumineux et hémorrhagiques où j'échouai dans des tentatives de castration ; mais je pus amener au dehors, avec pédicule extra-péritonéal, deux petits fibromes, à peine 1/7 de la masse totale. Après cette ablation partielle, depuis 7 mois et 9 mois il n'y a plus aucune espèce de troubles fonctionnels, et les tumeurs ont diminué.

M. Monod. — Je me demande si M. Richelot n'a pas agi surtout en libérant avec son doigt quelques adhérences épiploïques. J'ai vu il y a quelque temps une femme à laquelle j'avais fait il y a plusieurs années une castration pour myome hémorrhagique. Cette année elle fut reprise de douleurs intenses et, avec M. Nélaton, nous restâmes dans le doute sur le diagnostic, mais nous conseillâmes la laparotomie. M. Périer vit la malade et diagnostiqua des adhérences épiploïques dues à la pratique, qu'aujourd'hui il condamne, qui consiste à étaler l'épiploon derrière la paroi abdominale incisée. La laparotomie faite par M. Nélaton permit de vérifier l'exactitune de ce diagnostic et depuis cette incision exploratrice les souffrances ont cessé.

M. Routier. — Si M. Terrillon était ici, il vous dirait sans doute qu'il a ouvert le ventre, devant moi, à une femme à qui il crut à un sarcome inopérable et qui aujourd'hui n'a plus rien. De mon côté, je vous citerai un cas de cancer avec ascite où pendant plusieurs mois l'ascite n'a pas reparu et l'amélioration a été considérable.

M. Terrier. — Ces résultats paradoxaux sont à étudier séparément pour les adhérences inflammatoires, les tumeurs cancéreuses et les fibromes. Dans ces distinctions il y a un point qui domine tout : la présence ou l'absence de l'ascite. On comprend très bien que par l'évacuation d'une ascite on fasse cesser les accidents pour un temps indéterminé : c'est ce qui a lieu dans la péritonite tuberculeuse. Pour les cancers, je me souviens d'un fait extraordinaire, relatif à une femme que j'ai opérée il y a une douzaine d'années avec M. Nicaise : il s'agissait d'une ascite due à un sarcome inopérable. L'ascite a récidivé, nécessitant des ponctions de plus en plus éloignées, et aujourd'hui la malade est en parfait état, n'ayant plus été ponctionnée depuis plus d'un an.

M. Marchand. — J'ai observé deux cas analogues à ceux de M. Richelot; pour des salpingites que je croyais suppurées. Je trouvai les ligaments larges absolument lardacés, indurés; je refermai le ventre sans avoir rien enlevé; les douleurs ont cessé, les indurations ont diminué et un de ces utérus est même devenu complètement mobile.

M. Tillaux. — Je crois comme M. Monod qu'un des facteurs importants de ces guérisons est la destruction de quelques adhérences. J'ai vu ainsi une femme, qui, depuis une laparotomie où je n'ai rien pu enlever, est délivrée de ses souffrances, mais j'avais détruit quelques adhérences dans la fosse iliaque gauche.

Résection de l'ovaire et salpingorrhaphie.

M. Pozzi. — Il arrive assez souvent qu'au cours d'une laparotomie on trouve l'ovaire partiellement malade. Ainsi pour certains kystes dermoïdes, pour certains ovaires scléro-kystiques. Dans ces conditions, on fait presque toujours l'ablation totale. En réalité, si l'on constate — ce qui est facile avec un stylet — que la trompe n'est pas oblitérée, il est indiqué de n'enlever que ce qui est malade; puis on rapproche les deux sections avec une suture au catgut bien exacte, pour éviter tout épanchement sanguin. J'ai agi ainsi dans deux cas, après avoir libéré les ovaires prolabés et adhérents dans le cul-de-sac de Douglas; j'ai déroulé les trompes enroulées en colimaçon, puis j'ai étalé leur pavillon sur l'ovaire auquel je l'ai suturé. On a été plus loin et dans certains on a conseillé de faire une salpingostomie si l'on y constatait une hydrosalpingite. Mais je crois que c'est un leurre et que les trompes, capables de rester douloureuses, sont définitivement inaptes à la fécondation.

M. Berger présente deux malades guéris d'ulcère de jambe par l'autoplastie italienne modifiée.

M. G. Marchant présente une femme qui a subi avec succès la néphrolithotomie.

A. Broca.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 31 juillet 1891.

Insuffisance mitrale.

M. Teissier présente une pièce d'insuffisance mitrale par rupture d'un cordage tendineux de cette valvule, rupture due à une lésion athéromateuse très limitée, portant sur ce cordage et l'ayant comme usé. Le malade a succombé à des accidents de cirrhose du foie.

Occlusion intestinale.

M. Bodin a observé dans le service de M. Hayem un homme de 30 ans qui, après avoir eu pendant près d'un mois des accidents médiocres d'occlusion et de péritonite, présenta brusquement les symptômes d'une péritonite par perforation. La laparotomie donna issue à du pus en abondance : à l'autopsie on a trouvé une invagination iléo-cæcale avec perforation de l'intestin.

M. Thiéry présente un cancer de l'S iliaque ayant causé des accidents d'occlusion pour lesquels il a fait la laparotomie; mais, au milieu des anses météorisées, il n'a pu trouver l'obstacle.

Typhlite tuberculeuse.

MM. Hartmann et **Pilliet** présentent une série de préparations, les unes provenant d'une pièce d'autopsie, les autres d'une malade opérée par M. F. Terrier, tendant à établir l'existence d'une variété spéciale de *tuberculose lymphoïde du cæcum.* Macroscopiquement ces cas simulent des tumeurs malignes; au microscope on n'y trouve que quelques rares points caséeux, noyés dans une grande accumulation de cellules rondes. Dans cette forme un peu spéciale, la tuberculose ne tend guère à s'ulcérer et à se terminer par la perforation; elle détermine surtout un épaississement de la muqueuse et des parois de l'intestin dont la graisse s'épaissit et s'indure. Aussi prend-on le plus souvent ces cas pour des tumeurs, que le microscope fait dénommer lymphosarcomes, si l'examen n'a pas été fait très minutieusement. C'est ce qui est arrivé dans un troisième cas, publié autrefois comme lymphosarcome, et qui, soumis à un examen plus précis, a été reconnu comme tuberculose lymphoïde.

M. Delbet fait remarquer que déjà Billroth a bien montré la difficulté, dans certains cas, de différencier la tuberculose et le cancer du cæcum.

Anatomie et chirurgie des voies biliaires.

M. Hartmann, sur une série de pièces d'anatomie normale, montre qu'il existe à l'union de la vésicule et du canal cystique une sorte d'ampoule, saillante à droite, séparée du reste de la vésicule par des replis valvulaires incomplets, sorte de dilatation de l'extrémité supérieure du canal cystique, que l'on doit dénommer avec Paul Broca *bassinet de la vésicule*. A gauche de ce bassinet, dans la concavité qui existe à ce niveau, se trouve un *ganglion* bien séparé des autres ganglions du hile du foie. A l'intérieur du canal cystique sont des *valvules* en forme de croissants plus ou moins obliques à l'ordinaire. Leur disposition est des plus variables. Le canal peut être libre, à part deux valvules au voisinage du bassinet; il peut être rétréci sur toute sa longueur par la présence de saillies colonnaires plus ou moins obliques. Tous les intermédiaires se rencontrent; toutefois on peut dire que, d'une manière générale, ces replis ne sont marqués que dans la première partie du canal; souvent ces valvules alternent et alors, si elles sont développées et rapprochées, elles empêchent le passage des sondes qui buttent en se coiffant des nids valvulaires.

Les pièces pathologiques présentées établissent : 1° que, dans certains cas, il peut se développer au voisinage d'une cholécystite calculeuse des placards étendus d'épiploïte qui, à un examen superficiel, simulent des tumeurs; 2° que les gros calculs de la vésicule ont souvent une tendance à s'enchatonner et qu'à leur niveau la muqueuse perd son aspect réticulé pour revêtir une apparence lisse et fibreuse; 3° que, dans certains cas, le calcul, occupant le bassinet de la vésicule, le creuse, le déprime au-dessous de l'orifice du canal cystique, si bien que celui-ci s'abouche en un point plus ou moins élevé de ce que l'on regarde, au cours d'une opération, comme la vésicule normale. On ne devra donc pas s'obstiner à chercher l'orifice du canal cystique au fond du cul-de-sac où se trouvait le calcul. C'est une disposition à laquelle il faut songer, car elle ne doit pas être très rare : M. Hartmann l'a notée 4 fois sur 12 vésicules calculeuses.

Lorsqu'un calcul s'engage dans le canal cystique, il le dilate et le cathétérisme du canal devient alors facile jusqu'au niveau du calcul. Aussi ce cathétérisme, insuffisant pour établir l'existence d'une oblitération (des valvules normales pouvant arrêter la sonde), est-il des plus démonstratifs lorsque la sonde en gomme passe jusque dans le cholédoque ou lorsqu'elle donne, au contact d'un calcul, un frottement rugueux absolument semblable à celui des calculs uréthraux. Dans une opération où M. Hartmann aidait M. Terrier, ce frottement a fait diagnostiquer des calculs qui avaient échappé à tout autre mode d'exploration.

M. Cornil voit dans ces diverses pièces un intérêt médical en même temps que chirurgical. Elles expliquent les arrêts dans la migration des calculs et les coliques à répétition sans expulsion de concrétions. Il a remarqué de son côté combien est différente, suivant les sujets, la façon dont la bile s'écoule par l'ampoule, lorsqu'on presse la vésicule. Ces différences, qui tiennent en partie au plus ou moins de viscosité du liquide, dépendent aussi certainement des variations dans les dispositions anatomiques du canal cystique. A propos du cathétérisme, il serait tenté d'essayer non pas de pousser

directement la sonde, mais de faire glisser sur elle le canal, comme la peau d'un gant sur le doigt.

M. Letulle se demande si nombre de coliques hépatiques frustes ne tiennent pas à l'arrêt du calcul dans ces logettes, très nettes sur certaines des pièces présentées. Cette explication s'appliquerait surtout aux coliques hépatiques sans ictère.

A ce propos, **M. A. Broca** rappelle l'histoire d'une malade qu'il a cholécystectomisée avec succès et qui, après avoir eu une colique hépatique vraie, n'avait plus souffert que de crises douloureuses vagues revenant de temps à autre. Il y avait un calcul au col de la vésicule. Depuis l'opération, la malade ne souffre plus.

M. Hartmann pense qu'il faut distinguer entre les douleurs dont souffrent les malades affectés de lithiase. Les unes sont de véritables coliques malgré l'absence d'ictère, et tiennent à la migration du calcul ou, tout au moins, à des contractions douloureuses des canaux; les autres, absolument semblables à celles de bon nombre de salpingo-ovarites, sont d'ordre inflammatoire et liées à la cholécystite qui le plus souvent se complique d'une réaction péritonéale circonvoisine, caractérisée par la présence d'adhérences ou même d'épiploïte chronique comme il vient d'en présenter un cas.

M. Marfan fait voir un *kyste dermoïde pilo-sébacé du médiastin antérieur* trouvé à l'autopsie d'un sujet mort de granulie.

M. Glantenay montre une *fracture de l'extrémité interne de la clavicule* probablement par cause directe. Le même sujet portait une fracture du crâne.

M. Souligoux fait une communication sur la *direction de l'estomac.*

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 31 *juillet* 1891.

Présidence de M. E. Labbé

Méningite tuberculeuse chez une femme atteinte de rétrécissement mitral; abcès tuberculeux du corps strié.

MM. H. Rendu et P. Boulloche. — Une femme de 38 ans, cliente de notre service, où elle s'est fait soigner plusieurs fois, pour une asystolie cardiaque, entre dans notre service le 29 juin 1891, avec tous les signes d'un rétrécissement mitral. Ce qui frappe surtout, c'est la dyspnée due à une bronchite généralisée accusée par des râles sibilants et des râles muqueux disséminés aussi bien aux sommets qu'aux bases.

La malade accuse, d'autre part, des malaises digestifs et des troubles cérébraux. Depuis trois semaines elle est en proie de temps en temps à des vomissements alimentaires et bilieux.

Elle se plaint de plus de maux de tête tenaces, survenant depuis une huitaine de jours, empêchant le sommeil et ne lui laissant aucun repos. Elle ne présente d'ailleurs aucun trouble de la vue, pas de modifications dans l'état des pupilles, point de vertiges ni de bourdonnement d'oreilles.

Nous crûmes à des troubles circulatoires d'origine cardiaque.

Le 3 juillet, la malade attira notre attention sur une tuméfaction siégeant à la partie externe de l'avant-bras gauche. Cette tuméfaction était fluctuante, indolente et avait déjà été ponctionnée à l'hôpital Saint-Antoine deux mois auparavant. Nous en avons retiré 10 à 15 grammes de pus, d'apparence phlegmoneux, non séreux ni grumeleux. Du 4 au 8 juillet, l'état reste le même avec aggravation de la céphalalgie qui devient intolérable.

Le 16 juillet un brusque changement apparaît dans l'état de la malade que nous trouvons prostrée, somnolente et répondant mal aux questions posées; elle a du bredouillement et un peu d'aphasie. Pas de paralysie; la sensibilité est émoussée des deux côtés. Nous pensons à un ramollissement par thrombose, intéressant le voisinage de la circulation de Broca.

Le 17 juillet apparaissent une parésie faciale gauche et un affaiblissement marqué de la main gauche. Le pouls est devenu inégal, intermittent, excessivement lent : il bat 48 fois par minute. En raison de l'apparition de ces nouveaux symptômes, l'idée d'une thrombose de la sylvienne gauche n'est plus guère soutenable et pour la première fois l'hypothèse d'une tuberculose méningée est discutée. Le lendemain, les phénomènes paralytiques s'accentuent, le ventre se rétracte et le tableau est de plus en plus celui d'une méningite tuberculeuse compliquée de paralysie.

Le 19 juillet, les quatre membres sont en résolution complète, et le 20 la malade meurt avec une température de 40° et un pouls à 140.

L'autopsie confirma le diagnostic du rétrécissement mitral et de la méningite tuberculeuse typique, mais montra comme ceux de la paralysie une lésion imprévue, un abcès du cerveau.

En ouvrant les ventricules latéraux, à première vue, le corps strié droit apparaît deux fois plus gros que le gauche; sa consistance est fluctuante, et en sectionnant ce corps strié, on fait sourdre un pus crémeux, épais, verdâtre, d'apparence nettement phlegmoneuse. Ce pus est enkysté dans une coque inflammatoire du volume d'un œuf de pigeon. Le pus, quoique voisin de l'épendyme, ne s'est pas ouvert dans le ventricule.

En sectionnant le cervelet, on trouve à la périphérie du lobe droit un petit abcès lenticulaire, enkysté et contenant un pus de même nature. Les poumons sont congestionnés et présentent des granulations tuberculeuses très discrètes. Les reins présentent des granulations tuberculeuses isolées à la périphérie des pyramides.

Ce qui constitue l'intérêt et aussi la difficulté du cas, c'est l'association de deux lésions cérébrales en général incompatibles, à savoir la présence d'une tuberculose granuleuse des méninges et d'un abcès présentant tous les caractères extérieurs d'un abcès phlegmoneux. Aussi ai-je cherché, mais sans les trouver, toutes les portes d'entrée possibles d'une infection purulente.

Le seul foyer suppuré préexistant était l'abcès sous-cutané de l'avant-bras, ouvert le 3 juillet et depuis longtemps cicatrisé. Sous les allures cliniques d'un abcès froid, cet abcès décelait, on s'en souvient, un pus d'aspect franchement phlegmoneux. On ne peut s'empêcher de regarder comme vraisemblable que dans les deux cas il s'agissait de véritables abcès tuberculeux. Pour l'abcès du bras malheureusement, ce n'est qu'une présomption, le pus n'ayant pas été examiné bactériologiquement. Dans le pus de l'abcès du cerveau, M. Boulloche a constaté la présence du bacille de Koch en quantité vraiment prodigieuse; il n'a trouvé aucune trace de microbes ordinaires de la suppuration. Il est curieux qu'étant donné cet abcès tuberculeux, les granulations des méninges aient été aussi clairsemées que possible et n'aient pas produit d'exsudat caséeux. Voici donc une région du cerveau où les bacilles de la tuberculose ont produit une réaction inflammatoire active à l'égal des agents pyogènes les plus virulents.

Dans quelques recherches bibliographiques que nous avons faites, M. Boulloche et moi, au sujet de cette évolution spéciale de la tuberculose cérébrale, nous n'avons trouvé qu'un cas, celui de Frænkel, qui se soit comporté de la sorte; mais il offre une similitude tellement frappante avec celui de notre malade qu'il me paraît intéressant d'en résumer les principaux traits.

Il s'agit d'un homme de 23 ans, atteint sans cause connue d'aphasie survenue brusquement sept semaines avant son entrée à l'hôpital. Quelques jours plus tard, se produisait une paralysie du bras droit.

Au moment de son entrée, on constatait des signes de tuberculose pulmonaire au début. L'aphasie était complète mais l'intelligence intacte. Le malade présentait une hémiplégie faciale droite n'intéressant pas le facial supérieur, une paralysie complète du membre supérieur droit et incomplète du membre inférieur correspondant. La fièvre était nulle : la mort survint graduellement dans le coma.

L'autopsie montra dans l'hémisphère gauche un abcès du volume d'un œuf de poule localisé dans la substance blanche au voisinage de l'écorce et particulièrement de la troisième circonvolution frontale n'intéressant pas les ganglions centraux. Le pus avait l'apparence phlegmoneuse. Il était épais, crémeux et verdâtre : pourtant, dit Frænkel, il renfermait une immense quantité de bacilles tuberculeux comme une culture pure.

La paroi de l'abcès était tomenteuse, constituée par du

tissu de granulations riches en vaisseaux et en cellules rondes ainsi qu'en tissu conjonctif; nulle part on ne trouva de cellules géantes.

L'auteur discute la question de savoir si le contenu de l'abcès était bien du pus ou la conséquence du ramollissement des granulations tuberculeuses, et il conclut par analogie avec ce qui se passe pour certaines pleurésies purulentes tuberculeuses, que le bacille de Koch peut être spontanément pyogène dans certains cas déterminés.

Nous ne pouvons que nous associer aux conclusions de l'auteur allemand, car les deux cas sont calqués l'un sur l'autre.

Il ressort de ces faits que la tuberculose peut donner lieu à des abcès du cerveau en apparence spontanés et idiopathiques et que, sans intervention d'aucun autre microbe, le bacille de Koch est susceptible de déterminer une suppuration franchement phlegmoneuse, au lieu des exsudats caséeux qui se rencontrent dans la plupart des cas de tuberculose cérébrale.

M. Chauffard. — J'ai observé un fait presque identique à celui de M. Rendu. Il s'agissait d'un adulte chez lequel j'avais diagnostiqué une méningite tuberculeuse. A l'autopsie on trouva un bel abcès phlegmoneux du cerveau situé dans la région sous-corticale. Malheureusement je ne crois pas que l'examen bactériologique du pus ait été pratiqué.

M. Chantemesse. — Les suppurations liées au bacille de la tuberculose ne sont pas très rares, mais elles ne s'observent guère que chez les anciens tuberculeux La même remarque s'applique aux microbes de l'érysipèle et de la fièvre typhoïde. Quand ces maladies s'accompagnent d'abcès, c'est toujours à leur déclin, c'est-à-dire à une époque où le virus est atténué; c'est là un fait de microbiologie aujourd'hui bien démontré.

M. Rendu. — Ma malade n'était cependant pas tuberculeuse de longue date, car elle ne présentait pas un seul foyer caséeux : toutes les altérations tuberculeuses rencontrées à l'autopsie étaient de fines granulations de date récente.

Effets de la tuberculine sur les pleurésies.

M. Netter. — Dans la dernière séance, M. Debove nous a montré que la sérosité pleurétique renfermait de la tuberculine. Il a fourni ainsi un nouvel argument en faveur de l'origine tuberculeuse d'un grand nombre de pleurésies en apparence primitives.

Un autre argument peut être tiré des effets de la tuberculine chez les pleurétiques.

Le compte-rendu officiel publié par le gouvernement prussien sur les effets des injections de tuberculine dans les diverses cliniques contient à ce sujet des documents fort intéressants.

Le volume allemand fait mention de 15 pleurétiques auxquels fut injectée la lymphe de Koch. 13 fois ces malades ont présenté de la réaction.

Les observations établissent que dans la pleurésie l'inoculation de la lymphe de Koch est suivie de réactions 87 fois sur 100.

Les pleurétiques réagissent donc vis-à-vis de la lymphe de Koch à peu près aussi souvent que les sujets notoirement tuberculeux.

Il me semble intéressant de rapprocher ces résultats de ceux fournis par M. Debove.

Ils se complètent réciproquement. Les pleurétiques réagissent vis-à-vis de la tuberculine, comme les tuberculeux. Les épanchements pleurétiques renferment de la tuberculine comme les produits de culture du bacille tuberculeux.

Ces deux notions concordent fort bien avec les renseignements fournis par l'expérimentation qui établit la fréquence de la tuberculose après inoculation des exsudats tuberculeux.

De l'artério-sclérose de la pointe du cœur

MM. Huchard et Weber. — Il ne faut pas croire que la sclérose se généralise toujours à tout le cœur; elle se localise au contraire, le plus souvent, dans des régions déterminées de l'organe, ce qui s'explique, puisque la dégénérescence scléreuse de la fibre cardiaque est sous la dépendance de l'altération vasculaire. D'un autre côté le siège de la lésion, plus que son étendue ou son intensité, doit jouer un rôle important pour la production de certaines formes cliniques et pour le pronostic.

Au point de vue histologique, l'artério-sclérose de la pointe réalise absolument les caractères de la sclérose dystrophique.

Il s'agit là de vastes champs de sclérose qui se forment d'un seul bloc, sans que l'on y observe de lésions de transition. C'est brusquement que se fait le passage de la sclérose au parenchyme normal, et tout à côté de quelques grands îlots de dégénérescence scléreuse du myocarde on ne retrouve plus que des fibres musculaires absolument intactes.

Dans les myocardites aiguës de maladies infectieuses on peut encore reconnaître l'existence de scléroses aiguës partielles du muscle cardiaque et l'aspect jaune feuille morte étendu à tout l'organe fait croire faussement à la généralisation de la lésion. Or cet aspect n'est pas toujours le signe d'une myocardite artérielle. Il résulte de la diminution et de l'altération de la fibre cardiaque (Pitres) et il peut se faire que cette altération de l'hémoglobine musculaire devienne une cause de dénutrition directe du myocarde. Ce processus est donc différent de celui qui est caractérisé par la transformation scléreuse indirecte du myocarde et toujours consécutive à l'artérite coronaire.

Qu'il s'agisse donc d'une myocardite aiguë ou chronique, la localisation des lésions scléreuses ou dégénératives est un argument irréfutable en faveur de l'origine artérielle de ces graves transformations, et les faits d'artério-sclérose localisée à la pointe du cœur contribuent encore à le prouver.

Lorsque la pointe du cœur, qui est si riche en trabécules musculaires et si pauvre en éléments nerveux, vient à être sclérosée, il en résulte un trouble profond dans le fonctionnement du cœur, une tendance à la cardiatecsie et aux accès asystoliques, une prédisposition aux insuffisances fonctionnelles de la mitrale et à l'impuissance du myocarde: sur 7 cas observés, la maladie s'est terminée 3 fois par la mort subite.

Sans doute il ne faut pas que l'on fasse de localisation myocardique à outrance, mais on doit attribuer au siège de la lésion une grande importance clinique, parce que ce sont ces variétés de siège qui doivent rendre compte de la diversité d'aspect de cardiopathies artérielles qui prennent les formes dyspnéiques, angineuses, tachycardiques, arhythmiques, etc. Ces localisations myocardiques et le mode de reproduction de ces scléroses dystrophiques (consécutives à l'endartérite) montrent bien que le terme de myocardite interstitielle chronique qu'acceptent encore la plupart des auteurs consacre une erreur anatomique. Il n'y a pas d'inflammation, mais une dégénérescence du myocarde, ce qui prouve qu'à l'avenir aux expressions de myocardite aiguë ou chronique on devra substituer celles d'artério-sclérose du cœur ou cardio-sclérose.

Le diagnostic de la cardio-sclérose est très facile, contrairement à l'opinion commune, si pour l'établir on se rappelle les quatre lois cliniques suivantes :

1° L'insuffisance rénale est un symptôme précoce et presque constant de toutes les cardiopathies artérielles, même en l'absence d'albuminurie;

2° En raison de la lésion dégénérative du myocarde qui en affaiblit la résistance, toute cardiopathie artérielle est en imminence de dilatation cardiaque;

3° Le rhythme du cœur étant une fonction du muscle cardiaque et non de son système nerveux, toute cardiopathie artérielle a une tendance à s'accompagner d'une façon continue ou paroxystique de symptômes arhythmiques;

4° Suivant la localisation des lésions (aux piliers valvulaires, à la pointe du cœur, aux régions ganglionnaires, au point vital du cœur, etc.), elle peut se terminer lentement par asystolie ou brusquement par mort subite.

M. Siredey. — La doctrine soutenue par M. Huchard me semble un peu trop exclusive; les processus des maladies infectieuses ne sont pas toujours localisés à la pointe du cœur; ils peuvent être beaucoup plus diffus. J'ai étudié à ce point de vue un grand nombre de cœurs provenant de malades atteints de variole, de diphthérie, de fièvre puerpérale, etc., et j'y ai constaté des altérations portant également sur la presque totalité des parois du ventricule gauche. Ces altérations ne débutent pas toujours non plus, comme le dit M. Huchard, au voisinage des capillaires; elles peuvent occuper l'interstice des faisceaux musculaires.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 20 *juillet* 1891.

De la glycolyse du sang circulant dans les tissus vivants

MM. R. Lépine et **Barral**. — On saigne à blanc un chien bien portant et on défibrine le sang dans un vase refroidi. Pendant ce temps, on lie la racine d'un des membres inférieurs avec un fort fil de fer, en ménageant l'artère et la veine fémorales, dans lesquelles sont introduites des canules; on détache aussitôt le membre au-dessus de la ligature et on l'immerge dans l'eau à 39° C. Puis, au moyen de l'appareil de Jacobi, on y fait circuler une quantité déterminée (500 grammes, par exemple) de sang défibriné et maintenu à 39° C. On entretient ainsi d'une manière aussi parfaite que possible les propriétés des tissus et du sang : les muscles conservent leur irritabilité; le sang qui sort du membre est noir, et, grâce à l'oxygénation à laquelle il est soumis dans l'appareil, il rentre dans l'artère parfaitement rouge; même plusieurs heures après le début de l'expérience, il est aussi normal que peut l'être un sang défibriné et privé pendant ce temps de l'incessante rénovation que lui procurent les organes hématopoiétiques. Or, en en retirant tous les quarts d'heure une petite portion pour l'analyse, on remarque qu'il perd de moins en moins de sucre pendant chacun des quarts d'heure successifs, ce qui tient à son appauvrissement progressif en sucre et en ferment. Malgré cet appauvrissement, malgré son déchet initial en ferment, à cause de la défibrination, et malgré la masse relativement considérable du sang par rapport à celle des tissus, le sang, dans les conditions sus-indiquées, perd, dans la première heure, environ 60 0/0 de son sucre.

Si on opère *identiquement* de même avec un chien rendu diabétique par l'ablation du pancréas pratiquée environ vingt-quatre heures auparavant, et bien que, ce sang étant beaucoup plus riche en sucre que le sang normal, la glycolyse dût y être, pour ce motif, toutes choses égales, plus énergique (Voir *Mercredi médical*, 1891, p. 280), la perte, dans le même temps, n'atteint pas 30 0/0. On peut donc affirmer que la glycolyse, dans le sang d'un chien diabétique, circulant dans un membre isolé, est diminuée.

Cette diminution est plus constante si le sang est vivant que s'il a perdu ses propriétés vitales, ainsi que cela a lieu *in vitro*.

On peut se rendre compte des irrégularités que présente parfois la glycolyse *in vitro*, en réfléchissant qu'elle dépend non seulement de la quantité de ferment contenue dans les globules blancs, mais aussi de la rapidité plus ou moins grande avec laquelle le ferment quitte ces globules pour diffuser dans le sérum, où se trouve le sucre. Or, il est clair que la diffusion du ferment *in vitro* se fait de tout autre manière que sur le vivant. Il en est de même de la *glycogénie* hématique (Voir *Mercredi méd.*, 1891, p. 329) : il est certain qu'elle ne se produit pas pendant la vie dans les conditions où nous l'observons à 58° C.

Toutefois, l'étude de la glycolyse *in vitro* est loin d'être inutile. Elle nous a fourni, bien que d'une manière un peu grossière, beaucoup de renseignements intéressants, notamment sur la différence qu'elle présente dans divers départements vasculaires. Ainsi, nos expériences, fort nombreuses, ont mis absolument hors de doute qu'elle est beaucoup plus intense dans le sang de la veine-porte d'un chien, même à jeun, que dans le sang veineux général ou dans le sang artériel.

ÉTRANGER

ALLEMAGNE

RÉUNION LIBRE DES CHIRURGIENS DE BERLIN

Séance du 13 *juillet* 1891.

Rhinoplastie.

M. Janus Israël présente deux malades auquel il a rétabli le nez effondré. Ce sont le premier et le dernier de sa série.

Le premier a été opéré en 1886, et les résultats sont restés bons. Chez lui on trouve que le nez se continue en ligne droite avec le front et que le dos du nez trop large est recouvert non pas par la peau, mais par une cicatrice mince. Pour éviter ces inconvénients, M. Israël a modifié son procédé opératoire : 1° le lambeau osseux pris sur le frontal n'excède plus un demi-centimètre de largeur; 2° le pédicule, après la section qui se fait au bout de trois semaines, est inséré très profondément, ce qui permet d'obtenir la rainure qui sépare la racine du nez, du front; 3° la peau du nez effondré sert non seulement pour former les parties latérales du nez nouveau, mais pour couvrir en même temps le dos du nez, de sorte qu'au lieu d'un tissu cicatriciel mince le nez est recouvert par une peau saine.

Pour éviter l'aplatissement consécutif du nez nouveau, il faut prendre certaines précautions : la peau du lambeau ostéo-cutanée doit être disséquée sur une étendue de 2 cm. 1/2, et suturée sur le dos du nez. Les parois latérales du nez sont formées avec les os du nez malade.

Les résultats qu'on obtient par ce procédé modifié sont supérieurs, comme on peut se convaincre en regardant les deux malades. La seconde a été opérée il y a deux ans.

M. J. Wolff préfère son procédé qui consiste à tailler un lambeau ostéo-cutané qu'on rabat et suture en une seule séance.

Plaies du foie.

M. Adler. — Un homme de 20 ans reçoit, le 22 octobre 1889, un coup de couteau dans le côté droit. Apporté dans un poste de secours médicaux, on lui suture la peau, et on le transporte à son domicile. Le lendemain, au réveil, il trouve toute sa literie traversée par du sang. On appelle un médecin qui fait un tamponnement avec de la gaze iodoformée. Onze heures plus tard, le malade est apporté à l'hôpital, déjà très anémié. A l'examen on trouve une plaie verticale de 1 cm. 1/2 entre les 11ᵉ et 12ᵉ côtes, sur la ligne axillaire, par où le sang s'écoule en grande quantité. La plaie étant agrandie, on introduit le doigt et on constate très nettement une plaie du diaphragme. On essaie encore une fois le tamponnement, mais l'air pénétra à ce moment dans la plèvre. On réséqua alors la 11ᵉ côte sur une étendue de 4 cm., et après avoir ouvert le diaphragme on tomba sur la plaie du foie qu'on ferma avec trois points de suture en bouton. Le sang n'en continuait pas moins de couler par la plaie à chaque expiration. Dans l'idée qu'il y avait lésion d'un autre organe, la plaie fut encore agrandie de façon à mesurer 10 cm., le péritoine divisé, et les viscères examinés. Résultat négatif. Suture du diaphragme; toilette du péritoine. Le pansement fut changé au bout de 15 jours. Six semaines après le malade quittait l'hôpital.

Anévrysme de la carotide primitive.

M. Karewski. — Il s'agit d'un homme de 30 ans, toujours bien portant, mais ayant eu il y a 7 ans un chancre non suivi de phénomènes syphilitiques généraux.

En mars, il fut pris de douleurs au niveau du côté droit du cou, d'enrouement; puis apparut une tumeur, et en même temps le malade avait la sensation comme si sa langue était tuméfiée.

A l'examen fait le 9 juin 1891, on trouvait une tumeur qui était située entre l'apophyse mastoïde et l'os hyoïde et pénétrait dans la fosse sus-claviculaire, tumeur ronde, lisse, ne présentant pas de fluctuation ni de pulsation. Pas de souffle ni de thrill. La compression des veines ou des carotides n'exerçait aucune influence sur la réplétion de la tumeur. Aphonie presque complète; paralysie de la corde vocale droite et de la moitié droite de la langue. Pas d'autres paralysies. Le pouls des deux radiales et des deux temporales est isochrone. Diagnostic : abcès ou kyste dermoïde, ou kyste hématique et anévrysme.

Opération le 10 juin. Incision verticale allant de l'apophyse mastoïde jusqu'à la clavicule. On tombe sur la tumeur qui se présente sous forme d'une poire à grosse extrémité supérieure. On met à nu sous la clavicule pour en tout cas la carotide primitive et la jugulaire commune, et on lie les vaisseaux qui sortent de la tumeur en haut. En séparant l'hypoglosse, on déchire la tumeur, et il se produit une hémorrhagie artérielle violente. Ligature de la carotide primitive, ce qui diminue l'hémorrhagie. Ligature de la carotide interne, et recherche infructueuse de la carotide externe qui probablement a déjà été liée. Collapsus passager après la ligature de

la carotide primitive. Ouverture du sac, tamponnement, suture. Suites opératoires simples sans phénomènes cérébraux. Guérison.

Laparotomie et colotomie.

M. Israel rapporte un cas de laparotomie chez un homme de 71 ans pour volvulus au niveau de l'S iliaque. Craignant une paralysie de l'intestin après la réduction, il sutura une anse du côlon à la plaie abdominale. Et en effet, trois jours après l'opération apparurent les signes de paralysie intestinale, et on fut obligé d'ouvrir le côlon. Aujourd'hui la défécation s'effectue normalement par l'anus.

Cholécystectomie.

M. Adler. — Le malade en question, un homme de 37 ans, était sujet depuis un an et demi aux coliques hépatiques. Depuis quelque temps les crises revenaient tous les jours et duraient de 2 à 3 heures. A l'examen du malade on trouvait sur le prolongement de la ligne mammaire droite une tumeur mobile, molle dans les intervalles des attaques, douloureuse à la pression.

Opération. — Incision en T, et mise à nu de la vésicule biliaire, dans laquelle on sent plusieurs corps, les uns durs, d'autres élastiques. Après avoir incisé le fond de la vésicule, on retire deux calculs ; mais, comme on sent encore quelques indurations, on extirpe toute la vésicule. L'hémorrhagie du foie fut arrêtée par quelques points de suture. Les suites opératoires se compliquèrent de vomissements, météorisme, etc., mais tout se calma au 5e jour. Les sutures furent enlevées au bout de 15 jours. Guérison en 5 semaines.

La vésicule renfermait trois kystes : un a été ouvert pendant l'opération ; les deux autres étaient remplis de cristaux de cholestérine. Les parois étaient couvertes de ramifications variqueuses que M. Adler considère comme des vaisseaux lymphatiques remplis de bile.

M. Langenbuch n'a pas observé en clinique de kystes de la vésicule biliaire. Par contre, il a souvent rencontré des calculs dans les parois de la vésicule, sous le revêtement péritonéal et même dans les ligaments. Ces calculs perforent probablement les parois de la vésicule, qui se contractent derrière eux une fois qu'ils sont expulsés.

Luxation spontanée dans la coxite gonorrhéique.

M. Karewski. — Une femme de 41 ans, ayant eu cinq enfants vivants, est prise pour la première fois pendant sa sixième grossesse, en janvier 1891, de flueurs blanches. Le 9 février, apparition de douleurs si violentes dans la hanche gauche que la malade est obligée de se coucher. Le médecin appelé auprès de la malade, immobilise le bras gauche en flexion, abduction et rotation au dehors. Le 22 février, accouchement avant terme d'un enfant qui est pris d'ophthalmie et succombe à 11 semaines à une furonculose généralisée. Peu de jours après l'accouchement, la femme est prise d'une cystite ; les douleurs de la hanche n'ont pas disparu, et on fait alors de l'extension. En mai la malade peut se lever pour marcher avec des béquilles, mais la jambe gauche est notablement raccourcie. A l'examen de la malade fait le 26 février, M. Karewski a trouvé de la vaginite et de l'uréthrite suppurée, une endométrite et de la paramétrite postérieure. Le membre inférieur gauche en flexion et adduction présentait un raccourcissement de 5 cm. Le trochanter était situé au-dessus de la ligne de Roser-Nélaton. Mouvements actifs impossibles; mouvements passifs très limités, s'accompagnant de douleurs violentes.

M. Karewski considère ce cas comme une luxation spontanée consécutive à une mono-arthrite de la hanche d'origine gonorrhéique.

Les tentatives de réduction ayant échoué, on fit le 1er juillet la résection de la hanche d'après le procédé de Langenbeck. La tête était située au-dessus de la cavité cotyloïde remplie de masses fibreuses et dépourvue de son cartilage. La tête elle-même était couverte d'ostéophytes et ne présentait du cartilage que par places. Le col était creusé d'un sillon qui provenait de la pression du cotyle sur le fémur placé en flexion et adduction.

L'opération réussit pleinement et la malade sortit avec un membre non raccourci et dans une position normale.

Hémi-atrophie de la face avec exostoses multiples.

M. Karewski présente une jeune fille de 13 ans légèrement rachitique qui vint à la clinique pour des tumeurs douloureuses de la face. A l'examen de la malade, fait le 10 juin 1890, on trouvait : 1° des exostoses multiples au niveau du rebord orbitaire inférieur gauche avec propulsion du globe oculaire par épaississement du plancher de l'orbite; 2° une exostose analogue au niveau de la partie antéro-inférieure du maxillaire inférieur; 3° une hyperostose considérable du frontal droit; 4° une atrophie de la moitié gauche de la face qui porte aussi bien sur le squelette que sur les parties molles de cette partie de la face.

Il y a quelques mois, M. Karewski a enlevé à cette malade une exostose de la paroi postérieure du conduit auditif qu'elle remplissait entièrement.

Pyohémie par calcul enclavé dans l'uretère.

M. Adler. — Il s'agit d'un homme de 56 ans, souffrant depuis 4 ans de calculs du rein, et entré à l'hôpital pour des troubles vésicaux. Le 5 mars on fit la taille hypogastrique et on enleva 2 calculs. Suture de la plaie; guérison en 4 semaines. Peu de temps après le malade fut pris d'agitation et de transpirations abondantes suivies de frisson, de fièvre (39°5) et d'accélération du pouls. Les urines renfermaient des cylindres hyalins. Le lendemain l'urine redevient normale. Puis pendant 10 jours fièvre continue. Le 25 avril ouverture d'un abcès métastatique; mort le 27. A l'autopsie on trouva une pyo-néphrose et un calcul de 8 cm. enclavé dans l'uretère droit.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Aide-mémoire d'anatomie pathologique, d'histologie pathologique et de technique des autopsies pour la préparation du cinquième examen, par le professeur Paul Lefort. Paris, J.-B. Baillière et fils, 1891.

Comme l'auteur le dit excellemment dans sa préface, c'est une manière de « Manuel du bachot » qu'il nous offre. C'est dire qu'il s'adresse, parmi les étudiants en médecine, au public assez spécial correspondant à celui qui — *si parva licet componere magnis* — fréquente les « fours à bachot. » Mais l'auteur a la prétention de donner en ce court résumé l'état d'une science chaque jour changeante. Grande fut donc notre surprise de trouver encore — avec une réserve sans doute — le carcinome parmi les tumeurs conjonctives; de trouver le tubercule, la morve et la syphilis, comme tumeurs conjonctives, entre le carcinome et le chondrome. Ce n'était pas la peine de reprocher aux *précis* « d'âge vénérable » de « manquer d'actualité ». C'est néanmoins une rare bonne fortune pour un éditeur de trouver un « professeur », pour signer ces aide-mémoire, même quand le titre omet de renseigner sur la Faculté ou école où enseigne ledit professeur.

Sophistication et analyse des vins, par Armand Gautier, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine, professeur de chimie à la Faculté de médecine de Paris. *Quatrième édition entièrement refondue.* — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Signalons, parmi les nouveautés introduites dans la 4e édition, la recherche et le dosage de l'acide malique, de l'acide borique, de l'acide sulfureux, de l'hydrogène sulfuré, de l'acide nitrique, de l'azote, de la saccharine et de l'acide sulfurique libre ou à l'état de bisulfate. Dans la seconde partie M. Gautier s'occupe de la recherche des diverses sophistications : mouillage et vinage, addition de vins de raisins secs, coloration artificielle, plâtrage et déplâtrage, phosphatage et tartrage des moûts. Un chapitre a été ajouté dans cette nouvelle édition sur les vins malades. L'ouvrage se termine par un certain nombre de documents à consulter, lois Brousse, Griffe, etc., et par des tableaux statistiques de la production. De nombreux tableaux d'analyses de vins, deux planches coloriées se rapportant à la méthode d'essai par la craie albuminée, et deux autres planches sur les levures et les germes microscopiques des maladies du vin augmentent encore l'intérêt de cette nouvelle édition.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

AVIS IMPORTANT

Les personnes atteintes d'affections de l'estomac, du foie et de l'intestin sont sûres d'obtenir leur guérison en faisant un traitement de vingt à vingt-cinq jours à Châtel-Guyon.

Les dyspepsies les plus anciennes, la constipation, les engorgements du foie ne résistent pas à l'action bienfaisante de ces eaux **toni-purgatives**.

Elles sont aussi très efficaces contre l'obésité.

Pour donner à MM. les médecins qui ne peuvent se déplacer, la possibilité d'apprécier l'efficacité des eaux de Châtel-Guyon, l'Etablissement thermal met à leur disposition, gratuitement, une caisse de cinquante bouteilles d'eau de la Source Gubler.

L'emploi de cette eau à domicile donne des résultats remarquables et fixera nos confrères sur l'importance du traitement toni-purgatif de Châtel-Guyon.

S'adresser au gérant de la Société des eaux minérales de Châtel-Guyon, 5, rue Drouot, à Paris.

N° 32. — 12 AOUT 1891 LE NUMÉRO QUINZE CENTIMES

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

PUBLIÉ PAR

LA GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MEDECINE ET DE CHIRURGIE

Et servi gratuitement à tous les abonnés de ce journal

ABONNEMENTS SPÉCIAUX POUR MM. LES ÉTUDIANTS. — UN AN : 6 FRANCS

L. LEREBOULLET, Rédacteur en chef. — A. BROCA, Secrétaire de la Rédaction

Librairie de G. MASSON, 120, boulevard Saint-Germain.

SOMMAIRE

ACTES OFFICIELS

Corps de santé de la marine. MM. les médecins auxiliaires de 2e classe : J. Estrade, Cheminade et Vincent ont été nommés au grade de médecin de 2e classe.

ACTES DES FACULTÉS DE MÉDECINE

MONTPELLIER

M. le Dr Forgue, agrégé, est nommé professeur de médecine opératoire.

La chaire de pathologie externe est transformée en chaire de clinique ophthalmologique.

M. le Dr Truc, agrégé, est nommé professeur de clinique ophthalmologique (chaire nouvelle).

Ecole de médecine de Clermont. — La chaire d'accouchements, maladies des femmes et des enfants, est supprimée et il est créé une chaire de clinique obstétricale et gynécologique.

BORDEAUX.

Thèses de juin et juillet (année scolaire 1890-91). 33. Boulin. De l'allaitement régulier. Quelques résultats fournis par la méthode des pesées chez des enfants régulièrement nourris.— 34. Grellety. Du traitement actuel du cancer de la langue. — 35. Delpont. De la cystite chez les enfants. — 36. Lacaze. Suites et résultats de l'ablation dans l'inflammation des annexes. — 37. Giudicelli Des kystes de la partie vaginale du col dans les métrites. — 38. Cousin. Etudes sur les suites de couches des syphilitiques. — 39. Gardette. Des ruptures spontanées de l'aorte dans le péricarde. — 40. Vaucel. Contribution à l'étude de l'étiologie de l'héméralopie épidémique et de ses rapports avec le scorbut.

41 Huguet. Etude sur le dosage de l'urée. — 42. Delpierre. De l'amputation de la jambe au lieu d'élection par le procédé bordelais de M. le docteur Dudon. — 43. Daraignez. De l'arthrodèse. — 44. Doucet. De la dacryocystite chronique. Son traitement dans les cas rebelles par la cautérisation ignée au thermo-cautère. — 45. Margouty. Du rôle des matières animales dans la nocivité de l'air expiré. — 46. Woolonghan. Recherches de topographie crânio-cérébrale. Détermination des rapports du sillon de Rolando et de la scissure de Sylvius avec la boîte crânienne. — 47. Labordère Contribution à l'étude du traitement chirurgical du cancer du rectum. Création préliminaire d'un anus artificiel. Nouveau procédé de suture intestinale. — 48. Bouchart. Contribution à l'étude des malformations et déformations du pouce. — 49. Béguin. Mécaniciens et chauffeurs à bord des navires de l'Etat. Etude d'hygiène, de physiologie et de pathologie. — 50. Rigaud. Du cancer de la prostate.

51. De Saint-Germain. Contribution à l'étude du traitement des abcès chauds sans incision. — 52. Rigollet. De la phlébite paludéenne. — 53. Perrot. Contribution à l'étude des tubercules externes à foyers multiples de la seconde enfance. — 54. Quintin. Des injections interstitielles de solutions iodoformées dans les cas de tumeurs blanches. — 55. Le Quément. Contribution à l'étude de l'herpès récidivant.

VARIÉTÉS

M. Casse est, nous apprennent toutes les feuilles non médicales, un jeune homme assez adroit. Si nous en parlons, c'est parce qu'il tient un peu à notre profession. Il fut en effet étudiant en médecine, les journaux politiques disent même externe des hôpitaux, ce qui est, croyons-nous, erroné. Il y a environ un an, il s'était introduit, on ne sait comment, parmi les externes attachés au service des consultations du Bureau central, à l'Hôtel-Dieu, et il en profitait surtout pour faire aux femmes à peu près présentables qui s'y présentaient des propositions réputées inconvenantes. Au bout de quelques jours, ce petit manège fut découvert, et l'administration adressa une plainte au doyen de la Faculté, d'où, paraît-il, une peine disciplinaire sérieuse. Depuis, M. Casse s'est plus spécialement livré aux études de droguerie et il y a quelques jours il a offert à un pharmacien des produits à un prix tellement bas que l'honnête industriel, soupçonnant quelque chose de louche, fit avertir la police : on arrêta le vendeur qui était bien un voleur. Mais le jeune Casse a plus d'un tour dans son sac : il avala le contenu d'une fiole et se tordit incontinent en des convulsions d'empoisonné. De la sorte il se fit transporter à l'Hôtel-Dieu et, comme il paraissait fort malade, on ne s'occupa pas de le surveiller attentivement : aussi put-il, ressuscité, reprendre lorsque la nuit fut venue, ses habits laissés à sa portée et il sortit tranquillement. Ce pseudo-empoisonnement ne semble pas bête. Peut-être un système analogue a-t-il réussi à Mme Zoé Ortoli qui, soupçonnée d'avoir empoisonné son mari pour vivre en paix avec son amant, était formellement accusée d'avoir ensuite empoisonné ce dernier, lequel avait exprimé le désir d'aller retrouver sa légitime. L'expertise médico-légale démontra un empoisonnement par l'atropine. Mais l'accusée avait bu du même breuvage, pas q. s. pour périr il est vrai, et le jury des Bouches-du-Rhône a admis le système de défense qui résultait tout naturellement de cette constatation. Après tout, c'est bien possible !

Parmi les gens de la médecine capables d'avoir maille à partir avec la justice, il faut peut-être bien ranger l'expéditeur, jusqu'à présent demeuré inconnu, des fameux volumes explosifs adressés à MM. Constans et Etienne et à M. le Dr Treille, inspecteur du service de santé colonial. Dès le premier jour on a raconté que le coupable était un médecin de la marine — un peu excitable, il faut l'avouer — outré contre les créateurs du corps de santé colonial. En tout cas, tout en blâmant l'acte, M. le Dr Bérenger-Féraud, inspecteur du service de santé de la marine, ne semble pas extraordinairement tendre pour le nouveau-né et ses pères, au moins s'il en faut croire la déposition — longuement analysée dans les journaux politiques — qu'il a faite devant M. Atthalin, chargé d'instruire l'affaire.

***

— Alors, docteur, quand les instruments de chirurgie sont sales?

— Mon Dieu, c'est bien simple, ce sont les malades qui sont nettoyés !

***

En Allemagne, le ministère public a intenté un procès en violation du secret médical au Dr Grechen qui avait publié dans un ouvrage les observations détaillées de plusieurs de ses malades. Malgré de nombreux témoins à décharge, parmi lesquels le prof. Freund (de Strasbourg), le Dr Grechen a été condamné à 500 fr. d'amende et à 8,000 fr. de dommages-intérêts.

Asiles d'aliénés de la Seine. — Par arrêtés ministériels, M. le Dr Vallon, médecin en chef à l'asile public d'aliénés de Villejuif, est promu à la 1re classe du cadre ; M. le Dr Dubuisson, médecin en chef à l'asile Sainte-Anne, est promu à la 2e classe du cadre; M. le Dr Legrain, médecin adjoint à l'asile d'aliénés de Vaucluse, est promu à la classe exceptionnelle du cadre.

PATHOLOGIE CHIRURGICALE

Trois cas de septicémie aiguë. Communication à la *Société anatomique de Paris*, par M. Maubrac, médecin-major de 2e classe.

La connaissance des conditions bactériologiques de la septicémie est encore bien imparfaite, et il est impossible pour l'instant de tirer une formule définitive des résultats souvent dissemblables fournis par les faits publiés jusqu'à ce jour. A titre de contribution à cette étude, nous donnons 3 faits de septicémie aiguë, observés dans le service de M. le professeur Delorme, avec les résultats des examens bactériologiques pratiqués au laboratoire du Val-de-Grâce.

I. Le premier malade est un soldat du 4e de ligne, entré à l'hôpital le 21 novembre pour lymphangite consécutive à une plaie du talon. Cette plaie, des dimensions d'une pièce de 20 cent., était presque guérie, sans rougeur ni douleur, et à peu près sèche. Le malade avait eu la veille sur la face interne de la cuisse une traînée de lymphangite, mais on n'en constatait plus trace, et les ganglions étaient à peine plus volumineux que ceux du côté opposé. Toutefois le malade avait de la fièvre, les yeux étaient brillants, la voix tremblante, la langue sèche, point de délire, mais une excitation manifeste. Cet état persista les jours suivants; la fièvre resta toujours fort élevée, entre 39° et 40° : le 24 on constatait une légère congestion pulmonaire double qui bientôt s'aggrava, le délire survint et le patient mourait le 26 novembre.

Autopsie : aucune autre lésion viscérale qu'une congestion pulmonaire double intense; les ganglions de l'aine sont de volume normal et à peine rouges; la plaie du talon est recouverte d'une croûte très fine et presque guérie. *Examen bactériologique* 24 heures après la mort : Le sang du cœur est fluide et les globules sanguins agglutinés. Par la coloration à l'éosine et la méthode de Gram quelques microcoques par 2 ou 3. L'ensemencement du sang sur gélose a donné de nombreuses colonies du streptocoque seul. La pulpe de rate à l'examen microscopique contenait de très nombreux microcoques, quelques-uns en chaînettes de 3 ou 4. De même pour le foie. Le raclage de la plaie du talon montre également du streptocoque. Isolé sur gélose, et cultivé dans le bouillon, puis inoculé à la dose de un demi-cent. cube dans la veine auriculaire d'un fort lapin, ce micro-organisme a tué l'animal en 40 heures : cette mort rapide dénote ici l'extrême virulence du streptocoque.

Voilà un cas de septicémie aiguë causée par le streptocoque pur, véritable infection aiguë du sang, sans autre lésion qu'une petite plaie du talon, porte d'entrée du micro-organisme.

II. La deuxième observation est celle d'un jeune soldat atteint de coxalgie gauche suppurée, auquel M. Delorme pratiqua le 1er février la résection du col du fémur, avec évidement du grand trochanter et de la cavité cotyloïde. Dès le 4e jour après l'opération, qui avait été cependant conduite avec toutes les précautions antiseptiques voulues, ce malade présenta tous les signes de la septicémie aiguë (fièvre de 38°5 à 40°6, état typhoïde, langue sèche, délire, teinte subictérique, etc.). L'examen du sang recueilli à la pulpe de l'index avec les précautions usuelles, les 6, 7, 10, 14, 19 et 25 février a montré par la culture l'existence du streptocoque seul. Un échantillon prélevé le 28 et un second prélevé le 3 mars étaient stériles. Or nous avons pu constater que l'état général, après avoir été des plus graves, s'est amendé peu à peu, et que lorsque le sang était trouvé stérile, les signes de septicémie avaient disparu. Cette observation intéressante à divers titres sera ultérieurement publiée : j'indique seulement ce fait, d'une septicémie aiguë durant laquelle on a constaté la présence du streptocoque, puis sa disparition coïncidant avec la disparition des signes septicémiques.

Il est à remarquer que le patient avait de la fièvre avant l'opération, qu'il avait été atteint quelques jours auparavant d'une angine contractée dans la salle où il était couché et où plusieurs cas de scarlatine avaient été observés. Quelle que fût l'origine de cette septicémie, la plaie resta en excellent état jusqu'au 10 février. Le 17, fut ouverte une collection purulente consécutive à une périostite du fémur gauche ayant débuté près de l'articulation du genou; le pus de cet abcès contenait à la fois le streptocoque et le staphylocoque doré. Des examens pratiqués durant le mois de mars ont été négatifs, mais un ensemencement du sang prélevé le 2 avril a donné en culture du streptocoque et du staphylocoque doré : il faut noter qu'il y a actuellement des surfaces suppurantes alors que, au début de l'infection septicémique la plaie était restée sèche et de bon aspect. Le tableau clinique est aujourd'hui bien différent : le malade est un septico-pyémique, l'affection est plus complexe, et je ne veux envisager que la première atteinte de septicémie qui a évolué d'une manière classique, pour se terminer par guérison (en tant que septicémie) au bout de 15 jours.

III. Notre 3e malade avait une pleurésie à streptocoques comme avait permis de le constater une ponction. M. Delorme pratiqua, le 14 février, l'empyème avec résection d'une côte : un lavage très abondant de la cavité pleurale amena au dehors un amas de fausses membranes dont le volume était supérieur au volume des deux poings. Le lendemain de l'opération, la température, qui était auparavant de 38°4 s'éleva à 39°6 ; le 16, angine, avec température de 39°9 atteignant les deux jours suivants 40°4 et 40°6. Puis l'état s'aggrava progressivement, et malgré une chute légère de température, le malade succomba avec tous les signes d'une infection aiguë, sans que le liquide qui s'écoulait de la plèvre ait semblé altéré ; on y trouvait des micro-organismes en quantité considérable, sans odeur ou autre signe anormal. Du sang prélevé les 15, 20, 25 février, le 3 mars, donna chaque fois du staphylocoque doré, du streptocoque pyogène, et un bacille mobile, tous organismes qui furent retrouvés dans le pus. A l'autopsie, outre les lésions de pleurésie purulente, on trouva de la sérosité épanché dans la plèvre du côté opposé, dans le péricarde, ainsi que dans la cavité péritonéale. Ces liquides contenaient également du streptocoque et le même bacille trouvé dans le sang.

Nous n'avons pu déterminer ce bacille. Ses principaux caractères, sont : trouble le bouillon, dépôt au fond du tube, sans voile à la surface; odeur mauvaise rappelant celle du bacille commun de l'intestin; mobile, petit, grêle; —sur gélatine inclinée, traînée blanchâtre, à bords peu élevés, brillante ; — en piqûre, pointillé très fin et très serré ; — sur plaques l'aspect est exactement celui du B. commun de l'intestin, mais les colonies deviennent plus vite grandes, 1 cent. et demi de diamètre : ici les bacilles sont très mobiles; quelques-uns sont très longs, mais non articulés ; — sur gélose les colonies sont peu épaisses, étalées, à bords régulièrement dentelés; les bacilles sont assez courts, trapus, mobiles : quelques-uns sont articulés ; sur pomme de terre, la culture est presque invisible, une simple traînée humide : les B. sont assez courts, peu mobiles ; quelques-uns ont une dimension double et quadruple des autres, peu mobiles, et point articulés. — Ce bacille se rapproche beaucoup du bacille commun de l'intestin et du B. typhique, sans qu'on puisse cependant l'identifier avec l'un deux.

Nous n'avons point de conclusions à tirer de ces faits. Ils confirment en partie les recherches de Jürgensen, de Besser, etc. Besser (*Wratch*, 1888) a également trouvé pendant la vie, dans le sang, le streptocoque, 4 fois sur 16 septicémiques, et il considère le streptocoque comme la cause presque exclusive de la septicémie.

Dans deux de nos cas la septicémie est due au streptocoque seul; dans le troisième, le streptocoque était associé au staphylocoque et à un bacille saprogène analogue à ceux qu'ont rencontrés notamment Rosenbach, puis Babes. Il n'est même point prouvé que la présence du streptocoque soit constante : on a cité des faits de septicémie pure causés par le staphylocoque seul; mais ces derniers faits sont plus rares, exceptionnels.

OPHTHALMOLOGIE

De la suture de la cornée et de la sclérotique; indications et mode opératoire.

(Communication à la *Société française d'ophthalmologie*, par M. Galezowski)

La question dont j'ai à entretenir aujourd'hui la Société me paraît présenter un assez grand intérêt, tant au point de vue de la physiologie pathologique que de la chirurgie oculaire elle-même. Il n'est pas en effet sans intérêt de savoir qu'une membrane aussi sensible et aussi délicate que la cornée peut supporter l'application de sutures, qu'elle peut conserver sa nutrition pendant tout le temps de la présence des sutures et qu'elle peut recouvrer sa transparence. Il y a plus de 7 ou 8 ans que j'ai fait mes premières expériences sur la suture de la cornée et de la sclérotique chez les lapins, je dois dire que je ne fus pas très satisfait des résultats obtenus. Je fus plus heureux l'année suivante, en 1886, en me servant pour la suture de fils fins de catgut. Une incision pratiquée au centre de la cornée fut réunie sans la moindre difficulté, et à peine est-il resté un leucome cicatriciel de peu d'étendue. J'avais fait ces expériences dans un but tout spécial, alors que je me proposais de pratiquer une opération dans un cas de staphylome cornéen. Dès 1867, un chirurgien américain, le Dr Williams (de Boston), avait publié les résultats qu'il avait obtenus en suturant la cornée dans l'opération de la cataracte; mais cette pratique avait été abandonnée dans les extractions simples. J'ai pensé que dans des cas exceptionnels, dans des traumatismes ou à la suite d'accidents particuliers, soit pendant, soit après l'opération de la cataracte, sortie du corps vitré, par exemple, l'application de la suture cornéenne pouvait être appliquée avec raison. Aussi, vers 1883 ou 1884, j'avais pratiqué la suture de la cornée dans un cas de blessure de l'œil, comme cela a été rapporté par un de mes anciens chefs de clinique, M. le Dr Despagnet, dans la séance de la Société d'ophthalmologie de Paris, le 3 juillet 1888. Dans la même année, M. Gillet de Grandmont, qui pratiqua la suture de la cornée, déclare qu'il ne faut pas, dans le cas d'une plaie de la sclérotique, pratiquer la suture au niveau ou dans le voisinage du corps ciliaire.

Aujourd'hui, je viens défendre devant vous, Messieurs, la méthode que je vais vous exposer tout à l'heure et qui consiste à pratiquer une suture en n'importe quel point de la coque oculaire, en prenant, bien entendu, toutes les précautions nécessaires afin de ne pas faire pénétrer trop profondément l'aiguille dans l'intérieur du globe. Il serait dangereux et inutile de chercher à généraliser trop l'application des sutures cornéennes, et si, il y a une trentaine d'années, on a pu essayer de suturer la plaie cornéenne après l'extraction à grand lambeau, aujourd'hui, avec les progrès accomplis en antisepsie et dans les procédés opératoires, il n'y a plus à songer à suturer la plaie. Mais dans des cas spéciaux, comme je le disais tout à l'heure, la suture peut devenir une indication et être indispensable. Que voyons-nous quelquefois chez nos opérés de cataracte ? L'opération se fait régulièrement et n'est suivie d'aucune complication; le malade est couché depuis un ou deux jours et il n'est survenu aucune réaction inflammatoire, lorsque, involontairement, il se donne un coup sur l'œil opéré; ce traumatisme est suivi d'une hernie de l'iris ou de l'issue du corps vitré. Cette complication, due à l'imprudence du malade ou de son entourage, amène souvent des accidents inflammatoires graves : la coaptation se fait longtemps attendre, et en même temps on voit survenir une iridocyclite suppurative avec toutes ses conséquences. L'antisepsie la plus rigoureuse et les instillations de collyres variés suivant les diverses indications restent inefficaces; on voit arriver sans pouvoir l'éviter une issue fatale. C'est dans un de ces cas particuliers que je me suis cru autorisé à pratiquer la suture cornéenne et le succès a couronné ma première tentative. La suture de la cornée et de la sclérotique devra être appliquée dans le cas de plaie pénétrante de ces deux membranes. Prenant en considération ces deux causes particulières de traumatisme du globe oculaire, je pense que la suture devra être pratiquée dans les trois variétés suivantes d'accidents : 1° dans certains accidents graves, survenant pendant ou après l'opération de la cataracte ; 2° dans les déchirures, les blessures perforantes de la cornée; 3° dans les blessures de la sclérotique.

I. — Les opérations de la cataracte se font aujourd'hui d'une manière tellement précise, on pourrait dire tellement artistique, qu'il n'y a pas d'opérations plus simples et plus certaines dans leurs résultats, en chirurgie oculaire. Aussi ce ne serait peut-être pas la place ici de m'étendre sur les procédés qui peuvent donner le meilleur résultat. Néanmoins, je ne puis passer sous silence un point très important de la méthode que j'ai adoptée depuis plus de 8 ans. C'est que j'ai abandonné, dans la grande majorité des cas, l'incision de l'iris ainsi que l'incision périphérique de la cornée. Je fais généralement un lambeau semi-elliptique distant de 2 millimètres du bord sclérotical supérieur, et je n'incise pas l'iris. Depuis que j'emploie ce procédé, sur 1365 extractions de cataracte, je n'ai eu que 7 fois la hernie de l'iris et 5 fois l'issue du corps vitré. En présence de pareils résultats il serait superflu de chercher d'autres moyens de réunion de la plaie que la simple coaptation et le bandage compressif. Mais nous devons compter avec les imprudences des malades, le traumatisme de l'œil opéré dans la première semaine qui suit l'opération, dans quel cas surviennent les accidents que je signalais plus haut et qui nécessitent la résection de l'iris et la suture de la cornée. J'ai eu l'occasion de pratiquer cette suture cornéenne chez deux malades et dans les deux cas j'ai obtenu des résultats extrêmement satisfaisants. Dans l'un des cas, il s'agissait d'un opéré de cataracte avec iridectomie, sans incident, et chez lequel l'issue du corps vitré s'est produite le 7 juin, fait que je constatais pour la première fois. L'opération avait eu lieu le 6 mars 1891; la suture fut faite le 21. Dans le second cas il s'agissait encore d'une opération de cataracte sans iridectomie et non suivie de complication, le 13 avril 1891; contusion de l'œil le cinquième jour, hernie de l'iris, suture de la cornée le 24 avril. Dans un troisième cas, c'est un opéré de cataracte avec iridectomie (pour une cataracte avec large synéchie postérieure) le 6 mars 1891, chez lequel on constate, le septième jour, un écartement des lèvres de la plaie avec issue du corps vitré. Les traitements classiques ayant échoué, la suture fut pratiquée le 21 et fut suivie de guérison.

II. — Pour les blessures de la cornée, je conseille d'examiner si l'iris n'est pas blessé, de rechercher si le cristallin n'est pas atteint et s'il n'y a pas de couches corticales dans la plaie. Il faut nettoyer ensuite avec la curette mousse, mais ne pas faire d'injection dans la chambre antérieure. Immédiatement après, la suture la chambre antérieure se remplit d'humeur aqueuse et la cornée reprend sa transparence dès le troisième ou quatrième jour. Quand j'ai pratiqué la suture de la cornée il s'agissait d'une blessure grave faite à l'aide d'un gros clou qui avait déchiré la cornée et l'iris en intéressant le cristallin.

III. — Les blessures de la sclérotique intéressent le plus souvent la région du cercle ciliaire. Malgré cela, il faut procéder à la suture et les résultats seront satisfaisants. Je l'ai pratiquée chez un jeune homme de 23 ans, qui avait reçu un éclat d'acier dans l'œil, avec épanchement sanguin. Le blessé a guéri, malgré une hémorrhagie secondaire intra-oculaire.

GYNÉCOLOGIE

Influence d'une fistule urétéro-vaginale sur la sécrétion urinaire.

(Communication à la *Société allemande de Gynécologie*, par M. Schatz de Rostock).

Il y a un an, j'ai fait sur une fistule urétéro-vaginale une observation que je crois digne de vous être sommairement communiquée, et j'espère ainsi que de nouveaux faits feront bientôt voir si mon observation peut être généralisée.

Il me fut adressé une femme de 33 ans à bassin rétréci, qui avait été accouchée au forceps, 4 mois auparavant, d'un très gros enfant vivant. La perte spontanée d'urine qui se produisit bientôt, alors que les couches étaient d'ailleurs normales, fit présumer au médecin une fistule vésico-vaginale. Je trouvai une fistule urétéro-vaginale à deux centimètres du col et aboutissant dans le vagin à une cicatrice, ce qui prouvait que, au moment de l'extraction, il s'était produit une déchirure ayant intéressé l'uretère. On recueillit séparément l'urine qui venait de la vessie et celle qui venait du vagin. A égale quantité, la couleur était différente et l'on constata que le poids spécifique de l'urine du rein gauche, venant de la vessie, était de 1030 (plus tard 1040), tandis que le poids de l'urine du rein droit n'était que de 1003 (plus tard 1006). Pendant 5 semaines, la situation resta toujours la même, que la malade fût au lit ou debout, couchée sur le côté droit ou sur le côté gauche, qu'elle bût peu ou beaucoup. Pour voir si la forte concentration de l'urine vésicale ne provenait pas d'une résorption ayant lieu dans la vessie, on recueillit l'urine pendant plusieurs jours avec une sonde à demeure. Mais la situation resta la même. On employa différents diurétiques et des médicaments faciles à découvrir dans l'urine, et cela sans qu'il fût possible de changer d'une manière essentielle la composition de l'urine venant de la fistule. Cette urine contenait un peu d'albumine, mais si peu qu'elle pouvait provenir du vagin et de l'utérus. Dans le liquide on ne trouvait pas d'urée, et dès lors mon collègue, M. Nasse en vint à contester que ce fût de l'urine proprement dite.

Mais ses représentations ne me découragèrent pas. Ne fut-on pas en effet longtemps à prouver l'existence des très faibles quantités d'urée des eaux de l'amnios? Qu'était-ce donc que ce liquide, si ce n'était pas la sécrétion du rein droit? Il était impossible qu'un kyste parovarien quelque peu déchiré, ait pu donner quotidiennement par une fistule 3/4 de litre d'un liquide si ténu. La chose était encore moins possible pour une fistule péritonéale. Je persistai donc à admettre une fistule de l'uretère et j'en fis l'abouchement dans la vessie, ce à quoi je réussis complètement, après une légère retouche.

Quelque temps après j'observai une autre fistule urétéro-vaginale et je pus étudier à nouveau ce phénomène bizarre. Cette fistule, consécutive à une hystérectomie vaginale, ne datait que de 3 mois. Cette fois, le poids spécifique de l'urine vésicale fut de 1024, et celui de l'urine venant de la fistule de 1012. Ici donc encore, la concentration de l'urine de la fistule était sensiblement plus faible, mais la différence était moindre que dans le premier cas. Or, puisque le premier cas remontait à 4 mois 1/2 environ, et le second à 3 mois seulement, on peut croire que, dans ces cas, il se produisit, en un temps relativement court, une transformation notable dans la sécrétion du rein d'où provenait cette urine. Dans le second cas la quantité de substances éliminées par la fistule était presque égale à la normale, tandis que chez ma première malade elle était à peu près 1/10 de la normale.

Ce serait un hasard bien extraordinaire si je m'étais trouvé en présence de deux cas successifs où précisément le rein du côté de la fistule avait subi à l'avance une altération si particulière. Il est bien plus vraisemblable que l'altération est une conséquence de la fistule de l'uretère. C'est un point à élucider par les observations ultérieures. Si cela se confirme, ce sera un motif de plus pour procéder le plus tôt possible à l'abouchement de la fistule dans la vessie. J'ai acquis la conviction que cette opération, assez délicate il est vrai, n'est pas absolument difficile. Bandl a déjà opéré comme moi, et en deux séances il a obtenu la guérison. Dans sa publication je trouve cette observation que l'urine de la fistule était claire, tandis que celle de la vessie était sanglante. Mais l'urine n'a été examinée ni au point de vue de ce sang qu'elle contenait ni au point de vue de son poids spécifique et l'on ne trouve pas dans la relation la preuve nette qu'il y eût réellement du sang. Pour moi, il est très vraisemblable qu'il s'est produit une confusion due à ce fait que, dans le cas de Bandl, l'urine était également très différemment concentrée. Dans mon premier cas, la première impression, vu la différence de couleur, était aussi que l'urine vésicale devait contenir du sang. Le cas de Bandl doit donc peut-être bien être ajouté aux deux miens.

Je m'abstiendrai de faire des hypothèses sur la manière dont la fistule urétérale peut agir sur la sécrétion du rein correspondant. On est porté à croire à une infection par des micro-organismes venus du vagin. Mais on ignore encore où commence l'altération du rein. D'après la théorie de Bowman, ce devrait être dans les glomérules, avec une augmentation de sécrétion, alors que la fonction des épithéliums des canalicules urinaires resterait la même et donnerait la même masse de substances solides. Plus tard, il se produirait une diminution générale de la sécrétion aussi bien dans les glomérules que dans les canalicules urinaires. D'après la théorie de Ludwig, l'altération devrait commencer immédiatement dans les canalicules urinaires : ensuite il y aurait une diminution dans la résorption de la partie liquide, les sels excrétés n'étant pas altérés; plus tard, il se produirait une diminution aussi bien de la sécrétion dans les glomérules que de la résorption dans les canalicules urinaires, en sorte que l'urine deviendrait de moins en moins concentrée. Si l'on examine les choses avec soin, l'hypothèse de Bowman semble préférable. Mais je néglige volontiers l'explication de la chose jusqu'à ce que le fait lui-même soit solidement établi.

REVUE DES CONGRÈS

CONGRÈS INTERNATIONAL D'HYGIÈNE ET DE DÉMOGRAPHIE A LONDRES

Londres, 10 août 1891.

Séance générale d'ouverture.

La séance générale d'ouverture de ce Congrès s'est tenue à 3 heures, sous la présidence du Prince de Galles. Environ 2,000 personnes, de tous pays et de toutes couleurs, s'entassaient dans une salle à peine ventilée, et pendant une heure ont entendu douze discours, dont huit en anglais, deux en allemand, un en français et un en italien.

Après deux brèves allocutions du Dr Power, secrétaire général, et du capitaine Douglas-Galton, président du Congrès, le Prince de Galles prend la parole pour témoigner de l'importance qu'a l'hygiène pour toutes les classes de la société. Lorsqu'il prenait part aux travaux de la Commission d'enquête sur la condition des classes laborieuses, il était frappé des dangers que présentent l'agglomération dans les grandes villes, l'installation des usines et manufactures dans celles-ci, les causes multiples de pollutions de l'air et de l'eau dans les centres habités. Grâce aux progrès de l'hygiène, et c'est là une des preuves de ses bienfaits, la santé publique a été notablement améliorée dans un grand nombre de cités. La difficulté consiste surtout dans ce que, pour obtenir un tel résultat, il faut toujours agir au détriment de quelqu'un. C'est pourquoi il importe que l'hygiène suive une voie scientifique et s'appuie sur des travaux sérieux, comme ceux des Congrès, afin de pouvoir apprendre à toutes les classes de la société que la meilleure chose dans la vie, c'est la santé.

M. Brouardel rappelle la part considérable prise par l'Angleterre dans les progrès sanitaires actuels. Ses hygiénistes ont été les initiateurs du grand mouvement d'assainissement qui a eu pour conclusion la législation sanitaire si parfaite de 1875, grâce à laquelle les maladies évitables ont vu diminuer leurs ravages dans une grande proportion. C'est là une conquête et un exemple puissants, dans un siècle dont l'aurore a été marquée par la vaccination de Jenner et le déclin par les découvertes de Pasteur.

MM. Von Kohler (Allemagne), Corradi (Italie), Kœrœsi

(Buda-Pesth), Roth (Bavière), remercient, par des discours de circonstance, le Prince de Galles et les organisateurs du Congrès. Notons qu'à chacune de ses phrases, von Kohler a prononcé les mots « civilisation » ou « humanité » ; son discours d'ailleurs avait été imposé au Comité d'organisation qui avait tout d'abord confié le soin de prendre seul la parole, pour l'Allemagne, au savant hygiéniste militaire Roth et qui avait dû récemment donner le droit de préséance, sur une demande pressante de l'Empereur Guillaume II, au médecin en chef de l'armée prussienne ! Il n'y a que dans la libérale Angleterre qu'on sache agir avec tant de circonspection et de déférence.

Sir James Paget prend prétexte du Congrès pour rappeler combien les découvertes en apparence les plus éloignées de l'hygiène peuvent lui être utiles. N'est-ce pas Pasteur qui, par ses recherches sur les fermentations alcooliques, a préludé à tous les progrès si considérables de la science sanitaire actuelle? Et que de résultats obtenus contre les pires fléaux de l'humanité par ses investigations sur une boisson que les uns considèrent comme un médicament et les autres comme un poison !

Après quelques mots du Dr Buchanan et du Prince de Galles, la séance a été levée, laissant en somme une assez médiocre impression ; car on y a entendu beaucoup de paroles, mais en dehors du discours très suggestif et précis de l'éminent représentant de l'hygiène française, aucune communication qui puisse faire date dans la science, comme on avait eu tant de plaisir à en entendre aux séances d'ouverture des Congrès précédents. Nous aimons à croire que les séances des sections qui commenceront demain seront plus fécondes, bien qu'à compter les communications annoncées, il ne soit pas possible d'accorder à chacune des questions plus de 15 minutes d'exposé et de discussion. En revanche, le Comité a organisé dix-huit dîners, soirées, réceptions et un nombre incalculable d'excursions. Avec l'hygiène, il y a toujours du plaisir, même en Angleterre.

Dr A.-J. Martin.

CONGRÈS DE LA TUBERCULOSE

Tenu à Paris du 27 juillet au 1er août.

Des associations bactériennes et morbides dans la tuberculose.

M. Babès. — On a pu supposer que les microbes autres que le bacille de Koch, qu'on rencontre si souvent dans les viscères des cadavres des tuberculeux, s'étaient développés après la mort et venaient soit de l'intestin, soit des surfaces muqueuses. Un nombre considérable d'autopsies de sujets qui avaient succombé au cours d'une tuberculose, soit à une cause accidentelle, soit à une maladie qui n'était pas infectieuse, m'a permis d'établir que cette hypothèse n'était pas exacte.

Dans ces derniers cas, en effet, je n'ai trouvé que très exceptionnellement des microbes dans les organes internes. Les microbes qu'on observe chez les tuberculeux sont donc bien associés au bacille de Koch.

Voici brièvement les associations qu'on rencontre ordinairement chez l'adulte, dans les différentes formes de la tuberculose :

Dans la tuberculose pulmonaire, on trouve surtout dans les bronches et dans les cavernes le staphylocoque doré et le streptocoque, ainsi que des bacilles saprogènes. Dans les cavernes, ces micro-organismes gagnent les ganglions. On trouve aussi dans les cavernes le microbe lancéolé de Frænkel.

Dans les arthrites tuberculeuses on trouve ordinairement le streptocoque et le staphylocoque doré.

Dans les tuberculoses ulcérées de la peau, on rencontre ordinairement le staphylocoque ; dans celles des muqueuses principalement le streptocoque. Dans quelques cas de lésions superficielles de la peau et des muqueuses, on trouve le bacille pseudo-diphthérique.

Dans les tuberculoses uro-génitales, on rencontre fréquemment des microbes saprogènes, qui peuvent être accusés, à bon droit, de provoquer la transformation ammoniacale de l'urine et une infection hémorragipare. Ces microbes saprogènes sont souvent accompagnés du staphylocoque doré.

Les recherches expérimentales que j'ai faites avec ces divers microbes m'ont permis d'établir que, même ceux qui dans les cultures sont nuisibles au développement du bacille tuberculeux, et qui, injectés à des animaux, ne produisent point par eux-mêmes d'infection générale, peuvent préparer le terrain à l'invasion du bacille de Koch, et favoriser le développement de ce bacille dans l'organisme. Ainsi, par exemple, la tuberculose expérimentale se développera plus vite et plus grave, chez un animal infecté légèrement par le streptocoque, etc.

Une seconde conclusion se dégage de la constatation de ces associations microbiennes, c'est que presque toujours les complications qu'on observe chez les tuberculeux (suppurations, gangrènes, hémorrhagies) sont provoquées par un microbe surajouté au bacille de Koch.

J'ajouterai, enfin, que les substances solubles sécrétées par le bacille de la tuberculose paraissent favoriser le développement des bacilles associés.

De la connaissance de ces faits, me paraissent découler certaines considérations pratiques.

Il serait à désirer que ces notions prissent place dans ce que nous savons de l'étiologie de la tuberculose et qu'on prît en considération la connaissance des associations bactériennes de la tuberculose.

Les microbes qui entrent dans ces associations sont, en effet, plus faciles à combattre que le bacille de Koch. Si donc nous savons qu'ils peuvent préparer le terrain à ce dernier bacille, nous pourrons, en les faisant disparaître, éviter souvent l'invasion de la tuberculose.

M. Verneuil. — J'ai étudié dans mon laboratoire, avec l'aide de M. Beretta, la question des associations microbiennes de la tuberculose. Ce qui m'a engagé à faire cette étude, c'est le fait très connu en clinique chirurgicale de la métamorphose que subissent parfois les abcès froids sous l'influence d'une inflammation aiguë. Un abcès ossifluent, une collection froide, un engorgement ganglionnaire restent longtemps indolents, apyrétiques, progressent lentement, puis, brusquement, on voit ces foyers grossir rapidement, rougir, devenir douloureux, en même temps, la fièvre s'allume. On dit alors que l'abcès froid s'est transformé en un abcès chaud.

Quelle est la cause d'une semblable métamorphose ? Comme, habituellement, les inflammations aiguës, phlegmoneuses, ont pour agents essentiels les microbes pyogènes, streptocoques, staphylocoques et même pneumocoques, il fallait se demander si cette métamorphose d'un abcès froid en abcès chaud n'était pas causée par la pénétration des microbes de la pyogénie aiguë.

Cette hypothèse a été vérifiée : mes observations ne sont pas très nombreuses, mais elles ne laissent aucun doute. Dans les cas d'inflammation vive des abcès froids, on trouve au microscope des streptocoques le plus souvent, plus rarement des staphylocoques.

Cette invasion des abcès froids par des microbes pyogènes est-elle nuisible, est-elle au contraire profitable au malade ?

Un abcès froid a comme marche naturelle de s'étendre lentement et de s'ouvrir par simple usure de la peau. Dans ce cas, il reste ordinairement un trajet fistuleux, le foyer de l'abcès se comporte comme tout foyer tuberculeux n'ayant aucune tendance à la guérison. Au contraire, quand l'abcès froid subit une inflammation vive sous l'influence des microbes pyogènes, il se comporte après son ouverture comme un abcès chaud ordinaire et se guérit assez vite.

Nous nous sommes demandé si les microbes pyogènes n'entraient pas en lutte dans ces cas avec les bacilles tuberculeux et ne les détruisaient pas. Pour ma part, je crois que l'inflammation d'un foyer tuberculeux, pourvu qu'elle reste dans des limites inoffensives, est une circonstance favorable que l'on pourra peut-être utiliser en thérapeutique.

Jusqu'ici je n'ai fait encore qu'une tentative dans ce sens. Nous avions ouvert un foyer tuberculeux et, quelques jours après, à un moment où le pus contenait encore des bacilles tuberculeux, nous avons inoculé dans ce foyer des streptocoques pyogènes. Il s'est produit une inflammation aiguë, les bacilles ont disparu et l'abcès a guéri.

M. Leloir. — Voici, en ce qui concerne le lupus, quels sont, d'après les recherches que j'ai faites avec l'aide de **M. Tavernier**, les rapports des agents de la suppuration avec le bacille de Koch.

Les lupus secs non exedens ne renferment pas de microbes de la suppuration. Au contraire, les lupus ulcéreux en renferment un grand nombre, et ces microbes de la suppuration m'ont semblé d'autant plus abondants que le lupus suivait une marche plus rapidement ulcéreuse.

D'autre part, l'action des agents de la suppuration dans l'ulcération du lupus en voie d'évolution ou récemment cicatrisé est démontrée par les faits suivants :

Si un lupus non exedens à tubercules secs est traité au moyen de méthodes déterminant une certaine inflammation et partant de la suppuration au niveau du nodule lupeux, voici ce qui se passe :

Le plus souvent l'on voit le placard lupeux se cicatricer au bout d'un certain temps. Parfois, au contraire, l'on voit certains tubercules lupeux, souvent les tubercules traités, mais aussi dans d'autres cas, les tubercules lupeux situés dans le voisinage du foyer d'action thérapeutique, se mettre à s'enflammer, à s'ulcérer.

L'on institue alors un traitement destructif plus énergique, et malgré l'intensité et l'énergie de ce traitement, l'on voit s'accroître en largeur et en profondeur l'ulcération du placard lupeux.

Bien plus, l'on voit dans certains cas les tissus ambiants qui, à l'œil nu et à la loupe, paraissent absolument indemnes de tout infiltrat lupomateux, s'ulcérer avec une rapidité plus ou moins grande. Ainsi se produisent des ulcérations à marche souvent assez envahissante, souvent assez étendues et profondes et sécrétant un pus très abondant.

Dans de pareils cas, devant l'insuccès de mes procédés thérapeutiques appliqués à ce que je croyais être des ulcérations d'essence lupeuse à marche rapide, devant l'aggravation même des lésions, résultant incontestablement de la thérapeutique que j'employais, je me suis demandé si je n'étais pas en présence d'ulcérations en relation avec les microbes de la suppuration.

J'instituai alors un traitement destiné non pas à détruire le lupus, mais à combattre les phénomènes suppuratifs, traitement qui, j'y insiste, n'avait aucune action sur d'autres foyers lupeux ulcérés ou non ulcérés, observés chez le même sujet. Je constatai alors que la marche était enrayée rapidement et que la cicatrisation était rapide.

Je crois donc que, dans ces cas, les ulcérations, l'aspect mollasse et fongueux des tissus antérieurement secs, durs et non ulcérés, doivent être attribuées à l'action d'un agent nouveau venant ajouter son influence à celle du bacille de Koch.

Cet agent nouveau semble être un des agents de la suppuration et me paraît être le *staphylococcus aureus.*

Ces faits montrent, en ce qui concerne le lupus, que les agents de la suppuration jouent un rôle plutôt nuisible qu'utile, contrairement à ce qu'a vu pour d'autres cas M. Verneuil.

Dans la thérapeutique du lupus, on doit donc s'occuper non seulement de la destruction du bacille de Koch, mais aussi de celle des microbes pyogènes. C'est sur ces données qu'est basé en grande partie le traitement du lupus, tel que je l'ai institué à l'hôpital Saint-Sauveur.

Genèse des suppurations tuberculeuses.

M. Hallopeau recherche si ces suppurations supposent nécessairement l'intervention de microbes pyogènes auxquels les tissus altérés par la tuberculose offriraient un terrain favorable, ou si le contage tuberculeux suffit à les produire, et s'il en est ainsi comment il faut comprendre l'action de ce contage. Les résultats des examens bactériologiques permettent d'affirmer en toute certitude que les abcès froids, les adénites suppurées et les empyèmes peuvent se produire en l'absence des microbes dits pyogènes. En est-il de même des suppurations lupiques ? Une observation de MM. Hallopeau et Wickham est à cet égard pleinement démonstrative. Les bacilles provoquent très vraisemblablement ces suppurations par l'intermédiaire des substances chimiques qu'ils engendrent. Les résultats des injections de lymphe de Koch ont apporté de nouveaux arguments en faveur de cette manière de voir : M. Hallopeau les a vues produire la suppuration dans des conditions très diverses; or cette lymphe est stérilisée; son action ne peut être que purement chimique. Il est probable que les suppurations tuberculeuses sont dues à la production de substances semblables par les bacilles dans les tissus. Leur rareté dans le lupus s'explique par l'atténuation que présente dans cette maladie l'activité du contage; il faut tenir aussi grand compte des différences de réaction individuelles.

M. Arloing. — Comme M. Hallopeau, j'admets que le bacille de la tuberculose peut avoir des propriétés pyogènes, je crois avoir remarqué que c'était surtout lorsqu'il a été atténué. Au dernier Congrès de la tuberculose, on admettait généralement que les tuberculoses chirurgicales étaient dues à une infection par des bacilles en petit nombre. Je pensais, au contraire, pour ma part, que le nombre n'avait pas d'importance, et que les bacilles des tuberculoses externes et locales étaient des bacilles atténués.

En injectant à des cobayes des bacilles atténués par le chauffage, j'ai produit de la suppuration, et la tuberculose ne s'est généralisée que plus tard. Ce fait est intéressant à rapprocher de la constatation faite par Koch que les bacilles morts donnent lieu à de la suppuration.

M. Cornil (de Paris). — La communication de M. Hallopeau sur la suppuration dans les tuberculoses cutanées, et les remarques dont elle a été l'objet de la part de MM. Verneuil et Arloing, m'inspirent quelques remarques. La suppuration n'est pas seulement l'issue hors des vaisseaux d'un grand nombre de cellules migratrices. Entre le pus et l'œdème inflammatoire simple, il y a un abîme. Le liquide du pus est formé, en effet, pour la plus grande part, de leucocytes morts, tandis que dans l'œdème les leucocytes sont vivants. Le pus est le résultat de l'action de certains microbes, d'ailleurs d'espèces très nombreuses, ou de certaines toxines. Enfin le pus s'accompagne d'une mortification plus ou moins évidente des tissus où il siège; il doit généralement être évacué au dehors, tandis que les leucocytes de l'inflammation simple sont, au contraire, les agents de la reconstitution des tissus.

Ce préambule était nécessaire pour faire comprendre que l'œdème inflammatoire consécutif à une injection de tuberculine de Koch, quelles que soient la congestion vasculaire et la diapédèse, est loin de conduire par lui seul à la suppuration.

J'ai, pour mon compte, pratiqué un grand nombre d'injections de tuberculine de Koch à des doses variant de 1 milligramme à 150 et 200 milligrammes, pour des affections tuberculeuses de la peau et du poumon, sans jamais avoir déterminé un seul abcès. Il n'en résulte pas qu'on doive nier la possibilité d'abcès par la tuberculine; mais on peut en conclure qu'ils sont rares.

M. Hallopeau a attiré l'attention du Congrès sur ce fait que la suppuration est souvent déterminée par le microbe de la tuberculose seul; le fait n'est pas douteux, mais il est rare, et, le plus souvent, dans les abcès froids d'origine ganglionnaire ou osseuse, il y a d'autres microbes, qui sont le plus ordinairement des staphylocoques, dans quelques cas des streptocoques.

M. Arloing a fait remarquer que la suppuration causée par le bacille de la tuberculose était en rapport avec l'atténuation du microbe. C'est là un fait commun à la plupart des microbes, mais il faut, dans cette question, faire intervenir deux facteurs : 1° le virus, c'est-à-dire le microbe; 2° le terrain. La suppuration peut être considérée comme un degré de réaction très affaibli, que l'on doit imputer tantôt à l'atténuation du microbe, tantôt à la nature du terrain, la réaction produite par un même microbe pathogène pouvant varier non seulement suivant les organismes que l'on prend comme terrain expérimental, mais encore suivant la nature des tissus auxquels on s'adresse chez un même individu.

C'est ainsi que M. Pasteur a donné aux cobayes, avec le choléra des poules, des abcès guérissant spontanément. De même M. Chantemesse et moi nous avons déterminé des abcès localisés, chez les cobayes et les lapins, avec le microbe de la pneumo-entérite du porc. L'injection du même pneumocoque, qui déterminera un abcès chez le cobaye sans le tuer, tuera une souris par septicémie aiguë en vingt-quatre ou trente-six heures. On pourrait indéfiniment multiplier les exemple de ce genre.

Revenons à la suppuration causée par le bacille de la tuberculose. Il y a déjà quelques années, j'ai, avec M. Babès, déterminé, au moyen du microbe de la tuberculose aviaire, des abcès enkystés chez le cobaye qui est réfractaire à cette tuberculose,

La suppuration est également une preuve de la résistance plus grande de certains tissus vis-à-vis du bacille de la tuberculose ; on en trouve de nombreuses preuves dans les suppurations si fréquentes dans les tuberculoses locales, dans celles de l'épididyme notamment, pour ne citer que cet exemple.

En résumé, pour cette question de la suppuration dans les lésions tuberculeuses, il faut faire intervenir, non pas seulement le degré de virulence du microbe, mais aussi la nature du terrain, c'est-à-dire la nature des tissus ou de l'organisme.

Hybridité syphilitico-tuberculeuse.

M. Leloir (Lille) a observé une malade qui présentait des lésions intéressantes, au point de vue de l'hybridité dans les affections tuberculeuses.

Cette femme présentait, dans ses antécédents héréditaires, des traces manifestes de scrofulo-tuberculose, de tuberculose et de syphilis. Elle-même présentait des lésions scrofulo-tuberculeuses manifestes. A l'âge de vingt-quatre ans, elle contracta la syphilis. Huit ans après, elle se présenta avec une lésion du cou qui, cliniquement, avait tout l'aspect des syphilides tuberculo-croûteuses classiques. Un traitement antisyphilitique énergique fut institué : quatre des syphilides disparurent complètement, les autres s'améliorèrent, mais ne disparurent pas.

Depuis lors, malgré l'augmentation des doses d'un traitement antisyphilitique intermittent, on n'a rien obtenu ; et les syphilides, qui avaient résisté aux premières doses du traitement spécifique, ne se sont depuis lors aucunement modifiées. Cependant les lésions avaient changé d'aspect ; elles s'étaient réduites de moitié, en même temps qu'elles étaient redevenues mollasses, transparentes, gélatiniformes. C'étaient bien les caractères du lupus vrai, plus spécialement de cette variété que M. Leloir a décrite sous le nom de lupus myxomateux. L'affection s'était donc transformée, et ce qui en restait n'était plus influencé par le traitement antisyphilitique.

Pour être définitivement fixé sur la nature de ces lésions, quelques recherches anatomiques et expérimentales ont été entreprises. Au début du traitement antisyphilitique, une première biopsie avait montré des nodules de lupus dans le fond de l'ulcération avec des bacilles de la tuberculose. Cette infiltration nodulaire était envahie par un tissu de granulation et les artères présentaient des altérations manifestes de nature scléreuse. Une inoculation tentée sur le cobaye était restée négative.

Après le traitement spécifique, alors que les lésions avaient sous son influence pris les caractères indiqués, un nouvel examen histologique montra la persistance des nodules de lupus ; mais le tissu de granulations qui les enveloppait tout d'abord s'était transformé en tissu fibreux ; le traitement spécifique avait donc donné la sclérose de l'infiltration syphilitique, et l'on pouvait penser que ce qui restait était de nature tuberculeuse. Une nouvelle inoculation, positive cette fois, tentée sur un cobaye, confirma cette manière de voir. La clinique avait donc permis de supposer une hybride de syphilis et de tuberculose, l'expérimentation en a donné la preuve définitive.

Comment se produisent ces lésions mixtes ? Sur ce point on ne peut faire que des hypothèses. Pour le cas actuel, trois explications sont plausibles :

1° Les lésions syphilitiques, ulcérées antérieurement, ont été inoculées ultérieurement par le pus qui s'écoulait des gommes tuberculeuses ;

2° Quelques bacilles sont amenés dans les foyers syphilitiques par le sang ou la lymphe venant des lésions voisines tuberculeuses ;

3° Les foyers tuberculeux préexistaient aux lésions syphilitiques et auraient, par rapport à celles-ci, joué le rôle d'irritation et d'appel.

Ces trois hypothèses sont admissibles : l'avenir décidera entre elles. M. Leloir a voulu simplement aujourd'hui démontrer la possibilité et la réalité de ces hybrides de la tuberculose et de la syphilis.

Sur l'inoculation expérimentale du lupus vulgaire.

M. Leloir. — Nos recherches ont porté sur environ 200 inoculations. L'inoculation sous-cutanée n'a donné que des résultats négatifs chez les lapins et chez les cobayes. Pour obtenir des résultats positifs chez le lapin, il est nécessaire de pratiquer les inoculations dans la chambre antérieure de l'œil ; en ce qui concerne le cobaye, les inoculations dans le péritoine réussissent parfaitement à donner des résultats positifs.

Dans ces conditions, c'est-à-dire en pratiquant les inoculations, pour le lapin dans la chambre antérieure de l'œil et pour le cobaye dans le péritoine, on obtient une tuberculose indubitable, mais cette tuberculose est peu virulente, puisqu'elle ne prend pas au moyen d'inoculations sous-cutanées ; c'est là une différence importante entre le lupus et la tuberculose franche qui, ainsi que l'a montré le premier M. Villemin, donne toujours des résultats positifs, quel que soit le tissu dans lequel on fait les inoculations. D'ailleurs, la faible quantité de bacilles que décèlent les examens microscopiques du lupus paraît être en rapport avec sa faible virulence.

M. Nocard. — Dans les scrofuloses du porc, on trouve, comme dans le lupus, des tissus extrêmement pauvres en microbes, et l'on ne tue que très lentement le cobaye avec ces produits scrofuleux ; ce n'est qu'après avoir fait des passages des cobayes aux lapins qu'on arrive à tuer rapidement ceux-ci. Ce fait constitue un argument à l'appui de ce que vient de dire M. Leloir au sujet du rôle que joue la quantité de microbes dans la question de virulence.

M. Arloing. — Je n'ai pas étudié le lupus d'une façon spéciale, mais j'ai déjà fait une longue série d'expériences se rapportant aux différentes formes de tuberculose chirurgicale qui, dans les inoculations faites par la voie sous-cutanée, m'a toujours montré des différences essentielles avec la tuberculose viscérale. Pourquoi, en présence des effets différents produits par le microbe, ne parler que de la question de quantité, et ne pas faire intervenir la question de qualité, en admettant que le bacille de la tuberculose s'atténue, puisqu'on admet que tous les autres microbes s'atténuent ? Pour mon compte, je crois qu'il existe toute une gamme de tuberculoses chirurgicales de virulence différente ; il y en a qui ne tueront pas tout d'abord le lapin, et qui sont susceptibles d'acquérir une virulence plus grande, laquelle leur permettra de tuer le lapin, après deux ou trois passages sur le cobaye.

M. Verneuil. — Les différences d'effets des inoculations des produits tuberculeux peuvent être attribuées à la quantité des microbes et à l'intensité du poison. Je ne crois pas qu'on puisse invoquer la quantité, puisque, dans les abcès froids ou dans les fongosités articulaires, par exemple, il ne se trouve pour ainsi dire jamais de bacilles, et cependant, tous les cobayes inoculés deviennent également tuberculeux, sans qu'on puisse établir aucune distinction entre les résultats d'inoculations de pus sans bacilles ou de pus avec bacilles.

M. Cornil. — Je dois faire observer que l'on ne peut pas dire toujours si un liquide renferme ou non des bacilles de la tuberculose, car il peut y avoir des spores, s'il n'y a pas de bacilles ; tout ce que l'on peut dire, après un examen microscopique de liquides tuberculeux, c'est qu'on n'a rien pu trouver ; mais on ne peut affirmer qu'il ne s'y trouvait rien.

M. Leloir fait observer que non seulement le lupus ne prend ni sous l'hypoderme du lapin, ni même sous celui du cobaye, mais que la tuberculose du cobaye, consécutive à une inoculation de lupus (première série), ne prend ni sous l'hypoderme du lapin ni même sous celui du cobaye. Enfin les tubercules du cobaye rendu tuberculeux par inoculation du lupus renferment très peu de bacilles.

Donc, en ce qui concerne le lupus, l'on ne peut pas dire que l'on distingue la scrofulo-tuberculose de la tuberculose franche, par ce fait que la scrofulo-tuberculose n'est pas inoculable au lapin (elle l'est dans la chambre intérieure de l'œil de cet animal), qu'elle est inoculable dans l'hypoderme du cobaye, tandis que la tuberculose franche est inoculable aux deux animaux.

En ce qui concerne le lupus, une des variétés de la scrofulo-tuberculose tégumentaire, cette opinion n'est pas acceptable.

Tous ceux qui ont étudié le lupus savent combien il faut pratiquer et examiner minutieusement de coupes avant d'arriver à trouver quelques très rares bacilles tuberculeux.

Il faut parfois pratiquer jusqu'à quarante, cinquante, voire même quatre-vingts coupes pour trouver un seul bacille,

M. Verneuil a-t-il pratiqué des coupes aussi nombreuses dans les parois de ses abcès froids et y a-t-il, après un examen histologique minutieux, constaté l'absence de bacilles?

Nature du lupus érythémateux.

MM. Hallopeau et Jeanselme. — Le lupus érythémateux est-il ou non de nature tuberculeuse? Un fait étudié par les auteurs peut contribuer à élucider cette question si controversée. Il s'agit d'un homme atteint simultanément, depuis son adolescence, d'un lupus érythémateux typique et de tuberculose ganglionnaire; il a succombé à une tuberculose miliaire aiguë. Les résultats des recherches bacillaires et des inoculations, positifs pour les granulations miliaires et les adénopathies caséeuses, ont été complètement négatifs pour le tissu lupique; 190 jours après les inoculations, trois cobayes ont été trouvés indemnes.

Si ce fait était isolé, on ne pourrait en tirer aucune conclusion et les vraisemblances seraient même en faveur d'une simple coïncidence du lupus avec la tuberculose, car l'on a admis jusqu'ici que les produits tuberculeux sont constamment transmissibles par inoculation; mais en présence des relations étroites et presque constantes que la clinique permet d'établir entre la tuberculose et les différentes formes de lupus érythémateux, les conclusions doivent être différentes. Selon toute vraisemblance, le lupus érythémateux, ou tout au moins l'une de ses formes typiques, est un produit de l'infection tuberculeuse; s'il n'est pas inoculable, c'est parce que le contage y est très atténué. On ne doit plus, s'il en est ainsi, opposer aux faits cliniques les résultats négatifs des inoculations; le contage tuberculeux peut se modifier et évoluer dans l'organisme sous une forme non transmissible aux animaux; la victoire reste à la doctrine française si bien défendue par M. Besnier : le lupus érythémateux typique n'est qu'une manifestation de la tuberculose atténuée à un plus haut degré qu'elle ne l'est dans le lupus vulgaire.

De l'hérédité de la tuberculose.

M. Vignal a cherché, depuis 8 ans, par des expériences faites au laboratoire de la clinique d'accouchements de la Faculté, à élucider cette question. A cet effet, il a pratiqué des examens microscopiques multiples; des inoculations de fragments d'organes de fœtus ou de nouveau-nés issus de mères nettement tuberculeuses ont été faites à des cobayes disposés en séries; de même des fragments de placenta, broyés comme les précédents dans de l'eau salée à 7 0/00, stérilisée, ont été inoculés à d'autres cobayes, et enfin, dans un troisième groupe d'expériences, des inoculations de crachats ou de fragments d'organes provenant des mères, ont été faites parallèlement aux précédentes. Les animaux étaient gardés 4 mois.

Ces expériences ont donné des résultats uniformément négatifs au point de vue de la transmission de la tuberculose de la mère au fœtus.

En effet, tandis que les cobayes inoculés avec les organes ou les crachats des mères tuberculeuses sont morts tuberculeux, au contraire, les 24 cobayes inoculés avec les organes des enfants issus des mères tuberculeuses et les 18 cobayes inoculés avec des fragments de placenta ne sont aucunement devenus tuberculeux.

Dans une autre série, M. Vignal a cherché à déterminer si, dans une expérience directe sur les animaux, on pourrait obtenir la transmission de la tuberculose de la mère au fœtus. Il a donc inoculé cinq cobayes femelles dans le péritoine avec du bacille de Koch; les foies et les rates des 11 petits issus de ces femelles ont été inoculés à 19 cobayes qui tous sont encore vivants ou ont été sacrifiés après cinq mois et n'ont pas présenté la moindre trace de tuberculose. Ces résultats sont en désaccord si complet avec ceux de MM. Landouzy et H. Martin, que l'on peut se demander si, dans les recherches de ces auteurs, les animaux n'ont pas été exposés à des contaminations qui ont pu fausser les expériences. M. Vignal est donc porté à admettre que l'hérédité de la tuberculose, loin d'être fatale ou même fréquente, est au contraire extrêmement rare.

M. Hutinel (Paris) s'est demandé également si l'enfant issu de parents tuberculeux apporte avec lui le germe de la tuberculose ou s'il constitue seulement un terrain favorable au développement du germe, en un mot, s'il est *tuberculeux* ou seulement *tuberculisable*. Les résultats des autopsies d'enfants nés de mère tuberculeuse, faites à l'hôpital des Enfants-Assistés, s'ajoutent aux résultats des expériences qui viennent d'être exposées, pour que M. Hutinel pense, comme M. Vignal, que la tuberculose congénitale est, en réalité, très rare.

Sur 252 autopsies, il n'a trouvé, en effet, que 8 enfants tuberculeux, de cinq, six et sept mois, le plus jeune n'ayant que quarante et un jours, et, pour aucun de ces cas, il ne saurait affirmer qu'il s'agissait de tuberculose congénitale. Dans la deuxième année, il trouve, en revanche, un tiers des enfants présentant des lésions tuberculeuses, et, dans les troisième et quatrième années, cette proportion augmente encore notablement. La tuberculose devient d'autant plus fréquente qu'on s'éloigne davantage de la naissance, ce qui ne cadre guère avec l'hérédité de la tuberculose.

Un autre argument important en faveur de la rareté de la tuberculose congénitale se tire des enquêtes faites par l'Assistance publique, pour établir quelles pouvaient être les conséquences de la dissémination dans les populations rurales des enfants assistés provenant des grandes villes et issus en grand nombre de parents tuberculeux. Deux enquêtes successives ont à peine signalé une vingtaine d'enfants tuberculeux sur 18,000 enfants entretenus à la campagne par l'Assistance publique. Cette statistique est évidemment loin de présenter une rigueur absolue; mais, quel que soit le nombre des cas qui ont pu échapper aux enquêtes, il n'en résulte pas moins que la tuberculose peut être considérée comme rare parmi ces enfants, issus cependant en grand nombre de souche tuberculeuse.

En résumé, la transmission de la tuberculose de la mère au fœtus, par voie placentaire, est possible, mais elle ne parait pas être fréquente, et les enfants nés de tuberculeux, sans être fatalement tuberculeux, paraissent simplement constituer un terrain favorable au développement de la tuberculose, dont l'évolution se fera d'autant plus facilement que les enfants seront exposés davantage à une contamination directe par le fait même de leur cohabitation avec des parents tuberculeux.

M. Bernheim pense aussi que toutes les tuberculoses sont acquises par la contagion.

M. Landouzy (Paris) n'a jamais considéré l'hérédité de la tuberculose comme fatale, ni même comme fréquente; il n'a jamais parlé que de l'hérédité d'un état diathésique, qui fait que les enfants issus de parents tuberculeux sont eux-mêmes des *candidats* à la tuberculose, et il est le premier à proclamer les dangers d'une théorie qui ferait considérer comme fatale la tuberculose de ces candidats, alors que des soins prophylactiques peuvent suffire à les sauver. Ainsi il est absolument partisan du lait bouilli.

M. Landouzy, dans une autre communication, a appelé l'attention sur la fréquence de la tuberculose chez les nouveau-nés, c'est-à-dire chez les enfants âgés d'un jour à deux ans. Il n'aborde pas ici la question pathogénique de la tuberculose des nouveau-nés, mais il tient seulement à insister sur ce fait que la tuberculose infantile entre pour la plus grande part dans la mortalité du premier âge, ainsi que le montre notamment d'une façon frappante la statistique de la mortalité dans la crèche de l'hôpital Tenon, statistique qui ne comprend absolument que les cas de tuberculose vérifiés à l'autopsie. Rien n'a été fait pour mettre les nouveau-nés à l'abri de la tuberculose, et le public n'est pas averti de la facilité avec laquelle les enfants prennent la tuberculose, surtout par la voie digestive, même lorsqu'ils ne sont pas prédisposés particulièrement par un état diathésique héréditaire. Il est donc à souhaiter que les hygiénistes s'occupent de mettre en œuvre des moyens prophylactiques suffisants, et d'édicter des règles pour l'élevage et l'allaitement des nouveau-nés.

En tout cas, on ne saurait nier absolument la possibilité de la tuberculose congénitale. Il existe à cet égard, pour l'homme aussi bien que pour les autres animaux, des autopsies probantes de fœtus tuberculeux dans le ventre de leur mère. Une de ces observations, la première en date, bien antérieure à la découverte du bacille de Koch, est due à M. **Jacobi** (de New-York) qui l'a rappelée au Congrès.

Traitement prophylactique de l'hérédo-tuberculose.

M. Solles croit à l'hérédo-tuberculose qui, pour lui, se présente sous la forme sporulaire. C'est la spo ule tubercu-

leuse qui est dans le grand nombre de cas le fauteur de la tuberculose. La tuberculose sporulaire existe ; la preuve,c'est qu'à la coupe d'une granulation miliaire on ne trouve pas de bacilles ; pourtant,si cette granulation est inoculée à un lapin, l'animal succombe à une véritable phthisie avec bacilles nombreux. Dans la plupart des lésions scrofuleuses, qui sont bien de nature tuberculeuse, on ne trouve pas de bacilles. Aussi tous ces faits concourent-ils à démontrer l'existence d'une tuberculose héréditaire non bacillaire, mais sporulaire.

Les phthisiques et les scrofuleux éliminent des spores spécifiques par leurs voies d'excrétion. Et M. Solles a pu s'en convaincre en rendant tuberculeux des cobayes qu'il inoculait avec des matières fécales, de l'urine et du sperme des tuberculeux et des phthisiques.

Ces notions permettent de formuler les principes d'un traitement prophylactique de la tuberculose héréditaire. Ce sera un traitement expulsif des spores qu'on obtiendra en favorisant les fonctions des émonctoires (peau, rein, intestin), et c'est de cette façon qu'on pourra prévenir l'éclosion de la tuberculose chez les enfants entachés d'hérédité tuberculeuse. L'autre partie du traitement consiste à obtenir la résolution des nides sporulaires par l'emploi d'iodure de potassium, les bains salés et des révulsifs.

M. Nocard. — M. Solles dit qu'après les inoculations aux cobayes des sécrétions des tuberculeux, il se développe chez ces animaux un « ganglionnage », et en conclut qu'il s'agit de la tuberculose. M. Solles a-t-il eu la preuve de la nature tuberculeuse de ces indurations ?

M. Solles considère ces cas comme de la tuberculose sporulaire.

Ainsi, on tend, sauf quelques réserves, à admettre que presque toujours la tuberculose est acquise. Quels sont donc les agents de

La contagion de la tuberculose.

A cet égard, les crachats qui sont rejetés par les malades dans leurs logements sont fort importants et il y a là, après décès ou déménagement,un facteur important pour la propagation de la phthisie.

M. Ollivier relate, par exemple, le fait suivant. Une famille vient habiter un local où était mort un phthisique et qui n'avait été que sommairement désinfecté. Bientôt se manifestent chez quelques membres de la famille des accidents tuberculeux rapidement aggravés. Dans un autre cas, un concierge meurt phthisique : son successeur, jusque-là vigoureux, succombe bientôt de même. Donc, une habitation occupée par un phthisique est dangereuse pour les habitants suivants. Il en est de même à la campagne, mais, vu la grandeur supérieure des locaux, vu la vie le plus souvent au grand air, le danger est moindre.

Il résulte de ces données qu'il faut considérer les phthisiques comme dangereux et désinfecter soigneusement leurs habitations.

M. Arthaud établit la fréquence excessive de la tuberculisation par les locaux contaminés. Il montre, en s'appuyant sur un relevé d'observations portant sur des centaines de cas, que 80 p. 100 des tuberculoses accidentelles résultent de ce mode de transmission. En étudiant les cas récents, et au moyen d'enquêtes approfondies, il prouve que les autres modes de contagion sont négligeables.

Les conclusions résultent de deux catégories de faits : 1° l'examen détaillé de 97 observations de tuberculoses à la période d'invasion dans lesquelles l'influence du local s'est montrée absolument indiscutable dans 80 cas ; 2° des enquêtes locales faites dans des locaux ouvriers, d'où il résulte que sur deux immeubles il obtient les chiffres suivants :

	1er immeuble	2e immeuble
Total des locataires..............	75	25
Total des tuberculeux............	30	20
Tuberculeux contaminés par le local	23	17

d'où l'auteur déduit les proportions de 50 p. 100 d'ouvriers tuberculeux et de 60 p. 100 de tuberculeux infectés par leur séjour dans des pièces contaminées. Il montre, en outre, par une série d'exemples :

1° Le danger de contagion résultant des agglomérations dans les ateliers ou les bureaux. Il cite, dans cet ordre d'idées, l'usine municipale d'électricité et certains locaux de l'Imprimerie nationale.

2° Le danger, pour les personnes saines, d'aller habiter, pendant plus d'un mois, les stations balnéaires ou hivernales fréquentées par les tuberculeux, à cause des foyers locaux créés par le séjour antérieur de tuberculeux avancés. Il prouve, d'autre part, que la tuberculose, si elle est contagieuse par cette voie, n'est point aussi facilement transmissible qu'on pourrait le croire, puisque d'après les constatations il faut séjourner en moyenne un mois dans un local infecté pour assurer l'inoculation ; ce qui élimine les dangers qui pourraient résulter des déplacements journaliers et l'infection supposée dans les trains ou les hôtels de passage. Il conclut en disant que la tuberculose peut et doit, sous l'influence de mesures prophylactiques, finir par diminuer de fréquence et disparaître totalement, et il termine en soumettant au Congrès un projet de réglementation qui prévoit : 1° la déclaration obligatoire par le médecin de l'état civil, des décès de tuberculeux ; 2° la désinfection obligatoire des locaux suspects après décès ; 3° la surveillance spéciale des garnis à Paris et dans les villes d'eaux, et le vote de lois permettant aux autorités d'imposer la désinfection annuelle ou bisannuelle des garnis ; 4° l'affichage de prescriptions hygiéniques dans les ateliers soumis à la surveillance et la désinfection de ces locaux en cas d'épidémie constatée.

M. Villemin fait remarquer que le secret médical inscrit dans la loi rendra tres difficile l'application de ces mesures.

Il s'engage alors entre MM. Verneuil, Arthaud, Vidal, Nocard une discussion assez confuse sur le droit que peuvent avoir ou ne pas avoir les médecins de révéler la maladie dont est mort le malade.

M. Ollivier dit qu'il faudrait faire entrer dans les masses l'idée de la nécessité de la désinfection des locaux où sont morts les tuberculeux. Ces locaux devraient être désinfectés comme ceux où sont morts des sujets atteints de maladies infectieuses.

M. Trasbot propose de supprimer du vœu de M. Ollivier le terme *propriétaire* et de spécifier « que les locaux dans lesquels ont habité longtemps ou ont succombé des tuberculeux seront désinfectés par mesure administrative ». (Adopté.)

M. Bernheim a émis le vœu qu'il soit créé dans les hôpitaux des pavillons d'isolement pour les phthisiques. Sans créer des pavillons spéciaux, M. Bernheim propose que les tuberculeux soient placés dans des salles spéciales.

M. Desprez pense que la question devrait être laissée à l'étude pour supplément d'observation, (Adopté.)

M. Bernheim propose aussi le vœu suivant : tout dortoir ou toute caserne où aura séjourné un tuberculeux devra être désinfecté avec le plus grand soin. Ce vœu se confond avec celui de M. Ollivier ; le Congrès croit donc inutile de le prendre en considération.

M. Landouzy demande qu'on propage les instructions qui ont été rédigées pour indiquer au public les dangers de la tuberculose, soit en répandant ces instructions, soit en les insérant au *Bulletin des communes*.

M. Verneuil pense qu'il suffit de répandre la brochure qui les contient. (Adopté.)

M. Armaingaud propose la désinfection des crachats dans toutes les maladies où on crache, la phthisie étant souvent méconnue cliniquement. (Adopté.)

M. Nocard pense que c'est dès l'école qu'il faudrait apprendre aux enfants qu'on ne doit jamais cracher à terre dans les maisons.

M. Héron de Villeneuve voudrait qu'on engageât le public à s'abstenir d'aller boire du sang à l'abattoir. Cette proposition a été adoptée par le dernier congrès. Inutile donc d'y revenir.

M. Armaingaud, en présence des bons résultats fournis par les sanatoria et les stations maritimes dans le traitement de la tuberculose, propose de répandre l'institution des sanatoria et des stations maritimes pour les tuberculeux.

M. Verneuil appuie ce vœu et propose de le formuler ainsi : Considérant les excellents résultats obtenus par le

séjour des tuberculeux au bord de la mer, le Congrès de la tuberculose donne son complet assentiment à des hôpitaux marins. (Adopté.)

Il faut en outre tenir compte de la

Contagiosité de la tuberculose par les aliments des phthisiques.

M. Schoull (de Tunis), frappé de faits de contagion de la tuberculose, observés chez les animaux, a entrepris les expériences suivantes : il nourrit, depuis deux mois, deux chats (de six semaines, au début de l'expérience) avec des restes d'aliments de tuberculeux à la période de ramollissement; un troisième chat, du même âge (chat témoin), reçoit une alimentation ordinaire. Des deux chats en expérience, l'un est pris de diarrhée depuis 10 jours environ et maigrit beaucoup, il est triste, son poil se pique; le deuxième n'a pas encore de diarrhée, mais devient maigre aussi; le troisième est fort bien portant et gagne du poids.

La contagion par les aliments est facile à expliquer : les tuberculeux crachent et leur salive retient au passage bon nombre de bacilles qui se logent un peu partout dans la bouche, et peuvent se fixer sur les aliments auxquels goûte le malade. M. Arnaud, collègue de M. Schoull, rechercha le bacille dans la salive des phthisiques et, sur cinq recherches, il l'a trouvé toujours en quantité assez notable, même chez une malade à qui M. Schoull avait fait rincer soigneusement la bouche avant de recueillir la salive, et qui ne présentait pas la moindre carie dentaire.

Or, qu'arrive-t-il dans la vie courante? Chez les familles pauvres surtout, où la tuberculose est si fréquente, on sert au malade des aliments choisis; le tuberculeux n'a pas d'appétit, en général : il goûte aux mets qu'on lui présente, et est rassasié. Pour ne pas perdre des aliments « si fortifiants », on donne les restes aux personnes de la famille, aux enfants : il n'en faut pas davantage, et c'est là peut-être qu'on doit chercher l'explication de cette extension toujours croissante de la tuberculose humaine, malgré les progrès de l'hygiène, malgré les précautions prises contre l'infection par les crachats, à qui la contagiosité par les aliments vient peut-être terriblement en aide.

Ce n'est pas à dire, toutefois, qu'on ne doive s'attaquer qu'à la contagion. Malheureusement nous ne pouvons l'éviter entièrement et, cela étant, nous serons encore trop heureux de pouvoir recourir à la

Prophylaxie hygiénique de la tuberculose.

M. Tison insiste sur la nécessité d'empêcher la naissance de la maladie chez les individus prédisposés, ou simplement faibles.

Les causes qui prédisposent de la tuberculose acquise sont le logement et l'alimentation défectueux et surtout l'alcoolisme. Ce dernier facteur joue un rôle important dans la tuberculose des ouvriers et agit en désorganisant la nutrition. Le vin n'est trop souvent qu'un alcool dilué et aromatisé. Viennent ensuite les apéritifs, qui amènent la gastrite avec la pituite que l'ouvrier combat par le rhum et le vulnéraire. Tous ces alcools provoquent la sclérose des organes et préparent ainsi le terrain sur lequel vient s'implanter le bacille de Koch.

On doit donc s'efforcer à combattre le préjugé enraciné dans le peuple, suivant lequel le vin et l'alcool augmentent la force et rendent le travail plus facile.

M. Tison donne lecture d'un certain nombre d'observations qui mettent bien en lumière le rôle de l'alcoolisme dans l'étiologie de la tuberculose.

Mais est-ce bien en provoquant la sclérose viscérale que l'alcoolisme est ici dangereux ? on reste dans le doute après la communication de M. Boulant sur

L'influence des poussières de kaolin sur la tuberculose des faïenciers.

M. Landouzy lit une note de **M. Boulant** (Limoges) sur l'influence des poussières de kaolin sur la tuberculose des faïenciers. La forme qu'on observe est la phthisie fibreuse, contrairement à la tuberculose d'autres ouvriers où on observe les formes ulcéreuses. M. Landouzy insiste sur un fait général qui se dégage de l'observation de M. Boulant : c'est que la forme de la tuberculose dépend du processus sclérogène ou ulcéreux. La guérison de la phthisie dépend de la nature du processus pathologique. Quelquefois il vaut mieux pour l'individu d'avoir eu la syphilis avant la tuberculose. Le même rôle sclérosant peut revenir à l'arthritisme ou à l'alcoolisme.

De la virulence du liquide de l'hydrocèle symptomatique de la tuberculose testiculaire.

M. Tuffier. — Les épanchements séreux symptomatiques de la tuberculose des viscères sous-jacents sont en général virulents et provoquent la tuberculose par inoculation. Le fait est vrai pour les pleurésies et les péritonites. Je chercherai à prouver qu'il en est de même pour les épanchements de la tunique vaginale symptomatiques de la tuberculose de l'épididyme.

Les hydrocèles tuberculeuses sont de deux ordres : la vaginalite tuberculeuse primitive, dont Sigmund de Hambourg a, je crois, exagéré la fréquence, et la vaginalite secondaire.

Je ne m'occupe ici que de l'hydrocèle symptomatique sans envahissement appréciable de la vaginale.

Le liquide épanché est en quantité variable, il est jaune citrin et ne diffère en rien de celui que nous trouvons dans l'hydrocèle vulgaire. Cet épanchement est souvent bilatéral.

Nous avons étudié six cas d'hydrocèle symptomatique. Dans cinq d'entre eux l'affection avait une marche chronique, dans un cas il s'agissait de la forme aiguë. Dans quatre cas, le testicule et la vaginale furent enlevés sans ouverture de la séreuse, l'anatomie pathologique put donc être faite complètement et la séreuse fut reconnue intacte. Dans ces quatre cas l'examen bactériologique du liquide et les inoculations furent faits avec le concours de MM. Gilbert, Wurtz et Toupet. Les examens sur lamelles furent constamment négatifs au point de vue du bacille de Koch. Les inoculations au péritoine du cobaye donnèrent dans tous ces cas des résultats positifs.

Le liquide de l'hydrocèle symptomatique d'une tuberculose épididymaire est donc virulent, qu'il s'agisse de la forme aiguë ou chronique de l'affection.

En cas d'incertitude sur la nature de l'hydrocèle, l'inoculation peut lever les doutes.

La ponction avec injection bactéricide est indiquée dans ces cas.

Si l'on recourt à une intervention radicale, il faut enlever en même temps le testicule et la séreuse pour éviter une autre inoculation.

Sur le traitement chirurgical de la tuberculose du testicule.

M. Humbert (de Paris). — Je suis arrivé, au sujet du traitement des tuberculoses testiculaires, à une méthode complètement opposée à celle que paraissent avoir adoptée aujourd'hui la plupart des chirurgiens; elle peut être résumée en ces termes : ne jamais attendre pour intervenir chirurgicalement; ne jamais pratiquer d'opérations partielles, et surtout éviter la castration, soit précoce, soit tardive. Indépendamment de l'action que la castration peut avoir sur la généralisation de la tuberculose, il faut songer que, bien souvent, pour ne pas dire dans la généralité des cas, après l'ablation d'un testicule, l'autre se prend, et alors on en arrive à une castration double. A la castration, je préfère de beaucoup, dans les cas où l'épididyme et le testicule sont entièrement pris, la destruction complète à la curette, après incision de la tumeur au thermocautère. On conserve la gangue cellulaire péri-épididymaire, la tunique vaginale épaissie, et il reste, après la cicatrisation, un noyau qui suffit à donner l'illusion d'un testicule.

M. Verneuil. — Il y a vingt ans que j'ai condamné la castration comme une opération détestable, et je n'en suis plus à compter les faits où, le testicule malade enlevé, on obtient peu de temps après une généralisation. D'ailleurs, en enlevant un testicule tuberculeux, on n'a pas la prétention d'enlever un foyer bacillaire susceptible d'infecter l'organisme, puisque, 80 fois sur 100, lorsque l'on pratique le toucher rectal, on trouve la prostate ou les vésicules séminales atteintes par la tuberculose.

Pseudo-tuberculose du lièvre.

MM. Mégnin et **Mosny** (de Paris). — Nous avons eu

l'occasion d'étudier des lésions tuberculeuses, disséminées dans tous les organes, chez des lièvres décimés par une épidémie de nature indéterminée. Il ne s'agissait pas, à proprement parler, de tubercules, mais plutôt de nodules purement inflammatoires, sans cellules géantes et sans cellules épithélioïdes. Les colorations habituelles n'ont jamais réussi à déceler la présence de bacilles dans les coupes. En revanche, il a été possible de cultiver un bacille qui, par des inoculations chez des cobayes, a toujours reproduit chez ces animaux une maladie identique à celle des lièvres dont il provenait. Ce bacille, dont les extrémités se colorent très bien sur les préparations, tandis que le centre se colore très mal, est un aérobie pur qui se cultive très bien sur agar, sur gélatine et sur bouillon peptonisé.

Notes sur la bile cystique dans la tuberculose.

MM. Hanot et Létienne communiquent une étude physique, micrographique et bactériologique de la bile chez les tuberculeux. Elle porte sur 21 cas, dont 14 ont été soumis à l'analyse bactériologique.

La couleur, la consistance, la quantité, la densité, la réaction de la bile ont été relevées dans chaque observation. L'examen spectroscopique a montré dans quelques cas des bandes d'absorption qui se rapportent à l'oxyhémoglobine et à l'urobiline, et, dans un cas, un spectre spécial.

L'analyse micrographique permet de constater la présence de corps qui sont divisés en corps organisés (cellules épithéliales, mucus) et en corps organiques (cristallisations diverses, bilirubine, sels de soude, carbonate de chaux).

L'étude bactériologique a révélé dans la bile l'existence de micro-organismes divers, dont les plus fréquents sont : bacillus coli communis — diplocoque encapsulé — staphylococcus albus — staphylococcus aureus — staphylocoque de dimensions plus fortes que celles des espèces pathogènes — staphylocoque gros et odorant — saprophyte géniculé. — Dans un seul cas, le bacille de Koch y a été constaté.

La plupart de ces micro-organismes, pour les auteurs, remontent de l'intestin dans la vésicule par le cholédoque.

Les lésions histologiques observées ont été la cirrhose au début, la cirrhose portale, la cirrhose biveineuse, l'hépatite graisseuse nodulaire et diffuse. Ces lésions n'ont aucune relation avec les microbes contenus dans la bile. Mais, dans les foies correspondant aux biles qui ont donné lieu à des cultures, ils ont constaté la présence de nodules embryonnaires, qui firent toujours défaut quand le foie examiné correspondait à une bile restée stérile.

Les auteurs ont enfin étudié l'action bactéricide de la bile humaine sur certaines espèces microbiennes : le bacillus coli et le staphylococcus aureus. Ils indiquent la technique suivie dans leurs expériences et concluent que la bile pure est un milieu où les espèces indiquées peuvent aisément vivre et prospérer. Pour eux, la bile ne jouit point des propriétés bactéricides qui lui sont généralement attribuées.

ASSOCIATION MÉDICALE BRITANNIQUE

La tuberculine dans les tuberculoses chirurgicales.

M. Watson Cheyne. — Les *effets bienfaisants de la tuberculine* consistent dans son action élective sur les tissus tuberculeux ; l'amélioration qui succède à son emploi n'est pas due seulement à l'élimination des tissus tuberculeux, mais aussi à une action spéciale, atrophiante, sur ceux-ci. Sur 38 malades chez lesquels je l'ai employée, 5 en ont tiré un profit marqué (1) et cette amélioration chez deux malades persiste quoique le traitement soit interrompu depuis plus de 2 mois. En répétant les injections de tuberculine 2 ou 3 fois par jour et à doses d'abord faibles de façon à obtenir une réaction locale aussi modérée que possible, les résultats paraissent plus satisfaisants que ceux obtenus par la méthode initiale de Koch et on arrive ainsi rapidement à injecter des doses élevées de cette substance.

Les *inconvénients de la tuberculine* ont été exagérés. L'inflammation de voisinage autour des lésions tuberculeuses n'a généralement pas de conséquences fâcheuses ; pour ma part, je n'ai pas observé de généralisation ou d'aggravation des lésions viscérales à la suite des injections. Des accidents graves se produisent facilement après les injections chez les sujets atteints de phénomènes septiques en même temps que de lésions tuberculeuses ; il y a donc là une contre-indication à l'emploi des injections. Un fait cependant doit faire hésiter dans l'institution de ce traitement, c'est la gravité des lésions tuberculeuses chez les animaux qui ont été soumis aux injections de tuberculine, gravité qui doit être rapprochée de la rapidité et de l'intensité des rechutes chez les sujets dont on interrompt le traitement.

L'avenir de la tuberculine est dans les transformations que subira sa composition de façon à en supprimer les inconvénients tout en lui conservant ses propriétés.

M. William Hunter a essayé d'obtenir la séparation des divers principes constituants de la tuberculine. Il a traité celle-ci par l'alcool absolu et a obtenu ainsi un précipité qu'il désigne par la lettre A et qui est formé, pour la plus grande partie, de matières protéiques, avec des traces de glycérine, de la matière colorante et une petite quantité de sels. Le liquide qui passe à la filtration, liquide désigné par la lettre C, renferme la plus grande quantité des sels contenus dans la tuberculine, et une petite quantité de matières protéiques. L'injection du liquide C détermine chez les tuberculeux une élévation de température sans action inflammatoire notable et la répétition des injections amène une exacerbation fébrile de moins en moins intense ; dans un cas de lupus du visage et du palais, j'ai obtenu un affaissement des tubercules très apparent. J'ai cependant abandonné cette substance, malgré ses propriétés curatives, à cause de la fièvre qu'elle déterminait au début des injections.

Au moyen de la dialyse on peut obtenir une substance protéide que M. Hunter considère comme une albumose pure et qu'il désigne par les lettres C B. Cette substance, que nous n'employons que depuis 3 semaines et dont nous ne pouvons apprécier définitivement la valeur, a déterminé une amélioration notable dans plusieurs cas de lupus : elle produit une légère réaction locale, tandis que le liquide B n'en produit pas, ce qui prouve que quelques-unes des substances contenues dans le liquide B ont une action modératrice sur l'inflammation locale ; en outre, elle amène une augmentation légère de la température.

Le précipité A produit les phénomènes généraux déterminés par la tuberculine ; son action sur la température est variable, et se traduit le plus souvent par une faible élévation, d'autres fois par une élévation considérable. Il est certain que le précipité A contient une certaine quantité de la substance curative de la tuberculine, mais que celle-ci y est associée aux substances qui produisent des effets fâcheux (inflammation, dépression, etc.). La solution obtenue par dialyse par M. Hunter et qu'il appelle B ne produit pas d'effets généraux, pas de malaise, de nausées, de dépression, ni d'élévation de température, à moins que l'action locale ne soit intense ; mais après la 1re et quelquefois les 2e et 3e injections, il y a une rougeur locale marquée et du gonflement comme après l'emploi de la tuberculine. Dans deux cas, cette substance m'a donné une amélioration marquée.

En résumé, on ne peut employer en pratique ni A ni C ; mais B et C B paraissent ne jouir d'aucune propriété qui doive en faire rejeter l'emploi. Il reste à déterminer si ces liquides renferment ou non les substances qui favorisent les rechutes et les recrudescences des lésions tuberculeuses, si toutefois ces substances sont nettement définies et susceptibles d'être isolées.

Je suis absolument décidé à ne plus employer à l'avenir la tuberculine elle-même, et je crois que c'est aux solutions B et C B que je donnerai la préférence, dans les cas qui sont véritablement justiciables de la méthode de Koch ; mais celle-ci ne peut se substituer aux méthodes opératoires dans tous les cas où les lésions sont accessibles aux instruments et susceptibles d'être guéries rapidement par une opération.

M. William Hunter. — Je cherche à modifier et à perfectionner les modes de préparation des divers liquides dérivés de la tuberculine et dont M. W. Cheyne vient d'indiquer les effets. Les essais thérapeutiques tentés avec ces liquides tendent à prouver que, contrairement à l'opinion de Koch qui attribue à une seule substance les remarquables propriétés de la tuberculine, celles-ci appartiennent à plusieurs subs-

(1) Voir *Mercredi médical*, 1891, p. 233.

tances, et que, en particulier, celle qui détermine la fièvre n'est pas la même que celle qui cause l'inflammation locale : la dialyse arrête la substance qui produit la fièvre.

M. Pringle. — Les recherches de Hunter et de W. Cheyne sont les premières qui aient réellement fait avancer l'étude scientifique de la tuberculine depuis les communications de Koch. Unna a déjà fait remarquer que les effets curatifs de la tuberculine ne sont pas nécessairement liés à la réaction soit locale soit générale produite par cette substance.

J'ai expérimenté, sans en connaître la composition et par conséquent sans parti pris, les liquides C et C B qui m'ont été remis par M. Hunter. Dans un cas de lupus, les injections de liquide C ont amené la disparition complète des lésions cutanées, sans élévation de température, probablement parce que le malade avait déjà reçu des injections de tuberculine. Dans d'autres cas, les injections n'ont causé aucun malaise, sauf une légère élévation de température, et néanmoins il y a eu une amélioration. Les récidives que l'on a notées après le traitement par le liquide de Koch ne sont cependant pas fatales, car j'observe deux cas de lupus qui depuis deux mois ne sont plus soumis aux injections et qui n'ont aucune trace de récidive.

M. Keetley (de Londres). — J'ai employé les injections de tuberculine dans 14 cas de tuberculose chirurgicale, sans avoir aucun accident et sans constater aucun autre phénomène fâcheux qu'une réaction intense chez quelques malades. La tuberculine a une valeur considérable au point de vue chirurgical et Koch, a fait là une immortelle découverte.

M. J. Lloyd (de Birmingham). — J'ai essayé la tuberculine dans 17 cas de tuberculose externe. Au point de vue curatif, ce remède n'a pas de valeur réelle. J'ai obtenu des améliorations dans un certain nombre de cas, mais dès que les injections ont été suspendues il s'est toujours produit une rechute. Comme moyen diagnostique, la tuberculine a échoué entre mes mains : la réaction s'est produite chez trois sujets non tuberculeux (cancer pectoral, conjonctivite granuleuse, extroversion de la vessie); elle a manqué dans plusieurs cas de tuberculose incontestable. En outre, j'ai vu un cas de tuberculose miliaire développée à la suite de deux injections de tuberculine chez un jeune homme atteint d'adénopathies cervicales suppurées. Les résultats obtenus par M. W. Cheyne et M. Hunter sont encore trop récents pour qu'on puisse se former sur eux une opinion définitive et il faut bien se garder de formuler un avis qui puisse induire en erreur le public et les médecins.

M. Morton (de Bristol). — J'ai examiné le sang de 14 sujets atteints de lupus ou de phthisie pendant la période de réaction sans y rencontrer de bacilles.

Discussion sur le lupus.

M. Payne. — Les caractères anatomiques du lupus correspondent à la description des tumeurs de granulation de Virchow. La plupart des pathologistes et des dermatologistes considèrent le lupus comme de nature tuberculeuse, parce qu'on y a constaté la présence de bacilles de Koch, bien qu'ils y soient toujours en petit nombre ; cette opinion rencontre cependant de l'opposition de la part d'une importante minorité d'auteurs compétents. Les recherches de Koch et de Leloir ont prouvé que l'inoculation de tissus lupiques aux animaux détermine le développement de la tuberculose d'une manière très uniforme. D'après mes observations personnelles, le lupus coïncide avec d'autres formes de tuberculose dans un petit nombre de cas seulement, à peu près un sur quatre. L'infection ganglionnaire secondaire peut se produire dans le lupus, quoique cela ne soit pas fréquent. La tuberculose cutanée par inoculation traumatique diffère quelquefois beaucoup du lupus au point de vue des caractères extérieurs, mais au microscope j'ai pu constater dans un cas la similitude absolue de ses lésions avec celles du lupus. Les moyens hygiéniques qui réussissent dans les autres formes de maladie tuberculeuse sont également efficaces dans le lupus. Le lupus doit être considéré comme une tuberculose de la peau, mais cette conclusion ne s'applique pas au lupus érythémateux, qui doit être complètement mis à part.

Les différences qui séparent le lupus des diverses tuberculoses viscérales tiennent à ce que le bacille tuberculeux se développe très mal sur la peau et s'y atténue : son faible développement tient probablement à la basse température de la peau qui est inférieure d'environ 11° à celle des organes internes ; le bacille du lupus se cultive ainsi pendant des années quelquefois à une température beaucoup plus basse que celle qui lui convient le mieux, et cela suffit à modifier sa virulence.

Le lupus paraît avoir très rarement pour origine une inoculation tuberculeuse au point même où il se développe. Il se peut qu'il constitue une des formes de la tuberculose héréditaire, quoiqu'il soit difficile de savoir si le bacille tuberculeux se transmet directement par hérédité ; mais si cette transmission était établie nettement, elle pourrait expliquer beaucoup de cas de tuberculose très difficiles à comprendre avec la théorie de l'infection et en particulier les tuberculoses lentes auxquelles on donne traditionnellement le nom de scrofules : cette classe de maladies a la plus grande affinité avec le lupus.

M. Pye-Smith. — Contrairement aux assertions de l'Ecole de Vienne, le lupus peut quelquefois débuter à l'âge adulte. Il serait intéressant de savoir si les antécédents héréditaires de tuberculose sont plus fréquents chez les sujets atteints de lupus que chez les sujets de même âge non atteints de lupus. Il me semble qu'on doit conserver la distinction entre le lupus et les ulcérations tuberculeuses, en raison des différences dans le nombre et le siège des lésions, dans leurs rapports avec les autres formes de tuberculose, dans leur marche et dans leurs modifications sous l'influence du traitement, quoique dans les deux cas l'origine bacillaire soit bien certaine.

M. Colcott Fox (de Londres). — Tout s'accorde à faire du lupus une manifestation de la tuberculose. J'ai fréquemment noté la coïncidence d'autres lésions tuberculeuses et les antécédents héréditaires de tuberculose sont très communs.

M. Abraham (de Londres). — Je crois à la nature tuberculeuse du lupus, mais dans quinze cas de lupus que j'ai étudiés avec soin il m'a été impossible de constater la présence des bacilles. Il est possible que le parasite de la tuberculose se trouve, dans le lupus, à un état encore inconnu et qu'il en soit comme dans la lèpre où le bacille manque souvent dans les lésions les plus récentes, tandis qu'on le trouve en abondance dans les cas anciens et dans les nodules bien développés. J'ai traité vingt et un cas de lupus par la tuberculine : je n'ai pas de données précises sur cinq malades, trois malades n'ont retiré du traitement aucun bénéfice, même temporaire, dans cinq cas il y a eu des rechutes qui chez certains malades ont produit des lésions plus intenses qu'avant les injections ; l'amélioration qui s'était produite pendant le traitement chez huit malades est tellement prononcée chez trois d'entre eux qu'on peut les considérer comme presque guéris.

M. Radcliffe Crocker (de Londres). — L'origine bacillaire du lupus est incontestable. La rareté des bacilles tient à ce que, pour la plus grande partie, ils ont cessé de vivre dans le tissu lupique, mais on les rencontre dans le tissu d'apparence saine du voisinage. Cliniquement, il faut distinguer le lupus nodulaire du scrofuloderme.

Arrêts de la marche de la tuberculose pulmonaire.

M. J.K. Fowler. — On considère généralement comme des reliquats des tubercules pulmonaires les lésions suivantes : 1° les tubercules fibroïdes pigmentés avec ou sans tubercules évidents, 2° des zones ou des masses caséeuses avec une capsule fibroïde ferme, 3° les masses crétacées, 4° les petites cavités, 5° les cicatrices et les plissements de la plèvre, 6° les adhérences locales avec épaississement de la plèvre, 7° les ganglions caséeux. Ces lésions se rencontrent à l'autopsie chez 9 °/₀ des sujets morts de maladies étrangères à la tuberculose. Un grand nombre des sujets présentant des reliquats de tubercules succombent au cancer. Je n'ai jamais trouvé de cavités susceptibles d'être reconnues à l'auscultation chez des sujets ne présentant pas de lésions tuberculeuses en activité, et je ne serais pas tenté de considérer comme possible la disparition des cavernes qui est admise par un certain nombre de cliniciens. Le siège des lésions au sommet est une preuve en faveur de leur origine tuberculeuse, parfois aussi on trouve dans d'autres organes des lésions tuberculeuses qui établissent la nature des altérations pulmonaires. L'encapsulement de masses caséeuses par du tissu fibreux ne met pas à l'abri d'une infection ultérieure,

car la capsule peut se rompre. La plupart des cas de tuberculose sont très probablement des cas où la maladie a été légère et qui ont pu être considérés comme des exemples de catarrhe du poumon ou de congestion; s'ils se sont accompagnés d'hémoptysie, on a dû croire que l'hémorrhagie provenait du pharynx et la guérison a dû confirmer ce diagnostic.

M. Sidney Martin. — Les tubercules guéris peuvent être divisés en 2 variétés : 1° masses calcaires et caséeuses occupant généralement le sommet du poumon et possédant une capsule fibreuse, 2° tubercules ayant subi la transformation fibreuse. La première variété contient des bacilles tuberculeux, la deuxième n'en contient pas; la première est infectieuse, la deuxième ne l'est pas. Les recherches expérimentales montrent qu'il y a des bacilles virulents et des bacilles atténués, et il se peut que les tubercules localisés et guéris soient produits par des microbes atténués; la résistance de l'organisme joue aussi un rôle.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 11 *août* 1891.

Présidence de M. Tarnier

Hépatopexie.

M. Gérard Marchant présente une femme qui a subi une double opération pour fixer le foie et le rein. Cette femme, âgée de 37 ans, commença, à l'âge de 30 ans, à souffrir de douleurs abdominales et de gonflement hépatique : un médecin lui guérit alors un kyste hydatique par la méthode de Récamier. Après 4 ans de bonne santé survinrent, lorsque la malade était assise, des crises de douleurs intenses, avec vomissements et quelquefois perte de connaissance. M. Marchant lui trouva aisément un rein flottant, et de plus quelque chose du côté du foie. De ce côté, le diagnostic resta hésitant, malgré une observation prolongée : mais en présence des symptômes sérieux et des supplications de la malade, M. Marchant se décida enfin à une laparotomie exploratrice qu'il fit latérale. Il constata alors immédiatement que, quoique le foie dépassât les fausses côtes de 5 centim., il était sain : mais il était très mobile autour d'un axe transversal et une légère pression sur le bord antérieur suffisait à le remettre en place. Ce bord antérieur fut alors fixé, par une série de sutures à la soie. Les suites furent très simples et quelques semaines après la malade subit avec succès la néphrorrhaphie.

M. Gérard Marchant termine par les considérations suivantes :

1° *L'étiologie* dans ce cas est absolument obscure ; en particulier il n'y avait pas ce relâchement abdominal sur lequel insiste Landau ; ni l'étroitesse thoracique et l'élargissement pelvien dont parle Schatz ; ni de lésion pleurale ou hépatique. Il y a un fait important, à peu près constant, la coexistence du rein flottant avec le déplacement du foie.

2° Cette coexistence est de nature à éclairer le *diagnostic*, et aujourd'hui qu'il est au courant de la question M. Marchant croit qu'il ferait le diagnostic s'il trouvait de nouveau, avec un rein flottant, quelque chose du côté du foie. C'est d'ailleurs un point déjà étudié par M. Terrier dans ses recherches sur la chirurgie hépatique.

3° Pour le *traitement*, Landau conseille le port d'une ceinture, ici inutile, la femme n'ayant pas le ventre relâché. L'hépatopexie était donc indiquée ; déjà d'ailleurs elle a été pratiquée sur des lobules flottants trouvés au cours de laparotomies; dans d'autres cas ces lobules ont été excisés ; dans d'autres (Riedel, Terrier) ils coexistent avec des calculs biliaires et il a suffi de faire la cholécystotomie pour les voir revenir en place ; Langenbuch a cette année fixé deux fois le lobe droit du foie ; ici, c'est tout le bout antérieur du foie qui a été suturé. En tout cas, le succès thérapeutique a été parfait et la malade ne souffre plus.

Action de l'ozone sur le sang et accumulation de ce gaz dans certains corps.

M. Girerd. — 1° L'ozone transforme l'albumine en fibrine et l'hémoglobine en oxyhémoglobine.

2° Son action prolongée sur cette fibrine à l'état naissant, la redissout et la rend incoagulable par les acides ou par les sels métalliques.

3° L'ozone est l'agent de la transformation du sang en fibrine et les effets de l'ozonisation sont produits par le fer contenu dans les globules, lequel, sous l'influence d'une première ozonisation, acquiert la propriété d'ozoniser l'oxygène ordinaire.

4° Parmi les corps susceptibles d'absorber et de conserver l'ozone pour le restituer ensuite, il convient de ranger la terpine à côté de l'essence de térébenthine et de l'éther ozoné.

Empoisonnement par les champignons.

M. Crié (de Rennes) adresse une note sur l'emploi du sulfate d'atropine dans l'empoisonnement par l'oronge panthère. Ce champignon, très dangereux, provoque des accidents semblables à ceux que cause le cèpe perfide, la fausse oronge, l'amanite bulbeuse. Or déjà pour les derniers, M. Crié a recommandé, il y a quelques mois, l'emploi du sulfate d'atropine. Il a donc, avec l'oronge panthère, entrepris des expériences sur des lapins, des chats, des cobayes, des rats et il a constaté qu'on peut avec l'atropine en injections souscutanées les rendre réfractaires au poison de l'oronge panthère. On possède là un véritable antidote.

Entéro-anastomose en un temps pour un carcinôme du cœcum. Guérison.

MM. Chaput et **Terrillon.** — Il s'agit d'un homme de 58 ans, qui présentait, en mai 1891, une tumeur de la fosse iliaque, dure, douloureuse, peu mobile, ayant grossi rapidement depuis trois mois. Le malade, de teint cachectique, racontait avoir été pris en juin 1890 de diarrhée ayant duré un mois. Plus tard, il avait été soigné pour des troubles digestifs par les docteurs Marfan et Haussmann. Une forte hémorrhagie intestinale, suivie de mélæna avait eu lieu un mois auparavant.

Le diagnostic de carcinôme du cæcum fut posé et l'intervention résolue. Le volume considérable de la tumeur, l'âge et la cachexie du malade firent repousser la résection intestinale comme trop dangereuse, et l'entéro-anastomose fut décidée.

Elle fut exécutée le 28 mai 1891. On fit une incision médiane de 12 cm.; après avoir vérifié le diagnostic par une main portée dans le ventre, la dernière anse grêle fut amenée dans la plaie médiane ; même pratique pour l'S iliaque. Ces deux anses sont suturées l'une à l'autre sur une hauteur de 5 centimètres par deux étages de sutures de Lembert à points séparés. On fait alors sur chaque viscère une incision de 4 à 5 centimètres et on suture ensuite à points séparés les deux muqueuses des lèvres postérieures de l'incision. Les jours suivants, le malade prit de l'opium à haute dose et des aliments liquides en quantité modérée et progressive. Le 17 juin il rentrait chez lui complètement guéri. Actuellement il est encore en bonne santé, quoiqu'il se plaigne de douleurs liées évidemment à la présence de sa tumeur.

L'entéro-anastomose présente des avantages considérables : elle est très bénigne, elle évite le passage des matières sur les surfaces ulcérées, elle empêche l'inflammation de la tumeur et par conséquent la putréfaction des matières intestinales avec l'empoisonnement et la diarrhée qu'elle comporte ; pour la même raison les hémorrhagies ont moins de tendance à se produire. Enfin le malade n'est pas exposé à l'occlusion intestinale qui est la terminaison habituelle du carcinôme de l'intestin. Au contraire la résection est une opération très grave à cause de l'étendue de la tumeur (en rapport avec la difficulté du diagnostic); de plus, et pour la même raison, la récidive est absolument sûre. L'anastomose, avec sa bénignité et son soulagement certain, est donc infiniment préférable.

M. Blache lit une note sur la protection de l'enfance.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

N° 33. — 19 AOUT 1891 LE NUMERO QUINZE CENTIMES

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

PUBLIÉ PAR

LA GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MEDECINE ET DE CHIRURGIE

Et servi gratuitement à tous les abonnés de ce journal

ABONNEMENTS SPÉCIAUX POUR MM. LES ÉTUDIANTS. — UN AN : 6 FRANCS

L. LEREBOULLET, Rédacteur en chef. — A. BROCA, Secrétaire de la Rédaction

Librairie de G. MASSON, 120, boulevard Saint-Germain.

SOMMAIRE

VARIÉTÉS

Les hygiénistes français à la cour d'Angleterre et le vocabulaire anglais. — S. M. la reine d'Angleterre avait fait inviter jeudi dernier un certain nombre de membres du Congrès international d'hygiène et de démographie à venir lui présenter leurs hommages à Osborne, dans l'île de Wight, où elle est actuellement en villégiature. Bien qu'on eût limité à quelques-uns par nationalité le nombre des voyageurs, ils étaient bien une soixantaine qui prirent place dans un train spécial, puis sur l'un des yachts de la reine pour traverser de Plymouth à Cowes et dans ses équipages jusqu'au château, soit neuf heures de voyage dont deux de séjour au château et une dépense de 30 liv. steel. — le chemin de fer n'étant pas gratuit — pour savourer un lunch des plus médiocres dans une salle à part avec quelques chambellans et contempler la reine, les princes et les princesses pendant quelques instants.

Présentations individuelles à la Reine, telle était bien la mission importante, mais dans quel ordre? *That was the question.* Dans l'ordre alphabétique, direz-vous, et c'était bien ainsi que l'avait compris le maître des cérémonies. Mais l'ordre alphabétique de quelle langue? On sait que la cour d'Angleterre a des trésors d'amitié pour l'Allemagne, affaire d'origine, de tradition, et peut-être aussi effet de la présence en ce moment, chez son auguste aïeule, du prince Henri de Prusse. Toujours est-il qu'au moment de faire placer les visiteurs, on appelle en premier lieu les délégués de l'Allemagne, puis ceux de l'Autriche, et on allait peut-être passer à l'Italie, par une habitude que la Triplice n'aurait pas désavouée, lorsque l'un des délégués belges, notre excellent ami le Dr Janssens, fait bravement observer qu'en Angleterre le vocabulaire anglais a bien quelque raison d'être, et qu'en conséquence il serait logique de suivre l'ordre ci-après: Austria-Ungarn, Belgium, Danmark, Egypt, French, German-Empire, etc. Les gens de la cour se consultent du regard et, craignant sans doute quelque grosse affaire, prient les Allemands de faire demi-tour et d'aller se placer en arrière des Français. O langue anglaise, voilà de tes coups, et voilà comment, pour une fois, savez-vous, MM. les Français ont pu tirer les premiers.

Médailles de l internat. — Le concours de *Chirurgie et accouchements* s'ouvrira le jeudi 10 décembre 1891, à 4 heures, à la Charité. Celui de *médecin*, le 7 décembre, à 4 heures, à l'Hôtel-Dieu. Inscriptions du 1er au 15 octobre au secrétariat général. Le 15 octobre est le dernier délai pour la remise du mémoire.

Un concours pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie, à l'Ecole de médecine de Rouen, s'ouvrira le 10 février 1892, devant la Faculté de médecine de Paris. Le registre d'inscription sera clos le 10 janvier.

Un impérial malade. — Chaque fois qu'un homme important, *a fortiori* une tête couronnée, est malade, la presse non médicale donne des renseignements médicaux fort récréatifs. A propos de la chute de Guillaume II à bord du Hohenzollern et de la lésion qui en est résultée, c'est à qui rivalisera d'informations étonnantes. Ce malheureux genou en voit de toutes les couleurs — et les médecins qui l'entourent aussi. D'abord, nous avons appris que le professeur von Esmarch (de Kiel), ayant épousé une princesse de Sleswig-Holstein, est l'oncle par alliance de l'impératrice régnante. On nous a affirmé que ledit professeur von Esmarch avait formellement condamné le traitement employé jusqu'à sa venue et qu'il a fait appliquer un appareil. Car « l'inconvénient de ces sortes de rupture de la capsule articulaire est que, tant que la fracture n'est pas réduite, le genou, à chaque mouvement du malade, a une tendance à se déplacer de nouveau. C'est ce qui a rendu indispensable l'emploi d'un appareil articulé. »

Mais, si vous voulez comprendre quelque chose, nous vous conseillons la lecture d'une correspondance berlinoise du *Gaulois* (12 août 1891).

« A plusieurs reprises, l'empereur se serait trouvé dans un état comateux très prononcé, ce qui est l'indice de nouveaux troubles cérébraux prochains. On fait remarquer que si le malade est bien réellement atteint de tuberculose, il se pourrait que les tuberculoses envahissent rapidement le cerveau et que, une méningite se produisant, un dénoûment fatal ne fût à craindre au moment où l'on s'y attendra le moins et après une suppuration laborieuse.

Toujours est-il que, de grise qu'elle était, la substance qui s'écoule par l'oreille est devenue noire et qu'il s'en dégage une forte odeur.

Le docteur Esmarch oriente actuellement son diagnostic du côté de la gangrène sèche à la jambe et de la tuberculose du rocher à l'oreille.

Pour la première, cela semble d'autant moins douteux que la plaie est insensible au toucher, tandis que des fourmillements provoquent chez le malade des cris de douleur très intenses et que la dissolution, au lieu d'être interne, s'épanche au dehors.

Détail qui a bien son prix, car il est un critérium: le quinquina sous toutes ses formes, liquides et solides, est employé à la médication suivie en ce moment par le docteur Esmarch. Cela seul suffirait, à défaut des renseignements que je vous donne, à indiquer clairement la nature de la maladie dont souffre l'empereur depuis sa chute.»

Prix sur la tuberculose. — L'Œuvre de la tuberculose décernera, lors du prochain Congrès (qui aura probablement lieu en 1893), un prix de 3,000 fr. à l'auteur du meilleur mémoire sur *les tuberculoses latentes*.

Augmentation du nombre des médecins militaires. — Le ministre de la guerre aurait décidé d'augmenter le nombre des officiers de santé militaire et demandera à la rentrée des Chambres des crédits pour augmenter le personnel de l'enseignement de l'Ecole de santé militaire à Lyon et le nombre des élèves annuellement fixé. Le nombre des médecins militaires actuellement en service (1,300) est inférieur de 40 au nombre réglementaire.

L'hygiène des voies publiques et les « Poubelles ». — On a assez reproché au préfet de la Seine certain arrêté obligeant les habitants de Paris à déverser leurs ordures ménagères dans des caisses que le service de la voirie vide chaque matin, — caisses que, il est juste de le reconnaître, il n'a pas le mérite d'avoir inventées, car elles sont depuis longtemps en usage dans plus d'une ville de province et de l'étranger. Malgré les plaisanteries, lesdites caisses ont persisté et n'ont pas été inutiles. Pour venger le préfet de la Seine, les conseils d'hygiène ont préconisé l'usage des « Poubelles ». Tout récemment encore, le conseil d'hygiène de Nancy, sur la proposition du Dr Parisot, a conseillé l'emploi de ces caisses pour faciliter et régulariser l'enlèvement des ordures de la ville.

CLINIQUE MÉDICALE

Des applications de l'analyse spectroscopique du sang à l'étude de la marche et des médications de la tuberculose, Communication au *Congrès de la tuberculose*, par le Dr HÉNOCQUE, Directeur-adjoint du laboratoire de médecine de l'Ecole des Hautes-Etudes au Collège de France.

Mes recherches sur l'analyse spectroscopique du sang et la mesure de l'activité de la réduction de l'oxyhémoglobine ont été faites chez 58 malades atteints de tuberculose, soit dans ma pratique, soit dans le service du professeur Cornil, à l'hôpital Laënnec, puis à la Charité. Elles comprennent plus de 300 examens spectroscopiques, dont les résultats et les conclusions se résument ainsi qu'il suit :

1° Chez 34 malades atteints de la tuberculose pulmonaire : la quantité d'oxyhémoglobine reste au-dessus de 11 0/0 chez 15; elle oscille entre 9, 10 et 11 0/0 chez 7; entre 7 et 9 0/0 chez 7; et entre 5, 6 et 7 0/0 chez 5.

En général, la diminution de l'oxyhémoglobine est en rapport avec le degré de la phthisie, la gravité des lésions, les complications d'hémoptysie, mais elle semble plus particulièrement liée à l'état d'anémie ou même de chlorose antérieur à l'infection tuberculeuse.

2° C'est dans la tuberculose des os que j'ai trouvé les degrés les plus faibles de la quantité d'oxyhémoglobine.

En effet, chez un jeune enfant de 4 ans atteint de coxalgie avec suppurations multiples, j'ai observé des oscillations entre 3,2, 3,7 et 4 0/0.

Le maximum en deux années a été de 4,3 et passagèrement : je ne connais pas de fait analogue de prolongation de l'existence pendant plusieurs années avec une si faible quantité d'oxyhémoglobine.

3° La scrofulo-tuberculose ganglionnaire a présenté une diminution de la quantité d'oxyhémoglobine de 8 à 11 0/0;

4° La tuberculose du testicule et de l'épididyme dans deux cas a présenté une diminution de 8 à 11,5 0/0;

5° Dans les tuberculoses cutanées, chez 9 malades atteints de lupus, considérés comme tuberculeux et qui s'étaient soumis au traitement par la « tuberculine », la quantité d'oxyhémoglobine était normale avant les injections.

Les manifestations cutanées de la tuberculose, le lupus, ne s'accompagnent pas nécessairement de diminution de la quantité d'oxyhémoglobine; au contraire, dans les périodes de poussée congestive, la quantité d'oxyhémoglobine s'élève plus souvent qu'elle ne s'abaisse.

6° Activité de la réduction de l'oxyhémoglobine. — L'activité de la réduction, qui exprime le rapport entre la quantité d'oxyhémoglobine et la durée de la réduction observée au spectroscope dans le pouce ligaturé, présente des variations très étendues suivant le siège de la tuberculose.

Sur 36 phthisiques (tuberculose pulmonaire), l'activité s'est maintenue à la normale chez 18 dans les périodes d'amélioration ou d'atténuation des réactions locales, elle l'a même dépassée à des moments de recrudescence de l'infection.

Dans les tuberculoses osseuses graves, la dépression de l'activité peut être considérable (de 0,3 à 0,2 dans le cas de coxalgie déjà cité).

Il n'en est plus de même dans la tuberculose cutanée, car dans les 9 cas observés, il y a eu une activité normale, ou même exagérée;

7° En résumé, les modifications de la quantité d'oxyhémoglobine et de l'activité des échanges dans la tuberculose sont de trois ordres, les unes, au début, quelquefois même prémonitoires, telles que l'anémie et le ralentissement des échanges, influencent ou même déterminent la marche de l'infection ou plutôt de la résistance à l'infection. C'est principalement dans les tuberculoses osseuses, ganglionnaires, génitales et cutanées qu'elles sont importantes à bien apprécier; elles consistent surtout en diminution de l'oxyhémoglobine avec ralentissement des échanges, c'est-à-dire dans la production d'anémie, avec ralentissement de l'activité de la nutrition générale, conditions qui créent une prédisposition ou au moins une diminution de résistance à l'infection tuberculeuse.

Ces troubles primitifs sont surtout prononcés dans les tuberculoses de l'appareil respiratoire et du système osseux.

Plus tard les modifications hématologiques secondaires varient suivant le siège de l'infection et leur étendue. La quantité d'oxyhémoglobine et l'activité des échanges peuvent être influencées en sens inverses et alternatifs, et il semble que les poussées nouvelles, les complications, aient quelquefois pour résultat une diminution de l'anémie et une élévation de l'activité des échanges qui ne sont que temporaires.

Application à la thérapeutique. — L'hématoscopie donne des indications générales importantes, et c'est principalement dans les cas si nombreux où les symptômes locaux ne présentent pas de variations rapides ou accentuées soit au début de la phthisie ou dans les périodes d'atténuation que les données hématologiques sont utiles à connaître.

En effet, nous pouvons ainsi déterminer l'utilité de lutter contre l'anémie sans crainte d'augmenter une activité des échanges que nous trouvons ralentie, et alors la médication martiale, l'association du fer à l'arsenic, la strychnine et les excitants généraux de l'activité des échanges, ainsi que les médicaments anti-déperditeurs, l'arsenic au premier rang, peuvent être employés avec précision, à condition qu'on en suive les effets régulièrement et à courts intervalles. En résumé, dans cette triple série d'indications, augmenter la richesse du sang en oxyhémoglobine, c'est-à-dire aussi en globules, augmenter ou régulariser l'activité des échanges, tout praticien trouvera facilement des indications plus spéciales.

Les études que j'ai faites dans le service du professeur Cornil, à l'hôpital Laënnec, puis à la Charité, sont des exemples des résultats qu'on peut obtenir dans cette voie.

J'ai suivi chez chacun des malades l'influence des injections de la tuberculine sur la quantité d'oxyhémoglobine, non seulement pour connaître ses effets, mais pour ajouter un moyen d'appréciation de la nutrition générale.

Au point de vue de la quantité d'oxyhémoglobine, les premiers résultats publiés ont été sensiblement modifiés.

La diminution s'est accentuée chez la plupart, soit à la suite de nouvelles injections, soit même par l'évolution de la tuberculose, de sorte que dans la tuberculose pulmonaire, l'anémie s'est accentuée pendant que l'activité des échanges diminuait.

Cet effet, en quelque sorte paradoxal, de l'excitation de l'activité et d'une augmentation de l'oxyhémoglobine, doit être logiquement attribué à la réaction produite par le liquide de Koch dans les premières injections. J'ai d'ailleurs observé chez un singe, dont l'histoire a été publiée dans les *Archives de physiologie*, l'augmentation de l'oxyhémoglobine.

Dans une autre série d'observations où M. Cornil a fait des injections de liquide testiculaire préparé suivant la méthode de M. Brown Séquard, j'ai trouvé des résultats très différents; sur quatre malades observés, l'un, atteint de phthisie laryngée, est mort, les trois autres ont été

certainement améliorés, c'est-à-dire que ces malades sont sortis de l'hôpital de la Charité. Chez un, les injections n'ont produit aucune réaction fébrile, au contraire, il y a eu diminution de la fièvre, l'augmentation d'oxyhémoglobine a été progressive, mais très nette.

Le contraste était évident et d'autant plus que l'un de ces malades (G...) a, sur sa demande, été traité successivement par les injections du liquide de Koch, de cantharidine (suivant la méthode de Liebreich), par les inhalations de nitrate d'argent et de cyanure d'argent, et enfin par les injections du liquide testiculaire.

Chacun de ces traitements a amené une amélioration passagère dans l'état général, et l'état local n'a pas été sensiblement modifié, mais l'évolution de la tuberculose est retardée chez ce malade.

La médication arsénicale sous ses diverses formes m'a montré l'influence très importante de cet agent thérapeutique sur la marche de la tuberculose pulmonaire. Les observations XIII, XIV, XV, XVI, XVII, XIX, XX, démontrent que la quantité d'oxyhémoglobine est augmentée en même temps que l'activité des échanges se rapproche de la normale.

Je n'insiste pas ici sur ces observations; il me suffit de signaler l'utilité de constater les effets différents de trois médications : la tuberculine, qui produit des phénomènes de réaction violente, sinon d'une nouvelle infection; le liquide testiculaire, qui n'agit que comme dynamogénique et non comme spécifique; l'arsenic, qui est un modificateur de la nutrition générale, et de l'hématose.

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Recherches sur la nature parasitaire du cancer, Communication au *Congrès international d'hygiène*, par MM. Duplay et Cazin.

On a décrit dans les épithéliomes des éléments considérés par les uns comme des parasites du groupe des sporozoaires, et par d'autres comme représentant simplement différentes sortes de modifications cellulaires. Nous nous sommes attachés à l'étude de ces productions dans l'examen de soixante cancers épithéliaux, et nous avons cherché à y retrouver les traits principaux de l'évolution des coccidies, qui comprend, comme on le sait, deux périodes distinctes : une période d'accroissement ou de végétation pendant laquelle les coccidies revêtent une forme amœboïde, et une période de reproduction correspondant à l'enkystement des masses amœboïdes, suivi de la formation de spores donnant elles-mêmes naissance à des corps falciformes destinés à prendre ultérieurement la forme amœboïde.

Dans les cancers épithéliaux que nous avons examinés, nous avons pu très souvent observer toute une série de figures qui correspondent évidemment à la plupart des formes parasitaires décrites dans le cancer, et qui, en effet, peuvent faire songer à des parasites enkystés et en particulier aux coccidies pendant les stades qui précèdent la période de reproduction. Mais, en aucun cas, il ne nous a été possible de distinguer aucune formation qui pût être regardée comme correspondant à la période de reproduction des éléments considérés comme parasitaires, et il nous a paru que cela ne pouvait être que dans certaines formes irrégulières de divisions indirectes des cellules qu'il fallait chercher les figures qui avaient pu être interprétées comme des stades de reproduction par les observateurs qui, comme von Nils Szœbring, ont décrit dans le cancer des kystes sporifères.

Dans les épithéliomes pavimenteux lobulés on observe constamment des corps qui ressemblent à des parasites enkystés et qui ne sont que le résultat d'une évolution cellulaire en rapport avec la formation des globes épidermiques. Il n'est pas rare d'observer, dans les globes épidermiques en voie de formation, des leucocytes interposés entre la cellule centrale et les cellules voisines, et il peut arriver qu'un de ces éléments se trouve appliqué contre la cellule centrale d'une façon si intime, qu'il paraît se confondre avec elle, et cette apparence peut alors faire croire à l'existence d'un noyau appartenant à la cellule centrale et rejeté à sa périphérie, ce qui permettrait d'adopter à tort la conception d'un élément parasitaire vivant à l'intérieur de la cellule centrale.

Nous ne pensons pas d'ailleurs que les figures que présentent les globes épidermiques en voie de formation aient pu seules donner naissance aux interprétations favorables à la théorie psorospermique des cancers épithéliaux. Dans ces tumeurs on trouve, en effet, un grand nombre de figures de divisions indirectes des cellules cancéreuses, qui présentent les plus grandes ressemblances avec certaines des figures représentées comme correspondant à différents stades de l'évolution des parasites du cancer. Nous n'insistons pas sur les détails que nous avons pu relever dans la structure des cellules et des noyaux en division indirecte irrégulière, M. le professeur Cornil ayant récemment décrit et figuré un certain nombre de ces formes cellulaires qu'on est exposé à prendre pour des coccidies. (Voy. *Mercredi*, 1891, p. 230).

En résumé, étant donnée l'absence complète de formes de reproduction absolument indiscutables, nous ne nous sommes jamais crus autorisés à admettre l'existence de coccidies dans les cancers épithéliaux, et, en présence des divergences d'interprétations qui existent actuellement sur cette question, basées uniquement sur des examens microscopiques, il nous semble que la solution du problème ne pourrait être définitivement acquise, en faveur de la nature psorospermique du cancer, que par les résultats des inoculations permettant de suivre l'évolution des parasites.

Nous devons ajouter quelques mots au sujet des *corps à fuchsine* décrits par Russell comme des champignons parasites, caractéristiques du cancer; nous avons longuement étudié ces corps, nous les avons trouvés non seulement dans le cancer, mais dans de nombreux tissus pathologiques non cancéreux, et nous avons pu en outre nous convaincre qu'il s'agissait non pas de parasites, mais de produits de dégénérescence cellulaire, qui ont fait l'objet d'un mémoire antérieur (Voy. *Mercredi*, 1891, p. 268).

REVUE DES CONGRÈS

CONGRÈS DE LA TUBERCULOSE

(*Fin.*)

TRAITEMENT DE LA PHTHISIE PULMONAIRE

Injections sous-cutanées de gaïacol iodoformé.

M. Picot (de Bordeaux). — Depuis les résultats que j'ai communiqués à l'Académie de médecine dans sa séance du 3 mars 1891 (Voir *Mercredi médical*, p. 104), j'ai continué mes recherches sur le traitement de la tuberculose par les injections sous-cutanées de gaïacol iodoformé, qui n'ont jamais causé la plus petite lésion de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané, et n'ont jamais produit de phénomènes généraux autres que ceux que j'ai signalés à l'Académie.

Les maladies tuberculeuses dans lesquelles j'ai employé cette méthode de traitement, sont la tuberculose pulmonaire, la pleurésie tuberculeuse et la péritonite tuberculeuse.

Les malades atteints de tuberculose pulmonaire que j'ai traités depuis le commencement de mes recherches sont au nombre de 42, dont 7 étaient à la dernière période. Pour ceux-ci, je n'ai rien obtenu, si ce n'est une diminution de l'expectoration, et chez quelques-uns des améliorations passagères au sujet desquelles il ne faut pas oublier que tous les tuberculeux sont susceptibles de présenter, par une sorte d'auto-suggestion, une apparence d'amélioration avec n'importe quelle médication. Chez d'autres tuberculeux au troisième degré il s'est produit, après douze à quinze injections, une amélioration avec diminution de l'expectoration et du nombre des bacilles, augmentation de poids et enfin avec des modifications importantes dans les signes locaux. Il est d'ailleurs nécessaire de prolonger longtemps le traitement pour voir persister ces améliorations.

J'ai soigné 20 malades atteints de tuberculose pulmonaire au deuxième degré; les résultats ont été variables. Chez ceux dont les poumons étaient envahis dans toute leur étendue, la médication s'est montrée impuissante sur les lésions qui, du moins, sont restées à peu près les mêmes. Chez d'autres, dont les lésions étaient moins étendues, j'ai vu, au contraire, après douze à quinze injections, les signes locaux s'améliorer sensiblement.

Les autres malades que j'ai soumis au traitement dans mon service étaient atteints de tuberculose au premier degré. Chez tous ces malades, après quinze ou vingt injections, l'expectoration avait notablement diminué, l'appétit était revenu, la fièvre avait disparu; mais ici je me garderai bien de parler de guérison, car plusieurs malades me sont déjà revenus avec les mêmes signes. Ces améliorations sont-elles susceptibles de durer et d'amener la guérison? C'est le temps seul qui nous permettra de répondre à cette question.

Je dois ajouter que j'ai eu l'occasion de traiter par les injections sous-cutanées de gaïacol iodoformé trois malades atteints de tuberculose à marche rapide, et chez ces trois malades, j'ai eu la satisfaction de voir la transformation de cette tuberculose en tuberculose à forme chronique.

Dans 12 cas de pleurésie avec épanchement de nature tuberculeuse, après 10 à 12 injections, l'épanchement a disparu; une seule fois, il s'est reproduit, et une deuxième série d'injections a dû être faite pour en amener la disparition définitive.

MM. Weil et Diamantberger depuis deux ans se servent, pour le traitement de la tuberculose pulmonaire, du gaïacol que M. Picot emploie associé à l'iodoforme. Les injections d'une solution de gaïacol dans de l'huile d'amandes douces, par parties égales, n'ont jamais présenté d'inconvénients et elles ont donné les résultats suivants :

14 tuberculeux au 1er degré ont tous bénéficié largement de cette médication, au point que 8 d'entre eux peuvent être considérés comme guéris, et les 6 autres comme notablement améliorés. Sur 18 tuberculeux au 2e degré, nous avons obtenu 3 aggravations, 2 morts et 12 améliorations. Enfin, sur 15 tuberculeux au 3e degré, le traitement a produit 7 améliorations manifestes.

Huile créosotée.

Il est inutile de résumer à nos lecteurs les communications de **MM. Gimbert** et **Burlureaux** dont la *Gazette* a publié récemment plusieurs mémoires sur ce sujet. Disons seulement que **MM. Guerder** et **Vigenaud**, médecins militaires, se sont déclarés très satisfaits de cette thérapeutique.

Huile camphrée.

MM. Huchard et Faure-Miller (Paris) ont traité des tuberculeux par des injections sous-cutanées de camphre en solution à 1/10 dans l'huile d'olive stérilisée; chaque injection est d'abord de 0 gr. 10 et est ensuite élevée à 0 gr. 25. Plus récemment ils ont ajouté du gaïacol au camphre. Ces injections sont indolentes, ne causent ni eschares, ni abcès. Au bout de 8 jours, les malades accusent un goût camphré dans la bouche. Il faut alors cesser deux jours, puis reprendre. Cette médication, qui n'a pas d'action immédiate sur le bacille, amène une grande amélioration des symptômes : retour du sommeil et de l'appétit, bonnes digestions, cessation des sueurs.

M Debacker (Roubaix) se déclare partisan de la voie hypodermique pour le traitement de la tuberculose par les antiseptiques (spartéine, arséniate de strychnine, eucalyptol, gaïacol, chlorure de zinc).

Médication tannique.

M. Arthaud a cherché, dans un travail antérieur, à montrer qu'il était avantageux de distinguer, dans l'évolution de la tuberculose pulmonaire, quatre périodes : période d'invasion, période de début, période d'état, période de sclérose. On ne saurait trop insister sur l'importance du diagnostic précoce à la période d'invasion, où la thérapeutique est toute-puissante; car à cette époque le tubercule est embryonnaire et peut passer directement à l'état scléreux, qui est le seul mode de guérison possible des tumeurs d'infection.

Le traitement de la tuberculose doit comporter deux sortes de moyens thérapeutiques, les uns destinés à combattre le parasite, les autres plus spécialement combinés en vue de favoriser la guérison de la lésion organique; ce qui revient à dire qu'il faut instituer simultanément une *médication étiologique* et une *médication symptomatique*, dont l'importance relative variera selon chaque cas particulier.

Pour la médication étiologique, il ne faut compter que sur deux agents, le tannin ou la créosote, et les recherches comparatives établissent la supériorité incontestable du premier.

Pour le second facteur de guérison, il est important d'établir une ration d'entretien peu différente de celle de l'homme normal, qui est en moyenne, le carbone étant estimé en pain et l'azote en viande, d'un kilogramme de pain et de 300 à 400 grammes de viande fraîche.

Voici le résumé de la statistique des cas que M. Arthaud a traités depuis six ans par la médication tannique :

Sur 348 malades qui ont été soignés à la période d'invasion et parmi lesquels 36 seulement ont été perdus de vue, 297 ont été guéris et 15 améliorés.

576 malades à la période de début, dont 186 perdus de vue, ont donné 4 morts, 150 améliorations et 236 guérisons.

Enfin, sur 309 malades à la période d'état, dont 144 perdus de vue, 12 sont morts, 74 ont été améliorés et 79 guéris.

Atmosphères médicamenteuses.

M. Tapret, qui a reçu le congrès dans son service hospitalier, rapporte les résultats de ses essais sur cette médication. Le problème consiste à faire absorber par les poumons un agent antiseptique ayant fait ses preuves, et il s'agit, dans l'espèce, de la créosote; et à profiter de l'augmentation artificielle de pression atmosphérique pour obtenir une absorption suffisante et utilisable en thérapeutique. L'augmentation de pression est obtenue sans peine, grâce à la cloche de P. Bert. Les tuberculeux introduits dans cette chambre métallique respirent un air qui s'est chargé de créosote en passant sur des copeaux imprégnés de cette substance. Il ne s'ensuit pas de troubles gastriques ni de phénomènes d'intoxication. Les doses employées sont d'ailleurs faibles; il est facile de les calculer approximativement en mesurant le volume de l'air inspiré. Les résultats obtenus en deux ou trois mois sont remarquables, les malades ne crachent pas et augmentent de poids. Le séjour dans la cloche doit être de quatre heures par jour.

Effets du chloroforme sur la tuberculose.

M. Desprez (Saint-Quentin), mettant à profit les propriétés antiseptiques et antibacillaires du chloroforme, l'emploie dans la tuberculose soit sous forme de pulvérisations d'eau chloroformée soit à l'intérieur. Il a pu faire ingérer à des tuberculeux 1 à 2 grammes de chloroforme par jour pendant 3 mois sans qu'il ait constaté le moindre accident; ces sujets voyaient l'expectoration et la toux diminuer notablement sous l'influence de cette médication, ce qui, d'après l'auteur, doit être attribué aux propriétés stérilisantes et anesthésiques du chloroforme.

Les lavages d'abcès froids à l'eau chloroformée lui ont donné les meilleurs résultats.

M. Marquez préconise les sels de plomb, déjà employés depuis longtemps avec succès contre les sueurs des phthisiques. Il recommande, à tous les âges, de traiter par l'*acétate de plomb* les pneumonies et broncho-pneumonies, surtout chez les sujets prédisposés à la tuberculose. On combat ainsi l'hyperthermie, la diarrhée, la dépression des forces.

M. Valenzuela (Madrid) pense que le meilleur traitement de la phthisie consiste en des inhalations presque continues d'acide osmique avec l'air suboxygéné. Dans 30 cas l'amélioration aurait été manifeste et il y aurait rétraction cicatricielle du poumon.

M. Torkomian (de Scutari) envoie une note d'où résulterait que le *stœchas* employé chez les tuberculeux en fumigations ou en teinture — débuter par 20 gouttes par jour pour arriver en augmentant de 10 gouttes par jour jusqu'à 20 et 30 grammes — aurait quelques effets destructifs sur les bacilles de la tuberculose.

On le voit, ce ne sont pas les propositions thérapeutiques qui ont manqué, et encore n'avons-nous pas insisté sur celles — que nous recommandons tout particulièrement à l'attention des organisateurs des futurs congrès — où la science n'était

pas l'unique but visé. Toutes ces médications tantôt réussissent plus ou moins, tantôt échouent. C'est qu'il faut tenir compte des

Perversions nutritives des tuberculeux.

M. Chiais (d'Evian) pense que les tuberculeux ne diffèrent pas seulement des autres hommes par leurs bacilles et leurs tubercules. Ils présentent d'autres troubles, qui peuvent exister sans tuberculose, ou ne pas exister dans la tuberculose. C'est surtout l'organisme qui peut amener la guérison. Les tuberculeux sont essentiellement disparates entre eux, car les échanges nutritifs ne se font jamais suivant un type unique, et ils ne se ressemblent même pas à eux-mêmes d'un jour à l'autre. C'est pourquoi les médications antituberculeuses ne peuvent avoir un caractère général, et c'est ce qui peut expliquer pourquoi toutes les tentatives faites dans ce sens n'ont pas eu les résultats attendus.

En général il y a chez les tuberculeux diminution de l'excrétion de l'urée, diminution de l'acide phosphorique. Ces troubles sont peut-être en rapport, comme le pense M. Quinquaud, avec une diathèse de nutrition préalable indépendante du processus tuberculeux.

Le sang du tuberculeux contient le double de la quantité d'urée que contient le sang d'un sujet normal; et cependant son urine contient moins d'urée. La température oscille chez les tuberculeux d'une façon très irrégulière. Au point de vue thérapeutique, M. Chiais recommande d'abord l'emploi de la créosote. Il y ajoute de l'hippurate de chaux à la dose de 50 centigrammes aux deux principaux repas. Sous cette influence les fonctions de la peau et de l'intestin se régularisent.

Traitement chirurgical des cavernes pulmonaires.

MM. Paul Poirier et **Jonnesco.** — L'ouverture des cavernes tuberculeuses est de date déjà ancienne. L'opération, condamnée, discréditée, a été reprise dans ces dernières années en Allemagne, en Italie, en Angleterre, etc. Elle reste très contestée et a été peu pratiquée. Les raisons de cette défaveur doivent être recherchées dans les difficultés et les dangers des procédés opératoires mis jusqu'ici en pratique. Considérant d'une part que les tuberculoses accessibles sont en majeure partie guérissables, et d'autre part que l'influence fâcheuse de la rétention des produits tuberculeux dans les cavernes ne saurait être contestée, nous avons cherché un procédé simple, facile, pratique de pénétrer sans danger dans les cavernes pulmonaires interlobaires. Nous ne parlerons ici que des cavernes qui occupent le sommet du poumon, de beaucoup les plus fréquentes. Après avoir fait des recherches sur vingt sujets tuberculeux, voici le procédé auquel nous nous sommes arrêtés. Notons d'abord : 1° que le premier espace intercostal a une hauteur moyenne de 2 centimètres (22 m/m. 4) et qu'il est un peu plus haut du côté gauche que du côté droit ; 2° que le tiers interne de la clavicule seule est thoracique ou pulmonaire, les tiers externes étant scapulaires, et que c'est au-dessous du tiers interne qu'il faut opérer, à distance des vaisseaux et nerfs sous-claviers. Il faut reconnaître l'articulation sterno-claviculaire dont l'interligne se creuse lorsque les épaules sont rejetées en arrière, et immédiatement au-dessous la saillie, très manifeste, formée par le cartilage de la première côte. L'incision commence sur le *milieu* du sternum, à deux travers de doigt (4 centimètres) au-dessous de l'interligne sterno-claviculaire; elle suit le premier espace intercostal, si, large sur une longueur de 9 centimètres, faite au thermo-cautère, elle comprend la peau et le tissu sous-cutané. Le grand pectoral apparait très mince en cette région : une sonde cannelée choisit et agrandit un interstice de ce muscle dans l'écartement duquel on voit alors l'espace intercostal avec ses muscles. Dans l'angle externe de la plaie, on peut quelquefois apercevoir la veine et l'artère thoracique antérieure et plus rarement le bord supérieur du petit pectoral; — dans l'angle interne, l'artère et la veine mammaire interne traversent l'espace à un centimètre du sternum sous les intercostaux; — la partie moyenne de la plaie est libre sur une longueur de six centimètres environ.

Les muscles intercostaux étant divisés avec prudence, par incision parallèle à l'espace, la plèvre pariétale est à nu dans une large étendue ; alors le chirurgien se comporte différemment suivant que les plèvres sont ou ne sont pas adhérentes. Il est très facile de se renseigner à cet égard : dans le cas d'adhérences, la plèvre costale épaissie, résistante, de couleur blanc mat, ne permet pas d'apercevoir le poumon sous-jacent ; dans le cas contraire, la transparence de la plèvre pariétale laisse voir les mouvements du poumon. D'ailleurs, en cas de doute, une aiguille fine et aseptique peut être enfoncée : le mouvement ou l'immobilité de son extrémité libre prononcent pour ou contre l'adhérence. S'il y a adhérence, et c'est l'ordinaire en cas de cavernes tuberculeuses, le thermocautère ouvre largement la caverne.

Quelquefois, on sera obligé de traverser une épaisseur notable d'un tissu pulmonaire farci de tubercules avant d'arriver à l'excavation ; on devra alors diriger l'instrument un peu en arrière et en haut, parallèlement à la face inférieure de la première côte, pour gagner l'extrême sommet du poumon, lieu d'élection; s'il n'y a pas d'adhérences, on provoquera leur formation et l'ouverture de la caverne sera remise à quelques jours, à moins que l'on ne préfère suturer les deux plèvres pour ouvrir immédiatement. L'opération ne demande que quelques minutes; elle paraît d'une simplicité qui étonne et n'offre aucun danger. Sur vingt sujets, elle nous a conduit vingt fois dans les cavernes. — L'analyse des observations publiées et nos recherches personnelles nous ayant appris que les cavernes apparaissent fréquemment à l'extrême sommet du poumon dont la pointe vient affleurer, comme on sait, le col de la première côte, nous avons voulu déterminer un procédé qui permit d'accéder à ces cavernes que l'auscultation localise dans le tiers interne de la fosse sus-épineuse; cette voie postérieure est moins facile et moins ménagère que l'antérieure.

L'incision, qui va de l'apophyse épineuse de la 7e cervicale (proéminente) à l'angle supérieur et interne de l'omoplate, comprend la peau et le trapèze adhérents; les bords étant rejetés de côté, il suffit alors d'écarter les fibres du rhomboïde pour apercevoir le tiers postérieur de la deuxième côte, que l'on doit réséquer sur une longueur de quatre centimètres : c'est l'affaire de deux coups d'une pince bien coupante, après que toutefois l'on aura détaché le nerf et l'artère intercostaux sous-jacents. La plèvre apparaît. Dans notre esprit, cette voie postérieure doit être réservée à certains cas spéciaux : la voie antérieure, courte et facile, permet d'ailleurs un meilleur drainage. Nous n'avons point parlé de résection costale : c'est que cette manœuvre nous paraît compliquer sans avantage le manuel opératoire d'une intervention qui est et doit rester simple et économe. C'est un drainage qui permet l'évacuation, la désinfection des cavernes en même temps que l'introduction d'agents modificateurs. Dans ces conditions l'opération peut être pratiquée par tous, il n'en peut résulter, semble-t-il, que des avantages. Nous avons relevé 29 cas d'ouverture de cavernes tuberculeuses : les résultats sont : 15 améliorations de l'état local et général ; 4 guérisons ; 9 sans résultat, 1 dont le résultat n'est pas indiqué. Encore faut-il dire que dans la plupart de ces cas le chirurgien avait eu recours à une opération compliquée, avec résection costale. Nous concluons seulement ceci : on peut, par une opération facile, n'offrant aucun danger, évacuer le contenu des cavernes tuberculeuses, les désinfecter et donner accès direct aux agents modificateurs.

TRAITEMENT DES TUBERCULOSES CHIRURGICALES

Chauffage des arthrites tuberculeuses.

M. Clado. — Le principe de la méthode consiste en la stérilisation par la chaleur, avec une température suffisante pour tirer le bacille, mais tolérable pour les tissus humains. L'expérience *in vitro* permet de voir qu'entre 60° et 70° on peut stériliser suffisamment un fragment de tissu tuberculeux. Il s'agit donc d'appliquer le procédé, ce qui est très facile avec un four portatif que l'on échauffe avec des briques. Le membre malade y est introduit enveloppé d'ouate et peut supporter une température de 110°. Sur six malades, quatre sont guéris, deux sont notablement améliorés. Il s'agit de tuberculoses du cou-de-pied et du poignet.

Chauffage et injections iodoformées.

M. Verneuil, ayant reçu les membres du Congrès dans son service de l'Hôtel-Dieu, s'est arrêté au lit de plusieurs malades atteints de tuberculose chirurgicale et a fait remar-

quer les bons effets des méthodes de douceur, injection iodoformée, iodoforme pris à l'intérieur, surchauffage des tuberculoses des extrémités (poignet et pied).

Pour se rendre compte des effets de ce dernier mode de traitement, inauguré par M. Clado et lui, M. Verneuil a conduit les membres du Congrès dans la salle de son service, réservée à cet usage; l'on y voit successivement : une ostéoarthrite grave du poignet, dont la guérison peut être considérée comme parfaite, alors que le membre avait paru fort compromis à l'entrée du malade à l'hôpital; une synovite fongueuse du médius de la main droite, traitée aussi par le chauffage alors qu'on avait agité la question d'intervention radicale : le malade est en voie de guérison parfaite.

M. Verneuil montre le dispositif : il consiste en un four formé de briques superposées « comme font les enfants avec des dominos ». Ces briques sont, avant la construction du four, portées à une température élevée; une fois le four édifié, il est recouvert d'une boîte en fer-blanc, laissant une ouverture pour passer le membre : cette boite s'oppose aux déperditions de chaleur; on peut ainsi obtenir une température de 130 degrés et plus.

Le membre enveloppé d'ouate est introduit dans l'appareil; les séances de chauffage durent une heure à une heure et demie; elles sont quotidiennes; un malade a assuré que les premiers instants seuls étaient un peu pénibles, mais qu'il s'était vite accoutumé à cette température élevée.

Après avoir montré aux membres plusieurs résultats obtenus par cette méthode, M. Verneuil présente un cas d'hybridité syphilitico-tuberculeuse chez une femme atteinte de rétrécissement spécifique du rectum, chez laquelle il a dû intervenir par la rectotomie linéaire : la malade est guérie de l'opération et son état général fort amélioré.

M. Verneuil a fait ensuite une intéressante leçon sur les bénéfices que les tuberculeux peuvent retirer de l'emploi de l'iodoforme intus et extra; il a présenté à ce sujet plusieurs malades :

Premier malade. — Mal de Pott. Enorme abcès par congestion de la fosse iliaque; injection d'éther iodoformé. Guérison complète depuis plusieurs années. Ce cas offre un intérêt particulier, car l'injection a donné lieu à la chute de quelques gouttes d'éther dans le péritoine : douleurs vives, accidents de péritonisme, vomissements. Tout est rentré dans l'ordre et le malade est en parfait état.

Deuxième malade. — Mal de Pott. Abcès par congestion, saillant à la cuisse. Deux injections d'éther iodoformé. Guérison parfaite.

Troisième malade. — Tuberculose linguale chez une femme, avec tuberculose commençante des ganglions du cou et lésions des sommets. Iodoforme à l'intérieur (5 centigrammes), applications locales de glycérine iodoformée et de solutions étendues d'acide lactique. Guérison totale de l'ulcération. Etat général redevenu satisfaisant, disparition des ganglions du cou.

Quatrième malade. — Coxalgie ayant nécessité la résection de la hanche, puis un grattage suivi bientôt d'une nouvelle intervention à la curette. Récidive des fistules; traitement de ces dernières par les instillations iodoformées. Guérison rapide et durable des fistules. Bon état général.

Cinquième malade. — Tumeur blanche du genou chez un sujet de seize ans; marche rapide de l'affection avec fistulisation; on pense d'abord à pratiquer la résection du genou. On diffère quelque temps l'opération pour essayer le traitement par les injections iodoformées qui, comme dans les cas précédents, donnent une amélioration rapide à tel point que, peu de semaines après, les fistules ont disparu. Aujourd'hui, le sujet porte un appareil silicaté et est dans un état général et local parfait.

Sixième malade. — Tumeur blanche du pied ayant nécessité l'amputation de la jambe, récidive au niveau de la tête du péroné longtemps après la première opération. Nouvelle intervention à la cuisse. Malgré des lésions pulmonaires avancées, le malade, grâce au traitement post-opératoire par l'iodoforme, fait, sans fatigue, le service d'infirmier.

Septième malade. — Pleurésie purulente traitée, au début, par l'empyème, puis la résection de plusieurs côtes (l'observation *in extenso* a été publiée dans le dernier fascicule des *Etudes sur la tuberculose*). Fistule persistante. Amaigrissement. Lésions pulmonaires. Cachexie tuberculeuse. Iodoforme à l'intérieur; injections iodoformées dans la poche pleurale. Reprise de l'état général. Cet homme fait un métier assez dur et se porte relativement bien.

En terminant, M. Verneuil insiste sur ce fait, que beaucoup de malades guéris de leur lésion locale sont en imminence de péril; il faut qu'ils suivent longtemps le traitement iodoformé, d'une façon continue; de très petites doses, toujours bien tolérées, suffisent; ce traitement si peu coûteux (cinq centimes par jour), si innocent et si facile à suivre, doit être poursuivi non des mois, mais pendant des années : à cette seule condition, on peut promettre à ces malheureux une survie de longue durée.

M. le professeur Verneuil a légèrement modifié la technique qu'il avait préconisée au début de ces applications, et laisse la canule quelque temps dans la tumeur afin de permettre à l'éther de sortir après avoir déposé l'iodoforme qu'il tenait en suspension, ce qui évite les distensions gazeuses considérables assez pénibles qu'il observait au début. M. Verneuil a en outre présenté le rein d'une femme à laquelle il a fait, la veille, une néphrectomie pour néphrite tuberculeuse; il retrace l'observation de cette malade où l'absence de symptômes généraux et locaux, l'absence de troubles dans la miction et dans l'aspect des urines n'attiraient pas l'attention du côté d'une pareille lésion, la malade ne manifestant qu'un peu de cystalgie. L'examen bactériologique avait seul indiqué la présence de quelques bacilles. Le rein, très profondément atteint, est cependant seul lésé, les granulations tuberculeuses n'ayant pas encore franchi la capsule (1).

L'action de l'iodoforme est incontestablement excellente dans ces cas. Mais l'éther a quelques inconvénients.

M. Redard a donc expérimenté l'huile iodoformée et il donne aujourd'hui les *résultats éloignés de cette injection dans les abcès froids*. M. Redard emploie l'huile comme véhicule au lieu de l'éther, qui donnait de la distension gazeuse, parfois avec gangrène, et de l'intoxication. Il nettoie auparavant la cavité de l'abcès avec l'eau naphtholée à l'aide d'un trocart ordinaire. On emploie une émulsion à 10 0/0, injectée avec des précautions aseptiques minutieuses. L'huile se résorbe rapidement et dans ces conditions on n'observe que l'effet thérapeutique si puissant de l'iodoforme. Le nombre des injections était de 2 à 3 en moyenne. Les résultats ont été très bons dans les cavités parfaitement closes et beaucoup moins satisfaisants dans les abcès à fistules et dans les plaies ouvertes. La statistique qui sert de base à ce travail est basée sur 30 cas suivis pendant 2 ans, et ayant donné 25 guérisons, même lorsqu'il y a des lésions osseuses.

Méthode de Lannelongue.

M. Coudray. — Je ne rappellerai pas ici les faits apportés par M. Lannelongue à l'appui de sa méthode sclérogène. Le nombre des observations s'accroît de jour en jour; dans son mémoire présenté à l'Académie, le 7 juillet, M. Lannelongue a indiqué le chiffre de 22, et, dans sa conférence faite à l'hôpital Trousseau le jour de l'ouverture du Congrès, il a annoncé avoir près de 40 observations.

Mes observations personnelles sont au nombre de neuf. Quatre sont relatives à des tumeurs blanches du genou non suppurées; deux à des tumeurs blanches du cou-de-pied, une suppurée et très grave, une non suppurée; deux à des adénites tuberculeuses, une à des gommes multiples de la peau.

Je ne dirai qu'un mot au point de vue de la technique de l'injection dans le mal de Pott; ce matin même, j'ai eu l'occasion de la pratiquer sur un garçon de treize ans, atteint d'un mal de Pott lombaire, portant sur les dernières vertèbres et présentant un gonflement marqué et un peu douloureux sur les côtés des apophyses épineuses, sans abcès appréciable, ni dans la fosse ilio-lombaire, ni dans le bassin. Sur l'adulte,

(1) **M. Duret** a soumis au Congrès sur le traitement de la tuberculose rénale quelques considérations que nous rapprocherons de la pièce présentée par M. Verneuil, et à laquelle nous avons fait allusion. M. Duret, après avoir montré que l'intervention ne saurait être légitime que si les lésions sont limitées au rein, s'est déclaré en principe partisan de la néphrotomie, bien moins grave que la néphrectomie, et qui n'empêche pas la néphrectomie secondaire. Il faut savoir, d'ailleurs, que parfois, au cours d'une néphrotomie faite dans ces conditions, les difficultés opératoires peuvent conduire à faire séance tenante la néphrectomie sous-capsulaire; c'est ce qu'a fait deux fois M. Duret, et une de ses malades est actuellement bien portante, un an après l'opération.

il faut prendre pour point de repère le sommet de l'apophyse transverse de la vertèbre qu'on veut injecter. Le sommet de cette apophyse se trouve à 4 centimètres et demi ou 5 centimètres en dehors de l'apophyse épineuse de la vertèbre correspondante et sur un plan supérieur à celui du sommet de l'apophyse épineuse elle-même.

Il en résulte qu'après avoir reconnu avec le doigt et l'aiguille le sommet de l'apophyse transverse, il suffit de se porter immédiatement au-dessous ; en dirigeant l'aiguille perpendiculairement à la direction de l'apophyse épineuse, on arrive directement sur la face latérale de la vertèbre. Il faut se munir d'aiguilles longues de 10 centimètres environ.

En procédant ainsi, j'ai injecté de chaque côté, sur les deuxième, troisième et quatrième vertèbres lombaires, en tout douze gouttes de la solution au dixième, en six piqûres à la surface du tissu osseux lui-même. Il est vraisemblable de croire que l'irritation provoquée par le liquide sera susceptible, entre autres effets, d'amener, comme nous le voyons sur le fémur, une ostéite productive favorable à une guérison plus prompte et à la surface du périoste des densifications contribuant pour leur part à limiter et à arrêter les lésions en évolution.

Toutes mes observations présentent la physionomie de la marche qu'a tracée M. Lannelongue ; les mêmes phénomènes se déroulent successivement avec une précision pour ainsi dire mathématique. La transformation complète en dix-huit jours que j'ai obtenue des fongosités du genou, dans l'observation II, concorde avec les dates marquées par lui pour la sclérose; elle peut être complète à partir de quinze jours.

Nous notons, comme M. Lannelongue, les modifications osseuses et il y a lieu d'y insister. Au point de vue de la sensibilité, nous voyons un changement complet s'opérer en trois jours dans un cas ; on peut toucher un fémur sans réveiller de douleur, alors qu'il était très douloureux avant l'injection. Est-ce là une auto-suggestion chez un malade nerveux? quoi qu'il en soit, je note le fait. Moins extraordinaire est l'absence de douleur des os chez une malade au bout de dix-huit jours, alors qu'elle présentait une grande sensibilité du squelette avant le traitement.

L'hospitalisation des tuberculeux

a donné lieu à diverses communications, où la question, il est vrai, a été prise à un point de vue assez spécial. On ne s'est guère demandé — et nous le regrettons — jusqu'à quel point il serait bon d'isoler les phthisiques, de les réunir même en des hôpitaux spéciaux; on a étudié surtout la climatothérapie, chaque orateur semblant prêcher un peu pour son saint.

M. Leroux a indiqué les excellents effets de la *thalassothérapie* sur les enfants scrofulo-tuberculeux et il a insisté sur la nécessité d'un séjour prolongé, grâce auquel on obtient à Berck, à Arcachon de 70 à 90 0/0 de guérisons, tandis qu'en Italie, dans les établissements à court séjour, les résultats sont bien moins bons. Mais les tuberculoses viscérales, pulmonaires surtout, sont une contre-indication formelle.

M. Vidal (d'Hyères) est au contraire partisan de ce qu'il appelle le *traitement saccadé* : séjours courts et retours fréquents au sanatorium. Mais **M. Armaingaud** (Arcachon) se prononce en faveur des longs séjours; pendant les 3 premiers mois les enfants augmentent en poids et stature au delà de la normale, puis ils reviennent à la normale. D'après tous les orateurs, c'est surtout les scrofulo-tuberculeux et les candidats à la tuberculose qui bénéficient de ce traitement.

Après la thalassothérapie, voici venir l'*aérothérapie*, d'abord avec une note de **M. Dubrandy** (d'Hyères) sur l'aération continue de la chambre des phthisiques; puis avec une communication de **M. Sabourin** (de Vernet-les-Bains) sur l'influence des climats d'altitude en général et du Canigou en particulier.

M. L. Petit, enfin, a exposé l'état de l'*Œuvre d'Ormesson* pour les enfants tuberculeux. Il existe à Paris un dispensaire pour traitement externe; il y a de plus un sanatorium, un hôpital d'isolement; il reste à construire un sanatorium maritime et une ferme-école.

Prophylaxie de la tuberculose.

M. Verneuil. — Je serai bref et vous soumettrai des conclusions relatives à la prophylaxie de l'enfance tuberculeuse. On n'aurait du reste qu'à copier celles relatives à la prophylaxie de la syphilis héréditaire. Quand il s'agit d'une femme syphilitique enceinte, on prescrit un traitement spécial. Le fait-on pour la tuberculose ? De même pour la femme syphilitique mariée. Le médecin l'engage, elle et son mari, de s'abstenir de faire des enfants. On ne fait rien de semblable pour la tuberculose; pourquoi ? Plusieurs cas montrent que des enfants tuberculeux proviennent de parents qui se trouvaient en puissance de la diathèse au moment de la conception. Le médecin devrait faire comme avec une syphilitique, et dire au père ou à la mère : Avant de faire des enfants, attendez que votre abcès froid, ou votre tumeur blanche soit guérie.

M. Verneuil annonce en même temps que l'œuvre de la tuberculose a fondé un prix de 3,000 fr. pour le meilleur travail sur les moyens de déceler la tuberculose latente.

Typhobacillose.

M. Landouzy. — Il s'agit, dans les faits dont il veut parler, de tuberculose bacillaire ne présentant en rien la physionomie clinique de la tuberculose vulgaire, pas plus de la phthisie chronique que de la tuberculose rapide ou aiguë classique. Les malades dont il s'agit sont de véritable typhiques, de véritables dothiénentériques, chez lesquels il ne manque qu'un seul signe de la vraie dothiénentérie : la présence des taches rosées lenticulaires.

La plupart de ces malades étaient entrés à l'hôpital avec le diagnostic de fièvre typhoïde; quand ils mouraient, on trouvait à l'autopsie, non pas les lésions de cette maladie, mais la présence de granulations tuberculeuses jeunes. Ces malades ne meurent pas avec les lésions ordinaires de la phthisie ou de la granulie ; ils succombent comme succombent les varioleux dans la période prévariolique. C'est pourquoi M. Landouzy a donné à cette affection le nom de fièvre bacillaire prétuberculeuse à forme typhoïde. C'est une maladie infectieuse chez des malades en puissance de bacilles, maladie qui diffère essentiellement de la granulie. C'est là une nouvelle note spéciale de la tuberculose, c'est une nouvelle typhisation, non pas éberthienne, mais par le bacille de Koch. C'est pourquoi encore M. Landouzy lui avait primitivement donné le nom de typho-bacillose. Il a recueilli 17 observations qui ne peuvent laisser aucun doute sur l'existence de cette nouvelle forme de tuberculose. Il n'en citera qu'un exemple. Un enfant de neuf ans présente le tableau symptomatique complet de la dothiénentérie, sauf les taches rosées lenticulaires; en raison de l'absence de ce signe, M. Landouzy fait des réserves sur le diagnostic et sur le pronostic. Cet enfant, guéri, part pour la campagne en convalescence et revient encore un peu pâle, maigre et grognon. Cinq mois après il est atteint d'une méningite tuberculeuse, à laquelle il succombe en cinq jours. Il s'agissait donc là, comme dans les autres cas, d'un typhique malmené non par le bacille d'Eberth, mais par le bacille de Koch.

Diagnostic de la tuberculose sur les animaux au moyen de la lymphe de Koch.

M. Cagny. — Il a été fait tout récemment, dans le grand-duché de Bade, des expériences fort intéressantes sur l'action de la tuberculine de Koch chez les bovidés, et l'on est arrivé à ce résultat, à savoir, que la réaction ne manque jamais chez les animaux tuberculeux, contrairement à ce qui a été dit par d'autres observateurs.

Pour donner une idée de la minutieuse exactitude avec laquelle ces expériences ont été réalisées, il me suffira de citer un exemple : trente animaux ont été pris au marché et ont reçu des injections de tuberculine; leur température a été prise d'heure en heure par une escouade de vétérinaires se relayant toutes les quatre heures, et chaque fois, pour plus de certitude, la température était prise par deux personnes différentes, et l'on prenait la moyenne des deux températures notées. La réaction fébrile n'a été observée que chez quatre bêtes; or, toutes ont été abattues et l'on n'a constaté la tuberculose que chez les quatre animaux qui avaient présenté la réaction fébrile.

Si l'on n'a pas toujours eu la réaction, cela tient à la différence des lésions, et l'on sait parfaitement que la réaction est

d'autant moins nette que les lésions sont moins prononcées, parce que les animaux ont alors des températures tout à fait irrégulières.

On a dit que, généralement, c'était de la onzième à la quatorzième heure que la réaction se produisait. Cela n'est pas exact, car on peut l'observer dès la quatrième heure.

D'autre part, il est bon de remarquer, pour expliquer les résultats contradictoires obtenus par différents observateurs sur les effets de la tuberculine, que Koch reconnaît lui-même que sa lymphe ne peut présenter une régularité absolue dans son action, en raison de l'impossibilité matérielle d'avoir, pour la préparer, des cultures toujours identiques.

J'ajouterai que j'ai étudié personnellement la lymphe française, c'est-à-dire la lymphe de M. Gautrelet, et qu'elle m'a donné, comme on l'avait annoncé, des résultats tout à fait analogues à ceux de la lymphe de Koch.

Histogenèse du tubercule hépatique expérimental.

MM. A. Gilbert et J. Girode. — Nous avons étudié spécialement la part que prennent ou non les cellules hépatiques à la constitution des tubercules. Dans le foie d'un lapin sacrifié 15 jours après une inoculation de tuberculose humaine, nous avons trouvé un très grand nombre de cellules hépatiques en karyokinèse ; toutes les figures étaient représentées, mais les éléments en multiplication étaient disséminés partout sans prédominance au niveau des tubercules, et ils ne contenaient pas de bacilles.

Nous avons vu, après Koch, Yersin, Gilbert et Lion, que les granulations ont essentiellement pour point de départ les leucocytes. Sous l'influence des bacilles, ceux-ci se transforment en cellules épithélioïdes et géantes. On trouve tous les intermédiaires entre la cellule épithélioïde la plus simple mononucléée et dérivant d'un seul leucocyte, et les formes géantes à noyaux multiples centraux ou le plus souvent périphériques, résultant de la coalescence et de la fusion de plusieurs éléments migrateurs.

Au niveau des tubercules, les capillaires se distendent et les travées parenchymateuses sont refoulées. Tantôt les cellules hépatiques s'allongent, montrent un protoplasma atrophique, et un noyau qui, loin de se diviser, s'atrophie et ne prend presque plus les colorants. Ailleurs le protoplasma disparait seul; les noyaux conservent tous leurs caractères et se reconnaissent quelque temps au milieu des tubercules, leur teinte plus claire et leur grand diamètre les distinguant des noyaux leucocytiques. On ne peut dire ce qu'ils deviennent ultérieurement, s'ils disparaissent par atrophie, ou si, parmi les noyaux en karyokinèse dans les tubercules, il en est qui émanent des cellules hépatiques.

Quoi qu'il en soit, contrairement à Baumgarten nous n'avons pas trouvé que les cellules hépatiques prissent part à la constitution initiale des tubercules. Leur rôle passif est incontestable dans les conditions expérimentales où nous nous sommes placés, et il se conçoit aisément si l'on considère qu'à la suite des injections intra-veineuses de tuberculose bovine (Yersin) ou aviaire (Gilbert et Lion), ou humaine (Gilbert et Girode), une double protection est formée à ces éléments par les leucocytes et les cellules endothéliales des capillaires.

Les recherches que nous avons faites sur l'histogenèse du tubercule hépatique à la suite des injections de culture aviaire nous ont portés à penser que les cellules endothéliales ne restent pas indifférente à la constitution des lésions, mais il est certain que les bacilles se trouvent essentiellement aux prises avec les leucocytes. De ce conflit naissent les éléments des tubercules, qui englobent d'une part les bacilles, et étouffent d'autre part les cellules hépatiques.

On peut supposer d'ailleurs que, dans des conditions d'expérimentation différentes et moins favorables à l'intervention des cellules migratrices, les éléments fixes des tissus pourraient prendre une part initiale très active à la composition des tubercules. Aussi ne tirons-nous aucune conclusion absolue et générale de nos constatations.

Tuberculose rétro-malléolaire.

M. Clado désigne sous ce nom une forme clinique de tuberculose qui débute par le tissu cellulaire rétro-malléolaire ou par les points osseux qui limitent l'espace rétro-malléolaire. Les gaines tendineuses et les articulations voisines restent indemnes, ainsi que le prouvent les considérations cliniques sur lesquelles l'orateur s'appuie.

Tuberculose hémilatérale.

M. Clado a réuni dix observations de tuberculose restant toujours localisée dans une moitié du corps, malgré une très longue période d'évolution. Il a observé également deux cas où la tuberculose hémilatérale s'est compliquée de la présence d'un fibrome et d'un adénome du sein du côté opposé à celui qui était envahi par la tuberculose (dissociation de la diathèse arthritico-tuberculeuse chez le même individu).

Tuberculose et paludisme.

M. Kohos (Tunisie) a trouvé que très fréquemment les sujets paludéens mouraient de tuberculose, et il pense que l'anémie produite par la malaria est la cause prédisposante de cette infection secondaire. Il en conclut que la transfusion du sang, dans les cas très graves de fièvre pernicieuse, pourrait être employée non seulement pour remédier à la malaria mais encore pour prévenir la tuberculose.

CONGRÈS INTERNATIONAL D'HYGIÈNE ET DE DÉMOGRAPHIE A LONDRES

Beaucoup de nos abonnés recevant en même temps la *Revue d'hygiène*, nous ne donnerons ici avec quelques détails que l'analyse des communications se rapportant plutôt à la médecine proprement dite. Pour l'hygiène et la démographie, tous nos lecteurs qui en feront la demande recevront à titre gracieux le numéro spécial que la *Revue d'hygiène* consacrera aux travaux du Congrès.

Infections d'origine buccale.

M. Millner (Berlin). — Les microbes pathogènes que l'on rencontre dans la bouche sont très nombreux; les principaux sont plusieurs micrococques, parmi lesquels surtout le pneumocoque, le micrococcus tetragenus, le spirillum sputigenum. La salive de 111 individus sains ayant été inoculée à autant de lapins, 101 de ces animaux sont morts. Ces expériences permettent de diviser ces microbes en deux espèces, les uns tuant par septicémie, les autres causant des suppurations profuses. On ne saurait dès lors s'étonner qu'il y ait un si grand nombre d'infections locales ou générales ayant une origine buccale : ce sont les caries, les pulpites, les abcès alvéolaires (et M. Millner cite des cas où ces abcès ont causé la mort); les ostéites de la mâchoire, capables d'aller jusqu'à la nécrose, les fistules persistantes; les septicémies et les pyohémies d'origine dentaire. C'est encore parmi ces accidents infectieux qu'il faut ranger les accidents de la dent de sagesse, la pyorrhée alvéolo-dentaire. Parmi les lésions locales se rangent encore les diverses stomatites, les aphthes, le noma, les parotidites, la diphthérie, la tuberculose. On conçoit dès lors avec quelle facilité des complications infectieuses peuvent survenir après des opérations pratiquées sur la bouche. Ce n'est pas tout et de la bouche peuvent partir des infections à distance : tels sont bien des adénophlegmons du cou; ou bien c'est du côté du poumon que les microbes iront causer la pneumonie ou la gangrène; ou bien encore, après déglutition d'eux ou de leurs produits de putréfaction, on observera des accidents digestifs. Cela étant, l'hygiène buccale, basée sur la désinfection par les antiseptiques, doit être prise en grande considération.

M. H. Sewill (Londres) considère la carie dentaire comme d'origine microbienne. C'est un processus de désintégration qui débute toujours par la surface, et l'on peut produire la carie *in vitro* en faisant agir sur des dents maintenues à la température et à l'humidité voulues les micro-organismes buccaux. La carie exige en outre pour se produire un milieu acide, lequel d'ailleurs a pour origine les fermentations intrabuccales et est ainsi, lui aussi, d'origine microbienne. Dans ce milieu, les bactéries prolifèrent entre les fibres et dans la substance organique de la dentine, où ils pénètrent à la faveur d'érosions de l'émail. A cet égard les rugosités, les petites cavités où peuvent se loger des débris sont importantes. Or, si on peut agir pour obtenir préventivement la désinfection buccale relative, on ne peut rien contre les prédispositions anatomiques apportées dès la naissance par les dents dans leur structure et leur conformation. Les rugosités dentaires sont dues pour

beaucoup à la petitesse et aux déformations des arcades alvéolaires, dispositions caractéristiques des races civilisées.

M. G. Cunningham. — Le défaut d'hygiène personnelle est la cause directe des maladies de dents qui sont si fréquentes dans l'enfance et dans la période scolaire. La fréquence de la carie dentaire et des autres maladies qui dépendent des dents est démontrée par les statistiques qui sont envoyées à la division de démographie par la commission spéciale nommée à cet effet par l'Association britannique des dentistes.

La fréquence de la carie dépend des défauts de structure des dents d'origine héréditaire, de l'hypérémie, qui résulte du surmenage intellectuel, de la mauvaise position des dents et de l'accumulation de matières susceptibles de fermentation sur ou contre les dents.

Normalement, les dents sont ou devraient être un ornement; pour le médecin et le dentiste, elles constituent une machine à broyer. Du bon fonctionnement de cette machine dépend la nutrition et de la nutrition dépend le développement physique et intellectuel de l'individu.

La défectuosité dans la structure dentaire est attribuable, en partie au moins, non seulement à un appauvrissement pendant la période de la formation dentaire chez l'embryon, mais aussi à un défaut de nutrition pendant l'enfance. L'usage insuffisant des dents de lait pour la mastication entraîne un manque relatif de nourriture et un développement incomplet de la seconde dentition. Il résulte de la même cause un arrêt de développement des mâchoires qui diminue l'emplacement pour les dents et les oblige à empiéter les unes sur les autres. C'est là une condition très favorable à la production de la carie dentaire.

Quand l'enfant commence à se servir de ses dents, il devient nécessaire de prendre des précautions hygiéniques. On peut considérer la bouche comme une étuve à cultures, car elle réalise non seulement les conditions de chaleur, d'humidité que comporte un tel appareil, mais les microbes y sont invariablement présents.

Dans une bouche rendue scientifiquement propre, il ne saurait y avoir de la carie dentaire. Puisque la carie attaque aussi bien les dents temporaires que les dents permanentes, il importe de commencer par le traitement des dents de lait. L'importance des soins à donner aux premières dents est démontrée par les lésions qui résultent de la négligence, lésions qui se traduisent par des troubles divers, de l'insomnie, par une digestion défectueuse due au broiement imparfait des aliments et par le développement incomplet des dents et des mâchoires.

Devant la section d'hygiène navale et militaire, M. G. Cunningham a donné une étude statistique de la carie dentaire chez les matelots pour prouver que, quoiqu'on exclue du service les hommes atteints de mauvaises dents, la carie existe cependant dans la marine et que dès lors on doit demander, ce qu'on ne fait pas actuellement, au médecin de marine des connaissances en art dentaire. Actuellement, l'extraction est le seul traitement employé et trop souvent elle est faite à bord par des personnes étrangères à la médecine.

Sur l'infection hémorrhagique.

M. Babès (de Bucharest). — Comme dans la septicémie, on peut distinguer aussi dans l'infection hémorrhagique, selon les espèces de microbes qui en sont la cause, trois groupes : *a*) un groupe d'infections produites par des bacilles spécifiques hémorrhagiques; *b*) un groupe de septicémies gangréneuses dont la complication hémorrhagique est causée par l'action de divers bacilles saprogènes associés ordinairement avec des microbes pathogènes, qui acquièrent dans l'organisme la faculté de pénétrer dans l'économie et de causer, par eux-mêmes ou par leurs produits chimiques, des hémorrhagies; *c*) les microbes de l'infection des plaies et particulièrement certains streptocoques virulents produisant, en même temps qu'une sorte de septicémie, des hémorrhagies multiples.

Certains microbes spécifiques de l'infection hémorrhagique ressemblent aux microbes de la septicémie hémorrhagique des animaux; ces microbes ont produit une infection hémorrhagique liée, comme dans certaines septicémies hémorrhagiques des animaux, à des pneumonies ou à des néphrites.

Bien que les auteurs décrivent des cas purs d'infection hémorrhagique (maladie de Werlhof), une analyse attentive des observations et surtout l'examen des cadavres ont permis de reconnaître, au moins dans les cas que j'ai examinés, une porte d'entrée de l'infection sous la forme d'une pharyngite, amygdalite, bronchite, entérite, d'une maladie ou d'une plaie de la peau ou du système uro-génital, enfin d'une maladie infectieuse antérieure.

Dans les cas d'infection hémorrhagique regardés comme purs et dus à un bacille spécifique (Kolb), il manque la description de l'état des amygdales, dont l'inflammation gangréneuse doit être regardée comme une des causes fréquentes de l'infection hémorrhagique.

On ne peut pas admettre, comme le veulent certains auteurs, une étiologie unique ni pour les différentes infections hémorrhagiques ni pour certaines formes cliniques de cette affection; cependant, il faut admettre qu'il y a des groupes limités de cas reconnaissant comme cause les mêmes microbes. C'est ainsi que Tizzoni, Giovannini, Kolb et moi avons eu affaire chacun à des cas d'infection hémorrhagique, dont chaque groupe est causé par un microbe spécial.

On peut assimiler les différents cas d'infection hémorrhagique, par leur étiologie variable et probablement aussi par leur nature secondaire, aux septicémies en général, et c'est surtout une inflammation, avec caractère putride, des amygdales et des bronches qui donne les infections hémorrhagiques qu'on avait regardées comme primitives.

Les microbes produisant l'infection hémorrhagique agissent donc ordinairement comme des parasites hémorrhagiques *facultatifs* et rarement *obligatoires*. Leur mode d'action consiste ou dans une dégénérescence des organes internes, notamment du foie, ou dans une modification particulière de l'organisme. Les cultures de certains de ces microbes, filtrées, des albumoses ou des enzymes tirées de ces cultures produisent même des hémorrhagies.

Nécrose bactérienne du foie.

M. D. J. Hamilton (d'Aberdeen) dit que la nécrose bactérienne du foie a été décrite par Eberth, Schütz, Mc Fadyean et par lui-même chez les animaux, et Wilks a constaté un processus semblable chez l'homme. La maladie se manifeste par des nodules arrondis ou à contour irrégulier situés dans le parenchyme du foie, soit profondément, soit formant des bosselures à la surface. En règle générale, ces masses sont dures, de couleur jaune et ressemblent à des néoplasmes. Par le microscope on peut constater qu'elles ne sont autre chose que des fragments de la substance hépatique en état de nécrose. Toutefois la forme des cellules et la disposition des lobules sont plus ou moins conservées. Le tractus nécrosé traverse souvent un lobule ou bien en enlève une certaine partie, ce qui prouve que la lésion ne dépend pas d'un trouble de l'appareil vasculaire. A l'intérieur des vaisseaux portes ou envahissant les bords de la masse nécrotique, se trouvent de nombreuses colonies de microbes, le plus souvent des bacilles. Le processus nécrotique dépend évidemment de la présence de ces collections microbiennes; mais il est à noter que leur présence ne détermine ni suppuration ni lésions secondaires dans les autres organes. On n'a pu, jusqu'ici, étudier d'une manière satisfaisante l'étiologie de la maladie; toutefois, Schütz dit avoir inoculé cette affection à des lapins et à des souris.

Etiologie de la malaria.

M. Laveran (Paris). — L'hématozoaire que j'ai signalé dès 1880 chez les malades atteints de paludisme a été retrouvé par un grand nombre d'observateurs, et son existence n'est plus sérieusement contestée.

Les caractères morphologiques de cet hématozoaire étant bien connus aujourd'hui, je rappellerai seulement ici les principales formes sous lesquelles il se présente :

Corps sphériques. — Ces éléments, dont le diamètre varie de 1 à 8 ou 10 μ, sont libres dans le sérum, ou bien ils adhèrent à des hématies qui pâlissent à mesure que grandissent les parasites; ils sont animés parfois de mouvements amiboïdes et ils renferment, sauf à leur premier degré de développement, des grains de pigment.

Flagella. — Sur les bords des corps sphériques arrivés à leur développement complet, on aperçoit quelquefois, dans le sang frais, des flagella en nombre variable animés de mouvements très vifs; ces flagella finissent par se détacher des corps

sphériques et, devenus libres, ils se perdent au milieu des hématies.

Corps en croissant. — Ces éléments sont cylindriques, plus ou moins effilés aux extrémités, d'ordinaire incurvés en croissant; ils mesurent de 8 à 9 μ de long; vers la partie moyenne, on distingue une tache noirâtre formée par des grains de pigment. Ces éléments peuvent prendre la forme ovalaire ou la forme sphérique; ils ne sont pas doués de mouvements.

Corps en rosace. — Eléments régulièrement segmentés, avec un petit amas de pigment au centre; les segments prennent la forme sphérique au bout de quelque temps et l'élément se désagrège. Les corps en rosace paraissent correspondre, comme l'a dit Golgi, à un des modes de multiplication de l'hématozoaire. Enfin, on constate dans le sang des malades atteints de paludisme, des leucocytes mélanifères. La mélanémie, si prononcée chez les sujets qui succombent à des accès pernicieux, avait attiré depuis longtemps l'attention des observateurs, mais on ne s'expliquait pas pourquoi il y avait formation de pigment. La constatation de parasites pigmentés a donné la solution de ce problème; les leucocytes s'emparent des parasites, et c'est ainsi qu'ils deviennent mélanifères.

Les flagella ne peuvent être étudiés que dans le sang frais, mais les autres éléments se voient bien dans le sang conservé.

La dessiccation rapide et la fixation par la chaleur réussissent très bien pour l'étude du sang palustre; on colore à l'aide d'une solution concentrée de bleu de méthylène ou de violet de gentiane; on peut obtenir une double coloration en faisant agir successivement, sur le sang desséché, une solution aqueuse concentrée d'éosine qui colore les hématies en rose, et la solution aqueuse concentrée de bleu de méthylène qui colore en bleu les leucocytes et les éléments parasitaires.

Quelques observateurs disent avoir réussi à mettre en évidence des noyaux dans les corps sphériques et aussi dans les corps en croissant.

Golgi et Piétro Canalis admettent trois variétés d'hématozoaires du paludisme, Crassi et Feletti en admettent deux. Les différentes formes sous lesquelles se présente le parasite du paludisme paraissent appartenir à un même sporozoaire polymorphe, ainsi que j'ai essayé de le démontrer récemment.

Des hématozoaires analogues au parasite du paludisme existent chez différents animaux. Tel est le *drepanidium ranarum* décrit par Gaule et Ray Lankester, tels sont surtout certains hématozoaires des lézards, de la tortue des marais et des oiseaux dont nous devons la connaissance à Danilewsky.

On trouve dans le sang de plusieurs espèces d'oiseaux un hématozoaire si voisin de celui du paludisme, que plusieurs observateurs ont pu soutenir qu'il s'agissait d'un seul et même parasite.

Grassi et Feletti, Celli et Sanfelice ont étudié, après Danilewski, cet hématozoaire des oiseaux; moi-même j'ai réussi à le retrouver dans le sang du geai et de l'alouette.

Ce parasite se rencontre le plus souvent à l'état d'inclusion dans les hématies; il se présente à son premier degré de développement sous l'aspect de petits éléments sphériques de 1 μ environ de diamètre, hyalins, formant des taches claires dans les hématies dont la forme est conservée; on distingue d'ordinaire au centre de chacun des éléments parasitaires un ou plusieurs grains de pigment. Ces petits corps grossissent, et les grains de pigment se multiplient à l'intérieur. Tantôt l'hématozoaire garde la forme sphérique en se développant, tantôt il prend une forme allongée; il a alors l'aspect d'un vermicule dont le grand axe est parallèle au grand axe de l'hématie qui le renferme et dont les extrémités se replient parfois autour du noyau. L'hématie se déforme, se renfle, le noyau est refoulé et disparaît quelquefois.

Arrivé à son développement complet, l'hématozoaire devient libre; il se présente alors sous la forme d'un corps allongé ou sphérique du volume d'un leucocyte environ, pigmenté. Les grains de pigment sont animés parfois d'un mouvement très vif et les corps sphériques donnent naissance à des flagella qui ont la plus grande ressemblance avec les *flagella* du sang palustre ; enfin, on observe quelquefois des corps en rosace ou segmentés.

L'analogie de ce parasite avec l'hématozoaire du paludisme est très grande; il existe toutefois de notables différences : on n'observe pas, dans le sang de l'oiseau, de corps en croissant; les éléments parasitaires de l'oiseau sont endoglobulaires jusqu'à la dernière phase de leur existence, tandis que, dans le sang palustre, on les trouve souvent à l'état libre; les mouvements amiboïdes des corps sphériques sont bien plus marqués dans l'hématozoaire du paludisme que dans l'hématozoaire de l'oiseau.

D'autre part, l'hématozoaire décrit ci-dessus s'observe chez des oiseaux provenant de régions non palustres et souvent il ne donne naissance, chez les animaux qui en sont porteurs, à aucun trouble morbide.

Enfin et surtout, si l'hématozoaire des oiseaux était identique à celui du paludisme de l'homme, on devrait réussir à inoculer l'hématozoaire du paludisme aux oiseaux; or, jusqu'ici, cette expérience n'a donné que des résultats négatifs. En 1889 et 1890, j'ai injecté à plusieurs reprises dans les veines du geai du sang palustre, et le résultat de ces expériences a été négatif; Celli et Sanfelice ont inoculé sans plus de succès du sang palustre à différents oiseaux.

Les hématozoaires des oiseaux décrits par Danilewsky paraissent donc appartenir à une autre espèce que l'hématozoaire du paludisme; l'étude de ces parasites, les plus voisins de ceux du paludisme que l'on connaisse, n'en est pas moins intéressante; on peut espérer en effet qu'elle facilitera celle de l'hématozoaire du paludisme et qu'elle permettra d'éclaircir quelques-uns des points encore obscurs de l'histoire de ce parasite.

M. Crookshank pense, comme M. Laveran, que les fièvres palustres doivent être attribuées à la présence de parasites dans le sang. Les observations rapportées tendent à prouver que les corps figurés décrit par M. Laveran en sont la cause, mais il ne faut pas oublier que des corps en tous points semblables ont été trouvés dans le sang d'animaux sains.

M. W. Vorth admet que le sang s'altère chez les sujets atteints de fièvre palustre, mais ne peut admettre que la maladie dépende uniquement de ces altérations. La plasmodie n'a jamais pu être découverte dans l'air, dans le sol, dans l'eau. L'injection, dans le sang, d'une infusion de terre provenant des régions à malaria, n'a pas donné de résultats. La malaria est probablement due à la présence dans le sang d'un micro-organisme d'un ordre plus élevé que celui de M. Laveran.

Il n'est, d'autre part, pas rare que des opérations chirurgicales simples dans les climats tropicaux soient suivies des fièvres intermittentes. Il se peut même que la cause de la malaria ne soit pas un parasite. La maladie pourrait être le résultat de chocs répétés portés au système thermogène par quelque condition climatérique encore inconnue.

M. Hueppe (de Prague) partage au contraire presque entièrement les opinions de M. Laveran, qui paraît avoir nettement démontré les rapports qui existent entre son hématozoaire et la malaria.

M. Anderson (des Indes anglaises) s'élève contre les arguments de ceux qui ne voient dans la malaria qu'une condition morbide due aux influences climatériques ou *a frigore* et en particulier cite le cas de l'île Maurice où il semble bien qu'on ait à un moment donné importé l'infection malarienne.

Les bactéries de l'intestin grêle chez l'homme.

M. Allan Mac Fadyean. — Chez une femme qui avait été opérée d'une hernie étranglée et qui portait un anus artificiel, j'ai étudié pendant 6 mois les matières qui s'écoulaient par la fistule dans le but de déterminer la nature et les fonctions des bactéries de l'intestin grêle et leurs relations avec les fonctions digestives. Mes recherches ont porté sur les matières qui s'écoulaient de la fistule : 1° pendant une alimentation formée surtout de matières protéiques; 2° pendant une alimentation formée principalement de substances hydrocarbonées. Toutes les formes de bactéries existent dans l'intestin grêle : champignons, levures et schyzomycètes. Il n'y a pas de forme parasitaire constante et particulière à l'intestin grêle comme est le bacillus coli communis pour le gros intestin. Les bactéries rencontrées dans l'intestin changent au bout d'un certain temps ou après un changement de régime; les bactéries isolées peuvent vivre à la façon des anaérobies. Les bactéries de l'intestin grêle décomposent particulièrement les substances hydrocarbonées; elles ont une action nulle ou très

faible sur les substances protéiques. Les acides hydrocarbonés et principalement l'acide acétique ainsi formés diminuent l'activité des bactéries contenues dans l'intestin grêle; ces acides s'opposent également au développement des organismes de la putréfaction, de sorte qu'on ne rencontre pas d'organismes de la putréfaction dans l'intestin grêle, tandis qu'il en existe dans le gros intestin dont le contenu a une réaction alcaline. Les produits de décomposition des substances hydrocarbonées sont l'alcool éthylique, l'acide acétique, l'acide succinique, l'acide lactique, l'acide carbonique et l'hydrogène. La production de ces substances aux dépens de la dextrose doit être considérée comme une perte pour l'organisme. L'activité des bactéries de l'intestin grêle ne peut être considérée comme un adjuvant des actes digestifs normaux.

Organismes pyogènes.

M. Max Gruber. — J'ai constaté les propriétés pyogènes d'un nouveau micro-organisme, le micromyces Hoffmanni, qui appartient à la classe des hyphomycètes, lesquels ressemblent très étroitement à l'actinomyces. Comme ce dernier, ce champignon est formé de minces tubes ramifiés terminés par des extrémités épaissies et quelquefois claviformes. Sur l'agar, il détermine la production d'acide acétique, et chez les lapins son injection sous-cutanée détermine la production d'une inflammation suppurative et la formation d'abcès.

M. Crookshank. — Le streptococcus pyogenes se rencontre souvent dans les abcès, dans les maladies comme la scarlatine et la diphthérie qui s'accompagnent fréquemment de complications septiques, dans les suppurations consécutives aux opérations chirurgicales. Les cultures de ce micro-organisme se modifient avec le temps, et diffèrent suivant les milieux dans lesquels elles se font. Les cultures sur gélatine sont quelquefois légèrement pointillées, d'autres fois elles sont plus opaques à un degré variable et ont également une forme variable. Les cultures dans le bouillon varient également d'aspect suivant la composition du bouillon, sa température et d'autres conditions difficiles à déterminer. L'addition de glycérine modifie matériellement l'aspect de la culture. Le streptococcus recueilli chez les bovidés présente dans ses caractères morphologiques et dans les caractères de ses cultures des variations plus considérables que celui recueilli chez l'homme; les différences dans l'aspect des cultures sont plus prononcées que celles qui séparent le streptococcus pyogenes de l'homme du streptococcus de l'érysipèle. Il en résulte que ce sont des variétés mais non des espèces distinctes.

Le cancer maladie infectieuse.

MM. Shattock et Ballance. — On n'a jamais pu cultiver de micro-organisme spécifique provenant des tumeurs malignes; mais ce n'est pas une raison pour refuser au cancer le caractère infectieux. L'injection de suc cancéreux ou l'inoculation sous-cutanée de tissus cancéreux aux animaux a donné à plusieurs auteurs des résultats positifs et les échecs ne doivent pas être considérés comme des arguments sérieux à opposer à cette théorie, car il semble nécessaire que les tissus inoculés soient vivants et il se peut que les cellules cancéreuses de l'homme inoculées aux animaux inférieurs cessent de vivre dans leur organisme comme il arrive pour les globules du sang d'un animal transfusés à un autre animal d'espèce différente. Le cancer doit être regardé parfois comme une maladie locale, de même que l'infection tuberculeuse peut rester locale au moins pendant un certain temps, tels sont par exemple les épithéliomas de la lèvre chez les fumeurs, dont l'ablation détermine une guérison complète et définitive. La fréquence du cancer dans certains districts, l'inoculation locale d'une surface muqueuse au contact d'une lésion cancéreuse, le siège fréquent du cancer sur les points qui sont le plus exposés aux traumatismes, le développement primitivement local de la lésion et la généralisation ultérieure par un mécanisme rappelant celui des lésions tuberculeuses, la multiplication de certaines tumeurs suivant un mode analogue à celui de la tuberculose généralisée, tels sont les arguments à invoquer à l'appui de l'origine infectieuse du cancer. La principale difficulté que soulève la pathogénie des tumeurs secondaires du carcinome réside dans leur ressemblance avec les tissus normaux, par exemple la disposition tubulée des noyaux cancéreux du foie secondaires à un carcinome rectal : ce fait montre que c'est le développement de l'élément épithélial qui commande l'anatomie générale des glandes, et que le transport d'éléments épithéliaux provenant d'une tumeur cancéreuse entraîne la reproduction dans les viscères, en vertu de ses propriétés spéciales, d'un tissu ressemblant à celui dont ils proviennent.

La fréquence du cancer augmente en Angleterre depuis quelques années : elle était en 1865 de 195 sur 1,000,000 d'hommes et de 434 pour 1,000,000 de femmes; elle s'est élevée pendant la période décennale 1871-1880 à 315 pour les hommes et 622 pour les femmes. En 1889, le nombre des décès par cancer était de 18,654, ce qui donne pour 1,000,000 d'habitants vivants 643 décès par cancer. Pour les années 1887-1888-1889, les décès par cancer représentent 0/21 des décès de sujets âgés de plus de 35 ans pour les hommes et 0/12 pour les femmes de même âge.

M. Sheridan Delépine. — Si l'irritation peut déterminer la production d'une hyperplasie épithéliale sur une muqueuse, elle ne peut amener le développement des cellules épithéliales au sein du tissu connectif. La métastase du cancer ne peut être produite que par l'intermédiaire des cellules détachées de la lésion initiale et qui continuent à vivre dans le point où elles ont été transportées; il faut donc que le parasite du cancer soit un parasite cellulaire. Les psorospermies ou grégarines paraissent jouir des propriétés infectieuses; on les rencontre chez divers animaux; on a observé des figures présentant une ressemblance complète avec elles dans certains adénomes papillaires, dans la maladie de Paget du mamelon et j'ai constaté les mêmes figures dans 22 cas de tumeurs épithéliales (lèvres, œsophage, estomac, etc.). Mais rien ne prouve encore définitivement que ces corps soient bien des psorospermies, et plus je les ai étudiés, plus j'en suis arrivé à douter de leur identification aux psorospermies. Les doutes que j'éprouve sur la nature de ces figures doivent s'étendre aussi à la nature des figures d'apparence psorospermique que l'on observe dans la maladie de Paget du mamelon; mais je ne voudrais pas me hasarder à émettre sur ce sujet une opinion définitive.

MM. Duplay et Cazin. Voy. p. 414.

Immunité artificielle contre la pneumonie croupale.

MM. R. Emmerich et A. Fowitzky. — Les recherches d'Emmerich ont démontré que la cause de l'immunité artificielle réside dans une toxine anti-bactérienne, mais inoffensive pour les cellules de l'organisme. Cette toxine peut préexister dans l'organisme ou être formée par des cellules modifiées dans leur fonctionnement par l'invasion des bactéries, ou être le résultat de l'activité biologique de ces dernières.

Ce qui caractérise au point de vue anatomo-pathologique toutes les maladies infectieuses, c'est la tuméfaction parenchymateuse et la dégénérescence graisseuse. Il est très possible que, sous l'influence de ces modifications, les cellules forment le poison microbien capable en même temps de conférer l'immunité. On pouvait donc supposer avec beaucoup de probabilité que le sang et les sucs de tissus des animaux réfractaires, contenant des substances anti-bactéricides si puissantes, soient capables de couper court à la maladie infectieuse une fois qu'ils sont introduits dans l'organisme malade. Ces conclusions sont pleinement justifiées pour deux maladies : le rouget du porc et la pneumonie croupale par le diplocoque de Frænkel.

Mais les propriétés en question du sang et des liquides des animaux artificiellement réfractaires varient avec les méthodes d'inoculation et d'immunisation : *l'injection sous-cutanée* des cultures *atténuées* rend l'animal *incomplètement* réfractaire; son sang et ses liquides ne possèdent pas non plus des propriétés curatives complètes.

Par contre, l'injection *intra-veineuse* des cultures *virulentes* mais diluées, confère une immunité *complète;* le sang et les liquides de ces animaux possèdent des propriétés curatives complètes, presque *idéales.*

Les liquides curatifs s'obtiennent en hachant un animal rendu réfractaire et en exprimant sous haute pression les sucs des tissus. Le liquide filtré sur un filtre Chamberland doit être conservé sur de la glace.

Toutes ces propositions s'appuient sur les expériences suivantes :

1. Production de l'immunité contre la pneumonie croupale par les injections sous-cutanées de cultures atténuées.

Deux lapins reçoivent sous la peau pendant un mois tous les 3 à 4 jours plusieurs cm. c. de cultures d'abord atténuées, ensuite de plus en plus virulentes. Les animaux restent bien portants; la temp. oscille entre 39 et 40°9, souvent elle est normale. On les tue au bout d'un mois, 28 heures après la dernière inoculation. Pas de diplocoques dans les organes. Les animaux témoins injectés avec les cultures virulentes succombent dans les 48 heures.

2. Action curative du liquide. Deux lapins inoculés dans le péritoine avec des cultures virulentes et ayant reçu dans la même cavité 12 cm. c. du liquide curatif, survivent près de 24 heures après la mort du lapin témoin qui n'a pas reçu de liquide curatif. L'action incomplète du liquide s'explique parce qu'il provenait des deux premiers lapins rendus incomplètement réfractaires par la même méthode d'immunité (injection sous-cutanée de cultures atténuées).

3. Production de l'immunité complète par l'injection intraveineuse de cultures virulentes très diluées.

Un lapin subit ces injections pendant un mois et se porte bien. A l'autopsie on ne trouve pas de diplocoques dans les organes. Le liquide préparé avec ce lapin se montre en possession de propriétés curatives absolues.

Deux lapins, dont un injecté avec le liquide curatif, sont soumis à l'inhalations de cultures pulvérisées : le lapin témoin meurt, le lapin injecté reste bien portant.

Deux autres lapins soumis à l'inhalation des mêmes cultures succombent très rapidement.

Ces expériences répétées sur d'autres lapins et sur des souris ont donné toujours les mêmes résultats.

Dans un cas l'injection du liquide curatif a guéri rapidement une souris infectée et déjà très malade. L'animal vit jusqu'à présent.

Ces expériences montrent que la pneumonie est curable et que les mêmes procédés de guérison peuvent être essayés sur l'homme.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 18 *août* 1891.

PRÉSIDENCE DE M. TARNIER

Grossesse extra-utérine.

M. Pinard, qui déjà a communiqué à l'Académie trois faits de grossesse extra-utérine, en communique 7 nouveaux et résume en ces termes les enseignements qui en résultent :

Au point de vue de l'étiologie, si dans quelques cas une maladie antérieure de l'appareil génital a été observée, rien de semblable n'a été noté dans les autres.

Les premiers accidents et les troubles fonctionnels ont débuté, dans toutes les observations, dès la fin du premier mois. Ces accidents ont été constitués par des phénomènes péritonitiques et des troubles fonctionnels du côté de l'intestin et de la vessie. L'expulsion d'une caduque a manqué dans la plupart des cas.

Les rapports de l'utérus avec le kyste fœtal sont absolument variables, et s'il est le plus souvent repoussé en avant, on peut le rencontrer en arrière sur les côtés et même il peut, comme le prouve une de mes observations, ne pas être déplacé et rester au centre de l'excavation.

Les fœtus meurent souvent avant leur complet développement, puisqu'une seule fois le fœtus fut trouvé avec un poids normal.

Le kyste fœtal, le plus souvent immobilisé par des adhérences dans la cavité abdominale, peut être mobile comme dans ma deuxième observation qui montre également qu'il peut même, fait sur lequel j'insiste, car je ne l'ai vu noter nulle part, présenter des contractions aussi fréquentes et aussi énergiques que l'utérus.

Le kyste fœtal peut être entouré par des anses intestinales passant en avant et tellement adhérentes qu'on ne puisse les rompre. Le kyste fœtal présente toujours deux loges, l'une fœtale, l'autre placentaire, et pouvant se rompre séparément. Quelquefois la loge fœtale peut être bilobée, présenter des étranglements et rendre l'extraction du fœtus difficile ou impossible comme le montre la 4e observation. Le kyste fœtal, par ses rapports avec le bassin, la vessie et l'utérus, est plus facilement accessible par la voie vaginale que par la voie abdominale. Ce sont ces dispositions qui doivent imposer soit l'élytrotomie, soit la laparotomie.

Mes observations montrent les dangers que peut offrir la méthode qui consiste à vouloir toujours enlever le kyste et au contraire les avantages de l'extériorisation simple du kyste. Elles montrent aussi que dès que la membrane granuleuse apparaît à la face interne du kyste, on peut et on doit pratiquer la délivrance artificielle.

Enfin elles montrent, je pense, les grands bénéfices qu'on peut retirer d'une intervention judicieuse dans le cas de grossesse extra-utérine, puisque, si je rapproche des sept observations dont je viens de lire le résumé les trois observations que j'ai déjà eu l'honneur de communiquer ici, je compte sur dix femmes opérées neuf femmes guéries, la seule femme ayant succombé ayant été opérée *in extremis*.

Hérédité de la myopie.

M. Javal. — M. le Dr Motais (d'Angers) a récemment signalé, ainsi que d'autres observateurs, un grand nombre de cas d'hérédité de la myopie dans plusieurs familles. Il y a là, il me semble, une exagération manifeste; car c'est plutôt la résignation des parents myopes à l'égard de la mauvaise vue de leurs enfants qui est cause de la fréquence de la myopie dans ces familles. Ce qui est héréditaire chez elles, c'est bien plutôt une certaine prédisposition à la myopie, prédisposition contre laquelle il est possible de lutter avec succès à l'aide des divers moyens habituels, particulièrement de ceux qui parviennent à corriger l'astigmatisme, qui, lui, est héréditaire dans certaines familles et même dans certaines races, comme la race juive. J'ai eu, en effet, maintes fois l'occasion d'empêcher la myopie de se produire dans ces conditions, pour peu que le petit malade, soi-disant voué à la myopie héréditaire, ait pu être amené en temps utile à l'examen médical.

Mais les enfants ne se préoccupent d'ordinaire de leur myopie que lorsqu'elle atteint 2 ou 3 dioptries; ils continuent à se servir de livres écrits trop fins, de se servir des méthodes de lecture et de prendre les attitudes qu'il est si difficile de réformer dans les écoles; de même, ils conservent cette écriture penchée, si funeste à l'enfance et contre laquelle on ne saurait trop réagir.

Il est d'autres causes de myopie, particulières à certains pays, notamment à l'Allemagne; celles-là, je ne crois pas qu'il convienne à un Français de les signaler autrement que dans un pli cacheté; j'ai l'honneur d'en déposer un à ce sujet sur le bureau de l'Académie.

M. Lagneau — Comme M. Javal, je n'ignore pas que l'astigmatisme est fréquent dans la race juive et que les caractères hébraïques, adoptés précisément pour y remédier dans la lecture, témoignent de l'antiquité de cette disposition héréditaire de l'appareil oculaire. Aussi serait-il intéressant de savoir si certaines populations judaïsées, telles que celles des provinces danubiennes, possèdent également cet astigmatisme.

Mais ce ne sont pas les seules particularités intéressantes que présente la race juive pour le médecin. En démographie, j'ai signalé depuis longtemps déjà sa mortalité infantile, relativement faible, le petit nombre des naissances illégitimes; maintes fois aussi on a remarqué que dans les épidémies, particulièrement pour celles qui frappent les organes digestifs, les juifs comptent peu de victimes ou sont plus tardivement atteints, et ce fait a été attribué, justement je crois, à leur parcimonie bien connue à l'égard des excès de tous genres. Par contre ils paraissent plus disposés au diabète et à certaines affections cérébrales.

M. Javal. — L'astigmatisme inverse, celui dans lequel tout sujet qui n'est pas myope voit mieux les lignes horizontales que les verticales, est plus fréquent chez les israélites, de même que le glaucome, même parmi les populations juives d'origine récente, dont la noblesse ne remonte pas au Sinaï,

ainsi que G. Martin l'a observé à Bordeaux chez des juifs d'Alsace et Pfalz à Kœnigsberg chez des juifs polonais.

Quant aux faits démographiques rappelés par M. Lagneau, ils me paraissent tenir surtout aux habitudes de la race, au grand souci que les Juifs prennent de leur santé, afin d'améliorer le plus possible les conditions d'une existence que leur religion limite à la mort. Il n'est nulle part dans la Bible question de l'immortalité de l'âme; les juifs n'ont pas à chercher les récompenses d'une vie future, mais grâce aux préceptes de leur religion, préceptes qui sont presque toujours confondus avec de remarquables prescriptions sanitaires, ils s'efforcent de vivre le plus confortablement et le plus longtemps possible dans ce monde; leurs habitudes de privation ne tendent pas moins à la conservation de l'individu et de la race.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 27 juillet 1891.

Sur une substance thermogène de l'urine.

M. Paul Binet a reconnu dans l'urine humaine la présence d'une substance thermogène, qui est entraînée par les précipités amorphes à la manière des ferments solubles, et qui se redissout dans la glycérine d'où elle peut être précipitée par l'alcool. Cette substance se trouve surtout dans l'urine des tuberculeux, mais elle existe également dans d'autres urines pathologiques, et même dans l'urine normale avec un degré d'activité inférieur. Elle agit tout particulièrement chez les cobayes tuberculeux, ou tout au moins sur ceux qui ont subi des inoculations tuberculeuses. Toutefois on peut observer, dans certaines conditions, une réaction thermique chez les animaux sains, particulièrement dans le jeune âge et chez les femelles en lactation. L'injection sous-cutanée de cette substance provoque, dans les conditions précitées, une élévation de température de 1° C. à 2° C. Le maximum thermique est atteint, le plus souvent, pendant la troisième heure qui suit l'injection. Le cycle fébrile est d'environ quatre à cinq heures; il débute, en général, pendant la seconde heure, mais il peut être avancé ou retardé. Ces expériences ont été faites sur huit cobayes tuberculeux et dix-sept cobayes sains. Les injections sous cutanées ont été pratiquées tantôt avec l'extrait glycériné étendu d'eau, tantôt avec la solution aqueuse des flocons précipités par l'alcool. Ces injections, au nombre de 185, n'ont jamais produit d'abcès.

ÉTRANGER

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE PSYCHIATRIE DE BERLIN

Séance du 13 juillet 1891.

Troubles visuels dans les tumeurs cérébrales.

M. Hirschberg. — Les tumeurs cérébrales s'accompagnent presque toujours et d'une manière précoce de troubles visuels. On constate notamment très souvent de l'infiltration du nerf optique. Celle-ci apparaît bien avant les autres troubles, ne s'accompagnant tout d'abord que d'accidents modérés. Ce n'est que plus tard qu'apparaissent les altérations plus profondes.

Les troubles oculaires revêtent trois types différents.

Dans le premier type rentrent ce que l'on pourrait appeler *les crises d'amaurose.* Un sujet dont la vue a été jusqu'alors parfaite est pris subitement de phénomènes amauroitiques restreignant le champ visuel d'une façon complète; cela dure quelques minutes, puis disparaît pour reparaître parfois jusqu'à 5 ou 6 reprises dans la même journée. Cette forme d'amaurose n'est pas très rare, elle semble même accompagner d'une façon assez habituelle les tumeurs cérébrales.

Les deux autres formes de troubles oculaires amènent des accidents permanents. Ceux-ci peuvent avoir leur origine dans le cerveau ou dans l'œil lui-même. Dans le premier cas et suivant le siège de la tumeur on observe de l'amaurose unique ou bilatérale. Les accidents sont souvent progressifs, il est rare qu'ils arrivent à la perte complète des deux yeux, car le plus ordinairement la mort s'est produite auparavant.

Les troubles provenant de l'œil lui-même consistent, soit en tuméfaction de la papille, laquelle ne détermine pas de modification de la vue et n'est par conséquent pas perçue du malade, soit en modifications papillaires d'autre nature qui, elles, produisent du rétrécissement du champ visuel, soit, enfin, en diminution de l'acuité visuelle. Dans ce dernier cas, on peut observer de simples changements dans la configuration de la papille, avec de petites hémorrhagies ou des altérations plus profondes dans les terminaisons nerveuses. Ces dernières ont naturellement une valeur pronostique plus sérieuse.

Athétose consécutive à la diphthérie.

M. Gnauk présente un jeune garçon de 9 ans qui à l'âge de 4 ans fut atteint d'une diphthérie suivie de paralysie du voile. Au bout de cinq semaines tout accident avait disparu, mais quelques jours après survinrent des mouvements spasmodiques du côté gauche du corps qui persistent à l'heure actuelle. Ces mouvements occupent le bras, l'épaule, et la partie correspondante de la tête. Ils semblent être, à cause de leur intermittence, de nature athétosique. La colonne vertébrale présente de plus de la scoliose avec courbure dirigée à gauche. Les membres inférieurs ont également été le siège de mouvements spasmodiques, aujourd'hui disparus. On notait en plus de l'hémianesthésie du côté atteint. Le diagnostic de névrose peut être porté dans ce cas; l'auteur n'est guère disposé à l'admettre, mais n'en propose pas d'autre.

Lésions artérielles des centres nerveux dans la syphilis.

M. Brasch. — Dans un cas non douteux de syphilis des centres nerveux, les artères vertébrale et basilaire présentaient les altérations suivantes : opacité externe de la tunique interne et partant nettement de celle-ci, avec infiltration embryonnaire, pour se prolonger jusque dans la tunique externe, intégrité presque complète de la tunique élastique. Ce cas indique donc que, contrairement aux idées admises, il peut y avoir des altérations primitives de la tunique interne, allant jusqu'à l'infiltration gommeuse.

Symptomatologie et pathogénie de la myélite.

M. Oppenheim. — Les études modernes des neuropathologistes ont restreint de plus en plus le domaine des myélites. On a reconnu que, dans bien des cas, celles-ci n'étaient que des dégénérescences ou des scléroses médullaires, ou bien avaient été confondues avec des névrites. On en arrive à considérer la myélite comme une affection extrêmement rare et il est intéressant à cet égard de reprendre les observations que l'on a faites antérieurement de cette maladie et de décider s'il n'y aurait pas lieu de rectifier le diagnostic. Un pareil travail poursuivi dans le service de la clinique et portant sur huit années d'exercice n'a laissé subsister que 3 cas incontestables de myélite primitive. Il fallut en effet retrancher toutes les observations de myélites survenues à la suite de compression par tumeurs, par méningites gommeuses, etc. Il ne resta plus alors que les 3 observations signalées où l'on vit, à la suite d'accidents ataxiques et paralytiques des membres inférieurs avec ou non troubles vésicaux, les lésions médullaires constatées à l'autopsie reproduire les altérations décrites dans les myélites diffuses. Mais il faut, d'autre part, remarquer que ces myélites peuvent guérir, comme dans le cas de Friedlænder où l'on soupçonna la malaria qui en effet était en cause. Un traitement approprié fit rétrocéder l'affection. A la suite de certaines infections ou à la période cachectique de la tuberculose, du cancer, on peut voir apparaître la myélite dont l'évolution n'est pas toujours fatale, surtout dans le premier cas. Enfin ce qui ajoute à la difficulté du diagnostic, c'est que certaines myélites peuvent évoluer chroniquement et donner lieu au bout d'un temps plus ou moins long à la symptomatologie de la sclérose en plaques. Souvent aussi les accidents médullaires évoluent parallèlement avec les lésions cérébrales et l'on est fort embarrassé pour juger ce qui appartient aux premières ou aux secondes. On peut donc admettre en conclusion que la myélite primitive, bien que rare, reste malgré tout une entité morbide spéciale, qu'elle évolue habituellement à la suite de maladies infectieuses ayant une grande tendance à la diffusion et pouvant envahir les centres cérébraux, les nerfs céphaliques, rarement les nerfs périphériques.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

N° 34. — 26 AOUT 1891 LE NUMERO QUINZE CENTIMES

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT
PUBLIÉ PAR
LA GAZETTE HEBDOMADAIRE
DE MEDECINE ET DE CHIRURGIE
Et servi gratuitement à tous les abonnés de ce journal
ABONNEMENTS SPÉCIAUX POUR MM. LES ÉTUDIANTS. — UN AN : 6 FRANCS

L. LEREBOULLET, Rédacteur en chef. — A. BROCA, Secrétaire de la Rédaction
Librairie de G. MASSON, 120, boulevard Saint-Germain.

SOMMAIRE

ACTES OFFICIELS

Légion d'honneur. — A l'issue du dernier *Congrès de chirurgie* et en raison de leur participation constante aux travaux du Congrès depuis sa fondation MM. J. Bœckel (Strasbourg), Thiriar (Bruxelles), Roux (Lausanne) ont été nommés chevaliers.

VARIÉTÉS

L'affaire du cancer. — On lit dans le *Temps* :

« Le président de la Société des médecins et chirurgiens des hospices de Reims, saisi par le président de la commission administrative des hospices de cette ville des faits relevés par l'opinion publique au sujet de l'affaire dite du cancer, vient de dresser son rapport et de faire connaître les résultats de son enquête. En voici le résumé :

Les membres de cette Société ont hésité un instant à accepter cette mission. Mais, étant donnés les articles publiés à ce sujet, notamment la lettre de M. Doyen, parue dans les journaux, et la communication faite par le maire de Reims au conseil municipal, il ne leur a pas paru possible de s'y dérober.

Des dépositions de sept témoins oculaires il résulte que :

1° M. le docteur E. Doyen a inséré dans le sein du côté opposé, à l'aide d'incisions faite au bistouri, puis réunies par des sutures, des morceaux de tumeur cancéreuse du sein qui venait d'être opéré ;

2° Ces fragments n'avaient, au préalable, subi aucune des manipulations habituelles susceptibles d'atténuer leur virulence ;

3° Ces faits, identiques quant au procédé opératoire, semblent se rapporter à des malades différentes ;

4° Ces opérations ont été faites, les malades étant encore plongées dans le sommeil chloroformique.

En possession de ces renseignements, la Société a convoqué M. Doyen fils pour entendre ses explications. Celui-ci a adressé au président une lettre dans laquelle il déclare ne pouvoir se rendre à la convocation.

La Société s'est donc vue forcée de s'en référer à la lettre de M. Doyen, que nous avons reproduite, et dans laquelle il expose trois faits qui ne concordent nullement avec les dépositions recueillies.

On se rappelle qu'il affirme avoir fait des tentatives de vaccinations avec des morceaux ayant subi une préparation préalable des tinée à atténuer leur principe virulent, et cela pour éviter aux malades les souffrances d'une opération. Aucun des témoins entendus n'a eu connaissance de ces tentatives. Au contraire, tous sont unanimes à déclarer que les malades venaient d'être opérées. A l'exception de l'un d'eux, qui ignorait la provenance des fragments insérés, les autres affirment que les morceaux ont été pris immédiatement sur les tumeurs enlevées et introduits sur-le-champ et sans atténuation préalable dans les tissus sains.

Dans ces conditions, la Société a jugé que M. E. Doyen avait pratiqué à l'Hôtel-Dieu de Reims des opérations qui sont de véritables greffes cancéreuses.

La Société s'est occupée ensuite de la question de responsabilité. On sait que, dans sa lettre du 1er août, M. E. Doyen se retranchait derrière M. le docteur Décès. Or, à cette époque, M. Doyen était docteur en médecine et remplissait les fonctions de chef de clinique. Ce sont là, dit le rapport, des titres suffisants pour rendre un chirurgien pleinement responsable de ses actes.

« En résumé, conclut le rapport, il a été fait à l'Hôtel-Dieu de Reims, par M. le docteur E. Doyen, des greffes cancéreuses présentant la plus grande analogie avec celles qui ont été communiquées à l'Académie de médecine et qui ont soulevé son unanime réprobation. »

Le préfet de la Marne a saisi M. le ministre de l'intérieur de cette affaire.

Concours pour l'hôpital de Berck. — On nous signale les modifications suivantes au règlement :

« Les chirurgiens qui désireront prendre part au concours pour la nomination à la place de chirurgien de l'hôpital de Berck devront justifier de quatre années de doctorat. Toutefois, les candidats qui auront passé quatre années entières en qualité d'élèves internes des hôpitaux et hospices seront admis à concourir s'ils justifient du diplôme de docteur.

« Le jury du concours pour la nomination à la place de chirurgien de l'hôpital de Berck comprendra 5 chirurgiens et 2 médecins, en tout sept membres qui seront pris parmi les chirurgiens et les médecins des hôpitaux et hospices, en exercice ou honoraires. Deux des 5 chirurgiens à désigner devront être tirés au sort parmi les chirurgiens attachés à des services d'enfants. Il en sera de même en ce qui concerne la désignation de l'un des 2 médecins appelés à faire partie du jury. »

L'anatomie des gens du monde est souvent absurde, et ce n'est pas d'aujourd'hui. Notre confrère M. Baudouin donne dans le *Progrès médical* un extrait de commentaires fait sur l'autopsie de Richelieu par « M. de Marigné, excellent philosophe ». Voici le passage que nous recommandons tout spécialement à l'attention des journalistes politiques actuels : il les fera pâlir d'envie :

« Ensuite, ayant ouvert le cerveau, il le trouva tout grisâtre et d'une consistance bien plus ferme qu'à l'ordinaire. Il était d'une odeur suave et agréable, au lieu qu'il a coutume d'être blanchâtre, mol, aqueux et d'une odeur un peu fétide.

« Mais, ce qui parut fort surprenant, est que dans ce cerveau il y avait le double des ventricules ordinaires, chacun d'eux en ayant un autre qui lui était supérieur et formait un double étage tant au devant qu'au derrière, et au milieu particulièrement, dans lequel se forment et se perfectionnent les esprits les plus purs de la puissance discursive servant aux opérations de l'entendement, les ventricules de devant servant à l'imagination et ceux du ventricule de derrière servant au mouvement, au sentiment et à la mémoire.

« Cette avantageuse conformation marque l'excellence et la vigueur de l'esprit vital et sensitif qui avaient formé ces doubles ventricules dans le cerveau l'un au-dessus de l'autre. De sorte que, comme il y avait huit cavités organiques, au lieu de quatre accoutumées, il s'y faisait double quantité d'esprits en général, lesquels, outre cela, chacun dans leur magasin et double ventricule, s'épuraient et se dégageaient tellement de la matière en se communiquant et montant de l'étage inférieur au supérieur, qu'ils étaient comme quintessenciés et multipliés en vigueur et action beaucoup au delà de l'ordinaire. »

***

La méfiance des Chinois pour le médecin étranger est, paraît-il, extrême. Ils reconnaissent cependant qu'il est bon, parfois, d'avoir recours à ses lumières. A cet égard, un fils important du Céleste Empire a imaginé un truc ingénieux. Il a consenti à écrire une préface pour un traité de thérapeutique écrit en chinois par un médecin anglais, et il cherche surtout à y prouver que les préceptes de cette thérapeutique sont d'accord avec ceux du Sou-Ouen et du Ling-Chou, livres traditionnels de la médecine chinoise. Nous n'oserions nous moquer trop des Chinois, car il y a des talmudistes qui se livrent, en pays civilisé, au même exercice, pour démontrer, par exemple, que les doctrines microbiennes sont tout au long dans le Talmud.

CLINIQUE INFANTILE

De deux cas de tænia chez de très jeunes enfants, par le Dr Descroizilles, médecin de l'hôpital des enfants. Leçon recueillie par M· Manheimer, externe des hôpitaux, revue par le chef de service.

I

Le 2 juin, on nous amenait, à la consultation de l'hôpital, une petite fille de trois ans, forte, colorée, bien constituée, semblant, en un mot, parfaitement bien portante; elle était, nous disait-on, atteinte de ver solitaire. On exhibait en effet un bocal rempli presque complètement d'anneaux de tænia larges et épais, et présentant pour la plupart, sur l'un de leurs bords, la petite saillie qui correspond aux organes génitaux de l'animal. Ces anneaux étaient soudés les uns aux autres de manière à former, ou un seul fragment très considérable, ou plus vraisemblablement plusieurs fragments atteignant chacun pour leur part un ou plusieurs mètres de longueur; ils appartenaient à la partie moyenne d'un seul helminthe, ou peut-être à plusieurs helminthes différents. On sait qu'il n'est pas très rare de rencontrer, chez un même individu, plusieurs tænias réunis; on en a compté dernièrement jusqu'à trente cinq à la fois; j'ai observé plusieurs cas de double ver solitaire chez des enfants; Fabre de Commentry en a trouvé huit, réunis chez un jeune sujet. Nous pouvons donc avoir sous les yeux un de ces faits qui, d'après de récents travaux, ne sont pas aussi exceptionnels qu'on le pense. D'ailleurs, je restais un peu incrédule, relativement à la provenance de ce qu'on nous montrait. L'enfant paraissait jouir d'une si belle santé, que je me demandais si l'on ne cherchait pas à nous induire en erreur. On ne nous donnait aucun détail, ni sur l'alimentation habituelle de la petite fille, ni sur l'époque à laquelle remontait la sortie des premiers anneaux. On ne put nous dire si on avait jamais fait prendre de la viande crue: on prétendit d'abord qu'on ne s'était servi d'aucun helminthicide, puis on se rappela qu'on avait usé de la pelletiérine, que l'expulsion de ce qu'on nous faisait voir dans le bocal remontait à au moins deux mois, et qu'on était redevable de l'expulsion à ce médicament. En plaçant leur enfant à l'hôpital, les parents demandaient qu'on agît le plus vite possible; ils eurent de la peine à comprendre que trop de précipitation serait nuisible et qu'un délai de quelques jours était indispensable.

Pendant la période qui s'écoula du 3 au 10 juin, la petite fille expulsa spontanément, à diverses reprises, des cucurbitains volumineux; elle prit une fois du calomel à la dose de dix centigrammes et rendit, le même jour, un fragment de ver long de plusieurs centimètres. Je ne conservai donc plus aucun doute sur la véracité des informations qu'on nous avait données, au moins au point de vue de l'existence réelle d'un tænia, et je me décidai à tenter la cure radicale, tout en faisant observer à mes élèves que nous avions peu de chances d'obtenir un succès complet, mais que l'état général de l'enfant qui ne cessait d'être excellent, le fonctionnement de ses voies digestives, qui restait complètement régulier, nous autorisaient à faire cette tentative. A partir du 15 juin, on alimenta la petite fille à peu près exclusivement avec du laitage, puis on lui administra successivement un lavement purgatif et, quelques heures plus tard, un lavement simple; enfin, dans la matinée du 18 juin, quatre heures après ce second lavement, on lui fit avaler une combinaison de 4 grammes d'huile éthérée de fougère mâle, de 30 centigrammes de calomel, de gélatine et de sucre en poudre en quantité suffisante pour former une gelée d'un goût passable et qu'elle put avaler en entier, sans en vomir la plus petite portion. Au bout de peu d'heures, elle rendait deux ou trois mètres de ver rubanné et pelotonné, sans avoir paru souffrir d'aucune colique ou d'aucune nausée. Une partie de ce fragment expulsé était cylindrique, très mince et appartenait évidemment à une région du cou très rapprochée de l'extrémité céphalique. Nous ne pûmes découvrir la tête elle-même; mais la portion la plus étroite de l'animal était presque filiforme et, dans de semblables conditions, le renflement terminal peut très bien avoir échappé à nos recherches. Nous avons donc très sérieusement le droit d'espérer que le résultat obtenu est une guérison complète. Le 19 et le 20 juin, il y eut un peu de diarrhée avec diminution de l'appétit; le 21, les parents emmenaient la petite fille, très satisfaits de l'issue du traitement et promettant d'être prudents; car nous trouvions la sortie prématurée; nous ne les avons pas revus.

II

Je puis rapprocher de ce fait une autre observation recueillie dans mon service, il y a quelques mois. Le 13 janvier 1891, on faisait entrer dans ma salle Dechaumont une fille de trois ans, affectée également du tænia; c'était aussi une enfant robuste, paraissant très bien portante et nourrie souvent de viandes peu cuites; elle rendait des cucurbitains depuis quatre mois. Après son entrée, elle eut bon appétit, mais ne manifesta pas de voracité exagérée. On ne découvrit, chez elle, ni diarrhée, ni symptôme de dyspepsie, ni agitation, ni insomnie. Dès la troisième ou quatrième journée de son séjour à l'hôpital, elle rendait des débris de tænia, soit en allant à la selle, soit dans l'intervalle des garde-robes. Le 20 janvier, je prescrivis 10 centigrammes de calomel, ce qui provoqua la sortie d'un fragment de 12 à 15 centimètres de longueur. Il y eut ensuite un peu de relâchement intestinal, sans douleur apparente; l'enfant conserva sa bonne mine, tout en rejetant chaque jour de nouveaux anneaux. Dans ces conditions, je pensai qu'on pouvait tenter une expulsion plus complète. Comme dans le cas dont il vient d'être question, on eut recours, pendant quarante-huit heures, au régime lacté, puis on donna un lavement purgatif au sené dans la soirée du 26 janvier, un lavement simple dans la nuit du 26 au 27 et, dans la matinée du 27, la combinaison de 4 grammes d'huile éthérée de fougère mâle avec 40 centigrammes de calomel, de la gélatine et du sucre en poudre. L'enfant en vomit très promptement une bonne partie, mais put garder quinze grammes d'huile de ricin qu'elle prit un peu avant midi. Un peu plus tard on lui administrait un lavement additionné de chlorure de sodium et elle rejetait un fragment de tænia, dont la longueur était de deux mètres et demi; nous n'aperçûmes ni la tête ni le cou. Pendant le reste de la journée, la malade fut calme et ne parut pas souffrir du ventre; elle accepta sans répugnance quelques cuillerées de potage, puis dormit paisiblement.

Le lendemain, 29 janvier, la petite fille semblait fatiguée et attristée; la langue était nette, l'abdomen légèrement ballonné, mais insensible à la pression. Dans l'après-midi il y eut de l'anorexie et de l'accablement; le thermomètre, placé dans l'aisselle, s'éleva à 38°5; la nuit fut mauvaise. Le 30, je constatai de l'abattement avec 140 pulsations et une température de 38°4. Un exanthème de couleur framboisée, semblable à un granit à grains très fins, couvrait le ventre et la poitrine. Cette efflorescence, qui atteignait son summum d'intensité au niveau des régions inguinales et au voisinage des aisselles, commençait à envahir la partie supérieure des

cuisses, le cou et une portion du dos. Nous venions, à cette époque, de voir plusieurs cas de scarlatine se développer dans la salle Dechaumont, l'éruption actuelle appartenait bien aussi à la même affection. La petite malade fut envoyée au pavillon d'isolement, elle en sortit le 16 février, sur la demande de ses parents, un peu trop tôt à notre avis, mais dans un état satisfaisant.

Cette fièvre éruptive survenue vingt-quatre heures après une tentative d'expulsion, dont le résultat laissait à désirer, mais qui avait été faite avec toutes les précautions nécessaires, plaçait la petite fille dans des conditions particulières, qui devaient empêcher notre essai de réussir. On peut supposer en effet qu'au moment où on lui administra le mélange tænicide, elle commençait à ressentir les premiers effets de la maladie qui débuta quelques heures plus tard. Le malaise auquel elle était en proie lui fit rejeter une portion du médicament et la frappa vraisemblablement d'une sorte d'inertie fonctionnelle qui mit l'intestin hors d'état de réagir. Je n'avais d'ailleurs aucune raison de regretter d'être intervenu avec l'huile de fougère mâle et le calomel. Je ne m'étais décidé à tenter l'expulsion du tænia qu'après m'être convaincu qu'il existait et que son existence remontait à une date déjà ancienne. En outre, je constatais, depuis l'entrée de l'enfant à l'hôpital, que ses voies digestives fonctionnaient régulièrement et que sa santé était excellente. Sans doute, l'invasion de la scarlatine fut une fâcheuse coïncidence, mais je ne pouvais la faire entrer en ligne de compte, dans le calcul des probabilités ; l'imminence d'un exanthème fébrile est une éventualité toujours admissible chez un très jeune sujet. Si l'on se servait de cet argument pour rejeter l'opportunité d'un traitement curatif du tænia, jamais on ne tenterait ce traitement pendant la période infantile, et cette longue temporisation aurait souvent de désastreuses conséquences.

REVUE DES CONGRÈS

CONGRÈS DES MÉDECINS ALIÉNISTES
DE LANGUE FRANÇAISE (IIe SESSION)

Le Congrès des médecins aliénistes de France et des pays de langue française s'est ouvert, à Lyon, le lundi 3 août. La séance a été ouverte par M. Rivaud, préfet du Rhône, et par M. le professeur Ball, président du Congrès de l'année dernière à Rouen.

Alcoolisme et paralysie générale.

M. Rousset, rapporteur. — L'étiologie de la paralysie générale est encore très obscure. Cela tient à ce que, la plupart du temps, les renseignements fournis par les familles sur les antécédents héréditaires et personnels des paralytiques sont vagues, incertains, contradictoires et, par cela même, ne sont pas rigoureusement exacts. Dans la clinique ordinaire, les malades lucides, ayant conservé la mémoire, fournissent eux-mêmes les indications nécessaires, mais combien souvent on est induit en erreur !

A l'asile, aucune lumière n'est à espérer du paralytique. Il est bien difficile de savoir au juste le degré d'alcoolisme du malade.

De plus, il est certain que, chez la plupart de nos malades, d'autres causes concourent, en même temps que l'alcool, au développement de la paralysie générale. La prédisposition héréditaire nous est souvent cachée par les familles, qui s'empressent de mettre sur le compte des seuls excès alcooliques ce qui devrait plutôt être attribué à une tare cérébrale.

Ceci montre que, dans cette question du rôle de l'alcoolisme dans l'étiologie de la paralysie générale, il y a beaucoup de fausses interprétations et de nombreuses causes d'erreur difficiles à éviter, et nous sommes obligés de dire aujourd'hui encore, avec Lasègue : « L'élément alcoolique, dans la paralysie générale, il est encore plus facile de le reconnaître que de déterminer la part qu'il convient de lui faire. »

M. le docteur Rousset fait l'historique de la question, il rappelle un article publié par M. le docteur Rouillard, dans la *Gazette des hôpitaux*, article qui, venant après les travaux de MM. Ball, Régis, Lacaille et Blanche, résume les opinions émises par ces auteurs sur les pseudo-paralysies générales. Il résume en disant que les opinions actuelles peuvent, en réalité, être ramenées à quatre principales :

1° Quelques cliniciens, les moins nombreux, ne reconnaissent pas de différence fondamentale entre l'alcoolisme chronique et la paralysie générale, et croient que la méningo-encéphalite est le plus souvent due aux excès alcooliques.

2° D'autres refusent à l'alcoolisme le droit de produire de toutes pièces la paralysie générale et pensent que ce que l'on appelle la paralysie générale alcoolique n'est, au fond, qu'un état cérébral particulier qu'ils appellent pseudo-paralysie générale alcoolique, empruntant le masque de la méningo-encéphalite, mais s'en séparant assez par la marche, la gravité, et même les lésions anatomiques, pour mériter de ne pas être confondu plus longtemps avec cette affection;

3° D'autres établissent une distinction très nette entre l'alcoolisme chronique et la paralysie générale ; ils admettent une paralysie générale de nature alcoolique, pouvant être quelquefois l'aboutissant de l'alcoolisme chronique ;

4° Les derniers, faisant preuve de plus de circonspection et d'éclectisme, considèrent l'alcoolisme comme une cause purement occasionnelle, agissant presque toujours sur un terrain prédisposé antérieurement.

M. le docteur Rousset parle ensuite des excès alcooliques de la première période de la paralysie générale, il fait un essai de géographie médicale de l'alcoolisme et de la paralysie générale.

« L'alcoolisme est, sans contredit, un des facteurs pathogéniques les plus puissants; sa place dans l'étiologie générale des maladies mentales est bien marquée, et les délires symptomatiques de l'intoxication alcoolique, que l'on observe dans les psychoses essentielles (manie, mélancolie, délire de persécution), sont frappés d'une empreinte caractéristique, d'un cachet de spécificité qui permet au clinicien de les différencier. Mais quand on examine les rapports étiologiques de l'alcoolisme et de la paralysie générale, la question devient plus complexe.

Il y a en effet, dans la période prodromique de la paralysie générale, période de dynamie fonctionnelle bien décrite par M. le docteur Régis, un état d'hyperactivité cérébrale qui pousse les malades à tous les excès, et plus particulièrement aux excès alcooliques. Il y a là un point important sur lequel le clinicien devra être absolument éclairé; et en cela il ne sera souvent pas aidé par l'entourage, par les parents, qui diront même au médecin, dans les cas de ce genre, que la cause de tout le mal est un changement dans la conduite, ne voyant pas que, dans l'espèce, les excès alcooliques sont un effet et non une cause.

Cette dipsomanie d'origine paralytique, qui a été parfaitement mise en relief par Legrand du Saulle, MM. Ball, Christian, Ritti, Régis, etc., présente souvent une durée assez longue de plusieurs mois; aussi semble-t-il qu'elle ait pu induire en erreur les anciens auteurs, dont les statistiques attribuent une trop large part à l'alcoolisme dans l'étiologie de la paralysie générale.

En dehors de cette dipsomanie, qui ne doit pas entrer en ligne de compte dans la genèse de la paralysie générale, qui, à vrai dire, ne joue que le rôle de trompe-l'œil et qui, chez un certain nombre de malades, peut être élucidée, il y a des cas où l'obscurité est plus complète, où le diagnostic est des plus difficiles et doit être suspendu, dans l'attente des phénomènes ultérieurs. Prenons un exemple clinique qui peut se présenter tous les jours dans un asile. Un malade est admis sans renseignements, présentant des troubles somatiques communs au délire alcoolique et à la période d'excitation maniaque de la paralysie générale; à cela viennent s'ajouter des idées de grandeur et de satisfaction, ainsi que des hallucinations vagues de la vue. Est-ce un paralytique général au début ? Est-ce un alcoolisant vulgaire ?

L'alcoolisme est-il un facteur étiologique de la paralysie générale, et, s'il en est facteur, en est-il un facteur prépondérant ? On serait presque tenté d'être très affirmatif, en lisant les derniers travaux qui ont paru sur la question.

Au Congrès international de médecine mentale de Paris

(août 1889), M. le docteur P. Garnier, après avoir démontré que la folie avait augmenté de 1872 à 1888 de 30 0/0 environ, ajoutait que l'augmentation des cas d'aliénation mentale dans ces dernières années était le fait de deux types morbides dont la fréquence est sensiblement progressive : la folie alcoolique et la paralysie générale, les psychoses essentielles (manie, mélancolie, délire chronique ou psychose systématiquement progressive) restant de leur côté absolument stationnaires. Pour M. Garnier, la comparaison entre les graphiques qui marquent l'accroissement simultané de l'alcoolisme et de la paralysie générale suffit à établir que leur progression si rapide est nettement corrélative, et lui fait conclure de leur marche envahissante à l'influence étiologique de l'alcoolisme sur le développement de l'encéphalite interstitielle chronique. Sur de pareilles raisons, il y a certainement un peu de témérité de conclure à une relation de cause à effet. Ne peut-il pas y avoir un parallélisme entre deux maladies sans que l'une soit la cause de l'autre ? De ce que deux maux ont une marche parallèlement croissante, est-on en droit de conclure à une influence étiologique, à une relation causale de l'un par rapport à l'autre ?

Au dernier Congrès de Rouen, M. le docteur Dubuisson, communiquant le résultat de ses recherches à l'asile de Quatre-Mares, sur la fréquence et l'étiologie de la paralysie générale, constate l'augmentation de la méningo-encéphalite, et attribue la principale cause de cette augmentation à l'alcoolisme. Les investigations ont porté sur une période de trente-six années, de 1853 à 1889. Sur 1,574 paralysés généraux, M. Dubuisson note 745 cas où la cause présumée a été l'alcoolisme; la proportion est, on le voit, considérable. Mais il est bon de remarquer que l'abus des boissons alcooliques est très répandu dans la ville de Rouen et dans la Normandie.

La statistique de M. Dubuisson, qui nous donne pour le département de la Seine-Inférieure un percentum si élevé d'alcooliques paralytiques, nous conduit naturellement à quelques considérations sur la géographie médicale de l'alcoolisme et de la méningo-encéphalite, considérations qui doivent prendre place dans le débat. Les auteurs (Ball, Régis), qui vont à l'encontre des opinions de MM. Garnier et Dubuisson, et qui combattent vivement l'influence de l'alcool comme facteur étiologique de la paralysie générale, établissent leurs assertions de la façon suivante : S'il est vrai, disent-ils, que l'alcool est une cause de paralysie générale on ne peut plus puissante, il semble que l'on doive s'attendre à voir atteints de cette affection de préférence les pays les plus affligés par le mal alcool. Or, suivant M. Ball, les contrées où l'on boit le plus (Suède, Danemark, Ecosse, Irlande) sont les moins atteintes par la paralysie générale. M. Isaac Ashe, médecin-directeur de l'asile d'aliénés de Londonderry, constate que la folie paralytique est fort rare dans son pays. Elle est totalement inconnue à Belfast, ville de 200,000 habitants, et où il se consomme énormément d'alcool.

Le directeur de l'asile de Dublin affirmait à M. Ball ne connaître la paralysie générale que par la description des auteurs, n'en ayant vu que 4 ou 5 cas dans sa longue carrière; et pourtant l'Irlande est un pays éminemment alcoolique. Une note sur le service des aliénés en Norvège, en 1879, constate que la méningo-encéphalite est extrêmement rare dans ce pays. Ce fait, ajoute-t-on, est d'autant plus digne de remarque que les excès alcooliques et la consommation des eaux-de-vie de pommes de terre et de grains sont une des plaies sociales de la Norvège. N'est-ce pas d'ailleurs dans un pays scandinave voisin, la Suède, que Magnus Huss a recueilli les éléments de son ouvrage sur l'alcoolisme chronique ?

Ce sont là évidemment des faits incontestables, fondés sur des statistiques et des observations cliniques de plusieurs années. Mais d'autre part n'est-il pas vrai de dire que les populations du Midi (Italie, Grèce, Espagne), en général sobres, nous donnent aussi peu de paralytiques généraux ?

Au-dessus de la question de territoire, au-dessus de la question de pays, il y a quelque chose de plus large, il y a quelque chose de plus important, de plus actif, c'est l'influence du milieu, c'est l'influence des excitations extérieures qui sont des éléments puissants d'excitation intellectuelle.

Ces ivrognes passifs et torpides du Nord, chez lesquels l'alcoolisme marche tranquillement, insidieusement, graduellement, diffèrent complètement des ivrognes de nos climats tempérés qui procèdent par accès, et chez lesquels des excitations physiques et morales, des dépravations intellectuelles viennent compliquer l'intoxication alcoolique.

En poursuivant notre incursion sur le terrain géographique et étiologique, il nous a paru intéressant, pour ce qui concerne la France, de consulter le très remarquable rapport déposé sur le bureau du Sénat, le 7 février 1887, par M. Claude (des Vosges), et qui réunit des extraits de chacun des rapports demandés aux médecins en chef de tous les asiles des départements sur la question de l'alcoolisme en face de l'aliénation mentale. En ce qui concerne le rôle de l'alcoolisme dans l'étiologie de la paralysie générale, les opinions émises sont tout à fait contradictoires.

Les buveurs non prédisposés résistent, au point de vue cérébral, merveilleusement à l'alcool ; ils ne sont frappés de folie alcoolique que lentement, et après avoir parcouru tous les degrés de l'ivrognerie. Ce sont ordinairement des candidats à l'artério-sclérose, qui amène chez eux les rétractions cirrhotiques du foie, des reins, frappant un ou plusieurs organes ensemble, effleurant seulement les autres, suivant le *locus minoris resistentiæ*, mais ils ne fabriquent que très rarement la paralysie générale.

Les effets de l'alcool sont bien différents quand on a affaire à des prédisposés. Ce sont là des malades à système nerveux plus impressionnable, chez lesquels les antécédents héréditaires expliquent ordinairement l'action plus puissante et plus durable de l'agent toxique. Lasègue les a divisés en deux grandes catégories : les vésaniques et les cérébraux.

Les premiers, les alcooliques vésaniques, conservent, après l'accès, des idées délirantes systématisées que l'on voit persister quelquefois très longtemps après la cessation des phénomènes physiques.

Les cérébraux, têtes faibles, comme les appelle M. le professeur Ball, résistent peu à l'influence de l'alcool. Ils sont porteurs d'une prédisposition cérébrale innée (lésion encéphalique, malformation du crâne, etc.) ou acquise (convulsions dans l'enfance, fièvre typhoïde, insolation, frayeur, émotion violente, etc.) ; pour eux, le moindre écart devient un excès et l'alcoolisme leur donne un brevet de paralysie générale. C'est principalement dans cette classe d'individus, porteurs d'une tare, d'une épine dans l'écorce cérébrale, c'est surtout dans cette catégorie d'alcooliques cérébraux que les cliniciens ont observé le plus souvent ces formes frustes de la méningo-encéphalite que, par une sorte de respect pour la tradition, ils ont appelées : les pseudo-paralysies générales.

En résumé, en dehors des cas peu nombreux où l'alcoolique chronique non prédisposé peut aboutir de chute en chute à la méningo-encéphalite, l'alcoolisme n'est guère susceptible de fabriquer la paralysie générale que sur des terrains vésaniques, cérébraux, arthritiques, etc. En thèse générale, en effet, dans la genèse de toute méningo-encéphalite, il existe trois éléments primordiaux : l'un constant, les deux autres variables. L'élément constant, c'est la participation des vaisseaux cérébraux ou des cellules cérébrales à la production du processus morbide ; les éléments variables sont les origines de ce processus (surmenage, alcool, syphilis) et la valeur cérébrale individuelle des sujets. « C'est donc une erreur absolue, dit M. Ritti, d'invoquer une cause unique, selon la tendance de certains auteurs, qui, les uns, accusent l'alcool, les autres, les excès vénériens ou la syphilis ou toute autre cause morbifique. Il faut, pour produire une paralysie générale, un « concours », une « combinaison » d'influences variées qu'il est toujours important de déterminer. »

En terminant, M. Rousset croit pouvoir tirer de son travail les conclusions suivantes :

1° Le rôle de l'alcoolisme dans l'étiologie de la paralysie générale a été de tout temps et est encore l'objet de nombreuses controverses; les opinions des différents auteurs peuvent être ramenées à quatre courants principaux ;

2° Certains malades, considérés autrefois comme des paralytiques alcooliques, avaient, en effet, commis des excès de boisson. Mais ces excès n'avaient lieu que depuis le début de la paralysie générale, de sorte qu'ils étaient l'effet et non la cause de leur maladie. Cet état d'alcoolisme récent ne doit donc pas entrer en ligne de compte dans la genèse de la méningo-encéphalite ;

3° La progression corrélative de la folie alcoolique et de la folie paralytique ne peut amener cette déduction que l'une de ces deux maladies est engendrée par l'autre. Les considéra-

tions ethnographiques et géographiques ne paraissent guère concluantes en faveur du rôle plus ou moins prépondérant de l'alcoolisme sur la production de la paralysie générale;

4° Les extraits des rapports de tous les médecins en chef des asiles de France, consignés dans le rapport général de M. Claude (des Vosges), en 1887, prouvent assez clairement que les idées contemporaines des cliniciens sont encore bien divisées;

5° Il nous semble que, dans l'immense majorité des cas, le rôle de l'alcoolisme dans l'étiologie de la paralysie générale est subordonné à ce quelque chose d'indéterminé, d'inconnu souvent, et d'insaisissable quelquefois, que l'on rencontre à propos de toutes les maladies et qui nous parait être une condition nécessaire au développement de la méningo-encéphalite : c'est la prédisposition, qui peut être, suivant les sujets, cérébrale et arthritique, vésanique et nerveuse, ou alcoolique. Dans certains cas, qui ne sont pas très communs, l'alcoolisme chronique, en dehors de toute prédisposition, déterminant à la longue le processus de la prolifération conjonctive et la sclérose cérébrale, peut aboutir à la paralysie générale;

6° Nous n'avons pas voulu poser sur cette question, sujette à tant de controverses, des conclusions fermes, qui, actuellement, pourraient paraître trop absolues et prématurées, mais exposer, devant les médecins appelés à faire partie du Congrès, les éléments d'une discussion étiologique et clinique.

M. Magnan. — Les partisans de l'opinion qui admet deux modes de terminaison de l'alcoolisme chronique, l'un pour la démence, l'autre pour la paralysie générale, se basent non seulement sur la physiologie expérimentale, mais aussi sur la clinique et l'anatomie pathologique.

Les expériences sur les animaux, chez lesquels l'intoxication n'atteint pas habituellement un degré aussi avancé que chez l'homme, montrent, néanmoins, en même temps qu'un processus dégénératif graisseux (stéatose) de la plupart des organes, foie, rein, cœur, une tendance à l'inflammation chronique de certains tissus, du péricarde, de la capsule des reins, de la capsule du foie, des méninges.

La plupart des auteurs, Paul Ruge, Pupier (de Lyon), Dujardin-Beaumetz et Audigié, mes propres expériences, démontrent la dégénérescence graisseuse du foie et des reins. Paul Ruge note, en outre, la dégénérescence graisseuse du cœur, les adhérences de la capsule à la substance rénale. Neuman (de Kœnisberg) et Krémiansky ont trouvé de la pachyméningite chez les chiens soumis à l'action continue de l'alcool. J'ai moi-même noté des plaques laiteuses sur le péricarde, l'épaississement et l'opacité de l'arachnoïde et de la pie-mère, de la sclérose des cordons postérieurs de la moelle chez un chien. C'est, en un mot, l'ébauche des deux processus, stéatose et sclérose, que nous trouvons à un degré si avancé chez l'homme.

Chez l'homme, en effet, l'alcoolisme s'inscrit en traces indélébiles sur la plupart des tissus et sur la plupart des organes, la trame conjonctive et le parenchyme sont à la fois compromis.

Est-il besoin de rappeler pour le système artériel l'artériosclérose, l'athéromasie, qui font d'un alcoolique de 40 ans un vieillard de 70 ans, car, en définitive, on a l'âge de ses artères et le tracé sphygmographique nous donne le plateau de la vieillesse.

Le foie, les reins offrent tous les degrés de la dégénérescence graisseuse; le cœur est surchargé de graisse et la fibre musculaire elle-même est envahie par la dégénérescence granulo-graisseuse. Le cerveau, dans les périodes avancées, offre parfois des lacunes dans les centres opto-striés, parfois aussi des foyers hémorrhagiques ou de ramollissement plus étendus aussi bien à la périphérie sur la couche corticale qu'aux centres.

Tel est le principal processus dégénératif, celui qui conduit à la démence avec faiblesse musculaire et souvent aux paralysies partielles. Mais ce n'est pas tout : tous les observateurs constatent et signalent, avec la stéatose, la sclérose diffuse des organes, l'inflammation chronique des enveloppes et du tissu interstitiel, des petits vaisseaux, etc. Tantôt ils trouvent une cirrhose hépatique, d'autres fois une néphrite interstitielle; tantôt l'inflammation envahit le péricarde et le tissu même du cœur, tantôt les méninges; la moelle peut être elle-même le siège d'une myélite diffuse et le cerveau d'une encéphalite interstitielle diffuse.

Pourquoi cette sclérose diffuse s'installe-t-elle chez les uns sur un seul organe, chez d'autres sur plusieurs organes simultanément? Il y a, sans doute, une certaine prédisposition, il y a aussi l'*organe plus faible*.

On doit tenir compte de ces éléments, mais on est bien obligé de reconnaître que l'alcool a comme la propriété spéciale de produire le double processus : stéatose ou sclérose. La prééminence de l'un ou de l'autre de ces processus chez les divers individus dépend surtout, on ne le conteste pas, de la prédisposition du sujet et aussi des conditions multiples d'hygiène dans lesquelles il vit.

Que nous donne la clinique? Suivons d'abord le cas le plus commun, celui dans lequel l'alcoolisé chronique s'achemine, de chute en chute, progressivement vers la démence.

Au bout de quelques années d'abus de boissons, quand les alcoolisés chroniques commencent, passez-moi l'expression, à devenir mûrs, c'est-à-dire à être suffisamment intoxiqués, on voit leur intelligence s'affaiblir, la mémoire diminuer, l'imagination s'éteindre, le cours des idées se ralentir, le jugement devenir moins sûr, les facultés morales et affectives s'émousser; ils se montrent apathiques, indifférents, sans volonté, sauf pour donner satisfaction à leurs appétits instinctifs. A ce moment se montrent aussi des étourdissements, des fourmillements et des crampes dans les membres, de petits ictus apoplectiformes ou épileptiformes, s'accompagnant tantôt d'une parésie passagère d'un bras ou d'une jambe, tantôt d'empâtement et de gêne de la parole, et cette difficulté dans l'articulation, avec le tremblement alcoolique, peut ressembler à de l'hésitation de la parole; parfois aussi il survient de l'inégalité pupillaire, et si dans ces conditions le malade entre à l'asile, stimulé par un accès passager de délire alcoolique, lequel, en outre des hallucinations pénibles, mobiles multiples, professionnelles, peut s'accompagner encore d'idées ambitieuses, de préoccupations hypochondriaques, on conçoit, surtout si les renseignements font défaut, combien le diagnostic est difficile. On se trouve, en effet, en présence d'un alcoolisé chronique qui a revêtu le costume du paralytique général. Mais, au bout de peu de temps, les symptômes sub-aigus dus à l'appoint alcoolique disparaissent et l'on retrouve l'alcoolisé chronique vulgaire.

Un second groupe, mais moins nombreux, d'alcoolisés chroniques, est celui qui s'achemine vers la paralysie générale. L'individu, après également de longs abus de boissons et après plusieurs accès de délire alcoolique suivis de guérison, finit par présenter, après la disparition d'accidents sub-aigus, des modifications physiques et psychiques très notables. Les facultés intellectuelles ont baissé, la mémoire est infidèle, des erreurs, des oublis se répètent à chaque instant; le caractère change, il s'irrite pour des futilités, reste indifférent pour des faits ou des contradictions graves; le sujet a une liberté de langage insolite, il se livre à des actes indélicats, quelquefois immoraux, dont il ne se préoccupe nullement. Il présente, de plus, une légère hésitation de la parole, de l'inégalité pupillaire, parfois des idées de satisfaction ou des préoccupations hypochondriaques.

S'il survient un nouvel appoint alcoolique, ces phénomènes s'accentuent et donnent à l'individu les apparences d'un paralytique général avancé, tandis qu'il n'est encore qu'au début de la maladie.

Que se passe-t-il dans les cas de ce genre? Habituellement la maladie suit la marche progressive, mais parfois, comme du reste à la première période de la paralysie générale, il y a une amélioration sous l'influence du régime et de l'hygiène de l'asile, et l'individu en rémission mais non guéri peut, au bout d'un certain temps, être rendu à sa famille. Cette amélioration n'est qu'un arrêt dans la marche de la maladie et l'on ne serait pas fondé à considérer cet individu comme atteint d'une pseudo-paralysie générale alcoolique et non d'une paralysie générale vraie.

Dans une troisième catégorie de faits, les rechutes sont tellement nombreuses que les malades comptent 10, 15, 20 entrées à l'asile, sans marcher néanmoins, comme les malades précédents, ni vers la démence, ni vers la paralysie générale.

Quels sont ces alcoolisés? Ce sont les prédisposés, les héréditaires dégénérés dont j'ai déjà parlé dans mon travail sur l'alcoolisme (1874) et que M. Legrain a mis en relief dans son intéressant ouvrage « Hérédité et Alcoolisme (1). »

(1) Voyez aussi sur le même sujet : Sollier : *Du rôle de l'hérédité dans l'alcoolisme.*

Chez cette catégorie de malades, l'alcool, véritable pierre de touche, a une action spéciale ; on est surpris à chaque rechute de voir un délire très accusé s'accompagner de troubles à peine apparents de la motilité ; il n'y a pas, entre les symptômes physiques et les symptômes intellectuels, la corrélation que nous trouvons dans les cas ordinaires. Chez ces alcoolisés, le système nerveux semble se dédoubler, tout ce qui appartient à l'ordre intellectuel est d'une impressionnabilité excessive, tout ce qui appartient à l'ordre physique fonctionne d'une façon normale, il y a un défaut d'équilibre ; on juge de ce défaut d'équilibre justement par les phénomènes qui se passent sous l'influence d'un même agent. Chez les animaux comme chez l'homme normal, l'alcool donne lieu à des phénomènes physiques et intellectuels qui marchent simultanément, se développent, s'accroissent parallèlement, et ce *consensus* symptomatique répond à l'action généralisée du poison sur tout le système cérébro-spinal ; mais ici l'équilibre est rompu, il suffit d'une faible dose de poison pour impressionner vivement le cerveau dans son mode intellectuel. Sous l'influence d'un nouvel appoint alcoolique, une bouffée délirante toxique se produit, mais avec elle se développe souvent un délire polymorphe, des idées ambitieuses, mystiques, de persécution, etc. Quelquefois, ils présentent une certaine gêne de la parole, quelquefois aussi de l'inégalité pupillaire. D'autre part, on apprend parfois qu'ils ont été arrêtés, ne pouvant payer un fiacre ou une dépense de restaurant. Tous ces phénomènes donnent l'idée d'une paralysie générale et, comme l'amélioration est obtenue au bout de quelque temps à l'asile, on voudrait dire encore pseudo-paralysie générale, tandis que c'est de la dégénérescence mentale mise en activité par un stimulant alcoolique.

Voilà donc trois groupes de faits dans lesquels, par suite d'un appoint alcoolique, des individus affectés de maladies très différentes peuvent présenter des symptômes en apparence semblables et créer, par suite, des difficultés très grandes de diagnostic. Faut-il couvrir d'un voile ces difficultés en englobant tous ces cas sous la dénomination de pseudo-paralysie générale alcoolique ? Assurément non, il faut étudier ces faits plus complètement, et quand ils seront mieux connus les erreurs deviendront des exceptions.

M. Rousset donne 22 observations à la fin de son rapport ; je lui demande la permission de les interpréter un peu différemment de ce qu'il a fait lui-même. Les cinq premières observations sont groupées sous le titre d'héréditaires vésaniques et pour tous ces malades, si l'on note de l'hérédité chez les ascendants, on ne constate chez eux que des abus de boisson.

Un sujet n'est pas prédisposé uniquement parce qu'il a un père ou une mère aliénés. Des fils d'aliénés peuvent parfois résister à toutes les causes physiques ou morales, capables de provoquer des accès de folie chez les prédisposés, et parcourir une longue carrière sans jamais éprouver le moindre trouble psychique et, inversement, des sujets à hérédité peu chargée peuvent offrir, sous l'influence des causes les plus légères, des accès délirants.

Ces cinq malades, qui ont résisté longuement à l'action de l'alcool, ont, par ce seul fait, fourni la preuve que, malgré leurs ascendants, ils échappaient à la prédisposition. Ces cinq malades, de même que ceux qui font l'objet des cinq observations suivantes, ne sont autres que des alcoolisés chroniques aboutissant à la paralysie générale.

En résumé, nous pouvons dire que les pseudo-paralysies générales alcooliques sont repoussées par la clinique et que l'alcoolisme chronique conduit habituellement à la démence et parfois à la paralysie générale.

M. E. Régis (de Bordeaux). — En principe, une statistique étiologique ne peut être bien faite dans un asile public. Le nombre trop considérable d'aliénés, le séjour trop limité de certains d'entre eux et, par-dessus tout, l'absence trop fréquente de renseignements complets sont autant de causes qui ne permettent pas au médecin de s'éclairer comme il voudrait.

S'il en est ainsi dans les asiles, il en va tout autrement dans les établisssements privés. Là les aliénés sont en petit nombre ; les transfèrements y sont rares et les médecins y sont constamment en rapport avec les familles. Une statistique faite dans un tel milieu devient de suite beaucoup plus facile et beaucoup plus exacte. L'établissement privé de Castel d'Andorte est particulièrement favorisé à ce point de vue. Il se compose d'un chiffre maximum de 50 aliénés, dont 36 hommes et 14 femmes appartenant pour la plupart à Bordeaux ou à la région.

J'aurais pu reconstituer, au point de vue de l'alcoolisme et de la paralysie générale, le passé de cette maison de santé, pendant les quarante-six ans de son existence. J'ai mieux aimé, pour avoir une certitude encore plus entière, limiter mes recherches à la période des vingt dernières années, et j'ai relevé avec soin sur le nombre total des aliénés des deux sexes admis pendant ce temps, le chiffre des alcooliques ou des vésaniques alcoolisés, celui des paralytiques généraux et, chez ces derniers, la proportion des alcooliques.

Ce document ainsi constitué a d'autant plus de valeur qu'il émane d'une région où, de tout temps, les cas de folie alcoolique ont été très rares. Il me semble, en effet, que pour déterminer au juste l'influence que peut avoir l'alcoolisme sur la production de la paralysie générale, ce n'est pas dans les pays où l'alcoolisme est très répandu et où toutes les folies sont plus ou moins teintées d'éthylisme qu'il faut faire porter ses recherches, mais au contraire dans les pays où l'alcoolisme est très rare.

Il résulte de ce document que, dans l'espace de vingt années, depuis le 1er juillet 1871 jusqu'au 1er juillet 1891, il est entré dans l'établissement 533 malades, dont 421 hommes et 112 femmes ; sur ce nombre il s'est trouvé : 1° 164 paralytiques généraux, dont 161 hommes et 3 femmes ; 2° 27 alcooliques, dont 26 hommes et 1 femme.

Le pourcentage de ces chiffres donne : 1° pour les paralytiques généraux 30.76 0/0, dont 38.25 0/0 chez les hommes et 2.67 0/0 chez les femmes ; 2° pour les alcooliques 6.41 0/0, dont 6.17 0/0 chez les hommes et 0.24 0/0 chez les femmes.

Ces résultats viennent à l'encontre de l'idée d'un rapport quelconque de fréquence entre l'alcoolisme et la paralysie générale.

Si je prends maintenant les 164 paralytiques généraux qui figurent dans le tableau ci-dessus, je vois que quelques-uns, dans la période dynamique du début, se sont livrés à la boisson, mais sans présenter le moindre signe d'intoxication alcoolique, et que 6 seulement étaient de véritables alcooliques avérés. Or, l'évolution de la maladie chez ces six malades a présenté une allure régressive caractéristique.

En résumé, je crois pouvoir tirer de ces faits les déductions suivantes :

1° Dans la classe moyenne et élevée de la Gironde, les cas d'alcoolisme et de paralysie générale sont en proportion absolument inverse. Les premiers représentent à peu près 6 0/0 du chiffre total des aliénés ; les seconds atteignent 38 0/0 de ce chiffre. Encore faut-il remarquer qu'un certain nombre des alcooliques traités étaient étrangers à la région et même à la France.

2° Sur les 164 paralytiques généraux admis dans la maison de santé de la Gironde pendant les vingt dernières années, si l'on fait abstraction de ceux, assez rares d'ailleurs, qui ont commis quelques excès de boisson dans la période dynamique du début, il n'a existé que 6 alcooliques avérés, soit 4.26 0/0.

3° La symptomatologie et l'évolution de la maladie, chez ces six individus, ont été exactement celles que certains auteurs ont attribuées à la paralysie générale alcoolique. Ce qui a dominé, en effet, chez eux, c'est une tendance constante à la rémission et même à la guérison.

4° L'ensemble de ces faits montre qu'au moins dans la région à laquelle ils se rapportent, l'alcoolisme n'exerce aucune influence sur la production de la paralysie générale.

En revanche, la presque totalité des paralytiques généraux, sur lesquels j'ai entrepris à cet égard une enquête sérieuse et approfondie depuis déjà quatre ans, étaient d'anciens syphilitiques. Si l'on remarque que cette particularité se retrouve d'une façon plus ou moins identique dans tous les pays et même dans les asiles de la Seine, à mesure que les recherches statistiques deviennent plus exactes et plus complètes, on est forcé de convenir que la cause la plus générale et la plus constante de la paralysie générale, en dehors des conditions spéciales de prédisposition et d'hérédité, toujours nécessaires, c'est la syphilis.

MM. Marie et Bonnet (Paris), de leurs observations sur 265 malades, concluent à ce que « la plupart des intoxications peuvent être réduites à l'état d'effets et non de causes de la méningo-encéphalite. En particulier, les intoxications volontaires et, au premier rang, l'alcoolisme. Les premiers

symptômes cliniques de la paralysie générale correspondent à une période déjà avancée de ses lésions anatomiques; tant que l'on n'aura pas, à l'aide d'expérimentations décisives ou par toute autre voie, constitué un critérium permettant de déterminer cliniquement quand *commence* l'affection, les facteurs étiologiques personnels proposés resteront susceptibles d'être considérés comme secondaires, surtout si on leur oppose l'hérédité, seul facteur constant; le seul aussi qui échappe à l'influence de causes occasionnelles manifestement consécutives et n'ayant pu agir que comme agents provocateurs. La multiplicité des facteurs personnels invoqués démontre l'insuffisance de chacun en particulier et leur variabilité dénote leur importance secondaire. Notons toutefois la plus grande fréquence de l'alcoolisme et de la syphilis associés qui forment, avec l'hérédité, une triade où cette dernière a l'importance prédominante, par rang de date et de fréquence. Plus on cherche les antécédents héréditaires dans la paralysie générale, plus on les trouve. On peut donc la considérer comme affection dégénératrice, non de l'individu, mais de l'espèce, et la pathogénie en doit être envisagée dans la série; il y aurait lieu de mettre à l'étude le rôle de l'hérédité dans l'étiologie de cette affection. »

M. Combemale donne les conclusions suivantes de ses expériences :

1° L'intoxication chronique par l'alcool donne lieu chez le chien à des poussées délirantes, caractérisées plus particulièrement par des idées de peur avec hallucinations pouvant porter sur divers sens.

2° A ces symptômes, qui marquent généralement le début des troubles psychiques, s'ajoutent bientôt de l'affaiblissement intellectuel et des troubles musculaires d'ordre à la fois ataxique et paralytique; ils débutent par l'arrière-train, ou mieux, peut-être, ils ont leur maximum au début dans cette région et se généralisent rapidement comme la paralysie générale.

3° A l'autopsie, on retrouve les lésions principales qui caractérisent cette dernière maladie : inflammation diffuse méningo-encéphalique et dilatations vasculaires.

M. Combemale a communiqué, en outre, un mémoire sur les *rapports de la paralysie générale précoce avec l'alcoolisme ancestral*. L'auteur n'apporte que deux observations à l'appui de sa façon de voir; dans ces cas les malades n'ont rien fait pour devenir paralytiques et on chercherait vainement dans leurs antécédents personnels de quoi justifier l'éclosion de la maladie mentale. Ce sont des victimes fatales de leur hérédité, et la dégénérescence qui pèse sur leur vie et leur évolution intellectuelle est une dégénérescence due à l'alcoolisme de leurs géniteurs. L'auteur rappelle que dans sa thèse (1888) il a déjà indiqué le rapport que la paralysie générale précoce affecte avec l'alcoolisme ancestral; il avait déjà apporté, à l'appui de cette opinion, deux observations recueillies à l'asile d'aliénés de Montpellier.

M. Magnan félicite l'auteur du procédé qui lui a permis de mener à bien ses expériences (ingestion par la sonde œsophagienne); il avait lui-même tenté semblables essais par la même voie, mais s'était heurté à des vomissements incoercibles.

M. Christian objecte aux conclusions de M. Combemale que les conditions de l'animal en expérience sont toutes différentes de celles de l'homme; ces expériences prouvent seulement que l'alcool provoque chez le chien quelques phénomènes analogues à ceux de la paralysie générale de l'homme.

M. Mairet (Montpellier) est de l'avis de M. Christian. En clinique également il considère que l'alcoolisme amène une pseudo-paralysie générale.

Au point de vue de la sensibilité : L'alcoolisé paralytique est halluciné comme l'alcoolique, il a des troubles de la sensibilité générale, des fourmillements, qu'il peut attribuer à l'électricité (idées de persécution), d'autres fois il y a anesthésie. Le malade n'est pas affaissé comme le paralytique ordinaire, il présente une sorte d'état spasmodique, d'enraidissement des muscles, simulant l'ataxie. Au point de vue de l'intelligence, les alcoolisés paralytiques sont éminemment violents et d'un caractère difficile. Tantôt le délire est ambitieux non continu, tantôt mélancolique avec idées de persécution. L'excitabilité musculaire est portée à son maximum. La marche de l'affection est également caractéristique; les rémissions sont fréquentes; la marche, par suite, en est plus lente, sauf les cas d'attaques épileptiformes qui sont assez fréquentes et peuvent emporter le malade.

M. Magnan (Paris) rappelle que l'on observe en clinique le passage insensible de l'alcoolisme chronique à la paralysie générale et ne croit pas qu'il faille créer une variété spéciale.

M. Charpentier (Paris) étudie les lésions macroscopiques variées, résultant de l'intoxication alcoolique constatée à l'autopsie.

L'étude de M. Charpentier a porté sur 735 cas. Il s'est limité aux malades alcoolisés entrant en état d'excitation maniaque à l'entrée et montrant des signes de paralysie générale cliniquement constatés. 83 de ces malades sont morts, 68 ont été autopsiés. 25 ne présentaient pas de signes d'alcoolisme suffisamment ancien pour entrer en ligne de compte, à notre point de vue. 43 autres avaient, au contraire, des antécédents d'alcoolisme invétéré caractéristiques. Sur 14 d'entre eux, on a constaté à l'autopsie les adhérences classiques de la pie-mère et en outre des lésions viscérales caractéristiques de l'alcoolisme (dégénérescences cirrhotiques du foie, etc.). 21 ne présentaient que les adhérences méningées. Les autres ne présentaient ni adhérences ni lésions alcooliques, en dépit de leurs antécédents et des symptômes cliniques précités. De ces recherches nécropsiques l'auteur tire les conclusions suivantes :

1° Rien ne permet d'affirmer que la paralysie générale alcoolique n'existe pas;

2° C'est chez les alcooliques que la paralysie générale acquiert son maximum de fréquence. En cinq ans nous avons trouvé 83 alcooliques avérés sur 135 cas de paralysie générale;

3° La forme spéciale de la paralysie générale alcoolique est déterminée par les symptômes de l'intoxication alcoolique;

4° La paralysie générale est plus grave chez les gros buveurs qui, avant le début des symptômes de la paralysie générale, n'ont jamais présenté de troubles cérébraux;

5° L'intoxication alcoolique peut produire tout le complexus symptomatique dénommé paralysie générale sans qu'à l'autopsie on trouve les lésions caractéristiques de la paralysie générale, c'est-à-dire la sclérose cellulaire, interstitielle, proliférante, diffuse;

6° Il n'y a pas de sclérose interstitielle proliférante diffuse sans paralysie générale, mais il peut y avoir paralysie générale sans cette lésion caractéristique;

7° La théorie de l'intoxication que nous avons exposée à la Société médico-psychologique de Paris pour expliquer la paralysie générale, appliquée à l'intoxication alcoolique, permet de comprendre et de réunir dans un même ensemble tous les troubles cérébraux dus à l'alcoolisme, depuis l'ivresse jusqu'à la démence paralytique, les cas suraigus ou rapidement mortels, les cas d'immobilité, les cas de rémission ou de guérison, quelle que soit la forme cérébrale qu'ait revêtue l'alcoolisme.

M. Mordret conteste l'avant-dernière conclusion; mais il se rallie pour le reste à la façon de voir de M. Charpentier.

M. Ladame (de Genève). — Il se poursuit actuellement, en Suisse, une expérience intéressante qui a une certaine importance pour la question du rôle de l'alcoolisme dans l'étiologie de la paralysie générale. Le 25 octobre 1885, la grande majorité du peuple suisse votait une revision de la Constitution fédérale, autorisant les Chambres à prendre des mesures législatives sur la consommation des boissons alcooliques. Le 17 mai 1887, le peuple acceptait la loi sur le monopole fédéral de ces boissons. Or, en comparant les chiffres des cas d'alcoolisme et de paralysie générale admis à l'hôpital cantonal de Genève et à l'asile des aliénés, on remarque une différence sensible entre le nombre des alcooliques admis avant et après le monopole. Pendant les années qui précèdent immédiatement l'adoption de cette loi, on note 70, 75, 96, 78, 98 cas admis dans les années 1886, 85, 84, 83 et 82, tandis qu'en 1887 le chiffre des admissions tombe immédiatement à 57, et ne se relève plus dans les années suivantes. En 1888, 51; en 1889, 53; en 1890, 52. L'influence bienfaisante de la loi sur le monopole s'est fait ainsi distinctement sentir. Quant à la paralysie générale, relativement rare en Suisse, les chiffres annuels d'admission n'ont pas varié, ni à l'hôpital cantonal ni à l'asile des aliénés des Vernets, avant et après la loi sur le monopole fédéral.

M. Cadéac (Lyon) avec **M. A. Meunier** a fait ingérer à un chien 25 litres d'eau d'arquebuse dans l'espace de 3 mois. Ils ont constaté, à l'autopsie, une cirrhose du foie et une néphrite interstitielle. Il semble démontré aussi que l'alcool détermine la dégénérescence graisseuse des organes, et les essences, au contraire, la sclérose. Cette dernière altération a été provoquée par l'intoxication à l'aide de la liqueur d'arquebuse. Cet empoisonnement différerait de l'empoisonnement chronique par l'alcool, aussi bien par les lésions anatomiques que par les troubles de la sensibilité et de la motilité. Les essences des liqueurs peuvent être, d'après ces expériences, cause de lésions analogues à celles de la paralysie générale de l'homme

M. Camuset conclut de ses observations à ce que l'alcool influe puissamment sur le développement de la méningo-encéphalite diffuse.

M. Joffroy, au nom de l'histologie pathologique, combat la théorie de l'encéphalite interstitielle initiale dans la paralysie générale des aliénés. Il considère que la lésion primordiale siège dans la cellule, en un mot qu'il y a encéphalite parenchymateuse au début. Cela ne peut s'expliquer sans un *locus minoris resistentiæ* résidant dans la cellule même, aussi croit-il à l'influence de la prédisposition héréditaire. Il faut un germe préexistant et l'alcool ne fait que favoriser la germination de l'encéphalite parenchymateuse.

M. Magnan objecte que c'est là une hypothèse qui ne lui paraît pas reposer sur des données suffisamment convaincantes; il demande à M. Joffroy comment il a pu obtenir des préparations d'encéphalites parenchymateuses évidemment préexistantes à toute lésion interstitielle.

M. Joffroy a fait pour cela des préparations en choisissant de préférence les portions de circonvolutions dans lesquelles les lésions étaient le moins avancées: les lésions interstitielles lui ont alors paru peu accentuées, tandis que l'altération parenchymenteuse était constante; c'était une dégénérescence granulo-pigmentaire du protoplasma des cellules (surtout les petites) et de leur noyau.

M. Pierret, lui aussi, admet que c'est l'élément noble, la cellule, qui est la première touchée. La lésion de la cellule est rarement seule, mais seule elle est l'élément indispensable, l'encéphalite interstitielle n'étant pas nécessaire. Il a publié des observations avec autopsie dans ce sens, il s'appuie en outre sur la priorité presque constante des troubles de l'intelligence correspondant à la lésion de la cellule. Dans l'alcoolisme, la cellule est aussi touchée, il est vrai, mais secondairement, en sorte que s'il est vrai qu'à l'autopsie le microscope décèle la coexistence des deux lésions, comme dans la paralysie générale, le mécanisme en est tout différent. A ce point de vue, l'alcoolique est un sénile précoce et se rapproche plus du dément sénile que du dément paralytique, tant au point de vue clinique qu'au point de vue anatomique.

M. Magnan s'étonne de l'affirmation de M. Pierret sur les cas de paralysie générale sans encéphalite interstitielle. C'est la première fois qu'il entend pareille affirmation; au Congrès de Berlin, où l'on s'est occupé de la question, aucun des micrographes compétents n'en a parlé. Ce que M. Magnan a vu, et, après lui, beaucoup d'autres auteurs, c'est l'encéphalite à la fois interstitielle et parenchymateuse des zones corticales antérieures frontales; à côté d'elles on trouve de l'encéphalite interstitielle prédominante ou seule dans la zone moyenne, fronto-pariétale ou motrice; en arrière, dans la zone postérieure, moins atteinte, on ne trouve généralement qu'un peu ou point d'encéphalite interstitielle, mais pas trace de lésions parenchymateuses.

M. Pierret constate que M. Magnan a lui-même constaté des lésions indépendamment de la question de date de ces lésions.

M. Mordret lit une observation de méningo-encéphalite constatée à l'autopsie sans que du vivant de la malade rien n'ait pu faire prévoir une paralysie générale.

M. le Dr Ballet fait observer que la discussion dévie de son but primitif. En plaçant la question sur le terrain de l'anatomie pathologique, il craint de la voir immobilisée. Les hypothèses plus ou moins attrayantes ne parviendront pas à trancher la question de priorité entre l'altération conjonctive ou cellulaire. Pour son compte il attribue, comme M. Magnan, le rôle principal aux lésions vasculaires et interstitielles. Mais il y a mieux à faire pour avancer la question, c'est de multiplier les statistiques relatives à l'étiologie; que l'on ne se rebute pas par ce fait qu'elles sont jusqu'ici toutes contradictoires ou à peu près: ce n'est qu'après de multiples tâtonnements que l'on pourra établir une moyenne approchant de la vérité; les divergences, d'ailleurs, ne sont qu'apparentes et tiennent souvent non à l'homme qui dresse la statistique, mais au milieu observé; M. Ballet l'a vu pour lui-même en ce qui a trait aux rapports de la syphilis et de la paralysie générale.

En attendant des documents statistiques suffisants, M. Ballet se déclare partisan des pseudo-paralysies générales qui offrent un moyen pratique de classer en cliniques des affections d'un diagnostic délicat sans préjuger de leur nature.

M. Pierret rappelle que M. Ballet, comme MM. Joffroy et Magnan, admet l'altération de la cellule. Il persiste à croire que c'est là le substratum anatomique essentiel de l'affection. Cette lésion de la cellule doit être mise à l'étude, parallèlement et indépendamment de la recherche des causes particulières variées qui peuvent la provoquer.

Des chlorures d'or et de sodium dans la paralysie générale.

M. Boubila (de Marseille). — Les résultats du traitement par le chlorure d'or et de sodium, traitement institué dans les conditions de doses signalées (de 0,002 à 0,01) présente des avantages. Les inconvénients paraissent nuls. L'augmentation des globules marche parallèlement à l'augmentation du poids. La pression dynamométrique peut être considérée comme une quantité négligeable, vu les difficultés de l'opération, malgré sa simplicité. La première période est plus favorable pour l'application de ces agents thérapeutiques; ils provoquent des rémissions et même dans la seconde période ils sont indiqués comme augmentant la résistance et retardant la terminaison par la mort rapide et la cachexie paralytique.

Trépan dans un cas de paralysie générale.

M. Rey communique un fait de trépanation heureuse pour paralysie générale. La dure-mère incisée ne présente aucune altération apparente. Au-dessous, les méninges sillonnées de vaisseaux volumineux présentent un aspect gélatineux et des plaques laiteuses. On remarque que le cerveau fait un peu hernie et vient combler en partie l'ouverture du crâne. Cet examen rapide étant fait, les lambeaux de la dure-mère sont réunis par des points de suture; le lambeau épicrânien est également réuni en place.

L'opération a duré une heure; inutile de dire qu'elle a été faite selon toutes les règles de l'antisepsie rigoureuse. Au réveil, le malade est calme et satisfait. Huit jours après, la cicatrisation est complète, le malade reprend sa place dans la division. Le malade, 1 mois 1|2 après, a pu être rendu à sa famille; il est calme, d'humeur égale. L'état de dépression, les idées de satisfaction ont disparu.

En l'absence de tumeur exerçant une compression, une irritation du cerveau, ne peut-on admettre que le seul débridement ne donne les résultats que procure la suppression de toute gêne de cause externe? Comme le vertige, l'épilepsie essentielle ou symptomatique, la paralysie générale peut donc tirer profit de l'intervention chirurgicale. L'incurabilité habituelle de l'affection, l'inefficacité reconnue du traitement interne, et d'autre part l'innocuité de l'opération du trépan, grâce à l'antisepsie, justifient ces tentatives.

CONGRÈS INTERNATIONAL D'HYGIÈNE ET DE DÉMOGRAPHIE A LONDRES

Immunité.

M. Roux (de Paris). — A l'exception de la vaccine, le seul moyen de conférer l'immunité contre une maladie consiste dans l'inoculation du virus de cette maladie; Pasteur a fait connaître une autre méthode moins dangereuse, l'inoculation préventive d'un virus atténué. La désignation de virus atténué doit être appliquée également aux virus affaiblis sans être atténués, à ceux par exemple dont les agents produc-

teurs ont subi une diminution de leur vitalité. Pasteur a indiqué les 2 modes d'atténuation : l'exposition prolongée des cultures à l'air à une température convenable et le passage des micro-organismes pathogènes par diverses espèces animales. On peut encore employer l'action des antiseptiques, de l'oxygène comprimé, de la lumière. Quelle que soit la méthode employée, l'atténuation doit être produite lentement et graduellement; une atténuation rapide rendrait le virus complètement inactif, sans lui donner de propriétés susceptibles de produire l'immunité. Dans les premières expériences, on employait toujours le virus vivant, c'est-à-dire qu'on injectait les micro-organismes affaiblis eux-mêmes. Une autre méthode consiste à inoculer les substances chimiques produites par les micro-organismes.

Les phagocytes absorbent les microbes avec une rapidité d'autant plus grande que l'animal est plus réfractaire. Cependant, certaines maladies, comme la tuberculose et la lèpre, sont des plus graves malgré l'intensité de la phagocytose qui s'y produit : ce fait prouve que les phagocytes et les autres moyens de défense de l'organisme sont dans certains cas trop faibles pour produire des effets utiles : les phagocytes ont eu beau faire de leur mieux, les microbes se sont néanmoins habitués à vivre dans leur intérieur et les ont détruits.

Il ne suffit pas que les microbes soient absorbés, il faut qu'ils aient été digérés par les phagocytes. Même dans les cas où la lutte ne doit pas tourner à l'avantage de l'organisme, les phagocytes sont encore agresseurs. Il arrive fréquemment que les bacilles de la lèpre et de la tuberculose soient tués dans l'intérieur de ces cellules. La phagocytose ne se produit que chez les animaux réfractaires; elle est nulle ou au moins incomplète chez les animaux non réfractaires. On peut se demander si l'immunité est la conséquence de cette propriété des cellules qui englobent le virus ou s'il ne peut pas se faire que l'immunité soit produite par cette absorption du virus des cellules. Si, dans les organismes réfractaires, elles englobent les microbes, c'est peut-être parce que ces derniers sont dans des conditions favorables et restent pour ainsi dire inertes dans l'intérieur de l'organisme où ils ont pénétré. Des faits nombreux tendent à prouver que les microbes englobés par les phagocytes ne sont pas dégénérés, mais se trouvent en pleine vitalité. Chez la grenouille, par exemple, les bacilles qui ont été absorbés par les leucocytes sont pleins de vigueur dans le protoplasma cellulaire et montrent par leurs mouvements qu'ils sont vivants. Une preuve de l'importance de l'action des leucocytes réside dans ce fait, que, même chez les animaux réfractaires, les microbes se développent quand ils sont hors de l'atteinte des phagocytes, ainsi par exemple dans la chambre antérieure de l'œil.

Metchnikoff admet que les cellules sont attirées vers les microbes en raison d'une sensibilité tactile qu'elles présentent vis-à-vis de tous les corps étrangers introduits dans les tissus, et que cette propriété qu'elles possèdent de s'emparer des microbes chez les animaux jouissant de l'immunité provient de l'habitude que leur a donnée leur première lutte avec le virus atténué. Ces mouvements et ces préférences des leucocytes peuvent facilement se comprendre, car les leucocytes ont une sensibilité chimique spéciale, une propriété chimique analogue à celle des zoospermes des myxomycètes : ils sont attirés par certains corps et repoussés par d'autres. Les expériences de Massart et Bordet ont prouvé que les produits sécrétés par les microbes exercent une action chimique très marquée sur les phagocytes. Quand un virus est introduit dans l'économie, il prolifère et produit une substance qui attire les leucocytes, et plus le virus est actif, plus sont énergiques les poisons élaborés par lui; et il arrive que les cellules qui ont pénétré dans le foyer toxique sont paralysés dans leur action et rendues incapables d'englober les microbes qui se développent sans obstacle. Il y a même des virus comme celui du choléra des poules dont la toxine exerce sur les leucocytes une action chimique négative, de sorte qu'on ne constate pas de phagocytose dans cette maladie; cependant il n'en est plus de même lorsque les animaux ont été inoculés d'abord avec le virus atténué ou avec des doses convenables de produits sécrétés par le bacille. Si l'animal a reçu un virus fort, les phagocytes attirés au point d'inoculation et déjà accoutumés aux produits du microbe engloberont celui-ci avant qu'il n'ait eu le temps de produire une dose active de matière toxique. Si les leucocytes ne peuvent pas ainsi arrêter le début de la maladie, leur intervention à une période plus tardive reste sans effet, les microbes ayant sécrété une quantité de poison suffisante pour paralyser leur action. Toutes les causes qui écartent les leucocytes du point d'inoculation favorisent l'infection. La théorie de l'immunité proposée par Metchnikoff ne conteste pas qu'il puisse y avoir d'autres modes de protection de l'organisme, mais elle met en avant l'action phagocytique qui est le plus général et le plus efficace de ces modes de protection.

M. Buchner. — L'immunité naturelle ou acquise est un phénomène spécifique dû d'un côté aux propriétés spécifiques des agents morbides, de l'autre, à celles de l'organisme infecté.

L'immunité peut être conférée : 1) par l'inoculation préventive de cultures spécifiques atténuées artificiellement ; 2) par l'inoculation préventive de cultures spécifiques complètement atténuées; 3) par l'inoculation préventive de saprophytes indifférents; 4) par l'injection préventive de cultures spécifiques filtrées et stérilisées; 5) par l'introduction dans l'organisme de certaines substances.

On a pensé pouvoir attribuer l'immunité à l'action des toxines. Mais les faits qui se rapportent à l'immunité par des saprophytes ou des cultures très atténuées ne formant pas de toxines, montrent que c'est erroné.

Il est possible que cette action soit exercée par les substances albuminoïdes contenues dans le protoplasma même de la bactérie et désignées par Nencki sous le nom de protéines. Ces protéines ne sont mises en liberté qu'à la mort de la bactérie et se retrouvent aussi bien dans les vieilles cultures qu'après la destruction des bacilles par l'organisme. Ceci explique l'action des cultures filtrées et stérilisées.

L'action des protéines est distincte de celle des toxines. Les toxines agissent sur le système nerveux; les protéines sur le parenchyme des tissus où elles provoquent des phénomènes inflammatoires et secondairement la leucocytose. Cette inflammation s'accompagne de fièvre, comme l'ont démontré les expériences faites avec la protéine pyocyanique chez l'homme et chez la chèvre. D'un autre côté, Gamaleia a démontré que dans l'immunité contre le charbon on observe quelquefois une réaction fébrile.

La guérison du processus infectieux peut être considérée à un certain point de vue comme une forme spéciale d'immunité tantôt passagère, tantôt définitive. Cette guérison ne peut être attribuée à la mort spontanée, à l'évolution cyclique des bactéries, évolution qui existe bien chez certains parasites animaux, mais non pas chez les bactéries. Dans certains cas la guérison paraît pouvoir être attribuée à un processus inflammatoire provoqué par les protéines des bactéries. On peut par conséquent utiliser à cet effet les cultures stérilisées (la stérilisation se détruisant par la protéine) ou les protéines seules à l'état d'extrait (tuberculine).

Comment l'inflammation agit-elle sur les bactéries morbides ? Plusieurs hypothèses sont en présence :

1° L'action des phagocytes, la *phagocytose*. Cette hypothèse très complète et embrassant presque la totalité des faits, a contre elle des arguments nombreux qui vont être rapportés plus loin.

2° L'action des *leucocytes* n'agissant pas comme phagocytes, mais élevant une sorte de rempart protecteur entre les microbes et les tissus sains. Mais cette action n'est valable que s'il est démontré que les leucocytes sécrètent des substances solubles capables de nuire aux bactéries, ce qui d'ailleurs est fort possible.

3° La sécrétion de *substances solubles anti-bactériennes* par les cellules fixes des tissus se trouvant à l'état d'inflammation et d'irritation formatrice et nutritive.

Quelles sont les causes de l'immunité naturelle ou acquise ?

Ici également nous nous trouvons en présence de plusieurs théories et hypothèses :

1. *Epuisement du milieu nutritif.* Ceci n'est guère admissible pour l'organisme si riche en albuminates. On peut plutôt supposer que dans certains cas ces albuminates deviennent non assimilables, ne peuvent plus traverser la membrane des bactéries qui périssent en quelque sorte d'inanition. Ce fait, possible pour certaines bactéries qui ne secrètent pas d'enzymes capables de peptoniser les albuminates, ne peut pourtant être généralisé.

2. *Phagocytose.* — Il aurait fallu démontrer tout d'abord

que la phagocytose est le phénomène primilif et qu'il n'est pas provoqué par certaines modifications des sucs organiques. Il est certain que la phagocytose joue un rôle dans la défense de l'organisme, seulement il faut savoir quelle place elle occupe dans cette défense. Or certains faits montrent que cette place est secondaire. Parmi ces faits on peut citer l'absence de phagocytose dans le charbon inoculé à des animaux réfractaires (Lubarsch, Behring, Brauk et autres); l'existence d'une phagocytose intense dans certaines infections mortelles (tuberculose, septicémie des rats, rouget des porcs); les expériences de Petruschky, Baumgarten-Fahrenholz, Pekelharing sur les bactéridies introduites dans l'organisme dans des sacs de papier; l'action chimio-taxique des protéines sur les phagocytes. Cette dernière objection est très importante, car elle montre que la phagocytose se trouve sous la dépendance de la mise en liberté des protéines et que, par conséquent, elle est un phénomène secondaire.

3. *Existence dans les liquides organiques de substances protectrices*. — L'idée appartient à Chauveau et Toussaint, mais la théorie ne devint solide que lorsqu'on prouva l'action bactéricide du sérum sanguin. On peut par conséquent se demander si ces propriétés sont les causes de l'immunité naturelle ou acquise? A cette question on peut répondre affirmativement.

Certains faits le démontrent directement. On peut notamment citer : l'absence *in vitro* des propriétés bactéricides envers la bactéridie charbonneuse du sang des cobayes et des rats non réfractaires; les propriétés bactéricides du sérum provenant des animaux rendus réfractaires sont plus marquées que celles du sérum des rats blancs jouissant de l'immunité naturelle; le sang et le sérum des animaux rendus réfractaires possèdent envers certaines bactéries des propriétés bactéricides plus accusées que le sang et le sérum des animaux ordinaires; le sang et le sérum des animaux rendus réfractaires atténuent la virulence des agents infectieux spécifiques.

On a dit que l'action bactéricide du sang s'explique par l'état de concentration du milieu. Mais cette action persiste dans des solutions diluées, se perd à une haute température qui ne change pas l'état de concentration et n'existe pas dans des solutions de sucre, peptone ou gélatine concentrées.

On a encore soutenu que les propriétés bactéricides du sérum étaient un phénomène cadavérique, extravasculaire. Sans parler des expériences de Buchner, Stern et Euderlen qui ont prouvé que ces propriétés existent dans le sang en circulation, on peut répondre que le sang possède ces propriétés au plus haut degré au moment de sortir des vaisseaux; que le passage de la vie à la mort ne s'effectue pas brusquement dans une substance aussi peu organisée que le sérum.

Une autre objection faite à cette théorie consiste en ceci : Le sang d'un lapin tue *in vitro* bien plus de bacilles qu'il n'en faut pour tuer l'animal quand ils sont injectés dans le sang. Ce fait peut s'expliquer de la façon suivante. Les bacilles injectés s'accumulent non pas dans les gros vaisseaux, mais dans les capillaires. La quantité de sang qui passe à un moment donné par les capillaires possède des substances bactéricides limitées, en rapport avec la quantité de sang. Les bacilles ne sont pas tués : ils prolifèrent et forment un foyer d'infection locale.

M. Hankin. — Les expériences de Nuttall, de Buchner et de Nissen ont prouvé que l'action microbicide du sérum joue un grand rôle dans le conflit entre l'organisme et le microbe. Bouchard a montré que, tandis que le sérum du lapin est un bon milieu de culture pour le bacille pyocyanique, le sérum d'un lapin qui a acquis l'immunité contre le bacille possède la propriété d'atténuer ou même de détruire le microbe en question. Behring et Kitasato ont constaté que le sérum d'un lapin jouissant de l'immunité vis-à-vis de la diphthérie n'exerce pas d'action bactéricide sur le bacille diphthérique, mais possède le remarquable pouvoir de détruire le poison élaboré par ce microbe. Ces données me conduisent à formuler de la façon suivante la théorie de l'immunité : « L'immunité, naturelle ou acquise, est due à la présence de substances qui sont produites par le métabolisme des animaux plutôt que par celui du microbe et qui ont le pouvoir de détruire soit le microbe contre lequel l'immunité est acquise, soit les produits dont dépend son action pathogène. »

Quelle est la nature de ces substances dont dépend l'action bactéricide du sérum sanguin? Buchner, après avoir constaté que cette propriété n'appartenait ni aux sels, ni aux substances fibrineuses ni aux autres protéides du sérum, arrivait, il y a 2 ans, à cette conclusion assez singulière que les propriétés microbicides du sérum sont dues à un reste de « vitalité » du plasma sanguin d'où provient le sérum. Je suis arrivé pour ma part à cette conclusion théorique que la substance douée de cette propriété est une protéide particulière analogue aux ferments connue sous le nom de globuline cellulaire B. Je me suis assuré que cette substance a la propriété de détruire le microbe du charbon, et j'ai constaté que des substances similaires existent non seulement chez les animaux qui jouissent d'une immunité naturelle contre le charbon, mais aussi chez ceux qui sont susceptibles de contracter cette maladie. A ces substances j'ai donné le nom de protéides défensives. J'ai constaté de telles analogies entre l'action bactéricide de ces substances et celles du sérum sanguin que je ne doute guère que les propriétés bactéricides du sérum soient dues à ces substances. Les protéides défensives sont des substances albumineuses, analogues aux ferments, et il est vraisemblable qu'on n'arrivera pas de longtemps à les reconnaître autrement que par leurs propriétés physiologiques. A ce point de vue, on peut les diviser en sozines, ou substances qui existent à l'état normal chez les animaux et semblent agir sur plusieurs microbes et sur leurs produits, et en phylaxines qui ne se développent que chez les animaux auxquels a été conférée artificiellement l'immunité contre une maladie; ces phylaxines n'agissent probablement que sur une espèce de microbes et sur ses produits. On peut encore ajouter aux noms de sozines et de phylaxines les préfixes « myco » et « toxi », suivant que ces substances agissent sur les microbes eux-mêmes ou sur leurs toxines.

M. Emmerich. — Je ne suis pas partisan de la théorie de la phagocytose. Il est des maladies dans lesquelles la phagocytose tout au contraire serait nuisible, tel le rouget du porc où les bactéries incluses dans les cellules peuvent être ainsi conservées. L'anatomie pathologique nous apprend que dans toutes les infections il y a tuméfaction des parenchymes et dégénérescence trouble. Il se produit ainsi des substances chimiques qui agissent sans doute sur les bactéries. On peut extraire des viscères d'animaux ayant succombé à l'infection pneumonique des substances qui arrêtent l'infection chez des animaux déjà inoculés. Certaines expériences très démonstratives sur le lapin et la souris ont donné des résultats qui pourront sans doute à bref délai être reportés à l'homme d'autant qu'il suffit de doses très faibles et de substances peu dangereuses. Il faut seulement savoir que ces corps s'altèrent facilement. (Voy. *Mercredi*, p. 422).

M. Arloing. — Je crois que les éléments anatomiques jouent un rôle capital dans l'immunité. J'ai remarqué que ces éléments présentent une accoutumance progressive vis-à-vis du charbon, du bacille trouvé dans la péripneumonie. La transmission héréditaire des immunités s'expliquerait difficilement si on n'admettait pas cette activité cellulaire.

M. Kitasato. — Les expériences que j'ai faites avec Behring ont prouvé que l'injection de sang de lapins rendus artificiellement réfractaires au tétanos au moyen du trichlorure d'iode non seulement rend les souris réfractaires au tétanos, mais encore guérit la maladie lorsqu'elle est déjà en évolution. Ce fait prouve que le sang rendu artificiellement réfractaire est bien réellement efficace contre une maladie aiguë comme le tétanos.

M. Adami. — Les bactériologistes sont actuellement divisés en deux camps sur la question de savoir si l'immunité est due à l'action des cellules vivantes ou à celle des liquides de l'organisme et du sérum sanguin en particulier. La discussion roule en réalité sur des phénomènes qui diffèrent autant dans la forme que dans le degré. Si l'on s'en rapporte aux expériences, il est impossible de ne pas être frappé de l'importance de la phagocytose, mais on peut parfaitement accepter les deux théories. C'est surtout sur les phénomènes observés chez le rat que la discussion est vive : or, chez le rat on ne peut observer la phagocytose qu'avec difficulté et le sérum du sang de cet animal jouit de propriétés bactéricides très prononcées.

M. Ehrlich. — J'ai fait des recherches sur les poisons du ricin et du jequirity. Il s'agit de poisons non bactériens, mais

l'étude de ces faits paraît pouvoir être invoquée dans la discussion actuelle. Ces poisons sont très actifs vis-à-vis du cobaye. Ils exercent une action générale et locale. La première est telle qu'un gramme de ricin renferme assez de poison pour tuer 500,000 cobayes, qu'un gramme de jequirity suffit pour tuer 300,000 de ces animaux. On peut rendre les animaux réfractaires et cela au moyen de l'alimentation à doses d'abord faibles. L'état réfractaire apparaît le sixième jour. Le cobaye alors résiste à une dose 400 fois plus forte que celle qui le tue ordinairement, la souris à une dose 800 fois, le lapin 5,000 fois plus élevée. Il y a immunité vis-à-vis des effets locaux comme des effets généraux. J'ai vu cette immunité persister 7 mois. Le père ne transmet pas l'immunité; mais la mère engendre des enfants qui ont un certain degré d'immunité. Cette immunité disparaît assez vite. L'immunité est due à la production d'*antitoxines*. Les antitoxines peuvent servir à guérir des animaux inoculés. On s'explique que le nouveau-né ne reçoive qu'une certaine quantité de cette antitoxine qui est détruite à la longue.

M. Hueppe. — La question de l'immunité ramène l'ancienne lutte entre les humoristes et les solidistes. La cellule a toujours résisté aux attaques qu'on lui a adressées. Elle triomphera cette fois encore. La notion de la chimiotaxie est fort importante. J'ai montré la part qu'elle méritait dans l'action de la tuberculose. Depuis on nous a prouvé que le bacille mort amenait sur l'élément cellulaire une altération identique à celle de la tuberculose au début. Une modification de longue durée ne peut s'expliquer que par une irritation cellulaire. Les modifications des tumeurs sont passagères. Je profite de l'occasion pour rappeler qu'en 1887, j'ai établi que les bactéries peuvent produire l'immunité alors qu'elles sont dépourvues de virulence. M. Chauveau est arrivé aux mêmes résultats. Les poisons chimiques et les substances vaccinantes ne sont pas identiques.

M. Klein. — J'ai fait des expériences qui établissent chez la grenouille et le rat l'influence différente de la chloroformisation au moment de l'inoculation, et quelque temps après. Dans le premier cas la survie est bien moins longue. Peut-on attribuer ces différences à une modification des réactions cellulaires?

M. Metschnikoff. — On oppose les deux doctrines. Voyons comment elles vont se comporter vis-à-vis d'un cas concret. Je choisis la maladie *a priori* la moins favorable à la phagocytose, l'infection due au vibrio Metschnikoffii. Ici le pouvoir parasiticide du sérum des animaux vaccinés est extrême comme l'ont établi Behring et Nissen, et d'autre part Pfeiffer a soutenu qu'il n'y a pas trace de phagocytose. Ces affirmations m'ont fait penser tout d'abord qu'il s'agissait, dans cette maladie, d'une exception à la règle générale. Je ne doute pas de la possibilité de ces exceptions. Cependant j'ai repris cette étude. J'ai d'abord absolument vérifié l'exactitude des faits signalés par Behring. J'ai ensuite inoculé, avec un virus virulent, un cobaye témoin et un cobaye vacciné et prélevé une partie de la sérosité au niveau du point inoculé. Chez l'animal témoin, il y a quantité de vibrions libres. Chez le vacciné il y a aussi des leucocytes englobant des vibrions. Au bout de 12 heures on ne trouve plus que quelques vibrions libres. Après 15 heures, il n'y a plus que des traces de vibrions inclus dans les cellules. Faut-il admettre avec Buchner que les leucocytes se sont chargés des bactéries mortes? Mais si on place cette sérosité dans l'étuve, on voit les bactéries se multiplier dans les cellules, finir par les rompre et s'épandre au dehors, et ces bactéries sont virulentes.

J'ai répété, en les variant de toutes façons, ces expériences pendant plus de 9 mois. Elles ont été contrôlées par mon ami Roux.

Ajoutons que les cobayes vaccinés ne peuvent résister à une dose de matière virulente stérilisée supérieure à celle qui donne la mort à des animaux sains.

La doctrine de la phagocytose a été souvent attaquée et est toujours sortie triomphalement de ces luttes. Je ne prétends pas que la défense de l'organisme se résume exclusivement dans la phagocytose. Elle peut bénéficier de précieux concours et les recherches dont on nous a entretenus ont à ce point de vue un très grand intérêt. Mais la phagocytose ne manque que dans deux cas. Ou bien il s'agit d'organismes atténués au point d'être inoffensifs, ou au contraire d'une virulence extrême.

La phagocytose est en rapport avec les enseignements du darwinisme. Elle indique une alliance entre la médecine et la biologie, alliance qui ne peut que profiter à toutes deux.

M. von Fodor. — J'ai le premier établi le pouvoir bactéricide du sang en nature hors du corps et dans le corps — cytochimisme. — J'ai montré que certains corps chimiques augmentaient cette propriété. Le bicarbonate de soude retarde l'action du charbon; les acides, celle de la septicémie des souris et peut-être de la tuberculose.

M. Babès. — J'ai étudié expérimentalement l'immunité contre la rage. J'ai extrait par la méthode de Brieger un corps qui élève la température. J'ai établi qu'une température supérieure à 80° détruit le pouvoir immunisant; que le virus introduit dans le sac lymphatique d'une grenouille conserve son action pathogène. Le sérum d'un chien qui a l'immunité atténue le virus mis en son contact.

M. Buchner. — Je n'ai pas entendu rayer les cellules. Mais je crois que les expériences de Behring, Nisser, Kitasato indiquent une voie féconde.

M. Roux. — M. Emmerich a dit que la vaccination pastorienne avait surtout une valeur théorique. L'expérience de 10 ans a montré son intérêt pratique.

M. Metschnikoff. — Je n'ai jamais opéré comme dit Buchner en protégeant les microbes. J'introduis des fils chargés de spores qui devraient se multiplier dans l'organisme. Le papier qui les entoure est imprégné de sérosité, ce qui prouve bien qu'il y a eu contact du sérum. Depuis, Hüppe et Lubarsch ont vérifié ces assertions. Mais Kapeznikoff a montré que cette protection même est inutile. Du reste, des deux expériences *in vitro* de Buchner, celle dans laquelle le bacille typhique est inclus dans l'ouate se rapproche le plus de ce qu'on observe dans les infections humaines.

M. Lister. — La séance de ce matin est une des plus intéressantes auxquelles j'aie pu assister. Je pense qu'elle suffirait à prouver l'importance de ce congrès.

Les prétendues relations de la vaccination et de la lèpre.

M. P. Abraham. — On a cité quelques cas dans lesquels on a accusé la vaccination d'avoir été le mode de transmission de la lèpre. Même aux cas les plus probants en apparence, on peut objecter que rien ne prouve que les malades n'ont pas été exposés à un autre mode d'inoculation ou de contagion, qu'ils n'ont jamais été en contact avec des lépreux ou qu'ils n'ont pas pris des aliments ou touché des objets qui aient pu être contaminés par des lépreux. L'exemple de la Suède est bien probant; pendant longtemps, la vaccination a été obligatoire en Norvège, et largement pratiquée de bras à bras dans les districts lépreux, et cependant, ainsi que l'a montré Hausen, on ne connaît aucun cas où elle ait été la cause de la transmission de la lèpre; tout au contraire, la lèpre est en diminution. En Chine, d'après Manson, la lèpre est commune dans les districts où la vaccination a été pratiquée dans les 60 ou 70 dernières années; mais, d'autre part, elle est plus fréquente dans les districts où la vaccination n'a été introduite qu'à une date récente et a été pratiquée chez un petit nombre d'habitants seulement. Quoique l'on puisse admettre *a priori* la possibilité de l'inoculation accidentelle de la maladie par la vaccination, il n'en existe jusqu'ici aucun exemple absolument probant et à l'abri de toute contestation. Néanmoins cette possibilité doit rendre le médecin très circonspect dans le choix des vaccinifères dans les pays à lèpre.

Actinomycose.

M. Perroncito. — L'actinomycose n'est pas une maladie nouvelle, mais on n'en a reconnu que récemment la nature microparasitaire. C'est avec raison que Crookshank a attribué à l'actinomycose les loupes des bestiaux et il est certain que dès 1827 et 1829 Dick a décrit, sans en reconnaître la nature, l'actinomycose des bestiaux et a montré sa grande fréquence en Ecosse.

M. Crookshank. — Il est certain que l'actinomycose est facilement confondue avec la tuberculose et il est possible

que cette confusion contribue à augmenter indûment la proportion de la tuberculose du bétail, que certaines statistiques donnent comme très considérable. Rien ne prouve jusqu'ici que l'actinomycose se transmette directement d'un animal à un autre ou d'un animal à l'homme et qu'il s'agisse d'une maladie contagieuse dans le sens ordinaire du mot.

M. Ponfick. — Chez les bestiaux, la maladie est généralement transmise par les fourrages et en particulier par la paille. Il est vraisemblable qu'il en est de même pour les autres animaux et pour l'homme et qu'elle ne se transmet pas directement d'un animal à un autre.

M. Nocard. — La distribution géographique de la maladie est très irrégulière : on l'observe avec une grande fréquence en Bavière, en Ecosse, en Italie et dans quelques parties de l'Amérique du Nord ; à Utrecht, il y en a toujours des cas à l'Hôpital vétérinaire. En France, elle est très rare et les cas en restent généralement isolés. Elle se transmet indubitablement par certaines substances alimentaires. La destruction totale de la viande des animaux atteints d'actinomycose est tout à fait inutile. C'est du côté de la biologie du parasite qu'il faut diriger les recherches pour arriver à découvrir un moyen rationnel et efficace de prophylaxie.

M. Doyen. — J'ai observé 3 cas d'actinomycose chez l'homme; il s'agissait de sujets habitant les environs de Reims; l'un deux avait l'habitude de mâcher des grains d'avoine et d'orge. Les caractères du parasite m'ont paru différents de ceux de l'actinomyces observé chez les bovidés.

M. Serge Ivanov.— A l'Abattoir de Moscou, j'ai constaté, depuis 2 ans, plus de 2000 cas d'actinomycose. Beaucoup de ces cas étaient de date récente, et n'ont pu être diagnostiqués que par l'examen microscopique. Sans cette précaution, on méconnaîtrait beaucoup de petites tumeurs et de petits abcès dus à l'actinomycose.

M. Salmon. — On a beaucoup exagéré la fréquence de l'actinomycose aux Etats-Unis; on y interdit actuellement l'utilisation de la chair des animaux, même lorsqu'ils ne sont atteints qu'à un léger degré, et il y a là une exagération manifeste.

M. Walley. — Je ne vois pas pourquoi on n'admettrait pas la contagion de l'actinomycose; ce qui est vrai, c'est que cette contagion ne se produit que d'une manière accidentelle. La maladie paraît se développer surtout dans les régions pauvres où les herbages sont grossiers.

Précautions à prendre contre les entozoaires.

M. Sonsino. — Les mesures prophylactiques les plus efficaces contre les entozoaires sont celles qui sont prises par les individus. Ce sont l'emploi d'une eau de boisson pure, la propreté dans la préparation et la cuisson des aliments, la propreté du corps; il est mauvais de manger des substances qui ne jouissent pas de qualités alimentaires. Il est surtout nécessaire de prendre les précautions précédentes lorsqu'on fait usage de produits provenant le pays où existent des entozoaires particuliers.

M. Sandivith. — Le thymol agit véritablement comme un spécifique contre l'ankylostome duodénal.

Les antiseptiques dans le traitement des plaies.

M. A. Ruffer. — Il est certain que les leucocytes et les cellules migratrices ont la propriété de faire disparaître les corps étrangers (caillots sanguins, ligatures, micro-organismes, etc.) laissés accidentellement ou introduits intentionnellement dans les plaies. Il en résulte que certains agents qui modèrent d'une façon appréciable l'émigration des cellules migratrices peuvent retarder la guérison des plaies. Tous les antiseptiques actuellement en usage empêchent la migration des leucocytes au point même où ils sont appliqués; mais cette action est uniquement locale et varie suivant les antiseptiques employés. Ce n'est pas une action paralysante, car lorqu'un antiseptique est placé sous la peau, les leucocytes se déplacent, mais fuient l'antiseptique. Une substance peut être très-faiblement antiseptique et repousser très énergiquement les leucocytes, l'acide lactique par exemple; une substance possédant un pouvoir antiseptique assez prononcé peut ne pas repousser les leucocytes, tel l'iodoforme ; les antiseptiques forts peuvent tantôt repousser tantôt attirer les leucocytes, tels sont l'acide phénique et le sublimé. D'une manière générale, les substances chimiques qui se combinent facilement avec les sels et les albuminoïdes du sang, tels que l'acide phénique et le sublimé, ne repoussent pas les leucocytes aussi énergiquement et aussi longtemps que celles qui ne se combinent pas immédiatement, telles que l'aniline, le benzol, etc.

M. Crookshank. — La question des effets des antiseptiques sur les bactéries réclame de nouvelles recherches. A l'occasion d'un cas d'érysipèle développé dans le service de Sir Lister, j'ai entrepris des recherches qui m'ont amené aux conclusions suivantes. La méthode qui consiste en une immersion de quelques minutes dans un liquide d'un fil infecté puis en un essai de culture sur un milieu nutritif afin de s'assurer si la culture se produit encore, est un procédé insuffisant, car l'action des antiseptiques peut demander des heures et des jours pour se produire et non pas des minutes. Il faut en outre ne pas laver les fils dans l'alcool absolu avant de les plonger dans le milieu de culture, car l'alcool détruit le streptococcus de l'érysipèle, celui de la suppuration et même le staphylococcus pyogenes aureus. J'ai eu soin dans mes recherches de plonger le fil dans le liquide antiseptique, pendant un nombre déterminé de minutes, puis de neutraliser celui-ci au moyen d'une substance chimique pour en arrêter l'action (sulfure d'ammonium lorsque les essais portaient sur le sublimé corrosif). Il résulte de ces recherches que l'acide phénique au cinquantième est préférable au sublimé corrosif quel que soit le titre de la solution de ce dernier.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 25 *août* 1891.

Présidence de M. Tarnier

Cure radicale des hernies.

M. le Dr Just Lucas-Championnière. — Depuis 10 ans, depuis 1881 où j'ai fait ma première opération de cure radicale pour hernie sans étranglement, j'ai fait 254 de ces opérations.

Sur ces 254 opérés je n'ai perdu que 2 sujets, l'un qui était à peine un sujet à opérer et qui a été opéré dans de mauvaises conditions, et l'autre qui, atteint d'étranglement interne, a succombé sans que j'aie été prévenu. Le remède à la complication eût été facile, car la cause était fort simple.

Mais les chances de mort pour un opéré de choix sont évidemment bien autrement petites, car j'ai opéré des cas détestables avec un succès régulier. Je cite en passant : une femme de 51 ans, petite, pesant 200 livres, opérée d'une hernie ombilicale mesurant 18 centimètres de tour à sa base, d'où j'ai réduit l'estomac, le côlon transverse, un mètre d'intestin grêle et réséqué 580 grammes d'épiploon ; elle a bien guéri et repris un métier pénible. Une femme avec une hernie inguinale descendant au genou ; elle est restée guérie malgré deux accouchements ; un homme dont j'ai dû fendre la paroi abdominale dans une hauteur de 10 centimètres; une femme avec sac intra-abdominal ; elle a guéri malgré un état général très fâcheux. J'ai fréquemment enlevé des masses énormes d'épiploon, 540, 620 et même 840 grammes. Dans deux cas de hernie de vessie largement ouverte j'ai guéri les sujets, alors que cette intervention a donné une énorme mortalité.

Malgré cette bonne statistique je considère cette opération comme difficile et devant être meurtrière et inutile si elle n'est faite dans des conditions déterminées et suivant une méthode assez compliquée. Si la méthode est bonne, les résultats sont bons. Le plus grand nombre de mes opérés n'ont pas porté de bandage. Ils cessent rapidement de porter une ceinture protectrice que je leur recommande pour les premiers mois. Dans certains cas mauvais, il faut, au contraire, recommander un bandage léger et large pour compenser une défense cicatricielle insuffisante.

Les termes indispensables de mon opération sont les suivants :

1° Destruction de la séreuse dans la plus grande étendue possible jusque dans le ventre;

2° Destruction de tout l'épiploon accessible possible à attirer dans le sac;

3° Constitution dans la région herniaire de la défense par une cicatrice puissante d'étendue.

Mon total de 254 cas se décompose ainsi :

Hernies inguinales : hommes, 205 dont 59 congénitales; femmes. 17;

Hernies crurales : 11 femmes, 3 hommes;

Hernies ombilicales : 17, dont 11 grosses hernies ombilicales de la femme, et 6 hernies épigastriques, dont 5 chez l'homme et 1 chez la femme.

Hernie traumatique, 1.

Parmi les hernies inguinales de l'homme, les plus satisfaisantes sont les congénitales qui se présentent chez des sujets dont la paroi est souvent assez bonne. Il y a du reste beaucoup de hernies qui ne passent pas pour être congénitales et qui le sont en réalité et participent de ces caractères favorables.

Mes 17 cas de hernie inguinale de la femme joints aux autres variétés de hernies opérées chez la femme m'ont permis d'affirmer que chez toute femme jeune, la cure radicale est indispensable et assurée de donner des résultats efficaces. Les connexions avec les organes génitaux font de cette hernie de la femme une hernie douloureuse à laquelle la cure porte un remède efficace.

Les 14 cas de hernie crurale montrent une opération qui donne d'excellents résultats, mais témoignent de la facilité qu'il y aurait de la faire imparfaite.

La hernie ombilicale est peut-être celle qui donne les résultats les plus frappants et mes 11 cas de grosses hernies ombilicales comptent parmi mes laparotomies les plus heureuses, car les lésions assuraient à brève échéance une impotence complète pour le sujet.

Les petites hernies épigastriques qui sont très douloureuses donnent des résultats également très satisfaisants. J'ai eu deux fois l'occasion de réséquer le ligament suspenseur du foie dans des hernies très douloureuses. Son extrémité antérieure faisait issue avec le sac.

La hernie traumatique que j'ai opérée est restée bien guérie, malgré une surface énorme d'opération.

Le danger couru dans ces conditions étant extrêmement faible si certaines conditions sont observées, on peut affirmer que la cure radicale doit être aujourd'hui la règle et non l'exception, mais avec les réserves suivantes qui réduisent dans une certaine mesure le champ des opérations.

Chez les très jeunes enfants je ne conseille guère l'opération. Sauf des cas exceptionnels, on n'a pas assez de tissus entre les mains pour s'assurer une action étendue et l'opération ne manque pas de quelque danger. A partir de l'âge de 6 ou 7 ans il en est tout autrement.

Chez le vieillard l'opération est dangereuse et il ne faut la faire que sur une indication pressante surtout, en présence d'accidents qui compromettent la santé générale.

Même chez les sujets ayant dépassé la quarantaine, il faut être prudent. J'en ai opéré beaucoup ; mais j'estime que pour eux l'opération ne doit être accordée qu'en présence d'accidents déterminés : douleur, irréductibilité, incoercibilité, troubles digestifs, impossibilité de travail, etc.

Le volume énorme de la hernie n'est une bonne indication à aucun point de vue; le chirurgien doit beaucoup plus chercher à empêcher une hernie de devenir très volumineuse qu'attendre ce gros volume pour intervenir.

Chez les sujets de 7 à 10 ans on doit au contraire être très généreux de l'opération. D'abord toutes les hernies qui présentent des accidents sont justiciables de l'opération, hernies douloureuses, irréductibles, incoercibles, croissant de volume, etc. Tous les sujets voulant se passer de bandage peuvent être opérés; tous les sujets voulant faire disparaître la trace de la hernie, tous ceux dont le travail l'exige, tous ceux dont la situation sociale peut bénéficier de sa disparition, service militaire, profession de voyageur, mariage, etc.

Je ne fais de réserves que pour les sujets malades et cachectiques, pour ceux qui ont de mauvaises parois abdominales effondrées par des hernies multiples.

La hernie inguinale congénitale doit être opérée sans exception, surtout lorsqu'il y a ectopie testiculaire.

Enfin, chez la femme dans les conditions de jeunesse suffisante, l'opération devrait être pratiquée sans exception, puisqu'elle présente pour elle des bénéfices plus assurés encore et la débarrasse de l'imminence d'accidents particulièrement graves.

Analyse du lait.

M. A. Béchamp commence une série de communications sur les méthodes actuelles d'analyse du lait, sur les matières extractives de cette humeur et sur les substances réductrices du réactif de Fehling qu'elles contiennent. (Ces communications seront résumées après leur achèvement).

M. le Dr Guermonprez (de Lille) communique un travail sur les autoplasties de la main (Sera publié *in extenso*).

ÉTRANGER

SOCIÉTÉ LARYNGOLOGIQUE DE BERLIN

Séance du 17 *juillet* 1891

Ozène.

M. Demme a étudié 334 cas d'affections du nez et de la gorge dont 42 cas de rhinite hypertrophique, 192 de rhinite atrophique, 36 cas de forme intermédiaire et 64 cas d'ozène. La rhinite atrophique simple doit être séparée de la rhinite atrophique fétide, ou de l'ozène. La fétidité d'haleine suffit pour caractériser cette dernière, mais on trouve des rhinites simples avec formation de croûtes et qui n'ont rien de commun avec l'ozène. Dans l'ozène, les cornets moyens ne sont jamais hypertrophiés au point de comprimer la cloison et la muqueuse; souvent on les trouve même normaux. La présence d'ozène dans certaines familles et même pays, n'est pas due à la présence de micro-organismes, mais à la transmission de cavités nasales très larges. L'anémie, la tuberculose, la syphilis sont de simples complications de l'ozène.

L'épithélium de la muqueuse, quand il existe de l'ozène, est épaissi : on trouve une couche supérieure de cellules plates, cornées, une couche inférieure de cellules cylindriques, beaucoup de tissu conjonctif, des cellules rondes, des vaisseaux non dilatés, des glandes à peine modifiées.

Comme traitement, lavages à l'eau tiède; les insufflations sont nuisibles, le tamponnement préconisé par Gottstein, inutile. Ce qui réussit le mieux est le massage des fosses nasales à l'aide d'une sonde entourée d'un tampon d'ouate enduite d'une pommade à la pyoktanine. Le massage a donné 10 guérisons sur 60 cas; les autres ont été notablement améliorés.

M. Heymann a eu des succès en traitant l'ozène par les insufflations d'aristol.

Sarcome de la langue.

M. Scheier rapporte un cas de sarcome de la langue. Dans la littérature on n'en trouve que 14 cas, dont 2 d'origine allemande. Il s'agit d'un homme qui, en juin 1890, fut pris de douleurs dans la langue et de troubles de déglutition. En septembre il se forma sur le bord de l'organe une ulcération profonde sur laquelle se développa une tumeur. L'examen microscopique d'une parcelle n'ayant donné aucun résultat positif, on fit des frictions mercurielles. 4 semaines après, on essaya sans succès les injections de tuberculine. L'état du malade empira de plus en plus, les ganglions sous-maxillaires se prirent, et on fit finalement l'extirpation de la langue par le procédé de Langenbeck, après qu'un troisième examen microscopique eut démontré l'existence d'un sarcome à petites cellules rondes.

Le sarcome de la langue s'observe à tout âge sans distinction de sexe. Sur les 14 cas, il est noté 4 fois chez des individus au-dessous de 30 ans. Dans un cas la tumeur était congénitale, siégeait sur la base de la langue et avait pris un développement rapide. Dans les 14 cas, le sarcome siégeait 5 fois sur les bords de la langue. Dans quelques cas, la muqueuse qui recouvrait le sarcome était lisse et ne présentait aucune tendance à l'ulcération. Dans d'autres il existait la destruction des parties envahies. La tumeur peut atteindre des dimensions notables et dans un cas elle pesait 400 grammes.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant*.

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

N° 35. — 2 SEPTEMBRE 1891 LE NUMERO QUINZE CENTIMES

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

PUBLIÉ PAR

LA GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MEDECINE ET DE CHIRURGIE

Et servi gratuitement à tous les abonnés de ce journal

ABONNEMENTS SPÉCIAUX POUR MM. LES ÉTUDIANTS. — UN AN : 6 FRANCS

L. LEREBOULLET, Rédacteur en chef. — A. BROCA, Secrétaire de la Rédaction

Librairie de G. MASSON, 120, boulevard Saint-Germain.

SOMMAIRE

ACTES OFFICIELS

Corps de santé des colonies. — Ont été nommés au grade de ;

Médecin en chef de deuxième classe, M. Lecorre.

Médecin de deuxième classe, MM. Lépinay, Patriarche et Ollivier.

ACTES DES FACULTÉS DE MÉDECINE

Thèses de l'année 1890-1891 :

NANCY

MM. Saucerotte: Quelques considérations sur la pleurésie sénile. — Zilgien : Essai expérimental et clinique sur le rôle des poussières bacillaires dans la contagion de la tuberculose et sur la durée de la virulence de ces poussières. — Adam : De la tarsectomie pour pieds-bots varus-équins congénitaux. — Mouginet : Quelques bactéries des putréfactions : Contribution à l'étude de la pathogénie des empoisonnements par les viandes putréfiées. — Frœlich : Destruction totale de l'urèthre chez la femme; causes et traitements. — Bresse : De l'ophthalmie électrique et du coup de soleil électrique. — Julg : Le pansement occlusif humide dans les maladies des yeux. — Prautois : La lymphe de Koch; son histoire; son application à la thérapeutique. — Marchal : Comparaison entre la résection du nerf optique et l'énucléation dans le traitement de l'ophthalmie sympathique. — Sterne : Rapports de la paralysie infantile avec la paralysie spinale aiguë de l'adulte et l'atrophie musculaire progressive. — Baur : Du traitement du lupus : emploi des greffes dermo-épidermiques.

TOULOUSE

MM. Cornet : Contribution à l'étude de la technique de la trachéotomie dans le croup. — De Grailly : De la trachéotomie dans le croup; ses indications et ses accidents. — Rey : Etude sur le centre de rotation de l'œil humain. — Rispal : Traitement de la forme ascitique de la péritonite tuberculeuse. — De Plowecki : Un cas d'atrophie jaune aiguë du foie dans la grossesse. — Barthélemy : De la pneumonie pendant la grossesse. — Mariteau : Etude du béribéri. — Suis : Contribution à l'étude du foie des poissons et des produits qu'il fournit à la thérapeutique. — Stieber : Des variations physiologiques de la situation du cœur.

LILLE

MM Déchy : Du *genu recurvatum* congénital ou luxation congénitale du tibia en avant. — Lefort : La topographie crânio cérébrale ; applications chirurgicales. — Pruvost : De la mydriase essentielle. — Dubiquet : De la réceptivité et de l'immunité vis-à-vis de la vaccine. — Gosselet : Contribution à l'étude de la polynévrite à forme de paralysie générale spinale antérieure subaiguë et rapide. — Vanhersecke : La morphologie des circonvolutions cérébrales. (Origine, développement, valeur morphologique, physiologique et médicale des plis corticaux du cerveau). — Taccoen : De la ténotomie à ciel ouvert dans le traitement du torticolis musculaire chronique. — Demay : Etude clinique du phlegmon traumatique de l'orbite. — Labalette : Les veines de la tête et du cou (système de la veine-cave supérieure); applications physiologiques et médico-chirurgicales. — Bichet : De la microphthalmie congénitale. — Bertaux : L'humérus et le fémur considérés dans les espèces, dans les races humaines, selon le sexe et selon l'âge. — De François : l'hydrocèle congénitale. — Foutry : De la résection du coude chez les enfants. — Deroide : Contribution à l'étude des procédés de dosage de l'acide urique.

VARIÉTÉS

Cours de vacances. — Le Dr Landouzy, agrégé, médecin de l'hôpital Laennec, fera, chaque jour, audit hôpital, dix heures du matin, à partir du lundi 14 septembre, avec l'aide de ses anciens internes, un cours théorique, pratique et clinique de médecine interne, avec démonstrations bactérioscopiques (présentation : sur préparations; sur milieux de culture; sur animaux inoculés) des éléments pathogènes ressortissant aux maladies et aux malades étudiés dans le cours : pneumonie, érysipèle, diphthérie, charbon, tuberculose, fièvre typhoïde, etc., etc.

L'administration ! — Un incident vient de se produire entre les internes des hôpitaux de Marseille et la commission administrative des hospices :

Il y a quelques jours, le *Petit Marseillais* signala le fait d'un vieillard qui fut refusé à la Conception, bien que l'interne eût délivré un bulletin d'admission d'urgence. Pour dégager leur responsabilité, les internes écrivirent une lettre qui a été rendue publique. La commission administrative vient de décider que les internes seront, pendant trois mois, privés d'appointements, et de sortie pendant un mois. Si cette mesure est maintenue, les internes sont disposés à donner leur démission.

Médecins morphinomanes. — On lit dans le *Temps* : « Un drame de famille s'est déroulé hier à Nancy. Vers midi, M. Michel Lévy, âgé de soixante-dix-ans, rentier, rue Montesquieu, à Nancy, s'affaissait sur le trottoir au moment où il sortait de sa maison; il venait d'être atteint de deux coups de feu dans le bas ventre; la mort fut immédiate. Les voisins arrêtèrent aussitôt le meurtrier, Louis Lévy, agé de trente-trois ans, docteur en médecine à Metz, neveu de la victime. Louis Lévy, à bout de ressources, était venu demander un secours à son oncle, qui refusa. C'est alors qu'il tira sur lui deux coups de revolver. Mme Lévy accourant au bruit de la détonation, son neveu la mit en joue; mais le coup, heureusement, rata. Louis Lévy avala ensuite le contenu d'un paquet de morphine; mais, dans sa précipitation, il n'en prit qu'une faible partie. On croit que le meurtrier est un morphinomane. Il déclare ne rien se rappeler. »

Ce n'est pas la première fois que, depuis assez peu de temps, on parle de médecins morphinomanes. On se souvient du fameux procès Wladimiroff-Dida : Mad. Dida était la veuve d'un médecin morphinomane qui avait jugé bon de faire participer sa femme à son intoxication, pour la rendre peu ardente, a-t-on dit, parce que lui-même avait de la frigidité. Quelques semaines plus tard se déroulait devant les tribunaux un procès en adultère où les coupables étaient un médecin morphinomane et la femme d'un pharmacien, rendue morphinomane par son amant. Il parait, d'ailleurs, que la morphinomanie à deux n'est pas très rare. A ce propos rappelons un fait signalé il y a quelques jours par l'*Union médicale* : un mari voulant plaider en divorce rendit exprès sa femme morphinomane et de là tira argument pour faire prononcer le jugement contre elle.

CLINIQUE MÉDICALE

Sur une complication générale, encore mal connue, de nature infectieuse, du lupus vulgaire. Communication au *Congrès de la tuberculose*, par M. le docteur V. Lespinne.)

Alors que le lupus est en évolution, notamment dans la variété exedens, il se produit parfois, tout à coup, un ensemble de phénomènes pathologiques généraux qui pourrait faire croire à l'irruption d'une affection nouvelle.

Ce fait se produit surtout lorsque le lupus est en voie d'ulcération, soit que celle-ci dépende de la variété elle-même de lupus (lupus exedens), soit qu'elle ait été déterminée artificiellement (comme par le traitement chirurgical qui vient transformer un lupus non exedens en lupus ouvert ou exedens).

Il se produit tout à coup une ascension rapide de la température, de telle sorte que celle-ci peut atteindre, en quelques jours, jusque 40°4.

En même temps, le malade tombe dans un état général de prostration, un état pseudo-typhique qui pourrait faire croire à l'éclosion d'une fièvre typhoïde.

Du côté des muqueuses, état saburral, embarras gastrique et même diarrhée.

Au poumon, divers symptômes catarrhaux, très appréciables au stéthoscope, pourraient faire songer au début d'une tuberculose miliaire aiguë de cet organe.

Dans un cas, ces phénomènes généraux s'accompagnèrent de manifestations du côté des séreuses et le malade fut atteint d'endocardite avec souffle.

Tous ces phénomènes font leur apparition presque simultanément et l'on est très surpris de trouver un malade qui, bien portant la veille, est abattu le lendemain par tous les symptômes que l'on vient d'énumérer.

Si on examine alors l'ulcération du lupus, on voit qu'il se produit en même temps des phénomènes locaux.

Si l'on examine l'état local du lupus, on assiste à l'apparition de phénomènes nouveaux.

Si le lupus exedens est en voie de cicatrisation, la guérison est enrayée. L'ulcération s'entoure de phlycténules soulevant l'épiderme qui l'entoure, le clivant; la suppuration se montre bientôt, l'ulcère augmente en superficie.

Le lupus peut être déjà cicatrisé; on voit, dans ce cas, l'ulcération reparaître dans la cicatrice, sous l'apparence d'abord de quelques petites phlyctènes ou pustulettes, confluant bientôt, puis s'étendant rapidement, d'une façon excentrique, en tache d'huile et couvrant toute la cicatrice : le lupus est rouvert. Chaque jour, si on n'intervient pas, l'ulcération augmente en étendue.

Dans le lupus non ouvert, tout se passe probablement dans la profondeur du lupome ou de ses prolongements, sans que la lésion tuberculeuse subisse de changement appréciable à la vue.

Que l'on intervienne alors d'une façon locale au moyen de parasiticides énergiques et, en particulier, au moyen des antiseptiques, l'état local s'améliore en même temps que l'état général d'intoxication se dissipe.

On est alors frappé de la rapidité avec laquelle la courbe thermique reprend son niveau normal, de même qu'on l'a été par l'ascension brusque du début.

Là où l'auscultation avait fait redouter l'apparition d'une granulie aiguë à marche rapide, on ne retrouve rien qu'une respiration normale.

Le malade sort de sa torpeur pseudo-typhique, l'appétit renaît et tout est rentré dans l'ordre. Seuls des phénomènes comme ceux de l'endocardite, ayant probablement déterminé des lésions d'ordre organique, témoignent de ce qui s'est passé.

Tels étaient les faits qu'a fait observer dans son service M. le professeur Leloir.

Etait-on en présence d'une dothiénentérie au début? Etait-ce plutôt le commencement d'une tuberculose miliaire aiguë du poumon?

Cet état général n'était-il pas produit par la résorption, au niveau de la plaie du lupus, de produits microbiens infectieux?

Telles furent les hypothèses que, à sa visite dans son service, M. Leloir exposa au premier jour de cette complication.

Le lendemain, devant les modifications de l'état local, l'apparition de phlycténules venant cliver l'épiderme, suivie de la formation de pus et de l'aggravation de l'ulcération, il se demandait s'il n'était pas plutôt en présence de phénomènes généraux d'intoxication.

La plaie ouverte du lupus étant un bon milieu de culture pour une foule d'agents pathogènes et, en particulier, pour les agents septiques, ceux-ci avaient pu s'y développer à l'aise.

En même temps, leurs produits de sécrétion, leurs toxines auraient pu se répandre dans tout l'organisme qu'elles auraient infecté.

L'infection de l'économie et la réaction de l'organisme pour éliminer ces produits microbiens, en même temps que cette élimination elle-même, auraient pu produire ces phénomènes généraux. On était donc probablement en présence d'une intoxication par des produits microbiens.

Telle était l'hypothèse de M. le professeur Leloir.

La thérapeutique instituée en conséquence, traitement anti-suppuratif de la plaie, vint donner un nouvel appoint à cette hypothèse et, au bout de peu de jours, le malade était de nouveau en voie de guérison.

Le même fait se reproduisit chez le même malade. En recherchant dans les belles observations, si bien classées, du service, on retrouva notés quelques faits analogues. M. Leloir voulut bien revoir les observations qu'il tient de sa clientèle privée et il m'a communiqué les cas que j'expose.

Bientôt la lymphe de Koch fut expérimentée partout. Les phénomènes de réaction générale, comme l'observa, dans plusieurs services hospitaliers, M. Leloir (qui, lui, s'était refusé à injecter la tuberculine dans son service), se rapprochaient de ceux qu'il avait notés.

Après l'injection de tuberculine de Koch, l'on observait, comme dans les cas précités, une ascension thermique intense, un état général se compliquant souvent de phénomènes catarrhaux du côté des muqueuses et parfois de symptômes spéciaux du côté des séreuses; l'endocardite, par exemple, comme M. Leloir l'observa chez un malade injecté dans le service de M. Hallopeau.

Enfin, il y a quelque temps, parut une leçon de M. le docteur Landouzy, intitulée : « Fièvre bacillaire pré-tuberculeuse à forme typhoïde. Typho-bacillose » (1).

Dans cette leçon, l'auteur décrit un état général spécial simulant la dothiénentérie et ne pouvant s'en distinguer que par « certaines nuances symptomatologiques », telles que l'absence de taches rosées, la courbe thermique typhoïde « à oscillations plus considérables dans la typhobacillose et assez irrégulières d'un jour à l'autre ou d'une semaine à l'autre »,

Cet état général, d'après M. Landouzy, est produit par l'infection de l'organisme par des produits de sécrétion bacillaire du bacille de Koch. Celui-ci, en train d'évoluer (période d'invasion), ne manifestera son action néoplasique (période d'éruption), c'est-à-dire les lésions qu'il

(1) M. Landouzy a résumé cette leçon devant le *Congrès de la tuberculose*. (Voy. *Mercredi*, 1891, p. 418.

produit localement dans l'organe qu'il a attaqué, que quelque temps après, alors que l'état général aura même disparu. C'est pourquoi l'auteur qui la décrit appelle cette fièvre : fièvre pré-tuberculeuse.

Cette période d'invasion du bacille de la tuberculose peut précéder, de longtemps, la période d'éruption. D'autre part, l'agent pathogène peut borner à cette fièvre tous ses ravages, de telle sorte que, « de même qu'on peut être tabétique sans être ataxique », on peut être bacillaire sans être tuberculeux. La fièvre disparue, il est possible que toute manifestation d'action du bacille ait disparu également.

N'était-ce pas un état analogue que M. le professeur Leloir avait observé, plusieurs fois déjà, chez des malades atteints seulement de tuberculose tégumentaire?

Dans le cas de lupus, cette complication avait ordinairement été suivie du développement des lésions produites par les agents de la suppuration, au niveau de l'ulcération lupique; celle-ci se transformait alors en une affection mixte, par l'action combinée du bacille de Koch et des agents de la suppuration (1).

L'état d'infection générale était-il uniquement l'effet de la résorption de produits microbiens quelconques et, en particulier, de ceux des agents de la suppuration?

Ou bien, ces toxines provenaient-elles uniquement des agents spécifiques de la tuberculose tégumentaire, le bacille de Koch, toxines sécrétées, soit au niveau de l'ulcération, soit dans les prolongements que le lupome envoie profondément dans les tissus?

Enfin, l'intoxication était-elle produite par la résorption simultanée des sécrétions des agents de la suppuration et de celles du bacille de Koch?

Telles sont les trois hypothèses qu'émit M. le professeur Leloir.

En résumé : A. Il peut se produire dans le cours de l'évolution du lupus une complication générale spéciale, effet de la résorption, au niveau de l'ulcération lupique, de toxines microbiques.

B. Cette intoxication peut se manifester par l'ascension brusque de la température, avec état typhique, phénomènes catarrhaux des muqueuses et même phénomènes du côté des séreuses.

Cet état peut simuler le début d'une dothiénentérie ou d'une granulie miliaire aiguë.

C. Sitôt l'élimination de ces produits infectieux effectuée, la température revient à la normale, les phénomènes catarrhaux disparaissent. S'il y a eu des lésions des séreuses avec lésions organiques consécutives, ces dernières peuvent persister, témoignant ainsi de ce qui s'est passé.

D. Rien ne prouve que ces accidents soient suivis de tuberculisations effectives de viscères dans tous les cas.

On peut voir, en effet, dans les plus favorables, tous les symptômes s'amender peu à peu et disparaître complètement sans laisser aucune trace, et le malade guéri jouir dorénavant d'un état de santé parfaite.

Il peut se faire que, les complications complètement guéries, quelque lésion organique, produite par elles, persiste pour toujours.

Enfin, cette complication, due uniquement peut-être au bacille de Koch, peut devenir le signal de la période d'invasion de tout l'organisme par un agent n'ayant fait jusque-là que des ravages à la peau, tuberculose générale faisant suite à une tuberculose locale.

Je citerai, par exemple, un cas où cette fièvre infectieuse coïncida avec le début d'une tuberculose pulmonaire et péritonéo-intestinale qui amena la mort du sujet.

(1) H. Leloir. Action combinée du bacille de Koch et des agents de la suppuration dans l'évolution du lupus vulgaire, *Journ. des mal. cut. et syphil.*

Il faut donc être réservé pour le pronostic *quoad futurum*.

REVUE DES CONGRÈS

CONGRÈS DES MÉDECINS ALIÉNISTES DE LANGUE FRANÇAISE (IIe SESSION)

De la responsabilité légale et de la séquestration des aliénés persécuteurs.

M. Coutagne. — A côté des *aliénés persécutés* de Lasègue, il existe des *aliénés persécuteurs* dont l'état mental, toujours secondaire, apparaît au cours d'une maladie déjà organisée. Toutes les formes de la folie ne fournissent pas des aliénés persécuteurs. On peut tout d'abord éliminer toutes celles qui sont caractérisées par une débilité mentale en relation démontrée ou non avec des altérations organiques. La paralysie générale et toutes les encéphalopathies qui s'en rapprochent, l'idiotie et les autres formes de dégénérescences inférieures, sont naturellement visées par cette exclusion. Il en sera de même des affections dont les délires évoluent avec acuité et intermittence, telles que les folies toxiques, telles que l'épilepsie. C'est dans le délire de persécution que l'on trouve la majorité de nos sujets; mais à côté des *persécuteurs persécutés*, il faut placer les *persécuteurs raisonnants*, chez lesquels les idées de persécution évoluent avec plus d'exubérance sur un fond pathologique moins profond en apparence, sans hallucinations sensorielles, sans systématisation aussi rigoureuse.

Le persécuteur n'affecte pas toujours des allures expansives qui permettent de se mettre en garde contre ses agressions; il n'en deviendra que plus dangereux lorsqu'il concentrera ses conceptions délirantes jusqu'à l'explosion finale. Parmi les persécuteurs, il existe des *persécuteurs latents*, malgré le contraste apparent du sens de ces deux mots.

Expansifs ou latents, les aliénés persécuteurs sont peut-être, de tous les aliénés, ceux dont la vie est la plus fertile et la plus variée en incidents judiciaires. Grâce à la conservation du raisonnement et à son adaptation aux idées délirantes qui constituent le fond de leur maladie, grâce aussi à leur maintien prolongé en liberté pendant le cours d'une affection toujours longue, ils sont à chaque instant exposés à commettre des infractions à la loi. Une forte proportion des attentats à la vie causés par la folie est de leur fait; mais, en outre, on les retrouve avec une déplorable fréquence dans les vols, escroqueries et autres attentats contre la propriété.

On est très embarrassé quand on a à apprécier la responsabilité de ces aliénés. Pour ma part, je n'ai pu arriver à concilier une théorie de responsabilité avec les exigences pratiques, sans faire préalablement abstraction des idées de libre arbitre et de démérite. J'ai, en deux occasions, demandé la suppression de l'art. 64 de notre Code pénal, estimant que l'aliénation mentale sous toutes ses formes devait figurer dans les procès comme *élément graduateur*, et non comme *élément éliminateur* de la responsabilité.

Mais, en attendant la réalisation de ces réformes de l'avenir, je ne crois pas que nous puissions nous soustraire aux exigences de l'heure présente. Tenus d'appliquer un article du code qui supprime la qualification de crime ou de délit à l'acte commis dans un état de démence, les magistrats s'ingénient de plus en plus à nuancer la jurisprudence, et à la baser sur l'observation médicale dont la compétence n'est plus contestée sérieusement en pareille matière.

La question de responsabilité qu'ils nous posent comme corollaire médico-légal de notre conclusion diagnostique présente un sens assez précis pour nous permettre de mesurer d'avance toute la portée de notre réponse. Nous savons que l'irresponsabilité absolue s'applique à l'individualité nettement pathologique et que la responsabilité entière découle de la constatation d'un état mental rentrant dans la moyenne normale.

Nous voyons enfin de plus en plus généralement accepter nos déclarations de responsabilité atténuée ou limitée, les seules applicables en bonne justice à une masse de sujets en équilibre mental instable, arrêtés pour le moment sur la pente

d'une affection qui pourra rester longtemps encore à l'état d'ébauche, cantonnés dans la célèbre zone mitoyenne de Maudsley entre le crime et la folie. Notons que dans ces cas la justice conserve toute latitude pour graduer la répression; jamais elle ne m'a demandé de lui fragmenter une responsabilité en quantités déterminées. Il nous semble dans ces conditions que le rôle de l'expert n'excède pas les limites de sa compétence professionnelle, et nous estimons que le médecin qui le remplit exerce un devoir aussi utile que conforme à sa dignité.

Le persécuteur devra être déclaré irresponsable sans restriction, lorsqu'il le sera devenu dans le cours du délire de persécution classique. Peu d'affections mentales sont en effet plus solidement organisées avec ses idées fixes, ses hallucinations sensorielles, sa chronicité presque fatalement incurable et sa continuité telle qu'on peut encore mettre en doute l'existence des rémissions vraies dans son cours. Du reste, s'il est un genre de folie au sujet duquel la pratique judiciaire ait été influencée en France par les progrès de la science médico-psychologique, c'est certainement celui-là.

Mais pour les autres variétés d'aliénés persécuteurs, nous devons reconnaître que la question change notablement de face. Le fond pathologique du persécuteur raisonnant est d'une contexture moins solide que celui du persécuteur persécuté. Les dégénérés héréditaires supérieurs (Magnan), les fous moraux, les névropathes hystériques, qui se présentent alors à nous, sont remarquables par l'inégalité de leurs manifestations psychiques. A côté de lacunes parfois énormes, la conservation et même le développement anormal de certaines facultés cérébrales sont alors éminemment propres à dérouter l'observateur étranger à la médecine mentale, et même l'expert à un examen superficiel. La facilité et la lucidité de la conversation, les caractères souvent séduisants de l'habitus général, l'absence presque indéfinie de tout symptôme démentiel, sont des éléments diagnostiques peu favorables pour imposer une étiquette pathologique. L'embarras redouble dans les formes frustes ou commençantes de ces affections. Tout en combattant la hardiesse de certaines assimilations faites par l'école de Lombroso, n'est-on pas forcé de reconnaître que le diagnostic différentiel entre le fou moral et le criminel-né, manque de base scientifique précise ?

C'est dans ces cas que l'expert sera heureux de pouvoir abriter ses incertitudes cliniques derrière une conclusion mitigée d'irresponsabilité. Lorsque le caractère pathologique de l'inculpé sera affirmé par la coïncidence d'antécédents héréditaires, de stigmates physiques de dégénérescence et d'actes cérébraux anormaux, nous devons aller plus loin et déclarer ces persécuteurs aussi irresponsables que la variété précédente. Mais à partir des états mitoyens qui témoignent d'une organisation pathologique incomplète, états dont nous nous garderons bien, et pour cause, de tracer la démarcation, le médecin fera, quoi qu'on en ait dit, une œuvre à la fois scientifique et utile en énonçant l'atténuation de la responsabilité.

Nous aurions voulu donner à l'étude de la responsabilité légale de l'aliéné persécuteur une portée pratique décisive en y rattachant directement les indications de sa séquestration. Mais notre Code pénal en a décidé autrement et nous ne pouvons que protester, après bien d'autres, contre l'insuffisance de l'unique article où il tranche en une ligne la grosse question de la folie criminelle. Soustrait à la justice par l'absolution majeure de l'article 64, l'aliéné persécuteur,cet individu dangereux entre tous les aliénés, retombe sous la surveillance de l'autorité administrative ni plus ni moins que le fou le plus inoffensif. Sa séquestration n'a légalement rien d'obligatoire, et si en pratique elle est souvent l'épilogue des poursuites dont il a été l'objet, elle n'est réglementée par aucune disposition spéciale et finira dans les conditions prescrites par la loi de 1838 pour les sorties de tous les aliénés. Inutile d'insister sur cette grave lacune dans l'organisation de notre répression pénale.

Et d'abord l'aliéné persécuteur est-il justiciable de la séquestration en principe quelle que soit l'influence que tel ou tel incident de sa maladie doive avoir sur l'opportunité et la durée de cette mesure ?

Pour cette classe d'aliénés comme pour les autres, la séquestration se présente comme la mesure la plus conforme à la fois aux intérêts de l'aliéné et à ceux de la société. Considérée au premier point de vue, elle soustrait le malade à des chances de suicide et le fait bénéficier de tous les autres avantages thérapeutiques de l'asile. La fréquence de l'incurabilité du délire de persécution ne proviendrait-elle pas de ce que dans cette affection on ne se décide à l'internement qu'à une période déjà avancée de son développement?

Au point de vue du danger pour autrui, comment pourrait-on méconnaître les avantages uniques de la séquestration? Dangereux, le persécuteur l'est toujours, mais il le devient de diverses manières. On est trop porté à croire qu'il ne peut se laisser aller à des actes criminels qu'au fur et à mesure de l'évolution du délire dont les étapes régulières peuvent être diagnostiquées. Chez ces malades, le crime logique et préparé de longue date n'est pas le seul qu'ils commettent ; laissé livré à lui-même, l'aliéné persécuté pourra brusquement rencontrer sur sa route une circonstance d'apparence insignifiante qu'il fera entrer dans le cycle de ses conceptions délirantes et qui le transformera en un persécuteur des plus redoutables.

Parmi les dangers presque spéciaux au persécuteur qui créent une indication encore plus décisive pour son internement, signalons les chances de contagion mentale qu'il répand dans son entourage et dont les observations contemporaines de *folie communiquée* offrent de beaux exemples.

Le problème de la séquestration se complique, si nous l'envisageons au point de vue de sa durée. Si nous reprenons nos deux grandes variétés d'aliénés persécuteurs, nous rappellerons que le persécuteur persécuté est avant tout un chronique, nous pourrions même dire un incurable ; son délire stéréotypé peut se prolonger sans diminution de sa virtualité dangereuse pendant de longues années, à peine atténué par le régime de l'asile qui ne parvient guère à lui procurer plus que des pseudo-rémissions. On comprend que, dans ces conditions, le médecin témoigne, pour autoriser la sortie de ces pensionnaires, un empressement exactement inverse de celui qu'il aura mis à favoriser leur entrée.

Il aura le droit d'être moins réservé pour les persécuteurs raisonnants. Ces personnalités plus expansives, dont le délire, à l'inverse des précédentes, procède par bonds et sans enchaînement de phases régulières, éprouvent en général un effet thérapeutique très remarquable de leur séjour dans un asile. Une fois soustraits aux excitations de la vie commune et soumis à un régime disciplinaire régulier, ils s'améliorent, parfois très rapidement, et manifestent un équilibre cérébral qui fait illusion aux observateurs superficiels et même ne permet pas légalement au médecin de maintenir leur séquestration. Il va sans dire que leur mise en liberté sera le signal de la reprise, soit des mêmes actes et des mêmes idées délirantes, soit d'autres syndromes épisodiques, d'où renouvellement de la nécessité de l'internement avec ou sans l'intermédiaire de la prison. N'oublions pas que, dans ces cas aussi, la démence se fait attendre de longues années, hâtée quelquefois par une désintégration cérébrale due à des ictus congestifs successifs.

L'aliéné persécuteur est destiné en somme, suivant nous, à être soustrait à la vie commune et placé dans un asile pendant la période la plus longue de l'évolution de sa maladie. S'ensuit-il que les conditions matérielles dans lesquelles se fait en France l'hospitalisation de ces sujets, ne laissent actuellement rien à désirer ?

Le *statu quo* n'a pas manqué de défenseurs qui ont surtout justifié la promiscuité actuelle par des raisons économiques et financières assez éloignées du point de vue thérapeutique auquel je m'étais placé. Pourtant, des voix discordantes se font parfois entendre, même du côté administratif. Certaines assemblées départementales ne sont pas sans appréhensions sur l'avenir de leurs asiles qui, encombrés de cérébraux incurables et d'autres non-valeurs, sont conduits fatalement à une extension qui dépasse toutes les prévisions.

Il est certain que la séquestration des persécuteurs gagnerait en efficacité s'ils étaient soustraits au voisinage de certains malades incommodes ou agressifs et soumis, au moins par intermittence, à un régime moins voisin du régime pénal que celui de nos grands asiles. Dans les réformes de l'avenir, il y aurait à tenir compte de l'influence que pourraient exercer sur leur état mental d'autres formes d'assistance, telles que la colonie agricole. Enfin, pour les persécuteurs signalés par un caractère dangereux intense et incurable, je ne verrais que des avantages à les transporter très loin des lieux où s'est organisé leur délire. La Nouvelle-Calédonie a bien assez de place pour leur installer, à côté de ses établissements péni-

entiaires, une colonie où ils trouveraient dans un travail approprié une diversion à leurs idées pathologiques et seraient en même temps soustraits par l'éloignement aux occasions incessantes qui en ont fait les fléaux de leurs concitoyens de la mère patrie.

M. Charpentier résume sa manière de voir dans les conclusions suivantes :

1° L'aliéné persécuteur se reconnaît à la nature de ses idées délirantes : idées de haine, de vengeance, idées persécutrices ; à la fixité de ses idées délirantes, à leur longue durée ou à leur retour fréquent ; à la tendance extrême de ces idées à commander l'acte délictueux ; 2° Le médecin étant tenu de répondre à la question de responsabilité légale des aliénés, nous sommes d'avis de proposer l'irresponsabilité, quand le délit est un acte pathologique, lié à l'idée délirante ; la responsabilité atténuée, quand, chez le délinquant, malgré l'absence de lien entre le délit commis et l'idée délirante, il se trouve une accumulation de présomptions, tirées soit d'autres troubles mentaux antérieurs, soit de signes physiques ou psychiques dits de dégénérescence ; et la responsabilité partielle quand, en l'absence des présomptions ci-dessus notées, il n'y a aucun rapport entre le délit et l'idée délirante ; 3° La séquestration de l'aliéné persécuteur dans un asile doit comporter la possibilité de l'application d'une thérapeutique disciplinaire (isolement absolu provisoire, moyens de contrainte, punitions) ; 4° L'époque de la séquestration d'un aliéné persécuteur doit se déduire de sa conduite, de son caractère, de ses menaces et du délit ; 5° La prescription des sorties d'essai, pour l'aliéné persécuteur séquestré, doit être considérée comme un moyen de traitement réservé au médecin ; 6° Les aliénés persécuteurs dangereux ou indisciplinés doivent être séquestrés dans tous les asiles d'aliénés, mais pourvus de quartiers spéciaux ; 7° Tout aliéné persécuteur, guéri après un certain temps d'observation, ne devra pas être maintenu dans l'asile qui lui a servi de traitement.

M. Giraud (St-Yon) pense que les aliénés persécuteurs ne constituent pas une entité nosologique. Il en admet 3 catégories : le persécuteur persécuté, le persécuteur raisonnant, le persécuteur latent. Il combat l'opinion de M. Coutagne, qui veut faire figurer l'aliénation comme élément *graduateur* et non *éliminateur*. On rencontre les persécuteurs, comme le dit M. Coutagne, dans le délire de persécution primitif, chez des lypémaniaques, dans la folie à double forme. On les rencontre parmi les dégénérés et parmi les hystériques. M. Coutagne est obligé d'en faire plusieurs catégories. Or l'appréciation de la responsabilité doit varier suivant qu'on a affaire à des persécuteurs rentrant dans des catégories très distinctes les unes des autres. Il n'y a pas d'hésitation à déclarer irresponsables les persécutés persécuteurs, mais l'hésitation apparaît quand on a affaire à des dégénérés ne présentant pas de symptômes bien définis d'aliénation mentale. Si l'appréciation de l'expert varie, c'est parce qu'il est en présence d'aliénés de catégories différentes. La responsabilité partielle ne doit pas être admise, ainsi que l'indiquent MM. Coutagne et Charpentier, parce qu'il est impossible de rendre un verdict partiel ni d'appliquer un jugement partiel ; on ne peut que donner les circonstances atténuantes. En ce qui concerne la responsabilité légale, si on a affaire à de vrais aliénés, il y a irresponsabilité complète ; sinon ce sont des fous dégénérés et on a à apprécier s'ils peuvent être réellement considérés comme aliénés ou si, en tant que dégénérés, ils ne méritent que les circonstances atténuantes. M. Giraud relève dans le rapport de M. Coutagne une phrase où il est dit que, dans les asiles parisiens, il y a, au milieu des fous véritables, des alcooliques maintenus après leur guérison comme serviteurs auxiliaires ; il signale la chose à ses collègues des Asiles de la Seine présents au Congrès, cette assertion pouvant donner lieu à de sévères interprétations sur le terrain de la séquestration arbitraire. L'orateur s'élève contre la mesure un peu radicale proposée par M. Coutagne, à savoir le transport des aliénés en Nouvelle-Calédonie ; les aliénés, en tant que malades, ne peuvent être l'objet d'une relégation semblable à celle qui vise les récidivistes incorrigibles.

M. Coutagne répond qu'il n'a jamais prétendu qu'au point de vue nosologique il fallût créer une catégorie spéciale de persécutés persécuteurs. Pour lui, la responsabilité partielle, limitée, est un moyen de formuler ses conclusions dans les cas de difficulté ou d'impossibilité d'un diagnostic ferme. Il assure à l'inculpé l'indulgence du tribunal qui est toujours accordée sur de telles conclusions, devant les tribunaux de Lyon en particulier. L'auteur rappelle que, pour lui, responsabilité partielle n'est point synonyme de responsabilité limitée : l'une se rapporte à l'acte, l'autre à l'individu. Quant à la question de la durée de la séquestration que M. Coutagne veut longue, alors que M. Charpentier la demande courte, c'est là une question qui intéresse plutôt le médecin d'asile, qui pourra ordonner la sortie à sa guise. M. Coutagne s'est surtout placé au point de vue du médecin légiste.

M. Ballet fait observer qu'il y aurait intérêt à circonscrire le débat. M. Charpentier l'a étendu à tous les malades persécuteurs, au sens littéral du mot, y compris les persécuteurs type Lasègue pour lesquels tout le monde est d'accord sur l'indication de l'internement. Il faut en restreindre l'application aux aliénés persécuteurs classiques (type Falret) sans hallucination. Il faudrait encore, dans ce cas, distinguer des persécuteurs persécutés faciles d'autres qui le sont moins ; ce sont ceux qui ont un délire alcoolique avec idées de persécution et que M. Charpentier a peut-être eu tort d'éliminer du débat ; enfin il y a le persécuteur d'occasion, pour ainsi parler, qui représente le cas le plus délicat. Ce sont souvent des malades confinant à l'aliénation, mais ressemblant, par ailleurs, beaucoup à des gens simplement désagréables en temps ordinaire ; avec eux on manque de critérium suffisant ; mais il ne faut pas, parce que le diagnostic est obscur, conclure à une responsabilité mitigée ou autre : il y a lieu de se demander seulement, en présence de cas semblables, si le malade a agi sous l'influence d'un mobile délirant ; il se peut aussi que le malade donne des signes d'aliénation n'ayant cependant pas influé sur l'acte (vol, coups, etc.) ; il peut enfin n'avoir que des stigmates physiques de dégénérescence démontrant une organisation anormale ; dans ces cas on demandera les circonstances atténuantes. Quant à la séquestration préventive, qui serait évidemment préférable, l'application en paraît difficile en l'absence de signes certains ; ces derniers ne pourraient se baser que sur l'examen physique. Nous pouvons du moins exprimer ici le désir que la question des asiles spéciaux pour cette catégorie de malades, internés après réactions violentes, soit étudiée au plus tôt.

M. Charpentier répond à M. Giraud que, bien que n'étant pas des Asiles de la Seine, il a dans les quartiers d'hospices de Paris vu les malades auxiliaires ; mais ce sont des débiles non guéris ni guérissables qu'on utilise, sans qu'il y ait là séquestration arbitraire. Mis en liberté, ils seraient aussitôt arrêtés et réintégrés, l'expérience l'a maintes fois prouvé. M. Charpentier a cru devoir prendre le mot de persécuteur dans son sens le plus large ; si on restreint ce sens, on aura des persécuteurs réels qui ne seront pas rangés dans le cadre commun. Or, ce sont précisément ceux-là qui intéressent comme cas discutés et embarrassants. Malgré que M. Falret en ait dit, bien qu'on n'ait pas de phrénomètre, il faut admettre des responsabilités variées ; il y a dans le cerveau des parties qui peuvent délirer tandis que d'autres restent étrangères à la folie. On récompense un fou qui fait une action d'éclat ; il est des cas où un délit commis par lui pourrait entraîner une peine, atténuée ou non. On voit parfois, dans les asiles, des coquins qui eussent été mieux placés dans un établissement pénitencier. Folie, vice et passion peuvent conduire aux mêmes actes, en se combinant ou en agissant isolément. Il faut pouvoir faire la part, le dosage de ces différentes combinaisons ; c'est pour cela que la responsabilité atténuée doit être acceptée, sinon il n'y a plus de responsabilité.

Folie de Ravaillac.

M. Rouby a communiqué un mémoire pour prouver que Ravaillac était aliéné, atteint du délire de persécution avec hallucinations. Ses interrogatoires confirment l'existence de ce délire. Le meurtre du roi lui fut directement commandé dans ses visions. Il ressort de ses interrogatoires répétés que cette obsession le poursuivait depuis longtemps. C'est un type de persécuteur tel qu'on n'hésite plus à le reconnaître de nos jours.

De l'assistance des épileptiques.

M. Lacour. — L'auteur essaie de faire le dénombrement

des épileptiques en France, et reconnaît qu'il est à peu près impossible à établir. Legrand du Saulle le fixe de 33,000 à 40.000 ; Lunier le ramène à 33.225, qu'il décompose ainsi : 3.550 internés comme aliénés, 1.650 placés comme non aliénés dans les hôpitaux ou hospices, etc. ; les 28.000 restants sont conservés dans leur famille ou errent à l'aventure. M. Lacour met en relief l'insuffisance de l'assistance des épileptiques, l'insuccès des efforts tentés par Ferrus, Parchappe, Lunier, etc. « Ce qu'il y a d'étrange, dit-il, c'est que ces espérances ont quelques chances d'être réalisées par la simple initiative d'un député, M. Reinach, qui a présenté un projet de loi sur les aliénés, pour remplacer la loi du 30 juin 1838, devenue le *delenda Carthago* d'une partie de la presse parisienne. Ce projet, véritable réquisitoire contre les médecins chargés d'interpréter et d'appliquer cette loi mémorable, contient un article qui est une révolution et ainsi libellé : « *Les établissements publics devront comprendre deux quartiers annexes, destinés l'un aux épileptiques, l'autre aux idiots et aux crétins.* »

Cette innovation, dont il est fait honneur à M. Reinach, appartient au Dr Bourneville. Il l'a formulée dans son rapport à la Chambre fait en 1889, et sa proposition avait été acceptée pas la Commission parlementaire (1).

M. Lacour examine l'état actuel de l'Assistance des épileptiques en France et à l'étranger. Il donne quelques renseignements sur la situation des épileptiques à Paris et rappelle qu'ils sont en général hospitalisés sans difficulté. Il insiste ensuite sur la création de la section des enfants idiots de Bicêtre.

Hors Paris, dit-il, les épileptiques peuvent mourir ou être aggravés avant d'avoir rempli des formalités qui annulent, pour ainsi dire, leur assistance. Ils sont repoussés des asiles parce qu'ils ont trop de raison, et des hôpitaux parce qu'ils peuvent devenir subitement impulsifs. S'ils tombent en crise sur la voie publique, ils sont transportés dans l'hôpital le plus voisin, où l'*exeat* est prononcé la crise à peine terminée. Le plus grand nombre erre sur les grandes routes ; les plus heureux sont recueillis dans les fermes, où on les emploie au rabais. C'est donc une minorité qui est admise à l'Assistance dans les départements. Il existe un quartier de quatre-vingts épileptiques, à La Grave (Toulouse), d'autres annexés à l'asile Sainte-Catherine, près Moulins, à Bourges, à l'hôpital général de Nantes, etc.

M. Lacour donne ensuite des détails sur l'assistance des épileptiques à Lyon, sur leur hospitalisation actuelle à l'Antiquaille, qui est vicieuse et dangereuse, et sur leur future installation au Perron, au sujet de laquelle M. Georges Dufétre doit présenter à l'administration des hospices un rapport sur les voies et moyens à employer. Cette installation comprendra un service d'hommes et de femmes épileptiques, une section pour les enfants épileptiques des deux sexes réunis aux enfants idiots, et une division pour les femmes atteintes de maladies nerveuses. Depuis avril 1885, tous les épileptiques adultes sont à l'hospice du Perron (40 lits). Il y a aussi 25 lits pour les femmes épileptiques. A l'Antiquaille, il y a 37 femmes épileptiques et 20 places destinées aux garçons épileptiques de 7 à 16 ans. Il donne la statistique du service des épileptiques depuis 1883 jusqu'en 1890.

La plupart des traitements préconisés contre l'épilepsie ont été essayés dans le cours de ces huit années, et c'est aux bromures et plus particulièrement au bromure de potassium que la plus grande efficacité a été reconnue. Seul ou mêlé, suivant le cas, à la digitale, au fer, à l'arsenic, il a constitué la principale médication employée avec l'hydrothérapie, qui a été reconnue dans bien des cas comme un puissant adjuvant de la médication.

Le service de l'Antiquaille comprend en outre une consultation qui n'est pas le moindre des secours offerts à ces malheureux. C'est ce qui existe déjà à Paris. Le rapporteur donne ensuite des détails intéressants sur l'établissement de la Teppe, qui contient actuellement 170 pensionnaires payants, 40 indigents au compte des départements du Rhône, de la Loire, des Bouches-du-Rhône et de la Côte-d'Or, et 50 au compte de la communauté, soit 250 malades.

Il donne ensuite quelques renseignements sur l'asile privé de Ladevèze, situé dans l'arrondissement de Saint-Flour, consacré aux idiots et aux épileptiques. Il contient 300 malades. Il fait une description détaillée des asiles de La Force, à 8 kilomètres de Bergerac, créés à partir de 1848 par John Bost ; des dix asiles qui constituent ce groupement deux seulement sont consacrés aux épileptiques (150). Ces asiles, dont le médecin est le Dr Rolland, sont exclusivement consacrés aux protestants.

Dans un dernier paragraphe, M. Lacour indique rapidement quel est l'état de l'Assistance des épileptiques à l'étranger et insiste surtout sur la colonie de Belfield. Enfin, son rapport se termine par les conclusions suivantes :

« L'assistance des épileptiques indigents fait partie de l'Assistance publique au même titre que les autres infortunes. La vieille habitude de les laisser dans l'oubli doit disparaître du monde scientifique. (Gowers.)

« Ce serait mal comprendre l'Assistance publique que de la faire dépendre uniquement de telle ou telle médication.

« Cette assistance est très complexe. Il faut s'occuper et se préoccuper du comitial, s'intéresser à tout ce qui l'intéresse, faire appel à ses sentiments affectifs, développer son intelligence, lui inspirer l'amour du travail et lui créer des occupations. Sous cette influence incessante, la médication a une action plus décisive. Le succès dépend du tact, du dévouement et de la persévérance de l'entourage.

« Sur tel ou tel mode d'assistance, il faut se garder d'avoir un parti pris. Chaque mode a sa raison d'être. Il est libéral et humain de laisser naître et évoluer à sa guise la charité privée, si ingénieuse dans ses aspirations, si touchante dans ses manifestations, et tenir grand compte des lieux, des habitudes, des coutumes, des traditions, des croyances et même des légendes. »

M. A. Carrier (Lyon). — Il faut distinguer, au point de vue de l'assistance, plusieurs catégories d'épileptiques. Sans parler des épileptiques aliénés, qui sont justiciables de l'asile au même titre que les autres aliénés, il existe parmi les épileptiques simples, relativement sains d'esprit, des variétés de malades qui ont besoin de secours différents.

Les uns infirmes, paralysés, doivent être hospitalisés d'une manière permanente, ils peuvent former une section dans un hospice d'incurables. Les autres sont valides, avec des facultés intellectuelles suffisantes, leur santé n'est troublée que par les accidents convulsifs auxquels ils sont sujets. Or, parmi ceux-ci, on peut encore distinguer ceux qui, pendant des crises fréquentes, ne peuvent s'appliquer à aucune occupation. Ceux-là doivent bénéficier de l'hospitalisation ; mais, comme on peut espérer pour eux que leur état s'améliorera, il est juste que l'admission dans un hôpital ne leur soit accordée qu'à titre temporaire. Enfin, une dernière classe de malades comprend ceux dont les crises sont très espacées et ne les gênent pas absolument dans les actes de la vie ; à ceux-là une consultation, à l'aide de laquelle on peut les suivre et les traiter, est suffisante.

Ce sont là trois catégories qui existent réellement dans la pratique et auxquelles deux modes d'assistance différents peuvent être appliqués : la consultation et l'hospitalisation se complétant l'une l'autre. Entre autres avantages, cette manière d'envisager l'assistance des épileptiques a cela de bon, qu'elle ne préjuge rien de l'avenir du malade, elle laisse toujours subsister en lui l'espoir de jours meilleurs, de la guérison peut-être.

Il y a lieu aussi de distinguer certaines périodes où l'assistance s'impose aussi à certains autres points de vue ; c'est d'abord pour instruire l'épileptique, puis pour lui apprendre un métier.

Il faut aussi, en dehors de l'intelligence, s'occuper du caractère du malade et améliorer son état moral. Ces sujets sont souvent méfiants et sournois, mais cela s'explique par ce fait qu'ils ont été repoussés de partout. Il importe donc de les traiter avec douceur pour modifier leur état moral, c'est le complément indispensable de tout traitement. Aujourd'hui, l'assistance doit être basée sur le travail comme élément moralisateur, c'est dans cet ordre d'idées qu'on assiste les épileptiques à Lyon.

M. Ladame. — A Zurich l'assistance des épileptiques a été perfectionnée ; elle est confessionnelle. L'établissement de Ruth, au contraire, reçoit toutes les confessions. Un médecin est attaché à l'établissement et publie chaque année un rapport,

(1) Bourneville, Rapport sur le projet de loi adopté par le Sénat, tendant à la revision de la loi du 30 juin 1838; 1889, p. 19.

M. Leriche (Mâcon) donne un aperçu des conditions dans lesquelles il a trouvé les épileptiques à son arrivée en 1876. En 1875, sur 31 épileptiques, il y avait 5 décès, soit 16,12 0/0. Il a alors commencé à instituer un traitement qui, avant, n'était même pas ébauché : dès le 2e semestre, il n'avait point de décès. Depuis la mortalité a varié de 7 à 3 0/0, puis de 2,25 à 0 0/0 (1884) à mesure que le traitement a été plus complet.

On se trouvait, comme dans beaucoup d'asiles, dans des conditions très défavorables, par suite de refus de crédit, et on laissait les épileptiques travailleurs dépenser leur pécule en achat de tabac à fumer, chiquer ou priser et en alcool qui leur étaient facilement dispensés, tandis qu'on leur refusait le bromure.

Température et pupille dans les accès d'épilepsie.

M. Mairet rappelle l'importance d'un critérium pour dépister la simulation en médecine légale, point signalé il y a déjà longtemps par M. Bourneville. M. Mairet distingue l'attaque épileptique de l'attaque épileptiforme, les attaques en séries et les attaques subintrantes. Il se limite à l'étude des premières, les attaques simples. Voici le résultat des recherches que MM. Mairet et Bosc ont entreprises, après quelques auteurs, Bourneville surtout.

L'épileptique étant laissé au lit 24 heures, on prend la température rectale tous les 1/4 d'heure, sans s'occuper tout d'abord s'il y a attaque ou non ; on peut ainsi comparer les jours à attaques à ceux sans attaques, où la température n'est généralement pas modifiée ; cependant, dans quelques cas, les auteurs ont trouvé des oscillations thermométriques inattendues, en dehors des attaques, sans qu'on puisse les rattacher à une cause nettement définie.

Quoi qu'il en soit, peu avant l'attaque, s'est souvent manifestée une dilatation pupillaire prodromique ; pendant l'attaque, 4 fois il y a eu abaissement de la température, variant entre 0,1 et 0,3 dixièmes; 3 fois la colonne mercurielle est restée stationnaire.

A l'abaissement marqué correspondent les convulsions les plus intenses ; pendant le stade convulsif s'observent quelques oscillations ; puis vient la période de stertor, au cours de laquelle la température remonte progressivement à la normale ; elle s'élève même au-dessus, de quelques dixièmes, au cours de la période de résolution ; l'existence de ce plateau consécutif est cependant subordonnée au sommeil ou, au contraire, à l'agitation possible à ce moment. Les divergences des auteurs, relativement aux modifications thermiques, viennent de ce qu'on a examiné l'épileptique en crise à des moments différents.

On observe enfin une modification complémentaire des urines, correspondant à la période ascensionnelle finale, mais non à la période de crise ; on trouve une notable quantité d'acide phosphorique et de déchets organiques.

M. Mairet communique ensuite le résultat de ses recherches sur les modifications de la pupille pendant l'attaque d'épilepsie. Il a constaté avant l'attaque une dilatation pupillaire manifeste, qui persiste pendant la période convulsive de l'attaque ; pendant la période de stertor, au contraire, la pupille reprend ses dimensions normales et quelquefois même se rétrécit.

M. Magnan rappelle que dans ces cas la dilatation pupillaire prodromique s'accompagne à l'ophthalmoscope d'une turgescence des vaisseaux papillaires, en même temps que d'hypérémie encéphalique. Sur des animaux en expériences avec attaques convulsives provoquées, ce triple phénomène est très net ; si on trépane l'animal, on voit au moment de la crise la turgescence des vaisseaux encéphaliques et diploïques correspondre à l'hypérémie de la rétine et de l'iris. M. Magnan, en revanche, n'a pas trouvé d'abaissement initial de la température comme M. Mairet. Il signale en terminant le cas possible d'attaques bulbo-spinales sans participation du cerveau proprement dit ni perte de connaissance; par suite, il en a observé un cas très net chez une femme âgée.

Fièvre typhoïde et folie.

M. Joffroy, ayant observé plusieurs malades chez lesquels la fièvre typhoïde s'est accompagnée de délire intense, cherche à prouver, par les antécédents de ce sujet, que la fièvre typhoïde n'a pas créé la folie, mais a été seulement une cause occasionnelle. Voici le résumé de ses 4 observations :

Obs. I. — Une vieille femme, délire sénile mais coordonné, cicatrices au grand trochanter, fièvre typhoïde à l'âge de 23 ans avec trouble nerveux, avec délire de convalescence (mangeait de tout, etc.). A sa sortie même état de délire vésanique. Antécédents héréditaires : père suicidé, délire guérit assez rapidement.

Obs. II. — Attaques d'hystérie antérieure, accidents délirants à l'occasion d'une fièvre typhoïde, depuis, répétition du délire dans les attaques d'hystérie.

Obs. III. — Syphilis antérieure, atrophie normale, fièvre typhoïde, à la suite démence précoce.

Obs. IV. — Paraplégie absolue des membres inférieurs, fièvre typhoïde antérieure, stigmates avérés d'hystérie avec grandes attaques depuis cette époque.

Ce n'est pas la fièvre typhoïde qui crée les accidents; les accidents vésaniques qui surviennent sont des accidents héréditaires; c'est de la folie en germe. La fièvre typhoïde fait apparaître une cause qui existe déjà à l'état latent.

M. Weill fait observer que la fièvre typhoïde n'a dans tous ces cas ni plus ni moins d'action que tous les processus infectieux déjà signalés.

M. Joffroy. — La fièvre typhoïde a un rôle plus puissant que toutes les autres maladies. La fièvre typhoïde est une maladie à manifestations nerveuses plus que toute autre maladie infectieuse.

Electricité statique dans les maladies mentales.

M. Ladame a commencé en 1884 l'application de l'électricité statique dans les maladies mentales à Genève; il n'a pas employé d'étincelles électriques), et a gradué l'électricité comme à la Salpêtrière (Dr Vigouroux). La constipation est efficacement combattue par l'électricité statique. Or on connaît la trilogie de Pierret sur l'étiologie générale des maladies mentales : insomnie, mal de tête, constipation. L'électricité statique est un agent thérapeutique, qui doit être classé à côté des autres traitements (surtout pour les formes asthéniques et dépressives) ; c'est un succédané de l'hydrothérapie.

M. Joffroy. — A côté de l'action physiologique, il y a aussi la suggestion, qui est un mode de traitement plus ancien qu'on ne le croit. La suggestion est un mode très puissant pour guérir les psychopathes ; il importe de tenir compte de son effet dans toute appréciation de médication nouvelle, comme celle de l'électricité statique en particulier.

Troubles trophiques dans le délire hypochondriaque

M. Saury (de Suresnes) communique l'observation d'une femme de 42 ans, atteinte de troubles trophiques, circulatoires et sécrétoires, au cours d'un accès de délire mélancolique à forme hypochondriaque. Hérédité névropathique. Stigmates psychiques de la dégénérescence (émotivité, superstition, topophobie). A l'âge de 27 ans, crises hystériformes, disparues au bout de six mois, mais remplacées par du délire hypochondriaque. Depuis cette époque, persistance des mêmes préoccupations délirantes, avec périodes plus ou moins longues de rémission relative. Depuis le mois de janvier 1890, recrudescence du délire : la malade est anxieuse et tourmentée ; elle gémit et se lamente, prétendant qu'elle est couverte de cassures, qu'elle a un trou au cœur, que ses membres sont arrachés, que son corps est à l'envers ; qu'elle est moisie, décomposée, etc. Le 10 juillet, éruption de zona le long de la face interne du bras, de l'avant-bras et de la main gauche (distribution du nerf cubital). Du 21 au 26 août, apparition spontanée d'ecchymoses multiples, ayant pour siège la face, le tronc et les membres, très étendues surtout au bras gauche. En dernier lieu, anomalies de la sudation (hyperhidrose). M. Saury conclut de cette observation que l'hystérie et l'hypochondrie sont unies par des liens très étroits à la dégénérescence héréditaire dont elles ne sont, en réalité, qu'une dépendance. Il signale, en terminant, les conséquences pratiques qui découlent de la connaissance des observations de ce genre. Il est évident, par exemple, en ce qui concerne le fait spécial de la production spontanée d'ecchymoses dans certains états pathologiques déterminés, que cette connais-

sance peut éclairer le médecin-légiste appelé à donner son avis à l'occasion de plaintes contradictoires pour coups et blessures.

Stigmates cutanés de dégénérescence.

M. H. Coutagne présente une observation avec photographie dans laquelle des altérations cutanées coïncident avec un état mental qu'on peut faire rentrer dans le cadre de la dégénérescence. Il s'agit d'une femme de 42 ans, à la face asymétrique, au palais ogival, dont les antécédents héréditaires n'ont pas pu être établis. Elle est atteinte d'une débilité mentale confinant à l'imbécillité avec obtusion extrême des facultés morales, sans délire. Elle a subi depuis 4 ans 15 condamnations pour délits de vagabondage et mendicité. Elle présente un érythème de la face sur lequel tranchent plusieurs plaques où la peau est absolument dépigmentée; le dos des mains est atteint d'un érythème avec desquamation sèche et induration de la peau. La localisation éveille l'idée de la pelagre, l'auteur croit que dans ce cas l'influence de l'état du système nerveux doit être admis au moins dans une certaine mesure.

M. Weill fait des réserves sur le qualificatif d'héréditaire ou dégénéré qu'on donne invariablement et sans renseignements à tous les sujets, bien qu'on ne connaisse pas leurs antécédents, présentant les stigmates physiques ou psychiques, et qui rentrent dans la catégorie des vésaniques et des héréditaires. Ce sont souvent des accidentels, ayant souffert au moment du développement d'une affection infectieuse qui a frappé leur système nerveux.

Déformation du nez chez l'idiot.

M. Révillet (de Cannes). — Chez l'idiot, la déviation du nez à gauche, poussée jusqu'à la difformité, s'observe dans plus de la moitié des cas. Les fosses nasales sont presque constamment le siège d'un catarrhe chronique. L'hypertrophie de la muqueuse de la cloison et de celle des cornets est d'une grande fréquence, d'autant plus remarquable que ces affections sont relativement rares chez l'homme sain d'esprit. La déviation de la cloison, par le fait du rétrécissement qu'elle produit dans une des fosses nasales, est une des causes pathogéniques nettement efficientes de l'hypertrophie de la cloison et de celle des cornets.

Hallucinations de la vue liées à une lésion intra-crânienne.

M. Chaumier fait une communication sur un cas d'hallucinations persistantes de la vue liées à une lésion intra-crânienne et s'accompagnant d'atrophie des nerfs optiques. Il s'agit d'une malade de 62 ans, sans alcoolisme ni syphilis, présentant une atrophie des deux nerfs optiques, s'accompagnant d'hallucination interne de la vue. Cette observation présente plusieurs particularités intéressantes, tant au point de vue séméiotique qu'au point de vue de la physiologie psychologique. En outre des lésions de l'appareil oculaire, produisant une double hémianopsie, mais différentes pour les deux yeux, cette malade a des hallucinations dont l'intensité a suivi la marche progressive de l'atrophie de la rétine. Ce dernier fait tendrait à démontrer que des lésions dégénératives, tout aussi bien que des lésions irritatives, d'un appareil sensoriel peuvent s'accompagner de troubles hallucinatoires. Mais il y a loin de là à la folie sensorielle. Quelle que soit l'intensité de ses hallucinations, la malade n'a jamais présenté le type de la vésanique hallucinée. Les phénomènes sensoriels d'origine toxique, surtout ceux causés par l'atropine, la cocaïne, l'alcool, dont M. Chaumier a observé plusieurs cas dans sa pratique médicale, s'en rapprocheraient davantage, ce qui pourrait faire supposer que la folie sensorielle est sous la dépendance de troubles de la nutrition cérébrale ayant déterminé des auto-intoxications.

Enfin, un dernier fait intéressant au point de vue de la physiologie psychologique rend compte de la marche progressive et de la généralisation des troubles sensoriels. Au début de son affection, la malade ne se plaignait que des hallucinations de la vue. Les troubles auditifs, les illusions de la sensibilité générale se manifestent, secondairement, en vertu de ce principe que nos sens réagissent les uns sur les autres et se complètent mutuellement, de telle sorte que le mauvais fonctionnement de l'un d'entre eux entraîne inévitablement des troubles de tous les autres.

Contribution à l'étude de l'œil des aliénés.

M. Royer termine son travail par les considérations suivantes.

1° *Conclusions générales* : 1° Au point de vue de la nature des lésions, les aliénés ne présentent aucune maladie oculaire qui leur soit spéciale; 2° L'œil droit chez les droitiers, l'œil gauche chez les gauchers sont le plus souvent intéressés; 3° D'une façon générale, les aliénés atteints d'affections oculaires présentent des hallucinations; 4° La proportion d'aliénés atteints d'affections oculaires est d'environ 1/3. 5° L'examen ophthalmoscopique peut indiquer la médication tonique du cœur chez certains cardiaques qui, porteurs de lésions cardiaques en apparence compensées, présentent des troubles de la circulation intra-oculaire.

2° *Observations particulières.* — 1° Chez les paralytiques généraux, il est utile de remplacer le symptôme inégalité pupillaire par le symptôme rigidité de la pupille, plus général et plus caractéristique; 2° L'excavation physiologique de la pupille est une disposition très générale chez les dégénérés; 3° Les idiots hypermétropes sont des idiots vrais d'origine intra-utérine; les emmétropes et myopes idiots sont généralement des déments de la première enfance.

Suppression de la morphine chez certains mélancoliques.

M. Cullerre (de la Roche-sur-Yon) envoie deux observations d'où il résulte que quand, pour une cause quelconque, dans le cours d'un traitement par les injections de morphine chez un mélancolique, on est obligé de suspendre ce médicament, que cette suppression soit brusque ou lente, il peut se produire, en même temps que les divers symptômes bien connus d'abstinence, un phénomène absolument inattendu, paradoxal : c'est une amélioration tellement rapide de l'état mental, qu'elle semble tenir du miracle. Et cette amélioration n'est pas seulement partielle et passagère, elle peut être complète, définitive, et constituer une guérison durable.

Structure de l'écorce grise cérébelleuse.

M. Renaut (de Lyon). — Si, après avoir laissé plus de deux ans des fragments du cervelet de jeunes mammifères (chevreau, agneau, enfant nouveau-né) dans une solution de bichromate d'ammoniaque à 2 0/0, on pratique des coupes minces dans l'écorce grise et qu'on les colore par la solution hydro-alcoolique de violet de gentiane, on reconnaît que les prolongements des cellules de Purkinje ne se terminent pas librement, comme les branches d'un arbre, contrairement aux conclusions adoptées par Golgi et Ramon y Cajal pour les cellules multipolaires en général. On constate que ces prolongements se réunissent de manière à former un réseau continu, qui les met en relation les uns avec les autres et avec une ligne continue de petites cellules épithéliales. Ces petites cellules épithéliales sont absolument comparables à celles de la névroglie d'une part, et à celles qui, dans la rétine de certains animaux, représentent au niveau de la *pars anterior retinæ* les cellules de soutien, origine des fibres de Müller.

Cette ligne de cellules épithéliales occupe d'une manière continue l'extrême surface de la circonvolution cérébelleuse, où l'on retrouve par suite, comme au niveau de la limitante interne de la rétine, la continuité du neuro-épithélium primitif. Cette continuité est réalisée par la juxtaposition des cellules de la surface en une ordonnance épithéliale nette au-dessous de la pie-mère doublée de la *membrana propria* du névraxe encore ici visible nettement chez les animaux. Il résulte de cette nouvelle disposition une analogie de plus entre la constitution du cervelet et celle du neuro-épithélium des organes des sens supérieurs.

(A l'appui de cette démonstration, M. le professeur Renaut présente un certain nombre de préparations histologiques.)

De la toxicité des urines des aliénés.

MM. Weil et **Dubois** (de Lyon). — Nous nous sommes proposé de comparer la toxicité d'une urine normale et d'une urine vésanique. A cet effet, nous avons institué une série d'expériences dans les conditions suivantes ; nous avons fait

des injections intra-veineuses chez le lapin avec de l'urine en nature, filtrée et réduite au tiers de son volume par évaporation à une température de 40° à 50°. Les injections de l'urine non réduite nous avaient donné des résultats de même sens, mais beaucoup moins accentués, l'élément quantité masquant plus ou moins l'élément toxicité.

Sachant, par quelques expériences préliminaires, que le minimum de toxicité correspondait à l'urine vésanique, nous avons choisi cette dernière de façon à ce que tous les facteurs de toxicité, appréciables autrement que par la réaction biologique, fussent à son désavantage (densité augmentée, richesse en extrait sec, etc.).

Malgré cela, la différence de toxicité de l'urine du vésanique, par rapport à celle de l'urine normale, a été trouvée considérable.

En effet, 30 c.c. d'urine réduite au tiers, représentant 90 c.c., tuaient le lapin s'il s'agissait d'urine normale, étaient bien tolérés s'il s'agissait d'urine pathologique.

Dans le premier cas, la mort survenait pendant l'expérience ou quelques heures après, précédée toujours de convulsions. Dans le second cas, ou bien l'animal ne présentait aucun phénomène appréciale, ou il avait de légères convulsions, mais jamais il ne succombait.

Bien plus, deux lapins qui avaient parfaitement toléré l'urine pathologique, ont succombé huit jours après pendant une injection d'urine normale. Le fait est donc indéniable. L'urine de certains vésaniques est beaucoup moins toxique que l'urine normale. Le sujet qui avait fourni l'urine, d'après le diagnostic de M. Pierret, est un type d'héréditaire ou d'accidentel, avec stigmates physiques, diminution de la fente palpébrale gauche, saillie du sourcil gauche, etc.; bégaiement, tremblement hémilatéral, accès de dipsomanie avec automatisme ambulatoire, crises maniaques, état de surexcitation continuelle, insomnie persistante. La diminution de la toxicité urinaire de ce sujet ne peut s'expliquer que par la rétention élective de certaines toxines par le rein ou par une déviation de la nutrition sous l'influence de la perturbation nerveuse. La première hypothèse a contre elle la densité élevée de l'urine, sa richesse en extrait sec. Si on admet une élaboration insuffisante des toxines, on peut se demander si certains symptômes, l'excitation, l'insomnie, ne peuvent être rapportés à ce trouble de la nutrition, s'il n'y a pas là quelque chose d'analogue aux phénomènes d'abstinence qui se produisent dans certains états normaux artificiels, l'alcoolisme, la morphinomanie, et s'il n'y aurait pas là pour la thérapeutique une indication dont la formule la plus simple serait de restituer au malade les éléments qui lui font défaut. Nous n'irons pas jusqu'à dire qu'il faut administrer au fou de l'urine normale ou ses principes actifs, quoique, sous forme de lavement, la chose n'aurait rien de choquant. Mais, de même que dans les états normaux artificiels, l'alcoolisme, par exemple, il existe des équivalents toxiques qui, à des doses variables, peuvent remplacer le toxique habituel, comme l'éther, le chloral, la digitale, de même on peut entrevoir, pour combattre les symptômes vésaniques, l'existence de certains médicaments jouant un rôle analogue. Au surplus, si on arrivait à préciser les espèces de toxines qui manquent dans certaines urines, on aurait une voie toute tracée pour combattre directement le trouble de la nutrition et restituer aux fous une urine louable.

CONGRÈS INTERNATIONAL D'HYGIÈNE ET DE DÉMOGRAPHIE A LONDRES

Traitement préventif et prophylaxie de la rage.

M. Roux. — Depuis que M. Pasteur applique à l'homme son traitement préventif de la rage, plus de dix mille personnes ont subi les inoculations, et les statistiques sont maintenant assez considérables pour permettre de se faire une idée sur la valeur de ce traitement. La mortalité par rage a été de 0,95 0/0 sur les 9,465 sujets inoculés, tandis que la mortalité sans traitement est de 12 à 14 0/0 des sujets mordus, et encore dans ce chiffre de 0,95 0/0 comprend-on tous les sujets qui sont morts après avoir été soumis au traitement de M. Pasteur. Or, parmi eux, il y en a un certain nombre qui sont morts peu de jours après le commencement du traitement, à une époque où celui-ci n'avait pas eu le temps d'agir sur la maladie déjà en voie de développement; si l'on met de côté ces cas, on ne trouve plus qu'une mortalité de 0,61 0/0.

Pour se rendre exactement compte de l'efficacité du traitement, il faut exclure les sujets qui ont été mordus par des animaux simplement suspects de rage et ne compter que ceux mordus par des animaux dont la rage était certaine; il faut, en outre, exclure les sujets mordus à la tête, circonstance qui augmente la gravité : car la mortalité est dans ce dernier cas de 80 0/0; or, sur 710 sujets de cette catégorie traités à l'Institut Pasteur, 24 seulement, c'est-à-dire 3. 38 0/0, sont morts en y comprenant ceux qui sont morts au commencement même du traitement.

Depuis que le traitement a été employé pour la première fois, la mortalité générale a diminué : de 1,34 0/0 en 1886, elle est tombée à 0,54 0/0 en 1889 et à 0,71 0/0 en 1890. Il est peu probable qu'elle s'abaisse jamais à 0, et cela pour plusieurs raisons : d'abord, le plus grand nombre des décès porte sur des sujets qui sont morts dans les 15 jours qui ont suivi les inoculations, c'est-à-dire sur des sujets chez lesquels la maladie se développait déjà lorsque le traitement a été commencé. En outre, dans certains cas, le virus peut rester latent pendant des mois et même des années. L'immunité produite par les inoculations préventives peut avoir disparu avant que le virus lui-même ait perdu son activité et alors la rage peut encore se produire à une époque très tardive.

M. G. Fleming. — Les mesures propres à amener l'extinction de la rage doivent se baser sur le fait que le chien est le principal, en fait le seul, propagateur de cette maladie, que l'agent d'infection se transmet de l'animal malade au sujet sain par la morsure, que pour supprimer la rage dans une contrée il faut détruire tous les chiens atteints ou suspects de rage, faire observer ces mesures pendant une période déterminée et ne laisser pénétrer dans cette contrée que les chiens provenant de districts indemnes de rage. Le muselage des chiens, lorsqu'il est fait régulièrement pendant un temps suffisant, coïncide toujours avec une diminution dans le nombre des cas de rage observés. Les mesures précédentes sont d'une efficacité incontestable. L'utilité du muselage des chiens a été démontrée à Londres à plusieurs occasions et en particulier en 1885. Pendant les années précédentes, le nombre des cas de rage avait augmenté d'une façon vraiment alarmante, de même que dans toute l'Angleterre. Il y avait eu 27 cas de mort à la suite de morsures par des chiens enragés; l'emploi de la muselière fut rendu obligatoire et en 1886 on n'avait plus un seul cas de rage à enregistrer. Malheureusement cette mesure cessa d'être exécutée et au bout de peu de mois on observait quelques cas de rage dans le sud de Londres, et en 1889 on enregistrait 10 morts par hydrophobie. En juillet de cette année, on ordonna de nouveau le muselage des chiens et on tint la main à l'observation de cette mesure; de nouveau la rage disparut.

Dans certains pays, comme la France et la Belgique, où on a essayé de remplacer l'emploi de la muselière par d'autres mesures, telles que l'impôt sur les chiens, l'emploi de médailles pendues au collier, la tenue en laisse, etc., la rage persiste d'une façon continue et il y a tous les ans un certain nombre de cas de rage.

Lorsqu'une portion seulement d'un pays est infectée par la rage, on pourrait à la rigueur appliquer à la seule portion contaminée les mesures préventives, à la condition d'empêcher tous les chiens de sortir de cette zone; mais comme il est extrêmement difficile sinon impossible d'établir une pareille barrière, il faut appliquer à tout le pays les mesures prophylactiques.

M. Bardach. — A l'Institut bactériologique d'Odessa, nous avons traité, de 1887 à 1890, 2,243 sujets par la méthode de Pasteur: 16 seulement d'entre eux sont morts, soit 0,72 0/0; et si on en exclut les sujets qui sont morts dans les 15 jours suivant la fin du traitement, la mortalité s'abaisse à 0,49 0/0.

M. Hime. — L'emploi de la médaille fixée au collier du chien a plus de valeur que ne lui en attribue M. Fleming, dans la prophylaxie de la rage : il a au moins l'avantage d'indiquer de quelle localité proviennent les chiens enragés et par suite de désigner les régions dans lesquelles les mesures préventives doivent être prises; la loi devrait édicter la responsabilité des propriétaires de chiens enragés. L'emploi de la muselière dans certaines localités seulement est radicale-

ment mauvais, sans utilité et absurde. Il ne faudrait pas faire museler seulement les chiens errants, puisque tous les chiens sont exposés à contracter la rage.

M. Nocard. — J'ai fait depuis quelque temps des expériences qui démontrent que l'injection intra-veineuse de virus rabique ne produit pas la rage chez les chevaux; que si la quantité de virus est assez considérable les chevaux inoculés acquièrent l'immunité contre la rage; qu'il est possible de protéger par l'inoculation intra-veineuse d'une certaine quantité de substance nerveuse rabique diluée les chevaux qui ont été inoculés par injection intra-oculaire. Ces expériences, rapprochées de celles de M. Galtier qui a obtenu l'immunité des moutons et des chèvres au moyen des injections intra-veineuses de virus rabique, peuvent mettre sur la voie d'un traitement prophylactique de la rage.

L'emploi de la muselière est incontestablement utile, mais il ne faut pas croire qu'elle empêche un chien de mordre et il suffit, pour en être convaincu, d'avoir vu un chien enragé mettre en pièces les barreaux de sa cage. Il n'est pas nécessaire d'édicter de nouvelles mesures prophylactiques contre la rage et il suffit, pour en venir à bout, de prescrire et de faire appliquer exactement et rigoureusement les mesures très simples qui sont actuellement en vigueur dans tous les pays civilisés.

M. Drysdale. — Il serait utile que l'Angleterre possédât elle aussi un Institut pour le traitement de la rage, car le traitement de Pasteur donne des résultats merveilleux et on ne peut abuser des membres de l'Institut Pasteur en leur envoyant à soigner tous les sujets mordus en Angleterre.

M. Ostertag. — La rage est devenue très rare en Allemagne depuis les lois qui régissent la prophylaxie des maladies contagieuses. On ne l'observe plus guère que sur les frontières française et russe. On a critiqué l'emploi de la muselière en disant que les chats et les loups pouvaient être les agents de transmission de la rage : l'expérience faite en Allemagne a prouvé que cela ne se produit que tout à fait exceptionnellement. A Berlin, où tous les chiens sont muselés, on n'a pas signalé un cas de rage depuis 10 ans. Le résultat des lois allemandes est tel qu'il n'est pas nécessaire de créer un Institut Pasteur en Allemagne.

Diphthérie.

M. E. Seaton. — Aucun climat ne met à l'abri de la diphthérie, mais elle est moins fréquente sous les tropiques que dans les climats tempérés. En Angleterre, la mortalité a augmenté depuis qu'on a fait de grands travaux pour alimenter les villes en eau pure et pour construire des égouts et elle n'est pas diminuée par l'amélioration des conditions hygiéniques générales.

M. Schrevens. — La courbe de la mortalité par diphthérie en Belgique de 1871 à 1880 présente la même forme que celle de la fièvre typhoïde. Les deux maladies paraissent d'origine fécale. Le bacille d'Eberth paraît se trouver plutôt à la surface des amas d'ordures et le bacille de Lœffler plutôt dans les parties profondes. Les connexions qui existent entre la diphthérie et la souillure de la surface du sol expliquent la plus grande fréquence de la maladie dans les habitations rurales. En Belgique, la seule exception à la marche parallèle de la diphthérie et de la fièvre typhoïde se rencontre dans les Flandres orientales, où, en raison de la constitution du sol et du grand nombre des rivières, la surface est plus propre que dans les autres provinces.

M. Gibert. — La diphthérie est apparue pour la première fois au Havre en 1860, dans un quartier. En 1864, elle s'est montrée dans un autre quartier et depuis cette époque elle s'est étendue à toute la ville et a toujours augmenté de fréquence jusqu'en 1885 ; à cette époque, on a créé une brigade de salubrité, la désinfection des locaux contaminés a été faite régulièrement, et depuis lors il y a une diminution si prononcée de la mortalité qu'on pourrait espérer la disparition de la maladie si tous les médecins signalaient rapidement les nouveaux cas de diphthérie.

M. Jules Bergeron. — Dans les cinq plus grandes villes de France, la diphthérie est endémique depuis 30 ans au moins, et n'a cessé d'y faire des progrès. La statistique sanitaire des villes de France et d'Algérie montre que depuis quelques années la diphthérie fait par an plus de 5,000 victimes en France. Les recherches des bactériologistes ont établi la nature parasitaire et infectieuse de la diphthérie, mais elles n'ont rien appris sur son origine, de sorte qu'on n'a pour lutter contre elle que deux mesures, applicables à toutes les maladies transmissibles, la *désinfection* et l'*isolement*.

La pratique de la désinfection ne présente rien de spécial dans la diphthérie, et n'exige que les agents de désinfection qui sont partout en usage; mais il n'est peut-être pas de germes contagieux dont elle puisse aussi bien assurer la destruction que ceux de la diphthérie, parce qu'elle est sûre de les trouver dans les fausses membranes et de pouvoir les atteindre.

Le mode le plus probable de transmission de la diphthérie est, je crois, presque exclusivement la *contagion directe*, soit par les fausses membranes rejetées par les diphthéritiques et portées directement sur les muqueuses des personnes saines, soit par le liquide du jetage, soit par des débris frais ou même desséchés de pseudo-membrane; la persistance hors de l'organisme de la vitalité du bacille est extrêmement longue; il reste dans les linges, la literie, les vêtements, les jouets même, enfin sur les parois des logements, où une désinfection mal faite a été impuissante à les détruire.

La destruction des fausses membranes *in situ*, la désinfection énergique et persévérante de tous les objets qui ont pu être souillés par les produits morbides de la diphthérie, s'imposent et seront assez faciles à effectuer, au moins dans les villes.

Pour l'isolement, on se heurte à bien des inconnues, car on ignore aujourd'hui à quelle période la diphthérie commence à être transmissible, pendant combien de temps les convalescents peuvent encore transmettre la maladie, et combien doit durer la quarantaine imposée aux enfants rendus suspects par un contact plus ou moins prolongé avec des diphthériques.

M. Thursfield. — La dissémination de la diphthérie est due pour une grande part aux cas très légers, pour lesquels le médecin n'est pas consulté, et qui ne sont pas signalés à l'autorité sanitaire ; la transmission de ces cas se fait surtout par les écoles. Il faut attacher plus d'importance qu'on ne le fait généralement à la susceptibilité individuelle. La maladie s'observe particulièrement dans les maisons humides. Dans certains cas, des périodes d'infection prolongée sont l'indice de récidives.

M. Tripe. — Un bon drainage du sol a très peu d'effet dans l'atténuation de la gravité et de la fréquence des épidémies de diphthérie. Le meilleur moyen prophylactique consiste dans la désinfection par le feu de tous les objets contaminés.

Etiologie de la fièvre typhoïde.

MM. Rodet, Roux et Vallet (Lyon). — Depuis 1887, on poursuit au laboratoire de médecine expérimentale de Lyon des recherches tendant à établir que le *bacillus coli communis* pourrait bien être le microbe pathogène de la fièvre typhoïde, et que le bacille connu sous le nom de bacille d'Eberth-Gaffky ne serait qu'une variété du *bacillus coli*. M. Rodet, de son côté, M. G. Roux, du sien, ont trouvé le *bacillus coli* dans les eaux accusées d'avoir contenu le germe de plusieurs épidémies typhoïdes, au lieu d'y rencontrer le bacille d'Eberth. Ils ont également trouvé dans les selles de typhoïdiques le *bacillus coli* presque à l'état de pureté. La relation entre la présence du *bacillus coli* et la fièvre typhoïde leur a paru dans ces cas tellement étroite, qu'ils n'ont pu se défendre de l'idée que le *bacillus coli* avait joué un rôle étiologique dans ces épidémies. Ils ont été confirmés dans cette idée par ce fait que, dès la première culture, le *bacillus coli* a présenté des caractères qui le rapprochaient par plus d'un côté du bacille d'Eberth.

Dès lors, M. Rodet et M. Roux se sont mis à étudier comparativement, par les cultures et par les inoculations, le *bacillus coli* et le bacille d'Eberth puisé dans la rate typhique. Cette étude ne leur permit pas d'établir une différence tranchée, spécifique, entre ces deux bacilles. Les propriétés pathogènes sur les animaux sont sensiblement les mêmes; quant aux caractères morphologiques et aux caractères des colonies du *bacillus coli*, ils deviennent *éberthiformes* dans des cultures successives et sous l'influence de causes modificatrices légères, telles que le vieillissement et le chauffage à 80°,

D'après ces recherches, le bacille d'Eberth serait donc une variété du *bacillus coli* qui résulterait du passage de ce dernier dans l'organisme humain.

Ces recherches donnent un appui considérable à l'étiologie de la fièvre typhoïde, telle que la comprend Murchison. Non seulement elles permettent de comprendre l'extension d'un foyer typhique, mais encore la création d'un foyer en dehors de la présence antérieure d'un malade, et même en dehors de la contamination des eaux par les matières fécales. Les auteurs reconnaissent toutefois que ces derniers cas sont rares.

Etant donné le rôle étiologique attribué aux amas de matières fécales dans la production de la fièvre typhoïde, les recherches faites sur celles-ci donnent plus de valeur encore à l'opinion de M. Rodet et de M. Roux.

En effet, M. Vallet a constaté que le *bacillus coli* s'entretient et végète dans le liquide des matières fécales fermentées, tandis que le bacille d'Eberth ne peut pas s'y cultiver. Or, une des premières conditions à remplir pour que les amas de matières fécales fermentées deviennent infectantes, c'est qu'elles puissent conserver à l'état vivant le microbe pathogène et lui servir de milieu de culture. De plus, M. Vallet a encore observé que le *bacillus coli* retiré des fosses d'aisances est plus pathogène pour le cobaye que le *bacillus coli* retiré de l'intestin et que le bacille d'Eberth retiré de la rate.

Substances microbicides du sang et des organes d'animaux à sang chaud.

M. de Christmas pense que les auteurs qui se sont occupés de la question de l'action microbicide du sérum du sang n'ont pas tenu compte de l'influence que peut exercer sur les microbes le changement brusque des milieux de densité différente. Or, des essais sur le bacille du charbon vivant démontrent qu'une culture habituée à vivre dans le sérum, introduite dans du bouillon, y meurt en partie. Le résultat est le même si, au lieu du bouillon, on emploie de l'eau ordinaire ou de l'eau distillée.

Cette influence plasmolytique des milieux de densité différente explique en partie les qualités microbicides du sérum et nécessite en tout cas la revision des expériences qui semblent prouver l'existence de ce phénomène.

Les substances albuminoïdes du sérum précipitées par l'alcool et dissoutes dans de l'eau sont microbicides en ce sens qu'elles ne sont pas assimilables par les germes pathogènes qu'on y introduit. Ceux-ci y meurent à la longue ou, s'ils arrivent à s'y développer, ce développement se fait très lentement (jusqu'à quinze jours après l'ensemencement) et d'une manière incomplète.

On peut extraire des organes d'animaux vaccinés contre le charbon une substance albumineuse qui, en solution aqueuse, exerce une influence microbicide sur le bacille charbonneux. Cette influence se manifeste non seulement dans la solution aqueuse de cette substance, mais aussi dans le sérum auquel on ajoute de petites quantités de la solution. Elle possède donc une réelle force antiseptique, qui se conserve pendant plusieurs jours et qui résiste à des ensemencements réitérés du bacille du charbon. Cette substance ne se trouve pas dans les organes d'animaux sains ou morts du charbon.

Filaria sanguinis hominis diurna, nocturna et perstans.

M. Patrik Manson (Londres). — Il y a trois espèces de filaires du sang. Celle de Lewis ne se rencontre dans le sang que la nuit, tandis qu'une des autres variétés récemment découvertes ne s'y trouve que le jour; la troisième variété s'y trouve à tout moment, soit la nuit, soit le jour. Je propose donc de distinguer ces variétés par les noms de *diurna*, *nocturna* et *perstans*, car on ne les différencie guère que par ce caractère. La *perstans* cependant est plus petite, est dépourvue d'enveloppe et sa queue est arrondie au lieu de se terminer en pointe. La *perstans*, et probablement la *diurna*, vivent longtemps et peuvent se trouver dans le sang plusieurs années après que le malade a quitté le lieu où il les a contractées. Il est extrêmement probable, pour ne pas dire plus, que la présence de ces parasites donne lieu à la maladie désignée sous le nom de *sommeil des nègres*, et je connais un jeune homme qui ne s'en est plaint qu'au bout de trois ans de résidence en Angleterre. Cette maladie est endémique sur la côte occidentale de l'Afrique et paraît ne pas pouvoir être contractée ailleurs, ni par des personnes qui n'ont pas habité la région. Dans le seul cas de *sommeil des nègres* que j'ai pu examiner de près, celui dont le docteur Stephen Mackenzie a publié l'observation (Voy. *Mercredi médical*, 1890, p. 597), le sang renfermait la *perstans* et la *diurna*. Réflexion faite, je suis disposé à croire que la *perstans* est la cause de la léthargie et peut-être en causant des embolies, dont j'admets la possibilité. Quoique les parasites circulent facilement dans le sang à l'état ordinaire, ils jouent parfois le rôle d'embolie.

Je pense que la *filaria loa* de l'œil du nègre représente l'état de complet développement de la *diurna*. La filaria loa peut se rencontrer partout.

Il reste à établir quelle est la forme intermédiaire de la diurna. On m'a affirmé que dans les plantations du Vieux Calabar il y a deux espèces de mouches qui paraissent servir d'hôtes de passage à la diurna. C'est un point que les explorateurs de l'Afrique devront contrôler et vérifier.

Tuberculose.

M. Burdon Sanderson. — La tuberculose est la cause d'environ 14 0/0 des décès; la proportion est encore plus forte chez l'adulte; cependant à l'hôpital 40 0/0 des décès d'enfants sont dus à la tuberculose. Dans quelques cas, la maladie est congénitale. Quelques enfants sont probablement infectés par l'atmosphère, mais pour les autres l'infection se fait à peu près certainement par l'intermédiaire du lait non bouilli. La viande tuberculeuse ne devrait pas être livrée à la consommation.

M. Bang (de Copenhague). — On a exagéré le danger qu'il y a à consommer la viande d'apparence saine et le lait des animaux tuberculeux. Pour le lait, il est certain qu'on évite ces dangers en le faisant bouillir. Quant aux produits du lait (crème, fromage, beurre), ils peuvent renfermer pendant 14 à 30 jours des bacilles tuberculeux jouissant de leur vitalité. Il est vrai que le plus grand nombre des bacilles peuvent ne plus se trouver dans le lait si on sépare la crème au moyen d'une machine centrifuge, comme cela se pratique en Danemark; mais si le lait est très riche en bacilles, un petit nombre de ceux-ci persistent ordinairement dans le lait et même dans la crème; pour se mettre à l'abri de ce danger, il faut exposer le lait ou la crème à une température suffisamment élevée pour tuer les bacilles tuberculeux, environ 85°, pendant 5 minutes; cependant une température de 60 à 75° est parfaitement suffisante pour atténuer le virus tuberculeux et le rendre incapable d'infecter le tube digestif. Cette méthode, qui est de plus en plus employée en Danemark, a l'avantage de supprimer également les causes d'autres défauts du beurre. La fréquence de la tuberculose des vaches a été exagérée : à Copenhague, je n'ai trouvé qu'un cas de lésion des mamelles sur 100 vaches tuberculeuses. J'ai inoculé 48 lapins avec le lait de 28 vaches tuberculeuses et 2 seulement sont devenus tuberculeux. Il est certain que très souvent le lait des vaches tuberculeuses n'est pas virulent, à condition qu'il n'y ait pas de lésions des mamelles; néanmoins un pareil lait est toujours suspect et il est nécessaire de prendre, à son endroit, des mesures prophylactiques, bien qu'il ne faille pas s'exagérer le danger. La viande des animaux tuberculeux peut renfermer des bacilles, mais seulement dans la minorité des cas. D'ailleurs, ce n'est guère que dans le cas de tuberculose miliaire qu'il peut y avoir un certain nombre de bacilles dans les vaisseaux. J'ai injecté à 38 lapins et à 2 cobayes 10 à 18 centimètres cubes de sang défibriné de 20 vaches, parvenu à un état de phthisie avancée: 18 fois les résultats ont été négatifs, 2 fois seulement ils ont été positifs : l'un des deux animaux morts avait reçu du sang d'une vache atteinte de tuberculose miliaire aiguë à la suite d'une injection de tuberculine; trois semaines plus tard, l'injection du sang de la même vache donnait un résultat négatif. On peut conclure que, tant que la tuberculose est localisée, la viande des animaux n'est pas dangereuse; elle ne le devient que lorsque les lésions sont généralisées, et encore, pas toujours.

MM. M. Fadyean et Woodhead. — Sur 127 enfants dont nous avons recueilli les observations, nous avons constaté 43 fois des lésions intestinales, dont 24 chez des enfants de 1 an à 5 ans et demi; 100 fois des lésions des ganglions mésentériques, dont 62 fois chez des enfants de 1 an à 5 ans

et demi; sur 14 cas où les lésions des glandes mésentériques, étaient primitives, 9 se rapportent à cette période de la vie. Sur 100 cas, il n'y en avait que 20 dans lesquels on eût posé pendant la vie le diagnostic de tuberculose abdominale. Ces faits montrent la fréquence de la tuberculose intestinale et mésentérique à l'âge de la vie où le lait de la vache est substitué au lait de la vache mère : le point d'entrée paraît être l'intestin, qui peut ne pas présenter de lésions, et dans ce cas on a affaire à la tuberculose ganglionnaire. Sur 13 inoculations de lait provenant de vaches tuberculeuses, mais n'ayant pas de lésions tuberculeuses des mamelles, 2 seulement ont donné des résultats positifs. L'ingestion de pus provenant de viande d'animaux tuberculeux est moins dangereuse que l'ingestion de la viande en nature, car le pus ne renferme pas dans la plupart des cas un nombre de bacilles tuberculeux suffisant pour donner une inoculation positive.

M. Nocard. — Un grand nombre des expériences d'ingestion de viande d'animaux tuberculeux ont échoué et il faudrait reprendre ces expérience en éliminant toutes les causes d'erreurs possibles.

M. Hime. — Il ne faut pas oublier que la tuberculose se transmet très souvent de l'homme à l'homme, et il serait plus important de supprimer les causes possibles de contagion interhumaine, que de donner une attention très considérable à l'infection par les animaux.

Traitement de la tuberculose par la tuberculine.

M. Ehrlich. — Voici les opinions actuelles de Koch sur la tuberculine. Les résultats obtenus sont des plus favorables et ceux qui ne sont pas arrivés aux mêmes résultats ont employé des doses trop considérables de tuberculine. Le mode de guérison réside dans les effets locaux que la tuberculine exerce sur les tissus spécifiquement altérés, et la violente réaction inflammatoire aboutissant à la nécrose n'est ni nécessaire ni désirable; au contraire, des excitations légères et souvent répétées produiraient la cicatrisation des masses tuberculeuses, de sorte que l'essence de cette méthode de traitement est de continuer aussi longtemps que possible l'excitation spécifique des tissus et de ne pas l'épuiser rapidement comme cela arrive quand on emploie les hautes doses. Dans tous les cas où on a obtenu des résultats heureux, on avait employé des doses faibles et répétées et on ne les augmentait que très lentement, tandis que tous les accidents sans exception se sont produits à la suite de l'emploi de hautes doses.

M. Cornil. — D'après les essais que j'ai faits, la tuberculine est dangereuse et ne produit pas d'amélioration définitive. Je ne crois pas qu'en employant des doses très faibles on obtienne des résultats meilleurs et, si on a recours à des doses infinitésimales, elles ne produisent plus aucun effet.

M. Bardach. — Je n'ai pas obtenu de résultats plus satisfaisants que M. Cornil.

Prophylaxie de la tuberculose.

M. Arthur Ransome. — La tuberculose est susceptible d'être guérie et d'être prévenue. Ce qui prouve sa curabilité, c'est la fréquence des lésions tuberculeuses anciennes constatées dans les autopsies, le témoignage des autorités médicales et les résultats obtenus dans les hôpitaux de phthisiques. Ce qui prouve qu'on peut la prévenir, ce sont les statistiques de l'armée anglaise dans laquelle le chiffre des cas de tuberculose a été réduit dans des proportions notables depuis qu'on draine et qu'on ventile les habitations des soldats; ce sont encore les statistiques de Buchanan qui a montré que dans certaines villes anglaises la mortalité par tuberculose a été réduite depuis qu'on pratique le drainage, et la réduction de la proportion générale de la phthisie de 2,5 à 1,5 pour 1000 depuis l'adoption des règlements sur la santé publique.

M. Gibert. — Au Havre, la mortalité annuelle par phthisie est de 5 pour 1000. Elle varie beaucoup suivant les quartiers, quoique ceux-ci soient habités par des sujets appartenant aux mêmes classes sociales. L'influence de la densité de la population est manifeste, celle de l'hérédité pratiquement nulle et celle de l'alcoolisme considérable.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 1er septembre 1891.

Présidence de M. Tarnier

Traitement de la conjonctivite granuleuse.

M. Panas. — M. Abadie a communiqué à l'Académie une nouvelle méthode de traitement de la conjonctivite granuleuse (Voy. *Mercredi*, p. 178 et 394).

Comme M. Abadie, je professe d'autant plus volontiers que cette façon de traiter les granulations est une des meilleures qu'il y a treize ans déjà j'avais pratiqué avec succès un procédé analogue consistant à fendre la commissure externe des paupières, à renverser celles-ci complètement, puis à les racler profondément à l'aide du scarificateur Desmarres et à les frotter vigoureusement au moyen du cristal de sulfate de cuivre. Si je n'ai pas persévéré dans cette voie, c'est par crainte de produire ainsi du tissu cicatriciel abondant et un entropion consécutif.

La méthode de Sattler constitue un progrès et les résultats que j'en ai moi-même obtenus sont très satisfaisants. Mais je ne crois pas, cependant, qu'elle doive supplanter tous les autres traitements. Elle donne, en effet, elle aussi, des résultats quelquefois médiocres et même nuls. Pour les formes avec purulence, le nitrate d'argent en solution forte est ce qui réussit le mieux. Et heureusement il existe des formes peu graves qu'on peut enrayer par des moyens non sanglants, où l'anesthésie chloroformique est inutile.

Prophylaxie de la conjonctivite granuleuse.

M. Panas. — En réponse à une demande du ministre de l'instruction publique, je propose les mesures suivantes pour prévenir la contagion de la conjonctivite granuleuse dans les écoles d'Algérie :

1° N'accepter aucun élève dans l'école avant qu'il n'ait subi un examen des yeux, au point de vue de l'ophthalmie granuleuse;

2° Sur les élèves admis à fréquenter l'école, pratiquer régulièrement un examen tous les trois mois au moins et cela indistinctement que les élèves se plaignent ou non d'affection oculaire. La raison de cet examen de la totalité des élèves tient à ce que les granulations palpébrales existent à l'état latent, et qu'elles peuvent passer inaperçues, si l'on ne procède pas au renversement des paupières.

3° Sitôt qu'un élève offre de *vraies* granulations, déclarées telles par un médecin compétent, on doit l'isoler et le traiter avec vigueur de façon à éteindre au plus tôt le foyer de contamination et à permettre à l'élève de continuer le cours de ses études.

4° Il va de soi que ce sera au médecin d'indiquer dans chaque cas particulier le moment où l'élève sera autorisé à reprendre, sans danger pour les autres, le cours de ses études.

M. Panas lit encore deux rapports où il se borne à analyser en quelques lignes et à approuver les travaux de :

1° **M. Kalt** sur un *anévrysme artério-veineux du sinus caverneux* (voy. *Mercredi*, p. 291).

2° **M. Valude** sur la *prophylaxie de l'ophthalmie des nouveau-nés* (voy. *Mercredi*, p. 394).

Urano-staphylorrhaphie.

M. Polaillon considère l'urano-staphylorrhaphie à double pont, en une seule séance, comme une opération longue, pénible pour le patient et pour le chirurgien, nécessitant une chloroformisation toujours laborieuse; la position tête pendante favorise l'hémorrhagie. Aussi a-t-il déjà présenté l'an dernier à la Société de chirurgie (Voy. *Mercredi*, 1890, p. 261) un malade qu'il a opéré en deux temps. Dans une première séance il mobilise les deux lambeaux; puis 24 ou 48 heures après il fait l'avivement et la suture. L'exécution est ainsi très facile et l'opération peut se faire à la cocaïne sur le malade assis. M. Polaillon présente 3 malades (1 perforation syphilitique et 2 divisions congénitales).

La grippe en Perse en 1889-90.

M. Tholozan. — Les plus anciens praticiens de la Perse ne se rappellent pas avoir jamais observé autant de maladies catarrhales (nèzlè) qu'à la fin de 1889 et au commencement de 1890. La moitié de la population de la Perse fut affectée, dans les villes comme dans les campagnes ; la mortalité fut considérable. Quand ce souffle épidémique eût disparu, à la fin de mars 1890, on en observa les suites jusqu'en été : inflammations pulmonaires devenues chroniques, névralgies diverses, débilité marquée. Le rôle essentiel joué par le système nerveux était évident pour tous, même pour les médecins persans si imbus encore des idées humorales ; « pour eux ce n'était pas un catarrhe, mais une fièvre produite par la réaction de l'économie pour l'élimination d'une matière morbide. »

On a, au cours de cette épidémie, observé, en somme, les mêmes symptômes que dans l'épidémie en Europe ; les complications pulmonaires ont été fréquentes ; tout au plus les éruptions ont-elles manqué tout à fait dans un certain nombre de localités.

Les deux localités les premières atteintes furent Recht en septembre 1889 et Téhéran en octobre ; elle frappa d'abord le littoral sud-ouest de la Caspienne et peu après la capitale ; ensuite, passant par-dessus les deux villes intermédiaires de Goum et de Cachou, sans les toucher, elle s'est installée au centre du royaume, à Ispahan, puis à Chiraz et à Bouchire (14 mars 1890). La progression a donc été lente relativement, en raison sans doute de la dissémination de la population et de la lenteur des communications.

Cela ne veut pas dire que j'attribue l'expansion de cette épidémie uniquement à la contagion. Je crois que la saison d'hiver avec ses intempéries a quelquefois beaucoup à y voir, ainsi que la direction générale du fléau de l'Est à l'Ouest, fait déjà signalé par Pline il y a près de 19 siècles, à propos des grandes épidémies générales.

Il est difficile d'avoir des renseignements sur les épidémies de grippe des siècles passés ; car si un grand fait épidémique vient à l'encontre des théories des médecins arabes et persans, ils ont bien garde d'en parler. Ibn-Acir parle d'une épidémie qui débuta, pendant l'hiver 855-856, dans le Turkestan et qui dès lors, « semblable à un vent froid », envahit la Perse de l'Est à l'Ouest et ne s'arrêta qu'à la frontière de la Mésopotamie. Ce serait aux médecins russes distingués qui se trouvent dans le Turkestan à nous faire savoir aujourd'hui si cette vaste province a été attaquée de la grippe en 1889-1890, avant la Perse, comme elle le fut il y a plus de mille ans.

La race juive devant l'hygiène et la pathologie.

M. G. Sée. — Je ne puis que remercier M. Lagneau d'avoir signalé la sobriété, la parcimonie des juifs, les soins excellents donnés par les mères à leurs enfants, l'absence de natalité illégitime parmi eux ; je n'insisterai pas, non plus, sur l'excellence des préceptes sanitaires de Moïse qui offrent tant d'avantages contre la propagation des maladies par la voie alimentaire, notamment pour la tuberculose. Mais je ne puis admettre la fréquence de l'épilepsie, de l'aliénation mentale et de l'alcoolisme chez les israélites ; les faits que j'ai observés et ceux qui m'ont été communiqués infirment complètement cette manière de voir.

Quant aux doctrines démographiques de la race juive, elles sont loin d'être celles qu'a supposées M. Javal ; si le Pentateuque est muet sur l'immortalité de l'âme, les doctrines qui s'en dégagent et les commandements de Moïse forment un enseignement d'un idéalisme pur et élevé et ne permet pas d'admettre dans le mode d'existence des Juifs les tendances égoïstes et sybaritiques ; le juif, comme le chrétien, cherchera toujours à éviter l'avilissement et à relever sa dignité d'homme.

M. Worms. — A l'hôpital israélite de Paris, dont j'ai dirigé le service médical pendant 11 ans, je n'ai pas constaté de particularités spéciales au point de vue de la réceptivité morbide et jamais d'épilepsie, qui me paraît même moins fréquente chez les israélites. Je me réserve de communiquer mardi prochain les résultats de mes investigations.

M. Lagneau. — Si l'alcoolisme est rare chez les juifs et surtout chez les juifs d'Amérique, ce n'est pas une raison suffisante pour nier la présence de l'épilepsie chez les israélites. Le diabète paraît également plus fréquent que dans les autres religions.

M. Leblanc. — La proscription du porc, commandée par Moïse, tenait surtout à la crainte de la ladrerie dont il avait même pu connaître en Egypte l'existence chez les bovidés d'Abyssinie.

On tend d'ailleurs trop aujourd'hui, sous un prétexte d'hygiène, à rejeter de la consommation les viandes des animaux atteints de tuberculose, de péripneumonie et autres affections de ce genre. M. Arloing a fait voter récemment la proscription de tout animal présentant la moindre lésion tuberculeuse ; mais ne sait-on pas que les bêtes primées dans les concours ont quelquefois des lésions très appréciables? Nous n'avons déjà pas trop de viande à fournir à la consommation des classes pauvres pour supprimer de gaieté de cœur des animaux dont il suffit de détruire la lésion locale, sans danger réel pour la santé publique.

M. G. Sée. — Cette question aurait dû être soulevée au Congrès de la tuberculose.

M. Leblanc. — Elle l'a été et nous n'avons pu avoir gain de cause. J'en appelle à l'opinion publique mieux éclairé.

M. Lancereaux. — Moïse a vécu en Egypte ; il a dû s'y inspirer de la pratique des prêtres qui ne sacrifiaient que des bêtes pures et qu'ils langueyaient préalablement afin de s'assurer de l'absence des cysticerques.

D'autre part, j'estime avec M. Leblanc que la viande des animaux tuberculeux n'est pas aussi à redouter qu'on veut bien le dire, car il n'est pas certain que son ingestion rende tuberculeux et, s'il n'y avait que cette cause pour encombrer les hôpitaux de tuberculeux, on serait plutôt à se disputer ces malades pour la rareté de la chose. Je n'hésite pas à déclarer qu'on peut impunément manger la viande des animaux tuberculeux.

M. Béchamp communique un mémoire sur les globules et les microzymas laiteux de lait de vache anormaux.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Sur une toxalbumine sécrétée par un microbe du pus blennorrhagique.

MM. Hugounenq et **Eraud.** — Les cultures que nous avons faites, dans du bouillon peptonisé, avec du pus recueilli pendant les trois ou quatre premiers jours d'une blennorrhagie première nous ont fourni une substance présentant tous les caractères physiques et chimiques des albuminoïdes et dont les propriétés pathogéniques, très curieuses, semblent se manifester *exclusivement* dans le testicule.

En effet, la solution de cette substance, filtrée sur bougie, puis insérée sous la peau, déposée sur l'œil ou dans l'urèthre d'un chien, n'exerce aucune action. Mais si on l'injecte dans le testicule d'un chien *jeune*, elle détermine, en quelques heures, une orchite suraiguë, avec suppuration, suivie, au bout de trois semaines à un mois, d'une atrophie complète de l'organe. Chez les chiens âgés, les phénomènes sont purement phlogogéniques et l'orchite se termine par l'atrophie du testicule. Ces expériences, renouvelées plusieurs fois, ont donné des résultas constants, et nous nous sommes assuré que l'eau, le bouillon stérilisé ou la peptone, injectés dans le testicule, sont rapidement absorbés sans donner lieu à aucun de ces phénomènes. D'autre part, si l'on prend comme milieu de culture une solution d'asparagine et de cendres de viande, le microbe se développe plus lentement et l'on ne peut extraire du liquide aucune substance toxique, par précipitation à l'aide de l'alcool. Cette matière phlogogène n'est donc pas fabriquée de toutes pièces par le microcoque ; elle paraît provenir de la peptone du bouillon, sous l'influence du microbe. Elle n'exerce aucune action diastasique sur la fibrine, et, *in vitro*, elle n'attaque pas non plus le tissu des testicules humains prélevés sur un cadavre frais.

En résumé, il s'agit d'une toxalbumine dont l'action spécifique sur le testicule pourra peut-être éclairer la pathogénie de l'orchite blennorrhagique.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

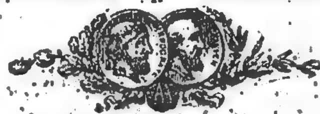

EAU MINÉRALE
FERRUGINEUSE
Acidulée Gazeuse
PARDINA
(CORSE)
Maintenant son fer en dissolution,
n'irritant pas et ne constipant jamais
Anémie, Chlorose, Gastralgies
Appauvrissement du Sang.
0f 80 la bouteil.
T. Phar.
Administration, Rue Beauvau, 2, Marseille.


HEMOGLOBINE
SOLUBLE DE V. DESCHIENS
(ADMISE DANS LES HOPITAUX DE PARIS)
Principe Ferrugineux naturel. – Réparateur des Globules du sang
n'occasionnant jamais ni maux d'estomac ni constipation
SIROP – VIN – DRAGÉES
Dans les cas de Chlorose et d'Anémie rebelles aux moyens thérapeutiques ordinaires, les préparations à base d'Hémoglobine de V. DESCHIENS, expérimentées dans tous les Hopitaux, ont donné les résultats les plus plus favorables.
VENTE EN GROS: ADRIAN & Cie, 11, rue de la Perle, PARIS


Gds BAINS ROMAINS
RUE
des
Rosiers-Rivoli
No 4
Paris
Etablissement Thermal
DIRIGÉ
PAR
LE DOCTEUR
A. Moiroud
Hydrothérapie Médicale


ANTIPYRINE EFFERVESCENTE
LE PERDRIEL
contre Douleurs, Migraines, Mal de Mer, etc.
L'adjonction de l'Acide carbonique supprime les Crampes et Nausées produites par l'emploi du médicament
LE PERDRIEL & Cie, PARIS.


"PHENEDINE"
(Paraacetphenetidine)
NOUVEL ANALGÉSIQUE
employé avec succès contre les
DOULEURS
SOUVERAIN CONTRE LES
Migraines et les Névralgies
Recommandé par les Sommités Médicales
FABRIQUÉ
par la Société Anonyme des
MATIÈRES COLORANTES et PRODUITS CHIMIQUES
de SAINT-DENIS
SIÈGE SOCIAL: 105, Rue Lafayette, Paris.



DESNOIX, Pen de 1re classe
17, rue Vieille-du-Temple, Paris

SPARADRAP
CHIRURGICAL
DES HOPITAUX DE PARIS

M. Desnoix, ancien préparateur à la Pharmacie centrale de l'Assistance publique, garantit l'authenticité de ce sparadrap.

Dragées Demazière

CASCARA SAGRADA	**IODURE de FER et CASCARA**
Dosées à 0 gr. 125 de Poudre.	0 gr. 10 d'Iodure — 0 gr. 03 de Cascara.
Véritable Spécifique de la Constipation habituelle.	*Le plus actif des Ferrugineux n'entraînant pas de Constipation.*

Dépôt général : Pharmacie G. DEMAZIÈRE, 71, Avenue de Villiers, Paris
Echantillons franco aux Médecins.

DIGESTIF COMPLET
ELIXIR EUPEPTIQUE TISY
A BASE DE PANCRÉATINE DIASTASE & PEPSINE
CORRESPONDANT A LA DIGESTION DES
CORPS GRAS FÉCULENTS ET AZOTÉS
MENTION HONORABLE A L'EXPOSITION DE 1878

La réunion des trois ferments eupeptiques assure à cet elixir son efficacité dans toutes les dyspepsies. La composition du véhicule lui donne une saveur agréable, et surtout une **stabilité** absolue, qui manque le plus souvent aux préparations ayant pour base des matières animales. — 10 centigr. de diastase, 10 centigr. de pepsine et 10 centigr. de pancréatine par cuillerée à bouche

Gros et Détail : Maison BAUDON, 12, rue Charles V (Bastille), Paris.

Sirop de Digitale de
LABELONYE
Sédatif du Cœur par excellence
Une cuillerée à bouche de ce Sirop renferme les principes actifs de dix centig. de Digitale.

Dragées au Lactate de Fer de
GÉLIS & CONTÉ
Approuvées par l'Académie de Médecine
Le FER le PLUS ASSIMILABLE
Dose : Cinq centigrammes par Dragée.

Ergotine & Dragées d'
ERGOTINE BONJEAN
Médaille d'Or de la Société de Pharmacie de Paris
HÉMOSTATIQUE LE PLUS PUISSANT
soit en Potion soit en Injections hypodermiques.
Quinze centigram. par dragée. — Accouchement Hémorrhagies de toute nature.
DÉPOT GÉNÉRAL
LABELONYE & Cie, 99, rue d'Aboukir, PARIS
et dans toutes les Pharmacies.



VICHY
Administration :
8, Bd Montmartre
PARIS

SOURCES DE L'ÉTAT
CÉLESTINS — Grande-Grille — Hôpital — Hauterive
PASTILLES aux Sels Naturels de Vichy. — SELS pour Boisson et pour Bains.

QUINQUINA SOLUBLE ASTIER (GRANULÉ)
REPRÉSENTE EXACTEMENT SON POIDS D'ÉCORCE DE QUINQUINA JAUNE ROYAL
(Une cuillerée à café contient 0 gr. 10 centigr. d'alcaloïdes)

Le **Quinquina soluble Astier** n'est pas un remède nouveau, ni un remède secret, c'est une nouvelle préparation exactement dosée qui permet au médecin d'administrer le Quinquina d'une façon rationnelle et scientifique, avantage que n'offrent pas les autres préparations de Quinquina : vins, sirops, extraits, etc., dont le dosage et la qualité sont incertains.

Pour préparer le **Quinquina soluble**, M. Astier n'emploie que les écorces du quinquina jaune royal (le meilleur des quinquinas) très riches en principes actifs, et préalablement titrés.

Ces écorces, il les traite d'abord par l'eau distillée, qui dissout les principes toniques, ensuite par l'alcool, qui dissout les alcaloïdes, enfin par la chaux pour retirer la totalité de ces derniers. Se servant d'appareils construits *ad hoc* et opérant à une température de 30°, l'extrait granulé qu'il prépare avec ces liqueurs contient rigoureusement tous les alcaloïdes, tous les principes toniques, jusqu'à l'arome spécial du Quinquina. Une cuillerée à café mise dans un verre d'eau donne une liqueur de tous points semblable à une décoction de Quinquina. On peut s'assurer de la présence et de la quantité des alcaloïdes au moyen des réactifs de Walser et de Lepage.

Le Quinquina soluble Astier, se dissolvant instantanément dans l'eau, le vin et les tisanes, est d'un usage très commode, puis qu'il permet de préparer instantanément une dose ou une bouteille de vin de quinquina.

Dose tonique : une demi-cuillerée à café à une cuillerée à soupe avant les deux principaux repas.
Dose fébrifuge : *pour les adultes*, deux cuillerées à café d'heure en heure ; *pour les enfants*, une cuillerée à café.
Deux cuillerées à soupe pour préparer instantanément un litre de vin de quinquina.
Envoi gratis et franco d'échantillons aux médecins.
Le flacon : 4 francs. — Le flacon dosé pour un litre de vin : 1 fr. 50 c.
Remise de 40 p. 100 aux médecins pour leur usage personnel.

Pharmacie Astier, 72, avenue Kléber, Paris, et toutes pharmacies

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

PUBLIÉ PAR

LA GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Et servi gratuitement à tous les abonnés de ce journal

ABONNEMENTS SPÉCIAUX POUR MM. LES ÉTUDIANTS. — UN AN : 6 FRANCS

L. LEREBOULLET, Rédacteur en chef. — A. BROCA, Secrétaire de la Rédaction

Librairie de G. MASSON, 120, boulevard Saint-Germain.

SOMMAIRE

VARIÉTÉS

Légion d'honneur. — Ont été nommés : *officier*, M. Mesnet; *chevalier*, M. Gouguenheim.

Le concours pour la place de chirurgien à Berck-sur-Mer sera ouvert le jeudi 22 octobre, à l'Assistance publique. Inscriptions au secrétariat général du 14 septembre au 7 octobre.

L'administration des hospices de Marseille semble avoir remporté ce que les Athéniens appelaient une chlamyde. Nous apprenons, en effet, qu'elle a levé *sans conditions* les punitions dont elle avait cru devoir frapper ses internes. Punition protesque, d'ailleurs, que de « priver de sortie » les internes. Nous savons qu'à Paris le règlement antédiluvien qui établit les rapports de l'administration et du corps médical admet également cette pénalité; mais l'appliquer est un peu ezagéré, au moinss, mon bon !

Magistrats et rebouteurs. — *L'Année médicale de Caen* relate un fait fort instructif. Deux médecins ayant réduit une luxation de l'épaule, envoient leur note d'honoraires, ci 40 fr. Refus de paiement; assignation en justice de paix. Le juge de paix a réduit la note à 30 fr., parce que le client affirmait qu'il avait dû faire compléter la réduction par un rebouteur, M. Guillard (propriétaire (?) à Moult, déjà condamné en mai dernier à 15 francs d'amende pour exercice illégal de la médecine). S'appuyer sur un fait d'exercice illégal pour justifier une réduction d'honoraires, c'est assez coquet! Recommandé spécialement aux tribunaux, dont la bienveillance à l'égard des médecins est bien connue.

Les rebouteurs et charlatans n'existent pas qu'en France. La *Deutsche med. Zeitung* (1891, n° 65) dit avoir dans ses bureaux les lettres suivantes :

Dresden, le 28 avril.

Monsieur L.

En réponse à votre lettre adressée à M. Gœssel, je suis chargé de vous dire que M. Gœssel très occupé en ce moment ne peut se charger de nouveaux malades. Il ne peut rien vous dire sur les convulsions de votre enfant. Si toutefois vous désirez avoir un diagnostic précis relatif au siège de la maladie, veuillez envoyer un linge porté par votre enfant, pas de chaussettes autant que possible. M. Gœssel pourra alors vous donner le conseil que vous lui demandez.

Le prix du diagnostic est de 10 marks.

Avec respect.

C. VON ZESCHAU.

Dresden, le 13 mai 1891.

Enfant L...

Diagnostic (chemisette et boucle d'oreille).

La rétraction convulsive des poumons produit un arrêt du sang dans les vaisseaux, principalement en haut du cœur; le sang ne peut changer dans le cerveau pendant plusieurs minutes, ce qui fait que les nerfs s'arrêtent et que le cœur est pris d'un travail convulsif.

Comme traitement : compresses d'eau tiède avec un peu de vinaigre de 24°, matin et soir, sur le côté droit, où se trouvent l'estomac et le foie. Les aliments se composeront de légumes, salades, épinards et œufs. Bains avec de la colle, et laver tous les soirs les pieds avec de l'eau *tiède*.

C. M. GŒSSEL, anatomiste.

Carabins. — *L'Intermédiaire des chercheurs et curieux* contient la question suivante :

« Je viens recourir à un intermédiaire plus docte que moi, pour arriver à connaître la véritable étymologie de ce mot, appliqué à l'ancienne cavalerie légère. Littré, suivant son expression, met deux étymologies en présence (t. I, 483); mais cette cavalerie est-elle venue d'abord de la Calabre? J'en doute fort, malgré l'autorité de Du Cange. Je suis porté à croire que les Espagnols sont les premiers auteurs de cette milice qui devait ou reste promptement disparaître de l'armée française.

« Depuis quelle époque les étudiants en médecine sont-ils familièrement appelés carabins et pourquoi ce terme de dénigrement ? »

Voici la réponse du Dr Monin :

« D'après un savant étymologiste, Charles Toubin, le mot *carabin* serait une abréviation de *carabin de Saint-Côme.* On sait que St-Côme, patron des chirurgiens, avait donné son nom à l'ancienne Ecole de médecine de Paris. C'est par une comparaison grossière entre la *carabine* et l'arme chère à Pourceaugnac, que le mot *carabin* a pris naissance comme synonyme d'étudiant en médecine. Comparez avec les locutions populacières *artilleur de la pièce humide, mousquetaire à genoux*, etc. ».

Voici la réponse, très ingénieuse, du Dr J. Foulon, de Nouvion-et-Catillon (Aisne) :

« Le mot carabin date du XVIe siècle; il a été introduit dans la langue française à l'époque de la Renaissance, comme tant d'autres que l'on trouve dans les œuvres du vieux François Rabelais, un confrère, de l'Ecole de Lyon, doublé d'un curé de Meudon

« *Carabin* veut dire : *coupeur de chair*... Caro, carnis, etc., et *bino*, *binare*, *je divise*, *diviser*, *couper en deux*, la chair.

« Par le mot carabin, on a prétendu caractériser les travaux de l'amphithéâtre imposés aux jeunes étudiants.

« Le mot carabin a été employé depuis l'époque précitée comme terme de dérision et le sera encore longtemps.

« Personne ne s'intitulera *jamais* sérieusement carabin, pas plus que l'on ne s'intitulera : *machicot*, chantre d'église, ou *savetier*, bottier. »

(France médicale).

Littérature et médecine. — On lit dans le *Medical Record* de New-York (1er août 1891, t. XL, p. 140) l'entrefilet suivant :

« Il semble plutôt étrange, après tout ce que nos amis les Anglais ont dit sur le manque de littérature des médecins américains, d'apprendre, sous l'autorité de Sir Ralph Thompson, que « l'on remarque une insuffisance manifeste de l'orthographe chez bon nombre de jeunes officiers du corps de santé militaire. »

Le même journal nous apprend que le dernier rival de la quinine porte le nom harmonieux de métamidophénylparamétoxiquinoline.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Du pied creux dans la tuberculose du genou.

Communication à la *Société des sciences médicales de Lyon*, par Ch. Audry, chef de clinique chirurgicale.

Il y a quelques mois, entra à la clinique de M. le professeur Ollier une fillette de 10 ans, qui avait subi deux ans auparavant une résection intra-épiphysaire du genou pour une ankylose tuberculeuse de cette articulation. Guérie de sa résection, elle présentait du côté du pied opéré une déformation notable. Ce pied était devenu *très creux;* cette excavation, prononcée surtout en dedans, au niveau du scaphoïde qui semblait tendre à être énucléé, ne se combinait avec aucun degré de valgus. Un érysipèle étant survenu sur le membre anciennement opéré, il se forma un abcès au niveau de la saillie scaphoïdienne; nous l'incisâmes et pûmes constater qu'il n'existait aucune lésion scaphoïdienne. Notre attention fut alors attirée sur l'attitude du pied des membres inférieurs réséqués du genou. Voici ce que nous avons pu constater :

1° Marie Is..., 10 ans, salle Saint-Pierre, 26. Résection intra-épiphysaire du genou gauche atteint d'ankylose à angle aigu, consécutivement à une tumeur blanche. Revue guérie deux ans plus tard. Le pied présente un degré d'excavation très prononcé.

2° Henri Cos..., 32 ans, salle Saint-Sacerdos, 28. Tuberculose du genou ancienne de 15 ans; réséqué il y a dix mois (genou droit), complètement guéri. Le malade, qui ne se servait plus de son membre depuis trois ans, a commencé à marcher il y a six mois. Pied creux modéré, mais très appréciable.

3° Charles Raf..., 21 ans, salle Saint-Sacerdos, 20. Tuberculose suppurée du genou gauche datant de 7 mois. Réséqué il y a deux mois. En traitement. Pied creux très appréciable.

4° Philippine Fig..., 18 ans, salle Saint-Pierre, 24. Tuberculose du genou droit, datant de quatre ans. Réséquée il y a 50 jours; à peu près guérie. Pied creux très appréciable.

La déformation manquait sur un enfant qui avait subi une résection de la hanche et une résection intra-épiphysaire du genou du même côté.

V..., garçon de 8 ans. Tuberculose de la hanche et du genou gauche. Résection de la hanche, puis du genou du même côté, il y a deux ans. Guéri, sauf un trajet fistuleux coxal, en voie d'oblitération. Son pied, notablement moins long que celui de l'autre côté, est normalement excavé.

Nous avons alors examiné les malades atteints de tuberculose du genou n'ayant pas subi de résection; voici les résultats constatés :

1° Lucie F..., 21 ans, salle Saint-Pierre, 13. Tuberculose du genou droit, datant de 8 ans; elle ne marche plus du tout depuis un an. Pied creux très prononcé (a été réséquée depuis lors).

2° Marie Ma..., 31 ans, salle Saint-Pierre, 28. Tuberculose du genou gauche datant de dix ans; elle ne marche plus depuis quatre mois. L'excavation du pied est normale (a été réséquée depuis lors).

3° Emma Mau..., 8 ans, salle Saint-Pierre, 2. Ancienne tuberculose du genou, spontanément guérie, mais en ankylose à angle obtus, avec un certain degré de subluxation en arrière. Pied creux très appréciable (a été redressée depuis lors).

4° Philomène Dés..., 21 ans, salle Saint-Pierre, 25. Ancienne synovite tuberculeuse du genou gauche en voie de guérison. Pied creux modéré, mais très appréciable.

5° Beauth..., 30 ans, salle Saint-Sacerdos, 8. Tuberculose du genou droit. Pied creux très accusé.

6° Auguste Bes..., 10 ans, salle Saint-Sacerdos, 41. Tuberculose du genou droit datant de deux ans (a subi depuis lors une résection intra-épiphysaire du genou). Pied normal.

Ainsi, sur 6 malades atteints de tuberculose du genou, non opérés, et se présentant dans des conditions d'âge, d'attitudes, de douleurs, etc., très variables, nous avons trouvé quatre fois un pied creux très marqué.

Nous avons alors examiné à ce point de vue quelques malades atteints d'affections articulaires ou ostéites du membre inférieur, autres que la tuberculose du genou. Voici ces résultats :

1° Porch..., 15 ans, salle Saint-Sacerdos, 8. Genu valgum double, beaucoup plus prononcé du côté droit. Aucune inégalité dans le degré d'excavation du pied.

2° Marie Rog..., 9 ans, salle Saint-Pierre, 2. Coxalgie droite, en abduction et rotation en dehors : nulle trace de pied creux.

3° Philomène V..., 18 ans, coxalgie suppurée; résection de la hanche, il y a six mois; pas de pied creux.

4° François X..., salle Saint-Sacerdos, 19. Synovite fongueuse de la bourse de la patte d'oie consécutive à un tubercule juxta-épiphysaire du tibia; pas de pied creux.

Les faits précédents nous autorisent donc à affirmer l'existence d'un pied creux sur la grande majorité des membres inférieurs atteints de tuberculose du genou, pied creux qu'on ne retrouve pas sur des membres inférieurs atteints d'autres maladies du genou ou de la hanche.

Ce pied creux est direct, c'est-à-dire qu'il ne s'accompagne pas de déviation latérale (varus ou valgus). Il peut être prononcé; dans les cas légers, on le redresse momentanément en agissant sur l'extrémité antérieure des métatarsiens; mais il se reproduit dans l'attitude du repos; si, d'autre part, l'on exerce la même pression des deux côtés, le pied du côté malade reste plus excavé que celui du côté sain.

A quoi faut-il attribuer sa production? 1° On peut d'abord penser à l'action du poids des couvertures, ou même simplement à celle de la pesanteur faisant tomber l'avant-pied en flexion; mais d'abord, en ce cas-là, il semble que la déformation devrait se retrouver sur les membres inférieurs atteints d'autres lésions; ensuite, un certain nombre de nos malades se trouvaient immobilisés depuis assez longtemps dans des appareils silicatés ou plâtrés; de telle sorte que l'action du poids des couvertures ou de l'avant-pied était depuis longtemps éliminée; 2° L'absence de valgus, la non-constatation de contracture des péroniers éliminaient l'action de cette dernière; 3° On ne peut pas rapporter aux simples *attitudes* la cause de la déformation, parce que les membres malades se trouvaient tantôt dans l'extension, tantôt dans des degrés variables de flexion; d'autre part, les modifications de statique consécutives à l'impotence du membre ne peuvent être invoquées, puisqu'on ne retrouve pas le pied creux sur des membres impotents pour une autre raison.

Mais nous savons que parmi les causes ordinaires du pied creux figure la paralysie du triceps sural; en pareil cas, le calcanéum bascule autour de son axe transversal; son extrémité antérieure se relève, et la voûte normale du pied (1) se trouve *ipso facto* augmentée de profondeur; en effet, les fléchisseurs du pied sur la jambe (tibial et péronier antérieurs) ne s'insèrent pas assez en avant de la clef de la voûte pour pouvoir efficacement maintenir cette dernière à son effacement normal. Les longs extenseurs des orteils ne sont pas assez solidement bridés pour remplir le même office.

C'est donc, non pas à une paralysie complète du triceps sural que nous attribuons la production du pied creux, mais bien à sa paresse, à l'insuffisance dont il se trouve frappé par l'atrophie du muscle, atrophie constamment secondaire à la tumeur blanche du genou.

Du reste, même si l'on accepte cette hypothèse, il ne

(1) V. Onimus, *Rev. chir.*, 1882.

paraît pas que cette déformation entraîne de bien graves inconvénients, probablement parce que la déviation n'est pas accompagnée de valgus; en effet, nous n'avons pas eu l'occasion d'examiner à ce point de vue d'anciens réséqués du genou; mais jamais M. le professeur Ollier, qui a une si grande expérience de la question, n'a vu son attention attirée de ce côté par ses anciens opérés. Peut-être le seul fait de la marche habituelle ou de la restitution fonctionnelle du triceps sural atténue-t-il plus tard la déformation. Cependant il ne faudrait pas trop y compter : on sait que rien n'est plus tenace que les atrophies des muscles consécutives à des arthrites tuberculeuses. Elles se réparent en partie, mais ne se guérissent jamais intégralement

M. Léon Tripier fait remarquer que l'exploration électrique (galvanique et faradique) des muscles des régions antérieures et postérieures de la jambe peut seule permettre d'affirmer la réalité de l'explication donnée par M. Audry du fait qu'il rapporte. Dans le cas où cette exploration qui manque ne confirmerait pas la théorie acceptée par l'auteur, il y aurait évidemment lieu de chercher dans les attitudes habituelles l'origine de la déformation constatée.

REVUE DES CONGRÈS

ASSOCIATION MÉDICALE BRITANNIQUE

La législation des aliénés.

M. Maury Deas (d'Exeter). — L'aliénation mentale et son traitement devraient faire partie de l'éducation médicale et des matières d'examen. Aucun médecin ne devrait pouvoir délivrer un certificat d'aliénation mentale s'il ne justifie, par un certificat probant, de sa compétence en cette matière. Les candidats aux fonctions de médecins des asiles d'aliénés devraient fournir une preuve de leur compétence plus complète. Il devrait exister des inspecteurs médicaux de districts et des médecins chargés de constater officiellement l'aliénation mentale. L'inspection médicale des asiles devrait avoir pour but de visiter fréquemment chacun des aliénés internés et de leur assurer ainsi le contrôle d'un médecin indépendant, bien plus que d'inspecter l'asile lui-même. Les commissions d'inspection devraient avoir un caractère moins bureaucratique et des pouvoirs moins étendus : elles devraient être surtout formées de médecins ayant une expérience spéciale du traitement des aliénés et pouvant assumer une plus grande responsabilité dans les décisions à prendre à propos de chaque cas particulier. Il est nécessaire de simplifier les formalités légales à suivre dans les cas d'aliénation mentale, lesquelles sont dues pour la plupart à ce qu'on se méfie de la compétence des médecins dans le diagnostic et le traitement de l'aliénation mentale; on devrait également dispenser les médecins des asiles d'aliénés du soin de s'assurer de la régularité des certificats, des ordres, etc.

M. Farquharson. — Les magistrats ne devraient jamais intervenir lorsqu'il s'agit de statuer sur l'état mental d'un individu : c'est une question qui regarde exclusivement les médecins experts.

M. Savage. — On a proposé de désigner certains magistrats chargés spécialement de trancher les questions relatives au séjour des aliénés dans les asiles : cette mesure n'aurait aucun avantage.

M. Clifford Allbutt. — Aucun asile d'aliénés ne devrait renfermer plus de 1000 internés. Il devrait y avoir dans tous les asiles des villas entourées de plantations gaies.

Influence du milieu et de l'hérédité sur le développement de l'aliénation mentale.

M. Savage. — Le milieu ambiant a une grande influence sur tous les êtres de la nature, il peut conduire soit à la maladie soit à la santé. Il n'est pas prouvé que l'on naît et que l'on ne devient pas aliéné. L'hérédité produit quelquefois l'aliénation mentale, mais il est plus vrai de dire que les parents nerveux engendrent des enfants atteints de maladies de la sensibilité, de la motilité ou de maladies morales. L'aliénation peut être uniquement un défaut d'accommodation au milieu. La dégénérescence cérébrale peut être la conséquence de certaines conditions extérieures. L'éducation produit des modifications dans la croissance et détermine l'adaptation du système nerveux. Beaucoup de criminels sont créés par le milieu dans lequel ils vivent. L'aliénation mentale est une question d'ordre social aussi bien que d'ordre médical. L'éducation comme le milieu peuvent en modifier l'aspect aussi bien que la produire. L'absence de la paralysie générale dans le clergé français, dont les membres sont célibataires, est une preuve de l'influence du milieu.

M. Wallace. — Les idées populaires sur l'hérédité sont absolument erronées. Contre la théorie de l'hérédité, vient témoigner l'absence de transmission aux enfants des difformités et des déformations produites par la circoncision, par la compression du pied chez les femmes chinoises, etc. Rien ne prouve que la ressemblance des enfants avec leurs parents soit le résultat de l'hérédité.

M. Benedikt (de Vienne). — Plus je vais et plus je crois à l'influence de l'hérédité dans les affections nerveuses. Quant au développement des affections transmises héréditairement, il dépend des conditions extérieures de milieu.

M. Mercier. — Je pense depuis longtemps que l'aliénation mentale est le produit de deux facteurs, l'hérédité et la force des circonstances : ces dernières ont tant d'importance qu'il n'y a pas de système nerveux assez solidement organisé pour résister à l'influence de circonstances suffisamment fortes. Il est certain, comme l'a fait remarquer M. Wallace, que les mutilations artificielles ne se transmettent pas par hérédité, et on peut ajouter à celles qu'il a citées la rupture de l'hymen.

Hypnotisme et crimes.

M. Voisin (de Paris). — Des individus ont commis des assassinats, des incendies et d'autres crimes pendant qu'ils étaient dans le sommeil hypnotique. Un sujet hypnotisé reçut l'ordre d'aller frapper avec un couteau un individu couché dans son lit et représenté par une tête de cire et de ne jamais révéler le nom de la personne qui lui avait suggéré le crime; il approcha du lit, commit le crime en image et immédiatement après nia toute complicité à ce crime et se refusa à dire qui l'avait incité à le commettre. Une femme, qui a commis des vols considérables à Paris, avait été pendant plusieurs mois sous l'influence de la suggestion hypnotique.

M. Benedikt (de Vienne). — Je me suis beaucoup occupé de la question de l'hypnotisme. Je ne crois pas qu'un crime puisse être commis sous l'influence de la suggestion hypnotique. L'expérience faite par M. Voisin sur son sujet hypnotisé ne peut, pour diverses raisons, et en particulier à cause de l'absence du mécanisme nécessaire et des accessoires du crime, avoir la moindre valeur scientifique.

Modifications des os chez les vieillards.

M. Eve. — Chez le vieillard, en même temps que le canal médullaire s'élargit et que le tissu réticulé se raréfie, il se produit ordinairement une mince couche de tissu osseux sous-périostique. Les altérations séniles des os peuvent se produire prématurément chez des sujets relativement jeunes : voici la mâchoire d'un crétin de 51 ans, la chute des dents est due à une résorption sénile prématurée du tissu périalvéolaire. La voûte crânienne est quelquefois extrêmement atrophiée, plus souvent épaississement par suite d'une néoformation osseuse à la face interne des os de la région frontale. Les pariétaux sont quelquefois le siège d'une forme curieuse d'atrophie sénile, caractérisée par des dépressions le plus souvent symétriques, situées entre les éminences pariétales et la suture sagittale et produites par la résorption de la table externe et du diploë. Dans la néphrite interstitielle, il y a assez souvent épaississement et condensation des os du crâne avec néoformation osseuse à leur face interne. Ces altérations sont sous la dépendance des lésions artérielles.

Dans un cas d'ostéite déformante de Paget, j'ai trouvé des lésions dégénératives de toutes les artères, de l'athérome des valvules aortiques et un léger degré de cirrhose rénale : il y

a lieu de rechercher ces lésions dans d'autres cas d'ostéite déformante.

On peut rencontrer chez les vieillards une altération diamétralement opposée, le ramollissement des os : cette ostéomalacie sénile se produit entre 60 et 80 ans, elle présente les mêmes caractères cliniques et les mêmes lésions que l'ostéomalacie de la grossesse.

Chez les cancéreux, on observe parfois un ramollissement et une résorption des os.

Lésions de l'estomac dans la fièvre typhoïde.

M. Handford. — Les lésions de l'estomac sont très fréquentes dans la fièvre typhoïde et de même nature que celles de l'intestin, mais moins étendues; elles consistent en une infiltration cellulaire dans la tunique musculaire, la sous-muqueuse et surtout la muqueuse, où elles occupent surtout le voisinage des amas lymphoïdes; elles peuvent s'accompagner d'hémorrhagies plus ou moins abondantes. Ces lésions peuvent tenir soit à la dégénérescence des cellules sous l'influence de l'élévation de la température, soit à une infection septique par suite de l'absorption des germes infectieux au niveau des ulcérations ou par suite de la fermentation des liquides de la bouche et du pharynx. Leur relation avec le bacille typhoïde n'est pas clairement établie.

Les effets de l'alcool.

M. Samuel Wilks. — Les physiologistes attribuent à l'alcool une action inhibitoire sur le pneumogastrique. L'absorption de grandes quantités d'alcool produit une excitation qui se traduit extérieurement par la coloration du visage et l'accroissement de l'activité cérébrale et qui se manifeste également sur les organes profonds; à l'excitation succède un affaiblissement de toutes les fonctions du corps, surtout apparent du côté des fonctions cérébrales et digestives. Au bout d'un certain temps, il amène la dégénérescence des centres nerveux, et produit la paralysie générale, les nerfs s'épaississent et s'indurent. Il n'y a pas de lésions pulmonaires ou rénales directement attribuables à l'action de l'alcool. On ne sait si l'alcool agit ou non comme aliment; mais si on ne peut vivre exclusivement d'alcool, on peut, grâce à l'alcool, se contenter d'un minimum d'aliments solides : de là est née cette théorie que, quoique l'alcool ne soit pas un aliment par lui-même, il empêche la dénutrition. Dans une autre théorie, il n'agit que comme excitant du système nerveux.

M. R. Bennett. — Il faut distinguer entre l'alcool pris en bonne santé ou en état de maladie, et il y a encore à l'état de santé des différences très grandes dans les effets de l'alcool suivant les sujets.

M. Semmola. — En Italie et sur le continent, l'ivresse est très rare chez les vignerons, probablement parce que le vin qu'ils boivent est très pur et parce qu'ils n'en boivent pas plus qu'ils ne sont capables d'en supporter.

Extraction des cataractes non mûres.

M. Macnamara. — On admet en général que si on extrait une cataracte avant maturité, les couches corticales molles qui restent dans la chambre antérieure peuvent provoquer l'iritis. On peut admettre que si le cristallin imbibé par l'humeur aqueuse gonfle avec excès, il en puisse résulter l'obstruction du canal de Fontana, avec les signes du glaucome. Mais après l'extraction d'une cataracte non mûre il n'en reste pas assez pour cela, et, d'autre part, on ne saurait accorder aux débris de la corticale, s'ils sont aseptiques, le pouvoir de créer l'iritis. Pagentescher et Græfe ont admis à cet égard une action chimique au moins hypothétique. Tout ce qu'on peut concéder, c'est que ces débris soient capables de constituer une cataracte secondaire; mais n'en trouve-t-on pas après l'extraction d'une cataracte mûre? Donc, on est en droit d'enlever le cristallin avant maturité de la cataracte, et c'est important, car bien souvent on est consulté par des patients que la lenteur de la maturation désespère. Il ne faut pas condamner ces malades à des années de supplice et on peut les opérer à condition de faire une incision large, de pratiquer l'iridectomie et de bien accompagner le cristallin avec la curette jusqu'à sa sortie.

Névrite optique grippale.

M. Macnamara, qui a déjà décrit des névrites périphériques dans le cours de la malaria, insiste aujourd'hui sur des névrites optiques analogues au cours de la grippe. Il en a recueilli 4 observations, dont 3 chez des hommes. Aucun antécédent, aucune lésion intra-crânienne, aucune autre maladie ne peuvent être invoqués comme cause. Il faut admettre l'influence irritante soit des microbes eux-mêmes soit de leurs ptomaïnes. Trois de ces malades avaient une papillite simple, dont ils ont parfaitement guéri. Chez le quatrième, la cécité était complète depuis six semaines, quand M. Macnamara fut consulté; il y avait des hémorrhagies rétiniennes multiples : il n'y a eu qu'amélioration et il persiste de l'atrophie de la papille.

Craniectomie pour microcéphalie.

M. Victor Horsley (de Londres). — M. Lannelongue a publié l'an dernier à l'Académie des sciences de Paris, deux cas de microcéphalie où l'on a noté une amélioration considérable à la suite de l'excision d'une partie des os frontal et pariétal, pratiquée dans le but de remédier à la compression du cerveau due à l'ossification prématurée des sutures du crâne.

M. le docteur Wylie m'a envoyé il y a quelque temps un microcéphale de trois ans, pour pratiquer sur lui l'opération de Lannelongue. L'enfant avait été difficile à élever ; il avait eu, à l'âge de quinze jours, une convulsion qui avait duré cinq minutes. Lorsque je le vis pour la première fois, il était très agité et ne voulait pas rester assis ; l'expression du visage était celle d'un idiot ; de temps en temps, il poussait un cri et prenait sa tête dans ses mains; on éprouvait de grandes difficultés à le nourrir, car lorsqu'on plaçait de la nourriture dans la bouche, la langue restait immobile et le bol alimentaire n'était avalé que quand on le poussait dans le pharynx ; la défécation se faisait involontairement ; le développement musculaire et l'état général étaient bons. La tête mesurait 15 centimètres dans son diamètre antéro-postérieur et 11 dans le diamètre transversal ; les sutures étaient ossifiées ; il n'y avait aucune asymétrie de la face ou du crâne ; la pupille gauche était plus petite que la droite. Le fond de l'œil était normal.

Après chloroformisation je fis une incision cutanée légèrement courbe à convexité droite, partant de la bosse frontale gauche et allant jusqu'au haut de la région occipitale, à une petite distance à gauche de la ligne médiane. On réséqua ensuite, dans la même direction, une bandelette de périoste longue de 13 centimètres et large de 12 millimètres ; puis, au moyen de la tréphine et de la pince à os, on excisa une bandelette d'os de la même longueur ; la dure-mère vint alors faire une légère saillie dans la plaie. Suture, pansement au sel d'Alembroth ; pas de drainage.

Il n'y eut aucune élévation de température et, le huitième jour, la plaie était guérie. Le troisième jour déjà on nota un changement très évident dans l'expression du malade ; lorsqu'on lui permit de marcher et de reprendre son genre de vie habituel, on remarqua qu'il était beaucoup moins agité qu'autrefois ; il ne portait plus ses mains à la tête en poussant un cri. Depuis j'ai reçu une lettre de M. Wylie disant que l'amélioration s'accentue de plus en plus.

Mon second cas s'est malheureusement terminé par la mort, au milieu d'accidents d'hyperthermie fort importants. L'enfant, âgé de sept ans, né deux mois avant terme, a eu des convulsions dès l'âge de sept mois. A la fin de la première année, il prononçait quelques mots, mais il les oublia peu à peu; maintenant, il en sait deux ou trois appris à grand'peine. A l'âge de cinq ans, il a eu une attaque d'encéphalite accompagnée de fièvre violente et qui a duré quatre mois; pendant longtemps il a été sans connaissance; les convulsions, qui avaient cessé pendant cette maladie, ont recommencé, et maintenant on observe une attaque toutes les nuits. Les diamètres antéro-postérieur et transverse du crâne mesurent 16 et 13 centimètres. L'enfant est très agité et présente l'aspect et les symptômes habituels de l'idiotie.

Bien que les chances de succès thérapeutique fussent peu considérables à cause de l'âge de l'enfant, je me laissai fléchir par l'insistance des parents et je fis l'opération comme dans le cas précédent ; je pris la précaution de séparer soigneuse-

ment la dure-mère de l'os avant de soulever ce dernier et je croyais avoir réussi à éviter toute compression ou contusion de l'écorce cérébrale; j'enlevai ensuite une seconde bandelette d'os dans la direction de la suture fronto-pariétale gauche, afin de libérer complètement le centre de la parole. La dure-mère paraissait normale, quoique assez fortement tendue. Pendant l'opération, on nota de l'irrégularité du pouls et une accélération de respiration. Immédiatement après survint une élévation de la température, telle qu'il fallut recourir aux applications froides, et on parvint ainsi à la maintenir au-dessous de 40°. Mais on fut obligé d'abandonner ce mode de traitement par suite de la tendance au collapsus; à partir de ce moment, la température s'éleva rapidement et finit par atteindre 42°; la respiration devint de plus en plus fréquente et le malade succomba.

A l'autopsie, j'ai trouvé quelques hémorrhagies ponctiformes dans la pie-mère qui recouvrait la circonvolution frontale moyenne à l'union du tiers postérieur avec le tiers moyen. Une hémorrhagie de 3 millimètres de diamètre se trouvait dans la pie-mère de la circonvolution frontale ascendante. A part cela, l'écorce cérébrale paraissait normale. Il est possible que ces lésions, si légères en apparence, aient suffi à exciter d'une manière anormale et dangereuse les centres thermotaxiques d'un cerveau mal développé.

Je crois en effet qu'il ne s'est pas agi ici d'une infection, car l'hyperthermie a commencé tout de suite après l'opération et n'a pas été précédée par un abaissement de température; en outre, on n'a trouvé à l'autopsie aucun signe de méningite.

La seule explication de l'hyperpyrexie me parait être une lésion des centres thermotaxiques de l'écorce cérébrale. Depuis huit ans j'ai rassemblé un certain nombre de cas où une lésion traumatique d'un hémisphère cérébral a eu pour conséquence une augmentation de température dans la moitié opposée du corps. C'est la lésion de la frontale ascendante qui présente à cet égard le plus de danger.

Je crois que l'opération de Lannelongue doit être tentée dans les cas de microcéphalie, car il n'y a aucun autre traitement à employer. Lannelongue a récemment publié une série de 25 cas (Voy. *Mercredi*, 1891, p. 162).

Keen et Gerster ont tous les deux perdu un malade très subitement, et sans cause apparente, de une à quatre heures après l'opération; la cause de la mort semble avoir été une syncope survenant sans symptômes prémonitoires. Quand on observe chez un opéré une tendance à la syncope, il faut immédiatement lui donner une douche chaude sur la tête; c'est, ainsi que je l'ai montré expérimentalement, le meilleur moyen de faire disparaître le shock dû à une opération sur le cerveau.

M. Voisin (de Paris) a vu plusieurs des opérés de Lannelongue, et son impression générale est celle-ci : quand les méninges sont normales, on peut espérer un bon résultat; quand il existe, outre la microcéphalie, une pachyméningite, le pronostic est mauvais.

Trépanation pour paralysie générale.

M. Claye Shaw, partant de cette idée que l'aggravation brusque qui caractérise la paralysie générale confirmée est due à une augmentation de la pression intra-crânienne, a tenté de faire au crâne de larges brèches (7 centim. sur deux et demi) et chez trois malades a eu d'abord un bon résultat; l'une d'entre elles, femme de 39 ans, est restée améliorée; mais chez les deux autres les crises épileptiformes, après avoir cessé, ont repris, et à l'autopsie on a constaté que la brèche était comblée par une lame fibreuse très dure. M. Claye Shaw pense qu'il faudrait trépaner de bonne heure, du côté de la pupille la plus petite.

M. Horsley se demande si le cas d'amélioration persistante n'est pas une de ces manies traumatiques décrites par Krafft Ebbing et justiciables en effet du trépan.

M. Benedikt (Vienne) croit que le rôle de l'hypertension intra-crânienne est aussi au moins hypothétique; il faut se borner à constater les faits cliniques.

M. Deas (Exeter). — Pour apprécier ces résultats, il faut se méfier des rémissions si remarquables de la paralysie générale, et M. Deas en a trouvé une, par exemple, après une opération grave sur un membre. Cela va mal avec l'idée de compression intra-crânienne.

M. Macpherson cite un cas de rémisson à la suite d'un début de tuberculose pulmonaire.

M. Hack Tuke (Londres) conclut que, la paralysie générale étant incurable, on est en droit d'imiter M. C. Shaw, dont les résultats sont cependant peu encourageants. Peut-être conviendrait-il d'assurer un écoulement un peu prolongé du liquide céphalo-rachidien.

Nous signalerons seulement la discussion ouverte par **M. Lander Brunton** sur l'*action du chloroforme*. C'est toujours, en somme, sur les conclusions de la *Hyderabad commission* que l'on discute, et nous en avons parlé à plusieurs reprises l'an dernier.

CONGRÈS DES MÉDECINS POLONAIS

tenu à Cracovie du 17 *au* 21 *juillet* 1891.

Diagnostic et traitement des gastrites.

M. Bruszynski. — Grâce aux recherches récentes sur la physiologie et la pathologie de la digestion, on peut maintenant séparer les troubles fonctionnels de l'estomac de ceux qui ont pour substratum une lésion anatomique de l'organe. La thérapeutique des affections stomacales a également subi des modifications depuis que le médecin sait mieux déterminer les caractères et la nature de la maladie. Le traitement doit avoir principalement en vue l'adaptation du régime à la lésion stomacale, et la mise au repos de l'organe malade par l'administration des aliments facilement digestibles. Dans les cas d'hyperchlorhydrie il faut donner des substances albuminoïdes et des hydrates de carbone d'absorption facile. Le lavage permet de débarrasser l'estomac des produits de putréfaction et de décomposition, du mucus qui s'y accumulent. Dans l'atonie de l'estomac, le massage est plus utile que l'électricité.

Inflammation des amygdales.

M. Sokolowski insiste sur les processus inflammatoires qui se localisent dans les cryptes amygdaliennes et se manifestent par l'exagération des sécrétions. Les modifications des amygdales hypertrophiées exercent une action manifeste sur la rétention des produits des cryptes. Quand on ouvre ces cryptes, on trouve sur leurs parois des nodules proéminents formés par les follicules qui obstruent la lumière de la petite cavité. Comme résultat on a une rétention des produits qui agissent comme un corps étranger, irritent les tissus et provoquent un catarrhe se manifestant par la prolifération et l'exfoliation de l'épithélium. Bien que l'hypertrophie des amygdales se trouve en rapport avec le catarrhe des cryptes, ce catarrhe ne doit pourtant pas être envisagé comme un symptôme de l'hypertrophie des amygdales, mais comme une affection amygdalienne indépendante qu'on peut désigner sous le nom de tonsillite lacunaire à desquamation chronique.

L'angine lacunaire est un processus pathologique identique à la diphthérie, mais de moindre intensité. Le médecin doit instituer dans ces cas un traitement énergique, car l'expérience a montré qu'après l'apparition d'une angine lacunaire chez un membre d'une famille, les autres peuvent être pris de diphthérie.

Diagnostic différentiel des tumeurs de l'abdomen.

M. Obalinski rapporte un cas qui prouve jusqu'à quel point ce diagnostic peut présenter des difficultés.

Il s'agit d'une femme chez laquelle on avait posé le diagnostic de kyste de l'ovaire. Pendant l'opération on s'aperçoit qu'il s'agit d'une hydronéphrose, mais l'examen microscopique de la tumeur fait par le professeur Browicz montra que le néoplasme en question était un kyste rétro-péritonéal développé dans les vestiges du corps de Muller qui ne s'était pas transformé en un rein.

Ces tumeurs se développent lentement, n'acquièrent pas des dimensions considérables, occasionnent peu de troubles et présentent des parois minces et un contenu clair, limpide.

M. Ziembicki rapporte un cas encore plus curieux. Croyant opérer pour une tumeur maligne, il trouva après l'ouverture de l'abdomen que la tumeur en question était

l'estomac très dilaté qui remplissait presque toute la cavité abdominale. La dilatation était provoquée par un rétrécissement du pylore. Le malade mourut le lendemain.

Chirurgie du rein.

M. Dembowski, en faisant la néphropexie dans un cas de rein mobile, passa les fils non pas à travers la capsule graisseuse, mais à travers la capsule fibreuse et le parenchyme rénal. Les résultats furent bons pendant quelque temps, mais après les douleurs revinrent et en examinant le malade on pouvait constater une descente de l'extrémité inférieure du rein. M. Dembowski a perdu toute confiance dans cette opération.

M. Obalinski croit, en se basant sur son expérience personnelle, que tout rein ou rate mobiles doivent être extirpés. La néphropexie aboutit à la formation d'adhérences qui se distendent à la longue et peuvent même occasionner une occlusion intestinale.

MM. Schramm et Kosinski se prononcent contre l'extirpation quand l'organe mobile n'est pas malade.

Lithiase biliaire.

M. Rajchman. — La lithiase biliaire est produite par une diathèse congénitale ou acquise caractérisée par certaines anomalies dans les échanges nutritifs. Les calculs peuvent encore se former quand il y a un obstacle à l'écoulement de la bile dans l'intestin. La gastralgie et l'entéralgie sont fréquentes. La première se distingue des coliques hépatiques par sa localisation, l'absence d'ictère et de modifications des urines. Le diagnostic étiologique de cette gastralgie n'est pas facile et doit se baser sur la présence des calculs dans les fèces et par exclusion de l'ulcère rond, du tabes, de la gastrorrhée.

La lithiase biliaire peut aboutir à la dilatation de l'estomac par sténose du pylore et à la formation de fistules cysto-stomacales.

Comme traitement, on peut préconiser le régime lacté, les eaux alcalines, l'huile d'olive, le salicylate de soude, le lavage de l'estomac, etc.

M. Korczynski ne croit pas que la gastralgie soit un symptôme important de la lithiase biliaire. Le diagnostic de lithiase biliaire est souvent difficile; la présence ou l'absence de gastralgie ne met pas sur la voie du diagnostic. Le seul signe précieux est la présence de calculs biliaires dans les fèces.

M. Dunin considère la lithiase biliaire comme une affection constitutionnelle souvent héréditaire. La fièvre, pendant l'attaque, est due probablement à la suppuration des voies biliaires. Souvent les calculs arrivent à provoquer une occlusion intestinale se terminant par la mort.

Le traitement doit se baser sur l'emploi de la morphine, qu'on peut remplacer par l'antipyrine.

REVUE DES JOURNAUX

Transplantation de tissu osseux mort (Beitræge zur Lehre von der Transplantation todter Knochentheile), par S. Okhotin (*Virchow's Arch.*, 1891, t. CXXIV, p. 97). — Les expériences de l'auteur étaient conduites de la façon suivante. Des lapins auxquels, après résection d'une partie du fémur ou du tibia jusqu'au canal médullaire, on implantait des tiges d'ivoire ou de tissu osseux préparé et provenant d'un autre animal (mouton), étaient sacrifiés à des intervalles divers (7 à 42 jours) et les os en question soumis à l'examen microscopique.

Voici les conclusions de ce travail :

1° Un os mort implanté dans un os vivant s'entoure d'abord d'une capsule fibreuse, ensuite d'une coque osseuse et commence après à se résorber.

2° La résorption est due à l'activité de jeunes cellules, mais principalement à celle des cellules épithélioïdes provenant des ostéoblastes et à celle des cellules géantes.

3° L'irritation favorise la transformation des ostéoblastes et des corpuscules osseux en cellules géantes.

4° Les cellules géantes peuvent proliférer ou revenir à leur prototype.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 8 *septembre* 1891.

Présidence de M. Tarnier

Néphrite infectieuse puerpérale.

M. Charpentier. — Je viens d'avoir l'occasion d'observer avec MM. Lagorce et Duguet une jeune femme secondipare. La première grossesse a été normale; après l'accouchement apparut une septicémie franche qui, après avoir résisté aux injections intra-utérines, a cédé à un curage de l'utérus; pas d'albuminurie. La seconde grossesse fut également normale, accompagnée seulement de quelques troubles dyseptiques; l'accouchement eut lieu sans incident; huit jours après apparut un grand frisson, sans phénomènes infectieux et sans que les lochies présentassent la moindre odeur.

Les frissons continuèrent sans trouble aucun du côté des organes génitaux; on en avait déjà compté 35 avec température élevée, lorsque au quarante-quatrième jour après l'accouchement on constata la présence dans les urines d'une petite quantité d'albumine. L'état général devint grave; les frissons avaient disparu momentanément, mais la dyspnée était assez vive et l'on observa des nausées, des vomissements prononcés. Améliorée par le régime lacté, l'albuminurie persiste néanmoins encore en assez grande abondance; la malade a eu encore 7 frissons.

Le curage, essayé dès le début des accidents, n'avait amené cette fois aucun soulagement; un examen attentif ne permit de déceler du côté des organes génitaux aucune cause à cet état qui pouvait tout d'abord être attribué à une septicémie puerpérale et qui en réalité n'était attribuable et ne peut être encore attribué qu'à de la néphrite infectieuse.

M. Tarnier. — Il n'est pas douteux que cette accouchée a présenté des phénomènes infectieux; d'autre part, cet état pathologique s'est terminé par l'apparition d'albuminurie dans les urines. Il est difficile de dire que cette néphrite albumineuse est restée ignorée pendant six semaines, en raison du soin avec lequel l'observation a été prise; aussi le diagnostic porté laisse-t-il encore des doutes dans mon esprit.

M. Charpentier. — Je suis tout disposé à supprimer le mot infection; en tout cas la néphrite existe et si l'on admet qu'elle ait été précédée d'accidents puerpéraux, c'est la première fois que j'en aurai vu de pareils sans qu'il y ait quoi que ce soit d'insolite du côté des organes génitaux.

Pathologie de la race juive.

M. Worms. — A l'hôpital Rothschild de Paris, de 1865 à 1890, soit pendant ma gestion médicale jusqu'en 1875, celle de M. le Dr Leven de 1875 à 1889, celle de M. le Dr Weill depuis 2 ans, il n'a été observé que 77 cas d'épilepsie vraie sur 26,591 malades. C'est une petite proportion, étant donné le chiffre de 43,556 israélites habitant Paris d'après le dernier recensement de 1891, si on la compare à celle du nombre d'épileptiques qui se rencontrent dans les grandes agglomérations administratives ou ouvrières.

Ainsi, à la Salpêtrière pendant 13 ans, on n'a relevé que 30 cas d'épilepsie chez des Israélites.

A Bicêtre, M. le Dr Féré chargé du service, dans son récent traité « *de l'Epilepsie et des Epileptiques* », ne signale en aucune façon l'influence étiologique de la race juive.

Une autre source d'informations, la plus importante de toutes (car dans les familles par un préjugé enraciné on cache les cas d'épilepsie), celle de la pratique privée des nombreux médecins qui ont répondu à mon appel est absolument concluante quant à la rareté de l'épilepsie chez les juifs, soit à Paris soit à l'étranger. On peut donc déclarer hautement que la légende d'après laquelle l'épilepsie serait plus fréquente chez les juifs se trouve réduite à néant.

Si cette prédominance n'existe pas pour l'épilepsie, elle est indéniable pour d'autres névropathies et pour quelques formes morbides dérivant de l'arthritisme. Ainsi, d'après M. Charcot, les juifs qui ne lui paraissent pas prédisposés plus que d'autres à l'épilepsie le sont, comme j'ai pu le remarquer aussi, aux neurasthénies, à l'hystérie, au tabès, à la goutte et au diabète.

Une seconde légende, plus grave, s'est hasardée dans cette

enceinte : celle d'une prétendue propension des juifs à une existence facile, à la poursuite exclusive de la richesse et du bien-être. Les faits et les chiffres la démentent de la façon la plus complète, sans parler du mouvement scientifique pur ou appliqué, du développement artistique et littéraire auquel les Israélites participent largement en France. Sur 25,000 officiers combattants et assimilés de l'armée active en France, on trouve 265 officiers israélites, soit 1/94e. Le dernier recensement de la population juive en France (mai 1891) indique qu'elle est de 67,850 âmes, soit 1/560 de l'ensemble de la population recensée à 39.695.000.

M. Lagneau. — Malgré les objections qui m'ont été faites par MM. Germain Sée et Worms, je persiste à croire que les affections nerveuses et mentales sont notablement plus fréquentes chez les juifs que chez les autres habitants des divers pays. Plusieurs médecins, les statistiques, en Danemark, en Prusse, en Hanovre, en Sibérie, en Bavière, en Wurtemberg, en Amérique, ont montré que la proportion de ces maladies est plus élevée d'un quart, de moitié chez les juifs. D'ailleurs cette proportion élevée paraît tenir moins à leur race qu'à leur vie urbaine, à leurs préoccupations commerciales et à leurs occupations cérébralement laborieuses. Ils subissent les conséquences d'une tension intellectuelle, qui souvent dans les spéculations les mène à la fortune, et dans les sciences et les arts les mène en grand nombre aux écoles supérieures, aux corps savants de l'armée, aux chaires du professorat, aux académies, à l'Institut.

D'autre part, M. Zambaco rapporte qu'à Constantinople la lèpre ne s'observe que chez quelques descendants de Juifs venus d'Espagne. Mais elle ne se montre chez aucun autre habitant de Constantinople, ni chez les musulmans, ni chez les Arméniens, ni même chez les Juifs Karaïtes, anciennement venus de Crimée.

M. Javal. — Ni le Décalogue ni le Pentateuque ne parlent de récompenses et de peines dans un autre monde ; très souvent, au contraire, dans la Bible, il est dit que les bons seront récompensés et que les méchants sont punis dans leur postérité, c'est-à-dire sur cette terre. Il n'est donc pas téméraire d'admettre que par tradition les Juifs tiennent à observer l'hygiène, qu'ils désirent faire souche de nombreux descendants et qu'ils apportent un soin particulier à l'éducation physique et intellectuelle de leurs enfants. Je serais heureux que les familles appartenant à d'autres religions suivissent cet exemple.

M. G. Sée. — M. Lagneau accorde aux sémites trois maladies : l'épilepsie, l'aliénation et le diabète. M. Worms vient de montrer ce qu'il faut penser de la prétendue fréquence de la première chez les juifs, les assertions relatives à l'aliénation mentale ne sont pas mieux prouvées. Quant au diabète, le juif, ni plus ni moins que le chrétien, a un diabète gras et nerveux ou plutôt bulbaire, bien moins grave chez le premier, qui n'est que rarement d'origine psychique et par conséquent ne provient que difficilement de la névrosité judéo-chrétienne. Ce diabète bulbaire présente trois caractères : il est souvent héréditaire (25 fois sur 100), il est profondément modifié par l'exercice des muscles, il cède temporairement à l'antipyrine qui est un médicament dépresseur, donc contraire à l'excitabilité nervo-vasomotrice qui a fait ce diabète.

J'appelle aussi l'attention sur l'extrême fréquence de la tuberculose chez tous les diabétiques ; les deux cinquièmes en meurent. De plus, les deux maladies alternent dans la même famille, on voit naître de parents tuberculeux ou diabétiques des enfants dont les uns deviennent phthisiques, les autres glycosuriques, les autres enfin meurent de phthisie, suite de diabète. C'est qu'en effet les diabétiques ont la glycémie et l'on sait que le sang sucré constitue un excellent moyen de culture des bacilles tuberculeux (G. Sée, Nocard et Roux).

Ainsi, la pathologie dite spéciale de la race juive n'existe pas dans la réalité ; cette race n'est ni épileptique, ni aliénée, ni diabétique ; elle reste une race douée d'une forte dose de psychologie et d'une résistance morale et physique qui ne la rend pas seulement apte à la musique ou à l'aliénation mentale, comme on l'a dit plaisamment à la Société d'anthropologie, mais qui lui a permis de se façonner à toutes les civilisations, de se prêter à tous les progrès intellectuels.

M. le Dr Paquelin présente son thermo-cautère perfectionné.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séances de juillet et août.

Sur la transformation de l'hémoglobine oxycarbonée en méthémoglobine.

MM. H. Bertin-Sans et **J. Moitessier** concluent de leurs expériences que, contrairement à l'opinion émise par MM. Th. Wiel et B. von Anrep, les solutions de méthémoglobine, obtenues à l'aide de l'hémoglobine oxycarbonée, se comportent comme si elles renfermaient simplement de la méthémoglobine ordinaire et de l'oxyde de carbone dissous. Et si, par l'action du sulfure ammonique, ces solutions donnent de l'hémoglobine, c'est que la méthémoglobine se transforme en hémoglobine, laquelle s'unit alors à l'oxyde de carbone dissous.

Ces recherches contredisent donc les conclusions de MM. Th. Wiel et B. von Anrep, relatives à l'existence d'une combinaison de la méthémoglobine avec l'oxyde de carbone. Cet oxyde, contenu dans les solutions de méthémoglobine dérivée de l'hémoglobine oxycarbonée, se comporte comme s'il était dissous dans l'eau. Sur ce fait, les auteurs ont basé une méthode qui permet de déceler facilement dans le sang la présence de minimes quantités d'oxyde de carbone.

Sur le retard des impressions lumineuses.

M. Mascart, à propos de la première note de M. Charpentier (Voir *Mercredi médical*, 1891, p. 378), indique une observation qu'il croit inconnue, qui se rapporte également à la sensibilité de la rétine. Supposons que l'œil vise dans une direction invariable sur un fond blanc uniformément lumineux, et qu'un objet noir passe assez rapidement dans le champ de vision. Le fond paraît obscur ou, du moins, relativement sombre, à la suite de l'objet, et le bord de la région sur laquelle la lumière reprend son éclat primitif est teinté de vives couleurs rouges, analogues à celles qu'on observe sur la limite extérieure du premier cercle brillant dans les anneaux colorés. L'explication du phénomène semble très simple. L'impression du fond lumineux sur la rétine s'évanouit rapidement au passage de l'objet noir, mais elle ne se produit pas immédiatement dès que le fond est découvert ; l'intervalle resté plus sombre correspondrait ainsi au temps nécessaire pour que l'action de la lumière soit appréciable, c'est-à-dire à un retard des impressions physiologiques. Les colorations rouges sur la limite de l'espace éclairé indiqueraient en même temps que l'impression produite par les rayons de grande longueur d'onde est notablement plus rapide. Ce retard doit varier également avec l'intensité de la lumière.

Relation entre les oscillations rétiniennes et certains phénomènes entoptiques.

M. Charpentier (de Nancy), poursuivant l'étude des oscillations rétiniennes (Voir *Mercredi médical*, p. 378), donne les résultats des expériences à l'aide desquelles il a pu déterminer leur fréquence, leur vitesse de propagation sur la rétine et leur longueur d'onde.

Les oscillations, nées au moment du début de toute excitation lumineuse, durent chacune environ 1/36e de seconde et parcourent 72 millimètres par seconde dans leur déplacement à partir du point excité ; leur longueur d'onde est donc de 2 millimètres environ. Il ne semble pas que ces oscillations jouent un rôle direct dans la sensation lumineuse ; elles se montrent sous les mêmes caractères en faisant usage de lumières colorées (mélangées de blanc, il est vrai). Toutefois on constate un fait bien curieux qui montre que cette conclusion ne doit pas être absolue ; il s'agit d'un phénomène entoptique tout spécial : la coloration du champ visuel en violet pourpre a, en effet, une relation étroite avec l'*oscillation négative*. Si l'on regarde une surface blanche uniforme à travers un disque rotatif à secteurs rotatifs alternativement pleins et vides, on voit, dans certaines conditions d'éclairage et de largeur des secteurs, la surface blanche se revêtir entièrement d'une teinte uniforme violet pourpre, d'un éclat et d'une couleur remarquables. Cette coloration occupe tout le champ visuel (si la surface blanche est assez étendue), sauf le point de fixation et ses alentours.

Or, cette coloration ne se montre qu'à la condition que les excitations se succèdent avec une fréquence comprise entre

35 et 70 environ par seconde. Il faut donc que chacune d'elles se produise pendant la phase négative de l'oscillation provoquée par l'excitation précédente.

On ne peut s'empêcher de croire qu'on a, dans cette expérience, la perception entoptique du pourpre visuel ; il y a une relation étroite entre cette perception et l'oscillation négative: mais de quelle nature est cette relation? C'est ce qu'on ne sait pas encore.

Les microbes pathogènes des vases de la mer Morte.

M. Lortet. — On sait que, malgré toutes les recherches auxquelles on s'est livré jusqu'à ces derniers temps, on n'a jamais trouvé le moindre être vivant animal ou végétal dans la mer Morte, pas même le plus petit protozoaire, ni le plus petit bacille. Cette absence de toute vie avait été également constatée par M. Barrois, professeur à la Faculté des sciences de Lille.

Cependant des sondages profonds ayant ramené du fond de la mer des vases solidifiées, celles-ci m'ont été rapportées pour être soumises au contrôle de l'expérimentation. Je les ai ensemencées dans les milieux de culture habituels et j'ai pu constater que tous les matras étaient devenus féconds. J'ai alors inoculé ces cultures à des cobayes et à des lapins et j'ai vu se développer chez les uns les phénomènes de la septicémie gangréneuse, chez les autres les accidents du tétanos. Chez les premiers j'ai reconnu la présence du vibrion septique, chez les autres le bacille du tétanos.

Ainsi donc, bien que la mer Morte ne renferme ni animaux ni végétaux vivants d'aucune sorte, elle n'en contient pas moins, dans sa vase, des spores de microbes pathogènes, lesquelles lui ont été certainement apportées par les eaux du Jourdain.

Etudes de la phonation par la chronophotographie.

M. G. Demeny. — La méthode d'analyse par la *chronophotographie*, que M. Marey a si bien adaptée à l'étude des mouvements de la locomotion en général, peut s'appliquer aussi à des mouvements plus délicats, ceux des muscles de la face, par exemple. Nous avons eu l'idée d'analyser les mouvements des lèvres chez un homme qui parle, et les épreuves obtenues sont assez nettes pour que la forme de la bouche soit parfaitement définie dans les différentes articulations des sons émis. Avec ces images nous avons construit un zootrope qui nous a donné l'illusion de la nature.

Un observateur ordinaire a, néanmoins, de la peine à deviner les paroles prononcées au simple vu du mouvement des lèvres. Mais, si l'on présente ces images à un sourd-muet qui, par une éducation spéciale, a appris à lire sur les lèvres et s'est habitué à articuler des sons en imitant les mouvements qu'il observe chez les individus normaux, le zootrope renouvelle, chez le sourd-muet, des sensations déjà connues et la lecture peut se faire sur les photographies successives.

Application du myographe dynamométrique à la mesure des contractions musculaires.

MM. Gréhant et **Quinquaud**. — Nous avons appliqué le myographe dynamométrique imaginé par l'un de nous (M. Gréhant) à la mesure de l'effort exercé chez les animaux par les muscles gastrocnémiens excités à l'aide de courants de pile d'intensité constante mesurée en miliampères. Les animaux ont été soumis ensuite à l'action de certains poisons : l'oxygène comprimé en répétant l'expérience de Paul Bert, l'alcool et le curare. Les résultats suivants ont été obtenus :

1° Par l'oxygène comprimé la puissance musculaire a été réduite à 311 grammes, c'est-à-dire à la moitié environ de la puissance normale, laquelle était égale à 675 grammes;

2° Dans l'empoisonnement aigu par l'alcool, l'ivresse étant complète, la puissance musculaire a été réduite au tiers de la normale;

3° Enfin, la puissance musculaire du muscle gastrocnémien étant égale à 971 grammes chez un chien à l'état normal, nous avons obtenu, après l'empoisonnement par le curare, les nombres 141 et 121 grammes, qui indiquent un affaiblissement considérable de cette puissance.

L'eau de Seltz à Paris.

M. P. de Pietra Santa — Par suite des améliorations et des perfectionnements réalisés de nos jours pour la fabrication des eaux gazeuses (construction des siphons, outillage des usines, modes de production du gaz acide carbonique), l'eau de Seltz, boisson hygiénique de premier ordre, peut être désormais fournie au consommateur dans des conditions irréprochables de pureté, d'agrément et de salubrité.

1° Les fabriques sont alimentées par les eaux de sources de la Dhuis et de la Vanne, soumises préalablement à des filtrages répétés au moyen des appareils en renom;

2° Aux anciennes méthodes de production du gaz acide carbonique, soit par le blanc de Meudon et l'acide sulfurique, soit par le bicarbonate de soude traité par la chaleur, on vient de substituer la gazéification par l'acide carbonique liquide, produit chimiquement pur et qui permet, en outre, de remplir les siphons, en abaissant de 12 et 14 atmosphères à 8 et 9;

3° Les armatures des têtes de siphon sont actuellement formées par un alliage métallique d'étain pur et de régule avec proscription rigoureuse du plomb;

4° La tige ou tube central, tout en cristal, qui traverse le siphon de haut en bas, est actionnée par un ressort en cuivre reposant sur un disque-piston cylindrique en ébonite;

5° Le bec de vidange du siphon dans tout son trajet et les parties intérieures de la tête sont recouverts d'une mince couche de porcelaine fine sur laquelle glisse l'eau chargée d'acide carbonique;

6° Par ces ingénieuses dispositions, tout le liquide passe de l'intérieur du siphon dans le verre du consommateur sans qu'il y ait jamais le moindre contact métallique entre le contenu et le contenant.

Sur la résistance du virus rabique à l'action du froid prolongé.

M. Jobert (de Dijon) a eu l'idée de soumettre pendant une période de dix mois, dans une des chambres froides de l'usine Popp, où la température a oscillé entre — 10° et — 27°, un lapin mort de rage paralytique. Après ce long espace de temps il a pratiqué avec la moelle et le bulbe de ce lapin des inoculations qui ont réussi à merveille. Puis, avec les animaux morts de cette première inoculation, il en a pratiqué une série d'autres sur de nouveaux animaux, qui ont également succombé. Bref, il a agi de même jusqu'à une quatrième génération et le succès n'a pas varié.

L'expérience a donc donné des résultats absolument concluants, desquels il ressort, sans aucun doute possible, que le virus rabique peut se conserver intact dans des milieux exceptionnellement froids. Aussi, cette expérience longuement continuée amène à conclure : 1° que la réfrigération constante à très basse température est un moyen de conserver intact, dans les instituts antirabiques, un virus possédant toutes les qualités nécessaires pour des inoculations préventives; 2° que l'on peut, en outre, rapprocher scientifiquement, au point de vue de la résistance au froid, le virus de la rage de celui de la péripneumonie du bétail conservé par le procédé Laquerrière.

L'origine microbienne de la péripneumonie n'étant pas encore démontrée et le microbe de la rage ayant été cherché en vain, on pourrait conclure à la nature purement virulente de la rage. La voie suivie par M. Laquerrière, pour la péripneumonie, et par M. Jobert, pour la rage, devrait être poursuivie pour les autres affections et pourrait même conduire les expérimentateurs à des résultats inattendus.

Sur les types pathologiques de la courbe de secousse musculaire.

M. Maurice Mendelssohn. — Dans mes recherches antérieures, communiquées à l'Académie des sciences en 1879 et en 1883, j'ai démontré que la courbe de secousse musculaire subit des modifications considérables dans les affections du système neuro-musculaire; elle change de forme, de durée et d'amplitude, non seulement sous l'influence des altérations du tissu musculaire lui-même, mais aussi sous l'action des troubles, tant organiques que fonctionnels, du système nerveux central et périphérique. En poursuivant depuis douze ans ce genre de recherches et en étudiant un grand nombre

de courbes, obtenues non seulement dans la même maladie, mais aussi chez le même malade observé (dans le service de M. Charcot, à la Salpêtrière) aux différentes phases de la maladie, j'ai pu m'assurer que toutes les modifications subies par la couche de secousse musculaire à l'état pathologique se réduisent aux quatre types suivants :

1. *La courbe spasmodique*, qui est caractérisée par une période latente très courte, une ascension brusque et rapide, et une descente longue et lente. Cette courbe, qui rappelle beaucoup celle d'un muscle vératrinisé, peut être considérée comme un signe pathognomonique des lésions du faisceau pyramidal et se retrouve dans le tabès dorsal spasmodique, dans la contracture permanente des hémiplégiques, dans la sclérose en plaques et dans l'hystérie.

2. *La courbe paralytique* se traduit par un allongement de la période latente et par une diminution de la hauteur de la courbe, la durée de la secousse restant la même. Cette forme de la courbe se rencontre dans toutes les paralysies liées aux affections des centres nerveux avec intégrité du tissu musculaire.

3. *La courbe atrophique*. — Dans cette courbe, la période latente, la durée de la secousse, celle de la partie ascendante sont allongées, tandis que la hauteur est diminuée. Cette courbe s'observe dans tous les états caractérisés par l'atrophie du muscle, qu'elle soit produite par une lésion du système nerveux central ou périphérique.

4. *Courbe dégénérative*. — Dans le cas où l'atrophie [du muscle est de nature dégénérative, la courbe de secousse musculaire, tout en revêtant les caractères de la courbe atrophique, présente des ondulations dans sa partie descendante. Cette dernière forme de courbe accompagne toujours la réaction de dégénération des muscles.

Ces quatre types, qui, bien entendu, ne se rencontrent jamais à la fois, peuvent cependant se transformer l'un dans l'autre au cours d'une même maladie. Ainsi (comme j'ai pu le constater fréquemment chez les malades de la Salpêtrière), la courbe spasmodique se transforme en courbe atrophique et même dégénérative, à mesure que la lésion du faisceau pyramidal passe aux cornes antérieures de la moelle épinière.

Les limites de cette communication ne permettent pas d'insister longuement sur le mode d'après lequel une courbe normale se transforme en courbe pathologique; ceci fera l'objet d'un travail spécial que je publierai prochainement et qui sera accompagné de nombreuses courbes. Ces quelques faits cependant suffisent à démontrer que les modifications pathologiques de la courbe portent aussi bien sur la partie ascendante que sur la partie descendante, parfois même sur les deux en même temps.

Si, comme je crois pouvoir le démontrer dans un travail ultérieur, le raccourcissement du muscle est une fonction de ses propriétés contractiles, tandis que le relâchement est l'effet de ses forces élastiques, il est évident que le processus morbide altère aussi bien les unes que les autres. Ce fait est important au point de vue physiologique, car il démontre que l'élasticité du muscle (comme j'ai tâché déjà de l'établir dans une communication faite en 1882 à la Société de Biologie) est sous la dépendance du système nerveux, ce qui fait de cette propriété physique dans l'organisme animal une propriété biologique.

Sur les inoculations préventives de la fièvre jaune.

M. Domingos Freire. — A la suite des communications que j'ai faites en 1887, à l'Académie, en collaboration avec M. Rebourgeon, j'ai considérablement augmenté le chiffre des inoculations au moyen des cultures atténuées du *Micrococcus amaril*. J'ai l'honneur de présenter à l'Académie les résultats actuellement obtenus dans le cours de cinq épidémies successives. Ces résultats confirment de plus en plus l'action prophylactique des cultures que j'emploie et, par conséquent, la spécificité du micro-organisme que je cultive.

Plus virulente est la culture, plus intenses sont les phénomènes que j'ai observés. En général, je me sers des cultures de quatrième et cinquième génération, lesquelles donnent une réaction insuffisante. Pendant l'épidémie de 1888-89, qui a été d'une intensité exceptionnelle, j'ai employé les cultures de deuxième et troisième génération, afin de fournir aux inoculés une résistance proportionnelle à l'énergie épidémique. Quoique je n'eusse injecté alors que des quantités équivalant à trois ou quatre dixièmes de centimètre cube de liquide de culture, j'ai observé des réactions tellement fortes, qu'elles ont fait croire à plusieurs médecins qu'il s'agissait de vrais cas de fièvre jaune. Cependant je n'ai jamais eu à regretter aucun accident fâcheux; au bout de quarante-huit heures, tous les symptômes se dissipaient sans intervention d'aucun agent thérapeutique.

De 1883 à 1390, j'ai pratiqué 10,881 vaccinations, ainsi distribuées :

		Inoculations.
De 1883	à 1884	418
» 1884	1885	3051
» 1885	1886	3473
» 1888	1889	3576
» 1889	1890	383

De 1889 à 1890, on compte 363 inoculés, parce que l'épidémie n'a pas été assez violente, et on sait que le peuple ne cherche à se soustraire aux influences du mal que sous l'impulsion de la frayeur.

La mortalité parmi les inoculés qui, vivant dans des milieux constamment infectés, ont été plus tard atteints de fièvre jaune, est de 0,4 p. 100. La mortalité parmi les non-inoculés a été de 30 à 40 p. 100. Les inoculés résidaient dans les localités où la maladie a sévi avec le plus d'intensité, non seulement à Rio-de-Janeiro, mais encore dans d'autres villes : Santos, Campinos, etc., devenues des foyers épidémiques. Les vaccinations ont été faites gratuitement.

Recherche physiologique de l'oxyde de carbone.

M. Gréhant. — A la suite des recherches auxquelles je me suis livré, je crois pouvoir proposer le procédé suivant pour déceler la présence de l'oxyde de carbone dans un milieu qui n'en renferme qu'un dix-millième.

Je fais passer pendant une demi-heure, à l'aide d'une pompe rotatoire de Golaz, de l'air renfermant seulement un dix-millième d'oxyde de carbone dans 50 centimètres cubes de sang de chien défibriné. La capacité respiratoire du sang normal ou le volume d'oxygène absorbé par 100 centimètres cubes de sang a été trouvée égale à 23,7; après le barbotage elle est descendue à 23. Elle avait donc diminué de 0,7 et, par suite, on peut affirmer, en s'appuyant sur les travaux de Claude Bernard, que 0 cc. 7 d'oxygène ont été remplacés dans le sang par 0 cc. 7 d'oxyde de carbone.

J'ai perfectionné les conditions de cette étude en injectant dans le sang contenu dans un récipient convenable, le mélange à 1/10000 comprimé à cinq atmosphères. Au bout d'une demi-heure, la capacité respiratoire du sang est devenue 17,2 ; la différence 6,5 indiquait une absorption beaucoup plus grande de l'oxyde de carbone par le sang.

Bref, il n'est pas douteux que, par l'emploi des appareils de M. Cailletet qui permettent d'atteindre des pressions très considérables, on ne puisse, par le procédé physiologique, déceler dans l'air des proportions bien moindres encore d'oxyde de carbone.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE LYON.

Tuberculose du cæcum et de l'utérus.

M. Nové-Josserand. — Il s'agit d'une femme entrée dans le service de M. Ollier pour de la contraction des membres inférieurs survenue il y a environ 3 semaines; depuis 4 ans elle est sujette à des douleurs abdominales, vomissements, diarrhée, etc. Aménorrhée depuis 3 ou 4 mois.

A l'examen de la malade on trouve dans la fosse iliaque droite une tumeur assez dure, bosselée, douloureuse à la pression, fixe. Dans le petit bassin, une autre tumeur de la grosseur d'une mandarine, indolente, mobile, paraissant dépendre de l'utérus. Les membres inférieurs sont raides, immobilisés dans l'extension. Pas de troubles de la sensibilité. Temp. 38-39°.

Mort au bout de 5 jours sans autres symptômes.

A l'autopsie, le péritoine présente un certain nombre de granulations tuberculeuses particulièrement nombreuses au niveau du petit bassin. Le cæcum et une partie du côlon ascendant sont épaissis, indurés ; la muqueuse est tuméfiée et présente des ulcérations. Les mêmes lésions existent sur

l'appendice vermiforme. Dans la partie antéro-supérieure de l'utérus on trouve un fibrome gros comme une mandarine. La muqueuse utérine est un peu enflammée; les deux trompes sont épaissies, dures; leur muqueuse paraît altérée. Légère congestion pulmonaire. Les autres organes internes sont normaux. L'arachnoïde médullaire présente sur sa face postérieure un certain nombre de plaques osseuses.

Fibrome de l'éminence thénar.

M. Tillier présente un fibro-lipome de la paume de la main enlevé par M. Poncet.

La tumeur en question a débuté il y a une huitaine d'années à la partie postérieure et interne de l'éminence thénar sous forme d'une petite tuméfaction profonde assez dure. Le malade, un cantonnier de 55 ans, dit n'en avoir jamais souffert. Lorsqu'il s'est présenté à l'hôpital, on trouvait une tumeur ovoïde, allongée, grosse comme un œuf de poule, rénitente, dure et transparente comme s'il s'agissait d'un kyste séreux. Elle n'est pas sensible à la pression et il n'existe pas de douleurs spontanées. A son niveau la peau ne présente pas la moindre modification.

Le diagnostic fut celui de lipome ou de fibro-lipome. L'opération fut très facile et la tumeur a pu être énucléée avec la plus grande facilité. A la coupe, elle laisse échapper une sérocité assez abondante et montre dans son intérieur d'assez nombreuses arborisations vasculaires. Le tissu qui la forme est de contexture assez dense et présente un reflet légèrement bleuâtre; certains points paraissent même presque hyalins. Ce n'est certainement pas un lipome; elle a plutôt les caractères d'un fibrome ou d'une tumeur fibro-plastique.

Myocardite segmentaire.

M. Arthaud présente le cœur d'un malade mort dans le service de M. Renaut.

Il s'agit d'un alcoolique qui avait eu une dysentérie légère et des fièvres paludéennes. A la suite d'un refroidissement il fut pris d'une oppression intense. Au cœur on trouvait un souffle léger, systolique, médio-cardiaque, très variable. Il y avait en plus de l'œdème des jambes et de l'albuminurie épisodique. Sous l'influence des injections de caféine et des stimulants, l'arhythmie très marquée et l'oppression paraissent s'améliorer, mais le lendemain survient une nouvelle attaque à laquelle le malade succombe dans la soirée.

A l'autopsie on trouva les organes thoraciques et abdominaux dans un état satisfaisant. A l'examen macroscopique, le cœur présente des taches laiteuses en avant et en arrière du ventricule droit et plusieurs points de péricardite nodulaire fibreuse sur l'oreillette du même côté. Le myocarde présente à la coupe une teinte feuille morte et un aspect granuleux. L'examen microscopique a révélé les signes de la myocardite segmentaire.

Entérectomie avec entérorrhaphie.

M. Pollosson. — Un homme de 39 ans entre pour une hernie inguinale étranglée datant de 4 jours. On fit la kélotomie et pendant la réduction l'anse intestinale se perfore et donne issue à un liquide noirâtre. L'anse est alors attirée, réséquée et ensuite suturée au catgut fin, suivant les règles indiquées pour le premier temps par Czerny. Guérison sans complications. M. Pollosson insiste sur l'utilité d'une suture qui n'adosse que 4 ou 5 mm. de l'intestin sectionné. L'entérorraphie est préférable à l'anus contre nature et doit être faite toutes les fois que le malade présente assez de force pour pouvoir supporter une opération d'une heure et demie.

M. Chandelux se rallie aux conclusions de M. Pollosson. Dans l'entérorrhaphie il est préférable de pédiculiser le mésentère à peu de distance de l'intestin, au lieu de faire des lambeaux cunéiformes. On peut ainsi éviter d'intéresser des artères importantes.

M. Tripier est d'avis de toujours rapprocher les anses de l'ouverture abdominale par un fil de catgut, parce qu'on n'est jamais sûr de ne pas avoir de suppuration.

Kyste dermoïde de l'ovaire.

M. Pollosson.—Il s'agit d'une femme de 44 ans qui fut prise, quinze jours avant son entrée à l'hôpital, de douleurs abdominales et de vomissements. Un médecin consulté par la malade trouva une tumeur dans l'abdomen et l'envoya à l'hôpital.

La tumeur siégeant sur la ligne médiane, entre la vessie et l'utérus, est du volume d'une tête de fœtus. L'utérus est mobile et indépendant de la tumeur qui présente tous les caractères d'une tumeur kystique.

Laparotomie. Les masses épiploïques adhérentes sont prises dans des ligatures et sectionnées. La tumeur est mobilisée et on voit qu'elle est reliée à la trompe; le pédicule présente une torsion de plusieurs tours. On jette une ligature sur le pédicule et la tumeur est enlevée. Guérison sans complications.

M. Pollosson insiste sur la dureté particulière de la tumeur qui permet de prévoir la nature dermoïde du kyste.

M. Chandelux croit que ce qui permet de distinguer les kystes dermoïdes des fibromes, c'est que dans les premiers on trouve une élévation thermique due à la suppuration du kyste qui se rencontre dans la majorité des cas.

M. Pollosson n'a pas constaté une élévation de la température chez sa malade.

M. Rendu n'a jamais vu cette hyperthermie, sauf les cas où il s'agissait de kystes enflammés.

Microcoques dans le sang des paralytiques.

M. Colrat présente une note sur la présence de microbes dans le sang des malades frappés d'apoplexie cérébrale.

Le sang fut examiné dans deux cas mortels, un d'hémorrhagie du corps strié, un de ramollissement dû à l'oblitération de l'artère sylvienne. Dans ces deux cas, de nombreux ensemencements de sang faits à deux et trois jours d'intervalle ont donné des résultats positifs. Dans le bouillon on voyait se développer des diplocoques analogues au pneumocoque, mais en différant par leur innocuité après injections dans le tissu cellulaire du lapin.

La nature de ce microcoque ni son mode d'invasion n'ont pu être déterminés.

Pleurésie séreuse; carcinome.

M. Arthaud présente les pièces provenant d'une femme de 71 ans, morte dans le service de M. Renaut 6 mois après son entrée pour une pleurésie droite diagnostiquée tuberculeuse. A l'autopsie on trouva la partie supérieure du poumon droit occupée par une caséification en masse en apparence tuberculeuse. Mais l'examen microscopique démontra qu'il s'agissait en réalité d'un carcinome caséifié en bloc à la façon des produits tuberculeux.

Anévrysme de la crosse de l'aorte.

M. Siraud. — Une femme de 70 ans est amenée le soir à l'hôpital avec tous les signes d'ébriété alcoolique, se plaignant surtout d'un état nauséeux. On l'examine et l'on ne trouve rien. Le lendemain la malade meurt subitement en descendant de son lit.

A l'autopsie on trouve le péricarde rempli de sang et de caillots. Le cœur gauche est fortement hypertrophié. Sur la partie antérieure de l'origine de la crosse de l'aorte on voit une vaste ecchymose dans la partie centrale de laquelle existe une vaste déchirure conduisant dans une cavité formée aux dépens des tuniques externe et moyenne de la crosse et remplie de caillots sanguins. La partie inférieure de cette poche anévrysmale communique par un orifice assez large avec le ventricule gauche, au niveau et en dehors des valvules sigmoïdes aortiques. La crosse de l'aorte est disséquée par l'anévrysme sur une étendue de 4 à 5 cm. Les autres organes étaient normaux.

M. Tripier fait observer que les deux valvules sigmoïdes sont le siège de lésions très accusées rendant parfaitement possible l'existence d'une insuffisance. La rupture peut s'expliquer alors ainsi : la pression sanguine étant diminuée dans l'insuffisance aortique, les chocs systolique et diastolique ont une force plus grande. Au moment de la diastole, le sang reçu dans la valvule postérieure a pu produire dans le sens longitudinal des tiraillements brusques et répétés qui ont provoqué la rupture.

Anévrysme de l'artère vertébrale.

M. Guyenet. — Il s'agit d'une femme de 61 ans, entrée dans le service pour une grosseur du côté gauche de la nuque. Cette tumeur était allongée verticalement, rénitente, fluctuante, non douloureuse, sans modification de la peau à son niveau. On ne constatait pas d'expansion, pas de battements ni de souffle. On fit le diagnostic d'abcès froid d'origine osseuse ou ganglionnaire, bien que la malade affirmât que la tumeur avait paru subitement une nuit, à la suite d'un mouvement de la tête en arrière. M. Gangolphe pratiqua une ponction avec un trocart fin : il ne sortit que du sang mêlé à des parcelles blanchâtres, granuleuses, ce qui fit poser le diagnostic de tumeur maligne. Peu de jours après la malade mourut subitement un matin, au moment où elle demandait à boire.

A l'autopsie on trouva le péricarde rempli de sang; au point de réflexion du péricarde sur l'aorte, petite ouverture régulière de 5 mm. carrés par où s'était faite l'hémorrhagie : pas de dilatation anévrysmale à ce niveau; mais vers la crosse de l'aorte plusieurs orifices irréguliers conduisant dans de véritables anévrysmes disséquants, dont l'un du volume d'une grosse noix. Aorte du reste très athéromateuse.

La tumeur de la nuque paraissait appendue à l'artère vertébrale et sa paroi semblait être celle d'un anévrysme faux consécutif. Dans le flanc droit existait une autre tumeur anévrysmale grosse comme une tête de fœtus, mais à cause des adhérences et de la fragilité de la tumeur, on n'a pu déterminer s'il s'agissait d'un anévrysme de l'artère iléo-lombaire ou de la sacrée latérale droite.

M. Gangolphe insiste sur la difficulté du diagnostic. L'absence des signes d'un anévrysme est due à la petite communication de la poche avec l'artère. La ponction elle-même laissait des doutes, puisque la poche ne contenait que des caillots.

Rigidité syphilitique du col de l'utérus.

M. Blanc. — Il s'agit d'une femme notoirement syphilitique avec manifestations spécifiques sur le col, qui avait déjà eu deux accouchements normaux et rapides et qui accouchait pour la troisième fois au mois de novembre dernier. La dilatation se faisait cette fois très lentement, et au toucher on trouva sur le milieu de la face antérieure du vagin une nappe sclérosée qui s'étendait jusque sur le col dont la moitié antérieure était également envahie par des indurations sclérosiques. Après une expectation de quelques heures, on pratiqua des incisions latérales sur le col et on fit une application de forceps qui permit de retirer un enfant vivant.

La rigidité syphilitique du col peut être due au chancre ou aux plaques muqueuses du col qui après la guérison laissent une induration profonde et persistante. Si cet accident n'est pas plus fréquent, c'est que les manifestations syphilitiques se localisent rarement au col.

Après l'accouchement, il est indiqué de faire la suture du col.

M. Icard est d'avis que comme le diagnostic était fait de bonne heure, on aurait dû essayer le traitement spécifique.

Rétrécissement mitral et tuberculose pulmonaire.

M. Paliard présente les pièces anatomiques d'un malade qui a succombé dans le service de M. le professeur Lépine.

Il s'agit d'un homme qui avait eu autrefois un rhumatisme articulaire aigu compliqué d'endocardite, et chez lequel l'auscultation révélait les signes très nets d'un rétrécissement mitral. L'autopsie a montré une symphyse du péricarde et une endocardite ancienne de la valvule mitrale; mais le degré du rétrécissement était peu accusé. De plus, les poumons présentaient de nombreuses lésions tuberculeuses.

M. Lépine. — Ces pièces anatomiques offrent un grand intérêt. La coïncidence du rhumatisme compliqué d'endocardite et de tuberculose est rare. D'autre part l'autopsie révèle un léger degré de rétrécissement mitral, alors que les signes cliniques de cette affection étaient très nets. L'existence d'une péricardite augmentait peut-être les symptômes de la lésion cardiaque.

M. Dupuy a observé deux fois la tuberculose chez des cardiaques.

M. Lépine demande quelle était la lésion cardiaque chez ces malades. Il paraît établi qu'un rétrécissement mitral très étroit crée une incompatibilité pour la tuberculose en rendant le poumon œdémateux.

M. Dupuy croit se souvenir qu'il s'agissait dans un cas d'une insuffisance mitrale sans rétrécissement, et dans l'autre d'un rétrécissement avec insuffisance aortique.

Insuffisance mitrale et tuberculose pulmonaire.

M. Chapotot, interne des hôpitaux, présente le cœur d'un malade mort dans le service de M. Clément. Il existait pendant la vie des signes d'insuffisance mitrale en même temps qu'une tuberculose avancée des deux sommets.

M. Lépine rappelle sa communication faite avec M. Paliard à propos d'un cas de rétrécissement mitral coexistant avec de la tuberculose pulmonaire. Il pense que la maladie mitrale gêne le développement de la tuberculose pulmonaire en œdématiant le poumon; or, pour que cet état d'œdème soit créé, il faut des lésions relativement considérables. De tels cas sont réellement exceptionnels; sur la pièce présentée les lésions sont bien minimes.

M. Raymond Tripier rappelle que souvent l'on a présenté à la Société des observations du même genre. Il dit qu'on ne voit pas évoluer parallèlement l'une et l'autre affection. S'il y a de graves lésions cardiaques, on en voit peu sur le poumon, et réciproquement. Mais, en principe, il n'y a alors pas d'hypertrophie cardiaque. Presque toujours il s'agit d'un léger degré de rétrécissement mitral ou même d'insuffisance aortique; l'hypertrophie du cœur est en antagonisme formel avec la tuberculose pulmonaire.

Dans un assez grand nombre de cas, il subsiste des doutes. Souvent, comme chez le malade de M. Chapotot, on constate en même temps que des phénomènes cavitaires pulmonaires un bruit de souffle systolique à la pointe, et l'autopsie ne révèle pas de lésion. Ici, il n'y a aucune trace d'endocardite, et on ne constate pas de lésions nettes. Reste à expliquer l'existence de ce bruit de souffle; on peut seulement remarquer qu'on a ici un vrai petit cœur de phthisique. Ces cas rentrent dans la règle et ne peuvent pas être considérés comme rares.

M. Lépine a simplement repris pour son compte cette proposition que, quand il existe un rétrécissement mitral serré, on ne voit pas de tuberculose pulmonaire. La pièce qu'il avait fait voir représentait un cas tout à fait exceptionnel; mais cet accident s'expliquerait par le fait que le rétrécissement était relativement modéré; du reste, l'autopsie permit de le constater d'une façon incontestable. Cliniquement, les signes avaient été très prononcés; mais l'on sait que les rétrécissements mitraux très serrés donnent souvent à l'auscultation des signes moins caractérisés que si la stricture est modérée.

M. R. Tripier pense qu'on doit chercher l'obstacle au développement de la phthisie dans le fait de l'hypertrophie cardiaque; il n'en existe pas si l'on a affaire à des lésions d'orifices sans hypertrophie.

M. Lépine attache au contraire la plus grande importance à la présence de l'œdème pulmonaire.

Hypertrophie de la rate.

M. Tillier présente la rate d'un malade qui a succombé dans le service de M. le professeur Poncet.

Il s'agit d'un homme qui avait eu des accès d'impaludisme dans sa jeunesse, et avait ressenti, il y a dix ans, un point douloureux dans l'hypochondre gauche. Ce point dura quinze jours, sans altérer la santé générale. Depuis deux ans et demi était apparue dans l'hypochondre gauche une tumeur qui grossit rapidement, sans douleur. Depuis un an, œdème des pieds, dyspnée. A partir de cette époque, amaigrissement, teint cachectique. Le jour de l'entrée à l'hôpital (6 mars 1891), on constate une teinte jaune des téguments, une grande maigreur et de l'œdème des malléoles; l'appétit est assez bon. Il existe dans l'hypochondre gauche une tumeur énorme, dépassant en bas l'ombilic et paraissant constituée par la rate. La cachexie a progressé rapidement sans accès de fièvre, l'œdème s'est généralisé, l'oppression a brusquement augmenté, et le malade a succombé en une demi-journée après le début de ce symptôme.

A l'autopsie on a trouvé de l'ascite et un épanchement abondant dans le péricarde avec exsudat récent. La rate, énorme, pèse 3 kil. 700; il existe quelques adhérences par des brides de péritonite ancienne. A la coupe, le parenchyme est dur, rouge sombre, sans lésions apparentes. Le foie est hypertrophié, gorgé de sang, non cirrhotique. Les reins paraissent normaux. L'urine ne renfermait ni albumine ni sucre. Ancienne pleurésie fibreuse à droite. Pas de tubercules.

Un cas analogue a été signalé par Brühl qui en fait le type d'une affection distincte nommée par M. Debove splénomégalie primitive, et rangée dans la catégorie des pseudo-leucémies spléniques. Le malade de Brühl n'avait pas d'antécédents pathologiques, le nôtre est un vieux paludéen.

Sur le diagnostic de la pleurésie chez les enfants.

M. Colrat fait une communication sur le *déplacement du niveau de l'égophonie par la pression du thorax.* Si l'on pratique la compression de la base du thorax chez les enfants atteints de pleurésie avec épanchement moyen du côté où siège l'épanchement, on détermine le déplacement du niveau de l'égophonie, celle-ci s'entend au-dessus du niveau où on la percevait avant la compression.

Dans un cas d'hydrothorax survenu pendant le cours d'une néphrite aiguë et caractérisé seulement par le silence respiratoire, il nous a été donné de provoquer par la compression de la base du thorax l'apparition de l'égophonie qui cessait avec la compression.

Le changement du niveau de l'égophonie ne se perçoit pas dans tous les cas, notamment dans les épanchements enkystés. Nous nous proposons dans des recherches ultérieures de déterminer sa valeur en clinique.

La compression doit être modérée. Elle se pratique simplement avec la main appliquée sur la partie antérieure de la base du thorax. Les côtes à ce niveau sont faciles à déprimer chez les enfants. Elle n'a donné lieu à aucun accident.

M. Lépine approuve M. Colrat d'avoir insisté sur ce fait qu'il ne faut exercer ces pressions sur le thorax qu'avec ménagement, parce que l'on peut ainsi provoquer de l'albuminurie.

Amputation d'un membre atteint d'éléphantiasis.

M. Rafin présente une malade à laquelle il a pratiqué l'amputation du membre supérieur gauche éléphantiasique et l'ablation d'un lymphangiome à l'autre bras.

L'éléphantiasis s'est développé dans l'espace de 6 ans. par poussées de lymphangite, et lorsque M. Rafin vit la malade, l'œdème avait envahi le thorax. L'amputation restait la seule ressource. La réunion se fit bien, mais la guérison fut interrompue par divers incidents (abcès, lymphangite). Aujourd'hui la malade va bien et l'induration de la peau a disparu presque complètement. Mais 6 mois après l'amputation, on a enlevé deux petites tumeurs sous-cutanées situées à la face interne de l'autre bras. Les tumeurs étaient constituées par un système caverneux à vacuoles larges et laissant écouler un liquide séreux semblable à de la lymphe. Quant au membre amputé, il présentait les lésions de l'œdème chronique avec hypertrophie du tissu conjonctif et de la peau.

M. Rodet a examiné la sérosité du membre amputé au niveau d'une poussée inflammatoire; cette sérosité contenait le streptocoque pyogène. Une seconde analyse a été faite avec une des tumeurs enlevées au membre du côté opposé. Les cultures donnèrent à l'état de pureté un staphylocoque pyogène qui paraissait être un type de transition entre le staphylocoque aureus et albus, un staphylocoque atténué aussi bien au point de vue de la virulence qu'à celui du pouvoir chromatique. Ce microbe était sans doute la cause des lymphangiomes; le streptocoque du premier examen était vraisemblablement lié aux poussées inflammatoires sur-ajoutées.

Staphylocoques dans les vésicules d'herpès.

M. Frenkel a ensemencé la sérosité de deux vésicules d'herpès développées sur le trajet du trijumeau chez une malade de M. Teissier. Il se développa deux espèces de colonies de staphylocoques : l'albus et le citreus.

Le staphylocoque citreus injecté sous la peau d'un lapin n'a produit aucun accident local ni général (sauf de l'amaigrissement); injecté dans le sang, il provoqua la mort de l'animal au bout de 6 jours. A l'autopsie on ne trouva pas de lésions dans les organes; le sang ensemencé donna lieu au développement des staphylocoques qui n'étaient plus jaunes. Ces derniers, injectés dans le sang des lapins, se sont montrés moins virulents que les cultures-mères provenant de la sérosité de la vésicule d'herpès.

Laparotomie pour fibrome de l'utérus.

M. Curtillet présente un fibrome de l'utérus de 3 kil. 400 que M. Tripier a enlevé chez une femme de 46 ans. L'état général de la malade était assez satisfaisant. Les règles avaient conservé leur régularité, et s'il n'y avait ni métrorrhagie ni pertes inter-menstruelles.

La cavité abdominale étant ouverte, M. Tripier plaça à la partie inférieure du pédicule, qui mesurait 7 à 8 centim., deux broches en croix, et au-dessous de ces dernières, une ligature élastique, puis il sectionna le pédicule au ras de la tumeur suivant le procédé d'Hégar. Il sutura au catgut le péritoine pariétal au pédicule, immédiatement au-dessus de la ligature élastique, de manière à laisser au-dessous de ce dernier une gouttière dont la lèvre externe était formée par les couches aponévrotiques graisseuses et cutanées non suturées et dont le fond correspondait à la collerette péritonéale. Le reste de la plaie péritonéale fut réuni par trois plans de suture superposés, puis la surface du pédicule fut cautérisée au thermocautère. Pansement à la gaze iodoformée. L'opération date de 4 jours, et l'état de la malade est très satisfaisant.

M. L. Tripier croit que la castration est insuffisante pour ces grosses masses fibreuses intra-utérines et qu'il faut lui préférer les vastes morcellements, toujours complets.

Périostite suppurée par le bacille d'Eberth.

M. Mouisset. — Une jeune fille soignée à l'Hôtel-Dieu pour une dothiénentérie avec rechutes qui a duré trois mois, est revenue au bout d'un mois avec une périostite suppurée développée au tiers inférieur de la face interne du tibia. L'examen bactériologique a montré que le pus contenait le bacille d'Eberth et pas d'autres microbes de la suppuration. Chez cette malade une fracture ancienne de la jambe a joué le rôle de cause prédisposante pour déterminer la localisation de l'agent infectieux qui a abouti à la production d'une périostite suppurée dans la convalescence d'une dothiénentérie.

M. Roux rappelle qu'en 1888 il a présenté avec M. Vinay un cas d'abcès de la rate survenu dans le cours d'une fièvre typhoïde et dont le pus contenait le bacille d'Eberth à l'exclusion de tout autre microbe, et que les cultures pures faites avec ce pus et injectées à un chien ont donné lieu au développement d'un abcès qui ne contenait que des bacilles d'Eberth.

ÉTRANGER

ALLEMAGNE

RÉUNION LIBRE DES CHIRURGIENS DE BERLIN

Résection de l'estomac.

M. Hahn présente une malade opérée il y a 4 mois pour un carcinome de l'estomac. Après la résection du pylore, il fit la gastro-entérorrhaphie, et la malade se rétablit rapidement. En 4 mois elle a gagné 20 livres.

Sur 5 opérés, M. Hahn a perdu 2 malades, un des suites opératoires, l'autre d'une maladie intercurrente. Un malade a survécu 4 mois, un autre 16. La malade en question est la cinquième opérée.

72 résections pour carcinomes du pylore faites jusqu'en 1885, ont donné une mortalité de 77 0/0; 10 résections faites pour rétrécissements consécutifs aux ulcères simples ont fourni une mortalité de 60 0/0.

De 1885 jusqu'aujourd'hui on a fait 34 résections du pylore pour carcinome avec une mortalité de 41 0/0, et 4 résections pour rétrécissements simples avec une mortalité de 25 0/0.

M. Rosenheim a pu examiner en détail la malade de M. Hahn. La motilité de l'estomac est redevenue pour ainsi

dire normale. Quant à ses sécrétions, elles sont complètement éteintes. Le contenu stomacal, de réaction neutre, n'est nullement modifié, et les aliments après un séjour plus ou moins long dans l'estomac présentent le même aspect que si la malade après la mastication les avait crachés dans un verre. Ceci montre que la muqueuse profondément atteinte ne sécrète plus d'acide chlorhydrique.

Le pronostic n'est donc pas favorable, quand même la malade restera à l'abri de la récidive locale et des métastases. La motilité de l'estomac sera certainement atteinte, et la malade est fatalement condamnée à la cachexie.

Dans ce cas, le diagnostic ne présenta aucune difficulté, la tumeur ayant pu être sentie à travers les parois abdominales. Mais dans ces cas l'intervention chirurgicale a peu de chances de réussite, et on doit chercher à faire le diagnostic de bonne heure, avant l'apparition de la tumeur. L'apparition sans cause connue de troubles digestifs et stomacaux chez un individu de 40 à 50 ans, qui jusqu'alors avait un estomac parfait, est un signe diagnostique de grande valeur. Et le diagnostic de carcinome devient très probable quand ces troubles ne cèdent pas à un traitement approprié et quand l'examen du contenu stomacal fait à plusieurs reprises montre l'absence d'acide chlorhydrique. Le malade doit alors passer entre les mains d'un chirurgien, et l'opération radicale faite dans ces conditions a beaucoup de chance de réussir.

Greffe osseuse.

M. v. Bergmann présente une malade chez laquelle il a essayé de se passer de la greffe osseuse dont il n'est pas grand partisan.

On peut désirer la réussite de la greffe osseuse dans trois conditions : 1° quand il s'agit de combler une cavité résultant d'une perte de substance osseuse (séquestre) ; 2° dans les pseudarthroses ; 3° dans les pertes de substance du crâne, du fémur, de l'humérus après les résections.

Quand il s'agit d'une cavité dans laquelle on implante un lambeau osseux, on peut toujours se demander si ce dernier servira de cheville pour la formation d'un nouvel os, ou s'il sera traversé par des granulations, résorbé ou atteint de suppurations et éliminé. Dans ces cas le fragment transplanté peut jouer le rôle d'un agent d'irritation et provoquer une production abondante de tissu osseux. Mais quand il s'agit du crâne, une plaque de celluloïd peut pour ainsi dire prendre, être prise dans la cicatrice comme tout corps étranger, une balle par exemple, et remplir les fonctions qu'on lui demande, et ceci sans que nous ayons à nous occuper de la question de savoir si la plaque fait partie intégrante de l'organisme ou non. La plaque en question met le cerveau à l'abri des traumatismes et remplit parfaitement le but qu'on se proposait d'atteindre. Mais si la tige osseuse transplantée doit servir pour la mobilité du membre et lui fournir un point d'appui, les choses ne se passent pas ainsi.

La tige transportée prend bien ; seulement, quand le malade veut se servir de son membre malade, il survient des troubles particuliers. Sous l'influence de la pression exercée au niveau des deux extrémités de la tige, il survient des phénomènes d'irritation, la tige elle-même devient molle et l'os est pris d'un processus d'ostéoporose qui est le même que celui qu'on observe dans les moignons des membres amputés. Les mouvements provoquent de la douleur, la peau se tend, rougit, s'ulcère, et il ne reste plus qu'à retirer la tige.

Tous ces phénomènes ont été observés sur un malade de Gluck, chez lequel, après la résection du métacarpien du médius atteint de nécrose à la suite d'un phlegmon de la main, on remplaça l'os par une tige d'ivoire. Les résultats fonctionnels furent satisfaisants pendant quelque temps. Puis survinrent des douleurs, de l'impotence fonctionnelle, et au bout d'un certain temps on a été obligé de faire la désarticulation du doigt avec son métacarpien sur lequel on a trouvé les lésions qui viennent d'être décrites.

Les phénomènes cliniques et les lésions doivent être encore plus accusés, quand la tige osseuse doit servir en outre pour fournir un point d'appui au membre. Pour toutes ces raisons, la greffe osseuse ne doit être faite que quand on peut se suffire avec une petite tige, une sorte de clou, pour les pseudarthroses légères par exemple.

Si les pertes de substance osseuse ne peuvent être remplacées par du tissu osseux mort, on peut se servir du procédé employé par M. Hahn dans les circonstances suivantes.

Il s'agit d'un homme entré à l'hôpital pour un sarcome périphérique du tibia. Le 25 novembre 1890 on fit la résection du tibia dont on enleva 12 cm. de longueur. La plaie guérit, mais sans réunion osseuse. Le 24 février on fit l'opération complémentaire suivante. On réséqua 11 cm. du péroné et, après l'avivement des deux bouts du tibia, on rapprocha les extrémités réséquées en poussant le pied en haut. La jambe présenta au niveau du mollet une circonférence énorme ; après la suture de la plaie, on a été obligé de recourir aux opérations autoplastiques, à la greffe de Thiersch, etc. Néanmoins tout était fini le 20 avril, et le malade était en possession d'une jambe très courte, il est vrai, mais dont il peut se servir admirablement quand il met un soulier orthopédique spécial, celui de Keely.

M. Hahn, dans deux cas de perte de substance considérable du tibia, a employé avec succès le procédé qui consiste à faire la résection sous-périostique du péroné et l'implantation du péroné dans le tibia.

M. v. Bergmann connaît le procédé de M. Hahn, mais il ne l'a pas employé, de crainte de voir survenir une déviation ultérieure de la jambe. Chez son malade il a pu conserver les deux os, ce qui est très important.

M. Kœhler. — Le procédé dont vient de parler M. v. Bergmann a été exécuté il y a un an par M. Bardeleben chez un garçon de 10 ans. Les résultats furent très satisfaisants.

M. v. Bergmann ajoute que M. Sklifassowsky, de Moscou, a employé ce procédé chez un individu ayant reçu pendant la guerre serbe une balle qui lui a broyé le tibia et le péroné.

Rupture de la vessie.

M. Schlange. — Un homme de 34 ans, après avoir bu plusieurs chopes de bière, est renversé par une lourde voiture qui lui passe obliquement sur le ventre. Malgré les douleurs violentes qu'il éprouvait au niveau de la région sus-pubienne, il put regagner son domicile où un médecin essaya de le sonder et de faire le lavage de la vessie. Peu de temps après il fut apporté à l'hôpital. A l'examen on trouve une ecchymose des parois abdominales. Le ventre est tuméfié en bas ; la respiration est superficielle, le pouls fréquent. Le malade se plaint de ténesme avec impossibilité d'uriner, de douleurs dans l'abdomen et la région rénale gauche. Pas de fracture du bassin. La sonde pénètre dans la vessie, mais ramène quelques gouttes d'urine teintées de sang. Sous le chloroforme, on peut déprimer les parois abdominales au-dessus de la symphyse sans rencontrer la vessie. Mais le toucher rectal fait percevoir une tuméfaction diffuse de la région vésicale. Peu de matité à la percussion. Diagnostic : rupture de la vessie.

Vingt-quatre heures après l'accident, on fit la taille hypogastrique. Les tissus prévésicaux étaient imbibés de sang, la vessie remplie par un gros caillot. Sur la paroi postérieure de la vessie on sent une déchirure de 5 centimètres de longueur par laquelle on pénètre dans une cavité entre la vessie et l'intestin, remplie d'urine sanguinolente. Une autre déchirure plus étendue se trouve au sommet de la vessie.

Pour faire la suture des plaies, on agrandit l'incision jusqu'à l'ombilic d'abord, plus haut ensuite. Le péritoine était décollé de la paroi abdominale et la cavité renfermait près de 250 grammes d'urine qu'on retira à l'aide de tampons stérilisés. Suture de la plaie du sommet aux lèvres de l'incision abdominale, tamponnement lâche de la vessie avec de la gaze iodoformée.

Jusqu'à présent le malade va très bien. On retire peu à peu la gaze iodoformée, et on peut espérer la guérison, soit spontanée, soit après quelques interventions de peu d'importance.

M. Hahn insiste sur la valeur diagnostique des injections intra-vésicales de solution physiologique de chlorure de sodium dans les ruptures intra-péritonéales de la vessie. Quand il y a rupture, le liquide qui s'écoule par la vessie est en moins grande quantité que le liquide injecté.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

N° 37. — 16 SEPTEMBRE 1891 LE NUMÉRO QUINZE CENTIMES

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT
PUBLIÉ PAR
LA GAZETTE HEBDOMADAIRE
DE MEDECINE ET DE CHIRURGIE
Et servi gratuitement à tous les abonnés de ce journal

ABONNEMENTS SPÉCIAUX POUR MM. LES ÉTUDIANTS. — UN AN : 6 FRANCS

L. LEREBOULLET, Rédacteur en chef. — A. BROCA, Secrétaire de la Rédaction
Librairie de G. MASSON, 120, boulevard Saint-Germain.

SOMMAIRE

VARIÉTÉS

Il existe à Paris un journal médical — son rédacteur en chef, sans doute, n'est pas de la partie, mais il est des médecins réels qui écrivent sous sa direction — où l'on s'occupe surtout de consultations par correspondance et où, d'autre part, on donne des conseils pratiques aux lecteurs. Voici ce qu'on y lisait la semaine dernière sur le « panaris à l'extrémité du doigt : »

« Ce genre de panaris étant plus profondément enraciné que celui de l'ongle est plus grave et est accompagné de battements et de douleur intense. La matière s'insinue souvent sous l'ongle. Pour empêcher la suppuration, il est bon de garder longtemps le doigt immergé dans l'eau chaude, et d'appliquer ensuite la lotion recommandée pour le panaris ordinaire. Si tout cela ne réussit pas, il faut faire de bonne heure une franche incision à travers les téguments et jusqu'au fond de la partie malade; après quoi il faut laisser le sang couler quelque temps. La plaie doit être traitée ensuite comme une blessure ordinaire, c'est-à-dire en appliquant un emplâtre adhérent. »

Si avec ça vous ne perdez pas votre doigt presque aussi bien qu'après les soins d'un pharmacien, c'est qu'un Dieu vous protége, comme disait Ricord. Nous ne citons pas la source — contrairement à nos habitudes — mais nous affirmons que le passage ci-dessus provient d'un journal médical et non d'un journal politique.

Par une transition toute naturelle nous passons du sujet précédent aux réclames de spécialités. Il y en a une — nous nous garderons de la nommer — qui, il y a quelques mois, nous a spécialement frappé. C'est celle d'un liquide dont le prospectus a été envoyé à tous les médecins et audit prospectus était jointe une « carte mensuelle » où l'on devait « indiquer le nombre de bouteilles prescrites; chacune d'elles donne droit à un bénéfice de 1franc; adresser la carte, fin de mois, à la direction, sous pli cacheté; il sera envoyé un bon de poste sans indication de la provenance. » Cette phrase finale prouve que l'industriel en question se fait une idée juste de la moralité du contrat qu'il propose. Toutefois il vient à domicile — ou au moins envoie un commis — pour bien exposer l'affaire oralement, et quand il est venu chez nous il nous a dit sans ambages que « le principal avantage de son produit sur les similaires était les avantages qu'il faisait à MM. les médecins. »

Passons maintenant aux choses gaies, car ce qui précède est plutôt triste. Une des histoires récréatives du dernier trimestre est celle de la *malade fatale*, narrée par le *Medical Record* (25 juillet, p. 104, ici nous recommençons à citer nos sources). Il s'agit d'une femme qui il y a 2 ans vint se faire soigner à l'hôpital Marhattan pour un catarrhe nasal, dans le service du Dr Johnston : 2 jours après, M. Johnston mourait subitement; six mois plus tard, nouvelle entrée : 2 jours après M. Poud, titulaire actuel du service, mourait subitement. Deux mois plus tard encore elle fut reçue par le Dr Phillips, lequel était trouvé le lendemain mort dans son lit. Le *Medical Record* disait n'y guère croire et nous apprenait que M. Johnston était mort d'une pneumonie après une semaine de maladie, que M. Poud avait succombé à une affection cardiaque, que M. Phillips était bien vivant. Mais la semaine suivante il nous faisait savoir qu'on avait décidément donné ordre de ne plus recevoir cette malade fatale.

***

Savez-vous à quoi peut servir le cadavre d'un ivrogne? à faire pleuvoir. Il suffit, croient les paysans russes, de le jeter à la rivière pour se procurer, en temps de sécheresse, le bienfait de la pluie.

Le tribunal de Samara, d'après le *Libéral évangélique*, 1er septembre 1891, n° 9, p. 675. (Vous voyez, cher lecteur, que pour vous instruire on lit un peu de tout) a jugé et condamné (maximum 4 mois de prison) six paysans qui avaient été déterrer la nuit, pour le jeter dans le Volga, le cadavre d'une femme réputée comme ivrognesse et morte en état de grâce... Allons, ma source qui déteint sur moi, je voulais dire en état d'ivresse.

Encore un peu de protestant, mais cette fois réellement médical. Le *China missionary medical journal* nous apprend qu'un père de famille s'apercevant que sa fille en train d'accoucher était en danger, saisit un crochet de balance romaine, l'introduisit dans le cuir chevelu de l'enfant et arriva à extraire ce dernier, sauvant la mère et l'enfant. Presque tout le cuir chevelu fut détaché du crâne. Le père fit 12 milles à pied portant l'enfant dans ses bras à un hôpital. Les blessures furent suturées et actuellement l'enfant va très bien.

Il est probable qu'en France cela lui aurait rapporté une bonne petite condamnation (voyez dans un de nos numéros précédents une histoire d'opération césarienne) — à moins pourtant qu'il n'ait pu prouver qu'il exerçait régulièrement la profession de rebouteur.

Un certificat médical a été l'occasion d'un procès, qui vient se plaider devant la 4e chambre du tribunal civil de Bordeaux.

M. et Mme X... allèrent à plusieurs reprises consulter M. le Dr Z..., qui, à la suite de ces visites, délivra à Mme X... un certificat constatant que son mari était atteint d'une maladie syphilitique. Les époux X... assignèrent alors le médecin en payement de dommages intérêts, prétendant que la délivrance de ce certificat leur avait porté un préjudice considérable.

Le tribunal n'a pas admis ces prétentions et a débouté les époux X... de leur demande en les condamnant aux dépens; il s'est basé, pour cela, sur ce fait que Mme X .. avait été examinée par le médecin, sur la propre demande de son mari, à la suite de reproches que celui-ci lui avait adressés dans la pensée qu'elle lui avait communiqué la syphilis, et d'un autre côté, que le certificat délivré à celle-ci avait été évidemment demandé avec le consentement tacite du mari.

Le tribunal intercale cependant dans le jugement les considérants suivants : « il n'est pas douteux que, s'il (le médecin) avait délivré à une femme mariée, en dehors et à l'insu de son mari, un certificat médical dont les termes et les conclusions seraient de nature à jeter le trouble dans le ménage, sa responsabilité se trouverait gravement engagée. »

Traité des résections et des opérations conservatrices qu'on peut pratiquer sur le système osseux, par L. OLLIER, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Lyon. Tome III (fin de l'ouvrage). Résections en particulier : membre inférieur, tête et tronc. 1 vol. gr. in-8°, avec 225 figures dans le texte, 22 fr. G. Masson, 120, boulevard Saint-Germain.

CLINIQUE MÉDICALE

Hospice de la Salpêtrière. — M. le Dr J. Séglas.

De l'examen des idées délirantes.

Pour que l'examen clinique d'une idée délirante soit complet, elle doit être analysée à quatre points de vue principaux.

1° D'abord il s'agit d'en déterminer la *variété*.

On est naturellement enclin à croire que les conceptions d'une imagination en délire doivent varier à l'infini. Rien n'est plus erroné. Ainsi que le font remarquer MM. Ball et Chambard, s'il y a des variations, elles ne sont que dans la forme, le fond de la pensée est le plus souvent le même. « C'est, disent-ils, pour employer une expression de Kant, le moule dans lequel elle est jetée qui diffère. » Ce moule est évidemment différent suivant le degré de culture intellectuelle du sujet, ses croyances, son caractère, le milieu social où il vit, ses occupations habituelles, les événements antérieurs de sa vie. C'est ainsi que dans les milieux civilisés, chez les individus plus cultivés, les idées de persécution par le magnétisme, le téléphone... ont remplacé celles par la sorcellerie, le démon... qui ne se trouvent plus guère que dans certaines campagnes ou chez des aliénés d'un niveau intellectuel peu élevé.

Lorsque l'on se rend un compte exact de ces variations, une fois qu'on a bien déterminé l'idée sous sa teinte un peu changeante, il est curieux de remarquer comment chez tous les peuples, à toutes les époques, la folie revêt la même allure, s'exprime de même. Sauf les variations de forme, le délire de persécution par exemple, au fond, ressemble aujourd'hui à ce qu'il était au moyen âge, et lorsqu'on lit les ouvrages étrangers, on voit que les persécutés des différents pays présentent tous à l'observation les mêmes idées.

Puisque les idées délirantes sont au fond peu variables, on peut essayer de les grouper en un petit nombre de catégories, comme l'ont fait MM. Ball et Chambard. — Nous étudierons donc successivement les neuf catégories suivantes :

1° Idées d'humilité (désespoir, ruine, culpabilité, craintes d'accusation, de supplices).
2° Idées de persécution.
3° Idées de défense.
4° Idées hypochondriaques, de négation, d'énormité.
5° Idées de transformation corporelle.
6° Idées de satisfaction, puissance, grandeur, richesses.
7° Idées religieuses.
8° Idées érotiques.
9° Idées obsédantes (obsessions).

Je dois vous dire que je n'attache aucune importance à ce groupement sinon comme moyen d'études et comme moyen mnémotechnique. Ces neuf catégories, comme vous le verrez par la suite, empiètent les unes sur les autres. D'un autre côté, ce n'est pas là une classification nosologique, chaque idée correspondant à une forme psychopathique différente. Nullement : elles peuvent chacune se rencontrer dans des cas très dissemblables. Mais, ceci posé, ce groupement est suffisant et peut-être même utile pour l'étude particulière que nous poursuivons, la séméiologie des idées délirantes.

2° Une fois la variété de l'idée déterminée, il faut analyser la formule dont le malade se sert pour l'exprimer. Sans insister en ce moment, je vous dirai que cette analyse peut être utile en vous mettant sur la voie d'autres symptômes. Ainsi de ces deux formules d'idées de persécution : « on m'injurie », « on m'électrise », l'une révèle des hallucinations verbales auditives, l'autre des troubles de la sensibilité générale. De plus, vous pouvez être renseignés sur l'ancienneté, le pronostic du délire par certains mots particuliers, les tournures de phrases spéciales, les néologismes le plus souvent en rapport avec un état chronique. Ainsi le persécuté qui se plaint de *misères* est moins avancé dans sa maladie que celui qui se dit téléphoné ou *nitralé*, etc.

Il faudra aussi rechercher dans la formule de l'idée délirante la *localisation dans le temps* du fait qu'elle exprime. Vous vous trouvez en face d'une idée délirante dont vous avez déjà déterminé la variété. C'est, je suppose, une idée de persécution ; analysez plus attentivement cette idée à un autre point de vue. « On me fait mal, dit le malade, ils sont là tous, les assassins, les voilà, ils veulent me tuer ; au secours! etc... » La scène se passe au moment même, le fait auquel l'idée fait allusion est en train de s'accomplir, et se localise dans le présent. Analysez de même cette idée de persécution dans un autre cas. « Je crains qu'on ne me poursuive, on va m'arrêter, me mettre en prison, etc... » Là il n'y a qu'une crainte d'exprimée, le malade est dans l'attente d'un fait qui doit s'accomplir : plutôt que le présent c'est l'avenir qui l'inquiète. Dans un troisième cas, l'idée de persécution, envisagée de même, se traduira à vous d'une tout autre façon : « On me faisait, dit le malade, toutes sortes de misères, on s'est ligué contre moi, on m'a fait éprouver toutes sortes de vexations, il y a une bande organisée contre moi qui ne cesse de me poursuivre... » Voilà encore une idée de persécution, mais ici elle traduit un fait déjà accompli et le malade vous expose les griefs dont il a eu à se plaindre. C'est le passé qui est en jeu.

Ainsi voilà trois idées de persécution exprimant toutes une même pensée, mais différant au point de vue particulier de la localisation dans le temps des faits exprimés. La première a trait au présent, la deuxième envisage l'avenir, la troisième a rapport au passé.

Cette distinction, en apparence minutieuse, a cependant une certaine importance clinique et psychologique. Elle peut vous mettre déjà sur la voie du diagnostic de la maladie dans son ensemble : pour l'exemple particulier que nous avons pris, je vous dirai que l'alcoolique qui a des idées de persécution envisage de préférence le présent ; le mélancolique ayant des idées du même genre exprimera surtout des craintes sur l'avenir ; et le persécuté vrai ne cesse d'invoquer à l'appui de ses convictions les misères qu'il a subies dans le passé.

Dans un autre sens, cette distinction a également de l'importance. Tenons-nous en toujours à notre exemple actuel. Si notre alcoolique persécuté parle le plus souvent du présent, c'est que c'est avant tout un halluciné visuel et que l'idée qu'il exprime n'est que la traduction d'une scène hallucinatoire se déroulant au moment même. Le second, le mélancolique à craintes de persécution se trouve par le fait même de sa maladie dans un état de douleur morale, d'angoisse qui lui fait toujours redouter quelque chose de fâcheux, il ne sait trop quoi, et cette incertitude nous sert à comprendre (comme nous aurons l'occasion de le voir) pourquoi il a rarement des hallucinations sensorielles surtout verbales. Le troisième au contraire, le persécuté vrai, est toujours certain de ce qui s'est accompli ; les misères qu'il a subies engendrent chez lui un état de croyance, de certitude qui le rend inaccessible à tout raisonnement en sens contraire et nous explique la venue à une certaine époque d'hallucinations verbales auditives qui ne sont que l'expression sensorielle de ses convictions enracinées. C'est là un point qui a été bien mis en lumière par M. Chaslin. Ces considérations, toutes brèves qu'elles soient, suffiront, je pense

à vous montrer l'importance de ce point de l'analyse de l'idée délirante.

A propos des cas où le délire a trait au passé, permettez-moi de vous dire quelques mots de certains faits particuliers, qui sont ceux de délire rétrospectif et de délire palingnostique. Tout à l'heure les idées du malade portaient bien sur des événements passés, mais à l'époque où les faits qu'il retrace ont eu lieu, il était déjà malade. Dans certaines circonstances les choses se présentent autrement. Le malade incorpore à son délire des faits très antérieurs qu'il juge sous un jour nouveau et auxquels il attribue une importance particulière. C'est un retour en arrière, un délire *rétrospectif*. Parfois tout se borne là, mais souvent aussi le malade, dans ces retours en arrière, repasse à la suite tous les détails de sa vie, les interprète tous à sa façon, refait son existence en l'accommodant à sa nouvelle manière de voir. C'est alors plutôt un *délire palingnostique*.

Ce sont là des distinctions en apparence subtiles, mais qui ont leur importance. Si on n'est pas en garde, si on ne les connaît pas, on peut se tromper parfois sur la date d'apparition de la maladie, et par suite le pronostic peut se ressentir de cette erreur clinique.

Il faut donc toujours faire préciser au malade l'époque où il a eu telle idée et tâcher de savoir, lorsqu'il allègue un fait passé, si à ce moment-là déjà il y attachait de l'importance ou s'il ne l'a compris que plus tard.

3° Un troisième point de vue auquel on doit examiner toute idée délirante est celui du *mode d'apparition*, d'abord par rapport aux autres idées. Je n'insisterai pas beaucoup sur ce point et me contenterai de vous dire que le mode d'apparition des idées délirantes par rapport les les unes aux autres se fait généralement comme pour les idées saines, chez des individus bien équilibrés. Tantôt elles se produisent par des associations d'idées diverses (ressemblance, contiguité) ou succèdent à des souvenirs : parfois elles sont le résultat d'un raisonnement, par exemple chez certains persécutés mégalomanes qui ne trouvent de meilleure explication aux persécutions qu'ils ont endurées que de se croire de grands personnages, pouvant exciter la jalousie, la haine par leur haute personnalité. D'autres fois les idées délirantes succèdent à des impressions actuelles, hallucinatoires ou réelles, mais dans ce dernier cas faussement perçues (illusions) ou bien interprétées dans le sens des convictions erronées (interprétations délirantes). Enfin certains aliénistes admettent chez nos malades la possibilité d'idées délirantes spontanées, apparaissant dans l'esprit du sujet, sans qu'il soit possible d'expliquer leur genèse par l'un des procédés que je viens de vous énumérer.

D'un autre côté, il faut aussi étudier le mode d'apparition des idées délirantes par rapport à l'ensemble des troubles psychiques. L'aliénation en effet, même dans les cas de délire dit partiel, affecte toujours d'une façon plus ou moins inégale l'ensemble des facultés ; et à côté des troubles de l'idéation, il y a aussi des désordres de la sensibilité morale, des troubles émotionnels, de la volonté, etc. Aussi devons-nous essayer d'établir la liaison de tous ces symptômes divers les uns avec les autres. Que peut nous donner cette analyse au point de vue des troubles de l'idéation que nous étudions, c'est-à-dire des idées délirantes prises dans leur ensemble? Considérées en ce sens, elles peuvent être *primitives* ou *secondaires*.

Le délire est *primitif* lorsqu'il apparaît d'emblée et sans être précédé d'autres désordres dans la sphère psychique, survenus plus ou moins brusquement et amenant un bouleversement dans l'aspect de l'état mental du sujet. Un exemple vous fera mieux comprendre ce genre de faits. Vous avez affaire, je suppose, à un malade atteint de délire de persécution. Si vous cherchez chez lui comment est apparue l'idée délirante, vous voyez qu'elle s'est développée progressivement, insidieusement, que le terrain en quelque sorte était préparé de longue date, que dès l'enfance le sujet en observation était égoïste, méfiant, soupçonneux, accusateur, etc., que ses travers n'ont fait que s'accentuer et que ses plaintes, ses récriminations jusqu'alors vraisemblables ont fait place insensiblement à des idées délirantes de persécution. Quelquefois au contraire ces mêmes idées ont pu éclater brusquement sous l'influence d'une cause occasionnelle quelconque, mais sont toujours cependant en rapport direct avec l'état mental antérieur, avec le terrain particulier sur lequel elles se sont développées. Voilà un exemple de délire primitif, d'emblée : l'idée délirante n'est alors que l'hypertrophie du caractère antérieur du sujet, elle était en germe dans son esprit et, par suite du seul fait du développement, de la seule évolution intellectuelle, elle s'est fait jour à l'époque de la maturité psychique. C'est-là en quelque sorte une anomalie de développement intellectuel et les aliénés de cette espèce sont bien plutôt des infirmes que des malades d'esprit.

A l'inverse de ces cas, il en est d'autres où le délire est dit *secondaire* si on l'envisage par rapport à l'ensemble des troubles psychiques et cela parce qu'il n'est pas le premier en date, mais succède à de profondes perturbations des fonctions psychiques, à l'apparition de troubles psychopathiques variés.

Le délire peut être secondaire par rapport à deux ordres principaux de troubles psychiques. Dans un premier cas, il succède à des désordres de la sensibilité morale, à des troubles émotionnels ou cénesthétiques, comme l'on dit, à des troubles de la volonté dont il n'est que l'interprétation faite par le malade. Voici une malade : c'est une mélancolique. Chez elle tout d'un coup, à la suite de fatigues prolongées, de chagrins violents (maladie, mort de ses enfants, perte de ses ressources pécuniaires), est survenu un état d'anéantissement profond, de douleur morale intense ; elle se sentait inquiète, préoccupée, incapable de travailler, toute changée, etc., mais jugeait son état et n'avait aucun délire. Quelques mois plus tard, voici venir des idées erronées : « elle est incapable, elle est ruinée, elle fait du dommage à tout le monde ; elle souffre tant qu'elle a dû commettre un crime. Dieu ne lui pardonnera pas, elle a mal fait sa première communion, elle est maudite ». Voilà un exemple de délire secondaire survenant à la suite de troubles émotionnels de la volonté et représentant une tentative faite par le malade pour s'expliquer l'état pénible, les souffrances intérieures, l'anéantissement qui l'accablent.

Dans un autre cas, ce sont des troubles de caractère hallucinatoire qui précèdent l'éclosion des idées délirantes. Une malade se plaint qu'on la poursuit, qu'il y a des assassins dans sa chambre, elle les voit, les désigne, les fuit. L'interrogatoire vous démontrera qu'elle a commencé par avoir des hallucinations nocturnes d'abord, puis diurnes, multiples, mobiles, terrifiantes, etc., et son délire n'est que la traduction de ces hallucinations incessantes. Cette malade est une alcoolique, comme vous pourrez en juger par l'examen complet ; mais vous pourriez rencontrer des faits semblables en dehors de toute intoxication. Voilà encore un fait de délire secondaire survenu à la suite de désordres hallucinatoires.

Ces malades, comme ceux du premier groupe (délire primitif) peuvent avoir de l'hérédité, mais chez eux les troubles de l'idéation ne sont plus la conséquence directe, la traduction progressive de la tare héréditaire s'accentuant avec le développement du sujet. L'hérédité sans doute a préparé le terrain, elle n'a pas fait par elle-même toute la maladie. A l'inverse des autres, ces derniers sont des malades plutôt que des infirmes de l'esprit.

Si j'insiste tant sur ces faits, c'est qu'ils ont leur importance et qu'ils servent de point de départ à la distinction si fort en vogue aujourd'hui, surtout à l'étranger, des délires systématisés primitifs (paranoia primaria, primære Verrücktheit) et des délires secondaires (P. secondaria, secundære Verrücktheit).

4° Un dernier point de vue auquel doit être examinée l'idée délirante, c'est celui des caractères cliniques de : 1° fixité ou mobilité; 2° d'uniformité ou multiplicité; 3° de logique ou absurdité; 4° d'incohérence ou systématisation; 5° d'idée paroxystique, rémittente ou continue; 6° de perte ou de conservation de la conscience.

Je ne vous explique pas tous ces termes qui d'ailleurs se comprennent d'eux-mêmes, et puis nous aurons l'occasion d'examiner ensemble à ce point de vue nos différentes catégories d'idées délirantes. Quelques exemples vous feront mieux comprendre l'utilité de la détermination de ces différents caractères de l'idée délirante en ce qui regarde le diagnostic. Prenons une idée de grandeur : elle peut se présenter avec les caractères suivants : elle peut être mobile, c'est-à-dire s'effacer, disparaître, faire place à des idées d'un autre genre pour réapparaître ensuite : elle peut être en même temps multiple, c'est-à-dire s'appliquer à un nombre plus ou moins grand de sujets (le malade par exemple sera riche, puissant, aura toutes les qualités possibles); elle peut encore à la fois être absurde, incohérente et s'accompagner d'une perte absolue de la conscience. Une pareille idée de grandeur chez un malade devra vous faire penser à la possibilité de la paralysie générale... Dans un autre cas, cette même idée de grandeur sera fixe, uniforme, le malade s'en tenant à la qualité qu'il s'attribue, logique et systématisée, s'accordant avec le reste de son délire, étant l'explication par exemple de persécutions qu'il a subies et formant avec ces autres idées tout un système délirant, continu, s'accompagnant sans cesse de nouvelles preuves; avec perte de la conscience, le malade ne se rendant à aucun raisonnement qui batte en brèche son échafaudage délirant. Une pareille idée devra éveiller en vous la pensée que vous avez affaire à un délire de persécution systématisé, arrivé à la période mégalomaniaque.

La recherche des caractères ci-dessus énoncés a donc de l'importance au point de vue du diagnostic de la forme vésanique. De plus elle peut renseigner encore sur deux points, l'évolution de la maladie, le niveau des facultés intellectuelles. Falret père a très bien montré les caractères de l'idée délirante à ses différentes périodes ; d'abord mobile, mal déterminée, à la période d'incubation, puis se déterminant, se coordonnant à une seconde période de systématisation ; enfin se fixant, devenant immuable, stéréotypée. Ces considérations peuvent vous servir à reconnaître l'ancienneté de l'idée suivant les caractères cliniques que vous lui constaterez.

Si la systématisation d'une idée indique un état probablement chronique et grave par ce fait, d'autres caractères, comme la mobilité, la multiplicité, l'absurdité, l'incohérence plus ou moins complète, révèlent un affaiblissement intellectuel soit congénital, soit acquis ; par cela même ils vous donnent un élément de plus d'une grande importance pour le pronostic que vous aurez à porter, pronostic demandant d'ailleurs dans tous les cas à être complété par la constatation d'autres faits cliniques (symptômes, marche) constituant l'ensemble de la maladie.

REVUE DES CONGRÈS

ASSOCIATION MÉDICALE BRITANNIQUE

Nature et traitement de l'éclampsie des femmes en couches.

M. Galabin. — Lorsque l'albuminurie chez une femme en couches ne s'accompagne pas d'éclampsie, cette albuminurie est presque toujours très faible et ne se révèle que par l'emploi de réactifs délicats. Par la chaleur et l'acide nitrique je n'ai trouvé d'albumine que chez 2 0/0 des femmes en couches; de plus, l'éclampsie ne survient que quand l'albuminurie notable s'accompagne d'une diminution de la sécrétion urinaire et en particulier de l'urée. La fréquence de l'éclampsie chez les primipares est due probablement à ce que la pression intra-abdominale est très considérable chez elles, et aussi à leur état de surexcitation nerveuse. Une irritation réflexe, partant de l'utérus ou d'un autre organe, peut rendre insuffisante une sécrétion d'urée, qu'entravent déjà les conditions défavorables de la circulation rénale, et en fait une contraction utérine précède souvent une convulsion.

L'éclampsie, abandonnée à elle-même, cause la mort dans 74 0/0 des cas. A Guy's Hospital, on traitait autrefois l'éclampsie par la saignée, et la mortalité pour les 50 derniers cas ainsi traités a été de 73 0/0 ; puis on a subsistué le chloroforme à la saignée et la mortalité est tombée à 7,5. De 1875 à 1885, on a constaté 2 morts par éclampsie sur un total de 25,489 accouchements.

M. Auvard. — L'éclampsie est en quelque sorte une grève des organes éliminateurs et, en particulier, des reins et du foie. Aussi s'accompagne-t-elle souvent d'albuminurie ou d'ictère. L'indication la plus importante est d'activer l'élimination par les émonctoires : le jalap, les diaphorétiques (injections de pilocarpine, bains d'air chaud), les diurétiques (digitale, lait, eau, diurétiques minéraux) répondent à cette indication. En outre, on doit administrer le chloroforme ou le chloral. Chez les femmes pléthoriques, la saignée peut être utile. En tout cas, il faudra hâter la fin de l'accouchement.

M. Lawton. — Dans certains cas, l'éclampsie est due à une irritation réflexe du pneumogastrique. J'ai obtenu de bons résultats de la nitro-glycérine dans un cas où l'albuminurie et l'anasarque faisaient craindre une attaque d'éclampsie. Par contre, la nitro-glycérine a échoué dans un cas d'éclampsie déclarée, où la morphine a amené une amélioration rapide.

M. Manby. — L'albuminurie peut faire complèment défaut au moment de l'accès, puis se montrer quelque temps après et persister pendant un certain temps. Cela tient à ce que, chez la femme en couches, l'intensité des réflexes est augmentée ; une contraction spasmodique réflexe des artères du rein produit d'abord une diminution de la sécrétion urinaire, puis une altération de l'épithélium, qui, ultérieurement, détermine une albuminurie plus ou moins persistante. Ce qui se passe alors dans les reins est analogue à ce qui a lieu aux extrémités des membres dans la maladie de Raynaud. L'albuminurie, qui succède parfois aux attaques épileptiformes ou du tétanos, pourrait bien avoir aussi pour origine un spasme vasculaire du rein.

Grossesse extra-utérine et hématosalpinx.

M. Alban Doran. — J'ai opéré une femme de trente-six ans, mariée depuis treize ans et qui avait eu un enfant trois ans après son mariage ; deux ans plus tard, elle fut prise, à la suite d'un retard dans la menstruation, de douleurs violentes dans l'abdomen, et depuis ce moment elle ressentit des douleurs plus ou moins fréquentes. Une laparotomie exploratrice fit découvrir une dilatation de la trompe gauche, pleine de sang et rompue près de son extrémité libre. La cavité péritonéale contenait des caillots sanguins. La trompe droite était aussi remplie de sang partiellement coagulé. Les deux trompes furent enlevées et la malade guérit.

La trompe droite présentait des traces de villosités choriales; les accidents avaient donc eu pour cause une grossesse tubaire ; la grossesse avait avorté et il s'était produit une hémorrhagie ; le sang contenu dans la trompe gauche venait de la trompe droite par l'intermédiaire de l'utérus.

M. Cullingworth. — La plupart des cas d'hématosalpinx sont liés à une grossesse tubaire; le sang peut cependant provenir de la rupture d'une veine variqueuse, ainsi que j'en ai observé un exemple.

Causes de la mort subite.

M. Wynn Westcott. — Sur 1000 décès à propos desquels j'ai été appelé à faire une enquête, en excluant les décès causés par des accidents, des meurtres et des suicides et ceux qui concernent des enfants au-dessous de 12 ans, j'ai trouvé 303 cas de mort subite, 185 chez des hommes et 118 chez des femmes. Dans 29 0/0 des cas, la cause de la mort subite doit être attribuée à des excès alcooliques. La mort est survenue 210 fois par syncope, 64 fois dans le coma, 29 fois par asphyxie. Sur les 64 cas de coma, 20 étaient dus à l'alcool. Les cas de mort par asphyxie comprennent des faits de convulsions, d'œdème subit de la glotte, etc. Enfin, parmi les 210 cas de syncope, j'ai relevé 15 ruptures d'anévrysme aortique, 2 ruptures d'un ventricule du cœur; 1 rupture de l'oreillette droite ; 20 cas de lésions valvulaires du cœur ; 3 de dilatation cardiaque sans lésion valvulaire ; 77 de dégénérescence graisseuse du cœur ; 10 hémoptysies ; 3 hématemèses, chez des alcooliques ; 2 métrorrhagies ; 2 cas d'embolie ; 3 cas de perforation de l'estomac ou de l'intestin, 2 de delirium tremens, 2 d'angine de poitrine, etc.

La cause occasionnelle de la mort subite dans les cas de syncope a été souvent un effort inusité ou trop violent, tel que celui nécessité par le jeu de lawn tennis. D'autres fois, un choc ou émotion vive, l'acte de la défécation (5 fois) ou le coït (2 fois) ; un individu est mort de syncope dans un bain turc ; 5 fois il y avait une distension excessive de l'estomac chez des individus dont le cœur était dégénéré; 6 fois la mort était survenue dans les rues de Londres par suite de privations et manque de nourriture.

Comme on le voit, les excès alcooliques jouent un rôle considérable dans la mort subite.

Conditions qui favorisent ou retardent le développement de la tuberculose pulmonaire.

M. Sansom. — Il est fort rare qu'on rencontre chez les enfants au-dessous de douze ans les symptômes de phthisie pulmonaire si fréquents chez l'adulte. La phthisie pulmonaire est rare chez les individus atteints de lésions valvulaires du cœur; je n'ai jamais vu la phthisie pulmonaire associée à l'insuffisance mitrale de cause organique; quelquefois elle se rencontre dans les cas de rétrécissement mitral.

Il est probable que l'hypérémie pulmonaire produite par l'insuffisance est défavorable au développement des bacilles. Par contre, le rétrécissement de l'aorte pulmonaire paraît favoriser le développement des tubercules pulmonaires.

M. Handford. — Les tensions artérielles élevées sont défavorables au bacille tuberculeux, et c'est peut-être là en partie la cause de la rareté de la tuberculose chez les carnivores. La dyspepsie prédispose à la phthisie, en diminuant la vitalité des tissus. La phthisie est rare chez les malades atteints de rein contracté, chez lesquels la tension artérielle est très élevée.

M. Bristowe. — J'ai observé quelques cas de phthisie pulmonaire chez des malades atteints d'insuffisance mitrale.

M. Hunter. — Lorsque le bacille tuberculeux est introduit dans les tissus, les substances qu'il sécrète déterminent d'abord une irritation locale, puis vient la phase inflammatoire qui correspond à la néoformation lymphoïde; puis, la dégénérescence caséeuse, la transformation fibreuse des tissus avoisinants et la mort du bacille. La diversité des lésions tient à ce que le bacille sécrète des substances différentes à différentes périodes de sa vie et après sa mort : celles qui sont excrétées par le bacille vivant produisent une irritation limitée; celles provenant du bacille mort déterminent au contraire l'inflammation, et ultérieurement la transformation fibreuse des tissus.

M. Burney Yeo. — On attribue souvent trop vite à la guérison des foyers tuberculeux le développement, au sommet du poumon, de nodules caséeux, durs, infiltrés de sels calcaires; ils peuvent être constitués par une simple dilatation bronchique isolée par la pneumonie interstitielle, par un abcès résultant d'une pneumonie fibrineuse, par un nodule d'origine syphilitique ou gangréneuse; dans tous ces cas, l'aspect de la lésion est le même. Cependant la phthisie pulmonaire s'arrête et guérit quelquefois; souvent, alors, on a noté des hémoptysies survenant tout à fait au début de la maladie.

Rôle de l'acide urique dans le développement de l'hémoglobinurie.

M. Haig. — Chez une petite fille de six ans, atteinte d'hémoglobinurie, pâle et mal nourrie, atteinte de kérato-conjonctivite, l'urine, sécrétée peu après l'entrée à l'hôpital, était presque noire et contenait une quantité considérable d'albumine. Pendant l'accès d'hémoglobinurie, la quantité d'acide urique était à celle de l'urée dans la proportion de 1 à 30. De temps en temps, les mains et les pieds de la malade devenaient le siège d'une asphyxie locale plus ou moins persistante et, pendant ces attaques d'asphyxie locale, on trouvait des globules blancs en excès. Une heure avant un accès d'hémoglobinurie, le sang contenait 3,800,000 globules rouges par millimètre cube; une heure après l'attaque, il n'en contenait plus que 2,990,000. Plus l'attaque se prolongeait, plus on constatait l'excès d'acide urique dans le sang et dans l'urine. Après l'emploi du salicylate de soude, les accès devinrent de plus en plus rares, bien que l'enfant eût été exposée au froid à diverses reprises. Pendant son séjour à l'hôpital, l'enfant eut quarante-cinq attaques d'asphyxie locale des pieds et des mains, et neuf accès d'hémoglobinurie. Ces analyses montrent que l'acide urique est en excès et peut jouer un rôle dans l'hémoglobinurie. On peut admettre que l'acide urique en excès dans le sang produit une contraction des artères et augmente la tension vasculaire; ce spasme artériel peut être assez intense pour produire les symptômes d'asphyxie locale qu'on observe dans la maladie de Raynaud.

De même il est probable que dans certains cas de leucocythémie, l'excès d'acide urique joue un rôle encore indéterminé.

Traitement de la métrite du col.

M. Auvard. — La métrite chronique reconnaît généralement pour cause une lésion légère de la muqueuse, produite par l'accouchement, le coït, etc., et servant de porte d'entrée à certains microbes, qui produisent une inflammation d'abord de la muqueuse cervicale puis du reste de la surface intra-utérine; le processus pathologique peut même, en fin de compte, atteindre le tissu musculaire.

Si l'inflammation est superficielle, elle provoque un écoulement muco-purulent; dans les cas d'intensité moyenne, il y a en outre un ectropion de la muqueuse. Dans les cas les plus avancés, il peut y avoir une hypertrophie inflammatoire de la muqueuse du col. Au premier degré, les lésions guérissent facilement par les applications de créosote, de perchlorure de fer, de teinture d'iode, etc. Au troisième degré, elles nécessitent l'amputation du col. Au second degré, elles réclament un traitement assez long, consistant en cautérisations des lèvres du museau de tanche par l'injection interstitielle de quelques gouttes d'un liquide contenant parties égales de créosote, d'alcool et de glycérine, suivies de scarifications profondes de la muqueuse et d'un pansement au salol. Le traitement dure de deux à trois mois.

M. A. Doran. — Cette méthode s'applique exclusivement à la métrite cervicale et ne doit pas être employée dans la forme ordinaire qui atteint la surface entière de la muqueuse utérine.

Rôle anatomo-pathologique des artères coronaires.

M. Wilde. — Dans 112 autopsies j'ai noté les dimensions et les altérations des artères coronaires.

Dans 54 0/0 des autopsies il y avait une lésion plus ou moins prononcée des artères coronaires dont la fréquence augmente assez régulièrement avec l'âge. Chez les sujets âgés de moins de trente ans atteints de néphrite interstitielle chronique, il y a presque constamment une sclérose des coronaires. Dans tous les cas de cancer et dans tous les cas de phthisie pulmonaire (4), j'ai constaté de l'athérome des coronaires (5). Dans 5 cas de mort subite, j'ai constaté de l'athérome. Chez une fillette de douze ans qui était morte subitement, sans qu'on

pût découvrir la cause de cet accident, on trouva des lésions athéromateuses très nettes de l'aorte et des artères coronaires sans autre lésion.

Dans aucun cas d'oblitération des artères coronaires on n'avait noté, pendant la vie, les symptômes de l'angine de poitrine.

Je n'ai constaté que deux fois une légère dégénérescence graisseuse du cœur et je n'ai trouvé aucun rapport entre cet état pathologique et les lésions des artères coronaires, mais les autopsies sont en trop petit nombre pour qu'il soit permis de généraliser.

Ophthalmoplégie.

MM. Collins et Wilde. — Nous avons réuni tous les cas d'ophthalmoplégie publiés dans les journaux médicaux anglais. Ils sont au nombre de 120, dont 73 hommes, 39 femmes et 8 dont le sexe n'est pas indiqué. Dans 40 cas, soit 33 0/0, il y avait des antécédents syphilitiques. Un œil a été atteint dans 61 cas, les deux dans 48. Dans 65 des 120 cas, on a constaté, outre l'ophthalmoplégie externe, une paralysie plus ou moins complète des muscles profonds de l'œil. Quand l'ophthalmoplégie externe est accompagnée d'une paralysie isolée soit du muscle ciliaire soit de l'iris, c'est presque toujours l'iris qui est atteint. Sur 116 cas d'ophthalmoplégie externe, on a noté 47 fois la paralysie isolée du moteur oculaire commun, 42 fois la paralysie des 3e, 4e et 6e paires, 11 fois de la 6e seulement, 8 fois des 3e et 4e, 4 fois des 3e et 6e, 4 fois des 4e et 6e et 2 fois de la 4e seulement. Sur 92 cas, 52 ont été améliorés considérablement et 26 ont guéri.

L'ophthalmoplégie est beaucoup plus grave chez l'enfant que chez l'adulte.

Injections de gaïacol iodoformé.

M. Robertson a mis en œuvre la méthode de M. Picot sur les injections sous-cutanées d'iodoforme et de gaïacol; il a employé, pour chaque injection, une solution de 0.01 d'iodoforme et de 0.05 de gaïacol dans un centimètre cube d'huile d'olive. Il a traité en tout 21 malades par cette méthode, et il formule les conclusions suivantes :

1° Dans l'empyème on obtient des résultats satisfaisants après l'incision du thorax, mais il faut drainer la cavité pleurale avec soin;

2° Dans la phthisie pulmonaire avec élévation notable de température, les injections amènent souvent une diminution de la fièvre et, par conséquent, de l'activité du processus morbide;

3° Même quand la fièvre ne diminue pas d'une manière notable, on peut constater une amélioration sous le rapport de la toux et de l'expectoration;

4° Les injections ne paraissent pas avoir pour conséquence évidente une augmentation du poids des malades;

5° Les injections de gaïacol et d'iodoforme ne présentent aucun danger;

6° Ce traitement n'empêche pas le développement de certaines complications, telles que méningite, pleurésie, hémoptysie et pneumothorax.

M. Shingleton Smith pense que l'administration du gaïacol et de l'iodoforme par la bouche donne d'aussi bons résultats que les injections; on peut, de cette manière, faire prendre au malade des doses beaucoup plus considérables.

REVUE DES JOURNAUX

Pathogénie de quelques hémorrhagies bronchiques et gastriques observées dans le rétrécissement mitral, par Richardière (*La Médecine moderne*, 23 juillet 1891, p. 547). — Les hémorrhagies observées dans le rétrécissement mitral ne sont pas toujours liées à des troubles de la circulation générale. Les hémoptysies peuvent être dues à la tuberculose pulmonaire concomitante, laquelle, plus fréquente que dans les autres affections valvulaires, peut tenir à l'âge des sujets qui, généralement plus jeunes, sont plus exposés à la contagion hospitalière de la tuberculose. Les hématémèses peuvent tenir à des ulcères gastriques d'origine embolique,

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 15 septembre 1891.

Présidence de M. Tarnier

Pathologie sémitique.

M. Hardy. — Une longue pratique à l'hôpital Saint-Louis m'a permis de reconnaître que les israélites sont beaucoup plus sujets que d'autres aux affections cutanées, particulièrement à l'eczéma, dont la gravité est généralement assez grande chez eux. Il doit y avoir sans doute une prédisposition ethnique et je ne serais pas étonné que Moïse, ce grand hygiéniste, y ait pris garde en proscrivant l'usage de la viande de porc.

On a accusé les israélites de beaucoup de défauts: avarice, vanité, etc..., il faut reconnaître qu'à cet égard bien des chrétiens sont juifs. Par contre, il faut reconnaître qu'ils sont généralement charitables, qu'ils comptent parmi eux beaucoup de savants, notamment des médecins et que, grâce à nos principes de tolérance et d'égalité, proclamés à la fin du siècle dernier, ils ont pu faire dans l'armée la preuve de leur bravoure et de leur patriotisme.

Aristol et tuberculose.

M. Hérard. — M. le Dr Nadaud (de La Rochefoucauld, Nièvre), a informé l'Académie des succès qu'il aurait obtenus dans le traitement de la tuberculose par les injections hypodermiques de la solution suivante :

Huile d'amandes douces stérilisée....	100 cent. cubes.
Aristol...........................	1 —

à la dose d'un centimètre cube par jour.

Il l'essaya d'abord pour des abcès multiples dans un cas de coxalgie chez un enfant de 7 ans; au bout de 25 jours, plus de trace de suppuration.

23 malades atteints de lésions tuberculeuses pulmonaires furent traités exclusivement par cette médication. M. Nadaud dit avoir constaté 7 guérisons complètes maintenues depuis 3 et 4 mois après 2 et 30 jours de traitement et 5 cas guéris après une seconde série d'injections faites un mois après les premières; 3 n'ont observé aucune amélioration; 2 sont morts de maladies intercurrentes et 6 sont encore en traitement. *A priori* cette médication est rationnelle, puisque l'aristol, thymol-bi-iodé, biiodure de dithymol, est un corps composé de substances éminemment antiseptiques. Elle ne produit aucun accident toxique ni inflammations locales. Il reste à la juger définitivement et à la comparer avec l'emploi de la créosote et du gaïacol qui paraissent doués d'une réelle efficacité.

Hystérectomie abdominale totale.

M. Guermonprez (Lille) après avoir résumé les discussions récentes sur les indications de l'hytérectomie abdominale pour myomes et sur le traitement extra ou intra-péritonéal du pédicule après cette opération, montre que certains chirurgiens, pour le cancer surtout, ont fait l'hystérectomie abdominale sus-vaginale suivie de l'extirpation du moignon par le vagin. M. Bouilly ayant communiqué au Congrès de chirurgie (voy. *Mercredi* 1891, p. 171), un fait de ce genre, pour fibrome, M. Pozzi a répondu que, après les essais de Bardenheuer, de A. Martin, les chirurgiens allemands revenaient de cette pratique — ancienne déjà, ajoute M. Guermonprez, car il y a des faits de Burnam (1864), Kœberlé (1864, 1866), Péan (1869).

C'est une bonne méthode, au contraire, d'après M. Guermonprez, qui l'a mise une fois en pratique avec succès. Son intervention a été conduite tout entière par la voie abdominale. Elle consiste à sectionner les ligaments larges jusque près de l'artère utérine, puis à inciser les culs-de-sac péritonéaux, à décoller ensuite la vessie avec le doigt jusqu'à ce qu'on sente bien la lèvre antérieure du museau de tanche. Puis on perfore le vagin sur la ligne médiane, à la sonde cannelée et on fait de chaque côté un pédicule lié à la soie. Tamponnement du vagin à la gaze iodoformée. Le décollement de la vessie est très aisé, et le danger de léser l'uretère n'est pas plus grand que dans tous les procédés d'hystérectomie,

SOCIÉTÉ D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE NORMALES ET PATHOLOGIQUES DE BORDEAUX

Rupture du tendon de l'extenseur propre du gros orteil.

M. Ferron présente un malade qui a reçu un coup de pied de cheval sur la première phalange du gros orteil et la face interne du pied.

Après vingt jours de massage, l'examen permet de constater que le gros orteil tombe en flexion. On a fait le diagnostic de rupture du tendon de l'extenseur propre du gros orteil qui, peut-être, est aussi détaché d'un tendon du pédieux; il y a de plus écrasement du nerf tibial. Après l'application d'un appareil plâtré, un examen nouveau dénote une anesthésie totale de la peau de la moitié interne de la face dorsale du pied.

M. Ferron a l'intention d'aller à la recherche de la portion inférieure du tendon et de la suturer, soit avec le bout supérieur, soit à défaut avec les parties voisines.

Chéloïdes congénitales.

M. Lamarque présente un malade du service de M. Demons, qui présente depuis sa naissance une plaque de tumeurs chéloïdiennes dans la région sous-ombilicale. Il y a trois ans, à l'occasion d'un traumatisme, la partie inférieure de cette lésion a pris un développement plus rapide et forme deux tumeurs molles qui paraissent être du sarcome.

M. Arnozan dit que la première impression que donne la tumeur, sans renseignements, est celle d'un squirrhe en cuirasse. Etant donnée l'origine congénitale de la tumeur, il se range au diagnostic de M. le professeur Demons. Cette affection, dit-il, est rare, surtout dans notre race. On la rencontre fréquemment dans la race nègre et lui-même a eu l'occasion de constater, il y a deux ans, sur l'épaule d'une femme de la troupe des Pahouins, deux tumeurs assez larges, chéloïdes spontanées d'origine congénitale. Dans le cas particulier, il y a un fait intéressant : c'est le développement de la tumeur à l'occasion d'un traumatisme. C'est du sarcome probablement, quoique l'on ne trouve pas de ganglions.

Le malade, de plus, est syphilitique. La syphilis pourrait ne pas être étrangère au développement de la partie inférieure de la tumeur; aussi serait-il bon d'essayer le traitement spécifique.

Ulcère perforant de l'estomac.

M. Brunet. — Les pièces que nous avons l'honneur de présenter à la Société d'anatomie proviennent d'un homme, âgé de quarante-quatre ans, entré à l'hôpital le 5 mars 1891 avec tous les symptômes d'une péritonite. Le malade mourut pendant la nuit sans avoir pu être examiné par aucune autre personne que l'interne du service.

L'autopsie fut faite le 7 mars. Nous trouvâmes à l'ouverture de la cavité abdominale toutes les lésions d'une péritonite généralisée. En outre, l'estomac présentait des lésions qui nous ont paru dignes d'intérêt. Sur la face antérieure et sur la face postérieure de l'estomac, nous trouvons deux perforations à peu près semblables, de la dimension d'une pièce de cinquante centimes et dont les bords sont épaissis, indurés, taillés à pic. Cette perforation est évidemment le point de départ de la péritonite, sur laquelle nous n'avons pu obtenir aucun renseignement.

En ouvrant l'estomac par une incision faite le long de la grande courbure, nous voyons que la muqueuse est le siège d'une vaste ulcération, au centre de laquelle nous voyons aboutir les deux perforations signalées tout à l'heure.

Cette observation nous a paru intéressante, car on n'a pas assez insisté sur la fréquence de la péritonite dans le cours de l'ulcère rond de l'estomac.

Hernie du poumon.

M. Favraud présente un malade qui reçut, à l'âge de quatorze ans, un coup de corne de vache dans la région thoracique antérieure, au niveau du huitième espace intercostal. La plaie, assez superficielle, cicatrisa au bout de huit jours. Dans les quatre jours qui suivirent l'accident, dyspnée insensé qui s'atténua peu à peu et finit par disparaître. Une semaine plus tard, le malade reprenait son travail.

Il n'éprouva dans la suite aucune douleur; il remarqua toutefois qu'à l'occasion d'efforts violents la peau était soulevée au niveau de son ancienne blessure.

Il y a vingt jours, début de bronchite, douleur vive au point lésé, exaspérée par chaque inspiration et par la toux qui devient plus fréquente; saillie plus considérable de la tumeur, que le malade comprime avec la main quand il veut faire un effort quelconque.

La hernie a la forme d'un boudin couché transversalement dans le huitième espace intercostal, dans la partie antéro-latérale; elle est réductible, sonore à la percussion. L'auscultation permet d'y constater le murmure vésiculaire.

La peau, à sa surface, présente une cicatrice ancienne; on ne sent pas de couche musculaire interposée entre la peau et la tumeur.

Le diagnostic porté est hernie du poumon, d'abord indolente, accrue et devenue douloureuse à l'occasion de la bronchite et de la toux répétée.

M. Boursier insiste sur l'intérêt que présente cette hernie. Elle se produit pendant les mouvements d'expiration, si l'on fait, par exemple, tousser le malade. L'agent principal est le rétrécissement de la cage thoracique et aussi l'ampliation pulmonaire.

M. W. Dubreuilh dit que la toux est un effort et qu'elle ne peut pas être rapprochée du phénomène expiratoire.

M. Vergely se range à l'opinion de M. W. Dubreuilh et rapporte ensuite un cas de hernie du poumon survenu à la suite d'un coup de baïonnette ayant entamé seulement les parties molles, les muscles du thorax et glissé sur la côte.

Rougeole grave; angine infectieuse; adéno-phlegmon du cou.

M. Cousin donne lecture d'une observation d'angine infectieuse secondaire avec adéno-phlegmon du cou, compliquant une rougeole grave chez un enfant de sept ans et suivi de mort par œdème sus-glottique. La rougeole, se rattachant à la forme ataxo-adynamique, était accompagnée de délire, d'un état typhoïde profond avec prostration des forces et d'une hyperpyrexie continue.

Une angine s'est montrée pendant les prodromes de la rougeole; l'inflammation de la gorge qui fait partie du cortège symptomatique de la scarlatine s'observe rarement dans l'infection morbilleuse. Un adéno-phlegmon double apparaît le troisième jour de l'éruption; le lendemain, la déglutition devient gênée et l'absorption des liquides impossible. Le sixième jour, la respiration s'embarrasse; la dyspnée devient continue, tirage et cornage; épiglotte et replis aryténo-épiglottiques durs, tuméfiés, obstruant l'orifice supérieur du larynx; le soir, l'enfant meurt subitement.

L'examen bactériologique, fait par M. le professeur agrégé W. Dubreuilh, démontre l'existence d'un nombre considérable de microcoques en chaînettes dans le pus du phlegmon. Il n'y a pas de doute sur la cause de cette adénite suppurée, elle est due à la présence des streptocoques dont l'absorption a été favorisée par l'angine du début de la rougeole.

M. André Moussous. — Il ressort de cette observation que toutes les angines peuvent servir de porte d'entrée aux streptocoques. On n'a donc plus à considérer seulement les complications désignées sous le nom de *bubons scarlatineux.*

Paralysie agitante sans paralysie.

M. Cousin présente une malade du service de M. le professeur Pitres. C'est une femme de cinquante-six ans, qui est depuis six mois à l'hôpital. Il y a un an, elle commença à s'apercevoir que ses forces diminuaient ; actuellement, elle a une attitude rappelant nettement celle de la paralysie agitante. La parole est légèrement embarrassée; l'équilibre est assez bien conservé lorsqu'on lui fait fermer les yeux. Il y a une légère courbature. Pas de tremblement.

M. Pitres a porté le diagnostic de paralysie agitante sans paralysie.

Résection sous-périostée du coude droit.

M. Piéchaud présente un enfant qui a subi une résection sous-périostée du coude droit pour une tumeur blanche dont il était porteur. La guérison a été extrêmement rapide. L'opé-

ration remonte à six semaines et déjà la cicatrisation est complète. Les mouvements anormaux de latéralité n'existent pas. La flexion et l'extension se font très bien. A la palpation, on sent nettement les saillies des extrémités osseuses, qui se reconstituent.

Le présentateur pense que c'est à tort que certains chirurgiens ont affirmé qu'une cicatrisation trop rapide est préjudiciable à la reconstitution des os. Il ne reste maintenant qu'à s'occuper des muscles légèrement atrophiés.

Exostose de développement survenue à l'occasion d'un traumatisme.

M. Régnier présente une exostose ostéogénique provenant d'un petit malade du service de M. Pousson. Il y a deux ans, il reçut un traumatisme sur la face interne du tibia droit. Une tumeur, accompagnée d'ecchymose, se développa rapidement pour se résorber peu à peu mais incomplètement. Un second traumatisme la fit s'accroître de nouveau. Cette tumeur, du volume d'une petite pomme, mobile sous la peau et sur les parties profondes, à trois centimètres environ audessous du cartilage de conjugaison, fut prise pour un hématome plus ou moins complètement ossifié.

Lorsqu'on a incisé les téguments et les parties molles, on s'est trouvé en présence d'une exostose dont la mobilité était due à la longueur et à l'élasticité du pédicule, qui remontait jusqu'au cartilage de conjugaison.

Eruption hydrargyrique de cause interne.

M. Lamacq montre un malade qui, à la suite de l'ingestion d'une dose considérable de sublimé (tentative de suicide), présente une éruption hydrargyrique aiguë très étendue,

M. W. Dubreuilh. — Dans un mémoire publié dans la *Revue de médecine*, M. Morel-Lavallée établit que ces éruptions sont presque toujours scarlatiniformes; elles peuvent, au début, être rubéoliformes, mais cette ressemblance ne dure pas. Il est à remarquer ici que cette éruption papuleuse n'a aucune tendance à devenir scarlatiniforme. De plus, il est bon de noter que le sujet n'a jamais eu ni angine ni conjonctivite. La quantité de mercure absorbée est le plus souvent indifférente; les éruptions surviennent quelquefois chez des personnes très sensibles, à la suite d'une dose presque infinitésimale d'un sel de mercure.

M. Pousson. — L'anurie signalée dans le cas de M. Lamacq a pu se montrer sans accidents cutanés ou muqueux, comme dans un cas qui m'est personnel.

M. W. Dubreuilh. — J'ai remarqué que chez les syphilitiques traités par des injections sous-cutanées d'oxyde jaune, on signalait des accidents d'hydrargyrisme après l'absorption d'iodure de potassium. Il y a probablement formation rapide d'une grande quantité de biiodure soluble.

Fracture du sternum, consécutive à une chute sur le dos.

M. Matignon. — V... (Pierre), quarante ans, tailleur de pierre, a fait, le 30 juin 1891, une chute en arrière. Il est tombé de trois mètres cinquante de hauteur. La nuque et les premières vertèbres dorsales ont surtout subi le choc.

Après sa chute, il a essayé de se relever, il n'a pas pu; les camarades l'ont remis sur pied; la station debout était très douloureuse. La douleur siégeait au niveau de la partie supérieure de la région sternale et elle était tellement exagérée par la marche, que le sujet ne put faire que quelques pas et dut être couché sur un brancard pour son transport a l'hôpital.

Un quart d'heure après sa chute, légère hémoptysie, et pendant une heure ou deux ses crachats furent teintés de sang.

Quand il entra à l'hôpital, au niveau de l'articulation de la poignée et du corps, il accusait de la douleur, réveillée par les efforts de toux et les mouvements du thorax.

Une légère ecchymose siégeait à ce point. Pas de déformation; pas de chevauchements osseux.

La palpation, un peu énergique, faisait percevoir de la crépitation. Mais elle n'avait pas le caractère classique de la crépitation osseuse: il semblait plutôt qu'il s'agît de deux surfaces assez régulières frottant l'une sur l'autre.

La crépitation n'est plus perceptible maintenant, mais le malade prétend qu'il entend « craquer ses os » quand il tousse.

Cette fracture est très probablement par contraction musculaire, les pièces du sternum ayant été arrachées par les sterno-cléido-mastoïdiens, d'un côté, et les muscles droits de l'abdomen, de l'autre, agissant en sens contraire sur le même os.

Névrome plexiforme de la nuque.

M. Lande. — Voici une tumeur que j'ai enlevée récemment et dont l'histoire est intéressante à plusieurs points de vue.

Une jeune fille de quatorze ans, sans antécédents héréditaires ni personnels, vit apparaître, il y a quatre ans, sur la nuque, au niveau même d'un petit nævus sans vascularisation appréciable, une petite tumeur. Soumise à des traitements aussi variés qu'intempestifs, elle avait rapidement augmenté de volume. Lorsque je la vis pour la première fois, il y a de cela plus d'un an, la tumeur était molle, pâteuse, provoquant un endolorissement général de la région. La base était entourée de petits noyaux isolés et douloureux. Je portai le diagnostic de molluscum, non sans un point d'interrogation et conseillai d'attendre. Le sujet insistant de plus en plus, avant de prendre une détermination, je l'envoyai à M. Arnozan. Notre savant confrère porta le diagnostic de névrome plexiforme; il me fit savoir, en outre, que cette affection lui paraissait assez rare, puisqu'il n'en avait vu qu'un seul cas pendant son séjour à Saint-Louis. Après avoir étudié la question moi-même, je m'arrêtai également à ce diagnostic et conseillai plus que jamais d'attendre, à cause de la récidive signalée par tous les auteurs. Ces faits se passaient il y a juste un an.

Ces jours derniers, on conduisit de nouveau le sujet dans mon cabinet. Je constatai que le volume de la tumeur était resté stationnaire. Elle s'étendait d'une oreille à l'autre et présentait une hauteur de douze centimètres environ. Sa partie supérieure était recouverte légèrement par les derniers cheveux de la région occipitale.

Sur les nouvelles instances de la famille, je me décidai à intervenir. L'ablation a été très pénible et l'hémostase difficile.

La tumeur que je mets sous vos yeux est constituée par une gangue fibreuse, épaisse, criant sous le scalpel. Elle renferme en son centre des nodules gélatineux, translucides, rappelant assez des ganglions lymphatiques. Les petits nodules douloureux de la périphérie ont une structure analogue.

Traitement de la phlébite infectieuse post-partum par des injections sous-cutanées d'acide phénique.

M. Audebert communique le résultat de ses recherches. Ces injections ont été faites suivant les procédés employés dans le traitement du furoncle et de l'anthrax. Il est arrivé progressivement à injecter dans le tissu périvasculaire 4 centigrammes d'acide phénique. Dans un premier cas, six jours ont suffi pour faire disparaître un œdème considérable, dû à l'oblitération de la veine saphène. Au bout d'un mois et demi, la malade marchait librement. Chez une seconde malade, on n'a pu prendre une observation précise, à cause de son insubordination.

M. Audebert n'a pas osé pratiquer d'injections intravasculaires, mais il croit qu'elles seraient plus utiles, à cause même de leur action sur l'endothélium où pullulent les microbes. L'acide phénique qu'il a injecté n'a sûrement pas eu d'action locale.

M. W. Dubreuilh. — La dose injectée par M. Audebert est beaucoup trop faible pour avoir une action quelconque une fois délayée dans le sang. Cinquante centigrammes d'acide phénique injectés dans la circulation font, avec les sept litres de sang qu'on admet en moyenne, une solution à 1/14,000e et aucun microbe connu n'est influencé par une dose aussi minime. Encore faudrait-il tenir compte de la lymphe, qui représente une quantité plus considérable encore, et de la rapide élimination par les urines.

M. Lande. — Chez un malade atteint d'un furoncle de la lèvre supérieure, j'ai injecté jusqu'à 60 centigrammes d'acide phénique, en commençant par 20. Je crois que, dans

ce cas, il agit comme antiseptique général et non comme antiseptique purement local. Il vaut peut-être mieux non seulement s'abstenir d'injections intravasculaires, mais pratiquer les injections sur un point éloigné du siège de la phlébite.

Coccidies dans un épithélioma de la main.

M. W. Dubreuilh montre des préparations d'un épithélioma de la main, enlevé par M. Demons en 1889. On y voit des coccidies bien développées. Ce malade fut présenté à la Société par M. Braquehaye à cette époque et, outre l'épithélioma de la main, on y remarquait des verrues cornées disséminées sur les extrémités. M. W. Dubreuilh se propose de retrouver ce malade et d'examiner ces verrues.

M. Lagrange adresse quelques questions au présentateur, touchant la réalité des coccidies. Il a souvent rencontré dans des coupes d'épithélioma des corps arrondis, qu'il considérait comme des cellules en dégénérescence cornée, subissant isolément l'évolution épidermique avant de s'agglomérer.

M. W. Dubreuilh répond que Virchow avait vu des coccidies sur les coupes de certains épithéliomas, mais il n'avait pas soupçonné leur véritable nature. Les raisons suivantes s'opposent à l'idée de dégénérescence cornée :

1° Ces corps sont plus volumineux que les cellules voisines non dégénérées; or, en général, les cellules qui subissent l'évolution épidermique diminuent de volume;

2° Ils diffèrent des cellules en dégénérescence cornée, en ce que leur membrane hyaline, à double contour, ne s'est pas laissé colorer en jaune par l'acide picrique;

3° Ils sont, par places, englobés dans des cellules voisines non dégénérées, dont le protoplasma et le noyau, repoussés à la périphérie, affectent la forme d'un croissant.

Epingle à cheveux extraite de la vessie d'une jeune fille.

M. Pousson présente une épingle à cheveux qu'il a extraite de la vessie d'une fillette de quinze ans. Il fallut faire basculer en avant le corps étranger, dont une des branches avait percé la cloison vésico-vaginale, et pratiquer une véritable version, procédé préconisé d'ailleurs par plusieurs auteurs.

Sphacèle de la vessie consécutif à une rupture traumatique de l'urèthre.

M. J. Pépin. — Je vous présente une membrane provenant de la vessie d'un sujet atteint de cystite membraneuse et chez lequel M. le Dr Dubourg avait pratiqué la taille hypogastrique pour remédier à l'impossibilité du cathétérisme uréthral.

Cette membrane a été éliminée trois jours après l'opération par l'orifice de la taille pendant un lavage vésical. Elle est d'un gris noirâtre, large comme la main, d'une épaisseur de deux millimètres en moyenne. Elle dégage une odeur caractéristique de sphacèle. Ses bords sont déchiquetés. Près d'un de ses bords se voit un orifice ovalaire, admettant facilement l'extrémité du petit doigt, à bords réguliers, taillés en biseau. Cet orifice n'est peut-être que l'embouchure très dilatée d'un uretère dans la vessie.

La face de la membrane qui regardait la cavité vésicale est légèrement tomenteuse, incrustée partout de sable phosphatique. La face opposée est irrégulière, ne présente pas d'incrustations calcaires.

L'examen microscopique de cette membrane y a démontré nettement l'existence de fibres musculaires lisses. Ce n'est donc pas une fausse membrane ayant doublé, à un moment donné, la paroi vésicale, mais bien une gangrène, une exfoliation de la vessie.

Thrombose de l'artère pulmonaire.

M. Brunet. — Une femme est entrée dans le service de M. le professeur Vergely, sans affection bien définie. Aucun signe pulmonaire ou cardiaque bien caractérisé. Un jour, elle s'était rendue seule aux cabines, on l'y retrouva morte.

L'autopsie nous permit de vous soumettre les pièces suivantes : le ventricule droit, l'oreillette du même côté et l'artère pulmonaire gauche, jusqu'aux divisions secondaires, sont remplis d'un caillot fibrineux, remontant en outre dans la veine cave supérieure.

M. Vergely. — Il m'a été donné de présenter à la Société d'Anatomie cinq cas analogues; j'ai, en outre, publié sur ce sujet un travail dans la *Gazette hebdomadaire des Sciences médicales*. Ces cas accompagnent le plus souvent les épanchements pleuraux. A-t-on affaire à des caillots anciens ayant pu, à un moment donné, déterminer la mort, ou simplement à des caillots agoniques ? La décoloration complète et la mort fréquente avec de pareils caillots me laissent supposer un rapport de cause à effet. Un auteur allemand, qui a repris le sujet, a démontré qu'une légère pression sur les veines caves suffisait à produire ces caillots. C'est probablement par ce mécanisme qu'agissent les épanchements. Il résulte de ce fait également que les pleurésies droites sont aussi graves que les pleurésies gauches. Elles agissent en augmentant la pression veineuse en général (th. de Négrié). Faut-il invoquer, dans le cas qui nous occupe, l'effet de l'effort pendant la défécation ? La réponse ne saurait être affirmative.

M. André Moussous. — Duguet, à la Société médicale des hôpitaux, a publié récemment un mémoire sur ce sujet.

Il a observé fréquemment chez les tuberculeux des noyaux fibrineux au niveau des valvules des veines. Ces noyaux deviennent parfois un point d'appel pour les coagulations fibrineuses ventriculaires. La malade avait-elle des varices ?

M. Vergely — Le système veineux n'offrait aucune altération.

Hématome du pli du coude.

M. Ferron présente un soldat sur lequel il a pu suivre, après une luxation du coude rapidement réduite et accompagnée d'empâtement et d'ecchymose du bras, la formation d'un hématome. Celui-ci, placé au-devant de l'humérus, occupe la partie inférieure du brachial antérieur. La contraction violente de ce muscle, au moment où le déplacement se produit, semble devoir être invoquée dans la pathogénie de ces tumeurs. Les troubles fonctionnels qu'elles déterminent habituellement se réduisent à une gêne plus ou moins grande des mouvements d'extension.

Assez fréquents dans l'armée, ces hématomes ont été sinon méconnus, tout au moins négligés. Les hommes qui en sont atteints peuvent, à la longue, reprendre leur service.

Transformations nutritives du lipome.

M. Jules Pepin. — Je vous présente un volumineux lipome de la fesse, dans lequel se rencontrent à la fois deux des transformations nutritives des lipomes : l'induration et le kyste huileux.

La tumeur, du volume d'une tête d'adulte, était suspendue comme une besace au niveau de la région fessière droite; elle s'étendait du bord du sacrum au grand trochanter. La majeure partie est du lipome pur, c'est dans la portion qui recouvrait le grand trochanter que nous trouvons les deux altérations de nutrition, juxtaposées l'une au-dessus de l'autre sous la capsule. A ce niveau, en effet, se voit un noyau gros comme le poing, de consistance très dure, rappelant le carcinome et séparé du reste de la tumeur par une cloison fibreuse. Au-dessus de ce noyau, existe un kyste du volume d'une grosse pomme, dont la paroi se continue en bas avec la cloison qui limite la portion indurée; il renferme un liquide sirupeux, blanc, présentant les caractères d'une émulsion de graisse. De gros fragments d'un tissu analogue à celui qui compose le noyau adhérent à la paroi du kyste et en rendent la cavité anfractueuse.

Ce lipome a été enlevé par M. le Dr Dubourg chez un homme de soixante-dix ans, cultivateur. Le début remonte à une quinzaine d'années. Le patient portait alors, dans le tissu cellulaire sous-cutané de la région du grand trochanter, une tumeur du volume d'un œuf de poule, qui grossit progressivement. Il y a deux ans, une voiture renverse le malade sur le dos et une roue heurte fortement la portion trochantérienne du lipome.

Le volume considérable de cette tumeur, les compressions et les mouvements du trochanter, le traumatisme qui avait

été produit par la roue, telles sont ici les causes de ces transformations nutritives. Par la gêne de la circulation, elles ont déterminé d'un côté le ramollissement du tissu, les membranes des cellules ont disparu et la graisse mise en liberté a constitué le kyste; par les poussées irritatives, elles ont produit d'un autre côté l'épaississement des travées fibreuses d'un gros lobe du néoplasme et son induration. Ces faits, du reste, se retrouvent assez souvent dans les points des lipomes qui ont à supporter le summum des pressions et sont, par leur siège, exposés à de fréquents traumatismes.

Kyste dermoïde de la région sternale.

M. Matignon présente à la Société la photographie d'un malade, âgé de vingt-six ans, porteur d'un kyste dermoïde siégeant à la région sternale, entre les deux mamelles, kyste du volume d'une grosse mandarine et rappelant, comme forme, celle d'un sein supplémentaire.

Une ponction capillaire, faite il y a neuf ans, a laissé à la partie inférieure une petite fistule par où s'écoule, sans pression, une substance analogue à du beurre.

La tumeur, facile à énucléer, ne contenait ni poils, ni dents; la matière renfermée dans la cavité avait la couleur et l'aspect du riz au lait. La face interne de la poche était analogue à l'épiderme macéré dans l'eau.

L'examen histologique de la poche, fait par M. Barret de Nazaris, a montré qu'il s'agissait bien d'un kyste dermoïde.

Ostéomyélite de l'humérus droit, consécutive à une infection post-vaccinale par les staphylocoques.

M. Sabrazès met sous les yeux de la Société un séquestre d'ostéomyélite de l'humérus droit. L'os nécrosé baignait dans un abcès central de la diaphyse. Le pus, ensemencé sur des plaques, a donné des cultures pures de staphylocoques dorés, dont le présentateur montre des échantillons sur gélatine et sur agar.

L'opération a été pratiquée, le 30 avril dernier, à l'hôpital des Enfants, par M. le professeur agrégé Piéchaud. L'histoire clinique de la malade, une fillette de quatre ans, mérite d'être rapportée, parce qu'elle a la valeur d'une expérience de laboratoire.

Vaccinée à Marmande, le 18 avril 1890, par une sage-femme, cette enfant eut, trois jours après, un abcès superficiel à chaque point d'inoculation. Vers les premiers jours de mai, ces abcès, qui suppuraient encore, furent suivis de l'apparition de furoncles sur la paroi thoracique; trois se montrèrent successivement sur la paroi antérieure de l'aisselle gauche; deux sur le côté droit.

En juillet 1890, à la suite d'un mouvement fébrile des plus violents, l'humérus droit se tuméfie; deux abcès sous-périostés sont incisés par le médecin traitant. La suppuration se fait jour à travers deux trajets fistuleux, situés sur la région antéro-externe du bras. Le stylet permettait d'explorer le séquestre dont l'ablation a nécessité un large évidement osseux.

La petite malade appartient à une nombreuse famille, indemne de toute tare syphilitique ou tuberculeuse. Cinq autres enfants, dont l'aîné est âgé de dix-huit ans, sont florissants de santé. Elle-même n'avait jamais été malade avant l'éclosion de ces accidents.

Le vaccin avait été recueilli sur un enfant dont les pustules avaient un aspect noirâtre et laissaient écouler une sérosité de mauvais aloi. Trois autres bébés, inoculés avec le même vaccin, ont eu tous des abcès superficiels au niveau des piqûres et, consécutivement, soit des furoncles sur la face et la poitrine, soit des collections purulentes, qui se sont ouvertes spontanément à la peau, sur l'abdomen. L'un d'eux, âgé de trois ans, a été tellement éprouvé qu'il est resté depuis lors extrêmement chétif. Les autres ont guéri, mais après plusieurs mois de suppuration.

Chez notre petite malade, l'ostéomyélite s'est développée dans le cours d'une infection par les staphylocoques; la porte d'entrée des agents septiques et, dans l'espèce, très virulents, a été la vaccination pratiquée dans des conditions défectueuses.

Infection puerpérale due au staphylococcus pyogenes aureus.

M. W. Dubreuilh. — J'ai examiné, il y a quelques jours, à la demande de mon collègue et ami M. Rivière, le sang de deux malades qui étaient entrées dans le service d'isolement de la clinique obstétricale avec des accidents puerpéraux. La première de ces malades allait déjà mieux le jour où je l'ai vue, la fièvre était déjà tombée. La seconde avait encore une fièvre vive et son état général était sensiblement moins bon.

Le sang a été recueilli de la manière suivante : le doigt, savonné puis lavé au sublimé, était séché et recouvert d'un enduit de collodion; c'est à travers cette membrane que j'ai fait une piqûre avec une aiguille lancéolée, préalablement stérilisée; la goutte de sang qui apparaissait était aussitôt recueillie sur un fil de platine recourbé en œillet et ensemencé dans des tubes d'agar ou de gélatine. Dans chaque tube, j'ensemençai tout ce que pouvait porter l'œillet de platine, c'est-à-dire une quantité assez notable de sang.

Tous les tubes ensemencés avec le sang de la première malade sont restés stériles. La malade a guéri.

La plupart des tubes ensemencés avec le sang de la deuxième malade (3 sur 4) ont fourni des cultures. Chaque tube, malgré la quantité de matière ensemencée, ne contenait qu'un petit nombre de colonies. Les unes appartenaient au staphylococcus pyogenes aureus, les autres au staphylococcus cereus albus. Les premières sont caractérisées par leur culture d'un beau jaune orangé liquéfiant la gélatine et par l'aspect microscopique de cocci ronds disposés sans ordre, souvent partagés par une cloison en deux hémisphères. Les secondes ne liquéfient pas la gélatine, sur laquelle elles forment un enduit d'un blanc mat qu'on a comparé à une goutte de cire.

Chez cette seconde malade, la maladie s'est terminée par la mort et, d'après les renseignements qui m'ont été fournis par M. le Dr Rivière, il n'y a eu de suppuration en aucun point du corps.

L'infection puerpérale est généralement due au streptocoque pyogène et, dans toutes les observations qui sont rapportées dans la thèse de Widal, on voit qu'il s'agit du streptocoque. Il est rare, bien que plusieurs faits aient été rapportés, de voir l'infection puerpérale causée par le staphylocoque doré. Il est particulièrement exceptionnel de voir une infection générale par le staphylocoque ne produire qu'une septicémie sans suppuration.

Fistule pleurale ancienne; résection costale, curettage de la plèvre.

M. Pepin. — Voici un jeune homme qui a été atteint pendant 2 ans 1/2 d'une fistule pleurale du côté droit et chez lequel M. Dubourg a fait la résection de fragments de 6 centimètres des 6e, 7e et 8e côtes suivie de large ouverture et de curettage de la plèvre avec la curette de Volkmann; la cavité pleurale mesurait plus de 20 centimètres de hauteur; cette opération suivie d'un lavage avec la solution de sublimé à 1 pour 1000 et d'une cautérisation avec une solution de chlorure de zinc au 10e a amené la guérison complète en un mois; actuellement, cinq mois après l'opération, la cicatrice est souple, n'adhère pas aux côtes; elle se déprime au niveau des parties réséquées; dans une zone de 4 travers de doigt autour de la cicatrice, il y a de la matité et la respiration ne s'entend pas; mais dans le reste du thorax elle s'entend bien et il n'y a pas de craquements.

Méningo-encéphalite chronique avec pachyméningite chez une petite fille de 12 ans.

M. Moussous. — J'ai rencontré à l'autopsie d'une petite fille de 12 ans qui avait depuis l'âge de cinq mois des convulsions et qui était morte en état de mal épileptique des lésions de pachyméningite avec fausses membranes et adhérences très développées. Les lésions étaient analogues à celles observées par Pilliet en pareil cas. Il n'y avait pas de lésions scléro-gommeuses permettant d'attribuer à la syphilis les altérations méningées.

Influence de l'hyperthermie expérimentale sur le développement du charbon chez les mammifères.

MM. Jolyet et de Nabias. — En mettant des lapins

et des cobayes dans une étuve à la température constante de 36°5, leur température s'élève à 41°5 ou 42°. Les inoculations charbonneuses faites à ces animaux montrent que les cobayes hyperthermisés meurent du charbon à peu près dans le même temps que les mêmes animaux pris comme témoins et placés dans les conditions ordinaires; au contraire, les lapins inoculés et hyperthermisés ne contractent pas le charbon, alors que des lapins témoins inoculés avec les mêmes cultures et à la même dose mais non chauffés meurent toujours dans le temps normal, environ 60 heures. Ces expériences prouvent que la température ne suffit pas à elle seule à produire l'immunité contre le charbon et qu'il y a à faire intervenir un autre élément, qui subit des modifications variables suivant les espèces animales, probablement la phagocytose. Deux lapins, après avoir été inoculés, sont préservés du charbon par le séjour dans l'étuve à 36°5, puis remis dans les conditions normales et inoculés du charbon l'un 26 jours, l'autre 21 jours plus tard : au lieu de mourir en 60 heures comme le lapin témoin, ils succombent l'un en 95 heures et l'autre en 98 heures. Il est donc probable que l'immunité procurée par l'hyperthermie pourrait, si les inoculations étaient peu éloignées, persister chez les animaux replacés dans les conditions normales. Nous avons cherché si l'hyperthermie pourrait devenir une méthode générale de traitement; mais les lapins placés dans l'étuve 47 heures et même 7 heures après l'inoculation ont succombé au charbon, ce qui semble montrer que l'hyperthermie devrait se maintenir d'une façon constante pendant toute la durée de l'évolution du charbon; elle est donc presque irréalisable dans la pratique.

Luxation de l'astragale.

M. B. de Nazaris présente un charretier de 31 ans, auquel il a fait l'extirpation immédiate de l'astragale pour une luxation sous-astragalienne avec plaie par laquelle faisait issue la mortaise tibio-péronière non fracturée et contenant l'astragale, ce dernier os étant fracturé au niveau du col. La tête de l'astragale était ainsi restée en connexion avec le scaphoïde. Elle fut donc conservée, mais le reste fut extirpé; réduction de la mortaise sans résection des malléoles, lavage antiseptique. Le résultat fonctionnel est bon.

Cysticerques de la cuisse

M. A. Donnadieu présente des pièces provenant d'une malade du service de M. le Dr Dudon. Elle est âgée de vingt-huit ans. Rien à noter dans ses antécédents, au point de vue qui nous occupe. A son entrée à l'hôpital, on constate, à la région interne de la cuisse, une tumeur grosse comme une pomme, tumeur arrondie, mobile sur les plans sous-jacents. La peau glisse au-dessus d'elle, semblant cependant y être unie par places, au moyen de petits tractus analogues à ceux que l'on trouve dans le lipome; consistance assez dure; pas de fluctuation sensible; pas d'engorgement ganglionnaire.

Il y a cinq ans que la malade s'est aperçue qu'elle avait à la cuisse une tumeur, grosse à cette époque comme une noisette. Cette tumeur resta stationnaire pendant trois ans à peu près, puis elle sortit de sa torpeur et se mit à grossir, mais d'une façon fort régulière, nous assure la malade. Du reste, jamais de douleurs.

A peu près tous les chirurgiens qui la virent portèrent le diagnostic de fibro-lipome. Nul, que je sache, ne fit de cette tumeur une tumeur liquide. Rien, en effet, ne pouvait mettre sur la voie du véritable diagnostic, et l'on fut fort étonné lorsque, après l'incision des téguments et de l'aponévrose, l'on vit, par une déchirure accidentelle faite à la poche du kyste, sourdre d'abord une goutte de pus, se montrer ensuite de petits globes blancs, pris d'abord pour des hydatides et qu'à un examen plus attentif on reconnut être des cysticerques.

La plaie de notre malade fut réunie, d'ailleurs, par première intention; elle est à présent guérie. Mais, à côté de cette erreur de diagnostic sans suites fâcheuses, on peut citer un cas à peu près analogue, celui de Trélat, dont l'issue fut malheureuse. Un kyste de l'ovaire avait été diagnostiqué par tout le monde; il avait été jugé inopérable. Le kyste de l'ovaire se trouva être à l'autopsie un kyste hydatique de la paroi abdominale. Il aurait pu facilement être enlevé et l'on aurait ainsi sauvé la vie du sujet.

A côté de l'intérêt offert par l'erreur de diagnostic, le kyste présenté offre encore un intérêt histologique. Il est assez rare, en effet, de trouver, surtout réunis dans une même masse kystique, des cysticerques; on les trouve moins rarement isolés.

M. Sabrazès. — Ils se groupent cependant dans les plexus choroïdes et on les a quelquefois considérés, mais à tort, comme des cysticerques en grappe.

Carcinome du rein.

M. Fieux présente une tumeur du rein, enlevée par M. le professeur Lannelongue, dans le service des Grands-Payants. Les seuls phénomènes constatés par le malade étaient, depuis un an, une hématurie persistante accompagnée de caillots dont quelques-uns présentaient la forme de véritables cornets et semblaient moulés sur le bassinet. De temps en temps, de légères douleurs dans la région lombaire gauche. Le malade, depuis un an, avait considérablement maigri et mangeait à peine.

A son arrivée à l'hôpital, en outre des symptômes relatés plus haut, on pouvait constater la présence d'une tumeur, du volume des deux poings, faisant saillie dans la région hypogastrique droite. On la retrouvait également, par la palpation, dans la région lombaire du même côté. Cette tumeur, assez mobile, éprouvait un mouvement d'abaissement très manifeste quand le malade faisait une forte inspiration. La percussion dénotait en avant la présence de quelques anses intestinales. Le diagnostic de carcinome du rein fut posé et, le 10 mai, on pratique la néphrectomie transpéritonéale, la tumeur étant trop volumineuse pour être enlevée par la voie lombaire.

L'abdomen fut incisé latéralement, le péritoine ouvert, la masse intestinale refoulée à gauche, puis, après l'ouverture du second feuillet péritonéal, on tomba sur une tumeur irrégulièrement bosselée, constituée par la capsule surrénale et le rein dont une petite portion de l'extrémité inférieure seule semblait saine. Elle fut enlevée sans trop de difficultés, puis le pédicule lié en masse. Le feuillet péritonéal qui recouvrait directement le rein fut suturé au catgut, fixé à la paroi de façon à former une poche dans laquelle un gros drain fut placé.

La malade n'a eu aucune réaction fébrile. Aujourd'hui, il mange avec plaisir, et tandis qu'avant l'opération il n'émettait, par 24 heures, que 800 à 900 grammes d'urine, avec 13 grammes d'urée par litre, il en rend aujourd'hui 1,500 à 1,800 gr., avec 18 grammes d'urée.

L'examen histologique a parfaitement démontré la nature cancéreuse du néoplasme.

ÉTRANGER

RUSSIE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE DE SAINT-PÉTERSBOURG.

Gangrène du poumon. Pneumotomie.

M. Gagen-Torn. — Un homme de 32 ans entre au mois de décembre 1890 pour une pneumonie franche et sort guéri le 5 janvier. Un mois après il revient, en se plaignant d'une toux opiniâtre et de fièvre. A l'examen du malade on trouve une haleine excessivement fétide, des crachats sanguinolents, une matité au niveau du poumon gauche et une fièvre à forme septique. Le diagnostic de gangrène du poumon fut confirmé par une ponction exploratrice faite dans le quatrième espace intercostal, à une profondeur de 6 cm. qui donna issue à une certaine quantité de pus fétide. On se décida alors à mettre à sec le foyer par une large incision dans le quatrième espace intercostal. Le foyer ouvert fut alors désinfecté, la plaie suturée et drainée. Les sutures furent enlevées au quatrième jour après l'opération; au sixième jour la plaie était réunie jusqu'au drain, et au vingt-sixième sortit la dernière partie de parenchyme gangrenée. Le malade est actuellement guéri et a augmenté de poids.

Modifications des trompes de Fallope dans les maladies infectieuses.

M. Popoff rapporte le résultat de ses recherches sur l'état des trompes chez des femmes atteintes de maladies infec-

tieuses. Il a examiné en tout 20 trompes provenant de 10 femmes qui ont succombé 7 à la fièvre récurrente, 1 à la fièvre typhoïde, 2 à la pneumonie franche.

Dans presque tous les cas on a trouvé une desquamation épithéliale avec cellules épithéliales remplissant presque entièrement la lumière de la trompe ou situées à la base des plis. Les cellules étaient troubles, granuleuses, ont perdu leur forme cylindrique et se coloraient mal ou pas du tout. Au milieu de ces cellules on trouvait par places des hématies et des leucocytes. Tous ces phénomènes étaient surtout marqués dans la partie abdominale de la trompe. Les capillaires et les vésicules étaient remplies de sang, mais la congestion était plus marquée dans la muqueuse que dans la couche musculaire.

Extirpation du goître.

M. Parisk rapporte trois cas d'extirpation de goître. Dans le premier cas, il s'agit d'un homme de 29 ans chez lequel le goître, à développement rapide, siégeait principalement à gauche en s'étendant du cartilage thyroïde jusqu'à la clavicule. L'extirpation a été faite par le professeur Soutbotine. Les vaisseaux étaient coupés entre deux ligatures et on fit en tout 20 ligatures. Au troisième jour il survint une légère élévation de la température qui disparut le lendemain. La plaie guérit par première intention et le malade a pu quitter l'hôpital au bout de 15 jours.

Le second cas se rapporte à une femme de 32 ans atteinte de goître depuis 12 ans. Depuis 6 ans il y avait déjà de la dyspnée, de l'enrouement et des difficultés de la déglutition. L'opération a été faite par M. Dmitrieff d'après le procédé Kocher et a duré trois heures. On fit 40 ligatures. Suites opératoires simples; réunion par première intention; guérison en 15 jours

Enfin le troisième cas a trait à une demoiselle de 27 ans chez laquelle le goître s'est développé très lentement depuis 11 ans. Ce n'est que depuis 2 ans qu'il avait pris un développement rapide et avait provoqué de l'oppression, de la dyspnée, des palpitations, etc. Le traitement iodé continué pendant longtemps a échoué. La tumeur descendait de l'os hyoïde jusqu'à la clavicule et avait déplacé les carotides. L'opération faite par M. Soubbotine avait duré 2 heures 1/2. On a laissé une partie de la tumeur et une glande complémentaire. La plaie guérit par première intention et la circonférence du cou diminua de 36 cm. Le goître pesait 1030 gr.

M. Eberman fait observer que le danger de ces extirpations consiste dans l'apparition du myxœdème.

M. Soubbotine dit qu'on évite ce danger en laissant une partie de la glande; seulement la partie laissée peut se transformer en goître ou tumeur maligne.

M. Pavloff est d'avis qu'on ne doit laisser une partie de la glande que dans les cas d'hyperplasie simple ou de tumeur bénigne. La cicatrisation et la nutrition défectueuse de la partie laissée empêchent souvent la récidive.

Ostéotomie pour consolidation vicieuse.

M. Dmitrieff rapporte un cas d'ostéotomie du fémur faite dans les conditions suivantes.

Un garçon de 12 ans se fracture la cuisse en janvier 1891. Amené à la clinique du professeur Soubbotine en février, on trouve la cuisse gauche vicieusement consolidée formant un angle ouvert en arrière. Le raccourcissement était de 4 cm.; le malade pouvait s'appuyer sur sa jambe, mais en éprouvant des douleurs assez vives.

Incision de 12 cm. allant jusqu'au périoste qu'on décolle. Section et ablation partielle du col. Le fémur est redressé de façon à ce que les deux bouts se touchent seulement; deux sutures profondes et suture de la plaie. Pansement antiseptique et extension continue. Guérison de la plaie par première intention. Le pansement et les sutures sont enlevés au bout d'un mois. Gymnastique passive et active, et massage. Actuellement, la cuisse est droite, et le raccourcissement ne mesure que 2 cm.

M. Dmitrieff considère l'intervention sanglante comme la seule méthode rationnelle dans le traitement des consolidations vicieuses des fractures.

Cancer du col de l'utérus.

M. Lebedeff. — Depuis les travaux de Schrœder, Hoffmeier, il est admis que dans le cancer strictement localisé au col, l'amputation partielle est aussi efficace que l'extirpation totale de l'utérus. Par contre, dans les cas où le processus a envahi le tissu cellulaire péri-utérin et les ganglions lymphatiques, l'hystérectomie totale est aussi impuissante que l'ablation partielle. Mais que faire dans ces cas? Le grattage des noyaux cancéreux avec cautérisation consécutive, principalement avec une solution de brome, paraît être le procédé de choix, comme M. Lebedeff a pu s'en convaincre dans le cas suivant.

Il s'agit d'un paysanne de 55 ans venue avec un cancer de l'utérus déjà avancé et ayant déjà envahi le tissu cellulaire péri-utérin où on sentait nettement un gros nodule. L'utérus était immobilisé, mais le col était assez bas. On fit l'amputation sous-vaginale, mais il fut impossible d'enlever le nodule en question. Quand on enleva les sutures au bout de 10 jours, on trouva toutes les parties réunies, sauf l'endroit correspondant au nodule où il se forma une ulcération cancéreuse. L'ulcération une fois grattée, on appliqua un tampon imbibé d'une solution de brome au cinquième qu'on couvrit d'autres tampons trempés dans une solution de bicarbonate de soude destinés à protéger les parties voisines. Lorsqu'au bout de trois jours on retira le tampon, on trouva deux fistules: une vésico-vaginale, l'autre vagino-rectale, produite toutes les deux par l'action du caustique. Les fistules se fermèrent du reste spontanément, et la malade quitta l'hôpital au bout de deux mois.

M. Lebedeff était convaincu que la malade reviendrait au bout de quelques mois, mais depuis deux ans qu'elle a quitté l'hôpital, elle va fort bien : pas de douleurs, ni d'hémorrhagies ni d'écoulement fétide.

M. Schtol se rattache complètement à l'opinion de M. Lebedeff. Le grattage avec cautérisation consécutive est une méthode excellente; seulement dans un cas où il employa le brome, le caustique provoqua l'ulcération d'un gros vaisseau et la malade succomba à l'hémorrhagie.

Perforation de l'estomac.

M. Sokoloff rapporte le résultat de l'autopsie d'une fillette entrée à l'hôpital pour une bronchite aiguë avec catarrhe intestinal et morte de convulsions 36 jours après son entrée.

A l'autopsie on trouva notamment des ganglions bronchiques caséifiés et ramollis, la plèvre gauche renfermant une petite quantité de liquide purulent, les poumons atteints d'un processus inflammatoire aigu. Le diaphragme présentait, à gauche, dans son centre tendineux, un orifice des dimensions d'une pièce de 1 franc, dans lequel faisait hernie la partie supérieure de l'estomac qui était perforé à ce niveau. L'œsophage présentait également une déchirure au niveau du cardia.

M. Sokoloff croit que le processus a débuté par un ulcère qui a perforé l'estomac et secondairement le diaphragme.

Pemphigus des nouveau-nés.

M. Jonkowski a observé une petite épidémie de pemphigus qui a paru se cantonner dans un quartier de la ville. Le nombre des enfants nouveau-nés était de 10, et tous appartenaient à la clientèle de la même sage-femme.

L'éruption débutait du quatrième au sixième jour après la naissance, et presque toujours sur les parties supérieures du corps (cou, paupières, poitrine). Dans les cas bénins, le nombre de bulles ne dépassait pas 20 à 30, mais dans les cas graves, et notamment dans 2 qui se sont terminés par la mort, l'éruption est devenue pour ainsi dire confluente et occupait toute la peau et la muqueuse buccale. La seule partie du corps qui soit restée épargnée dans tous ces cas était la plante des pieds. L'affection procédait par poussées et durait de 8 jours à 3 semaines. Les dimensions des bulles variaient de celles d'une tête d'épingle à celles de la paume de la main. Dans les 2 cas qui se sont terminés par la mort, la muqueuse buccale ne présentait pas d'éruption proprement dite, mais elle était rouge, tuméfiée. Dans un cas il y avait une conjonctivite, dans un autre de la diarrhée et des hématémèses. La température rectale oscillait entre 37°5 et 38°. Dans deux familles, le pemphigus a été transmis par les nouveau-nés aux mères et aux autres membres de la famille.

Ulcère phagédénique du col de l'utérus.

M. Novitzki. — Il s'agit d'une femme de 29 ans entrée à la clinique du professeur Lebedeff pour des pertes sanguinolentes très fétides. Mariée à 23 ans, elle a fait une fausse couche un mois après son mariage, et n'eut plus d'enfants. Les pertes dont elle se plaint durent déjà depuis 3 ans. La malade paraît pâle, anémiée, est sujette à des étourdissements. Pas de douleurs abdominales.

A l'examen on trouve son utérus en antéversion. mobile, non augmenté de volume, assez dur. La face antérieure du col est occupée par un ulcère qui arrive jusqu'aux culs-de-sac qui ne sont pourtant pas infiltrés. L'ulcère paraît creusé dans le col et ses bords ne sont pas décollés. La muqueuse ne paraît saine que tout près de l'insertion du vagin. Pas d'ectropion du col ni de sécrétions utérines.

Traitement : ablation au thermocautère de toute la partie malade du col après ligature en masse des culs-de-sac latéraux; lavage du champ opératoire au sublimé; pansement iodoformé. 15 jours après l'opération la malade quittait l'hôpital. A ce moment la plaie était couverte de granulations de bonne nature, et il n'y avait plus d'écoulement. L'état général était excellent.

A l'examen microscopique de la partie excisée on a trouvé la surface de l'ulcère couverte d'un épithélium aplati formant des bourgeons qui s'enfonçaient dans les tissus sous-jacents où ils se ramifiaient tout en restant nettement limités des parties voisines. Dans la zone granuleuse de l'ulcère on trouvait très peu de vaisseaux. Le tissu musculaire était normal. En tous les cas, on ne trouvait pas les caractères d'une ulcération cancéreuse.

Bactériologie des endométrites.

M. Brandt a examiné au point de vue bactériologique 25 endométrites, 11 hémorrhagiques, 4 gonorrhéiques, 9 catarrhales, 1 pyohémique. La muqueuse provenant du grattage de la cavité, traitement institué dans tous ces cas, était examinée sur des coupes et en partie ensemencée sur des milieux nutritifs. Dans 16 cas on a trouvé des microcoques et des bacilles tantôt isolés, tantôt situés par groupes entre les éléments figurés de la muqueuse. Dans 3 cas d'endométrite gonorrhéique on a trouvé des gonocoques en partie libres, en partie inclus dans des cellules de pus. Les cultures ont donné un résultat positif dans 22 cas; dans 7, soit dans 31 0/0 de cas, on a trouvé des micro-organismes pathogènes : 2 fois le microcoque pyogène en chaînette, 3 fois le staphylocoque doré, 2 fois le staphylocoque albus. Les inoculations faites à des animaux ont démontré les propriétés pyogènes de ces micro-organismes.

Hystérectomie vaginale.

M. Salmanoff présente une malade à laquelle il a fait il y a trois ans l'hystérectomie vaginale totale pour un cancer du col. Jusqu'à présent, il n'y a pas trace de récidive, et la malade se sent absolument guérie et bien portante. M. Salmanoff est d'avis que l'hystérectomie vaginale totale doit être la règle dans tous les cas de cancer du col, si limitées que soient les lésions.

M. Ott se rattache entièrement à l'opinion de M. Salmanoff. Il a fait dans ces conditions l'hystérectomie dans 39 cas. Les 9 derniers cas sont trop récents et ne peuvent entrer en ligne de compte. Sur ces 30 cas, 10 fois la récidive n'est pas survenue; sur les autres 20 cas la récidive est survenue, dans 2 cas au bout de 2 ans, dans 4 cas au bout de 3 ans, dans 2 cas au bout de 4 ans, dans 1 cas au bout de 5 ans 1/2.

Un cas est particulièrement instructif. Il s'agit d'une femme à laquelle on a fait une amputation du col pour cancer de cette partie. Au bout de deux ans, récidive. Elle s'adresse alors à M. Ott qui lui fait une hystérectomie vaginale totale. L'opération a été faite il y a six ans, et jusqu'à présent il n'y a pas trace de récidive.

Ces faits montrent qu'on a d'autant plus de chances d'obtenir une guérison radicale que l'opération est faite de bonne heure.

Castration dans les fibromes utérins.

M. Novitzki pense que la castration peut donner de bons résultats dans certains cas de fibro-myome inopérable. Exemple le cas suivant, observé à la clinique du professeur Lebedeff.

Le 4 janvier 1891, entre à la clinique une femme de 34 ans se plaignant de métrorrhagies abondantes, de constipation et de rétention d'urine. Le ventre a commencé à augmenter il y a 8 ans, et il y a 4 ans un médecin consulté par la malade a dit qu'elle avait un fibro-myome de l'utérus et a essayé l'électricité qui n'avait donné aucun résultat.

A l'examen de la malade on a trouvé un ventre considérablement augmenté de volume et une tumeur abdominale mesurant 17 centim. de longueur sur 26 de largeur. L'utérus est très élevé et au toucher vaginal on arrive à sentir très difficilement la lèvre antérieure du col. Les culs-de-sac paraissent remplis par une masse dure, lobulée. L'utérus lui-même est repoussé en haut, en avant et à gauche. Le vagin et le rectum sont comprimés par la tumeur.

Laparotomie le 23 janvier, par une incision commençant à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic et descendant jusqu'au pubis. Après l'incision du péritoine, on tombe sur l'utérus et la tumeur, un fibro-myome, qui s'insère sur la paroi postérieure de l'utérus et paraît enfoncée comme un coin entre l'utérus et le rectum. Ligature double des ligaments larges et ablation des ovaires. L'utérus et la tumeur sont replacés, la plaie suturée. Suites opératoires simples, et au bout d'un mois la malade quittait l'hôpital. La défécation s'effectuait normalement, la métrorrhagie a cessé. La malade fut revue au bout de deux mois: la tumeur a diminué des 3/4, et la malade se sentait absolument guérie.

M. Schtol a fait il y a un an la castration dans des conditions analogues. Les résultats furent bien moins brillants. Les métrorrhagies ont cessé, mais la tumeur a à peine diminué.

M. Lebedeff croit que, dans son cas, le succès s'explique par des conditions un peu particulières dans lesquelles se trouvait la tumeur. Cette dernière était très vasculaire, et son volume tenait à l'afflux considérable du sang. L'atrophie a dû nécessairement survenir après la ligature des vaisseaux.

M. Kireieff demande pourquoi la tumeur n'a pas été enlevée par le cul-de-sac postérieur?

M. Lebedeff répond qu'il ne fallait pas y penser, vu les grandes dimensions de la tumeur. On ne pouvait songer qu'à l'ablation de la tumeur par laparotomie ou à la castration. Dans le premier cas on risquait de blesser les uretères.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Traité théorique et pratique du massage, par le Dr G. Norstrœm (de Stockholm); 2e édition entièrement refondue. Paris, 1891, Lecrosnier et Babé.

M. Norstrœm est un des auteurs qui ont le plus contribué à vulgariser le massage, à l'enlever aux rebouteurs pour le rendre aux médecins. Outre des mémoires spéciaux — dont nous avons rendu compte, — l'auteur a déjà fait paraître, en 1884, un traité d'ensemble dont il nous donne une 2e édition. Aujourd'hui il s'est surtout appliqué à donner ses opinions personnelles, basées sur des observations, plutôt qu'à résumer les opinions des divers auteurs qui ont écrit sur le sujet.

Compte-rendu des travaux de la clinique ophthalmologique de l'Université de Naples pour l'année 1889-90. (Lavatori eseguiti negli anni scolastici). Naples, in-8°, 318 pages avec figures.

On ne saurait faire plus ici que signaler les travaux contenus dans le volume publié par les soins des oculistes de Naples sous la direction du Dr de Vincentiis. Des recherches anatomiques sur les yeux atrophiés (4 mémoires), des recherches sur l'anatomie pathologique des voies lacrymales et en particulier sur la dacryadénite (3 mémoires), des études sur la structure du pinguécula, sur la tuberculose palpébrale, sur la conjonctivite folliculaire et le trachôme, sur la conjonctivite printanière, sur la maturation artificielle de la cataracte, sur la structure et la signification morphologique du ganglion ciliaire, enfin sur les ostéomes de l'orbite et sur le mucocèle des sinus frontaux et ethmoïdaux, telle est la sèche énumération d'œuvres qui pour la plupart méritent d'attirer l'attention.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

N° 38. — 23 SEPTEMBRE 1891 LE NUMÉRO QUINZE CENTIMES

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

PUBLIÉ PAR

LA GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Et servi gratuitement à tous les abonnés de ce journal

ABONNEMENTS SPÉCIAUX POUR MM. LES ÉTUDIANTS. — UN AN : **6** *FRANCS*

L. LEREBOULLET, Rédacteur en chef. — A. BROCA, Secrétaire de la Rédaction

Librairie de G. MASSON, 120, boulevard Saint-Germain.

SOMMAIRE

VARIÉTÉS

Légion d'honneur. — M. Harman (de Reims) est nommé chevalier.

La bienveillance des magistrats pour les médecins est sans bornes, chacun sait ça. Le *Bulletin médical* exhume une histoire de 1888 qui le prouve une fois de plus. Un pharmacien, déjà condamné antérieurement pour exercice illégal de la médecine, vint s'établir à St-Mandé et recommença son petit métier. Trois médecins déposèrent une plainte, basée entre autres sur la consultation suivante :

Mme G...

Vos urines ne contenaient ni sucre ni albumine, mais une quantité plus que normale de phosphate ammoniaco-magnésien. Vous avez les nerfs fatigués, on en trouve facilement 4 paires et encore j'ai oublié de regarder les vertèbres cervicales.

Je vous salue.

Le parquet ne daigna pas donner suite à la plainte. Alors un des médecins se porta partie civile : mais l'affaire — qui exigeait le déplacement de 14 personnes, dont 12 habitant St-Mandé — fut remise douze fois de suite si bien que quand le jugement fut rendu il y avait prescription en sorte que le plaignant fut débouté de sa plainte. Il est vrai que d'autre part, comme le pharmacien demandait reconventionnellement 15,000 fr. de dommages-intérêts aux médecins, qui avaient nui à sa pharmacie dans l'esprit de leurs clients, le tribunal a reconnu aux médecins le droit d'engager les malades à ne pas se servir chez un pharmacien à leur sens défectueux. Cela a été confirmé en appel.

Diagnostic du sexe du fœtus pendant la grossesse. — M. Ross de Belfast écrit au *British medical Journal* : « Depuis quelques années j'ai été souvent à même de prédire le sexe d'un enfant avant la naissance d'après l'endroit où la mère me dit percevoir le mieux les mouvements fœtaux. La plupart des femmes peuvent faire cette localisation. Si la mère perçoit principalement les mouvements fœtaux à gauche l'enfant est du sexe masculin ; si la prédominance des mouvements est à droite, il s'agit sûrement d'un enfant du sexe féminin. » L'auteur cite à l'appui 12 observations où il a pu faire ces prédictions. (*Med. Record*, New-York, 25 juillet, p. 103).

Electrothanasie. — *Electrocution* est un horrible terme hybride, véritable monstre étymologique, qui bien que fort employé, ne restera pas. M. Peterson propose de lui substituer le terme *électrothanasie* dont on pourrait tirer le verbe électrothanasier. (*Med. Record*, 25 juillet, p. 103). Ça fera plaisir sûrement plaisir aux hellénistes et aux électrothanasiés.

Symptômes de la grippe d'après un membre du Parlement anglais parlant à ses électeurs. » Vous êtes tout à coup saisis par les symptômes du catarrhe, de la fièvre pernicieuse et de la fièvre des foins. Vous sentez une feuille de fer chauffé à [illegible] envelopper vos côtes ; il vous semble que qu[illegible] perce un trou avec une vrille dans vot[illegible] entre les omoplates. Vous vous imagine[illegible] être réduit à l'état d'une gelée molle, si vos [illegible] ne se rappelaient à votre souvenir en ayant chacun comme une rage de dents individuelle. Mais, à tout prendre, l'état physique n'est rien auprès de l'état moral ; vous avez conscience d'avoir été condamné, sans avoir été ouï, sans avoir été jugé, pour tous les crimes que contiennent tous les codes pénaux qui aient jamais été rédigés. » (*Le Temps*.)

Les délassements d'un ancien employé du collège de France. — *La méthode graphique vulgarisée et la prédiction de l'avenir à l'ai e du sphygmographe.* — Il y a quelque temps, — voulant constater par nous-même que très probablement la visite de la flotte française à Cronstadt avait dû avoir une certaine influence sur le nombre des visiteuses aux Montagnes Russes — manifestation russophile qui en vaut bien une autre et qui est spécialement recommandée à la jeunesse des Ecoles, — quel ne fut pas notre étonnement en découvrant, dans un coin, un ancien employé du Collège de France ? Jeune homme fort intelligent, à l'esprit inventif (c'était paraît-il, un Charrière... physiologique en herbe), il avait trouvé là un moyen agréable d'amasser force argent en présidant l'avenir à l'aide du sphygmographe. Installé fort sérieusement à côté d'un poète peu sérieux, faisant des vers à la commande et à la minute, notre ancien garçon physiologiste inscrivait — moyennant finance — par la méthode graphique les modifications imprimées au pouls des joyeuses habituées par les... coups de foudre nombreux qui jaillissent à chaque instant, dit-on, dans cette orageuse contrée. Et de la puissance de l'ondée sanguine dans la radiale d'une forte brune, il se croyait obligé de conclure bravement qu'elle ne pourrait que faire fortune. La rime, même peu riche, a de ces exigences... — *N. B.* Nous croyons savoir que l'ancien chef de ce banquiste d'un nouveau genre est navré d'avoir vu si mal tourner un élève qui promettait pourtant. (*Progrès médical*.)

Un cours pratique de gynécologie commencera au laboratoire de M. le professeur Cornil, 21, rue de l'Ecole-de-Médecine, le samedi 3 octobre à 2 heures.

Se faire inscrire d'avance.

POSTES MÉDICAUX

— On demande un docteur en médecine, au Madagascar, avec très beaux appointements fixes.

S'adresser à M. le Dr Bernheim, 23, boulevard Saint-Martin, Paris.

☞ Nous annonçons la publication du 1er volume d'un *Traité de médecine*, publié sous la direction de MM. Charcot et Bouchard, membres de l'Institut et Brissaud, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. Il contient : *Pathologie générale infectieuse* par A. Charrin. — *Troubles et maladies de la nutrition*, par P. Le Gendre. — *Maladies infectieuses communes à l'homme et aux animaux*, (Charbon, morve et farcin, rage, tuberculose, pseudo-tuberculoses, actinomycose), par G. H. Roger. — *Fièvre typhoïde*, par A. Chantemesse. — *Maladies infectieuses* (Grippe, dengue, paludisme, choléra, fièvre jaune, peste), par Fernand Widal.

Il est vendu séparément 22 francs.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Fracture du rachis. Trépanation. Guérison en trois mois, par M. Th. Weiss, professeur à la Faculté de médecine de Nancy.

(Communication faite à la Société de médecine de Nancy.)

La question de l'intervention chirurgicale dans les traumatismes du rachis est encore fort controversée, en dépit des progrès de la chirurgie contemporaine, et les indications opératoires sont loin d'être nettement posées; si, à l'étranger, un certain nombre de succès ont été enregistrés à la suite de la trépanation, il n'en est pas de même en France où la statistique de Chipault (1) ne révèle pas précisément des faits très encourageants. C'est ce qui me décide à soumettre à la Société l'observation suivante, avec l'espoir que, du débat qui pourra en résulter, découleront des conclusions plus formelles sur la ligne de conduite à tenir dans les lésions traumatiques de la colonne vertébrale.

Observation. — X..., âgé de 34 ans, de bonne constitution, tombe, le 21 août 1890, d'une hauteur de 4 mètres; la chute s'est faite sur les ischions et a été suivie d'un mouvement de projection en avant, qui a déterminé une flexion forcée de la partie supérieure du corps. Le blessé n'a pu se relever après l'accident et a été transporté le lendemain à l'hôpital civil de Toul, où M. le Dr Viller le voit pour la première fois le 23 août et constate les phénomènes suivants : — Douleurs lombaires vives, surtout pendant les mouvements; — saillie notable de l'apophyse épineuse de la 11e vertèbre dorsale, sans dépression appréciable au niveau des parties voisines; — tuméfaction considérable de toute la région, surtout au-dessus et au-dessous de la gibbosité; — pas de crépitation osseuse ni de crépitation sanguine; — paralysie complète de la motilité de la jambe gauche, moins absolue de la jambe droite, avec conservation de la sensibilité et des réflexes rotulien et plantaire; — paralysie de la vessie et du rectum avec rétention absolue d'urine et des matières fécales.

Le traitement institué par M. Viller consiste dans l'immobilisation du malade et dans une forte émission sanguine au niveau du point blessé.

24 août. Le lendemain, une légère amélioration semble s'être produite dans l'état du patient, en ce sens que les jambes paraissent moins inertes que la veille; néanmoins, la rétention d'urine persiste et le cathétérisme est nécessaire trois ou quatre fois par jour; la constipation demeure toujours aussi opiniâtre. Des phlyctènes apparaissent à la région sacrée.

Les jours suivants, les phénomènes d'atténuation que l'on avait cru remarquer ne se continuent pas; une eschare se forme au niveau du sacrum, allant progressivement jusqu'à l'os sous-jacent et atteignant les dimensions de la paume de la main. A la rétention des matières fécales succède une incontinence absolue; la vessie reste toujours paralysée.

Le 1er septembre, apparaissent les signes d'une cystite purulente, accompagnée de fièvre avec exaspérations vespérales; grâce à des injections boriquées, l'inflammation vésicale diminue d'acuité au bout de trois ou quatre jours et les urines deviennent plus claires. Néanmoins, l'état général du blessé va s'aggravant de jour en jour; il s'affaiblit visiblement et les phénomènes de cachexie sont assez accusés pour inspirer les craintes les plus sérieuses pour une issue fatale à bref délai.

Dans ces conditions, le médecin traitant, M. Viller, pense que la trépanation du rachis serait peut-être utile et profite de mon passage à Toul pour me soumettre le cas.

26 septembre. Je constate moi-même, à première vue, que l'état du malade est des plus sérieux; le visage est d'un jaune terreux, l'émaciation considérable, la paraplégie complète; il y a actuellement incontinence absolue des urines et des matières fécales et le malade ne se sent même pas aller sous lui. Au niveau de la région sacrée existe une eschare, ayant au moins 15 centimètres de diamètre en tous sens et laissant voir l'os dénudé. Au bas de la région dorsale, je constate une saillie osseuse médiane très marquée, sans dépression adjacente, ce qui me fait confirmer le diagnostic porté par mon confrère et ancien élève : de fracture du corps de la 11e vertèbre dorsale, avec compression probable de la moelle; je me range également à son avis concernant l'utilité d'une intervention et, vu l'urgence du cas, j'y procède séance tenante.

L'opération est faite, après chloroformisation préalable et avec l'assistance de MM. les Drs Viller, Chapuis et Bouchon, de Toul. Le malade est couché sur le côté, et de façon à rendre aussi saillante que possible la région blessée Une incision d'environ 14 centimètres est pratiquée sur la ligne des apophyses épineuses; la 11e vertèbre dorsale en forme le milieu. Je sectionne successivement la peau et les tissus sous-cutanés et j'arrive ainsi sur la crête des apophyses; je détache ensuite à gauche et à droite et dans toute l'étendue de la plaie, les masses musculaires sacro-lombaires et les fais récliner à l'aide de deux écarteurs. Quittant alors le bistouri, je rugine de chaque côté la face latérale de l'apophyse de la 11e dorsale, ce qui ne présente aucune difficulté. Je m'efforce également d'en libérer les deux bords; mais l'introduction de l'instrument est rendue presque impossible par l'imbrication des vertèbres; aussi, sans m'obstiner davantage, je prends le ciseau et le maillet et, par un trait transversal, je sectionne l'apophyse à sa base, c'est-à-dire au niveau de son point d'implantation sur l'arc postérieur. Il est alors très facile de la séparer des tissus fibreux qui la rattachent aux apophyses voisines. J'ai à ce moment sous les yeux une surface convexe transversalement, assez irrégulière, représentée par la partie postérieure de l'arc vertébral; pour ouvrir le canal médullaire, j'essaie d'abord d'appliquer sur cette surface une couronne de trépan, mais l'instrument s'adapte très mal à la partie osseuse qu'il s'agit d'enlever et ne permet pas de se rendre un compte exact de ce que l'on fait; aussi suis-je bien vite obligé d'y renoncer. Je tente alors d'introduire une pince de Liston courbe sous la partie inférieure des lames vertébrales, pour les sectionner de bas en haut; mais le peu d'espace dont je dispose et la résistance des ligaments jaunes m'empêchent encore de procéder de cette façon. En fin de compte, je suis obligé de reprendre le ciseau et le maillet, et, à petits coups frappés avec douceur, de tailler dans l'arc postérieur un coin osseux dont l'ablation ouvrira le canal médullaire. Cette manœuvre ne laisse pas que d'être très pénible; le champ opératoire est très restreint et je suis fort gêné par l'attitude en décubitus latéral que j'ai été obligé de donner au malade pour faciliter l'anesthésie. Le ciseau est successivement dirigé de bas en haut, de haut en bas, et de dehors en dedans; vu son extrême dureté et sa grande épaisseur, l'os ne peut être enlevé que par morceaux et la surface de section est, en somme, très anfractueuse, aussi suis-je obligé de la régulariser avec la pince de Liston. La dure-mère est, à ce moment, visible, mais sur une si petite étendue qu'il est impossible d'en constater exactement l'état; aussi je me décide à enlever encore l'arc postérieur de la 10e vertèbre dorsale. Cette seconde partie de l'opération est loin de présenter les mêmes difficultés; la place ne manque plus pour manœuvrer les instruments et, après section préalable de l'apophyse épineuse à sa base, l'arc vertébral est enlevé, avec une aisance relative, à l'aide du ciseau et de la pince de Liston.

Le canal rachidien est maintenant largement ouvert, et la dure-mère à nu sur une étendue de 5 à 6 centimètres. Le tissu conjonctif externe de la dure-mère est rouge et injecté; la moelle paraît légèrement gonflée; sa consistance est normale, *sauf en un point où elle me semble un peu moindre; ce point correspond très nettement au sommet de la gibbosité vertébrale.* Pour éviter toute erreur, je pratique la palpation du cordon nerveux à plusieurs reprises et ce n'est qu'après un examen prolongé que je puis affirmer catégoriquement cette diminution de consistance limitée à l'angle saillant de la vertèbre lésée. En cherchant ensuite à apprécier l'état de la partie antérieure du canal osseux, je constate, *autant que la présence de la moelle me permet d'en juger*, qu'elle ne présente ni saillie osseuse marquée, ni dépression brusque, mais qu'elle offre une coudure générale, assez régulière, sur le sommet de laquelle passe le cordon nerveux légèrement tendu. Comme, au courant de l'opération, je n'avais remarqué aucun indice de fracture ni de déplacement au niveau de la partie

(1) *Gaz. des hôpitaux*, 1890, Nos 88 et suiv., p. 809.

postérieure du canal, j'en conclus que la lésion vertébrale consiste dans un écrasement du corps de la 11ᵉ dorsale sans saillie notable des fragments vers le canal. En tout cas, s'il existait, avant l'intervention, un rétrécissement relatif du canal et un certain degré de compression médullaire, ils ne devaient pas être bien considérables. Pour m'assurer qu'il n'existe pas une cause de compression en un autre point, je glisse délicatement un stylet dans le canal rachidien, et je puis ainsi m'assurer qu'au-dessus et au-dessous de la section osseuse, son calibre est parfaitement normal. D'autre part, les enveloppes de la moelle ne sont pas ouvertes; leur coloration et leur consistance permettent d'écarter toute idée d'épanchement sanguin arachnoïdien, pouvant comprimer la moelle et nécessiter un débridement ; aussi je borne là mon intervention et termine l'opération en refermant la brèche faite aux parties molles de la façon suivante : un premier plan de sutures au crin de Florence est placé, de façon à comprendre la peau, les muscles, les tissus profonds ; quelques points superficiels complètent la réunion des téguments. Un drain est mis à chacune des extrémités de la plaie, sans dépasser le tissu cellulaire sous-cutané. Comme pansement, j'emploie de la gaze iodoformée et du coton hydrophile, maintenus par une bande de tarlatane et recouverts par un corset plâtré de Sayre.

Les suites de cette opération ont été aussi simples que possible et la température n'a jamais dépassé 37°4. Dès le lendemain, le malade affirme que ses jambes lui paraissent plus légères ; on constate, avec un grand étonnement, qu'il les remue assez bien.

Le surlendemain, cet homme, qui, avant l'opération, n'avait pas conscience de la miction, se sent uriner ; par contre, il existe toujours de l'incontinence des matières fécales.

Le 30 *septembre*, une fenêtre est pratiquée dans le corset plâtré, pour renouveler le pansement ; la plaie a bon aspect ; il y une légère suppuration superficielle ; les drains sont retirés partiellement.

Le *4 octobre*. Ablation des fils et des drains.

Le *6 octobre*. La plaie est entièrement cicatrisée. Un nouveau corset plâtré, renforcé d'attelles en zinc et sans fenêtre, est appliqué à la hauteur de la colonne lombo-dorsale.

L'eschare du sacrum, qui a commencé à se modifier dès le lendemain de l'intervention, se comble avec une rapidité prodigieuse.

Les jours suivants l'amélioration se continue.

Le *15 octobre*, c'est-à-dire 19 jours après l'opération, je revois pour la première fois ce malade et constate chez lui une amélioration extrêmement satisfaisante : les mouvements des jambes sont devenus faciles ; les talons se détachent aisément du lit et se soulèvent sans hésitation à 50 centimètres de hauteur. L'incontinence d'urine ne se produit plus que dans le décubitus latéral ; lorsque cet homme reste couché sur le dos, il peut garder son urine. L'eschare est complètement comblée et ne forme plus qu'une plaie superficielle de la grandeur d'une pièce de 5 fr. L'incontinence des matières fécales seule persiste sans modification. L'état général s'est notablement remonté et le malade commence à engraisser.

Le 1ᵉʳ *novembre*, l'amélioration des phénomènes spinaux s'est continuée d'une façon progressive. La miction se fait maintenant à volonté, bien que les urines ne puissent être gardées plus de deux ou trois heures ; les mouvements des jambes sont entièrement revenus et le patient se retourne dans son lit en tous sens et avec la plus grande aisance. L'intestin est encore paresseux, néanmoins il commence à retenir les fèces. Il existe une notable atrophie musculaire des membres inférieurs.

Sur mon conseil et afin de permettre à la colonne vertébrale de reprendre sa solidité, le malade est maintenu au lit pendant la plus grande partie du mois de novembre ; au bout de ce temps, je l'autorise à se lever avec un corset feutré, fait spécialement.

Le *10 décembre*, son état est si satisfaisant, que je le fais venir à Nancy et le présente à la Société de médecine dans sa séance de ce jour. Tous mes collègues ont pu constater, à ce moment, c'est-à-dire trois mois et demi après l'accident, que la marche de cet homme était très facile, bien que les membres inférieurs fussent encore notablement amaigris ; la vessie fonctionnait bien ; l'intestin, quoique encore un peu paresseux, gardait les matières ; dans la région sacrée se trouvait une vaste cicatrice, vestige de l'ancienne eschare. Au niveau de la plaie opératoire se voyait une cicatrice linéaire, très régulière, reposant sur des parties molles encore un peu tuméfiées, ce qui ne permettait pas d'apprécier exactement l'état de la colonne osseuse sous-jacente. Le malade accusait encore quelque faiblesse et une certaine raideur dans les mouvements de la région dorso-lombaire.

Pendant les premiers mois de l'année 1891, cet homme n'a présenté, comme seuls accidents, que de légères poussées de cystite, qui ont facilement cédé à des lavages boriqués. Sa santé générale s'est si bien remise, qu'il est resté comme infirmier à l'hôpital de Toul.

Je l'ai revu le 16 juillet dernier, en parfait état de santé. Non seulement les jambes ont bien repris leur force, mais encore les viscères fonctionnent régulièrement et la colonne vertébrale a repris une souplesse presque parfaite. Il m'a paru intéressant de rechercher comment s'était faite la cicatrisation de la gouttière creusée dans la colonne vertébrale et voici ce que j'ai constaté.

La cicatrice des parties molles est très régulière et non adhérente ; la disparition complète du gonflement permet d'apprécier nettement l'état des parties osseuses sous-jacentes. La gibbosité vertébrale a entièrement disparu ; à sa place on sent une gouttière limitée à gauche et à droite par deux saillies, qui ne sont autre chose que les parties latérales des arcs sectionnés. Cette gouttière, au niveau de laquelle ne s'est pas faite de reproduction osseuse, est fermée par une membrane présentant une certaine résistance, mais néanmoins très solide. La colonne vertébrale est parfaitement droite et sa solidité n'est pas compromise. C'est en somme par une cicatrice fibreuse résistante que s'est faite la fermeture de la gouttière creusée aux dépens de sa face postérieure.

En résumé, dans l'observation qui précède, il s'agit d'un traumatisme grave de la colonne vertébrale, caractérisé primitivement par la production d'une gibbosité, par la paraplégie, par la paralysie des viscères abdominaux et compliqué secondairement par l'apparition des troubles trophiques habituels en pareille circonstance ; l'intervention chirurgicale (qui est, du reste, la seule de ce genre qu'il m'ait été donné de tenter) a amené la guérison rapide et complète dans un laps de temps remarquablement court, puisque j'ai pu présenter ce malade à la Société de médecine de Nancy deux mois environ après l'opération, trois mois et demi après l'accident.

Pour bien apprécier la valeur de cette observation, il importe avant tout de rechercher d'une façon aussi exacte que possible quel était l'état de la moelle après le traumatisme et au moment de l'opération, car on sait que c'est là le facteur le plus important du pronostic dans ce genre de lésions.

Or, d'après les symptômes observés avant l'opération, on pourrait déjà affirmer qu'il n'y avait pas eu de destruction complète de la moelle ; si la motilité avait disparu, la sensibilité était conservée, ce qui indiquait tout au moins l'intégrité des cordons postérieurs. Mais était-il possible de préciser davantage ? s'agissait-il d'une compression, d'une confusion, d'un épanchement sanguin ? Cela était plus difficile, bien que l'existence d'une gibbosité vînt plaider en faveur d'une compression médullaire par les corps vertébraux écrasés.

En réalité, voici ce que j'ai constaté au moment de l'opération : après ablation des arcs vertébraux, qui étaient intacts, je n'ai perçu aucune saillie notable en quelque point du canal que ce soit ; la moelle, sans doute, empêchait d'apprécier nettement l'état de la partie antérieure, mais ce cordon, tout en étant infléchi, décrivait une courbe très régulière et ne paraissait pas soulevé par un fragment osseux, comme on l'a observé dans quelques cas, fort rares du reste. Je crois donc pouvoir affirmer que, s'il existait une compression médullaire résultant du déplacement des os, elle était si légère, qu'elle ne pouvait entrer en ligne de compte dans la pathogénie des accidents.

D'autre part, on pouvait immédiatement écarter l'idée d'un épanchement sanguin intra-arachnoïdien, en raison de la coloration de la dure-mère et de la consistance spéciale de la moelle. Restait l'hypothèse d'une contusion des cordons antérieurs, à laquelle je crois pouvoir me rattacher précisément en raison de la consistance de la moelle, qui, ainsi que je l'ai dit, était légèrement diminuée au sommet de la gibbosité; on se rend ainsi plus facilement compte et de la marche des accidents et du succès opératoire obtenu. En effet, la contusion, *lorsqu'elle n'est pas trop intense*, est certainement, de toutes les lésions médullaires, la moins grave et celle qui autorise l'espoir d'une guérison spontanée, en dehors même de toute intervention chirurgicale.

On m'objectera, et non sans raison, que dans l'hypothèse d'une contusion simple la trépanation de la colonne vertébrale n'avait pas grande raison d'être; et de fait, il est assez difficile de justifier une opération qui ne pouvait ni faire disparaître un obstacle osseux qui n'existait pas, ni donner issue à un épanchement sanguin qui ne s'était pas produit. Aussi, j'éprouve un certain embarras à expliquer le mécanisme de la guérison que j'ai obtenue d'une façon si rapide; déjà, à la Société de médecine de Lyon, à l'occasion des faits rapportés par M. Jaboulay (1), les opinions les plus diverses s'étaient fait jour sur ce point spécial de la question, sans que l'accord ait pu se faire. Il est probable que la trépanation de la colonne vertébrale, en transformant le canal en gouttière, amène une modification favorable de la circulation sanguine et facilite également la circulation du liquide céphalo-rachidien, de là une transformation heureuse pour la nutrition du cordon médullaire.

Quoi qu'il en soit de ces explications, le fait est là, je dirais volontiers dans toute sa brutalité; et je crois pouvoir affirmer que, si même mon malade avait fini par guérir sans intervention chirurgicale aucune (ce qui est très problématique, vu son état), ce n'eût été qu'au prix de grandes souffrances et dans un temps fort éloigné.

Cette observation est donc très encourageante, et bien que je n'aie pas la prétention de résoudre avec un seul fait une question aussi controversée, je ne résiste pas au désir d'exprimer mon sentiment sur les indications générales de la trépanation vertébrale, telles que je les comprends, d'après l'examen des divers travaux publiés à ce sujet.

La trépanation vertébrale, opération inoffensive en elle-même, est indiquée et donnera surtout de beaux résultats dans les cas de lésions relativement peu sérieuses de la moelle, c'est-à-dire précisément dans les cas susceptibles de guérir spontanément; elle a l'avantage sur l'abstention d'amener une guérison plus rapide et plus sûre. Elle est donc indiquée chaque fois que la destruction de la moelle n'est pas complète.

Dans les cas graves, avec rupture et attrition considérable de la moelle, l'opération ne paraît pas, d'après les faits relatés jusqu'à présent, avoir grande chance de succès.

Le moment opportun pour l'intervention ne me semble devoir être ni trop précoce, ni trop tardif; en intervenant immédiatement, on risque d'aggraver les désordres primitifs d'un foyer de fracture ou de luxation; en intervenant trop tard, on laisse aux dégénérescences secondaires de la moelle le temps de s'opérer. L'époque favorable paraît devoir être du 15e au 30e jour. Je fais abstraction ici de la question du siège de la lésion, dont cependant l'importance est grande et qui peut influer également sur les déterminations opératoires.

(1) *Lyon médical*, 22 juin 1890, p. 265.

BACTÉRIOLOGIE

De l'influence des produits de culture du staphylocoque doré sur le système nerveux vaso-dilatateur et sur la formation du pus. Communication à l'*Académie des sciences* par M. S. Arloing.

Le rapport constant entre la présence du pus et celle des microbes, d'une part, et la possibilité de provoquer la suppuration dans le tissu conjonctif par l'introduction de certains corps ou de certaines substances chimiques parfaitement stérilisées, d'autre part, semblaient d'abord des faits inconciliables en bactériologie. La contradiction disparut lorsque l'on eut prouvé, par étapes successives, que les microbes de la suppuration n'agissent pas au titre de corps étrangers, mais en raison de l'aptitude qu'ils possèdent de fabriquer des produits solubles phlogogènes et pyogènes.

Il n'y a donc plus incompatibilité entre les deux ordres d'observations signalés au début de cette note. Dans les conditions les plus habituelles, les microbes pyogènes restent médiatement indispensables à la formation du pus, parce qu'ils produisent les substances capables, à un haut degré, d'entraîner la suppuration.

Cette aptitude implique, chez les substances fabriquées par les microbes pyogènes, le pouvoir de déterminer les deux processus qui aboutissent à la purulence : 1° l'hyperplasie des éléments cellulaires du tissu malade, la mort des cellules nouvelles, la dissolution de la substance intercellulaire; 2° l'extravasation des globules blancs et du plasma à travers les parois des vaisseaux dans le foyer purulent.

Nous n'avons rien à dire sur le processus hyperplasique. On conçoit qu'il puisse aisément s'établir *in loco*, autour des microbes pyogènes, dans la zone où se répandent primitivement leurs sécrétions.

Nous désirons nous appesantir sur la diapédèse qui suppose, au préalable, la dilatation des vaisseaux capillaires et le ralentissement de la circulation. Ces phénomènes, bien évidents dans tous les foyers de suppuration aiguë, résultent, à n'en pas douter, d'une action locale exercée par les produits microbiens sur la tonicité des éléments pariétaux des capillaires et sur les plexus vaso-moteurs préterminaux. Mais l'intérêt principal est de savoir si des centres vaso-dilatateurs supérieurs, mis en état de suractivité par les sécrétions microbiennes qui passent dans le sang, n'interviennent pas dans leur production.

M. Bouchard est prêt à admettre pareille intervention. Il pense « que les substances pyogènes absorbées produisent dans les centres nerveux, et particulièrement dans les centres vaso-dilatateurs, un état d'excitabilité qui rendra plus intense la dilatation vasculaire, partout où elle sera sollicitée par voie réflexe et en particulier dans la zone envahie par les microbes qui sécrètent ces substances ».

Cette hypothèse attribue à une cause pathologique, c'est-à-dire à l'effet de certaines sécrétions microbiennes sur les nerfs centripètes et sur les centres nerveux, la propriété de créer des circulations locales réflexes, analogues aux circulations locales physiologiques. Elle n'a donc rien d'exceptionnel, et nous sommes d'autant mieux disposé à l'accepter que nous connaissons des exemples de vaso-dilatation réflexe succédant à l'action irritante de quelques sécrétions végétales ou animales, et même à la simple sensation subjective de ces sortes d'irritation. Mais il fallait en prouver la réalité. Dans ce but, nous avons entrepris les expériences que nous allons faire connaître.

Nous possédions une culture de staphylocoque, très propre aux recherches que nous voulions poursuivre. Effectivement, elle était incapable, à elle seule, de déterminer la formation d'un abcès véritable dans le tissu conjonctif du lapin. Pour lui faire produire du pus, il fallait auparavant soumettre le lapin à l'action prédisposante du bouillon filtré d'une ancienne culture du staphylocoque, introduit dans les veines à la dose de 4 cc. à 6 cc.

L'action prédisposante des produits du staphylocoque paraît bien s'être exercée, dans ce cas, par l'intermédiaire du système nerveux; car, si l'on coupait tous les nerfs qui se rendaient au point où l'on injectait les staphylocoques pyogènes (1), on

(1) L'inoculation était faite à la partie inférieure de la jambe, après la section du nerf sciatique et du nerf saphène interne.

n'obtenait plus qu'un simple phlegmon qui se résolvait en quelques jours.

Toutefois, si l'on fait cette expérience sur deux groupes de lapins dont l'un a subi simplement les sections nerveuses, tandis que l'autre a reçu, en outre, le bouillon de culture filtrée dans le sang, on constate que le phlegmon est moins considérable sur le premier que sur le second, preuve qu'une partie de l'influence prédisposante des sécrétions du staphylocoque s'exerce directement sur les éléments cellulaires qui deviennent plus sensibles aux agents de la suppuration.

Quoi qu'il en soit, l'action spéciale des substances solubles pyogènes sur le système nerveux ressort bien de ces expériences; mais on peut se demander si elle s'accompagne réellement et principalement de l'hyperexcitabilité des centres vaso-dilatateurs.

Nous répondrons affirmativement à cette question. En effet, si l'on provoque l'activité du centre vaso-dilatateur situé à l'origine du nerf de Cyon, avant, puis après l'imprégnation de l'organisme du lapin avec les produits de culture du staphylocoque pyogène, en ayant soin d'employer des courants faibles et de même intensité et d'en empêcher la propagation au nerf vague, on constate que l'excitation du bout central du nerf dépresseur entraîne une diminution de la tension artérielle, plus grande et plus prolongée après l'injection des substances favorisantes dans les veines. Et si, comme corollaire, on excise, dans les mêmes conditions, les deux bouts du nerf auriculaire du lapin après l'avoir sectionné, on s'aperçoit que l'action vaso-dilatatrice de ce nerf est accrue surtout dans le bout central, lorsque le bouillon de culture du *staphylococcus aureus* a été injecté dans les veines.

Ces deux expériences témoignent donc en faveur d'une modification de l'appareil nerveux vaso-dilatateur, portant principalement sur les centres.

Conclusions. — Les produits solubles du staphylocoque absorbés et répandus dans le sang prédisposent à la formation du pus, aux points où le microbe est inséré.

Dans les mêmes conditions, ils augmentent l'excitabilité réflexe des centres nerveux vaso-dilatateurs et, indirectement, favorisent la diapédèse dans les foyers phlegmoneux.

REVUE DES CONGRÈS

CONGRÈS DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES

(20e SESSION).

Tenu à Marseille du 17 au 24 septembre.

Recherches microbiennes expérimentales sur les arthropathies.

M. Bouchard. — Il y a déjà longtemps que les auteurs ont tenté de constater l'existence et la nature des bactéries dans les arthropathies du vrai et du pseudo-rhumatisme. J'avais déjà abordé ce sujet dans mes leçons de 1880.

J'ai dernièrement repris ces expériences, avec le concours de M. Charrin, et c'est surtout dans les cas de rhumatisme subaigu ou chronique que nous avons examiné, au point de vue microbiologique, les cavités articulaires et les parties voisines.

Dans six cas sur dix nous avons trouvé le staphylococcus albus seul; chez un malade il était associé à l'aureus, chez un autre à un micro-organisme en bâtonnet. Dans un autre cas on notait la présence du staphylococcus aureus associé à un autre bacille; deux fois les ensemencements ne donnèrent aucun résultat.

Les pièces que nous avons recueillies sur les animaux, concernant des arthropathies produites après injections à distance de cultures de staphylococcus albus ou de certaines toxines, comme la pyocyanine, montrent l'apparition rapide des atrophies de voisinage, ce qui est très analogue, comme l'on sait, à ce qui se passe dans certaines formes du rhumatisme de l'homme.

Sans vouloir tirer de ces faits des conclusions hâtives, il est permis de supposer, vu l'étonnante fréquence du staphylococcus albus dans les cavités articulaires, qu'il y a un certain rapport entre ce micro-organisme et l'apparition de diverses arthropathies.

Cirrhose alcoolique. Maladie de l'appareil vasculaire. Souffle splénique.

M. Bouchard. — Une malade de mon service, atteinte de cirrhose alcoolique, avait été traitée par le calomel et sous l'influence de ce traitement on avait pu noter une rétrocession des accidents équivalant à une guérison.

Cette malade rentra à nouveau dans mes salles et à longues reprises en 1890 et 1891. Les symptômes qu'elle présentait alors furent des plus bizarres : ils consistaient dans l'existence de souffles cardiaques de la pointe et de la base à maximum systolique ; on notait en plus un souffle splénique très accusé et des pouls veineux multiples, siégeant aux coudes, à la face, au ventre, etc., très appréciables même sur des tracés recueillis par M. Fr. Franck. La malade mourut avec des hémorrhagies multiples après avoir présenté de l'albuminurie, des congestions pulmonaires, de l'ictère, etc.

A l'autopsie il n'y avait pas de lésions cardiaques, mais un rétrécissement notable du système artériel surtout marqué à l'aorte, des varices œsophagiennes, en dehors des lésions chroniques du foie et des reins.

Caractères généraux des tremblements hystériques.

M. Oddo (Marseille). — Les traits généraux communs aux tremblements hystériques sont constitués de la façon suivante :

A. Par la nature des causes provocatrices, on peut distinguer à ce point de vue trois espèces de tremblements :

1. Les tremblements hystéro-émotionnels (41 sur 55 cas).

2. Les tremblements hystéro-toxiques dont le cadre n'est pas encore fermé. Il faut en rapprocher les tremblements consécutifs aux maladies infectieuses.

3. Les tremblements hystériques, consécutifs aux accidents hystériques, attaques apoplectiformes ou convulsives.

B. Par le mode de début : évolution souvent caractéristique ; période prodromique (survenant après le choc); céphalée (phénomène constant); troubles intellectuels et physiques.

C. Par les caractères des tremblements une fois constitués : 1. Variabilité spontanée et provoquée par les accidents hystériques, l'émotion, etc. ; 2. Caractère paradoxal résultant des anomalies du tremblement hystérique et des symptômes secondaires qui l'accompagnent.

Paralysie du voile du palais dans l'ataxie locomotrice.

M. Schnell. — Les paralysies des nerfs crâniens ne sont pas exceptionnelles dans le cours de l'ataxie locomotrice, mais celle du voile du palais a été jusqu'ici peu remarquée. On sait que les causes de cette dernière sont multiples : maladies infectieuses, lésions en foyer, paralysie générale, syphilis, etc. Ce n'est donc pas un signe pathognomonique du tabes, mais elle peut l'accompagner parfois, comme dans un cas rapporté par l'auteur.

La dengue de Syrie et d'Egypte à Marseille.

M. J. Rouvier (Beyrouth). — Les cas que je vais rapporter ne concernent pas la dengue des pays tropicaux, décrite par Mahé, Leroy de Méricourt et par d'autres auteurs, mais de la forme atténuée, que j'ai observée à Beyrouth pendant diverses épidémies depuis 1885. Comme je l'ai répété à plusieurs reprises, la dengue atténuée et la grippe-influenza ont des rapports étroits, mais il faut savoir reconnaître les formes bénignes de la dengue. J'en ai constaté récemment cinq cas à Marseille.

De ces cinq cas, trois ont été observés dans une maison, deux dans une autre. La maladie avait débuté au premier étage et s'était propagée au second, chez des femmes n'ayant jamais quitté Marseille. Les deux derniers cas frappèrent des parentes des malades précédentes, mais habitant une autre maison. Le début n'a pas toujours été brusque et la fièvre (39°5 à 40°) a eu une courte durée. Dans un cas seulement il y eut une éruption éphémère, mais dans tous les cas on nota de la céphalalgie, de la rachialgie, des troubles gastriques, de la faiblesse des membres inférieurs ; on fit plusieurs diagnostics, ceux de dothiénentérie, d'impaludisme, etc.

Or il faut savoir que ces cas isolés et atténués préparent admirablement le terrain à de nouvelles infections pneumococciques. Si celles-ci apparaissent, on les dénommera grippe ou influenza et on pensera à une nouvelle éclosion de l'épidé-

mie. Or il ne s'agirait que de la continuation d'une maladie existant déjà et qui est bien la dengue alténuée.

De l'hérédité dans les affections de la moelle épinière.

M. Latie (Aix). — J'ai observé dans deux familles des cas curieux de transmission complète d'une même affection médullaire.

Dans une première famille il s'agissait de l'ataxie de Friedreich, caractérisée par ses signes habituels, moins le nystagmus et la déviation vertébrale. La maladie a frappé huit membres de la famille avec une prédilection marquée pour la branche aînée, cinq hommes et trois femmes. Nous avons trouvé, comme maladies associées, un cas de diabète, un cas de lypémanie, un cas d'hystérie avec astasie-abasie.

Dans une deuxième famille il s'agissait de myélite transverse avec paraplégie plus ou moins complète, anesthésie, abolition des réflexes, atteignant sept sujets de trois génération, frappant tous les aînés sans exception, entre 18 et 40 ans.

Ainsi dans ces deux ordres de faits la maladie s'est toujours transmise semblable à elle-même, avec la même intensité, frappant principalement les aînés

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 22 *septembre* 1891.

Présidence de M. Tarnier

Hémostase temporaire par compression élastique.

M. Guermonprez (Lille) ayant à enlever, à titre d'opération purement palliative, un cancer ayant envahi la joue, le palais et le plancher de l'orbite, se préoccupa de l'hémostase préliminaire portant sur la carotide primitive. La compression est au cou impossible ; la ligature ordinaire a l'inconvénient d'être définitive. M. Guermonprez aborda donc la carotide juste au-dessous de la bifurcation, et passa sous elle, en anse, un petit drain en caoutchouc, qui fut serré avec une pince à pression. Le néoplasme fut alors enlevé et pendant cette ablation il ne vint guère que du sang veineux. Il n'y eut que deux pinces hémostatiques à mettre. L'opération une fois terminée, le fil élastique fut relâché, le pouls revint dans la faciale et la temporale et néanmoins dans la plaie l'hémostase fut définitive, sans avoir besoin de rien lier. Un aide resta en permanence pendant 24 heures, prêt à serrer l'anse élastique restée en place ; mais ce fut inutile et tout évolua sans accident. Il y a là un procédé sur lequel M. Guermonprez croit devoir attirer l'attention.

Amnésie post-éclamptique.

M. Charpentier. — Nous avons reçu il y a quelques jours de M. Bidon (de Marseille) une observation fort intéressante d'amnésie post-éclamptique. Cette amnésie est bien connue : après les accouchements on sait que parfois les femmes restent pendant quelques heures sans se rien rappeler ; quelquefois l'amnésie persiste 24, 36 heures, parfois même plusieurs jours, les femmes ayant oublié leur accouchement, se demandant pourquoi elles sont à l'hôpital. Elles oublient surtout les rues, les adresses, les dates et tout ce qui a trait à leur accouchement. Mais il est rare que cela persiste. On connaît toutefois un fait de Chaillou-Honoré et de P. Dubois où pendant des mois la femme avait oublié la topographie de Paris ; au bout de 8 mois et demi une malade de Riedel ne se rappelait pas son accouchement ; des malades de Trousseau, Capuron, Mad. Boivin avaient oublié leur grossesse.

Le cas de M. Bidon est particulièrement remarquable par sa durée. Il a trait à une jeune femme, fille d'hystérique, qui, jusqu'à l'âge de 21 ans, ne présenta aucun accident nerveux, puis fut prise d'amour pour un ouvrier horloger, se fit enlever et enfin épouser, puis devint enceinte. Après la rupture des membranes elle fut prise d'éclampsie grave, avec 14 attaques en 24 heures, dont 3 avant l'accouchement qui fut très rapide. Albuminurie très abondante. Lorsque la malade fut hors de danger, on constata qu'elle avait perdu le souvenir de tout ce qui était relatif à son mariage, elle se croyait fiancée et n'admit sa grossesse et son accouchement que par la force du raisonnement, parce qu'elle constatait qu'elle avait du lait et qu'elle nourrissait son enfant.

Mais l'amnésie n'était pas aussi limitée et M. Bidon ne tarda pas à s'apercevoir que toute la période datant du jour où la jeune femme avait quitté sa famille était oubliée. Et le fait spécialement rare est qu'aujourd'hui, environ 2 ans après l'accouchement, cette amnésie persiste.

Ainsi, les crises subintrantes d'éclampsie ont fait perdre brusquement à la mémoire et d'une façon définitive, ses emmagasinements les plus récents. Dans les cas de ce genre il faut admettre avec Ribot, Egger et Lereboullet qu'il n'y a pas de lésion localisée, car la mémoire — ou plutôt les mémoires — est fonction de toutes les cellules cérébrales.

Mais quel a été le mécanisme ? Il est probable qu'il s'est agi de troubles circulatoires et organiques intenses et M. Charpentier termine, à titre d'hypothèse pure, par une comparaison avec ce qui se passe dans un ressort d'acier qui, chauffé, perd une partie de son élasticité et de sa résistance sans que pourtant le microscope y révèle une modification de structure.

M. Proust. — Je me souviens d'un fait similaire chez une femme, non éclamptique d'ailleurs, qui, à son second accouchement, perdit la mémoire des faits antérieurs et relatifs à cet accouchement. J'ai revu cette malade depuis à plusieurs reprises et elle n'a pu récupérer complètement la mémoire. Evidemment là non plus il n'y a pas de lésions du foyer.

De la diplopie monoculaire comme symptôme cérébral.

M. Duret. — Tout le monde connaît la diplopie ou la polyopie monoculaire causée par des troubles de l'iris ou de l'accommodation, mais on connaît moins la diplopie monoculaire d'origine cérébrale. Dans tous les cas rapportés jusqu'ici il a été impossible de trouver un trouble quelconque dans le milieu de l'œil.

Un forgeron de 50 ans, entré dans le service de M. Duret, avait reçu un violent traumatisme cérébral (compression transversale) après lequel il perdit quelque temps connaissance.

Le lendemain et les jours suivants, il persistait une céphalée intense. Le dixième jour le malade accuse qu'il voit double dans une certaine position des objets. Ce malade n'avait qu'une acuité de 1/3, le champ visuel est rétréci dans la moitié externe ; la diplopie de l'œil droit est très nette ; la seconde image, un peu moins nette que l'image réelle, est placée à gauche de l'image vraie et un peu plus bas. Les nerfs optiques paraissent en voie d'atrophie, mais rien ne peut expliquer localement la diplopie de l'œil droit et il faut invoquer une origine cérébrale.

Il y avait une diplopie partielle ne se produisant que lorsque l'image venait se peindre sur la moitié interne de la rétine ; il faut en conclure que c'est l'hémisphère cérébral gauche qui est en cause ; il est probable que la diplopie avait son origine dans l'hémisphère gauche. Le centre cortical de ce malade a peut-être été lésé et il en résulte un trouble de l'accommodation d'une moitié du muscle.

Seconde hypothèse, il n'y avait pas seulement de la paralysie d'une partie du muscle de Brücke, puisque la diplopie n'avait lieu que dans une partie du champ du regard ; ce serait donc un trouble de la sphère corticale du champ visuel, où viennent se peindre les images venues des deux moitiés du champ visuel, images qui ne concordent pas.

De l'analyse de tous ces faits, M. Duret tire ces conclusions : 1° Il existe une diplopie monoculaire qui est d'origine cérébrale ; elle paraît liée sans doute à quelques troubles dans le fonctionnement des régions des hémisphères signalées dans les derniers temps comme étant le siège des perceptions visuelles, d'après Ferrier et les autres physiologistes ; 2° Il importe d'attirer l'attention des pathologistes sur la valeur clinique de ce symptôme cérébral encore peu connu et qui mérite d'être éclairci par de nouvelles observations.

M. Guermonprez (Lille) a opéré par la méthode dont il a entretenu l'Académie il y a huit jours une seconde malade dont il communique l'observation, et à ce propos il insiste sur certains points de technique.

SOCIÉTÉ D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE NORMALES ET PATHOLOGIQUES DE BORDEAUX
(*Suite*).

Abcès du médiastin consécutif à la trachéotomie; mort subite.

M. Fromaget présente des pièces pathologiques provenant de l'autopsie d'un enfant mort à l'hôpital des Enfants-Assistés. Il fut amené, atteint du croup, le 18 janvier, et la trachéotomie fut faite aussitôt. Le 24 janvier, en enlevant la première canule, on constata du sphacèle de la plaie trachéale.

L'état général était bon, le pouls normal; l'auscultation dénotait une bronchite légère. Dans l'après-midi de ce même jour, il eut subitement une syncope et mourut.

L'autopsie ne révèle rien au cœur, ni au cerveau, ni au bulbe. Mais autour de la trachée, on trouve une épaisse couche de pus entourant également l'œsophage et se prolongeant assez profondément dans le médiastin postérieur.

M. Fromaget se demande si cette couche de pus englobant le pneumogastrique n'est pas la cause de la syncope par irritation de ce tronc nerveux.

M. Sabrazès. — Le malade a-t-il eu par moments de la tachycardie paroxystique? On l'a observée fréquemment dans certains cas de névrite du pneumogastrique.

M. Arnozan. — Quel était l'état des urines? Renfermaient-elles de l'albumine?

M. Fromaget. — On n'a observé ni tachycardie ni albuminurie.

De la régularité du pouls dans l'insuffisance mitrale.

M. Davezac montre à la Société des tracés sphygmographiques qui se rapportent à des cas où l'auscultation permettait d'établir le diagnostic d'insuffisance mitrale pure, sans mélange de rétrécissement. On y constate que le pouls battait régulièrement. Or, malgré l'affirmation catégorique de G. Sée, dans son dernier ouvrage sur les maladies du cœur, tout le monde n'admet pas qu'il puisse en être ainsi, et l'irrégularité du pouls dans l'insuffisance mitrale est pour beaucoup d'auteurs un des signes les plus constants de cette affection.

M. Piéchaud. — Ne peut-on pas observer en même temps que cette régularité du pouls l'absence de souffle dans l'insuffisance mitrale?

M. Arnozan. — En effet, l'irrégularité et le souffle peuvent manquer au cours de cette affection. Mais il faut savoir que l'irrégularité est surtout un signe précoce; le bruit de souffle est au contraire un signe tardif.

M. Davezac. — Je regrette de ne pouvoir accompagner ces tracés de renseignements précis et circonstanciés sur chaque malade; mais je puis affirmer qu'il s'agissait dans tous les cas d'affections chroniques à la période de compensation.

Syringomyélie à panaris.

MM. E. Bitot et **Lamacq** montrent une moelle de syringomyélie, recueillie à l'autopsie d'une femme morte dans le service de M. le professeur Pitres.

La malade, âgée de soixante-deux ans, était entrée une première fois à l'hôpital Saint-André en avril 1890, dans le service de M. le professeur Vergely, dont M. E. Bitot avait l'honneur d'être l'interne. A cette époque, on nota une hémiatrophie droite de la langue et une hémiparésie des membres du côté correspondant. Le pouce de la main droite portait les traces d'un panaris déformant. La sensibilité à toutes les excitations était normale. On supposa qu'on avait affaire à une sclérose en plaques fruste.

Cette femme, sortie de l'hôpital en juillet 1890, y est revenue trois mois après. On l'a placée alors dans le service de M. le professeur Pitres, où M. Bitot a continué l'observation.

Comme modifications à l'état antérieur, on constatait une parésie beaucoup plus grande de tout le côté droit, si bien que la malade ne pouvait ni marcher, ni se tenir debout; une très légère contracture des membres correspondants; une déformation du pied en arc de cercle et la dissociation de la sensibilité cutanée. Le contact et la piqûre étaient nettement perçus, tandis que la température ne l'était pas, surtout du côté droit. On pensa immédiatement à la syringomyélie.

Cette femme est morte de congestion pulmonaire dans l'espace de peu de jours.

A son autopsie, on a trouvé une moelle très molle qui, étalée sur une table, s'est aplatie dans toute sa longueur. A son centre, une large cavité, uniforme, parcourait toute la moelle et permettait l'introdution d'une large plume d'oie.

Des coupes seront pratiquées ultérieurement, de même que la dissociation de fragments de nerfs. Les présentateurs soumettront ces diverses préparations histologiques à l'examen de la Société.

MM. E. Bitot et Lamacq insistent sur l'intérêt de ce cas, qui est le second présenté à la Société. Le premier appartient à M. Lamacq. A leur avis, les signes essentiels de diagnostic de la syringomyélie sont : 1° la production de troubles trophiques au niveau des mains et des doigts, spécialement sous forme de panaris analgésiques et déformants; 2° la dissociation de la sensibilité aux divers modes d'excitation.

Ils attirent l'attention sur la déformation particulière du pied droit en arc de cercle, déformation qui ne correspond à aucun type connu jusqu'à présent, et sur l'hémiatrophie de la langue.

Cette maladie est certainement plus fréquente qu'on ne le suppose; mais il faut, pour la diagnostiquer, faire une exploration attentive et minutieuse de la sensibilité cutanée.

M. Vergely. — Le panaris dont cette femme était porteur remonte déjà à dix-huit ans, de plus il est unique. Peut-on lui accorder dans ce cas une signification aussi importante?

M. E. Bitot. — Il est à remarquer que sa durée a été d'un mois et, de plus, qu'il a toujours été indolore. Ce sont là des faits dont il faut tenir grand compte.

M. W. Dubreuilh. — Dans un cas semblable, un panaris déjà ancien et guéri depuis longtemps me fit songer à la syringomyélie. Des recherches plus précises montrèrent les troubles caractéristiques de la sensibilité.

Cystite blennorrhagique : taille hypogastrique.

M. J. Pépin présente la vessie d'un sujet qui a succombé à la suite d'une taille hypogastrique, pratiquée dans le but de remédier aux douleurs intenses d'une cystite chronique.

Cet homme, âgé de vingt-sept ans, contracte une blennorrhagie en juillet 1890; trois semaines après environ débute la cystite, dont les symptômes et surtout les douleurs n'ont fait qu'augmenter. Il entre dans le service de M. le Dr Dubourg le 2 mars 1891. Les envies d'uriner sont alors presque continuelles; elles s'accompagnent, au début et surtout à la fin des mictions, d'une douleur horrible donnant la sensation du fer rouge et que le malade rapporte au gland. La palpation de la région hypogastrique est douloureuse. Les urines contiennent très peu de mucosités et de pus. De petites hématuries se montrent quelquefois au moment de l'expulsion des dernières gouttes d'urine. Le malade a beaucoup maigri, il est pâle. Pas d'antécédents tuberculeux, pas de tuberculose pulmonaire ni génitale; pas de rhumatisme. L'exploration de la vessie, faite sous le chloroforme, ne donne rien; la cavité vésicale ne peut contenir que 50 grammes de liquide.

Le malade, avant de venir à l'hôpital, a déjà subi, mais inutilement, un long traitement par les balsamiques. Depuis son entrée dans le service, on lui administre de la térébenthine et des narcotiques et, du 7 au 18 mars, tous les trois jours, dix gouttes d'une solution de nitrate d'argent à 1/40 sont déposées à l'aide de l'instillateur en partie dans la vessie, en partie dans la région prostatique de l'urèthre. Aucune amélioration : la cystalgie continuelle prive le malade de tout sommeil. La sonde à demeure ne peut être supportée. Le malade parle de se suicider.

La taille hypogastrique, suivant le procédé de Petersen, est pratiquée par M. le Dr Dubourg le 19 mars. La vessie très petite, cachée derrière le pubis, est difficilement accessible; elle est ponctionnée sur le bec du cathéter, explorée et cautérisée avec une solution de nitrate d'argent à 1/20. Les parois de la vessie sont très hypertrophiées, les lèvres de la plaie vésicale saignent beaucoup. Après hémostase, un tube de Périer est placé dans la vessie, dont la plaie n'est pas sutu-

rée. La cavité de Retzius est comblée par une lanière de gaze iodoformée. Suture de la paroi abdominale.

Le soir de l'opération, une hémorrhagie se fait à travers la plaie abdominale.

Du 19 au 21 mars, le tube de Périer fonctionne mal; l'urine, fortement teintée de sang, s'écoule par la plaie; la sonde à demeure est essayée en vain. Le malade meurt dans le marasme, le 21 mars.

A l'autopsie, on trouve, au-dessous de la paroi abdominale, entre le cul-de-sac péritonéal et le pubis, dans une cavité creusée au niveau du tissu cellulaire périvésical, un caillot noir, gros comme une pomme. Au-dessous, la vessie est complètement cachée derrière le pubis. Le tissu cellulaire périvésical, épais de deux travers de doigt, est infiltré de sérosité sanguinolente à odeur urineuse; l'infiltration est restée cantonnée autour de la vessie. Le péritoine est sain. La couche musculaire de la vessie, très hypertrophiée, inextensible, est épaisse d'un travers de doigt; la cavité vésicale a le volume d'un gros œuf de poule; la muqueuse, sans ulcération, rouge sombre, est soulevée sur la face postérieure par de grosses colonnes charnues. Les uretères présentent une augmentation considérable de leur calibre et un épaississement de leur paroi; leur ouverture dans la vessie admet facilement une bougie n° 14 de la filière Charrière. Les reins sont sains. Pas un seul noyau tuberculeux dans les organes génitaux ni dans les poumons. L'urèthre, ouvert par sa paroi supérieure, ne présente ni ulcération, ni rétrécissement.

La cystotomie sus-pubienne, faite dans le but de combattre les douleurs de la cystite chronique, méthode inaugurée en France par Guyon, a été rarement pratiquée. L'hémorrhagie grave est exceptionnelle à la suite de l'incision de la vessie. Dans notre cas, l'incision a été faite à la partie antéro-supérieure du réservoir urinaire; le plexus veineux qui se trouve autour du col n'a pas été lésé; l'écoulement de sang provenait des lèvres de la plaie de la vessie hypertrophiée. Quant à l'infiltration du tissu cellulaire périvésical, cette complication ne se voit que dans les cas analogues à celui-ci, où la découverte de la vessie est difficile.

La contracture et l'inextensibilité de la vessie s'opposant à l'injection étaient, pour Tompson, des contre-indications formelles à la taille hypogastrique; aujourd'hui, grâce au ballon de Petersen, on soulève la vessie. Cependant, dans un cas comme celui-ci, où les lésions de la cystite sont très prononcées, malgré l'emploi du ballon, il peut arriver qu'on n'atteigne la vessie qu'au prix de contusions et de déchirures du tissu cellulaire de la région, causes prédisposantes de l'infiltration : on doit craindre de voir aussi les lèvres de la plaie vésicale devenir la source d'hémorrhagies graves.

Métrite traitée par la pâte de Canquoin; sténose du col; ovaro-salpingite suppurée.

M. Fourcaud présente l'utérus et les annexes d'une femme atteinte de métrite. Traitée une première fois par la pâte de Canquoin dans le service de M. le professeur Lanelongue, elle revint cinq mois après avec une sténose accentuée du col. La dilatation fut pratiquée, mais elle présenta constamment de l'irrégularité menstruelle et, pendant un nouveau séjour à l'hôpital, on diagnostiqua une salpingite droite.

Sur les pièces présentées, on note surtout des lésions de l'ovaire, où se trouvent, en effet, un abcès assez étendu et deux poches hématiques de volume différent. L'abcès tubaire est, au contraire, très petit. On a observé en outre un kyste hématique du ligament large du même côté.

M. Fourcaud fait surtout observer que les lésions de l'ovaire l'emportent de beaucoup, comme il arrive fréquemment, sur les lésions de la trompe.

M. André Boursier demande l'époque exacte de l'application de la pâte de Canquoin.

M. Fourcaud. — C'est au mois de juillet 1890 que la malade fut traitée par la méthode de Dumontpallier, et c'est cinq mois après qu'elle rentra à l'hôpital.

M. André Boursier. — Cette observation est intéressante et toute d'actualité. Tout récemment, la Société de Chirurgie s'est occupée des accidents consécutifs au traitement des métrites et à l'atrésie du col, qui en est la conséquence. On a noté, en outre, une congestion intense des ovaires et des crises douloureuses avec exacerbation à l'époque des menstruations habituelles.

J'ai publié, dans le *Journal de Médecine de Bordeaux*, trois cas de rétrécissement.

Quant à la sténose elle-même, elle n'est pas toujours justiciable d'une intervention. J'ai observé, ainsi que Segond, qu'elle siégeait le plus souvent au col, mais qu'on la rencontrait aussi dans la cavité utérine. Dans le premier cas, la dilatation peut amener la réapparition des menstrues ; dans le second, toute intervention doit être proscrite.

M. Ferron. — On publie chaque jour des résultats fâcheux dus au traitement par la pâte de Canquoin. La sténose qu'on croyait facile à combattre est au contraire rebelle. On renoncera probablement à ce moyen thérapeutique, puisqu'on ne peut éviter les accidents même en employant les plus petits crayons.

M. André Boursier. — Il est à remarquer cependant que les plus gros crayons ont amené les accidents les plus fâcheux. On observe moins de complications lorsqu'on n'emploie que des crayons de deux ou trois millimètres de diamètre.

M. Jules Pepin rapporte le cas d'une malade qui fut traitée dans le service de M. le Dr Dubourg. Les règles disparurent et elle revint à l'hôpital avec une tumeur volumineuse des annexes à droite. Une simple pression à l'aide de l'hystéromètre permit de vaincre la sténose, qui ne s'est plus reproduite.

M. André Boursier. — Il ressort de tous ces faits qu'il faudrait procéder, comme pour l'urèthre, à une dilatation lente et progressive du col utérin.

M. Vergely n'a jamais consenti à introduire dans l'utérus un caustique aussi violent que la pâte de Canquoin. Autrefois, on abandonnait des crayons de nitrate d'argent dans la cavité utérine ; mais on dut renoncer à ce procédé à cause de ses nombreux inconvénients.

Cependant la pâte de Canquoin est beaucoup plus énergique. C'est un caustique dont il est difficile de mesurer les effets. Avec un pareil moyen, on ne traite pas une muqueuse, on la détruit. N'est-ce pas une considération grave que de compromettre plus ou moins la fécondation ? Des caustiques liquides et, parmi eux, la teinture d'iode, sont inoffensifs et peuvent rendre de réels services. Le curetage, l'écouvillonnage avec une antisepsie rigoureuse sont encore beaucoup moins dangereux que la méthode de Dumontpallier.

Méningite cérébro-spinale suppurée chez un enfant de vingt-cinq jours; pneumocoques dans le pus.

MM. Eugène Pepin et **Sabrazès** présentent des préparations bactériologiques d'une méningite suppurée chez un enfant de vingt-cinq jours, mort dans le service de M. le docteur R. Saint-Philippe.

Il s'agit, dans ce cas, d'une méningite cérébro-spinale dont le pus verdâtre et épais rappelait celui des méningites pneumococciques de Netter.

C'est la troisième qu'il a été donné d'observer en quelques jours. Ainsi qu'on peut le voir sur les préparations mises sous les yeux des membres de la Société, il s'agit véritablement de pneumocoques.

Le fait paraît assez rare à cet âge ; Netter n'en cite que deux cas dans son mémoire.

Il est à remarquer que l'enfant n'a jamais présenté de symptômes permettant de porter un diagnostic. On a noté simplement une fièvre légère, un refus absolu de téter et des troubles vaso-moteurs le faisant paraître alternativement rouge et pâle.

M. Ferron. — Y a-t-il en ce moment à l'Hôpital des Enfants quelques cas de scarlatine ? Quelques auteurs, parmi lesquels Laveran, ont cru pouvoir rapprocher cette fièvre éruptive de la méningite cérébro-spinale épidémique.

M. W. Dubreuilh. — Il est démontré aujourd'hui que la plupart des complications suppurées de la scarlatine sont dues à des streptocoques.

La présence des pneumocoques dans les méningites doit faire songer à la coïncidence des épidémies de pneumonies et de méningites cérébro-spinales qu'elles précèdent le plus

souvent. Il y aurait lieu, si la chose n'a déjà été faite, de rechercher le pneumocoque dans les épidémies de méningites cérébro-spinales. Il est difficile d'affirmer que les trois cas présentés par MM. Eugène Pepin et Sabrazès appartiennent à la méningite cérébro-spinale épidémique ; mais la présence du pneumocoque permet le rapprochement.

M. Sabrazès. — Netter dit qu'un grand nombre d'observations dites de méningites cérébro-spinales épidémiques sont des observations de méningites pneumococciques.

M. Auché. — Il est important de remarquer la rareté des méningites produites par des microbes pyogènes purs. On cite seulement un ou deux cas dans lesquels on n'a trouvé que des streptocoques ou des staphylocoques. On les rencontre, au contraire, assez fréquemment associés au pneumocoque.

Ce dernier se rencontre de beaucoup le plus fréquemment dans les méningites. On a signalé aussi le microbe de Friedlander et j'ai pu l'isoler chez un malade du service de M. le professeur Pitres.

Le microbe de Weichselbaum s'est rencontré aussi parfois seul dans l'inflammation des méninges. Sauf le bacille de Koch, les bacilles sont très rares dans ces cas.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE DE BORDEAUX

Anurie calculeuse et urétérotomie.

M. Pousson. — L'anurie calculeuse peut réclamer une intervention chirurgicale, car si elle peut cesser spontanément, elle est souvent la cause de la mort. Il a été pratiqué jusqu'ici par différents chirurgiens huit opérations d'urétérotomie dans des cas de ce genre. Dans deux cas, le calcul put être senti par le toucher vaginal ou rectal; dans trois autres cas, la douleur en un point fixe indiqua le côté atteint, mais les chirurgiens firent une incision allant de la pointe de la dernière côte à la crête iliaque, de façon à pouvoir explorer à la fois le rein et l'uretère; chez deux malades, les symptômes étant obscurs, le calcul ne put être découvert que grâce à une incision exploratrice; dans un cas, l'incision exploratrice resta sans résultat, faute d'une exploration de l'uretère dans toute sa longueur. Dans six cas, il n'y eut pas trace d'accidents et la guérison se fit sans fistule urinaire; dans aucun d'eux, il n'avait été fait de suture et cependant il n'y eut pas d'infiltration d'urine.

Pyélite calculeuse. Pyélotomie.

M. Troquart. — Sur une femme de 67 ans, qui éprouvait assez fréquemment depuis une trentaine d'années des crises de douleurs offrant tous les caractères de la colique néphrétique et se terminant au bout de plusieurs jours par l'expulsion d'une urine noirâtre d'odeur infecte, j'étais arrivé au diagnostic de néphrite calculeuse ; je fis au cours d'une crise une ponction au niveau d'une tumeur développée à la région lombaire et j'en tirai le même liquide noirâtre et infect : l'aiguille de l'aspirateur fut heurtée à plusieurs reprises par un corps dur, ce qui confirma le diagnostic. Je pratiquai quelques jours plus tard une incision lombaire qui me permit d'arriver sur le bassinet légèrement distendu et d'en extraire outre le liquide précédent un gros calcul assez friable. La malade mourut dans la nuit du deuxième au troisième jour après l'opération. Pas d'autopsie.

Imperforation du méat urinaire.

M. Loumeau. — J'ai observé, chez un garçon de 2 ans 1/2, une imperforation du méat : l'enfant urinait avec effort et lentement par un orifice unique et extrêmement ténu, situé sur la face inférieure de la verge, à mi-chemin entre le sommet et la base du gland; la verge était bien conformée; le gland n'était ni aplati, ni étalé, ni recourbé, ni tordu, le frein existait avec ses caractères normaux, l'urèthre ne s'arrêtait pas au niveau de l'orifice uréthral apparent comme dans l'hypospodias et, en avant de cet orifice, il existait jusqu'au sommet du gland, où l'on voyait nettement dessiné, mais non perforé, le méat urinaire. Avec un bistouri très effilé, je pratiquai un débridement allant du sommet du gland à l'orifice accidentel et mesurant environ 4 millimètres, sans qu'il s'écoulât une goutte de sang; le cathétérisme de l'urèthre permit de constater l'intégrité des voies urinaires et je remarquai que la sonde se voyait pour ainsi dire par transparence à travers la paroi inférieure très amincie, dans toute la portion pénienne et surtout au niveau du gland.

Avortement provoqué chez une multipare, expulsion d'une môle hydatique.

M. Peyre. — Chez une femme de 27 ans qui avait déjà eu trois grossesses, enceinte d'environ 3 mois, qui avait des vomissements incoercibles et un écoulement sanguin persistant avec expulsion de caillots, et dont l'utérus était très développé et présentait un volume correspondant à une grossesse de 4 mois 1/2, je pratiquai l'avortement. L'utérus expulsa une môle volumineuse et continua d'expulser pendant une journée des vésicules séparées et quelques caillots. La masse molaire principale pesait 1200 grammes et était composée de vésicules du volume d'un pois à celui d'un grain de malaga, transparentes, légèrement colorées en rouge, s'affaissant sous la pression du doigt et éclatant en laissant échapper un liquide gélatineux et albumineux; les vésicules étaient ovoïdes, présentant à une de leurs extrémités un prolongement qui les fixait les unes aux autres en formant une grosse grappe. Il n'y avait pas trace de fœtus ni de membranes.

Polynévrite aiguë généralisée au cours de la coqueluche.

M. Moussous. — J'ai observé chez un enfant de 18 mois, atteint depuis trois semaines de coqueluche, des phénomènes paralytiques très étendus, survenus brusquement à la suite d'un accès de fièvre accompagné d'attaques convulsives. Les phénomènes paralytiques avaient débuté par les membres inférieurs et s'étaient étendus progressivement aux membres supérieurs, aux muscles du tronc et de la nuque, au voile du palais, dans l'espace de 4 jours. La fièvre avait persisté pendant la période de généralisation, sans s'accompagner de cris traduisant des douleurs vives, sans troubles dans les fonctions de la vessie et du rectum. Il n'y avait pas eu d'angine. Au bout de quelques jours, survinrent des troubles respiratoires dus à un état de paralysie des muscles inspirateurs et expirateurs, mais avec intégrité du diaphragme. Au bout de 3 semaines, la paralysie commença à diminuer et 2 mois après le début des accidents la guérison était complète. Les muscles n'ont pas paru notablement atrophiés.

Le pain des diabétiques.

M. Carles. — En principe et d'après les seules règles chimiques, il serait désirable de ne donner aux glycosuriques que du pain de gluten absolument exempt d'amidon, mais industriellement la séparation absolue du gluten et de l'amidon est impossible, aussi doit-on s'occuper plutôt de la proportion relative de cet amidon que de ses proportions absolues. Il est d'ailleurs peu probable qu'un pain de gluten absolument pur, puisse être longtemps toléré par l'estomac, qui ne peut jamais se contenter de principes immédiats purs, d'espèces chimiques isolées et qui ne tolère et ne digère bien que les mélanges de ces mêmes principes immédiats, réunis selon les proportions très variables qu'ils présentent, dans tous nos aliments naturels ou artificiels. On doit donc rechercher, dans les divers pains industriels, non pas peut-être le moins amylacé, mais celui qui, avec une pauvreté relative en amidon, est le plus facile à manger, le plus cuit, le plus appétissant, le plus nourrissant, le plus léger à l'estomac et surtout celui qui, expérimentalement, communique aux urines le moins de sucre diabétique.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE LYON.

Rupture de l'artère fémorale.

M. Destot présente une rupture de l'artère fémorale chez un jeune homme de 22 ans, qui eut le pied et la cuisse gauche broyés par le passage d'une voiture pesamment chargée.

L'amputation fut pratiquée et montra que l'artère et la veine fémorale avaient été laminées sur le fémur qui était éclaté dans son tiers inférieur. Les tuniques interne et externe

étaient rompues et les deux bouts oblitérés par des caillots. Il existait entre ces deux caillots une portion intermédiaire exsangue correspondant au passage de la roue.

La continuité externe de l'artère était complète.

Le malade présentait des lésions vasculaires : thrombose des veines et des artères de la jambe et du pied; rupture de la veine saphène interne; foyers sanguins dans la moelle osseuse du tibia et du péroné; rupture complète de la pédieuse au niveau du premier espace interosseux et de la plantaire, au niveau du scaphoïde.

Du côté des os, fractures du scaphoïde, de l'extrémité inférieure du cuboïde, éclatement des deuxième et quatrième métatarsiens. Luxation en arrière et en bas du premier métatarsien accompagné du premier cunéiforme. Diastasis de tout le tarse antérieur. La roue passait au niveau de l'interligne de Lisfranc. Le sujet avait été renversé sur le sol et la roue avait écrasé le pied en le comprimant transversalement de son bord interne vers son bord externe.

M. L. Tripier fait remarquer que pour les plaques hémorrhagiques que l'on voit sur la moelle des os longs, on doit tenir un grand compte du trouble apporté dans la circulation du membre par la déchirure et l'altération de la fémorale.

Cancer de l'œsophage et gastrostomie.

M. Bonnet présente une pièce provenant d'un homme âgé de 70 ans, entré dans le service de M. le professeur Léon Tripier le 21 avril 1891. Cet homme depuis huit mois éprouvait de la gêne de la déglutition, qui s'était exagérée peu à peu, et à son entrée, depuis huit jours, il ne pouvait plus avaler aucun aliment solide et les liquides eux-mêmes ne passaient que très difficilement.

Après des tentatives de cathétérisme, qui n'aboutirent qu'à faire reconnaître la présence d'un rétrécissement infranchissable de l'œsophage, siégeant à environ 20 centimètres de l'arcade dentaire, le 26 mai, M. le professeur L. Tripier pratiqua chez ce malade une gastrostomie suivant le procédé opératoire indiqué par M. Terrier, par une incision de 6 à 7 centimètres de long, parallèle au rebord costal, dans l'hypochondre gauche, à 2 centimètres environ, allant de 5 centimètres de la ligne médiane à la neuvième côte; il arriva par la section des différentes couches jusqu'au tissu cellulaire sous-péritonéal. La séreuse stomacale fut suturée à la séreuse pariétale de façon à clore complètement la cavité péritonéale, et l'estomac fut ouvert par une incision devant porter sur la partie moyenne longue de 6 à 8 millimètres. La muqueuse stomacale fut alors suturée très exactement aux bords de la plaie cutanée.

Le malade fut pansé très antiseptiquement, un tampon de gaze iodoformée obturait la gastrostomie et les bords de la plaie furent saupoudrés avec du carbonate de magnésie, pour neutraliser le suc gastrique. Les suites de l'opération furent simples, pas de fièvre, pas de phénomènes péritonéaux, et, chose plus remarquable, disparition complète et immédiate des phénomènes spasmodiques de l'œsophage, si bien que le malade put se nourrir par la voie buccale pendant les quatre jours qui suivirent.

Le cinquième jour, le pansement fut souillé par les liquides rejetés par la gastrostomie. On constata alors que la peau au voisinage de la plaie avait une teinte verdâtre, trace de l'action du suc gastrique incomplètement neutralisé par le carbonate de magnésie.

On essaya de faire boire le malade, mais le liquide ressortait immédiatement par la fistule gastrique, et du lait injecté par cette voie déterminait de violents efforts de vomissements et son rejet immédiat. M. le professeur Tripier introduisit alors dans l'estomac un tube de caoutchouc, garni au niveau de la fistule d'un tampon de gaze iodoformée faisant obturation complète, espérant éviter aux tissus voisins l'action du liquide gastrique. A partir de ce moment, le malade fut alimenté par des lavements, car tous les liquides pris par la voie buccale ou injectés directement dans l'estomac par le tube en caoutchouc déterminaient des efforts de vomissements. Le malade se cachectisa progressivement et mourut le 8 mai, douze jours après l'opération.

A l'autopsie, on trouva au niveau de la première pièce du sternum, de la cinquième vertèbre dorsale, une tumeur annulaire formant une masse très dure, très limitée, ayant 2 centimètres de haut, sans connexion aucune avec les organes voisins; au-dessus du néoplasme, le calibre de l'œsophage était un peu augmenté. Du côté de la cavité abdominale, pas de trace d'inflammation, pas de liquide dans le péritoine. Du côté de la plaie stomacale, l'adhérence de la muqueuse à la peau est parfaite, la réunion complète.

Rien aux reins, rien au cœur; aux poumons, tuberculose ancienne du sommet droit.

Nulle part de trace de généralisation du néoplasme.

La tumeur examinée au microscope est un épithélioma pavimenteux.

M. Léon Tripier s'est pour la première fois exactement conformé aux indications opératoires de M. Terrier. Dans trois cas antérieurs, il avait eu recours à la gastrostomie exécutée en deux temps. Mais ce procédé a l'inconvénient de faire perdre du temps et d'exposer ainsi le malade à s'affaiblir d'autant.

Quant au maintien à demeure de la sonde œsophagienne, quand le cathétérisme est possible, elle est souvent inacceptée du malade ou mal tolérée; il faut rappeler cependant que M. Gangolphe a fait connaître des cas où il en a obtenu de bons résultats.

Les lavements alimentaires sont tout à fait insuffisants. Il est cependant nécessaire d'apporter un soulagement aux tortures subies par les malades.

Dans ce cas particulier, l'absence de généralisation semblait devoir rendre possible une survie prolongée si on pouvait nourrir le malade. Le manuel opératoire de M. Terrier est bon, bien qu'il ne faille pas compter sur l'efficacité du carbonate de magnésie pour empêcher la digestion de la paroi abdominale, si les liquides sortent de l'estomac.

M. Tripier croit devoir son échec à ce fait que l'ouverture de l'estomac était située trop à droite; mais il faut remarquer qu'on a souvent bien des difficultés à la pratiquer plus à gauche. Cependant, à l'avenir, il s'efforcera d'installer la fistule aussi près que possible de la grosse tubérosité, à égale distance de la grande et de la petite courbure.

Cancer de l'œsophage et sonde à demeure.

M. Vinay présente un malade atteint d'un rétrécissement cancéreux de l'œsophage situé à 0,10 cent. au-dessus du cardia et chez lequel il a placé une sonde à demeure dont l'orifice sort par la narine droite. Il s'est servi d'une grosse sonde de Nélaton ayant 30 centimètres de longueur qu'il a introduite armée d'un mandrin en plomb par l'orifice buccal. Puis il a introduit par la narine droite une sonde molle élastique dont il a lié l'extrémité à la précédente et l'a fait ressortir par la narine correspondante.

M. Vinay estime que la sonde à demeure est un moyen préférable à la gastrostomie,dont les résultats sont mauvais; elle permet d'alimenter les malades et leur épargne les tourments de la faim.

Cancer du corps thyroïde.

M. Porte a observé un homme âgé de 51 ans, entré le 11 mai dans le service de M. le prof. Poncet. Le cas est particulièrement intéressant à trois points de vue : le développement de la tumeur sur un ancien goître; la rapidité de l'évolution de la maladie dont le début remonte à trois mois; enfin, le passage à la suppuration de certains points de la tumeur, ayant hâté la terminaison. Cet homme était porteur d'un goître du lobe latéral droit du corps thyroïde depuis l'âge de 25 ans; ce n'est que depuis trois mois qu'il a remarqué à ce niveau la formation de noyaux durs qui ont déterminé par compression de la trachée des troubles respiratoires. A son entrée, le malade a la figure cyanosée, les veines du cou dilatées; il a du cornage assez prononcé. Trois jours après son entrée, il a un peu de fièvre; la température oscille entre 38° et 38°5; le 16 mai il prend un accès de suffocation. M. Jaboulay pratique la laryngotomie; le malade est soulagé pendant une heure, mais les accidents de suffocation reparaissent et il meurt trois heures après.

A l'autopsie, la tumeur descend jusqu'à 1 centimètre au-dessus de la bifurcation de la trachée, qui est en outre déviée à la fois dans le sens antéro-postérieur et dans le sens latéral. La tumeur a envahi la partie postérieure de la trachée qui est ulcérée, et c'est probablement par ces ulcérations qu'ont pu pénétrer les germes ayant amené la suppuration de certains points de la tumeur.

Epithélioma et ostéomyélite du tibia.

M. Martel présente des pièces provenant d'un malade du service de M. le prof. Poncet (épithélioma développé dans un ancien foyer d'ostéomyélite du tibia). J. R..., 52 ans. A l'âge de 14 ans, ostéomyélite aiguë de l'extrémité supérieure du tibia. Guérison spontanée avec persistance d'une fistule qui ne s'est jamais fermée. Pas de claudication, pas de troubles fonctionnels. En 1889, poussée d'ostéomyélite prolongée avec persistance de la fistule. En 1890, premiers signes de dégénérescence épithéliale au niveau de la plaie ; bourgeons et écoulement sanieux, puis douleurs lancinantes dans le membre. Fracture spontanée en juin 1890 durant la marche. Intervention opératoire partielle à Roanne. Depuis, rapide accroissement des lésions. En 1891, mois d'avril, amputation de cuisse.

Pièce anatomique : Perte de substance par dégénérescence épithéliomateuse de toute l'épiphyse supérieure du tibia. Destruction étendue de la peau ; vaste cavité anfractueuse se prolongeant dans la diaphyse du tibia. Os réduit à une mince coque osseuse avec envahissement néoplasique des organes sous-jacents à la face postérieure du tibia. Plusieurs fractures spontanées. Lésions articulaires : Articulation cloisonnée. Deux bourgeons faisant hernie à travers cartilage décollé sur condyle interne du tibia. Intégrité des culs-de-sac articulaires et des condyles du fémur.

Toxicité urinaire chez la femme enceinte.

M. Emile Blanc. — Nous faisions, il y a un an, une communication à la Société des sciences médicales, sur la *toxicité urinaire chez la femme enceinte* ; en nous basant sur treize expériences, nous établissions que l'urine de la femme enceinte était peu toxique, puisqu'il fallait environ 76 cc. d'urine pour tuer un kilo d'animal (lapin). Pour établir cette moyenne, nous tenions compte de divers éléments, et entre autres de la quantité d'urines émises en 24 heures.

Presque simultanément, M. Tarnier faisait au nom du Dr Chambrelent une communication à l'Académie de médecine sur le même sujet; M. Chambrelent avait aussi constaté, en effet, une toxicité urinaire faible chez la femme gravide. Mais il expliquait cette faible toxicité par une rétention de matières excrémentitielles dans le sang. Au contraire, nous admettions que des conditions multiples (genre de vie, défaut de travail physique, etc.) suffisaient pour expliquer le résultat obtenu dans cet état particulier du sujet.

Comme la solution du problème a un grand intérêt dans l'étude de la pathogénie de l'éclampsie, nous avons complété nos premières recherches, et dans une nouvelle série d'expériences, nous avons comparé la toxicité urinaire de la femme enceinte à la même toxicité de la femme non enceinte, mais vivant à peu près dans les mêmes conditions. Nous avons choisi pour cela des femmes atteintes d'affections gynécologiques légères, ou en surveillance dans les services spéciaux, et par conséquent n'offrant ni état fébrile, ni troubles pathologiques des urines.

Nous avons pratiqué de cette façon, avec les urines de 24 heures, douze expériences aussi comparables que possible, six chez la femme non gravide et six chez la femme gravide. La quantité totale d'urine injectée a varié chez la première de 150 cc. à 300 cc., et chez la seconde de 86 cc. à 350 cc. La moyenne obtenue chez la femme enceinte a été de 132 cc. par kilo d'animal, et chez la femme non enceinte de 115 cc.

Cette différence entre les deux variétés, déja minime, s'atténue encore considérablement, si on tient compte de la quantité d'urine émise en 24 heures par la femme gravide, quantité qui dépasse celle de la femme non gravide d'environ 250 gr. De ce fait, la toxicité doit être réduite de près d'un cinquième chez la première et ramenée à 106 ou 107 cc. par kilo d'animal.

Une conclusion s'impose donc, c'est que la toxicité urinaire de la femme enceinte n'est pas inférieure à celle de la femme non enceinte, vivant dans des conditions à peu près identiques.

Endocardite infectieuse expérimentale.

MM. Josserand et **Roux** présentent le cœur d'un lapin qui a succombé à une endocardite infectieuse expérimentale réalisée par l'injection intra-veineuse d'un bouillon de culture ensemencé avec une goutte de sang prise au doigt d'une malade.

Cette femme, entrée à l'hôpital de la Croix-Rousse, salle Sainte-Clotilde, le 14 avril 1891, au quinzième jour de sa maladie, offrait des signes d'infection profonde : splénomégalie remarquable, hyperthermie, albuminurie, épistaxis. Comme localisation, tout se passait au cœur : souffle mitral, d'où rudesse extrême avec frottements péricardiques à la base. La maladie, remarquable par sa durée (trois mois révolus), suit encore son cours.

On fit trois prises de sang, deux au doigt, une dans la rate : une des deux premières, portée sur agar, fut seule fertile. Une élevure d'un blanc grisâtre se produisit, qui fut transportée dans un bouillon, lequel servit à ensemencer un tube de gélatine et une pomme de terre sur lesquels poussèrent des colonies citrines.

Un nouveau bouillon (4e génération) ensemencé avec ces colonies fut inoculé le 29 mai à la dose de deux centimètres cubes dans la veine auriculaire d'un lapin qui succomba le 26 juin en présentant à l'autopsie un épanchement hématique dans le péritoine et le péricarde, et une endocardite d'une intensité remarquable.

On voit en effet sur la pièce présentée les trois valvules sigmoïdes de l'aorte grosses chacune comme un petit pois, et constituées par des granulations mûriformes. Quant aux valves de la mitrale, elles sont si bourgeonnantes et si tuméfiées qu'on ne peut apercevoir aucune fente au fond de l'entonnoir mitral.

Relativement au microorganisme à incriminer, c'est un staphylocoque à grains plus gros que l'aureus, ne liquéfiant pas la gélatine, et donnant sur gélatine et pomme de terre des cultures non pas jaunes, mais citrines.

Une étude plus approfondie permettra d'avoir prochainement des données plus exactes sur sa nature.

La femme qui a fourni le sang est encore à l'hôpital. Voilà donc un cas intéressant au point de vue doctrinal, et dans lequel la médecine expérimentale a rendu son arrêt pour ainsi dire au lit de la malade, et permis de diagnostiquer l'endocardite sur l'examen du sang, comme on diagnostique la tuberculose sur l'examen des crachats. Jusqu'ici les endocardites expérimentales n'ont été obtenues qu'avec des produits cadavériques.

Les organes et les valvules du lapin ont été ensemencées, et MM. Roux et Josserand se proposent de poursuivre cette étude qu'ils publieront en détail.

ÉTRANGER

RUSSIE

SOCIÉTÉ DES MÉDECINS DE KIEFF

Un cas de rein mobile.

M. Kostkiévitch a communiqué l'observation suivante. Une femme de 27 ans, cuisinière, est prise brusquement, au dixième jour après un accouchement normal, de douleurs violentes dans l'hypochondre gauche et d'oppression, après avoir sauté à terre d'une table assez haute. Le même jour, au matin, la malade après avoir fait son marché est revenue à la maison avec un panier très chargé qu'elle portait sur le bras gauche en l'appuyant fortement contre le flanc gauche.

Appelé auprès de la malade, M. Kostkiévitch la trouva couchée sur le côté droit, les cuisses fléchies contre le ventre. Le moindre attouchement du ventre provoquait de vives douleurs dans l'hypochondre gauche où l'on sentait un corps lisse, résistant, présentant la forme d'un rein. Le lendemain, les douleurs étaient déjà moins vives, les parois abdominales moins tendues; on a pu remettre le rein en place et appliquer un bandage. Immédiatement, les douleurs cessèrent.

M. Kostkiévitch pense que tous les accidents ont été provoqués par le traumatisme qu'avait subi le rein mobile au moment où la malade revenait du marché avec son panier très chargé.

Tumeur du médiastin.

M. Kostkiévitch. — Un homme de 55 ans est entré à l'hôpital le 2 mars pour un érysipèle de la face, avec dyspnée

considérable, cyanose et faiblesse générale. Depuis trois mois il était atteint d'une toux opiniâtre et d'oppression qui dernièrement devint très accusée. A l'examen on ne trouvait rien d'anormal. Au niveau du sommet droit on trouvait une respiration bronchique et de la matité en avant, et en arrière de la poitrine. En absence de tout bruit anormal du côté du cœur, on fait le diagnostic d'une compression du poumon par une tumeur, dont la malignité s'accusait dans la cachexie du malade.

Le sujet mourut au bout de 8 jours. A l'autopsie on trouva en avant de la bronche gauche un néoplasme des dimensions d'un poing qui comprimait la bronche et entourait l'artère pulmonaire gauche. A ce niveau, la tumeur avait envahi le péricarde, sur la face interne duquel on trouvait une ulcération à bords élevés, irréguliers. Du côté droit le néoplasme, après avoir entouré la bronche et l'artère pulmonaire, avait pénétré dans le sommet droit où il formait un nodule gros comme une noix. Il existait en même temps des adhérences entre la tumeur et la paroi postérieure de la crosse de l'aorte. A la coupe des poumons on a trouvé des nodules disséminés, quelques-uns colorés en noir par un dépôt de pigment.

L'examen microscopique de la tumeur n'a pas été fait; mais il est certain qu'il s'agit dans ce cas d'un cancer.

Phlegmon diffus thoracique.

M. Botchoroff a observé en peu de temps deux cas de phlegmon thoracique qui se sont présentés dans des conditions identiques et se sont terminés par la mort l'un au quatrième jour, l'autre au dixième jour après leur entrée à l'hôpital.

Tous les deux (deux soldats) se plaignaient de douleurs violentes dans la poitrine, de toux sèche, d'oppression et d'angoisse précordiale. Température pendant tout le temps 39-40°. Chez les deux, la moitié droite du thorax, à partir de la clavicule jusqu'au rebord des fausses côtes et de la ligne mammaire jusqu'à l'omoplate, était tuméfiée, douloureuse, empâtée, le siège d'une infiltration œdémateuse. La peau était plutôt flasque, couverte de taches violettes qui augmentèrent progressivement de dimensions et se transformaient en vésicules. Les incisions profondes faites à plusieurs endroits ont montré le tissu cellulaire sous-cutané et inter-musculaire, tuméfié, gélatineux, de couleur jaune; chez un malade on a trouvé au-devant du grand pectoral un foyer où il y avait commencement de suppuration. Chez les deux on a trouvé sur l'index de la main droite dans un cas, sur le médius dans l'autre, des croûtes provenant d'une ulcération suppurée en train de guérir. Mais pas de lymphangite du membre supérieur, ni de gonflement des ganglions axillaires.

Chez les deux l'affection a débuté par un frisson, et tous les deux ont succombé avec les signes d'une pyhémie.

Dans un cas l'autopsie fut absolument négative, dans l'autre, on a trouvé la rate volumineuse et très friable.

Cette affection ressemblait le plus, soit au charbon, soit à l'œdème malin. Pourtant l'ensemencement des organes et du sang a donné lieu au développement de cultures pures de streptocoques; dans un cas, on trouva en même temps le staphylocoque doré.

Greffe osseuse.

M. Sapiéjko a fait la greffe osseuse dans un cas de consolidation vicieuse d'une fracture du tiers inférieur du tibia et du péroné chez un homme de 30 ans.

Incision le long de la face interne du tibia, décollement du périoste et résection cunéiforme au niveau du cal. Incision sur le côté externe du péroné et redressement de la jambe, ce qui donna lieu à un enfoncement qui fut comblé par des copeaux de tissu osseux pris sur le lambeau cunéiforme réséqué auparavant. Guérison de la plaie par première intention. Au bout d'un mois le malade marchait d'une façon très satisfaisante.

Réinfection syphilitique.

M. Borovski. — Un lieutenant qui avait eu un chancre syphilitique (diagnostic du professeur Tarnovski) en 1885 entre à l'hôpital le 21 novembre 1890.

Le 15 juillet dernier, 3 semaines après un coït, il s'es aperçu d'une ulcération qui s'est développée dans la rainure du gland et qui fut reconnue par un médecin pour un chancre induré. Peu de temps après survint une tuméfaction indolore des ganglions inguinaux et cervicaux. Au bout de 7 semaines éruption de syphilides sur toute la peau.

A l'examen du malade, on trouve une induration dans la rainure du gland grosse comme un pois. La muqueuse des joues et des lèvres, les amygdales et les piliers sont couverts de plaques muqueuses.

Eructations nerveuses.

M. Ponomarenko. — M. S., demoiselle, âgée de 23 ans, sans antécédents héréditaires. Réglée à 16 ans; à cette époque elle fut prise de vomissements qui survenaient régulièrement tous les matins, et, 2 ans plus tard, d'éructations qui se répétaient plusieurs fois par jour. Au bout de quelque temps, la situation s'aggrava : les vomissements survenaient chaque fois que la malade prenait des aliments, et les éructations se répétaient toutes les 2 minutes et même plus souvent, sans cesser même pendant la nuit. La malade a été soignée par tous les moyens dans un grand nombre de cliniques, et avait même subi la castration qui fut proposée par un gynécologue qui croyait que les éructations étaient de nature réflexe et dépendaient d'une lésion des ovaires. Le succès ne dura que quelques jours, puis la situation revint la même qu'avant l'opération.

Au commencement de cette année la malade entra dans la clinique du professeur Trichel. A l'examen on trouva une irritabilité générale du système nerveux, un catarrhe chronique avec dilatation de l'estomac. Il y avait hyperchlorhydrie manifeste et en même temps une insuffisance motrice assez marquée. Le 15 janvier on commença les lavages de l'estomac avec une solution de résorcine. L'amélioration fut rapide et au bout d'un mois la guérison était complète : les éructations ont disparu et le suc gastrique est redevenu normal. La guérison ne s'est pas démentie depuis 4 mois.

Dermatose psorospermique.

M. Zeleneff a présenté un malade atteint d'une dermatose pouvant être rangée dans le groupe des psorospermoses.

Il s'agit d'un soldat artilleur âgé de 22 ans, présentant une éruption chronique occupant presque toutes les parties du corps, mais principalement marquée au niveau du cuir chevelu, du scrotum, du périnée, etc., c'est-à-dire au niveau des régions riches en glandes sébacées.

L'éruption se présente sous forme de papules dures, presque cornées, de couleur gris sale, par places confluentes de façon à former des plaques. Chaque papule présente au centre un point noir. Quand on gratte les parties superficielles de la papule, on provoque une desquamation furfuracée fine; mais si l'on continue le grattage on arrive sur une surface lisse comme dans le psoriasis. Le grattage de cette surface dénudée provoque de la douleur; mais les papules sont indolores et ne provoquent même pas de démangeaisons, ni à la période d'éruption ni à celle d'état ou d'atrophie. La peau entre les papules a conservé son aspect normal, sauf au niveau du nez là où elle ressemble à celle de l'acné rosacée.

L'affection a débuté il y a 6 ans, sous forme d'une éruption de verrues sur la face qui occasionnait des démangeaisons. Au bout de 6 mois, les mains et les aines furent envahies. Le père du malade, âgé de 60 ans, est atteint d'un cancer de la peau du nez.

Cette affection ressemble, d'après M. Zeleneff, à celle qui fut décrite en 1889 par Darier. Aujourd'hui on trouve déjà dans la littérature 9 cas de ce genre.

Sarcome pigmenté de la peau.

M. Stoukovenkoff présente un malade atteint de sarcome primitif pigmentaire de la peau.

Il s'agit d'un enfant de 13 ans, sans antécédents héréditaires, né à 7 mois. A 9 ans, œdème des pieds avec abcès. Il y a 7 mois, il a remarqué sur son talon gauche une tache rouge sombre des dimensions d'une pièce de 2 francs, douloureuse; 3 mois plus tard, d'autres taches semblables se formèrent sur la paume des mains.

Le malade est faible, maigre et ne pèse que 50 livres. Comme l'attouchement des talons est douloureux, il tient les pieds fléchis contre les jambes, les cuisses contre le ventre. Toute la face plantaire du pied gauche, à l'exception de la

face postérieure du talon et des orteils, est de couleur bleue, indurée et couverte de nodules disséminés de dimensions variables. Les mêmes noyaux existent sous l'ongle des deux premiers orteils. La face plantaire du pied droit présente le même tableau. Sur les faces externe et postérieure des jambes, sur les cuisses on trouve également des nodules des dimensions d'une lentille.

La face plantaire de la main gauche est dans le même état que la plante des pieds. Sur le bord interne de la main et le long du petit doigt sont échelonnés 4 nodules gros comme un pois. La paume de la main droite est normale, mais le pouce est épaissi et couvert de noyaux des dimensions d'une noix. Sur la face interne du bras gauche, trois nodules gros comme un pois.

Cette affection ne peut être confondue ni avec la lèpre, ni avec le mycosis fongoïde ni avec les gommes de la peau. Elle rappelle exactement le tableau du sarcome pigmentaire multiple de la peau décrit il y a 20 ans par Kaposi, qui à cette époque connaissait déjà 5 cas de cette affection.

SOCIÉTÉ DES MÉDECINS RUSSES DE VARSOVIE

Atrophie musculaire progressive.

M. D. Lambl rapporte le cas suivant.

Le 2 mars 1891 est entrée à la clinique de l'Université une fille de 15 ans pour une affection chronique du système musculaire d'origine trophique. La malade, très peu développée au point de vue intellectuel, n'a pu donner que des renseignements très incomplets. Sauf une scarlatine qu'elle avait eue à 10 ans, elle n'a jamais été malade. Il y a un an ses mains ont commencé à faiblir, mais ne lui faisaient pas mal; mais l'affaiblissement devint progressivement plus accusé et aujourd'hui elle ne peut plus travailler. Sa mère et sa tante se plaignaient toujours de faiblesse des jambes.

Ce qui frappe de prime abord, c'est l'amaigrissement de la partie supérieure du tronc. Les omoplates se détachent comme des ailes, les apophyses épineuses se dessinent très nettement sous la peau, et lorsque la malade se tient debout on trouve une lordose très prononcée de la colonne lombaire; les muscles grand dorsal, rhomboïde, angulaire de l'omoplate, grand dentelé sont complètement atrophiés; de même les pectoraux et les deltoïdes. L'atrophie est incomplète dans les biceps, les muscles de la face interne de l'épaule, les 2 triceps et les longs supinateurs. Les fléchisseurs des doigts, les interosseux et les muscles des éminences thénar et hypothénar sont encore intacts. Les fessiers et les muscles des extrémités inférieures sont encore assez durs et pleins. L'expression de la figure est immobile, indifférente (facies myopathique de Déjerine-Landouzy). Les commissures labiales sont abaissées. L'occlusion de l'œil gauche se fait d'une façon incomplète. Les mouvements des muscles de la face sont faibles. La sensibilité cutanée est conservée. Pas de paresthésies ni de douleurs. Les organes des sens ne présentent pas de modifications. Du côté des vaso-moteurs, on trouve une coloration marbrée de la peau des membres rappelant le foie muscade.

Les phénomènes morbides ont marché dans l'ordre suivant : 1° faiblesse fonctionnelle et insuffisance des muscles de l'épaule et de la partie supérieure du tronc; 2° diminution de volume des muscles des régions précédentes; 3° atrophie et paralysie de ces muscles, le processus marchant du centre vers la périphérie; 4° faiblesse fonctionnelle des muscles du bassin et des membres inférieurs sans signes visibles d'atrophie; 5° les réflexes des extrémités supérieures sont abolis; ceux des membres inférieurs sont conservés; 6° dans les muscles atrophiés le courant induit et le courant constant sont incapables de provoquer des contractions. M. Lambl considère ce cas comme indépendant d'une lésion médullaire, comme un exemple d'une affection myopathique.

M. Khardine insiste sur la distinction qu'il faut établir entre les myopathies et les polio-myélites. Dans les premières la paralysie suit l'atrophie, dans les secondes c'est l'inverse. On peut établir une relation entre l'atrophie musculaire progressive et le surmenage. Le type de Duchenne-Aran se développe souvent chez des individus qui font travailler beaucoup les petits muscles, chez les peintres, les écrivains, les musiciens; dans les polio-myélites il s'agit le plus souvent d'une intoxication.

M. Navrocki a observé un cas d'atrophie chez une femme de 30 ans qui jouait beaucoup du piano. Tous les muscles de l'éminence thénar et hypothénar étaient atrophiés. La malade a pourtant guéri par le repos et un traitement approprié. La réaction musculaire s'est rétablie.

M. Lambl fait observer que dans son cas il n'y avait pas de surmenage, la malade étant gardeuse d'oies.

Traitement des plaies de l'abdomen.

M. Vassilieff, après avoir indiqué la littérature du sujet et les opinions sur l'opportunité de la laparotomie dans les plaies pénétrantes de l'abdomen, se déclare partisan de l'intervention active et rapporte 6 cas dans lesquels il a fait la laparotomie :

1) Homme de 30 ans, reçoit le 14 novembre 1890 un coup de couteau dans le ventre. L'opération est faite quelques heures après. A l'ouverture de l'intestin on trouve 2 plaies de l'intestin qui sont réunies par 6 sutures de Lembert. Lavage au sublimé (1 : 6000) de la cavité abdominale. Pansement antiseptique. Le malade sort guéri le 2 janvier 1891.

2) Homme de 22 ans se porte, le 24 mars 1891, un coup de canif sous la sixième côte droite. Le couteau, après avoir traversé la plèvre et le diaphragme, a pénétré dans le foie. Laparotomie. La plaie du foie est tamponnée avec de l'iodoforme. Lavage de la plèvre. Le malade sort guéri au bout de trois semaines.

3) Homme de 68 ans. Plaie contuse de l'abdomen avec sortie de l'épiploon. Agrandissement de la plaie, réduction de l'épiploon dont une partie est enlevée. Guérison en 13 jours.

4) Homme de 24 ans. Plaies contuses de l'abdomen. Laparotomie. Guérison au bout de 15 jours.

5) Homme de 40 ans. Le 4 avril, coup de couteau dans la partie supérieure du ventre avec sortie d'épiploon. Le blessé arrive à l'hôpital quelques heures après, dans un état d'ivresse manifeste. Comme l'état général paraît bon, on se contente d'agrandir la plaie, de couper la partie herniée de l'épiploon et de suturer la plaie. Le lendemain, péritonite suraiguë. On fait la laparotomie, mais le malade succombe peu de temps après.

6) Garçon de 15 ans, fait une chute du deuxième étage. Contusion de l'abdomen, fracture du maxillaire supérieur, phénomène du shock. Mort le lendemain sans avoir été opéré.

M. Vassilieff conclut de ces faits que la laparotomie s'impose chaque fois qu'on suppose l'existence d'une plaie pénétrante de l'abdomen.

VARIÉTÉS

Les recettes des Facultés de médecine pour l'exercice 1890 se sont élevées à 759,455 fr., savoir : Paris, 321,317 fr.; Bordeaux, 56,039 fr.; Lille, 117,269 fr.; Lyon, 108,612 fr.; Montpellier, 81,211 fr.; Nancy, 74,007 fr.

Les dépenses ont été de 716,184 fr., savoir: Paris, 306,127 francs; Bordeaux, 53,931 fr.; Lille, 103,030 fr.; Lyon, 101,360 francs; Montpellier, 81,413 fr.; Nancy, 70,322 francs.

Les recettes ont dépassé les dépenses de 43,271 francs.

Asiles d'aliénés de la Seine. — Par arrêté du Ministre de l'intérieur en date du 13 août, il est créé deux emplois de médecins-adjoints à l'asile d'aliénés de Villejuif.

Sont nommés aux emplois de médecins-adjoints créés à l'asile d'aliénés de Villejuif : Le Dr Sérieux, médecin-adjoint à l'asile public d'aliénés de Vaucluse; le Dr Rouillard, chef de la clinique des maladies mentales (concours de 1888), médecin-adjoint à l'asile Sainte-Anne.

Les Drs Sérieux et Rouillard sont maintenus dans la 2e classe du cadre. Ils continueront en conséquence à recevoir chacun dans son nouveau poste, outre le logement, le chauffage et l'éclairage dans l'établissement, le traitement de 2,500 francs déterminé par le décret susvisé du 4 février 1875.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON. 12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

N° 39. — 30 SEPTEMBRE 1891 LE NUMÉRO QUINZE CENTIMES

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

PUBLIÉ PAR

LA GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MEDECINE ET DE CHIRURGIE

Et servi gratuitement à tous les abonnés de ce journal

ABONNEMENTS SPÉCIAUX POUR MM. LES ÉTUDIANTS. — UN AN : 6 FRANCS

L. LEREBOULLET, Rédacteur en chef. — A. BROCA, Secrétaire de la Rédaction

Librairie de G. MASSON, 120, boulevard Saint-Germain.

SOMMAIRE

ACTES
DES FACULTÉS DE MÉDECINE

Thèses de Lyon 1890-91.

604. M. Dauphant : De la valeur du bleu de méthylène comme médicament analgésique. — 605. M. Jacquemard : La situation du trou nourricier des os longs et sa valeur comme point de repère dans les mensurations de ces os. — 606. M. Martin : Contribution à l'étude du paludisme dans les rapports avec la tuberculose pulmonaire. — 607. M. Odin : Etude sur les effets, l'élimination, l'accumulation du bromure de potassium avec déductions cliniques au sujet de son emploi dans l'épilepsie et les maladies nerveuses en général. — 608. M. Barlorin : Etude médico-légale sur la submersion. — 609. M. Guillemaud : Des accidents de chemins de fer et de leurs conséquences médico-judiciaires. — 610. M. Curtillet : Du décollement traumatique des épiphyses. — 611. M. Humbert. Cure radicale des hernies inguino-scrotales volumineuses. — 612. M. Courmont : Etudes sur les substances solubles prédisposant à l'action pathogène de leurs microbes producteurs. — 613. M. Bellin : Traitement des fractures simples et récentes de l'olécrâne. — 614. M. Doyon : Rôle du grand sympathique dans l'accommodation. — 615. M. Parcelly : Etude historique et critique des embaumements avec description d'une nouvelle méthode. — 616. M. Bret : Essai de différenciation de la pneumonie aiguë hyperplasique, avec les diverses formes de pneumonies chroniques (étude anatomo-pathologique). — 617. M. Grenet : De l'action de l'acide camphorique sur les sueurs des phthisiques. — 618. M. Jourdanet : Contribution à l'étude des abcès du cervelet consécutifs aux otites. — 619. M. Prothière : Contribution à l'étude des eaux potables de la ville de Lyon.

VARIÉTÉS

Monument Daviel à la Barre-en-Ouche. — Le 13 septembre dernier a été inauguré le buste de Jacques Daviel à La Barre-en-Ouche, pays natal du célèbre ophthalmologiste. Ce buste, de Guilloux, a été élevé sur la place de la mairie. MM. les Drs Pasquier (d'Évreux), Agut (de la Barre), ont prononcé des discours.

Une entorse presque ministérielle. — La presse quotidienne nous apprend que Mme Rouvier, cousine de M. Rouvier, ministre des finances, passait, hier, vers six heures du soir, rue Saint-Placide, lorsqu'elle reçut dans les jambes un cerceau avec lequel jouait un enfant d'une dizaine d'années. Mme Rouvier a perdu l'équilibre et, en tombant, s'est fait une forte entorse à la jambe droite. Elle a été transportée, après avoir reçu les premiers soins dans une pharmacie voisine, à son domicile, boulevard Montparnasse, 104.

Espérons que M. Rouvier, maintenant qu'il appartient par souvenir à la grande famille médicale, n'aura point envoyé sa cousine chez un rebouteur.

Un prix de 25,000 fr. sera décerné par le roi des Belges à l'auteur, belge ou étranger, du meilleur mémoire sur la question suivante :

Exposer, au point de vue sanitaire, les conditions météorologiques, hydrologiques et géologiques des contrées de l'Afrique équatoriale. Etudier la pathologie de ces régions. En déduire les principes d'hygiène propres à ces contrées, spécialement au point de vue des conditions d'existence des Européens dans les diverses parties du bassin du Congo.

Adresser les mémoires au ministère de l'instruction publique à Bruxelles, avant le 1er janvier 1897. S'adresser à ce ministère pour tous renseignements.

Un marchand de cadavres. — Glasgow, 21 septembre. On vient d'arrêter à Glasgow un nommé John Daniels, fossoyeur de son métier, qui, au lieu d'enterrer les cadavres des pauvres qu'on lui remettait, avait trouvé mieux et plus lucratif de les vendre à des salles d'anatomie.

Un autodafé de corsets. — Les femmes américaines naguère partaient en campagne contre les Mormons, puis elles ont livré bataille aux cabarets, les voilà maintenant aux prises avec les corsets.

Leur prédicateur est un nommé Frasier qui, suivi de son bataillon de fidèles, va de ville en ville tonner, au nom du Christ, contre les corsets.

L'autre jour, à Otawa, son succès a dépassé toute limite.

— Comment ! a-t-il dit aux nombreuses femmes qui l'écoutaient, vous êtes nées avec des formes splendides, et vous mourez contrefaites parce que vous vous obstinez à porter des corsets !

Débarrassez-vous de cette mauvaise invention, et retournez à Dieu telles qu'il vous a faites. Brûlez vos corsets ptutôt que de brûler vous-mêmes dans les flammes éternelles.

Ces parolest on produit dans l'assemblée une agitation extraordinaire. Frasier avait à peine fermé la bouche que deux ou trois enthousiastes ramassaient à la hâte des morceaux de bois et des brins de paille et en formaient un bûcher auquel elles mettaient le feu. Alors on vit une jeune femme d'une vingtaine d'années s'avancer vers le brasier en s'écriant : « Je veux mourir comme Dieu m'a faite et non pas comme je me suis faite moi-même. »

Et aussitôt elle défait sa robe, dégrafe son corset et le lance sur le bûcher, dont les flammes rougeâtres font ressortir la blancheur de ses épaules. A partir de ce moment, c'est un véritable délire; les femmes se dépouillent l'une après l'autre de leur corset et le livrent aux flammes. (Oh! Shocking!)

Au bout d'une demi-heure, les « formes splendides » si vantées par l'éloquent Frasier avaient repris toute leur liberté; il ne restait plus un seul corset dans l'assemblée. Pendant cette curieuse exécution, quelques femmes se sont évanouies, mais on assure que c'est par excès de joie : la satisfaction du devoir accompli, sans doute.

Quand un médecin s'élève contre le corset au nom du foie, il n'obtient pas de si beaux succès !

Un cours pratique de bactériologie commencera au laboratoire de M. le professeur Cornil, 21, rue de l'Ecole-de-Médecine, le samedi 3 octobre à 2 heures.

Se faire inscrire d'avance.

(MÉTHODE LISTER)

PANSEMENTS ANTISEPTIQUES

DE

LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE

DE PRODUITS PHARMACEUTIQUES

ADRIAN et Cie

11, rue de la Perle, PARIS

DANS TOUTES LES PHARMACIES

PHÉNIQUÉ. .	à 5 pour 100
SALICYLÉ. .	à 5 — 100
BORIQUÉ. . .	à 10 — 100
IODOFORMÉ.	à 10 — 100
AU SUBLIMÉ.	à 1 — 1000
POUR CLINIQUE DENTAIRE	
— OBSTÉTRICALE	
— OPHTHALMOLOGIQUE	

BANDES
COMPRESSES
OUATES
MACKINTOSCH
PROTECTIVE
CATGUT
RAMIE
ÉTOUPE, ETC.
ETC., ETC.

CŒUR



Palpitations, Affections mitrales ou aortiques, Anévrismes Hydropisies guéries par

DRAGÉES TONI-CARDIAQUES LE BRUN

Hâvre 1887

(CAFEINE IODOFORMEE ET STROPHANTUS)

Dépôt génl : PHARMACIE CENTRALE, Faubg Montmartre, 52. PARIS

MEDICATION CHLORHYDRO-PEPSIQUE

AMERS ET FERMENTS digestifs — **ELIXIR GREZ** — CHLORHYDRO-PEPSIQUE

Dyspepsies, — Anorexie, — Anémie, — Vomissements, — Diarrhée, etc.

DOSES: Adultes, 1 verre à liqueur par repas. — Enfants, 1 à 2 cuillerées à dessert.

Pilules Grez Chlorhydro-Pepsiques, adultes, 2 à 3 à chaque repas

Envoi franco Echantillons. — COLLIN et Cie, 49, r. de Maubeuge, PARIS, et Phies

---

CHLORO-ANÉMIE — AFFECTIONS UTÉRINES

ALBUMINATE DE FER LAPRADE

Le plus assimilable des Ferrugineux — **LIQUEUR DE LAPRADE** — Une cuillerée à chaque repas

NI CONSTIPATION, NI TROUBLES GASTRIQUES, ASSIMILATION COMPLÈTE

Envoi franco échantillons. — COLLIN & Cie, 49, rue de Maubeuge, PARIS, et Pharmacies.

CHLOROSE. — ANÉMIE. — LYMPHATISME

Le Proto-Iodure de Fer est le réparateur du sang, le fortifiant et le microbicide par excellence.

Le **Sirop** et les **Dragées** au proto-iodure de fer de **F. Gille**, *ne sauraient trop être recommandés en raison de leur pureté chimique, de leur inaltérabilité et de leur solubilité constantes.* (*Gazette des hôp.*)

ENTREPOT GÉNÉRAL: 45, Rue Vauvilliers, Paris. Dépôt toutes Phies.

COURRIER FRANÇAIS

ILLUSTRÉ

Jules ROQUES, *Directeur* — 4e Année



Le plus artistique des journaux illustrés. Aucun journal de ce prix ne donne dans chaque numéro autant de dessins intéressants — 7 pages de dessins sur 12. — 0,30 cent. le numéro dans tous les kiosques et librairies. Abonnements, Paris et province, 20 fr. par an; étranger, 30 fr. — Bureaux du Journal, 14, rue Séguier, Paris.

SOLUTIONS HENRY MURE

Bi-phosphate de Chaux arsénié. — Chlorhydro-phosphate de Chaux arsénié.

PHTISIE (1re et 2me période). — RACHITISME.
ENGORGEMENTS GANGLIONNAIRES et des ARTICULATIONS.
MALADIES DES OS et de LA PEAU
CACHEXIES SCROFULEUSES et PALUDÉENNES. — ÉPUISEMENT NERVEUX.
INAPPÉTENCE. — DIABÈTE.

Le BI-PHOSPHATE ARSÉNIÉ H. MURE produit des résultats surprenants et souvent inespérés. — Sous son influence la Toux et l'Oppression diminuent, l'Appétit augmente, les Forces reviennent.

Le CHLORHYDRO-PHOSPHATE ARSÉNIÉ H. MURE donne des effets remarquables chez les Phtisiques atteints de Dyspepsie et dans la Chlorose.

LITRE : 4 FRANCS — DEMI-LITRE : 2 FR. 50

DANS TOUTES LES PHARMACIES. — DÉPOT GÉNÉRAL : **HENRY MURE**, *à PONT-SAINT-ESPRIT (Gard)*

AVANTAGES PRINCIPAUX

sur les Solutions Similaires

1o **Emploi d'un Phosphate monocalcique cristallisé**, d'une pureté absolue, permettant un dosage rigoureux, difficile à établir avec les phosphates mielleux du commerce, qui doivent leur extrême acidité à un excès d'acide sulfurique toujours nuisible à l'assimilation ;

2o **Inaltérabilité absolue** obtenue par un procédé de stérilisation d'une innocuité parfaite ;

3o **Administration** facile par cuillerées dans un peu d'eau vineuse ou sucrée, pendant les repas ou hors des repas ;

4o **Traitement phosphaté** le plus sûr et le *moins coûteux* dans les affections chroniques. (Chaque cuillerée à bouche contient : *1/2 gramme de Sel et un milligramme d'Arséniate de Soude.*)

NOTA. — *Dans le cas ou l'Arséniate de Soude ne serait pas indiqué, MM. les Docteurs pourront prescrire les mêmes solutions* **H. MURE** *non arséniées.* LITRE : **3** fr.

CLINIQUE MÉDICALE

Coqueluche et stomatite ulcéro-membraneuse. — Scrofule et rougeole, par le docteur Descroizilles, médecin de l'hôpital des Enfants.

(Leçon recueillie par M. Manheimer, externe des hôpitaux, revue par le chef de service.)

Je recevais le 12 mai, au n° 23 de la salle Dechaumont, une petite fille de 4 ans, extrêmement chétive et atteinte de coqueluche depuis quinze ou vingt jours. Cette jeune malade semblait être déjà très affaiblie, lorsqu'un second état pathologique, fort pénible, vint compliquer la situation ; dans les derniers jours du mois de mai, nous constations en effet, sur plusieurs points de la face supérieure interne des joues et de la langue, à la face supérieure et près de la pointe de cet organe, des plaques formées par un exsudat mollasse, de coloration blanchâtre et uniforme, assez fortement attachées aux couches sous-jacentes et masquant des ulcérations peu profondes de forme irrégulière, de petites dimensions, et dépassant fort peu la superficie du reste de la muqueuse buccale. Sur une portion de leur bord libre, les replis gingivaux étaient érodés et recouverts par des néoformations d'un blanc grisâtre, analogues à celles que nous voyions sur la langue et les joues. La bouche entière présentait une teinte rouge d'une intensité exagérée ; au niveau de l'isthme du pharynx on n'apercevait ni ulcérations, ni membrane de récente formation, ni développement inflammatoire des amygdales ou de la luette ; l'haleine était fétide. Evidemment, nous avions sous les yeux une stomatite ulcéro-membraneuse et, le 29 mai, je signalais à mes élèves, avec une insistance particulière, cette coïncidence de la maladie buccale avec la coqueluche, et je leur faisais remarquer combien cette coïncidence était fâcheuse. D'une part, l'état phlegmasique de la bouche rendait l'écartement des mâchoires très difficile, et nous empêchait d'essayer avec suite de certains moyens préconisés contre la coqueluche, tels que les badigeonnages avec la cocaïne ou la résorcine, qui, vis-à-vis d'un assez grand nombre de cas, ont été d'une efficacité incontestable. A un autre point de vue, par suite de ce même état de la muqueuse buccale, l'alimentation devenait très insuffisante et la petite malade, déjà si peu vigoureuse, paraissait être condamnée à un amaigrissement qui pouvait avoir des conséquences funestes. D'autre part, les quintes qui se reproduisaient, douze ou quinze fois au moins, en vingt-quatre heures, avec une violence toujours croissante, ne pouvaient qu'aggraver les lésions de la bouche, ou au moins s'opposer à leur cicatrisation. Je considérais donc l'ensemble comme très défavorable et le pronostic comme très sombre.

Cependant la stomatite ulcéro-membraneuse, contrairement à ce que je redoutais, diminua rapidement, grâce au traitement par le chlorate de potasse, employé à l'intérieur et à l'extérieur. Elle ne laissait plus, à la fin de mai, que des traces légères et une perte de substance assez profonde, constatée au niveau du frein lingual, tendant à s'effacer, bien que la coqueluche persistât, sans rien perdre de sa violence. Cet état stationnaire se maintint pendant la plus grande partie du mois de juin, et il n'y eut un peu d'amélioration, au point de vue du nombre des quintes, qu'à partir du 25. Antérieurement à cette date, on en comptait encore une quinzaine par jour et souvent elles s'accompagnaient de vomissements. L'enfant se nourrissait mal et maigrissait de plus en plus; le 15 juin, on avait découvert, en arrière du sacrum, une eschare peu profonde, mais de plusieurs centimètres d'étendue dans tous les sens. Nous étions donc en face d'une véritable cachexie et il était permis de supposer qu'on n'en triompherait pas, car l'élévation thermométrique restait supérieure à 38°, et l'examen du thorax révélait, non seulement des râles vibrants et des râles humides à grosses bulles, mais aussi un souffle bilatéral fortement accentué sur des points qui, pendant longtemps, varièrent d'une journée à l'autre, mais qui devinrent ensuite de plus en plus fixes.

Abstraction faite du chlorate de potasse auquel on a eu recours seulement pendant trois ou quatre jours, j'ai usé, contre cette coqueluche, de l'oxymel scillitique, à la dose de 15 grammes d'abord, puis de 20 et de 30 grammes par vingt-quatre heures. La petite fille l'a accepté d'abord sans répugnance apparente, mais il n'en a plus été de même ultérieurement; cependant nous avons pu persister dans l'emploi de ce médicament dont l'efficacité est restée très problématique dans le cas actuel. J'ai dû, d'autre part, administrer 50 centigrammes, puis un gramme, par jour, de bromure potassique, car on me signalait des insomnies nocturnes à peu près absolues. Le bromure a procuré plusieurs heures de sommeil, chaque nuit, à la malade, sans la délivrer de sa toux convulsive. L'eschare qui s'est formée à la région sacrée a été pansée avec la poudre de salol. On a nourri l'enfant tantôt avec du lait, tantôt avec des potages et même des aliments solides ; on n'a pas oublié les boissons alcooliques ; mais un organisme aussi vigoureusement attaqué ne pouvait que difficilement se réparer.

Pendant les premiers jours de juillet, l'ensemble symptomatologique constaté restait très peu rassurant. Des deux côtés du thorax, nous découvrions des phénomènes d'hépatisation lobulaire et des bruits qui indiquaient un catarrhe bronchique intense. L'émaciation, la pâleur, la faiblesse ne diminuaient pas ; les accès spasmodiques ne perdaient presque rien de leur force, ni de leur fréquence et, en présence d'une réunion de conditions aussi désolantes, la guérison paraissait toujours peu vraisemblable. Cependant, je conservais quelque espoir et je rappelais à mes élèves que, plus d'une fois, j'avais vu de jeunes sujets aussi chétifs que la malade en question, lutter, pendant des mois entiers, contre des coqueluches d'une violence exceptionnelle, accompagnées de poussées successives de congestion pulmonaire ou même de broncho-pneumonie, en même temps que d'une répugnance à peu près invincible relativement à tous les aliments qu'on leur offrait, et se rétablir finalement, en dépit d'une émaciation effrayante et de tous les signes d'une profonde cachexie. Peut-être, ajoutais-je, en serait-il de même à l'égard du fait actuel. Pendant près d'une semaine, du 4 au 9 juillet, nous avons en effet traversé une sorte de phase d'amélioration ; mais il ne s'agissait que d'une rémission, la détente signalée était illusoire, et, le 11, la petite fille succombait presque subitement, sans avoir eu d'agonie. L'organisme, épuisé par cette lutte de plus de 3 mois, s'arrêtait tout à coup dans son fonctionnement, et l'enfant s'éteignit sans avoir eu à traverser de crises terminales.

II

Une autre petite fille, âgée de deux ans et demi, est entrée, dans le courant du mois de mai, à la salle Bilgrain, pour un état général à caractères bien tranchés. On pouvait voir, à la partie médiane du front, au-dessus de la racine du nez, une saillie du volume d'une noisette, légèrement fluctuante, peu sensible au contact et de teinte rosée. En arrière de la jambe gauche, à la hauteur du triceps sural, on constatait une vaste intumescence, de consistance pâteuse, sans changement de coloration à la peau, et très médiocrement douloureuse à la pression.

La figure de l'enfant était symétrique, mais large et pâle; sa conformation paraissait régulière; il n'y avait aucune incurvation des diaphyses osseuses, aucune difformité du thorax, ni de l'abdomen, aucune déviation du rachis; sur les parties latérales du cou, de chaque côté, au-dessous du tégument, on découvrait des ganglions volumineux et durs; on trouvait également, à l'aine, un chapelet ganglionnaire bilatéral et faiblement prononcé. On pouvait enfin noter un peu de blépharite ciliaire, sans conjonctivite et sans kératite, avec un léger écoulement séropurulent de l'oreille gauche, sans excoriation visible. L'appétit était bon, les fonctions digestives se faisaient régulièrement. Il n'y avait pas de toux, et l'auscultation de la poitrine ne révélait aucun bruit morbide.

La petite malade en question était une scrofuleuse; sur ce point, on ne pouvait conserver le moindre doute. L'engorgement pâteux de la région frontale, celui de la jambe gauche, les adénopathies cervicales et inguinales, la blépharite, l'otite suppurée étaient des manifestations locales trop significatives pour que le diagnostic fût difficile. D'ailleurs, la physionomie de l'enfant, son aspect général pouvaient être considérés comme aussi caractéristiques que les localisations constatées. Le rachitisme s'associe assez fréquemment à la scrofule, mais, ici, cette association n'existait pas, l'affection strumeuse apparaissait nette et dégagée de toute union avec un autre état morbide. Bien que le jeune sujet fût très chétif, le bon état apparent de ses organes respiratoires et digestifs me permettait de ne pas être trop pessimiste, au point de vue du pronostic. Je devais supposer en outre qu'un prompt transport et un séjour prolongé à Berck produiraient une amélioration notable. J'aurais eu la même confiance dans l'action des eaux de Salins du Jura, de Salins-Moutiers ou de Salies-de-Béarn et j'eusse préféré même, pour ce cas spécial, à l'air maritime, l'atmosphère de l'une de ces trois stations balnéaires et, particulièrement pour l'été, celle des deux premières; mais je n'avais pas à choisir et le déplacement était urgent.

Malheureusement, il n'a pas été possible de l'effectuer; après l'admission de l'enfant à l'hôpital, nous avons vu l'empâtement frontal aboutir en peu de jours à une ouverture spontanée et à un écoulement assez abondant de liquide puriforme.

L'état général paraissait s'améliorer notablement, quand une rougeole est survenue; il a fallu transporter l'enfant au pavillon d'isolement. Pendant quelques jours, l'éruption marchait d'une façon régulière et nous pouvions constater, non sans étonnement, que, du côté de la jambe, l'empâtement sous-cutané avait totalement disparu, tandis qu'une ouverture fistuleuse persistait au milieu du front. J'espérais que l'exanthème morbilleux aurait une issue, mais il devait en être autrement : douze jours après son début, la malade cessait d'accepter des aliments, puis elle s'affaiblissait et succombait dans l'espace de vingt-quatre, sans que nous ayons eu à enregistrer une complication pulmonaire ou intestinale ; elle n'avait pas assez de force de résistance pour lutter plus longtemps contre une suppuration prolongée, suivie d'une maladie aiguë.

Les deux petites filles, dont je viens de rappeler l'histoire, ont donc cessé de vivre presque soudainement, sans traverser une phase ultime, qui pût faire pressentir leur mort prochaine. Il n'a été possible, ni pour l'une ni pour l'autre, de pratiquer l'examen nécroscopique qui eût peut-être révélé des lésions tuberculeuses disséminées. La vitalité de ces deux enfants était, de toute façon, réduite, depuis longtemps, à son minimum par de mauvaises conditions diathésiques et un état pathologique complexe; leur fin rapide n'a donc rien de surprenant.

REVUE DES CONGRÈS

64e RÉUNION DES NATURALISTES ET MÉDECINS ALLEMANDS

HALLE, SEPTEMBRE 1891.

Hémarthrose hémophilique.

M. Kœnig (Gœttingue). — On sait fort bien qu'au cours de l'hémophilie les arthropathies ne sont pas rares, mais on sait bien moins définir ces lésions anatomiquement et cliniquement. Le fait primordial est une hémarthrose qui peut durer des semaines sans qu'il y ait d'abord d'autre lésion de la jointure; plus tard, probablement à la suite d'hémorrhagies répétées, la synoviale et le cartilage se recouvrent de caillots brunâtres, qui ensuite s'organisent et constituent des villosités flottantes, colorées de pigments sanguins ; en même temps le cartilage s'érose, se strie.

L'aspect clinique ressemble beaucoup à celui de l'hydarthrose tuberculeuse, et c'est là un diagnostic fort important, car sur 8 malades de ce genre que M. Kœnig a observés en 10 ans il en a perdu deux d'hémorrhagie, pour avoir voulu attaquer chirurgicalement cette lésion, qu'il croyait tuberculeuse. Ces articulations deviennent vite disloquées, prennent des attitudes vicieuses qui, au genou par exemple (flexion et rotation en dehors) simulent celles de la tuberculose. Mais on apprendra que le malade est hémophilique ou au moins a des antécédents héréditaires de cette nature ; cette lésion frappe presque exclusivement des sujets masculins et jeunes ; l'évolution est indolente, la déformation de la jointure a un aspect typique ; il n'est pas rare que plusieurs articulations soient prises simultanément ou successivement.

Le traitement consiste au début en élévation, immobilisation et compression de l'articulation ; plus tard on communique des mouvements. Dix fois ce traitement a bien réussi à M. Kœnig. Cinq fois le diagnostic a été vérifié par la ponction, après laquelle il n'y a pas eu d'hémorrhagie secondaire.

MM. v. Bergmann (Berlin) et **Rehn** (Francfort-s.-M.) ont chacun vu un cas d'hémarthrose spontanée, fort douloureuse.

Extirpation du rectum.

M. Kraske (Fribourg). — On discute encore sur la manière de traiter les bouts intestinaux après l'extirpation du rectum par la voie sacrée. J'ai renoncé à la suture circulaire, que je préconisais au début : une seule fois en effet j'ai obtenu la réunion immédiate et par contre j'ai perdu trois opérés parce qu'une selle très précoce a fait sauter la suture. Aussi ai-je ensuite suturé seulement en avant : mais l'anus sacré qui persiste est très difficile à oblitérer. Pour le moment, le mieux semble être d'invaginer dans le bout inférieur, comme l'a conseillé Hochenegg, le bout supérieur fixé ensuite à la peau. Au bout de quelques jours on coupe les sutures et le bout supérieur a coutume de remonter tout seul; si cela n'a pas lieu, une petite intervention secondaire suffit. J'ai opéré dix fois de la sorte ; 5 fois j'ai eu la réunion immédiate, 1 fois il y a eu une fistule temporaire, 3 fistules petites et persistantes, 1 mort de pneumonie. La mortalité s'améliore certainement ; mes 35 opérations me donnent 28.5 0/0 de décès, mais mes 15 dernières ne m'en donnent qu'un seul, de pneumonie, à la fin de la première semaine.

Je suis opposé à la colotomie préliminaire.

M. Schede (Hambourg) a fait 29 fois l'opération avec 10 décès (35 0/0) ; mais la suture circulaire lui a donné de meilleurs résultats qu'à M. Kraske. Il a en effet obtenu 17 fois la restauration de la fonction dont 9 fois *per primam* et 8 fois après fistulette passagère. Pour éviter l'infection il faut suturer avec grand soin le péritoine, et la colotomie préliminaire est une excellente précaution ; mieux vaut la pratiquer sur le côlon ascendant, pour être sûr qu'elle ne gênera pas l'abaissement de l'S iliaque.

M. v. Bramann (Halle) présente un malade chez lequel il n'a suturé les deux bouts qu'en avant ; puis il a oblitéré l'anus sacré par une suture secondaire avec autoplastie cutanée à l'aide d'un lambeau fessier. La guérison, avec fonction normale, date d'un an 1/2.

M. Kœnig (Gœttingue) insiste sur la nécessité d'un traitement pré-opératoire de 10 à 14 jours, pour vider l'intestin.

M. Kraske a parfois eu recours à ce traitement pendant 4 semaines, au bout desquelles l'intestin n'était pas vide.

Luxation paralytique de la hanche.

M. Rehn (Francfort-s.-M.) a observé une luxation obturatrice paralytique chez un garçon de 2 ans, à la suite d'un traumatisme insignifiant sur un membre où la paralysie infantile avait frappé le triceps fémoral et les adducteurs. La réduction après arthrotomie a donné un bon résultat fonctionnel. Dans un second cas à peu près identique il fallut se contenter d'une amélioration de la position. Le sujet étant mort ultérieurement d'une maladie intercurrente, la pièce fit voir que le cotyle était déplacé jusque près du trou obturateur, que l'os était atrophié au niveau des insertions des muscles paralysés et épaissi à celles des muscles intacts, de l'iliaque par exemple. M. Rehn s'élève contre l'opinion de Verneuil sur la nature paralytique de la luxation congénitale, car dans ce cas on devrait constater : 1° dans les muscles des signes de dégénérescence; 2° dans la moelle les lésions de la poliomyélite.

Trépanation pour fracture du rachis.

M. Rieder (Hambourg) présente un homme qui offrait les symptômes d'une compression grave de la moelle (paraplégie, anesthésie, paralysie de la vessie et du rectum, eschare au sacrum débutant dès le lendemain de l'accident) à la suite d'une fracture de l'arc postérieur de la 6e vertèbre dorsale. M. Schede enleva la lame enfoncée, après quoi les troubles moteurs et sensitifs cessèrent assez vite; au bout de 3 semaines la vessie et le rectum fonctionnaient; au bout de 4 mois le sujet recommençait à marcher un peu. Aujourd'hui, au bout de 13 mois, les membres sont vigoureux, la sensibilité est presque normale; les réflexes sont encore exagérés et la démarche est spasmodique. Ce fait est intéressant, car sur 70 observations publiées il n'y a eu que 3 améliorations, et encore moindres que dans le cas actuel. Il est rare que le diagnostic donne une indication précise à l'intervention, mais, vu le pronostic déplorable de ces lésions, on est autorisé à intervenir.

M. von Bergmann ne croit pas qu'un fragment osseux dépresseur puisse compromettre les fonctions de la moelle autrement que par lacération de l'organe, car on sait jusqu'à quel degré la moelle s'accommode au rétrécissement du canal rachidien. Les lésions de la moelle sont elles oui ou non susceptibles de réparation spontanée? là est le fait important. Dans le cas actuel, il faut se souvenir que parfois on observe la guérison spontanée après des symptômes très graves.

M. Schede demande si cela est possible après des fractures siégeant aussi haut que la 6e dorsale?

M. von Bergmann répond qu'il se souvient, par exemple, d'un cas de coup de feu des dorsales supérieures; les accidents furent graves, mais au bout de 2 ans le sujet marchait bien avec une canne.

Communications diverses.

M. Helferich (Greifswald) préconise le traitement des *phlegmons graves* par les longues et profondes incisions. A la période de granulations on fait la suture secondaire.

M. Rehn relate un cas de *kyste dermoïde de la paroi vésicale* enlevé par la taille hypogastrique. Il ne connaît qu'un cas analogue opéré par Thompson.

M. Lauenstein (Hambourg) fait une communication sur le *diagnostic du cancer de l'estomac.*

M. Schede (Hambourg) présente un appareil pour le traitement de la scoliose.

CONGRÈS DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES

(20e session)

Tenu à Marseille du 17 au 24 septembre.

Tuberculose articulaire aiguë.

M. Nicaise (Paris), pour faire suite aux quelques observations déjà publiées de tuberculose aiguë des jointures, communique l'observation d'un menuisier de 56 ans, ayant eu les fièvres intermittentes en 1852, dont, vers la fin de 1880, la santé déclina; puis douleurs dans le *genou droit* qui a augmenté de volume en avril 1881. A son entrée en septembre 1881, état général bon; cependant le malade a maigri. Le genou droit est volumineux, il y a un peu de liquide dans l'articulation; empâtement autour de la rotule, épaississement de la synoviale, choc rotulien amorti. Le genou peut être fléchi à angle droit, pas de craquements; atrophie de la cuisse. Le diagnostic fut *arthrite fongueuse du genou*; traitement général classique, appareil silicaté fenêtré au genou, vésicatoires, teinture d'iode, compression. Au 31 décembre, aucune amélioration. En février 1882, douleurs dans le ventre sans diarrhée, toux sèche, quinteuse, pas de crachats, quelques râles humides du poumon gauche. Le 8 mars, l'état s'est aggravé, inappétence absolue, toux, vomissements glaireux et bilieux. Le genou au contraire s'est amélioré, et l'épanchement a disparu; les douleurs persistent à la partie antérieure. En mars l'état général s'aggrave rapidement; irritation cérébrale, céphalalgie; température à 39°5. Le malade succombe le 9 avril.

Le poumon et le genou seuls ont pu être examinés à l'autopsie. Les deux poumons sont remplis de granulations miliaires confluentes avec congestion et infiltration pulmonaires; ni caverne, ni ramollissement.

Au genou, pas de liquide; synoviale épaissie, sa face interne est transformée en une néo-membrane vasculaire rouge grisâtre marbrée de rouge, et présente dans son épaisseur de petites granulations blanchâtres; elle forme un large bourrelet autour de la rotule. Les granulations miliaires sont situées au-dessous du feuillet superficiel et disséminées un peu partout, mais surtout confluentes dans la partie antérieure de l'articulation autour de la rotule. Ces granulations sont entourées d'un tissu rouge vasculaire non friable. A côté de cela existent des lésions de tuberculose articulaire classique, entre autres un foyer caséeux extra-articulaire en rapport avec une lésion du tibia. La coupe verticale du fémur montre que la moelle contient quelques granulations miliaires. Le tibia, à la coupe verticale, présente une différence d'aspect de l'épiphyse au bulbe; sur le bulbe, marbrures rouge vif, coloration rouge à la périphérie. En avant, le tissu médullaire est remplacé par un tissu fongueux grisâtre et translucide, au milieu point jaunâtre de dégénérescence.

De l'accommodation en obstétrique.

M. Rey (Paris). — Dans la présente communication je me bornerai à étudier le mécanisme du mouvement de rotation interne du fœtus, 3e temps de l'accouchement. De nombreuses théories ont été tour à tour proposées; comme le faisait remarquer le professeur Depaul, elles sont toutes passibles d'objections; nous ne pouvons ici nous y arrêter, nous dirons seulement que la loi d'accommodation, formulée par M. le professeur Pajot, est une loi de synthèse, qu'elle exprime un fait sans en « préciser la cause » (Hubert de Louvain). Quant à la théorie de M. le professeur Tarnier, elle parait difficilement acceptable, car pour que la tête pût être considérée dans un de ses diamètres comme un levier, il faudrait préciser le point d'appui du levier et de plus indiquer nettement les forces qui en sollicitent les bras, dans leur origine, leur nature, leur sens. Dans toutes les théories émises, les auteurs ont considéré le mouvement de rotation du tronc comme accessoire, comme une conséquence du mouvement exécuté par la tête. Nous pensons qu'il n'en est pas ainsi, que c'est au contraire le tronc qui donne l'impulsion première, qui décide du sens suivant lequel la tête doit tourner. La théorie que nous proposons repose sur deux données : l'une *anatomique*; l'autre *mécanique*. La donnée *anatomique* est fournie par la direction des plans résistants maternels, la surface des muscles psoas-iliaque est inclinée de bas en haut, d'arrière en avant, de dedans en dehors. La donnée *mécanique* peut se formuler ainsi : Quand un corps sollicité par une force rencontre un plan résistant, si l'incidence est perpendiculaire au plan, le corps l'arrête; si l'incidence est oblique, le mouvement se continue suivant l'angle obtus. Prenons une présentation du sommet O. I. G. A. ou O. I. G. P., examinons les rapports présentés par le fœtus avec les plans maternels au-dessus de l'excavation; les épaules, en effet, sont au-dessus du plan du détroit supérieur, on voit que le plan dorsal du fœtus est en rapport avec les muscles psoas et iliaque gauche qui sont in-

clinés en avant et en dehors, l'angle formé par ce plan dorsal est également incliné en avant et en dehors, le fœtus tournera par conséquent en avant, la résistance offerte par le périnée est un facteur important du mouvement de rotation, il maintient le plan dorsal du fœtus au-dessus du détroit supérieur, empêche l'engagement qui modifierait le sens de la rotation. Dans la présentation de la face, même mécanisme, mais ici on a à considérer le plan sternal du fœtus. Dans ce résumé, je ne peux qu'indiquer les principes de la théorie; je m'étendrai plus longuement sur les détails dans une publication prochaine.

Troubles de nutrition et de sensibilité de la cornée dans la tuberculose méningée.

M. Prioleau (Brives). — Les troubles de la nutrition sont : 1° du dépolissement avec légère opalescence de la cornée; 2° une diminution de la tension intra-oculaire. Les troubles de la sensibilité se sont montrés dans la 2me période de la tuberculose méningée. Physiologiquement, on peut expliquer ces troubles par le développement de tubercules sur le feuillet de l'arachnoïde accompagnant les racines du trijumeau. Quant à l'indépendance des troubles trophiques et sensitifs, on en trouve l'explication dans l'indépendance du trajet des fibres sensitives et des fibres trophiques du trijumeau.

Syphilis cérébrale héréditaire précoce.

M. Léon d'Astros (Marseille). — Fournier a démontré la fréquence des accidents par syphilis cérébrale héréditaire tardive. Dans le premier âge et chez les nouveau-nés syphilitiques, les lésions des centres nerveux sont très rares (Parrot). On observe les suivantes :

1° Les faits de Barthélemy, Stœber, Dreyfous rendent plausible l'existence d'une *méningite syphilitique* qu'on pourrait opposer à la méningite tuberculeuse, mais qui est rare avant deux ans.

2° *Les artérites syphilitiques des artères du cerveau* paraissent assez fréquentes et peuvent être assez précoces.

3° Les *gommes* sont rares.

4° *L'épendymite syphilitique, syphilose ventriculaire.* M. L. d'Astros a observé deux faits de syphilose ventriculaire chez deux enfants en puissance de syphilis héréditaire évoluant un mois après la naissance; mort à 2 mois d'existence. A l'autopsie on constate une hydrocéphalie aiguë ventriculaire. Une infiltration embryonnaire diffuse de l'épendyme et des corps opto-striés, constatée au microscope, paraît avoir été ici la lésion spécifique primitive.

Ces lésions diverses créent pour la symptomatologie un tableau souvent différent de celui de la syphilis cérébrale des adultes. Les gommes cérébrales s'en rapprochent le plus par leurs symptômes. L'épendymite syphilitique, syphilose ventriculaire, est la gomme la plus précoce et la plus caractéristique; c'est par excellence la syphliis cérébrale des nouveau-nés; son évolution parfois très rapide (moins d'un mois) paraît en rapport avec le degré d'infectuosité de la syphilis. Elle se traduit par des convulsions, contractures, tremblements, strabisme. Le signe capital est le développement rapide d'une hydrocéphalie précoce.

Outre les lésions spécifiques, l'hérédo-syphilis peut avoir sur le cerveau une influence dystrophique et produire l'arrêt de développement intellectuel et même l'idiotie. M. d'Astros a observé le fait suivant. Chez un enfant de parents inconnus se manifeste une hydrocéphalie congénitale. A 3 mois 1/2 explosion d'accidents syphilitiques et mort. A l'autopsie, 1 litre 1/2 de liquide avec arrêt de développement du cerveau. Ce fait présenterait à lui seul les deux modes d'action de l'hérédo-syphilis : l'influence dystrophique d'origine conceptionnelle se faisant sentir sur le cerveau, l'action infectieuse plus tardive produisant ses effets à 3 mois 1/2 de la vie extra-utérine.

Tumeur mixte du cordon.

M. Duplouy (Rochefort) a observé une tumeur mate développée dans l'enveloppe fibreuse commune du cordon gauche et ayant envahi de haut en bas la loge correspondante du scrotum. Cette tumeur était indolente, opaque, se prolongeait vers le canal inguinal. Elle fut extirpée et on y trouva deux masses distinctes l'une de l'autre; la première (260 gr.) était constituée par un gros noyau sarcomateux, la deuxième pèse 900 gr. et est lipomateuse. Poids total 1,700 grammes. Testicule et canal déférent sont sains. Donc, tumeur mixte, *sarco-myxome* et lipome développé primitivement dans le cordon.

Elimination du plomb et du fer par la peau dans le saturnisme aigu.

M. Oddo (Marseille). — *Plomb* : On a employé l'H^2S en solution aqueuse déterminant un précipité de plomb en présence de l'HCl. 20 malades examinés; résultats constants; le Pl se déposant sur la ouate recouvrant la peau. L'élimination de Pl est proportionnelle à l'intoxication. Cette élimination est favorisée par l'usage du Jaborandi et de la pilocarpine. *Fer* : Réactif employé : sulfo-cyanure de potassium sur un morceau de ouate. L'élimination du fer augmente progressivement et parallèlement à l'anémie saturnine. *Traitement* : 1° Jaborandi, bains sulfureux; décapage de la peau par HCl à 20 0/0. 2° Protoiodure de fer ioduré.

Trépanation pour paralysie générale.

M. Rey (Marseille) a entretenu le *Congrès des aliénistes* (voy. *Mercredi*, 1891, p. 431) d'un opéré dont il donne aujourd'hui des nouvelles. L'amélioration n'a duré que 2 mois et aujourd'hui il y a récidive.

Fièvre rémittente bilieuse au Tonkin.

M. Boinet (Marseille) cite d'abord plusieurs observations de cette fièvre qu'il a observée en 1887-1888 au Tonkin, où elle est appelée fièvre des bois.

Il examine les symptômes dépendant : 1° de l'altération des fonctions biliaires; 2° de la tendance aux hémorrhagies; 3° des troubles nerveux. Puis il énumère les conditions étiologiques et insiste sur la fréquence en mai, juin, juillet; l'action des fortes chaleurs, des pluies torrentielles; l'influence de la putréfaction animale. La végétation puissante des jungles et de la brousse du Haut-Tonkin n'est pas utilisée et la décomposition des matières végétales jonchant le sol est un fait important.

Comme pathogénie, M. Boinet a étudié des cultures obtenues à la suite de l'ensemencement de tubes d'agar avec du sang de la pulpe de l'index d'un malade atteint de fièvre bilieuse. Ces cultures sont formées de microcoques, sans mélange d'autres microbes. La présence de ces micrococci peut expliquer certains points relatifs à la symptomatologie, à la pathogénie et à l'étiologie de ces fièvres rémittentes bilieuses du Tonkin.

Abcès dentaires. Extraction précoce.

M. Ch. Eyssautier (Grenoble). — Dans l'abcès dentaire, le chicot ou la dent, quel que soit son état, est un corps étranger que la nature cherche à expulser. Les efforts d'élimination de la nature se traduisent par des réactions inflammatoires locales, ayant pour résultat la rétention sur place d'agents infectieux, la suppuration et une infection gagnant de proche en proche. Cette infection trouve dans le milieu buccal un terrain admirablement préparé et favorable à ce processus qui est absolument semblable, par sa marche et sa gravité, à celui du phlegmon, du furoncle et de l'anthrax des lèvres et des joues. La conséquence en est la phlébite des veines périphériques. Les veines périphériques, étant données les anastomoses des veines de l'extérieur du crâne et de la face avec les sinus caverneux, sont une porte ouverte à la trombo-phlébite des sinus de la dure-mère. En supprimant la cause première et on peut dire unique, c'est-à-dire la dent, que la nature est impuissante à éliminer, on supprimerait du même coup et immédiatement l'effet et on réaliserait, sans risques, une guérison difficile à obtenir plus tard. Il faut donc de toute nécessité proscrire les palliatifs, les temporisations, l'expectation, l'incision et les détriments. De bonne heure, ayant conscience des complications possibles par les phlébites périphériques, il faut intervenir résolument, dût-on être taxé de barbarie, et pratiquer l'avulsion de l'*épine alvéolaire*, sans retard, en présence et sans se préoccuper de la fluxion si étendue fût-elle et en dépit de la formule : « *guérissez, n'arrachez pas* », précisément parce que, ici, au contraire, en arrachant le mal dans sa racine on le guérit.

Varioles frustes.

M. Coste (Marseille). — Une variole *sine variolis* n'est qu'une variole dont les pustules passent inaperçues, grâce à leur très petit nombre (2 à 4) et leur dissémination dans les régions où elles peuvent se dissimuler. M. Coste cite 3 observations de ce genre qu'il appelle varioles frustes. Dans ces cas, le diagnostic ne peut être porté que 36 et même 40 heures après la cessation des symptômes de la période d'invasion, c'est-à-dire au moment où l'on peut constater l'existence des papules ou même des pustules.

Artério-sclérose.

M. Chiais (Evian). — Les artério-scléreux présentent des troubles nutritifs physico-chimiques et des perversions fonctionnelles avant même de présenter des lésions anatomiques. Les *troubles physiques* sont révélés par la dialyse lente des liquides et leur élimination imparfaite par le rein. Les *troubles chimiques* sont caractérisés : 1° par du ralentissement nutritif, ce que démontre l'hypoazoturie absolue ; 2° par des oxydations imparfaites, ce que prouve l'hypoazoturie relative. Les *troubles fonctionnels* sont caractérisés par l'hypertension et par l'insuffisance rénale. Quatre modifications découlent de ces notions matérielles. Il faut régulariser la dialyse des liquides ; faire disparaître et l'insuffisance rénale et le ralentissement des échanges nutritifs, et les oxydations imparfaites. On peut arriver à remplir cette quadruple indication, tantôt par le ralentissement des boissons et aliments liquides ; tantôt par le régime lacté, quelquefois par la cure de raisins. On obtient des résultats plus rapides chez quelques malades en associant à ces traitements des petites doses d'iodure de potassium. Quand tous ces traitements sont négatifs, on peut obtenir guérison par la cure méthodique avec l'eau d'Evian... L'insuffisance rénale cessant, toutes les perversions physico-chimiques de la nutrition disparaissent et le malade est guéri de ses troubles fonctionnels.

Hémorrhagie primitive de la moelle.

M. Boinet (Marseille) relate le fait d'un homme vigoureux qui fut atteint, à la suite d'un bain de mer prolongé, d'hémorrhagie de la moelle. Il présenta une paraplégie à peu près complète, sans contracture, puis de la parésie des deux membres supérieurs, une gêne manifeste de la parole et de la déglutition. Les troubles respiratoires deviennent intenses et le malade succombe. A l'autopsie on trouve une forte vascularisation des méninges, du cerveau, du bulbe et de la moelle ; un foyer hémorrhagique au niveau des méninges ; une infiltration hémorrhagique empiétant sur les deux dernières paires cervicales ; un foyer hémorrhagique au niveau de la 7e cervicale.

Cathétérisme des voies biliaires.

M. Fontan (Toulon). — Le cathétérisme des voies biliaires, à peu près inconnu en France, si ce n'est par des conseils trop oubliés de J.-L. Petit, est l'objet de quelques études depuis la première communication que j'ai faite sur ce sujet à la fin de 1890, à la Société de Chirurgie. J'avais adressé à cette Société une première observation d'un cas de *compression des voies biliaires* par une tumeur abdominale avec cholémie. La cholécystotomie, suivie de cathétérisme à demeure et à répétition, aurait amené une débâcle biliaire. Dans une deuxième observation chez une femme atteinte de lithiase biliaire, après des recherches sur le cadavre et sur le vivant, je suis arrivé aux conclusions suivantes : 1° le cathétérisme des voies biliaires est le complément indispensable de toute cholécystotomie ; 2° il peut être simplement explorateur ou thérapeutique ; 3° il peut être fait à demeure pour dilater un rétrécissement ; 4° laborieux dans des voies normales, il est facilité par la rétention biliaire ; 5° il n'entraîne aucune aggravation pour des opérations auxquelles il est annexé.

Sueur de l'homme et des animaux.

M. Gaube (Paris) conclut que : 1° la sueur est acide chez l'homme adulte et l'enfant ; 2° elle est alcaline chez le cheval, bœuf, chien, porc ; 3° la sueur de l'homme et des animaux contient de l'albumine ; 4° l'azote total est supérieur à l'azote de l'urée dans la sueur ; 5° la sueur de l'homme et des animaux contient des ferments diastasiques qu'il appelle *hydrozymases* (3 dans la sueur de l'homme, une amylose, une pepsine, une émulsine douteuse) ; 6° la sueur de l'homme contient peu d'amylose, très peu de pepsine, encore moins d'émulsine.

Méthode sclérogène de Lannelongue.

M. Coudray (Paris) résume 24 observations pour tumeurs blanches du genou, du cou-de-pied, de la hanche, du coude, pour mal de Pott, pour adénite tuberculeuse. Dans le mal de Pott lombaire, les corps vertébraux sont d'un accès relativement commode, mais on peut aussi mettre la méthode en usage au cou et à la région dorsale. Toutes les observations semblent de nature à montrer l'excellence de la méthode et la possibilité de l'appliquer à toutes les localisations de la tuberculose dite chirurgicale.

Broncho-pneumonie puerpérale à streptocoques.

M. Cabadé (Toulouse) a observé, après accouchement septique, une malade présentant tous les phénomènes de la broncho-pneumonie. Dans les crachats on ne trouvait pas d'autres microbes que le streptocoque pyogène ordinaire, dont l'origine génitale ne peut être révoquée en doute. Ces crachats ont été inoculés et ont déterminé la mort des animaux. Le streptocoque pyogène, facteur ordinaire de la puerpéralité, peut donc dans certaines circonstances donner naissance aux lésions ordinaires de la broncho-pneumonie.

Diathèse rhumatismale et catarrhe gastrique.

M. Coutaret. — La diathèse rhumatismale n'a rien de commun avec la goutte et le rhumatisme. Elle est engendrée par le séjour habituel et prolongé dans les milieux envahis par le froid humide, le salpêtre et les moisissures ; siège de préférence sur les muqueuses et les artères du type aortitique et se traduit par le catarrhe gastrique, l'hypertension vasculaire et l'herpétisme. Le traitement est basé sur le régime, les alcalins, les cures thermales bicarbonatées sodiquées, l'acide chlorhydrique pour la dyspepsie. Pour le catarrhe gastrique on emploiera la médication acidulée forte et les cures thermales chloruro-sodo-calciques (Carlsbad, Saint-Nectaire).

De l'ozone en thérapeutique

M. Boutens (Saint-Raphaël) traite la tuberculose et l'anémie par les inhalations d'air ozonisé (1/10 de milligramme d'ozone par litre d'air) et conclut que : 1° l'air ozonisé est d'une innocuité absolue ; 2° il possède une action curative constante dans la tuberculose et la chloro-anémie et dans toutes les affections chroniques et les cachexies ; 3° il augmente l'oxyhémoglobine ; 4° il agit dans la tuberculose comme un germicide puissant.

Microbes dans les abcès du foie.

MM. Arnaud et Léon d'Astros (Marseille). — Kartulis, Laveran, Peyrot ont constaté l'absence habituelle des microbes dans l'abcès du foie. Dans trois faits, les auteurs ont eu les résultats suivants : 1° légers accidents dysentériques, ictère typhoïde. Opération. Décès. Abcès multiples. Pus blanc, crémeux. Les cultures restent stériles. 2° Antécédents de dysentérie atténuée. Début brusque par frisson. Diagnostic d'abcès du foie au lobe gauche, laparotomie et opération en deux temps. Guérison en 8 jours. Pus blanc, crémeux. L'ensemencement fut stérile dans le bouillon, mais sur gélose on eut quatre colonies d'un streptocoque. 3° Début brusque, un peu de dysentérie, état typhoïde. Opération. Décès. Pus hépatique lie de vin. Abcès multiples aréolaires, dont deux volumineux. Les cultures donnent un diplocoque. Elles furent injectées chez deux chiens dans le foie ; chez un 3e chien dans une veine mésentérique ; sacrifiés après 10 jours, les deux premiers ne présentent rien dans le foie ; le troisième avait 3 ou 4 ganglions mésentériques engorgés dont le suc gélatiniforme donna des diplocoques semblables à ceux des cultures mais généralement en chaînettes.

L'examen des microbes dans les abcès du foie permettra donc peut-être d'établir le diagnostic des espèces des abcès du foie. Actuellement, le pus est habituellement exempt de microbes dans les abcès d'origine dysentérique. La méthode de

Stromeyer-Little ne sera employée que lorsque l'on aura constaté l'absence de microbes, car souvent il n'y a pas d'adhérences; dans les autres cas, l'ouverture large en deux temps est seule prudente.

Hépatite suppurée aiguë de nos climats.

M. Arnaud (Marseille) insiste sur la fréquence relative des abcès du foie à Marseille. Cette hépatite suppurée de nos climats donne volontiers des abcès multiples. Ainsi, sur 4 faits observés par M. Amand depuis quelques mois, il y avait 10 abcès dans l'un; 2 grands abcès dans l'autre avec un grand nombre d'abcès miliaires. Un des deux autres malades a été guéri par la laparotomie.

Donc, en dehors des abcès du foie d'origine tropicale, il existe une forme d'*hépatite nostras* qui peut reconnaître pour origine la dysentérie ou la diarrhée.

La fréquence des abcès du foie à Marseille s'expliquerait non seulement par la situation de cette ville voisine de l'Afrique, mais surtout par une importation répétée et continue sur son sol des agents infectieux de la dysentérie ou même des germes pathogènes propres de l'hépatite suppurée. Le rôle du climat et de la température serait plus secondaire.

D'une manière générale, il faudra tenir compte, dans le pronostic des abcès du foie, des symptômes généraux qui donneront la mesure du degré et de l'étendue des altérations du tissu hépatique.

Traitement du glaucome par le drainage de la chambre postérieure.

M. Nicati (Marseille) indique le Manuel opératoire suivant :

Un large pli conjonctival étant saisi au-dessus de la cornée, le couteau, introduit sous ce pli tangentiellement à la cornée, sectionne de dehors en dedans. On doit traiter ainsi le glaucome dans toutes ses formes, mais particulièrement celui qui est consécutif aux nécroses de la cornée, où l'iris forme lui-même partie intégrante de la cicatrice et où se développe nécessairement le staphylome antérieur. La scléro-iridectomie répond à l'indication fondamentale du glaucome, celle de combattre la rétention de l'humeur aqueuse par une fistule donnant issue directe dans la conjonctive. 7 opérations dont 5 pour des glaucomes ou staphylomes antérieurs consécutifs aux adhérences de l'iris dans des cicatrices cornéennes, et 2 pour des glaucomes spontanés, l'un sénile, l'autre arthritique.

Signes prodromiques de l'atrophie ataxique du nerf optique.

M. Galezowski (Paris). — Les atrophies des papilles ataxiques constituent une de ces affections oculaires dans lesquelles toutes les tentatives pour arrêter le progrès du mal sont restées sans succès. Sur 1,669 atrophies papillaires, l'atrophie ataxique figure pour 934 cas et la syphilis pour 579 cas. Fournier, dans son étude sur l'ataxie locomotrice d'origine syphilitique, a démontré que l'atrophie des papilles ataxiques reconnaît, dans un certain nombre de cas, la cause syphilitique, et dans ses recherches, M. Galezowski a démontré que dans plus de la moitié des cas les malades avouaient l'existence de la syphilis. Malheureusement l'atrophie des papilles ataxiques évolue en 2 à 5 ans, inégalement dans les 2 yeux, et aboutit à la cécité sans que nos moyens puissent agir. Il faut donc chercher les signes précurseurs de l'atrophie des papilles. L'examen attentif du champ visuel coloré a démontré à l'auteur l'existence de scotomes colorés, avant que l'acuité visuelle soit diminuée et que la papille devienne blanche. Il a fait faire pour cet effet une lanterne chromatique qui permet de reconnaître ces troubles colorés. Alors, il faut prescrire les frictions mercurielles générales. Ce traitement guérit les choroïdites syphilitiques, tandis que les autres méthodes de traitement échouent.

Pathogénie et traitement de la scoliose.

M. L. H. Petit (Paris) croit que la scoliose est due à un vice de nutrition portant à la fois sur les trois éléments qui entrent dans la constitution des articulations, c'est-à-dire des os, ligaments et muscles, avec début dans un arrêt de développement d'un des points osseux du corps des vertèbres. La cause primordiale n'est pas le rachitisme. Les sujets atteints de scoliose sont, en effet, des arthritiques, des névropathes et présentent souvent, dans leurs ascendants, des parents atteints de ces affections.

Chez ces sujets, la névrosthénie exerce son action sur toutes les articulations dont on constate souvent la laxité généralisée; si le rachis paraît plus souvent déformé, c'est que les parents font plus attention à la taille de leurs enfants qu'aux autres jointures. A l'arthritisme, au nervosisme se joignent le surmenage intellectuel des enfants, la croissance, l'établissement de la puberté et les mauvaises habitudes prises pendant les heures d'études ou les exercices auxquels se livrent les jeunes gens. La dilatation de l'estomac se présente chez les arthritiques et les neurasthéniques et souvent chez les scoliotiques et constitue une cause puissante de débilitation. Le traitement, outre les moyens locaux, doit donc s'occuper de l'état général, de l'arthritisme, du nervosisme, de la dilatation de l'estomac, des troubles de la menstruation.

Chlorose et phlegmatia alba dolens.

M. Villard (Marseille) a observé une phlegmatia des deux membres inférieurs chez une chlorotique. Les cultures de sang ont donné des colonies de microcoques; l'origine infectieuse parait donc probable. M. Villard se demande s'il ne faut pas en outre faire jouer un rôle important à une lésion primordiale des vasa-vasorum des parois des veines; consécutivement, il y aurait dégénérescence endothéliale suivie de phénomènes inflammatoires et enfin coagulation intra-veineuse. Quant à l'origine de l'infection, il est probable qu'il s'agit d'une infection secondaire remontant à l'époque où la malade fut atteinte d'influenza.

Lympho-sarcome du cou.

M. Perrin (Marseille) présente un malade âgé de 46 ans, atteint d'un lympho-sarcome du cou. Il s'agit d'un homme ayant eu la syphilis en 1865, la fièvre jaune en 1867, alors qu'il était à Messine, une attaque de rhumatisme articulaire il y a 8 à 10 ans, et depuis 5 ou 6 mois des phénomènes de tabès au début. Le malade a été soumis aux frictions mercurielles et après à l'iodure de potassium. Il n'a retiré aucun bénéfice de cette médication. Les tumeurs ont continué à augmenter de volume. Il prend maintenant depuis un mois de la liqueur de Fowler à haute dose.

M. Bourdillon (Marseille) dit que les injections interstitielles de liqueur de Fowler donnent dans ces cas d'excellents résultats. Il faut remarquer que les lympho-sarcomes du cou se développent souvent après les affections de la bouche (avulsion des dents, angines, etc.).

Traitement des fibromes utérins par la castration.

M. Raymond résume trois observations de fibromes utérins traités par la castration ovarienne; dans les deux premières, le succès a été complet; dans la troisième, la femme est morte deux jours après. L'auteur conclut que : 1° la disparition totale des fibromes utérins peut être obtenue par la castration ovarienne; 2° dans les fibromes petits et moyens on doit toujours tenter la castration ovarienne, surtout lorsqu'il y a des douleurs et des hémorrhagies; 3° même dans les cas de fibromes volumineux, la castration doit être faite.

Action des sucs des euphorbiacées.

MM. Heckel et Boinet (Marseille). — Les sucs des euphorbiacées exotiques (mancenillier, sablier, etc.) sont employés par les peuplades sauvages pour enduire leurs flèches. Quel est l'ensemble des propriétés physiologiques de ces sucs, quel est le véritable principe actif de ces sucs toxiques ? Les principes actifs sont tous de matière résineuse. Ces sucs ont une action physiologique qui se rapproche quelque peu de celle du curare; à dose variable, selon les espèces, de 1/2, 2 ou 3 centimètres cubes, il paralysent la fibre musculaire volontaire. La conductibilité des nerfs reste intacte. Les fonctions du système nerveux et du cœur ne sont pas altérées. Vers la fin, au moment où la mort de l'animal est imminente, l'excitation électrique directe de la fibre musculaire ne donne que des contractions à peine accusées.

Nettoyage manuel de l'utérus immédiatement après la délivrance.

Mme Gaches-Sarraute (Paris). — Comme complément à sa communication au *Congrès de Limoges* sur les dangers de l'ergot de seigle, l'auteur a cherché à appliquer le nettoyage de l'utérus à la prophylaxie des métrites. Elle décrit l'utérus et le montre après la délivrance, très nettement divisé en deux parties, l'une inférieure formée par le col, l'autre supérieure formée par la partie musculaire. La région du col, ayant la forme d'une membrane lisse, souple, très largement ouverte, ne retenant jamais ni caillot ni détritus membraneux; la supérieure, au contraire, mamelonnée, irrégulière, principal siège de la résorption. De ces deux portions, la supérieure seulement est intéressante, c'est elle qui contient les caillots, les corps étrangers capables de se putréfier et de produire ainsi soit les accidents immédiats de l'accouchement, soit les métrites chroniques ultérieures. Il faut donc débarrasser cet utérus des corps étrangers qu'il contient, il faut l'aider dans cette élimination pour lui permettre ensuite de se rétracter efficacement et de se garantir lui-même contre les invasions extérieures. A l'aide de cette manœuvre, les femmes échappent à la métrite et deviennent bien plus facilement enceintes ultérieurement. Les suites de couches sont amoindries, comme durée; l'utérus se rétracte rapidement, il ne se produit jamais d'hémorrhagie.

Ankyloses fibreuses.

M. Vaudey (Marseille) pense que l'on doit rompre puis mobiliser les ankyloses complètes fibreuses ou très serrées, vicieuses ou non; cette manœuvre est inoffensive, et rétablit souvent les fonctions articulaires. M. Vaudey rapporte cinq observations heureuses. Il fait des réserves pour les ankyloses suites d'anciennes ostéo-arthrites tuberculeuses.

Electrolyse d'anévrysmes de l'aorte.

M. Gilles (Marseille) regrette que l'électrolyse des anévrysmes soit encore accueillie avec défiance par bon nombre de médecins. Il estime que cette méthode a ses indications précises. Il rapporte deux observations d'anévrysmes traités par cette méthode; dans l'une l'amélioration générale a été considérable; le deuxième cas est encore en cours de traitement.

M. Teissier (de Lyon) a eu lui-même à traiter par l'électrolyse trois anévrysmes, et il a eu deux succès, dont l'un a comporté une survie de 7 années. Si cette méthode des traitement n'est pas curative, elle donne tout au moins de résultats palliatifs très notables.

Tension de la vapeur d'eau et maladies aiguës des voies respiratoires.

M. Chiais ayant étudié cette question d'après des relevés faits à Marseille pendant les années 1885-86, 1887-88, 1888-89, émet la proposition suivante : Dans les variations atmosphériques, l'élément agissant le plus activement sur la morbidité et la mortalité absolue par maladies aiguës des voies respiratoires, c'est l'abaissement au-dessous de 3 millim. de la tension de la vapeur d'eau ; les variations des autres éléments atmosphériques n'ont qu'une action adjuvante. Il démontre cette proposition en dressant les courbes des éléments atmosphériques et les courbes quotidiennes et mensuelles de la morbidité par maladies des voies respiratoires.

Un cas d'application de la zoologie à la médecine légale.

M. Fallot (Marseille). — Le 23 juin 1891, on trouve un cadavre dans la rade de Marseille. Quelle pouvait être la durée de la submersion? Les tissus du crâne et de la face étaient détachés et flottants, les articulations du coude droit, des deux poignets, des phalanges des doigts étaient plus ou moins largement ouvertes. Les débris de vêtements qui recouvraient le cadavre étaient parsemés de coquillages plus ou moins solidement implantés. C'étaient des crustacés cirrhipèdes (Marion et Jourdan); ces animaux se fixent vers le mois d'avril ou de mai sur les objets flottants à la surface de l'eau. Ceux qui s'observaient sur ce cadavre étaient de dimensions différentes, permettant d'affirmer qu'ils appartenaient à deux générations successives. D'après ces données, on doit admettre que le cadavre était flottant depuis une durée de 13 mois au minimum ; ajoutez 15 jours, temps nécessité pour le retour à la surface du cadavre d'abord profondément immergé, et on a une durée de séjour dans l'eau de 14 mois. Ce fait démontre que, dans certains cas, la zoologie peut venir en aide à la médecine légale.

Sur la répartition des éléments nerveux dans les capsules surrénales.

MM. Arnaud et **Alezais** (Marseille). — Chez l'homme et chez un certain nombre d'animaux (chien, chat, lapin, rat, cobaye), les éléments nerveux sont particulièrement nombreux à la périphérie des capsules. La substance corticale est traversée par un certain nombre de filets nerveux qui vont innerver soit l'épithélium glandulaire cortical ou médullaire, soit les parois musculaires. Quelques-uns de ces filets constituent les rameaux efférents de petits renflements nerveux ganglionnaires situés au voisinage de la veine centrale. La substance médullaire est loin d'être aussi riche en cellules nerveuses qu'on l'a prétendu. Pour eux, les cellules de la moelle centrale sont de nature épithéliale et glandulaire et n'offrent aucun des caractères des éléments nerveux. Il est même très rare d'y rencontrer des cellules ganglionnaires bien caractérisées.

Fibro-myxomes des fosses nasales.

M. G. Brémond (Marseille) présente deux volumineux fibro-myxomes des fosses nasales extirpés par les voies naturelles sans opération préalable. Ces deux tumeurs se sont développées sur des sujets féminins ; l'un de ces fibro-myxomes pesait 30 grammes, l'autre 15. L'auteur, en présentant ces deux volumineux fibro-myxomes, a surtout voulu établir que l'extirpation par les voies naturelles et sans opération préalable de tumeurs semblables était chose facile, quelles que soient les dimensions de ces productions.

Carcinome ovarien et phlegmatia alba dolens.

M. Ch. Bourdillon (Marseille) relate l'histoire d'une femme de 40 ans, présentant des signes douteux de néoplasme ovarien et qui, à la suite d'une angine aiguë, eut successivement des phlébites multiples. Cette observation offre un exemple de néoplasme malin dont le diagnostic a été établi par l'apparition d'un œdème blanc douloureux ; il s'agit en effet d'une phlegmatia survenant dès le début d'un cancer ovarien, à une époque où il n'y a pas de trace de cachexie. Il y a eu une localisation assez rare sous forme de thrombose jugulaire. Chez cette malade, la clinique témoigne de l'intervention d'une infection secondaire (angine) et la culture du sang en a fourni la preuve en démontrant des microcoques en chainettes dans les stries d'ensemencement. Il est donc probable que l'action microbienne s'est d'abord attaquée sur une veine et de ce foyer de coagulation primitif sont partis des germes allant déterminer des lésions analogues sur d'autres points du système veineux.

Luxations irréductibles du pouce.

M. Montaz (Grenoble). — Dans les luxations irréductibles du pouce en arrière on ne doit pas hésiter à faire disparaître la difformité par une opération qui présente une innocuité parfaite. Celle que l'on doit préférer lorsque la simple arthrectomie, ou dans d'autres cas la section du ligament glénoïdien, ne suffit pas, est la résection semi-articulaire supérieure, dont le seul inconvénient est de donner un peu de raccourcissement.

On fait une incision antérieure, qui mène directement sur la boutonnière musculaire et sur la tête du métacarpien ; décollement de la gaine périostéo-capsulaire; section de la tête, abrasion du périoste, si le sujet est jeune, pour éviter l'hyperproduction périostique et l'ankylose.

M. Montaz a revu récemment une jeune fille qu'il a opérée il y a quatre ans, et le résultat définitif est parfait ; il n'y a qu'un raccourcissement d'un demi-centimètre et les fonctions du pouce se font très bien.

Traitement de la diphthérie.

M. Jacques (Marseille). — Il est aujourd'hui établi que

la diphthérie est due à un bacille spécifique qui sécrète un virus ou toxine qui se répand dans tout l'organisme et y détermine des désordres variés; ce bacille n'existe que dans les fausses membranes et ne pénètre pas dans le sang ni dans les organes; divers microorganismes existent en même temps que lui dans les fausses membranes et la bouche des angineux.

Le traitement préconisé par M. Jacques consiste en gargarismes au perchlorure de fer en solution au vingtième, suivis d'un lavage de la gorge à l'eau boriquée tiède à 3 0/0 et d'un gargarisme phéniqué au centième sans lavage consécutif. Les gargarismes sont donnés toutes les heures en alternant; chez les jeunes enfants les pulvérisations remplacent les gargarismes.

Les causes de l'artério-sclérose et des cardiopathies artérielles; leur origine alimentaire et leur traitement préventif.

M. Huchard (Paris). — La multiplicité des causes de l'artério-sclérose et des cardiopathies artérielles rend compte de l'extrême fréquence de ces maladies. En dehors des causes *infectieuses* (variole, scarlatine, fièvre typhoïde, etc.), des causes *diathésiques* (goutte, rhumatisme chronique, syphilis, aortisme héréditaire, etc.), il faut faire jouer un grand rôle aux causes *toxiques* (tabagisme, saturnisme, impaludisme, etc.) et surtout à une cause qui n'a jamais été signalée, aux erreurs ou aux vices de *l'alimentation*. En effet, l'alimentation carnée excessive ou l'alimentation avec des viandes faisandées peu cuites et de mauvaise qualité verse dans l'organisme un grand nombre de ptomaïnes qui, incomplètement éliminées, produisent des effets toxiques jusqu'ici faussement attribués au cœur (vertiges, délires, dyspnées toxiques). Ces accidents toxiques sont favorisés par un état d'insuffisance rénale, laquelle peut, en retenant dans l'organisme un grand nombre de principes toxiques, devenir une cause d'artério-sclérose et de cardiopathies artérielles. Si ces dernières maladies sont devenues très nombreuses, c'est en raison des modifications profondes survenues dans le régime alimentaire. Le riche et le citadin mangent trop de viande; ils mangent de la viande faisandée et peu cuite; le pauvre et le paysan en mangent moins; mais le résultat est le même, parce que les viandes dont ils font usage ne sont pas fraîchement tuées et qu'elles renferment beaucoup de ptomaïnes. Contrairement à l'opinion de Gubler, qui pensait que l'athérome artériel est le résultat de l'abus de l'alimentation végétarienne, c'est, au contraire, cette alimentation qui est le préservatif des dégérescences vasculaires et des cardiopathies artérielles. Donc, chez les prédisposés, il faut prescrire une alimentation carnée modérée (une fois de la viande par jour et toujours de la viande bien cuite et non faisandée), beaucoup de légumes et de laitage.

M. Verneuil. — Le cancer, ou, pour parler d'une façon générale, la néoplasie augmente d'une façon colossale et cette augmentation paraît en rapport avec l'abus de l'alimentation azotée. M. E. Reclus a fait remarquer que les peuples qui ont une alimentation surtout végétarienne sont ceux chez lesquels le cancer est le moins fréquent. Donc, pour la néoplasie comme pour l'artério-sclérose, il est bon de mettre un terme à l'abus de l'alimentation carnée.

Poumon cardiaque; artérites toxiques.

M. Boy-Teissier, qui déjà a étudié ce sujet pour sa thèse en 1883, complète aujourd'hui cette étude.

Au point de vue anatomique, il résume ainsi la description du lobule du poumon cardiaque :

1° Epaississement de l'espace périlobulaire;

2° Exagération plus ou moins grande de l'espace central, composé d'une gangue conjonctive qui enserre une bronche présentant, à des degrés variables, des lésions de bronchite chronique et une ou deux artères atteintes invariablement d'artérite :

3° Epaississement des cloisons intra-alvéolaires;

4° Dilatation de tous les vaisseaux sanguins avec épaississement de leurs parois;

5° Rétrécissement de la cavité alvéolaire par la réunion de ces altérations ou réplétion par les lésions congestives.

Au point de vue pathogénique, la lésion pulmonaire est due aux modifications de la circulation veineuse et artérielle. Les conditions mauvaises de la circulation veineuse sont sous la dépendance des lésions valvulaires ou myocarditiques. Quant à l'explication à donner de l'artérite constante dans le poumon cardiaque, M. Boy-Teissier pense qu'il faut diviser les artérites en trois classes :

a) Les artérites reconnaissant la même cause que celle qui a produit la cardiopathie;

b) Les artérites justiciables des causes banales de l'artérite;

c) Les artérites par les produits toxiques accumulés dans le sang par la mauvaise circulation. C'est ce qui l'amène à formuler cette loi : l'artérite est fonction d'auto-intoxication.

Hémiplégies palustres.

M. Laplane (Marseille) a observé une hémiplégie gauche chez un officier atteint d'impaludisme. L'hémiplégie avait succédé à deux accès de fièvre pernicieuse à forme apoplectique. Elle s'est accompagnée plus tard de raideur musculaire avec exagération des réflexes tendineux et d'atrophie très marquée de certains muscles. Cette hémiplégie ne peut être attribuée à une simple congestion cérébrale, comme le soutiennent Ouradou et Grasset. Elle doit être attribuée à des lésions en foyer de la substance corticale provoquées par des embolies pigmentaires, et peut-être par des embolies parasitaires. La dégénérescence secondaire des cordons latéraux et l'extension de la lésion aux cornes antérieures de la moelle expliquent la raideur, l'exagération des réflexes et la contracture. On n'avait pas signalé jusqu'à présent d'atrophie musculaire dans ces cas.

Kola, caféine et théobromine.

M. Dubois (Lyon) a étudié l'action physiologique comparée du rouge de kola, de la caféine et de la théobromine sur la résistance à la fatigue et sur l'effort musculaire, et avec l'appareil de Mosso (de Turin) il a obtenu des tracés avant et après l'ingestion de ces trois substances. Il en résulte avec netteté, contrairement à l'opinion de M. Germain Sée, et conformément à celle de M. Heckel (de Marseille), que le rouge de kola, contenu en assez grande quantité dans la noix de kola (4 à 5 0/0), jouit, à la dose minima de 25 à 30 centigrammes, d'une activité propre qu'il ne faut pas confondre avec celle de la caféine et de la théobromine, à laquelle M. Germain Sée attribue à tort l'action de la noix de kola.

Toxicité des urines des aliénés.

MM. Mairet et Bosc (Montpellier) ont injecté à des lapins et à des chiens par voie intra-veineuse, des urines de malades atteints de manie, de stupeur, de lypémanie, de folie des persécutions et de démence sénile.

Degré de toxicité. — A part la démence, dans toutes les autres formes d'aliénation mentale, la toxicité est accrue et varie suivant la forme et surtout suivant l'acuité de la maladie; c'est ainsi que l'urine du maniaque agité est très toxique, tandis que celle du maniaque non agité n'est pas plus toxique que celle de l'homme sain. Cependant, dans certains cas, quoique la maladie ait diminué d'intensité, l'urine conserve une toxicité bien supérieure à la normale.

Qualités toxiques. — Relativement à l'action des urines d'aliénés sur le système nerveux, il existe des différences avec l'urine normale, et, à ce point de vue, ces urines peuvent être réparties en deux groupes : *a*. suivant qu'elles se bornent à exagérer quelques-uns des symptômes que produit l'urine normale (certains cas de manie et de stupeur); *b*. suivant qu'elles donnent naissance à des symptômes auxquels ne donne pas lieu l'urine normale (autres cas de manie, stupeur lypémaniaque et lypémanie). Dans la *manie*, notamment, l'action se traduit par de l'hyperexcitabilité musculaire et auditive, de l'hyperesthésie, état qu'on ne retrouve pas avec l'urine normale.

Il est à remarquer que, dans les cas où l'urine pathologique ne fait que reproduire le tableau de l'intoxication par l'urine normale, le degré de toxicité est intimement lié à l'intensité plus ou moins considérable de la maladie; tandis que, dans les cas où l'urine pathologique donne naissance à des symptômes nouveaux, la toxicité persiste dans ses caractères principaux, quand même le malade est calme. Il semble donc que, dans le second cas, la toxicité soit plus intimement liée à la maladie elle-même.

Au point de vue étiologique, les cas d'aliénation mentale, à part la lypémanie, se divisent aussi en deux groupes : ceux qui reconnaissent comme causes les causes ordinaires et ceux qui reconnaissent comme origine des troubles physiques profonds (puerpéralité, maladies infectieuses). Or, les premiers sont ceux dans lesquels la toxicité de l'urine est liée à un élément secondaire, tandis que les seconds sont ceux pour lesquels la toxicité des urines paraît liée au fond même de la maladie.

On est ainsi amené à admettre, à côté d'aliénations mentales névroses, des aliénations mentales par troubles de la nutrition.

Ptomaïnes urinaires dans le goître exophthalmique.

MM. Boinet et **Silbert** (Marseille) ont extrait des urines, dans un cas de goître exophthalmique avec troubles moteurs et cardiaques particuliers, trois variétés principales de ptomaïnes isolées à l'aide du procédé suivant :

Huit litres d'urine ont été évaporés et réduits à 400 centimètres cubes d'extrait. La première moitié d'extrait, alcalinisée par la soude caustique, a été successivement agitée avec de l'éther, de l'alcool amylique et de la benzine. Chacune de ces trois solutions évaporées dans le vide en présence de SO° a donné un résidu cristallin qui, dissous dans l'eau et évaporé à nouveau, a produit des substances cristallines ayant les réactions chimiques des ptomaïnes.

La ptomaïne *éthérée* se présente sous la forme de cristaux jaunâtres, réunis en petites masses, composés d'aiguilles goupées en étoile, d'odeur très agréable, répondant aux réactions des ptomaïnes, réduisant le ferricyanure, précipitant par les réactifs généraux.

La *ptomaïne amylique* se présente en cristaux blanc jaunâtre, réunis en petis mamelons.

La *ptomaïne benzénique* produit des cristaux absolument blancs, très petits, offrant au microscope la forme de petits losanges, montrant au centre un point noir.

La seconde moitié de cet extrait primitif, *acidifiée* par l'acide oxalique, a été lessivée par l'alcool amylique et l'éther. (Ptomaïnes B).

La *ptomaïne éthérée* donne alors des cristaux en lamelles et des corps arrondis, chagrinés. Les cristaux de la *ptomaïne amylique* sont prismatiques, groupés en étoiles par trois ou quatre. Les ptomaïnes extraites du milieu acide réduisent plus énergiquement que celles de la série précédente le ferricyanure; elles ont aussi d'autres propriétés physiologiques.

L'action physiologique de ces ptomaïnes, étudiée sur un assez grand nombre d'animaux, s'exerce sur le cœur, la motilité, la sensibilité et la température.

Le principe actif principal des produits de l'évaporation de l'urine est un principe convulsivant qui, injecté à faible dose dans les veines du lapin, entraîne une mort presque foudroyante. L'injection sous-cutanée détermine chez la grenouille le ralentissement et la diminution d'énergie des battements du cœur avec dilatation du ventricule, puis l'arrêt du cœur en diastole. Ce liquide possède aussi des propriétés convulsivantes.

La ptomaïne amylique A produit le ralentissement des battements du cœur, l'affaiblissement de la systole, de l'arythmie, l'augmentation de la phase diastolique et l'arrêt du cœur en diastole. Elle est aussi convulsivante. La ptomaïne B entraîne de plus une augmentation passagère de l'énergie de la systole, suivie de l'affaiblissement des battements et d'arythmie, aboutissant à l'arrêt du cœur en diastole; enfin, elle a sur la fibre motrice une action paralysante, tandis que la ptomaïne amylique A est surtout convulsivante.

La ptomaïne amylique injectée dans le péritoine d'un cobaye produit un abaissement de la température, qui se maintenait encore au bout d'une heure. Si on l'injecte dans les veines d'un lapin, on voit que cette diminution de température d'un degré est suivie d'une augmentation de plus d'un demi-degré; mais, six heures après l'injection, la température retombe à la normale.

La ptomaïne benzénique provoque d'abord une diminution passagère de l'énergie systolique, puis une augmentation transitoire d'ampleur de la systole; plus tard survient l'affaiblissement systolique, l'augmentation de la phase diastolique avec mouvements convulsifs. Sous l'influence de nouvelles doses, les systoles se rapprochent et deviennent plus énergiques. Cette ptomaïne est surtout convulsivante. Son action cardiaque est moins marquée que celle de la ptomaïne amylique.

La ptomaïne éthérée détermine un ralentissement, avec diminution d'énergie systolique ; enfin, arrive un affaiblissement cardiaque définitif. A l'inverse des ptomaïnes amylique et benzénique, on observe ici l'arrêt du cœur en systole. Cette ptomaïne éthérée produit au début une hyperexcitabilité musculaire avec quelques mouvements convulsifs; puis survient une résolution musculaire, qui arrive plus rapidement avec les ptomaïnes retirées en milieu acide. Avec la ptomaïne éthérée retirée en milieu acide, l'amplitude des systoles est plus nette et plus considérable qu'avec la ptomaïne retirée en milieu alcalin.

L'injection quotidienne et intrapéritonéale de petites doses de ptomaïne n'a pas produit, chez les animaux, le syndrome clinique de la maladie de Basedow.

Quelques phénomènes peu communs dans la maladie de Graves.

MM. Boinet et **Bourdillon** (Marseille) relèvent dans deux observations : 1° Dans l'*étiologie*, l'absence d'hystérie, d'épilepsie, de lésions nerveuses, de chlorose, de troubles menstruels antérieurs, et la présence seulement d'une disposition névropathique vague et d'une cause déterminante émotive ;

2° Dans le tableau clinique, les principaux traits particuliers sont :

Le tremblement qui, dans la première observation, n'épargnait pas la langue, sans qu'il y eût alcoolisme, paralysie générale ou hystérie. La présence d'une localisation linguale du tremblement ne devra donc pas suffire à faire rejeter la maladie de Basedow, dans les cas douteux et frustes; des mouvements choréiformes chez la deuxième malade ; la présence de névralgies du trijumeau et du plexus brachial ; la parésie du bras droit dans la première observation, et dans la deuxième observation une parésie des deux membres inférieurs ; des troubles gastriques accompagnés de douleur vive sous forme de crises et de vomissements, puis d'hématémèse ; une poussée d'ictère dont la deuxième malade a fourni un exemple.

La différence de l'état général est grande chez ces deux malades, l'une âgée de quarante-deux ans, malade depuis vingt et un ans, et en somme peu cachectique, l'autre âgée de vingt-deux ans, atteinte depuis cinq mois à peine et déjà cachectisée profondément. Cette marche paraît essentiellement dépendre de la maladie première et non d'une complication. Gauthier (de Charolles) a rapproché cette cachexie du myxœdème rattaché à la suppression du corps thyroïde; d'autres auteurs l'ont rapprochée de la maladie d'Addison, et de fait la deuxième malade présentait une association de signes fort curieux au point de vue de la ressemblance de quelques-uns avec ceux de la maladie d'Addison. Peut-être faudra-t-il faire jouer un certain rôle aux ptomaïnes décrites dans la communication précédente.

Opérations conservatrices dans la tuberculose articulaire.

M. Ollier (de Lyon). — Il faut établir parmi les tuberculoses locales une distinction fondamentale entre les tuberculoses progressives, les tuberculoses arrêtées et les tuberculoses éteintes, les *tuberculoses éteintes* étant celles où il n'y a plus de bacilles et surtout qui ne sont plus contagieuses par l'inoculation. Ces tuberculoses sont rares, car beaucoup de tuberculoses en apparence *éteintes* sont simplement *endormies*, et se réveillent sous des influences diverses. Il en existe cependant, et l'on peut s'en assurer par les inoculations. Ce sont, bien entendu, les plus favorables pour les opérations chirurgicales, mais l'on ne peut attendre pour opérer que cet état se produise. Ce qu'il faut opérer, pour être dans les meilleures conditions possibles, ce sont les tuberculoses arrêtées, les tuberculoses en évolution lente. Il est donc nécessaire, avant d'opérer, de prendre la température des malades pendant quelques jours, pour s'assurer de l'état de repos de la tuberculose. C'est en tenant compte, le plus possible, de ces conditions, qu'on peut arriver à de bons résultats.

Parmi ces opérations, M. Ollier ne s'occupe ici que des résections articulaires. Il ne parle pas des résultats opératoires, aujourd'hui constamment bons; pour les résections du genou, du coude, de l'épaule, la mortalité n'existe plus. Il ne s'occupe que des résultats définitifs, étudiés d'après des faits remontant jusqu'à trente ans. Il a recherché tous ses anciens opérés et a été vraiment étonné, en faisant cette revue, de la quantité proportionnellement considérable des malades qui guérissent. C'est ainsi que sur cinq réséqués du coude opérés en 1866, quatre vivent encore; et chez tous existaient, du côté des poumons, des signes suspects. Sur onze sujets, chez lesquels a été pratiquée en 1871 la résection de l'épaule, quatre vivent encore. Au point de vue de la vie, ces opérations donnent donc de bons résultats. Au point de vue local, il suffira de dire que, parmi tous les réséqués morts dans ces derniers temps, aucun n'a eu de récidive locale; ils sont morts de phthisie, ou de méningite, ou de tuberculose intestinale.

On a souvent incriminé la production d'infections tuberculeuses rapides, après les opérations sur des tuberculoses locales, mais ces faits s'observent le plus souvent à la suite d'opérations incomplètes. En outre, ces cas ont aujourd'hui notablement diminué, car les pansements actuels ont exercé l'influence la plus favorable sur les infections mixtes, qui se produisaient autrefois et favorisaient le développement de l'infection tuberculeuse.

M. Ollier continue en citant quelques exemples relatifs aux résections les plus discutées jusqu'à ces derniers temps. Les résections du poignet et du cou-de-pied ont été mal notées jusqu'ici. Il y a dix ans, on s'estimait encore très heureux lorsqu'on avait un opéré qui pouvait remuer les doigts après une résection du poignet; aujourd'hui, les résultats sont autrement parfaits, pour le poignet comme pour le cou-de-pied. Mais aussi on ne craint plus les larges opérations et l'on n'est plus économe comme autrefois. Pour le cou-de-pied, les résultats ont, en effet, complètement changé depuis qu'on envisage la question à un point de vue tout différent de celui auquel on se plaçait auparavant. Depuis 1881, M. Ollier a soutenu qu'il faut, en enlevant l'astragale, se faire une large ouverture qui permet d'aller rechercher tous les tissus tuberculeux. L'astragale, en effet, quoiqu'on en ait dit, est un des os qu'on peut sacrifier le plus facilement. Les sujets opérés autrefois de la sorte ne pouvaient guère marcher sans appareil; aujourd'hui, au bout de six mois, ils sont capables de marcher assez longtemps sans appareil. M. Ollier cite un homme auquel il a enlevé l'astragale et qui a pu faire 50 kilomètres en un jour et une nuit. Il en est de même pour le poignet, et là encore, il faut opérer largement, enlever le carpe en entier, comme on enlève l'astragale, et ne pas même laisser les os du carpe qui peuvent paraître sains.

M. Lucas-Championnière (Paris) est, d'une façon générale, de l'avis de M. Ollier; aujourd'hui, un assez grand nombre de chirurgiens marchent dans cette voie et espèrent des résultats éloignés tout aussi bons que ceux qui ont pu être constatés par M. Ollier sur ses anciens opérés. Mais M. Ollier semble ne vouloir opérer que les tuberculoses éteintes et arrêtées, et M. Championnière croit qu'il faut faire bénéficier de l'intervention bien des tuberculeux ayant de la fièvre, des hémoptysies.

Il a eu souvent ainsi des résultats très bons, tant au point de vue général qu'au point de vue local. Il est d'accord avec M. Ollier relativement aux bienfaits qui résultent de l'emploi des pansements actuels et de la suppression de la suppuration et a été spécialement étonné par les résultats définitifs de la résection du genou.

M. Ollier a seulement dit que les tuberculoses arrêtées offrent les meilleures conditions pour opérer, mais il est des cas où l'on ne peut attendre l'arrêt de la tuberculose et où l'on doit opérer sans que la fièvre soit tombée.

Epididymo-vésiculectomie dans la tuberculose testiculaire.

M. Villeneuve (Marseille) admet qu'en règle générale il ne faut pas faire de castration dans la tuberculose testiculaire. Les résultats sont aussi bons, sinon meilleurs, quand on se borne à agir par les moyens généraux, et, au besoin, par le raclage et surtout le fer rouge. On a ainsi l'avantage de conserver ce que M. Verneuil a appelé le *testicule moral*. Quand l'épididyme seul est atteint, la résection isolée de cet organe peut suffire et M. Villeneuve l'a pratiquée dès 1889. Mais Lancereaux et Guyon soutiennent que, dans l'immense majorité des cas, la tuberculose génitale commence chez l'homme par la vésicule. Il semble donc que, surtout au début, quand le diagnostic peut être fait, il y ait avantage à faire l'ablation de cet organe, ce que Roux (de Lausanne) a pratiqué par la voie périnéale (voy. *Mercredi*, 1891). M. Villeneuve a réussi cette ablation par le trajet inguinal après avoir ouvert la vaginale et pratiqué l'épididymectomie. On tire sur le canal déférent comme sur le ligament rond dans l'opération d'Alexander, et en décollant le tissu cellulaire on arrive jusque sur la base de la prostate et la vésicule.

Dans les cas d'orchite tuberculeuse *aiguë* et dans ceux où il s'agit de tuberculose dans un testicule ectopié à l'anneau, mais dans ces cas seuls, il faut faire la castration.

M. Verneuil s'élève depuis trente ans contre la castration, détestable moralement et chirurgicalement. L'opération en elle-même est excelllente, mais les suites ultérieures sont lamentables. Quand on opère dès qu'une induration tuberculeuse est constatée, on oublie qu'il est très rare que l'épididymite tuberculeuse ne soit pas accompagnée de lésions plus ou moins accentuées de la prostate et du cordon, et il semble que le trauma leur donne un coup de fouet. On voit souvent des malades qui, avant l'opération, étaient sains, à part la lésion testiculaire, et qui, de six semaines à six mois après l'opération, se mettent à tousser et font une granulie aiguë; de même, l'autre testicule peut devenir le siège de lésions tuberculeuses, latentes au moins jusque-là.

Traitement de la tuberculose du testicule par les injections interstitielles de naphtol camphré.

M. Reboul, durant son internat à l'hôpital Beaujon, a soumis à cette thérapeutique trois cas de tuberlose testiculaire. Dans un cas, il injecta par une fistule quelques gouttes de naphtol camphré; les deux autres cas ne présentaient ni abcès, ni fistules, et il fit des injections interstitielles dans les nodosités tuberculeuses de l'épididyme et du testicule. Il se produisit une amélioration très notable, une induration avec diminution progressive des masses néoplasiques et fermeture de la fistule. Cette année, à l'Hôtel-Dieu de Marseille, il a traité de la sorte deux cas de tuberculose du testicule et a constaté une amélioration très notable; il faisait des injections interstitielles de 4 à 5 gouttes tous les huit ou dix jours dans les nodosités.

Ces quelques cas ne permettent pas de tirer une conclusion ferme; ils sont trop peu nombreux et trop récents. Mais il est certain que l'évolution de la tuberculose a subi un temps d'arrêt, les nodosités ont diminué, les parties malades ont acquis une dureté manifeste; il s'est probablement établi un travail de sclérose qui amènera peut-être la guérison. Et d'ailleurs quel traitement aurait-on pu instituer dans ces deux cas? Dans le premier, il s'agissait d'un malade à qui l'on avait déjà enlevé un testicule, et on ne pouvait le priver du second, ce qui aurait produit chez lui un effet moral désastreux. Du reste, les vésicules séminales, la prostate, le poumon, avaient subi l'infection tuberculeuse. Dans le second cas, on avait affaire à une double orchite tuberculeuse, et il était difficile de songer à une double castration; de plus, on n'est jamais certain, malgré un examen minutieux, que la prostate, les vésicules séminales, le canal déférent et surtout les ganglions n'ont pas subi l'infiltration tuberculeuse. Dans des cas semblables, il y a donc lieu de borner l'intervention à un traitement palliatif et les injections interstitielles de naphtol camphré doivent prendre rang parmi les procédés de la thérapeutique conservatrice.

Sur le traitement des adénopathies scrofulo-tuberculeuses par les injections interstitielles de naphtol camphré.

M. Reboul (Marseille). — Depuis le travail qu'il a présenté à la Société de chirurgie (Voy. *Mercredi médical*, 1891, p. 155), et qui était basé sur 27 observations, il en a recueilli 5 nouvelles qui, ajoutées aux 15 faits inédits rapportés par David dans sa thèse, donnent un total de 47 cas. 43 fois il s'agissait d'adénites cervicales, 1 fois de ganglions axillaires, 3 fois de ganglions inguinaux. Les ganglions étaient durs dans 18 cas, ramollis dans 24 et ulcérés dans 5. Sur ces 47 cas,

on a obtenu 28 guérisons et 19 améliorations. Les 32 observations personnelles de M. Reboul donnent 19 guérisons et 13 améliorations. Dans tous ces faits on n'a pas toujours obtenu la guérison complète et la disparition des adénites tuberculeuses, mais du moins on a toujours constaté une amélioration notable et le retrait des ganglions, ce qui équivaut à peu près à la guérison. Ce traitement n'est pas dangereux, ne détermine pas d'accidents, donne de bons résultats et semble agir à la fois sur l'état local et sur l'état général.

Ostéomyélite à staphylocoques.

M. Arnaud (Marseille) a observé un fait d'ostéomyélite aiguë de l'extrémité inférieure du fémur chez un mousse de seize ans, qui avait présenté deux ans auparavant une poussée douloureuse au même endroit. L'incision donna issue à 300 grammes environ de pus épais, crémeux et la trépanation du fémur permit d'évacuer une série de petits foyers intra-osseux de même nature. L'examen bactériologique donna des cultures pures de *staphylococcus pyogenes aureus*, bien que les symptômes cliniques se rapprochassent davantage de la forme d'ostéomyélite à streptocoques, décrite par MM. Lannelongue et Achard (Voy. *Mercredi*, 1891, p. 167). Le réseau veineux notamment, que ces auteurs considèrent comme caractéristique de l'ostéite à staphylocoques, faisait défaut. La valeur des signes diagnostiques différentiels entre les deux principales variétés d'ostéomyélite, à streptocoques et à staphylocoques, n'est donc pas absolue et a besoin d'être contrôlée par de nouvelles observations.

Aire chirurgicale des sinus frontaux.

M. Alezais (Marseille). — Les sinus frontaux étudiés sur 23 sujets de vingt et un à quatre-vingt-un ans (13 hommes et 10 femmes) et figurés par des schémas ont montré que, si la prédominance classique des sinus de l'homme sur ceux de la femme se vérifiait, l'augmentation chez l'adulte, due à l'âge, était incertaine et irrégulière. L'absence totale a été rencontrée deux fois et l'absence unilatérale trois fois. L'aire frontale des sinus mesure chez l'homme 6 centimètres sur la ligne sus-orbitaire et 3 cent. 5 sur la ligne médiane, et chez la femme 4 cent. 5 sur 3. La paroi orbitaire a chez l'homme 2 cent. 25 sur 2, et chez la femme 2 cent. sur 1 cent. 30 ; elle s'arrête souvent à la ligne lacrymo-orbitaire, mais elle peut envoyer sur la paroi externe un prolongement lacrymal de 1 centimètre sur 0 cent. 5. Le sinus gauche paraît être souvent un peu plus grand que le droit ; celui-ci aurait un peu plus souvent que le gauche un prolongement lacrymal.

Diagnostic et traitement de la grossesse extra-utérine.

M. Boisleux (Paris). — Indépendamment des signes ordinaires de la grossesse, les signes spéciaux de la grossesse extra-utérine sont les suivants : 1° présence d'une tumeur dans un des culs-de-sac ; 2° petitesse de l'utérus, disproportionné avec l'âge présumé de la grossesse ; 3° absence de ramollissement du col, comme dans la grossesse ordinaire ; 4° douleurs violentes s'irradiant dans le bas-ventre et souvent localisées à un des côtés droit ou gauche ; 5° douleurs violentes qu'éprouve la femme lorsqu'il y a rupture de la trompe ou du kyste fœtal, douleurs aussi fortes que celles de la parturition. Enfin, le diagnostic de la grossesse extra-utérine est certain et absolu lorsque, par l'examen de la muqueuse, on rencontre une muqueuse déciduale.

Il faut opérer quand il y a imminence de rupture, parce qu'en pareil cas une hémorrhagie mortelle peut se produire. En cas d'adhérences multiples, lorsque le sac fœtal n'est pas pédiculisé, il faut se contenter d'enlever ce que l'on peut, *tamponner* pendant vingt-quatre heures et établir un drainage qui sera prolongé jusqu'à ce qu'il n'y ait plus de suintement.

De l'abcès du foie au Tonkin.

M. Boinet, qui a observé une série d'abcès du foie, en 1887 et 1888, dans le Haut Tonkin et le Delta, insiste sur les difficultés du diagnostic au début. Cependant le caractère de la douleur, des accès de fièvre, de la toux ; la teinte cireuse de la sclérotique, la pâleur ictérique, l'attitude particulière du malade, la mensuration par le procédé de Pitres, la rénitence, l'empâtement, les frottements hépatiques, permettront de distinguer l'abcès du foie de la congestion simple ou liée à la fièvre rémittente bilieuse, de la pleurésie diaphragmatique, etc., etc. Plus le diagnostic est précoce, plus les chances de guérison augmentent.

Dans les cas d'abcès simplement probable, la ponction exploratrice est indiquée. Si on constate un écoulement de pus, l'aiguille sert de guide jusqu'à la poche, que l'on incise directement par le procédé de Little. Les adhérences péritonéales sont très fréquentes et jamais M. Boinet n'a vu l'écoulement du pus dans la cavité péritonéale. Après des irrigations antiseptiques, le pansement listérien est complété par une bande élastique destinée à exercer une compression légère favorisant la rétraction des parois de l'abcès. Quelquefois, on constate à l'autopsie que des abcès volumineux, tapissés par une épaisse couche fibreuse rétractile, ne sont pas parvenus à se cicatriser parce que la paroi antérieure de cette vaste poche n'a pas matériellement pu s'accoler à la paroi postérieure. Il est logique, dans ces cas, de mobiliser la paroi antérieure par une résection costale, par une sorte d'opération d'Estlander, appliquée aux abcès du foie trop volumineux.

L'appréciation des résultats de la méthode de Stromeyer Little est basée sur l'examen de 78 opérations, qui ont donné 60 guérisons et 18 morts.

M. Boinet résume ensuite quelques observations offrant des particularités intéressantes. La première a trait à un abcès du lobe gauche, faisant saillie à l'épigastre et traité par l'incision directe en un seul temps. Cette disposition n'est pas fréquente. Rouis l'a notée 3 fois sur 156 cas ; cependant, la proportion indiquée par Bellot est de 28 0/0. Dans ce fait et dans un autre, l'abcès s'ouvrit dans le côlon. Ce mode de terminaison est assez rare ; on ne l'a noté que 11 fois sur 563. A ces chiffres indiqués par Rendu, M. Boinet ajoute 15 nouveaux cas recueillis dans la littérature.

Dans un cas l'abcès s'est ouvert dans la cavité pleurale, et a communiqué avec les bronches et avec deux clapiers sous-cutanés. Recherchant la proportion de ces modes d'ouverture, M. Boinet a trouvé 40 cas à ajouter aux 31 faits de communication avec la plèvre déjà signalés par Rendu. Outre les 59 observations de lésions pulmonaires liées aux abcès du foie notées par Rendu, il faut tenir compte de 30 autres cas publiés dans ces dernières années. Les faits d'ouverture dans les bronches, recueillis dans les auteurs, atteignent le chiffre de 65 environ. Lorsque l'abcès communique avec les plèvres, les bronches et des clapiers sous-cutanés, l'intervention opératoire ne donne guère de bons résultats ; en pareil cas, l'incision large avec résection costale aurait pu être dirigée contre la collection purulente du foie et de la plèvre ; ce fait montre la nécessité de faire vite le diagnostic de l'abcès du foie et de l'opérer hâtivement par la méthode de Little.

Traitement de l'angine diphthéritique par le cyanure de mercure.

M. de Ruelle (de Marseille) a obtenu de bons résultats en employant le cyanure de mercure à l'intérieur, selon le conseil de Werner, Selden et Lœffler, de la façon suivante :

Cyanure de mercure..........	0 gr. 05 cent.
Alcool à 80°.................	8 grammes.
Eau distillée..................	192 —

F. S. A. — A prendre une cuillerée à café toutes les heures.

Sur 7 observations d'enfants âgés de deux à quatre ans, il y a eu 7 guérisons. L'amélioration, sensible dès les premiers jours, s'établit franchement au troisième jour. Le traitement doit être institué dès le premier jour ; en effet, chez un huitième malade, l'auteur a eu un insuccès, la maladie étant parvenue à la période de généralisation.

Parmi les communications faites au Congrès, quelques-unes sont la répétition de mémoires récents de leurs auteurs. Nous nous bornerons donc à énumérer celles de :

M. Lucas Championnière : Sur la cure radicale de la hernie chez la femme (voy. *Mercredi*, 1891, p. 273 et 435).

MM. Lépine et Barral : Sur la pathogénie du diabète et la glycolyse (voy. *Mercredi*, 1891, p. 329 et 399).

M. Bidon : Sur l'amnésie post-éclamptique (voy. *Mercredi*, 1891, p. 477).

M. Maurel : Sur l'état des leucocytes aux hautes températures (*Gazette*, 1891, p. 436).

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 29 *septembre* 1891.

Présidence de M. Regnauld

Traitement électrique de l'occlusion intestinale.

M. Semmola (Naples) relate l'histoire d'un garçon de 20 ans, bien portant, mais très nerveux, qui à la suite d'un excès de régime eut une indigestion, vite guérie par le régime lacté, puis pendant la convalescence une diarrhée à l'occasion d'un nouvel écart. Cette diarrhée cessa le lendemain, mais alors apparut, avec une douleur brusque, revenant par crises, une occlusion bientôt caractérisée. Après échec de la glace, des purgatifs, des entéroclysmes, on songeait à la laparotomie. Mais M. Semmola, consulté **au** 3e jour, diagnostiqua une occlusion paralytique en se fondant sur : 1° le début brusque de la douleur ; 2° ses retours par crises pendant lesquelles on voyait se mouvoir les anses dessinées sur la paroi abdominale ; 3° le début après une diarrhée ; 4° la concomitance d'une rétention paralytique d'urine ; 5° le caractère très névropathique du malade.

Cela étant, il conseilla le traitement électrique qui fut appliqué (électrode positive dans le rectum; négative promenée sur le trajet du côlon) pendant 5 jours à raison de 3 séances par jour, de 10 minutes chacune. Dès la fin du premier jour l'amélioration était considérable; à la fin du troisième, selles normales; à partir du cinquième, guérison définitive qui se maintient depuis 2 mois.

Diabète pancréatique.

M. Lancereaux présente au nom de **M. Thiroloix** un chien qui a subi l'extirpation du pancréas et présente l'état typique du diabète maigre, pancréatique, ayant évolué en 35 jours. La glycosurie apparut 2 heures après l'opération; pendant 2 périodes de 8 jours la glycosurie cessa et fut remplacée par de l'azoturie. Ce diabète reproduit fidèlement le tableau du diabète pancréatique de l'homme, et il est à noter, d'autre part, que ce chien avait d'abord subi, sans en être incommodé, la ligature du canal de Wirsung. Pour le rendre malade il a fallu l'ablation presque complète de la glande.

M. G. Sée. — Ce fait extrêmement intéressant entre en série avec les expériences de Minkowski et Mering, de Hédon, de Lépine et confirme l'étude clinique du diabète pancréatique découvert il y a 11 ans par M. Lancereaux. Mais à ce propos M. G. Sée se demande, avec M. Hédon, si le pancréas n'est pas un de ces organes qui ont une action encore inconnue sur la nutrition générale. Ainsi la suppléance de la glycosurie par l'azoturie dans l'expérience de M. Thiroloix est intéressante.

Mais on ne saurait accorder à M. Lancereaux que tous les diabètes maigres sont pancréatiques : M. G. Sée a trois autopsies récentes, négatives à cet égard.

A ce propos, M. G. Sée rappelle à l'Académie sa communication d'il y a 2 ans sur le diabète expérimental par l'ingestion de fluorhydzine. Sur ces chiens M. G. Sée a essayé les deux prétendues panacées dans le traitement du diabète, l'eau de Vichy et l'opium. L'eau de Vichy a été inutile et l'opium nuisible. M. Sée recommande avant tout l'antipyrine et rappelle le fait communiqué par M. Panas relativement à un diabétique cataracté chez qui la glycosurie a disparu grâce à ce traitement et l'extraction du cristallin a été fort bien supportée.

M. Lancereaux. — En effet, quand on le peut, mieux vaut dire avec précision diabète pancréatique que diabète maigre. Ce que je dis, c'est qu'il y a plusieurs types du diabète qui sont : 1° le diabète gras, celui des arthritiques, qui deviennent presque toujours gras à la fin de leur période de croissance, sont peu glycosuriques, peu diabétiques, peu polyphagiques et peuvent mourir à 80 ans; chez eux c'est une manière d'être plutôt qu'une maladie; 2° le diabète pancréatique; 3° le diabète traumatique, celui de Cl. Bernard. Or, par exemple, le diabète traumatique peut causer une glycosurie aussi intense et un amaigrissement aussi rapide que le diabète pancréatique. Y a-t-il d'autres types? C'est une question à l'étude.

M. Ollivier. — Le chien de M. Thiroloix présente-t-il des accidents pulmonaires? — (**M. Lancereaux :** Non). — Pour s'en assurer on pourrait se procurer des crachats en faisant vomir l'animal avec de l'apomorphine : j'ai employé ce moyen avec succès pour avoir des crachats d'enfant. Il y a une variété de diabète qu'on a oubliée, le diabète héréditaire : je l'ai constaté jusque dans 3 générations successives. Une autre espèce est le diabète nerveux émotionnel : j'en ai vu un cas très net chez un sujet qui a brusquement perdu sa fortune et est mort 15 ans après, d'une pneumonie diabétique.

M. Semmola (Naples). — Il faut distinguer glycosurie et diabète : un glycosurique qui vit en santé florissante jusqu'à un âge avancé n'est pas un diabétique. Le diabète est une maladie terrible, où la glycosurie est un symptôme. Je l'ai dit il y a 35 ans dans une note que j'ai communiquée à l'Académie des sciences. Malheureusement, depuis 35 ans, toutes ces questions ont été médiocrement élucidées. Il y a des diabètes nerveux, traumatiques, arthritiques, alimentaires; rien ne prouve que tout cela soit la même chose.

Deux cas sont possibles : l'insuffisance de destruction du sucre ou l'excès de production. A cet égard les expériences sur le diabète pancréatique seront peut-être intéressantes. Mais on ignore le mécanisme exact. Je dirai que dans un travail récent mon collègue M. Boccardo (de Naples) a constaté qu'après l'extirpation du pancréas on observe des lésions nerveuses ascendantes très étendues, en sorte que le diabète pancréatique serait peut-être une variété du diabète traumatique.

M. G. Sée. — Nous sommes d'accord, M. Lancereaux et moi, puisqu'il parle *des* diabètes maigres. Quant au diabète gras, le vulgaire, chacun a dans sa poche deux ou trois histoires analogues à celle de M. Ollivier : mais c'est là une variété étiologique et non une espèce. De même pour le diabète héréditaire, qui est incontestable. Quant à la cause première de ce diabète, j'avoue que j'ignore absolument, quoique bien des eaux minérales en vivent, ce que c'est que ce fameux arthritisme dont on parle tant. L'excès d'acide urique dans le sang est une hypothèse indémontrable.

En tout cas le diabète est un vice de nutrition. Un point sur lequel je suis affirmatif, c'est pour nier absolument la distinction établie par M. Semmola entre le diabète et la glycosurie. Le diabétique florissant sur lequel il s'appuie est capable de s'écrouler pour un rien. Tel dom Pedro (du Brésil) qui à Vichy a eu une gangrène grave du pied pour s'être fait curer un cor.

M. Semmola. — Il se porte aujourd'hui fort bien.

M. G. Sée. — Je le sais, et je l'en félicite, ainsi que vous.

M. Lancereaux. — M. G. Sée a répondu exactement ce que je voulais dire à M. Ollivier, à M. Semmola. Prenons le diabète traumatique passager : c'est la même maladie que le diabète traumatique permanent et vite mortel. Il y a une différence de gravité, comme entre la variole et la varioloïde. Quant aux constatations fort intéressantes de M. Boccardo, je dirai que M. Thiroloix en a fait d'analogues et a grande tendance à faire du diabète pancréatique un diabète traumatique. Pour moi, je ne suis pas encore convaincu.

Typhus exanthématique.

M. Thoinot rend compte d'une épidémie de typhus exanthématique à l'île Tudi (Bretagne). Sur 1000 habitants il y a eu 84 cas, dont 16 mortels. M. Thoinot conclut que : 1° l'eau et l'air ne sont nullement les agents de contage; 2° la contagion exige le contact direct et a probablement pour agent les secrétions cutanées; 3° il ne semble pas y avoir eu importation, mais réveil d'un état endémique en Bretagne, où la famine et la misère jouent un rôle important. L'épidémie a été vite arrêtée grâce à des soins rigoureux d'isolement.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

PUBLIÉ PAR

LA GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MEDECINE ET DE CHIRURGIE

Et servi gratuitement à tous les abonnés de ce journal

ABONNEMENTS SPÉCIAUX POUR MM. LES ÉTUDIANTS. — UN AN : 6 FRANCS

L. LEREBOULLET, Rédacteur en chef. — A. BROCA, Secrétaire de la Rédaction

Librairie de G. MASSON, 120, boulevard Saint-Germain.

SOMMAIRE

ACTES OFFICIELS

Légion d'honneur. — M. Gallois est nommé chevalier.

Ecole de médecine navale. — La rentrée de l'Ecole supérieure de médecine navale, à Bordeaux, se fera en trois parties : le 1er octobre, doivent se présenter les élèves qui n'ont pas subi avec succès les examens de la Faculté; le 20 octobre, les nouveaux, qui sont au nombre de 40 enfin, dans les premiers jours de novembre, le reste des élèvres.

Voici la liste par ordre de mérite des candidats admis (concours de 1891) :

Elèves en médecine : 1 Ortholan, 2 Bérard, 3 Boye, 4 Judet de la Combe, 5 Dargein, 6 Lépine, 7 Autric, 8 Mériaux-Ponty, 9 Kérest, 10 Triboudeau, 11 Savornin, 12 Seguin, 13 Marcourt, 14 Talbot, 13 Fontrein, 16 Vassal, 17 Cassien, 18 Legrandre, 19 Vassal.

20 Micholet, 21 Berini, 22 Charnel, 23 Tedeschi, 24 Berger, 25 Letinois, 26 Pasquet, 27 Abatucci, 28 Tauvet, 29 Brau, 30 Ollivier, 31 Gaide, 32 Henric, 33 Bresson, 34 Chapuis, 35 Ascornet, 36 Buffon, 37 Martinet, 38 Chabaneix, 39 Miquel, 40 Chalibert.

Elèves en pharmacie : 1 Philippot, 2 Porte.

Ces élèves devront être rendus à l'école de Bordeaux le 20 octobre 1891, avant midi.

ACTES
DES FACULTÉS DE MÉDECINE

Concours pour des bourses de doctorat. — L'ouverture aura lieu au siège des facultés de médecine et des facultés mixtes de médecine et de pharmacie, le mardi 27 octobre 1891. Les registres d'inscription seront clos le mardi 29 octobre, à quatre heures.

Seront admis à concourir :

1° Les candidats pourvus de quatre inscriptions qui ont subi avec la note *bien* le premier examen probatoire prévu par l'article 3 du décret du 20 juin 1878. Les épreuves porteront sur la physique, la chimie et l'histoire naturelle médicale;

2° Les candidats pourvus de huit inscriptions qui ont subi avec la note *bien* le premier examen probatoire et qui justifieront de leur assiduité aux exercices pratiques. Les épreuves porteront sur l'ostéologie, l'arthrologie et la myologie;

3° Les candidats pourvus de douze inscriptions qui ont subi avec la note *bien* la première partie du deuxième examen probatoire. Les épreuves porteront sur l'anatomie, la physiologie et l'histologie;

4° Les candidats pourvus de seize inscriptions qui ont subi avec la note *bien* la seconde partie du deuxième examen probatoire. L'épreuve écrite portera sur la pathologie interne et externe.

Les candidats pourvus des grades de bachelier ès lettres et de bachelier ès sciences restreint, qui ont subi chacun de ces examens avec la note *bien*, peuvent obtenir, sans concours, une bourse de première année.

VARIÉTÉS

Concours de l'internat. — Les membres du jury sont provisoirement, MM. Millard, H. Martin, Gilbert, Périer, Ricard, Blum et Bonnaire.

Concours de l'externat. — Le jury est composé, sauf acceptation, de MM. Galliard, Richardière, Thibierge, Lejars, Potherat, Brun, Doléris.

Un jugement de la cour de cassation d'Autriche contre un médecin. — Le 25 février 1890, un petit garçon lança un grain de caroube dans l'oreille de la servante de la maison. Voyant qu'on ne pouvait le faire sortir, on appela le médecin de la commune, le Dr B... Après avoir vainement tenté de l'extraire à l'aide d'une pince, le médecin envoya chercher sa trousse et introduisit le stylet dans l'oreille, afin de se renseigner sur le siège du corps étranger. Cela fait, il chauffa l'instrument et fit courber sa pointe en forme de cuiller, par un profane, fit tenir le malade par deux hommes et commença à opérer dans l'oreille avec son stylet modifié. La malade poussa des cris perçants et les deux hommes qui la tenaient entendirent tout à coup un bruit ressemblant à la rupture d'une corde métallique tendue. Le médecin avait rompu le tympan. Après cette manœuvre, on essaya tout pour guérir la malade, mais les médecins appelés déclarèrent que l'art médical était impuissant dans ce cas. La malade mourut le 17 mars dans des douleurs atroces.

L'autopsie et un rapport de la Faculté d'Inspruck (Tyrol) décidèrent le parquet à poursuivre le docteur B... d'après l'article 356 de la loi (faute d'un médecin par ignorance). On l'accusa d'avoir pratiqué une opération irréfléchie et maladroite, d'avoir employé un instrument défectueux, fabriqué par un profane, enfin d'avoir montré une ignorance médicale qui avait causé mort d'homme. Le jugement défendait au docteur B .. d'exercer sa profession avant d'avoir de nouveau subi des examens de doctorat.

La cour de cassation confirma le verdict de la culpabilité, mais modifia la punition de la manière suivante : Le docteur B... a le droit d'exercer la médecine comme par le passé, mais s'il veut continuer à pratiquer la chirurgie, il doit subir de nouveaux examens dans cette branche, car dans sa pratique médicale l'accusé ne s'est pas rendu coupable.

Il importe de citer encore un passage du rapport de la Faculté d'Inspruck. La Faculté blâme qu'il existe encore des médecins n'ayant aucune notion de l'otologie; que cette branche de la médecine ne soit pas obligatoire dans les examens et que les étudiants soient forcés de payer de fortes sommes pour suivre un cours spécial d'otologie. Etant donné cet état de choses, il n'est pas étonnant qu'il y ait des docteurs qui ne sachent pas enlever un corps étranger de l'oreille. (*Annales des maladies de l'oreille.*)

Un nouveau journal. — Un journal de médecine de Paris, paraissant *une fois* par mois et publiant depuis deux ans les actes d'une nouvelle Société médicale, se vend *soixante centimes* le numéro. Par contre, le prix de l'abonnement est fixé à 18 francs par an. Faire payer à l'abonné le journal deux fois plus cher qu'à l'acheteur au numéro est une innovation fin de siècle.

On dit que l'administration du journal s'est vue forcée d'ouvrir un bureau de désabonnement. (*Lyon médical.*)

PANCRÉATINE DEFRESNE

Adoptée officiellement par la Marine et les Hôpitaux de Paris.

Elle transforme simultanément : 35 gr. albumine ; 20 gr. corps gras ; 25 gr. amidon.

Dégoût des Aliments, Digestions difficiles, } *Dyspepsie, Diabète,* } *Gastralgie, Gastrite,* etc., etc.

DOSES } **PANCRÉATINE DEFRESNE** en poudre, 2 à 4 cuillerettes. — **4 fr.**
PILULES DIGESTIVES DEFRESNE 3 à 5 pilules. — **3 fr.** Élixir et Sirop.

Dépôts à PARIS : Gros : 4, *Quai du Marché-Neuf* ; DÉTAIL : Phie, 2, Rue des Lombards.

DEFRESNE, Auteur de la Peptone pancréatique.

Sirop de Digitale de LABELONYE

Sédatif du Cœur par excellence

Une cuillerée à bouche de ce Sirop renferme les principes actifs de **dix** centig. de **Digitale.**

Dragées au Lactate de Fer de GÉLIS & CONTÉ

Approuvées par l'Académie de Médecine

Le FER le PLUS ASSIMILABLE

Dose : Cinq centigrammes par Dragée.

Ergotine & Dragées d'ERGOTINE BONJEAN

Médaille d'Or de la Société de Pharmacie de Paris

HEMOSTATIQUE LE PLUS PUISSANT

soit en Potion soit en Injections hypodermiques.

Quinze** centigram. par dragée. — **Accouchement Hémorrhagies de toute nature.

« DÉPOT GÉNÉRAL : »

LABELONYE & Cie, 99, rue d'Aboukir, PARIS

et dans toutes les Pharmacies.

HEMOGLOBINE

SOLUBLE DE V. DESCHIENS

(ADMISE DANS LES HOPITAUX DE PARIS)

Principe Ferrugineux naturel. - Réparateur des Globules du sang

n'occasionnant jamais ni maux d'estomac ni constipation

SIROP - VIN - DRAGÉES

Dans les cas de ***Chlorose*** et d'***Anémie*** *rebelles aux moyens thérapeutiques ordinaires*, les préparations à base d'***Hémoglobine*** de ***V. DESCHIENS***, expérimentées dans tous les Hopitaux, ont donné les résultats les plus plus favorables.

VENTE EN GROS : **ADRIAN & Cie, 11, *rue de la Perle*, PARIS**

SOLUTIONS HENRY MURE

Bi-phosphate de Chaux arsénié. — Chlorhydro-phosphate de Chaux arsénié.

PHTISIE (1re et 2me période). — RACHITISME.
ENGORGEMENTS GANGLIONNAIRES et des ARTICULATIONS.
MALADIES DES OS et de LA PEAU
CACHEXIES SCROFULEUSES et PALUDÉENNES. — ÉPUISEMENT NERVEUX.
INAPPÉTENCE. — DIABÈTE.

Le BI-PHOSPHATE ARSÉNIÉ H. MURE produit des résultats surprenants et souvent inespérés. — Sous son influence la Toux et l'Oppression diminuent, l'Appétit augmente, les Forces reviennent.

Le CHLORHYDRO-PHOSPHATE ARSÉNIÉ H. MURE donne des effets remarquables chez les Phtisiques atteints de Dyspepsie et dans la Chlorose.

LITRE : **4** FRANCS — DEMI-LITRE : **2** FR. **50**

AVANTAGES PRINCIPAUX

sur les Solutions Similaires

1° Emploi d'un **Phosphate monocalcique cristallisé**, d'une pureté absolue, permettant un dosage rigoureux, difficile à établir avec les phosphates mielleux du commerce, qui doivent leur extrême acidité à un excès d'acide sulfurique toujours nuisible à l'assimilation ;

2° **Inaltérabilité absolue** obtenue par un procédé de stérilisation d'une innocuité parfaite ;

3° **Administration** facile par cuillerées dans un peu d'eau vineuse ou sucrée, pendant les repas ou hors des repas ;

4° **Traitement phosphaté** le plus sûr et le *moins coûteux* dans les affections chroniques. (Chaque cuillerée à bouche contient : *1/2 gramme de Sel et un milligramme d'Arséniate de Soude.*)

NOTA. — *Dans le cas ou l'Arséniate de Soude ne serait pas indiqué, MM. les Docteurs pourront prescrire les mêmes solutions* **H. MURE non arséniées. LITRE : 3 fr.**

DANS TOUTES LES PHARMACIES. — DÉPOT GÉNÉRAL : **HENRY MURE, *à PONT-SAINT-ESPRIT (Gard)***

LA PAPAÏNE TROUETTE-PERRET



(Pepsine Végétale *tirée du* Carica Papaya)

LE PLUS PUISSANT DIGESTIF CONNU

Se trouve dans toutes les bonnes Pharmacies de France et de l'Etranger sous les formes suivantes :

Le **Sirop Trouette-Perret** à la *Papaïne* (une cuillerée à bouche après chaque repas).

L'**Elixir Trouette-Perret** à la *Papaïne* (un verre à liqueur après chaque repas).

Les **Cachets Trouette-Perret** à la *Papaïne* (deux cachets après chaque repas).

CONTRE LES

MALADIES D'ESTOMAC
VOMISSEMENTS — GASTRALGIES
GASTRITES — DYSPEPSIES

(Pour la **DIARRHÉE** des **ENFANTS** de 1 à 2 cuillerées à café de sirop après chaque repas.)

Se trouve dans toutes les bonnes Pharmacies de France et de l'Etranger.

Vente en Gros à PARIS : ***E. TROUETTE.***
15, rue des Immeubles-Industriels.

POUDRE DE VIANDE

Diastasée

DE TROUETTE-PERRET



FORMULE {
Poudre de Bifteck 3/5
Lactine 1/5
Malt de Lentilles 1/5

Nous recommandons tout spécialement à MM. les Docteurs notre *Poudre de Viande* diastasée que nous garantissons SANS ODEUR NI SAVEUR et d'assimilation très facile.

DOSE : *De une à deux cuillerées à bouche délayées dans du chocolat, du lait, du bouillon ou de l'eau sucrée. Répéter cette dose de 2 à 6 fois par jour, suivant l'effet que l'on desire obtenir.*

Se trouve dans toutes les bonnes Pharmacies de France et de l'Etranger.

Vente en Gros à Paris : E. TROUETTE
15, rue des Immeubles-Industriels.

CLINIQUE DES MALADIES NERVEUSES

Séméiologie des vertiges, par Paul Blocq et Onanoff.

(Extrait d'une *Séméiologie des maladies nerveuses* qui paraîtra incessamment à la librairie G. Masson).

On a réuni sous le nom de vertiges trois états pathologiques différents : 1° le vertige *apoplectique*, vertige ténébreux des anciens, *scotodinie* de Gorter, caractérisé par une sorte de défaillance avec étourdissement et obnubilation des sens; 2° le vertige *épileptique*; 3° le vertige *proprement dit*.

C'est ce dernier syndrome seul que nous considérons. Il consiste essentiellement dans le sentiment de l'instabilité de notre position dans l'espace relativement aux objets environnants. (Grainger Stewart.)

I

Le vertige, selon la définition que nous avons adoptée, est constitué avant tout par une sensation. Le vertigineux perd l'équilibre, il croit tomber en avant, en arrière ou d'un côté, ou bien il se figure qu'il tourne, ou enfin ce sont les objets avoisinants qui lui paraissent animés. Il lui semble être sur le plancher d'un navire, le sol se dérobe sous ses pieds, le plafond s'effondre.., etc.

La sensation vertigineuse peut ne pas exister seulement lors de la station debout, mais être accusée encore pendant le décubitus. Le malade étant couché croit alors que son lit se renverse, subit divers mouvements, bascule complètement. Il s'efforce de lutter contre sa sensation en recherchant certaines positions, et en les maintenant à l'aide d'une série de coussins de diverses formes qu'il dispose autour de lui dans ce but.

Il est ordinaire de constater, en même temps, un sentiment d'angoisse dont le degré d'intensité varie selon les cas; c'est là la sensation de défaillance accusée par les malades.

Souvent la perte d'équilibre et la peur qui l'accompagne déterminent la chute, mais, même lorsqu'il y a chute, le vertige n'est pas suivi de perte de connaissance. La conscience persiste entière, et le malade en est assez frappé pour qu'il ne manque pas d'en rendre compte spontanément la plupart du temps.

On observe aussi chez le vertigineux divers troubles des sens : brouillards et éblouissements devant les yeux, coloration particulière des objets, pour ce qui concerne le sens de la vue. Quant à l'ouïe, on remarque des bourdonnements d'oreille, des bruits divers et des sifflements d'une intensité variable.

Le vertige offre enfin certains troubles d'un caractère moins subjectif, tels que : rétraction de la peau, sueurs froides, et surtout nausées et vomissements.

L'ouverture ou l'occlusion des yeux déterminerait des réactions différentes selon les divers vertiges (Grasset); certains s'atténuent ou disparaissent par cette manœuvre, mal de mer, vertige de rotation, vertige des altitudes; d'autres au contraire s'exagèrent sous la même influence, vertige de l'indigestion, de l'alcoolisme aigu (1).

Lorsque le vertige, au lieu de procéder par accès, s'installe d'une façon continue, les sujets qui en sont atteints offrent une démarche tout à fait spéciale : démarche ébrieuse, titubante, cérébelleuse (Charcot). Cette démarche est comparable à celle de l'homme ivre; le sujet se tient les jambes écartées, oscille, et décrit des zigzags.

La marche et l'évolution du vertige présentent des variétés infinies suivant les causes qui lui ont donné naissance. On lui a décrit plusieurs formes, que nous ne rappellerons que pour mention, car cette division n'offre qu'un intérêt médiocre : ce sont : 1° le *vertigo titubans*; 2° le *vertigo vacillans*; 3° le *vertigo gyrans*, suffisamment caractérisés par leurs qualificatifs.

Nous préférons considérer aux vertiges, les deux formes suivantes : d'une part, le *vertige aigu* ou *accidentel*, de l'autre, le *vertige chronique* ou *habituel*. Le premier est celui qui se produit isolément et assez rarement; le second comporte : le *vertige constant*, le *vertige prolongé*, au cours duquel la sensation angoissante persiste d'une façon continue, plus ou moins longtemps, et le *vertige fréquent* dont les crises sont souvent répétées (Grasset).

II

Les causes du vertige sont très nombreuses; nous les rangerons dans les quatre classes suivantes : *a*, Vertige *dit* physiologique, *b*, vertige nerveux, *c*, vertige symptomatique, *d*, vertige toxique.

a. Vertige physiologique. — Le vertige peut se rencontrer à l'état physiologique, ou mieux être provoqué par certains mouvements. Même alors, le qualificatif que nous employons ne doit être considéré que relativement, car cette classe de vertiges ne se rencontre pas indistinctement chez tous les sujets; aussi doit-on supposer qu'il lui faut pour se développer un terrain nerveux spécial touchant plus ou moins à la névropathie.

Tels sont : le vertige de *rotation*, des *altitudes*, des *précipices*, celui que détermine la *vue de corps en mouvement* (fleuves, trains) ou encore les *illusions visuelles* résultant de nos mouvements par rapport aux objets (vue de losanges, de grilles : la *naupathie* ou mal de mer est un type intermédiaire entre ces vertiges et ceux de la classe suivante.

b. Vertige nerveux. — On peut distinguer les vertiges essentiels, appelés aussi névropathiques, et ceux qui sont symptomatiques d'une lésion des centres (cerveau, moelle) ou des organes des sens.

Le vertige *névropathique*, que nous appellerons plutôt vertige *des névroses*, est observé tout d'abord dans la *neurasthénie*. On y peut faire rentrer aussi le vertige *hystérique* qui ressemblerait symptomatiquement au vertige de Menière. Certains vertiges associés ou alternant avec la *migraine* en font aussi partie. Il existerait enfin un *vertige tétanique*, et l'on a remarqué, en dernier lieu, que le vertige pouvait dépendre de la *maladie de Basedow*.

Un certain nombre d'affections cérébrales occasionnent le vertige : la *congestion* et l'*anémie*, le *traumatisme*, le *coup de soleil*, enfin la *paralysie générale* et les *tumeurs du cerveau*. Toutes les affections *du cervelet* et de ses pédoncules, et en particulier les tumeurs, sont des causes de vertige.

Parmi les myélopathies qui tiennent le vertige sous leur dépendance, la *sclérose en plaques* occupe le premier rang; on peut signaler aussi l'*ataxie locomotrice*.

Des organes des sens, ce sont en particulier l'appareil de l'audition et celui de la vision dont les troubles engendrent le plus ordinairement le vertige. Le vertige de Ménière ou *vertigo ab aure læsa* est le plus répandu et le plus important; il peut être occasionné par la plupart des maladies de l'oreille, et même par l'occlusion de l'oreille externe par un bouchon cérumineux. C'est en raison de sa fréquence, de la netteté de ses caractères

(1) Nous ne saurions, à l'exemple du Pr Grasset, ranger parmi les vertiges le signe de Romberg. La perte de l'équilibre qui survient dans ces conditions paraît en effet résulter de l'absence ou de la diminution du sens musculaire, et non pas, selon l'avis de cet observateur, de l'anesthésie plantaire. Si les hystériques offrant de l'anesthésie cutanée de la plante du pied ne présentent pas, en effet, le signe de Romberg, ce signe se manifeste, au contraire, chez les mêmes malades quand il existe de l'anesthésie du sens musculaire. (Ataxie hystérique de Lasègue.)

cliniques, des notions anatomiques et physiologiques qui découlent des constatations auxquelles il a donné lieu, qu'il doit d'être généralement choisi comme type dans la description du vertige.

Un certain nombre de troubles moteurs de l'œil, le *strabisme* et la *diplopie*, le *nystagmus*, l'*asthénopie* entraînent également le vertige.

c. *Vertiges symptomatiques.* — Ce sont ceux qui dépendent de lésions des grands appareils. Les troubles digestifs occasionnent le *vertige gastrique*, vertigo a stomacho læso, et le vertige d'origine naso-pharyngée. Parmi les désordres circulatoires, l'*artério-sclérose* serait une cause fréquente de vertige (Grasset), comme aussi la *myocardite*, le *rétrécissement* mitral, et l'*insuffisance aortique*. L'appareil respiratoire ne donne guère lieu qu'au vertige *laryngé* (Charcot). Il existerait également un vertige *utérin*.

d. *Vertiges toxiques.* — Dans cette catégorie prennent place les vertiges dus aux *diathèses*, aux *infections* et aux *intoxications*.

L'*arthritisme*, la *goutte*, le *diabète*, la *chlorose* parmi les premières comptent le vertige au nombre de leurs manifestations. Le *typhus*, la *fièvre typhoïde*, la *grippe*, le *paludisme*, la *scarlatine*, la *syphilis*, la *méningite cérébro-spinale*, sont celles des maladies infectieuses qui déterminent le plus souvent le vertige. Les intoxications qui engendrent le vertige sont principalement : la *quinine*, les *solanées* (tabac), l'*alcool*, et le *plomb*.

III

Il semble actuellement démontré que le vertige, quelles qu'en soient les causes prochaines, relève du désordre d'un appareil invariable, l'appareil d'équilibration (E. Weill). L'observation clinique, de même que l'expérimentation, a montré que celui ci comportait des organes périphériques, — canaux semi-circulaires — et un centre, le cervelet. L'appareil comprend, de plus, entre autres dépendances, le tronc du nerf auditif et les noyaux bulbaires de ce nerf d'une part, les pédoncules cérébelleux et leurs aboutissants médullaires et cérébraux d'autre part. Selon cette conception, cet appareil aurait comme fonction le sens de l'espace. Les vertiges dépendraient donc des divers modes d'excitation (physique et chimiques) des différentes parties de cet appareil.

Dans le vertige de Menière, on incriminera l'excitation directe des canaux demi-circulaires.

Les vertiges liés aux lésions du nerf auditif ou aux altérations organiques du cervelet s'expliquent aisément, on y peut faire rentrer ceux de la sclérose en plaques.

Les vertiges artério-scléreux dépendraient du défaut de la circulation bulbaire — claudication intermittente du bulbe (Grasset);

Le vertige goutteux, de l'action de l'acide urique sur le bulbe (Buzzard); il en serait ainsi des autres vertiges toxiques, et peut-être du vertige gastrique (auto-intoxication de Bouchard).

Pour ce qui est des vertiges physiologiques (vertige de précipice), ils semblent dus pour une part à des influences psychiques. L'idée d'un corps qui tombe se présente à l'esprit, et cette idée de chute tend, si elle est intense, à passer à l'acte (Charcot).

IV

A. *S'agit-il de vertige?* Le vertige ne possédant guère que des signes subjectifs, c'est l'interrogatoire du malade qui élucidera cette première partie du diagnostic; toutefois dans certains cas de vertige chronique, la marche du malade est titubante et presque caractéristique.

On distinguera le vertige proprement dit du *vertige épileptique*, par la perte de connaissance complète et absolue qui accompagne ce dernier.

On pensera plutôt au *vertige ténébreux* si le malade décrit des sensations vagues, l'obnubilation des sens et de la conscience, et la faiblesse des membres.

On différenciera le vertige de l'*apoplexie* par le trouble de l'intellect qui caractérise l'attaque et par la lenteur du retour du mouvement et de la connaissance.

La *syncope* s'accompagne, elle aussi, de perte de conscience et de sensations de faiblesse qui ne permettront pas de la confondre.

Les attaques d'*hystérie* sont précédées d'une aura à caractères spéciaux, et présentent des troubles moteurs faciles à différencier. Lorsqu'il s'agit d'attaques hystériques *frustes*, il n'est pas rare que les malades en rendent compte en disant : « Mes vertiges ». Une analyse complète montrera que ces prétendus vertiges sont de véritables auras.

B. *Quelle en est la cause?* — A cet égard on peut tout d'abord distinguer, à l'aide des signes que nous leur avons attribués, les vertiges *aigus* et *chroniques* :

1° Lorsqu'il s'agit de vertiges *aigus*, il en existe toute une classe dont la valeur séméiologique est pour ainsi dire nulle, parce qu'ils n'interviennent qu'à titre accessoire dans la maladie principale. Leurs rapports de causalité sont, du reste, presque évidents et leur diagnostic s'impose.

Tels sont les *vertiges des maladies infectieuses* et des *intoxications aiguës* : vertiges de la scarlatine, de la fièvre typhoïde, de l'ivresse..., etc. Nous signalerons cependant un écueil qui consisterait à attribuer le vertige d'une intoxication à une fièvre : le vertige quinique à la grippe, par exemple, comme cela est arrivé. Mais pour ce diagnostic, il suffit en somme d'être prévenu.

La notion de cause est également évidente dans les vertiges que nous avons appelés *physiologiques* : rotatoire, des précipices; il en est de même pour ce qui concerne le vertige dû à l'*insolation*, au *traumatisme*, à l'*indigestion*.

Mais il est d'autres cas de vertiges aigus, où le syndrome acquiert une valeur séméiologique plus réelle : tels sont les vertiges du *tabès*, de la *sclérose en plaques*, le *vertige laryngé*, celui du *goître exophthalmique*.

C'est, avant tout autre, l'examen des réflexes tendineux du genou qui permettra de distinguer si on a affaire à l'une ou l'autre des deux myélopathies; on les trouvera exagérés en cas de *sclérose multiloculaire* et abolis en cas de *tabès*. Le nystagmus, l'embarras de la parole confirmeront la nature du vertige et montreront bien qu'il est sous la dépendance de la sclérose en plaques. Si le malade vertigineux est tabétique, on devra encore se rendre compte que le vertige n'est pas dû à l'un des symptômes de l'ataxie locomotrice, mais à cette maladie elle-même. Les accidents auxquels nous faisons allusion et qui, au cours du tabès, sont susceptibles de provoquer le vertige pour leur propre compte sont : les *paralysies oculaires*, et les *crises laryngées*.

Toutefois, en ce qui concerne le *vertige laryngé*, ce trouble pour certains auteurs serait concomitant, mais non dépendant de la crise, en raison de la commune origine bulbaire de l'un et de l'autre.

Le vertige lié au *goître exophthalmique* lui sera attribué facilement pour peu que l'on constate quelques-uns des signes capitaux de cette névrose : le tremblement, l'exophthalmie, les palpitations, le goître.

2° Parmi les *vertiges chroniques*, il en est un — c'est de beaucoup le plus fréquent, et par conséquent c'est celui auquel on devra penser tout d'abord, — qui revêt parfois l'une ou l'autre forme. C'est le *vertige de Ménière*

qui tantôt procède par accès séparés, tantôt demeure continu en présentant des exacerbations. Il se caractérise par des troubles préexistants de l'audition, et par des altérations diverses de l'appareil auditif. De plus les crises sont précédées en général de bourdonnements d'oreille plus intenses que ceux qui à l'état ordinaire tourmentent le malade, et constituent de véritables sifflements. Enfin lors de sa crise, le malade, s'il y a chute, tombe d'habitude du côté de l'oreille malade, ou de la plus malade si les lésions sont bi-auriculaires. Nous devons ajouter, en ce qui concerne le vertige de Ménière, qu'on a voulu l'assimiler à un phénomène nerveux du même ordre que les stigmates de dégénérescence, dont il aurait ainsi la valeur séméiologique.

Si l'on n'a pas affaire au vertige de Ménière, on devra examiner avec attention l'*appareil de la vision*, qui dans les divers cas de diplopie, de nystagmus ou même seulement d'asthénopie, peut engendrer le *vertige;* si aucun de ces troubles n'est constaté, mais si l'ophthalmoscope révèle de la névrite optique, on pensera à une *tumeur du cervelet*, et souvent alors les autres signes : céphalée, vomissements, etc., confirmeront ce diagnostic.

Au cas où il n'existerait aucune lésion sensorielle, mais des phénomènes nerveux différents : prostration, céphalée spéciale en casque, inaptitude au travail, si en même temps le vertige survient à jeun et diminue après le repas, il s'agira probablement du *vertige neurasthénique*.

Le *vertige gastrique*, difficile parfois à différencier du précédent, surviendrait plutôt à une période avancée de la digestion, quatre à six heures environ après les repas. Il s'accompagnerait des signes habituels de la dyspepsie, et plus souvent que d'autres serait suivi de nausées et de vomissements.

En l'absence de toutes ces causes on sera conduit à attribuer le vertige à l'état général. Or, la *goutte*, le *rhumatisme* et l'*arthritisme*, occasionneraient le vertige par un processus identique, l'artério-sclérose et sa localisation bulbaire (Grasset). C'est dire que les caractères du vertige seul seront impuissants à permettre la différenciation de ces diathèses.

Dans les cas de ce genre, on devra donc rechercher les signes connus de l'artério-sclérose, et on sera dès lors autorisé à attribuer le vertige à l'angiopathie commune, dont il restera à déterminer la pathogénie.

REVUE DES CONGRÈS

RÉUNION DES NATURALISTES ET MÉDECINS ALLEMANDS

HALLE, SEPTEMBRE 1891.

Valeur quantitative des phénols de l'urine.

M. Rumpf. — On pense habituellement que le brome se trouve dans l'urine sous forme de phénol tribromé. Or il faut admettre que la combinaison avec le crésol est aussi réelle et qu'elle se produit sous forme de composé bibromé. On ne peut donc pas se faire une idée exacte de la quantité de phénol contenue dans l'urine par la seule mesure des équivalents de brome. Il faut imaginer une autre méthode, permettant d'éliminer les bromures de crésol.

Méthode de Koch.

M. Aufrecht. — L'auteur a expérimenté la lymphe de Koch sur des malades atteints de tuberculose pulmonaire à différentes périodes d'évolution. Dans les cas de ramollissements étendus avec phénomènes hectiques, les injections paraissent avoir été nuisibles et avoir précipité le dénouement fatal. Dans deux cas on observa l'éclosion d'une tuberculisation miliaire analogue à celle signalée par Virchow chez certains malades traités d'une façon identique. Les injections de lymphe semblaient avoir de plus favorisé le développement de l'agent microbien.

Mais ces conclusions ne s'appliquent qu'aux malades arrivés à la période ultime de la tuberculose. Dans les autres cas, sur 112 malades traités, l'auteur a constaté 48 fois la guérison, 37 fois une amélioration toute spéciale que l'on n'aurait certainement pas obtenue avec tout autre procédé. Enfin 22 fois l'amélioration fut encore manifeste bien que moins marquée et dans 5 cas il n'y eut aucun changement. La pneumonie catarrhale signalée par Virchow peut survenir chez les malades de toute catégorie, mais elle est due à une méthode défectueuse dans l'emploi des injections. Elle survient lorsque les injections sont faites à trop courts intervalles et à trop fortes doses. Elle ne relève donc pas du processus tuberculeux et elle peut être facilement évitée. Les doses en effet ne doivent être augmentées que d'un quart de milligramme tous les deux jours. Lorsque l'on arrive à dix milligrammes on peut voir survenir des troubles assez sérieux, et surtout une fièvre irrégulière, de durée souvent assez persistante. Il ne faut donc pas atteindre cette dose de dix milligrammes qui décourage le médecin et fait interrompre le traitement, d'autant que l'on peut, avec 5 milligr., obtenir les mêmes bons effets. Les doses élevées ont encore le désavantage d'amener des troubles cardiaques et gastriques et aussi de déterminer autour des foyers tuberculeux des poussées congestives pouvant aller jusqu'à la pneumonie. On a donc eu tort de chercher à produire jusqu'à aujourd'hui la réaction fébrile et la réaction locale pensant qu'elles renfermaient en elles tout le secret de la méthode de Koch. Il faut au contraire procéder très prudemment, s'arrêter si la fièvre est vive, s'il apparait des râles dans la poitrine ou du sang dans les crachats et si le poids du malade diminue d'une façon marquée Il faut ajouter à cela que la lymphe de Koch n'a aucune action directe sur le bacille et qu'elle ne protège pas des récidives, qui paraissent cependant moins fréquentes après son emploi.

En un mot, la tuberculine n'est pas l'agent curatif et spécifique de la tuberculose, mais grâce à elle on peut déterminer dans les cas de gravité moyenne ou légère des améliorations absolument remarquables.

M. Rœmpler (Gœrbersdorf). — La méthode de Koch ne repose malheureusement pas encore sur des données précises. Ses contre-indications sont trop nombreuses ; il faut laisser aux savants de laboratoire le soin de perfectionner la tuberculine ou tout autre agent analogue et ne pas s'acharner à expérimenter une méthode qui n'a jusqu'à présent qu'une certitude à son actif, à savoir, qu'elle peut être dans certains cas nuisible.

M. Weber (Halle). — A la suite de 160 cas de malades traités par la méthode de Koch, l'impression que l'on peut garder est celle-ci. La tuberculine peut amener peut-être des guérisons, plus probablement des améliorations plus appréciables qu'avec les autres méthodes. Il faut jusqu'à nouvel ordre rester extrêmement prudent dans l'emploi des doses et surtout attendre les perfectionnements ultérieurs de la méthode.

De la fièvre des accouchées.

M. Winter (Berlin). — On peut considérer que la fièvre des accouchées dérive de deux ordres de causes. Dans un certain nombre de cas, les difficultés du travail, soit par configuration vicieuse du bassin, soit par toute autre raison, sont suffisantes pour déterminer des élévations de température qui peuvent atteindre 38°4, rarement 39°8. Cela est comparable aux hyperthermies produites par les contractions tétaniques des muscles. Cette fièvre se manifeste d'ordinaire au moment où la dilatation devient complète et tombe de suite après le travail.

La deuxième cause de fièvre est l'infection. Cette fièvre se manifeste par le frisson initial violent, suivi d'autres frissons.

Dans le premier cas d'hyperthermie fonctionnelle, le pronostic est toujours bon pour la mère et pour l'enfant. On connaît le pronostic variable de la fièvre d'infection.

Sarcome en grappe du col de l'utérus.

M. Pfannenstiel (Breslau). — Une femme de 53 ans, jusqu'alors bien portante, ayant eu quatre grossesses dont deux terminées par avortement, souffrait depuis cinq ans, époque de la ménopause, de douleurs violentes dans le bas-ventre

accompagnées de pertes abondantes. On trouvait dans le vagin un polype pédiculé mou, faisant hernie au dehors de la vulve et allant s'insérer sur la lèvre antérieure du col utérin. Le polype fut facilement énucléé ; mais la malade continua à souffrir et elle se présenta bientôt après avec une masse volumineuse remplissant le vagin, disposée en grappe molle s'insérant à nouveau sur le col. La guérison fut encore facilement obtenue, mais une nouvelle récidive ne tarda pas à se manifester. A ce moment l'examen histologique permit de reconnaître qu'il s'agissait de sarcome. On pratiqua alors l'hystérectomie totale. Aujourd'hui il y a nouvelle récidive.

On ne connaît guère actuellement que 11 cas semblables. L'affection procède d'ordinaire en produisant des masses polypiformes, disposées en grappes, et présentant une infiltration œdémateuse très spéciale. L'abondance des éléments lymphatiques avec les cellules embryonnaires propres au sarcome semble indiquer que la tumeur procède de l'endothélium des vaisseaux lymphatiques. Elle prend naissance sur le col, reste un certain temps pédiculée, puis envahit les parois du vagin, le corps de l'utérus, etc. Lorsque le sarcome a dépassé les limites de l'utérus, on peut constater des métastases dans les autres organes. La mort se produit par cachexie ou par perforation et péritonite.

La date d'apparition est surtout l'époque de la puberté ou celle de la ménopause ; dans la moitié des cas il s'agit de nullipares. La tumeur détermine d'abord un écoulement sans caractères spéciaux, avec ménorrhagies, puis pertes sanguines irrégulières. Enfin apparaissent des douleurs violentes dans le petit bassin. Bientôt les hémorrhagies augmentent et la cachexie apparaît. L'affection évolue en 18 mois ou deux ans et les récidives suivent de près toute tentative opératoire.

Ce qui fait la gravité de cette tumeur, c'est surtout que le diagnostic n'en est affirmé que tardivement. On croit le plus souvent n'avoir affaire qu'à des polypes ou toute autre tumeur bénigne. Il ne faut pas hésiter dans tous ces cas à faire pratiquer l'examen histologique. Lorsqu'il s'agit bien sûrement de sarcome, il faut avoir recours à l'hystérectomie, seule capable d'enrayer le développement de la tumeur.

M. Kaltenbach (Halle). — Le pronostic de ces sarcomes est très sombre, la tumeur récidive presque invariablement et très rapidement. Cependant le sarcome du col paraît moins fatalement grave que le sarcome du corps. Le pronostic est donc inverse de celui du carcinome. Dans un cas la première récidive suivit l'opération de cinq semaines. La mort eut lieu deux mois après.

Influence du service militaire des parents sur le développement corporel de leur descendance.

M. Schmid-Monnard (Halle). — L'examen de 2,700 enfants en bonne santé âgés de 1 à 30 mois montre que les augmentations de poids du corps n'obéissent pas aux règles habituellement tracées de progression régulière. On constate au contraire des variations très sensibles et l'on voit parfois d'assez longues périodes de diminution. Il y en a une notamment qui prend fin à la suite de l'apparition des dents et qui est suivie d'une rapide augmentation. Les mêmes variations peuvent être constatées dans l'accroissement de la taille, où l'on constate alors des arrêts plus ou moins prolongés. Les maxima d'augmentation de la taille précèdent de un ou plusieurs mois ceux de l'accroissement en poids. Dans l'évolution de ce développement, les filles précèdent d'ordinaire les garçons.

Les enfants nourris au sein présentent jusqu'au neuvième mois de l'existence un avantage de poids très marqué sur les enfants nourris de toute autre manière. Plus tard la différence s'atténue.

Relativement à l'exercice physique pris par les parents, on peut tirer des conclusions intéressantes de la comparaison faite entre les enfants nés à Francfort de parents récemment soumis au service militaire et les enfants nés à Halle où le service obligatoire est de date plus ancienne. Or ces derniers ont toujours présenté un périmètre thoracique plus développé, par conséquent une résistance vitale plus grande.

Transmission expérimentale des ascarides.

M. Epstein (Prague). — Les œufs des ascarides peuvent produire en 5 à 6 mois des embryons hors du corps. Les œufs d'autre part conservent très longtemps leur vitalité. Ils éclosent d'autant plus aisément qu'ils sont plus entourés de matières fécales ; un air frais avec température élevée favorise leur éclosion. On fit absorber à trois enfants des embryons d'ascarides âgés de un an. Au bout de deux mois on retrouva des œufs dans les selles.

La proportion des enfants porteurs d'ascarides a été trouvée par l'auteur de 52 0/0 dans les villages et de 4 0/0 dans les villes.

Action antimalarique du bleu de méthylène.

M. Guttmann. — On sait que le bleu de méthylène colore très bien les plasmodies de la malaria (méthode de Celli et Guarnieri) et que, introduit dans le sang des différents animaux, il pénètre facilement à l'intérieur des hématies et même jusque dans leurs noyaux, lorsqu'il s'agit d'animaux à globules rouges nucléés.

Dès lors nous nous sommes demandé, M. Ehrlich et moi, si le bleu de méthylène ne pourrait pas être un médicament antimalarique. Cette supposition a été pleinement confirmée dans deux cas de fièvre palustre, l'une tierce et l'autre quotidienne, où nous avons pu constater une action antimalarique nette et indiscutable de ce médicament. En effet, sous l'influence de cette substance, les accès de fièvre cessèrent dans les deux cas en quelques jours et les plasmodies disparurent complètement dans le sang au bout de huit jours au plus tard ; la guérison s'est maintenue complète jusqu'ici. On ne peut sans doute rien en préjuger relativement aux rechutes qui pourraient très bien survenir après le bleu de méthylène, comme elles surviennent souvent après la quinine.

Le bleu de méthylène a été administré en cachets, à dose de 10 centigrammes, répétée cinq fois de suite dans les vingt-quatre heures à des intervalles de trois heures dans le cas de fièvre tierce et d'une heure dans le cas d'une fièvre quotidienne. Dans ce dernier cas, on a commencé à donner le médicament 10 à 12 heures avant le moment de l'apparition habituelle de l'accès. Les deux malades ont continué à prendre le bleu de méthylène pendant 8 à 10 jours après la disparition de la fièvre, toujours à la dose quotidienne de 50 centigrammes. A cette dose le bleu de méthylène est parfaitement supporté et ne provoque qu'un seul phénomène un peu désagréable, une légère irritation spasmodique de la vessie avec pollakiurie, qui, d'ailleurs, peut être évitée, lorsqu'on fait prendre au malade dans le courant de la journée plusieurs pincées de poudre de noix muscade.

Chez les malades soumis à ce traitement, l'urine prit une couleur bleue intense et sa quantité dans les vingt-quatre heures augmenta sensiblement ; mais elle ne contint pas d'albumine. Les matières fécales continrent du bleu de méthylène réduit : elles ne se colorent en bleu qu'après leur expulsion de l'intestin, au contact de l'air.

CONGRÈS DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES

(20e session)

Tenu à Marseille du 17 au 24 septembre.

Cardiopathies grippales.

M. Huchard (Paris), pendant l'épidémie de 1889-90, a décrit la *grippe cardiaque*, caractérisée par des accidents divers : phénomènes angineux, embryocardie, syncopes, ralentissement du pouls et tachycardie, collapsus et asthénie cardiaques, etc. Ces divers accidents relèvent de l'action de la grippe sur les artères du myocarde et sur le myocarde lui-même, sur l'innervation cardiaque qui est profondément troublée par suite d'un véritable état parétique des nerfs pneumogastriques. En outre, la grippe exerce son action sur l'endocarde. Tout dernièrement, Pawinski (de Varsovie) a décrit quelques faits d'*endocardite grippale*. De son côté, M. Huchard en a observé trois cas où l'endocardite a été infectante. D'autre part, Oulmont et Barbier viennent de citer le fait d'une endocardite infectieuse à streptocoques sous l'influence de la grippe. Dans les trois cas de M. Huchard, il s'agissait d'affections aortiques anciennes qui se sont compliquées rapidement d'accidents infectieux et se sont terminées par la mort

en quelques semaines. Ce fait n'a rien qui doive surprendre, car si le microbe de la grippe n'est pas encore trouvé, on sait que cette maladie est une sorte de rendez-vous d'un grand nombre de microbes (pneumocoque, staphylocoque, streptocoque, etc.), que les infections secondaires y sont fréquentes, et que l'endocardite infectieuse peut être ainsi une de ses principales complications, même pendant sa convalescence.

Les cardiopathies préexistantes s'aggravent ainsi pour deux raisons principales : 1° parce que la tension artérielle subit une grande diminution dans le cours de la grippe; 2° parce que les microbes pathogènes de la grippe se fixent volontiers sur un endocarde déjà malade et augmentent les accidents en ajoutant un caractère infectieux au processus endocardique. Or, cette endocardite infectieuse grippale a surtout un siège de prédilection à l'orifice aortique, ce qui s'explique peut-être par la nature du microbe qui la détermine le plus souvent, le pneumocoque se fixant en effet de préférence sur l'orifice aortique.

Soixante laparotomies.

M. Villeneuve (Marseille), dans son relevé, signale surtout deux cas de plaies intestinales, avec résection étendue de l'intestin, et deux cas de fistules pyo-stercorales. Dans l'un de ces cas, le cæcum, très hypertrophié, fut réséqué en entier et les deux bouts de l'intestin suturés. La malade a succombé cinquante-deux jours après à une diarrhée incoercible, la fistule restant fermée. Un autre cas intéressant est celui d'une tumeur volumineuse de l'hypochondre gauche, développée en quatre semaines sur un homme de cinquante-trois ans, et qui fut prise pour un kyste hydatique de la rate. La laparotomie montra une tumeur hématique en tout semblable à une hématocèle scrotale et paraissant siéger dans le méso-côlon transverse.

M. Verneuil, à propos de ce dernier fait, résume quatre observations personnelles de kystes à liquide hématique, de la région de l'hypochondre gauche, paraissant avoir des rapports intimes avec la rate. Ces tumeurs peuvent acquérir un volume considérable, et remplir presque la moitié de l'abdomen. Il y a là une forme clinique spéciale. Malheureusement M. Verneuil n'a pu avoir d'idées nettes sur la provenance de ces tumeurs, deux des malades ayant guéri et n'ayant pas été revus, les deux autres étant morts sans qu'on ait pu pratiquer l'autopsie. Le contenu de ces kystes ressemble à de la bouillie splénique, mais l'examen histologique et l'analyse chimique n'y ont rien montré de particulier.

M. Villeneuve dit que dans son cas il s'agissait d'une tumeur dont le contenu n'avait pas l'aspect de bouillie splénique et qui paraissait tout à fait indépendante de la rate; elle semblait siéger dans le méso-côlon transverse.

Kyste hydatique du foie.

M. Boinet (Marseille). — Un homme de vingt-huit ans, sans antécédents morbides, entra dans le service de clinique médicale de l'Hôtel-Dieu avec tous les signes d'un kyste hydatique volumineux du foie, saillant à l'épigastre. Cette tumeur avait débuté en 1888 et avait déterminé, quelques mois plus tard, du hoquet et des poussées d'urticaire, ne durant que six jours, et se reproduisant depuis cette époque à plusieurs reprises. Quatre jours avant son entrée à l'hôpital, il avait été pris d'un violent accès de fièvre, accompagné de hoquet répété et incoercible et de troubles nerveux qu'il comparait à des crises épileptiformes. A l'entrée le facies était vultueux, la respiration gênée et haletante, le hoquet incessant. La tumeur épigastrique était séparée par un sillon en coup de hache du reste de la poche kystique, qui descendait au niveau de la crête iliaque. La ponction à l'épigastre donna 1,500 grammes de liquide hydatique. La tumeur épigastrique s'affaissa, mais la tuméfaction hypogastrique et le refoulement des dernières côtes persistèrent. Température 39°9. Le lendemain, 40°5. Les crises épileptiformes étaient plus fréquentes; il existait en outre un tremblement marqué. Le hoquet augmenta, l'intelligence resta intacte; l'incontinence d'urine devint complète. On constata en outre des frottements au niveau de la plèvre droite et des râles de congestion pulmonaire du même côté. Il y avait de la sonorité au devant du kyste. Ce fait, joint aux symptômes péritonéaux et pulmonaires, fit ajourner l'incision directe. Les troubles nerveux augmentèrent, on constata de nouvelles attaques épileptiformes sans perte de connaissance, des convulsions localisées aux membres supérieurs et une parésie marquée des membres inférieurs. Ces attaques se renouvelèrent et le coma arriva quatre jours après l'entrée à l'hôpital, accompagné de contracture du bras droit en flexion et d'une contracture moins accentuée des deux membres inférieurs. Le malade mourut subitement à la suite d'une de ces crises.

Sur la table d'autopsie M. Boinet fit, à peu de distance du rebord costal, une incision semblable à celle de Stromeyer-Little et tomba sur un épiploon vascularisé au-dessous duquel se trouvait le kyste. L'incision de cette poche ne permit que l'évacuation d'une moitié du kyste : l'autre partie était indépendante et comprimait les uretères, d'où dilatation des uretères et hydronéphrose avec infarctus rénaux. La vessie, couverte de sugillations hémorrhagiques, contenait du pus. Il existait en outre un peu de péritonite diaphragmatique.

Ce fait de non-communication des poches hydatiques est important au point de vue du traitement; une large incision au-dessous du rebord costal eût été insuffisante en pareil cas ; une laparotomie était indiquée et eût seule permis la large évacuation de ces deux vastes poches isolées.

Cirrhose post-typhoïdique à prédominance veineuse et à marche rapide.

M. Bourillon (Marseille) a observé un cas de cirrhose atrophique, au déclin d'une fièvre typhoïde, chez un homme de 32 ans. Parmi les complications hépatiques de la fièvre typhoïde on décrit surtout des accidents aigus (de nature parenchymateuse, catarrhale, suppurative) aujourd'hui attribués à la migration vers le foie de germes venus de l'intestin (ulcérations intestinales et voie portale ou biliaire).

Mais à côté de ces manifestations aiguës, immédiates, de l'infection hépatique, doivent prendre place certaines autres survenant à échéance plus éloignée. Bernheim a professé par exemple que la fièvre typhoïde peut déterminer, chez des individus prédisposés, la lithiase biliaire. Dupré a prouvé la vérité de cette opinion en démontrant la présence du bacille d'Eberth dans la vésicule d'une femme qui avait eu des coliques hépatiques cinq mois après la guérison d'une fièvre typhoïde. Mais l'auteur ne connaît pas d'observation publiée où on ait eu des raisons de faire dériver d'une atteinte antérieure de fièvre typhoïde une forme quelconque de la sclérose du foie.

Cependant Charcot, dans ses études sur la cirrhose hépatique, suite de l'oblitération du cholédoque, avait signalé la présence de micro-organismes dans la bile d'un des animaux en expérimentation. C'était en quelque sorte fournir la base de la théorie microbienne des cirrhoses. Si elle est acceptable pour la cirrhose hypertrophique par oblitération des troncs biliaires, pour celle de l'impaludisme et de l'alcoolisme, on sait aussi que l'on a décrit, chez les enfants, à la suite de la rougeole et de la scarlatine, des cirrhoses d'origine biliaire.

Donc, si elle n'est pas mentionnée, la cirrhose post-typhoïdique paraît au moins possible, à titre de complication d'une maladie infectieuse. Mais tous les cas admis de cirrhose infectieuse sont de nature biliaire. L'histoire du malade de M. Bourdillon est celle d'une hépatite interstitielle atrophique, et ce serait un cas exceptionnel de cirrhose atrophique post-typhoïdique, si l'influence efficiente de la fièvre typhoïde était bien démontrée. Chez ce malade on peut se demander si le foie n'était pas déjà envahi par une hyperplasie conjonctive des espaces portes. Pourtant l'évolution des signes antérieurs fait penser que les lésions étaient surtout congestives, ou tout au moins encore susceptibles de rétrocéder. Du reste, en admettant l'existence d'une lésion interstitielle avant l'infection typhique, il n'est pas possible de nier l'influence néfaste que celle-ci a exercée, puisque c'est après elle que l'hépatite a manifesté sa présence, évoluant alors rapidement.

L'infection typhique, survenant chez un malade dont le foie était en imminence morbide, avait des chances d'y élire domicile, soit par l'intermédiaire des germes, soit par celle des substances solubles toxiques. De là la possibilité d'une inflammation périportale et péricanaliculaire, évoluant ensuite sous forme de cirrhose atrophique.

Faut-il incriminer ici le bacille d'Eberth? C'est possible. Mais il faut tenir compte des infections secondaires à effets éloignés, et l'auteur a trouvé dans le sang un mois après la

guérison de la fièvre typhoïde, en pleine cirrhose, des streptocoques dont la présence doit peut-être être rapprochée de celle des peptones en quantités notables dans le liquide ascitique.

Traitement par les pulvérisations phéniquées de l'anthrax, du furoncle et d'autres lésions dermiques compliquées ou non d'érysipèle.

M. Sirus-Pirondi (Marseille) se loue de ce mode de traitement, qui a été inauguré par M. Verneuil. Il l'applique sur une vaste échelle depuis quatre ans consécutifs. La solution phéniquée est à 20 pour 1000. Les pulvérisations doivent être fréquemment répétées dans la journée et prolongées le plus possible.

Rôle des micro-organismes dans la thrombose et la phlegmatia alba dolens.

M. Boinet. — Avec le sang de la pulpe de l'index, cinq malades atteints soit de thrombose marastique, soit de phlegmatia alba dolens survenues dans le cours de la tuberculose, du cancer, de l'infection puerpérale, du rhumatisme articulaire, j'ai obtenu des cultures pures de microcoques, qui étaient tantôt le résultat d'infections secondaires et n'avaient pas de rapports avec le microbe pathogène de la maladie cachectique primitive et tantôt ils étaient identiques avec le micro-organisme qui avait déterminé la maladie principale, comme dans le cas d'infection puerpérale. Dans un cas de phlegmatia alba dolens d'origine rhumatismale du membre inférieur gauche, les microcoques ressemblaient à ceux que j'ai isolés, en 1889, à différentes reprises, dans le rhumatisme articulaire aigu et subaigu.

Chez la malade atteinte de tuberculose, j'ai trouvé sur la paroi interne de la veine thrombosée et à la surface du caillot des cocci semblables à ceux que j'avais rencontrés dans les cultures du sang recueilli pendant la vie.

Les cultures du sang recueilli pendant la vie et les cultures faites avec des fragments de la portion externe du caillot et de la face interne de la veine thrombosée ne contenaient que du staphylococcus albus. Il n'y avait pas non plus de bacille de Koch au niveau des parois de la veine thrombosée.

Dans le cas de cancer, les cultures du sang ne renfermaient que du staphylococcus albus.

La présence de microcoques dans le sang recueilli pendant la vie de ces cinq malades, leur existence au niveau du caillot et au niveau de la paroi correspondante de la veine thrombosée, sont autant d'arguments en faveur du rôle des microbes dans le développement de la phlegmatia alba dolens.

Amnésie rétrograde à la suite d'un empoisonnement par l'oxyde de carbone.

M. Fallot (de Marseille) chez un malade qui avait été empoisonné par l'oxyde de carbone, a observé une perte du souvenir non seulement du suicide lui-même, mais encore de tous les faits qui s'étaient passés pendant les deux jours précédents. Les faits de ce genre sont importants au point de vue médico-légal.

De l'action cardiaque de l'extrait du cactus grandiflorus et de son alcaloïde.

MM. Boinet et **Boy-Teissier.** — L'extrait de cactus, chez les grenouilles, les tortues et les cobayes, agit constamment sur l'énergie cardiaque qu'il augmente notablement. Cette action ne se soutient pas, mais elle est réveillée par de nouvelles doses. Après l'injection de 8 à 10 centigrammes, il y a du ralentissement et de l'arhythmie.

L'alcaloïde, la cactine, à la dose de 1 à 10 milligrammes, en injections sous-cutanées, excite l'énergie des contractions du cœur sans provoquer ni ralentissement ni arhythmie.

Nos observations cliniques faites sur des sujets atteints de lésions valvulaires et du myocarde et dans les cardiopathies secondaires ou fonctionnelles nous permettent de dire que le cactus peut être employé comme tonique du cœur à hautes doses souvent répétées (120 gouttes de teinture). Il n'y a pas d'effets cumulatifs.

Atténuation des microbes pathogènes par la levûre de bière.

M. Boinet. — J'ai étudié avec M. Rœser l'action de la levûre de bière pure sur le bacille du charbon et sur le bacille typhique; elle détermine une certaine atténuation de ces micro-organismes, tandis qu'elle exagère la virulence du bacille pyocyanique.

Elle détruit très rapidement le champignon du muguet.

Ces recherches m'ont amené à essayer la levûre de bière chez deux malades atteints de diarrhée chronique du Tonkin; l'amélioration obtenue a été assez satisfaisante; au contraire, chez les tuberculeux, l'action de la levûre de bière ne m'a pas paru appréciable.

M. Domergue a cherché à isoler le principe actif qui donne ces résultats, et j'ai commencé à ce sujet des expériences qui ne sont pas encore terminées et dont je ne peux, par conséquent, donner encore les résultats.

Atténuation de la tuberculose par le krystal-violet; applications thérapeutiques.

M. Boinet. — J'ai cherché à atténuer au moyen du krystal-violet la virulence et la toxicité du bacille de la tuberculose; cette substance, en effet, colore assez facilement le bacille de Koch, et les doses qui le colorent ne sont pas toxiques, comme me l'ont montré les expériences sur les animaux.

Après avoir injecté dans des cavernes, sur le cadavre, des solutions de krystalviolet, j'ai inoculé des cobayes avec ces produits tuberculeux atténués, en même temps que j'inoculais à d'autres cobayes des tissus tuberculeux non atténués par l'injection de krystalviolet. Les cobayes inoculés avec les produits modifiés par le krystalviolet, ont mieux résisté que les témoins.

Encouragé par ces résultats, j'ai, avec M. Roux, traité des ganglions tuberculeux par des injections interstitielles de krystalviolet, j'ai obtenu des résultats très satisfaisants : sans le moindre accident, les ganglions ont subi une rétraction remarquable.

De l'action antiseptique interne de quelques dérivés de la série aromatique dans quelques affections infectieuses.

M. Roux de Brignoles (Marseille). — J'ai donné à des varioleux l'acide phénique à la dose d'un gramme par jour à l'intérieur; il diminue la mortalité, mais est mal supporté. En bains et lotions à 2 0/0, j'ai toujours obtenu des résultats satisfaisants. J'ai essayé de remplacer son usage interne par celui du salol à hautes doses, et M. Coste s'est chargé d'expérimenter ce traitement dans son service; mais ces expériences n'ayant porté que sur un nombre restreint de malades, il est difficile de formuler une conclusion. Le naphtol β m'a donné d'excellents résultats dans des cas d'ulcère de l'estomac, de dysenterie, de fièvre typhoïde. Mais le salol doit lui être préféré; son dédoublement en acide phénique et en acide salicylique explique son effet dans toutes les maladies infectieuses et, par suite de son élimination par le rein, c'est un médicament précieux dans toutes les affections urinaires.

Un cas d'hémianopsie homonyme supérieure.

M. Boé (Paris). — Chez un malade syphilitique depuis 1878, qui, depuis six ans, avait perdu la moitié supérieure du champ visuel des deux yeux, j'ai constaté l'intégrité de l'acuité visuelle. Les deux papilles présentent leur excavation physiologique. Il y a une diminution sensible de l'odorat; le réflexe rotulien est affaibli d'un côté.

De Graefe regarde comme extrêmement rare la coïncidence d'une hémianopsie homonyme supérieure ou inférieure avec la conservation de l'acuité visuelle centrale et l'intégrité de la santé générale. Les derniers cas publiés contredisent cette opinion. Chez le malade que j'ai observé, il me semble rationnel de rattacher les troubles visuels à une affection syphilitique d'un seul lobe occipital et d'admettre une distribution anormale des fibres des nerfs optiques aux deux rétines; l'hémianopsie homonyme supérieure serait une hémianopsie homonyme droite ou gauche simplement retournée.

Hémianopsie avec hallucinations dans la partie invisible du champ visuel.

M. Bidon (Marseille). — Un homme de 59 ans, dont trois sœurs ont succombé à des maladies nerveuses, et qui est buveur lui-même, est pris, au deuxième jour d'un rhume, de vertiges avec légère obnubilation intellectuelle et a, deux

jours plus tard, une légère attaque apoplectiforme à la suite de laquelle il n'a ni paralysie ni troubles sensitifs ; mais il lui reste une hémianopsie telle qu'il ne voit que la moitié droite des objets. Je diagnostique un foyer de ramollissement par artérite, en dehors de la zone motrice, vers le lobe occipital droit. Après une amélioration rapide, toutefois avec diplopie passagère et persistance d'hallucinations toujours localisées à la gauche du sujet, le malade est à peu près guéri au bout de 6 semaines, et, à ce moment, les hallucinations ont disparu ainsi que la diplopie ; mais il reste un rétrécissement du champ droit des deux yeux, et un peu de congestion des papilles et du fond de l'œil des deux côtés. Le malade a appris à corriger l'hémianopsie gauche en inclinant fortement la tête de ce côté ; la moitié inférieure du champ seule est invisible, et les objets un peu éloignés sont vus en entier. Six semaines plus tard, le champ visuel s'est très peu agrandi et l'attitude de la tête persiste.

On peut conclure de ce fait qu'un foyer de ramollissement du lobe occipital droit peut produire à la fois une hémianopsie latérale homonyme gauche avec rétrécissement du champ visuel droit et déviation de la tête et des hallucinations dans la partie invisible du champ de vision ; ces dernières tiennent à ce fait que, dans ce centre, à côté des cellules détruites par le ramollissement, s'en trouvaient d'autres irritées par la congestion collatérale du début.

Recherches pathogéniques sur le cancer.

M. Nepveu. — Je n'ai jamais pu trouver de psorospermies dans les lésions cancéreuses ; et si elles y existent, elles doivent jouer un rôle secondaire, à en juger par les effets physiologiques d'ordres divers que la psorospermie confirmée produit dans les tissus animaux (suppuration, caséification, hypertrophie cellulaire, hyperplasie cellulaire). Par contre, j'ai constaté dans les cellules des phénomènes karyokinétiques très intenses et très variés qui ont prêté à l'erreur (Kiener, Cornil).

J'ai étudié les *corps à fuchsine* sur des coupes colorées pendant 24 heures dans de la fuchsine phénolée fraîche, additionnée d'eau et fortement acidulée par l'acide acétique et l'acide formique, puis montées dans le baume.

Ces corps à fuchsine sont faciles à observer : tantôt libres, tantôt réunis en petits amas, au nombre de dix à douze et plus, ils ont un volume variable, tantôt semblables à de très fines granulations, tantôt un peu plus volumineux. C'est surtout dans les lymphatiques et le tissu conjonctif qu'on les rencontre.

Tantôt, mais rarement, ils résultent de la mise en liberté des *noyaux proliferes des leucocytes*. Tantôt, et rarement encore, ces corps à fuchsine paraissent dus à la destruction des *globules rouges* extravasés ou non.

Tantôt et le plus souvent, ces nids corpusculaires s'observent dans les *lymphatiques*. On peut voir, dans les *cellules endothéliales des lymphatiques*, de très fines granulations de volume variable qui paraissent dues à une espèce d'altération spéciale de la matière globulaire diffusée partout ou peut-être d'hyalinose, comme le décrivent MM. Duplay et Cazin.

Les capillaires sanguins présentent dans le cancer des altérations assez importantes. Ce sont d'abord une exagération notable du nombre des globules blancs contenus dans leur intérieur, avec multiplication endogène de leurs noyaux.

De plus, j'ai constaté la karyokinèse et la prolifération des épithéliums vasculaires, la déformation consécutive du calibre vasculaire, puis les stases et les coagulations avec destruction nécrobiotique de la masse sanguine, et multiplication des endothéliums dans la paroi vasculaire, de sorte que le capillaire comblé représente une espèce de lobule avec ou sans corps à fuchsine.

Sans nier absolument encore la possibilité de la présence de psorospermies dans les tumeurs, il faut reconnaître que les corps à fuchsine peuvent être dus, soit à la destruction des globules rouges, soit à celle des globules blancs, soit et surtout à la formation dans les cellules endothéliales des lymphatiques et dans les capillaires sanguins oblitérés, de ces granulations spéciales par des matériaux dérivés du sang, grâce aux altérations des capillaires eux-mêmes.

M. Cazin (de Paris). — Les faits rapportés par M. Nepveu confirment l'opinion que nous avons soutenue au Congrès d'hygiène de Londres, M. Duplay et moi, relativement à la théorie psorospermique du cancer (1). Cette théorie était évidemment fort séduisante; mais après les premiers faits publiés dans ce genre d'idées, on s'est peut-être un peu trop hâté d'admettre l'existence de coccidies ou d'autres sporozoaires dans le cancer. On ne peut certes pas nier *a priori* l'existence de parasites dans les néoplasmes cancéreux, et les essais infructueux de culture et d'inoculation de ces éléments ne sont pas des arguments suffisants contre la nature parasitaire de ces productions, car les sporozoaires peuvent très bien ne pas se comporter sur les milieux de culture des laboratoires comme le font les bacilles ou les microcoques. On ne discute aujourd'hui que sur des observations microscopiques dont l'interprétation peut conduire à des conclusions opposées. Mais depuis quelque temps il a été publié de nombreux travaux sur les altérations et modifications cellulaires qui peuvent simuler des organismes parasitaires, sans que l'on ait encore comblé la lacune essentielle qui ôte une grande partie de leur valeur à tous les travaux favorables à la nature parasitaire des pseudo-psorospermies, à savoir l'absence de formes de reproduction indiscutables, analogues à celles que les zoologistes ont décrites pour les psorospermies observées chez les animaux.

De la pseudo-méningite tuberculeuse hystérique chez les enfants.

M. Ollivier (de Paris). — A côté d'exemples authentiques de guérison de méningite tuberculeuse, il est fort probable qu'on cite, comme exemples de méningites tuberculeuses guéries, des faits très différents : accidents de dentition, constipations opiniâtres, tænia, insolations, certaines lésions de la syphilis héréditaire tardive, fièvres typhoïdes, surtout avec phénomènes pseudo-méningitiques. Il faut y ranger d'autres faits qui sont négligés dans les traités classiques de pédiatrie.

J'ai vu une fillette de 6 ans, souffrante, dont le père avait succombé à une phthisie pulmonaire et dont l'aspect chétif éveillait l'idée de tuberculose, qui avait depuis 8 ou 10 jours des maux de tête et de la constipation avec de la somnolence, et répondait d'un air maussade lorsqu'on lui adressait une question. Le lendemain, elle était couchée en chien de fusil, et les jours suivants, je constatai de la photophobie avec hyperesthésie cutanée, grincement de dents, mâchonnement, ventre en bateau, pouls lent et irrégulier, puis de la mydriase, du nystagmus; des gémissements et des cris, des mouvements convulsifs des membres, un délire surtout nocturne, et enfin du coma. Puis, après l'emploi d'une médication énergique, l'état général s'améliora, les symptômes disparurent successivement, et au bout de six semaines l'enfant put partir pour la campagne.

J'avais toujours considéré ce cas comme un exemple indiscutable de méningite tuberculeuse guérie, mais j'ai revu récemment cette enfant, 7 ans après les accidents précédents. Elle a, paraît-il, toujours été nerveuse, pleurant ou riant pour les causes les plus futiles; parfois elle a des terreurs nocturnes et du grincement de dents, souvent des névralgies intercostales et de la rachialgie; le réflexe pharyngien est très diminué ; le regard est très vif, un véritable regard d'hystérique.

Je crois que, selon toute probabilité, la maladie d'il y a 7 ans était une manifestation hystérique à forme méningitique.

Seeligmüller a publié un fait très analogue, mais il s'agissait d'une méningite spinale.

Il faut donc, avant de porter le diagnostic de méningite tuberculeuse guérie, éliminer les fausses méningites de toute nature, celle de l'hystérie en particulier.

Hygiène respiratoire et tuberculose.

M. Maurel. — L'hygiène respiratoire a une grande importance comme moyen prophylactique de la tuberculose. Le plus souvent, en effet, les malades atteints de tuberculose pulmonaire ont une section thoracique insuffisante, et il est probable que c'est là une cause prédisposante de la tuberculose pulmonaire. Or, cette insuffisance peut être corrigée très rapidement par des exercices gymnastiques. Il serait très nécessaire d'avoir une bonne *éducation respiratoire*, quant au mode, au type et au rhythme ; on doit respirer par le mode nasal, avec des mouvements respiratoires profonds et par le type costal.

(1) Voir *Mercredi médical*, 1891. p. 414.

Crises néphrétiques dans le tabès dorsal.

M. Laget (de Marseille). — J'ai observé chez une femme de soixante ans un tabès dorsal des plus nets, dont le diagnostic fut confirmé par l'autopsie. Deux ans auparavant on avait diagnostiqué une colique néphrétique rebelle, causée par un calcul du bassinet engagé dans l'uretère droit et on avait fait une néphrotomie qui avait permis de constater l'absence de tout calcul et l'erreur de diagnostic.

Ce fait montre qu'il faut toujours se méfier du tabès dans les affections abdominales s'accompagnant de crises douloureuses à répétition, alors même qu'il n'y a pas d'autres troubles sensitifs ou moteurs ni de phénomènes oculo-pupillaires, et que le réflexe rotulien est conservé.

Eclampsie post-puerpérale chez une primipare atteinte d'une éruption polymorphe.

M. Rouvier. — Chez une femme de vingt et un ans dont la première grossesse s'était terminée par la naissance de 2 enfants et chez laquelle les suites de couches avaient été normales, sans aucune modification des urines, j'ai observé vers le neuvième jour une fièvre légère à type intermittent, que j'attribuai à la malaria, qui, en Syrie, complique toutes les affections. Au treizième jour, il se produisit des convulsions modérées et la malade succomba. Je crois que l'éclampsie était due dans ce cas à des troubles de la respiration cutanée, car la malade était atteinte, avant l'accouchement, d'une éruption polymorphe, affection commune en Syrie, qui ne tarda pas à se généraliser à toute la surface des téguments.

M. Fioupe (Marseille). — L'éruption cutanée signalée n'était-elle pas le résultat de la septicémie puerpérale ?

Parasites du sang chez les paludiques.

M. Nepveu (Marseille). — En dehors des parasites jusqu'ici connus, j'ai trouvé dans le paludisme : 1° un *bactérien en biscuit*, très voisin comme forme et dimensions du bacterium coli, parfois armé de flagelles très fins ; 2° un *streptocoque* formé d'une très fine chaînette de 12 à 15 articles, terminée à chaque extrémité par une fine vésicule ; 3° un *bactérien en flotteur*, formé d'une vésicule brillante avec un bâtonnet aux deux pôles opposés ; 4° des *spirilles* isolés ou réunis en masses zoogléiques ; 5° un *bactérien caréniforme*, dont une face est rectiligne, l'autre renflée en carène et chaque extrémité munie d'un filament assez long qui se meut avec une vitesse colossale et s'accole aux globules rouges.

J'ai pu colorer de nombreuses *sporules* dans les villosités intestinales. J'ai observé des corps falciformes dans le tissu du rein, du foie, de la rate.

J'ai vu comme Anto'isei une seconde variété d'hémamibe qui se distingue de celles de Laveran par son volume moins considérable et par la finesse de ses flagelles. Enfin, j'ai constaté la présence du trypanodone, que Danilewski n'avait reconnu que chez les oiseaux.

J'ai rencontré dans l'intérieur des leucocytes le polimitus de Laveran avec ses flagelles, ainsi qu'un corps piriforme dont chaque côté porte de 1 à 4 minces flagelles. *Les leucocytes sont donc envahis comme les globules rouges par les parasites*, ils sont en outre augmentés de nombre, et, après coloration, présentent des figures singulières qui indiquent certainement un travail tout particulier d'évolution de ces parasites. A côté de ces leucocytes ordinaires, il y en a de très volumineux, très pâles et presque invisibles, bourrés de noyaux très pâles aussi et de spores. Toutes ces cellules possèdent des mouvements amiboïdes et jouent un grand rôle dans la multiplication des parasites.

Sur une nouvelle variété de tropho-névrose caractérisée par des dyschromies et des éruptions lichénoïdes.

M. Hallopeau. — J'ai observé chez une femme une éruption de papules lichénoïdes, coïncidant avec une exagération des plis de la peau, que l'on rencontre dans le lichen, mais différant cependant des formes classiques de cette affection en ce qu'elles n'ont ni l'aspect brillant, ni les contours nets, ni les dépressions punctiformes, ni la couleur, ni le mode de groupement des papules du lichen de Wilson ; d'autre part elles différaient du lichen simplex de Vidal par leur disposition en longues séries incurvées et par l'absence du prurit initial.

Le groupement de ces papules autour de plaques achromiques et la pigmentation brunâtre des téguments qui les entouraient les séparent de toutes les dermatoses décrites jusqu'ici, en même temps qu'elle éclaire leur pathogénie ; il est manifeste, en effet, que le trouble de nutrition qui a modifié la pigmentation des téguments, et produit ainsi le vitiligo, a donné lieu également à une hyperplasie et s'est ainsi traduit par l'apparition de l'éruption lichénoïde.

La disposition symétrique des plaques éruptives et leurs rapports avec les taches de vitiligo ne nous permettent pas de douter que nous n'ayons affaire à une tropho-névrose, et l'existence, chez la malade, de la grande névrose, les troubles dans l'innervation vasculaire par lesquels elle s'est à maintes reprises manifestée, et particulièrement les accès fréquents d'érythromélalgie, nous conduisent à penser qu'il s'agit d'accidents liés à l'hystérie.

Cette observation confirme l'opinion qui considère comme possible l'origine tropho-névrotique du vitiligo et des papules lichénoïdes. MM. Brocq et Jacquet ont conclu de la production des éruptions lichénoïdes chez certains sujets, à la suite du prurit, qu'elles peuvent être d'origine nerveuse, et l'on a soutenu, sans preuves suffisantes, la même théorie à l'égard du lichen plan. En ce qui concerne cette dernière maladie, cette hypothèse est soutenable, mais non démontrée ; mais l'étude des manifestations syphilitiques fait voir que des lésions identiques en apparence peuvent être d'origine infectieuse.

Cette observation prouve encore que les papules lichénoïdes ne sont pas nécessairement liées au prurit.

SOCIÉTÉ ALLEMANDE DE DERMATOLOGIE.

Congrès de 1891, *tenu à Leipzig.*

Discussion sur l'eczéma.

M. Neisser (Breslau). — L'eczéma est, comme l'a dit Hebra, une inflammation de la peau avec des caractères spéciaux, présentant une marche régulière et particulière. Il relève d'une irritation externe qui en est la cause primordiale, et les causes internes n'interviennent qu'à titre de prédisposition ; il est impossible de considérer, avec Gamberini et Bulkley, comme distinctes de l'eczéma et d'appeler lésions eczématiformes, toutes les affections qui revêtent l'aspect de l'eczéma et ne diffèrent des autres que par l'absence de cause constitutionnelle.

On a prétendu qu'il pouvait être dangereux de guérir un eczéma et surtout lorsqu'il s'agit d'un eczéma survenu chez un sujet goutteux : cette opinion est fausse ; seulement il faut avoir soin de traiter à la fois l'eczéma et les états constitutionnels dont peuvent être atteints les eczémateux.

On a admis un eczéma d'origine nerveuse : c'est une question qui demande de nouvelles études.

L'opinion de Unna, qui pense que tous les eczémas sont produits par les micro-organismes, n'est encore qu'une hypothèse et rien n'en prouve l'exactitude ; en tout cas, il n'est pas vraisemblable que la présence des micro-organismes soit la cause de tous les eczémas sans exception, et ce qui tend bien à le prouver, c'est que les moyens de traitement de l'eczéma ne sont pas des parasiticides, mais des agents d'une médication uniquement symptomatique. Cependant j'admets que les microorganismes peuvent jouer un rôle secondaire dans le développement et les caractères de l'eczéma.

On ne peut admettre l'existence de l'eczéma séborrhéique de Unna. La forme qui présente les caractères du psoriasis doit certainement être séparée de l'eczéma, car elle ne donne pas lieu à du suintement. En outre, la séborrhée du cuir chevelu qui forme la première phase de l'eczéma séborrhéique de Unna ne doit pas rentrer dans l'eczéma. La séborrhée ne joue certainement pas le rôle capital que lui accorde le dermatologiste de Hambourg. Quant à l'eczéma, qu'il désigne sous le nom de « eczéma tuberculeux », je ne crois pas à son existence et d'ailleurs c'est l'opinion générale des dermatologistes.

M. Veiel (Canstatt). — Certains eczémas résistent à tous les traitements et sont véritablement incurables : ces faits se rencontrent surtout dans les familles où l'eczéma est héréditaire, et les lésions siègent le plus souvent aux mains ou à la face.

Le traitement interne est inutile dans les cas où il n'y a pas de complications; d'ailleurs il n'y a pas de médicament spécifique de l'eczéma, l'arsenic et les tisanes ont perdu leur vieille réputation. Mais, chez les sujets scrofuleux, goutteux, diabétiques, albuminuriques, chez les cardiaques, le traitement interne des maladies et des états généraux qui compliquent l'eczéma est très important pour guérir les lésions actuelles et en prévenir le retour.

Les médicaments locaux sont indispensables pour guérir l'eczéma, sauf dans les eczémas intertrigineux des sujets gras et dans ceux qui compliquent les hémorroïdes.

Je n'ai jamais vu la guérison de l'eczéma être suivie du développement d'autres maladies.

Le traitement local varie beaucoup suivant les cas, suivant que l'eczéma est aigu ou chronique, suintant ou sec. Dans les eczémas aigus et non suintants, les colles sont très utiles; dans les eczémas aigus et suintants, ce sont surtout les poudres qui doivent être employées. Dans l'eczéma chronique, on peut se servir de la gélatine au sublimé de Pick et de son savon salicylé, et des emplâtres salicylés de Unna, à la condition qu'ils ne provoquent pas d'irritations trop considérables. Les préparations de goudron sont souvent indispensables pour obtenir une guérison définitive; mais elles ne doivent guère être employées que dans les eczémas secs, quoique ce soit le seul moyen de guérir certains eczémas suintants de la face.

M. Pick (Prague). — Je partage l'opinion de M. Neisser sur les idées de Unna : l'eczéma séborrhéique n'est pas un type précis et défini. Quant aux parasites, leur présence ne prouve pas qu'ils interviennent comme cause de l'eczéma, car on les rencontre au niveau de toutes les lésions cutanées et même sur la peau saine. Le meilleur traitement de l'eczéma consiste, à mon avis, dans l'emploi des préparations salicylées, mais dans un certain nombre de cas où on peut se passer du goudron.

M. Blaschko (Berlin). — Les eczémas professionnels sont souvent pris comme termes de comparaison pour comprendre la nature de l'eczéma en général, parce que l'action d'une irritation extérieure est facile à mettre en évidence; cependant leurs conditions pathogéniques sont souvent très complexes.

Ils peuvent être aigus, érythémateux, ou au contraire chroniques, et se rapprocher de l'eczéma ordinaire et ces différences d'aspect semblent tenir à ce que l'action des substances irritantes s'exerce sur des couches plus ou moins profondes de la peau. Les eczémas professionnels ne se rencontrent pas chez tous les ouvriers d'une même profession, mais sont d'autant plus fréquents que les substances employées sont plus irritantes. Ils ne se développent pas dès le début du travail, mais au bout d'un temps plus ou moins long. Lorsque les substances employées sont très irritantes, tous les ouvriers sont atteints au début de lésions irritatives, puis l'accoutumance s'établit chez un certain nombre d'entre eux qui ne présentent plus de lésions. Les lésions cutanées guérissent généralement lorsque les malades cessent de travailler. Certains sujets atteints d'eczéma professionnel ont eu auparavant de l'eczéma et on en trouve alors souvent des traces en des régions éloignées de celles sur lesquelles portent les irritations professionnelles.

La substance nocive peut expliquer à elle seule, par son contact avec les téguments, le développement de l'eczéma; mais il faut également tenir compte de la résistance différente de l'épiderme chez les différents sujets et peut-être aussi de la présence des micro-organismes, bien que le rôle de ces derniers soit bien moins prouvé et sans aucun doute bien plus restreint que ne le suppose Unna.

M. G. Lewin (Berlin). — Le système nerveux ou mieux les centres vaso-moteurs jouent certainement un rôle très important dans le mécanisme de production de l'eczéma. Je pense que le traitement interne a une très grande importance dans cette affection, et avec des doses assez élevées d'ergotine j'ai obtenu des résultats remarquables.

M. I. Neumann (Vienne). — Il m'est souvent arrivé de voir l'eczéma disparaître au moment où survenaient des maladies intercurrentes, puis se montrer de nouveau après leur guérison. Mais cette circonstance, que l'on a également relevée pour le psoriasis, ne prouve pas que l'eczéma soit sous la dépendance de causes internes.

M. Petersen (Kiel). — En Russie, nous employons très souvent le traitement interne. Il est nécessaire d'examiner les urines et le cœur des sujets atteints d'eczéma et très souvent on découvre le diabète, à l'occasion de l'affection cutanée.

M. Kaposi (Vienne). — Il n'y a pour ainsi dire rien à modifier à ce que Hebra a écrit sur l'eczéma. On ne peut pas admettre que tous les eczémas soient d'origine parasitaire parce que les parasites peuvent en produire quelques-uns ; pour ce qui est des lésions des follicules, elles se rencontrent souvent dans la séborrhée, ou chez des individus dont la peau a une nutrition insuffisante ou irrégulière et elles ne peuvent être le point de départ d'une classification de l'eczéma.

Nature tuberculeuse du lichen scrofulosorum.

M. Jacobi (Fribourg). — J'ai observé le lichen scrofulosorum de Hebra chez deux sujets atteints de lésions manifestement tuberculeuses : lupus de la face et tuberculose ganglionnaire dans un cas, tuberculose pulmonaire dans l'autre.

J'ai constaté, comme Kaposi, que les lésions occupaient principalement les follicules pilaires des glandes sébacées. J'ai en outre rencontré des tubercules disséminés ou confluents offrant tous les caractères de la tuberculose miliaire : cellules embryonnaires, cellules épithélioïdes, cellules géantes. Dans deux cas, j'ai constaté la présence de bacilles tuberculeux incontestables. Un lapin auquel j'ai inoculé un fragment de ces lésions est encore vivant ; un cobaye qui avait également reçu une inoculation et que j'ai sacrifié au bout de deux mois, ne présentait pas d'autre lésion qu'une tuméfaction considérable des ganglions mésentériques. Nos recherches prouvent que le lichen scrofulosorum est une lésion tuberculeuse, mais résulte d'une infection peu virulente ou atténuée.

Psorospermoses.

M. Neisser (Breslau). — J'ai rencontré 3 cas de psorospermoses ayant débuté le premier au niveau du sein d'où il avait envahi la partie supérieure du thorax et une partie du dos, le deuxième au niveau de l'aisselle et le troisième au prépuce. Les lésions de la poitrine sont les mieux connues, depuis les descriptions de Paget; elles sont probablement favorisées par des irritations mécaniques et aboutissent au développement d'un carcinome. Le nom d'eczématose épithélioïde proposé par Besnier rend bien compte de l'aspect des lésions.

Je suis très porté à admettre que le molluscum contagiosum de Bateman (acné varioliforme de Bazin) est une psorospermose.

M. Pick (Prague). — La contagiosité du molluscum était rendue très vraisemblable par les faits cliniques, mais les expériences, même celles de M. Vidal et de Retzius, n'étaient pas absolument démonstratives. Je viens de faire une inoculation qui me paraît à l'abri de toute critique, sur 2 enfants atteints de prurigo, en ayant soin d'entourer le lieu d'inoculation d'un cercle de nitrate d'argent : j'ai vu au bout de 3 mois apparaître une légère saillie qui, à l'examen microscopique, était un molluscum. J'ai constaté sur ces pièces qu'il n'y a aucun rapport entre le molluscum et les glandes cutanées.

M. von Sehlen (Hanovre). — J'ai vu récemment un cas dans lequel il s'était développé 135 tumeurs de molluscum; on avait cru à une syphilide, d'autant plus que le malade était en même temps porteur d'un chancre induré.

Pseudo-leucémie et mycosis fongoïde.

M. Arning (Hambourg). — Voici une jeune fille de 15 ans qui, depuis 4 ans, est atteinte d'un grand nombre de tumeurs très dures, rougeâtres, translucides, rappelant l'aspect de la lèpre; ces tumeurs se sont développées dans le tissu cellulaire sous-cutané des avant-bras à leur face externe, sur le nez et sur la muqueuse bucco-pharyngée (lèvres, voûte du palais, luette). Un traitement antisyphilitique resta sans résultat; une pommade pyrogallique amena la disparition d'une tumeur; puis les tumeurs des avant-bras augmentèrent de nombre en même temps que la peau devenait dure et ligneuse. La rate est volumineuse, quoique la malade n'ait jamais eu de fièvre intermittente, les ganglions lymphatiques ne sont

pas augmentés de volume et il n'y a pas de leucocythémie. L'examen histologique a permis de constater que les tumeurs sont formées d'un tissu de granulation qui infiltre les tissus voisins, il n'y a pas de cellules géantes ni de bacilles. Sous l'influence du traitement arsénical, les tumeurs sont en voie de disparition.

M. Max Joseph (Berlin). — J'ai observé chez un homme de 31 ans une pseudo-leucémie, avec démangeaisons intenses et hypertrophie peu prononcée des ganglions lymphatiques du cou; le malade mourut après l'ablation de ces ganglions, qui présentaient la structure du lympho-sarcome; les lésions cutanées consistaient en une infiltration lymphoïde développée au-dessous des glandes sudoripares sans lésions épidermiques.

MM. Kaposi et Pick rapportent des faits analogues dans lesquels l'arsenic a produit des effets très favorables.

M. Veiel (Canstatt) présente un malade qui depuis plusieurs années est atteint sur le cuir chevelu, la face, le tronc et les jambes d'une affection rappelant l'aspect de l'eczéma ou du psoriasis et accompagnée de démangeaisons très pénibles; les aines sont le siège d'adénopathies volumineuses.

M. Lang (Vienne) pense qu'il s'agit d'un psoriasis invétéré.

MM. Neisser (Breslau), **Lesser** (Leipzig), **Doutrelepont** (Bonn) pensent qu'il s'agit d'un cas de mycosis fongoïde.

Lèpre.

M. Doutrelepont (Bonn). — On peut détruire les tubercules lépreux, mais je ne crois pas qu'on puisse arriver à guérir la maladie. La tuberculine exerce certainement une action défavorable sur les lésions de la lèpre qu'elle aggrave.
J'ai trouvé des bacilles dans le sang des lépreux.

M. Arning (Hambourg). — Je n'ai jamais, dans de très nombreux examens de sang de lépreux, rencontré de bacilles dans ce liquide, mais je dois faire remarquer que j'ai toujours eu soin de mettre le vaisseau à nu avant de le couper. En faisant, comme M. Doutrelepont, une piqûre de la peau, on obtient, en même temps que le sang, du liquide contenu dans les lymphatiques où il peut y avoir des cellules renfermant des bacilles.

M. Touton (Wiesbaden). — J'ai, comme M. Doutrelepont, trouvé des bacilles dans le sang des lépreux.

ASSOCIATION MÉDICALE BRITANNIQUE

Les inconnues de l'étiologie de la tuberculose.

M. Pye-Smith. — L'étiologie de la tuberculose est loin d'être bien connue dans tous ses détails. Sans doute on sait que le bacille de la tuberculose existe; on sait même qu'il réalise les conditions essentielles qui permettent d'affirmer qu'un micro-organisme est pathogène, mais on ne peut pas dire que toute l'étiologie de la tuberculose est élucidée.

Constitue-t-elle une affection contagieuse au même degré et de la même façon que la syphilis et la rougeole? Il semble que pour la phthisie il faille un ensemble de circonstances prédisposantes. On sait qu'on a pu produire la phthisie par des inoculations. Il est probable que pour l'homme la poussière de crachats est une grande cause de contagion : le bacille peut encore être introduit dans l'organisme par le lait ou la viande d'animaux tuberculeux. Mais comment se fait-il que l'infection ne se produise guère par une plaie ouverte, comme cela a lieu pour la pyohémie? Pourquoi le lupus ne se généralise-t-il pas?

Les causes prédisposantes peuvent être divisées en locales et générales; ces dernières n'agissent probablement qu'en modifiant la nutrition, la circulation ou la fonction des poumons et de tel autre organe dans lequel pénètre le bacille. Parmi les causes locales il faut attribuer un rôle à l'inflammation catarrhale lobulaire. Quelle relation y a-t-il entre la pleurésie et la phthisie? Est-ce qu'un catarrhe précède toujours la phthisie ou bien est-ce que par eux-mêmes les bacilles peuvent agir sur un poumon sain et s'y préparer un terrain favorable soit en agissant mécaniquement, soit par leurs produits chimiques? Est-ce que le catarrhe qui suit la rougeole ou celui de la coqueluche sont plus que les autres aptes à produire la tuberculose? Est-ce que les différentes formes de pneumoconioses sont toutes tuberculeuses? Quelle est l'influence des habitations froides et humides? Une hémoptysie peut-elle provenir d'un poumon sain et créer une porte d'entrée au bacille ou n'est-elle, dans tous les cas, que le premier symptôme d'une phthisie pulmonaire? Les bacilles agissent-ils comme des irritants mécaniques ou empoisonnent-ils l'organisme par leurs produits d'excrétion?

Comment agissent des causes générales comme l'anémie, l'inanition, l'alcoolisme, le défaut d'aération, la syphilis ou le diabète? Comment expliquer l'hérédité, qui est indéniable cependant? Est-elle le résultat d'une susceptibilité spéciale pour les produits septiques du bacille, ou de la transmission d'une tendance au catarrhe pulmonaire? Est-ce que cette phthisie est toujours congénitale? Si non, à quel âge commence-t-elle à apparaître? Les grands signes généraux, comme les troubles digestifs, les vomissements du début, l'anémie, l'amaigrissement qui souvent précèdent tout signe stéthoscopique doivent-ils être regardés comme des effets de l'infection bacillaire, ou comme des causes prédisposantes? Le rachitisme et les déviations de la colonne vertébrale constituent-ils des causes prédisposantes? Comment varie la prédisposition avec l'âge et le sexe? Pourquoi certains animaux y sont-ils très sujets et d'autres réfractaires? Y a-t-il des éléments prophylactiques de la tuberculose, comme la ventilation, la température, certaines alimentations ou certaines maladies telles que la goutte, le cancer, les affections valvulaires du cœur?

La tuberculine.

M. Vicary Snow. — On n'a encore trouvé aucun médicament capable de tuer le bacille de la phthisie. J'ai employé le traitement de Koch et j'ai obtenu des résultats non seulement encourageants pour le traitement de la phthisie, mais encore importants parce qu'ils indiquent les lignes générales à suivre dans le traitement de beaucoup d'autres maladies.

M. Sinclair Coghill. — La tuberculine est complexe et contient plusieurs substances d'un grand pouvoir toxique. La tuberculine n'agit pas en détruisant le processus tuberculeux, mais en stimulant la nutrition. On s'est mépris sur la nature de la réaction qui est due aux agents toxiques de la tuberculine, mais est sans effet sur le bacille. J'ai vu un tuberculeux sur le point de mourir avoir une survie de près de 5 mois par l'usage de la tuberculine. En somme, la tuberculine a rendu des services, sans cependant réaliser les folles espérances qu'on avait d'abord conçues.

M. Walter Forster. — Je crois aussi que la tuberculine est un stimulant de la nutrition; peut-être même que, modifiés par elle, les tissus deviennent assez forts pour se débarrasser des bacilles, car certaines conditions de terrain sont nécessaires pour la vie des bacilles.

M. Markham Skerritt. — Dans le lupus, j'ai toujours obtenu une réaction locale; et plusieurs fois des améliorations durables, mais jamais de guérisons. Chez les phthisiques, la réaction n'était pas en rapport avec le degré de l'affection. Presque toujours il y eut au début une amélioration, une augmentation de poids du malade. Dans certains cas, les signes physiques traduisaient une sorte d'arrêt de la maladie. D'autres fois, au contraire, la maladie s'est aggravée. Je n'ai vu aucun cas de mort. Je ne vois pas cependant que la tuberculine ait un avantage bien marqué sur les autres méthodes de traitement.

M. Kingston Fowler. — La tuberculine n'a pas une grande valeur comme mode de traitement de la tuberculose et je l'ai même vue hâter les accidents dans un cas : c'est un produit qu'on a sorti trop tôt du laboratoire.

M. Robertson. — J'ai vu dans certains cas les signes physiques augmenter sous l'influence de la tuberculine. L'amélioration qu'elle donne au début est trop souvent suivie d'une aggravation. Le gaïacol et l'iodoforme agissent bien dans le traitement de la phthisie; ces substances diminuent la fièvre et améliorent l'état du malade; elles diminuent la toux et l'expectoration.

Généralisation osseuse du cancer du sein.

M. Herbert Snow. — Les cellules du carcinome mammaire (généralement le squirrhe) gagnent la moelle des os

et s'y développent insidieusement quelquefois en plusieurs années, amenant ainsi la formation de tumeurs ou occasionnant des fractures. J'ai examiné au microscope les os dans 12 cas de cancer du sein pris au hasard et qui ne présentaient aucun signe de lésion osseuse; plusieurs fois j'ai trouvé des signes évidents de cancer de la moelle osseuse. Les douleurs qui accompagnent les cancers signalent cet envahissement latent des os. Le symptôme le plus important est le « signe du sternum » caractérisé par le développement progressif d'une saillie au niveau des deuxièmes articulations chondrosternales. Un signe plus sujet à tromper est une sensibilité spéciale et un état de tension de l'épiphyse humérale.

CONGRÈS DES MÉDECINS POLONAIS

Entéroptose.

M. Ziélinski (Varsovie) recherchant sur 127 autopsies l'abaissement du côlon transverse, a constaté 37 fois un allongement du lobe droit du foie, 13 fois un lobe flottant du foie, 14 fois un rein mobile, 14 fois des érosions hémorrhagiques de l'estomac, 10 fois des ulcères ronds de l'estomac et du duodénum. Il considère ces lésions comme liées à la descente du côlon transverse et explique le rein mobile par la traction du méso-côlon, les ulcérations gastro-duodénales par les oblitérations des vaisseaux élongés. Cette constatation rend compte également des symptômes de neurasthénie, de dyspepsie nerveuse qui accompagnent souvent l'ulcère de l'estomac et sont dus en réalité à l'entéroptose concomitante.

M. Rajchman admet cette explication sur la genèse de l'ulcération, mais constate qu'elle n'explique pas l'hyperchlorhydrie qui accompagne cet ulcère.

M. Ziélinski répond que l'irritation causée par la traction qu'exerce le côlon transverse amène l'hypertrophie de la muqueuse gastrique.

M. Brodowski (Varsovie) trouve qu'il y a bien des faits contraires à cette manière de voir. Ainsi dans les abaissements allant jusqu'à la hernie du côlon transverse, les troubles circulatoires n'amènent pas d'ulcération de l'intestin.

M. Ziélinski répond que la facilité de l'ulcération ne va pas de pair avec l'intensité de la descente du côlon, car à partir d'un certain degré les vaisseaux s'hypertrophient.

M. Gluzinski fait remarquer que chez les campagnardes qui, faute de soin après leurs couches, ont souvent le ventre flasque et le côlon abaissé, l'ulcère de l'estomac est plus rare que chez les citadines.

M. Ziélinski répond que chez les citadines la constipation habituelle et les troubles circulatoires qu'elle entraîne jouent un rôle important.

Infections mixtes de la fièvre typhoïde.

M. Th. Dunin (Varsovie). — L'infection mixte est un état pathologique dû à l'association de deux ou plusieurs microbes. Quelquefois de ces microbes un seul cause la maladie qui prédomine (fièvre typhoïde, scarlatine); ailleurs il en résulte des complications (suppuration, inflammations diphthéritiques); ailleurs enfin les deux microbes ensemble sont utiles à l'évolution de la maladie. Mais nos connaissances sur ces points sont aujourd'hui encore peu précises et nous n'avons guère à ce sujet que des études cliniques. Pour la fièvre typhoïde en particulier il est vraisemblable que l'altération générale de l'organisme favorise l'invasion des microbes divers qui trouvent une porte d'entrée dans les ulcérations intestinales, et cela fait, ces microbes ont certainement une influence biologique, comme dans les expériences de Roger, de Massa, sur celui de la maladie initiale.

M. Gluzinski cite des faits d'infection mixte liés à des conditions nosocomiales défectueuses à la clinique médicale de Cracovie. On transforma en salle pour typhiques l'Institut anatomo-pathologique : les complications furent telles que la mortalité s'éleva à près de 50 0/0. Après réfection du plancher, râclage des murs (et l'on trouva dans les poussières des streptocoques et des staphylocoques), peinture neuve, etc. Ces infections mixtes n'eurent plus lieu. Quand elles existaient, auparavant, il est remarquable qu'elles attaquaient souvent les voies respiratoires sous forme de phlegmons du larynx.

M. Brodowski relate 20 cas d'actinomycose où le streptocoque existait dans le pus. De même au cours de la scarlatine on trouve souvent, à côté du bacille diphthérique, le streptocoque pyogène, et surtout celui des articulations. Quant aux suppurations si fréquentes dans les lésions tuberculeuses, on sait qu'il y a de nombreux travaux démontrant l'absence fréquente des microbes pyogènes dans ce pus.

M. Bieganski fait observer que dans diverses infections la suppuration peut fort bien avoir lieu sans infection mixte : ainsi au cours de la fièvre typhoïde il y a des suppurations dues au bacille typhique. De même le microbe du charbon peut être pyogène.

M. Korczynski insiste sur ce fait que pour étudier le problème il faut associer la bactériologie à la clinique. Au sens strict du mot, infection mixte s'applique surtout au cas où deux microbes pénètrent en même temps dans l'organisme et y évoluent ensemble, et c'est le cas le plus difficile à comprendre. L'infection secondaire, que l'on observe par exemple dans la fièvre typhoïde, est plus facile à comprendre. Il y a des cas où la maladie étant avancée et ses microbes pathogènes ayant péri, on voit survenir des lésions pyémiques locales ou générales et à ce moment on ne trouve plus nulle part que les microbes pyogènes.

M. Arnstein croit que le facteur étiologique principal est la débilitation de l'organisme sous l'influence de la première infection.

M. Dunin admet cette cause, mais croit qu'il ne faut pas l'exagérer : chez les cancéreux la débilitation est grande et cependant les complications suppuratives sont rares. Lui aussi a observé à la clinique de Varsovie des complications au cours de la fièvre typhoïde, qui ont cessé avec des soins réguliers de désinfection.

Etiologie et traitement du choléra infantile.

M. Arnstein (Varsovie) considère que le facteur étiologique principal du choléra infantile est la chaleur de l'atmosphère. Jusqu'à nouvel ordre, la bactériologie ne nous a pas révélé ici de microbe spécifique, mais on a trouvé des microbes variés qui ont pour action de sûrir le lait : les toxines dues à ce processus de décomposition jouent dans la maladie un rôle considérable. Or, elles se produisent fort bien hors de l'organisme. Le choléra infantile est donc une intoxication alimentaire et non une maladie infectieuse. On l'observe surtout chez les enfants nourris au biberon ou sevrés en été. A l'autopsie, on ne trouve pas de catarrhe gastro-intestinal.

Cliniquement on peut distinguer deux formes principales : 1° la diarrhée estivale sans phénomène de collapsus; 2° le choléra infantile proprement dit. L'opinion ancienne, qu'il s'agit d'un catarrhe intestinal, est erronée. La diarrhée et les vomissements ne sont pas le résultat de lésions inflammatoires, mais de l'irritation due aux toxines, d'où des paralysies des extrémités nerveuses.

Le traitement n'est guère efficace qu'au début. On doit avant tout supprimer le lait et même l'allaitement maternel. Le meilleur antiseptique est le salicylate de bismuth, à la dose de 2 à 5 grammes par jour. Les lavages du gros intestin à l'eau boriquée sont utiles, mais les lavages de l'estomac ne sont pas rationnels.

M. Szumann. — Il y a des cas où le choléra infantile est idiopathique, sans intervention de microbes. L'emploi de la résorcine à l'intérieur ou en lavages de l'estomac (solution à 0,1 pour 500) donne de bons résultats. M. Szumann est opposé à la cessation de l'alimentation lactée.

M. Przychodzki n'est pas non plus partisan de la cessation de l'alimentation lactée, quoique le lait soit la cause de la maladie. On a souvent de bons résultats en alcalinisant le lait avec de l'eau de chaux.

M. Arnstein. — Il faut toujours supprimer le lait, car l'estomac le vomit. Les enfants peuvent supporter au besoin plusieurs jours de diète. Un point important est de s'élever contre l'habitude qui consiste à sevrer les enfants en été.

REVUE DES JOURNAUX

Maturation artificielle des cataractes incomplètes, par Rohmer (*Rev. méd. de l'Est*, 1891, p. 365). — Rohmer se déclare partisan de la maturation artificielle des cataractes à marche très lente qui gêne beaucoup les malades. Il n'opère jamais que sur un seul œil. L'opération se compose des temps suivants : anesthésie et antisepsie du globe ; discision de la cristalloïde antérieure, écoulement complet de l'humeur aqueuse, puis immédiatement massage du globe à travers la paupière supérieure. Au bout de 24 à 48 heures l'opacification est généralement très accentuée ; si elle tarde à se produire, il suffit d instiller de l'atropine qui, en dilatant la pupille, favorise véritablement l'imbibition des masses cristalliniennes par l'humeur aqueuse. L'extraction est faite par les procédés ordinaires du quatrième au sixième jour, à moins que la congestion du cercle péricornéen et l'excès de tension du globe ne forcent à intervenir dès le deuxième ou troisième jour.

Nouveau procédé pour établissement d'une fistule de l'estomac (Zur Technik der Magenfistelanlegung), par O. Witzel (*Centralbl. f. Chir.*, 1891, n° 32, p. 601). — Le procédé de l'auteur qui est destiné à remédier à l'écoulement du contenu stomacal par la fistule, comprend la suture de deux plis faits à l'estomac et emprisonnant un tube en caoutchouc dont l'extrémité libre plonge dans l'orifice de la fistule.

La paroi antérieure de l'estomac étant attirée en avant, on forme deux plis longitudinaux et parallèles se dirigeant de haut en bas et de gauche à droite. Les bords des plis étant suturés par la suture de Lembert, il se forme une sorte de canal large de 2 cm. dans lequel se trouve un tube en caoutchouc dont l'extrémité libre plonge dans la fistule (les fils passent au-dessus du caoutchouc). Le canal est long de 3 à 4 centimètres.

Ce procédé est possible avec toutes les méthodes de gastrostomie. Mais l'auteur préfère l'incision parallèle faite à un travers de doigt au-dessous des fausses côtes avec division verticale du droit et transversale de l'oblique.

Dans les deux cas où ce procédé fut employé, on a eu une occlusion parfaite de la fistule, de sorte que quand même l'estomac était distendu par des liquides, il ne s'écoulait pas une goutte par le tube fixé dans la fistule.

Anosmie après ablation des deux ovaires (Ein Fall von Anosmie nach operativer Entfernung beider Eierstœcke), par S. Gottschalk (*Deutsch. med. Wochenschr.*, 1891, n° 26, p. 823). — L'auteur rapporte un cas d'anosmie complète chez une demoiselle de 36 ans, développée un an après l'oophorectomie double faite pour un myome utérin interligamenteux.

En absence de toute lésion de la muqueuse nasale et du système nerveux central, l'anosmie doit dans ce cas être considérée comme une névrose réflexe, au même titre que les névroses de toute nature qu'on rencontre dans la ménopause naturelle ou artificielle, après la castration.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 6 *octobre* 1891.

Présidence de M. Regnauld

Diabète pancréatique.

M. Semmola. — A propos de la communication faite à la dernière séance par M. Lancereaux, je suis heureux de rappeller qu'il y a un an M. le Dr de Dominicis a présenté à l'Académie des sciences de Naples 34 chiens rendus diabétiques après extirpation du pancréas. (Voir *Gaz. hebd.*, 1890, p. 605).

M. le Dr Treille (d'Alger) lit un mémoire sur l'atténuation spontanée ou acquise de l'infection dite paludéenne. (*Sera publié.*)

M. Béchamp achève son mémoire sur le phénomène de l'aigrissement et de la coagulation spontanés du lait de vache.

M. Lereboullet donne lecture de son rapport sur le concours pour le Prix Vernois en 1881.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 2 octobre 1891.

Fracture du bassin, rupture de l'urèthre.

M. Delbecq (de Gravelines) adresse l'observation d'un homme de 57 ans qui eut le bassin écrasé transversalement par un chariot pesamment chargé. Le symptôme prépondérant fut immédiatement l'impossibilité d'uriner, et le cathétérisme fut tenté en vain : la sonde ne pouvait pénétrer dans la vessie, mais elle heurtait contre le pubis fracturé. Il sortit cependant, en bavant, de l'urine très sanglante : il y avait certainement une poche périnéale où se perdait la sonde. La boutonnière périnéale fut donc faite, et donna issue à de l'urine sanguinolente et à partir de ce moment la miction se fit bien ; mais il fut impossible d'introduire une sonde dans le bout postérieur avant un mois et encore ne put-elle être maintenue. L'état semblait assez bon, quoique la plaie ne se cicatrisât point, lorsque par cette plaie vinrent faire issue des matières stercorales. La rectotomie linéaire postérieure amena alors une amélioration et enfin tout semblait en voie de guérison lorsqu'un phlegmon urineux envahit la cuisse, 7 mois après l'accident et finalement le malade succomba. Il y avait un vaste phlegmon urineux de la cavité de Retzius, de la fosse iliaque droite et de la racine de la cuisse.

Bec-de-lièvre médian.

M. Broca décrit une pièce de bec-de-lièvre médian par absence du lobule médian de la lèvre et du tubercule osseux des inter-maxillaires internes. Les incisives externes existent de chaque côté de la fissure.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Thèses des Facultés

BORDEAUX

Contribution a l'étude de la lithotritie a séances prolongées, par M Bachelier.

L'auteur passe en revue la méthode de Bigelow et les différentes modifications qu'y ont apportées Thomson, Guyon. On sait combien on a jusqu'ici incriminé la lithotritie, au point de vue du retentissement que cette opération peut avoir sur le rein. Bigelow affirme que l'origine des accidents consiste uniquement dans l'abandon momentané, entre des séances répétées, de fragments calculeux au sein de la vessie. Rien n'est à redouter quand on débarrasse l'organe d'un seul coup et à fond. Ce résultat est obtenu grâce à l'anesthésie générale qui empêche toute réaction gênante de la part de l'opéré et de plus au moyen de l'évacuation artificielle par aspiration des fragments.

Bigelow se sert d'instruments très puissants mais volumineux qui lui permettent de procéder par la force du broiement sans le secours du choc. En raison de leur diamètre considérable il faut que l'urèthre soit dilaté jusqu'aux numéros 31 ou 32 de la filière Charrière. Dans ces conditions, l'aspiration effectuée après chaque broiement permet de retirer des fragments relativement volumineux. D'après les statistiques, la lithotritie ainsi pratiquée n'a donné que 5 pour 0/0 de décès, tandis que la taille en a fourni environ 27. L'opération se fait dans la vessie à l'état de demi-plénitude, par une série de broiements et d'aspirations successifs.

Thomson, bien que partisan de la méthode rapide, se sert des anciens instruments et, pour compenser leur insuffisance de calibre, il pousse plus loin que Bigelow le broiement de la pierre.

M. Guyon a modifié l'ensemble de l'opération de la façon la plus heureuse. Il se sert de calibres moyens et amène le broiement parfait des calculs avant de faire aucune aspiration. Il évite ainsi le passage répété et alternatif des instruments et rend l'aspiration beaucoup plus facile. Il a de plus construit un aspirateur très perfectionné par lequel il évite certains inconvénients plus ou moins graves de cette partie finale de l'opération.

D'après M. Bachelier, les contre-indications de la lithotritie rapide sont bornées : aux rétrécissements indilatables, à l'hypertrophie excessive de la prostate, au volume trop grand du calcul, à la contraction spasmodique résistant au chloroforme, enfin secondairement aux contre-indications de l'anesthésie chloroformique elle-même.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

N° 41. — 14 OCTOBRE 1891 LE NUMÉRO QUINZE CENTIMES

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

PUBLIÉ PAR

LA GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Et servi gratuitement à tous les abonnés de ce journal

ABONNEMENTS SPÉCIAUX POUR MM. LES ÉTUDIANTS. — UN AN : 6 FRANCS

L. LEREBOULLET, Rédacteur en chef. — A. BROCA, Secrétaire de la Rédaction

Librairie de G. MASSON, 120, boulevard Saint-Germain.

SOMMAIRE

VARIÉTÉS

Concours pour Berck-sur-Mer. — Le jury se compose de MM. Lannelongue, Kirmisson, Peyrot, Nicaise, Desnos et Ollivier.

Un charlatan. — On lit dans le *Temps* du 9 octobre :

« Depuis quelque temps déjà, on distribuait aux passants des prospectus verts sur lesquels on lisait : « Docteurs Armand et Martile. Cabinet médical, 25, passage Saulnier. Consultations, etc., etc. » Un certain nombre de personnes n'hésitèrent pas à se rendre à l'adresse indiquée pour demander un remède à leurs souffrances, mais beaucoup n'eurent pas à se louer du traitement et des plaintes furent adressées au parquet contre les docteurs.

Hier après midi, vers quatre heures, M. Mouquin, commissaire de police du faubourg Montmartre, agissant en vertu d'une commission rogatoire, s'est rendu au n° 25 du passage Saulnier et dans le cabinet médical il a trouvé installé un individu qui a déclaré se nommer Anastet et exercer la profession de pharmacien. C'était Anastet qui représentait les docteurs Armand et Martile, absolument introuvables.

Le pharmacien a avoué qu'il signait tantôt de ce nom, tantôt de l'autre, les ordonnances qu'il remettait aux personnes qui daignaient recourir à ses soins. Les ordonnances ne portaient guère des noms scientifiques et le soi-disant docteur fournissait à ses clients des médicaments de sa composition. Sur les livres saisis chez lui on lit des formules très simples et très explicites, telles que les pilules réfrigérantes, la liqueur des dames, l'eau d'Hercule, etc., etc. La réputation des docteurs Armand et Martile s'était répandue en province et, sous ces deux noms, Anastet recevait des lettres et donnait des consultations par correspondance. Un certain nombre de lettres ont été saisies.

L'enquête faite par M. Mouquin a établi que le soi-disant médecin faisait vis-à-vis de ses malades un usage immodéré de la morphine.

Anastet a été dirigé sur le dépôt. »

Mais l'incarcération n'a pas été longue et on lisait dans le *Temps* du 9 octobre :

« Nous avons annoncé hier les agissements d'un nommé Anastet, le pharmacien qui tenait un cabinet médical au n° 25 du passage Saulnier.

M. Ruhland, juge chargé de l'instruction de cette affaire, a laissé l'inculpé en liberté.

Anastet sera poursuivi toutefois pour exercice illégal de la médecine et pour de nombreuses contraventions à la loi sur l'exercice de la pharmacie. »

Le nommé Anastet va donc en avoir sans doute pour ses 16 francs d'amende pour exercice illégal de la médecine. Jusqu'à présent, en effet, la justice a eu à son égard une douceur paternelle : elle était en effet avertie de ses agissements, puisque c'est lui, si nous sommes bien renseignés, à qui défense avait été faite de s'appeler Marty; et qui depuis s'était dédoublé, dans les vespasiennes, en Armand, lauréat de la Faculté et Martile, *chirurgien des hôpitaux.*

Les médecins au théâtre. — La censure de Vienne a interdit la charmante comédie de M. Abraham Dreyfus, *D'une heure à trois*, comme portant atteinte à la considération du corps médical. Le directeur du Carl-Theater, M. Blasel, fait des efforts pour obtenir la levée de l'interdiction. La première de la pièce de M. A. Dreyfus avait été annoncée pour aujourd'hui. (*Le Temps*, 8 octobre.).

Nous pouvons faire savoir à M. le censeur qu'un de nos amis, médecin distingué, nous a dit il y a 8 jours avoir rarement tant ri qu'à cette pièce.

Les hiéroglyphes médicaux. — Le ministre de l'intérieur d'Autriche a récemment pris un arrêté invitant les bourgmestres des communes à veiller strictement à ce que les ordonnances des médecins exerçant dans leurs circonscriptions fussent écrites lisiblement; ils auront à s'assurer que ces prescriptions sont écrites clairement et lisiblement dans toutes leurs parties, de façon qu'il ne puisse y avoir aucune équivoque sur le remède ordonné, sa dose, et sur la signature de l'auteur. Nos confrères, ajoute le *Pharm. Journal*, remarqueront que si le griffonnage des médecins autrichiens est aussi hiéroglyphique que celui de beaucoup de leurs collègues anglais, il est à craindre que beaucoup d'entre eux soient obligés de retourner à l'école pour y apprendre au moins à signer leur nom, de façon qu'on ne soit pas réduit, comme à présent, à les deviner tant bien que mal.

Si en France les prescriptions sont moins hiératiques, elles sont fort souvent hiéroglyphiques, du fait de l'écriture des médecins. Beaucoup devraient donc méditer ces sages conseils et renoncer également du même coup à la polypharmacie ridicule encore fort en honneur chez certains médecins. Quant aux pharmaciens, ils n'arrivent généralement pas chez nous au taux exorbitant de leurs confrères étrangers. Quelques-uns pourtant pourraient se reconnaître dans cet exemple.

Une famille de suicidés par pendaison. — Toute une famille adoptant le même genre de suicide, la pendaison, voilà un fait vraiment extraordinaire. Cette famille s'appelle Leclerc et demeure rue Barbette. Quatre des membres se sont successivement donné la mort dans cette maison. Ils avaient planté un solide crochet dans une poutre, auquel ils attachaient une corde qu'ils se passaient ensuite autour du cou. C'est là qu'ils venaient tous mourir. Il y a quelques jours, un jeune homme de 23 ans, Charles, qui restait avec sa sœur, âgée de 18 ans, a suivi l'exemple de ses parents. Il a été trouvé pendu au mur, cette fois, à un clou. (*Le Temps.*)

Cours pratique de bactériologie. Le lundi 16 novembre, MM. les Drs Wurtz et Mosny, ouvriront au laboratoire de M. Straus, à l'École pratique, un cours de technique bactériologique spécialement appliqué à la pathologie humaine.

S'adresser pour s'inscrire, au laboratoire de M. Straus, à l'École pratique, 21, rue de l'École-de-Médecine, de 2 à 5 heures.

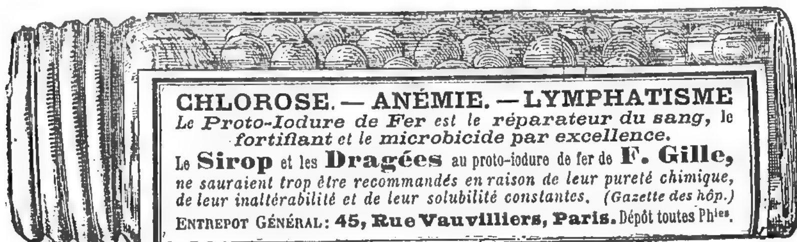
Des concours s'ouvriront :

1° Devant la Faculté de médecine de Paris, le 10 mai 1892, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales à l'école de plein exercice de médecine et de pharmacie de Nantes;

2° Devant la Faculté de médecine de Paris, le 10 mai 1892, pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Tours;

3° A l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Tours, le 4 avril 1892, pour l'emploi de chef des travaux anatomiques et physiologiques à ladite école.

Les registres d'inscription seront clos un mois avant l'ouverture de chacun desdits concours.



CHLOROSE. — ANÉMIE. — LYMPHATISME
Le Proto-Iodure de Fer est le réparateur du sang, le fortifiant et le microbicide par excellence.
Le **Sirop** et les **Dragées** au proto-iodure de fer de **F. Gille,**
ne sauraient trop être recommandés en raison de leur pureté chimique, de leur inaltérabilité et de leur solubilité constantes. (Gazette des hôp.)
ENTREPOT GÉNÉRAL: **45, Rue Vauvilliers, Paris.** Dépôt toutes Phies.





DRAGÉES de FER TROUETTE

CLINIQUE MÉDICALE

Sur l'atténuation spontanée ou acquise de l'infection dite « paludéenne ». Mémoire lu à l'*Académie de médecine*, par M. le Dr Alcide Treille (d'Alger).

Quand on observe longuement, c'est-à-dire pendant des périodes de six, sept, huit mois, par exemple, comme j'ai pu le faire cette année, des fièvres intermittentes dites « paludéennes », en ayant soin de noter les températures plusieurs fois par jour, en laissant venir aussi jusqu'à huit, neuf, dix, douze accès, avant de couper la fièvre ; en agissant de manières variées avec le sulfate de quinine, tantôt par de fortes doses, tantôt par des doses faibles ou moyennes, on constate un ensemble de faits indiquant nettement soit une atténuation spontanée de l'infection, soit une atténuation acquise.

Si je n'ai pas craint de soumettre parfois les malades à une expectation assez longue, c'est que je m'y sentais autorisé par une pratique et une expérience de plus de vingt années en Algérie, dans les conditions les plus variées.

Ces fièvres, comme je l'ai dit (1), sont les seules que l'on observe dans les régions de l'Algérie où la malaria règne pure et sans mélange. Elles y constituent son domaine exclusif. Elles ne se transforment jamais en rémittentes ou pseudo-continues, ou en pernicieuses, qui sont évidemment des infections d'un autre ordre (2).

Les fièvres intermittentes dites paludéennes : quotidiennes, tierces ou quartes, sont en réalité des maladies bénignes, dont on est toujours maître au jour que l'on veut, et pour cinq jours au moins (3), par une dose convenable, unique, de sulfate de quinine. Elles ont une tendance naturelle à guérir et guérissent souvent, sinon absolument seules, du moins faiblement aidées dans l'effort curateur. A moins d'indications spéciales, l'expectation, alors même qu'elle est d'une certaine durée, n'offre pour les malades ni danger, ni inconvénient sérieux. Je ne la comprends toutefois qu'à la condition de permettre au malade de se nourrir aussi largement qu'il le veut.

Dans le cours de ces observations prolongées, je n'ai pas rencontré un type quel qu'il fût : quotidien, tierce ou quarte, absolument pur, absolument semblable à lui-même, du commencement à la fin de l'observation.

Les types tierce et quarte, quelle que soit leur fixité apparente, au moment où l'on commence à les observer, ont une tendance marquée à revenir à la quotidienne, une fois qu'on les a attaqués, disloqués par la médication spécifique.

Le germe pyrétogène, comme revivifié après une période intercalaire plus ou moins longue, semble, à la rechute, vouloir, en premier lieu, faire des évolutions rapprochées ; mais sa puissance diminue visiblement de jour en jour.

Ainsi un malade paraît avoir une fièvre quarte bien fixe. Si l'on vient à la couper, pour un temps, on remarquera par exemple à la rechute une apparition du type tierce, ou bien deux accès quotidiens suivis d'une quarte, etc. (4). Ce ne sera généralement qu'à la suite d'une série d'oscillations, quotidiennes ou tierces, que la quarte se rétablira dans sa fixité apparente.

En outre, quand on l'attaque avec le spécifique, on voit qu'il suffit, pour en avoir raison temporairement ou définitivement, de doses bien plus faibles que pour les deux autres types.

J'ai coupé aux troisième, quatrième, sixième, septième accès de rechute, des quartes avec des doses uniques de quinze, vingt-cinq, trente, cinquante centigrammes de sulfate de quinine, données au début même de l'accès, heure d'élection pour l'administration du médicament, d'après mes dernières recherches et des constatations répétées, — l'accès sur lequel porte le spécifique n'étant, bien entendu, jamais coupé ni même alors atténué (1).

La quarte n'est donc que le troisième terme réglé d'une périodicité à tendances décroissantes, et mes observations établissent, contrairement à l'opinion reçue, que, des formes de la fièvre alluvionique, — car la malaria, pure et sans mélange, croît manifestement des alluvions, — elle est la plus fragile et la plus facile à guérir (2).

La tierce subit généralement la même évolution, après des périodes intercalaires de plus ou moins longue durée, et tend à repasser d'abord par la forme quotidienne avant de revenir à son état. On pourra voir ensuite, en poursuivant l'observation d'une tierce, des ébauches de type quarte.

Du reste, en considérant seulement la loi des rechutes minima et le cycle typique de sept jours, on se convainc de prime abord que, au point de vue biologique, sept quotidiennes valent exactement quatre accès tierces ou trois quartes. Ce cercle périodique prouve bien qu'il ne s'agit que d'un seul et même agent, susceptible toutefois de présenter une triple évolution, suivant les conditions de sa vitalité ou de la convenance du terrain, — on pourrait dire involution s'il ne s'agissait que de la tierce ou de la quarte.

Le type quotidien, le plus résistant de tous, présentera, une fois attaqué ou abandonné à lui-même, mais à la longue, des lacunes marquant le début d'une tierce ou d'une quarte, car la transformation du type quotidien en quarte peut très bien avoir lieu sans intermédiaire tierce.

Quand on étudie en outre les tableaux thermiques de ces fièvres, tableaux embrassant, comme ceux que j'ai recueillis, des centaines, et, pour certains malades, plus d'un millier de notations thermométriques, on voit que la marche de la température peut être rangée sous cinq modes différents, dont la diversité ne dépend évidemment que de la plus ou moins grande facilité d'action ou d'accommodation que rencontre l'agent pyrétogène (3).

1° *Séries des accès oscillants* : les accès forts sont suivis d'un accès moindre ou faible, comme si l'agent

(1) *Hygiène du colon et du soldat en Algérie.* (Communication au Congrès international d'hygiène et de démographie en 1889.)

(2) Voir Comptes rendus de l'Académie des sciences (mai 1890) : (*Sur les caractères cliniques des véritables fièvres à quinquina. Loi et traitement préventif des rechutes dans les fièvres alluvioniques.*)

(3) Dito.

(4) Voir l'observation typique à cet égard du nommé Ali-ben-Meliani dans mon mémoire *sur la transformation et l'identité de nature des types de la fièvre alluvionique.* (*Comptes rendus et Mémoires de la Société de Biologie*, 1890).

(1) Dans une communication ultérieure je produirai les résultats que j'ai obtenus et montrerai toutes les conséquences pratiques et avantageuses de ce mode d'administration du sulfate de quinine. J'ai été amené par là à une simplification nouvelle du traitement des fièvres de malaria, déjà très économiquement simplifié par le traitement préventif, consistant à n'administrer le sulfate de quinine qu'aux seuls jours de rechute probable, à supprimer toutes autres préparations de quinquina et toutes les médications préconisées jusqu'à ce jour, à donner simplement au malade une nourriture fortifiante. On aura donc ainsi le choix entre ce traitement *préventif* et le traitement *occasionnel*, en vertu duquel, tout en relevant les forces du malade par l'alimentation seule, on n'agit, on ne donne le sulfate de quinine qu'au moment même où éclate le premier accès de rechute : traitement dont j'ai constaté et vérifié l'efficacité.

(2) L'observation précitée du nommé Ali-ben-Meliani est un exemple frappant de l'impressionabilité particulière des quartes au sulfate de quinine.

(3) Dans les variétés de l'accès, envisagé en lui-même, on retrouve l'image de ces divers modes.

pyrétogène était incapable de produire deux fois de suite un effort égal ; ce qui donne, avec la tendance à revenir à la quotidienne, l'explication des doubles tierces, des doubles quartes... avec leurs accès faibles accolés aux accès forts ;

2° *Séries des accès sensiblement égaux et faibles*, lorsque les fièvres sont déjà atténuées. Ces accès paraissent le mieux convenir à la continuité des manifestations fébriles, — les plateaux thermiques élevés étant rares, mais existant principalement dans la tierce et la quarte, où l'agent pyrétogène a un ou deux jours pour se refaire. Toutefois il faut remarquer que les fièvres tierces et quartes sont, à proprement parler, des séries oscillantes, où les accès forts sont suivis pendant un ou deux jours de défervescence complète. Elles doivent par conséquent rentrer dans la catégorie précédente ;

3° *Séries inversement symétriques ou en échelle double* : à une série progressivement ascendante correspond une série progressivement descendante ;

4° *Séries ascendantes* terminées par un accès fort, puis lacunes apyrétiques ou mutation de type ;

5° *Séries descendantes d'emblée* : accès fort commençant la série, accès suivants atténués et aboutissant à des intervalles apyrétiques, à des mutations de type.

Dans tous ces cas la tendance naturelle et spontanée à l'atténuation est manifeste, qu'il s'agisse d'un seul accès fort ou long, suivi d'un accès faible ou court, ou de séries fortes suivies de séries faibles. A un maximum d'action, absolu ou relatif, succède un affaiblissement marqué de l'agent pyrétogène, jusqu'à ce que, sous l'influence de conditions favorables pour lui, il ait pu reprendre de nouvelles forces.

On constate quelquefois, à la suite d'un accès très fort, une apyrexie assez longue, et il y a là, sur les conditions sinon favorables, du moins inoffensives, et momentanément atténuantes de certaines hyperthermies, un fait important à retenir, à rapprocher d'autres hyperthermies morbides.

Je citerai, relativement à ces atténuations apothermiques, les faits suivants :

Obs. I. — Ali ben Kaddour, d'aspect cachectique, atteint de fièvre depuis plusieurs mois et vierge de sulfate de quinine, est signalé comme ayant eu le 1er janvier 1891 un violent accès, et, bien que la température n'ait pu être prise ce jour-là ni le 2, la constatation de l'accès ne peut laisser aucun doute.

Le 2, le malade n'a rien. Expectation.

Le 3 seulement l'observation thermométrique commence.

Température normale les 3, 4, 5, 6. Le 7 la fièvre reprend. La période intercalaire de cinq jours, du 2 au 6 inclus, correspond exactement à celle que l'on obtient dans les rechutes à période intercalaire minima, après l'administration du sulfate de quinine. Cette apyrexie n'est pourtant que la conséquence de l'accès violent du 1er.

Mais ce n'est là, si l'on veut, qu'une partie incertaine de l'observation. En voici le côté le plus rigoureux.

Le 8 janvier, à l'acmé du second accès de rechute de la fièvre à type quotidien, accès faisant corps ou du moins paraissant faire corps avec le premier, — qui peut-être lui-même était double, — et embrassant une série de trente heures, — le plus long accès que j'aie observé jusqu'à ce jour, — on note une température axillaire de 41°8.

Le lendemain, 9, il n'y a plus qu'un accès de cinq heures, avec température maxima de 38°4, et jamais plus on n'observe chez ce malade, dans une période de huit mois, aux rechutes suivantes, de température semblable à celle du 8 ; mais, ultérieurement, on constate que cette fièvre, quotidienne au début de l'observation, en janvier, devient tierce au cinquième mois, avec ébauche de type quarte, après trois doses espacées de sulfate de quinine et plusieurs rechutes livrées d'abord à elles-mêmes.

Obs. II. — Le 16 avril 1891, au troisième accès de la neuvième rechute thermométriquement constatée d'une fièvre jusqu'alors *quotidienne*, remontant à un an et demi, et observée depuis le 22 novembre 1890, un nommé Mamez dit Petit fait une température axillaire de 41°8, clôturant une série ascensionnelle de trois accès, non traités, à type *tierce* cette fois (12, 14, 16 avril). Apyrexie spontanée les jours suivants. Mamez n'est repris que le 29 avril. A la rechute, non traitée d'abord, type *quarte*, puis quatre accès *quotidiens* croissants les 2, 3, 4, 5 mai. *Double quotidienne* à accès très faibles le 6 (acmé des deux accès bien nettement séparés : 38°4 à 8 heures du matin et 38°4, à 6 heures du soir), après le paroxysme maximum (39°4), le 5, de la série quotidienne. Intervalle *quarte* du 6 au 9.

Le 9 mai seulement la fièvre est attaquée à son début précis, thermométriquement constaté comme toujours, et coupée dans ses accès suivants, d'après la règle d'action du sulfate de quinine (1), par une dose unique de deux grammes, pour ne reparaître que le 15 mai, selon la formule des rechutes minima 1+5+1 (9+6=15), commune, ainsi que je l'ai déjà dit, aux trois types (2).

Déjà, à sa huitième rechute, comprenant seulement deux accès quotidiens : les 26 — maximum 38° — et 27 mars — maximum 40° — on avait noté, après ce maximum de 40° du second accès, une apyrexie spontanée de quinze jours.

Le sulfate de quinine à doses même très faibles, non curatives, exerce toujours une action atténuante sur l'accès ou les accès de ces fièvres suivant son administration. Parfois l'atténuation va jusqu'à la mutation de type. C'est là un caractère de plus permettant de distinguer ces fièvres de beaucoup d'autres, imputées indûment à la malaria, et qui suivent leur cours, souvent vers un dénouement fatal, sous le nom d'accès pernicieux, malgré des doses très fortes, absolument inefficaces, de sulfate de quinine.

Quand la fièvre a été considérablement atténuée, tant par l'épuisement spontané du principe pyrétogène, que par la médication appliquée de loin en loin, on ne note plus que des accès très faibles, fugitifs, éphémères, qui ne font pas souche. Ce sont les dernières poussées impuissantes d'un germe qui s'éteint.

Ces faits prouvent donc que le type quotidien est le type primitif des fièvres alluvioniques ou de malaria.

Ils prouvent en outre que l'agent pyrétogène, le microbe, pour dire le mot, — car il s'agit bien, comme tant de raisons l'indiquent par ailleurs, d'une maladie essentiellement microbienne, — s'atténue soit naturellement, épuisé à la longue par des reproductions successives dans le même terrain ; soit sous l'influence du modificateur chimique et antiseptique, le sulfate de quinine ; soit encore par l'effet des matières empêchantes qu'il sécrète, comme les faits consécutifs aux hyperthermies semblent l'établir ; soit enfin par les modifications nutritives du terrain.

On conçoit que cette atténuation puisse se faire au dehors, par l'effet des agents physiques, avant que le germe ne pénètre dans l'individu (3).

Je dois avouer, à l'exemple de plusieurs de mes confrères de France et d'Algérie qui m'ont fait part de l'insuccès de leurs recherches, que malgré mes investigations réitérées au microscope, aussi bien par l'examen immédiat à l'immersion, que par la dessiccation du sang et la coloration, je ne suis pas parvenu à trouver dans le sang de ces fiévreux, pas plus pour la quarte et la tierce que pour la quotidienne, un seul des organismes qu'on a décrits comme les agents pathogènes de la fièvre intermittente.

Qu'il me soit permis de faire remarquer ici que des formes dégénérées d'hématies peuvent donner lieu à la

(1) Note à l'Académie des sciences citée plus haut.
(2) *Ibid.*
(3) Certains terrains d'alluvion, certaines régions ne produisent peut-être que des germes atténués ou dégénérés. J'ai observé en 1873, sur la frontière tunisienne de la province de Constantine (Sud-Est Algérien) des gens d'une tribu qui ne présentaient que des fièvres quartes.

confusion, de l'aveu même de ceux qui les ont indiquées, et que ces organismes en tout cas ne seraient pas pathognomoniques, puisqu'ils ont été rencontrés, au dire de quelques observateurs, dans d'autres affections, la grippe par exemple.

Ils appartiendraient donc à des maladies très différentes par nature, comme on peut s'en convaincre du reste en lisant seulement avec attention les observations de ceux qui, plus heureux que moi et bien d'autres, les trouvent si facilement.

Mais, après les faits que j'ai relatés et ce que nous savons déjà des atténuations microbiennes, spontanées ou acquises, ne doit-on pas comprendre que les fièvres quartes ou tierces, que l'on a voulu expliquer par des formes différentes d'un parasite animal, ou des parasites différents, ou des actions mystérieuses exercées par le principe pyrétogène sur le système nerveux, ne sont pas des entités morbides, mais simplement des formes dérivées et atténuées du type quotidien, — de nature microbienne lui-même et reparaissant souvent à leurs transformations, — formes plus faciles par conséquent à guérir?

Des déductions pratiques peuvent être tirées de ces faits, en ce qui concerne les doses de sulfate de quinine à donner dans ces diverses fièvres; mais l'expérience et l'observation prolongée permettront seules de déterminer les doses minima pour chacune d'elles.

Pour la tierce, divers auteurs ont signalé sa curabilité plus facile et l'heureuse conséquence de la transformation de la quotidienne en ce type.

Pour la quarte, les cas que j'ai observés depuis longtemps, et plus particulièrement ceux qui ont fait l'objet de mes investigations récentes, me semblent encore plus probants que pour la tierce, type assez résistant.

Quant à la possibilité de transformer pour ainsi dire volontairement, au moyen du sulfate de quinine, des fièvres quotidiennes en fièvres tierces ou quartes, elles ne me paraît pas douteuse, après les mutations de types ou les ébauches de mutation que j'ai déjà vues se produire au cours de mes recherches, sous l'action de l'antiseptique.

REVUE DES CONGRÈS

CONGRÈS DES MÉDECINS ET CHIRURGIENS AMÉRICAINS

La deuxième réunion triennale du congrès des médecins et chirurgiens a eu lieu à Washington du 22 au 25 septembre 1891. Cette réunion est en somme une sorte de concentration solennelle des diverses associations spéciales (médicale, chirurgicale, neurologique, laryngologique, etc.), qui tiennent une session tous les ans et sont d'âges fort différents. Ainsi la Société de pédiatrie n'a que 3 cas de date, tandis que celle d'otologie, la plus vieille, en est à son vingt-quatrième meeting annuel.

Association neurologique américaine.

Paralysie spinale aiguë.

M. W. Sinkler (Philadelphie). — J'ai observé chez un jeune homme de 18 ans, à la suite d'un refroidissement, une paralysie spinale aiguë caractérisée d'abord par une faiblesse générale, quelques douleurs dans le dos, et des sensations de crampes dans les jambes; dans l'espace de 4 jours, les deux jambes étaient complètement paralysées et il y avait une paralysie partielle des membres supérieurs, les muscles du tronc étaient paralysés; le malade mourut au douzième jour avec des phénomènes dyspnéiques dus à la paralysie des muscles respiratoires. A l'autopsie, j'ai trouvé une myélite transverse atteignant seulement la portion cervicale de la moelle.

Poliomyélite aiguë des adultes.

M. Krauss (Buffalo). — J'ai observé chez un homme qui avait toujours été bien portant jusqu'à l'âge de 40 ans des accidents paralytiques qui avaient débuté à cet âge et étaient accompagnés de fièvres et de douleurs le long de la colonne vertébrale ; la paralysie s'était généralisée rapidement à tous les muscles, sauf ceux du cou et de la tête; il n'y avait pas de troubles objectifs de la sensibilité; les extrémités étaient froides et cyanosées. Au bout de 3 ou 4 semaines il se produisit une légère amélioration. Neuf mois après le début des accidents, il y avait une paralysie plus ou moins complète des 4 membres, les muscles paralysés ne répondaient plus aux courants faradiques; il y avait de l'atrophie, de la cyanose et de l'œdème des téguments, tous les réflexes étaient abolis.

M. Ch. Mills. — Il est relativement assez fréquent de voir la poliomyélite associée à la névrite multiple; il y a un type de paralysie infantile correspondant à cette double lésion, et j'en ai observé un cas, chez un enfant de 7 ans qui à la suite de la diphthérie eut de l'anesthésie des 2 membres inférieurs avec paralysie de quelques muscles d'une jambe.

Astasie-abasie.

M. Knapp. — J'ai observé un cas d'astasie-abasie chez un homme de 58 ans. Le malade pouvait exécuter tous les mouvements lorsqu'il était au lit. Des spasmes survenaient tout à coup et les membres devenaient raides. L'examen physique était négatif. Le traitement tonique fut inefficace. Il survint plus tard de la rétropulsion et l'affection ressembla à la paralysie agitante. Il y avait un peu de gêne dans l'articulation des mots et dans les mouvements volontaires. L'astasie-abasie n'est pas une entité morbide, mais doit être considérée comme un complexus symptomatique. Le meilleur traitement consiste dans un traitement moral et dans la substitution des mouvements volontaires aux mouvements automatiques.

M. Hammond. — Dans un cas d'astasie-abasie, je n'ai pu obtenir d'amélioration au moyen des divers traitements connus et je n'ai trouvé d'autres moyens efficaces que l'emploi du bicycle : actuellement mon malade peut se servir de cet instrument. Je crois que cette affection est une manifestation de l'hystérie.

M. Dana. — Je crois que le malade de M. Knapp est atteint de paralysie agitante. J'ai observé un sujet abasique qui avait manifestement une paralysie agitante : il en présentait la démarche et la rigidité particulières, et était souvent obligé de s'arrêter tout à coup pendant qu'il marchait. Dans la paralysie agitante, il n'y a cependant pas d'astasie et les malades peuvent toujours rester debout.

Maladie de Thomsen.

M. Walton relate une observation typique chez un sujet de 29 ans, pris à l'âge de 15 ans. **M. Angell** (Rochester) communique deux faits semblables.

Un nouveau réflexe.

M. Jacobi (New-York) a découvert un réflexe produit par l'action du pôle négatif d'une machine galvanique sur le côté radial de l'avant-bras : chez 70 0/0 des sujets sains on provoque ainsi une contraction des muscles du menton. C'est en général la houppe du menton, quelquefois le carré, qui se contracte. Le réflexe a lieu du côté excité, à la fermeture du courant.

Association dermatologique américaine.

Dermatite hémostatique.

M. Klotz (New-York). — Cette affection, très fréquente, est caractérisée par un état variqueux des membres inférieurs, un arrêt de la circulation, de l'inflammation, de l'infiltration, des hémorrhagies locales, des ulcérations superficielles, etc. La situation défectueuse des membres inférieurs est une des causes les plus importantes de l'obstruction veineuse qui détermine cet état. Les jambes sont souvent, dans cette affection, le siège d'une infiltration dure, de pigmentation, de pigmentation, de petites hémorrhagies et la peau à leur niveau a perdu son élasticité.

MM. Brouson et **Piffard** trouvent que l'expression de dermatite hémostatique est peu satisfaisante.

M. Klotz. — Je suis de cet avis, mais je n'ai pas pu en trouver de meilleure.

Érythème multiforme.

M. Duhring (Philadelphie). — J'ai observé un cas d'érythème multiforme généralisé dans lequel l'éruption se développa subitement chez un malade qui éprouvait des douleurs rhumatismales, des nausées, etc. L'éruption présenta d'abord les caractères indubitables de l'érythème multipliforme exsudatif, et fut suivi d'une desquamation générale semblable à celle de la dermatite exfoliatrice. Je n'ai jamais rencontré de fait semblable et cette observation montre que les symptômes de deux affections distinctes peuvent s'associer et se suivre à courte distance.

M. Fox. — J'ai vu récemment un cas très analogue à celui de M. Duhring chez un sujet qui prenait du copahu.

M. Duhring. — Mon malade n'avait pris aucune espèce de médicament.

Sarcome et lympho-sarcome cutané.

M. Shepherd (Montréal). — J'ai observé un cas de sarcome avec extension à la peau du bras gauche qui présentait des ulcères profonds et de nombreux nodules durs. Le membre fut amputé, mais il y eut une récidive et le malade succomba à un sarcome de l'estomac. Il s'agissait d'un sarcome à cellules fusiformes, avec adénome tubulé des glandes sudoripares.

M. Sherwell (Brooklyn). — Dans un cas de sarcome multiple j'ai obtenu une amélioration marquée avec des doses élevées d'arsenic; lorsque le médicament était suspendu, l'amélioration s'arrêtait. Les tumeurs furent plus tard enlevées chirurgicalement et, après une période de santé comparativement bonne, le malade succomba à la maladie.

M. Zeisler. — Dans un cas de lympho-sarcome, l'arsenic m'a donné d'excellents résultats. Dans un cas de sarcome mélanique, il n'a pas eu d'effets utiles et son usage a été suivi du développement d'un zona.

M. Robinson. — Dans un cas de tumeurs sarcomateuses probablement d'origine parasitaires, je n'ai vu aucune amélioration suivre l'emploi de la liqueur de Fowler poussée jusqu'à la dose de soixante gouttes par jour.

Le formiate de mercure dans la syphilis.

M. Morison (Baltimore). — J'ai employé le formiate de mercure dont Liebreich a préconisé il y a quelques années la solution neutre à 1 0/0 pour les injections sous-cutanées : j'ai fait tous les deux jours une injection de 1 gr. 20 à 1 gr. 80 et plus de cette solution, et sur plus de 1000 injections je n'ai pas vu une seule fois se former d'abcès. Cette substance peut utilement être employée dans le traitement de la syphilis.

M. Klotz. — Dans les cas légers de syphilis, les injections de préparations mercurielles solubles ne sont pas nécessaires, car un traitement interne suffit très bien; dans les cas graves, je préfère les injections de préparations insolubles.

M. Greenhough. — Les malades ne se soumettent pas volontiers au traitement par les injections hypodermiques et, à moins que la durée du traitement ne soit beaucoup abrégée, je ne vois pas l'avantage de cette méthode sur les frictions.

Lichen scrofulosorum.

M. Grindon (Saint-Louis). — J'ai observé un cas de cette affection très rare chez une femme de 21 ans qui en était atteinte depuis un an. La lésion présente plutôt les caractères des kératoses que celle de l'acné.

M. Robinson. — J'ai vu plusieurs cas de lichen scrofulosorum et je ne crois pas qu'on puisse le confondre avec l'acné.

M. Zeisler. — Dans un cas de lichen scrofulosorum que j'ai observé, il y avait en même temps une ulcération scrofuleuse d'origine ganglionnaire. Je crois que cette affection est un lichen développé chez un scrofuleux, mais qu'elle n'est pas elle-même une lésion scrofuleuse.

Association laryngologique américaine.

L'amygdale à l'état normal et pathologique.

M. H. Allen (Philadelphie). — Les dimensions des amygdales semblent être en proportion inverse de celles du thymus; elles sont relativement volumineuses lorsqu'il se produit des phénomènes hématopoiétiques dans la moelle des os longs. A l'inverse des plaques de Peyer, elles ne semblent avoir de relations avec aucun état morbide spécifique. Il y a parfois des canaux ou des sinus creusés à travers l'amygdale : cet état est ordinairement associé à des végétations adénoïdes du pharynx; on doit enlever les végétations et fendre les trajets amygdaliens : l'amygdalotomie n'est pas nécessaire dans ces cas. Les kystes amygdaliens sont rares. Les abcès sont généralement développés autour de l'amygdale; mais il peut y avoir des abcès véritablement chroniques contenant une très petite quantité de pus et produisant cependant une irritation constante pendant des années. On doit avoir soin de ne pas inciser ces abcès trop haut; l'incision est rarement cause d'hémorrhagies, et la carotide interne n'est jamais blessée.

M. J. Wright (Brooklyn). — Je crois qu'il vaut mieux enlever les grosses amygdales avant d'opérer les végétations adénoïdes; je pense, en effet, que ces dernières sont produites souvent par la rétention des sécrétions naso-pharyngées sous l'influence de la tuméfaction amygdalienne et souvent les végétations disparaissent après l'ablation des amygdales.

Effets du traitement des affections des premières voies respiratoires sur l'asthme.

M. Bosworth (New-York). — L'asthme est dû à l'action simultanée de trois facteurs : un tempérament nerveux, un état morbide du nez et quelque état atmosphérique irritant. En traitant les lésions nasales, on contribue à rétablir l'état normal des fonctions respiratoires. Les 88 derniers cas de ce genre que j'ai observés m'ont donné 42 guérisons, 32 améliorations, 2 non-améliorations et 14 résultats inconnus : j'ai considéré comme critérium de la guérison l'absence de rechute dans l'espace d'un an.

M. Beverley Robinson (New-York). — Les déplacements utérins, les troubles stomacaux, la sclérose pulmonaire, la malaria, les lésions rénales, ont une influence sur les accès d'asthme. La névrite des différents nerfs périphériques peut la produire. C'est une conception trop étroite de considérer le nez comme le seul siège des états pathologiques qui peuvent être la cause de l'asthme.

M. Roe (Rochester). — L'asthme est toujours dû à quelque modification de la muqueuse bronchique, qu'il y ait ou non une lésion nasale.

Corps étranger de la trachée.

M. Glasgow. — Une enfant de 8 ans avala un petit ballon avec lequel elle jouait; elle eut un étouffement, de la cyanose, de l'aphonie, etc., puis la respiration se rétablit; mais les étouffements revinrent plusieurs fois; pas de dysphagie. On pratiqua la trachéotomie, mais une sonde enfoncée vers la bifurcation de la trachée ne révéla rien d'anormal. La canule resta en place 5 jours; à la suite d'une quinte de toux, une masse rouge s'engagea dans la canule; c'était le caoutchouc composant le ballon; quant à la petite pièce de bois qui le terminait, elle fut renvoyée dans le larynx par des efforts de toux et rendue par la bouche. Ce morceau de bois avait dû s'engager dans la bronche gauche, car à ce niveau on entendait une sorte de râle sibilant; le caoutchouc s'était tassé au fond de la trachée, mais sa consistance molle n'avait pas permis de le découvrir. Guérison rapide.

Thyrotomie chez un enfant de 18 mois.

M. Clinton Wagner. — On doit pratiquer la thyrotomie pour les cas de dyspnée provenant d'un néoplasme bénin ou d'un corps étranger; quand il s'agit de tumeur maligne, on n'y aura recours que si l'opération permet l'ablation totale de la tumeur. L'opération est contre-indiquée dans le cas de tuberculose. J'ai pratiqué 10 fois cette opération; six fois pour tumeur maligne: tous les malades moururent de récidive; 4 fois chez des enfants. La dernière fois ce fut chez une petite fille souffrant de dyspnée sans cause connue depuis 3 mois;

elle présentait aussi des attaques de spasme de la glotte. Je fis d'abord la trachéotomie, puis au bout de 15 jours la thyrotomie; je trouvai un petit papillome sur la partie postérieure de la corde vocale gauche. Les fonctions du larynx furent complètement rétablies; mais la petite malade mourut de la grippe 11 mois après l'opération.

M. Rice.—Il est bien utile de faire un diagnostic et même chez les enfants on peut faire un examen du larynx en ayant recours à la cocaïne et à quelques inhalations de chloroforme.

Association médicale américaine

La méthode de Koch dans les tuberculoses viscérales.

M. Kinnicut (New-York). — J'ai traité par la méthode de Koch 13 cas de tuberculose pulmonaire, 7 de tuberculose chirurgicale, 6 lupus, 5 lésions articulaires, 4 lésions intestinales, 2 lésions osseuses, 2 tuberculoses de la prostate, 1 épididymite et 7 cas « d'ulcus rodens ». Cette méthode est très dangereuse et peut être la cause d'accidents graves. La tuberculine a une affinité élective prononcée pour le tissu tuberculeux. Non seulement elle est dangereuse, mais elle n'est pas spécifique. Elle peut donner de bons résultats au début de la tuberculose pulmonaire, mais peut être très dangereuse à une période plus avancée. Ce n'est pas à dire que la tuberculine n'ait aucune utilité, mais elle ne doit être employée qu'avec précaution et seulement dans les phases initiales de la tuberculose.

M. Ernst (Boston). — J'ai traité 12 cas de tuberculose par la méthode de Koch et dans 7 cas il n'y a pas eu d'amélioration. La tuberculine n'a aucune valeur diagnostique et encore moins de valeur clinique; elle ne semble pas donner de résultats favorables; quoique je n'aie pas observé personnellement d'accidents, je crois que c'est une substance très dangereuse et je ne veux plus en faire usage.

M. W. Osler (Baltimore). — J'ai traité 28 malades : j'ai eu 5 améliorations; dans aucun cas les bacilles n'ont disparu, mais il y a eu diminution de la toux et augmentation de poids ; 9 sont sortis de l'hôpital dans un état plus grave qu'avant le traitement. Il n'y a pas eu de morts pendant le cours du traitement, mais il n'y a pas eu une seule guérison!

Fréquence des lésions tuberculeuses au sommet des poumons.

M. Roosevelt (New-York). — On a admis, pour expliquer le siège des lésions tuberculeuses, que les parties supérieures des poumons sont moins largement ventilées que les parties inférieures, ce qui n'est pas prouvé. Chez la femme la respiration a normalement le type thoracique et les parties supérieures du poumon se dilatent librement; tandis que chez l'homme ce sont les parties inférieures du thorax et l'abdomen qui se déplacent; cependant on n'observe pas de différences entre les deux sexes au point de vue du siège des lésions tuberculeuses. Il est probable que la disposition anatomique des artères pulmonaires fait que les bacilles sont projetés vers les lobes supérieurs sous la forme de petites embolies et sont arrêtés dans les points où les vaisseaux artériels se transforment brusquement en capillaires intra-lobulaires. Les bacilles peuvent pénétrer dans la circulation soit par les veines soit par les lymphatiques, et dans ce dernier cas ils peuvent être absorbés en un point quelconque du système lymphatique, en particulier au niveau des vaisseaux lymphatiques du naso-pharynx, de la bouche, des grosses bronches et des voies digestives et pénètrent par le canal thoracique dans la veine cave, puis dans le cœur droit, d'où ils sont lancés dans l'artère pulmonaire.

M. Welch (Baltimore). — J'ai toujours cru que les embolies se produisaient moins souvent au sommet qu'à la base du poumon. Il est probable que les bacilles se rendent avec une égale facilité dans les diverses parties du poumon, mais qu'ils trouvent au sommet des conditions plus favorables à leur développement.

M. Ord (Londres). — Je partage l'avis de M. Welch. Le poumon présente une faiblesse spéciale. Il est toujours disposé à s'enflammer. Sir W. Gull a fait la même remarque pour les poumons des serpents, des grenouilles et des autres batraciens.

Association américaine de syphiligraphie

Chancres génitaux chez la femme.

M. R. W. Taylor (New-York). — Les chancres extra-génitaux sont plus fréquents chez la femme que chez l'homme. Chez la femme les chancres génitaux ont une marche moins régulière, et sont souvent si petits, si bénins et si éphémères qu'on peut ne pas les voir ou ne pas en suspecter la nature.

Au point de vue clinique on peut les classer en :

1° Chancres superficiels ou érosions chancreuses, qui occupent la muqueuse et peuvent être facilement pris pour une vésicule d'herpès rompue ou pour une excoriation, qui donnent lieu à une sécrétion séreuse ou, lorsqu'ils sont irrités, à une sécrétion purulente; ces chancres ne présentent souvent pas trace d'induration et leur durée est très courte.

2° Chancres papulo-croûteux ou tuberculeux, qui occupent la partie externe de la grande lèvre, la petite lèvre, le capuchon du clitoris, ou l'hypogastre, débutent par une petite papule rouge foncé, pouvant ou non se recouvrir d'une croûte, et sont ordinairement peu saillants, puis deviennent rouge-brun, et ont un bord nettement délimité; ils peuvent perdre leur revêtement épidermique et devenir sécrétants; ces chancres disparaissent lentement.

3° Chancres papuleux ou tuberculeux élevés, qui sont bien circonscrits, avec une surface offrant les caractères de l'érosion chancreuse; ils occupent surtout la surface muqueuse des grandes lèvres et les petites lèvres; ils peuvent devenir très saillants et s'accompagnent d'un œdème induré plus ou moins considérable; l'induration est rarement prononcée.

4° Chancres croûteux, qui occupent les surfaces cutanées de la zone génitale; les croûtes reposent sur une surface érodée, elles débutent par une mince pellicule blanche, qui augmente d'étendue et d'épaisseur jusqu'à ce qu'elle forme une sorte de fausse membrane qu'on appelle à tort membrane diphthéritique; dans des cas très rares, ces chancres présentent les aspects que Fournier désigne sous les noms de chancre multicolore ou de chancre en cocarde.

5° Chancres nodulaires indurés, qui sont très rares chez la femme, quoiqu'ils soient très communs chez l'homme; la néoformation chancreuse a, en effet, chez la femme une grande tendance à se diffuser, en raison de la présence de tissus muqueux et mous.

6° Chancres exulcérés diffus, qui ne sont pas rares chez la femme de la classe la plus basse; ils commencent probablement par une érosion chancreuse, puis se transforment en ulcération saillante, avant de prendre le caractère diffus; il sont quelquefois excoriés et offrent l'aspect de la chair de bœuf, d'autres fois ils sont éléphantiasiques et recouverts de croûtes.

En règle générale, les chancres génitaux de la femme ne sont pas douloureux. Les chancres du vagin sont très rares.

Néphrite syphilitique.

M. Fordyce (New-York). — L'albuminurie, avec ou sans œdème, n'est pas rare au moment des premières poussées de manifestations syphilitiques. Elle peut disparaître lorsque les malades sont soumis au traitement mercuriel et peut se développer chez des sujets qui n'ont pas pris de mercure. Il est probable que l'albuminurie transitoire est sous la dépendance de phénomènes congestifs du côté des reins semblables à ceux qui se produisent sur différents viscères au cours de la syphilis précoce et qu'elle est analogue à celle qui complique si fréquemment les maladies infectieuses aiguës. En outre de ces faits d'albuminurie transitoire dans la syphilis précoce et des faits plus graves de néphrite amyloïde, gommeuse et interstitielle, on peut voir survenir dans la syphilis des néphrites parenchymateuses aiguës offrant la même marche que celles de la scarlatine et se terminant soit par la guérison, soit par le passage à l'état chronique.

M. R. W. Taylor. — L'albuminurie est très fréquente dans les premiers stades de la syphilis; les urines renferment rarement des cylindres et ceux qu'on y rencontre sont des cylindres hyalins.

Syphilis héréditaire à la deuxième génération.

M. Ed. King (Toronto). — J'ai publié il y a 3 ans un cas de syphilis héréditaire à la 2e génération. Ce fait a été l'objet de critiques. Je reviens sur lui pour le compléter. Il s'agit d'un enfant qui fut pris de coryza le 8e jour après sa naissance,

de plaques muqueuses le 12e jour et de condylomes plats le 33e jour; l'enfant mourut le 96e jour. La mère présenta sur les seins des ulcérations indurées qui débutèrent 26 jours après l'accouchement; je n'ai pas pu trouver de traces de syphilis sur le père; je suis arrivé à cette conclusion que la mère de l'enfant avait reçu la syphilis de ses parents; que chez elle le virus syphilitique était resté latent jusqu'à la naissance de son enfant, soit parce qu'il était trop atténué pour se manifester, soit parce que les conditions n'étaient pas favorables à son développement; que par sa culture chez l'enfant il avait acquis une virulence suffisante pour provoquer l'éclosion de la syphilis ou la réinfection de la mère au niveau du mamelon; enfin que la naissance de l'enfant et l'allaitement ont été des conditions favorables à la mise au jour de la maladie. Ce fait est à la fois une exception à la loi de Colles, un exemple de réinfection chez la mère et un exemple de syphilis héréditaire à la 2e génération.

M. Taylor. — Je regrette que M. King ait cherché à justifier de nouveau l'interprétation qu'il avait donnée de ce fait, car elle n'est guère admissible.

Cachexie syphilitique.

M. J. Blake White. — Bien que connue depuis plusieurs siècles, la syphilis n'a pas encore livré le secret de son germe. Les maladies spécifiques affectionnent généralement certains tissus ou organes; mais après ses premières manifestations et les réactions adénopathiques qui les suivent, la syphilis peut attaquer tous les tissus et peut même se prolonger pendant toute la vie du sujet. Certains tempéraments sont plus que d'autres prédisposés à la cachexie syphilitique; mais il semble bien qu'aucun tempérament ne lui oppose une immunité complète. Les malades atteints de scrofule, de tuberculose ou de lésion rénale au moment où ils sont infectés par la syphilis, souffrent bien plus que d'autres des accidents consécutifs. C'est dans ces conditions qu'il faut avoir recours à des remèdes n'agissant pas seulement comme toniques, mais agissant aussi sur le système glandulaire. Christian en 1810 et Bartholow ont montré l'efficacité des préparations d'or dans la syphilis constitutionnelle. J'ai expérimenté dans les affections tuberculeuses et syphilitiques la valeur des sels d'or et de manganèse combinés. On peut substituer les sels de platine aux sels d'or. Je me suis servi de la glycérine comme excipient.

Chirurgie cérébrale.

M. Hayes Agnew. — Je passerai en revue l'œuvre des chirurgiens de Philadelphie au point de vue du trépan dans l'épilepsie traumatique et jacksonienne, les abcès intra-crâniens, les hémorrhagies, l'hydrocéphalie, la céphalalgie, la microcéphalie et les néoplasmes.

Epilepsie traumatique. — Sur 57 cas, 41 opérés guérirent de l'opération, 4 sont morts; résultat inconnu pour les 12 autres. 32 ont éprouvé une amélioration temporaire; 9 n'ont éprouvé aucune amélioration; 4 n'ont pas été suivis au point de vue des résultats; 4 ont été opérés trop récemment pour qu'on puisse se prononcer; 4 sont guéris. Dans un des cas rapportés comme guéris, le malade n'a eu aucune attaque depuis 28 mois, dans 2 autres il n'y a pas eu d'attaque depuis 10 mois; dans la quatrième on a trouvé une branche du grand nerf occipital comprise dans la cicatrice osseuse. Ces résultats ne sont pas très encourageants et cependant il ne faudrait pas en conclure que la chirurgie ne peut rien contre l'épilepsie secondaire; cette dernière au contraire disparaitra de plus en plus à mesure qu'on trépanera de plus en plus pour de simples enfoncements et même pour de simples fissures du crâne.

Epilepsie jacksonienne. — La liste comprend 14 cas qui tous furent opérés; il y eut 9 guérisons et 4 morts. Sur les 9 premiers, 3 eurent des attaques moins fréquentes et moins violentes; dans un cas l'amélioration fut légère; un malade ne put être suivi après l'opération; chez deux malades il n'y eut aucune amélioration. Enfin un est donné comme guéri; il a été opéré cette année.

Abcès. — Sur 18 observations, on en a trouvé 6 consécutifs à une fracture du crâne, 2 avec nécrose syphilitique, 1 provoqué par un corps étranger du cerveau, 9 consécutifs à une lésion de l'oreille moyenne, 2 consécutifs à un traumatisme sans fracture du crâne. Tous sont morts en moins de 14 jours.

Cinq malades furent trépanés pour une *hémorrhagie traumatique intra-crânienne*; dans chaque cas les symptômes nécessitant l'opération ont apparu dans les 12 heures qui ont suivi le traumatisme. Sur ces 5 malades, 4 guérirent non seulement de l'opération, mais encore des troubles qui avaient nécessité cette dernière. Cinq malades furent trépanés pour *hydrocéphalie* aiguë ou chronique; tous sont morts; l'un d'eux a survécu jusqu'au 45e jour. L'hydrocéphalie étant une conséquence d'une affection tuberculeuse ou d'un néoplasme, on ne comprend pas bien ce qui a pu motiver de telles opérations.

Céphalalgie. — Il y en a 5 observations; dans toutes le foyer de la douleur siégeait au niveau d'une cicatrice du cuir chevelu. Dans 4 cas, il y eut une guérison complète.

Application du trépan pour microcéphalie. — Sur 7 observations, il y a 4 morts et 3 guérisons de l'opération. Un des cas de mort doit être mis sur le compte de la fièvre scarlatine qui survint peu après l'opération. Dans les cas de guérison il y a une légère amélioration. En général ces cas sont plutôt justiciables de méthodes spéciales d'éducation que du trépan, à moins qu'il ne s'agisse de cas spéciaux qui s'accompagnent d'athétose.

Tumeurs cérébrales. — Les chirurgiens de Philadelphie n'ont fait que 4 opérations pour tumeurs cérébrales; dans une observation il s'agit d'un fibrome pesant près de 130 gr. et opéré par M. Keen, le 15 décembre 1887; depuis cette époque le malade n'a eu que six attaques épileptiformes. Chez un autre malade opéré par le même, la tumeur siégeait dans le lobe occipital et n'était pas opérable; le malade mourut le lendemain de choc et d'hémorrhagie. Dans le troisième cas on ne trouva aucune tumeur et dans le quatrième on trouva un kyste occupant le cunéus, kyste qu'on vida. Le malade mourut au bout de 36 heures et à l'autopsie on trouva un volumineux sarcome occupant le lobe temporo-sphénoïdal.

Mes conclusions sont les suivantes :

1° Toutes les fractures du crâne avec enfoncement, même aussi peu marqué que possible et ne s'accompagnant d'aucun symptôme, doivent être trépanées en vue des accidents tardifs; 2° l'application du trépan pour les épilepsies traumatiques n'est qu'un moyen palliatif; 3° l'application du trépan pour l'épilepsie jacksonienne ne donne qu'une amélioration temporaire; 4° les abcès abandonnés à eux-mêmes se terminent presque invariablement par la mort; on doit donc les trépaner le plus tôt possible; 5° l'application du trépan pour une hémorrhagie traumatique intra-crânienne constitue une opération des plus urgentes et remplie de promesses; 6° l'application du trépan pour la céphalalgie ou l'épilepsie traumatique (quand les moyens médicaux ont échoué) est une opération des plus légitimes; 7° le trépan ne peut rien contre l'hydrocéphalie; 8° le trépan ne peut guère non plus contre la microcéphalie indépendante de l'athétose; 9° il est plus que probable qu'au fur et à mesure que les observations se multiplieront on verra diminuer l'indication du trépan comme temps préliminaire de l'ablation des tumeurs cérébrales.

M. John Chiene. — Je ne suis pas aussi pessimiste au point de vue de l'épilepsie traumatique. Je connais 3 cas qui ont réellement bénéficié d'une opération. L'extrémité supérieure de la scissure de Rolando peut être déterminée à l'aide d'une corde, à 12 mm. en arrière du milieu de la ligne sagittale. Quant à son inclinaison, on peut l'obtenir en pliant en 4 autour d'un de ses angles un morceau de papier carré. L'asepsie du cuir chevelu est difficile à obtenir; on y arrivera en le rasant et en y faisant pendant 3 jours des lotions phéniquées. Pour ouvrir le crâne il est moins dangereux d'user de la gouge et du maillet que du trépan; pour élargir l'ouverture il faut avoir recours à la pince-gouge. Pour ponctionner la dure-mère et le cerveau je me sers du couteau de Græfe; on arrête les hémorrhagies osseuses en bourrant avec une mèche et les hémorrhagies du cerveau à l'aide de l'eau chaude. Dans un cas on avait cru à un traumatisme de la tête; il s'agissait en réalité d'une apoplexie; néanmoins l'application du trépan amena une grande amélioration.

M. Keen. — Toutes les fois qu'il y a enfoncement, on doit opérer, même chez les jeunes enfants. Un traumatisme insuffisant pour produire une fracture peut amener une déchirure de la dure-mère. Quand il s'agit de fissures, je ne crois pas

l'opération utile. En ce qui concerne la ponction des ventricules, on obtiendra de meilleurs résultats quand on aura perfectionné cette opération. Dans les cas d'épilepsie on a essayé les bromures après l'opération. Dans des cas de tumeurs inopérables on peut obtenir une grande amélioration en enlevant une portion d'os.

M. Charles B. Nancrede. — Je connais des observations de guérison à la suite d'opération pour épilepsie traumatique ; dans un de ces cas la guérison dure depuis 10 ans. Souvent des cas qui paraissent être des insuccès aussitôt après l'opération deviennent dans la suite de véritables guérisons. Quant aux fissures, je ne vois pas comment on peut les diagnostiquer.

M. Roswell Park. — Je crois aussi à l'utilité de l'intervention chirurgicale dans les cas d'épilepsie ; il faut y ajouter des moyens thérapeutiques ; la guérison ne survient qu'au bout d'un certain temps. J'ai 2 observations de crâniotomie pour microcéphalie avec amélioration.

M. Wood. — On ne peut encore se prononcer sur l'efficacité du traitement médical ou chirurgical de l'épilepsie.

M. Putnam. — Un simple enfoncement n'amène guère d'accidents ; le plus souvent il s'agit d'une épine osseuse, amenant une sclérose de l'écorce cérébrale, et il est peu probable que l'ablation d'une rondelle osseuse puisse avoir de l'influence sur cette sclérose. En revanche la cicatrisation osseuse après l'opération peut entraîner des accidents.

M. Thomas Bryant. — Je ne crois pas qu'on doive trépaner dans tous les cas de fracture avec enfoncement ; je connais des observations de semblables enfoncements où aucun symptôme ne s'est montré même au bout de plusieurs années ; les enfoncements au niveau des parties latérales sont à ce point de vue bien moins dangereux que ceux qui siègent à la voûte du crâne. Il vaut mieux surveiller le malade et se tenir prêt à intervenir si des accidents surviennent. Quelque faibles que soient les risques qui suivent les interventions, il faut tout de même en tenir compte (*Association chirurgicale*).

De la discussion précédente nous rapprocherons les faits suivants, qui ont été communiqués à l'Association neurologique.

MM. Knapp et **E. H. Bradfort.** — Un homme de 28 ans, sans antécédents héréditaires, ayant eu une polio-myélite à 7 mois, eut en 1889 une céphalée occipitale du côté droit, avec diplopie, diminution de l'acuité visuelle, névrite optique double, des attaques convulsives, des nausées, vomissements et finalement cécité complète et perte de l'odorat ; plus tard perte de l'ouïe, difficulté de la déglutition. Etat mental excellent. Couronne de trépan appliquée sur la région temporale droite au niveau de la scissure de Sylvius. La douleur fut calmée ; mais une hernie cérébrale s'ensuivit. Mort au bout de 2 mois. A l'autopsie, on trouva un tubercule au lobe gauche du cervelet.

MM. W. Keen et **C. R. Mills.** — Le malade est un adulte, qui, il y a 10 ans, présenta une hémiparesthésie gauche et 5 ans plus tard de l'hémispasme gauche ; pas de paralysie. Les attaques devinrent de plus en plus fortes et s'accompagnèrent de perte de connaissance. M. Keen trépana au niveau de la région motrice ; on trouva un épaississement de l'os et un néoplasme de la dure-mère (sarcome). Il se produisit d'abord une hémiplégie gauche, mais qui disparut rapidement. Les attaques furent un peu moins violentes et il y eut une légère amélioration.

MM. Willard et **Lloyd.** — Un enfant de 7 ans présente une hémiplégie spasmodique d'origine cérébrale ; marche impossible ; strabisme interne ; pas d'anesthésie. Convulsions suivies d'affaiblissement intellectuel et de mouvements d'athétose du bras droit. Trépanation. 3 jours après se déclare une scarlatine et l'enfant meurt 18 jours après. A l'autopsie on ne trouva pas de méningite, mais une porencéphalée de la région rolandique.

M. Dana. — Ce que je voudrais voir plus particulièrement discuter, c'est l'utilité d'opérer dans les cas d'épilepsie jacksonienne, de tumeurs et de porencéphalie. Quant à moi, sur ces sujets mon opinion est plutôt abstentionniste.

M. B. Sachs. — Les résultats de l'intervention chirurgicale dans l'épilepsie sont déplorables ; les attaques épileptiques n'en continuent pas moins ; en effet, après l'ablation du foyer, il se forme des dégénérations secondaires. Dans les cas de tumeurs, l'intervention chirurgicale est plus favorable ; il est moins sûr en effet dans ce cas qu'il se forme des dégénérations secondaires. Dans l'épilepsie en foyer on peut tout au plus obtenir une amélioration. Dans les cas de porencephalie les symptômes d'ordre moteur sont très marqués, tandis que les troubles mentaux sont peu accentués ; il s'agit là plutôt d'une affection congénitale que d'une affection acquise ; elle est fréquemment en rapport avec une hémorrhagie méningée et il faut opérer de bonne heure. S'il s'est produit des dégénérations secondaires, l'opération est inutile.

M. Nancrede. — Les hernies du cerveau consécutives à une intervention chirurgicale sont dues à une encéphalite.

M. William A. Hammond. — J'ai opéré sept malades atteints d'épilepsie ou de paralysie. Dans ces cas l'existence et le point où avait porté un traumatisme antérieur ont eu une valeur intérieure à la nature et au siége de certains symptômes pour la localisation de la lésion, et par suite pour la détermination du champ opératoire.

M. Davis. — L'hémorrhagie méningée des nouveau-nés est généralement due à une affection de la mère, telle que néphrite chronique. Il faut intervenir de bonne heure dans les cas bien marqués ; les résultats sont d'ordinaire peu satisfaisants quand la mère est atteinte d'une affection constitutionnelle.

M. Bullard. — Bien que nous ne puissions guérir l'épilepsie focales, nous pouvons du moins faire disparaître certains symptômes. J'ai opéré un adulte atteint d'hémiplégie et d'épilepsie ; je l'ai trépané et j'ai évacué un kyste hémorrhagique. Aucune nouvelle attaque n'est survenue depuis deux mois. Les hernies du cerveau peuvent être en rapport avec l'absence de précautions antiseptiques.

M. Putnam. — C'est une erreur de croire que des spasmes localisés doivent être en rapport avec une lésion en foyer. Des lésions très diffuses peuvent donner lieu à des symptômes localisés. C'est ce qui explique bien des insuccès opératoires.

M. Morton Prince. — Dans les cas d'épilepsie, il faut opérer et donner au malade le plus d'amélioration possible.

M. Keen. — Peut-être dans l'opération que j'ai pratiquée pour épilepsie jacksonienne, il aurait mieux valu ne pas inciser l'écorce cérébrale. Je n'ai jamais eu un cas de cure permanente. Je n'ai pas pu vérifier l'existence de dégénérations secondaires. Dans les cas de vices de développement, comme les cas de porencéphalie, on ne doit pas opérer ; il peut être utile d'opérer pour microcéphalie, mais les dangers sont plus grands.

Chirurgie du rachis.

M. William White. — Dans le traitement du spina bifida, c'est l'injection d'une solution iodo-glycérinée qui donne les plus grandes chances de guérison et qui offre le moins de dangers immédiats. Dans la tuberculose de la colonne vertébrale, les indications opératoires sont les suivantes : évacuation du pus, ablation d'un séquestre ou d'un foyer de carie, et décompression de la moelle. Sur un total de 14 opérations portant sur les vertèbres pour des abcès, il y a eu 8 guérisons, 5 améliorations, une mort, et encore cette dernière n'est pas due à l'opération. Sur 40 opérations pour compression de la moelle, on a eu dans 22 cas la guérison ou une amélioration. Le traitement par suspension contre la paralysie due au mal de Pott a donné les meilleurs résultats.

Si l'on considère la tuberculose vertébrale s'accompagnant de phénomènes de compression de la moelle, on peut adopter les conclusions suivantes :

Les paralysies du mal de Pott ne sont dues en général ni à une myélite fatale dans son évolution ni à une compression par fragments osseux, mais le plus souvent à une pachyméningite.

D'une façon générale, cette paralysie du mal de Pott comporte un pronostic favorable, si elle est en relation avec un

abcès qu'on peut vider; on peut recourir au traitement par l'extension et le corset de plâtre.

Quand les moyens précédents échouent, que la paralysie augmente graduellement, qu'il y a paralysie des sphincters, que des escharres se forment et que la vie est menacée, on est autorisé à recourir à la résection.

La bénignité du pronostic est proportionnelle à la jeunesse et à la force du sujet, à l'absence de tuberculose généralisée.

Quand le processus tuberculeux atteint les arcs vertébraux et entraîne une paraplégie, on peut quelquefois opérer non seulement pour décomprimer la moelle, mais encore pour enlever le foyer tuberculeux. Cette double indication peut encore être remplie dans les cas où, sans lésion osseuse, il y a une pachyméningite postérieure ou un tubercule occupant le canal rachidien.

Si les lésions des corps vertébraux siègent dans la région lombaire, en un point où ces corps sont accessibles, on pourra enlever les lames non seulement pour décomprimer la moelle, mais même pour enlever la lésion tuberculeuse.

Quand il y a compression par une pachyméningite antérieure, on ne peut répondre qu'à une indication : décomprimer la moelle.

Traumatismes. — Les indications et contre-indications de trépanation du rachis dans les cas de fracture sont basées sur les points suivants : 1° la nature de la lésion du rachis; la nature et l'étendue de la lésion médullaire; 2° le temps écoulé depuis le traumatisme; 3° la région au niveau de laquelle siège la fracture.

Un certain nombre de raisons militent contre l'intervention, ce sont la fréquence de l'hémorrhagie, de la destruction de la moelle, de la compression de cette dernière par des fragments osseux inaccessibles; ce sont encore l'inflammation, la suppuration et la septicémie, fréquentes autrefois. Mais des résultats plus récents dans des cas bien choisis sont plus encourageants et engagent à opérer quand il y a des phénomènes de compression de la moelle, quand il y a des signes de compression de la queue de cheval tant par une fracture antérieure que postérieure, quand il y a des signes caractéristiques d'hémorrhagie intra ou extra-médullaire. L'opération est contre-indiquée quand la force du traumatisme a été telle qu'elle a dû entraîner une désorganisation de la moelle.

M. John B. Roberts. — Les lésions et affections chirurgicales de la moelle doivent être traitées comme celles de la cavité crânienne. Dans les traumatismes de la moelle il faut explorer la moelle comme on explorerait le cerveau. (*Association chirurgicale.*)

RÉUNION DES NATURALISTES ET MÉDECINS ALLEMANDS

HALLE, SEPTEMBRE 1891.

Stérilisation des instruments et des objets de pansement.

M. Schimmelbusch (Berlin). — L'auteur présente un appareil stérilisateur permettant d'effectuer rapidement et simultanément l'asepsie des instruments chirurgicaux et des objets de pansement. Les instruments sont plongés dans une solution de carbonate de soude que l'on porte à l'ébullition. La vapeur ainsi produite vient passer dans une étuve contenant les objets de pansement. Au bout de 30 minutes, la stérilisation de ces objets est obtenue et on peut alors les porter directement avec le vase qui les contient sur la lampe à alcool qui sert de foyer afin de les sécher.

De la vaccination.

M. Risel (Halle). — La vaccine humaine a le grand inconvénient de laisser toujours en péril la transmission d'une maladie infectieuse, syphilis, tuberculose, etc. Les meilleurs résultats sont obtenus avec la vaccine animale, vaccine de veau, par exemple, après inoculation de vaccin pris sur l'enfant. Par là on peut encore craindre, il est vrai, la transmission de la tuberculose miliaire. Mais le plus souvent les enfants atteints sont dans un tel état qu'ils ne peuvent pas être pris comme vaccinifères.

M. Voigt (Hambourg). — Lorsque l'on pratique la vaccination, il est inutile et même nuisible d'user de précautions antiseptiques qui peuvent nuire à l'évolution des boutons. Il faut seulement observer une propreté minutieuse. Le vaccin doit être pris sur le veau, après inoculation avec le vaccin humain, ou bien sur de la lymphe obtenue d'animal à animal. Il faut de plus surveiller le vaccin, qui, après plusieurs réinoculations, finit par s'atténuer.

M. Pfeiffer (Wiesbaden). — La question de l'immunité acquise par la vaccine est toujours à l'ordre du jour. Cette immunité peut être considérée comme relative et non absolue et ne peut être jugée que par des statistiques. Dans un espace de 50 années, sur un million d'individus on a constaté :

Avant la vaccine,	2,000	décès par variole;
Après la vaccine,	686	—
Après la vaccine obligatoire,	169	—

Une autre statistique faite par Flinzer montre, que à Chemnitz, sur 6,400 habitants on trouvait 87 0/0 d'individus vaccinés contre 13 0/0 non vaccinés. Il y eut 1,6 0/0 d'atteints de variole parmi les premiers, 57 0/0 parmi les seconds. La mortalité fut de 2 0/0 dans un cas, de 97 0/0 dans l'autre.

Le danger vient surtout des campagnes où les lois de la vaccination obligatoire sont moins bien observées; aussi les épidémies peuvent-elles encore sévir dans ces endroits et dans ceux qui les environnent.

Pour ce qui est de la question de la valeur réelle de l'immunité, on voit, toujours d'après les statistiques, que, parmi les individus vaccinés atteints de variole, on trouvait une mortalité de :

47 0/0 sans cicatrices visibles,
5 0/0 avec une seule cicatrice apparente;
1 0/0 avec des cicatrices visibles.

Le temps de l'immunité commence au 5e jour après la vaccination. L'immunité est complète au 12e jour.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 13 *octobre* 1891.

Présidence de M. Regnauld

Sur le traitement physiologique de quelques maladies cutanées.

M. Dujardin-Beaumetz lit, au nom de M. Semmola, de Naples, un travail qui se termine par les conclusions suivantes :

1° Il existe des formes d'eczéma et de psoriasis qui se montrent pendant la saison froide et disparaissent pendant la saison chaude.

2° Ces dermatoses sont déterminées par l'action irritante des produits éliminés par la peau; les échanges nutritifs généraux étant ralentis et la fonction sudorale supprimée, l'organisme est forcé de se débarrasser de ces produits d'oxydation incomplète par la surface cutanée sous une autre forme plus accentuée et de nature chimique différente.

3° Dans ces cas, sans le besoin d'invoquer des entités pathologiques imaginaires, comme faisaient les anciens et comme le font encore de nos jours plusieurs médecins, il suffit de s'adresser à une méthode physiologique pour guérir la maladie cutanée, c'est-à-dire qu'il faut rétablir l'équilibre entre l'activité des échanges organiques et les fonctions dépuratrices de la peau, sans jamais recourir aux médications astringentes qui sont tout à fait irrationnelles et par conséquent nuisibles.

De la prétendue spontanéité de la fièvre typhoïde.

MM. Chantemesse et **F. Widal.** — Depuis les travaux d'Eberth et de Gaffky, on attribuait communément le rôle pathogène dans la fièvre typhoïde à un bacille spécial, dont nous-mêmes, dans une série de travaux, n'avons cessé depuis cinq ans de proclamer la spécificité. Voilà deux ans que cette spécificité du bacille d'Eberth-Gaffky a été mise en doute.

En novembre 1889, à la *Société des sciences médicales de Lyon* et en février 1890 à la *Société de biologie*, deux médecins lyonnais, MM. Rodet et Gabriel Roux, ont soutenu la thèse de l'identité du bacille typhique et du bacterium coli commune. Au mois d'août dernier, au congrès de Londres, M. Arloing, au nom de MM. Rodet, Gabriel Roux et Vallet, faisait une communication, tendant de nouveau à établir que le bacille connu sous le nom d'Eberth-Gaffky ne serait qu'une variété du bacterium coli commune, c'est-à-dire, comme son

nom l'indique, du microbe que nous portons tous dans notre intestin.

M. Malvoz (Liège), dans un mémoire récent, étudiant comparativement les caractères du bacille typhique et du bacterium coli commune, ne trouvait guère entre ces deux microbes que des propriétés différentes et cependant il n'hésitait pas à donner ses préférences à l'opinion de MM. Rodet et Gabriel Roux.

En montrant la genèse de la fièvre typhoïde, au sein de matières fécales quelconques, en dehors de toute cause spécifique, MM. Rodet et Gabriel Roux, sous le couvert de la bactériologie, ressuscitaient la vieille théorie de Murchison, remettaient en honneur les anciennes idées médicales sur la spontanéité de la dothiénentérie, et, renversant la spécificité, mettaient de nouveau en question les notions récemment acquises sur l'étiologie de la fièvre typhoïde.

Depuis le Congrès de Londres, l'opinion soutenue par l'Ecole de Lyon ayant tendance à s'accréditer, nous nous décidons à faire connaître aujourd'hui des recherches que nous poursuivons avec l'aide de M. Perdrix, de l'Institut Pasteur.

Nous répondrons d'abord aux objections soulevées contre la spécificité du bacille typhique.

Les arguments invoqués par MM. Rodet, Gabriel Roux et Vallet, reposent sur des interprétations de faits anciennements connus, sur une hypothèse, sur un fait expérimental.

Sur les interprétations nous serons brefs.

On rencontre souvent le bacillus coli dans des eaux soupçonnées d'avoir produit la fièvre typhoïde; ce microbe végète dans les matières fécales fermentées, tandis que le bacille d'Eberth ne pourrait s'y cultiver. Le bacillus coli se montre presque à l'état de pureté dans les selles des typhiques. Tels sont les faits déjà anciennement connus qui portent les expérimentateurs lyonnais à croire que le bacillus coli joue un rôle étiologique dans la fièvre typhoïde, nous y trouvons seulement la preuve que les eaux incriminées ont subi l'infiltration de matières fécales et que le bacille se développe d'une façon prépondérante, fait connu dans la biologie de ce microbe. Rien d'étonnant d'autre part à voir le bacillus coli végéter dans les matières fécales fermentées, son habitat naturel. Quant à la survie du bacille typhique plongé dans les matières fécales, elle soulève une question controversée que que nous avons ailleurs développée.

Chez la plupart des fébricitants il est fréquent de trouver le bacterium coli presque à l'état de pureté dans le contenu intestinal, comme l'a montré M. Bard (de Lyon) et comme nous-mêmes l'avons souvent constaté.

Le fait n'a donc rien de spécial chez les typhiques.

L'hypothèse est la suivante :

Par simple passage à travers l'organisme humain le bacillus coli transformerait ses caractères en ceux du bacille typhique. Cette hypothèse est contraire à toutes les observations. Dans les organes d'un typhique, le bacille d'Eberth-Gaffky se conserve avec tous ses caractères typiques, alors même qu'après la convalescence il reste perdu dans le pus d'un abcès circonscrit pendant quinze mois, comme nous l'avons observé. Le bacillus coli, lui aussi, lorsqu'il devient pathogène pour l'homme, lorsqu'il détermine la péritonite, la suppuration, des accidents cholériformes ou des infections généralisées, garde toujours ses caractères typiques.

MM. Rodet et Gabriel Roux disent que le bacterium coli commune, chauffé à 80° *pendant treize minutes*, prend les caractères du bacille de la fièvre typhoïde ; qu'il devient *éberthiforme*.

Or, le bacterium coli commune est tué après l'exposition de *quelques secondes* seulement à la température de 80°. Le fait était à prévoir, car on ne connaît pas de spores à ce bacille. Nous avons toujours constaté ce fait en immergeant dans l'eau maintenue à cette température de minces tubes capillaires contenant des cultures de bacterium coli provenant de dix jours différents. Il n'y a donc pas éberthisation.

On a encore objecté en France à la spécificité les recherches de Babès et celles de Kitasato. Or, M. Babès ne nie en aucune façon la spécificité du bacille typhique, il dit seulement, comme on peut le voir dans sa réponse récente à Gaffky, que le bacille typhique peut subir des variations dans les milieux de culture artificiels. Si M. Kitasato a insisté sur l'existence de bacilles ayant des points de ressemblance avec le bacille typhique, c'est pour bien différencier ces microbes pseudo-typhiques de celui d'Eberth-Gaffky. Il a donné un moyen de diagnostic basé sur la réaction de l'indol.

On a objecté à la constatation du bacille typhique dans l'eau potable, les affirmations de Koch au *Congrès de Berlin*.

Nous avons aussi toujours proclamé que la recherche du bacille typhique dans l'eau était avec nos moyens d'investigation actuels entourée des plus grandes difficultés. On ne décèle pas le bacille d'Eberth-Gaffky dans l'eau, comme le bacille de la tuberculose dans un crachat.

Mais, pour ne citer que les faits avancés par des bactériologistes dont le nom fait autorité, nous rappellerons qu'en cette année 1891, la constatation du bacille typhique a été faite dans l'eau par Miquel (de Montsouris), Uffelmann (de Rostock), Monti (de Pavie), par Flügge (de Breslau) (1), Fodor (de Budapesth). Ce dernier a fait contrôler les germes qu'il avait isolés de l'eau par Lœffler.

Ainsi en France comme en Allemagne, comme en Hongrie, comme en Italie, des bactériologistes éminents trouvent dans l'eau potable soupçonnée d'avoir produit la fièvre typhoïde le bacille typhique et nos constatations de 1886 se trouvent confirmées.

Nous arrivons à l'exposé d'une méthode qui permet d'une façon certaine et rapide d'établir le diagnostic du bacterium coli et du bacille typhique. Elle se déduit de recherches faites sur la chimie biologique de ces microbes avec la collaboration de M. Perdrix.

Le bacterium coli commune, quelle que soit son origine, qu'il ait été pris dans une vieille culture de laboratoire, puisé dans l'intestin de l'homme sain, ou extrait des organes d'un homme ayant succombé à une infection colienne ; qu'il donne des cultures vigoureuses ou qu'il ait été affaibli par une série de chauffages à 59° ; qu'il vive au contact de l'air ou dans le vide, *fait toujours fermenter les sucres*.

Le bacille typhique, qu'il soit retiré de la rate au début de la dothiénentérie, qu'il soit puisé dans le pus d'un abcès persistant quinze mois après la fièvre typhoïde, ou qu'il provienne de cultures très anciennes donnant sur la pomme de terre une teinte jaunâtre, qu'il vive à l'état d'anaérobie, *ne fait pas fermenter les sucres*.

Pour s'assurer de ce fait, il suffit d'avoir recours à la technique suivante. On verse dans des matras Pasteur contenant du bouillon ordinaire additionné de 2 0/0 de lactose, un ou deux centimètres cubes de carbonate de chaux stérilisé (craie pulvérisée). La teneur en sucre n'a pas une grande importance, les microbes se développant bien dans un bouillon renfermant 2 p. 1000 à 15 p. 100 de lactose. Les matras, après avoir passé à l'autoclave, qui chasse toutes les bulles d'air contenues dans le carbonate de chaux, sont ensemencés avec du bacterium coli ou du bacille typhique et portés à l'étuve à 37°. Déjà au bout de quelques heures, on voit se dégager à la surface du liquide des bulles de gaz de fermentation quand il s'agit d'une culture de bacterium coli commune. Jamais la moindre bulle n'apparaît dans les cultures typhiques.

Le bacterium coli fait fermenter ainsi la lactose, la saccharose, la glucose, la maltose, l'isodulcite et même les alcools polyatomiques, la glycérine, l'érythrite, la mannite. Il ne donne pas de fermentation avec l'amidon, ni avec le glycogène. Il fait complètement disparaître la lactose d'une culture pourvu qu'on ajoute de temps en temps de l'eau de chaux, qui neutralise l'acidité formée et permet au microbe de continuer son œuvre.

A l'aide d'une culture dans le vide, on peut retirer les gaz formés. Ils se montrent constitués en proportions sensiblement égales par de l'hydrogène et de l'acide carbonique. Il reste dans la liqueur un acide dont nous avons fait l'analyse avec M. Perdrix. Cet acide paraît être de l'acide acétique, autant qu'on puisse le caractériser par une seule expérience faite par la méthode de distillation fractionnée de M. Duclaux.

Le bacille typhique vit dans les bouillons additionnés de lactose sans jamais les faire fermenter et sans attaquer l'hydrocarboné que l'on retrouve intact. Transporté dix fois de suite de milieu sucré en milieu sucré, il continue à se développer sans acquérir la propriété fermentative. Nous n'avons jamais pu, au contraire, faire perdre au bacterium coli commune son caractère de ferment, par des chauffages répétés 10 jours de suite, pendant 10 minutes à 59°.

Si M. Malvoz a méconnu la fermentation du sucre sous

(1) Communication orale à M. Metchnikoff.

l'influence du bacterium coli, c'est sans doute parce qu'il n'a pas pris la précaution d'ajouter à ses bouillons sucrés du carbonate de chaux dont la présence est nécessaire pour apprécier nettement le phénomène.

Si le bacterium coli fait coaguler le lait, c'est parce que, faisant fermenter la lactose, il met un acide en liberté, et la preuve en est que si on ajoute un alcalin la coagulation ne se produit pas : elle n'est donc pas due à une diastase. Quant au bacille d'Eberth, il ne fait jamais coaguler le lait.

Au premier abord, donc,le bacterium coli peut paraître ressembler au bacille d'Eberth. A un examen approfondi on ne trouve entre eux que des différences. Jusqu'à présent ces différences suffisaient aux bactériologistes experts : désormais la preuve sera faite rapidement d'une façon certaine.

Tuberculine pour le diagnostic de la tuberculose ovine.

M. Nocard. — Les vaches tuberculeuses ne donnent du lait infecté qu'une fois sur 10 environ, heureusement, car ce lait est très dangereux; et d'autre part la surveillance la plus attentive des laiteries est à cet égard souvent insuffisante. Actuellement, nous avons dans la tuberculine un moyen de diagnostiquer presque sûrement la tuberculose des bovidés. Des faits probants ont été publiés de tous côtés. Sur 57 animaux adultes, 19 ont éprouvé après l'injection de l'hyperthermie : 17 étaient atteints de tuberculose dont 9 non diagnosticables autrement, 1 d'adénie, 1 de cirrhose. Sur les 38 nonréagissants, deux étaient tuberculeux à un degré avancé.

Il y a donc lieu de soumettre dans les laiteries les animaux à cette expérience. La preuve n'est pas absolue, mais elle a une valeur incontestable.

M. Nocard a obtenu les mêmes résultats avec la tuberculine preparée par M. Roux.

SOCIÉTE FRANÇAISE D'OPHTHALMOLOGIE

Séance du 6 *octobre* 1891.

Anatomie des inflammations chroniques de la conjonctive.

M. Valude rapporte un travail de M. Mutermilch (de Varsovie) sur l'anatomie pathologique des conjonctivites chroniques et en particulier du trachôme.L'auteur attire l'attention sur l'importance des altérations de l'épithélium; il insiste sur le rapport qui existe entre les manifestations cliniques des différentes phases des conjonctivites et l'aspect de l'épithélium. Ce point est surtout à considérer dans le trachôme, où les altérations épithéliales doivent être considérées comme les lésions typiques et les granulations seulement comme un épiphénomène.

Plaque épithéliale hyperplasique de la cornée.

M. Duboys de La Vigerie. — En 1881 Hocquard a proposé de désigner sous le nom de *plaque épithéliale de la membrane cornéo conjonctivale* une lésion du revêtement épidermique du globe de l'œil caractérisée par la présence sur la cornée de plaques blanches légèrement saillantes, susceptibles de se détacher en laissant à leur place une érosion superficielle plus ou moins transparente sur laquelle elles se reproduisent avec rapidité. Aux trois observations connues d'Hocquard, de Gayet et de Warlomont, M. Duboys de la Vigerie en ajoute une quatrième. La tumeur qu'il a enlevée a présenté à l'examen histologique des cellules cornées disposées en lamelles stratifiées à la surface et dans la profondeur des cellules pavimenteuses d'apparence malpighienne ; en outre il existait quelques globes épidermiques bien nets. Par sa texture, comme aussi en raison de son mode de production (irritations répétées), cette tumeur mérite d'être rapprochée des durillons ou autres épaississements épidermiques de la peau.

M. Kalt considérerait plus volontiers cette néoplasie comme un épithélioma d'aspect normal.

M. Gillet de Grandmont croit que, du fait précédent qui est un exemple de néoplasme artificiel, on doit soigneusement distinguer nombre de lésions plus vulgaires qui s'observent chez des malades atteints de kératites chroniques. On observe alors des taches saillantes recouvertes d'un enduit blanchâtre qui, facile à enlever par le grattage, se reproduit rapidement.

Myopie scolaire.

M. Vignes apporte les résultats des examens de réfraction pratiqués chez les élèves de deux écoles communales de Paris. Il s'agit de garçons de 7 à 13 ans.

M. Despagnet apporte la statistique de la réfraction des élèves d'un des collèges de Paris, parmi lesquels il a relevé une proportion de 35,5 myopes sur 100.

M. Gorecki propose en plus des mesures générales de prophylaxie relatives au bon éclairage des classes, à la bonne impression des livres, à la disposition des tables et des bancs et au choix des méthodes d'enseignement, une série de mesures individuelles dont l'exécution serait garantie par l'établissement dans toutes les écoles d'un registre d'incorporation des élèves analogue à celui qui existe dans les régiments et une série de livrets-fiches permettant de suivre année par année l'état physique de chaque élève.

M. Belliard se demande si l'on n'a pas été trop sévère en abaissant jusqu'à 4 dioptries la limite de la myopie compatible avec le service armé.

M. Galezowski partage cette manière de voir. D'autre part, il croit que l'on a exagéré l'influence du travail oculaire sur le développement de la myopie.

M. Gillet de Grandmont trouve que l'on néglige beaucoup trop de signaler l'un des facteurs de la myopie, la déchéance organique qui est indispensable à la production des ectasies scléro-choroïdiennes. La myopie progressive est une véritable scoliose de l'œil en rapport avec l'état général des sujets, ainsi qu'il a pu l'établir par l'examen des yeux dans trois établissements de jeunes filles où les enfants entrent sensiblement au même âge, demeurent le même laps de temps, font à peu près les mêmes études, suivent à peu de chose près le même régime et observent les mêmes règles scolaires, mais appartiennent à trois classes différentes de la société. Or la statistique donne 7 0/0 de myopes, 14 0/0 et 25 0/0 dans chacun de ces trois établissements, le plus mal partagé étant occupé par les enfants de la classe inférieure.

M. Chevallereau n'admet pas au facteur : déchéance organique, toute l'importance que lui attribue M. Gillet de Grandmont.

M. Abadie rapporte un exemple de myopie très forte exagérée par un spasme de l'accommodation qui fut sur-corrigée par la discision du cristallin.

M. Javal chez un jeune homme a constaté que l'un des yeux blessé antérieurement était restée emmétrope, tandis que son congénère par le travail était devenu myope.

M. Meyer dans le cas précédent serait porté à admettre que les deux yeux étaient primitivement myopes et que le traumatisme aurait corrigé la myopie de l'œil atteint.

H. Nimier.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 7 *octobre* 1891.

Présidence de M. Terrier

Castration incomplète.

M. Routier. — A notre dernière séance, M. Pozzi nous a entretenus d'opérations conservatrices qu'il a pratiquées sur des ovaires scléro-kystiques. Déjà en avril 1891 je vous avais parlé de faits de ce genre, avec une opinion peu favorable : mon avis n'a pas changé. Il va sans dire que je ne parle pas des néoplasmes : après avoir enlevé un ovaire, on vérifie l'état de l'autre qu'on respecte s'il est sain. Je ne considérerai, comme M. Pozzi, que les ovaro-salpingites, et encore les ovaires scléro-kystiques, avec trompe saine, sont-ils seuls en discussion. A mon sens, la chirurgie conservatrice est ici irrationnelle : l'anatomie pathologique, étudiée par Pilliet, par Conzette, nous apprend en effet que dans ces ovaires tout ovule évoluera vers la dégénérescence kystique. Il en sera

ainsi dans le moignon respecté et la femme, vouée à la stérilité, sera en revanche exposée à la récidive des accidents. Dans la discussion du Congrès de chirurgie sur les résultats éloignés de l'ablation des annexes, on a été unanime à déclarer qu'un des facteurs de l'insuccès était de laisser des morceaux d'ovaire, et même seulement une trompe. J'ai fait la castration à une femme qui avait une métrite hémorrhagique rebelle au curettage : j'ai laissé en place la trompe saine et les accidents ont récidivé — ce qui, soit dit en passant, est favorable à la théorie de Lawson Tait sur la menstruation — et j'ai dû faire enfin l'hystérectomie vaginale. Deux fois, d'autre part, chez des femmes atteintes de métrite avec rétroflexion et que le curettage avait débarrassées de leurs pertes mais non de leurs douleurs, j'ai redressé l'utérus par une hystéropexie en respectant d'un côté les annexes à peu près saines : quelques mois après je devais pratiquer l'hystérectomie vaginale. Ce serait peut-être un argument en faveur du traitement des salpingites par l'hystérectomie vaginale, mais je dois faire remarquer que mes laparotomies n'avaient eu pour but que l'hystéropexie.

M. Pozzi. — Le point important est de savoir si mes opérées sont restées guéries : je les reverrai. Mais M. Routier raisonne trop par aphorismes *a priori* quand il nous affirme la stérilité définitive de ces ovaires. L'expérience seule permettra de juger cette question ; je crois que l'on a fait souvent trop bon marché de la fécondité des femmes. Essayons de la conserver : le jeu en vaut la chandelle, et l'expérience est absolument justifiée puisqu'il s'agit d'une lésion de nature bénigne. Mais en tout cas je suis le premier à reconnaître que ce doit être une opération d'exception. Quant aux faits de M. Routier, ils sont trop complexes (métrite, rétroflexion, ovaro-salpingite) pour permettre une conclusion nette.

Laparotomie exploratrice devenant curatrice.

M. Bazy a vu revenir à l'hôpital, avec de la fièvre et une tumeur vers la région ombilicale, un homme auquel il avait fait un mois et demi auparavant une cure radicale de hernie. Il fit la laparotomie et trouva une tumeur grosse comme le poing, adhérente au rachis : des ganglions sans doute, provenant d'une lésion intestinale limitée. Or dès le sixième jour (premier pansement) la tumeur avait diminué ; au quatorzième jour elle avait presque complètement disparu et aujourd'hui abdomen et région herniaire restent absolument normaux. M. Bazy raconte en terminant une observation n'ayant pas grande ressemblance avec la précédente : celle d'une femme qui après une castration pour myome eut des accidents fébriles graves (40°4) si bien qu'au quatrième jour M. Bazy rouvrit la cicatrice, puis la referma sans avoir rien trouvé dans le ventre. A partir de ce moment, apyrexie et guérison rapide.

Anévrysme brachio-céphalique. Méthode de Brasdor.

M. Le Dentu. — Un homme de 34 ans vint me trouver le 29 mai dernier avec une tumeur pulsatile de la base du cou à droite, peau rouge-violacé, un peu œdémateuse, un peu chaude. Il s'agissait d'un anévrysme ayant usé l'extrémité supérieure du sternum et le tiers interne de la clavicule. Un prolongement s'étendait le long de la carotide primitive droite, jusqu'à mi-hauteur du cartilage thyroïde. En outre, une légère scoliose me faisait prévoir un prolongement intra-thoracique, vérifié en effet bientôt par la percussion, l'auscultation, le refoulement à gauche du cœur dont les battements transmis à l'estomac se traduisaient à distance par un bruit de glouglou synchrone aux pulsations cardiaques. J'examinai de nouveau le malade avec M. Duguet et nous conclûmes à un anévrysme du tronc brachio-céphalique ayant envahi la carotide mais respectant la crosse de l'aorte. Ce diagnostic était d'ailleurs celui des médecins qui avaient examiné le malade dès le début. Ce début avait deux ans de date et il est à noter que le sujet avait présenté auparavant des accidents de syphilis cérébrale guéris par le traitement spécifique. Quand je vis le malade, la tumeur ne causait pas de troubles de compression nerveuse, pas d'accidents cérébraux ; mais elle avait 16 à 17 centim. de haut sur 12 de large, elle semblait prête à se rompre ; le peu de modification du pouls radial et temporal de ce côté démontrait qu'il y avait peu de caillots dans le sac. La situation était donc grave et, sur la demande pressante du sujet, je fis le 8 juin, en une seule séance qui dura environ 40 minutes, la ligature au catgut de la sous-clavière en dedans des scalènes et celle de la carotide près de sa bifurcation, car là seulement cessait l'ectasie. Comme accidents post-opératoires j'enregistrai un léger éréthisme cardiaque, qui céda au sulfonal ; du délire qui se caractérisa par le besoin de se lever, par des propos injurieux pour l'entourage ; une phlébite de la basilique, et à ce moment le thermomètre marqua 38° pendant 3 jours ; une légère inégalité des pupilles. Mais en 8 jours tout était terminé et les deux plaies réunies ; au 14e jour j'avais même un peu d'espoir et la tumeur me paraissait un peu moins grosse, moins molle, moins œdémateuse ; dès le 25e jour, il est vrai, l'augmentation était certaine et, la poche menaçant de se rompre, mon opéré succombait à la compression lente de l'œsophage et de la trachée au 44e jour. Pas d'autopsie.

Le traitement de ces anévrysmes est peu entrepris en France, mais à l'étranger les observations sont depuis quelques années assez nombreuses. Lorsque M. Le Fort écrivit son article dans le *Dictionnaire encyclopédique*, il se prononça en faveur de la ligature isolée de la carotide, mais les faits ont prouvé qu'aujourd'hui la méthode de choix est la ligature simultanée des deux artères, selon la méthode de Brasdor. La statistique de Walther dans le *Traité de chirurgie* le démontre nettement et elle est confirmée par celle que Randolph Winslow vient de publier dans les *Annals of Surgery*. Cette dernière est d'autant plus probante qu'elle est aggravée par les anévrysmes ayant envahi la crosse aortique, diagnostic que l'auteur déclare impossible à établir. Or 59 de ces ligatures donnent 43 guérisons opératoires (72.88 0/0). et parmi les sujets suivis on compte 16 guérison complètes (37 0/0 des survivants) et 20 améliorations ; et si on ne tient compte que des opérations de la période antiseptique on trouve 41 guérisons sur 53 cas (77.3 0/0). Cette statistique est en outre favorable à l'emploi du catgut, mais il est à remarquer que toutes les opérations pré-antiseptiques ont été faites à la soie ou au fil de lin. Les faits récents ne modifient pas les conclusions favorables à la ligature de Brasdow. Caselli (*Riforma medica*, 1891) a eu un succès par l'acupuncture avec une aiguille d'acier : c'est une chance. Bryant (*Med. Record*, mars 1891) a fait la ligature successive des 2 artères : le sujet est mort d'accidents cérébraux, avec une thrombose de la vertébrale, mais sans caillots dans le sac. Il serait important, sans doute, pour bien peser les indications, d'analyser exactement les cas ; mais souvent les observations manquent trop de précision. On peut dire avec Barwell qu'il faut tenir compte de l'envahissement de l'aorte, de la carotide, de la sous-clavière ; de l'état du cœur et du cerveau. Dans les cas défavorables, dit-il, la ligature d'une seule artère peut suffire comme méthode de nécessité.

A. Broca.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 9 octobre 1891.

Présidence de M. Broca.

Fractures du bassin.

M. Ch. Walther montre des fractures du bassin consolidées :

1° Une fracture du milieu de la crête iliaque.

2° Une série de pièces faisant voir un type spécial de fractures de la crête. Le trait part, en avant, entre les deux épines iliaques antérieures et de là va rejoindre plus ou moins loin, à angle aigu, la crête. Presque toujours il s'arrête avant le tubercule du fascia lata. Sur une pièce il va jusqu'à l'épine iliaque postérieure, mais alors un trait vertical divise en deux le fragment supérieur. Sur toutes ces pièces la consolidation s'est faite avec abaissement très net de l'épine antéro-supérieure.

3° Une pièce de fracture verticale du pubis, sans participation du trou obturateur, avec trait postérieur fort rare, partant juste au-dessous de l'épine antéro-inférieure pour aboutir au sommet de l'échancrure sciatique. Le fragment moyen a été refoulé fortement en haut et en dedans, et M. Walther croit à une fracture par chute sur l'ischion, ce qui est corroboré par l'existence d'une fracture de la 5e sacrée.

Infection puerpérale. Abcès du poumon.

M. Bocquel a observé dans le service de M. Straus une femme qui avait été infectée à la suite d'un avortement et entra avec de la fièvre, des vomissements, des hémorrhagies graves. Des lavages intra-utérins semblèrent avoir amené la guérison, lorsqu'au 13e jour la fièvre monta de nouveau et la malade succomba : on trouva à l'autopsie un peu de pus dans la plèvre et un abcès du poumon : à l'auscultation pendant la vie on n'avait rien entendu.

M. Pilliet dit que dans un autre service de l'hôpital une pièce semblable a été recueillie. D'ailleurs il se présente en ce moment à l'hôpital Laënnec un assez grand nombre d'infections consécutives à des avortements.

Angine de poitrine.

M. Auscher fait voir le cœur d'un homme mort brusquequement d'angine de poitrine. Les accidents cardiaques remontent à un rhumatisme articulaire aigu ayant dix ans de date. A l'autopsie on a trouvé de l'endocardite chronique du cœur gauche et une symphyse cardiaque, mais les artères coronaires sont parfaitement perméables. D'autre part M. Auscher, au cours de nombreuses autopsies faites à Bicêtre, a trouvé les coronaires oblitérées par athérome chez bien des vieillards morts sans symptôme d'angine de poitrine.

M. Pilliet a fait la même constatation à l'hospice d'Ivry.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 9 *octobre* 1891.

Présidence de M. E. Labbé

De la polyurie dans la sciatique.

MM. Debove et **Rémond** (de Metz). — Dans quatre cas de sciatique nous avons observé de la polyurie, débutant avec la douleur, augmentant et cessant avec elle. Chez le premier de ces quatre malades, âgé de 40 ans, la quantité d'urine rendue dans les 24 heures était de 3 à 4 litres. Cet homme, très intelligent, nous apprit qu'il avait présenté le même phénomène, il y a trois ans, pendant une attaque de sciatique qui dura plusieurs mois. Dans l'intervalle des attaques, la quantité d'urine redevenait normale; j'ajoute que son urine n'a jamais contenu ni sucre, ni albumine ; elle était de composition normale. Nous avons fait depuis la même observation chez un assez grand nombre de sujets, y compris une jeune femme atteinte de cancer utérin et d'une sciatique symptomatique. Dans un de ces cas il y eut sous l'influence de la sciatique non seulement de la polyurie, mais encore de l'azoturie. Ce fait doit être rapproché de plusieurs autres publiés à l'étranger et dans lesquels on a vu la sciatique produire une glycosurie et une albuminurie transitoires. Nous pourrions multiplier ces observations, nous ne le ferons pas : elles se reproduisent avec une monotonie qui rendrait leur lecture fastidieuse. Qu'il nous suffise de dire que nous avons toujours constaté la polyurie dans les sciatiques un peu intenses. Et si nous ne nous croyons pas autorisés à dire qu'elle soit constante, nous croyons pouvoir avancer qu'elle se produit ordinairement sous l'influence de cette névralgie. Nous l'avons vue manquer seulement dans les cas où la douleur était très légère. Si nous cherchons une explication à cette polyurie, nous ne pouvons la trouver dans la seule existence de la douleur provoquant une action réflexe, car en ce moment nous observons une malade en proie à des crises atroces de névralgie faciale et cependant il n'y a pas chez elle de polyurie. Certaines expériences de physiologie peuvent cependant nous faire comprendre le mécanisme de la polyurie que nous étudions. Si on excite sur un chien le bout central du sciatique, il se produit une augmentation de la pression artérielle constatable à l'hémodynamomètre et expliquée par une constriction réflexe des petits vaisseaux. Or toute augmentation de pression amène une augmentation de la sécrétion urinaire. Et peut-être pourrait-on ainsi expliquer la polyurie dans la sciatique. Quelle que soit la valeur de la théorie, le fait clinique nous a paru mériter votre attention.

M Mathieu. — M. Debove m'ayant signalé cette polyurie de la sciatique, mon attention s'est dirigée de ce côté et j'ai trouvé depuis deux cas des plus nets. Dans l'un de ces cas, le malade évalue à 4 ou 5 litres par jour la quantité d'urine qu'il rend au moment de ses crises.

Hystérie simulant l'épilepsie.

M. Mathieu. — J'observe en ce moment, chez un ouvrier âgé de 40 ans, des attaques qui rappellent tout à fait les attaques de l'épilepsie classique. Elles débutent par une aura sensorielle, s'accompagnent de morsures de la langue et se renouvellent généralement tous les huit jours. Il y en a parfois deux dans une nuit. Mais si on examine attentivement ce malade, on constate chez lui des stigmates hystériques, notamment une hémianesthésie gauche totale et un rétrécissement très marqué du champ visuel. En outre, le sujet est hypnotisable, mélancolique, avec dépression et tendance au suicide. Il a un léger tic du front, un peu d'agoraphobie, une peur très grande de l'ombre. Père excessivement violent, plusieurs frères très nerveux. Sa mère a eu de la paralysie faciale et on sait, depuis les travaux de Neumann, confirmés par Charcot, que la paralysie faciale appartient à la série névropathique. Enfin il convient de remarquer que chez ce sujet les crises remontent à une très vive émotion morale ressentie il y a trois ans à l'occasion d'un accident auquel il échappa par hasard. Il n'y eut d'abord que des vertiges et des pertes de connaissance, après quoi se montrèrent de petites attaques et, finalement, les grandes attaques dont j'ai parlé. Pour toutes ces raisons, j'estime que dans ce cas il s'agit d'une hystérie simulant chez un dégénéré héréditaire l'épilepsie vraie. On ne voit pas, du reste, pourquoi l'hystérie, qui, comme l'a dit Charcot, simule tout, ne pourrait pas simuler l'attaque épileptique.

M. Barié. — D'après M. Lépine, il y aurait après l'attaque épileptique ou épileptiforme une augmentation de l'urée qui ne se constaterait que dans le cas d'attaque hystérique. M. Mathieu pourrait peut-être utiliser ce moyen de diagnostic différentiel dans le cas dont il vient de vous entretenir.

M. Jules Voisin. — J'ai étudié à ce point de vue depuis un an une soixantaine de malades, et jamais je n'ai pu constater le fait avancé par M. Lépine.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 5 *octobre*.

Toxine du staphylocoque pyogène.

MM. A. Rodet et **J. Courmont**, dans une communication faite à la *Société de biologie*, le 21 mars dernier, ont eu pour but de démontrer que les cultures filtrées du staphylocoque pyogène ont des propriétés nettement prédisposantes : des lapins imprégnés de ce liquide étaient encore, quatre-vingt-dix jours plus tard, prédisposés à l'infection staphylococcienne. C'est en cherchant à isoler la substance prédisposante que ces auteurs ont rencontré à côté d'elle une substance vaccinante, dont les effets étaient complètement masqués dans la culture filtrée non traitée.

Voici les conclusions de leur nouvelle communication :

1° Certains microbes pathogènes peuvent fabriquer simultanément, dans leur milieu de culture, des substances vaccinantes et des substances prédisposantes distinctes. Le staphylocoque pyogène est dans ce cas.

2° La substance vaccinante, fabriquée par le staphylocoque pyogène, est précipitée par l'alcool, tandis que la substance prédisposante est soluble dans l'alcool.

3° L'effet de la substance vaccinante est complètement masqué dans les cultures filtrées, par celui des cultures prédisposantes. Un chauffage de vingt-quatre heures à + 55° peut le faire apparaître.

4° Il est donc indiqué de chercher à isoler un vaccin des produits solubles d'un microbe pathogène qui ne paraît pas en fabriquer normalement.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

N° 42. — 21 OCTOBRE 1891 LE NUMÉRO QUINZE CENTIMES

LE MERCREDI MÉDICAL



JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

PUBLIÉ PAR

LA GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MEDECINE ET DE CHIRURGIE

Et servi gratuitement à tous les abonnés de ce journal

ABONNEMENTS SPÉCIAUX POUR MM. LES ÉTUDIANTS. — UN AN : 6 FRANCS

L. LEREBOULLET, Rédacteur en chef. — A. BROCA, Secrétaire de la Rédaction

Librairie de G. MASSON, 120, boulevard Saint-Germain.

SOMMAIRE

VARIÉTÉS

Les faits divers médicaux ne manquent pas, depuis quelques jours, mais quelques-uns d'entre eux ont eu trop de retentissement pour que nous en ennuyions longtemps nos lecteurs. L'histoire du major Breton et du dentiste Genisset, par exemple, a occupé bien des colonnes dans les journaux politiques, et les amateurs de scandale ont un bon petit procès de cour d'assises en perspective. Le suicide du Dr Bergeron, pour être moins intéressant que celui du général Boulanger, mérite toutefois une courte mention : il y aurait à faire une belle antithèse (ô Hugo! où es-tu?) sur ce médecin qui, las de la vie, s'empoisonne avec le reste d'une drogue dont il s'est servi pour guérir un ami. Mais ceux qui connaissaient Bergeron et ceux qui, plus nombreux encore, se souviennent de la récente histoire où il fut mêlé avec le commissaire de police Santini, ceux-là se demandent ce qu'il peut bien y avoir de louche au fond de tout cela. Passons maintenant aux choses gaies ; et d'abord à un conflit — que *le Temps* nous a appris dimanche soir — entre un interne de l'hôpital Lariboisière et son directeur, M. Gallet, librettiste distingué et critique musical à la *Nouvelle Revue.* L'affaire, a déclaré l'interne de garde à un reporter du *Temps,* sera terminée à la satisfaction de tous avant que les journaux politiques aient eu le temps de s'en occuper : et voilà pourquoi, sans doute, c'est par le *Temps* que tout cela a été porté à notre connaissance. L'origine de la querelle, nous l'ignorons, mais il paraît que l'interne fâché s'est mis à jouer pendant la nuit du cor de chasse dans sa chambre, laquelle est au-dessus de l'appartement directorial. Oui, du cor de chasse, dans les oreilles d'un critique musical ! L'interne facétieux savait, sans doute, que M. Gallet est un homme charmant bien connu dans les salles de garde antérieures pour ses rapports extrêmement aimables avec la jeunesse qu'il a à diriger, et qui sait à propos fermer les yeux pour ne point voir. Peut être le jeune musicien espérait-il qu'il fermerait les oreilles pour ne point entendre : la chose était grave, sans doute, car il n'en fut rien et, par peine disciplinaire, le corniste fut suspendu de ses fonctions... d'interne. M. Grosclaude dira sans doute à ce propos que ça prouve le peu de goût de M. Gallet pour la contrainte par cor.

Puisque le nom de notre célèbre humoriste vient sous notre plume, profitons-en pour lui donner un conseil : il nous a appris, dans une de ses dernières *Semaines fantaisistes,* qu'un auteur américain venait de découvrir le railway brain et le railway spine Il y a quelques années qu'à Londres un nommé Erischsen s'est livré à cet exercice; nous ne reprocherions pas à M. Grosclaude ce péché, mignon pour un journaliste, si nous ne savions que M. Grosclaude a été, dans son jeune temps, externe des hôpitaux, à une époque où le railway brain était déjà classique.

La seconde histoire gaie que j'ai à vous conter, c'est la mort de M. Acollas, inspecteur général des services administratifs au ministère de l'intérieur pour la section pénitentiaire. Ce qu'il y a de gai, ce n'est pas la mort, mais la manière dont M. Acollas se l'est procurée. N'étant plus de première jeunesse et brûlant pourtant d'un amour frénétique pour une jeune première, l'éminent inspecteur avait coutume, paraît-il, d'user de la cantharidine. Que voulez-vous, tout le monde ne se résigne pas au dernier couplet de la chanson de Bicêtre ! Mais M. Acollas fut puni par où il avait tenté de pécher : et il y a quelques jours, forçant imprudemment la dose, il s'est empoisonné.

Médaille de l'internat. — *Jury de médecine.* MM. [illegible]tinger, Empis, Sevestre, Jaccoud (méd[illegible]), Broca (chirurgien).

Jury [illegible]hirurgie. MM. Prengrueber, Guérin, Jalagu[illegible] (chirurgiens), Auvard (accoucheur), Albert Gombault (médecin).

Concours de l'internat. — La question écrite a été : articulation tibio-tarsienne, périostite phlegmoneuse diffuse.

Questions restées dans l'urne : veines du membre inférieur; phlegmatia alba dolens. — Muscles intrinsèques du larynx; goître exophthalmique.

Lectures les lundis, mercredis, vendredis à 4 heures, 3, avenue Victoria.

A ce propos on nous assure que quelques copies ménagent au jury un assez grand embarras. Certains candidats facétieux, après une anatomie détaillée, auraient borné leur exposé pathologique à la phrase suivante : « La périostite phlegmoneuse diffuse n'existant pas, cet argument nous dispense, croyons-nous, de la décrire. » Voici où sera l'embarras pour le jury : lesdits candidats, persuadés que leur proposition est scientifiquement et thérapeutiquement inattaquable, espèrent bien avoir ainsi le maximum des points.

Légion d'honneur. — M. le Dr Grout (de Petit-Quevilly) est nommé chevalier.

Cours de laryngologie. — Les docteurs Alfred Martin et Lubet-Barbon commenceront à leur clinique, 41, rue des Grands-Augustins, un nouveau cours particulier sur les maladies des oreilles, du larynx et du nez, le mardi 3 novembre, à une heure et demie et le continueront les mardis, jeudis, samedis à la même heure. La durée du cours sera de deux mois. Pour l'inscription, s'adresser à la clinique les mardis, jeudis, samedis, de 2 à 5.

La médecine des littérateurs.

Un rédacteur de la *Loire médicale* a eu la patience de faire à cet égard des extraits qui amuseront sans doute nos lecteurs.

Si l'ingénieur est volontiers le premier amoureux de la comédie moderne, le médecin en est souvent le raisonneur. On ne nous connaît pas mieux pour cela. Est-il possible d'avoir une conception plus fausse de nos études professionnelles que celle que s'en fait M. Auguste Vacquerie? Un de ses personnages, Olivier (dans *Jean Baudry*), ne sait pas lire à 12 ans; mais à 22 ans, il est docteur, « sa clientèle commence, son nom est dans toutes les bouches; il vient de publier un livre dont tous les journaux s'occupent et dont l'Académie enrage. » Evidemment M. Vacquerie croit qu'on arrive au doctorat de la même façon qu'on se pousse dans un bureau de rédaction et qu'un livre original sur la science s'improvise comme un roman-feuilleton.

Les abonnés de la *Revue des Deux-Mondes*, eux, ont dû palpiter en lisant l'opération du croup telle qu'elle est décrite dans *Le Mari de Suzanne :*

« En quelques mots haletants, elle m'apprend que Pierre... a été atteint, après mon départ, d'une angine couenneuse, que, depuis les premiers symptômes, Félicien le veille, qu'il a dû faire une incision à l'artère (*sic*), et qu'à l'instant même il vient de conjurer une crise mortelle en y appliquant les lèvres. J'écoute muet, paralysé par l'émotion. » (G. Vautier, *Revue des Deux-Mondes*, 15 juin 1877, p. 883). (*A suivre.*)

CLINIQUE DES MALADIES NERVEUSES

Les zones hyperesthésiques du cuir chevelu et la pseudo-méningite des hystériques, par Gilles de la Tourette (1).

Parmi les zones hyperesthésiques hystérogènes que l'on rencontre chez les hystériques, il n'en est peut-être pas de plus importantes que celles qui *siègent sur le cuir chevelu.* Elles sont uniques ou multiples. Quand elle est unique, la zone siège le plus souvent au vertex, quelquefois dans la région occipitale ou, latéralement, aux tempes; dans ce dernier cas, il n'est pas rare d'observer deux zones symétriques.

Les zones de la tête n'avaient pas échappé à Sydenham, qui les décrit en ces termes (*trad. Jault,* p. 477) : « D'autres fois, l'affection hystérique attaque la partie extérieure de la tête, entre le crâne et le péricrâne, et, demeurant fixée dans un seul endroit de la largeur simplement d'un travers de doigt, elle y cause une douleur insupportable qui est accompagnée de vomissements énormes. C'est ce qui s'appelle le clou hystérique (2), et cette douleur attaque principalement les femmes qui ont les pâles couleurs. »

Une investigation minutieuse révèle, le plus souvent, que la zone hyperesthésique ne s'étend, comme l'avait vu Sydenham, que dans une région limitée où la sensibilité cutanée est plus ou moins exquise; mais, de ce point, peuvent partir des irradiations douloureuses spontanées (ou provoquées), qui, incontestablement, prennent la plus grande part aux phénomènes céphaliques si fréquents chez les hystériques.

« La douleur de tête, dit, en effet, Briquet (p. 213), est l'une des perversions de la sensibilité qui se rencontrent le plus souvent chez les femmes hystériques; elle se voit si communément que, sur 356 d'entre elles, que j'ai interrogées à ce sujet, 300 avaient constamment mal à la tête ou étaient prises de céphalalgie, très souvent et très facilement, et que 56 seulement n'y étaient pas sujettes; d'où l'on peut conclure que les six septièmes des femmes hystériques sont sujettes à la céphalalgie. »

Evidemment, dans tous ces cas, la céphalalgie ne reconnaît pas pour cause, uniquement, la présence d'une zone hyperesthésique ou hystérogène, mais il n'est pas moins vrai que c'est souvent à ces perversions locales de la sensibilité qu'il faut attribuer la genèse de ces douleurs. On ne saurait, en tout cas, ne pas les incriminer, comme nous l'avons dit, dans la production du clou ou œuf hystérique, dont Briquet a encore donné une bonne description que nous reproduisons, car elle complète, en partie, celle de Sydenham.

Le clou hystérique, dit-il, « peut siéger sur toutes les parties de la tête, mais, le plus ordinairement, il occupe les régions temporales et la région sincipitale; il n'est jamais multiple. Il occupe, en général, une étendue très limitée, depuis la largeur de l'ongle jusqu'à celle d'une pièce de cinq centimes. La douleur qu'il produit est extrêmement violente, et souvent elle est portée à un point tel que les malades gémissent ou poussent les hauts cris et sont privés de sommeil; la sensation qu'elle cause est variable; ainsi quelquefois, elle ressemble à celle que provoquerait un clou ou bien un coin de fer enfoncés dans la tête, quelquefois il semble que ce soit un morceau de glace; d'autres fois, elle imite celle que causerait un charbon ardent. Certains auteurs prétendent, sans autre preuve que celle qu'ils tirent des sensations éprouvées par les malades et de la fixité de la douleur, que le clou hystérique peut siéger jusque dans les os. Baglivi supposait que la douleur pouvait venir de la dure-mère. On a quelquefois soulagé les malades en exerçant une forte pression sur le lieu douloureux, preuve irréfragable que la douleur siège dans les régions superficielles.

« La douleur du *clavus* est fixe et ne se déplace pas. Sa durée est de plusieurs jours. On l'a vue aller jusqu'à trois semaines ou un mois. *Le clavus s'accompagne fréquemment de frissonnements, de vomissements, de troubles digestifs et quelquefois de fièvre.* »

Nous avons tenu à citer ce paragraphe dans son entier, non seulement parce qu'il renferme une excellente description du clou hystérique, mais encore parce qu'il contient, en germe, la description que l'on a faite, de nos jours, d'un syndrome, la *pseudo-méningite hystérique,* dont il convient de dire quelques mots.

***

Les premières observations dans lesquelles ce syndrome nous paraît nettement se constituer datent de 1873, et sont dues à MM. Saint-Ange (1) et Arnozan (2). On remarquera que ce dernier auteur emploie le terme d' « *attaque* d'hystérie à forme méningitique », qui nous semble de beaucoup préférable à celui de *pseudo-méningite,* car il indique nettement que nous nous trouvons en présence d'un paroxysme dont la répétition pourra constituer un véritable état de mal.

M. Boissard (3), MM. Axenfeld et Huchard (4), M. Dalché (5), M. Regnaud (6) rapportent des observations isolées, mais concluantes, en regard desquelles les études de M. Chantemesse (7) et la thèse de M. Macé (8) méritent une mention toute particulière.

La symptomatologie de la pseudo-méningite hystérique paraît, au premier abord, fort variée, car l'hystérie, dans la circonstance, semble vouloir étaler tout un luxe de phénomènes bien faits pour dépister le diagnostic. Mais, en résumé, les symptômes cardinaux restent encore ceux que Briquet avait indiqués : céphalalgie, vomissements, constipation et « quelquefois de la fièvre ». Nous verrons, en effet, que l'inconstance même de ce mouvement fébrile joue souvent un rôle important dans le diagnostic.

Presque toutes les observations ont trait à des femmes adultes de divers âges. M. Sollier (9) a, néanmoins, rapporté le cas d'une petite fille de cinq ans, chez laquelle on avait pensé à une méningite tuberculeuse, alors qu'il s'agissait simplement des phénomènes hystériques que nous allons décrire. M. Aug. Ollivier (10) a publié un cas analogue.

(1) Extrait d'un *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie* d'après l'enseignement de la Salpêtrière (préface de M. Charcot) qui paraîtra le 1er novembre 1891, chez Plon et Cie.

(2) Le terme de *clou* ou d'*œuf hystérique* s'applique également aux zones de la face, en un mot à toutes les zones de la tête. (G. T.)

(1) Saint-Ange, De la forme méningo-encéphalique de l'hystérie: *Gazette médicale de Bordeaux*, 1873, p. 292-298.

(2) Arnozan, Attaque d'hystérie à forme méningitique : *ibid.*, 1873, p. 250-252.

(3) Boissard, Observation de phénomènes pseudo-méningitiques dans l'hystérie : L'*Encéphale*, 1883, p. 525-527.

(4) Axenfeld et Huchard, *Traité des névroses*, 2e éd., 1883, p. 1047. — Huchard, La pseudo-méningite hystérique : *Rev. gén. de clin. et de thérap.*, n° 31, p. 489, 1890.

(5) Dalché, Accidents hystériques à forme pseudo-méningitique : *Gazette médicale de Paris*, 17 janvier 1885.

(6) Regnaud, Note sur un cas de pseudo-méningite hystérique simulant une méningite tuberculeuse : *Loire médicale*, 1886.

(7) Chantemesse, *Etude sur la méningite tuberculeuse de l'adulte.* Thèse de Paris, 1884, obs. XLIX et LI. — *Société médicale des hôpitaux*, 22 mai 1891.

(8) Macé, *Des accidents pseudo-méningitiques chez les hystériques.* Thèse de Paris, 1888. — Voy. aussi Pitres, *Leçons cliniques sur l'hystérie*, t. I, p. 198 et suiv.

(9) Sollier, Hystérie infantile à forme convulsive : *France médicale*, n° 1, 2 janvier 1891, p. 2.

(10) Ollivier, De la pseudo-méningite tuberculeuse hystérique : *Congrès pour l'avanc. des sciences*, Marseille, sept. 1891.

Les modes de début sont variables ; parfois les accidents se montrent subitement. L'observation de Boissard a trait à une malade de quarante-cinq ans, qui fut prise tout à coup de céphalalgie frontale intense avec vomissements alimentaires faciles, présentant les caractères du vomissement cérébral. Il existait en même temps de la constipation ; les pupilles étaient contractées ; il y avait du retard de la sensibilité ; le pouls était ralenti (48 à la minute), la température ne dépassait pas 37°,4. Bien que l'examen des poumons fût négatif, on porta le diagnostic de méningite tuberculeuse, étant donné que la mère de la malade était morte phthisique et qu'elle avait perdu deux enfants, très probablement de méningite bacillaire. Mais, au bout de quelques jours, les symptômes s'amendèrent, on constata une hémianesthésie droite ; il survint de l'aphonie, tous phénomènes hystériques indiscutables, et la malade sortit guérie, conservant néanmoins encore la céphalalgie qui avait dominé tout cet ensemble morbide.

Dans une deuxième variété, il existe, comme dans la forme la plus commune de la méningite tuberculeuse, une période prodromique traînante, indécise : les malades sont mal à l'aise, ils ont perdu l'appétit. Puis, au bout de quelques jours ou de quelques semaines même, les symptômes s'amendent ou se précisent ; on voit survenir les accidents d'apparence méningée et le syndrôme clinique habituel est constitué. Nous ferons remarquer que ces phénomènes prodromiques ne diffèrent pas des aura prolongées qui précèdent parfois le paroxysme convulsif. Nous l'avons dit, l'élément dominant est la céphalalgie, qui peut être atroce. Elle se montre, surtout, sous forme d'exacerbations, de *crises*, ainsi que l'a bien établi M. Chantemesse. Elle coïncide avec la présence de zones hyperesthésiques-hystérogènes du cuir chevelu, qu'il ne faut jamais manquer de rechercher, surtout dans l'intervalle des accès, car leur constatation est un des éléments les plus précieux du diagnostic.

Ces crises douloureuses arrachent des gémissements et des cris aux patients, tellement la céphalalgie est vive ; parfois, il existe du délire. Elles s'accompagnent souvent de photophobie, de diplopie par strabisme passager ; elles s'entremêlent avec quelques-uns des phénomènes du paroxysme convulsif : raideur de la nuque, opisthotonos, contractures des membres supérieurs ou inférieurs. Le pouls peut être ralenti, mais on n'a jamais noté son irrégularité. (Pitres.)

Les stigmates permanents ordinaires fournissent l'hyperesthésie, la raie méningitique (trouble vaso-moteur normal, pour ainsi dire, chez les hystériques). Les vomissements et la constipation complètent le tableau morbide qui, répétons-le, copie assez servilement celui de la méningite tuberculeuse. Mais un observateur attentif remarquera que l'affection ne suit pas une évolution continue, elle procède par crises, par soubresauts ; disons le mot, par attaques.

Phénomène assez particulier, alors que le paroxysme hystérique, ainsi que l'a démontré péremptoirement M. Bourneville, ne s'accompagne pas de fièvre, il peut se faire que les accidents que nous venons de décrire coïncident — assez rarement toutefois — avec une élévation de température qui, dans une observation de de Brun (1), s'éleva jusqu'à 39°,2. Cette haute température est restée isolée ; les autres observateurs ne mentionnent pas plus de 38°,6, et, dans plusieurs cas, il n'existait pas de fièvre.

Nous croyons que l'hystérie peut parfaitement influencer les centres thermiques, mais ce sont là des faits peu communs et qui méritent d'être soigneusement analysés.

(1) Thèse de Chantemesse, *op. cit.*, obs. LI, p. 171.

Dans ces cas de pseudo-méningite, où, incontestablement, la constatation de la température a une haute portée pour le diagnostic, qui tend alors à incliner du côté opposé à l'hystérie, il faudra toujours rechercher très attentivement s'il n'existe pas, concurremment, une maladie aiguë inflammatoire, susceptible de faire monter le thermomètre par elle-même.

Chez la femme, par exemple, il est une affection dont il faut toujours se méfier et qu'il est parfois difficile de découvrir, nous voulons parler de la vaginite. Dans un cas inédit, que nous avons observé avec notre ami M. Netter, professeur agrégé, on fut sur le point de porter le diagnostic de méningite cérébro-spinale, étant donnés la raideur de la nuque, l'apparition d'un herpès, la fièvre et l'ensemble des phénomènes pseudo-méningitiques que nous avons décrits. Il s'agissait d'une vaginite blennorrhagique chez une hystérique.

Dans l'observation II de M. Macé, où la température monta à 38°6, il existait une vaginite intense. Chez la malade de M. Dalché, la fièvre n'apparut qu'avec une angine herpétique. Dans un autre cas que nous avons observé à la Salpêtrière, la température (vaginale) de 38°2 tomba à la normale, 37°5, à la suite de l'administration d'un lavement. On sait, en effet, que la constipation peut faire monter la température d'un degré et plus, et la constipation est notée dans toutes les observations. Nous l'avons dit, nous ne nions pas qu'il puisse exister de la fièvre, mais, outre que celle-ci n'est pas fréquente, elle est souvent susceptible de recevoir une interprétation rationnelle en dehors de l'hystérie.

Il est encore certains cas d'associations morbides, où l'hystérie peut jouer un rôle qui fasse songer à une détermination méningée. On sait combien elle peut influencer la modalité du délire de certaines fièvres. M. Huchard a montré, dans une observation, que l'hystérie avait déterminé, chez une malade atteinte d'une fièvre typhoïde légère, les accidents pseudo-méningitiques que nous décrivons. De même, M. Reperé (1) a publié un cas dans lequel l'apparition de phénomènes délirants chez une hystérique rhumatisante put faire penser à des accidents de rhumatisme cérébral. Mais ce sont des faits rares et dont le diagnostic est facile.

Nous n'avons pas à nous occuper du pronostic, qui est toujours bénin ; mais, pour le porter, il faut, avant tout, avoir fait un diagnostic exact.

Nous avons vu que, dans un cas resté unique, on put songer à une méningite cérébro-spinale ; nous ne pensons pas qu'on puisse penser à une méningite aiguë franche ; le diagnostic se trouve donc limité à la méningite tuberculeuse.

Dans sa thèse, M. Chantemesse a essayé d'établir le diagnostic différentiel en ces termes (p. 75) : « Par leur mode de début, par l'évolution successive de symptômes dont l'ensemble constitue presque la caractéristique de la phlegmasie méningée tuberculeuse, la céphalalgie violente, les vomissements, la diplopie, le délire, le ralentissement du pouls, la tache dite méningitique, la constipation opiniâtre, ces accidents simulent merveilleusement la maladie qui nous occupe. Seules, la connaissance des antécédents du sujet, de l'existence de troubles de sensibilité imputables à l'hystérie, la température qui ne s'éloigne pas de la normale, permettent de soupçonner l'intervention de la névrose et de rester, pour le diagnostic, dans une sage réserve. »

A l'époque où écrivait M. Chantemesse (1884), on ne connaissait pas encore les modifications que peuvent entraîner les paroxysmes hystériques dans la composition

(1) *Des manifestations hystériques simulant le rhumatisme cérébral.* Thèse de Paris, 1883.

chimique des urines. Nous avons, depuis, montré, avec M. Cathelineau (1), que le paroxysme se jugeait par un abaissement du taux de l'urée, du résidu fixe et par une *inversion de la formule des phosphates*, à savoir : que le rapport des phosphates terreux qui, chez l'hystérique normal, de même que chez l'individu sain, est aux phosphates alcalins comme 1 est à 3, devenait comme 1 à 2 ou 1 à 1.

« J'ai appliqué ce procédé de recherches, dit M. Chantemesse (2), dans un cas où le diagnostic entre la méningite tuberculeuse anormale et la pseudo-méningite hystérique ne laissait pas que d'être difficile. *L'analyse de l'urine m'a permis, dès le premier jour, d'imputer les accidents à l'hystérie.*

« Les rapports entre l'acide phosphorique terreux et alcalin ont été comme 92 à 100; 73 à 100; 55 à 100; 82 à 100; 83 à 100, etc.

« Un jour où la céphalalgie avait été atroce, l'urine était alcaline et trouble par la présence d'un excès de phosphates solubles dans l'acide nitrique. Le rapport était alors comme 92 à 100.

« Au contraire, les rapports de 45 ou de 53 à 100 étaient toujours fournis par une urine éliminée pendant une période de vingt-quatre heures où les douleurs de tête s'étaient à peu près apaisées. »

Ces recherches ont une portée pratique que M. Chantemesse fait encore ressortir. Elles rangent, définitivement, la pseudo-méningite hystérique dans la catégorie des attaques, ou des états de mal, qui ne sont que des attaques prolongées avec ou sans périodes intercalaires pendant lesquelles les modifications chimiques de l'urine n'existent plus comparativement à la période des vingt-quatre heures où le paroxysme a existé.

En ce qui regarde encore le diagnostic, M. Charcot a, lui aussi, montré que ces zones hyperesthésiques-hystérogènes du cuir chevelu pouvaient jouer un rôle tout particulier dans certains cas où l'erreur pouvait être tout à fait préjudiciable aux malades.

Il rapportait, à ce propos (3), l'observation d'un individu de vingt-huit ans, dont nous avons nous-même publié l'observation *in extenso* (4) qui, atteint de syphilis, vit survenir brusquement une hémiplégie droite avec contracture. Quelques jours plus tard, apparaissaient des céphalées nocturnes partant d'un point fixe du vertex pour irradier dans toute la tête ; elles s'accompagnèrent de convulsions d'apparence épileptiforme.

Naturellement, le mercure et l'iodure furent administrés *larga manu* par un syphiligraphe des plus distingués, mais, si la paralysie parut s'amender, elle ne guérit pas complètement, non plus, du reste, que les *céphalées* qui persistèrent avec leur caractère nocturne.

C'est alors que M. Charcot, dans le service duquel le malade était entré, démontra que rien n'était syphilitique dans toute cette histoire clinique : ni l'hémiplégie, qui s'accompagnait d'hémianesthésie et de spasme glosso-labié, ni les céphalées, qui reconnaissaient toute autre cause. Au vertex, siège ordinaire du clou hystérique, il existait, en effet, une plaque d'hyperesthésie cutanée telle, que le malade ne pouvait supporter le poids de son chapeau, et que le simple frôlement du peigne, ou de la brosse, donnait lieu à des douleurs insupportables. Il insistait, en outre, sur ce fait que la syphilis avait bien pu, par exemple, déterminer cette localisation de la zone hyperesthésique par un mécanisme qu'il est facile de comprendre.

Nous croyons, après ce que nous venons de dire, qu'il est inutile d'insister davantage pour faire ressortir l'importance qu'acquiert la notion exacte de ces zones de cuir chevelu chez les hystériques.

(1) Gilles de la Tourette et Cathelineau. *La nutrition dans l'hystérie.*

(2) *Bulletins et mémoires de la Société médicale des hôpitaux*, n° 17, 28 mai 1891, p. 258.

(3) Charcot. Hystérie et syphilis : De l'influence d'une maladie ou d'une intoxication antérieure sur le mode de localisation ou sur la forme des accidents hystériques. Leçon recueillie par Gilles de la Tourette. *Progrès médical*, n° 51, 17 décembre 1887, p. 511.

(4) Voy. P. Richer. Note sur l'anatomie morphologique de la région lombaire : *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, t. I, 1888, p. 13.

REVUE DES CONGRÈS

RÉUNION DES NATURALISTES ET MÉDECINS ALLEMANDS

Résection étendue de la paroi thoracique et d'une partie du diaphragme dans un cas de chondrosarcome.

M. Mikulicz (Breslau). — Un homme de 54 ans était porteur d'un chondro-sarcome de la partie gauche du thorax, allant du creux axillaire jusqu'aux fausses côtes. La partie supérieure de la tumeur se laissa facilement énucléer ; la partie inférieure nécessita la résection des 9e, 10e et 11e côtes. Le poumon était libre d'adhérences et se rétracta ; dans la masse enlevée on reconnut la présence d'un lambeau du diaphragme de 1 cent. 1/2 de largeur environ. On réunit par des sutures les lèvres de l'orifice diaphragmatique et le malade, guéri sans accident, put reprendre son métier de forgeron.

Traitement de la tuberculose articulaire par les injections de glycérine iodoformée.

M. Frentzel (Halle). — Les travaux de Mosetig et Mikulicz ont, dès 1881, attiré l'attention sur les bons effets obtenus par l'emploi de l'iodoforme dans le traitement des fongosités de toute nature et notamment des lésions tuberculeuses. Billroth et Verneuil ont étudié tour à tour la glycérine et l'éther iodoformés ; d'autres auteurs, comme Bruns, Heusner, Krause, etc., ont aussi préconisé ce mode de traitement. L'auteur rapporte 42 cas nouveaux concernant diverses articulations. En thèse générale l'amélioration a toujours suivi l'emploi des injections ; dans certains cas même elle équivaudrait presque à la guérison ; parfois elle s'est manifestée, déjà très réelle, aussitôt après la première injection. Jamais on n'a constaté d'aggravation ou même d'exacerbation dans le processus tuberculeux.

Les résultats ont été surtout très remarquables dans les tumeurs blanches du genou, un peu moins dans les lésions de l'articulation tibio-tarsienne. Les coxalgies n'ont été que peu améliorées. Dans quatre cas on a observé de la méthémoglobinurie, avec présence de la matière colorante du sang dans l'urine, sans globules rouges, sans albuminurie. Les urines présentèrent ces caractères suivant les cas à une ou deux reprises. Jamais il n'y eut d'accidents rénaux essentiels, et l'auteur met ces manifestations sur le compte de l'action de la glycérine. Parfois on observa une élévation de température à la suite de l'injection, analogue à ce que l'on constate dans l'emploi de la méthode de Koch.

Les injections étaient faites à la seringue de Pravaz avec un mélange à 1 pour 10 d'iodoforme finement pulvérisé et de glycérine. Avant l'injection on désinfectait soigneusement la région et on laissait le mélange pendant une demi-heure à la température de 100°. La quantité injectée variait de 15 à 50 grammes.

A la suite de l'injection l'articulation était soigneusement bandée et immobilisée, au besoin avec un appareil silicaté. Un intervalle de 3 à 4 semaines séparait les injections.

M. Heusner s'étonne que de pareilles doses d'iodoforme n'aient jamais déterminé d'accidents d'intoxication.

M. Frentzel affirme n'en avoir jamais observé.

M. Rubinstein (Berlin) a rapporté cette année au congrès de chirurgie de Berlin 15 cas de tuberculose articulaire traités par les injections d'iodoforme. Depuis ce moment on n'a constaté aucune récidive, le résultat fonctionnel a toujours été excellent. Les coxalgies ont été guéries sans raccourcissement dans un temps relativement court. Les injections étaient faites tous les dix jours et l'on immobilisait l'articula-

tion le lendemain de l'injection. Jamais on n'a constaté d'accident. M. Schüller et l'auteur ont étendu avec succès cette méthode au traitement des synovites et abcès tuberculeux. En même temps ils préconisent l'usage interne prolongé du gaïacol. Les doses employées ont été de 5 à 30 grammes d'émulsion. Il faut avoir soin de stériliser le liquide à chaque injection et de maintenir longtemps après la cessation du traitement un appareil contentif autour du membre ou de l'articulation malade.

Diagnostic du cancer du cardia.

M. Lauenstein (Hambourg). — L'auteur a observé à deux reprises, dans des cas de cancer du cardia, un phénomène d'auscultation intéressant consistant dans l'existence d'un souffle systolique siégeant au creux épigastrique et dû probablement à un rétrécissement de l'aorte abdominale.

Dans le premier cas la malade s'était présentée avec tous les signes d'un rétrécissement de l'œsophage, avec état cachectique. La sténose siégeait à 42 c. des arcades dentaires. Les bruits du cœur étaient normaux. Au creux épigastrique on entendait un bruit de souffle systolique, à timbre doux. Après la mort on constata la présence d'une masse cancéreuse siégeant au cardia, empiétant vers la gauche de la partie supérieure de la cavité abdominale, comprimant l'œsophage et l'aorte à travers le diaphragme.

Dans le deuxième cas les signes de rétrécissement de l'œsophage étaient les mêmes. La sténose siégeait à 43 centimètres des arcades dentaires. On entendait de même au creux épigastrique, à 5 c. 1/2 au-dessous et à gauche de la pointe du sternum, un souffle doux, systolique. Le cœur était normal.

L'auteur recommande donc d'ausculter avec soin la région épigastrique dans le cas de rétrécissement œsophagien siégeant à plus de 40 centimètres des arcades dentaires.

De l'endométrite.

M. Kaltenbach (Halle). — L'endométrite se présente sous deux formes, hémorrhagique ou purulente. La dernière forme peut apparaître dans le cours d'un état diathésique ou d'une affection viscérale, chlorose, anémie, maladies des poumons ou du cœur, ou bien être symptomatique d'une infection de la cavité interne. Dans tout traitement de l'endométrite il faut considérer que, d'après les observations de Winter et de Dœderlein, la cavité de l'utérus dans la grande majorité des cas ne contient pas de micro-organismes et que, en conséquence, il faut éviter d'infecter soi-même l'utérus. Dans les cas de catarrhe utérin on devra faire l'examen bactériologique pour savoir s'il y a une infection microbienne; dans ce cas alors seulement il faudra tenter de pratiquer l'asepsie de la cavité par des lavages répétés, des attouchements de la paroi à la teinture d'iode. Si ce traitement reste sans effet, il faudra en dernier lieu avoir recours au curettage, avec les soins consécutifs nécessaires. Il faut aussi ne pas trop tarder dans ces divers modes de traitement de l'endométrite, car celle-ci à la longue finit par déterminer des troubles nerveux chez les malades; mais il est aussi indiqué de n'avoir recours aux grandes opérations que lorsque les autres médications ont échoué.

M. Dœderlein (Leipzig). — Les recherches de Olshausen sur les lésions anatomiques de l'endométrite fongueuse doivent être considérées encore aujourd'hui comme exactes. Mais les types divers qu'il en a décrit, endométrite glandulaire hypertrophique ou hyperplastique, endométrite interstitielle aiguë ou chronique, qui peuvent être reconnus anatomiquement sur des parcelles obtenues par grattage, sont difficiles à diagnostiquer en clinique. L'examen anatomique est donc toujours nécessaire; il peut renseigner exactement sur la nature des lésions et décider de leur bénignité ou de leur malignité. La division adoptée en clinique de l'endométrite en endo-hémorrhagique et endo-purulente n'est pas toujours très facile à vérifier d'après l'examen des différents cas. Cependant la sécrétion purulente ou muco-purulente est le plus souvent produite par la muqueuse du col.

L'examen bactériologique des produits de sécrétion de la muqueuse du col est plus facile dans les métrites puerpérales que dans les autres cas, à cause de la béance habituelle du col de l'utérus. Aussi la meilleure façon de procéder consiste à rechercher les micro-organismes non dans les liquides, mais dans les parties solides extraites par grattage. En effet, si la métrite est infectieuse, on retrouvera toujours des micro-organismes, cocci ou autres, sur les coupes colorées. Les tentatives de culture faites par l'auteur lui ont toujours donné des résultats négatifs, contrairement aux assertions de Brandt de Pétersbourg qui aurait toujours reproduit par culture les micro-organismes trouvés par lui dans des produits de grattage de différentes endométrites.

M. Pfannenstiel (Breslau) est absolument d'accord avec M. Dœderlein sur les services que peut rendre l'examen anatomique. Quant à la présence de micro-organismes dans le corps de l'utérus, ses recherches personnelles lui font aussi admettre que la cavité est habituellement aseptique.

M. Olshausen (Berlin) admet comme fréquente l'infection secondaire de l'utérus dans les tentatives de traitement des endométrites légères. Contrairement à l'avis de Mackenrodh, il considère la périmétrite, la paramétrite et les autres affections inflammatoires péri-utérines comme des contre-indications aux interventions thérapeutiques dans la cavité de l'utérus. Mais quant à ce qui est du rapport des affections purulentes des ovaires et des trompes avec l'endométrite, l'auteur admet le bon effet de la thérapeutique intra-utérine.

Hernies gangrenées.

M. Mikulicz a réuni 175 cas de hernies gangrénées. Dans 94 cas où on avait fait un anus contre nature, il y eut 72 morts; dans 64, où l'on avait pratiqué la résection primitive de l'intestin, il n'y eut que 32 morts. Personnellement M. Mikulicz a eu à traiter 28 hernies gangrénées : dans 7 cas il fit un anus contre nature, et tous les malades ont succombé; dans les autres 21 cas il fit la résection primitive de l'intestin, ce qui lui donna 14 guérisons et 7 morts. Ces derniers ont succombé soit à une péritonite généralisée, soit à des perforations multiples.

Ces chiffres montrent que dans les hernies frappées de gangrène, la résection de l'intestin est préférable à l'établissement d'un anus contre nature. La seconde opération expose les malades aux dangers de l'inanition qui n'existent pas dans la résection de l'intestin.

Un autre avantage de la résection consiste en ce que l'opération a pour résultat l'évacuation du contenu intestinal infecté des anses afférentes. Ce dernier se remplit peu de temps après l'étranglement de bactéries qui constituent un véritable danger pour le péritoine.

La résection est faite de la façon suivante : incision le long du canal inguinal; ouverture du sac qui est lavé, tamponné; ouverture de l'intestin dont la partie afférente est soigneusement évacuée par compression de l'abdomen, et sa cavité lavée avec une solution boriquée chaude par l'intermédiaire d'un tube en caoutchouc poussé dans l'intestin. L'état de la muqueuse indique l'étendue dans laquelle il faut faire la résection. Si la muqueuse est couverte de fausses membranes, ou même si les veines saignent beaucoup, l'anse ne vaut plus rien. Les feuillets du mésentère sont exactement affrontés par des sutures, et ce n'est qu'après qu'on fait la suture de Czerny. Le drainage de la cavité péritonéale, ordinairement infectée déjà par le contenu intestinal, est très important.

Suture tendineuse.

M. Kümmel présente un malade auquel il avait fait avec succès la greffe tendineuse suivant la méthode de Glück en remplaçant la perte de substance par le catgut. Il s'agit d'un homme qui s'est fait une section d'un des tendons de la tabatière anatomique. L'opération faite trois semaines après l'accident, quand les deux bouts du tendon étaient fortement rétractés et épaissis, a pleinement réussi.

Tumeurs pseudo-leucémiques de la peau et des muscles.

M. Riedel présente un homme de 56 ans chez lequel un grand nombre de tumeurs s'est développé depuis 2 ans 1/2 sur la peau et les muscles. Il y a un an, des tumeurs semblables se formèrent dans le larynx. L'examen microscopique avait montré que ces tumeurs étaient formées de tissu lymphomateux. Le sang présente à peine quelques modifications insignifiantes. On a fait le diagnostic de pseudo-leucémie, en

se basant sur un cas analogue où le malade a présenté pendant 7 ans des tumeurs semblables sans leucémie. M. Riedel pense qu'un certain nombre de cas de mycosis fongoïde, de sarcomes et de lymphomes malins guéris par la liqueur de Fowler ou par un érysipèle intercurrent, appartenaient à la pseudo-leucémie.

Ostéite raréfiante.

M. Kümmel a plusieurs fois observé, après des traumatismes de la colonne vertébrale, la formation d'une véritable gibbosité. A l'autopsie d'un de ces cas, on avait trouvé qu'il s'agissait d'un processus hyperplasique développé, sous forme d'une ostéite raréfiante, aux dépens du tissu osseux. Il n'y avait pas trace de tuberculose, et le processus ressemblait à celui de la pseudo-leucémie. Les autres cas ont guéri avec ankylose sous l'influence d'un traitement approprié.

Résection temporaire du pubis.

M. Bramann présente deux cas de cystotomie dans lesquels il avait fait la résection temporaire du pubis. Il avait réséqué un lambeau triangulaire comprenant environ la moitié de la hauteur du pubis, avec les insertions du muscle droit. La cystotomie terminée, le lambeau fut suturé. Guérison complète.

Rétro-fixation du col de l'utérus rétrofléchi.

M. Sænger préfère, dans la rétroflexion de l'utérus, s'adresser au col qu'il fixe en arrière. Le corps suit alors le col et reprend sa position normale. Vrommel avait déjà essayé de guérir la rétroflexion par le rétrécissement du repli de Douglas. Le procédé de Herrick qui consiste à aviver la face postérieure du col (portio ?) et à la suturer à la paroi postérieure du vagin, repose sur un principe analogue. La guérison serait obtenue dans la moitié des cas.

M. Sænger a recours au procédé suivant : L'utérus une fois abaissé, et le repli de Douglas déterminé avec le doigt introduit dans le rectum, le col (portio ?) est traversé avec une aiguille qu'on conduit autour de chaque pli ; les fils sont noués dans le vagin. Dans trois cas où cette opération a été faite, M. Sænger a eu trois succès.

M. Olshausen croit que dans les rétroflexions non mobiles, l'ouverture de la cavité abdominale ne peut être évitée. Si l'on fixe le col en arrière, les mouvements antéro-postérieurs de l'utérus ne seront possibles que dans une étendue très restreinte.

M. Frank rappelle qu'il emploie un autre procédé consistant à décoller le péritoine de la face antérieure de l'utérus et à suturer ensuite cette face, ainsi avivée, à la paroi postérieure de la vessie.

M. Ziegenspeck est d'avis que dans le traitement de la rétroflexion il faut s'adresser aux causes étiologiques, la para et péri-métrite, la para-colpite, etc.

M. Olshausen répond que le traitement étiologique est impossible quand l'utérus est fixé par des adhérences qu'on ne peut détruire qu'après l'ouverture de l'abdomen. Les exsudats disparaissent une fois que l'utérus est replacé dans sa position.

Blennorrhée chez les petites filles.

M. Cahen a trouvé vingt fois sur 21 cas une véritable infection gonorrhéique. Dans 18 cas l'infection siégeait dans l'urèthre qui, comme chez les adultes, sécrétait du pus contenant des gonocoques. Ceci s'explique par la position superficielle de l'urèthre qui prête beaucoup à l'infection. Par contre, le vagin oppose une certaine résistance à l'invasion des gonocoques. Une fois on avait trouvé un catarrhe du col, une fois de la cystite avec métastase au métacarpe.

L'incubation dure de 2 à 3 jours. Le pronostic est favorable et l'affection guérit dans l'espace de quelques mois.

CONGRÈS DES MÉDECINS ET CHIRURGIENS AMÉRICAINS

Association neurologique américaine.

Traitement de la paralysie spinale antérieure.

M. V. Gibney. — Il arrive souvent que la paralysie d'un muscle ou d'un groupe de muscles se complique d'une contracture des muscles antagonistes qui rend souvent inefficace le traitement local, la distension excessive du muscle rendant insuffisants les effets du courant galvanique ou faradique ou du massage qui seraient efficaces dans d'autres conditions. Il est donc nécessaire de commencer le traitement des paralysies dues à une poliomyélite antérieure aiguë par le replacement des surfaces articulaires dans leur position normale.

Syphilis intra-crânienne.

M. L. Gray. — Certains cas de syphilis intra-crânienne se traduisent par une céphalalgie pour ainsi dire périodique revenant généralement la nuit, mais parfois l'après-midi ou le matin et par de l'insomnie, ces deux symptômes cessant tout à coup lorsque surviennent des phénomènes paralytiques. Cette forme particulière de céphalalgie peut se montrer aux périodes les plus variables de l'infection syphilitique.

M. Mills. — Le développement d'une paralysie après la disparition de la céphalalgie et de l'insomnie n'a pas une grande importance pour le diagnostic et le traitement de la syphilis : ce sont des symptômes de lésions dégénératives.

M. Hughes. — La persistance de la céphalalgie a plus d'importance que sa périodicité.

Réapparition de la sensibilité après l'extirpation d'un névrome.

M. G. Walton. — J'ai vu chez un homme de 29 ans, qui s'était fait 14 ans auparavant avec un ciseau une plaie de l'index droit atteignant le nerf et qui depuis ce moment avait une anesthésie complète de la région correspondante ; depuis deux ans, il y avait de la paresthésie et des douleurs occupant toute la main et de la douleur à la pression sur le tronc du nerf ; on constata sur le trajet du nerf un névrome qui fut excisé ; dans l'espace de 4 mois, la sensibilité revint et les autres symptômes disparurent graduellement. Ce fait prouve que l'ancienneté de l'anesthésie n'est pas une contre-indication à une opération sur un nerf périphérique.

Localisations cérébrales.

D'assez nombreuses observations ont été publiées à cet égard, confirmant pour la plupart les données classiques. **M. Ch. K. Mills** a décrit le cerveau d'un homme atteint de surdité verbale, puis d'hémiplégie droite, après deux attaques d'apoplexie : à l'autopsie, lésions des deux premières temporales, des deux côtés. Le même auteur a relaté un cas de kyste hémorrhagique sous-cortical dans la zone des membres supérieurs et inférieurs. Enfin il a publié une observation d'athétose avec troubles diffus, bilatéraux de la sensibilité, où il y avait à l'autopsie une méningite de la convexité avec ramollissement cortical et sous-cortical des deux hémisphères ; les lésions prédominaient dans la partie postérieure du lobe pariétal.

M. J.-J. Putnam n'a pu trouver aucune lésion cérébrale dans un cas d'athétose infantile. Dans un cas d'ataxie locomotrice sans troubles de l'intelligence, il a vu une hémorrhagie sous-corticale linéaire dans la région du lobule paracentral ; il y avait dégénération descendante secondaire. Enfin dans un cas d'aphasie sensorielle, une opération a fait trouver un kyste dans le lobe temporal gauche.

M. L.-C. Gray a observé un homme hémiplégique, avec troubles du sens musculaire, chez lequel une opération resta infructueuse : à l'autopsie, sarcome kystique sous-cortical à la jonction des centres et membres supérieur et inférieur. Il y avait en même temps un sarcome de la cuisse.

M. J.-W. Putnam relate un fait où, peu après l'ablation de polypes des fosses nasales, il survint de la perte de la mémoire et au 8e jour du coma avec troubles intenses. Un abcès du lobe gauche du cerveau fut diagnostiqué et ouvert, mais le malade mourut. Dans un cas d'athétose infantile, l'auteur a trouvé une absence du corps calleux et un abcès dans la pointe de chaque lobe temporal. Dans un autre fait, un gliome de la base, refoulant la moelle d'un côté, causa un état spasmodique des 4 membres.

M. Dana. — Chez un homme de 46 ans, qui avait eu la syphilis 10 ans auparavant, qui présentait de la céphalalgie, des convulsions localisées aux membres gauches avec hémi-

plégie et anesthésie gauches, j'ai trouvé une gomme de la dure-mère au niveau des circonvolutions centrales du côté droit. Chez un homme de 55 ans, atteint d'hémiplégie droite progressive, avec un certain degré d'anesthésie du même côté, j'ai rencontré une tumeur du volume d'un œuf de poule sur la partie moyenne de la circonvolution précentrale gauche. J'ai rencontré plusieurs autres faits en faveur d'une localisation de la sensibilité : je crois que la sensibilité de la peau a dans l'écorce cérébrale un territoire spécial, plus diffus que le territoire moteur; lorsqu'un côté est atteint, il s'établit, au moyen du côté opposé de l'encéphale, une suppléance plus complète que pour le mouvement et pour les sensibilités spéciales.

M. Knapp. — A l'autopsie d'un enfant atteint d'athétose, j'ai trouvé de l'hydrocéphalie et une méningite tuberculeuse basilaire, sans lésions de la moelle. Je pense, comme M. Dana, qu'il y a une localisation corticale sensitive et que le territoire sensitif est plus étendu en arrière qu'en avant de la scissure de Rolando; il peut y avoir des lésions de la zone rolandique sans troubles moteurs.

Maladie de Friedreich.

M. D. Inglis. — La lésion principale de la maladie de Friedreich est une sclérose complète des cordons de Goll, avec sclérose prononcée de la plus grande partie du cordon de Burdach, du faisceau cérébelleux direct et de la colonne vésiculaire de Clarke; la sclérose du faisceau pyramidal croisé est moins complète et moins constante. Il résulte de là que tous ces faisceaux qui dégénèrent de bas en haut, généralement regardés comme centripètes et destinés à la transmission des impressions sensitives, peuvent être détruits dans une grande étendue sans qu'il en résulte aucune diminution des diverses sensibilités. Cette constatation conduit à penser que les faisceaux postérieurs et cérébelleux directs ne sont pas destinés à la transmission des impressions sensitives, mais plutôt à celle des impulsions motrices coordonnées. L'embryologie confirme cette déduction, car à la fin de la vie intra-utérine, quand le faisceau pyramidal croisé n'est pas encore développé, les faisceaux postérieurs et cérébelleux sont déjà complets, ce qui prouve que leurs fonctions commencent à la naissance. Or, l'enfant nouveau-né n'exerce pas de contrôle volontaire sur ses muscles et n'a pas un sens de perception très net, tandis qu'il possède à un degré assez développé la coordination des fonctions motrices non volontaires.

Association dermatologique américaine.

Tuberculose cutanée.

M. J. White (Boston). — La dénomination d'eczéma tuberculeux employée pour désigner l'état eczémateux des parties voisines des lésions tuberculeuses est aussi mauvaise que celle d'eczéma syphilitique et doit être abandonnée. Les ulcérations superficielles développées par auto-inoculation au voisinage des orifices naturels chez les phthisiques n'offrent pas assez d'importance pour mériter de former une classe séparée. Il y a certainement encore des formes de tuberculose cutanée qui ne sont pas connues, et dans beaucoup de cas obscurs le diagnostic n'est rendu évident que par quelque autre lésion tuberculeuse, des ganglions lymphatiques ou des os, par exemple.

La nature tuberculeuse des lésions, dans les diverses formes de tuberculose cutanée et du lupus en particulier, est démontrée par les résultats de l'inoculation aux animaux et par le développement de ces diverses lésions par auto-inoculation chez des sujets atteints de tuberculose profonde. Ainsi le lupus peut se montrer après l'ouverture à la peau d'un foyer d'origine glandulaire ou osseuse. Des lésions traumatiques, infectées par des produits tuberculeux, peuvent devenir le siège de la tuberculose cutanée.

M. Brown (Boston). — J'ai étudié, au microscope, un certain nombre de cas de tuberculose cutanée. Dans la tuberculose miliaire, qui est caractérisée par le développement d'ulcères douloureux au niveau des orifices muqueux chez les phthisiques, les caractères sont exactement ceux de la tuberculose des organes internes : la peau est infiltrée d'un nombre considérable de petites cellules rondes, mélangées par places de cellules épithélioïdes et de cellules géantes; dans un cas, j'ai trouvé un grand nombre de bacilles tuberculeux; cette forme présente avec le lupus les mêmes différences qui séparent la tuberculose aiguë de la tuberculose à marche lente. Dans la scrofulodermie, le tissu cellulaire sous-cutané et la partie profonde du derme sont le siège du processus morbide qui souvent a pour point de départ les glandes lymphatiques; les caractères anatomiques ne diffèrent pas essentiellement de ceux de la tuberculose des organes profonds; les lésions dégénératives sont ordinairement plus prononcées que dans le lupus; les bacilles tuberculeux existent constamment. Le lupus ne peut pas être séparé de la tuberculose au point de vue purement anatomique; le point de départ des lésions est le chorion, mais en règle générale l'épiderme est le siège de lésions secondaires. La tuberculose verruqueuse est très voisine, sinon absolument identique au tubercule des anatomistes : les papilles sont allongées et élargies, couvertes de lamelles cornées; les prolongements interpapillaires sont hypertrophiés; les altérations principales occupent les couches supérieures du derme, les papilles et les parties adjacentes; les bacilles y sont, d'après Riehl et Paltauf, plus nombreux que dans le lupus, mais moins nombreux que dans la tuberculose miliaire; les lésions présentent presque toujours un caractère inflammatoire; le siège du processus est la principale caractéristique anatomique de cette forme.

M. Fox. — Le traitement du lupus doit : 1° amener la disparition des lésions, 2° être aussi peu douloureux que possible, 3° défigurer aussi peu que possible. L'ablation avec le bistouri n'est pas un bon procédé. La cautérisation est douloureuse, produit des cicatrices et est inférieure aux autres méthodes. L'électrolyse donne quelquefois de bons résultats, mais c'est une méthode lente. La curette est insuffisante à guérir le lupus. Les avantages de la scarification ont été exagérés. La crainte hypothétique de mettre des bacilles en liberté et de produire l'infection de l'économie n'est pas une objection sérieuse, mais c'est seulement dans le lupus ulcéreux du nez que la méthode offre une supériorité. Dans un cas, la fuchsine après la scarification m'a paru agir très bien. Les cas dans lesquels l'huile de foie de morue ne donne pas de résultats peuvent être considérés comme très graves. L'iodure d'amidon est un très bon agent dans les affections scrofuleuses et dans le lupus. Des divers traitements spécifiques de la tuberculose cutanée, le traitement de Koch mérite seul l'attention : en général, ses résultats ont été négatifs, mais dans quelques cas le lupus semble s'être ramolli et les résultats heureux sont apparus seulement lorsqu'on a eu mis en usage d'autres moyens de traitement.

M. Piffard. — La seule méthode rationnelle de traitement du lupus est l'ablation des parties malades par l'excision quand elle peut être complète. Les résultats esthétiques ont moins d'importance que la disparition complète des tissus malades. Le bacille occupe des couches trop profondes pour pouvoir être atteint par les cautères; il faut recourir au grattage associé à la cautérisation et faire celle-ci assez profonde pour détruire toutes les parties malades. Le chlorure de zinc a l'avantage de joindre des propriétés antiseptiques à son action caustique.

M. Zeisler. — J'ai obtenu de bons résultats avec le galvano-cautère; on peut diminuer la douleur par la congélation avec le chlorure de méthyle. Le nitrate d'argent donne aussi de bons résultats. J'ai toujours vu échouer le traitement de Koch.

M. Morrow. — La scarification est un très bon moyen de traitement du lupus; la crainte de l'auto-infection est peu justifiée, et si elle présentait quelques dangers, on les éviterait avec la scarification ignée. Pour les nodules disséminés, j'emploie les cautérisations ignées avec un cautère porté au rouge blanc.

Greffes cutanées.

M. Morrow. — Voici un malade que j'ai opéré d'un épithélioma et auquel j'ai réappliqué un lambeau de peau enlevé à l'emporte-pièce sur la plaie faite avec le même instrument. Chez un autre malade j'ai réappliqué avec succès partiel, sur une cicatrice du crâne, un fragment de cuir chevelu enlevé à une autre personne; on peut obtenir l'intégrité de ces greffes à condition qu'elles présentent une épaisseur suffisante. La méthode est applicable en particulier aux opérations sur la face pour cancer, verrues, taches pigmentaires, cicatrices, etc.; elle diminue les chances de récidives du cancer.

Traitement de la pelade.

M. Morrow. — Le traitement de la pelade varie suivant les cas. La plupart du temps, on doit recourir aux agents stimulants et irritants et il n'est pas nécessaire que les agents stimulants soient en même temps parasiticides. Dans les cas les moins intenses, l'épilation autour de la plaque malade est utile, puis je fais appliquer une traumaticine contenant de 5 à 10 pour 100 de chrysarobine et de 2 à 5 pour 100 d'acide salicylique ; le massage, les huiles stimulantes, les frictions sont de bons moyens adjuvants. L'acide acétique suivant la méthode de E. Besnier donne de bons résultats. La pilocarpine et l'électricité ne m'ont pas donné de succès.

M. Duncan Bulkley.— J'ai employé pendant longtemps avec succès l'acide phénique pur ou en solution à 95 pour 100 ; il faut avoir soin de ne pas l'appliquer sur de trop larges surfaces à la fois; il cause une légère douleur, mais les malades ne se refusent pas à une nouvelle application du médicament. Je n'ai fait usage de l'acide phénique que sur le cuir chevelu. Je ne crois pas à la nature parasitaire de la pelade et si j'emploie l'acide phénique,c'est à titre de stimulant et non à titre de parasiticide. Je donne de la strychnine et de l'acide phosphorique à l'intérieur et je stimule la nutrition par tous les moyens possibles.

M. Duhring. — Je crois que la pelade n'est pas contagieuse. L'arsenic a une grande valeur thérapeutique dans cette affection et est supérieur à toutes les méthodes locales réunies.

M. Allen. — Je suis convaincu de la nature parasitaire de la pelade. Les traitements internes rendent le terrain peu favorable au développement du parasite et c'est probablement de la sorte qu'agissent un certain nombre de substances. Le naphtol est très utile en applications externes.

Xeroderma pigmentosum.

M. Taylor. — J'ai observé deux nouveaux cas de xeroderma pigmentosum ; l'affection s'était développée dans un cas à l'âge de 6 mois et dans l'autre à l'âge de 8 mois ; il n'y en avait pas d'autres cas dans la même famille. L'un des enfants est mort à l'âge de 2 ans, l'autre est actuellement âgé de 9 ans.

Prurit.

M. Bronson. — Le prurit est une maladie consistant en des changements moléculaires dans l'appareil sensitif; il y a presque toujours en même temps hyperesthésie de la peau. Beaucoup de cas de prurit sont dus à une irritation réflexe. Les parties couvertes de poils sont particulièrement exposées au prurit. Il n'est pas toujours facile de distinguer le prurit primitif du prurit secondaire. Le prurigo diffère du prurit par le développement de papules et d'autres lésions. Le siège du prurit est dans l'épiderme; c'est un trouble dynamique, dont l'origine peut être centrale.

Lésions cutanées associées à des troubles nerveux.

M. Corlett. — J'ai observé deux fois des lésions ressemblant au lupus érythémateux de la face et un cas de vitiligo accompagné de lésions ulcéreuses et autres. Ces affections s'étaient développées, sauf dans un cas, chez des femmes jeunes; dans les deux cas l'irritation locale paraissait due à des troubles de la réfraction, car après la correction de ceux-ci les éruptions disparurent ; dans le troisième cas, il y avait une dégénérescence nerveuse héréditaire.

M. Bronson. — Il n'est pas nécessaire d'admettre dans ces cas un élément nerveux. Le premier cas est un cas de lupus érythémateux et les démangeaisons ne suffisent pas à rejeter ce diagnostic.

Épilation.

M. Zeisler. — L'épilation a l'avantage d'enlever les parasites contenus dans la gaine des poils où ils irritent les tissus de voisinage et de donner l'accès des parties profondes aux parasiticides. Unna a tort de donner la rasure comme un moyen suffisant du traitement du sycosis; elle ne peut être considérée que comme un adjuvant de l'épilation. Dans le favus, l'épilation est indispensable, et doit être répétée jusqu'à la guérison ; dans l'eczéma sycosiforme, elle donne de très bons résultats ; dans la pelade j'ai obtenu la guérison dans l'espace de 6 à 8 semaines au moyen de l'épilation combinée avec l'emploi de l'acide pyrogallique, et les lésions ne se sont pas étendues.

M. Fox. — Je ne conteste pas la grande utilité de l'épilation, mais je crois que quelques cas chroniques tirent plus d'avantages d'une hygiène appropriée que des moyens locaux de traitement.

M. Klotz. — L'épilation est importante, mais on peut guérir le sycosis sans épiler, au moyen de pommades légères au naphtol, au soufre et au zinc. Dans le favus, il est souvent nécessaire d'épiler tout le cuir chevelu.

M. Duhring. — La douleur de l'épilation est si intense que les malades ne peuvent s'y soumettre. Dans les cas prononcés de pelade, il ne reste pas de cheveux malades à épiler.

M. Hyde. — L'épilation est utile, sauf dans le sycosis de la lèvre supérieure.

Molluscum contagiosum.

M. Graham. — Le molluscum est certainement contagieux. J'ai isolé dans ses éléments un micrococcus que j'ai cultivé et que j'ai inoculé, mais sans succès ; c'est probablement le micrococcus epidermicus albus de Welsh. Les corpuscules du molluscum ne sont pas les agents de la contagion de cette maladie, à moins qu'ils ne renferment des micro-organismes.

Pemphigus végétant.

M. Nevins Hyde. — J'ai observé chez une femme un cas de pemphigus végétant qui avait d'abord été pris pour des condylomes d'origine vénérienne. Des bulles se sont développées sur le cou, le dos et en d'autres régions. La malade est actuellement en voie de convalescence, mais il est encore impossible de porter un pronostic favorable. Dans les bulles, j'ai trouvé un micro-organisme que j'ai isolé, mais qui ne peut être regardé comme spécifique.

Mycosis fongoïde.

M. Stelwagon. — J'ai observé un cas de mycosis dans lequel une première tumeur fongoïde s'était développée à la base du pouce, puis d'autres tumeurs se montrèrent sur le reste du corps, et ensuite il se produisit une rougeur ressemblant à celle de l'eczéma et quelques attaques érysipélatoïdes. Dans un autre cas, l'affection débuta par une éruption ayant l'apparence de l'urticaire, puis il se produisit en différentes régions du corps des tumeurs variant du volume d'un pois à celui d'une petite cerise, tumeurs qui plus tard atteignirent la dimension d'une orange; en outre il parut une éruption eczématiforme. Les deux cas se terminèrent par la mort. A l'examen histologique, les tumeurs présentaient les caractères du sarcome à cellules rondes; elles renfermaient des micro-organismes semblables à ceux qu'on a déjà rencontrés dans cette affection. L'inoculation de ces tumeurs, faite à 16 animaux, a donné des résultats négatifs.

Lichen ruber.

M. Grindon. — J'ai observé un cas de lichen ruber à marche remarquablement chronique, accompagné d'un prurit très violent,qui présentait des exacerbations pendant la saison froide et disparaissait presque pendant la saison chaude. Une guérison presque complète se produisit après une opération chirurgicale. Les papules occupaient toute la surface du corps et avaient envahi en dernier lieu les extrémités. Les cheveux et les ongles avaient fini par être atteints par la maladie.

La lèpre sur la côte orientale des Etats-Unis.

M. Geddings. — Dans la Caroline du Sud, la lèpre ne s'observe presque exclusivement que dans les populations de la côte, comme en Norvège. A Charleston et dans les environs, on a constaté, depuis 1847, 37 cas de lèpre. J'ai observé 3 de ces cas, chez deux frères et une sœur qui ont été atteints de lèpre simultanément : la maladie s'est manifestée par le développement de bulles occupant la partie externe de la jambe gauche; survenue chez tous trois le même jour après avoir habité une maison inondée par un cyclone. (*Association de climatologie.*)

Association gynécologique américaine.

Diabète et glycosurie des femmes enceintes.

M. Fry. — La glycosurie physiologique et les diverses formes de diabète ne doivent pas être confondues avec le diabète sucré des femmes enceintes. J'ai observé un exemple de ce dernier chez une femme dont la première grossesse avait été normale et qui, au cinquième mois de sa deuxième grossesse, présenta les premiers signes du diabète; elle accoucha au septième mois d'un enfant mort et mourut 5 jours après. Cette affection est peut-être moins rare que ne le fait penser la pauvreté de la littérature à son sujet. Elle est tantôt sous la dépendance exclusive de la grossesse, tantôt due à ce que celle-ci vient aggraver un diabète jusque-là peu accusé. Pour la reconnaître, il faut rechercher la glycosurie chez les femmes enceintes toutes les fois qu'elles s'affaiblissent ou qu'elles maigrissent et toutes les fois que l'enfant meurt sans cause apparente. Le diabète est moins modifiable par le traitement que lorsqu'il survient dans d'autres conditions; s'il ne cause pas la mort avant l'accouchement, il peut guérir, mais une grossesse nouvelle peut le faire reparaître. Le diabète survenant pendant la grossesse revêt souvent la forme intermittente. Le fœtus meurt généralement vers le septième mois, mais n'est souvent expulsé que deux mois plus tard. On a parfois mentionné un développement excessif de l'enfant. Une femme atteinte de diabète ne doit pas se marier. L'accouchement provoqué chez une femme enceinte atteinte du diabète n'est justifié que lorsque l'enfant est viable.

Carcinome et sarcome primitif entre les feuillets du ligament large.

M. Joseph E. Janvrin. — Il s'agit là de cas peu communs; je peux en rapporter 3 observations : dans la première il s'agissait d'un myxo-sarcome ; dans la troisième, d'un adénosarcome ; dans la deuxième, d'un carcinome développé entre les 2 feuillets du ligament large. Dans le premier cas il s'agissait d'un malade qui avait subi de nombreuses injections d'ergotine dans ce qui avait été pris pour un fibrome.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 20 *octobre* 1891.

Présidence de M. Regnauld

MM. les Drs *Chavernac* (d'Aix en Provence) et *Lagrange* (de Vichy) se portent candidats au titre de correspondant national.

Bacillus coli communis et bacille d'Eberth.

MM. A. Rodet et **G. Roux** (de Lyon). — Dans la dernière séance MM. Chantemesse et Widal ont déclaré, contrairement à nous, que le bacillus coli communis reste toujours différent du bacille d'Eberth. Nos adversaires n'opposent aux transformations d'ordre morphologique signalées par nous en 1889 qu'un fait expérimental qui nous appartient et dont ils triomphent, croyant avoir relevé une grossière erreur, à savoir la suppression des caractères distinctifs du B. coli par le chauffage pendant 13 minutes à 80°. Or, nous avons autrefois cité plusieurs autres conditions comme capables de donner au b. coli les caractères du b. d'Eberth et notamment le chauffage, le vieillissement, l'action des antiseptiques et même aujourd'hui le passage dans le corps de certains animaux, etc.

Nous avons maintes fois observé que le bacille d'Eberth était tué plus vite que l'autre par le chauffage, et accessoirement nous vîmes qu'à un moment donné, le bacille coli, après un abaissement graduel de la température-limite de la culture, était tué après 13 minutes de chauffage à 80°. Si MM. Chantemesse et Widal ont vu mourir le bacillus coli beaucoup plus vite sous l'influence d'un chauffage fait dans d'autres conditions, ce fait ne contredit en rien le nôtre qui consista à avoir obtenu dans les conditions fixées par nous l'abaissement de la température-limite du bacillus coli, c'est-à-dire la suppression de l'un des caractères distinctifs des deux microbes.

Cette prétendue erreur de fait étant relevée, nous ne saurions nous arrêter à discuter les différences fonctionnelles qui pourraient exister entre deux bactéries dont l'une est prise à son état saprophytique et l'autre à son état de parasitisme spécial dans lequel il faut faire intervenir et les propriétés pathogènes nouvelles et les transformations subies dans l'organisme du typhique. Nous publierons prochainement nos expériences sur ce sujet.

Admettons que ces différences soient réelles et constantes; sont-elles suffisantes pour faire de ces bacilles deux espèces absolument distinctes et annihiler toutes les similitudes que nous avons constatées? Nous ne le pensons pas. Les exemples abondent aujourd'hui de micro-organismes qui, suivant les conditions dans lesquelles on les place, importants ou infimes, connus ou inconnus, acquièrent ou perdent telle propriété d'ordre fonctionnel analogue à celle de faire fermenter les sucres : tels, en dehors de la levûre de bière elle-même, le vibrion septique, la bactéridie charbonneuse.

Il est donc impossible de différencier deux espèces par des fonctions qui, comme les fonctions zymotique, chromogène, spirogène même, sont essentiellement transitoires et modifiables. Et, pas plus que la réaction, très faible au reste, de l'indol dans les cultures du bacillus coli, nous ne considérerons le pouvoir fermentateur de ce microbe comme un caractère de différenciation spécifique.

Autrement important paraît être au point de vue morphologique le fait, signalé par Lœffler, de la présence de cils chez le bacille d'Eberth et de leur absence chez le bacillus coli; or, en ce qui concerne ces cils et surtout leur pérennité, nous faisons pour le moment les plus expresses réserves et ne tarderons pas à publier ce que nous avons observé à ce sujet.

MM. Chantemesse et Widal nous reprochent de ressusciter sous le couvert de la bactériologie la vieille théorie de Murchison et de remettre en honneur les anciennes idées médicales sur la spontanéité de la dothiénentérie. Or, la spontanéité morbide n'a rien à faire ici ; elle signifiait la création de toutes pièces de la maladie par l'organisme, tandis que nous attribuons la fièvre typhoïde à un germe, à un microbe. Avant de présenter notre manière de voir comme rétrograde il faudrait stigmatiser d'abord la même prétendue spontanéité morbide admise pour d'autres maladies microbiennes dont les germes peuvent être des hôtes habituels des organismes normaux et déclarer inadmissible la théorie qui attribue l'angine diphthéritique à un microbe fréquemment présent dans la bouche en considérant le bacille diphthéritique de Klebs et le pseudo-diphthéritique de Lœffler comme non spécifiquement distincts. Sous peine de contradiction et d'injustice on doit reconnaître qu'il est tout aussi légitime de soupçonner l'identité spécifique du bacillus coli et du bacille d'Eberth.

Au point de vue de l'hygiène publique, MM. Chantemesse et Widal condamnent une eau lorsqu'elle renferme le bacille d'Eberth; nous la proscrivons lorsqu'elle contient tout simplement le bacille coli et nous avons la conviction en agissant ainsi de préserver plus d'existences qu'ils ne font en s'en tenant à leur opinion stricte.

A des faits d'ordre morphologique exposés par nous il y a deux ans, MM. Chantemesse et Widal opposent une constatation biochimique toute récente dont nous laissons aux bactériologues compétents le soin d'apprécier l'importance. Il ne suffit pas de démolir à grand fracas une théorie, il faut justifier cet acte.

Hernie inguinale à sac diverticulaire.

M. Dubar (de Lille) a été appelé, au huitième jour de l'étranglement, auprès d'un homme de 68 ans, porteur d'une hernie vieille de 20 ans qu'il n'avait pu réduire par des manœuvres de taxis dont lui-même avait coutume. Des purgatifs n'avaient fait qu'aggraver les symptômes. M. Dubar trouva une tumeur bilobée : la partie externe était réductible avec gargouillement; la partie interne restait irréductible et douloureuse. Ecartant l'idée d'un kyste enflammé du cordon, M. Dubar opéra, en fendant d'abord le sac de la partie réductible, et il trouva un diverticule supéro-interne où était étranglée une anse grosse comme une noix. Débridement. Réduction. Guérison. M. Dubar termine par quelques considérations sur ces hernies à sac diverticulaire, cite des faits analogues au sien dus à Demeaux, Bérard, Lejars et montre que parfois le diagnostic peut être soupçonné.

M. Chauveau commence la lecture d'un mémoire sur la transformation des virus, à propos des relations qui existent entre la vaccine et la variole. — (Ce mémoire sera résumé après son achèvement dans la prochaine séance).

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 16 *octobre* 1891.

Présidence de M. E. Labbé

Sur la polyurie des sciatiques.

M. R. Lépine, à propos de la communication de MM. Debove et Rémond de Metz, rappelle que dans la thèse de son élève Hugonnard, en 1880, il a rapporté un cas de polyurie chez un individu atteint de sciatique. Pour lui, cette complication est cependant rare au cours de la sciatique. M. Lépine rappelle également que, dans la même thèse, il a montré expérimentalement que les excitations moyennes ou fortes du sciatique diminuent considérablement ou même arrêtent la sécrétion urinaire. Les excitations légères du même nerf l'augmenteraient.

Sur les modifications de la sécrétion urinaire, après les crises d'épilepsie et d'hystérie.

M. R. Lépine. — J'ai étudié l'état de l'urine dans divers états nerveux et particulièrement dans l'épilepsie, mais ces travaux n'ont pas eu pour objet le diagnostic de l'hystérie et de l'épilepsie. J'ai trouvé avec M. Jacquin qu'après l'attaque épileptique et même parfois le simple vertige, il y a une augmentation notable des phosphates terreux, par rapport à l'azote urinaire. Ce fait important a été pleinement confirmé par M. Mairet et par MM. Gilles de la Tourette et Cathelineau. Pour l'hystérie, je me suis borné à constater avec la collaboration de M. Aubert que le phosphore incomplètement oxydé de l'urine pouvait être augmenté après une attaque, fait d'autant plus intéressant qu'on n'avait pas encore noté d'anomalie quantitative d'un des éléments de l'urine, sauf l'eau après l'hystérie.

Un cas d'acromégalie.

M. Du Cazal présente un soldat de la garde républicaine âgé de 46 ans, atteint d'acromégalie typique. Chez lui, la maladie date de 23 ans, mais c'est seulement depuis 1885 qu'elle a provoqué un léger essouflement et une diminution des forces. Toute la tête est augmentée. Le maxillaire inférieur fait une notable saillie en avant, le thorax est déformé, la macroglossie est très prononcée, les doigts et les orteils sont déformés en boudin.

Des anomalies dans l'évolution du processus de la digestion stomacale à l'état pathologique.

M. Hayem rappelle d'abord brièvement comment se fait, d'après ses recherches et celles de son collaborateur M. Winter, la digestion normale du repas d'épreuve ou repas d'Ewald, composé de 250 gr. de thé léger et de 60 gr. de pain rassis.

Les anomalies de l'évolution du processus digestif consistent soit dans une accélération, soit dans un ralentissement de ce processus.

Cette classe comprend plusieurs variétés :

1° Une première série se caractérise par la rapidité exagérée des deux temps de la digestion, que le processus digestif soit intense ou affaibli.

2° Dans une seconde série, la même accélération du processus digestif, considéré aux deux phases de son évolution, coïncide avec un affaiblissement de ce processus.

3° Dans une troisième série, la déviation évolutive, caractérisée toujours par une accélération du processus digestif, se complique d'une évacuation précoce du contenu stomacal. C'est ainsi qu'une heure après le repas d'épreuve l'estomac est vide ou à peu près.

4° Dans une quatrième série, la première phase de la digestion est rapide comme dans les cas précédents, mais elle se prolonge par suite d'un état particulier d'excitation stomacale accompagnée d'une augmentation de la sécrétion gastrique. Cette dernière variété représente donc un type plus complexe que les précédents.

Anomalies par ralentissement du processus nutritif. — Chez beaucoup de dyspeptiques la digestion évolue avec lenteur. Chimiquement cette anomalie se traduit par l'élévation pénible de la courbe représentant les produits chloro-organiques, de telle sorte que le maximum de cette courbe n'est atteint qu'au bout de 90 minutes ou même plus tard encore.

Le ralentissement de la digestion, depuis la première phase jusqu'à la dernière, est presque exclusivement l'apanage des dyspeptiques chez lesquels il y a en même temps un affaiblissement de la peptonisation et une déviation du processus digestif donnant naissance à un excès d'acide chlorhydrique libre. Il est donc surtout bien caractérisé, dans les cas que j'ai décrits sous le nom d'*hyperpepsie qualitative*; c'est-à-dire dans ceux qui correspondent à l'*hyperchlorhydrie* proprement dite. L'expression *hyperpepsie qualitative*, dont je me suis servi, serait, du reste, avantageusement remplacée par celle d'*hyperpepsie avec hyperchlorhydrie*.

Lorsque cet état morbide des mieux caractérisés acquiert son plus haut développement, la sécrétion gastrique très excitée devient continue. La digestion est faible, traînante, et, pour ainsi dire, indéfinie. L'estomac est en travail perpétuel, même à jeun.

Dans tous ces faits de ralentissement du processus nutritif, contrairement à ce qui se passe dans les cas de digestion rapide, l'estomac se débarrasse tardivement de son contenu et l'on peut alors observer les divers degrés de la dilatation.

Récemment, on s'est vivement préoccupé en Allemagne de découvrir des procédés capables de donner une idée approximative du pouvoir moteur de l'estomac. Aucun de ces procédés n'est entièrement à l'abri des critiques. Peut-être pourrait-on les perfectionner, mais, pour ma part, je pense qu'ils sont parfaitement inutiles. J'estime, en effet, que l'analyse chimique convenablement faite permet d'apprécier la rapidité du processus stomacal.

De l'ensemble des faits particuliers concernant l'évolution de ce processus tend à se dégager une sorte de loi générale qui peut être formulée de la façon suivante :

En l'absence d'obstacle mécanique au passage du conteau stomacal de l'estomac dans l'intestin, l'évacuation de l'estomac paraît être subordonnée à l'évolution du processus digestif, que celui-ci soit *intense* ou *affaibli*.

Dès que l'estomac a accompli le travail qu'il est *susceptible* de faire, ce travail fût-il nul ou à peu près, il se débarrasse de son contenu. Au contraire, lorsque sous l'influence d'un genre particulier d'excitation, le travail stomacal est traînant ou même continu, l'évacuation stomacale est retardée. Comme l'évolution du processus digestif dépend elle-même de la quantité et de la qualité des sécrétions gastriques, nous pouvons donc dire, comme conclusion, que les troubles moteurs de l'estomac paraissent être régis par les altérations sécrétoires et fermentatives.

Dans diverses publications récentes on a montré une tendance à expliquer la plupart des formes de dyspepsie à l'aide de prétendus désordres nervo-moteurs. D'après ces vues théoriques, l'ataxie gastrique aboutissant plus tard à la dilatation serait le plus souvent primitive et susceptible d'expliquer les modifications du processus chimique. L'examen sérieux des faits ne répond pas à ces conceptions.

M. Albert Mathieu. — Je crois que la névropathie précède souvent la gastropathie chez les dyspeptiques, particulièrement chez les hyperchlorhydriques. Les dyspeptiques sont le plus souvent des nerveux, des neurasthéniques, des arthritiques, des neuro-arthritiques. La preuve en est dans le rôle que jouent les émotions morales, les chagrins, les pertes d'argent.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 14 *octobre* 1891.

Plaies pénétrantes de l'abdomen.

M. Berger. — Au mois de juillet dernier, je vis un jeune homme de 18 ans qui, 16 heures auparavant, s'était tiré une balle de revolver (7 millim.) à la région épigastrique. L'état local et général était parfait et j'allais déclarer que ce n'était rien — une simple plaie non pénétrante — lorsqu'on me montra des matières vomies : c'était du sang mélangé à du chocolat. Il n'y avait eu ni épistaxis ni hémoptysie : c'était donc une hématémèse et la plaie stomacale était évidente. Mais l'état était tellement satisfaisant que je m'en tins au traitement médical ; au 5e jour le blessé prit un peu de lait et de bouillon, et eut une garde-robe sans incident ; au 8e jour il se mit à l'alimentation ordinaire ; au 15e jour il

se leva, entièrement guéri, et le resta depuis. Cette observation prouve donc qu'une petite plaie stomacale peut guérir sans intervention chirurgicale. Je n'en tire pas de conclusion, mais je vous communique le fait parce que j'ai pris pour règle de vous communiquer toutes les plaies pénétrantes de l'abdomen que je soignerai. Ma pratique actuellement se résume en ceci. Deux plaies de l'estomac (la première a été diagnostiquée parce que la balle a été rendue par l'anus) ont guéri spontanément : j'avais été appelé après 12 heures écoulées et j'ai cru devoir m'abstenir. Deux plaies du côlon ont guéri : l'une, il est vrai, accompagnée de hernie, mais siégeant sur la partie non herniée, a été suturée; l'autre, une plaie du cæcum par balle de revolver, n'a été vue par moi qu'au 15e jour, avec des phénomènes de péritonite modérés, et je n'ai rien fait. Six plaies de l'intestin grêle (1 par couteau, 5 par revolver) ont été traitées par la laparotomie et une a guéri (Voy. *Mercredi*, 1891, p. 164). Cela confirme un fait connu, la gravité moindre des plaies de l'estomac et du côlon.

En résumé, voici ma manière de faire : quand on m'apporte un blessé *immédiatement*, comme je ne puis pas exclure la possibilité de lésions viscérales multiples, je fais la laparotomie; au bout de 10 à 15 heures, en l'absence de tout symptôme, je n'interviens plus; ce serait m'exposer à défaire l'œuvre de la nature, et alors j'attends le début de la péritonite, cas auquel j'interviens, quelle que soit l'époque.

M. Verneuil. — La différence du pronostic suivant la cavité atteinte est un fait jugé : elle tient à la différence bactériologique du contenu de ces cavités. De là la différence entre l'estomac et l'intestin. Je rapporterai aujourd'hui deux observations inédites. L'an dernier j'ai été appelé au bout de 33 heures auprès d'un garçon de 17 ans qui s'était tiré un coup de carabine Flobert, à plomb, presque à bout portant, entre l'ombilic et le pubis. Quand j'arrivai, le sujet était mort depuis 1 heure. Mais si j'étais arrivé à temps je crois que la nature de la blessure aurait sans doute créé au chirurgien de grandes difficultés, car il y avait au moins 25 plombs.

Pendant ma villégiature à Trouville, je fus brusquement réveillé par un cuisinier de mon hôtel qui, au cours d'une rixe, venait de recevoir dans le ventre un couteau long de 30 centimètres. Sous une serviette, je vis une anse sortant par une plaie large de 5 centimètres : cette anse, affaissée, portait une plaie de 15 millimètres. Le blessé était dans un état demi-syncopal. On le porta à l'hôpital, mais là il n'y avait pour tout instrument, qu'une aiguille droite de Reverdin et du fil ordinaire. Rien ne coulait par la plaie pariétale, ni sang ni matières; le patient était très affaissé : je me bornai donc à établir avec la perforation un anus contre nature. Mais 34 heures après le malade mourait avec des signes d'intoxication suraiguë, sans avoir cependant dépassé 37°. A l'autopsie, on trouva derrière l'épiploon très épais, induré, formant tablier complet et perforé par l'anse herniée, un épanchement sanguin abondant, venant très probablement d'une plaie du cæcum. Il n'en sortait pas de matières fécales, mais probablement le péritoine a été infecté par là. Je ferai remarquer que cette plaie était à 12 centimètres de celle de la paroi, qu'en outre l'épiploon s'étalait derrière cette paroi : je ne crois pas que dans un pareil cas on pût rien faire.

M. Reclus. — Mon élève M. le Dr Brissé Saint-Macary m'a communiqué un fait de plaie, d'arrière en avant, par balle de fusil Gras. Les accidents étant nuls, on n'intervint pas; quelque temps après, un anus contre nature se créa, puis guérit, ce qui prouve bien une lésion intestinale. Je crois que, vu le calibre de la balle, ce cas eût été au-dessus des ressources de l'art. J'ai fait quelques expériences sur la septicité du contenu des divers segments du tube digestif : chez le lapin l'injection intra-péritonéale du contenu stomacal est bien supportée, tandis que celle du contenu intestinal est toujours mortelle. Dans le cas de M. Verneuil, l'anse perforée était affaissée; mais je répète que parfois la plaie est bouchée par un bouchon muqueux qui résiste à une pression notable, comme Bramann et moi-même l'avons vérifié. L'état de choc a été considéré par M. Verneuil comme une contre-indication opératoire : pour moi, au contraire, c'est la meilleure indication, car le choc est avant tout un symptôme d'hémorrhagie. Je voudrais me rallier aux conclusions de M. Berger, et comme lui je pense que si l'on est interventionniste il faut l'être dès les premières heures : mais la laparotomie immédiate donne encore 57 0/0 de décès, plus que l'abstention. Je connais un cas où, sans symptôme aucun, on a fait la laparotomie immédiate et recousu plusieurs perforations : le blessé est mort et rien ne prouve que l'abstention n'eût pas été heureuse.

M. Routier. — J'ai opéré à la huitième heure, à l'hôpital Tenon, un enfant de 14 ans qui s'était tiré un coup de canne à fusil, à plomb, à 3 centim. à gauche de l'ombilic. Je fis la laparotomie avec incision oblique, passant par la plaie et je suturai une plaie de l'estomac; mais je ne pus trouver deux perforations intestinales et le blessé mourut en 15 heures. La charge et la bourre avaient fait balle dans l'hypochondre gauche.

M. Peyrot. — Il y a aujourd'hui 17 jours, j'ai été appelé dans les Ardennes auprès d'un enfant de 16 ans qui avait reçu à bout portant, à 2 doigts à gauche de l'ombilic, une balle de carabine Flobert (9 mm.). L'accident avait 19 heures de date : le ventre était rétracté, indolent, mais le pouls battait 134, le thermomètre marquait 38°8, en sorte que malgré l'absence de vomissements, je diagnostiquai un début de péritonite. Mais une intervention me paraissait difficile à faire dans de bonnes conditions et j'observai pendant quelques heures : sous mes yeux se produisit une détente manifeste, le pouls tomba à 110, la température à 38°2, et cela me décida pour l'abstention. En effet, au bout de 6 à 7 jours la guérison semblait assurée; mais au huitième jour la fièvre reprit, puis se forma un empâtement dans la fosse iliaque gauche. M. Doyen ouvrit cette poche et trouva le petit bassin plein de pus : mais ce matin même le jeune homme est mort. Maintenant nous regrettons notre abstention, mais je crois qu'elle était justifiée.

M. Berger insiste sur la rareté des faits analogues à celui de M. Peyrot. Quand il y a début de péritonite, les résultats de la laparotomie sont déplorables, mais sans elle la mort est fatale.

M. Pozzi présente les malades auxquels il a fait la *castration incomplète* et qui s'en trouvent actuellement très bien.

M. Reclus présente un malade auquel **M. Lafourcade** a fait la gastrostomie sans sonde à demeure.

M. Walther présente 2 malades :

1° Un succès d'excision de spina bifida sur un enfant âgé de 4 heures;

2° Une femme à laquelle il a ouvert un kyste hydatique du foie par voie trans-pleurale, avec résection costale.

A. Broca.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 17 octobre 1891.

Présidence de M. Brown-Sequard.

Propriétés des sels de strontiane.

M. Féré. — D'après les indications de M. Laborde, j'ai été amené à expérimenter les sels de strontiane, et plus spécialement le bromure, chez des épileptiques; j'ai pu en comparer l'action à celle du bromure de potassium. On sait que des épileptiques soumis à l'action prolongée de fortes doses de ce dernier médicament voient leurs crises s'atténuer et s'espacer notablement. Or chez des sujets ainsi traités dès longtemps et améliorés, j'ai substitué une dose double de bromure de strontiane, dose que j'ai dû, à la suite de phénomènes d'intolérance et de bromisme, ramener à l'équivalence. Or l'amélioration produite par le bromure de potassium s'est continuée après la substitution du bromure de strontiane. L'avenir nous dira si la substitution peut être parfaite et toujours efficace. On observe avec le sel de strontiane les mêmes phénomènes, tendance au sommeil, trémulation des jambes; il n'y a pas d'accidents gastriques. J'ai expérimenté chez le lapin la toxicité des bromures à l'aide d'injections intra-veineuses d'une solution à 1 pour 100. La toxicité va croissant du sodium à l'ammonium, au strontium et au potassium, dont le composé bromé se montre le plus actif.

Rapport de la médication bromurée avec les infections.

M. Féré. — On a dit que les sujets soumis longtemps au traitement bromuré, étaient plus disposés à être infectés, par

le bacille de Koch en particulier. Je n'ai pas contrôlé cliniquement cette assertion, mais j'ai vu qu'au cours des épidémies pneumoniques de Bicêtre, les sujets soumis au bromure étaient plus vulnérables.

J'ai étudié la question chez le lapin et le cobaye en ce qui concerne l'infection tuberculine expérimentale après bromuration. Les animaux prenaient la dose énorme de 0,50 centigr. (cobayes) et 1 gr. (lapins), et étaient inoculés après quelque temps avec de la tuberculine virulente : on inoculait des témoins. Or chez ces derniers l'état restait d'abord satisfaisant, le poids augmentait, puis la tuberculose suivait ultérieurement son cours habituel.

Chez les animaux bromurés, au contraire, le dépérissement commençait de suite et la mort survenait beaucoup plus rapidement.

Fixation du bromure de potassium dans les organes.

MM. Féré et **Herbert**. — L'élimination de ce médicament se fait lentement; ainsi Rabuteau, même après l'administration de doses moyennes, en a retrouvé dans les urines même après trois semaines, et nous avons constaté le même fait. On peut donc chercher après la mort quel est le coefficient de fixation du sel bromique dans les organes.

D'après Cazeneuve et Wolf, l'accumulation se ferait surtout dans le cerveau, moins dans le foie. Cette infériorité du foie semble étrange *a priori*, étant donné ce qu'a observé M. Royer. Or, en réalité, nos recherches sont conformes aux vues de cet auteur. En examinant des organes dans un cas de bromuration ancienne, nous avons trouvé dans le foie une proportion de bromure notablement plus élevée que dans le foie. Il est aisé de faire la même constatation dans la bromuration expérimentale chez le cobaye et le lapin.

Biologie comparée du bacille typhique et du bacillus coli communis. Leur action sur les sucres.

M. Dubief. — Dans une récente communication, MM. Chantemesse et Widal ont donné comme caractère distinctif entre ces deux bacilles la propriété qu'aurait le bacillus coli de faire fermenter les sucres, à l'inverse du bacille typhique. Cette assertion en ce qui concerne la *glucose* est erronée.

Le bacille d'Eberth fait fermenter la glucose et il en est même un ferment assez actif ; les produits de la fermentation sont l'alcool éthylique qui représente à lui seul la majeure partie du sucre disparu, les acides acétique, butyrique et l'acide lactique.

Le bacillus coli a des propriétés fermentatives en tous points analogues et donne naissance aux mêmes produits.

La différence réside surtout dans la quantité d'acide lactique produit, qui est avec le bacillus coli le double environ du bacille typhique.

On ne peut, par un caractère aussi faible, établir une distinction absolue entre les deux microbes, et en tout cas, on ne peut poser cette formule générale, que le bacille d'Eberth ne fait pas fermenter les sucres.

En ce qui concerne l'action sur le lait, le même fait se reproduit ; s'il est vrai que le bacille d'Eberth laisse à ce liquide son apparence normale, tandis que le bacillus coli le coagule rapidement, cela tient uniquement à la proportion d'acide lactique. En effet la culture de bacille typhique dans le lait rend ce liquide acide et y produit de l'acide lactique, qui est seulement en quantité insuffisante pour amener une coagulation en masse. D'ailleurs, si l'on prolonge l'expérience pendant plusieurs semaines, le bacille d'Eberth finit aussi par coaguler le lait.

Tuberculose héréditaire.

M. Sabouraud. — Je présente les organes d'un fœtus né à terme d'une mère phthisique et mort au bout de huit jours d'une complication broncho-pneumonique. Le foie et surtout la rate présentent des formations tuberculeuses, qui, dans ce dernier organe, dépassent 8 à 10 millimètres de diamètre. Ces tubercules sont extrêmement riches en bacilles. Le foie est d'ailleurs tout à fait altéré et désorganisé.

Nous avons pu faire deux mois plus tard l'autopsie de la mère. La sphère génitale était indemne, et il n'existait qu'une tuberculose pulmonaire ancienne. Ce cas de tuberculose héréditaire est à rapprocher des faits de Johnes, Charrin, Malvoz, Landouzy et Martin.

Granulie sans bacille de Koch.

M. Charrin. — J'ai observé un cas de granulie qui pour les symptômes et les lésions macroscopiques ressemblait à la tuberculose miliaire aiguë. Or, par l'examen histologique on ne pouvait mettre en relief la présence du bacille de Koch. L'inoculation au cobaye déterminait une granulie de même forme, sans bacille tuberculeux, mais avec un petit bacille analogue à celui qu'on avait trouvé dans des noyaux d'induration grisâtres, sur le poumon du malade.

Liquide testiculaire.

M. Brown Sequard. — Je tiens à rappeler que mes recherches sur l'action modificatrice et dynamogénique qu'exercent dans l'appareil nerveux les injections sous-cutanées, ont été confirmées de divers côtés et en particulier par un savant médecin russe, dont je vous présente l'ouvrage très important. Cet observateur a vu comme moi, comme M. Gibert, du Havre, l'ataxie locomotrice améliorée dans ces conditions jusque vers la guérison. En Angleterre, on a vu les mêmes résultats dans la myélite, les maladies à contracture, même l'hémiplégie cérébrale. MM. Hénocque, Dumontpallier, Lemoine (Lille) ont vu des phthisiques améliorés, débarrassés de la fièvre et des sueurs nocturnes. On a même constaté une heureuse influence des injections dans le diabète sucré, la parésie vésicale.

Rapport entre le sucre et l'oxygène du sang.

M. Dastre. — Suivant les recherches de Cl. Bernard, Chauveau, Seegen, etc., ce serait la combustion du sucre qui constitue la source de l'énergie musculaire. J'ai repris ce sujet antérieurement en étudiant la glycémie asphyxique expérimentale. Le sucre augmente ici à cause de la disparition de l'oxygène ; l'acide carbonique n'y est pour rien. Si Cl. Bernard a vu des faits inverses, c'est qu'il observait l'asphyxie lente : le foie ayant alors épuisé ses réserves, l'augmentation du sucre ne se produit plus. Avaki et Zillessen ont expérimenté dans le même sens, sous la direction d'Hoppe-Seyler, et généralement trouvé les mêmes résultats. Cependant on ne peut dire avec eux qu'il y a un rapport numérique régulier entre la diminution d'oxygène et l'augmentation de sucre.

J'ai étudié de nouveau cette question du sucre, par rapport à l'énergie musculaire, à l'aide d'un nouveau dispositif. En établissant une circulation artificielle avec un cœur de tortue, et en employant un liquide sucré, j'ai pu calculer la consommation d'oxygène et de sucre et la comparer à la mesure du travail accompli.

Hématoscope micrométrique.

M. A. Hénocque présente un nouveau modèle d'hématoscope qui diffère du type ordinaire par une épaisseur bien moindre de la lamelle supérieure, et un plus faible écartement des deux lames; ce petit appareil permet non seulement de faire l'analyse spectroscopique qualitative et quantitative de la matière colorante du sang, mais il constitue une sorte de chambre humide capillaire dans laquelle on peut étudier au microscope la coagulation, les dimensions et les variations de forme des globules rouges et des leucocytes, et généralement les diverses humeurs, d'où le nom d'hématoscope micrométrique. Une première série de recherches faites avec cet appareil se résume dans les résultats suivants :

1° Les globules rouges disposés en couche simple ne présentent pas les réactions spectroscopiques de l'oxyhémoglobine.

2° Les globules disposés en piles de monnaie, ou superposés au nombre de 3 ou 4, laissent distinguer l'apparition des deux bandes caractéristiques.

3° Agglutinés en amas sous une épaisseur de 15 à 20, les globules présentent le phénomène fondamental des deux bandes égales qui sert à doser la quantité d'oxyhémoglobine.

4° Les hématies vues à plat ne forment pas une couche suffisante pour démontrer la matière colorante, mais ces éléments vus de champ ou disposés en pile de monnaie forment une couche suffisante pour produire les caractères spectroscopiques de l'hémoglobine et de ses dérivés.

5° Suivant certaines conditions de l'examen, on peut reconnaître une quantité d'oxyhémoglobine égale à celle que contiennent 10 à 20 globules rouges, c'est-à-dire de 3 à 6 dix millionièmes de milligramme d'oxyhémoglobine, et l'analyse quantitative est pratiquement facile et exacte à partir d'une quantité de 54 millionièmes de milligramme, soit le contenu de 1800 globules rouges.

ÉTRANGER

ANGLETERRE

SOCIÉTÉ CLINIQUE DE LONDRES

Séance du 9 octobre 1891.

Arthropathies nerveuses.

M. Maclagan relate trois faits de névrite du membre supérieur avec arthropathies digitales consécutives. Il pense que ces lésions ne sont pas d'ordre inflammatoire, mais sont dues à une diminution de volume des os et ligaments mal nourris, à une atrophie comparable à celle des muscles, à celle de la peau dans le *glossy skin*, qui d'ailleurs coexistaient dans les cas présents. Ce n'est donc pas à vrai dire de l'arthrite.

M. Bowlby a examiné les jointures de la main chez un sujet ayant eu plusieurs années auparavant une section des nerfs médian et cubital au poignet. M. Bruce Clarke tenta sans succès la suture nerveuse, et finalement amputa l'avant-bras. Il y avait un raccourcissement et une atrophie des muscles, des tendons, des ligaments, avec des lésions cartilagineuses. Quelquefois les modifications sont surtout péri-articulaires. Dans un cas où, longtemps après un coup de feu, M. Morrant Baker amputa le bras, il y avait de l'ankylose, qui même était osseuse par places. Par une longue immobilisation il peut se faire des lésions intra-articulaires inflammatoires, mais M. Bowlby pense que primitivement les modifications sont toujours péri-articulaires. Il a cru d'abord que ces lésions, à un certain degré, étaient incurables, mais il a vu les fonctions se rétablir dans des cas en apparence désespérés.

M. Barlow a vu des arthrites d'apparence spontanée chez des sujets atteints de névrite alcoolique; chez une femme, en particulier, où la lésion bilatérale atteignait le cou-de-pied, et où le redressement sous le chloroforme démontra l'existence de rétractions fibro-tendineuses.

M. Maclagan préconise dans ces cas le traitement par la mobilisation, les massages et l'électricité. Une de ses malades a pu jouer ultérieurement du piano.

Inflammation des vésicules séminales.

M. Parkin relate deux cas d'inflammation chronique des vésicules séminales dans la blennorrhagie. Les vésicules engorgées se sentaient bien par le toucher rectal. Dans un de ces cas il y avait épididymite concomitante. Dans l'autre, sans lésion apparente du testicule ou du cordon, une névralgie testiculaire intense : dans les cas de ce genre il faut donc songer aux vésicules. A la période chronique, le diagnostic avec la tuberculose est difficile.

Fractures du crâne.

M. Bruce Clarke communique deux observations de fractures compliquées du crâne, avec enfoncement, où il a relevé les fragments qui ensuite ont présenté une consolidation osseuse. **M. A. Lane** dit à ce propos avoir vu plusieurs fois, après trépanation, la rondelle remise en place se consolider. **M. W. H. Bennett** a fait à cet égard une autopsie probante.

Myxœdème et injections de suc thyroïdien.

M. G. Murray a communiqué le 8 octobre à la Société médicale de Northumberland une observation intéressante. Il s'est servi pour les injections d'un lobe de glande thyroïde de mouton extrait aussitôt que possible après la mort de l'animal; la glande étant réduite en petits fragments, puis placée dans un tube contenant 1 centimètre cube de glycérine et 1 centimètre cube d'une solution phéniquée à 1 pour 200, restait en contact avec ce mélange pendant 24 heures à une température fraîche, puis exprimée à travers un linge fin, ce qui donnait un liquide foncé et trouble; la préparation était faite à nouveau toutes les semaines; elle était injectée en 2 fois, à la dose de 1,5 centimètre cube à chaque injection, de façon à injecter chaque semaine l'extrait d'un lobe de glande thyroïde. Ces injections ont été faites à une femme de 46 ans, atteinte de myxœdème depuis 4 à 5 ans; trois mois après le début du traitement, il y avait une amélioration notable, diminution du gonflement, aspect plus expressif de la face, parole plus rapide et plus facile, mémoire meilleure, activité plus grande, peau moins sèche, transpiration à la suite de l'exercice, menstruation redevenue normale.

Nous rapprocherons de ce fait une note lue auparavant par **M. Fenwick** à l'Association médicale britannique. Cet auteur prit un corps thyroïde de mouton, le fendit et racla le suc glaireux de la surface de section. Il injecta ce suc dans le tissu cellulaire sous-cutané; le lendemain la température du malade, qui jusque-là avait été inférieure à la normale, était redevenue normale et la quantité d'urine s'était élevée de 600 à 1550 grammes par 24 heures. Chez un deuxième malade, il a obtenu exactement les mêmes résultats. On peut considérer le myxœdème comme dû à un trouble des fonctions rénales et que le suc thyroïdien possède des propriétés diurétiques dans les maladies des reins, tandis qu'il n'en possède pas chez des sujets bien portants.

AUTRICHE

COLLÈGE DES MÉDECINS DE VIENNE

Séance du 12 octobre 1891.

Action des produits microbiens solubles sur la circulation de la lymphe.

M. Gærtner. — Les expériences faites par l'auteur ont porté sur différentes espèces bactériennes.

Il recueillit tout d'abord sur des cultures du bacillus pyocyaneus une certaine quantité de produits de culture qu'il mélangea à l'eau dans la proportion d'environ 1/10ᵉ — de façon à en faire une émulsion très fine. Au bout d'un certain temps les substances solubles des micro-organismes s'étaient dissoutes et donnaient à l'examen la réaction des matières albuminoïdes. La solution était ensuite filtrée au filtre Chamberland, donnant un liquide clair, de réaction neutre. Une solution était faite d'une façon analogue avec des cultures de pneumo-bacilles.

L'auteur préparait ensuite un second liquide en laissant les cultures moins longtemps dans l'eau et en filtrant rapidement l'émulsion obtenue. Dans le premier cas la solution contenait les substances solubles avec certains autres produits de décomposition; dans le second cas le liquide contenait exclusivement les substances solubles.

Enfin on employait comme agent analogue la tuberculine de Koch.

En injectant dans la veine fémorale d'un chien morphiné une certaine quantité des différents liquides précédents et en laissant s'écouler la lymphe par une incision faite sur les lymphatiques du cou, voici ce que l'on constate :

Les substances solubles des micro-organismes dissoutes dans l'eau sont accélératrices de la circulation lymphatique. Après injection de 40 cc. de produits solubles du bacillus pyocyaneus, la quantité de lymphe recueillie en 10 minutes monta de 2 gr. à 18 gr. Après 6 heures et demie la quantité qui s'écoulait dans le même temps atteignait encore 5 gr. et demi. Dans une autre expérience le chiffre obtenu en 10 minutes monta aussitôt après l'injection à 14 gr. et demi et l'animal, qui pesait 11 kilogr., perdit en 7 heures environ 360 grammes de lymphe. La quantité de lymphe obtenue sembla proportionnelle à la quantité de liquide injecté. Dans tous ces cas, le pouvoir de coagulation de la lymphe parut augmenté.

Dans les mêmes expériences le chiffre des globules rouges monta de 6,600,000 à 9,800,000.

Pour obtenir ces résultats il faut faire usage de substances solubles en solution obtenue par la chaleur ou à la température ordinaire, mais alors après un temps très long. Les solutions à froid, employées après un temps très court, ne déterminent pas les modifications signalées plus haut.

L'expérience faite dans les conditions précédemment indiquées est toujours concluante; peut-être ces faits donnent-ils la clef de certaines actions déterminées par les substances microbiennes solubles, notamment de différents phénomènes de l'inflammation.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

N° 43. — 28 OCTOBRE 1891 LE NUMERO QUINZE CENTIMES

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

PUBLIÉ PAR

LA GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MEDECINE ET DE CHIRURGIE

Et servi gratuitement à tous les abonnés de ce journal

ABONNEMENTS SPÉCIAUX POUR MM. LES ÉTUDIANTS. — UN AN : 6 FRANCS

L. LEREBOULLET, Rédacteur en chef. — A. BROCA, Secrétaire de la Rédaction

Librairie de G. MASSON, 120, boulevard Saint-Germain.

SOMMAIRE

VARIÉTÉS

L'instinct sexuel est chose puissante : les lézards nous l'ont appris de longue date, eux qui trouvent agréable de fréquenter dans les vieux murs exclusivement pour y trouver des lézardes. La semaine dernière, nous avons eu à conter un empoisonnement où était en jeu un des artifices de l'amour. Cette semaine, voici deux nouvelles histoires, dont une nous vient de Bordeaux, et l'autre d'Amérique. D'abord celle de Bordeaux : aussi bien n'est-elle pas funèbre. Nous avons lu samedi soir dans le *Temps* que M. le président de la République avait signé les décrets de dispense nécessaires pour autoriser le mariage d'une jeune péri-bordelaise âgée de 13 ans et demi avec son séducteur, un jeune homme d'une quinzaine d'années, qui l'a rendue mère. Voilà ce que c'est, sans doute, que d'aller cueillir la noisette, même à 12 ans! Mais tout est bien qui finit bien. Ce qui a moins bien fini, c'est la première nuit de noces d'un couple américain, d'après l'*American journal of obstetrics* : cette première nuit a eu pour résultat une déchirure du vagin, avec hémorrhagie grave, d'où tamponnement pratiqué par un médecin. Mais le lendemain, le mari ayant de nouveau voulu jouir de ses droits, a aggravé la lézarde qu'il avait créée; et de fil en aiguille la jeune épouse est morte de septicémie vaginale.

Quelques-uns de nos lecteurs trouveront, peut-être, que nous abusons de ces histoires médico-amoureuses; ils ne sauraient pourtant nous en vouloir de fournir des renseignements à M. le médecin principal de la marine Bourut, qui, au dire du *Temps* (12 septembre, 1re page, 3e colonne) a été désigné pour occuper à l'école de Rochefort la chaire d'hygiène et de pathologie *érotique*. Depuis le jour où nous avons été informés de cet enseignement nouveau, nous nous sommes mis en quête pour apporter quelques petites contributions à une leçon d'ouverture qui sera certainement pleine d'intérêt. Avec un peu de science oratoire, on pourrait aussi insinuer dans cette leçon l'enseigne suivante, qui s'étale chez un marchand de vins (plat du jour) du quartier de l'Ecole-Militaire, 81 *bis*, avenue Bosquet : *à la Goutte militaire*. Toujours pour la même leçon, nous recommandons la lecture de la *Lancet*, d'après laquelle « rien ne détraque autant le système nerveux d'une personne qui élimine de la force nerveuse comme de coucher toute une nuit avec une autre personne qui absorbe cette même force nerveuse... Deux personnes ne devraient jamais dormir ensemble d'une manière habituelle; l'une gagne ce que l'autre perd, c'est la loi. » Là-dessus, les *Annals of Hygiene* opinent du bonnet (de nuit probablement) en disant avec le plus grand sérieux « qu'il se fait pendant la nuit des échanges électriques entre les organismes en présence, et la répartition inégale de ces forces électriques dégagées finit par amener des résultats fâcheux. Un journal médical parisien, qui sait bien sa Bible, nous rappelle qu'en effet les médecins du roi David lui conseillèrent de mettre dans sa couche « une jeunesse » pour réconforter ses forces défaillantes; mais ledit journal trouve que cette ordonnance manque d'autorité scientifique et nous pouvons l'en croire. Il s'agit en effet de la *Médecine moderne*.

Savez-vous combien il y a de journaux médicaux à Paris, d'après le rapport officiel de M. E. Arène : 145, plus 8 de pharmacie et de droguerie (peut-être, si M. Arène eût été au courant des choses vraiment médicales eût-il augmenté un peu le deuxième chiffre au détriment du premier), alors qu'il n'y a que 161 journaux politiques.

Hôpital Broussais (96, rue Didot). — Le docteur Barth commencera le mercredi 4 novembre, à dix heures, une série de conférences de séméiotique élémentaire et de propédeutique médicale, et les continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure. Les autres jours les élèves seront exercés à l'examen des malades.

Hôpital Laënnec. — M. le Dr Ferrand fera tous les vendredis, à 9 heures et demie, à partir du 30 octobre, des conférences de thérapeutique clinique.

Cours de gynécologie. — M. Auvard commencera à sa clinique privée (15, rue Malebranche) le 12 novembre à 4 heures, un cours public et gratuit de gynécologie.

Ce cours aura lieu les mardi, jeudi et samedi à la même heure et sera complet en un mois et demi. Se faire inscrire, 15, rue Malbranche.

Ecole d'anthropologie. — Seizième année (1891-1892). — Ouverture des cours le 3 novembre 1891, rue de l'Ecole-de-Médecine, 15. Les cours sont publics. La bibliothèque et le musée d'anthropologie (musée Broca) sont ouverts aux auditeurs des cours les lundis, mercredis et vendredis, de deux à quatre heures.

Ethnologie. — M. Georges Hervé, professeur, commencera ce cours le mardi 3 novembre, à cinq heures, et le continuera les mardis suivants, à la même heure. Il traitera des *Populations de la France*.

Anthropologie biologique. — M. J.-V. Laborde, professeur, commencera ce cours le mercredi 4 novembre, à quatre heures, et le continuera les mercredis suivants, à la même heure. Il traitera des *Fonctions intellectuelles et instinctives en général*; et, en particulier, de la *Fonction générale du langage et de l'expression ou mimique*; du *Langage articulé et de la parole*.

La médecine des littérateurs (suite).

Caliban, le spirituel Caliban du *Figaro*, ne doute de rien, lui non plus. Le docteur Livournet, — un médecin comme on n'en voit malheureusement guère, — tire « Xavier d'abord d'une scarlatine croupeuse et Gilberte ensuite d'une méningite abominable. » (Em. Bergerat. *Le Viol*, p. 84).

Je me défie cependant de ces guérisons miraculeuses. Un homme qui ne connaît pas sa matière médicale n'a-t-il pu se tromper dans son diagnostic ? Or M. Bergerat n'a ni vu, ni senti un flacon de chloroforme.

« Au fond de ce verre le chloroforme avait laissé son dépôt opiacé, à la senteur fade. » (Em. Bergerat, *Le Viol*, p. 72).

Peu sûre est encore la botanique de M. Mendès. Il nous parle quelque part des « aconits en ombelles blanches. » (*Zo'har*, p. 256). En ombelles ? Jamais. Et la fleur de l'aconit est si rarement blanche ! Pourquoi ne pas dire : *en grappes bleues*? Ce serait plus exact et presque aussi joli.

(*A suivre.*)

CLINIQUE MÉDICALE

Communication de M. Koch sur la tuberculine.

D'après la *Deutsche Medicinische Wochenschrift* du 22 octobre.

Depuis que j'ai fait connaître la tuberculine, de nombreuses recherches ont été entreprises pour isoler le principe qu'elle contient et pour obtenir ce dernier privé des substances étrangères auxquelles on pensait devoir attribuer des actions nuisibles. Je me suis livré moi-même depuis longtemps à ces recherches et je tiens à faire connaître les résultats que j'ai obtenus. Comme jusqu'à présent il n'a été fait sur ce sujet que des communications provisoires, et que, d'après mes propres recherches, la question ne me paraît pas complètement élucidée, je me bornerai à décrire ce que j'ai trouvé. Plus tard je comparerai les résultats des divers observateurs et répondrai à diverses objections.

Quelques expériences antérieures ont permis de reconnaître que la substance efficace de la tuberculine n'est ni un alcaloïde, ni une ptomaïne, mais une matière qui se rapproche des albuminoïdes; on devait se demander si elle pourrait supporter, sans être altérée dans sa composition, les manipulations habituellement mises en jeu pour isoler les substances chimiques analogues. Voici donc la voie que j'ai suivie : après chacune des manipulations chimiques en question, j'ai examiné les produits ainsi obtenus au point de vue de leur mode d'action sur l'animal pour savoir s'ils contenaient encore la substance active et si, dans ce dernier cas, celle-ci se trouvait complètement ou incomplètement isolée.

L'expérimentation doit jouer ici un rôle considérable, voici donc sur quoi je me suis appuyé et comment j'ai opéré :

On peut faire absorber aux cobayes sains, comme je l'ai déjà montré précédemment, des doses très considérables de tuberculine sans que celles-ci produisent un effet notable. Ces cobayes sains ne peuvent donc pas servir de réactif à l'égard de la substance active de la tuberculine. Les cobayes tuberculeux réagissent, au contraire, d'une façon absolument caractéristique, à des doses de tuberculine relativement faibles; néanmoins, il ne suffit pas, pour le but qu'on se propose, d'injecter à l'animal tout juste la quantité de tuberculine nécessaire pour qu'il réagisse d'une façon analogue à celle que nous sommes habitués à constater chez l'homme infecté de tuberculose; car l'élévation de température et les symptômes locaux ne sont pas assez accentués chez le cobaye pour permettre d'apprécier d'une façon certaine l'action d'une unique injection de tuberculine. Il n'y a donc pas autre chose à faire qu'à donner à l'animal une dose assez forte pour le tuer. Chez les cobayes dont la tuberculose est déjà très avancée et se rattache, par conséquent, à une inoculation datant de huit à dix semaines, 1 centigramme de tuberculine suffit souvent pour amener la mort. Pour les cobayes dont la tuberculose est moins avancée et se rattache à une inoculation datant de quatre à cinq semaines, il faut, en général, deux à trois décigrammes; mais, dans ce cas, une dose de 5 décigrammes amène infailliblement la mort. Si donc, à des cobayes inoculés de tuberculose depuis quatre semaines au moins, on injecte 5 décigrammes de tuberculine ou une quantité correspondante de la matière extraite de la tuberculine, dans le but d'éprouver l'efficacité de cette substance, on pourra conclure à la présence ou à l'absence de la substance efficace d'après l'effet, mortel ou non, de cette injection. On dispose ainsi d'un réactif absolument sûr, qui, jusqu'ici, dans plus d'une centaine d'expériences, ne m'a pas trompé une seule fois.

Parmi les lésions constatées à l'autopsie des animaux morts à la suite des injections de tuberculine, il en est qui sont pour ainsi dire caractéristiques; elles consistent dans l'existence de taches hémorrhagiques à la surface du foie. Pour isoler la substance active de la tuberculine, j'ai commencé par employer l'alcool.

Si l'on mélange la tuberculine avec cinq fois son volume d'alcool, il se précipite une masse brune, ressemblant à de la résine, qui adhère fortement au fond de l'éprouvette. La masse brune précipitée, et le liquide transparent qui surnage, possèdent en proportion presque égale l'action de la tuberculine. Ce procédé ne permet donc pas d'isoler la substance active.

Si l'on ajoute de l'alcool en quantités beaucoup plus considérables, on finit par obtenir, au lieu d'une masse résinoïde, un précipité finement granuleux. En le lavant plusieurs fois avec l'alcool absolu, en le faisant passer sur un filtre à pompe, puis en le desséchant dans le vide au-dessus de l'acide sulfurique, ce précipité donne une poudre presque blanche. Pour l'obtenir, voici comment il faut procéder : on fait tomber la tuberculine goutte à goutte dans un volume d'alcool de 20 à 25 fois plus grand, en agitant continuellement. Quand le précipité s'est déposé, on verse l'alcool, puis on le remplace par une même quantité d'alcool absolu nouveau. On répète cette même opération plusieurs fois, puis on dessèche le précipité de la façon indiquée. Si l'on cherche à dessécher au bain-marie le précipité humide d'alcool, il se prend en masse et devient brunâtre; au contraire, séché dans le vide il forme une masse blanche, spongieuse, qui se pulvérise facilement par la pression. Traitée par l'alcool, la tuberculine donne 10 0/0 de poudre sèche. Mais cette poudre n'est pas la substance active pure, elle contient en effet, outre celle-ci, une certaine quantité de substances extractives insolubles dans l'alcool.

Ce procédé ne donne pas la quantité totale de la substance active contenue dans la tuberculine : cependant il permet déjà d'éliminer des substances inactives, la glycérine notamment.

Pour obtenir de nouvelles différenciations dans le mélange des matières constituant le précipité alcoolique, j'ai mis en usage toutes les méthodes connues. Celle qui m'a donné le meilleur résultat consiste à employer des alcools réduits.

J'avais remarqué qu'en mélangeant l'alcool à la tuberculine en proportion beaucoup plus faible que dans les expériences précédentes, c'est-à-dire en proportion de deux à trois, on ne provoque pas la séparation de la masse brunâtre à apparence résineuse; mais qu'on obtient un précipité blanc floconneux qui se dépose bien et se laisse aisément purifier au moyen d'un lavage à l'alcool employé au même degré de concentration. Pour cette recherche, on place, par exemple, 10 centimètres cubes de tuberculine dans un verre à précipité et l'on y ajoute, en agitant sans cesse, un volume et demi (c'est-à-dire ici 15 centimètres cubes) d'alcool absolu, puis on recouvre le verre qu'on abandonne ainsi vingt-quatre heures. Il se forme alors, dans la liqueur colorée d'un brun foncé, un dépôt floconneux. On décante soigneusement le liquide sus-jacent, on ajoute de l'alcool à 60 0/0 en quantité égale, on agite et on laisse se reformer un dépôt. On renouvelle cette manipulation trois ou quatre fois jusqu'à ce que au-dessus du dépôt l'alcool finisse par demeurer presque incolore, puis on lave à l'alcool absolu (généralement trois lavages suffisent) et le dépôt est ensuite filtré par aspiration et séché dans le vide. Il fournit alors une masse d'un blanc neigeux qui, après avoir été desséchée à 100° et après avoir perdu ainsi 7 à 9 0/0 d'eau, se présente sous la forme d'une poudre légèrement teintée en gris. On peut aussi à l'aide du bain-marie débarrasser de l'alcool une faible quantité du précipité sans altérer son as-

pect, comme cela se produisait quand on traitait ainsi le précipité impur obtenu à l'aide de l'alcool absolu.

Ce précipité, obtenu à l'aide de l'alcool à 60 0/0, est tellement supérieur en activité à toutes les substances retirées de la tuberculine à l'aide des autres procédés, et il donne lieu d'une façon si constante à toutes les réactions observées lors de l'emploi de la tuberculine qu'on peut le considérer comme en représentant la substance active dans sa pureté presque absolue ; peut-être même constitue-t-il, en réalité, ce principe actif complètement isolé. Tandis qu'il faut au moins 50 milligrammes du précipité recueilli à l'aide de l'alcool absolu pour obtenir le même effet qu'avec 5 décigrammes de tuberculine, il suffit de 10 milligrammes du précipité recueilli à l'aide de l'alcool à 60 0/0 ; dans plusieurs expériences, j'ai vu les animaux succomber avec les effets caractéristiques de la tuberculine, après l'injection de 5 milligrammes et même de 2 milligrammes seulement du précipité en question. Le rendement est d'environ 1 0/0.

Le précipité par l'alcool à 60 0/0, que nous désignerons provisoirement sous le nom de tuberculine purifiée, a les propriétés suivantes :

Il se dissout assez facilement dans l'eau et très rapidement quand on l'écrase avec l'eau dans une capsule. Une semblable solution ne garde pas très longtemps toute son action : au bout de une ou deux semaines la puissance est notablement diminuée. Cette solution est particulièment altérable par l'évaporation; elle s'altère cependant moins au début, quand il reste beaucoup de liquide, que vers la fin de l'évaporation quand la solution devient très concentrée. On voit alors se former des coagulations floconneuses qui ne peuvent plus se redissoudre dans l'eau. Un échantillon du précipité alcoolique qui avait été desséché plusieurs fois au bain-marie et redissous avait fini par perdre toute action. De même le temps et une dessiccation un peu forte à une haute température rendent la tuberculine purifiée en partie insoluble.

Si la tuberculine purifiée n'est pas préparée et conservée avec soin, elle contient toujours une petite quantité de ces substances insolubles, et l'on n'obtient pas un liquide absolument clair en la dissolvant.

L'addition d'une faible quantité de carbonate de soude jusqu'à ce que la réaction soit nettement alcaline, suffit en général pour permettre une dissolution complète.

Par contre, les solutions de tuberculine pure dans de la glycérine à 50 0/0 se conservent très bien. J'ai ainsi une solution que je conserve depuis quatre mois et qui n'a encore rien perdu de sa puissance. Quand ces solutions contiennent une proportion faible de glycérine, on peut les évaporer plusieurs fois et les redissoudre de nouveau sans les altérer. La tuberculine supporte même de très hautes températures lorsqu'elle est en solutions fortement glycérinées. Ainsi de nombreux échantillons, placés dans l'autoclave pendant des heures à 50 degrés et même à 160°, n'ont pas paru perdre notablement de leur action.

Après avoir exposé en détail les réactions chimiques de la tuberculine, M. Koch ajoute :

Si l'on jette un coup d'œil d'ensemble sur les propriétés décrites jusqu'ici comme afférentes à la tuberculine, on arrive à la classer dans le groupe des matières albuminoïdes.

Quoique la tuberculine semble être très voisine des albuminoïdes, elle s'en distingue cependant, et notamment pour ce qui concerne les toxalbumines, par sa réaction en présence de la chaleur. La précipitation par l'acétate de fer permet de la différencier également des peptones. Il n'est pas invraisemblable que l'on puisse, par des recherches ultérieures, trouver encore parmi les produits des bactéries pathogènes, des corps analogues qui pourront constituer un groupe spécial de matières albuminoïdes.

Des injections ont été faites sur l'homme sain à la dose de 1 à 5 milligrammes; elles ont déterminé dans les douze premières heures une élévation de température qui n'a jamais dépassé 39°2. Les manifestations subjectives furent analogues à celles que l'on observe à la suite d'injection de tuberculine brute. Le retour à la santé fut rapide et complet.

Avec des doses beaucoup plus faibles et des précautions considérables, on fit ensuite des essais plus étendus avec la tuberculine pure sur des tuberculeux. Ces essais eurent lieu sur des malades de l'hôpital Moabit, qui, pendant quelques mois, furent traités soit exclusivement avec de la tuberculine pure, soit alternativement avec elle et le même produit brut. Je peux résumer ces expériences en un mot en disant qu'ici encore la tuberculine pure ne se différencie pas de la tuberculine brute. La première a la même valeur diagnostique et thérapeutique que la seconde, lorsqu'on l'emploie à des doses telles que les phénomènes réactionnels, et notamment la température, qui en est le meilleur signe, atteignent le même degré. Toutefois, on a vu que la tuberculine pure, qui agit sur le cobaye 50 fois plus énergiquement que le produit brut, n'a pas sur l'homme une action plus de 40 fois supérieure à celle de ce dernier corps.

Quelque intéressants que soient donc les efforts faits pour isoler le principe actif de la tuberculine, au point de vue théorique, ils n'ont pas encore apporté d'élément bien important dans la pratique, ce qui ne m'empêchera pas d'ailleurs de poursuivre cette étude.

Relativement aux cultures à employer, il faut remarquer que l'agar-agar ne donne que des masses de bacilles insuffisantes. J'ai donc dû recourir à un autre procédé. Je retournai à d'anciens essais, dans lesquels j'avais cherché à cultiver le bacille sur milieu liquide. Au début les cultures étaient peu satisfaisantes, elles poussaient lentement et péniblement dans le liquide; je remarquai alors par hasard que quelques fragments plats de la culture, qui restaient secs à leur face supérieure et n'étaient pas humides, surnageaient à la surface du liquide et s'y développaient avec une intensité extraordinaire. Ils formaient, dans le cours de quelques semaines, à la surface, une couche passablement épaisse, sèche à sa partie supérieure, souvent plissée, blanchâtre. Après six à huit semaines, la croissance est terminée. La cuticule s'imbibe et tombe au fond en se fragmentant par lambeaux.

Comme liquide de culture on peut faire usage du bouillon de veau faiblement alcalin, contenant 1 0/0 de peptones et 4 à 5 0/0 de glycérine. On peut encore se servir d'une solution d'extrait de viande à 1 0/0. La culture se fait à 38°.

Les cultures employées pour l'extraction doivent être complètement mûres, être donc âgées de six à huit semaines. Elles doivent naturellement être absolument pures, ce dont on doit s'assurer par l'examen microscopique de chaque ballon.

Les cultures démontrées absolument pures sont mises au bain-marie dans un vase approprié et réduites par évaporation au dixième de leur volume. Quand elles y sont restées plusieurs heures à une température d'environ 100 degrés, on peut affirmer avec certitude que les bacilles sont tous morts dans ce liquide concentré.

Pour plus de sûreté, on peut filtrer le liquide restant.

Enfin, avant d'employer la tuberculine, on devra l'essayer et en doser pour ainsi dire l'efficacité sur des cobayes tuberculeux, parvenus autant que possible au même stade de l'évolution de la maladie.

PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE

Atrophie musculaire progressive expérimentale,

par M. Roger.

(Note présentée à l'Académie des sciences par M. le prof. Bouchard, le 26 octobre 1891.)

En inoculant à des lapins des cultures atténuées du streptocoque de l'érysipèle, j'ai vu se développer, chez les animaux en expérience, une maladie chronique qui, par bien des caractères, se rapproche de l'atrophie musculaire progressive, telle qu'on l'observe chez l'homme.

Je me suis servi, pour mes recherches, d'un streptocoque qui provenait d'un érysipèle et possédait tout d'abord un haut pouvoir pathogène : son inoculation tuait les lapins en deux ou trois jours. A partir du mois de juillet 1890, j'ai cultivé ce microbe dans du sérum de lapin, sans jamais le faire repasser par l'animal vivant ; pendant six mois, la virulence ne se modifia pas (1) ; mais, à partir du 13 avril 1891, l'injection intra-veineuse de 0 cc. 25 à 1 cc. 25 de la culture dans le sérum, au lieu d'entraîner rapidement la mort, donna naissance à une maladie chronique assez particulière, que j'ai pu étudier sur 14 animaux.

A la suite de l'inoculation, les lapins paraissent malades un jour ou deux, puis ils se rétablissent et restent en bon état pendant deux ou trois semaines. Au bout de ce temps, on voit se produire un amaigrissement progressif des membres postérieurs, des régions fessières et des masses sacro-lombaires ; le poids des animaux tombe de 2,000 à 1,600, 1,400 et même 1,200 gr. Mais ce qui donne un caractère particulier à cette émaciation, c'est que la partie antérieure du corps est épargnée ; les pattes de devant et la tête restent intactes ; aussi, quand les lapins sont couchés et qu'on les regarde de face, est-il impossible de soupçonner la maladie dont ils sont atteints.

En même temps qu'ils s'atrophient, les muscles perdent leur énergie primitive ; mais on n'observe pas de paralysie à proprement parler ; l'animal peut marcher, seulement il le fait avec difficulté et maladresse ; quand il est allongé et qu'on rejette son train de derrière à droite ou à gauche, il ne peut reprendre sa position primitive qu'après plusieurs oscillations latérales ; quand il est debout et qu'il marche, le moindre choc lui fait perdre l'équilibre ; enfin, quand on place les membres antérieurs sur un plan plus élevé que les membres postérieurs, l'animal ne parvient qu'à grand'peine à soulever ceux-ci ; parfois, il est incapable d'exécuter ce mouvement.

Jamais je n'ai rencontré l'état spasmodique des muscles, les phénomènes douloureux, les arthropathies ou les troubles urinaires que l'on a signalés dans quelques cas de paralysie expérimentale. Aussi peut-on voir les animaux survivre assez longtemps : actuellement j'en observe un qui a été inoculé le 24 juillet et qui, depuis plus de deux mois, présente de l'atrophie musculaire. Généralement la mort survient plus vite, du quatrième au dix-neuvième jour après le début des accidents. A ce moment il n'y a plus de microbes dans l'organisme. J'ai reconnu en effet que les streptocoques sont détruits au bout de 8 ou 10 jours ; ils ont donc disparu quand se développent les amyotrophies ; ce qui porte à admettre que celles-ci relèvent des produits solubles laissés par les agents figurés.

L'autopsie confirme les observations faites pendant la vie ; les muscles des lombes et des membres postérieurs sont diminués de volume dans des proportions vraiment extraordinaires ; c'est ainsi qu'en moyenne le triceps

(1) Bien souvent j'ai vu le streptocoque s'exalter en le cultivant dans du sérum de lapin ; mais ce fait souffre de nombreuses exceptions, comme l'établissent déjà les expériences que je rapporte aujourd'hui.

sural pèse de 3 à 4 grammes, au lieu de 8 grammes ; le triceps crural 5 à 7 au lieu de 12, et les fessiers 3,5 à 4 au lieu de 8. En même temps, les muscles sont devenus pâles et la distinction entre les muscles rouges et les muscles blancs est à peine accusée.

A l'examen microscopique, on constate que la plupart des faisceaux musculaires primitifs sont atrophiés ; ils n'atteignent que la moitié ou le tiers de la largeur normale. Les stries transversales sont peu nettes ; par places elles ont complètement disparu et le faisceau se présente sous l'aspect d'une masse homogène, parcourue seulement par quelques striations longitudinales peu apparentes ; sur aucun point, je n'ai trouvé de dégénérescence granuleuse, graisseuse ou vitreuse. Une des lésions les plus marquées et les plus précoces consiste dans la prolifération des noyaux du sarcolemme ; ceux-ci augmentent de nombre dans des proportions si considérables que les fibres musculaires en sont complètement recouvertes.

Ces résultats conduisent à rechercher si l'altération des muscles est primitive ou si elle dépend d'une lésion du système nerveux et particulièrement de la moelle.

A l'œil nu, la moelle semble saine. Sur les coupes, les cornes antérieures ne paraissent pas atrophiées ; mais les cellules qu'elles renferment sont profondément atteintes (1).

Au début les lésions sont disséminées irrégulièrement et, sur quelques points, au milieu de cellules dégénérées, on en retrouve d'absolument normales ; à un stade plus avancé, toutes les cellules sont atteintes, au moins dans la région lombaire. Il se produit d'abord une tuméfaction du protoplasma qui devient moins opaque et, au lieu de se colorer en rouge par le carmin, prend une teinte rose clair ; cette altération n'occupe primitivement qu'une partie de la cellule ; autour du noyau on trouve une couche de protoplasma normal. A un deuxième degré, toute la cellule est envahie et uniformément rose ; seul le noyau continue à se colorer en rouge. Enfin, à un stade plus avancé, il se forme des vacuoles dans la cellule qui finit par devenir incolore et transparente dans toute son étendue ; on ne retrouve plus qu'une petite quantité de protoplasma teint légèrement en rose et accumulé autour du noyau. Celui-ci résiste longtemps ; il peut même se diviser, car on voit quelques cellules altérées renfermer deux noyaux ; mais à la fin il cesse de fixer la couleur, s'atrophie et disparaît ; à la place de la cellule, on ne trouve plus qu'une masse incolore, ou présentant encore quelques points légèrement rosés.

Malgré les altérations profondes des grandes cellules de la moelle, le système nerveux périphérique reste indemne ; j'ai examiné les racines antérieures, le sciatique et plusieurs nerfs musculaires ; presque tous les tubes étaient sains. Dans quelques nerfs périphériques, j'ai rencontré des tubes dont la myéline était segmentée et qui présentaient un aspect moniliforme ; mais sur les nerfs normaux, on rencontre des tubes semblables.

Cette intégrité du système nerveux périphérique peut tenir soit à l'évolution trop rapide de la maladie, soit à la persistance des noyaux cellulaires.

En résumé, les recherches expérimentales que j'ai rapportées et qui ont été poursuivies au laboratoire de M. le professeur Bouchard, établissent qu'avec un virus déterminé on peut reproduire chez les animaux une myélite systématique, caractérisée, au point de vue anatomique, par une dégénérescence des cellules des cornes antérieures ; au point de vue symptomatique, par un ensemble de phénomènes comparable à l'atrophie musculaire progressive.

(1) L'examen histologique a été pratiqué sur des moelles enlevées aussitôt après la mort. J'ai toujours examiné comparativement des moelles saines, durcies et colorées de la même façon.

REVUE DES CONGRÈS

CONGRÈS DES MÉDECINS ET CHIRURGIENS AMÉRICAINS

Association médicale américaine.

Pouls lent.

M. Edes. — Dans un cas de pouls lent permanent, j'ai examiné à l'autopsie les nerfs sympathiques et pneumogastriques des deux côtés et le plexus cardiaque et je n'ai trouvé aucune lésion; j'ai seulement constaté quelques légers épaississements fusiformes sur le récurrent gauche au point où il contourne l'aorte et donne des filets cardiaques; je n'ai pas encore terminé l'examen histologique des nerfs et du bulbe; le cœur était légèrement augmenté de volume, sans dégénérescence graisseuse ni dilatation.

M. Atkinson. — Le ralentissement du pouls s'observe dans le rhumatisme articulaire aigu et ces faits diffèrent de ceux dans lesquels il y a des troubles manifestes du système nerveux central. Il n'est pas rare d'observer pendant la convalescence des maladies aiguës un ralentissement du pouls qui précède le retour à la santé absolue. Il est beaucoup moins fréquent que ce ralentissement se produise au début ou pendant la période active de ces maladies. Le ralentissement du pouls se produisant au cours d'une attaque de rhumatisme articulaire aigu est dû probablement à une endocardite ou à une péricardite avec trouble de l'innervation cardiaque; dans la convalescence de cette maladie, il peut encore être dû à ces causes, mais il peut être produit par les mêmes influences qui le déterminent pendant la convalescence des autres maladies aiguës.

M. Ord. — Les sujets robustes ont souvent un ralentissement du pouls dû à un affaiblissement général de l'économie ou à un affaiblissement du système nerveux en particulier. Dans le rhumatisme, le ralentissement du pouls se produit quand la température est un peu élevée. Les nerfs pneumogastriques jouent un grand rôle dans le rhumatisme.

Effets de la pilocarpine sur la coloration des cheveux.

M. Prentiss. — Chez une jeune femme dont les cheveux étaient d'un brun clair, l'administration de 1 centigramme de pilocarpine 2 à 3 fois par semaine pendant 6 semaines fit passer ces cheveux au brun foncé puis au noir. Chez une vieille dame de 68 ans, à la suite de l'administration d'extrait fluide de jaborandi, je vis passer les sourcils du gris au noir; une touffe de cheveux qui était blanche devint d'un brun foncé et le reste des cheveux commençait à foncer lorsque la malade est morte.

Perforation intestinale dans la fièvre typhoïde.

M. R. Fitz. — On admet généralement que les perforations intestinales survenant dans la fièvre typhoïde sont toujours mortelles; cette opinion est exagérée et cet accident peut guérir. L'expulsion de pus et d'aliments par le vagin est une preuve certaine de perforation et cependant des malades ont guéri après avoir présenté ce symptôme. Lorsqu'on a reconnu l'existence d'une perforation, il faut en rechercher le siège et y passer un drain; mais, pour être suivie de succès, cette opération doit être faite le plus tôt possible.

M. Dacosta. — Lorsqu'on a diagnostiqué une perforation, on doit déterminer son siège. J'ai observé 2 cas de perforation dans lesquels l'opération a échoué. Dans un cas elle avait été faite 6 heures après l'apparition de symptômes graves; il y avait eu d'abord une amélioration, puis une reprise des symptômes qui avait abouti à la mort. Dans l'autre cas, l'opération avait été faite 36 heures après le début des accidents. Je n'approuverai jamais une opération pour perforation dans le cours de la fièvre typhoïde.

Association de pédiatrie américaine.

Tubes laryngiens pour la respiration artificielle.

M. O'Dwyer. — J'emploie pour la respiration artificielle un tube courbe, terminé en forme de cône évidé de façon à être introduit entre les cordes vocales et à l'autre extrémité duquel s'adapte un morceau de tube de caoutchouc qui peut être fixé à un soufflet. Cette méthode de respiration artificielle a les avantages suivants : le tube est facile à introduire dans la bouche et l'extrémité conique, avec sa partie évidée, se maintient en place dans le larynx. Le soufflet peut être manœuvré avec le pied, ce qui permet de prolonger longtemps la respiration artificielle. Cette méthode peut être employée dans les empoisonnements par l'opium, par le chloroforme et par d'autres substances.

Le gavage dans le traitement des vomissements incoercibles chez les enfants.

M. Kerley. — Le gavage peut donner de très bons résultats chez les enfants dans les cas de vomissements incoercibles. Il doit être exécuté dans la position demi-couchée et non dans la position verticale. Il doit être pratiqué rapidement; les aliments introduits doivent être facilement assimilables. Le tube pour l'alimentation des adultes par les fosses nasales est préférable à la sonde molle employée habituellement pour le lavage de l'estomac.

M. O'Dwyer. — J'ai essayé l'alimentation forcée chez les enfants auxquels j'avais fait l'intubation, et les aliments introduits par la sonde ont toujours été rejetés.

M. Seibert. — Dans le catarrhe de l'estomac chez les enfants, il y a toujours un état semblable de la bouche et du pharynx. L'introduction directe des aliments dans l'estomac empêche qu'ils ne soient altérés à leur passage dans les voies digestives supérieures, et cela facilite leur digestion.

Pérityphlite chez les enfants.

M. Fruitnight. — Dans les cas de pérityphlite subaiguë ou chronique sans tumeur ou avec une petite tumeur, l'expectation doit être conseillée. Dans les cas de pérityphlite subaiguë ou chronique avec tumeur volumineuse, avec ou sans signes évidents de suppuration, on doit faire l'incision extrapéritonéale ou l'aspiration. Dans les cas de pérityphlite aiguë avec tumeur et dans les cas suraigus sans tumeur appréciable, il faut faire une incision exploratrice, extra ou intrapéritonéale.

Prophylaxie des complications de la scarlatine.

M. Lewis Smith. — On doit employer des gargarismes antiseptiques dès le début de la scarlatine. Les recherches récentes ont en effet prouvé que la gorge et les narines renferment constamment des bactéries et que l'usage précoce des antiseptiques peut prévenir non seulement l'inflammation locale mais aussi l'infection générale. Les antiseptiques que l'on peut recommander sont l'eau oxygénée, le sublimé et l'acide borique; contre les accidents nerveux graves qui accompagnent l'hyperthermie et précèdent l'éclampsie, on peut employer avec confiance l'aconit et la phénacétine. Les bromures ont également une action favorable contre l'irritabilité nerveuse qui se montre dans les premières périodes de la maladie. Les applications externes de froid ont une action particulièrement utile à cause de leurs effets antipyrétiques. Le rhumatisme, l'endocardite et la péricardite peuvent être rendus moins graves et moins dangereux par le traitement local des lésions du pharynx et par les pulvérisations antiseptiques. La glomérulo-néphrite scarlatineuse est due à un micro-organisme, quoiqu'elle puisse être déterminée par le froid.

M. Fruitnight. — La néphrite se rencontre le plus souvent dans les scarlatines légères parce que ce sont elles qui sont le plus ordinairement négligées.

Diagnostic des affections thoraciques.

M. Forchheimer. — Chez l'enfant un épanchement de 50 à 100 grammes dans la plèvre se traduit par des signes évidents. Dans la grande majorité des cas la pleurésie enkystée est secondaire à une lésion pulmonaire. La voussure est souvent prononcée dans la pleurésie enkystée, mais il n'en est pas de même dans la pleurésie non enkystée. On peut se baser sur l'auscultation pour le diagnostic des pleurésies avec épanchement abondant. L'égophonie est rare dans la pleurésie des enfants.

M. Osler. — Il n'y a pas de pleurésie idiopathique. La pleurésie avec épanchement est très souvent secondaire à la tuberculose. La tuberculose s'accompagne d'un affaiblisse-

ment et d'une fièvre hectique qui ne s'observent pas dans la broncho-pneumonie. La broncho-pneumonie est rare chez les enfants au-dessous de 2 ans, tandis que la tuberculose est fréquente. Les signes physiques sont si souvent trompeurs qu'on doit leur attacher moins d'importance qu'aux antécédents pour le diagnostic de ces 2 maladies.

Association de neurologie.

Tuberculose du système nerveux central.

M. Sachs. — J'ai vu chez un homme de 60 ans, bien portant jusqu'il y a deux ans et demi, une parésie des deux jambes apparaître à la suite d'un refroidissement et augmenter graduellement en s'accompagnant de quelques troubles vésicaux; puis soudainement, environ 5 mois après être entré dans une maison de santé où étaient soignés un grand nombre de tuberculeux, la paraplégie devint absolue, avec exagération des réflexes tendineux des deux membres inférieurs, les symptômes vésicaux s'exagérèrent, il survint des eschares de décubitus, la paralysie s'étendit aux deux membres supérieurs, il survint de la fièvre et le malade succomba trois semaines après le début de la paraplégie absolue. A l'autopsie, la moelle épinière était ramollie depuis la deuxième jusqu'à la douzième vertèbre dorsale, avec dégénération ascendante et descendante; dans les tissus ramollis, on trouva un grand nombre de bacilles tuberculeux. Chez un autre malade, présentant un large kyste hémorrhagique de l'écorce cérébrale ayant donné lieu à une hémiplégie spasmodique infantile, il se développa peu après l'entrée dans la même maison de santé un énorme tubercule solitaire qui entraîna rapidement la mort. Il paraît certain que, chez ces deux malades, la maladie antérieure de la moelle a formé un excellent terrain pour le développement des bacilles qui, au lieu de se développer dans les poumons, se sont développés dans la substance déjà malade de la moelle. Il s'agit là, au sens exact du mot, d'une invasion tuberculeuse.

Réflexe rotulien.

M. W. Noyes. — Dans la démence, pendant la veille, le réflexe rotulien est normal dans les intervalles qui séparent les périodes d'excitation et de dépression; dans les périodes de dépression mentale le réflexe rotulien diminue, et quand la dépression devient moins accusée le réflexe devient plus marqué jusqu'à ce qu'il reprenne son intensité normale lorsque le sujet retombe dans son état habituel; pendant le sommeil, le réflexe augmente beaucoup lorsqu'il se fait beaucoup de bruit dans la pièce où se trouve le malade au moment où on percute le tendon; il diminue lorsque le bruit devient moins fort.

M. Warren. — La percussion simultanée des deux tendons rotuliens détermine le réflexe des deux côtés; le réflexe est d'abord plus intense à gauche; mais si on répète l'expérience, le réflexe du côté droit augmente d'intensité jusqu'à ce qu'il atteigne celle du réflexe du côté gauche.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 27 *octobre* 1891.

Action du bromure de strontium dans les affections de l'estomac.

M. G. Sée. — En vérifiant sur l'homme l'action diurétique de la strontiane, observée par M. Laborde sur les chiens, j'ai reconnu que cette propriété n'existe pas, même dans les cas où la diurèse est le plus facile à provoquer, mais que les brightiques et les cardiaques, dont les fonctions digestives sont si souvent troublées, subissent sous cette influence un amendement des plus marqués. J'essayai aussitôt dans les maladies de l'estomac l'emploi du bromure de strontium à la dose de 2 à 4 grammes à prendre pendant les trois repas. Sur 32 dyspeptiques, la plupart hyperchlorhydriques, avec ou sans dilatation de l'estomac, j'ai obtenu des modifications favorables rapides et quelques guérisons totales; j'ai été frappé surtout de la diminution des gaz.

Je compte aussi 8 cas d'hyperchlorhydrie dans lesquels le médicament a produit les mêmes effets que s'il avait un accès de chlore ou d'acide chlorhydrique libre combiné ou libre. Dans ces cas le strontium a paru agir contre les fermentations acétique et lactique, surtout contre les gaz de décomposition. Restent 6 cas dont un cas de vomissements nerveux; là j'a eu un échec complet, tandis que l'extrait de cannabis a eu d'heureux effets.

J'ai enfin essayé le bromure de strontium contre la maladie de Bright et l'épilepsie. Dans cette dernière maladie le bromure de calcium est au moins équivalent comme anti-épileptique et comme stomachique. Enfin l'iodure de strontium peut être substitué avec avantage à l'iodure de potassium dans le traitement des maladies du cœur.

M. Laborde. — Les observations cliniques de M. G. Sée confirment les présomptions physiologiques que j'ai établies sur l'action des sels de strontium et que je me propose de développer ultérieurement devant l'Académie. Ainsi que l'a également montré cliniquement M. Féré, j'ai pu démontrer que le bromure de strontium à la dose de 9 grammes constitue un excellent eupeptique et un antinerveux des plus utiles dans l'épilepsie.

Epidémie de tuberculose à l'usine municipale d'électricité.

M. le Dr Arthaud. — L'examen de 35 malades constituant la majeure partie du personnel de l'usine municipale d'électricité, qui comprend de 35 à 40 personnes, m'a permis d'établir l'existence d'une épidémie de tuberculose dans cette usine.

Sur 35 ouvriers j'ai trouvé 32 tuberculeux, dont 4 d'ancienne date et 23 dont l'inoculation est certainement postérieure à leur entrée à l'usine.

Ces 23 malades sont atteints de tuberculose au début à divers degrés d'évolution, les uns avec respiration rude localisée et expiration prolongée, les autres avec râles ou craquements. La durée de la période d'incubation a paru être de deux mois.

Ces faits confirment l'opinion que j'ai déjà émise sur l'importance extrême de la contamination des tuberculeux par les locaux de réunion et d'habitation, quand la durée des séjours dépasse un mois.

Transformation des virus. Vaccine et variole.

M. A. Chauveau. — L'idée si séduisante, si simple et si logique, que la vaccine n'est qu'une *transformation* de la variole continue à compter beaucoup de partisans. Je persiste, pour mon compte, à être du nombre de ceux qui pensent qu'en raison de leurs affinités, ces deux maladies dérivent probablement l'une de l'autre ou d'une souche commune. La preuve n'en est pas faite, comme je vais l'établir de nouveau, mais la preuve contraire n'a pas été non plus donnée. On n'est donc pas encore autorisé à affirmer que les deux maladies ont toujours coexisté en état d'indépendance réciproque. On a, plus simplement encore, prétendu qu'il doit suffire, pour transformer en vaccine la variole humaine, de faire passer celle-ci dans l'organisme des animaux de l'espèce bovine. Des expériences furent tentées et l'aptitude de l'organisme du bœuf à transformer en virus vaccinal le virus variolique, qu'on y implante artificiellement, prit et garda un grand crédit, jusqu'aux expériences de vérification de la commission lyonnaise, que j'ai inspirées, dirigées, exécutées pour le plus grand nombre, de 1863 à 1865 et racontées devant l'Académie de médecine.

De ces travaux et d'autres que j'y ai joints, il résulte que des animaux des espèces bovine et chevaline prennent parfaitement la variole humaine, quand on la leur inocule; mais le virus variolique ainsi transporté avec succès sur l'animal, ne s'y transforme pas en virus vaccinal. Il reste virus variolique, même après plusieurs cultures successives dans son nouveau terrain, où il paraît épuiser assez vite sa propriété prolifique, rapporté sur l'espèce humaine. De plus, sur les animaux, principalement ceux de l'espèce bovine, l'éruption primitive, suite immédiate de l'inoculation, garde constamment des caractères spéciaux qui ne permettent pas de la confondre avec une éruption vaccinale. Et pourtant cette éruption spéciale est bien le témoignage d'une infection qui a des relations étroites avec la vaccine, car on ne peut plus *vacciner* les animaux primitivement *variolés* : la variole humaine préserve le bœuf et le cheval de la vaccine, comme la vaccine bovine ou équine préserve l'homme de la variole.

Malgré les résultats de mes nombreuses séries d'expériences,

il s'est trouvé des expérimentateurs qui ont encore cherché à opérer la transformation de la variole en vaccine en répétant purement et simplement le transfert et la culture du virus variolique dans l'organisme du bœuf. Ces tentatives échouèrent. D'autre part, les recherches nouvelles que j'entrepris en cherchant à cultiver sur la vache du virus vaccinal d'origine équine, puis du virus variolique propagé dans l'organisme du veau, me permettent d'affirmer que *le virus variolique, dans l'organisme des animaux de l'espèce bovine, reste virus variolique. Il ne se transforme point en virus vaccinal et ne manifeste même aucune tendance à subir cette transformation :* telle est la conclusion à laquelle il faut se tenir, pour le moment, au sujet de l'influence que l'organisme du bœuf exerce sur le virus variolique.

S'ensuit-il que cette influence soit absolument nulle ? Oui, sans doute, en ce qui concerne la *transformation* du virus. Non, peut-être, relativement à son *atténuation.* Mais je m'expose à provoquer quelques étonnements avec de pareilles distinctions; aussi convient-il de définir la *transformation* et l'*atténuation*, et de déterminer les caractères différentiels de ces deux processus.

Lorsque M. Pasteur eut démontré que certains virus malins peuvent être atténués artificiellement et changés en virus bénins, capables de créer, presque sans chances de danger, l'immunité contre les attaques de l'agent infectant naturel, c'est-à-dire du virus fort, un rapprochement fut fait aussitôt entre l'action défensive de ces virus faibles ou bénins, par rapport aux virus forts ou malins correspondants, et celle du virus vaccinal, à l'égard du virus variolique. Le mot « *vaccination* » fut même adopté et employé comme terme générique pour exprimer cette action défensive.

Un tel rapprochement indiquait nécessairement cette conséquence que la vaccine n'est pas autre chose que la variole atténuée. C'est au fond la pensée de M. Pasteur lui-même. Et alors il parut étonnant, à beaucoup de ceux qui se rangent sous sa très haute et très légitime autorité, qu'on n'eût pas encore trouvé un procédé sûr d'*atténuer* la variole, autrement dit, avec l'idée qu'on se faisait de l'atténuation, de *transformer* cette maladie en vaccine. Le virus charbonneux s'atténue par divers procédés de culture *in vitro :* celui du rouget, par son passage dans tel organisme qui le rend bénin pour celui du porc, etc. Pourquoi le virus variolique, transporté dans l'organisme du bœuf, n'y prendrait-il pas, en *s'atténuant*, les caractères du virus vaccinal naturel ? Voilà le raisonnement que tirent de bons esprits, à tendances simplistes. *A priori*, en effet, tout cela semble si logique, que la réussite de la transformation variolo-vaccinale apparaît comme une opération très facile. On s'étonne des insuccès de ceux qui ont échoué dans cette opération et l'on se pique aisément d'être beaucoup plus heureux qu'eux.

Telles devaient être les conséquences de la comparaison un peu forcée qui a été établie entre la vaccine naturelle et les virus artificiellement atténués. Nous lui devons l'une des plus belles conquêtes de la médecine moderne, l'une des plus fécondes découvertes qui ont rendu si glorieux le nom de M. Pasteur. Mais qu'il soit permis à l'un de ses plus fervents admirateurs d'employer une compétence laborieusement acquise au redressement des idées fausses qui tendent à se généraliser de nouveau au sujet de l'origine de la vaccine.

Certes, la vaccine et la variole resteront toujours, à mes yeux, étroitement unies par des liens d'intime parenté ; et je continue à me croire autorisé à les considérer comme dérivant l'une de l'autre ou d'une souche commune. Mais je ne conviendrai jamais que la vaccine soit une *atténuation* de la variole. Le virus variolique naturel est un *virus fort* ; le virus vaccinal naturel en est un autre. Si celui-ci dérive de celui-là, il y a eu *transformation* d'un *virus fort* en un autre *virus fort* : ce qui est tout différent d'une métamorphose partielle par simple affaiblissement des propriétés du premier de ces virus. En effet nous savons très pertinemment ce qui suit :

1° Le virus vaccinal ne donne jamais la variole à l'homme.

2° Le virus variolique ne donne jamais la vaccine au bœuf ou au cheval.

3° La vaccine n'est donc pas la *variole atténuée* et ne peut être comparée à l'infection charbonneuse bénigne communiquée aux animaux par l'inoculation du *virus charbonneux atténué*.

4° Si la vaccine dérive de la variole, c'est par suite d'une *transformation radicale*, jusqu'à présent hors de la portée des expérimentateurs, du virus variolique.

5° Enfin ces dernières propositions en entraînent une dernière plus générale qui est celle-ci : L'*atténuation* des virus n'est pas une opération qu'on puisse identifier avec leur *transformation*. Dans l'état actuel des choses, la distinction entre celle-ci et celle-là s'impose nécessairement. De ces deux processus, l'*atténuation*, avec sa contre-partie, l'*exaltation*, est celui qui attire et retient le plus l'attention, parce qu'il est relativement commun. Telle épidémie revêt un caractère de gravité exceptionnelle ; telle autre, due au même agent infectieux, se distingue par une remarquable bénignité. Tout, ou presque tout, il est vrai, dans ces oscillations de l'influence infectieuse, était attribué autrefois aux modifications subies par le terrain de développement des virus. On sait maintenant que les atténuations virulentes peuvent y jouer un rôle important. C'est une notion précieuse, dont on peut tirer parti également pour expliquer la gravité décroissante et l'extinction des épidémies ; de même fait-on intervenir l'exaltation du principe virulent, dans l'explication des recrudescences de malignité auxquelles les maladies infectieuses sont souvent exposées.

Par contre, il y a des siècles que l'on assiste aux oscillations de l'activité des agents virulents, sans qu'on ait jamais vu ces oscillations aboutir à la véritable métamorphose d'un agent en un autre agent, d'une maladie en une autre maladie. Est-ce à dire qu'une telle métamorphose soit impossible ? Ceci est loin de ma pensée, étant données mes tendances nettement transformistes. Mais on est bien bien forcé d'avouer qu'une vraie transformation virulente doit être fort difficile à obtenir, puisqu'on n'en saurait citer un seul exemple authentique. Quel contraste frappant avec la multiplication des brillants exemples d'*atténuation* ou d'*exaltation virulente* dont M. Pasteur a su tirer un si précieux parti !

Mais si j'ai démontré, il y a vingt-quatre ans, que cet agent, comme celui de la vaccine, est un élément corpusculaire, on ne sait rien de plus aujourd'hui. Les tentatives faites pour cultiver cet agent *in vitro*, à la manière de beaucoup d'autres éléments infectieux, ont constamment échoué. C'est un précieux moyen d'action, un puissant modificateur qui nous manque. On peut, pour y arriver, chercher à modifier les agents que la culture atténue ou exalte, s'efforcer de leur communiquer d'autres propriétés, qui seront à leur tour fixées jusqu'à nouvel ordre et pourront seulement s'atténuer ou s'exalter comme celles qu'elles auront remplacées. Un autre champ s'offre encore à l'exploitation des tentatives transformistes, c'est celui où les microbes saprophytes, que je préfère appeler saprogènes, coudoient les microbes parasites, mieux nommés pathogènes. On sait maintenant qu'il n'existe aucune barrière fixe entre ces deux sortes d'agents. Beaucoup jouissent de la propriété de vivre et de se multiplier aussi bien dans les milieux vivants que dans les milieux *morts*. Quant à ceux qui, jusqu'à présent, ne semblent aptes qu'à s'attaquer à ces derniers milieux, combien en est-il, parmi eux, dont on pourrait dire sûrement qu'ils ne sont pas actuellement ou ne deviendront jamais capables de s'adapter au régime parasitaire, c'est-à-dire de jouer le rôle d'agents pathogènes ?

De pareilles études visent surtout les applications pratiques. Ce ne sera peut-être pas par les études entreprises sur le transformisme en microbiologie qu'arriveront, à la prophylaxie des maladies infectieuses, les plus utiles conquêtes de la méthode de préservation qui consiste à créer artificiellement l'immunité par les inoculations préventives. Cette immunité communiquée, nous n'en connaissons pas encore exactement le mécanisme intime. Malgré l'importance et l'intérêt des travaux auxquels a donné lieu la recherche de ce mécanisme, il reste encore enveloppé d'obscurité, mais la cause essentielle dont il dépend est maintenant bien connue.

J'ai démontré le premier, à l'encontre de la théorie de l'épuisement, épousée et soutenue par M. Pasteur, que cette immunité provient de l'imprégnation de l'organisme par les matières qui naissent du travail de prolifération des microbes; plus tard, j'ai eu la satisfaction profonde de voir cette première démonstration recevoir une consécration éclatante de toutes celles qui sont arrivées ensuite de différents côtés, toutes plus intéressantes et plus probantes les unes que les autres. Or, ces matières prophylactiques, « *vaccinantes* » selon la terminologie créée par M. Bouchard, « phylacogènes », proposerai-je

plutôt, si l'on croit nécessaire l'emploi d'un mot nouveau, interviennent de la même manière dans tous les systèmes d'inoculation préventive.

Nous rencontrons d'abord la méthode qui consiste à faire fabriquer les substances prophylactiques, par les agents pathogènes, en dehors de l'organisme auquel on veut communiquer l'immunité, et à introduire ensuite dans cet organisme lesdites substances, à dose suffisante, après les avoir débarrassées des éléments virulents proprement dits, ou avoir rendu ceux-ci inoffensifs.

Mais le plus souvent, c'est dans l'organisme même à préserver qu'a lieu la fabrication des substances prophylactiques, par les agents pathogènes dont on a inoculé les germes dans des conditions qui assurent la bénignité de leurs effets infectieux; conditions qui sont réalisées : soit quand on fait pénétrer les germes virulents non atténués par des voies et des procédés autres que ceux qui interviennent dans l'infection naturelle ou spontanée; soit lorsqu'on ne fait agir qu'un très petit nombre de ces agents infectieux non atténués; soit dans le cas où les germes inoculés ont été individuellement atténués par une opération extemporanée; soit enfin si ces germes appartiennent à une race dans laquelle l'atténuation est fixée.

Dans une troisième méthode, la substance vaccinante n'est plus fabriquée par le virus même contre lequel on veut créer l'immunité, mais par un virus voisin appartenant à une autre espèce, ainsi que M. Pasteur l'a démontré pour le microbe du choléra des poules déterminant l'immunité contre le charbon. Je range naturellement dans cette catégorie le virus employé comme préservatif de la variole.

Ainsi, il me semble que le moment est venu d'aborder résolument l'étude l'action prophylactique qui peut être exercée, à l'égard des maladies infectieuses, par divers microbes, même les plus éloignés, en apparence, de ceux qui sont la cause de l'infection. Je n'hésiterais même pas, pour mon compte, à chercher les substances vaccinantes dans les cultures de microbes simplement saprophytes. Les microbes-ferments, en effet, ne se partagent pas en catégories biologiques radicalement distinctes. Il n'y a pas une physiologie spéciale pour les microbes pathogènes et une autre physiologie spéciale pour les microbes saprogènes. De tous, on peut dire qu'ils possèdent des fonctions de même ordre, particulièrement celle en vertu de laquelle ils provoquent, dans les milieux où ils végètent, et par les dédoublements qu'ils y déterminent, la naissance de substances diverses, toxiques ou autres.

Il s'agit de savoir si, dans l'exercice de cette fonction, des microbes différents ne produiraient pas les mêmes substances capables de créer l'immunité. Personne ne doute que cette communauté de propriétés ne soit vraie pour le virus vaccin et le virus variolique. Et j'espère avoir démontré que ces deux virus, au lieu d'être l'un la forme *atténuée*, l'autre la forme *forte* du même agent, constituent deux espèces *actuellement* tout à fait distinctes.

M. Hervieux.— Les résultats expérimentaux de M. Chauveau concordent avec les données de la clinique. En effet :

1° La variolisation en Algérie n'a jamais produit chez les indigènes autre chose que la variole, ainsi qu'en témoignent les nombreux mémoires envoyés chaque année à l'Académie par les médecins militaires.

2° De même le vaccin emprunté aux espèces bovine et chevaline n'a jamais donné autre chose que la vaccine; on a pu s'en assurer à l'Académie chaque fois que le vaccin de son service a été renouvelé soit par le cow-pox soit par le horse-pox et transporté sur sa clientèle, quelles que soient les disposition des jeunes sujets pour les éruptions varioliques.

3° Quant aux objections relatives aux inoculations vaccinales suivies d'éruption variolique, celle-ci s'explique par la contagion qui a eu lieu soit avant la vaccination par des malades ou des intermédiaires, soit pendant la vaccination par le vaccinateur lui-même, soit après la vaccination dans l'intervalle qui sépare l'opération du 7e au 8e jour. On a aussi objecté les éruptions vaccinales généralisées observées aux Enfants-Assistés ; ces éruptions avaient pour caractère principal un exanthème miliaire ou vésiculeux et elles apparaissaient du 9e au 10e jour après la vaccination; elles ont paru provenir d'inoculations faites avec du vaccin recueilli sur des enfants en puissance de septicémie.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 14 *octobre* 1891.

Suppositoires créosotés.

M. Kügler pense que la créosote est, jusqu'à nouvel ordre, le meilleur médicament pour les tuberculeux. Mais à hautes doses il est souvent mal toléré par les voies digestives, et d'autre part la pratique des injections sous-cutanées exige des appareils compliqués. Or l'absorption se fait bien par voie rectale, à l'aide de suppositoires creux contenant 0,50 ou bien 1 gr. de créosote, très rapidement l'haleine sent la créosote, et on trouve le médicament dans l'urine. On peut ainsi administrer aisément 2 gr. de créosote par jour.

M. Berlioz fait observer que quand on administre la créosote en pilules, jusqu'à 1 gr. par jour, le médicament ne peut jamais être trouvé dans l'urine.

Chlorhydrate d'hyoscine.

M. Ramadier, s'appuyant sur les expériences et les faits cliniques de MM. Glay et Rondeau, Lemoine, Magnan, Debove, a essayé ce médicament, à dose de 1/2 milligr., en injections sous-cutanées. Ce n'est pas un moyen à employer systématiquement, mais à réserver pour les périodes d'excitation ; ou bien pour les cas chirurgicaux où l'on a besoin du calme des sujets. C'est en effet un sédatif très puissant mais très toxique.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 23 *octobre* 1891.

Présidence de M. Cornil.

Fractures du bassin.

M. Ch. Walther présente des pièces expérimentales d'une variété de fracture du bassin produite par choc oblique en haut et en dedans sur l'ischion. Dans ces conditions, on obtient un trait horizontal partant de la grande échancrure sciatique, traversant la partie inférieure du cotyle et passant de là à la branche descendante du pubis. Cette variété n'est pas décrite; or elle semble avoir quelque importance clinique. On doit la soupçonner quand après une chute sur l'ischion on constate une fracture de la branche ischio-pubienne : il faut alors pratiquer le toucher rectal et chercher s il n'y a pas un point douloureux à la face interne du cotyle. M. Walther, ne connaissant pas encore cette variété, a négligé cette constatation sur un homme qui, entré à l'hôpital pour une fracture de la branche ischio pubienne, eut d'abord la hanche parfaitement libre, puis subit une ankylose de cette jointure.

Hydronéphrose tuberculeuse. Néphrectomie partielle. Perforation de la vessie. Rétention d'urine.

M. Tuffier présente plusieurs pièces relatives à la pathologie des voies urinaires.

1° Une pièce d'*hydronéphrose tuberculeuse.* Chez une femme qui avait subi à gauche la néphrotomie et qui succomba quelque temps plus tard, par urémie, on trouva une hydronéphrose typique à droite, avec oblitération de l'uretère; cette lésion avait été méconnue cliniquement. Le liquide, parfaitement clair, contenait exclusivement le bacille de la tuberculose.

2° Le malade auquel M. Tuffier a fait la néphrectomie partielle pour kyste du rein (voy. *Mercredi*, 1891, p. ...) fut opéré quelque temps après d'une tumeur de la vessie, qui récidiva et le fit mourir. La cicatrice rénale est en parfait état et il n'y a aucun autre kyste dans les reins. Le rein opposé est atteint d'hydronéphrose, le cancer oblitérant son uretère, et le malade vivait exclusivement avec son rein opéré.

3° Un blessé ayant reçu une balle dans le rachis, M. Tuffier le trépana, enleva esquilles, sang et projectile et pendant deux mois tout alla bien, lorsque survint une péritonite aiguë, mortelle en 4 jours : elle était due à la perforation de la vessie par une ulcération de nature tropho-microbienne.

4° Une femme entra à l'hôpital avec une tumeur abdominale qui simulait absolument un kyste de l'ovaire, et M. Tuffier se mit en devoir de pratiquer la laparotomie. Lorsqu'on

sonda la malade, la tumeur sembla diminuer de volume, mais l'écoulement par la sonde s'arrêta. N'était-ce donc pas la vessie distendue? M. Tuffier pour juger la question ponctionna la tumeur et constata que le liquide se prenait en masse si on coagulait l'albumine. Il fit donc la laparotomie, et constata qu'il s'agissait de la vessie : il referma le ventre et avec la sonde évacua cette fois 11 litres d'urine. La malade mourut quelque temps après d'urémie, et on lui trouva une néphrite parenchymateuse bilatérale très intense, avec hydronéphrose d'un côté. Il n'y avait aucun obstacle à la miction et il s'agissait d'une *rétention d'urine hystérique.*

M. Pilliet fait une communication sur l'anatomie pathologique de la *tuberculose du foie.*

M. Boureau montre une *dilatation intra-utérine de la trompe.*

M. Ch. Walther décrit une forme spéciale de fracture du maxillaire supérieur à 4 fragments symétriques.

M. Para (de La Ferté-Alais) est élu membre correspondant.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 21 *octobre* 1891.

Hydrocèle communiquante.

M. Verneuil soutient depuis longtemps que dans l'hydrocèle dite congénitale, c'est-à-dire communiquant avec le péritoine, le liquide scrotal se forme dans le péritoine et tombe dans les bourses quand il est assez abondant pour affleurer l'orifice péritonéo-vaginal; récemment M. Faure a fait un article sur ce point dans la *Gazette des hôpitaux* et M. Phocas (de Lille) a étudié spécialement les hydrocèles de la péritonite tuberculeuse (Voy. *Mercredi*, 1891, p. 173). Récemment M. Verneuil a recueilli une observation importante à cet égard : celle d'un monorchide dont le scrotum se distendit, du côté du testicule absent, à la suite d'un effort et on constata alors que le liquide péritonéo-vaginal communiquait avec une ascite assez volumineuse, liée à une cirrhose du foie.

M. Bazy a vu un cas semblable : quelque temps après le début d'une ascite d'origine cirrhotique, du liquide tomba dans les bourses d'un adulte.

M. Th. Anger a observé un garçon de 8 à 10 ans chez lequel un kyste du cordon disparaissait complètement pendant la nuit, quoiqu'il fût cliniquement irréductible à la pression.

Extirpation de la grenouillette.

M. Félizet, après avoir rappelé la fréquence des récidives après toutes les opérations dirigées contre la grenouillette, conclut que l'extirpation totale de la poche est seule capable de mettre à l'abri de cette récidive. Mais la dissection d'une poche aussi mince est à peu près impossible. Pour y réussir, M. Félizet a imaginé l'artifice suivant. Après anesthésie à la cocaïne, il fait au bistouri, en dédolant, une boutonnière à la muqueuse, et par là pousse sous cette muqueuse une injection d'eau boriquée. De là une véritable hydrotomie du plancher buccal autour de la grenouillette, dont la poche devient très facile à décoller. Lorsque un quart environ de cette poche est disséqué, on la fend, on prend chaque lèvre avec une pince à pression et on remplit la cavité avec une éponge. Il reste ainsi à disséquer, à la rugine et aux ciseaux, une tumeur solide qu'on a aisément tout entière. M. Félizet a mené à bien cette opération chez deux malades, dont un ayant déjà été traité deux fois par la cautérisation.

Hémothorax foudroyant.

M. Schmit lit l'observation d'un homme qui se suicida en se tirant un coup de revolver dans la région précordiale, ne se lésa pas le cœur, mais se perfora le poumon, puis la branche gauche de l'artère pulmonaire et mourut d'hémothorax foudroyant.

Traitement des plaies de l'intestin chez le chien.

M. Chaput. — Le traitement des plaies intestinales par l'expectation a donné sur 46 cas 31 morts (60 0/0) et 15 guérisons (33 0/0). La mort est survenue 4 fois immédiatement, 18 fois en moins de 20 heures; 6 fois le deuxième ou troisième jour; 3 fois le quatrième jour.

Dans les coups de feu tirés à bout portant à travers les parois abdominales, le nombre habituel des perforations est de 6 à 8; le maximum a été 26, le minimum 2. Les plaies des autres viscères sont rares. Les hémorrhagies graves par blessure des artères mésentériques sont fréquentes (7 cas).

Le bouchon muqueux n'obture rien, il laisse toujours passer les matières avec la plus grande facilité lorsque la plaie mesure quelques millimètres.

Les conditions qui favorisent la guérison spontanée sont : la puissance adhésive (variable) de l'épiploon, la destruction de l'épithélium du bourrelet muqueux, la vacuité relative de l'intestin et la virulence faible de son contenu; l'absence d'hémorrhagie; l'absence d'infection péritonéale, des perforations peu nombreuses et surtout peu étendues, ne siégeant pas à l'insertion du mésentère. Sur 11 chiens (dont 5 à jeun) n'ayant reçu qu'un seul coup de feu sur une seule anse, nous avons obtenu 7 morts et 4 guérisons. Sur 5 chiens complètement à jeun auxquels on fit une seule plaie linéaire de 2 centimètres aux ciseaux sur le bord convexe, 4 sont morts, un seul a guéri.

Intervention chirurgicale. — L'intestin du chien est mince, rigide et d'un faible diamètre, ces conditions rendent fréquentes ou inévitables certaines fautes opératoires, telles que sutures perforantes, impossibilité d'exécuter deux étages de suture, difficulté d'obtenir des sutures non tendues; enfin le rétrécissement de l'intestin est fatal si l'adossement est convenable (1 cm.); ou bien si le rétrécissement n'existe pas, c'est que l'adossement est trop peu étendu (suture à un étage, par conséquent insuffisante).

Les coups de feu à bout portant à travers les parois abdominales déterminent des lésions trop complexes et trop graves pour que l'intervention donne de bons résultats : sur 66 cas 54 morts (80 0/0) et 12 guérisons (20 0/0), résultats inférieurs à ceux de l'expectation.

En tirant un seul coup de feu sur une seule anse et en opérant immédiatement, avec une technique encore imparfaite, la proportion s'améliore. Sur 16 cas, 6 morts (38 0/0) et 10 guérisons (62 0/0).

En tirant un seul coup de feu sur une seule anse et en attendant 2 heures, la proportion de guérisons n'est pas plus élevée que par l'expectation : sur 27 cas, 18 morts (66 0/0) et 9 guérisons (33 0/0); ceci prouve qu'au bout d'un certain temps la péritonite est trop accentuée pour qu'on puisse l'enrayer.

Pour remédier à l'insuffisance des procédés connus, l'auteur a imaginé une nouvelle opération qu'il appelle la *greffe intestinale*; elle consiste à obturer les perforations en les suturant à une anse saine. On peut ainsi exécuter des sutures à plusieurs étages sans rétrécir l'intestin : on a ainsi 100 pour 100 de guérisons à la condition de ne pas attendre plus de trois quarts d'heure (3 greffes immédiates, 3 guérisons; 10 greffes après une demi-heure, 10 guérisons; sur l'animal à jeun, 5 greffes après une demi-heure, 5 guérisons; sur l'animal en pleine digestion. Total : 18 cas, 18 guérisons). Lorsque la greffe entérique est faite après trois quarts d'heure, le pronostic devient plus sombre; sur 7 cas, 4 morts (58 0/0) et 3 guérisons (42 0/0).

M. Terrillon commence une communication qu'il terminera dans la prochaine séance, sur l'*hystérectomie vaginale pour suppuration pelvienne.*

A. Broca.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 24 *octobre* 1891.

Présidence de M. Brown-Sequard.

Inoculabilité du cancer.

M. Morau. — J'ai observé de nouveaux faits qui confirment une communication antérieure sur l'inoculabilité des produits épithéliomateux. Voici une souris blanche à qui j'ai injecté du suc cancéreux dans une des mamelles. L'animal a été fécondé peu après, et pendant la gestation il ne s'est rien passé de marquant du côté de la mamelle inoculée ; mais sitôt que cette souris a eu mis bas, il s'est développé au point injecté l'énorme tumeur que vous pouvez constater. Chose étrange, l'état général de l'animal paraît relativement satisfaisant.

Cette deuxième souris a été inoculée vers la région axillaire. Il y a eu gestation sans rien d'anormal, mise bas, puis accroissement assez rapide d'une tumeur au point inoculé. Il apparait même un autre petit nodus sur la région dorsale.

J'ai essayé de modifier l'évolution des néoplasies avec l'acide picrique : je ferai connaître ultérieurement mes résultats.

Deux cas d'infection générale apyrétique par le bacillus coli communis dans le cours d'une entérite dysentériforme.

MM. Lion et **Marfan.** — Deux vieillards venus du dépôt de Nanterre entrent à l'hôpital Necker à quelques jours d'intervalle. Tous deux présentent les signes d'une entérite dysentériforme sans fièvre et meurent au bout de quelques jours dans le collapsus algide. Il semble, d'après les renseignements fournis par les malades, que l'affection dont ils étaient atteints sévissait à la maison de Nanterre sous forme épidémique. A l'autopsie, on trouve sur le gros intestin des lésions ulcéreuses rappelant exactement celles de la dysentérie vraie. L'étude bactériologique permit de reconnaître dans les deux cas une infection générale de l'organisme par le *bacillus coli communis*. Dans le premier cas ce microbe fut trouvé à l'état de pureté dans le suc des ganglions mésentériques et dans le liquide du péricarde Dans le second, un résultat semblable fut obtenu par l'examen du sang du cœur gauche et du liquide péricardique.

Ces deux faits présentent une certaine importance parce qu'ils nous donnent une idée de ce que peut être dans certains cas l'infection générale par le *bacillus coli communis*. Nous voyons ici ce microbe envahir l'organisme et entraîner la mort sans avoir provoqué ni réaction fébrile, ni état typhique. Il est même digne de remarque que les malades ont succombé avec du collapsus algide, présentant ainsi un tableau clinique qui n'est pas sans analogie avec celui du choléra, de l'étranglement herniaire et de certaines péritonites par perforation.

Action globulicide du sérum.

M. Daremberg. (Voy. p. 542).

M. Brown-Séquard. — J'ai constaté après Magendie que si l'on injecte à un oiseau du sang de mammifère, les globules de ce dernier se conservent assez bien au contact des globules de l'oiseau et se retrouvent longtemps. Mais l'inverse n'est pas vrai : le sang d'oiseau injecté à un mammifère disparait vite. Il est détruit, on ne retrouve nulle part de thrombus, d'accumulations globulaires. On peut se demander si cette destruction ne rentrerait pas dans le cadre de l'action globulicide du sérum.

M. Gilbert. — Les globules ne se conservent pas indéfiniment dans le sérum d'un animal de même espèce : il serait intéressant de savoir pendant combien de temps se prolonge cette intégrité.

C'est un point que MM. Maragliano et Castellino ont tenté de préciser récemment en opérant sur le sérum humain. Ces observateurs ont constaté qu'après 5 à 6 heures les globules s'altèrent déjà notablement dans le sérum normal. Mais, ce qui est très important, c'est que dans le sérum pathologique l'altération commence beaucoup plus vite; c'est ce qui a lieu, par exemple, si l'on soumet à l'examen du sérum de chlorotique auquel on a ajouté des globules d'un sujet non chlorotique : ces derniers s'altèrent très rapidement.

On conçoit aisément à quelles déductions ceci pourrait conduire : on pourrait se demander en effet si, dans certaines affections *déglobulisantes*, ce n'est pas précisément le sérum sanguin qui, primitivement altéré, entraîne les destructions globulaires qui donnent à ces états une grande importance.

Injections de sucs parenchymateux aseptiques.

MM. Brown-Séquard et **d'Arsonval.** — Il est communément admis que l'injection de suc hépatique ou pancréatique amène rapidement la mort chez les animaux en expérience. Or, nous avons observé qu'en opérant aseptiquement, on ne tue pas les animaux, tant s'en faut. Voici quelques résultats à l'appui de cette assertion. Sur 20 animaux injectés, 5 ont continué à vivre et même à augmenter de poids, quoiqu'ils eussent reçu du liquide pancréatique, lequel passe pour le plus meurtrier. Les autres au contraire ont maigri après avoir reçu du suc pancréatique (2 cas), hépatique (2 cas), rénal (3 cas), cérébral (2 cas), pulmonaire (1 cas). C'est avec le suc rénal que l'amaigrissement est maximum : un lapin de 2 kilogs a perdu 590 grammes en 10 jours.

En tout cas, les injections aseptiques n'ont aucun danger immédiat : c'est un point qui intéresse l'avenir de la méthode, employée dans un but thérapeutique.

M. Kauffmann. — J'ai fait moi-même des injections de suc pancréatique de vache à des chiens et des lapins : je n'ai pas observé d'accidents.

M. Brown-Séquard. — Dans nos expériences, il s'agit non pas d'une sécrétion naturelle, mais d'un produit complexe obtenu en broyant un fragment de parenchyme dans l'eau stérile.

M. Hénocque complète ses observations sur les modifications hématologiques produites par la tuberculine et par les injections de suc testiculaire.

J. Girode.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 23 octobre 1891.

Présidence de M. E. Labbé

Des anomalies dans l'évolution du processus de la digestion stomacale à l'état pathologique.

M. Mathieu. — D'après M. Hayem, dans une première phase de la digestion gastrique, il y a augmentation progressive de la quantité du chlore en combinaison organique. Dans une seconde phase, cette quantité s'abaisse et cet abaissement correspondrait à la phase de peptonisation. La première phase, celle de la formation des combinaisons azotées du chlore, ne représenterait qu'une période de modification préparatoire des substances albuminoïdes.

Pour que cette interprétation fût admise, il ne faudrait pas que la peptone pût se combiner au chlore.

Or il n'en est rien. Au contraire, la peptone se combine à l'acide chlorhydrique de façon à masquer cet acide vis-à-vis de ses réactifs qualitatifs; elle en masque environ 1/10e de son poids d'après M. Villejean. C'est à peu près la même proportion que pour les autres substances albuminoïdes.

Il n'est donc pas permis de dire que l'abaissement des produits chloro-azotés correspond à l'apparition de la peptone.

En somme, tant qu'on n'aura pas de moyen direct de doser les diverses substances albuminoïdes à leurs diverses étapes de transformation dans le contenu de l'estomac, il sera impossible de savoir ce qu'est le travail stomacal, et quelle importance il a. En attendant, le très précieux procédé de MM. Hayem et Winter ne peut servir qu'à déterminer certaines des qualités de la sécrétion gastrique et c'est déjà beaucoup.

On ne peut donc baser aucune théorie de pathologie générale sur les modifications du travail de l'estomac.

En second lieu, M. Hayem admet que chez des hyperchlorhydriques avec hypersécrétion, il y a un retard du processus de digestion gastrique. La chose ne me paraît pas démontrée et les observations de M. Hayem sont susceptibles d'une autre interprétation.

Ces malades ont, en effet, de l'hypersécrétion. Ils ont dans leur estomac une quantité exagérée de liquide. Ils diluent donc les produits de la digestion, et, en particulier, les produits chloro-azotés. De là un affaiblissement apparent du travail exécuté.

D'autre part, ce travail se trouve ralenti parce que ces estomacs se vident incomplètement. On retrouve chez eux des détritus alimentaires ingérés un, deux ou trois jours auparavant.

Les deux faits principaux, dans des cas de cet ordre, sont donc l'hypersécrétion et la viciation de la motricité gastrique. Ces deux facteurs suffisent à tout expliquer. L'hypersécrétion fournit de l'acide chlorhydrique en excès qui peut, suivant les cas, ou rester libre, ou se transformer en chlorures fixes aux dépens des bases fournies par les aliments, le mucus et la salive.

L'hypersécrétion et l'atonie gastrique s'expliquent très bien par un vice d'innervation, et il est très satisfaisant pour l'esprit de rapporter ces facteurs pathologiques à un état névropathique préexistant.

Cet état névropathique s'accuse davantage encore en vertu du trouble du fonctionnement de l'estomac, du séjour prolongé dans sa cavité d'une quantité exagérée d'acide chlorhydrique. La névropathie provoque la gastropathie, qui augmente la névropathie et ainsi de suite. C'est un cercle vicieux.

Ce cercle vicieux, on peut le rompre en faisant chez les hyperchlorhydriques, comme l'a conseillé M. Debove, des gavages à la poudre de viande alcalinisée. On diminue l'irritation gastrique et on relève les forces du malade. Cette amélioration est plus marquée encore si l'on traite l'état protopathique de névropathie par les moyens appropriés et, en particulier, par l'hydrothérapie.

Des altérations chimiques du processus stomaçal dans la gastrite alcoolique.

M. Hayem. — J'ai présenté, dans mes publications antérieures sur le chimisme stomacal, les déviations chimiques de la digestion gastrique comme étant de simples caractères séméiologiques, et, sans enlever aux états chimiques leur importance réelle, j'ai insisté plusieurs fois sur l'impossibilité de considérer comme une espèce morbide un état gastrique dont les caractères sont empruntés à l'analyse chimique.

On retrouve en clinique toutes les déviations chimiques du processus stomacal que j'ai décrites, mais on peut, aujourd'hui, les classer d'une manière un peu plus simple. Les termes d'hyperpepsie et d'hypopepsie doivent être conservés, du moins, jusqu'à ce qu'on en ait proposé de meilleurs, et la simplification que je désire faire ne porte que sur les divisions de ces deux grandes classes.

L'hyperpepsie comprend deux variétés, savoir :

1° L'hyperpepsie typique, caractérisée par H+ et C+;

2° L'hyperpepsie chloro-organique, caractérisée par C+ (H étant = ou—).

L'hypopepsie comprend également deux variétés, savoir :

1° L'hypopepsie avec H+, c'est-à-dire avec hyperchlorhydrie;

2° L'hypopepsie générale ou hypopepsie proprement dite, typique.

Le type de chacune de ces divisions peut être simple ou compliqué de fermentation anormale.

Mes observations sont rangées d'après ces nouvelles divisions, et elles me paraissent assez nombreuses pour me permettre d'aborder l'étude des types nosologiques. Je ferai un aperçu des différentes variétés des déviations chimiques tirées des cas les mieux caractérisés.

Parmi les irritations stomacales dues à l'usage d'aliments excitants, la gastrite alcoolique en est le plus beau type. C'est donc par elle que je commencerai.

Jusqu'ici on s'était borné à doser l'acide chlorhydrique libre et à signaler, dans la gastrite alcoolique, la diminution ou même la suppression de cet acide; mais ce renseignement était très insuffisant, aussi ai-je poussé plus loin l'examen des états chimiques dans les gastropathies alcooliques. Sur 36 cas j'ai trouvé 3 cas d'hyperpepsie, 18 cas d'hypopepsie avec hyperchlorhydrie dont 4 allant jusqu'à l'apepsie. Donc, si je réunis tous les cas d'hypopepsie, je ne compte plus que 3 cas d'hyperpepsie contre 36 cas d'hypopepsie. De plus, sur ces 36 cas on en compte 24 compliqués de fermentation anormale. Ces fermentations, très fréquentes comme on le voit, existent dans les 2/3 des cas.

Chez deux malades j'ai vu de la gastrosuccorrhée, ou sécrétion gastrique à jeun ; l'un deux présentait le type de l'hyperpepsie générale avec fermentation; l'autre était un hypopepsique dilaté dans l'estomac duquel il restait des résidus d'aliments ingérés antérieurement. L'hypopepsie avec fermentation est donc le cas le plus ordinaire. Le plus souvent elle est profonde, et dans 4 cas sur 23 elle arrive à l'apepsie au 3e degré.

Ces différents types chimiques sont-ils en rapport avec les degrés successifs du catarrhe gastrique d'origine alcoolique ou, en d'autres termes, la gastrite alcoolique, dans une première période, donne-t-elle naissance au processus hyperpeptique et, plus tard seulement, à l'hypopepsie ?

Je répondrai que je ne puis établir, d'après mes observations, un rapport entre l'ancienneté de l'irritation gastrique et l'état chimique révélé lors de l'examen du malade, car j'ai vu de l'hypopepsie chez des jeunes alcooliques, et de l'hyperpepsie, ou tout au moins de l'hyperchlorhydrie, chez d'anciens buveurs; toutefois, on pourrait peut-être établir un certain rapport entre l'état chimique et le plus ou moins grand développement des habitudes alcooliques, témoin l'hypopepsie intense signalée chez des malades atteints de délire avec tremblement prononcé, à la suite de forts excès.

J'ai recherché aussi si la nature d'une boisson quelconque pouvait déterminer un type chimique particulier, mais je ne puis encore donner une indication précise à ce sujet; cependant il me semble que les liqueurs, depuis l'eau-de-vie jusqu'au vulnéraire, amènent plus rapidement l'hypopepsie que l'usage des vins.

Paralysie saturnine chez un enfant de cinq ans et demi.

MM. Variot et Gastou font une communication sur ce sujet. L'enfant en question jouait sur une terrasse recouverte de feuilles de plomb. Après la pluie, cette terrasse se recouvrait d'une poussière grisâtre, due sans doute à du carbonate de plomb. C'est la seule cause d'intoxication que l'on put reconnaître chez cet enfant.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 12 octobre.

Sur la théorie de l'antagonisme des champs visuels.

M. A. Chauveau. — Lorsqu'il y a excitation distincte de deux points rétiniens non correspondants, les deux sensations sont perçues d'une manière continue, sans éclipses ni affaiblissement. Lorsqu'au contraire les deux excitations, différentes, se superposent cérébralement, la perception de ces deux excitations est dans une certaine mesure alternante, par suite de la prédominance de l'une ou de l'autre image composante. Cet antagonisme des champs visuels est un phénomène central. Pour l'expliquer, il faut faire intervenir les connexions que les cellules nerveuses centrales entretiennent entre elles d'un côté à l'autre. Il faut admettre que partout les points identiques des rétines sont en communication l'un avec l'autre par l'intermédiaire des noyaux d'origine des nerfs optiques, condition qui permet à ces points identiques de s'influencer réciproquement, de manière à provoquer l'addition des perceptions identiques. Dans les cas de perceptions non identiques, les deux centres percepteurs tendent à exercer, en même temps que cet effet d'addition, un effet alternatif et réciproque d'inhibition, d'où la variabilité incessante de l'image combinée. C'est probablement par une action inhibitrice de même ordre qu'il faut expliquer les sensations chroniques excitées dans un œil par l'éclairage coloré de l'autre œil. M. Chauveau décrit ensuite l'*instrumentation pour l'exécution des diverses expériences relatives à l'étude du contraste binoculaire.*

Séance du 19 octobre 1891.

Sur le pouvoir globulicide du sérum sanguin.

M. G. Daremberg. — On sait que le sérum de plusieurs animaux exerce une action destructive sur un certain nombre de microbes. On a même vu que le sérum d'animaux vaccinés contre la diphthérie et le tétanos est susceptible de détruire le poison tétanique et le poison diphthérique. On a aussi constaté que ces propriétés si remarquables du sérum disparaissent sous l'influence de différentes actions physico-chimiques (chaleur, lumière, etc.).

Il est une autre propriété du sérum sanguin, constatée depuis longtemps par Creite, Landois, Panum, Hayem : c'est le pouvoir que possède le sérum du sang d'une espèce animale, de détruire les globules rouges étrangers, que j'ai appelé plus brièvement *pouvoir globulicide*, avec le pouvoir destructeur du sérum pour les microbes, ou *pouvoir microbicide*.

Lorsque l'on place sur une lame porte-objet deux ou trois gouttes de sérum de sang de chien, privé de ses globules rouges, et lorsqu'on y mêle une trace de sang de cobaye ou de lapin, on voit les globules rouges de ces animaux disparaître en deux ou trois minutes, comme s'ils étaient dissous. Ces globules se conservent indéfiniment dans le sérum d'un animal de la même espèce.

Si l'on mélange au sérum de chien une trace de sang de

pigeon ou de grenouille, dont les globules sont pourvus de noyaux, on voit ces globules perdre leur action colorante et être, en vingt-cinq à trente minutes, réduits à leurs noyaux, qui restent longtemps colorables par l'hématoxyline et les couleurs basiques d'aniline.

Les sérums de bœuf, de pigeon, de tortue, possèdent le même pouvoir destructeur pour les globules rouges d'un animal d'une autre espèce. Le sérum de lapin a généralement un pouvoir globulicide peu énergique pour les globules des mammifères, des oiseaux et des batraciens.

Mais le pouvoir globulicide du sérum est infailliblement détruit, comme l'est aussi le pouvoir bactéricide, par un chauffage à 50-60° pendant vingt-cinq ou trente minutes.

Le sérum exposé pendant huit à dix jours à la lumière diffuse perd son pouvoir globulicide.

Quand on place le sérum en présence d'une trace d'essence d'ail, pendant quelques heures, il perd complètement son pouvoir globulicide.

Ce pouvoir globulicide du sérum est légèrement retardé par des traces de sublimé corrosif, de sulfure de carbone, de paraldéhyde et de vapeurs de mercure. Il n'est aucunement modifié par l'action du vide, ou par des traces de xylol, de diméthylamine, d'éther, d'alcool amylique ou méthylique.

Le sérum globulicide et le sérum non globulicide ont la même alcalinité.

Le blanc d'œuf n'a pas de propriétés globulicides.

ÉTRANGER

ALLEMAGNE

RÉUNION LIBRE DES CHIRURGIENS DE BERLIN

Séance du 12 *octobre* 1891.

Guérison d'un myxœdème.

M. R. Kœhler présente une femme de 48 ans qui, après avoir eu dans son enfance un gonflement des glandes du cou, fut prise l'an passé d'accidents de myxœdème peu à peu nettement caractérisés et la maladie était confirmée lorsque la femme entra dans le service de M. Gerhardt. Elle portait en même temps une tumeur cervicale de nature ganglionnaire, comme cela fut vérifié par examen histologique d'un fragment enlevé. Cette tuméfaction ganglionnaire fut très améliorée par des onctions mercurielles. Enfin il se forma dans la région sterno-mastoïdienne une ulcération d'aspect syphilitique. La malade fut alors soumise à un traitement antisyphilitique régulier : l'ulcération se cicatrisa, la tumeur cervicale disparut, l'infiltration myxœdémateuse se résorba, l'intelligence s'éclaircit. Bref, la malade est aujourd'hui guérie de son myxœdème, et l'on doit attribuer probablement les accidents à une lésion syphilitique du corps thyroïde.

Thyroïdectomie partielle.

M. R. Kœhler présente une jeune fille chez laquelle la moitié droite d'un goître fut enlevée, après quoi la moitié gauche se rétracta d'elle-même et disparut presque complètement.

M. Lindner au contraire a vu dans un cas les parties restantes subir un accroissement de volume.

Tuberculose péritonéale.

M. Lindner a pu réunir dans la littérature 160 cas de péritonite tuberculeuse opérés avec succès. Au mois de mai dernier il a soigné lui-même un enfant de 5 ans atteint d'ascite tuberculeuse avec pleurésie droite. La ponction n'ayant pas amené d'amélioration, il fit la laparotomie ; au 12e jour, accidents fébriles graves, bientôt suivis d'une détente rapide et de guérison. Cette guérison se maintient depuis, et porte aussi sur la plèvre. Il est à remarquer qu'il s'agit d'un garçon : or dans la statistique de Philipps 93 0/0 des cas concernent des sujets de sexe féminin. L'auteur cherche ensuite à expliquer ces guérisons, et il laisse ce mécanisme dans l'ombre ; il dit seulement, contrairement à Philipps, que le processus n'est pas dans la formation d'adhérences, car *a priori* des adhérences abdominales étendues sans troubles fonctionnels ne se comprennent guère, et d'autre part leur absence a été vérifiée à certaines autopsies. Au reste, il faut remarquer que chez l'enfant au-dessous de 10 ans la guérison spontanée de la péritonite tuberculeuse est assez fréquente.

M. Langenbuch rappelle à ce propos les cas de tumeurs abdominales guéries par la laparotomie exploratrice, et cite en particulier les faits publiés à cet égard par Lawson Tait.

Epilepsie traumatique.

M. A. Kœhler relate l'observation d'un homme qui en mai 1888 reçut un coup de sabre au niveau des circonvolutions centrales gauches ; il fut atteint de perte de connaissance et d'aphasie qui cessèrent en six semaines ; 5 semaines après éclata le premier accès convulsif suivi d'un second à 6 semaines d'intervalle, et les accès se répétèrent toutes les 3 à 4 semaines. Ils débutaient par des secousses dans la main droite, devenaient hémiplégiques, puis se généralisaient. La trépanation fut faite en janvier 1889 et on enleva l'os épaissi : la dure-mère était intacte. Après cette intervention l'amélioration fut considérable, et actuellement depuis 9 mois il n'y a plus eu de crises. Mais le malade, alcoolique d'ailleurs, accuse des douleurs de tête, des secousses dans la face, des difficultés de parole et demande une seconde opération.

ANGLETERRE

SOCIÉTÉ PATHOLOGIQUE DE LONDRES

Séance du 20 *octobre* 1891.

Bec-de-lièvre médian.

M. Clutton présente une jeune fille de 15 ans qui a une petite entaille au milieu de la lèvre supérieure ; le bord alvéolaire de la mâchoire supérieure présente aussi une fissure. Le palais est fendu dans toute sa longueur ; il n'y a pas d'incisives centrales ; mais il y a de chaque côté une incisive latérale et une canine.

Hydrocèle tuberculeuse et tuberculose herniaire.

M. B. Pitts. — Un enfant de 5 ans entra à l'hôpital Saint-Thomas le 21 avril 1891, porteur d'une volumineuse hernie inguinale droite. On fit une opération pour obtenir une cure radicale ; quand le testicule fut à nu, on vit qu'il était hypertrophié et qu'il présentait à sa surface plusieurs nodules tuberculeux. On l'enleva donc avec son sac. Pendant que l'enfant était encore anesthésié, on put sentir plusieurs nodules durs dans l'abdomen au-dessus et à gauche de l'ombilic. Une péritonite généralisée suivit l'opération, mais la plaie guérit sans suppuration et l'enfant fut convalescent dès le 7 juin. Un examen microscopique du testicule et de l'épipidyme révéla l'existence de nodules tuberculeux sur le feuillet viscéral de la tunique vaginale et sur la partie inférieure du sac. En un point du testicule ces nodules étaient confluents. Le cordon spermatique et l'épididyme étaient normaux. L'examen microscopique m'a convaincu que le testicule a été envahi par sa surface et secondairement à une affection tuberculeuse de l'abdomen.

Voici un autre cas où la lésion s'est évidemment propagée de l'abdomen à la hernie : il s'agit d'un jeune homme de 18 ans qui entra à l'hôpital Saint-Thomas le 19 décembre 1889, porteur d'une volumineuse hernie inguinale irréductible du côté gauche et d'une petite hernie inguinale également irréductible du côté droit. L'abdomen était distendu et douloureux ; les hernies étaient aussi douloureuses et gonflées. On trouva dans ces deux hernies une masse adhérente d'épiploon tuberculeux ; les intestins eux-mêmes étaient agglomérés entre eux par des produits tuberculeux. Le malade mourut trois mois après de tuberculose généralisée.

Tuberculose laryngée dans un cas de myxœdème.

M. Hector Mackenzie. — Une femme de 38 ans était depuis cinq ans atteinte de myxœdème ; elle mourut subitement à l'hôpital. A l'autopsie on trouva les poumons envahis par une tuberculose avancée ; la plèvre était épaissie et présentait çà et là des nodules tuberculeux. Le larynx était très gonflé ; l'épiglotte était épaissie et ulcérée sur sa face infé-

rieure ; il y avait un épaississement uniforme des replis aryténo-épiglottiques. Près de l'origine de l'œsophage se trouvait un petit ulcère superficiel et la muqueuse était couverte de petits tubercules miliaires. Dans la partie supérieure de la trachée il y avait de la substance caséeuse. L'intérêt de ce cas réside : 1° dans l'absence totale d'œdème liquide ou solide ; 2° dans l'association de l'affection avec la tuberculose. On a déja noté cette association du myxœdème et de la tuberculose. On a avancé que la tuberculose est presque inconnue chez les malades atteints de goitre ; s'il en est vraiment ainsi, la présence de la tuberculose au cours du myxœdème est très intéressante.

Maladie kystique des deux seins.

M. Johnson. — Une femme de 33 ans, non mariée, eut le sein gauche amputé ; il était le siège d'une dégénération kystique étendue, et plusieurs des plus grands kystes contenaient des productions en forme de polypes. En 1882, on dut lui amputer le sein droit, atteint de la même affection. En 1889, la malade présentait au-dessous de la cicatrice gauche une tumeur arrondie qui grossissait depuis deux ans. On l'enleva et on trouva qu'elle était formée de deux kystes contenant des productions papillomateuses ; autour des kystes il y avait des groupes d'acini glandulaires en train de subir la dégénérescence kystique. Il s'agit bien là de dégénérescence kystique et le terme d'adénome kystique est impropre. Le point intéressant de l'observation précédente est la récidive au bout de dix ans ; on ne peut l'expliquer que par suite de la dégénérescence de tissu glandulaire qui était resté au voisinage de la cicatrice.

Hypertrophie du pylore chez un nouveau-né.

M. Newton Pitt. — Voici l'estomac d'un enfant de 7 semaines ; pendant 25 jours, l'enfant s'était bien porté, puis il fut pris de vomissements avec constipation. A l'autopsie, l'estomac était vide, mais avait conservé ses dimensions par suite de la résistance et de l'hypertrophie de ses parois. Le pylore forme une masse de 25 millimètres de long sur 10 millimètres d'épaisseur, constituée par du tissu musculaire hypertrophié. Le duodénum est recourbé sur le pylore. L'hypertrophie de la paroi gastrique indique la présence d'une obstruction partielle du pylore, mais on ne trouve pas d'autre cause d'obstruction que la courbure du duodénum et il est peu probable que cette courbure ait eu quelque importance matérielle.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE LONDRES

Séance du 6 octobre 1891.

Présidence de M. Watt Black.

Influence du purpura hémorrhagique sur la menstruation et la grossesse.

M. John Phillips. — J'ai vu dans un cas la menstruation présenter des troubles importants sous l'influence du purpura hémorrhagique et la mort survenir. Puech et Wetherill ont rapporté des faits un peu différents, mais non suivis de mort. J'ai trouvé dans les auteurs 6 cas de purpura chez des femmes enceintes ; dans les 6 cas, les malades sont mortes ; j'ai vu une femme enceinte, atteinte de purpura, guérir ; sur ces 7 cas, 3 fois les symptômes du purpura ont été très peu modifiés par l'état de grossesse, 4 fois il y a eu quelques caractères spéciaux dans l'éruption et dans les phénomènes généraux. La mort dans le purpura des femmes enceintes peut être due à une hémorrhagie post-partum ou à quelque complication septicémique. L'avortement ou l'accouchement prématuré se produit fatalement. La maladie n'est pas héréditaire, mais est une cause active de mort intra-utérine.

M. Herman. — J'ai vu un cas de purpura hémorrhagique développé au moment de la menstruation ; on fit des irrigations intra-utérines astringentes, l'hémorrhagie s'arrêta et on donna du fer ; l'anémie s'améliora ; aux époques suivantes, la malade eut une légère éruption purpurique, due probablement à l'exagération de tension qui accompagne la menstruation.

M. Gibbons. — Dans un cas, j'ai trouvé les hématies extrêmement pâles, le plus grand nombre d'entre elles renfermant des granulations noires rondes ; le nombre des hématies avait beaucoup diminué, et il y avait une augmentation du nombre des leucocytes. Le purpura est d'origine septique.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE LONDRES

Traitement de la dysentérie.

M. Bahadhudji (de Bombay). — On doit éviter tous les aliments qui peuvent exciter directement ou indirectement. L'emploi des jus de viande et des extraits de viande est irrationnel en principe et fâcheux en pratique, car les substances qu'ils renferment sont plutôt excitantes que nutritives et on les donne toujours en trop grande quantité. Le lait lui-même est irritant, car il se coagule et agit comme un corps étranger. L'arrow-root mélangé au lait est le meilleur aliment ; il forme un enduit protecteur à la muqueuse. L'alcool, l'éther, l'ammoniaque et les substances similaires sont contre-indiquées. Le sous-nitrate de bismuth en petite quantité est le meilleur agent pour combattre les putréfactions. L'ipécacuanha à petites doses agit sur les glandes intestinales et tend à produire une sécrétion de mucus altéré. L'irritation produite par les mouvements intestinaux doit être combattue par l'opium, qui non seulement empêche les mouvements péristaltiques irréguliers, mais encore modère les sécrétions. Quand il y a une forte sécrétion intestinale et des selles aqueuses abondantes, on doit employer les astringents, le cachou en poudre, le coing, le grenadier. Il est souvent bon de donner au début du traitement du calomel pour expulser de l'intestin toutes les substances irritantes. Ce traitement fait rapidement diminuer le gonflement abdominal, la douleur et le ténesme, les selles renferment beaucoup moins de sang, et dans l'espace de 1 à 2 jours deviennent beaucoup moins nombreuses. Vers le 3e jour, elles sont moins glaireuses ; le 5e jour, les glaires ont disparu des selles, qui sont moulées et peu fréquentes. Le 4e ou le 5e jour, on peut permettre au malade un peu de lait pur et au bout d'une semaine il peut reprendre son alimentation ordinaire. Si les essais d'alimentation sont prématurés, le sang reparait dans les garde-robes.

AUTRICHE

SOCIETÉ IMPÉRIO-ROYALE DES MÉDECINS DE VIENNE

Séance du 23 octobre 1891.

Tumeur du pancréas.

M. Albert présente un homme auquel, en mai dernier, il a opéré une tumeur du pancréas. Cette tumeur, grosse comme un utérus à terme, avait été prise pour un kyste hydatique du foie ; mais M. Albert ayant pu déterminer la position de l'estomac en avant d'elle l'attribua au pancréas. La laparotomie prouva en effet qu'elle était rétropéritonéale. Le kyste fut évacué et sa poche fut suturée à l'incision pariétale : l'extirpation donne en effet une mortalité de 50 0/0. Pendant quelque temps il persista une fistule d'où s'écoulait un liquide saccharifiant l'amidon et peptonisant les albumines. C'est le troisième cas de ce genre opéré par M. Albert.

Laparotomie pour rupture de l'intestin.

M. Jahoda présente deux malades auxquels il a pratiqué avec succès la laparotomie pour rupture traumatique de l'intestin. Les accidents, consécutifs à un coup, étaient ceux de l'étranglement interne ; ils dataient dans un cas de 80 heures, dans l'autre de 25 heures, et il y avait de la péritonite. La lésion était une perforation du bord libre. La perforation fut suturée au point de Lembert ; lavage du péritoine avec de l'acide salicylique à 10 0/00 et réunion sans drainage.

Anévrysme cirsoïde.

M. Billroth fait voir une pièce par corrosion. C'est un pied qu'il a amputé à une femme de 50 ans, hystérique, après avoir diagnostiqué un ostéosarcome pulsatile. Or les os sont seulement entourés, et par places usés, par des ramifications vasculaires, noyées, il est vrai, dans des cellules rondes. Mais cette infiltration cellulaire semble être due tout simplement à de l'irritation réactionnelle. Depuis, l'autre pied a été atteint d'une manière analogue.

M. Fillenbaum montre une femme à qui il a inséré avec succès une plaque de celluloïde à la place de la brèche laissée par une trépanation pour fracture compliquée du crâne.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

N° 44. — 4 NOVEMBRE 1891 LE NUMÉRO QUINZE CENTIMES

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

PUBLIÉ PAR

LA GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Et servi gratuitement à tous les abonnés de ce journal

ABONNEMENTS SPÉCIAUX POUR MM. LES ÉTUDIANTS. — UN AN : 6 FRANCS

L. LEREBOULLET, Rédacteur en chef. — A. BROCA, Secrétaire de la Rédaction
Librairie de G. MASSON, 120, boulevard Saint-Germain.

SOMMAIRE

ACTES
DES FACULTÉS DE MÉDECINE

Thèses du 9 au 14 novembre 1801.

Mercredi 11. — M. Parod. Contribution à l'étude de l'étiologie de la fièvre typhoïde. De l'importance de quelques causes adjuvantes. — M. Brandes. Contribution à l'étude de l'excision du chancre syphilitique.

Jeudi 12. — M. Larcena. Des tachycardies (étude clinique et physiologique). — M. Buscarlet. La greffe chez l'homme et l'inplantation d'os morts. — M. Monsarrat. Des scolioses myélopathiques (étude de séméiologie). — M. Lemiere. De la suppuration.

VARIÉTÉS

Corps de santé militaire. — M. Mathieu médecin principal de 1re classe, ancien professeur au Val-de-Grâce, a été nommé au grade de médecin-inspecteur.

Ecole du Val-de-Grâce. — Ont été nommés professeurs agrégés : M. Catrin. — Législation, administration, service de santé militaire et médecine légale militaire.

MM. Mignon et Cahier. — Anatomie chirurgicale, opérations et appareils.

Ecole du service de santé militaire de Lyon. — Le ministre de la guerre a fixé au lundi 7 décembre l'ouverture à l'école du Val-de-Grâce d'un concours pour trois emplois de répétiteur à l'école du service de santé militaire pour les parties ci-après :

1° Anatomie normale et pathologique;
2° Physiologie et histologie;
3° Médecine opératoire et accouchements.

Les médecins-majors de 2e classe qui désireraient concourir en feront la demande par la voie hiérarchique au ministre de la guerre (7e direction) avant le 20 novembre prochain, terme de rigueur.

Asile Sainte-Anne. — M. Magnan reprendra dans l'amphithéâtre de l'admission ses leçons cliniques le dimanche 8 novembre 1891, à dix heures du matin, et les continuera les dimanches et mercredis suivants, à la même heure Les conférences du mercredi seront consacrées à l'étude pratique du diagnostic de la folie. Les leçons auront pour objet, cette année, la folie des héréditaires dégénérés (délires et syndromes épisodiques).

Hôpital de la Pitié. — M. Audhoui reprendra son enseignement clinique dans la deuxième quinzaine de novembre. Le mercredi sera plus spécialement consacré à l'étude de l'hydrologie medicale.

La société française de dermatologie et de syphiligraphie reprendra ses séances jeudi 12 novembre, à 9 heures du matin, (salle des conférences, musée de l'hôpital Saint-Louis).

Hôpitaux de Rouen. — Ont été nommés internes : MM. Fleury, Lecoq et Lecomte.

Internat des hôpitaux de Lyon. — Ont été nommés : *internes titulaires*, MM. Collet, Martel, Barjon, Pauly, Tuja, Roux (J), Paviot, Dumarest, Deydier, Durbesson, Pétouraud, Garcin, Regaud, Cottos.

Internes provisoires : MM. Aurand, Gayet, Coche, Alex, Allemand, Thévenon, Choupin, Mathian, Lépine, Philippon, Perdu, Chapuis, La Bonnardière, Bourdin, Bonne, Lestra, Molle, Brusson, Gillet.

Hôpitaux de Bordeaux. — Ont été nommés *internes* MM. Aunis, Rocas, Breffeil, Riffé, Labrunie, Donadieu, Jonchères, Chavanaz, Lafarelle, Jaulin, Vitrac, Brunet, Levraud, Frèche, Fieux, Vergely, Brindel, Dubourg, Castets, Roy.

Ont été nommés *externes* : MM. Teynat, Beille, Chaminade, Crozet, Grimard, Viguier, Baudry, de Lavigne, Lalanne, Verdelet, Massiou, Cabanne, Gourdon, Faugère, Panain, Antoine, Jourdran, Jolis, Mille, Bartet, Bousquet, Vanchangel, Pelletier, Quinson, de Boucaud, Houillon, Mourie, Detchord, Liffron, Vergez, Balhadère, Jurquet, Dubourdieu, Tocheport, Bourlaux, Castaing, Laroche de Féline, Mahon, Baradat, Barailhaud, Ziégler, Carrère, Labat, Verlial, Oudard, Saint-Pé, de Manny, Ginestora, Lizé, Gamaury.

Asiles d'aliénés de France. — Un concours d'admissibilité aux emplois de médecins-adjoints aura lieu à Lyon, Lille et Bordeaux le 10 décembre prochain, et à Paris, Nancy et Montpellier le 15 du même mois.

Le nombre de ceux des candidats qui pourront être déclarés admissibles est fixé à six pour la région de Paris, à cinq pour celle de Lille et à trois pour chacune des régions de Lyon, Bordeaux, Nancy et Montpellier. Adresser la demande d'inscription sur papier timbré, au Ministère de l'Intérieur, direction de l'Assistance et de l'Hygiène publiques, 1er bureau, de manière à ce qu'elle y soit parvenue le 20 novembre avant 5 heures. Cette demande doit indiquer la région dans laquelle le candidat veut subir le concours. Les candidats seront prévenus officiellement de l'endroit où siégera le jury et de l'heure à laquelle ils devront se présenter.

Asiles d'aliénés de la Seine. — Le lundi 7 décembre 1891, à midi précis, il sera ouvert, à la Préfecture de la Seine, un concours pour la nomination à *cinq places d'internes titulaires en médecine* dans ces établissements. Les candidats devront se faire inscrire à la Préfecture de la Seine. (Bureau des aliénés, annexe Est de l'Hôtel de Ville, 2, rue Lobau) tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à quatre heures, depuis le jeudi 5 novembre jusqu'au samedi 21 novembre 1891 inclusivement.

L'Assistance publique à Marseille. — On a discuté il y a 8 jours au Conseil municipal de Marseille la question des hospices, remise à l'ordre du jour à la suite de l'incident des internes. En ce qui touche la laïcisation, le rapporteur, M. Jourdan, concluait à un essai partiel à tenter dans les salles de future création; mais le conseil a adopté l'amendement suivant de M. le Dr Flaissières : Il y a lieu de procéder à la laïcisation immédiate et sans s'arrêter à la question financière, qui, en pareille circonstance, ne saurait être soulevée; de remplacer les religieuses par des surveillants et surveillantes laïques; de supprimer les appointements des aumôniers de tous les cultes, en leur facilitant l'accès des hôpitaux lorsqu'ils seront requis par les malades. Le conseil a également émis les deux vœux suivants : 1° Qu'il y a lieu de modifier la loi municipale de 1881 et de donner aux municipalités la gestion entière des hôpitaux et des bureaux de bienfaisance; 2° Qu'il intervienne des conventions internationales en vertu desquelles le prix des journées de maladie des étrangers pourra être recouvré auprès de leurs gouvernements respectifs.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Des dangers de la ponction hypogastrique dans les rétentions d'urine. De la cystostomie sus-pubienne, par M. le professeur Antonin Poncet, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

La ponction vésicale est un pis-aller auquel on est heureux d'avoir recours, lorsque, la vessie ne se vidant pas d'elle-même, le chirurgien ne peut arriver par le cathétérisme à évacuer son contenu. Qu'il s'agisse d'un rétrécissement infranchissable de l'urèthre ou d'une hypertrophie prostatique opposant au passage de la sonde un obstacle insurmontable, je ne considère ici que les deux causes les plus habituelles de rétention urinaire, la ponction est une dernière ressource qui peut avoir son indication. Depuis quinze à vingt ans, avec les progrès de l'instrumentation, avec l'emploi des appareils aspiratoires et l'usage des aiguilles capillaires, cette petite opération est devenue, dans certains milieux, monnaie courante.

Les malades qui entrent à l'Hôtel-Dieu de Lyon avec une rétention urinaire dont le sondage n'a pu triompher ont le plus habituellement subi une ou plusieurs ponctions avant leur entrée, et si l'interne de garde éprouve quelques difficultés pour passer une sonde, son premier soin est de ponctionner la vessie de nouveau. Je ne crois pas cette pratique absolument mauvaise, mais à la condition qu'elle restera une intervention d'urgence, et qu'elle sera, en quelque sorte, le premier temps d'une opération qui aura pour but de rétablir le cours de l'urine. Se trouve-t-on en présence d'un rétrécissement de l'urèthre, la question de l'uréthrotomie doit se poser immédiatement. A-t-on affaire à un prostatique, il faut assurer l'écoulement facile de l'urine, d'une manière constante, par la cystostomie sus-pubienne.

Ces deux propositions, absolues dans la forme, se justifient aisément.

Dans le cas, en effet, de rétrécissement assez serré pour s'opposer au passage d'une sonde même du plus petit calibre, on ne saurait attendre et compter sur la perméabilité pour le traiter à un moment donné par la dilatation simple. L'uréthrotomie externe sans conducteur ou l'uréthrectomie, suivant les cas, s'impose. Avec une asepsie parfaite, de telles opérations n'ont par elles-mêmes aucune gravité. Leurs inconvénients, leurs dangers seront souvent moindres que ceux de la dilatation parfois mal supportée, et à cet égard il ne saurait y avoir de divergences parmi les chirurgiens.

Quant à la rétention d'urine d'origine prostatique, elle me paraît réclamer une autre opération que la ponction répétée.

Il faut assurer l'écoulement de l'urine par la création d'un urèthre contre nature, par l'établissement d'une bouche vésicale. Depuis ma première communication sur ce sujet (1), j'ai eu bien souvent recours à la cystostomie sus-pubienne, et c'est cette dernière opération que je voudrais voir substituer aux ponctions répétées de la vessie. Elle est, en effet, d'une exécution facile, pratiquée méthodiquement elle doit être considérée comme innocente. Sur 31 malades auxquels j'ai pratiqué une bouche vésicale pour des rétentions d'urine d'origine prostatique, je n'ai pas, en effet, observé un seul cas de péritonite ou d'infiltration urineuse. La blessure du péritoine avec péritonite consécutive, l'infiltration d'urine dans le tissu cellulaire lâche prévésical étaient autrefois et à juste titre l'épouvantail des opérateurs. Aujourd'hui, par le fait d'une antisepsie scrupuleuse et grâce aussi à une technique opératoire meilleure, ces deux accidents graves peuvent être évités.

(1) Cystostomie sus-pubienne dans les rétentions d'urine d'origine prostatique. *Lyon médical*, 10 fév. 1889.

Depuis que le professeur Witzel, de Bonn, m'a montré dans mon service les grands avantages au point de vue du manuel opératoire, de la position déclive du tronc, le siège élevé et la tête abaissée; j'emploie pour la taille sus-pubienne le lit de Trendelenburg (1). Avec ce lit on obtient aisément la déclivité voulue, l'intestin, le cul-de-sac péritonéal anté-vésical sont entraînés par leur poids du côté du diaphragme et la face antérieure de la vessie se trouvent sous l'œil et le doigt du chirurgien. Dans cette position inclinée, on évite sûrement le péritoine. Si l'on tient compte de ce fait que, chez les opérés en question, la vessie est distendue, on comprendra que la recherche et l'ouverture de cet organe s'exécutent sans la moindre difficulté.

Depuis longtemps j'ai abandonné le ballon de Pétersen que j'ai vu faire éclater le rectum. Je ne crois pas non plus, pour une taille sus-pubienne quelle qu'en soit l'indication, à la nécessité d'une injection intra-vésicale préalable.

Lorsque le malade est incliné, la tête en bas, la vessie distendue ou plus ou moins vide se présente en quelque sorte d'elle-même.

La position du sujet simplifie tellement le manuel opératoire, qu'elle rend inutile le soulèvement et la distension de l'organe.

Pour se mettre à l'abri, d'une manière certaine, de l'infiltration urinaire, il faut suturer avec soin les lèvres de la vessie ouverte sur une longueur de 15 à 20 mill. avec les bords de la paroi abdominale. Les sutures comprennent la peau et le plan musculo-aponévrotique. Elles font obstacle à la pénétration de l'urine dans les tissus au même titre que, dans l'entérostomie iliaque par exemple, les sutures s'opposent à la contamination du péritoine. Cette séreuse a, il est vrai, une plasticité remarquable, mais nous n'ignorons pas aujourd'hui que ces questions de plasticité des tissus sont subordonnées à leur infection, et, si la cystostomie sus-pubienne est pratiquée comme elle doit l'être au point de vue de l'asepsie de la plaie, on ne saurait craindre le défaut de réunion. Mes observations sont là, du reste, pour établir le bien fondé de cette manière de voir.

Un prostatique atteint de troubles graves de la miction est un véritable *noli me tangere*, aussi l'opération qui assure la fonction et qui supprime toute manœuvre nouvelle : ponctions, tentatives de cathétérisme, etc., me paraît-elle être une bonne opération.

Je vais plus loin : elle doit être, lorsque la chose est matériellement possible, substituée d'emblée à la ponction vésicale, au cathétérisme laborieux dans un urèthre atteint de fausse route.

Lorsque j'ai la bonne fortune de trouver dans mon service un prostatique atteint de rétention dont le canal n'a pas été labouré par quelque sonde qui n'a pu pénétrer, lorsqu'il n'a pas été soumis à des ponctions, il me semble être dans d'excellentes conditions de guérison et j'ai

(1) Un de mes élèves, le Dr A. Humbert, a dans sa thèse : *De la cure radicale des hernies inguino-scrotales volumineuses*, Lyon, 1891, donné un dessin et une bonne description de ce lit d'opération qu'il considère comme à peu près indispensable dans un grand service de chirurgie. Il est, en effet, très commode et simplifie beaucoup la pratique de certaines opérations, particulièrement des opérations abdominales. On peut, à la rigueur, le remplacer en élevant le siège et les membres inférieurs par des coussins, ou en transformant une table horizontale en une table oblique, par un système de surélévation quelconque des pieds, ou enfin en se servant d'un double plan incliné, formant en quelque sorte un pupitre à angle très ouvert, et sur l'une des faces duquel reposerait le malade.

immédiatement recours à la cystostomie après avoir doucement contrôlé l'imperméabilité du canal (1).

Cette opération a encore le grand avantage de supprimer la sonde à demeure, chemin pour tous les micro-organismes infectieux et, dès lors, pratique détestable chez des sujets exposés à l'empoisonnement urinaire.

Il me reste à démontrer que les ponctions de la vessie peuvent être dangereuses. Les observations cliniques en fournissent la preuve et dans des conditions telles qu'elles doivent entraîner la conviction.

Cinq fois, chez mes opérés, j'ai surpris la ponction en flagrant délit d'accidents graves. Abcès, œdème, foyers infectieux du tissu cellulaire prévésical, infiltration urineuse ne sont pas, en effet, chose rare. Je les ai constatés plusieurs fois chez des cystostomisés qui avaient été préalablement ponctionnés.

On a publié des faits de ce genre, mais, si j'en juge par les cas relativement nombreux que la taille sus-pubienne m'a révélée, de telles complications ont dû souvent passer inaperçues et la mort être attribuée à des lésions urinaires profondes.

Je laisse de côté l'infection des tissus par les instruments. Les aiguilles capillaires dont on se sert peuvent être aseptisées de telle sorte que l'on n'ait point à redouter leur pénétration dans la cavité vésicale, mais la filtration de l'urine par l'ouverture de l'aiguille est toujours possible. Elle est, assurément, moins à redouter que dans la ponction pratiquée avec un gros trocart, avec le trocart du frère Come, par exemple. Elle constitue cependant un danger avec lequel il faut compter.

Chez un de mes opérés, qui avait été ponctionné six heures avant la cystostomie, la vessie fut révélée, après l'incision de la paroi abdominale, par un jet d'urine filiforme de 6 à 8 cent. de hauteur, se faisant jour par le pertuis qu'avait laissé à son passage l'aiguille capillaire.

Le tissu cellulaire était infiltré et, sans l'intervention, l'infiltration devait suivre une marche progressive.

Le cas le plus curieux d'épanchement d'urine, consécutif à une ponction vésicale, est celui que j'ai observé dernièrement chez un vieillard atteint d'hématurie qui avait été envoyé à l'Hôtel-Dieu par mon ami le Dr Féa.

Depuis trois jours, le malade, âgé de 65 ans, avait été pris, sans cause appréciable, d'un pissement de sang abondant. Le cathétérisme, qui était alors facile, n'avait rien révélé du côté de la vessie, mais, l'hématurie persistant, le malade entra à l'Hôtel-Dieu. Le jour même de son entrée, des accidents de rétention se produisirent. Ne pouvant, par suite de l'hypertrophie prostatique qui était énorme, pénétrer dans la vessie avec une sonde, l'interne de garde pratiqua une ponction capillaire. J'examinai le malade douze heures environ après la ponction; la nuit avait été mauvaise, il se plaignait de ne pouvoir uriner et accusait une douleur assez vive à la pression au-dessus du pubis. Le toucher rectal révélait une hypertrophie prostatique considérable. Le cathétérisme était facile avec une sonde molle, elle ramena trois quarts de verre environ de sang, d'une coloration noire foncée. L'exploration de la cavité vésicale avec la sonde de Thomson permit de constater l'absence d'un calcul, mais ne me donna pas d'autres renseignements. Je pensai à une tumeur de la vessie et, en présence de ces hématuries abondantes qui avaient déjà considérablement affaibli le malade, je pratiquai la taille sus-pubienne. La ligne blanche incisée, un liquide noirâtre, d'odeur urineuse, s'échappa en abondance par la plaie. L'infiltration s'étendait jusqu'aux deux fosses iliaques, elle était d'autant plus nette que le liquide contrastait, par sa teinte foncée, avec celle des parties voisines.

La paroi antérieure de la vessie fut facilement mise à découvert, on n'aperçut aucune ouverture. A l'incision de cet organe, il s'écoula du sang noir en abondance; on enleva, en même temps, soit avec les doigts, soit avec des tampons, de gros caillots mous, analogues à du raisiné. Ces caillots mous, diffluents, remplissaient tout le bas-fond vésical.

Lorsque la vessie fut vidée, on aperçut très nettement sur la lèvre supérieure droite du col une petite tumeur du volume d'un haricot, présentant à son centre un jet d'apparence artérielle.

Le toucher, la vue nous montrèrent qu'il s'agissait d'une petite excroissance prostatique avec hémorrhoïde ulcérée par laquelle le sang s'échappait en abondance. Des cautérisations avec la pointe du thermo-cautère ne purent arrêter l'hémorrhagie, qui fut enrayée par la compression avec un tampon de gaze iodoformée.

L'hémorrhagie ayant pour siège un vaisseau placé à la partie supérieure du col, je fixai le tampon compresseur de gaze iodoformée avec une longue mèche de gaze également iodoformée traversant tout le canal et ressortant par l'ouverture vésicale. Les deux chefs, dont l'un passait par le méat et l'autre par le col vésical, furent noués au niveau du pubis.

L'écoulement sanguin, qui avait résisté aux cautérisations avec le fer rouge, aux injections d'eau stérilisée froide, fut ainsi arrêté. Le pourtour de la vessie, là où s'était faite l'infiltration urineuse, fut capitonné avec la gaze iodoformée et les trois quarts postérieurs des lèvres vésicales suturés aux bords de la paroi abdominale.

De telles observations sont on ne peut plus démonstratives au point de vue des dangers de la ponction. L'infection des tissus voisins, l'infiltration s'expliquent par un double mécanisme. Il peut arriver qu'au moment où l'on retire l'aiguille, une très petite quantité d'urine, une goutte par exemple, soit entraînée avec le trocart, hors de la vessie, mais la véritable cause des accidents infectieux et de l'infiltration est due à l'existence d'un pertuis, par lequel le liquide urinaire peut filtrer d'une manière continue. Cette stillation d'une urine normale donnera lieu à des accidents relativement bénins, mais, si l'urine est pathogène, si elle réalise les conditions, bien connues, d'un liquide septique, son passage dans les tissus sera la source des plus grands dangers. Sous l'influence de la distension, la paroi vésicale a perdu de sa résistance; de plus, par le fait de l'urine accumulée, la vessie ne peut se contracter et revenir sur elle-même. Non seulement elle reste plus ou moins forcée, mais le liquide, qui va s'accumulant, la distend de nouveau et maintient ainsi perméable le trajet du trocart, malgré son petit volume. Une vessie distendue, enflammée, ne saurait être assimilée à une vessie saine. Malade, agrandie par l'urine, elle est, au contraire, comparable à l'anse intestinale, située au-dessus de l'obstacle, dans le cas de rétrécissement de l'intestin. On connaît, en pareil cas, le défaut de résistance, d'élasticité des tuniques intestinales. Lorsque dans l'entérostomie, par exemple, l'aiguille pénètre dans la muqueuse, on voit immédiatement, malgré les petites dimensions de l'ouverture de l'intestin, des gaz, des matières, s'échapper en abondance.

On pourra mettre en regard des complications provoquées par les ponctions des avantages qui ont engagé

(1) Il était de tradition, il n'y a pas fort longtemps encore, à l'Hôtel-Dieu de Lyon, que tous les prostatiques qui entraient dans cet hôpital, pour des accidents de rétention, y succombaient. Une telle mortalité s'expliquait par la nécessité de les ponctionner, de les sonder plusieurs fois dans les vingt-quatre heures. L'interne de garde chargé de ces petites opérations change, en effet, chaque jour, et, malgré la meilleure volonté du monde, que d'accrocs donnés, au point de vue de l'infection, à des manœuvres qui pour être innocentes, réclament une asepsie rigoureuse!

beaucoup de chirurgiens à l'employer; elle n'en reste pas moins une intervention parfois dangereuse.

Appliqué à la vessie, ce genre d'opération est passible des mêmes reproches que pour d'autres organes et pour des lésions pathologiques quelconques. Les ponctions en général ne sauraient être une méthode de traitement; elle constituent, tout au plus, un mode d'exploration que l'on doit même aujourd'hui rejeter avec les progrès réalisés par la chirurgie antiseptique.

Il s'agit, en effet, d'une opération plus ou moins aveugle, dans laquelle le chirurgien, la plupart du temps, ne sait pas exactement où il va, ce qu'il fait. La chirurgie à ciel ouvert, dans laquelle on voit, on touche les lésions, dans laquelle on remplit l'indication causale, est la chirurgie idéale dont les méthodes nouvelles nous permettent l'emploi.

En résumé, la ponction vésicale, qui est simple comme exécution et qui à ce titre rentre dans les interventions courantes, est souvent dangereuse. Elle ne réalise pas les conditions de sécurité que l'on est en droit d'exiger des opérations actuelles. Elle doit être admise comme opération d'urgence, lorsqu'il n'est pas possible de faire mieux.

L'opération de choix dans les rétentions d'urine d'origine prostatique sans possibilité de sonder le malade est la cystostomie sus-pubienne.

La vessie est ouverte méthodiquement. Par *le méat contre nature* l'urine s'écoule facilement et l'on n'a plus à se préoccuper de son évacuation, source constante de dangers pour le prostatique atteint de rétention.

Lorsque le canal laissera de nouveau passer la sonde, lorsque la miction uréthrale sera rétablie, on songera à l'occlusion de l'ouverture vésicale. Elle sera, s'il y a lieu, aisément obtenue par un ou deux points de suture.

Je n'entre pas, pour le moment, dans d'autres détails sur la *cystostomie sus-pubienne*, appliquée à certaines rétentions d'urine. J'ai voulu seulement appeler l'attention sur les dangers toujours possibles des ponctions et sur l'innocuité, par contre, de la création d'une bombe vésicale.

BACTÉRIOLOGIE

Actions vaso-motrices des produits bactériens.

(Note lue par M. Ch. Bouchard à l'*Académie des sciences.*)

Cohnheim a établi que la diapédèse des globules blancs du sang est le phénomène dominant de l'inflammation. Il admettait que cette sortie des leucocytes en dehors des vaisseaux était la conséquence d'une modification vasculaire produite par l'action des causes phlogogènes agissant directement sur les vaisseaux. Les physiologistes qui, avant la découverte de Cohnheim, avaient cherché à interpréter d'autres phénomènes de l'inflammation et, en particulier, la dilatation vasculaire, persistèrent à penser que le système nerveux impressionné à ses extrémités périphériques, au point d'application de la cause morbifique, subissait soit une paralysie dans ses centres vaso-constricteurs, soit une excitation dans ses centres vaso-dilatateurs et que, dans une hypothèse ou dans l'autre, la dilatation vasculaire qui se produisait par voie réflexe au niveau de la région irritée, plaçait les vaisseaux dans un état favorable et suffisant à la sortie des globules blancs.

Quand, il y a dix-huit mois, Massart et Bordet eurent établi que les leucocytes possèdent l'irritabilité chimiotaxique démontrée par Pfeffer pour certaines cellules végétales, irritabilité qui fait progresser ces leucocytes dans les solutions contenant certaines substances attractives, en particulier les matières bactériennes, des parties où la solution est plus diluée vers les parties où elle est plus concentrée, on pensa qu'il y avait, dans cette importante découverte, l'élément d'une nouvelle théorie de la diapédèse. Ces auteurs admettent que le leucocytes, renfermés dans l'intérieur des vaisseaux, sont impressionnés par la matière bactérienne présente dans le tissu ambiant et franchissent la paroi vasculaire, en raison de leur irritabilité propre pour gagner les parties où cette matière bactérienne est en plus grande abondance.

Ainsi, à l'heure présente, trois théories se disputent l'interterprétation du phénomène de la diapédèse : celle qui l'attribue à une altération primitive des vaisseaux, celle qui la fait dépendre d'un réflexe nerveux produisant secondairement la dilatation vasculaire, celle qui l'explique par l'activité propre des leucocytes. Les trois théories s'adaptent d'ailleurs à la notion nouvelle qui reconnaît l'infection locale comme cause de l'immense majorité des inflammations. Suivant la théorie, les matières sécrétées par les microbes phlogogènes altèrent les vaisseaux dans la zone infectée ou irritent, dans cette zone, les extrémités terminales des nerfs centripètes, lesquels provoquent, dans ce même lieu, la dilatation vasculaire réflexe ; ou enfin attirent, à travers la paroi vasculaire, les leucocytes du sang qui circule dans cette région.

J'ai admis, dès la première heure (22 mai 1890), la réalité de l'irritabilité chimiotaxique des leucocytes ; j'ai reconnu que, en raison de cette irritabilité spéciale, les leucocytes *extravasés* cheminent dans le tissu siège de l'infection locale, des parties où les produits bactériens sont plus dilués vers les parties où ces produits sont plus concentrés, pour arriver au point où ils se trouvent au maximum, c'est-à-dire au contact des microbes. C'est une phase préalable, antérieure au phagocytisme, qui s'effectue seulement quand, après avoir cheminé à la recherche des bactéries, les leucocytes sont arrivés à leur contact. Alors seulement peut s'accomplir l'englobement des bactéries en raison de l'irritabilité tactile des leucocytes et parfois la destruction des bactéries englobées. Mais, si la phagocytose réduite à ces deux termes, englobement et digestion intracellulaire, suppose une phase préalable, celle de la recherche des bactéries par les leucocytes, cette phase de recherche, elle aussi, est précédée par une phase antérieure, celle de la diapédèse.

Dans l'inflammation, et plus généralement dans la lutte de l'organisme contre l'infection locale, il y a, entre autres choses, trois actes qui se succèdent et qui se commandent, tout en constituant des procédés dissemblables : 1° la diapédèse, que nous a indiquée Cohnheim ; 2° la recherche des bactéries, dont l'intelligence nous a été donnée par Massart et Bordet ; 3° le phagocytisme, que nous a révélé Metchnikof.

Massart et Bordet estiment que les deux premières phases n'en constituent qu'une seule. L'attraction exercée par les produits bactériens sur les leucocytes suffirait pour leur faire franchir la paroi vasculaire. A cette manière de voir j'ai opposé ce fait que, dans l'inflammation, les leucocytes ne sont pas seuls à sortir des vaisseaux ; le plasma sanguin, qui constitue l'œdème inflammatoire, sort avec eux, sort même avant eux et peut sortir sans eux.

Or on n'a pas encore parlé de l'irritabilité du plasma sanguin. Cela me semblait être une raison pour ne pas admettre que le mouvement qui emporte en dehors des vaisseaux le plasma et les globules blancs fût l'effet d'une attraction exercée par les produits bactériens.

J'ai démontré que l'un de ces produits bactériens, par son action générale sur l'économie, rend impossibe l'acte dominant de l'inflammation, la diapédèse. Charrin et Gamaleïa ont complété la démonstration en établissant qu'il s'oppose également à l'issue du plasma et à la dilatation vasculaire inflammatoire. Charrin et Gley ont donné l'interprétation de ces faits en prouvant que cette substance paralyse le centre vaso-dilatateur. Cette substance qui, par son action sur le système nerveux, modère ou empêche la dilatation vasculaire active, je la nomme *anectasine*.

L'anectasine qui, par son action générale, empêche la diapédèse locale, par quelque procédé qu'on cherche à la provoquer, est une substance qui paralyse le centre vaso-dilatateur et qui, pour cette raison, empêche la congestion inflammatoire et l'œdème inflammatoire. J'ai pensé que c'est aussi en tant que substance paralysante du centre vaso-dilatateur qu'elle s'oppose à la diapédèse. Hertwig, puis Massart et Bordet ont admis, au contraire, que cet effet serait dû à l'action attractive de cette substance sur les globules blancs. Si, d'après ces auteurs, elle est sécrétée par les microbes dans un tissu, en

dehors des vaisseaux, elle oblige par attraction les leucocytes à sortir des vaisseaux. Si elle est introduite dans le système vasculaire, elle y retient les leucocytes et les empêche de sortir, par quelque procédé qu'on cherche à provoquer leur diapédèse.

Mes expériences, dans ce qu'elles ont de fondamental, ont été vérifiées : on leur donne une interprétation radicalement différente de la mienne. Elles pourraient se prêter à cette double interprétation si je n'avais empêché la diapédèse qu'en introduisant l'anectasine par la voie intra-veineuse; mais j'ai obtenu les mêmes effets par l'injection sous-cutanée, tantôt en l'introduisant loin du lieu inoculé, tantôt en la déposant dans le foyer même où, suivant l'hypothèse de Massart et Bordet, se trouvaient mélangées les substances attractives sécrétées dans le tissu par les microbes et celles que des microbes de même espèce avaient sécrétées *in vitro*. Leur abondance, en ce point, étant beaucoup plus considérable que dans le sang, la diapédèse aurait dû s'effectuer ; or elle fait défaut comme dans le cas d'injection intra-veineuse, avec des différences d'intensité et de rapidité qui sont semblables à celles qu'on observe pour tout autre poison du système nerveux suivant qu'on l'introduit sous la peau ou dans les veines.

A ces expériences on objecte que l'obstacle à la diapédèse a été dû à l'excès même des substances attractives qui, lorsqu'elles sont trop concentrées, deviennent répulsives. Mais, dans la série des expériences que j'ai publiées, il en est où l'anectasine sécrétée par un microbe a été introduite dans le sang en telle quantité qu'elle aurait dû être répulsive, qu'elle aurait dû être incapable de retenir les leucocytes à l'intérieur du système vasculaire; or, pendant ce temps un autre microbe inoculé, qui, sans doute, sécrétait hors des vaisseaux d'autres matières attractives capable de solliciter la sortie des leucocytes, ne parvenait cependant pas à provoquer la diapédèse.

Si l'anectasine empêche la sortie du plasma et des globules blancs, elle empêche aussi la sortie des globules rouges auxquels on n'attribue pas l'irritabilité chimiotaxique; elle arrête les hémorrhagies et produit l'hémostase ischémique. Je l'ai constaté chez l'homme dans cinq cas d'hémoptysie et dans trois cas d'hémorrhagie intestinale.

L'anectasine n'intervient pas dans les processus inflammatoires, à moins que ce soit à titre de modérateur ou d'agent inhibitoire; et, à ce point de vue, elle pourra prendre sa place parmi les médicaments antiphlogistiques et pour les maladies où l'inflammation locale n'est pas une sauvegarde contre l'affection générale.

Il est une autre substance bactérienne dont l'action générale est excitante pour le centre vaso-dilatateur, et amène, dans les régions d'où part une irritation, une congestion réflexe plus énergique, une exsudation séreuse plus abondante, une diapédèse plus intense. Dans certains organes, tels que les reins, les poumons, la rétine, son action vaso-dilatatrice peut même devenir manifeste sans provocation. Cette substance, antagoniste de l'anectasine, je la nomme *ectasine*. C'est dans la tuberculine de Koch que je l'ai découverte; mes recherches sur ce point datent de novembre et décembre 1890; elles ont fait l'objet d'un bon nombre de mes leçons d'avril, mai et juin 1891. Elles avaient déjà été indiquées en substance dans deux publications. Dans le numéro de janvier 1891 des *Arch. de Phys.*, p. 151, Charrin et Gley, à l'occasion d'une expérience faite le 24 novembre 1890, émettent cette opinion que, à côté des substances paralysantes du centre vaso-dilatateur, il y aurait, dans les produits sécrétés par le bacille pyocyanique, d'autres substances qui faciliteraient les réactions vaso-dilatatrices. Ils ajoutent :

« Il n'est que juste de dire ici que c'est là une conception à laquelle M. Bouchard est arrivé de son côté et qu'il a eu l'occasion de communiquer à l'un de nous, il y a quelques mois, à propos d'expériences qu'il a lui-même instituées sur ce point. M. Bouchard avait été amené à penser, en effet, que, parmi les produits sécrétés par un microbe donné, à côté des substances qui entravent la diapédèse, il peut se trouver d'autres substances qui la favorisent. Ajoutons que *des expériences toutes récentes l'autorisent à être désormais affirmatif*. »

J'ai moi-même écrit ce qui suit (*Sem. méd.*, 15 avril 1891) :

«J'ai tendance à croire que certaines bactéries, parmi celles au moins qui provoquent l'inflammation locale, sécrètent des substances qui, absorbées, produisent dans le centre nerveux, et particulièrement dans les centres vaso-dilatateurs, un état d'excitabilité qui rendra plus intense la dilatation vasculaire partout où elle sera sollicitée par voie réflexe, et, en particulier, dans la zone envahie par les microbes qui sécrètent cette substance. La physiologie connaît de telles matières; *j'en connais une au moins qui est d'origine bactérienne*. Cette substance serait absolument antagoniste et *s'est montrée expérimentalement antagoniste* d'une autre substance (l'anectasine). »

M. Arloing (*Comptes rendus*, 7 septembre 1891) a confirmé ces résultats en expérimentant avec les produits d'un autre microbe, le staphylocoque, et en instituant des expériences totalement différentes des miennes. Malgré la différence des moyens de recherches, les résultats sont absolument concordants.

Mon opinion s'est formée d'abord par l'examen des faits expérimentaux, puis cliniques, publiés par Koch, puis par les médecins qui ont appliqué chez l'homme les injections de cet extrait des cultures du bacille tuberculeux qu'on nomme aujourd'hui tuberculine. Indépendamment de la fièvre qui est l'un des éléments qu'on appelle improprement la réaction de la tuberculine, et qui prouve simplement que le bacille tuberculeux sécrète une de ces matières pyrétogènes d'origine microbienne, dont Charrin et Ruffer ont donné la première démonstration en injectant les cultures stérilisées du bacille pyocyanique, il y a des effets locaux consécutifs à l'intoxication générale et apparaissant surtout au niveau des lésions tuberculeuses.

Ces effets, Koch les a interprétés d'autre sorte. Ils montrent, à mon sens, que la tuberculine contient une substance dont l'absorption générale provoque, au niveau des lésions locales tuberculeuses, la dilatation vasculaire, l'exsudation séreuse, la diapédèse des leucocytes. Elle produit aussi ces effets quand l'irritation locale n'est pas de nature tuberculeuse, au niveau de nodosités lépreuses ou de lésions simplement inflammatoires, mais moins communément et avec moins d'intensité, sans doute parce que, dans les cas de tuberculose, les bacilles sécrètent une certaine quantité de cette substance qui ajoute ses effets à ceux de la tuberculine injectée.

J'ai reconnu que, chez les lapins sains, la tuberculine provoque l'albuminurie, l'hématurie, la peptonurie ; j'ai constaté chez eux la congestion rénale et pulmonaire ; on a observé, chez les mêmes animaux sains, la congestion pulmonaire avec diapédèse, de véritables pneumonies catarrhales.

Dans des observations multipliées que j'ai faites avec Galezowski, nous avons reconnu, toujours chez le lapin normal, une notable dilatation des vaisseaux de la papille du nerf optique. Cet effet, qui se maintient pendant plusieurs jours, prouve qu'il y a dans la tuberculine une substance dont l'action générale est capable de provoquer partout la dilatation vasculaire avec exsudation et diapédèse, mais surtout dans les régions où ces effets sont sollicités par une irritation locale ; qu'elle produit donc une excitabilité exagérée du centre vaso-dilatateur, qu'elle est par conséquent antagoniste de l'anectasine qui paralyse ce centre vaso-dilatateur.

J'ai démontré cet antagonisme chez des animaux auxquels la tuberculine avait dilaté les vaisseaux rétiniens et auxquels j'injectais l'anectasine dans les veines. J'ai constaté avec Galezowski que, en une minute, l'anémie de la papille avait remplacé l'hypérémie; mais, au bout d'une demi-heure, l'anectasine cessant d'agir, l'ectasine contenue dans la tuberculine reprenait le dessus et la dilatation des vaisseaux du fond de l'œil reparaissait avec plus d'intensité qu'auparavant.

Le bacille de Koch sécrète donc une substance qui excite le centre vaso-dilatateur. Les expériences de Charrin et Gley tendent à faire admettre qu'une substance analogue est sécrétée par le bacille pyocyanique. Les expériences d'Arloing prouvent qu'un des produits du staphylocoque possède la même action physiologique.

REVUE DES CONGRÈS

RÉUNION DES NATURALISTES ET MÉDECINS ALLEMANDS

Action thérapeutique du gaïacol.

M. Rubinstein (Berlin). — Le traitement hygiénique et diététique de la tuberculose a pris dans ces derniers temps une importance considérable; il ne doit cependant pas faire

perdre de vue les avantages que l'on peut retirer de l'emploi de certains médicaments. Parmi ceux-ci le gaïacol, dont l'action a été signalée dès 1878 par Schüller, semble avoir des propriétés véritablement très réelles pour le traitement de la tuberculose. Les expériences sur les animaux, les constatations anatomo-pathologiques s'accordent sur ce point.

Pour obtenir de ce médicament des résultats satisfaisants, il faut d'abord avoir soin d'employer des préparations parfaites comme pureté, solubilité, etc. L'emploi du gaïacol en solution paraît être le plus avantageux. On prescrit de façon à faire prendre trois fois par jour, puis quatre fois, de 2 à 3 gouttes du médicament. Chez les adultes on peut donner 4 à 5 gouttes, mais sans dépasser 25 en tout.

Les gouttes peuvent être mélangées à du cacao, à du lait pour en masquer le goût, ou bien être prises avec des eaux gazeuses.

Un point important est de ne point interrompre la médication, qui par elle-même ne détermine jamais d'accident et ne possède guère d'inconvénients.

Dans la tuberculose laryngée on peut prescrire avec avantage les inhalations de gaïacol à la dose de 1 : 1000. Ces inhalations ne sont pas aussi utiles quand la tuberculose pulmonaire coexiste avec la tuberculose laryngée.

Processus de régénération de la cornée.

M. Eberth (Halle). — Lorsqu'on enlève une partie du revêtement épithélial de la cornée, on voit bientôt la réparation se faire, grâce aux cellules du voisinage dont le protoplasma ne tarde pas à se gonfler en présentant des formations nucléaires multiples. La division se fait alors par scissiparité et non par karyokinèse. On trouve souvent alors, pendant ce processus de régénération, des petits corpuscules que l'on peut parfois colorer et qui apparaissent dans le revêtement épithélial en voie de formation. Ce ne sont pas, comme on l'a cru, des fragments de noyaux, ni des produits de destruction des leucocytes, mais plutôt des productions protoplasmiques des cellules épithéliales. Le processus n'est pas absolument le même chez tous les animaux. Chez la grenouille toute la cornée participe à la régénération. Les cellules éloignées du point dénudé se divisent et prolifèrent par karyokinèse, les cellules plus voisines se multiplient par scissiparité en produisant des corps cellulaires à un seul noyau qui se présenteront dans le champ de l'épithélium lésé sous forme de cellules migratrices, amiboïdes, et se fixeront ultérieurement.

Chez le pigeon, le processus se limite au voisinage de la lésion. La reproduction épithéliale se fait par karyokinèse.

La migration des jeunes cellules qui vont plus tard reconstituer le revêtement épithélial est si rapide et joue un rôle si important qu'il semble que le traumatisme fait sur la cornée détermine un simple dérangement des cellules cornéennes plutôt qu'une véritable solution de continuité.

Les leucocytes ne participent pas à ce processus de régénération. Leur multiplication ne paraît pas, du moins habituellement, se faire par karyokinèse.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 3 *novembre* 1891.

Chloroformisation avec le cornet de la marine.

M. Béranger-Féraud. — De 1856 à aujourd'hui on n'a signalé, dans toute la marine, que quatre cas de mort à la suite de l'administration du chloroforme avec le cornet réglementaire. Dans une pratique de quarante années, je n'ai vu pour ma part aucun cas de mort survenu pendant l'emploi du cornet. Tout à fait au début de mes études, j'ai vu une malade mourir, après avoir été anesthésiée au moyen du sac de J. Roux, et j'entendis le bruit laryngo-trachéal signalé par M. Léon Labbé.—Trente ans après, le jour du combat de Sfax, en 1881, au cours d'une résection de l'épaule qu'il fallut terminer par la désarticulation, j'ai entendu de nouveau ce bruit, mais je fus assez heureux pour rappeler le blessé à la vie; je me servais du cornet; et détail curieux, l'opération n'étant pas achevée, ma confiance dans cet appareil était telle que c'est encore à lui que j'eus recours.

Les chirurgiens de la marine ont souvent affaire à des alcooliques et à des anémiques, ils pratiquent des opérations de longue durée; le cornet, qui permet de surveiller la figure du patient, qui empêche le contact du chloroforme avec les narines, qui permet l'arrivée de l'air avec les vapeurs anesthésiques, qui a fait ses preuves à la Maternité de Paris, a un si faible nombre d'accidents mortels à déplorer comparativement à la compresse ordinaire, que son adoption par les chirurgiens est à désirer.

M. Le Roy de Méricourt. — Les résultats de cette enquête montrent assurément les avantages de l'emploi du cornet; ils montrent aussi combien il est nécessaire de s'assurer de la pureté du chloroforme, condition absolue de sécurité, quel que soit l'appareil dont on se sert.

Gangrène partielle du pied consécutive à des injections hypodermiques d'antipyrine.

M. Verneuil. — J'ai été appelé deux fois auprès de malades chez lesquels des injections hypodermiques d'antipyrine, pratiquées dans le but de calmer des douleurs intolérables, furent suivies de gangrène partielle du pied. Le premier malade, quoique atteint d'une névrite ancienne du sciatique, guérit; chez le second on dut pratiquer la désarticulation des deux orteils avec le thermo-cautère et un an après une désarticulation du deuxième orteil de l'autre pied; l'année suivante le malade fut repris de sphacèle dans le mollet et il fallut amputer la jambe au lieu d'élection supérieur; à l'autopsie de ce membre, il n'y avait ni névrite périphérique ni endartérite, ni lésion antérieure quelconque pouvant expliquer la gangrène.

En attribuant le rôle secondaire de cause déterminante à l'injection d'antipyrine et le rôle principal à la prédisposition créée par les lésions nerveuses et vasculaires antérieures, on n'absoudrait ni l'un ni l'autre des deux complices, mais on établit équitablement leurs responsabilités respectives.

Comme conclusion pratique de ces faits, il faut reconnaître que si les injections hypodermiques d'antipyrine méritent d'être conservées en thérapeutique, il faut tenir compte avec l'état anatomique et fonctionnel du système nerveux et vasculaire de la région sur laquelle on se proposera d'opérer.

M. Dujardin-Beaumetz. — Les cas signalés par M. Verneuil sont exceptionnels; dans l'un il y avait névrite traumatique et dans l'autre coïncidence. Je n'ai jamais constaté d'accidents semblables après des injections d'antipyrine. Ils auraient pu d'ailleurs se présenter chez ces malades avec n'importe quelle solution médicamenteuse et même de l'eau pure, tant y était grande la prédisposition. Il en est ainsi toutes les fois que l'on pratique des injections sous-cutanées dans des membres où la circulation est gênée d'une façon quelconque, surtout si l'injection est pratiquée *in loco dolente*.

M. Verneuil. — Je m'associe aux réserves de M. Dujardin-Beaumetz et ai voulu seulement appeler l'attention des praticiens sur la nécessité d'étudier avec soin les conditions des membres des malades auxquels ils pratiquent des injections sous-cutanées.

Hydronéphrose gazeuse.

M. Le Dentu complète l'observation d'hydronéphrose gazeuse et calculeuse qu'il a communiquée à l'*Académie* (voy. *Mercredi,* 1891, p. 226). La malade a fort bien guéri de la néphrectomie et son rein gauche est aujourd'hui en très bon état. M. Le Dentu insiste surtout sur l'analyse des gaz. Leur volume était de 800 c.c., et il y avait :

92.16 0/0 d'Az et d'O
7.84 0/0 de CO^2.

Or dans le sang le gaz le plus abondant est le CO^2, puis l'O, et enfin l'Az est en très petite quantité.

Comité secret.

En comité secret l'Académie établit le classement suivant sur le rapport de M. Weber, pour une place de correspondant étranger dans la division de médecine vétérinaire : 1° M. Degive (de Bruxelles), 2° *ex-æquo* MM. Bagge (de Copenhague), Fleming (de Londres) et Wirtz (d'Utrecht).

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 26 octobre 1891.

Toxines microbiennes; leur action sur la fièvre.

M. Charrin. — Au cours de tentatives faites pour arrêter des hémorrhagies, j'ai pu observer des phénomènes qui montrent que les effets réactionnels, l'élévation thermique en particulier, qui suivent l'injection de la lymphe de Koch, se produisent aussi, chez l'homme, quand on introduit d'autres substances bactériennes.

Les recherches de M. Bouchard ont prouvé que, dans les bouillons, les germes élaboraient des éléments, les uns resserrant, les autres dilatant les vaisseaux. Les premiers, d'après MM. Gley et Charrin, paralysent les dilatateurs. Est-ce pour une autre raison qu'ils mettent fin aux pertes de sang? Peu importe la théorie. La pratique a réussi huit fois sur huit.

Toutefois, si on dépasse une certaine dose, des accidents peuvent survenir.

Dès qu'on s'élève au-dessus de 3 centimètres cubes de toxines pyocyaniques, la température monte ; avec 6 centimètres cubes, elle a atteint 41° ; de la dyspnée, des sueurs, un malaise général, etc., s'ajoutent à l'hyperthermie.

Il y a là une véritable fièvre, un ensemble de phénomènes qui rappellent la réaction, réaction qui se réalise non seulement chez les tuberculeux, mais, parfois, chez ceux qui ne le sont pas, non seulement avec la lymphe, mais également à l'aide des toxines du bacille pyocyanique ; dès 1889, du reste, j'ai établi, avec M. Ruffer, l'influence thermogène des sécrétions des bactéries.

Sur une nouvelle substance albuminoïde du sérum sanguin de l'homme.

M. C. Chabrié. — Comme suite à un travail que j'ai publié sur le fonctionnement du rein chez les néphrétiques, j'ai recherché les substances albuminoïdes que pouvaient déverser dans le sang les micro-organismes.

Au cours de cette étude, j'ai extrait une substance albuminoïde nouvelle, différant de la sérine et des peptones, que j'ai retirée du sérum sanguin de l'homme affecté de diverses maladies et aussi de l'homme sain. Après avoir examiné un certain nombre de propriétés de cette nouvelle substance, qui est donc un principe constant du sang humain, je proposerai de lui donner le nom d'*albumone* pour rappeler ses analogies avec l'albumine et les peptones, dont elle diffère cependant par des réactions qui lui sont propres.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 28 octobre 1891.

Lactate de strontiane dans l'albuminurie.

M. Dujardin-Beaumetz. — Après l'interdiction de la baryte pour déplâtrer les vins, on a utilisé la strontiane, qui en effet n'est pas toxique, à condition toutefois d'être absolument pure de baryte : mais dans le commerce elle ne l'est pas, et dès lors on a aussi interdit la strontiane. A ce propos MM. Laborde, C. Paul, Féré, G. Sée (voy. p. 346, 364, 376, 530 et 537) ont étudié les sels de strontiane : Féré a vu que le bromure de strontiane est mieux toléré dans l'épilepsie que les bromures alcalins; M. G. Sée considère les sels de strontiane comme favorisant les digestions stomacales; M. C. Paul enfin a constaté que sous l'influence du lactate de strontiane l'albuminurie peut cesser presque complètement. J'ai donc prescrit le lactate de strontiane à 5 albuminuriques, — brightiques et cardiaques — et j'ai vu en effet l'albuminurie diminuer de moitié en 1 à 4 jours. Ce fait est au premier abord un peu surprenant : nous savons bien aujourd'hui, en effet, que le taux de l'albuminurie n'est nullement le critérium de la gravité de la maladie, mais que le danger est surtout dans l'empoisonnement par les toxines que le filtre rénal malade ne laisse plus éliminer. D'où la notion que nous devons avant tout instituer chez les albuminuriques un régime basé sur l'hygiène alimentaire. Or, à mon sens les sels de strontiane agissent précisément, comme l'a dit M. G. Sée, en favorisant la digestion stomacale et en diminuant ainsi la quantité des toxines produites. Je prescris la strontiane de la manière suivante :

Lacto-strontiane........	50 grammes
Eau....................	250 —

une cuillerée à bouche matin et soir, soit environ 6 grammes par jour.

C'est là une excellente médication, à condition que nous trouvions en pharmacie des sels de strontiane purs. Quand on cesse la strontiane, l'albuminurie remonte à son taux primitif.

M. Patein se demande si les résultats ne sont pas dus pour beaucoup à l'acide lactique, excellent antiseptique intestinal.

M. Bucquoy a donné le lactate de strontiane dans du sirop de Tolu et du sirop d'écorces d'oranges amères. Dès le lendemain, l'albuminurie a diminué de moitié.

M. C. Paul. — On parvient assez aisément à réduire ainsi l'albuminurie à 1 gramme environ par litre ; obtenir mieux est difficile. Cependant j'ai plusieurs observations de cessation complète. C'est après des essais, infructueux d'ailleurs, pour remplacer la lithine par la strontiane dans le traitement de la gravelle urique que j'ai été amené à étudier l'action de ces sels sur le rein.

Suppositoires créosotés.

M. Catillon croit que la créosote contenue dans des suppositoires creux arrive pure sur la muqueuse rectale et l'irrite. Mais **M. C. Paul** lui répond qu'en fait les malades la supportent bien.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 30 octobre 1891.

Hémorrhagie du pancréas.

M. Thiroloix a observé dans le service de M. Lancereaux un homme très vigoureux qui entra le matin après avoir été pris brusquement, la nuit précédente, de douleurs épigastriques atroces, avec coliques et nausées, sans vomissements, avec sensation de mort prochaine. Il fut apporté en état de collapsus algide et mourut 36 heures après le début des accidents. Pas de glycosurie. A l'autopsie on trouva le pancréas transformé en une bouillie sanglante. M. Thiroloix pense que cette hémorrhagie est d'origine névropathique. Reste à déterminer dans les cas de ce genre le mécanisme d'une mort si rapide.

Maladie kystique des mammelles.

M. Glantenay a examiné histologiquement deux seins enlevés par M. Nélaton à une femme. Il conclut qu'il s'agit de l'association d'un processus de mammite chronique à un processus analogue à celui des kystes de l'ovaire. Il a constaté que nulle part la prolifération épithéliale n'a franchi la paroi acineuse et il ne croit pas à une lésion susceptible de se généraliser.

M. Cornil après examen des coupes conclut à un épithéliome papillaire à cellules cylindriques.

Perforation de la vessie.

M. Thiercelin a fait l'autopsie d'un homme qui mourut 24 heures après son entrée à l'hôpital, avec tous les symptômes d'une péritonite aiguë. Le cathétérisme, pratiqué à cause de la rétention, donna issue à 1 litre 1/2 d'urine sanguinolente. Comme le patient accusait des antécédents dyspeptiques, on croyait à un ulcère perforé de l'estomac. A l'autopsie on trouva une perforation au sommet de la vessie ratatinée et saine d'ailleurs. M. Thiercelin croit à une perforation spontanée.

M. Broca, au contraire, n'y croit guère, en raison de l'intégrité absolue du reste de la vessie. Il est probable que le sujet s'est perforé la vessie avec un instrument rigide introduit par l'urèthre dans un but inavouable et inavoué. M. Broca a vu un homme qui a succombé pour s'être enfoncé dans l'urèthre une aiguille de matelassier longue de 15 à 20 cent.

M. Cornil a vu un vieillard à qui, pendant son sommeil, sa femme, âgée de 78 ans, avait introduit dans l'urèthre une baguette de bois.

M. Legueu fait remarquer qu'en effet la perforation siège exactement sur la ligne médiane, et il est probable que quand on a cathétérisé le sujet, c'est l'épanchement péritonéal qu'on a vidé.

Corps étranger du péritoine.

M. Darier a pratiqué l'examen du corps étranger du péritoine présenté par M. Monnier. Il s'agit d'une masse fibreuse entourant un amas graisseux et l'origine est probablement dans une frange épiploïque.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 28 *octobre* 1891.

Hystérectomie vaginale pour suppurations pelviennes.

M. Terrillon a pratiqué 4 fois cette opération depuis la discussion qu'elle a soulevée (V. p. 106 et suiv.), et croit ces faits importants pour le parallèle de l'hystérectomie et de la laparotomie. Il est à remarquer que chez ces 4 femmes il s'agissait de suppurations anciennes, avec poussées récidivantes, fièvre hectique, fistule dans le rectum et le vagin. Les principales particularités sont les suivantes :

1° Femme de 27 ans, malade depuis 2 ans, à la suite d'une fausse couche ; plastron abdominal remontant jusqu'à l'ombilic, utérus immobilisé dans une gangue inflammatoire. La laparotomie fut infructueuse : d'abord, l'épiploon fut impossible à décoller et après lui avoir fait une boutonnière on arriva sur des anses intestinales dont il fallut abandonner la libération. Séance tenante l'hystérectomie vaginale fut pratiquée ; elle fut pénible, mais put être menée à bout. Il est à noter qu'au 28e jour éclatèrent des accidents dus à une poche purulente par rétention derrière la cicatrice vaginale trop tôt effectuée ; la fièvre céda lorsque le pus eut été évacué à travers une fistulette dilatée. Mais actuellement encore il persiste une fistule vaginale.

2° Femme de 23 ans, malade depuis 3 ans ; son histoire est identique à celle de la précédente, sauf que l'hystérectomie ne fut faite que 8 jours après la laparotomie impossible à terminer. Guérison sans encombre. Il s'agissait de lésions tuberculeuses.

3° Femme de 42 ans, malade depuis 9 ans ; atteinte d'une éruption lichénoïde que M. Besnier attribua à la septicémie chronique ; albuminurie légère, vomissements presque incoercibles, fièvre vive. L'hystérectomie fut très laborieuse et il en résulta un état grave de choc. La guérison fut néanmoins obtenue en 28 jours et aujourd'hui l'éruption lichénoïde a disparu.

4° Femme de 33 ans, malade depuis 12 ans ; depuis 2 mois douleurs continues, fièvre. Ici l'opération ne put être à gauche absolument complète. Le vagin s'est bien cicatrisé, mais il persiste une fistule rectale, qui peut-être se tarira à la longue.

Ce dernier cas et le premier prouvent que le résultat obtenu ne sera pas toujours radical. Mais d'autre part les obs. I et II démontrent que l'hystérectomie vaginale peut triompher de cas où la laparotomie a été impuissante. M. Terrillon, tout en contestant qu'il faille attaquer ainsi les abcès bien enkystés, reconnaît que c'est la méthode de choix pour les suppurations anciennes, étendues, avec fistules, avec adhérences et plastron abdominal volumineux. Comme technique, M. Terrillon a pris l'habitude de déchirer directement les tissus avec le doigt contre la substance utérine, et de la sorte il suffit de laisser à demeure une pince de chaque côté.

M. Richelot, qui communiquera bientôt sur ce point un mémoire, se borne à quelques réflexions. Lui aussi croit l'hystérectomie plus bénigne que la laparotomie pour les grandes suppurations complexes. Chez une femme il a dû s'arrêter au milieu des adhérences intestinales, et séance tenante il a incisé l'abcès par le vagin selon la méthode de Laroyenne ; après une guérison apparente, les accidents ont récidivé, et alors l'indication était bien évidemment de faire l'hystérectomie, laquelle eut plein succès. Dans ses opérations, aujourd'hui assez nombreuses, M. Richelot n'a jamais observé de rétention comme celle dont a parlé M. Terrillon, et il insiste, au contraire, sur la nullité des soins consécutifs.

M. Reclus enregistre les cas où la laparotomie a été démontrée impossible, où dès lors l'hystérectomie était la seule opération admissible. D'autre part, la laparotomie n'est pas toujours radicale ; chez une femme il a observé à sa suite une récidive, abordée, cette fois, avec plein succès depuis 7 mois par l'hystérectomie vaginale. L'indication admise par M. Terrillon, par M. Richelot, est donc formelle. M. Reclus dit d'autre part avoir observé une fois un abcès secondaire comme dans le cas de M. Terrillon : depuis ce moment il a coutume, le jour où il retire les pinces, d'enfoncer profondément le tamponnement iodoformé et il n'a plus constaté ce léger accident.

M. Bazy croit que M. Richelot exagère la rareté de ces abcès tardifs : il a dû en inciser un à la femme dont il a déjà communiqué ici l'observation. Il a vu des faits analogues dans la pratique de Péan ; et d'ailleurs si on opère comme Péan, en rasant exactement l'utérus, il est évident qu'on ne peut pas vider toutes les poches.

M. Routier se rallie aux conclusions de M. Richelot. Dans un cas très grave, où l'utérus très friable ne put être enlevé entièrement, des matières fécales passèrent pendant un temps dans le vagin ; mais cette communication s'oblitéra peu à peu, et la malade est aujourd'hui guérie, ayant ses règles par son tronçon d'utérus.

M. Terrillon reconnaît que les rétentions purulentes sont rares, mais il a voulu prouver que Segond exagère peut-être la rapidité uniforme de la guérison.

Hystérectomie pour cancer.

M. Richelot résume d'abord la discussion, prématurée à son sens, où M. Verneuil, en 1888, a pu croire qu'il a porté le coup fatal à l'hystérectomie vaginale totale pour cancer utérin. A cette époque, il est certain que cette opération, encore mal réglée, avait une haute mortalité et M. Richelot sur 24 cas avait 9 décès ; mais il s'était compromis sur des cas auxquels aujourd'hui il ne touche plus volontiers ; certaines morts étaient imputables à des fautes opératoires manifestes. Et cependant les résultats ne sont pas nuls, car des 15 malades restants de cette première série, 3 sont sans récidive aujourd'hui depuis 5 ans, 4 ans et 11 mois, 4 ans et 5 mois. Pour reprendre la question sur de nouvelles bases, M. Richelot a d'abord enlevé par l'amputation sus-vaginale deux cancers qui lui semblaient tout à fait limités : les deux fois il y a eu repullulation immédiate du mal ; et il ne faut pas oublier que dans 8 cas de M. Verneuil la section passait dans la tumeur. Aussi, dans deux cas datant de janvier 1890, M. Richelot a fait l'hystérectomie totale quoique le mal parût limité au col, et il a constaté qu'il remontait dans le corps. Ces deux femmes sont aujourd'hui vivantes sans récidive. Aujourd'hui que l'hystérectomie totale est devenue bénigne, nous n'avons donc plus le droit de tenter l'ablation partielle. Cette bénignité est prouvée par la nouvelle série de M. Richelot : 22 cas avec 1 seul décès, par intoxication iodoformée probablement. Il y a bien eu un décès tardif, après une opération faite pour restaurer une fistule vésico-vaginale : il est probable qu'une aiguille a perforé le péritoine. Les fistules, rares d'ailleurs si en opérant on rase bien l'utérus, ne doivent être opérées que fort tard. Une autre fois M. Richelot a voulu en opérer une rapidement et il a embroché l'intestin, d'où une fistulette fécale, heureusement vite guérie. La question de bénignité jugée, voyons celle des récidives, c'est-à-dire le laps de temps écoulé *avant le début de la récidive*, car il est vicieux de calculer la survie comme M. Verneuil, en additionnant aux mois de santé parfaite ceux pendant lesquels a évolué la récidive. Or M. Richelot compte 4 récidives, dans 4 cas où le ligament large était déjà envahi ; 5 opérations trop récentes pour entrer en compte ; 11 cas sans récidive opérés du 2 janvier 1890 au 31 avril 1891, et il est à remarquer que deux fois il y avait du cancer dans le corps et dans le col, une fois dans le corps seul ; que 4 fois la tumeur allait tout près des culs-de-sac du vagin.

M. Berger lit :

1° Un rapport sur la statistique de M. Calot (de Berck-sur-Mer) ;

2° Une observation de lipome d'un doigt envoyée par **M. Dubar** (de Lille).

A. Broca.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 30 *octobre* 1891.

Présidence de M. E. Labbé

Des altérations du chimisme stomacal dans la chlorose.

M. Hayem. — Les manifestations gastro-intestinales sont fréquentes dans la chlorose. Depuis la publication de mon livre : *Du sang et de ses altérations anatomiques*, j'ai, grâce au nouveau procédé de M. Winter, fait le dosage des différentes formes sous lesquelles se présente le chlore dans le suc gastrique chez 72 chlorotiques. Je comprends parmi ces 72 malades 5 cas de chloro-anémie tuberculeuse. La plupart de mes malades avaient déjà été soumises à la médication ferrugineuse.

Sur nos 72 malades, je trouve 36 cas d'hyperpepsie, 6 cas d'hyperchlorhydrie, 28 cas d'hypopexie et 62 cas de chimisme normal.

Dans 3 cas la déviation chimique était peu prononcée, malgré l'existence de symptômes dyspeptiques.

Nous comptons 34 cas sans complication de fermentation, contre 36 accompagnés de fermentation acide anormale.

Ces faits mettent en évidence la très grande fréquence de la dyspepsie dans la chlorose. Ils nous incitent donc à discuter le rôle pathogénique des troubles digestifs dans cette maladie.

Nous venons de voir que la chlorose peut se déclarer chez des sujets non dyspeptiques, puisque à la période d'état de la maladie le chimisme stomacal peut être normal ou se rapprocher de l'état physiologique. Il est probable que les cas de ce genre seraient plus nombreux si l'on avait plus souvent l'occasion d'examiner les malades dès le début avant l'intervention de tout traitement médicamenteux.

En second lieu on ne constate pas de rapports étroits entre l'intensité de l'anémie et le développement des troubles dyspeptiques. Certaines malades à peine chlorotiques sont très éprouvées par la dyspepsie, tandis que quelques chlorotiques tombées dans un état d'anémie considérable présentent un chimisme peu anormal. Ainsi l'anémie chlorotique la plus intense que j'aie observée (anémie du 4ᵉ degré) concernait une malade qui ne se plaignait pas de diminution de l'appétit. L'examen du suc gastrique montra l'existence d'un degré notable d'hyperpepsie chloro-organique, c'est-à-dire d'un des types qui s'éloignent le moins de l'état physiologique. Au contraire, chez une fille présentant nettement les symptômes de la chlorose dyspeptique, l'anémie était d'intensité moyenne.

Pour apprécier à sa valeur la grande fréquence de la dyspepsie dans la chlorose, il est important de faire remarquer que les troubles des fonctions digestives sont extrêmement communs, du moins à Paris, chez les adolescents des deux sexes. Or, précisément dans les dyspepsies des adolescents, la déviation chimique la plus habituelle est constituée par l'hyperpepsie dont je viens de signaler la fréquence dans la chlorose. Les garçons sont très probablement atteints aussi souvent que les filles de cette forme de dyspepsie. Cependant la chlorose est plus rare chez les garçons que chez les filles (1 cas contre 20 à 25 dans nos observations).

En outre, chez le garçon chlorotique, la déglobulisation est rarement notable. Certaines conditions relatives au sexe prédisposent donc la femme au développement de l'anémie chlorotique.

Le traitement habituellement usité est une des causes de l'hyperpepsie des chlorotiques. Nombre de malades sont gorgés ainsi inutilement et même à leur détriment de fer, d'arsenic et de vin de quinquina.

Ces différentes causes expliquent peut-être aussi la fréquence de l'ulcère stomacal chez les chlorotiques.

Je ne discute pas de nouveau l'origine nerveuse de la chlorose, théorie qui pourrait permettre de rattacher à la fois la dyspepsie et la déglobulisation à une modification des fonctions nerveuses. Il est certain que les chlorotiques sont souvent hystériques ou neurasthéniques, mais il n'y a aucun rapport entre l'accentuation de l'état nerveux et celle de l'anémie.

La dyspepsie de l'adolescence, aussi fréquente chez le jeune homme que chez la jeune fille, me paraît être simplement un terrain favorable à la réalisation de la chlorose. Une fois la maladie déclarée, la dyspepsie présente, en raison de l'état chlorotique et de sa persistance, une tendance à s'aggraver et elle le fait d'autant plus sévèrement que le traitement est plus mal dirigé.

Relativement au traitement, je crois pouvoir affirmer que ses difficultés pratiques dans la chlorose sont presque toujours suscitées par le haut développement des phénomènes dyspeptiques. Lorsque la gastropathie est très accentuée, elle devient une gêne pour le traitement, et il faut alors préparer d'abord la chlorotique au traitement, comme si elle était purement et simplement dyspeptique.

Des altérations chimiques du processus stomacal dans la gastrite alcoolique.

M. Albert Mathieu. — Dans la dernière séance, M. Hayem est revenu sur la classification des dyspepsies envisagées au point de vue chimique et a proposé un autre ordre de classification, qui, je crois, pourrait être simplifié. Voici, pour ma part, comment je comprends la dyspepsie.

L'hyperacidité chlorhydrique, — que l'acide chlorhydrique soit libre ou combiné, — est un fait important qui explique les phénomènes accusés par le malade et appelle, en thérapeutique, l'évacuation ou la saturation alcaline du contenu de l'estomac. Ces pratiques font cesser les douleurs, diminuent les réactions névropathiques et mettent à l'abri de l'autodigestion de la muqueuse.

L'hypopepsie n'a pas de signification, pas de gravité — si la motricité de l'estomac est conservée, car il ne peut se faire de fermentations organiques que lorsqu'il y a dilatation et stase gastriques. Des chiens auxquels on avait enlevé l'estomac ont pu survivre et engraisser. On me concédera qu'ils étaient apeptiques. Certaines personnes d'une santé générale suffisante ont une digestion gastrique nulle (Hayem). Il est évident que dans ces cas le pancréas supplée à l'estomac. Il n'est pas impossible même qu'à l'état normal l'action de cette glande soit beaucoup plus importante que celle de l'estomac.

Du reste, dans le tiers des cas de dyspepsie environ, le chimisme gastrique peut être considéré comme normal, si l'on n'attribue pas une importance excessive à de faibles variations des chiffres donnés par l'analyse chimique. La conclusion c'est qu'en dehors de l'hyperchlorhydrie, ce sont les phénomènes moteurs, ou mieux nervo-moteurs, qui jouent le rôle le plus important.

Je ne parle ici que des faits de dyspepsie proprement dite et non des diverses gastriques qu'il conviendrait de séparer de la dyspepsie, c'est là une tâche que rend très difficile le passage de la dyspepsie à la gastrite.

En résumé j'admets trois types de dyspepsie : 1° l'hyperchlorhydrie ; 2° la dilatation de l'estomac avec hyperchlorhydrie, fermentations anormales et hyperacidité organique ; 3° la dyspepsie nervo-motrice sans anomalies chimiques, que je considère comme la plus fréquente.

Les indications thérapeutiques correspondantes sont nettement différenciées et le succès des médications correspondantes tend à démontrer l'exactitude de cette conception.

Ceci dit, je tiens à répéter ce que nous devons au procédé d'analyse de MM. Hayem et Winter.

Il permet de doser l'acide chlorhydrique libre avec beaucoup plus d'exactitude que tous les autres procédés. Il permet de doser l'acide chlorhydrique en combinaison organique. Il permet donc d'affirmer, d'une part, que les malades qui n'ont qu'une quantité relativement faible d'acide chlorhydrique libre sont, en réalité, des hyperchlorhydriques et, d'autre part, que des personnes qui n'ont pas d'acide chlorhydrique libre ne sont pas, en réalité, des hypochlorhydriques. C'est là un progrès considérable et on le doit tout entier à MM. Hayem et Winter.

Hystérie par fulguration.

M. Laveran communique une observation d'hystérie développée par fulguration nerveuse, chez un soldat qui ne présentait aucun antécédent hystérique. Il eut de l'hémianesthésie, de l'hémiplégie, des crises de chorée rythmique et parfois d'aphasie transitoire, le tout accompagné de quelques troubles sensoriels.

M. Charcot a établi deux variétés d'accidents nerveux pouvant être produits par fulguration. Ce sont tantôt des accidents nerveux directs, si l'on peut dire, tels que paralysies, des troubles nerveux hystériques, comme dans le cas de M. Laveran.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 31 *octobre* 1891.

Présidence de M. Ch. Richet

Toxicité des extraits de tissus normaux.

M. Roger. — La communication de MM. Brown-Séquard et d'Arsonval m'engage à rapporter quelques expériences que j'ai faites pour déterminer la toxicité des extraits de tissus normaux. Ces extraits ont été préparés en épuisant à froid, avec de l'eau salée, les muscles, le foie, les reins et le cerveau de lapins qu'on venait de sacrifier. Les liquides obtenus ont été injectés dans les veines. Voici les résultats :

Les extraits de 22 à 23 grammes de cerveau, de rein ou de foie (12 à 14 par kilo) n'amènent qu'une somnolence passagère et un peu de diarrhée ; en injectant de 30 à 40 grammes de foie (18 à 20 par kilo) on voit les animaux succomber : à la fin de l'injection, ils semblent anéantis ; les pupilles se rétrécissent, puis il se produit une diarrhée abondante, une accélération de la respiration et la mort survient sans convulsions ou après des convulsions légères. A l'ouverture du thorax, on constate que le cœur bat.

La toxicité des muscles est encore moins marquée : l'extrait de 100 à 120 grammes de muscles (60 à 80 par kilo) n'amène qu'une diarrhée passagère ; l'extrait de 140 à 200 (90 à 95 par kilo) amène la mort avec les mêmes symptômes que les extraits de foie.

En chauffant les liquides de façon à coaguler les albumines, on diminue notablement leur toxicité : comme l'a montré M. Bouchard, il faut, pour tuer avec les extraits préparés à chaud, injecter par kilogramme 117 grammes de foie ou 216 grammes de muscles.

Influence des alcalins sur la nutrition et le mouvement des albuminoïdes.

M. Lapicque. — Il est important, pour juger l'effet des alcalins, de s'adresser à un sujet chez lequel l'alcalinisation n'est point élevée, ni même, si possible, à son niveau habituel. J'ai expérimenté sur un homme adulte se trouvant dans des conditions opposées, soit par sa constitution arthritique, soit par la mauvaise direction de son régime presque exclusivement carné.

Sans soumettre le sujet à un régime spécial, j'ai observé qu'avant l'administration des alcalins, l'urée sécrétée par le rein était de 37 grammes 1/2 en moyenne par jour. J'ai donné alors le citrate de soude et attendu 8 jours pour que le régime azoté fût fixé. L'excrétion d'urée descendait alors à 33 grammes 1/5, et cela d'une façon très régulière. Il semble donc qu'il y ait diminution et régularisation de l'excrétion azotée. Du reste, les digestions étaient bonnes et l'état général excellent.

M. Quinquaud. — J'ai dirigé mon attention sur le même point, et constaté la diminution de l'azote total dans l'urine, après usage des alcalins ; mais en même temps, il y avait augmentation de l'urée dans le sang et les organes. Par intervalles, il se faisait une crise d'élimination de l'urée urinaire qui compensait l'accumulation précédente.

M. Gaube communique ses recherches sur l'albumine et les diastases contenues dans la sueur de l'homme et des animaux. Il a confirmé les études de Leclère, Favre, etc. La sueur normale contient, entre autres principes de cet ordre, une albumine et deux ferments diastasiques.

M. Blanchard décrit un cestode parasite du canard.

ÉTRANGER

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DES MÉDECINS DE HAMBOURG

Séances d'octobre 1891.

Grossesse tubaire.

M. Waitz présente un sac fœtal provenant d'une grossesse tubaire.

Il s'agit d'une femme de 25 ans devenue enceinte pour la seconde fois au mois de mars de cette année. Au mois de juin, apparition brusque de douleurs dans le ventre, accompagnées de signes d'hémorrhagie interne. On se contenta d'administrer de l'opium et de la glace. Au bout de huit jours, nouvel accès, et cette fois on fit la laparotomie. L'abdomen était rempli de sang ; le sac occupait la trompe droite et présentait une déchirure sur la partie postéro-inférieure. La trompe fut attirée au dehors et le sac extirpé. Pendant l'opération, qui avait duré environ une heure, la malade avait perdu 1 litre de sang. Suites opératoires simples. Guérison.

Carcinome de la trachée.

M. Reiche présente les pièces provenant d'un individu atteint de carcinome de la trachée. A l'autopsie on trouva des noyaux métastatiques dans les ganglions bronchiques et la capsule surrénale droite. Le point de départ du carcinome était l'épithélium de la muqueuse trachéale. Pendant la vie du malade, on trouvait déjà sur la peau des foyers de pigmentation bronzée qui étaient probablement dus à l'affection de la capsule sus-rénale.

Aphthes de Bednar.

M. E. Frænkel croit que le nom d'aphthes de Bednar n'exprime pas l'idée de l'affection, qui n'a rien de commun avec la stomatite aphtheuse. Cette affection, qui se rencontre presque exclusivement chez les nourrissons, se présente sous forme de plaques blanches disposées symétriquement de chaque côté du voile du palais, dans le voisinage de l'apophyse alvéolaire du maxillaire supérieur. Ces plaques se transforment plus tard en ulcérations torpides qui finissent par se cicatriser. Dans certains cas rares, le processus se porte en profondeur et atteint les os, ou bien s'étend en surface.

Ces aphthes s'observent rarement chez les enfants âgés de plus d'un an, et n'ont aucun rapport avec la syphilis.

Au point de vue de l'étiologie de cette affection, les opinions sont très divisées. Les uns font intervenir la pression de la langue contre la muqueuse délicate qui existe à l'endroit où la voûte palatine se continue vers le voile du palais. M. Frænkel ne croit pas cette opinion justifiée. Pendant le premier stade de cette affection, on trouve un soulèvement de la couche épithéliale superficielle. Ce phénomène est dû à l'action des micro-organismes qui tantôt pénètrent en profondeur, tantôt provoquent des érosions qui se transforment en ulcérations épithéliales. Les bactéries peuvent envahir les lymphatiques et produire une infection générale. Pendant le premier stade, on trouve des staphylocoques et des streptocoques ; mais quand l'ulcération est formée, on peut trouver toutes sortes de bactéries. Aussi cette affection mériterait-elle d'être désignée sous le nom de « nécrose mycotique de l'épithélium du voile du palais des nouveau-nés ».

Les expériences faites par M. Frænkel sur lui-même ont démontré que, pendant la succion, les parties en question du voile du palais ne sont soumises à aucune pression. Ceci doit faciliter la pénétration des microbes dans cette région.

Le traitement est prophylactique et porte exclusivement sur la propreté de la bouche.

Chrysorabine dans la tuberculose.

M. Unna présente un enfant de cinq ans qui a été atteint d'une ostéite tuberculeuse du coude gauche avec trajets fistuleux, et des lymphomes du cou, et qui a guéri de ces deux affections par des badigeonnages avec une solution au 50e de chrysorabine dans l'huile d'œillette. Dans deux autres cas, M. Unna avait obtenu des résultats non moins satisfaisants, mais il ne sait si les résultats doivent être attribués à la chrysorabine ou à l'huile d'œillette.

Rupture tendineuse.

M. Kümmel présente un cocher qui s'est fait une rupture sous-cutanée du tendon du muscle long extenseur du pouce droit, au moment où il voulait retenir son cheval. M. Kümmel, qui vit le malade 3 semaines après l'accident, trouva, après avoir incisé la gaine, que les bouts du tendon étaient trop éloignés pour être ramenés au contact, et les réunit, suivant le conseil de Glück, par trois gros fils de soie. Guérison par première intention, mais les mouvements ne revinrent qu'au bout de 6 semaines. La perte de substance est comblée par un cordon dur que M. Kümmel croit être du tissu fibreux formé le long du fil de soie.

Traitement de la pérityphlite.

M. Kümmel est d'avis que la résection de l'appendice vermiculaire est le procédé de choix dans les pérityphlites non suppurées se terminant par la formation d'exsudats autour de l'appendice. L'opération doit être faite quand le malade n'a plus de fièvre. Les pérityphlites à répétition qui résistent à tout traitement médical rentrent justement dans cette catégorie.

Le substratum anatomique de l'affection est un catarrhe qui vient peut-être du cæcum, mais qui aboutit à la tuméfaction de l'appendice, à la formation d'ulcérations et finalement d'un rétrécissement. Derrière le rétrécissement s'accumulent des calculs stercoraux qui peuvent amener la perforation de l'organe. Toutes ces complications peuvent être évitées par la résection de l'appendice.

M. Kümmel a fait cette opération 6 fois : 4 malades ont guéri, 1 a été amélioré et 1 garde encore une fistule.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE DE BERLIN

Séance du 13 *octobre* 1891.

Abcès du foie.

M. A. Fraenkel a observé cette année deux cas d'abcès du foie, dont un s'est terminé par la mort, l'autre par la guérison. Le second cas se rapporte à un homme de 29 ans, vigoureux, alcoolique, ayant eu trois attaques de pérityphlite dans l'espace d'un an. Au cinquième jour de sa troisième attaque, il se leva pour aller à ses occupations, mais deux jours après il fut pris d'un frisson violent qui se répéta à plusieurs reprises. Appelé en consultation quelque temps après, M. Fraenkel trouva de l'ictère, de la sensibilité des parois abdominales du côté droit, sans hypertrophie notable du foie et sans matité au niveau du thorax. Il pouvait s'agir soit d'un abcès du foie consécutif à la pérityphlite, soit d'un abcès rétro-péritonéal avec ictère infectieux. Plusieurs ponctions exploratrices ne donnèrent aucun résultat, mais plus tard l'espace intercostal droit devint douloureux et une ponction faite à ce niveau amena du pus. M. Kœrte, appelé à cette occasion, fit une résection des côtes, incisa le diaphragme, sutura à ce dernier le foie dans lequel il se trouvait un abcès des dimensions d'un poing. Le malade guérit sans complications.

Pel (d'Amsterdam) a indiqué, dans un travail basé sur un grand nombre d'observations, les faits suivants pouvant servir au diagnostic : 1° augmentation de la matité hépatique en haut ; 2° la limite supérieure du foie donne à la percussion une ligne à convexité supérieure ; 3° le déplacement incomplet de la matité hépato-pulmonaire (V. *Mercredi* 1890, p. 434).

Le cas terminé par la mort se rapporte à une femme de 69 ans qui présentait des troubles gastriques. Elle n'a eu qu'un seul frisson, est devenue abattue et légèrement ictérique. Matité à la base du poumon droit avec râles et respiration bronchiques. On avait pensé à un abcès du foie, bien que rien dans les antécédents ne justifiât ce diagnostic. La ponction faite à plusieurs reprises fut négative. Peu de temps après, la malade mourait subitement.

A l'autopsie on trouva le canal cholédoque rempli de calculs. A la face supérieure du foie se trouvait un abcès volumineux dont le pus ne contenait que le bacterium coli commune.

SOCIÉTÉ DE MEDECINE BERLINOISE

Séance du 21 *octobre* 1891.

Palpation de la vésicule biliaire.

M. Rheinstein a étudié, dans la clinique de M. Landau, le palper bimanuel des organes abdominaux et de la vésicule biliaire en particulier. Le médecin se place à la droite du malade, qui peut rester debout, met la main gauche dans l'angle costovertébral, la main droite sur la paroi abdominale antérieure, le bord cubital étant près de la ligne médiane et les extrémités des doigts dirigée sous les fausse côtes. Si alors le sujet respire tranquillement, la bouche ouverte, la main droite s'enfonce à chaque expiration et va fort loin à la rencontre de la main gauche. Si le foie est très abaissé et si on le fixe bien entre le pouce et le doigt de la main gauche, on peut parfois sentir la vésicule normale. Mais en règle générale la vésicule n'est accessible à la palpation que si elle est malade, car elle devient alors plus grosse et plus consistante. C'est là un moyen précieux pour reconnaître, en l'absence de signes subjectifs, que la vésicule est malade, et sur 24 femmes venant à la clinique pour d'autres affections, M. Rheinstein a trouvé la vésicule accessible à la palpation.

Electrisation en gynécologie.

M. Arendt a employé la méthode d'Apostoli :

1° *Dans les myomes*. Il confirme en somme les faits aujourd'hui classiques ; 8 fois il a vu cesser des métrorrhagies ; 2 fois le myome disparut ; 1 malade, qui avait subi la galvanopuncture, mourut de péritonite.

2° *Dans les endométrites*, M. Arendt pense, avec M. Brœse, qu'après échec du curettage on peut essayer l'électrisation. Dans ces cas, l'auteur emploie des électrodes intra-utérines en houille, qui peuvent entrer en contact avec toute la surface interne de l'utérus. Les résultats sont bons dans l'endométrite hémorrhagique. Dans l'endométrite blennorrhagique chronique, le pôle positif a une action microbicide incontestable.

3° Pour les *sténoses du col* on peut obtenir la dilatation rapide à l'aide de sondes d'aluminium que l'on met en communication avec le pôle négatif. M. Arendt a eu ainsi 6 fort bons résultats, en entretenant la dilatation avec une mèche iodoformée.

4° Dans *l'aménorrhée* on peut obtenir un afflux abondant de sang à l'utérus en introduisant dans l'utérus une électrode négative.

M. Veit dans les cas de myome a eu de bons résultats palliatifs. Mais il ne croit pas à la résorption de la tumeur, et dans les cas ainsi interprétés il pense qu'on a fait confusion avec un exsudat périmétrique concomitant.

M. Brœse confirme les résultats de M. Arendt. Le pôle positif a une action hémostatique. Le pôle négatif fait diminuer et même disparaître la tumeur, mais son action est dangereuse et provoque souvent de la péritonite.

ANGLETERRE

SOCIÉTÉ ROYALE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE.

Séance du 27 *octobre*.

Lésion limitée de certaines racines rachidiennes.

MM. Johnson et **Murray**. — Une malade atteinte de plusieurs cancers secondaires consécutifs à un cancer du sein, présentait en outre une paralysie de certains muscles du membre supérieur, notamment le sus-épineux, le sous-épineux, la partie moyenne du trapèze, le grand dorsal, les fibres sternales et costales du grand pectoral, le triceps, les extenseurs et les fléchisseurs du poignet et des doigts, les muscles intrinsèques de la main, les muscles intercostaux des 3 premiers espaces. A l'autopsie, on trouva ces muscles pâles et atrophiés. La lésion des racines antérieures produite par le néoplasme secondaire s'arrêtait juste au niveau de la 6ᵉ paire cervicale, en haut et en bas au niveau de la 3ᵉ paire dorsale. En comparant les muscles atrophiés avec leurs racines lésées, on put vérifier l'observation de Beevor concernant la double origine de l'innervation du grand pectoral. Les fibres sternales et costales de ce muscle étaient atrophiées ; les fibres claviculaires étaient saines ; ces dernières sont donc innervées par des filets naissant au-dessus de la 6ᵉ racine rachidienne. Il y avait aussi certaines parties dégénérées dans la moelle.

M. Herringham. — La 5ᵉ racine innerve la portion claviculaire du grand pectoral, le sus et le sous-épineux, elle fournit la portion motrice des nerfs sous-scapulaire, circonflexe et musculo-cutané. Le nerf sus-scapulaire est presque entièrement composé de fibres de la 5ᵉ paire et contient un très petit nombre provenant de la 6ᵉ. La 5ᵉ paire innerve les 2 digitations supérieures du grand dentelé. La portion claviculaire du grand pectoral est innervée par les 5ᵉ et 6ᵉ racines, la partie du muscle située au-dessous de la clavicule est

innervée par la 7e paire et les paires sous-jacentes. Il n'est pas sûr que les nerfs dorsaux contribuent à l'innervation du trapèze.

M. Beevor. — Je rappelle le cas de paralysie infantile que j'ai présenté il y a 6 ans et qui permettait de localiser dans la moelle les centres du triceps, de la partie inférieure du grand pectoral et du grand dorsal. Le grand pectoral a 3 actions : agissant en totalité, il attire le membre supérieur en dedans; la partie supérieure se contractant seule élève le bras, qu'abaisse au contraire la partie inférieure. La partie inférieure du grand dentelé s'unit au deltoïde pour élever le bras; agissant en masse et unissant son action à celle du triceps, le grand dentelé entraîne le bras en avant. Le groupement des centres de ces muscles dans la moelle est plutôt physiologique qu'anatomique.

L'acide urique et l'élévation de la tension artérielle.

M. Haig a déjà dit que, toutes choses égales d'ailleurs, la tension artérielle varie en raison directe de la quantité d'acide urique contenue dans le sang. L'acide urique élève la tension artérielle et ralentit le cœur en contractant les artérioles et les capillaires. Il peut même amener l'irrégularité du pouls, la syncope, l'hémorrhagie cérébrale: ces effets secondaires surviennent quand la quantité d'acide urique contenue dans le sang atteint son maximum. Ce qui prouve que l'acide urique contracte les artères du rein, c'est que les substances qui amènent la contraction des artérioles ont les mêmes effets que l'acide urique, telle est la digitale. Des tracés montrent en effet que ces substances agissent sur le pouls comme l'acide urique. Cette connaissance des effets de l'acide urique sur le pouls permet d'expliquer d'une façon simple la bradycardie.

M. Herringham. — La méthode employée par M. Haig pour doser l'acide urique a été fortement critiquée. La seule bonne méthode consiste à précipiter l'acide urique et à le peser. Je ne peux donc adopter la conclusion de M. Haig.

SOCIÉTE MÉDICALE DE LONDRES

Séance du 26 *octobre* 1891.

Rétrécissement fibreux du côlon. Colotomie inguinale.

M. Harrison Cripps relate 2 cas de rétrécissement fibreux du côlon, diagnostiqués par la laparotomie et traités par la colotomie inguinale. Dans le premier cas, il s'agissait d'une dame de près de 70 ans, souffrant depuis 5 ans d'alternatives de constipation et de diarrhée, puis survinrent la perte de l'appétit, des douleurs abdominales vives, des vomissements qui devinrent fécaloïdes. A la suite de ces sortes de crises, il y avait un peu de mieux; puis une nouvelle attaque survenait. Les crises devinrent de plus en plus fréquentes. On fit une incision exploratrice au niveau de la région iliaque gauche. On trouva l'S iliaque très distendue et à son union avec le rectum on trouva un rétrécissement très serré; on fit la colotomie. La malade a très bien guéri; elle se porte très bien depuis trois ans. La deuxième malade avait 53 ans; depuis un an elle avait de fréquentes crises de douleurs abdominales avec alternatives de constipation et de diarrhée. On ne pouvait rien sentir ni à travers l s parois abdominales, ni par le rectum. Des vomissements survinrent. On fit une incision exploratrice et on trouva un rétrécissement fibreux situé au même point que le précédent; l'opération fut complétée par la colotomie inguinale. Il y a 2 ans de cela et la malade se porte très bien. D'après l'expérience de l'auteur, basée sur 100 cas, la colotomie inguinale est bien supérieure à la lombaire.

M. Herbert Allingham. — Je vous présente une série de 50 cas de colotomie inguinale gauche. Dans la pratique de cette opération la longueur du mésentère a une grande importance. Sur les 50 cas, deux seulement sont morts de l'opération; l'un a eu une bronchite et dans un accès de toux il chassa son intestin de son abdomen, d'où péritonite; le deuxième était depuis 5 semaines atteint d'obstruction intestinale; les intestins s'échappèrent de la plaie et le malade mourut. Le mésentère était long dans 17 cas, moyen dans 25 et court dans 8. Dans 17 cas il survint un prolapsus, 5 fois du bout supérieur seul, 6 fois du bout inférieur seul et 6 fois des 2 bouts ensemble.

M. Douglas Powell. — Le diagnostic du siège du rétrécissement est souvent très difficile et fréquemment une incision exploratrice est nécessaire pour décider du siège et de la nature du rétrécissement.

M. Jessett. — Je crois complètement inutile de suturer le péritoine à la peau; cela ne fait qu'affaiblir la paroi abdominale. Il faut, comme dans une ovariotomie, réunir séparément le péritoine, la couche musculaire et la peau. Dans les cas de prolapsus, il y a un méso-côlon trop long. Il faut pratiquer l'opération en 2 temps; quand je suture l'intestin à la peau, j'interpose en général une petite pièce de caoutchouc pour éviter la douleur. J'évite de placer des points de suture dans l'intestin même. A la suite de la division de l'intestin il y a une paralysie intestinale qui dure 24 heures.

M. Morgan. — Je fus appelé auprès d'une dame de 55 ans atteinte de douleurs abdominales depuis plusieurs années; elle était dans le collapsus, avait des vomissements; la constipation était absolue depuis 5 jours. J'ai fait une laparotomie et j'ai trouvé l'intestin étranglé par du tissu fibreux, que je sectionnai. La malade guérit. Dans un autre cas obscur, j'ouvris l'abdomen et je trouvai un rétrécissement du côlon juste au-dessus de l'S iliaque; je pratiquai dans ce cas la colotomie lombaire. Enfin je connais un cas dans lequel on a fait la colotomie, et à l'autopsie on a trouvé un petit anneau d'épithélioma; si on eût pratiqué la laparotomie, on eût peut-être découvert la tumeur et on aurait pu l'enlever.

M. Goodsall. — La colotomie inguinale est meilleure que la lombaire. 80 0/0 des rétrécissements sont dus à des productions malignes chez l'homme, tandis qu'on ne trouve chez la femme que 20 0/0 de rétrécissements cancéreux.

M. Sheild, chez trois malades, a ponctionné le gros intestin distendu et tous les 3 sont morts. Chez 2, on a fait l'autopsie et on a trouvé de la péritonite due aux ponctions.

SOCIÉTÉ CLINIQUE DE LONDRES

Séance du 23 *octobre* 1891.

Pylorectomie et gastro-entérostomie.

M. B. Jessett. — Cinq opérations de pylorectomie avec suture gastro-duodénale ont été pratiquées en Angleterre, et les 5 malades sont morts. M. Rawdon (de Liverpool) a uni l'estomac au duodénum à l'aide de plaques de Senn et son malade a guéri. Mais la disproportion des diamètres rend toujours l'opération aléatoire. De là l'idée de Bull (de New-York) de suturer séparément, en cul-de-sac, l'estomac et le duodénum, puis de faire, avec les plaques de Senn, une gastro-entérostomie. C'est ce que j'ai pratiqué avec plein succès sur la malade que je vous présente. J'ai fait cette opération 5 fois, et une de mes opérées est vivante depuis 18 mois.

Gastrostomie. Physiologie de l'estomac.

M. Handford. — J'ai fait des recherches sur les mouvements et le contenu de l'estomac dans un cas de gastrostomie. Le sujet est un homme de 43 ans, chez lequel on pratiqua une gastrostomie en 2 séances pour un rétrécissement de l'œsophage siégeant sur ce conduit de 30 cm. environ de l'arcade dentaire. En octobre 1890, il toussa et il se forma une sorte de hernie de la muqueuse stomacale apparaissant sous la forme d'un champignon rouge. Elle fut aisément réduite, mais constamment des matières alimentaires s'échappèrent par là. Le malade eut une hémoptysie et finalement il mourut le 3 décembre, 193 jours après l'opération. A l'autopsie on trouva un rétrécissement carcinomateux très serré, s'étendant sur la plus grande partie de l'œsophage; le carcinome avait envahi la racine du poumon gauche, obturant presque complètement la bronche du même côté, et comprimant les vaisseaux, d'où gangrène du sommet du poumon. Le malade se nourrissait avec environ 6 litres de liquide contenant à peu près 400 grammes de mie de pain, 130 grammes de viande, 160 grammes de crème, 3 œufs et 30 grammes d'eau-de-vie; le reste consistant en lait et bouillon. Le 29 août 1890 on introduisit dans l'estomac un ballon en caoutchouc attaché à un pe-

tit cathéter d'argent et relié par des tubes en caoutchouc à un tambour de Marey et à un mouvement d'horlogerie. Les courbes respiratoires et cardiaques étaient bien marquées ainsi que les influences exercées sur ces courbes par les changements de position du sujet. Mais on ne trouva pas trace de mouvements péristaltiques de l'estomac, ces mouvements paraissant avoir été empêchés par les adhérences de l'organe à la paroi abdominale. Le diaphragme et le cœur ont une action considérable sur l'estomac en empêchant toute stagnation dans cet organe. On voit aussi que la digestion peut se faire sans les mouvements péristaltiques. L'introduction rapide de grandes quantités de nourriture dans l'estomac, l'absence de goût ne nuisent pas non plus à la digestion. L'acide chlorhydrique fait défaut dans l'estomac pendant les 2 heures qui suivent un repas. L'acide lactique se montre en abondance une demi-heure après le repas; le plus haut degré d'acidité apparaît surtout après un repas composé de viande. L'acidité totale croît à partir d'une demi-heure après le repas, jusqu'à 3 heures après et est alors principalement due à l'acide chlorhydrique. Le sucre disparaît en entier 2 heures après le repas. On peut se demander si l'amidon ne serait pas changé en dextrine ou en sucre de raisin sous l'influence de micro-organismes et de la température du corps.

Trépanation du rachis.

M. Lane. — J'ai pratiqué 11 fois la laminectomie pour une paraplégie par compression résultant d'une carie vertébrale. Dans ces 11 cas, à l'exception d'un, la compression de la moelle était due à un abcès. Dans aucun de ces cas je n'ai trouvé de ces néoplasmes fibreux de la dure-mère dont parle Macewen. J'ai toujours trouvé des conditions telles que seule une opération pouvait amener la guérison. L'intervention chirurgicale a même permis à beaucoup de guérir de lésions pulmonaires et urinaires; tous les malades ont très bien supporté l'opération. Un seul est mort de l'opération, mais il s'agissait d'un enfant très faible. En raison de l'étendue des lésions et du volume des abcès, seule une opération chirurgicale pouvait permettre au rachis de s'ankyloser. Dans la plupart des cas la moelle était comprimée au niveau de la 5e ou de la 6e vertèbre dorsale; aussi doit-on opérer aussi tôt que possible ces cas de paraplégie. Le traitement par la position couchée gardée pendant longtemps ne vaut rien. L'intervention chirurgicale est peu dangereuse, peu douloureuse, elle fait disparaître les symptômes de compression et elle permet d'agir directement sur les vertèbres malades par l'application d'iodoforme, qui donne les meilleurs résultats.

M. Davies Colley. — Je n'ai pratiqué cette opération qu'une fois chez un enfant de 7 ans paraplégique depuis un mois. J'ai enlevé une grande quantité de matière tuberculeuse; mais la paraplégie n'a fait qu'augmenter. J'ai opéré une 2e fois, j'ai enlevé les lames des deux vertèbres sous-jacentes et j'ai vidé un abcès; cette intervention a encore été suivie d'une aggravation.

M. Bowlby. — Cette opération, que j'ai pratiquée dans un cas, m'a permis d'enrayer la paraplégie, mais la carie vertébrale a continué sa marche. J'ai vu un cas guérir définitivement par le repos au lit.

SOCIÉTÉ OPHTHALMOLOGIQUE DU ROYAUME-UNI

Séance du 15 *octobre* 1891.

Exostose de l'orbite.

M. Beaumont. — Une jeune fille de 16 ans souffrait beaucoup d'une exostose de l'orbite qui grossissait depuis 3 ans, repoussant l'œil en bas et en dehors; la vision était très diminuée. On fit une incision parallèle au sourcil gauche et située immédiatement au-dessous; on trouva la tumeur attachée à la paroi interne de l'orbite et de là s'étendant en dehors au-dessous de la paroi supérieure. On mit deux heures à couper la tumeur avec un ciseau sans employer le maillet. La malade guérit très bien. L'exostose était composée d'une sorte de coquille osseuse très dure contenant une partie centrale plus molle.

M. Tweedy. — J'ai enlevé en 1881 une exostose analogue. Le malade se trouva très bien pendant 1 mois, mais il fut brusquement pris de convulsions, tomba dans le coma et mourut. A l'autopsie on trouva dans la cavité crânienne un prolongement très volumineux de la tumeur.

AUTRICHE

SOCIETÉ IMPÉRIO-ROYALE DES MÉDECINS DE VIENNE

Séance du 30 *octobre* 1891.

Extirpation totale du larynx.

M. Hochenegg présente un malade opéré le 29 juin, dans la clinique du Dr Albert, pour une tumeur du larynx. L'extension de l'affection aux organes voisins avait nécessité une extirpation totale du larynx, avec résection du pharynx et d'une partie de l'œsophage, on avait même dû sectionner la veine jugulaire sur une étendue de 4 à 5 centimètres. On avait accolé les lambeaux cutanés latéraux au-dessus de la plaie œsophagienne et la trachée avait été suturée à l'angle inférieur de la plaie. Deux mois plus tard on fit l'œsophagoplastie avec des lambeaux cutanés et on posa un appareil laryngé prothétique. Le malade avale bien et peut suffisamment se faire comprendre.

M. Schrœtter rappelle que le fonctionnement de la voix est encore possible après l'extirpation totale du larynx et oblitération du segment supérieur du conduit, par l'air venant de l'œsophage.

M. Hofmokl s'étonne qu'il n'y ait pas de rétrécissement consécutif du nouveau canal œsophagien.

M. Hochenegg montre que la déglutition se fait bien.

M. Eiselsberg présente également un malade à qui l'on a fait l'extirpation totale du larynx pour un carcinome et qui parle au moyen d'un appareil laryngé artificiel.

Paralysie spasmodique de l'enfance.

M. Lorenz présente un malade âgé de 17 ans qui est atteint depuis l'enfance de contracture des extrémités inférieures. L'affection n'a pas déterminé de troubles de la croissance. Les muscles atteints sont surtout ceux de la région postérieure. Leur contracture avait déterminé des déviations permanentes des pieds dont l'un est en varus, l'autre, le gauche, en valgus équin.

L'affection peut se diviser en diverses formes suivant les masses musculaires atteintes.

Dans certains cas, il s'agit des muscles adducteurs et alors on constate de la flexion du genou avec déviation du pied en bas.

Dans d'autres cas, les muscles atteints sont les fléchisseurs du pied.

Il semble que la paralysie ou la parésie qui accompagne l'affection soit fonctionnellement déterminée par le travail exagéré dû aux contractures.

Dans beaucoup de cas l'auteur a pu remarquer que la ténotomie pratiquée sur les muscles atteints amène une guérison sans récidive. C'est notamment ce que l'on voit dans les déviations des pieds. Il est parfois aussi avantageux de pratiquer la résection des nerfs correspondants.

Chez le malade dont il est question on fit la section du tendon d'Achille et on rétablit le pied dans sa bonne position; puis ultérieurement on sectionna un segment du demi-membraneux, du demi-tendineux, du plantaire grêle et du biceps. A la suite on appliqua un appareil plâtré. Aujourd'hui les membres inférieurs sont restés dans l'état où ils étaient après l'opération; la jambe reste étendue sans flexion du genou et sans pied-bot.

Tétanie après extirpation du corps thyroïde chez le chat.

M. Eiselsberg. — Après extirpation du corps thyroïde on peut faire la transplantation de l'organe enlevé, sous la paroi abdominale par exemple, sans grands inconvénients pour l'animal. L'auteur a vu trois fois, chez le chat, la tétanie suivre l'extirpation définitive des organes transplantés.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

AVIS IMPORTANT

Les personnes atteintes d'affections de l'estomac, du foie et de l'intestin sont sûres d'obtenir leur guérison en faisant un traitement de vingt à vingt-cinq jours à Châtel-Guyon.

Les dyspepsies les plus anciennes, la constipation, les engorgements du foie ne résistent pas à l'action bienfaisante de ces eaux **toni-purgatives.**

Elles sont aussi très efficaces contre l'obésité.

Pour donner à MM. les médecins qui ne peuvent se déplacer, la possibilité d'apprécier l'efficacité des eaux de Châtel-Guyon, l'Etablissement thermal met à leur disposition, gratuitement, une caisse de cinquante bouteilles d'eau de la Source Gubler.

L'emploi de cette eau à domicile donne des résultats remarquables et fixera nos confrères sur l'importance du traitement toni-purgatif de Châtel-Guyon.

S'adresser au gérant de la Société des eaux minérales de Châtel-Guyon, 5, rue Drouot, à Paris.

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT
PUBLIÉ PAR
LA GAZETTE HEBDOMADAIRE
DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE
Et servi gratuitement à tous les abonnés de ce journal

ABONNEMENTS SPÉCIAUX POUR MM. LES ÉTUDIANTS. — UN AN : 6 FRANCS

L. LEREBOULLET, Rédacteur en chef. — A. BROCA, Secrétaire de la Rédaction
Librairie de G. MASSON, 120, boulevard Saint-Germain.

SOMMAIRE

ACTES
DES FACULTÉS DE MÉDECINE

Thèses du 16 au 21 novembre 1891.

Jeudi 19. — M. Haussy. Du tamponnement intra-utérin dans le traitement des hémorrhagies de la délivrance. — M. Casset. Récidives de fièvres intermittentes par traumatisme puerpéral. — M. Deering. Traitement de la morphinomanie par suppression brusque. — M. Lemiere. De la suppuration.

VARIÉTÉS

M. le professeur Dieulafoy a commencé son cours de pathologie interne, samedi 7 novembre à trois heures, dans le grand amphithéâtre, et le continuera les mardis et jeudis suivants à la même heure.

La littérature des médecins. — Nous nous moquons parfois de la médecine des littérateurs. Mais ceux-ci pourraient nous rendre la monnaie de notre pièce. A la séance solennelle de rentrée de la Faculté de Bordeaux, M. Blarez, professeur de chimie, a prononcé, pour proclamer les lauréats de l'année 1890-91, un discours riche en citations littéraires françaises, latines et même macaroniques. Quelques-unes sont exactes ; d'autres nous sont inconnues. Mais il en est une au moins douteuse. A propos d'une série de raphies, de pexies, de tomies, etc., M. Blarez s'écrie : « Ne serait-ce pas le cas de répéter ce vers des *Précieuses* :

Ah ! pour l'amour du grec, souffrez qu'on vous embrasse. »

Nous ferons observer :
1° Que les *Précieuses* sont, sauf un madrigal célèbre, écrites en prose ;
2° Que les vers exacts sont :

Quoi ! monsieur sait du grec ? Ah ! permettez, de grâce,
Que pour l'amour du grec, monsieur, on vous embrasse !

3° Que lesdits vers proviennent des *Femmes savantes*.

Société française de dermatologie et de syphiligraphie. — *Ordre du jour de la séance du 12 novembre.*

M. Hallopeau. — 1° De la persistance des effets curatifs de la lymphe de Koch ; 2° lupus érythémateux exanthématique généralisé.
M. Quinquaud. — Mycosis fongoïde hémorrhagique.
M. Barthélemy. — Pelade traitée suivant la méthode du Dr Moty.
M. Thibierge. — 1° Lichen plan chez une négresse ; 2° lymphangiome circonscrit.
M. Feulard. — Syphilis acquise dans l'enfance et simulant la syphilis héréditaire tardive.
M. Besnier. — Syphilis conceptionnelle mutilante.
M. Troisier. — Ulcère tuberculeux des lèvres.
M. Barthélemy. — Du ganglion du zona.
M. Morel-Lavallée. — Les déterminations organiques de la syphilis peuvent-elles dans certains cas tenir à la nature du virus — celui-ci pouvant alors produire des localisations analogues chez toute une série d'individus contaminés à la même source ?

Hôpital de Berck-sur-Mer. — Le concours pour une place de chirurgien s'est terminé par la nomination de M. Ménard.

Prosectorat des hôpitaux. Le concours s'est terminé par la nomination de M. Faure.

COURS LIBRES

Hôpital Trousseau. — M. Legroux fait des conférences de *clinique infantile* le mercredi à 3 heures et demie.

Hôpital des Enfants malades. *Thérapeutique.* — M. le Dr Jules Simon recommencera son cours de thérapeutique le mercredi 18 novembre à 9 heures, et le continuera tous les mercredis. Consultation clinique le samedi. — *Chirurgie* et *Orthopédie.* M. le Dr Saint-Germain recommencera ses conférences cliniques le 29 novembre à 9 heures. Consultations tous les jours. Opérations le jeudi. — *Clinique médicale.* M. le Dr A. Ollivier recommencera ses conférences cliniques le lundi 16 novembre à 9 h. et demie et les continuera les lundis suivants à la même heure. Lundi : Leçon à l'amphithéâtre. Vendredi : Leçon au lit du malade. Jeudi : Consultation publique. Samedi : Consultation supplémentaire (salle Gillette), maladies du système nerveux. Vendredi : Consultation supplémentaire (même salle), médecine générale infantile. Mardi : Consultation supplémentaire (salle Bazin), maladies du cuir chevelu et autres maladies de la peau.

Hôpital Necker. — *Clinique médicale.* — M. le Dr Rendu commencera ses leçons le jeudi 12 novembre à dix heures et les continuera les jeudis suivants à la même heure.

Hôpital Broussais (96, rue Didot). — Le docteur Barth a commencé le mercredi 4 novembre, à dix heures, une série de conférences de séméiotique élémentaire et de propédeutique médicale, et les continue les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure. Les autres jours les élèves sont exercés à l'examen des malades.

Hôpital Laënnec. — M. le Dr Ferrand fera tous les vendredis, à 9 heures et demie, à partir du 30 octobre, des conférences de thérapeutique clinique.

— Le Dr Madeuf, bi licencié ès-sciences, fera tous les mardis à 8 heures du soir, à l'école pratique de la Faculté, un cours sur les maladies du nez et de leur rapport avec les maladies des oreilles, de la gorge, du larynx, etc.
Le mercredi soir, conférence pratique de technique, médecine opératoire et démonstrations cliniques.

☞ *Afin d'éviter tout malentendu et toutes réclamations pouvant résulter d'une indication inexacte faite dans l'une des annonces du n° 45 du* Progrès médical, *nous faisons remarquer que le prix de souscription au* Traité de médecine *de MM. Charcot Bouchard et Brissaud annoncé à tort comme étant de* **96** *francs, est et a toujours été de* **106** *francs.*
Ce prix sera d'ailleurs, et très prochainement, augmenté.

G. MASSON.

SUPPLÉMENT THÉRAPEUTIQUE AU MERCREDI MÉDICAL

FORMULAIRE THÉRAPEUTIQUE

Badigeonnages contre l'érysipèle

M. A. Trapeznikow.

Acide phénique...........	4 grammes.
Essence de térébenthine....	90 —

Mêlez. — Usage externe.

Faire toutes les heures avec ce mélange des badigeonnages sur les parties atteintes.

Potion contre l'amygdalite aiguë.

M. Bidwel.

Teinture de gaïac ammoniacale. } Teinture de quinquina composée. }	ââ 8 grammes.
Miel...........................	30 —
Solution saturée de chlorate de potasse.......................	160 —

Mêlez. — A prendre, après s'en être gargarisé, une cuillerée à café toutes les demi-heures ou toutes les deux heures, suivant l'intensité de l'amygdalite.

Traitement de l'angine diphthéritique par l'iodure de potassium.

Ce traitement n'est pas absolument nouveau; Demarquay donnait dans l'angine diphthéritique l'iodure de potassium par prises de 25 centigram. à 1 gramme et l'avait trouvé plus efficace que le chlorate de potasse, médicament qu'à cette époque on employait de préférence pour le traitement des diphthéritiques.

Sans connaître les observations de notre illustre compatriote, M. le docteur N. Zénenko (de Nijni-Novgorod), mécontent de tous les traitements qu'il avait essayés contre l'angine diphthéritique, eut l'idée d'employer l'iodure de potassium dans l'espoir que sous son influence les pseudo-membranes diphthéritiques se détacheraient plus facilement et avec plus de rapidité. Cet espoir fut pleinement confirmé dans le premier cas qui se présenta, ce qui engagea notre confrère russe à poursuivre ses expériences cliniques. Aujourd'hui, il dispose d'une statistique de 21 cas d'angine diphthéritique, tous traités et tous rapidement guéris par l'iodure de potassium.

La méthode définitive adoptée par M. Zénenko et qu'il préconise comme le meilleur traitement de l'angine diphthéritique peut être résumée ainsi qu'il suit:

On administre l'iodure de potassium aux adultes par prises de 0gr.30 à 0gr.50 centigrammes et à la quantité de 2 à 4 grammes par jour. Chez les enfants, les prises sont de 0 gr. 03 centigrammes et la quantité totale du médicament par jour, *en centigrammes*, est représentée par le chiffre qu'on obtient en multipliant le nombre des années de l'enfant par douze.

L'iodure de potassium doit être donné énergiquement jusqu'à production de l'iodisme. Les pseudo-membranes se détachent alors, *ce qui survient du deuxième au quatrième jour du traitement, au plus tard.*

Au moindre symptôme de faiblesse du cœur, on prescrira immédiatement les analeptiques et un vin généreux.

Les badigeonnages et les cautérisations de la gorge doivent, d'après notre confrère russe, être absolument rejetés, leur unique effet étant d'irriter la muqueuse. Ils seront remplacés, chez l'adulte et les enfants grandets, par des pulvérisations de liquides indifférents et par des gargarismes contenant 2 à 3 0/0 d'acide borique ou d'acide salicylique, de la glycérine et de la teinture de géranium ou de l'alcool camphré; chez les petits enfants, on fera des lavages de la gorge à l'aide de l'appareil d'Esmarch.

En outre, et M. Zénenko insiste sur ce point du traitement, on pratiquera, deux fois par jour, des frictions avec l'onguent napolitain, à la dose de 1 gr. 25 centigrammes à 4 grammes, sur les ganglions cervicaux et sous-maxillaires tuméfiés.

Enfin, à la période de déclin, on prescrira la quinine comme tonique.

THÉRAPEUTIQUE

Du bromure de potassium dans le traitement des maladies nerveuses, par M. le docteur W. Petit.

L'efficacité de l'emploi de la médication bromurée dans le traitement des maladies nerveuses est un axiome aujourd'hui scientifiquement accepté. Dans une de ses leçons à l'hospice de la Salpêtrière, Legrand du Saulle disait : « Quand j'entrai comme interne à l'hospice de Charenton, il se consommait dans tous les hôpitaux de Paris 3 kilos de bromure de potassium par an et, aujourd'ui, cette moyenne a dépassé 1,000 kilos. »

Mais si l'on ne discute plus sur la nécessité de l'emploi de cette médication, quelques esprits, curieux de remédier aux inconvénients qui s'étaient produits à la suite d'une application inconsidérée du remède, ont tenté d'associer au bromure de potassium, jusque-là seul en usage, d'autres préparations telles que les bromures de sodium ou d'ammonium. Après quelques essais infructueux, les novateurs eux-mêmes ont dû bientôt confesser que ces mélanges ne donnaient que des résultats incertains. Et le bromure de potassium reste aujourd'hui le médicament par excellence dans le traitement des maladies nerveuses.

Les travaux les plus récents n'ont fait que confirmer sur ce point les observations antérieures.

Dans son remarquable et récent ouvrage sur les épileptiques (1), M. Ch. Féré, médecin de Bicêtre, invoque l'autorité de MM. Blache, Bazin, J. Besnier, A. Voisin, Falret, Legrand du Saulle; puis citant les travaux de Martin Damourette et Pelvet, il s'exprime ainsi : « L'action bien constatée sur les grands systèmes permet d'embrasser d'un seul coup d'œil et sans efforts tout le domaine thérapeutique du bromure de potassium. Ainsi, sans parler de ses effets hypnotiques, par son action anesthésique et amyosthénique générale, il s'attaque aux névroses les plus étendues et les plus complexes (épilepsie, chorée, hystérie, etc.), tout comme il combat les névroses plus localisées (dysphagie, asthme, etc.), ou seulement des éléments morbides isolés, tels que la douleur dans les névralgies, la migraine, le rhumatisme, etc.

De même, son action sédative sur l'étendue de la circulation capillaire le rend propre à effacer les hyperhémies, de quelque siège et de quelque nature qu'elles soient...

Enfin, c'est parce que le bromure de potassium possède la double action hyposthénisante nerveuse et vasculaire, qu'il se montre si remarquablement utile contre les grandes névroses à processus congestif des centres nerveux, telles que l'épilepsie et l'éclampsie, l'hystérie et le nervosisme, la chorée, etc. (2).

Le bromure de potassium est sans contredit celui qui jouit de la plus grande efficacité.

Comme le dit bien M. A. Voisin, « le bromure doit rester presque un aliment pour l'épileptique qu'il a guéri. Et si le malade en suspend l'usage, il faut qu'il sache que c'est à ses risques et périls. »

Enfin, après avoir examiné et discuté les avantages que certains praticiens entendent tirer de l'association du bromure de potassium à d'autres préparations bromurées, après avoir réfuté les objections que l'on a élevées contre l'efficacité du bromure de potassium, M. Féré termine ainsi la partie de son ouvrage relative au traitement par les bromures : « Si le bromure de potassium a été le plus accusé, c'est aussi lui qui a le plus servi. »

Et, tout recemment, M. le docteur Gilbert Ballet, professeur agrégé à la Faculté, médecin des hôpitaux de Paris,

(1) Ch. Féré. *Les épilepsies et les épileptiques.*
(2) *Etude expérimentale sur l'action physiologique du bromure de potassium*, 1887.

s'exprimait ainsi (1) : « De toutes les préparations bromurées, le bromure de potassium est certainement la plus active. Aussi constitue-t-il, on peut le dire, l'élément fondamental du traitement de toute épilepsie. *Les bromures de sodium et d'ammonium ne nous ont pas paru, tant s'en faut, agir avec la même énergie que le bromure de potassium.* »

Une question importante, c'est la qualité du médicament à employer.

« La première condition à réaliser lorsqu'on doit recourir à la médication bromurée, c'est de *se procurer un bromure parfaitement pur* » (G. Ballet). « Il doit être employé pur, c'est-à-dire ne pas contenir d'éléments étrangers, principalement pas d'iodure et surtout de chlorure de potassium, de sulfate et de carbonate de potasse » (Ch. Féré). « Trop souvent, reprend M. le docteur Ballet, le bromure de potassium est mélangé à d'autres sels de potasse, au sulfate ou au carbonate; au chlorure de potassium et surtout à l'iodure. Il en résulte certains inconvénients qu'on évitera en ayant recours à un bromure bien préparé. »

Dès longtemps pénétré des doléances des plus éminents praticiens sur ce sujet, M. Henry Mure a créé une préparation qui, tout en procurant au médecin traitant une entière sécurité touchant la pureté du bromure qu'elle contient, dissimule sous un parfum inoffensif (écorce d'oranges) la saveur un peu désagréable du bromure. Aussi n'y a-t-il aujourd'hui qu'une seule préparation qui soit universellement répandue : le sirop de M. Henry Mure au bromure de potassium (exempt d'iodure et de chlorure). Les malades supportent à merveille ce produit, qui est agréable au goût, très bien préparé, mathématiquement dosé et d'une action certaine.

En s'inspirant des travaux des médecins anglais et américains et des expérimentations si sagaces et si favorables des médecins des hospices de Bicêtre et la Salpêtrière, M. Henry Mure est parvenu à doter l'art de guérir d'un agent pharmaceutique de premier ordre. L'incorporation du sel bromique dans un excellent sirop d'écorces d'oranges amères rend facile au malade l'ingestion du remède, et, d'autre part, la contenance fixe et absolument invariable de chaque cuillerée (2 grammes par cuillerée à bouche) simplifie utilement l'ordonnance du médecin.

Et comme « il n'est guère en thérapeutique de médicament qui soit susceptible de remplir des indications plus nombreuses et plus importantes que le bromure de potassium; comme c'est certainement une des plus belles acquisitions qu'ait faites l'art de guérir depuis cinquante ans (1) », on peut juger des services que la préparation de M. Henry Mure a déjà rendus et est encore appelée à rendre à la science médicale.

(1) De l'épilepsie envisagée au point de vue de sa nature et de son traitement, *Gazette des hôpitaux*, 26 juillet 1890.

(1) Fonssagrives. *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, art. Bromure.

Appareil pour soulever les malades

Nous avons vu à l'Exposition organisée par la Société d'Hygiène de l'Enfance au Palais des Arts Libéraux au Champ de Mars un appareil des plus ingénieux et d'une simplicité tout élémentaire. Grâce à ce levier (car c'en est un) le malade peut se soigner seul,



se soulever par soubresauts, se mettre en place sans secousses, et le déplacement des objets à soulever peut se faire en tous sens, verticalement, horizontalement ou obliquement, à volonté.

Les malades qui ne peuvent recevoir de soins qu'à de longs intervalles peuvent se mettre sur le bassin facilement. Les gâteux peuvent s'enlever le linge maculé et en mettre du propre à volonté. Les paralytiques, s'ils ont conservé l'usage d'un seul de leurs membres, peuvent l'actionner soit par une pédale, soit par un cordon de tirage fixe.



Ceux qui sont atteints d'affections osseuses et articulaires, de fractures, de coxalgies, maladie de Pott, résections, reproductions osseuses; les femmes en couches ou celles atteintes d'ulcères, tous ces malades seront heureux de cette invention qui leur permet de se soulever sans secousse et sans fatigue. Cet appareil est encore précieux pour le traitement de l'ataxie, car il est beaucoup plus puissant que les moufles et surtout permet de remettre en place, avec une promptitude extraordinaire, l'objet soulevé. Sa puissance est telle qu'un enfant de dix à douze ans peut aisément soulever un poids de 100 kilog.

A la suite du rapport favorable du comité technique de santé, cet appareil a été adopté pour les hôpitaux militaires; il fonctionne au Val-de-Grâce et plusieurs de nos hôpitaux, entre autres : Saint-Louis, la Pitié, l'Hôtel-Dieu; il est installé à l'étranger, à l'hôpital de Lausanne, à ceux de New-York et de Moscou. Enfin la Société d'Hygiène de l'Enfance a accordé à cet appareil une médaille de vermeil; les médecins qui composaient le Jury de l'Exposition d'Hygiène lui ont accordé une médaille d'or.

Les figures que nous donnons plus haut sont la reproduction exacte de cet appareil. Du reste les personnes qui auraient besoin d'explications complémentaires pourraient s'adresser à l'inventeur, M. Albert Gauttard, 22, passage Duranton, à Paris.

FACULTÉ DE PARIS

Hôpital Necker. — Clinique des voies urinaires. — M. le professeur Guyon reprendra ses leçons le mercredi 18 novembre 1891, à 9 heures et demie, et les continuera les mercredis et samedis suivants à la même heure. L'enseignement du professeur sera complété par des cours pratiques; une première série commencera le 23 novembre et finira le 15 janvier 1892.

1° La clinique et la médecine opératoire des voies urinaires par M. Albarran : lundi, mercredi et vendredi à 5 heures et demie et 7 heures du soir;

2° L'examen histo-bactériologique des urines et l'anatomie pathologiques des voies urinaires, par M. Hallé : mardi et jeudi, de 2 heures à 4 heures, à partir du mardi 24 novembre;

3° L'examen chimique des urines au point de vue clinique, par M. Chabrié: mardi, jeudi et samedi de 5 heures et demie à 7 heures à partir du mardi 24 novembre;

4° L'examen endoscopique et le traitement topique de l'urèthre et de la vessie, par M. Janet, mardi, jeudi et samedi, de 5 heures et demie à 7 heures à partir du jeudi 10 décembre.

Clinique médicale. — M. le prof. Grancher commencera son cours le samedi 7 novembre et le continuera les mardis et samedis à 3 heures du soir. — M. Déjerine fait des conférences sur les maladies du système nerveux, les jeudis à 4 heures. Première conférence le jeudi 12 novembre. — M. le Dr Hermet : Maladies des oreilles, les jeudis à 10 heures. — M. le Dr Feulard, ancien chef de clinique de la Faculté : Maladies de la peau, les mercredis à 10 heures.

Hôpital de la Charité. *Clinique chirurgicale.* — M. le prof. Duplay commencera son cours le mardi 17 novembre à 9 heures et demie du matin, et le continuera les vendredis et mardis suivants, à la même heure.

Lundi. — 1° Exercices cliniques; 2° conférences et démonstrations d'anatomie pathologique et de bactériologie, au laboratoire de la clinique, à 10 heures, par M. le Dr Cazin, chef du laboratoire.

Mercredi. — 1° Exercices cliniques; 2° Conférences de séméiologie et méthodes d'exploration clinique, à 10 heures, à l'amphithéâtre de la clinique, par M. le Dr Delbet, chef de clinique.

Jeudi. — Grandes opérations (chirurgie abdominale). Après les opérations, conférences de rhinologie et d'otogie, et examen des malades, par M. Chipault, interne du service.

Samedi. — Gynécologie à 9 heures et demie.

— *Clinique médicale.* — M. le prof. Potain commencera son cours de clinique médicale, le mardi 17 novembre, à 10 heures, et le continuera les samedis et mardis suivants, à la même heure.

Leçons de séméiologie, par M. Vaquez, chef de clinique, les vendredis à 10 heures.

Démonstrations d'anatomie pathologique, par M. Suchard, chef du laboratoire d'anatomie pathologique, tous les jours.

Hôpital de la Pitié. *Clinique chirurgicale.* — M. le prof. Le Fort reprendra son cours le lundi 16 novembre, à 10 heures, et le continuera les mercredis et lundis suivants, à la même heure.

Lundi, mercredi et vendredi, à 9 heures, exercices cliniques sous la direction du professeur, pour les élèves de quatrième et cinquième années. Les élèves qui désireraient y prendre part sont invités à s'inscrire auprès de M. le Dr Lejars, chef de clinique.

Hôtel-Dieu. — *Clinique chirurgicale.* M. le prof. Verneuil a commencé le cours le mardi 10 novembre, à 10 heures du matin, et le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants, à la même heure.

Clinique d'accouchements et de gynécologie (rue d'Assas). — M. le prof. Tarnier a commencé le cours de clinique d'accouchements et de gynécologie le mardi 10 novembre 1891, à 9 heures du matin, et le continuera les samedis et mardis suivants, à la même heure.

Clinique d'accouchements et de gynécologie (clinique Baudelocque, 125, boulevard de Port-Royal). — M. le prof. Pinard commencera le cours le vendredi 13 novembre, à 9 heures du matin, et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

Mercredi : Leçons et opérations de gynécologie et de chirurgie infantile, par les Drs P. Segond et Kirmisson.

Mardi et samedi : Leçons de diagnostic obstétrical, par le Dr Varnier, chef de clinique, à 4 heures.

Tous les jours, à 5 heures, cours pratique et manœuvres obstétricales par les Drs Potocki, Lepage, Wallich et Bouffe de Saint-Blaise, répétiteurs.

Clinique nationale ophthalmologique des Quinze-Vingts. — Les conférences cliniques recommenceront le lundi 9 novembre à 2 heures.

Lundi : Dr Kalt, maladies des paupières, des voies lacrymales, des muscles de l'œil, de l'orbite.

Mardi : Dr Dubief, démonstration de pièces anatomo-pathologiques.

Mercredi : Présentation et discussion de malades par les médecins de la clinique.

Jeudi : Dr Valude, maladies du cristallin et des membranes internes de l'œil, glaucome.

Vendredi : Dr Trousseau, maladies de la conjonctive, de la cornée, de la sclérotique et de l'iris.

Samedi : Dr Chevallereau, réfraction, lunettes, examen fonctionnel de l'œil.

VARIÉTÉS

Les frais d'achat d'un appareil établi par le médecin sur l'ordre verbal de son client incombent audit client, d'après le jugement suivant, rendu le 9 septembre par le juge de paix de Lorrez-le-Bocage :

Attendu que le Dr Ballacey (de Montereau-Sault) réclame à la veuve D... une somme de deux cents francs pour remboursement du prix d'une gouttière dite de Bonnet qu'il a achetée sur son ordre verbal et pour son compte, au mois d'avril mil huit cent quatre-vingt-onze, appareil qui était nécessaire pour la réduction d'une fracture du col du fémur dont la défenderesse était atteinte;

Attendu que cette dernière se refuse au paiement de la somme réclamée, en prétendant qu'elle n'a pas donné au docteur Ballacey le mandat de faire l'acquisition dudit appareil, dont elle n'a pu supporter l'application que quelques instants et qui ne lui aurait été ainsi d'aucune utilité; qu'elle offre seulement de tenir compte de la location de l'appareil, sans toutefois prétendre qu'il ait été question de le lui procurer par ce moyen;

Attendu que cette convention de location paraît, d'ailleurs, invraisemblable par cette raison qu'une gouttière de Bonnet n'est pas un instrument dont sont habituellement munis les médecins pour les employer aux besoins de leurs clients, et que, d'autre part, ces sortes d'appareils ne sont fournis par les maisons spéciales que sur les mesures du malade;

En droit :

Attendu que si, en raison du chiffre de la demande, la preuve testimoniale du mandat allégué par le docteur Ballacey n'est pas admissible, ce mandat n'en est pas moins dès à présent établi ; qu'il est bien certain, en effet, qu'en demandant et, en tout cas, en acceptant les soins répétés du docteur Ballacey, la veuve D... lui a tacitement donné le mandat de faire tout ce qui pouvait être nécessaire pour arriver à sa guérison;

Attendu que l'application de la gouttière de Bonnet était le traitement commandé dans la circonstance et, du reste, habituellement employé en pareil cas; qu'il ne peut donc être reproché au demandeur aucune faute pouvant engager sa responsabilité, et qu'ainsi l'achat et l'emploi de cet appareil étaient parfaitement justifiés; la veuve D... doit, en conformité de l'article 1999 du code civil, rembourser au docteur Ballacey les avances par lui faites pour l'exécution du mandat, sans qu'il y ait lieu de tenir compte du plus ou moins d'efficacité du traitement employé, ni de rechercher si ce résultat est ou non dû à l'impatience de la défenderesse;

Par ces motifs, condamnons la veuve D.... à payer au docteur Ballacey la somme de deux cents francs pour les causes sus-énoncées; la condamnons, en outre, aux intérêts de droit de ladite somme et aux dépens.

FORMULAIRE THÉRAPEUTIQUE

Hôpital Saint-Antoine.

Observation recueillie à l'hôpital Saint-Antoine dans le service de M. le docteur Landrieux dans un cas *d'anémie*, salle Chomel, lit n° 10.

Augustine D..., couronnière, âgée de 19 ans, entrée le 12 mars 1889.

La malade se plaint de maux de tête continuels, de palpitations de cœur, d'étourdissements, de névralgies intercostales et de troubles dyspepsiques.

Antécédents héréditaires. Son père est mort de la rupture d'un anévrysme, et sa mère de phthisie.

Antécédents particuliers. A l'âge de 7 ans la malade a eu une pneumonie; à 13 ans elle a contracté la fièvre typhoïde. Sa santé a toujours été délicate, et depuis plusieurs années elle tousse beaucoup; il y a trois ans elle a eu deux hémoptysies. Bien réglée jusqu'au mois d'août dernier, elle n'a pas eu de flux menstruel depuis cette époque, quoiqu'elle ne présente aucun signe de grossesse. Elle a des pertes blanches très abondantes.

Il y a six semaines la malade a commencé à ressentir une faiblesse générale se traduisant par des étourdissements fréquents et par des syncopes, qui la surprenaient surtout lorsqu'elle se levait. En même temps sont survenus des maux de tête et des palpitations de cœur assez vives pour déterminer des accès d'oppression. Ces palpitations n'étaient provoquées par aucun effort, et la malade en ressentait lorsqu'elle était couchée.

Ces étourdissements et ces palpitations forcèrent la malade à abandonner toute occupation, et se compliquèrent de douleurs disséminées dans diverses régions du thorax, et de troubles dyspeptiques comprenant un dégoût profond pour les aliments, des digestions pénibles et des vomissements. En outre depuis quelque temps la malade tousse et constate un amaigrissement notable; néanmoins elle n'a pas de transpirations nocturnes.

Lorsqu'elle entre dans le service, sa faiblesse est extrême, et elle peut à peine se soutenir ; elle est très pâle ; ses lèvres, ses gencives, ses conjonctives sont absolument décolorées.

L'examen des poumons, sauf quelques râles de bronchite, n'offre rien de parti-

culier. On ne perçoit pas de matité à l'auscultation du cœur ; on ne trouve pas de souffle au niveau de l'artère pulmonaire, mais des battements précipités et beaucoup d'arhythmie.

Traitement : *Vin de chalybé, vin de pepsine ; Eau de la Bourboule ; Douches sulfureuses.*

Du 12 au 20 l'état général de la malade varie peu. Les maux de tête sont continuels ; les étourdissements persistent ainsi que les pertes de connaissance ; les troubles dyspeptiques ne disparaissent pas ; les palpitations de cœur seules sont moins nombreuses et moins pénibles.

Du 20 au 25 l'appétit reste médiocre ; les digestions, pénibles et accompagnées de renvois et de pesanteur d'estomac ; quelques repas sont suivis de vomissements. Malgré ses maux de tête, qui sont moins forts dans la journée que le soir, malgré des étourdissements nombreux et des palpitations, la malade se lève un peu.

Du 25 mars au 1er avril, une légère amélioration se produit, surtout au sujet des palpitations qui ne surviennent plus au repos, et qui n'apparaissent que sous l'influence d'un effort ou d'une marche un peu rapide. Les maux de tête ne sont plus aussi vifs et ne persistent pas toute la journée comme dans le début. Les étourdissements sont moins nombreux et les syncopes ont disparu.

Les névralgies intercostales sont plus tenaces, et tourmentent encore la malade. Les repas n'ont pas été suivis de vomissements et l'appétit est plus exigeant.

Du 1er au 7 l'amélioration s'accentue. Les étourdissements ont fini par disparaître comme les syncopes ; les maux de tête ont cessé, ou s'ils reparaissent quelquefois le soir, ils ne sont pas violents. Les palpitations ne surviennent que rarement, et ne causent plus ces accès d'oppression qu'elles déterminaient au début. L'appétit et les digestions sont satisfaisants. La toux a disparu.

Les forces ont augmenté ; le visage et les muqueuses sont plus colorés ; la malade quitte l'hôpital.

Les borates dans les affections gastro-intestinales.

M. le docteur Alvaro Alberto da Silva (de Rio-Janeiro) préconise l'usage thérapeutique du borate de soude et du borate de chaux dans certaines affections du tube digestif.

Le premier est un antidyspeptique qui agit à la fois comme alcalin, par la soude, et comme antiseptique, par l'acide borique. On l'administre dans les dyspepsies pour exciter la sécrétion du suc gastrique, à la dose de 0 gr. 40 à 0 gr. 50 centigrammes pris avant les repas. Pour combattre l'acidité anormale de l'estomac dans le pyrosis, on fait prendre le même médicament après les repas, à la dose de 0 gr. 60 centigrammes à 1 gramme.

Le borate de chaux, par la chaux qu'il contient, est un antidiarrhéique puissant dont notre confrère brésilien s'est servi avec succès pour le traitement de la diarrhée infantile. On donne aux petits malades, suivant leur âge, des prises de 15 à 40 centigrammes de borate de chaux répétées deux ou trois fois par jour.

On peut aussi employer le médicament suivant les formules ci-dessous :

Eau gommée..............	60 grammes.
Borate de chaux..........	2 —
Glycérine................	10 —
Hydrolat de cannelle.......	30 —

Mêlez. — A prendre : cinq petites cuillerées par jour.

Eau gommée..............	140 grammes.
Bicarbonate de soude......	2 —
Borate de chaux..........	1 —
Glycérine................	10 —

Mêlez. — A prendre : quatre grandes cuillerées par jour.

Traitement préventif de l'azoospermie post-blennorrhagique

Pour prévenir, chez l'homme, la stérilité par azoospermie consécutive à une affection blennhorragique des glandes sexuelles, M. le docteur Seeligmann (de Hambourg) conseille de traiter chaque cas d'épididymite, dès que la période aiguë de l'affection est passée, par le massage méthodique, les frictions avec la pommade à l'ichthyol et la compression permanente.

On massera à chaque séance d'abord le testicule, ensuite l'épididyme et enfin le cordon spermatique, en remontant aussi haut que possible ; puis, on frictionnera ces parties avec une pommade contenant de 5 à 10 0/0 d'ichthyol et on les placera dans un suspensoir caoutchouté (genre Langlebert) que le malade ne doit pas quitter.

Par ces moyens, on réussirait à améliorer considérablement l'état de nutrition du testicule, de l'épididyme et du cordon, ainsi qu'à ramollir et à faire disparaître les brides de tissu conjonctif hyperplastique qui, par leur rétraction cicatricielle, produisent l'oblitération des tubes et canaux séminifères et l'azoospermie.

Le baume de gurgun comme expectorant.

On sait que le baume de gurgun (employé dans le traitement de la lèpre) est une substance oléagineuse d'une odeur rappelant le copahu et qui s'obtient du *dipterocarpus turbinatus*, plante des Indes-Anglaises. M. le docteur W. Murrell (de Londres), ayant reconnu par hasard que le baume de gurgun est un excellent expectorant, s'en sert depuis avec succès dans le traitement des bronchites et de la coqueluche. C'est surtout dans la bronchite chronique que le baume de gurgun donne les meilleurs résultats. Notre confrère anglais le prescrit à la dose de 8 grammes dans 30 grammes d'extrait de malt, dose qui doit être répétée trois fois dans la journée.

LIVRES

déposés au Bureau du journal.

LIBRAIRIE J.-B. BAILLIÈRE ET FILS,
19, Rue Hautefeuille, Paris.

Etude sur le pancréas et le diabète pancréatique, par le Dr P. Nemmés. 1 vol. in-8° de 140 pages. Prix : 3 fr. 50

Technique de l'accouchement prématuré, par le Dr E. Grinda, ancien moniteur à la Clinique d'obstétrique de la Faculté de Paris. 1 vol. in-8° de 129 pages. Prix : 3 fr. 50

Les Eaux potables, conditions générales, applications à l'hygiène sanitaire, par Eug. Prothière, pharmacien de 1re classe, lauréat de la Société de pharmacie de Lyon. 1 vol. in-8° de 111 pages. Prix : 3 fr.

Les Maladies de l'esprit, par le Dr P. Max-Simon, médecin inspecteur des asiles d'aliénés du Rhône. 1 vol. in-16 de 320 p. Prix : 3 fr. 50

Hygiène de la grossesse, conseils aux femmes enceintes, par le Dr Adolphe Olivier, ancien interne de la Maternité de Paris, chef de service des maladies des femmes et accouchements à la Policlinique de Paris. 1 vol. in-16 de 340 pages, avec 30 figures. Prix : 3 fr. 50

Les Morphinomanes, — comment on devient morphinomane, les prédestinés, éphémère volupté et supplices durables, désordres physiques et troubles de l'intelligence, médecine légale, traitement, — par le Dr H. Guimbail, ancien interne des asiles d'aliénés. 1 vol. in-16 de 312 pages. Prix : 3 fr. 50

G. STEINHEIL, EDITEUR
2, rue Casimir-Delavigne, Paris.

Des calculs du rein et de l'uretère au point de vue chirurgical, par Legueu, ancien interne, médaille d'or des Hôpitaux. In-8°. Prix : 5 fr.

Traitement du spina-bifida, par Bellanger, ancien interne des hôpitaux. In-8°. Prix : 3 fr. 50

De l'actinomycose chez l'homme en France, 2 nouvelles observations, par M. Roussel, ancien interne des hôpitaux. In-8°. Prix : 3 fr.

Les infections biliaires (Etude bactériologique et clinique), par Ernest Dupré, ancien interne des hôpitaux. In-8° avec 3 figures en chromolithographie. Prix : 8 fr.

Etude sur la broncho-pneumonie (anatomie pathologique, bactériologie, prophylaxie), par Mosny, ancien interne, lauréat des hôpitaux. In-8° avec 2 planches en chromolithographie. Prix : 8 fr.

Contribution à l'étude de la diphthérie (bactériologie et anatomie pathologique), par Morel, ancien interne des hôpitaux. In-8°. Prix : 3 fr. 50.

De l'antisepsie appliquée au traitement des affections parasitaires de la bouche et des dents, par Thomas, ancien interne des hôpitaux. In-8°. Prix : 7 fr.

De la responsabilité atténuée, étude médico-légale, par H. Thierry. In-8°. Prix : 7 fr.

Traitement des cals vicieux avec chevauchement par l'ostéotomie oblique, par Sardou, ancien interne des hopitaux. In-8° avec 1 figure. Prix : 2 fr. 50

Le Gérant : G. Masson.

Paris. — Imp. des Arts et Manufact. et DUBUISSON 12, r. Paul-Lelong. — Barnagaud, imp.

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

La diathèse néoplasique, par le Dr André (de Toulouse).

Depuis quelque temps, les recherches sur la nature du cancer se multiplient et il faut bien avouer que jusqu'ici les résultats obtenus par les cliniciens et les expérimentateurs ne peuvent être considérés comme décisifs au point de vue de la théorie parasitaire. L'existence des psorospermies, que l'on a crue un instant solidement établie par les recherches de Darier, Malassez et Albaran, Thoma et Sjœbring, vient d'être tout récemment battue en brèche par les patientes et délicates recherches de M. Maurice Cazin. Quant à M. Malassez, revenant sur ses premières conclusions, il déclare, dans son dernier travail, que le rôle des sporozoaires dans le cancer est encore indécis.

Pour ce qui concerne la contagiosité, s'il faut en croire les affirmations du Dr Guelliot, de Reims, elle ne doit pas être rejetée *a priori*. Dans deux remarquables articles publiés récemment dans la *Gazette médicale du Nord-Est*, ce distingué confrère cite vingt-neuf faits dont quelques-uns au moins sont tout à fait en faveur de cette étiologie.

Quant à l'hérédité, de nouvelles recherches statistiques tendent à en amoindrir singulièrement l'action. Pour le Dr Guelliot, on peut l'évaluer à 10 ou 15 pour 100 au maximum. Mes observations personnelles sont en désaccord sur ce point avec l'évaluation de ce dernier auteur.

Mais si les recherches bactériologiques et si les statistiques sont encore incertaines au point de vue de la nature du carcinome, il n'en est plus de même des notions fournies par la pathologie générale. M. le prof. Verneuil, avec la hauteur de vues qu'on lui connaît, a singulièrement élucidé la question étiologique des néoplasmes en général.

Dans un excellent article sur la diathèse néoplasique publié dans la *Revue scientifique* en 1884, l'éminent chirurgien a admirablement réussi, à mon sens, à prouver les trois points suivants :

1° Tous les néoplasmes vrais forment, par l'identité de leur origine constitutionnelle et de leur cause primaire, une famille pathologique naturelle ;

2° Ils naissent en vertu d'une disposition spéciale, d'une aptitude morbide particulière, en un mot, d'une diathèse néoplasique ;

3° La diathèse susdite n'est ni primitive, ni indépendante, mais dérive d'une maladie constitutionnelle beaucoup plus générale, l'arthritisme ; ce qui revient à dire que le néoplasme vrai est une manifestation arthritique au même titre que la gravelle biliaire ou rénale, l'eczéma, le rhumatisme, la goutte, etc.

Dans une thèse remarquable, un élève de M. Verneuil, le Dr Ricard, étudie cette question nouvelle de la pluralité des tumeurs dans les familles et, en face de la pénurie des matériaux, il fait appel à la pratique de la province. Il croit qu'une mère cancéreuse pourra léguer à ses enfants un épithélioma, un lipome, un fibrome, un myome, tout aussi bien qu'un carcinome, et réciproquement. Il fallait, dit-il, un clinicien consommé comme M. Verneuil, pour aborder ce vaste chapitre de l'étiologie et de la pathogénie des tumeurs, aussi délaissé et aussi négligé. Pour lui, comme pour M. Bazin, tout néoplasme est arthritique.

Pour Cruveilhier et son école, deux tumeurs d'organisation et de trame diverses, étaient radicalement différentes et ne pouvaient, sous aucune influence, se transformer l'une dans l'autre. Il n'y aurait pas, d'après l'illustre anatomo-pathologiste, de coïncidence entre les corps fibreux et les cancers utérins. Les corps fibreux seraient de sûrs préservatifs contre le cancer utérin ou de la mamelle.

Broca a mis en relief l'association des tumeurs bénignes et malignes.

M. Billroth admet une diathèse spécifique générale pour la formation des néoplasmes. Madame Boivin croit à la dépendance étroite du cancer et du corps fibreux de l'utérus. C'est aussi mon opinion.

Les observations que j'ai recueillies dans ma pratique particulière m'ont prouvé le bien-fondé des idées de M. Verneuil et me paraissent avoir mis en évidence un point à peine effleuré jusqu'ici, à savoir, l'intime parenté clinique du carcinome et du fibro-myome de l'utérus.

Voici d'abord les observations que j'ai recueillies çà et là et qui viennent à l'appui de mon opinion :

Obs. I (*Semaine médicale*, 24 juillet 1884). — Femme atteinte d'un épithélioma de l'entrée du vagin et présentant en même temps un petit fibrome de la paroi antérieure du vagin.

Autre femme affectée également d'un épithélioma de l'entrée du vagin et portant un fibrome utérin ainsi que des polypes de la muqueuse du col.

Obs. II. — Paget (*Lectures on Tumours*, p. 322) signale la coexistence d'un cancer de l'estomac et d'un fibrome de l'ovaire.

Obs. III. — M. Campenon (service du Dr Tillaux). Femme d'aspect cachectique, tumeur à l'épigastre, vomissements noirs, tumeur cancéreuse de la paroi postérieure de l'estomac et noyaux secondaires hépatiques ; du côté de l'utérus, tumeur fibro-plastique.

Obs. IV. — Cornil et Alb. Robin. Femme ayant eu plusieurs couches, la dernière, il y a 17 ans. Après, pendant 7 ou 8 ans, corps fibreux de l'utérus. En 1872, apparition d'une nouvelle tumeur à droite. Après quelques jours de souffrance, elle rend par le vagin un corps dur, de forme indéterminée, gros comme la moitié du poing. Elle meurt en 1873 de carcinome colloïde primitif du péritoine.

Obs. V. — Thèse de Bastard (1832). Dame de 51 ans, ayant une vaste tumeur abdominale ; c'était un myome utérin.

Mort après des hémorrhagies profuses. A l'autopsie, noyaux sarcomateux sur la plèvre pariétale et dans les poumons. Quant à la tumeur abdominale, c'était bien un fibro-myome, en partie ramolli, et possédant dans sa trame des noyaux apoplectiques et des noyaux sarcomateux.

Obs. VI. — M. Thiery (*Bulletin de la Société anatomique*, 1853). Cancer du foie avec coexistence de fibromes utérins.

Obs. VII. — M. Sevestre (*Bulletin de la Société anatomique*, 1876). Coïncidence de cancer du foie avec plusieurs corps fibreux volumineux de l'utérus.

Obs. VIII. — Broca. Autopsie. Tumeurs utérines de nature fibreuse. Parois de l'organe envahies par des masses épithéliales.

Obs. IX. — Dr Rigal. Corps fibreux et épithélioma de l'utérus.

Obs. X. — Verneuil. Petits polypes du col. Sein gauche, épithélioma comme une pomme d'api.

Obs. XI. — Dr Tissier. Mme R..., 46 ans. Mère morte d'un cancer de la face ; une sœur, cancer de l'utérus. Mme R... à son tour voit apparaître une tumeur au sein droit. Le docteur Œttinger constate que c'est un myome ancien et peu vasculaire.

Obs. XII. — Cas du Dr Péan, consigné dans la thèse du docteur Secheyron. P... (Alphonsine), 46 ans, entrée le 18 juin 1886, salle Denonvilliers. Mère morte à 62 ans d'un « ulcère de la matrice ». Corps fibreux utérin. Extirpation d'une portion de la tumeur par le vagin.

Obs. XIII. — *Société anatomique*. Séance du 2 novembre 1888. M. Calbet présente un adéno-fibrome kystique du sein, ulcéré, chez une femme atteinte d'un myome de l'utérus.

Observations personnelles.

Obs. I. — Mme G..., 46 ans. Le mari est mort, il y a 10 ans environ, d'une affection hépatique que je considérai comme de nature carcinomateuse. Elle-même succomba, il y a quatre ans environ, à un cancer utérin. Une de ses sœurs, âgée aujourd'hui de 47 ans, est atteinte depuis plus de dix ans d'un

énorme fibrome utérin pour lequel j'ai employé diverses médications. Pas d'antécédents du côté du père et de la mère. Une autre sœur, plus jeune, est atteinte d'un petit fibrome de la paroi postérieure de l'utérus.

Obs. II. — Mme X..., 37 ans. Mère morte d'un cancer de la mamelle. Je la vis, il y a 6 ans, en consultation avec le docteur Fontagnères qui, vu les antécédents, crut à un kyste ovarique de mauvais aloi. Le Dr Maynard, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Toulouse, consulté un peu plus tard, émit la même opinion et fit l'opération. C'était une grosse tumeur fibreuse, lisse, arrondie et ne présentant pas dans sa trame le moindre noyau carcinomateux. Sa sœur, âgée de 47 ans, vient de succomber à un cancer de l'utérus.

Obs. III. —Mme L..., âgée de 44 ans. Je l'ai vue en consultation, il y a quelques mois, avec les Drs Labéda et Jeannel. Il s'agit d'un énorme fibrome utérin que le Dr Bédart, agrégé de la faculté, traite en ce moment par le procédé d'Apostoli. Le père a succombé à un cancer de l'estomac.

Obs. IV. — Mme X..., épicière, 34 ans, examinée par moi il y a déjà 12 ans, succomba à un cancer utérin. Sa sœur, âgée de 42 ans à cette époque, avait des fibromes utérins.

Obs. V. — Famille X..., Mme X..., morte, il y a 8 ans, de carcinome utérin. Son père était mort d'ascite? frère mort à 48 ans, tuberculeux; fille exostose sous-unguéale à 20 ans. Cousine germaine, épulis de la gencive, il y a quinze ans, sans autre manifestation ultérieure. Nièce atteinte d'un fibrome utérin.

Obs. VI. — Docteur X... me parle de sa femme atteinte d'un fibro-myome utérin. La tante de Mme X... a succombé, il y a peu de temps, à un cancer du rectum.

Obs. VII. — Le Dr Villars, de Toulouse, m'a cité tout récemment le cas d'une dame de 48 ans, opérée par le Dr Jeannel d'un fibrome pesant 3 kilogrammes et existant depuis des années. La mère avait succombé à un squirre du sein à un âge avancé.

Obs. VIII. — Mme P..., âgée de 72 ans, fibromes multiples de l'utérus existant depuis dix ans environ et traités par le Dr Maynard, puis par moi. Cette dame devenue morphinomane s'est retirée à la campagne où j'ai été invité à aller la voir, il y a trois mois environ. Je la trouvai absolument cachectique : elle avait des hémorrhagies et des pertes fétides et le toucher me permit de constater un épithélioma du col ulcéré.

Obs. IX. — Mme L..., 44 ans. Mère et grand'mère mortes de cancer. A été opérée par le Dr Labéda, il y a quatre ans, d'un fibro-lipome de la région fessière gauche et opérée de nouveau, il y a quelques mois, par le Dr Tapie pour la même tumeur récidivée. L'examen histologique a démontré l'exactitude du diagnostic primitif.

Obs. X, due à l'obligeance du Dr Jeannel, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Toulouse. Deux jumelles. Kyste de l'ovaire chez l'une, fibrome utérin chez l'autre.

Au mois de mai 1889, j'ai opéré — c'est M. Jeannel qui parle — aux environs de C... (Haute-Garonne), Mlle A.., atteinte d'un kyste de l'ovaire végétant, par conséquent malin. La sœur jumelle de Mlle A..., Mme T..., nullipare, était atteinte d'un fibrome utérin sous-péritonéal et sessile.

Cette coïncidence, dit encore M. Jeannel, d'une tumeur génitale chez deux sœurs jumelles m'a frappé. Pour les parents, père hématurique à 80 ans.

Obs. XI. — J'observe en ce moment, dit encore le Dr Jeannel, une religieuse de 38 ans qui est atteinte de fibromes multiples sous-péritonéaux, fibromes en grappe, déterminant une rétroversion, parce qu'ils sont placés sur le fond et la face postérieure. On m'a affirmé que la mère de cette malade était morte d'un cancer utérin.

Obs. XII. — J'ai vu ces jours derniers avec les docteurs Labéda, Caubet et Maynard une malade d'une soixantaine d'années opérée, il y a quatre ans, d'un carcinome du sein et qui présente depuis très longtemps plusieurs tumeurs fibreuses volumineuses de l'utérus. Je n'ai pas eu de renseignements au point de vue des antécédents héréditaires.

Voilà donc, au total, 27 observations dans lesquelles on voit l'hérédité néoplasique, et pour préciser encore davantage, l'hérédité carcinomateuse se traduire par l'apparition de tumeurs bénignes, constituées en majeure partie par des fibro-myomes.

En vertu de quelle disposition mystérieuse une femme, née d'une mère cancéreuse, est-elle atteinte d'un fibrome de l'utérus? Quels rapports y a-t-il, au point de vue héréditaire, structural et bactériologique, entre un épithélioma et un myome? Ce sont là des questions absolument insolubles, dans l'état actuel de la science. Peut-être faut-il invoquer une espèce d'atténuation, de vaccination en quelque sorte, du fait de la carcinose transmise héréditairement. Quoi qu'il en soit, l'explication importe peu pour le moment et les vues élevées de M. Verneuil sur ce point sont de nature à satisfaire l'esprit.

Le court travail que j'ai l'honneur de soumettre aux méditations de mes confrères a surtout pour but de mettre en éveil le zèle et la curiosité des praticiens, pour l'établissement d'une grande statistique qui pourra permettre d'élucider un jour ce point si important de pathologie générale. En attendant le jour, peut-être prochain, où la thérapeutique pourra intervenir efficacement dans le traitement des néoplasmes malins, il n'est pas inutile de connaître dans quelles proportions l'hérédité intervient dans ces affections et jusqu'à quel point le pronostic peut en être atténué.

REVUE DES CONGRÈS

RÉUNION DES NATURALISTES ET MÉDECINS ALLEMANDS

Action de la tuberculine.

M. Schimmelsbusch a examiné de nombreux fragments provenant de lupus traités par la méthode de Koch. Il a constaté que la tuberculine, employée pendant de longs mois, n'avait toujours produit que des résultats négatifs. Les lésions offraient une réaction de plus en plus atténuée et, en fin de compte, il se reproduisait sur place de nouvelles formations lupiques. A la clinique de Bergmann on en est revenu à l'excision avec transplantation consécutive, qui paraît donner des résultats encourageants. L'emploi de doses élevées de tuberculine n'a jamais déterminé qu'une réaction inflammatoire, sans nécrose; les bacilles conservaient toute leur virulence au sein des tissus enflammés.

M. Unna. — L'injection de tuberculine pratiquée sur des fragments de tumeur carcinomateuse ou lupique fraîchement enlevés détermine une action élective curieuse. Le protoplasma cellulaire paraît frappé d'emblée de nécrose, la substance chromatique du noyau disparaît, tandis que ce dernier se gonfle et présente une transformation vasculaire. Dans le protoplasma persistant on voit des granulations foncées, restes probables de la substance chromatique du noyau. Le tissu, considéré dans sa masse, se rétracte comme s'il avait été durci par l'alcool, et prend une coloration jaune-brun. Quand, au lieu de tuberculine, on se sert de la cantharidine de Liebreich, on voit apparaître des lésions nucléaires beaucoup plus marquées.

La valeur diagnostique de la lymphe de Koch ne peut guère être utilisée que dans les cas extrêmement difficiles, lorsque par exemple on veut distinguer le lupus érythémateïde du vrai lupus érythémateux; quant à l'action thépapeutique, on ne doit y avoir recours que dans les cas inabordables à tout autre procédé, comme, par exemple, dans les lupus très étendus.

La nona.

M. Ebstein (Gœttingue). — A la suite de la dernière épidémie de grippe on a publié, en Bulgarie, en Italie, etc., différents cas de la maladie bizarre appelée la nona et que l'on a voulu rattacher à l'affection alors régnante. Les quelques observations qu'on en a faites tendraient à la rapprocher de la « maladie du sommeil » des nègres.

Une malade soignée en décembre 1890 à l'hôpital de Gœttingue offrit des symptômes caractérisant assez la nona: attaque prolongée de sommeil (durant 13 jours), coupée par quelques courtes rémissions incomplètes; pas d'autres paralysies que de la paralysie faciale, quelques troubles digestifs,

constipation, vomissements, langue sèche, haleine fétide, etc. A l'autopsie on ne constata que de l'œdème cérébral, de la bronchite et surtout une vive inflammation du rectum avec taches hémorrhagiques et de la partie inférieure de l'intestin grêle avec tuméfaction des plaques de Peyer. L'absence de toute autre lésion pouvant faire soupçonner une maladie infectieuse bien caractérisée, l'existence de la grippe comme affection régnante, tendent à faire admettre comme vraisemblable qu'il pouvait bien s'agir de cette dernière comme cause principale. Quant à la nature de la complication, on peut bien croire aussi qu'il s'agissait d'une forme de la maladie du sommeil. Les symptômes observés, les lésions intestinales s'accordaient bien avec ce que l'on voit dans cette affection.

De la simulation et de l'exagération des troubles fonctionnels consécutifs aux accidents.

M. Hœnig (Breslau). — La création des assurances contre les accidents, les recours en indemnités auxquels ceux-ci donnent droit, ont considérablement augmenté le nombre des simulateurs. Dans 600 cas, l'auteur n'a pas constaté une seule fois de névrose traumatique nettement déterminée. Il ne faut pas cependant dire avec Seeligmuller que les cliniques et les hôpitaux sont « des écoles de simulation »; c'est le plus souvent au dehors que les simulateurs ont l'idée de simuler et apprennent à le faire. On ne saurait trop se mettre en garde contre cette tendance de certains malades et la réprimer sévèrement dès qu'elle se manifeste.

Résection de l'estomac suivie de guérison.

M. Bode (Berlin). — Le malade auquel ce cas a rapport a été opéré par Hahn, au début de l'année. Il s'agissait d'un cancer du pylore. Depuis ce moment le sujet est resté bien portant et a augmenté de 30 livres. Un autre malade a été opéré il y a deux semaines et est mort quelques jours après, d'accidents pneumoniques et de généralisation par métastase.

Torsion du pédicule dans les tumeurs ovariques.

M. Lehmann (Berlin). — Les progrès de l'antisepsie ont permis d'augmenter considérablement le nombre des ovariotomies et de constater par là même des symptômes ou des complications peu connues. Cependant si l'on considère les différentes statistiques, on voit qu'il y a encore sur certains points, notamment sur la question de la torsion du pédicule, des divergences considérables. Sur 199 ovariotomies, A. Martin a constaté 10 fois une torsion du pédicule (5,03 0/0); Spencer Wells donne le chiffre de 2,4 0/0; Rokitanski 13 0/0; Schrœder 13,9 0/0; Thornton 9,5 0/0; Howitz 23,2 0/0; Olshausen 6,5 0/0; enfin Freund arrive à 37,5 0/0; Mickwitz à 47°,2 0/0. C'est que ces deux auteurs considèrent la torsion du pédicule comme un phénomène presque constant, au bout d'un certain temps et d'ordre pour ainsi dire physiologique. Il serait intéressant, maintenant que l'attention est attirée sur ce point, de rechercher dans tous les cas s'il existe ou non une torsion du pédicule, d'étudier ses caractères, son sens, et d'en déterminer les causes.

Tubage du larynx dans le croup.

M. Ranke constate que depuis l'année dernière le tubage du larynx a été fait en grand nombre et les résultats sont devenus meilleurs. Ainsi, tandis que dans sa statistique de l'année dernière portant sur plusieurs années, 413 cas d'intubation ont fourni 34 0/0 de guérisons contre 38 0/0 de guérisons sur 866 trachéotomies, les 348 intubations faites cette année (Ganghofner, Jakubowski, Muralt, Ranke, Baginsky, Schwalbe et autres) ont fourni 41 0/0 de guérisons contre 34,3 0/0 de guérisons fournies par 237 trachéotomies.

Cette amélioration dans les résultats donnés par l'intubation doit être attribuée à plusieurs causes. Le fil est laissé au tube, de sorte que le surveillant peut retirer le tube aussitôt que l'enfant commence à respirer difficilement. Ensuite les instruments présentés par O'Dwyer au Congrès de Berlin sont plus commodes et ont une forme qui rend l'ulcération excessivement rare. En troisième lieu, il faut compter avec ce qu'on connaît mieux à présent, la technique opératoire.

Sur les 348 intubations de cette année, la trachéotomie secondaire a été faite 83 fois avec 6 guérisons, soit 7,2 0/0.

M. Bokai (Buda-Pest) croit, en se basant sur 109 cas d'intubation, que dans les hôpitaux on pourra s'abstenir de faire la trachéotomie. Dans les cas qui ont guéri, le tube est resté en place de 10 à 184 heures. L'extubation était faite tous les jours ou tous les 2 jours.

M. Sprengel (Dresde) compte, sur 900 trachéotomies faites depuis 10 ans, 480 guérisons.

La fièvre pendant l'accouchement.

M. Winter (Berlin). — La fièvre pendant l'accouchement peut tenir à deux causes. D'abord le travail musculaire nécessaire pour triompher des obstacles dans le cas d'étroitesse du bassin ou de rigidité des parties molles peut produire une élévation de la température qui ordinairement atteint 38°4, mais dépasse rarement 39°8. Cette fièvre est la manifestation de la chaleur produite par la contraction des muscles. Elle est surtout marquée pendant la période de dilatation et tombe avec la période d'expulsion. Le pouls est en même temps un peu fréquent.

La seconde cause est l'infection, et l'élévation de la température s'accompagne d'un frisson. Si l'accouchement n'est pas rapidement terminé, elle peut provoquer la mort de l'enfant et de la mère.

Le pronostic de la première fièvre est favorable. Sur 50 femmes qui ont présenté la fièvre infectieuse, 4 sont mortes et 27 ont présenté des accidents puerpéraux qui 16 fois furent très graves. La mortalité des enfants a atteint 35 0/0.

Réouverture de l'abdomen après laparotomie.

M. Schwarz (Halle). — Les péritonites consécutives à des laparotomies difficiles sont produites soit par le streptocoque pyogène, soit par des saprophytes qui sécrètent des toxines, et qui ne sont ainsi pathogènes que lorsqu'il se trouve en contact avec un péritoine blessé, tiraillé, sécrétant une grande quantité de liquides.

Pour éviter l'action des saprophytes et la production de toxines, il faut faire le drainage de la cavité abdominale quand on craint une sécrétion trop grande de liquides.

Mais si la plaie est exactement fermée, il ne faut pas hésiter à ouvrir le ventre aussitôt qu'on voit apparaître les symptômes d'intoxication par les ptomaïnes, et drainer ensuite la cavité abdominale. C'est ainsi que M. Schwarz a guéri plusieurs cas de péritonite consécutive à la laparotomie. Dans la péritonite à streptocoques, le drainage de la cavité abdominale ne sert à rien.

M. Sænger se prononce pour le drainage à l'aide d'un drain en verre qui ne doit jamais être mis dans le vagin.

M. Dœderlein accepte les deux formes de péritonite établies par M. Schwarz. Quant au drainage, le principe est juste, seulement il est difficile de dire à quel moment il faut l'établir. Dans un cas où les phénomènes d'intoxication apparurent 2 jours après l'extirpation d'un volumineux kyste intra-ligamenteux, M. Dœderlein voulait déjà établir le drainage par la vulve, lorsque les accidents disparurent spontanément et la malade guérit.

M. Mackenrodt ne croit pas qu'on puisse faire le drainage de la cavité abdominale.

M. Kaltenbach dit avoir complètement renoncé au drainage.

M. Hegar n'a eu que de mauvais résultats avec le drainage. Ce qu'il faut éviter, c'est la pénétration des germes pendant l'opération. Il est tellement convaincu du pouvoir de résorption du péritoine, qu'il ne fait jamais la toilette de cette séreuse.

Otites moyennes dans le lupus du nez.

M. Brieger (Breslau). — L'existence des otites moyennes dans le lupus a été signalée par quelques auteurs. Sur 21 cas de lupus, M. Brieger n'a trouvé que trois fois l'oreille intacte. Dans la majorité des cas on trouve soit une otite moyenne catarrhale, soit une otite moyenne suppurée, soit une otite dont les caractères particuliers permettent de soupçonner la nature spécifique de l'affection. Dans un cas on a trouvé des bacilles dans les sécrétions prises dans l'oreille moyenne. Dans les cas où la nature de l'otite paraissait spécifique, il existait des foyers lupiques dans le pharynx nasal.

Abcès du cerveau dans l'otite moyenne.

M. Truckenbrod (Hambourg). — Il s'agit d'un homme de 54 ans atteint d'une otite scléreuse droite qui, après une attaque d'influenza, fut pris d'une otite moyenne aiguë de l'oreille gauche. Trois semaines après, il fut pris brusquement de céphalalgie, de parésie de la 2e branche du facial, d'aphasie et de faiblesse du bras droit. Pas de signes de tabès. Fièvre irrégulière oscillant autour de 38°9. Diagnostic : abcès du lobe temporal gauche. Trépanation ; drainage ; guérison en 4 semaines. Cicatrisation de la perforation du tympan ; acuité auditive comme avant l'opération. Le malade se fatigue encore rapidement quand il fournit un travail cérébral.

Décollement du pavillon de l'oreille créant un accès à l'oreille moyenne.

M. Stacke (Erfurt) revient sur l'opération qu'il avait déjà décrite au dixième congrès international. On décolle le pavillon de l'oreille, on coupe transversalement le conduit auditif externe qu'on rabat en avant, et on a alors sous les yeux le tympan et la cavité de l'oreille moyenne. On peut alors enlever le marteau et l'enclume avec les restes de la membrane du tympan, et on résèque largement les parois de la cavité. Quand toutes les parties malades sont enlevées, on tapisse la cavité d'un lambeau cutanéo-périostique pris sur le conduit auditif externe. De cette façon on fournit un épithélium protecteur à l'oreille moyenne et on établit une communication entre le conduit auditif et les cellules mastoïdiennes. Le traitement post-opératoire doit avoir en vue d'empêcher les cavités voisines de se remplir de granulations.

Cette opération est indiquée dans les otites moyennes à suppuration intarissable occupant le plus souvent la paroi supérieure de la cavité du tympan.

M. Kretschmann (Magdebourg) a modifié un peu l'opération de Stacke. L'incision des parties molles est la même. Il fend ensuite la paroi postérieure du conduit auditif parallèlement à sa longueur et le circonscrit dans le plan de la membrane du tympan. Il résèque ensuite l'apophyse mastoïde de façon à enlever la paroi postérieure du conduit auditif, de sorte que la caisse, le conduit auditif et l'autre forment une seule cavité. Fixation du lambeau en haut et en bas, suture à étages des parties molles. Le pansement est changé tous les huit jours. Plusieurs malades opérés par cette méthode ont guéri.

SOCIÉTÉ ALLEMANDE DE DERMATOLOGIE.

Congrès de 1891, *tenu à Leipzig.*

La tuberculine dans la tuberculose de la peau et des muqueuses.

M. Kaposi (Vienne). — La réaction locale peut faire défaut, après les injections de tuberculine, dans des cas de tuberculose cutanée et elle peut se produire dans des affections étrangères à la tuberculose ; je l'ai observée dans des syphilides et dans un cas d'épithélioma. Il faut cependant reconnaître que, si la tuberculine n'a pas une valeur diagnostique absolue, les exceptions à la règle sont rares.

Les injections produisent presque toujours une amélioration des lésions tuberculeuses de la peau ; mais jamais je n'ai constaté de guérison. L'amélioration est certainement plus considérable qu'avec aucune autre méthode de traitement et le traitement de Koch peut être très utile quand on le combine avec d'autres méthodes.

Je n'ai pas constaté la nécrose que Koch a signalée ; je crois que la tuberculine agit en provoquant une inflammation intense et par un mécanisme analogue à celui de l'érysipèle.

M. Neisser (Breslau). — Mon opinion est plus favorable que celle de M. Kaposi. Je n'ai pas vu de guérisons complètes du lupus, mais des guérisons régionales. En outre, je n'ai jamais vu survenir la réaction locale au niveau des syphilides. Je n'ai pas non plus vu survenir de récidives graves. Je crois que la tuberculine ne doit pas être employée suivant la méthode employée d'abord par Koch, et qu'il faut en combiner l'emploi avec celui des caustiques. Il est nécessaire de poursuivre encore les recherches pour arriver à reconnaître le meilleur mode d'emploi de la tuberculine.

M. J. Neumann (Vienne). — La réaction locale n'est pas la même dans la lèpre et dans la syphilis que dans la tuberculose : dans la lèpre, elle est plus tardive et ne se montre qu'au bout de 48 heures ; dans la syphilis, elle ne se traduit que par de l'érythème. La tuberculine peut donner de bons résultats dans le lupus lorsqu'on combine son emploi à un traitement local.

M. F. Pick (Prague). — Dans 100 cas de lupus que j'ai traités par les injections de tuberculine, j'ai toujours observé la réaction locale ; dans aucun cas de lupus érythémateux, je n'ai vu de réaction locale. On avait d'abord exagéré la valeur thérapeutique de la tuberculine. Il est certain que cette substance est un moyen de traitement énergique, mais il faut l'employer suivant une autre méthode que celle proposée d'abord par Koch et la combiner à d'autres moyens.

M. Doutrelepont (Bonn). — Sur 84 cas de lupus que j'ai traités par la tuberculine, j'ai toujours observé une réaction locale. J'ai l'habitude de faire des injections d'une petite dose de tuberculine tous les 3 à 6 jours, ce qui ne produit qu'une réaction locale, laquelle a seule une action thérapeutique. En outre, je fais toujours un traitement local. Cette méthode m'a donné de bons résultats et, si je n'ai pas obtenu de guérison, j'ai eu de nombreuses améliorations.

Injections mercurielles intra-musculaires.

M. Petersen. — Les injections intra-musculaires de préparations mercurielles insolubles donnent parfois une élévation de température : avec le salicylate de mercure, j'ai observé celle-ci 22 fois sur 35 cas de syphilis récente, 4 fois sur 12 cas de syphilis récidivante, 6 fois sur 7 cas de syphilis tardive ; cette élévation était plus prononcée dans le cas de syphilis récente que dans les autres. La première injection est souvent douloureuse : l'administration du sulfate de quinine diminue les douleurs.

M. Jadassohn. — Les douleurs et l'élévation de température se rencontrent plus souvent chez les femmes que chez les hommes.

M. Winternitz (Prague). — Il est probable que la fièvre est le résultat de la réaction du mercure sur l'agent de la syphilis ; autrement on ne comprendrait pas pourquoi elle ne se produit que lors des premières injections mercurielles.

Névrites périphériques précoces chez les syphilitiques.

M. Ehrmann (Vienne) relate deux cas de névrites survenues au cours de la période secondaire de la syphilis. Dans le premier cas il s'agissait d'un cocher en pleine poussée de syphilis secondaire, qui présenta de la parésie dans le domaine du nerf cubital avec sensibilité de ce nerf sur tout son parcours ; des symptômes analogues mais moins marqués se manifestèrent du côté du médian, le radial resta indemne. On constatait de l'atrophie des muscles interosseux et des muscles innervés par les deux nerfs atteints, avec hyperalgésie des territoires cutanés. La réaction galvanique était augmentée, la faradique était normale, il n'y avait pas de réaction de dégénérescence, pas de modification des réflexes. Le traitement antisyphilitique mixte et l'électrisation firent rapidement disparaître ces symptômes. Il persista seulement un peu d'atrophie des interosseux.

Dans le second cas, les troubles portaient sur les membres inférieurs et consistaient en de la parésie de la jambe droite avec atrophie du triceps, sensibilité à la pression des nerfs et mêmes troubles électriques que précédemment. Il y avait en plus un peu d'incontinence d'urine et de l'anesthésie de la région périanale.

Le traitement mixte eut également raison de ces accidents.

On peut admettre en résumé que ces névrites périphériques de la syphilis se caractérisent de la façon suivante :

1) Sensibilité des nerfs à la pression avec léger gonflement des cordons nerveux ;

2) Atrophie des muscles innervés par les nerfs, avec diminution de l'énergie musculaire, sans paralysie véritable ;

3) Diminution de la réaction galvanique, conservation du pouvoir faradique, absence de réaction de dégénérescence ;

4) Troubles variés de l'innervation sensitive caractérisés par de l'hyperalgésie au début et de l'anesthésie ultérieurement ;

5) Participation habituelle des plexus nerveux aux lésions, absence de troubles des réflexes.

CONGRÈS DES MÉDECINS ET CHIRURGIENS AMÉRICAINS

Association américaine d'orthopédie.

Mal de Pott.

M. Judson. — Chez 3 malades j'ai confondu le mal de Pott avec une affectation maligne des vertèbres; le premier malade était un enfant de 4 ans, les 2 autres avaient l'un 35 ans et l'autre 42 ans. Dans aucun de ces cas on ne trouva de cyphose. Chez deux de ces malades existait une paraplégie, la forme douloureuse des affections malignes et non celle du mal de Pott. Les douleurs étaient très intenses. On sait que les principaux points différentiels entre ces deux affections sont : 1° la difformité, existant dans le mal de Pott, manquant dans le cancer; 2° l'impotence locale; 3° la douleur localisée; ces deux derniers symptômes manquant dans le mal de Pott et existant dans le cancer.

M. Scudder relate un cas de paralysie par mal de Pott unique en son genre par suite de l'existence d'une hydrocéphalie avec spina-bifida, rotation latérale du rachis et état mental excellent.

M. Bullard. — Il faut soigneusement distinguer les contractures dues à une paraplégie spasmodique de celles qui reconnaissent d'autres causes. Elles sont totalement différentes de celles qu'on trouve dans les anciens cas de poliomyélite antérieure, des contractures paralytiques et enfin de celles qui existent congénitalement dans le pied-bot varus. Je suis enclin à croire que la paraplégie spasmodique n'est pas directement liée à un effet produit sur la moelle par le spina-bifida, mais qu'elle est en relation immédiate avec l'hydrocéphalie, sans qu'on en ait encore bien éclairé le mécanisme.

M. Samuel Ketch. — Sur 75 cas de mal de Pott examinés à l'Orthopedic Hospital de New-York, 37 appartenaient au sexe masculin et 38 au sexe féminin; 28 étaient âgés de 1 à 5 ans; 31 de 5 à 10 ans et 10 seulement avaient plus de 10 ans. La durée moyenne du traitement pour obtenir la guérison a été de 26 1/25 mois pour la région supérieure, de 64 18/25 mois pour la région moyenne et de 47 11/25 mois pour la région inférieure. Le mal de Pott s'est très souvent compliqué d'abcès dans les régions moyenne et inférieure. La paraplégie est plus fréquente pour les régions supérieure et moyenne. La difformité peut disparaître par le traitement; mais on n'y peut guère compter; la difformité est moins grave dans les régions supérieure et inférieure. On doit continuer le traitement pendant longtemps.

M. Forest Willard. — Quand il y a ankylose, le décubitus, l'extension et le support des vertèbres malades sont fort utiles pour prévenir une opération chirurgicale ou dans tous les cas pour en assurer le succès. Les collections liquides et caséeuses doivent être évacuées par l'aspirateur et on doit y injecter une émulsion d'iodoforme, à moins qu'on n'y trouve du pus; si on y trouve un liquide purulent, on peut néanmoins pratiquer ces injections pour limiter le processus tuberculeux. Quand on y trouve du pus, il faut inciser l'abcès, laver la cavité avec une solution de sublimé, mais il ne faut pas presser la paroi, de peur de produire une fissure qui créerait une porte d'entrée aux produits tuberculeux. Il faut suturer l'incision et injecter de l'huile tenant en solution de l'iodoforme; quand la situation de l'abcès le permet, il faut enlever aux ciseaux et à la curette les parois de l'abcès, il ne faut pas laisser des drains trop longtemps, car ils entraîneraient la formation de fistules; quand l'excision de la paroi est impossible, il faut inciser, drainer, injecter de l'iodoforme, moyens palliatifs qui faciliteront l'élimination du tissu tuberculeux. On peut aussi exciser le tissu osseux malade dans certaines régions du rachis. Pour lutter contre la paralysie du mal de Pott, on n'enlèvera les lames vertébrales que lorsque l'on aura échoué par l'extension et la contre-extension. L'ablation des lames est dangereuse, cependant elle est légitime dans certains cas. Quand la moelle est comprimée sur sa face antérieure, l'intervention chirurgicale ne pourra donner aucun bon résultat permanent.

M. Marsh. — Dans le mal de Pott, la tuberculose commence le plus souvent entre 3 et 9 ans; mais je l'ai vue plusieurs fois apparaître chez des enfants de moins d'un an et même chez 2 enfants de moins de 8 mois. Elle peut aussi se montrer chez des sujets avancés en âge, même au delà de 60 ans, mais c'est très rare. J'ai remarqué, comme sir James Paget, que la scrofule est plus fréquente après 60 ans qu'entre 30 et 50. Mais de toutes les formes de tuberculose qu'on rencontre chez les sujets de plus de 60 ans, le mal de Pott est le plus rare. On peut assez aisément faire le diagnostic entre le mal de Pott et l'ostéo-arthrite. L'ostéo-arthrite ne produit pas de gibbosité; dans le mal de Pott, la suppuration est fréquente, elle est rare dans l'ostéo-arthrite. M. James Paget a vu des affections tuberculeuses du rachis chez des sujets âgés.

M. Weigel. — Un garçon atteint de spondylite cervicale présenta des symptômes paralytiques qui persistèrent malgré la position couchée. Plus tard se forma un abcès rétropharyngien; on combina alors le traitement par l'extension avec la position couchée et le malade guérit rapidement en quelques mois.

M. Lee. — Je suis le premier à avoir traité le mal de Pott par l'auto-suspension : le malade est suspendu par une corde qui passe sur une poulie et dont l'autre extrémité est entre les mains du malade lui-même. Dans tous les cas de paralysie par mal de Pott, la suspension jointe à un appareil prothétique permet d'obtenir plus rapidement un résultat.

M. Morgan Vance. — On néglige trop souvent le traitement du mal de Pott par la position couchée. J'ai pourtant vu la guérison survenir plus rapidement dans les cas de paralysies par mal de Pott traitées par la position couchée. On craint généralement, en ayant recours à cette méthode de traitement, que la santé générale n'en souffre; il n'en est rien si on nourrit bien les enfants et si on leur masse les extrémités.

M. Charles C. Foster. — L'extension est applicable aux caries de toutes les portions du rachis, mais principalement à celles de la région cervicale. L'extension diminue la difformité, fait disparaître les douleurs, réduit l'inflammation, diminue les chances de formation d'abcès; elle rend donc la maladie moins anémiante et elle en diminue la durée. Pendant les premières périodes de l'affection, le malade doit garder le lit et même s'y remuer le moins possible. On obtient l'extension au moyen de poids très faibles suspendus à des cordes passant sur la tête et les pieds du lit et fixées d'autre part à des ceintures qui entourent la taille, la poitrine et la tête du malade.

M. Bradford. — Le traitement des caries vertébrales doit être basé sur les conditions pathologiques; celles-ci variant, le traitement doit aussi varier. Le traitement doit aussi varier suivant la région du rachis qui est atteinte. On peut grouper de la manière suivante les méthodes de traitement : position couchée; moyens mécaniques; bandages plâtrés et corsets. Le traitement par la position couchée est très efficace dans les périodes aiguës et chez les malades qui ont de la peine à se mouvoir. Le malade doit être maintenu sur le dos; il faut veiller à ce qu'il ne se forme pas d'eschares. Il faut fixer le malade de manière à ce qu'il ne puisse même se tourner. Il faut quelquefois y joindre des tractions exercées sur les membres ou sur le cou. Dès que la nutrition générale parait entravée, il faut suspendre ce traitement.

La forme des appareils à appliquer varie avec la région atteinte. Ce traitement par les appareils est délicat et exige une grande surveillance de la part des parents; mais il est très efficace et souvent peut suffire sans qu'on ait recours au traitement précédent. Les corsets constituent aussi un très bon traitement; dans les périodes aiguës, c'est le corset fixe ou permanent qu'il faut employer. Le mal de Pott est une affection qui peut très bien guérir; mais le traitement doit être long, l'affection elle-même évoluant pendant une période de 3 à 5 ans.

M. Bernard Bartow. — Il est très important, pour obtenir de bons résultats, de traiter le mal de Pott tout à fait au début, alors que le foyer tuberculeux est petit et que la di formité n'existe pas encore.

Lésions typhiques du rachis.

M. Gibney. — J'ai vu un homme de 45 ans qui à l'âge de 22 ans fut atteint d'une affection qu'on déclara être une fièvre typhoïde. Au bout de 4 semaines il entrait en convalescence, mais quelques jours après il ressentit de grandes douleurs

dans le front et le sommet de la tête, douleurs qui gagnèrent graduellement la partie postérieure du cou. Il y eut un peu de gonflement au niveau des vertèbres cervicales; il y eut en même temps de la névralgie brachiale et occipitale. Au bout de quelques semaines les douleurs disparurent, mais il persista un léger degré de déformation. Il n'y eut jamais d'abcès. La guérison toutefois ne fut complète qu'au bout de 2 ans, mais le malade resta atteint de torticolis. J'ai déjà vu un cas analogue chez une jeune fille, chez laquelle il resta une légère difformité de la hanche et de la partie inférieure du rachis.

Association laryngologique américaine.

Nécessité du traitement général dans les inflammations catarrhales des voies aériennes supérieures.

M. Beverley Robinson. — On recourt trop souvent au traitement purement local dans les cas d'obstruction nasale. Les voies nasales sont rarement égales des deux côtés et la déviation de la cloison ne réclame une intervention opératoire que dans les cas où on peut démontrer qu'elle est véritablement la cause des accidents. L'obstruction nasale n'est pas aussi souvent qu'on le prétend la cause de lésions des yeux, des oreilles et des amygdales. Les inhalations médicamenteuses chaudes sont utiles dans les inflammations catarrhales de cette région, mais doivent être faites avec précaution parce qu'elles augmentent la susceptibilité des muqueuses après leur emploi. La douche nasale est souvent une arme à deux tranchants et peut être la cause de troubles auditifs. On peut souvent constater cliniquement des relations étroites entre l'état constitutionnel général et les maladies catarrhales des voies aériennes supérieures, et dans beaucoup de cas le traitement local reste sans effet jusqu'à ce qu'on ait guéri une affection stomacale ou hépatique. L'hypertrophie de la muqueuse nasale coïncide souvent avec un catarrhe gastrique chronique.

La cautérisation galvanique guérit souvent les lésions et dispense de recourir à l'ablation chirurgicale. La cautérisation ne présente aucun danger, sauf dans certains états catarrhaux de la muqueuse nasale, caractérisés par une grande sécheresse et une grande irritabilité, la formation de croûtes et une grande facilité à saigner, et dans ces cas il faut recourir à la vaseline phéniquée et au cérat de Goulard fraîchement préparé. Il y a très souvent des relations entre les affections des voies aériennes supérieures d'une part et le rhumatisme et la goutte d'autre part. En pareil cas, un traitement exclusivement local est insuffisant; et il faut y ajouter un traitement hydro-minéral alcalin. L'hypertrophie de l'amygdale linguale, qui produit une toux rebelle qualifiée de nerveuse, d'hystérique ou d'anémique, dépend souvent de la diathèse rhumatismale ou goutteuse et peut guérir au moment du développement d'accidents manifestement rhumatismaux ; la cautérisation la guérit quelquefois, mais non toujours; les applications de glycérine phéniquée réussissent également quelquefois. La laryngite chronique n'est pas toujours, comme l'a prétendu Bosworth, secondaire à une obstruction ou à quelque autre maladie nasale, aussi n'est-il pas toujours nécessaire pour la guérir de pratiquer une opération sur les fosses nasales. Dans l'asthme des faciès, le changement de résidence a beaucoup moins d'importance que le traitement local; et beaucoup de ses symptômes sont dus à un état anormal des nerfs périphériques; la cautérisation des surfaces hyperesthésiques rend souvent de grands services.

M. Bosworth. — Quoique les affections naso-pharyngées soient souvent en relations évidentes avec une maladie générale, la maladie nasale est une affection purement locale. Le traitement local des maladies chroniques du nez, telles que l'hypertrophie de la muqueuse et les polypes, par les pulvérisations et les applications astringentes et les émollients, est inutile, et l'intervention chirurgicale peut seule donner une guérison permanente.

M. Tugals. — Le traitement local produit souvent la guérison des inflammations catarrhales aiguës et subaiguës, mais est inutile dans les affections chroniques de la muqueuse naso-pharyngée. Dans beaucoup de cas il y a une relation intime entre la lésion locale et un état morbide général.

M. Shurley. — Le traitement chirurgical est inutile dans les maladies nasales, à moins qu'il n'y ait un degré de sténose assez prononcé pour rendre évidente la relation de l'obstruction nasale avec l'inflammation catarrhale. Sur 200 cas de déviation de la cloison nasale, je n'ai jamais trouvé que cet état ait produit de troubles gênants pour le porteur.

Néoplasmes tuberculeux laryngo-trachéaux.

M. Mackenzie. — Les néoplasmes tuberculeux du larynx et de la trachée peuvent consister soit en hyperplasies papillaires, soit en petites tumeurs papillomateuses, soit en tumeurs isolées. La première variété est formée de saillies ressemblant à des granulations développées sur la base et aux extrémités d'ulcérations; leurs formes et leurs dimensions sont variables ; elles se développent rarement sur des ulcérations simples ou sur des ulcérations d'apparence aphtheuse que l'on observe à la période ultime de la tuberculose ; ces granulations sont constituées par des fibres de tissu connectif et des cellules et par des vaisseaux capillaires augmentés de volume et tortueux; ces granulations sont la trace d'une tendance naturelle mais incomplète de la maladie à guérir. Les petites tumeurs verruqueuses, acuminées ou feuilletées, ont une structure qui ne diffère pas de celle des papillomes laryngés ; elles se développent généralement après un état catarrhal chronique, mais quelquefois chez des sujets anémiques et comme avant-coureurs de lésions plus graves; ils occupent généralement l'espace interaryténoïdien. Les tumeurs tuberculeuses isolées sont formées par une agglomération de tubercules miliaires situés au sein d'une gangue de tissu connectif; elles occupent principalement le tissu conjonctif sous-muqueux et sont peu apparentes à la surface.

Association de gynécologie

Hémorrhagie accidentelle survenant pendant la première période du travail au terme d'une grossesse.

M. H.-C. Coe. — Je ne m'occuperai que de l'hémorrhagie qui survient pendant le travail ; c'est la forme la plus dangereuse et elle est rarement d'origine traumatique. L'étiologie est obscure ; on a invoqué une diathèse hémorrhagique, les affections fébriles, les troubles rénaux, la mort du fœtus, l'hydramnios, les affections du placenta, des contractions utérines irrégulières, dans quelques cas la brièveté et la torsion du cordon. En général plusieurs causes se combinent pour provoquer cet accident.

Contrairement à l'opinion générale, je crois qu'on peut diagnostiquer de bonne heure cet accident, principalement par l'irrégularité et la faiblesse des douleurs qui accompagnent le travail. La malade se plaint d'une douleur dans la partie inférieure de l'abdomen, douleur qui augmente graduellement et prend un caractère paroxystique. L'auscultation montre que les battements cardiaques du fœtus sont faibles et irréguliers ; le pouls de la malade ne subit pas de changements. On pourrait croire à un cas d'inertie utérine. Dans les trois quarts des cas l'hémorrhagie n'apparaît pas à l'extérieur, tout au moins aussitôt.

Le pronostic est des plus sombres : le plus souvent ce n'est qu'en sacrifiant l'enfant qu'on peut sauver la mère.

C'est à tort qu'on a conseillé de rompre dans ces cas les membranes et d'administrer de l'ergot. On doit donner à la malade des stimulants par les voies buccale, rectale et hypodermique. On anesthésie la malade, on dilate avec la main l'orifice utérin, ne se servant du ballon de Barnes que quand l'orifice est rigide ; il faut maintenir les membranes intactes, accomplir la version, administrer alors l'ergot ; on attend un peu avant de faire l'extraction pour permettre à l'utérus de reprendre sa force ; si la tête est engagée, il faut rompre les membranes et faire la crâniotomie au lieu de perdre du temps à employer le forceps. Il faut ensuite prévenir toute hémorrhagie ultérieure ; pour cela on introduit la main dans l'utérus, on enlève le placenta et les caillots et on tamponne la cavité avec de la gaze iodoformée.

M. Jewett. — Un bandage abdominal peut être utile, quand les membranes ne sont pas encore rompues. Une intervention trop hâtive provoquant le travail peut accélérer la mort en ajoutant des phénomènes de choc à ceux de l'hémorrhagie.

M. Murray. — Dans un cas, la dilatation n'étant pas survenue, j'ai introduit un tampon iodoformé ; j'ai fait comprimer

par des aides les artères des extrémités, j'ai fait élever les pieds; après la délivrance une pleine cuvette de caillots est sortie. La malade vit. Si j'avais hâté le travail, la malade aurait succombé au choc.

M. Frey. — L'opération de Porro est justifiée dans les cas où le col n'est pas encore dilaté.

M. Emmet. — On pourrait avoir recours à l'inversion et à la ligature de l'utérus.

Folie consécutive à des opérations d'ordre gynécologique.

M. Baldy. — Les cas de folie suivant des opérations gynécologiques sont assez fréquents et des troubles mentaux graves peuvent survenir dans ces conditions chez des malades qui ne présentent aucun antécédent; les troubles mentaux sont aussi fréquents après n'importe quelle opération; ils ne sont pas plus fréquents chez la femme que chez l'homme; ces opérations n'agissent que comme causes occasionnelles. Ces cas de folie déterminés par des opérations sont plus fréquents qu'on ne le croit généralement.

Etat actuel de l'opération césarienne.

M. Robert P. Harris. — L'auteur montre par des statistiques que l'opération césarienne est améliorée. Actuellement l'opération césarienne ainsi perfectionnée est supérieure à l'opération de Porro. La mortalité peut maintenant être amenée à 10 0/0. Pour cela il faut n'avoir recours à cette opération que dans les cas où elle est rigoureusement utile et prendre les précautions antiseptiques les plus minutieuses. Cette opération ainsi perfectionnée a pris le nom d'opération de Sanger.

Association laryngologique américaine.

Manifestations tardives de la syphilis.

M. P. Conner (Philadelphie). — Il n'y a pas de délimitation absolue entre les lésions syphilitiques précoces et tardives, et celles-ci peuvent se montrer à une époque très reculée de la vie. Les lésions tardives sont beaucoup plus fréquentes dans la syphilis héréditaire que dans la syphilis acquise. La fréquence des lésions osseuses dans la syphilis peut étonner si l'on admet l'ancienne conception qui faisait des os une simple portion de la charpente du corps; mais elle n'a plus lieu de surprendre depuis qu'il est prouvé que les os sont en réalité une sorte de glande lymphatique largement irriguée par le sang : les douleurs si fréquentes dans les membres et dans la tête pendant les premières périodes de la syphilis sont probablement dues à des lésions osseuses.

Les lésions syphilitiques tardives les plus graves et les moins connues sont celles du système nerveux. D'après Horsley, les gommes cérébrales sont justiciables de l'excision qui donne une sécurité beaucoup plus grande que le traitement médical; mais je crois que peu de médecins accepteraient cette opinion. Les lésions médullaires sont plus rares que celles de l'encéphale; mais, en raison des dimensions du canal rachidien, des lésions peu volumineuses peuvent comprimer la moelle assez fortement pour la détruire. Un grand nombre d'ataxiques sont incontestablement d'anciens syphilitiques, mais le tabès n'est pas véritablement d'origine gommeuse, et de plus le traitement antisyphilitique amène rarement la guérison de l'ataxie et souvent ne retarde même pas la marche de la maladie; l'ataxie locomotrice peut être regardée comme un reliquat, mais non comme une manifestation de la syphilis; il y a entre les deux maladies une relation assez analogue à celle qui existe entre la paralysie post-diphthérique et la diphthérie.

Partout et toujours le développement des lésions tardives de la syphilis peut devenir un danger pour l'existence.

Des maladies diverses, en affaiblissant la résistance des sujets, peuvent aggraver et hâter la marche de la syphilis. Parfois, et spécialement sur la langue, les gommes peuvent subir la dégénérescence cancéreuse. En certains points, et en particulier au sein, une gomme peut être prise pour un cancer et il est probable que le succès définitif de beaucoup d'opérations pour des tumeurs malignes est dû à une erreur de diagnostic de ce genre. Les traumatismes peuvent, chez les anciens syphilitiques, être le point de départ de lésions syphilitiques, même lorsque l'infection remonte à un très grand nombre d'années.

M. Abner Post (Boston). — On hésite encore trop souvent à admettre, chez les adolescents, la nature syphilitique de lésions pour lesquelles on porterait sans hésitation ce diagnostic s'il s'agissait d'adultes. On peut admettre, quoiqu'il soit très difficile de faire des statistiques exactes sur ce point, qu'il y a environ 30 0/0 des syphilitiques qui sont exposés à des manifestations tardives très graves. Il ne semble pas qu'aucune méthode de traitement assure une immunité absolue contre des accidents ultérieurs. Les adénopathies, si fréquentes dans la syphilis précoce, n'ont presque aucune valeur diagnostique dans la syphilis tardive, où elles sont assez rares. Le caractère nocturne des douleurs osseuses a une grande importance diagnostique et doit être recherché avec soin, cependant il ne faut pas lui accorder une valeur exagérée lorsque les douleurs occupent un siège qui n'est pas habituel dans la périostite syphilitique. Les lésions syphilitiques du foie et de la rate peuvent s'accompagner d'altérations du péritoine. L'appareil gastro-intestinal est quelquefois le siège de lésions graves, trop peu connues et dont on méconnait souvent la nature.

M. R. Edes. — Les lésions artérielles ont une grande importance dans la syphilis du système nerveux. Quoique l'ataxie locomotrice se rencontre souvent chez les syphilitiques, on ne peut en faire une manifestation de la syphilis.

M. Nevins Hyde (Chicago). — Sur 100 cas de syphilis observés dans la pratique civile, j'ai rencontré 79 fois des lésions tertiaires ou tardives; 11 malades ont été traités pour des manifestations précoces et pour des manifestations tardives et 13 fois des accidents dits tardifs se sont montrés dans la première année de la syphilis. Les causes de la syphilis tardive sont en première ligne les troubles de la nutrition, en y comprenant l'obésité, puis l'alcoolisme et l'abus du tabac et, enfin, l'absence complète de traitement, ou un traitement insuffisant ou mal conduit.

Association de neurologie.

Lésions du système nerveux dans l'intoxication saturnine.

M. Fisher. — Chez un homme de 34 ans, atteint d'intoxication saturnine chronique, j'ai trouvé une dégénérescence des nerfs périphériques, une sclérose des cordons de Goll, des cordons antéro-latéraux et de la région des racines postérieures, avec une dégénérescence des cornes antérieures. Je crois que le plomb et probablement aussi l'arsenic atteignent indépendamment l'un de l'autre le système nerveux périphérique et le système nerveux central.

M. Dana. — J'ai vu les pièces de cette autopsie et je ne suis pas sûr que les lésions soient dues au plomb. Le plomb semble avoir une action élective pour les nerfs périphériques.

M. Riggs. — Je crois que les lésions étaient plus probablement dues à l'artério-sclérose.

M. Lloyd. — Voici des pièces histologiques d'un cas d'ataxie locomotrice développée sous l'influence de l'intoxication saturnine.

Cancers qui favorisent la sclérose perituberculeuse.

M. Loomis au cours d'une allocution faite en séance générale a dit que sur 521 autopsies, il a rencontré 41 fois, c'est-à-dire 8 fois sur 100, des lésions de tuberculose guérie chez des sujets morts d'affections étrangères à la tuberculose. 38 fois, il y avait des adhérences solides du poumon à la paroi costale avec froncement et dépression de la surface adhérente; sur les coupes, on voyait de nombreux nodules fibreux disséminés dans le sommet, la plupart immédiatement au-dessous de la surface adhérente et se continuant avec la plèvre épaissie, un petit nombre seulement dans les parties profondes du poumon. A la partie centrale de ces nodules, il y avait ordinairement des masses molles calcaires ou caséeuses et dans 6 cas de petites cavités closes. Un petit nombre de nodules présentaient une cicatrice linéaire, marquant le siège d'une cavité guérie. Au voisinage de ces lésions, le poumon était ordinairement emphysémateux. Le tissu fibreux des nodules présentait une pigmentation plus ou moins prononcée.

Le tissu fibreux qui se développe autour des lésions tuberculeuses tire son origine de cellules embryonnaires infiltrées soit dans le tissu conjonctif interlobulaire, soit dans les parois alvéolaires, soit autour des vaisseaux et des bronches qui finissent par être rétrécies et oblitérées par suite du développement du tissu fibreux. Le développement de ce tissu fibreux dépend probablement de conditions diathésiques. La diathèse fibreuse en favorise le développement, tandis que la diathèse strumeuse l'empêche. Le pronostic de la tuberculose pour une grande part de l'état diathésique et des antécédents héréditaires du malade. La tuberculine de Koch, si elle a quelque influence sur l'arrêt du processus tuberculeux, la doit à ce qu'elle produit dans les zones environnant les tissus malades des processus inflammatoires qui favorisent le développement de tissu fibreux.

REVUE DES JOURNAUX

Aristol (Notes on the therapeutic uses of aristol), par D. Lewis (*Medic. Record, New-York*, 6 juin 1891, p. 642). — Lewis a eu à se louer de l'aristol dans un cas de cancer de la paroi abdominale où son emploi a rapidement fait disparaître l'odeur de la suppuration, dans les ulcérations simples du col utérin, dans le catarrhe nasal chronique avec ozène, dans toutes les affections cutanées à tendance suppurative, dans l'hyperhidrose palmaire, mais surtout dans l'érysipèle, où il a vu des applications de collodion à l'aristol arrêter la marche d'érysipèles très graves.

Action des hypnotiques sur la digestion (The action of some recent hypnotics on digestion), par J. Gordon (*British medic. journ.*, 18 juillet 1891, p. 115). — D'expériences de digestions artificielles faites en présence des substances suivantes, l'auteur conclut que : le chloralamide en fortes proportions n'a pas d'influence sur la digestion de cette substance, et qu'elle ne retarde jamais la putréfaction; la paraldéhyde accélère la digestion de la fibrine; l'uréthane en fortes proportions retarde la digestion de la fibrine, mais en faibles proportions ne modifie pas sa digestion, elle ne retarde jamais la putréfaction; le sulfonal en fortes proportions retarde la digestion de la fibrine, et ne retarde pas la putréfaction.

Traitement de la syphilis par les injections mercurielles, par A. Brousse (*Gaz. hebd. des Sc. médicales de Montpellier*, 1891). — L'auteur recommande l'injection de un dixième de seringue de Pravaz d'un mélange obtenu par le mélange à chaud de 20 gr. de mercure purifié avec 5 gr. de lanoline, auquel on ajoute lentement 35 gr. d'huile de vaseline; chacune de ces injections correspond à 0,05 centigr. de mercure métallique. Il considère les injections insolubles comme préférables aux injections solubles de sels mercuriels et comme devant être employées toutes les fois qu'on veut faire disparaître rapidement et sûrement les manifestations syphilitiques chez un sujet vigoureux ou lorsqu'on a affaire à des malades capables de se soustraire au traitement, comme les prostituées et les soldats; les injections solubles doivent être réservées aux cas où il y a contre-indication à l'emploi des injections massives, soit à cause de l'état général du sujet (grossesse, albuminurie, cachexie), soit à cause du mauvais état de la dentition.

La fièvre puerpérale d'autrefois et la fièvre puerpérale d'aujourd'hui, par Labadie-Lagrave et Gouget (*Ann. de gynéc.*, Paris, octobre 1891, p. 244). — Dans ce travail, MM. Labadie-Lagrave et Gouget publient une série de cas d'infection puerpérale qu'ils ont observés à la Maternité. L'analyse de ces faits leur permet d'établir que l'infection puerpérale, en même temps qu'elle a diminué de fréquence, a subi par le fait de l'antisepsie des modifications dans sa physionomie générale, les cas bénins étant aujourd'hui de beaucoup les plus communs. Tandis que le nombre des péritonites a diminué, celui des phlegmatia a considérablement augmenté.

Pour désinfecter la cavité utérine, les auteurs pensent que la méthode des injections, moins dangereuse que le curettage, reste le plus généralement applicable.

La trachélorrhaphie à lambeaux, par Henri Hartmann (*Ann. de gynéc.*, Paris, octobre 1891, p. 300). — Exposé technique d'un procédé de restauration du col, déjà employé avec quelques variantes par Fritsch, par Kleinwæchter, par Sænger. Ce n'est en somme que l'application à la déchirure du col du dédoublement à lambeaux de L. Tait pour la déchirure du périnée.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 10 *novembre* 1891.

Présidence de M. Tarnier.

La séance entière est consacrée à la lecture de rapports de prix :

1° M. A. Robin, sur les *Eaux minérales*;
2° M. L. Collin, sur le *Prix de l'Académie*;
3° M. Blanche, sur le *Prix Civrieux*.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 7 *novembre* 1891.

Différenciation du bacille typhique et du bacterium coli commune.

MM. Chantemesse et Widal. — Dans une communication faite à l'Académie de médecine le 13 octobre dernier, nous avons donné entre le bacille typhique et le *bacterium coli commune* un procédé de différenciation rapide basé sur la culture de ces microbes en milieux sucrés.

Il suffit, en effet, d'ensemencer séparément du bacillus coli et du bacille typhique dans des bouillons sucrés avec de la lactose, de la glucose, ou de la saccharose et additionnés d'un peu de carbonate de chaux, pour voir après quelques heures passées à l'étuve à 37° le bacillus coli donner une abondante production de bulles de gaz venant crever à la surface du liquide, tandis que dans les mêmes conditions le bacille typhique ne produit pas de bulles gazeuses visibles à l'œil nu.

Voici des tubes de bouillon additionnés de carbonate de chaux et de lactose à 2 p. 100 et ensemencés, hier soir, les uns avec du B. coli, les autres avec du B. typhique. Il est facile de les distinguer : à la surface des premiers on voit de fines bulles, formant mousse, on n'en voit pas à la surface des seconds.

Nous avons donc donné un procédé de diagnostic rapide, facile à mettre en œuvre et qui rendra service aux bactériologistes en leur permettant de différencier en quelques heures le bacille typhique, alors même qu'il a vieilli dans les laboratoires, qu'il fournit sur la pomme de terre une culture jaunâtre et qu'il paraît malaisé à distinguer du bacillus coli par les méthodes classiques.

Cependant si on laisse longtemps le bacille typhique en contact avec la glucose ou la saccharose, l'hydro-carbure fermente sans grand dégagement de bulles, comme l'a indiqué M. Dubief après M. Brieger pour la glucose. Mais si le bacille typhique peut amener la fermentation de quelques sucres, il en est un tout au moins, la lactose, avec lequel, contrairement au B. coli, il ne donne pas de fermentation.

Nous prenons trois grands ballons contenant chacun 1/2 litre de bouillon de veau, sans peptone et additionnés d'une dose considérable de lactose (7.4 p. 100) et de 10 grammes de carbonate de chaux. Nous ensemençons l'un avec du bacille typhique, l'autre avec du B. coli, nous conservons le troisième comme témoin et nous portons le tout à l'étuve à 37°. Des bulles abondantes se dégagent rapidemement à la surface du liquide ensemencé avec le B. coli. A aucun moment on ne voit apparaître de bulles semblables dans le ballon ensemencé avec le B. typhique.

Après quarante jours passés à l'étuve à 37° la lactose est dosée dans les trois ballons avec la liqueur de Fehling. On trouve une disparition très notable de sucre dans le ballon ensemencé avec le B. coli, mais entre le ballon ensemencé avec le B. typhique et le ballon témoin, on ne constate qu'une différence à peine sensible, ne dépassant pas les limites ordinaires des écarts que comporte ce procédé de dosage.

Si l'on examine au polarimètre les trois bouillons préalablement décolorés par le noir animal après treize jours de séjour à l'étuve, on constate que le ballon témoin contient une quantité de sucre équivalant à 73 gr. 90 par litre, que le ballon ensemencé avec le bacille typhique en contient 73 gr. 12, et que le ballon ensemencé avec le B. coli n'en contient plus que 67 gr. 47.

Le B. coli a donc fait fermenter la lactose et en a consommé 6 gr. 1/2 en treize jours, le bacille typhique n'a attaqué que 80 centigrammes de ce sucre.

Quel a été ici le procédé de destruction de ces 80 centigrammes de lactose par litre ? Y a-t-il eu fermentation alcoolique ou fermentation lactique, ou oxydation?

Tandis que dans les bouillons de lactose ensemencés par le bacillus coli on constate très nettement la présence de l'alcool; dans les cultures de bacille typhique on ne trouve pas trace d'alcool ; la distillation ne fait voir aucune gouttelette huileuse venant se condenser sur les parois du serpentin.

Pour reconnaître si la culture typhique contient de l'acide lactique, nous avons dosé dans le bouillon témoin et dans le bouillon typhique la chaux retenue en dissolution. Le bouillon typhique, après treize jours de culture, contenait en dissolution 6 centigrammes de chaux en plus par litre que le bouillon témoin. Il n'y avait donc pas de sel de chaux en proportion notable dissous dans la liqueur. Nous n'avons pas réussi à mettre en évidence l'acide lactique en cherchant à former un lactate de zinc.

En résumé, nous n'avons trouvé ni fermentation alcoolique, ni fermentation lactique appréciable dans le bouillon contenant de la lactose et ensemencé par le bacille typhique. Le résidu de l'évaporation renfermait seulement des traces d'acétate de chaux.

Par conséquent, le mot de fermentation qui, depuis les travaux de M. Pasteur, de M. Duclaux et de leurs élèves, a un sens bien déterminé, ne peut s'appliquer ici, et nous pouvons répéter que le bacille typhique ne fait pas fermenter la lactose.

M. Dubief affirme que le lait ensemencé par le bacille d'Eberth se coagule quand on le laisse longtemps à l'étuve. L'auteur aurait dû préciser le nombre de jours qui, d'après lui, sont nécessaires pour amener cette coagulation. Nous avons, de notre côté, laissé à l'étuve à 37 degrés du lait ensemencé avec du bacille typhique et nous avons constaté, après une période de temps dépassant deux mois, que ce lait avait conservé toute sa fluidité, et qu'il contenait une culture très peuplée et très vivante de bacilles typhiques. Nous n'avons eu de coagulation que lorsque, par hasard, une impureté s'était glissée dans nos cultures.

Visant notre note du 13 octobre, MM. Rodet et Gabriel Roux (de Lyon), dans la séance du 20 du même mois, s'exprimaient ainsi à l'Académie : « Il ne suffit pas de démolir, à grand fracas, une théorie; il faut justifier cet acte. » Laissons, pour le moment, les arguments qui ne sont que pure rhétorique, et revenons simplement sur quelques faits.

Dans leur dernière note, MM. Rodet et Gabriel Roux parlent encore de plusieurs conditions, telles que le vieillissement, l'action des antiseptiques, le chauffage doux ou brutal, comme capables de donner au bacillus coli les caractères du bacille d'Eberth.

Il aurait fallu, tout au moins, préciser la durée de ce vieillissement, la nature et la durée d'action de ces antiseptiques. Nous ne discuterons pas sur des inconnues. Cependant, nous pouvons dire qu'une culture en bouillon de B. coli laissée pendant deux mois à l'étuve à 37 degrés jusqu'à évaporation presque complète du liquide, contient des microbes qui présentent encore tous les caractères du B. coli et qui font toujours coaguler le lait. Une culture de B. coli faite dans un milieu contenant 1 p. 800 d'acide phénique ou 1 p. 400 d'acide tartrique, laissée pendant six semaines à la température de 37 degrés, contient également des microbes dont les caractères sont toujours ceux du B. coli et qui font également coaguler le lait.

Sur le chauffage brutal, MM. Rodet et Gabriel Roux sont plus précis. Ils soutiennent encore, comme ils l'avaient déjà fait, sans restriction, qu'en chauffant quelques gouttes de culture de B. coli en petits tubes dits homœopathiques, et cela pendant treize minutes, ils ont pu donner au B. coli un caractère éberthiforme, consistant en un abaissement de la température limite de culture.

Or, nous avons déjà établi, qu'en quelques secondes, à la température de 80 degrés, les cultures du B. coli étaient tuées. Nous soutenons à nouveau toute l'exactitude de ce fait avancé par nous, que nous venons de contrôler encore avec des cultures de B. coli, que M. Escherich nous a obligeamment envoyées. Lorsque l'on dit qu'on chauffe un microbe pendant un temps donné, à 80 degrés, en expérimentation, tout le monde s'entend. C'est le microbe qui doit être porté à cette température pendant le temps désigné, et dans la question, la qualité de la verrerie employée ou le calibre du tube ne peuvent entrer en ligne de compte. Cependant, alors même qu'on immerge dans l'eau à 80 degrés un tube d'un centimètre de diamètre, contenant 10 centimètres cubes de B. coli, cette culture est tuée en moins de treize minutes.

Il est donc surprenant de voir MM. Rodet et Gabriel Roux revenir sur cette erreur de fait, si facile à constater pour tout expérimentateur.

Un argument d'une importance capitale pour le pathologiste et sur lequel nous reviendrons ailleurs, avec tous les développements qu'il comporte, est le suivant :

Le bacillus coli, lorsqu'il devient pathogène pour l'homme, lorsqu'il passe dans l'organisme humain pour déterminer la péritonite, des suppurations, des accidents cholériformes, des méningites ou des infections généralisées, se retrouve toujours dans les tissus avec les caractères à lui particuliers, et jamais avec ceux du bacille d'Eberth. On sait que MM. Rodet et Gabriel Roux avaient soutenu que par simple passage à travers l'organisme humain, le B. coli transformait ses caractères en ceux du bacille typhique. Dans leur dernière note, ils répondent en reculant l'hypothèse et en disant que ce n'est pas un organisme humain quelconque, mais l'organisme des typhiques qui possède le pouvoir d'opérer cette transformation.

Cette hypothèse pourrait être reculée ainsi à l'infini et nous ne voudrions pas suivre MM. Rodet et Gabriel Roux sur ce terrain : nous tenons cependant à leur répondre encore que, chez le typhique, comme chez le cholérique et chez le dysentérique, on peut observer par exception des infections secondaires dues au B. coli, comme on peut en observer d'autres dues aux divers microbes de la suppuration. Ces infections secondaires d'origine colienne font apparaître chez le typhique des symptômes particuliers, et chez lui on retrouve alors le B. coli avec tous ses caractères. Par conséquent lorsque, par exception, le B. coli pénètre les organes d'un typhique, il s'y conserve avec tous ses caractères habituels.

Dans leur note du 20 octobre, MM. Rodet et Gabriel Roux laissent entendre qu'ils auraient constaté une transformation analogue, par simple passage du bacillus coli à travers l'organisme de *certains* animaux. Pourquoi donc MM. Rodet et Gabriel Roux ne nous ont-ils pas fait connaître ces animaux ? Ils auraient ainsi apporté un argument en faveur de leur thèse. Quant à nous, en inoculant le bacillus coli à des lapins et à des cobayes, animaux sensibles à ce microbe, nous avons déterminé les accidents pathogènes bien connus depuis les expériences d'Escherich et toujours nous avons retrouvé dans les organes des animaux le B. coli avec tous ses caractères typiques.

D'ailleurs, pourquoi tant discuter ? MM. Rodet et Gabriel Roux nous ont-ils indiqué le moyen de transformer le bacterium coli en bacille typhique avec tous ses caractères typiques, ou, inversement, de transformer le bacille typhique en B. coli caractérisé ? A cette double question, on ne peut répondre que par la négative.

Ce sont donc MM. Rodet et Gabriel Roux qui, « à grand fracas, » ont tenté d'élever une théorie sur des faits qui ne résistent pas au contrôle. Quant à nous, nous n'avons jamais eu la prétention de renverser de théorie. Nous n'avons fait que l'examen d'une hypothèse qui peut paraître séduisante aux deux médecins lyonnais, mais qui, jusqu'ici, ne repose sur aucune base solide.

Nos connaissances actuelles en systématique microbienne sont trop rudimentaires pour que nous puissions savoir quelle place exacte revient dans la classification des microbes au bacille typhique et au B. coli. Il se peut qu'ils appartiennent à la même famille et qu'on remontant à l'origine des espèces, on leur trouve une souche commune, de même qu'à l'homme et au singe, par exemple. Mais aujourd'hui, dans la nature, ils sont différenciés l'un de l'autre et on peut dire que le bacille

d'Eberth est aussi spécifié entre les microbes que la fièvre typhoïde entre les maladies.

Dilatation des joues chez les souffleurs de verre.

M. Regnault (de Marseille). — Cette affection s'observe chez le tiers environ des ouvriers, et n'arrive guère à complet développement qu'après 10 à 15 ans de travail.

A l'entrée dans les verreries, vers 15 ans, les jeunes ouvriers accusent une fatigue, un endolorissement de la joue, qui irradie vers l'oreille. Puis la joue s'affaiblit peu à peu, se laisse forcer et l'on assiste au développement de la déformation dont ces photographies montrent des exemples avancés. C'est aux dépens de l'affaiblissement du buccinateur que la joue se gonfle : la tuméfaction a pour limite en arrière le bord antérieur du masséter.

Il s'ajoute une dilatation spéciale du canal de Sténon dont le calibre est augmenté, et l'orifice saillant, élargi. Ce canal est rempli d'air qu'on peut chasser par pression extérieure en produisant une crépitation gazeuse manifeste.

Les symptômes fonctionnels sont presque nuls; c'est à peine si les aliments ou boissons se perdent par instants entre la joue et l'arcade dentaire. Il n'y a pas de douleur, pas de trouble de la fonction salivaire. J'ai noté parfois un épaississement notable de l'épithélium de la muqueuse de la joue.

Cette affection m'a paru intéressante à noter à cause de son importance comme stigmate professionnel. Elle n'est pas très connue : j'en ai relevé seulement un exemple dans l'anatomie de M. Tillaux. Mais l'anatomie artistique a pour ainsi dire consacré cette déformation : des Rubens et des Puget du Louvre la montrent chez des tritons soufflant de la conque.

Physiologie des tubercules quadrijumeaux.

M. Laborde. — L'irritation unilatérale de ces parties provoque le myosis du côté opposé : c'est un point vu dès longtemps par Magendie et Flourens, et vérifié par moi dans maintes circonstances. Le fait ayant été contesté récemment en Allemagne, j'ai repris l'expérience sur la grenouille et les oiseaux, surtout le corbeau qui est très résistant et très favorable pour cette recherche. Le résultat a toujours été le même : la pupille se contracte d'une manière durable du côté opposé à l'excitation.

Il faut donc avoir soin de ne pas exciter le petit ganglion voisin, dit de l'habenula : sans cela, l'effet pupillaire manque, ce qui a sans doute induit en erreur quelques expérimentateurs.

Je pense que les cliniciens et anatomo-pathologistes pourront tirer parti de cette constatation dans les maladies où intervient le myosis, celles par exemple qui comportent le signe d'A. Robertson.

M. Beauregard mentionne quelques observations faites sur un cétacé de la Méditerranée.

M. Mégnin communique des observations sur 1° la sangsue du nord de l'Afrique, qu'on trouve dans la bouche des chevaux ; 2° un tænia inerme du pigeon.

M. Saint-Hilaire envoie une note sur la variation du pouvoir antiseptique suivant la température.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 6 novembre 1891.

Présidence de M. E. Labbé

Hystérie masculine mono-symptomatique dans un cas de tabès.

M. Siredey rapporte l'histoire d'un malade âgé de 45 ans, tabétique récent et chez lequel l'hystérie trahit sa présence par un symptôme révélateur, mais un symptôme en quelque sorte pathognomonique, l'hémispasme glosso-labié. Le diagnostic d'hystérie porté par M. Babinski en raison de ce seul symptôme fut confirmé par le fait suivant. On suggestionna au malade à l'état de veille et à l'aide de quelques secousses électriques qu'il pouvait ramener la langue dans la rectitude, et il put au bout de 1 à 2 minutes exécuter avec la langue les mouvements qu'on lui commandait.

L'hémispasme glosso-labié, comme aussi le mutisme, a donc une importance exceptionnelle pour le diagnostic. C'est, comme l'a dit M. Babinski, un véritable accident spécifique de l'hystérie.

ur quelques phénomènes rares de l'intoxication sulfo-carbonée.

M. Rendu. — Une jeune fille de 15 ans, réglée depuis l'âge de douze ans, était employée depuis trois ans à vulcaniser des ballons de caoutchouc et était par suite exposée à des émanations de vapeur sulfo-carbonée. De temps à autre, lourdeurs de tête passagères et de plus abondance un peu insolite des règles.

A partir de septembre dernier, céphalalgie tenace revenant chaque soir; vers le 15 septembre, céphalalgie plus intense et contracture douloureuse des mâchoires, suivie bientôt de douleurs du cou et de la colonne vertébrale.

La raideur des mâchoires contraint bientôt la malade à se nourrir exclusivement de lait.

La contracture gagne les jambes, puis les bras. Bref, impotence fonctionnelle presque complète et douleurs permanentes dans les muscles.

Le 17 octobre, jour de l'entrée dans mon service, la démarche est hésitante par le fait de la rigidité musculaire, mais rien ne rappelle la faiblesse des paraplégiques. La malade présente de plus une stomatite intense.

Le réflexe plantaire est normal, le réflexe patellaire est très augmenté. Trépidation épileptoïde du membre inférieur.

Des badigeonnages répétés faits sur les gencives avec de l'eau oxygénée et des gargarismes à l'eau boriquée amenèrent une disparition rapide de la stomatite. Contre la contracture et la rigidité musculaire, le chloral à dose de 4 grammes par jour agit également avec efficacité, si bien que, le 28 octobre, la malade pouvait être considérée comme guérie.

La contracture et la stomatite doivent sans aucun doute être mises sur le compte de l'intoxication sulfo-carbonée, mais la stomatite est secondaire, croyons-nous, à la contracture des masséters.

L'intoxication sulfo-carbonée a-t-elle été le facteur direct des troubles nerveux ou bien a-t-elle servi uniquement de prétexte au développement des phénomènes hystériques chez cette jeune fille?

C'est là une supposition d'autant plus plausible que la contracture est une manifestation exceptionnelle dans l'intoxication sulfo-carbonée, et commune au cours de l'hystérie. D'autre part, M. Marie a démontré que dans nombre de cas l'intoxication sulfo-carbonée est une cause provocatrice d'hystérie. Malgré cela, l'absence d'antécédents nerveux nous fait repousser l'idée d'une hystérie toxique. Je considère les contractures de cette malade comme sous la dépendance directe de l'intoxication sulfo-carbonée, bien que le fait soit très rare. Cette manière de voir, du reste, est conforme à ce que nous savons de l'action physiologique de la plupart des substances qui paralysent le système nerveux et dont les effets hyposthénisants sont, presque toujours, précédés par une excitation préalable des centres nerveux.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 4 novembre 1891.

Présidence de M. Terrier

Hystérectomie vaginale pour suppurations pelviennes.

M. Quénu. — En dehors de M. Terrillon, presque tous les orateurs qui ont pris la parole dans la dernière séance se sont occupés de la question au point de vue théorique. Je veux rester sur le terrain des faits et j'apporte 11 faits personnels que l'on peut classer en deux groupes : 1° salpingites suppurées; 2° salpingites kystiques ou catarrhales. — J'ai opéré par l'hystérectomie vaginale 6 salpingites suppurées : 2 étaient ouvertes déjà dans le rectum; 2 dans le vagin; 2 formaient des poches fermées contenant une grande quantité de pus. Ces 6 malades ont guéri; mais chez l'une il y a une fistule vaginale, très peu importante, il est vrai, qui persiste. — J'ai en outre opéré par le même procédé 5 salpingites catarrhales avec périovarite. J'ai eu dans cette série une mort, mais elle est due à une faute opératoire, rentrant dans ce qu'on pourrait appeler, à l'instar des astronomes, l'erreur

personnelle. J'ai ouvert la vessie en décollant l'utérus. Il s'agissait d'ailleurs dans ce cas de lésions anciennes. Quelque temps après l'opération, je m'aperçus que l'urine était sanguinolente, j'examinai la malade et recherchai la lésion vésicale. Je ne trouvai rien. La perforation vésicale ne fut dépistée qu'à l'autopsie. Dans un autre cas, qui a guéri, les douleurs n'ont pas disparu tout à fait après l'opération; mais aujourd'hui cette personne semble radicalement guérie. En somme, sur 11 cas, j'ai eu une mort et 10 résultats opératoires heureux. Sur ces 10 guérisons, il n'y en a guère qu'une seule qui peut être considérée comme incomplète (fistule vaginale). Encore la production de cette fistule me semble-t-elle indépendante du procédé employé. Les résultats secondaires, c'est-à-dire éloignés, me paraissent bons autant que je puis en juger, étant donnée l'époque à laquelle remontent ces interventions. J'ai opéré mes deux premières malades par le procédé classique, celui de Péan, c'est-à-dire en recourant au morcellement. Depuis, j'ai procédé différemment suivant les cas : 1° quand l'utérus est immobilisé, enclavé, j'ai encore eu recours au morcellement; 2° mais quand cet organe était abaissable, je l'ai sectionné d'abord en deux valves latérales, la section étant antéro-postérieure et allant d'un bout à l'autre de l'utérus. De la sorte, on a besoin de moins de pinces et l'on peut crever plus facilement les poches purulentes. Dans certains cas, au lieu de placer des pinces sur l'extrémité inférieure des ligaments larges, j'ai appliqué des ligatures à la soie. Il ne faut pas abuser des injections intravaginales au cours de l'opération. Quand il existe un diaphragme supérieur pseudo-membraneux limitant en bas le petit bassin et séparant les organes génitaux de la grande cavité abdominale, on peut y avoir recours sans danger. Il n'en est plus ainsi quand on a ouvert le péritoine : il vaut mieux essuyer sur place. Dans 6 cas, je n'ai pas ouvert la séreuse (5 cas de salpingites suppurées, 1 cas de salpingite catarrhale).

En ce qui concerne les indications de l'opération de Péan, voici mon avis : On peut opérer par la voie abdominale, quoi qu'en ait dit M. Delbet, les salpingites suppurées ouvertes dans les cavités voisines (rectum et vessie). M. Terrier et moi et bien d'autres l'avons fait. Mais ce sont là des opérations graves, déterminant parfois la production de fistules hypogastriques persistantes, quand il n'y a pas mort opératoire. Par conséquent l'hystérectomie vaginale est préférable dans ces cas. Pour les salpingites suppurées non ouvertes dans les cavités voisines, il faut faire des distinctions. Les unes sont facilement énucléables, sont à peine adhérentes : celles-là doivent être enlevées par la laparotomie. Les autres sont enclavées dans le petit bassin, sont d'une immobilité absolue, soudées aux parties voisines par des adhérences anciennes et solides : celles-là doivent être traitées par la voie vaginale. On n'ouvre pas alors la cavité péritonéale et en extrayant l'utérus du bassin on ne fait qu'une large ouverture d'abcès. En ce qui concerne les salpingites catarrhales, les ovaires scléro-kystiques, l'opération vaginale est plus grave que la laparotomie, à cause de deux dangers (difficulté de l'hémostase par le vagin, adhérences de l'utérus à la vessie, surtout quand il y a cystocèle). Il existe en outre une forme bizarre de salpingite, dite sèche, accompagnée de loges kystiques, dans lesquelles à la laparotomie il est impossible de retrouver les annexes pour les enlever; dans ces cas tout spéciaux, l'hystérectomie vaginale est préférable. Enfin il est probable que l'opération de Péan pourra encore être utilisée dans certaines variétés de péritonites tuberculeuses, ayant débuté par une tuberculose des trompes.

M. Terrier s'est ingénié depuis la communication de M. Segond à chercher des malades pour lesquelles l'opération de Péan fût indiquée. On sait que pour lui l'hystérectomie vaginale n'est de mise que dans les cas de vieilles salpingo-ovarites suppurées adhérentes, ouvertes ou non dans le rectum ou le vagin. Or il n'en a trouvé que deux : ce qui montre bien que ces formes cliniques de salpingite sont rares. 1re obs. Femme de 45 ans, malade depuis 12 à 15 ans, ayant eu des abcès d'origine salpingitique de tous les côtés, morphinomane, albuminurique, etc. Il lui fit l'hystérectomie vaginale, opération qu'il trouva fort difficile, surtout en ce qui concerne l'hémostase. Il ouvrit la grande cavité péritonéale. Mort en 48 heures d'accidents septiques. — 2e obs. Femme atteinte de pelvi-péritonite, avec adhérences intestinales, fièvre, suppuration péri-utérine datant de plusieurs années. Opération facile malgré un léger prolapsus de la vessie. 4 pinces. Poches purulentes en arrière de l'utérus. Guérison. — En somme l'hystérectomie vaginale dans les cas de suppurations pelviennes doit être une opération d'exception et non pas une opération de choix.

M. Segond. — Le nombre croissant d'hystérectomies vaginales faites pour salpingite montre la valeur de cette opération dans cette affection et cela très suffisamment ; il est inutile d'insister davantage sur ce point. En ce qui concerne les indications, son avis est formel : dans tous les cas où il y a bilatéralité des lésions, quelle que soit la variété de salpingite qui soit en cause, il préfère la voie vaginale à la laparotomie et il ne croit pas que le diagnostic de cette bilatéralité soit impossible à faire dans la très grande majorité des cas. Mais avant de prolonger cette discussion, il veut attendre, afin de voir quels résultats vont donner ses observations. Si elles montrent — ce dont il est dès aujourd'hui convaincu — que le pronostic opératoire n'est pas plus grave pour l'opération de Péan que pour la laparotomie et que les résultats éloignés sont supérieurs à ceux de cette dernière opération, il faudra bien que l'on convienne que la voie vaginale est préférable. Jusqu'à présent il a fait 64 hystérectomies et il n'a eu que 8 morts. Il n'y a pas eu un décès dans les cas simples. Il n'a pas varié d'opinion sur le manuel opératoire à préférer. Il faut toujours voir ce que l'on fait et assurer l'hémostase avant d'avancer. On ne doit marcher que la pince à la main. Dans les cas de pelvi-péritonite les femmes saignent très peu et on peut se contenter de quelques pinces. Cela tient aux lésions existantes et non pas au manuel opératoire. On profite d'un état anatomique donné du terrain où l'on travaille. Mais quand on opère comme il faut, ça ne saigne qu'au début, au moment de l'incision du vagin. La modification proposée par M. Quénu (section antéro-postérieure) est très hémostatique, mais elle ne peut être employée que dans les cas d'utérus abaissable. M. Segond a observé quelques complications post-opératoires. Une fois, au 15e jour, il s'est produit une collection purulente nouvelle qui s'est ouverte d'elle-même dans le vagin et a guéri spontanément. Dans un autre cas, il a assisté à la formation d'un hématome suppuré et cependant les annexes n'étaient pas suppurées.

M. Richelot insiste sur la bénignité de l'hystérectomie vaginale : ainsi M. Segond n'a eu que 8 morts sur 64 cas ; quant à lui, il possède 60 observations avec 3 morts seulement.

M. Bazy. — Il faut distinguer les hystérectomies suivant qu'elles sont faites dans tels ou tels cas. Il est bien certain qu'il n'y a pas à comparer les hystérectomies de M. Terrier avec celles de MM. Segond et Richelot. Elles ne s'appliquent pas aux mêmes malades.

M. Segond est aussi d'avis qu'il ne faut pas grouper dans une même classe les hystérectomies pour suppurations pelviennes, cancer ou fibrome.

M. Moty présente une pièce relative à des *calculs rénaux* restés inaperçus.

M. Reynier montre une poche ayant trait à une *grossesse extra-utérine.*

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OPHTHALMOLOGIE

Séance du 3 *novembre* 1891.

Ténonite.

M. Despagnet rapporte deux observations de ténonite adressées à la Société par M. Sedan (de Toulon). Chez le premier malade on constatait tout le cortège symptomatique d'une inflammation aiguë du segment antérieur de l'œil, mais ce qu'il y eut de particulier dans ce cas, ce fut l'issue d'un liquide citrin, de consistance demi-huileuse, par une moucheture conjonctivale dans l'angle externe. Pareil écoulement n'a jamais été constaté par Dransart qui cependant préconise l'incision de la capsule de Tenon, lorsqu'elle est enflammée, dans le but de faire cesser l'étranglement du nerf optique par les produits inflammatoires.

Dans le second cas il s'agit d'une ténonite à répétition qui, malgré un certain degré d'exorbitisme, traduisant une collection liquide dans la capsule, n'a jamais retenti sur la vision et a guéri par le simple traitement médical.

Amblyopie alcoolique.

M. Despagnet lit un second rapport à propos d'une note clinique sur *l'amblyopie pendant la guerre de Cuba* 1868-78, due à M. Santos Fernandez. D'après son expérience, le médecin de La Havane conclut :

1° Que l'atrophie de la moitié externe de la papille optique a été fréquemment observée à l'île de Cuba pendant l'évolution de l'amblyopie alcoolique ;

2° Qu'elle est très importante pour révéler l'étiologie dans les cas douteux ;

3° Que le tabac ne joue à Cuba qu'un faible rôle dans les cas d'amblyopie alcoolique ;

4° Que le tabac de La Havane n'occasionne pas d'amblyopies, mais seulement des troubles généraux et les perturbations visuelles qui en sont la suite chez les ouvriers employés dans l'industrie de ce produit ;

5° Que, de même que cela a eu lieu partout en des circonstances analogues, l'état de guerre à Cuba a insensiblement amené, par l'abus de l'alcool, une augmentation d'amblyopies alcooliques, qui, la guerre finie, allèrent en décroissant.

Le rapporteur se refuse à admettre une atrophie vraie du segment externe de la papille chez les malades du Dr Santos Fernandez qui n'a apporté à l'appui de son dire aucun examen subjectif (champ visuel, chromatopsie). La décoloration localisée de la papille, disparaissant au fur et à mesure que l'amblyopie rétrocède, doit tenir non à une atrophie vraie, mais à une ischémie par spasme vasculaire dû à l'action de l'alcool. En effet, quand on se trouve en présence d'une papille décolorée dans son segment externe, si l'on opère une légère compression de l'œil en même temps qu'on pratique l'examen à l'image droite, la papille tout entière pâlit, puis, lorsqu'on vient à cesser la pression, la réaction survient, et tout le disque rougit. Pareil fait ne saurait se produire s'il y avait atrophie vraie.

Le peu d'influence du tabac de La Havane peut s'expliquer par sa faible richesse en nicotine et aussi par l'assuétude des gens du pays qui fument dès la première jeunesse.

Cataracte de Morgagni.

M. Parent, à propos d'un travail de M. G. Martin (de Bordeaux) sur *une complication post-opératoire de la cataracte de Morgagni* (*cicatrice cystoïde de la plaie opératoire*), signale l'utilité de la cystotomie périphérique dans cette variété de cataracte, et rappelle la faible résistance du ligament suspenseur du cristallin dans les cataractes régressives. Quant à l'opinion de M. Martin que l'iridectomie est le meilleur moyen de faire cesser les douleurs dans un cas de glaucome absolu, elle est contestable, et mieux vaut recourir dans ce cas à la sclérotomie équatoriale telle que le professeur Le Fort l'a indiquée il y a plus de vingt ans. L'iridectomie, en effet, expose soit à une déchirure complète de la zonule, avec sortie du cristallin si la plaie est suffisante, soit à une subluxation du cristallin, qui peut occasionner l'irido-cyclite avec phthisie consécutive de l'œil. De même la sclérotomie antérieure est, dans le glaucome absolu, souvent dangereuse ou inefficace, et l'œil opéré, même après avoir perdu toute sa chambre antérieure, conserve parfois toute sa dureté primitive. Il n'en est pas de même avec la sclérotomie postérieure ou équatoriale qui est ici l'opération de choix.

Discussion sur la myopie.

M. Vacher, d'après sa pratique, préconise l'extraction du cristallin transparent comme traitement de la myopie excessive, 18 à 20 dioptries, surtout lorsqu'il y a menace de décollement de la rétine. Il a pratiqué plusieurs fois cette opération toujours avec un très bon résultat et il croit être le premier à avoir publié des observations sur ce sujet.

M. de Wecker rappelle que l'extraction du cristallin chez les myopes a été proposée par Adolphe Weber en 1858 au Congrès de Heidelberg et que cette pratique fut vivement combattue par de Græfe. Sans doute les perfectionnements de la technique opératoire rendent actuellement cette intervention moins dangereuse, mais on ne peut accepter qu'elle mette à l'abri du décollement de la rétine ; elle favorise plutôt sa production.

M. Parinaud ne croit pas comme M. Vacher que l'extraction du cristallin puisse arrêter la marche de la myopie, car il considère comme exagérée la théorie ciliaire de cette amétropie. Du reste il a observé un malade qui, opéré de cataracte congénitale 25 ans auparavant par M. de Wecker, avait dû diminuer les verres prescrits et ne portait plus que deux dioptries convexes, preuve que malgré l'opération il était devenu myope. Pour M. Parinaud la myopie est une affection essentiellement héréditaire dans 97 0/0 des cas. Ce qui a faussé les statistiques allemandes, qui invoquent l'hérédité dans 3 0/0 des cas seulement, c'est qu'on n'y a pas tenu compte de l'influence de la croissance sur le développement de la myopie, et à ce point de vue la statistique de M. Nimier qui porte sur des polytechniciens qui ont fini leur croissance ou presque, offre un intérêt particulier, car elle montre que, à quelques exceptions près, la myopie est restée stationnaire pendant le séjour à l'école malgré le travail de près. On aurait tort de vouloir baser la prophylaxie sur les seuls dangers du travail à courte distance, les hygiénistes doivent tenir compte en plus de l'hérédité et de la croissance, s'ils ne veulent s'exposer à promettre plus que ne pourra fournir la mise en pratique de leurs conseils.

M. Abadie trouve légitime l'extraction du cristallin transparent chez les forts myopes, mais, si l'on ne veut pas discréditer cette pratique, il ne faut pas en abuser et l'appliquer lorsque la myopie est inférieure à 15 ou 16 dioptries. Elle supprime en effet l'accommodation ; aussi les malades préfèrent-ils se servir de leur œil non opéré pour voir de près. Chez deux jeunes filles de 16 et 18 ans, M. Abadie a pratiqué la discision et chez une femme de 38 ans l'extraction. Dans ce dernier cas il craignait une cataracte secondaire due aux couches corticales laissées dans l'œil, mais elles se résorbèrent complètement.

M. Galezowski croit que l'extraction du cristallin d'un œil atteint de choroïdite expose fort à un décollement de la rétine ; de plus cette opération ne saurait arrêter la marche de la choroïdite.

M. Parent s'étonne de ce que l'extraction du cristallin chez les myopes permette une acuité visuelle aussi bonne que l'indique M. Vacher, car la persistance de la capsule du cristallin à elle seule suffit pour diminuer notablement la netteté de l'image rétinienne.

M. Vignes sait que le traitement de la myopie faite par la discision ou l'extraction du cristallin après avoir été tentée récemment à la clinique de Berne a été complètement abandonné.

MM. Sedan (de Toulon) *et G. Martin* (de Bordeaux) sont élus membres correspondants nationaux. *MM. Müttermilch* (de Varsovie), *Reid* (de Glasgow), *Santos Fernandez* (de la Havane), *et Sulzer* (de Genève) sont élus membres correspondants étrangers.

H. Nimier.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 2 novembre 1891.

Etude physico-chimique de la fonction du rein.

M. C. Chabrié s'est demandé à quelle manipulation de laboratoire on peut comparer le fonctionnement du rein. Le résultat de ce fonctionnement est la transformation du sang en urine : 1° en en séparant les éléments histologiques, c'est-à-dire une *filtration* ; 2° en en retranchant les substances albuminoïdes, ce qui est bien plus complexe. M. Chabrié s'est procuré du sérum de sujets normaux, l'a défibriné, puis filtré, et a dialysé à travers une membrane animale, et il a constaté de la sorte que le dialyseur du rein fonctionne comme un rein normal : l'urée passe tout entière et l'albumine ne passe pas. Or si l'on compare la grandeur des volumes moléculaires relatifs des diverses substances de l'urine à celle des volumes moléculaires des albuminoïdes du sang, on voit que les volumes sont beaucoup plus considérables pour ces dernières. Il semble donc que le rein laisse d'abord passer les petites molécules, puis les plus grosses, lorsque, son tissu étant altéré, ces molécules viennent à le traverser comme des graviers qui passent à travers un crible. En effet, si on filtre sur porcelaine un liquide contenant à la fois de l'urée et de la sérine, on constate que la première passe plus vite que la seconde.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 6 novembre 1891.

Diabète pancréatique.

M. Thiroloix a fait, dans le service de M. Lancereaux, l'autopsie d'un homme qui est mort après les accidents classiques du diabète pancréatique; il rendait chaque jour 16 à 18 litres d'urine, contenant 500 à 600 gr. de sucre. Il a succombé, selon la règle, à la phthisie pulmonaire. Un fait exceptionnel est que pendant les 29 derniers jours de la vie la glycosurie a cessé. A l'autopsie on a trouvé le pancréas réduit à une bande fibreuse. Il y avait une hypertrophie remarquable de tout l'appareil ganglionnaire du plexus solaire. Les capsules surrénales avaient subi une atrophie kystique, quoique le sujet ne fût âgé que de 45 ans. Le foie pèse 1200 gr. et est d'aspect normal. L'aorte thoracique était saine, mais l'abdominale était très athéromateuse. L'examen histologique sera communiqué ultérieurement.

Hématocèle rétro-utérine. Pérityphlite.

MM. Tuffier et **Rodiguez** présentent deux pièces :

1° Chez une femme de 32 ans, atteinte des accidents classiques de l'hématocèle après avoir présenté des symptômes de métrite post-puerpérale et de périmétrite, la laparotomie conduisit sur une grossesse extra-utérine tubo-péritonéale;

2° Une pièce de pérityphlite prouvant que la perforation ne siège pas toujours sur l'appendice, mais quelquefois sur la paroi antérieure du cæcum.

M. Cazenave montre une *fracture de la base du rocher*, avec ouverture des cellules mastoïdiennes et otorrhagie abondante.

M. F. Regnauld fait une communication sur le diagnostic des sporozoaires et des œufs de certains helminthes trouvés dans le foie de rate.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE LYON.

Bacille typhique.

A la dernière séance d'octobre, **MM. Gabriel Roux** et **Rodet** ont communiqué une note analogue à celle qu'ils ont envoyée à l'*Académie de médecine* (Voy. *Mercredi*, p. 516).

La discussion suivante a eu lieu à ce propos :

M. Bard croit à l'identité des deux germes; il pense que MM. Roux et Rodet ont raison, aussi il proteste contre le rôle que MM. Chantemesse et Widal semblent lui faire jouer dans la question. Il semblerait, d'après la communication de ces derniers auteurs, que M. Bard repousse l'identité de ces deux microbes. Or jamais M. Bard n'a soutenu cette opinion. Il a dans ses expériences avec M. Aubert trouvé fréquemment le bacille coli communis chez un grand nombre de fébricitants, ce qui lui fait supposer que les deux bacilles ne sont ni l'un ni l'autre pathogènes de la fièvre typhoïde; quant à leur identité, il la croit telle que MM. Rodet et Roux l'ont démontrée.

M. Arloing ajoute que les arguments de MM. Roux et Rodet sont certainement démonstratifs; la tendance de ces deux bactériologistes est d'ailleurs excellente, car ils se placent à un point de vue beaucoup plus large que MM. Chantemesse et Widal. M. Arloing est même heureux d'avoir par sa communication au congrès d'hygiène de Londres provoqué ce débat. Il ne faut pas vouloir faire plier les principes devant les faits, comme MM. Chantemesse et Widal tendent à le faire. Peu importe de savoir si la théorie de Murchison est ou non en rapport avec les expériences de MM. Roux et Rodet. Ce qui est certain, c'est que l'opinion de ces derniers élargit considérablement, bien loin de les diminuer, les précautions hygiéniques à prendre contre la dothiénentérie.

ÉTRANGER

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 28 octobre 1891.

Abcès du lobe temporal.

M. A. Baginsky. — Un enfant de 5 ans qui, le 3 ou 4 mai, s'était introduit un pois dans l'oreille, est amené à la clinique. On le met entre les mains d'un spécialiste qui retire le corps étranger et constate une perforation de la membrane du tympan avec suppuration. L'enfant resta à la clinique spéciale, où au bout de trois semaines on avait constaté un ralentissement du pouls devenu irrégulier, des maux de tête du côté malade, de la rétraction du ventre, de légères contractions dans les mains et les pieds avec opisthotonos, de la tendance à la somnolence. Il n'y avait plus de suppuration de l'oreille.

Le 28 juin l'enfant fut transporté à la clinique générale. Le 7 juillet seulement on constate un léger rétrécissement de la pupille gauche. L'enfant se plaint toujours de maux de tête sans pouvoir les localiser d'une façon exacte. Le 11, la région temporale gauche est un peu sensible à la pression, mais rien dans la motilité ni dans la sensibilité n'indique encore de lésion en foyer. Le pouls était descendu à 58.

Le 16, l'état devient sérieux : insomnie, agitation, pouls irrégulier, maux de tête, apathie, rétraction du ventre, position en chien de fusil, raideur de la nuque. Le 20, tous les phénomènes s'accentuent et l'existence d'un abcès du cerveau paraît certaine. Et comme, par analogie, on suppose l'abcès siéger dans le lobe temporal, l'opération est faite le même jour par M. Glück. En effet, la trépanation faite, on tomba sur un abcès volumineux du lobe temporal. Quelques jours après l'enfant fut pris d'une paralysie faciale passagère et de troubles de la parole qui consistaient en la répétition des mots qu'il entendait prononcer devant lui. Aujourd'hui l'enfant est complètement rétabli, sauf une suppuration de l'oreille et la perforation du tympan.

M. Glück. — L'opération a été faite de la façon suivante. Incision arciforme et dissection d'un lambeau périostéo-cutané. Trépanation avec la gouge et le maillet pour faire un orifice de 5 marks environ. A l'incision de la dure-mère il s'écoula une quantité de liquide cérébro-spinal. Après que le lobe fut incisé assez profondément, il s'écoula un jet de pus de 100 gr. environ. Lavage de la cavité au lysol et tamponnement à la gaze iodoformée. Pansement occlusif, guérison sans complications ni fièvre.

M. Jansen espérait aussi pouvoir présenter un malade guéri d'un abcès du cerveau. Malheureusement il est mort dans des conditions qui montrent quelles surprises ces abcès peuvent nous réserver.

Il s'agit d'un mécanicien de 46 ans, qui, à la suite d'une otite moyenne, fut pris de suppuration de l'apophyse mastoïde avec maux de tête du côté droit, vertiges et nausées. On fait la trépanation de l'apophyse et on évacue un gros abcès sans ouvrir la fosse crânienne moyenne. Au 5e jour après l'opération, nouveaux vertiges. Lendemain, 9 août, parésie du bras et du membre inférieur gauches, de même que celle du facial. Les jours suivants les phénomènes s'accusent davantage; en même temps il survient de la somnolence, des maux de tête, des vomissements. Pas de fièvre, pas de ralentissement du pouls.

Le 17, la veille de l'opération, le malade fut examiné par le Dr Oppenheim qui trouva l'état suivant : déviation conjuguée des yeux et de la tête à droite, hémiparésie gauche avec hyperesthésie du même côté et hémianopsie gauche; légère exagération des réflexes à gauche. Diagnostic : abcès du cerveau intéressant la partie postérieure de la capsule interne et la partie postérieure du *thalamus opticus*. Il était pourtant à supposer que l'abcès siégeait dans le lobe temporal et qu'il n'intéressait qu'indirectement les parties, la capsule interne et le thalamus.

Le 18 août, trépanation de l'écaille du temporal au-dessus du conduit auditif. Ponction avec un trocart en dedans et en haut, et écoulement d'une bonne cuillerée de pus fétide. Incision cruciale de la dure-mère, incision de la substance

cérébrale. Tamponnement de la cavité de l'abcès à la gaze iodoformée. Au bout de 7 jours, presque tous les phénomènes morbides avaient disparu après avoir présenté une aggravation le soir de l'opération. Le 12 octobre la cicatrisation était complète, et le malade quittait l'hôpital guéri. Le 17 octobre, le malade retourne dans son pays, et le 18 il est pris de perte d'appétit et de vomissement. Le 21, paralysie faciale gauche et hémiplégie gauche avec convulsions et perte de connaissance. La cicatrice est devenue saillante et présentait des pulsations. Mort le 25 octobre.

Tumeurs intra-thoraciques.

M. A. Frænkel a observé dans le courant de cette année neuf cas de ce genre. Cinq ont succombé, et le diagnostic clinique se trouva confirmé. Dans le sixième cas, le diagnostic fut impossible; trois sont encore en traitement : chez deux il s'agit certainement de tumeurs malignes; chez le troisième le diagnostic est hésitant entre un anévrysme et une tumeur.

Au point de vue clinique, ces cas peuvent se diviser en trois catégories. Dans la première, le diagnostic de tumeur maligne est facile quand il y a expectoration de parcelles comme dans le carcinome de l'œsophage ou dans certaines tumeurs des poumons. Dans la seconde catégorie, se placent les cas où on voit qu'il y a quelque chose dans le thorax, mais où il est difficile de dire s'il s'agit d'un anévrysme ou d'une tumeur. Enfin la troisième catégorie comprend les cas où le diagnostic clinique de tumeur est certain, mais où le diagnostic anatomique fait défaut. C'est à cette catégorie qu'appartenaient les cas dont il est question.

Ainsi un homme de 49 ans tousse depuis 4 mois et expectore des crachats qui contiennent du parenchyme pulmonaire nécrosé, des cristaux d'hématoïdine, des gouttelettes de myéline et des fibres élastiques. A l'auscultation, matité en avant jusqu'à la 3e côte et signes cavitaires au même niveau. Diagnostic (en absence de bacilles dans les crachats) : ulcération du poumon par bronchectasie. A l'autopsie on trouve une ulcération carcinomateuse primitive dans le sommet droit Et jamais les crachats n'avaient contenu de parcelles de tumeurs. Or d'après les auteurs, c'est le seul signe qui permette de poser avec certitude le diagnostic de tumeurs intra-thoraciques.

Ce qui caractérise bien ces tumeurs, c'est la *dyspnée* qui est surtout accusée dans les tumeurs du médiastin, tumeurs qui peuvent provenir des ganglions bronchiques ou des ganglions du médiastin et qui sont le plus souvent des lymphosarcomes. Elles ont une tendance à se développer autour du hile du pancréas et à comprimer les bronches. Dans deux cas l'autopsie avait démontré l'existence de cette compression des bronches Dans un troisième il s'agissait d'un carcinome de l'œsophage ayant pénétré dans la bronche droite.

Avec la dyspnée, on trouve ordinairement du stridor. Mais ces deux phénomènes ne suffisent pas pour le diagnostic. Plus importants déjà sont les *phénomènes paralytiques du côté des cordes vocales*, surtout quand on a affaire à une paralysie bilatérale des cordes vocales, phénomène très rare dans les anévrysmes. Sur huit cas, cette paralysie bilatérale a été notée trois fois. Aussi M. Frænkel croit-il pouvoir dire que *la dyspnée, le stridor et la paralysie bilatérale des cordes sont les symptômes les plus importants permettant de faire le diagnostic de tumeurs malignes intra-thoraciques*.

Un autre symptôme fort important, ce sont les *pulsations diffuses* de la tumeur qu'il ne faut pas confondre avec les pulsations circonscrites et le frémissement des anévrysmes. Viennent ensuite les douleurs de la cyanose qui ne sont constantes ni dans les tumeurs ni dans les anévrysmes. Dans les tumeurs, la douleur ne s'observe que lorsque le néoplasme commence à s'attaquer au système osseux.

Il existe encore d'autres symptômes qui peuvent mettre sur la voie du diagnostic. Tels par exemple les crachats de couleur et de consistance de la gelée de groseille ou couleur d'olive qui furent notés dans deux cas. Ce signe quand il se trouve à côté d'autres plus ou moins significatifs acquiert une grande importance. Tels encore les exsudats pleurétiques particuliers séro-purulents, mais à purulence peu marquée, ou des exsudats ressemblant à du petit-lait où par le repos se forme une sorte de couche crémeuse à la surface du liquide. Quelquefois on trouve dans ces exsudats des cellules spécifiques, carcinomateuses. Parmi ces dernières on rencontre des cellules spéciales, des cellules endotéliales de la plèvre ayant subi la dégénérescence hydropique et contenant des vacuoles très volumineuses.

En terminant, M. Frænkel présente les pièces provenant d'un de ses malades.

Il s'agit d'un homme de 49 ans qui depuis 9 mois était pris de dyspnée avec stridor, d'enrouement et de paralysie double des cordes vocales. Le pouls radial du côté gauche était plus faible que celui du côté droit. On fit le diagnostic de tumeur intra-thoracique. Peu de temps après le malade fut pris d'œdème du visage, de cyanose, de dilatation des veines du cou et du thorax; à la percussion on trouvait une zone de matité qui occupait la partie supérieure du sternum qu'elle dépassait en haut sur une hauteur d'un pouce.

A l'autopsie du malade mort peu de temps après, on trouva une gomme syphilitique qui s'était développée entre la trachée et l'aorte. Elle entourait la bronche droite et l'oreillette droite et comprimait tellement la veine cave supérieure que la circulation dans ces vaisseaux était complètement interrompue et que le vaisseau était oblitéré par un thrombus qui se propageait dans la veine innominée gauche de la jugulaire.

SOCIÉTÉ DE MEDECINE INTERNE

Séance du 2 novembre 1891

Substances mucipares.

M. Kossel a fait sur ce point une communication à la *séance du 13 octobre*. Il a étudié en détail les substances muqueuses, c'est-à-dire la mucine et la nucléine, les a comparées aux gommes végétales, a montré leur grande complexité. Nous devons admettre que dans les conditions pathologiques cette formation de mucus joue un rôle important du côté des noyaux cellulaires. La transformation muqueuse du pus, vulgaire dans le catarrhe vésical, observée parfois dans les épanchements pleuraux, est par contre un phénomène purement passif.

La discussion a eu lieu à la séance du 2 novembre.

M. Ewald a donné quelques détails cliniques sur un cas, cité par M. Kossel, où il y avait de la mucine dans un épanchement pleural chez une femme de 30 ans, ayant subi 12 ponctions : le liquide, d'abord séreux, devint ensuite graisseux et contint de la mucine : à l'autopsie, on trouva un myxo-sarcome mou de la plèvre. Les épanchements graisseux permettent d'ailleurs de soupçonner un néoplasme et en raison de cette constatation M. Ewald a porté le diagnostic de tumeur pleurale dans un cas qu'il vient de ponctionner et dont il présente le liquide à la Société.

M. Fürbringer conteste une assertion de M. Kossel, à savoir que la présence de sel marin et de chlorhydrate d'ammoniaque dans une urine purulente peut provoquer la formation de nucléine; assertion maintenue par M. Kossel.

Névrite multiple.

M. A. Frænkel. — Lorsqu'il a étudié les névrites périphériques multiples, M. Leyden a admis la participation possible du système nerveux central, et des travaux récents ont confirmé cette opinion, pour la substance grise de la moelle et même pour la substance blanche : il s'agit d'un processus toxique pouvant atteindre toutes les parties du système nerveux, pouvant même aboutir aux lésions de l'ataxie locomotrice : on conçoit qu'alors le diagnostic avec l'ataxie puisse devenir difficile, impossible même, d'autant mieux qu'on connaît l'existence de névrites périphériques dans le tabes. Ainsi dans un cas récent le diagnostic est encore pendant : je crois à un tabes et M. Remak à une névrite périphérique. Les trois faits suivants présentent, à d'autres égards, des particularités intéressantes :

1° Un homme de 50 ans, alcoolique, présente à côté des symptômes habituels de la névrite une amnésie très marquée. Les phénomènes psychiques sont extrêmement rares dans la névrite et doivent être rapportés à une lésion du cerveau. Dans des cas de cette nature l'état général du malade est habituellement mauvais; il y a une prostration considérable. Il en fut ainsi dans ce cas : le malade s'affaissa de plus en plus et succomba. A l'autopsie on trouva une déliquescence de la myéline des nerfs périphériques; la moelle était intacte.

2° Le 12 août 1890 on admit à l'hôpital un jeune homme de 14 ans, d'aspect chétif et ne pesant pas plus de 29 kil. 5.

Il pèse actuellement 52 kilos et grâce à une alimentation favorable et un peu d'exercice, il possède un pannicule adipeux assez bien fourni. Les mouvements des jambes sont encore maladroits, la marche est difficile, le bras gauche est complètement paralysé. L'atrophie des muscles pouvait faire croire à une atrophie musculaire progressive.

3° Un cocher de 29 ans se présente avec les symptômes d'une névrite tuberculeuse très accentuée. Il a une paralysie complète des membres inférieurs, une parésie des membres supérieurs, de la raucité de la voix par paralysie de la corde vocale gauche, des douleurs intenses. Grâce à une alimentation bien conduite, ces symptômes disparurent, bien que la tuberculose pulmonaire ne présentât aucun symptôme d'amélioration.

M. Goldscheider. — La participation des nerfs crâniens à la névrite multiple est rare. J'ai observé une fois une lésion du nerf moteur oculaire commun; une autre, une tachycardie par participation du pneumogastrique et ultérieurement une névrite optique gauche. Ce dernier malade a guéri.

M. Remak. — Le diagnostic entre la forme ataxique de la névrite et le tabès ne présente pas de si grandes difficultés. Dans le cas cité par M. Frænkel, mon diagnostic s'est vérifié, puisque le malade est complètement rétabli.

M. Leyden. — Le tableau clinique de la névrite est accepté tel que je l'ai établi il y a 11 ans. Il peut y avoir, dans certains cas, de petites anomalies qui rendent le diagnostic plus difficile; mais en général le tableau clinique est tout différent de celui du tabès. Pourtant le diagnostic peut être difficile avec la névrite alcoolique. Il est probable qu'un grand nombre de tabès guéris doivent rentrer dans cette catégorie.

Dès mon premier travail je me suis élevé contre la distinction dogmatique établie entre le système périphérique et le système central au sujet de leurs relations avec la névrite multiple; l'agent toxique peut atteindre ensemble les deux systèmes. D'après mes observations les lésions centrales portent seulement sur les cellules ganglionnaires de la substance grise; mais je n'ai pas rencontré de lésions de la substance blanche.

Les lésions anatomiques des nerfs dans ces cas présentent des variétés : 1° on peut rencontrer une névrite avec prolifération abondante des cellules et épanchement dans la substance nerveuse et dans la gaine; 2° on peut rencontrer une dégénérescence du nerf avec disparition de la myéline; c'est encore une forme inflammatoire; 3° enfin, depuis mes observations, la paralysie ascendante aiguë doit être rangée parmi les névrites multiples.

AUTRICHE

SOCIÉTÉ IMPÉRIO-ROYALE DES MÉDECINS DE BUDA-PEST

Séance du 24 octobre 1891.

Plaie de l'estomac.

M. Tanarsky. — Le 11 octobre un individu reçoit, dans le cours d'une rixe, un coup de couteau dans l'estomac et a la présence d'esprit de retenir avec la main les viscères qu'il sentait s'échapper par la plaie. Il perd ensuite connaissance et est apporté dans cet état à l'hôpital. A l'examen on trouve à 2 cent. au-dessus de l'ombilic une plaie transversale avec hernie de l'intestin grêle, du côlon tranverse et de la grande courbure de l'estomac avec écoulement du contenu stomacal par la plaie qui mesurait 5 cent. de longueur. Les intestins étaient salis par de la poussière de charbon. En plus, hémorrhagie artérielle par la plaie de l'estomac.

On fit la suture de Lembert pour la plaie de l'estomac, et on réduisit les parties prolabées après les avoir désinfectées. Suture du péritoine et de la peau. Dès le lendemain le malade était si bien qu'il demandait à manger. Au troisième jour, lavement nutritif. Guérison sans accidents en 12 jours.

La pratique à la clinique du prof. Navratil est la suivante : Dans les cas de plaies pénétrantes sans prolapsus du tube digestif, on fait la laparotomie et on recherche la plaie de l'intestin seulement quand il n'existe pas de péritonite et que le malade n'est pas dans le collapsus. La suture de Lembert est faite à la soie quand il s'agit d'une plaie de l'estomac ou de l'intestin, et au catgut quand on a affaire à une plaie de l'intestin grêle.

Érythème polymorphe.

M. Tœrœk rapporte un cas singulier d'érythème polymorphe. La période prodromique avait duré 8 jours et les premières modifications survinrent du côté de la face sous forme de macules et de papules des dimensions d'une tête d'épingle ou d'un pois qui au bout de 8 jours atteignirent le volume d'une pièce de 50 centimes. Le centre des papules était occupé par une pustule qui se desséchait rapidement. Pas de papules sur la muqueuse des lèvres. Pendant deux jours les membres inférieurs étaient le siège d'un érythème noueux. En plus, pharyngite, rhinite et épisclérite.

ANGLETERRE

SOCIÉTÉ PATHOLOGIQUE DE LONDRES

Séance du 3 novembre 1891.

Fermentation de l'urine.

M. Shattock. — On sait aujourd'hui que la transformation de l'urée en carbonate d'ammoniaque est toujours due à une action microbienne. Les recherches de Pasteur sur ce sujet ont été confirmées et complétées par Lister. L'urine stérile reste indéfiniment claire. On rapporte généralement cette décomposition au micrococcus ureæ; mais d'autres peuvent aussi la produire et on a pu isoler déjà une bactérie et 2 micrococci différents et on en a décrit 5 autres. Dans cette recherche, on peut employer deux méthodes : 1° isoler de l'urine le micro-organisme et le déterminer; 2° ensemencer l'urine avec des bactéries qu'on n'y trouve pas ordinairement et voir si elles produisent la fermentation. Une autre question est de savoir si la transformation de l'urée peut être obtenue par une méthode analogue aux changements que produit la chaleur dans les amidons et les matières albuminoïdes. Or si on fait bouillir l'urine pendant quelque temps, l'ammoniaque peut se dégager et il se produit une hydratation graduelle de l'urée. Si on fait bouillir une urine neutre, on obtient un précipité normal de phosphates; si on fait bouillir une urine acide suffisamment longtemps, on obtient le même résultat.

J'ai pris plusieurs tubes d'urine filtrée et stérilisée et dans ces tubes j'ai inoculé des cultures de germes. Un fait remarquable, c'est que dans une urine acide le proteus vulgaris ne vit pas. Une urine faiblement acide, chauffée sans interruption pendant 4 jours, devient amphotérique, ce qui tient à ce qu'il s'y est formé de l'ammoniaque libre; dans cette dernière j'ai vu le proteus vulgaris croître lentement. J'ai aussi expérimenté avec les 2 formes de streptococcus pyogenes; le streptococcus bovis amena une faible réaction ammoniacale de l'urine. Mais c'est avec le staphylococcus albus et l'aureus que j'obtins les effets les plus marqués; en 48 heures l'aureus produisit une abondante fermentation, avec des dépôts de phosphate. Ces observations ont une importance chirurgicale, car généralement on admet que, quand la décomposition se produit, c'est par le micrococcus ureæ venu du dehors et amené soit par les instruments, soit par le mucus visqueux de l'urèthre. Mais les expériences précédentes montrent qu'une pyélite suppurée peut amener une fermentation ammoniacale et produire un précipité de phosphate ammoniaco-magnésien. La production du carbonate d'ammoniaque par cette fermentation n'est pas aussi importante au point de vue pathologique; mais elle avertit de la suppuration. Le carbonate d'ammoniaque peut provoquer une inflammation; les produits de la muqueuse enflammée se mêlent à l'urine et ce sont eux qui fournissent les albumines toxiques et les alcaloïdes qu'élaborent les micro-organismes. Il peut aussi se produire une infection pyogénique indirecte par le sang : c'est ainsi qu'une simple pyélite catarrhale peut devenir suppurative ou une simple cystite catarrhale peut devenir purulente. Je ne sais pas exactement à quelle température se fait l'hydrolysie de l'urée; mais cette action est lente à 60° C. Une véritable fermentation peut avoir lieu sans l'intervention de micro-organismes.

M. Humphry. — Il est certainement très important de savoir que l'urine peut fermenter sans que pour cela des micro-organismes aient été introduits du dehors. Il peut se faire quelquefois une extravasation de l'urine sans danger

sérieux. Je me rappelle avoir opéré un garçon de la pierre; j'avais vidé la vessie à l'aide d'une sonde, mais quand j'incisai la paroi vésicale, de l'urine s'écoula en abondance, venant des uretères distendus et allant imprégner tous les tissus du bassin, sans qu'il s'ensuivît aucun résultat fâcheux.

M. Ord. — Un excès de carbonate d'ammoniaque est préjudiciable aux canaux urinaires. J'ai vu un enfant de 5 ou 6 ans ayant de l'hématurie et dont l'urine était alcaline; cette alcalinité avait produit une inflammation, une hypérémie et finalement une hémorrhagie. L'urine devint acide et l'hémorrhagie cessa après 24 heures de traitement au benzoate d'ammoniaque. La fermentation acide de l'urine a été étudiée par William Roberts; d'après lui on trouve l'acide urique sous la forme d'un tétraurate de potasse, de soude, d'ammoniac et de chaux. La décomposition donne du biurate et de l'acide urique libre qui se précipite. Les urates neutres ont une grande tendance à se décomposer en acide urique et une base alcaline.

M. Shattock. — Si la théorie de William-Roberts était exacte, l'acide urique se déposerait dès que l'urine aurait été expulsée de la vessie; or cela n'a pas lieu.

Cancer thyroïdien.

M. Edgar Willett présente une tumeur maligne du corps thyroïde ayant envahi l'œsophage et les vertèbres cervicales. Les pièces montrent que cette extension a eu lieu par propagation directe. La malade était une veuve âgée de 48 ans et la maladie dura 1 an et 3 mois.

M. Haward. — La malade avait son corps thyroïde augmenté de volume depuis 20 ans, mais ce n'est que depuis 1 an que l'hypertrophie a fait des progrès rapides, produisant de la dyspnée par compression de la trachée. En même temps apparurent les productions secondaires dans les os. Il semble qu'il s'agit là d'une production maligne greffée sur une ancien goître bénin.

Kystes intra-crâniens.

M. Newton Pitt. — Un homme de 46 ans souffrait depuis 18 mois de céphalée frontale ; la nuit il avait des élancements du côté droit, élancements qui devinrent plus fréquents deux semaines avant sa mort ; il devint progressivement triste, apathique, tomba dans le coma et mourut. On trouva deux kystes dans la région frontale, sous la dure-mère. Leurs parois étaient formées de tissu connectif embryonnaire vasculaire d'un quart de millim. d'épaisseur ; ils contenaient, celui de droite, près de 200 gr. et celui de gauche près de 100 gr. d'un liquide séreux mêlé de caillots récents. La dure-mère n'était pas enflammée. Les kystes n'adhéraient que faiblement à la dure-mère et en aucune façon au cerveau. Leur surface interne était aussi unie que celle de la dure-mère normale. C'est un exemple typique de ces kystes dont l'origine hémorrhagique a été démontrée par Prescott Hewett en 1845. Les sources de l'hémorrhagie dans ces cas sont : les veines cérébrales dégénérées au milieu de la péri-encéphalite diffuse des paralytiques généraux ; la dure-mère ou l'arachnoïde à la suite d'un traumatisme; le feuillet viscéral de l'arachnoïde à la suite du typhus, de la fièvre récurrente et d'autres maladies amenant une altération du sang.

Tumeurs des méninges spinales.

M. Jackson Clarke présente un myxo-fibrome des méninges rachidiennes provenant d'une femme de 41 ans, chez laquelle, 3 ans avant sa mort, M. Broadbent avait diagnostiqué une tumeur siégeant dans le canal rachidien, comprimant la région droite de la moelle et la racine de la 12e paire. Il avait conseillé une opération. La tumeur était unie et encapsulée, située dans l'arachnoïde sur le côté droit de la moelle qui était comprimée et ramollie en ce point. Les racines postérieures des 11e et 12e paires dorsales étaient tendues sur la face postérieure de la tumeur ; les racines antérieures, le ligament dentelé, la pie-mère et la dure-mère étaient si peu adhérents à la capsule de la tumeur qu'on put les en séparer très facilement. Les seuls vaisseaux de la tumeur consistaient en une artériole et des veines, branches de la spinale postérieure droite, émergeant juste au-dessus du point d'implantation sur la moelle du faisceau le plus élevé de la racine postérieure de la 11e paire dorsale du côté droit. Pendant la vie, il aurait été aisé d'enlever cette tumeur après l'ablation des lames des 11e et 12e vertèbres dorsales. Les symptômes permettaient en effet une localisation exacte de la tumeur.

Syphilis hépatique infantile.

M. Hector Mackensie. — Voici un foie syphilitique avec des gommes et une cirrhose péri-cellulaire extrême, provenant d'un enfant de 15 ans. Quand je vis l'enfant pour la première fois, il me raconta que son foie était augmenté de volume depuis 9 mois, avec affaiblissement progressif et amaigrissement depuis 3 mois et jaunisse depuis 14 jours. L'enfant avait toujours été faible, mais sans avoir eu jamais aucune maladie déterminée. Le foie était très augmenté de volume et à surface irrégulière. Les artères étaient dures et épaissies. Il y avait aussi des souffles cardiaques. On hésita entre le diagnostic de tumeur maligne et de syphilis, en penchant vers ce dernier en raison de la sclérose artérielle. Pas de signes de syphilis congénitale dans les dents, les yeux ou la conformation de la tête ; pas d'antécédents héréditaires. On eut recours pendant 4 semaines à l'iodure de potassium. Le malade se trouva un peu mieux, mais on ne vit aucun changement survenir soit dans le volume du foie, soit dans l'intensité de la jaunisse. Après un arrêt de 15 jours, on reprit l'iodure de potassium sur la demande même du malade ; on arrêta encore la médication au bout d'un mois en raison de l'apparition d'un rash qu'on attribua à l'iodure. On le reprit au bout de dix jours. Vers la fin le cœur faiblit et on vit apparaître de l'albuminurie, des hydropisies, de l'ascite. Le malade mourut 15 semaines après son entrée à l'hôpital. A l'autopsie on trouva le foie uniformément augmenté de volume ; sa surface était unie, sauf qu'elle présentait deux cicatrices profondes. La vésicule était très distendue par un fluide incolore ; ses conduits étaient bouchés et dilatés. A la section du foie on trouva du tissu fibreux divisant le parenchyme en îlots colorés en vert ou en orangé par la bile. A l'examen microscopique on trouva du tissu fibreux jusque dans les lobules (cirrhose péri-cellulaire). On trouva une malformation congénitale des valvules aortiques; il n'y en avait que deux au lieu de trois. Tous les cas de cirrhose péri-cellulaire précédemment rapportés concernent des enfants de quelques semaines. Le cas actuel en diffère par l'âge du sujet, 15 ans. On n'avait pas encore signalé la combinaison de gommes avec cette forme de cirrhose. Sans doute on a peu à attendre de l'iodure de potassium dans ces formes : ici néanmoins ce médicament a probablement prolongé sa vie.

M. Pitt a vu un cas analogue chez un enfant de 16 ans.

Cardiopathies congénitales.

M. Railton a communiqué le 21 octobre à la Société clinique de Manchester 2 cas d'affection congénitale du cœur. Premier malade, âgé de 4 ans 1/2. Les lèvres, les doigts des mains et des pieds sont bleus depuis la naissance. La santé générale est bonne, sauf des crises de dyspnée et de palpitations. Les extrémités des doigts sont en massue. Matité cardiaque absolue s'étendant du mamelon gauche à droite du sternum et en haut jusqu'à la 2e côte. On entend un murmure systolique dans toute la région du cœur et en haut vers l'épaule gauche, le maximum siégeant dans le 4e espace intercostal gauche, très près du sternum. Deuxième malade âgé de 6 ans n'ayant présenté aucun symptôme jusqu'à l'année dernière; son abdomen commença alors à gonfler. Il y avait une grande quantité de liquide dans l'abdomen. Le foie s'étendait presque jusqu'au niveau de l'ombilic; son bord tranchant était dur, mais régulier. Pas d'ictère. Les lèvres et les oreilles sont un peu bleuâtres; les joues sont un peu congestionnées. Les extrémités des doigts, des mains et des pieds sont en massue; on ne sent pas la rate ; traces d'albumine dans l'urine. Poumons normaux. La matité cardiaque est augmentée dans le sens transversal ; mais elle s'étend en haut jusqu'à la 3e côte gauche. L'impulsion du ventricule droit est visible à l'épigastre. Il y a un redoublement du premier temps au niveau du ventricule droit, mais pas de souffle. Pas de distension de la veine jugulaire pendant l'inspiration; pas de pouls paradoxal ; pas de rétrocession de la paroi durant la systole. Pas d'antécédent syphilitique ou alcoolique.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

N° 46. — 18 NOVEMBRE 1891 LE NUMERO QUINZE CENTIMES

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

PUBLIÉ PAR

LA GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MEDECINE ET DE CHIRURGIE

Et servi gratuitement à tous les abonnés de ce journal

ABONNEMENTS SPÉCIAUX POUR MM. LES ÉTUDIANTS. — UN AN : 6 FRANCS

L. LEREBOULLET, Rédacteur en chef. — A. BROCA, Secrétaire de la Rédaction

Librairie de G. MASSON, 120, boulevard Saint-Germain.

SOMMAIRE

ACTES DES FACULTÉS DE MÉDECINE

Thèses du 23 au 28 novembre 1891.

Mercredi 25. — M. Prost. Contribution à l'étude des myopathies syphilitiques. — M. Rany. De la pathogénie clinique de la suppuration des kystes hydatiques du foie.

Jeudi 26. — M. Berliawsky. Etude critique sur les différents traitements employés dans le cas de delirium tremens. — M. Trouillet. Le lycée Saint-Louis. Son histoire. Quelques remarques au point de vue de l'hygiène scolaire. — M. Peyron. Etudes des variations de la capacité respiratoire du sang, applications thérapeutiques. — M. Anglade. Contribution à l'étude des rapports de la syphilis et de la paralysie générale progressive. — M. Allaire. Contribution à l'étude du polyadénome et épithéliome intraglandulaire.

Commission des prix à la Faculté de Paris. — *Prix Barbier.* — MM. Le Fort, Gautier, Gariel, Ch. Richet.

Prix Château-Villard. — MM. Bouchard, Proust, Farabeuf, Straus, Debove.

Prix Montyon. — MM. Brouardel, Grancher, Proust, Dieulafoy, Straus.

Prix Jeunesse (Hygiène). — MM. Brouardel, Grancher, Proust, Dieulafoy, Strauss.

Prix Jeunesse (Histologie). — MM. Charcot, Hayem, Duval, Cornil, Ch. Richet.

Thèses. — MM. Verneuil, Le Fort, Laboulbène, Guyon, Mathias Duval, Tarnier, Gautier, Dieulafoy, Debove.

Hôpital Saint-Louis. — *Cours de clinique des maladies cutanées et syphilitiques.* M. le professeur Alfred Fournier commencera ce cours le vendredi 20 novembre 1891, à 9 heures et demie du matin, et le continuera les mardis et vendredis suivants, à la même heure.

Ordre du cours : les mardis : leçons au lit des malades; les vendredis : leçons à l'amphithéâtre (10 heures).

Les mercredis, conférences complémentaires par MM. les Drs Darier, chef au laboratoire, Cathelineau, chef-adjoint, Morel-Lavallée, Feulard, Hudelo, Wickham, chefs de clinique, Gilles de la Tourette, Trousseau et Hermet.

Cours d'histoire de la médecine et de la chirurgie. — M. le professeur Laboulbène a commencé ce cours le samedi 14 novembre 1891, à 4 heures (Petit amphithéâtre), et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

VARIÉTÉS

Membre de l'Académie de médecine? Il y a un nombre d'années déjà respectable, un médecin qui ne l'était guère s'appropria un diplôme de correspondant que l'Académie avait destiné à son père, mort peu de temps après le vote. L'histoire a fait du bruit jadis, envenimée qu'elle fut par des querelles politiques. Mais le praticien suivant (qui porte un nom fort connu, croyons-nous, en Sorbonne et en Institut) ne semble même pas avoir cette paternelle excuse. Dans son affaire il n'y a de paternel que l'œil de la magistrature, qui laisse l'avis suivant s'étaler tous les jours à la 4e page de la Dépêche Tunisienne, en pays de protectorat français :

AVIS

Le docteur **E. Ossian-Bonnet**, membre correspondant de l'Académie de médecine de Paris, l'honneur de prévenir le public qu'il s'occupe spécialement du traitement des maladies vénériennes et infectieuses en général, et qu'il reçoit à Carthage, les **mardi** et **vendredi**, de deux heures à 4 heures, les personnes qui désirent le consulter à domicile.

Un bon point pourtant à la 10e chambre, qui vient de condamner, à un mois de prison et 100 francs d'amende, pour exercice illégal de la médecine, un sieur Anastay qui dirigeait un cabinet médical au n° 25 du passage Saulnier.

(On nous apprend, au dernier moment, que M. Ossian-Bonnet pourrait bien avoir quelque chose de paternel dans son affaire.)

La limite d'âge à l'Ecole de santé. — Au mois de juillet dernier, nous signalions la situation faite aux jeunes gens qui se destinent à l'Ecole de Lyon par la fixation à vingt et un ans de la limite d'âge. Depuis lors, aucune modification n'est intervenue, et beaucoup de jeunes gens continuent à se voir fermer l'accès du corps de santé. La lettre suivante, que nous recevons d'un de nos abonnés, fera comprendre l'intérêt qu'il y a à adopter une mesure libérale :

La limite d'âge pour l'Ecole de santé est vingt et un ans, et la loi n'accorde pas de sursis. Or, pour pouvoir prendre part au concours, il faut les deux baccalauréats. Il faut, en outre, les quatre premières inscriptions validées, c'est-à-dire un an de Faculté. Il arrive, par suite, que quelques candidats, malheureux au baccalauréat et retardés d'un an, terminent leur première année de médecine à la limite d'âge extrême et ne peuvent pas se présenter; d'autres ne peuvent concourir qu'une fois.

Sans doute, les engagés militaires ont, paraît-il, jusqu'à vingt-cinq ans pour prendre part au concours. Mais, il est assez difficile de trouver un colonel permettant de négliger les exercices pour suivre les cours d'une Faculté. De plus, ceux qui n'ont pas déjà, avant de s'engager, leur quatre inscriptions ne peuvent pas profiter de la prolongation d'âge, aucune inscription ne pouvant être prise alors qu'on est sous les drapeaux.

Et les candidats vétérinaires, qui n'ont besoin ni de baccalauréat ni d'inscriptions, ont la faculté des sursis!

Quelle que soit, dans l'armée, la supériorité du cheval sur l'homme, serait-ce trop de vanité ou d'exigence que de désirer l'inégalité des candidats médecins et des candidats vétérinaires devant les sursis? Faire disparaître cette contradiction, cette anomalie de la loi militaire, faite, je crois, avant la création de l'école de Lyon, ne paraît ni difficile ni dangereux. Vu le nombre des candidats, on peut estimer à trente, quarante au plus le nombre de sursis qui seraient demandés de ce chef.

Les réflexions de notre correspondant méritent l'attention. (*Le Temps.*)

Hôpital Trousseau. — M. Legroux reprend ses conférences de clinique infantile, aujourd'hui 18 novembre, à 3 heures et demie, et les continuera le mercredi de chaque semaine à la même heure, pendant l'année scolaire 1891-92.

Visite le matin à 9 heures, salles Bouvier et Archambault. Consultations les mardis et vendredis à 10 heures.

Hôpital Broussais (96, rue Didot). — Le docteur Barth a commencé le mercredi 4 novembre, à dix heures, une série de conférences de séméiotique élémentaire et de propédeutique médicale, et les continue les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure. Les autres jours les élèves sont exercés à l'examen des malades.

Inappétence, Convalescence, Anémie, Maladies de Poitrine, de l'Estomac et des Intestins

PEPTONE DEFRESNE

Première admise après analyse dans les Hôpitaux de Paris, adoptée officiellement par la Marine.

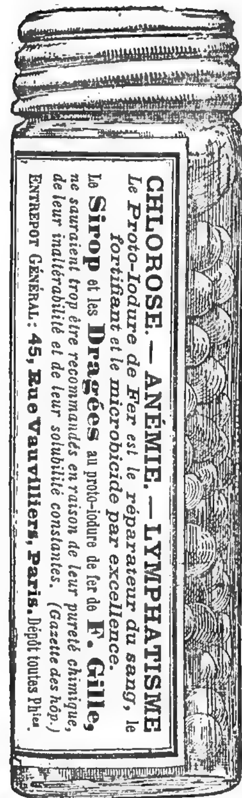
Le choix du suc pancréatique pour dissoudre la viande de bœuf, permet d'éviter les réactions chimiques qui donnent naissance à des quantités exagérées de chlorure de sodium, de tartrate de potasse ou de sulfate de Baryte, suivant l'acide employé.

La **Peptone pancréatique** se recommande par son pouvoir nutritif intense. **Elle contient : 25 0/0 de Peptone, soit 4 0/0 d'Azote, 0,69 0/0 d'Acide phosphorique, 0,71 0/0 Fer et bases Alc. terr.**

En outre, la **Peptone Defresne** se distingue par son goût savoureux; à la dose d'une cuillerée à bouche à la fois (40 gr. viande), dans un peu d'eau tiède et salée elle donne un bouillon *succulent* et *exquis*. Dose : 2 à 4 cuillerées par jour. — Le flacon **5** fr.

DEFRESNE, Auteur de la Pancréatine.

Dépôts à PARIS : Gros : **4, Quai du Marché-Neuf**, Détail : Phie 2, Rue des Lombards.



AFFECTIONS CARDIAQUES

SIROP et PILULES de CONVALLARIA MAIALIS LANGLEBERT
GRANULES de CONVALLAMARINE LANGLEBERT

Pharmacie AD. LANGLEBERT, 55, rue des Petits-Champs, et toutes Pharmacies.

DIURÉTIQUE, MODIFICATEUR des SECRÉTIONS CATARRHALES
MALADIES des VOIES RESPIRATOIRES
et GENITO-URINAIRES

CAPSULES DE TERPINOL ADRIAN

LE **TERPINOL** a les propriétés de l'Essence de Térébenthine dont il dérive, mais il est plus facilement absorbé et surtout très bien toléré. Il n'a pas l'inconvénient grave de provoquer chez les malades des nausées, souvent même des vomissements. — Le **TERPINOL ADRIAN** s'emploie en capsules contenant chacune 10 centigrammes, à la dose de **5 à 10** par jour

Dans toutes les Pharmacies. — VENTE EN GROS : **11, rue de la Perle, PARIS**

QUINA ✻ FER
Chlorose, Anémie
Vins Titrés d'Ossian Henry

Membre de l'ACADÉMIE de MÉDECINE
Professeur à l'École de Pharmacie.
BAIN & FOURNIER
43, Rue d'Amsterdam, Paris

COALTAR SAPONINÉ LEBEUF ANTISEPTIQUE

nullement irritan ntidiphthérique, cicatrisant les plaies, admis dans les *Hôpitaux de Paris* et le ôpitaux *de la Marine militaire.*—Dans toutes les **PHARMACIES.**

SOLUTIONS HENRY MURE

Bi-phosphate de Chaux arsénié. — Chlorhydro-phosphate de Chaux arsénié.

PHTISIE (1re et 2me période). — RACHITISME.
ENGORGEMENTS GANGLIONNAIRES et des ARTICULATIONS.
MALADIES DES OS et de LA PEAU
CACHEXIES SCROFULEUSES et PALUDÉENNES. — ÉPUISEMENT NERVEUX.
INAPPÉTENCE. — DIABÈTE.

Le BI-PHOSPHATE ARSÉNIÉ H. MURE produit des résultats surprenants et souvent inespérés. — Sous son influence la Toux et l'Oppression diminuent, l'Appétit augmente, les Forces reviennent.

Le CHLORHYDRO-PHOSPHATE ARSÉNIÉ H. MURE donne des effets remarquables chez les Phtisiques atteints de Dyspepsie et dans la Chlorose.

LITRE : **4** FRANCS — DEMI-LITRE : **2** FR. **50**

DANS TOUTES LES PHARMACIES. — DÉPOT GÉNÉRAL : **HENRY MURE**, *à PONT-SAINT-ESPRIT (Gard)*

AVANTAGES PRINCIPAUX
sur les Solutions Similaires

1° Emploi d'un **Phosphate monocalcique cristallisé**, d'une pureté absolue, permettant un dosage rigoureux, difficile à établir avec les phosphates mielleux du commerce, qui doivent leur extrême acidité à un excès d'acide sulfurique toujours nuisible à l'assimilation ;

2° **Inaltérabilité absolue** obtenue par un procédé de stérilisation d'une innocuité parfaite ;

3° **Administration** facile par cuillerées dans un peu d'eau vineuse ou sucrée, pendant les repas ou hors des repas ;

4° **Traitement phosphaté** le plus sûr et le *moins coûteux* dans les affections chroniques. (Chaque cuillerée à bouche contient : *1/2 gramme de Sel et un milligramme d'Arséniate de Soude.*)

Nota. — *Dans le cas ou l'Arséniate de Soude ne serait pas indiqué, MM. les Docteurs pourront prescrire les mêmes solutions* **H. MURE** *non arséniées.* Litre : **3** fr.

NEUROPATHOLOGIE

Polyurie hystérique. Influence de la suggestion sur l'évolution de ce syndrome. Communication à la *Société médicale des hôpitaux*, par J. Babinski.

L'observation que je vais relater servira à établir, si je ne me trompe, que le diabète hydrurique peut relever directement de l'hystérie et constituer un des syndromes de cette névrose. A la vérité, la thèse que je vais soutenir n'est pas nouvelle, car il s'agit là d'une relation qui a déjà été soupçonnée et même affirmée; néanmoins la réalité de cette relation ne me paraît pas avoir été jusqu'à présent démontrée avec toute la rigueur désirable. Si, par exemple, pour ne parler que du travail le plus récent sur ce sujet, on étudie l'observation qui a été publiée par notre collègue M. Mathieu, sous le titre : « Un cas de diabète insipide chez un hystérique » (1), on voit qu'il s'agit simplement d'un sujet chez lequel on a constaté d'une part l'existence d'une polyurie qui s'est développée en quelques jours après de copieuses libations et d'autre part la présence incontestable de stigmates hystériques. Il y a tout lieu de se demander, comme l'a fort bien fait M. Mathieu, s'il n'y a pas quelque parenté entre cette polyurie et l'hystérie, mais, en définitive, rien dans cette observation ne permet de l'affirmer. La simple coïncidence chez un même individu de l'hystérie et de perturbations de toute autre nature est en effet chose extrêmement fréquente.

Pour soutenir qu'un syndrome relève de l'hystérie, il ne suffit donc pas de constater sa présence chez un hystérique avéré; cette condition, si elle n'est pas suffisante, n'est pas non plus nécessaire (hystérie monosymptomatique). Ce qui est indispensable, c'est d'observer soit dans l'aspect symptomatique, soit dans le mode d'évolution du syndrome en question (2), quelques-uns des caractères qui semblent appartenir en propre aux manifestations hystériques. Or, c'est une constatation de cette nature que j'ai faite chez le malade dont je vais exposer brièvement l'histoire :

Le malade en question a été atteint à maintes reprises de manifestations hystériques des plus caractérisées. Le professeur Charcot l'a étudié d'une façon très minutieuse au commencement de l'année courante (à ce moment le malade n'était pas polyurique) et a fait à son sujet des leçons du plus grand intérêt. On peut trouver dans un travail du Dr Guinon (3) l'exposé des divers troubles qu'il présentait alors. J'ai moi-même eu déjà l'occasion, dans une leçon que j'ai eu l'honneur de faire à la Salpêtrière sur l'hypnotisme et l'hystérie (4), de relater quelques-uns des phénomènes nerveux dont il était affecté. Qu'il me suffise de rappeler : 1° qu'on peut provoquer chez lui au bout de quelques secondes, en lui faisant fixer un objet, l'apparition d'une crise nerveuse; il ferme les yeux, se renverse brusquement en arrière, raidit ses membres, exécute plusieurs grands mouvements en arc de cercle, caractéristiques de l'attaque hystérique; puis il ouvre les yeux, ses membres deviennent souples comme à l'état normal, il est pris de délire et a des hallucinations qui se développent spontanément. Il s'agit là, comme l'a établi M. Charcot, d'une attaque hystérique dans laquelle la période somnambulique prend une importance prépondérante. On peut aussi, ainsi que l'ai fait, plonger le malade dans le sommeil hypnotique et le suggestionner alors.

Dans le courant du mois d'août dernier, quelque temps après son départ de la Salpêtrière, d'où il était sorti dans un état très satisfaisant, il vient me trouver à l'hôpital Cochin, ou j'étais chargé d'un service provisoire. Il était atteint depuis plusieurs jours d'un hémispasme glosso-labié que j'ai pu faire disparaître par suggestion pendant le sommeil hypnotique. Quoique cet accident n'ait pas de relation directe avec le sujet de ce travail, je crois intéressant de mentionner les conditions dans lesquelles il s'était développé et les renseignements que le malade m'a fournis à cet égard. Interrogé d'abord dans l'état de veille, il me dit qu'il s'est aperçu un matin à son réveil de la déviation de la commissure et de la langue et qu'il lui était impossible d'en déterminer l'origine, car la veille il s'était couché en parfaite santé, sans que rien ait pu lui faire soupçonner l'imminence de cet accident. Interrogé ensuite pendant le sommeil hypnotique, il se rappela, après quelques efforts de mémoire, que pendant le sommeil, d'où il était sorti avec une déviation de la commissure, il avait eu un rêve, qu'il avait eu la vision d'un incendie, qu'il avait poussé un cri et que sa bouche s'était alors tordue. Le malade, après avoir séjourné une semaine à l'hôpital, sort en parfaite santé.

Il revient le 24 octobre et demande à entrer dans le service pour les raisons suivantes : depuis huit jours, dit-il, il se sent très affaibli, a de la peine à se réchauffer et ressent des frissons; il urine environ 6 litres par jour, l'appétit et la soif ont notablement augmenté. Ces phénomènes se seraient développés brusquement à la suite d'un repas copieux; après le dîner il fut surpris, en allant pisser, de l'abondance de ses urines; il n'y attacha pas d'importance, en apparence au moins, et attribua le phénomène à ce qu'il était resté longtemps à table et avait bu plus que de coutume. Néanmoins la polyurie était constituée à partir de ce moment.

Le 21 *octobre*, jour de l'entrée à l'hôpital, le poids du malade est de 64 k. 150. Il dit qu'il a maigri de plusieurs kilogrammes et assure qu'il peut l'affirmer, car il s'est fait peser peu de temps avant l'apparition de la polyurie.

Du 21 *au* 22 *oct.*, la quantité des urines des 24 heures est 5 l. 900.

Du 22 *au* 23 *oct.* Je recommande à la surveillante, à la visite du 22, de noter avec le plus grand soin la quantité des aliments solides et des liquides qu'on donnerait au malade; je recommande aussi formellement à ce dernier, tout en l'autorisant provisoirement à manger à sa faim et à boire à sa soif, de ne rien ingérer en dehors de ce qui lui serait donné directement par la surveillante. Le malade a pris dans les 24 heures 1 kil. de pain, 1 kilogr. de viande, 600 grammes de soupe, du lait et de l'eau rougie représentant un volume total de 3 litres et demi.

Il a évacué 6 litres d'urine.

L'analyse des urines, pratiquée par notre ami le Dr Berlioz, donne les résultats suivants : la densité est de 1005, la quantité totale d'urée est de 36 gr., celle d'acide phosphorique de 2 gr. 88, celle du chlorure de sodium de 19.20; il n'y a pas de sucre; il y a des traces sensibles, mais impondérables d'albumine.

Du 23 *au* 24 *oct.* Le malade a pris dans les 24 heures : 1 kil. 500 de pain, 900 gr. de viande, 600 gr. de soupe, du lait et de l'eau rougie représentant un volume de 4 litres et demi. Il a évacué 7 litres d'urine.

Il se sent, comme à son entrée, faible, mal en train et a des frissons.

Il est obligé de sortir pour affaires le 24 et le 25 octobre. La polyurie a persisté hors de l'hôpital.

Du 26 *au* 27, la quantité des aliments ingérés n'est pas notée. Le volume des urines des 24 heures est de 8 litres et demi.

(1) Voir *Bulletins de la Société médicale*, 1891, p. 421.

(2) Voir à ce sujet : Migraine ophthalmique hystérique, par J. Babinski (*Arch. de neurol.*, n° 60).

(3) *Progrès médical* 1891, nos 20 et suiv. Documents pour servir à l'histoire des somnambulismes.

(4) Hypnotisme et hystérie. Du Rôle de l'hypnotisme en thérapeutique. (*Gaz. heddomadaire de méd. et de chir.*, juillet 1891).

Du 27 au 28. Le 27 au matin, je provoque une attaque de somnambulisme hystérique; j'hypnotise ensuite le malade et je cherche à le persuader que l'affection dont il est atteint n'est pas grave, qu'elle doit disparaître rapidement; je lui rappelle que je l'ai guéri déjà de l'hémispasme glosso-labié et je lui affirme que dès son réveil il ressentira une amélioration, qu'il n'éprouvera plus cette sensation de lassitude et ces frissonnements qui le tourmentent et que la polyurie s'atténuera le jour même. Effectivement à son réveil il me dit qu'il se sent bien plus à l'aise qu'avant d'avoir été endormi. Il prend dans la journée 1 kil. de pain, 700 gr. de viande, 600 gr. de soupe et 3 litres et demi de lait et d'eau rougie. Le volume des urines est de 3 litres 300 gr.

Du 28 au 29. Le malade prend 1 kilo de pain, 530 gr. de viande, 600 gr. de soupe, 2 litres et demi de lait et d'eau rougie. Il évacue 1 l.,500 d'urine.

Du 29 au 30, 1 l.,600 d'urine.

Du 30 au 31, 1 l.,500 d'urine.

Du 31 oct. au 1er nov. Le 31 oct. au matin, j'hypnotise le malade et je lui suggère que la polyurie va se reproduire. La quantité des urines émises dans les 24 heures est de 8 litres et demi.

Du 1er au 2 nov. Je suggère de nouveau le 1er novembre au matin que la polyurie va disparaître. Le volume des urines des 24 h. est de 1 litre 700.

Du 2 au 3, même état.

Du 3 au 4, même état.

Du 4 au 5. Je suggère que la polyurie va reparaître et je prescris la diète suivante : 3 litres de bière, 1 litre de vin, 1 litre d'eau, 0 k. 500 de pommes de terre, 0 k. 500 de carottes et du sucre. Le volume des urines est de 7 litres. La quantité totale d'urée est de 15 gr.

Du 5 au 6. Même régime. 6 litres d'urine. La quantité d'urée totale est de 12 gr.

Du 6 au 7. Le 7 je permets de nouveau au malade de manger et de boire suivant son désir. Il prend 1 kilo de pain, 580 gr. de viande, 900 gr. de soupe, 4 litres 600 gr. de lait, d'eau rougie et de bière.

Du 7 au 8. Le malade est pesé dans la matinée. Son poids est de 62 k. 100. Il prend 0 k. 500 de pain, 1 kil. de viande, 600 gr. de soupe, 7 litres, 600 de lait, d'eau rougie et de bière. Le volume des urines est de 8 litres et demi. Elles sont analysées par le pharmacien de l'hôpital Cochin. La quantité totale de l'urée est de 42 gr. 108.

Du 8 au 9. Le 8, M. Isidor, interne du service, hypnotise le malade et lui suggère que la polyurie va disparaître. Le volume des urines retombe de nouveau à un litre et demi.

Le 9 et le 10, la guérison se maintient; le malade se sent tout à fait à son aise.

Le 11, il demande à sortir, ce à quoi je l'autorise, après avoir cherché à lui suggérer pendant le sommeil hypnotique que la guérison se maintiendra hors de l'hôpital.

Je ne me dissimule pas les défectuosités de l'observation que je viens de rapporter et je relèverai moi-même quelques-uns des desiderata qu'elle présente :

a. D'après les renseignements que m'a donnés le malade, dont je n'ai aucune raison de suspecter la bonne foi, celui-ci, dans l'espace de huit jours, depuis le début de cette polyurie jusqu'au moment de son entrée à l'hôpital, aurait maigri de plusieurs livres. Mais je ne suis pas en droit d'affirmer l'exactitude de son assertion, et, du reste, il s'était pesé quelque temps avant l'apparition de l'accident en question; aussi peut-on supposer à la rigueur que cet amaigrissement a été provoqué par une autre cause que la polyurie.

b. Il eût été peut-être préférable d'abandonner plus longtemps cette polyurie à son cours naturel avant de chercher à intervenir par la suggestion, de soumettre le malade successivement et pendant des périodes de plusieurs jours à divers régimes diététiques, de pratiquer journellement des pesées ainsi que des analyses complètes des urines et des fèces, pour chercher à déterminer avec plus de précision les conditions de la polyurie et de l'azoturie.

c. Enfin il aurait été à désirer de pouvoir isoler le malade pendant tout ce laps de temps et de s'assurer mathématiquement, par une surveillance incessante, qu'aucune infraction aux prescriptions médicales n'a pu être commise.

Les circonstances m'ont empêché de procéder à ces divers points de vue comme je l'aurais souhaité. Quoi qu'il en soit, telle qu'elle est, cette observation me semble offrir un assez grand intérêt. L'exactitude de la plupart des faits qui y sont consignés présente de sérieuses garanties. En effet le malade en question n'avait aucun motif apparent de nous induire en erreur, car il avait le plus grand désir d'être guéri et de quitter l'hôpital, ce qu'il a fait du reste avec empressement dès que je l'y ai autorisé. J'avais aussi soin de lui recommander, de lui suggérer pendant le sommeil hypnotique de se conformer scrupuleusement à mes indications; je l'interrogeais ensuite dans l'état de veille et dans l'état hypnotique, et je cherchais à savoir s'il avait rigoureusement suivi mes prescriptions. Or la concordance parfaite de toutes ses réponses est un argument de grande valeur en faveur de sa sincérité. De plus, j'ai provoqué à plusieurs reprises chez le malade des accès de somnambulisme hystérique; or il lui est arrivé dans son délire de faire sur la diète à laquelle il était soumis, sur les troubles dont il était atteint, des réflexions semblant bien démontrer une entière bonne foi. J'ajouterai enfin que l'absence de supercherie est encore confirmée par la surveillance que j'ai établie et qui a été aussi minutieuse qu'elle peut l'être dans un hôpital, à moins de se placer dans les conditions rigoureuses dont j'ai parlé plus haut. Il me semble donc, malgré les réserves que j'ai cru devoir formuler, qu'il se dégage de cette observation quelques notions dont il est difficile de suspecter la véracité et la valeur.

Il s'agit là d'une polyurie simple.

A la vérité, dans deux analyses faites par des chimistes compétents, on a noté un excès d'urée; dans les urines du 22 au 23 octobre il y avait une quantité totale de 36 grammes d'urée et dans celles du 7 au 8 novembre 42 grammes d'urée. Mais cette azoturie se produit lorsque le malade ingère une grande quantité de matières azotées, en particulier 1 kil. de viande, et disparaît quand on supprime les aliments azotés; le chiffre de l'urée tombe alors à 15 et 12 grammes. On a donc affaire à une azoturie alimentaire.

Cette polyurie ne paraît pas tributaire de la polydipsie; elle tiendrait plutôt celle-ci sous sa dépendance, car, comme cela ressort des faits consignés dans l'observation, la quantité des urines émises dans les 24 heures a été plusieurs fois sensiblement supérieure à la quantité des liquides ingérés pendant ce laps de temps. On peut considérer ce cas comme une variété de diabète hydrurique.

Il me semble impossible de contester qu'il existe entre cette polyurie et l'hystérie une étroite parenté. En effet la polyurie a disparu une première fois sous l'influence de la suggestion pratiquée pendant le sommeil hypnotique; il a été ensuite possible de faire reparaître ce trouble par le même procédé; enfin, ces expériences ont été répétées plusieurs fois et ont toujours donné les mêmes résultats. En somme, ce syndrome s'est comporté à la manière des phénomènes hystériques; la suggestion a eu sur son évolution la même influence que sur l'hémispasme glosso-labié, dont le malade avait été atteint autrefois. On est donc autorisé à affirmer que la polyurie peut être une manifestation de l'hystérie.

Il n'est pas indifférent de porter dans des cas de ce genre un diagnostic précis; cela présente non seulement une importance scientifique, mais aussi un intérêt pratique. On est en effet en droit d'admettre *a priori*, en se fondant sur la durée parfois très longue des divers acci-

dents hystériques, qu'il peut en être de même pour la polyurie hystérique. Il ne s'agit pas du reste d'une simple vue de l'esprit, si l'on admet, ce qui est sinon démontré, du moins très possible, que les malades dont MM. Mathieu et Ballet ont rapporté l'histoire à la séance du 24 juillet 1891 étaient réellement affectés de polyurie hystérique. Le malade de M. Mathieu a été atteint à plusieurs reprises, une première fois en 1889, et il est resté alors pendant 8 mois dans le service de M. Féréol avant de se rétablir; une deuxième fois en 1891 et, au moment où M. Mathieu l'a présenté, l'affection remontait déjà à plus d'un mois. Dans le cas de M. Ballet, il s'agissait d'une hystérique chez laquelle la polyurie durait depuis plusieurs mois.

La persistance de ce syndrome n'est peut-être pas sans présenter des dangers, en raison de la débilitation qui peut en être la conséquence; le malade de M. Mathieu avait maigri en 8 mois de 10 kilogr.

Il faut donc, en présence d'un cas de diabète hydrurique, se rappeler que ce syndrome peut être sous la dépendance de l'hystérie et qu'il est alors susceptible d'être modifié et supprimé par les méthodes de traitement dont on se sert pour combattre cette névrose.

Si l'on se rappelle enfin que tous les phénomènes hystériques peuvent se présenter à l'état d'isolement (hystérie monosymptomatique), il y a tout lieu de supposer que le diabète hydrurique peut constituer aussi une manifestation monosymptomatique de la névrose. Dans un cas d'hydrurie, même en l'absence de tout stigmate hystérique, l'hypothèse de polyurie hystérique ne devra pas être éliminée d'emblée (ce qui ne veut pas dire, bien entendu, que je considère tous les cas de diabète hydrurique comme relevant de l'hystérie, rien ne permettant une pareille généralisation) et il pourra être indiqué de recourir à la méthode de traitement que nous avons employée, si toutefois on a affaire à un sujet hypnotisable.

La conclusion principale qui ressort de cette observation est que la polyurie peut être une manifestation de l'hystérie et qu'elle est alors susceptible de disparaître sous l'influence de la suggestion.

PATHOLOGIE INTERNE

Recherches bactériologiques sur l'infection mixte par le bacille typhique et le streptocoque, résumé d'une communication faite à la *Société médicale des hôpitaux*, par M. H. Vincent, médecin aide-major chargé du service bactériologique à l'hôpital du Dey (Alger).

L'infection générale de l'économie par le streptocoque associé semble jouer un rôle important dans les complications de la fièvre typhoïde, et sur 16 autopsies de typhoïdiques, 5 fois les cultures nous ont montré que la mort était due à une infection double par le bacille typhique et par le streptocoque. Le bacille a été trouvé seul dans les autres cas. Peut-être cette proportion est-elle le résultat d'une série fortuite. Mais peut-être aussi le procédé de recherches que j'ai employé a-t-il facilité la constatation simultanée des deux microbes.

D'ordinaire, en effet, on a recours dans ces cas aux cultures sur plaques de gélatine, où le bacille typhique se développe très bien. Mais le streptocoque ne s'accommode véritablement bien que d'une température comprise entre 30° et 40°, à laquelle ne se prêtent pas les cultures en gélatine : Il est donc préférable de faire les ensemencements dans le bouillon de bœuf peptonisé qu'on porte à l'étuve à 38°. Le streptocoque s'y multiplie en même temps que le bacille typhique et, au bout de 24 ou 48 heures il est facile de le trouver dans le dépôt formé au fond du tube de culture. On l'isole en diluant une parcelle du dépôt dans l'eau stérilisée et ensemençant sur plusieurs tubes d'agar. Tel est le procédé très simple que nous avons utilisé en l'appliquant à la pulpe de la rate, du foie, des reins, des ganglions mésentériques, du cerveau, à la moelle osseuse, au sang.

Nos observations se divisent en deux groupes : le premier comprend les *infections secondaires* où le streptocoque est intervenu sur un organisme déjà typhisé. Le deuxième résulte de l'infection *primitive* et *simultanée* de l'individu par les deux microbes, d'où une véritable septicémie dont la clinique et l'anatomie pathologique ne permettent pas toujours aisément le diagnostic.

1° *Infection mixte secondaire.* — Ces cas sont, de beaucoup, les plus fréquents. Si, en effet, l'abcès, l'érysipèle, l'otite, l'angine et toutes les autres lésions locales par lesquelles se traduit la pullulation du streptocoque n'ont, chez le sujet antérieurement sain, qu'un pronostic habituellement peu grave, il ne paraît pas en être de même chez le typhoïdique. La fièvre synoque semble préparer un terrain éminemment favorable au développement du streptocoque, et surtout à sa *généralisation*.

[M. Vincent cite ici deux faits où cliniquement le streptocoque a nettement marqué son invasion secondaire (otite, angine) et a été constaté à l'autopsie].

2° *Infection mixte d'emblée.* — Dans ces faits, moins fréquents mais peut-être plus curieux, il s'agit bien d'une véritable *septicémie streptotyphique*: et la mort termine le drame morbide dans le cours du second septenaire. Il peut arriver, dans ces cas, que nulle lésion des téguments, aucun abcès, aucune inflammation des séreuses ou des muqueuses n'aient préparé un foyer de culture locale d'où le streptocoque, ainsi revivifié, se répand dans l'économie et l'empoisonne avec la complicité du bacille typhique. La pénétration peut se faire alors par les ulcérations intestinales elles-mêmes. Le streptocoque existe, en effet, dans le tube digestif. M. Netter l'a constaté dans la salive et nous l'avons rencontré dans les matières fécales d'un sujet sain et de deux typhoïdiques.

Tel fut le cas pour un jeune soldat qui succomba au 17e jour d'une fièvre typhoïde atypique (diarrhée puis constipation opiniâtre, taches rosées lenticulaires, agitation, délire avec fièvre arhythmique (40°5) et, dans les derniers jours, carphologie, contracture des membres supérieurs, myosis, rétraction de l'abdomen).

La nécropsie n'a montré que des lésions intestinales modérées. Mais il existait dans la rate deux petits abcès. Foie gras, très mou. Congestion pulmonaire et ecchymoses sous-pleurales. Sang noir très fluide. Méningite.

Les cultures ont permis d'isoler le bacille typhique et le streptocoque dans les ganglions mésentériques, la rate, le foie et le cerveau. Le streptocoque était particulièrement abondant dans le liquide méningé.

Dans ce cas la dothiénentérie, quoique modifiée dans sa physionomie générale par l'association primitive du streptocoque, s'est traduite, à l'autopsie, par les ulcérations pathognomoniques des plaques de Peyer. Mais il peut exister une autre forme due à la même infection, qui par ses symptômes hybrides, par les troubles généraux, l'intensité de la fièvre, les désordres nerveux qui l'accompagnent, participe tout à la fois de la fièvre typhoïde et de la septicémie chirurgicale. Or dans ces cas, l'autopsie peut rester muette : comme unique lésion macroscopique il existe une congestion très vive des viscères et du système nerveux. Le tube digestif est, dans toute son étendue, vierge de toute ulcération, de toute saillie folliculaire, et seul l'examen bactériologique permet d'élucider ce diagnostic. Ici même (Voy. *Mercredi*, 1890, p. 129) M. Vaillard et moi avons signalé un cas de ce genre.

Depuis, j'ai observé avec M. Cochez (d'Alger) un cas semblable où l'on avait diagnostiqué un typhus exanthématique, chez un chiffonnier de 35 ans, qui mourut en 12 jours avec des symptômes ataxo-adynamiques, une fièvre vive et des taches pétéchiales sur le tronc, les membres supérieurs et la partie supérieure des cuisses.

A l'autopsie, il existait seulement de la congestion par places dans l'intestin grêle; *les plaques de Peyer étaient normales* ainsi que les ganglions mésentériques. La rate, molle et diffluente, pesait 230 grammes. Congestion des deux poumons. L'encéphale offrait une hyperhémie assez vive et de l'œdème sous-arachnoïdien.

L'examen bactériologique (rate, foie, reins, sang de la veine céphalique, le suc pulmonaire et la pulpe cérébrale) a fourni,

sauf dans le sang : 1° le bacille d'Eberth ; 2° le streptocoque. Le sang contenait le streptocoque seul.

Le bacille d'Eberth peut donc envahir l'économie et amener la mort sans détermination intestinale ; peut-être même cette absence de localisation anatomique du bacille à son siège de prédilection est-elle due à l'adjonction primitive du streptocoque. En pareille occurrence, c'est sur le système nerveux central que porte, semble-t-il, l'effort combiné des deux microbes.

Je dois ajouter que dans un cas très grave, cliniquement semblable au précédent, les ensemencements multipliés des divers viscères, du sang et du système nerveux, ont donné le bacille typhique seul.

A cette question de l'association si fréquente du streptocoque avec le bacille typhique ne s'attache pas seulement un intérêt purement spéculatif. L'infection streptococcique secondaire reconnaît, en effet, pour cause habituelle une lésion préalable dépendant du streptocoque : angine, abcès, otite, érysipèle, parotidite, plaie d'un vésicatoire, eschare sacrée, bronchite e, broncho-pneumonie, etc.), et la gravité vient de ce que, du fait de son invasion par le bacille typhique, l'organisme devient impuissant à restreindre, par la barrière phagocytaire, le champ de culture du streptocoque. La gravité de l'érysipèle chez les typhoïdiques n'a pas d'autre cause et dans un cas d'érysipèle de la face devenu gangréneuse chez un typhique, j'ai trouvé le sang, les organes, la moelle osseuse farcis de streptocoques.

Le danger réside donc moins dans l'installation locale du streptocoque que dans la facilité avec laquelle se fait sa généralisation dans le sang des typhoïdiques. De l'envahissement secondaire des viscères, du système nerveux, résulte alors une recrudescence tantôt solennelle, tantôt insidieuse des phénomènes généraux qu'on est tenté de mettre sur le compte de l'empoisonnement typhique, et qui relève, en réalité, d'une septicémie surajoutée.

A peine est-il besoin de conclure que tout cela prouve la nécessité d'une désinfection sévère de la peau et des muqueuses et un traitement énergique des plus minimes lésions locales dès qu'elles se manifestent. Ainsi le chiffonnier observé par M. Cochez s'était appliqué un thapsia sur la poitrine, d'où de volumineuses pustules qui nous ont fourni le streptocoque pur. Il n'est pas douteux que l'inoculation par ce dernier microbe (et peut-être, mais avec beaucoup plus de réserves, par le bacille typhique?) s'était produite à la faveur de cette porte d'entrée.

Nos expériences sur les animaux ont confirmé ce que nous venons de dire de la gravité de l'infection strepto-typhique. A très peu d'exceptions près, les inoculations faites sur un certain nombre d'animaux (lapins, rats blancs, cobayes) avec les deux microbes associés, ont abouti à une septicémie rapide, parfois foudroyante. Si l'on prend trois animaux et qu'on injecte dans le péritoine, à l'un une faible dose de streptocoque, à l'autre une petite quantité du bacille typhique, ces animaux sont malades pendant un ou deux jours, mais se rétablissent très vite. Le troisième, qui a reçu un mélange, en proportion égale, des deux cultures, ne tarde pas à succomber, souvent avec des phénomènes de stupeur, de la diarrhée, de la fièvre, et l'intestin grêle est, à l'autopsie, semé de plaques saillantes et vascularisées.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 17 *novembre* 1891.

M. le Président annonce la mort de M. Henri Roger, ancien président de la Société. La séance est levée en signe de deuil.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 9 *novembre* 1891.

Ptomaïnes extraites des urines dans quelques maladies infectieuses.

M. A.-B. Griffiths. — La méthode qui m'a permis d'extraire les ptomaïnes urinaires dans quelques maladies infectieuses est la suivante :

Une quantité considérable d'urine est alcalinisée par addition d'un peu de carbonate de soude et agitée ensuite avec son demi-volume d'éther. Après dépôt et filtration, l'éther est agité avec une solution d'acide tartrique, qui s'empare des ptomaïnes pour former des tartrates solubles. Après évaporation de l'éther dissous, la solution tartrique acide est encore alcalinisée par du carbonate sodique et agitée avec son demi-volume d'éther. La solution éthérée est laissée à évaporer spontanément. Les ptomaïnes restent comme résidu.

I. Fièvre scarlatine. — La ptomaïne qu'on extrait des urines des scarlatineux est une substance blanche, cristalline, soluble dans l'eau, à réaction faiblement alcaline. Elle forme un chlorhydrate et un chloraurate cristallisés ; elle donne un précipité blanc jaunâtre avec l'acide phosphomolybdique, blanc avec l'acide phosphotungstique, jaune avec l'acide picrique. Elle est aussi précipitée par le réactif de Nessler. Les analyses de cette ptomaïne conduisent à la formule $C^5H^{12}AzO^4$.

Une ptomaïne de même composition et de mêmes propriétés a été extraite, par la méthode de M. A. Gautier, des cultures pures du *micrococcus scarlatinæ* sur gélatine peptonisée.

II. Diphthérie. — La ptomaïne qu'on extrait des urines de diphthéritiques est aussi une substance blanche et cristalline. Elle donne un chlorhydrate et un chloraurate. Elle est précipitée en jaune par l'acide tannique, en blanc par l'acide phosphomolybdique, en jaune par l'acide picrique, en brun par la solution de Nessler.

Son analyse conduit à la formule $C^{14}H^{17}Az^2O^6$.

La même ptomaïne fut extraite des cultures pures du bacille de la diphthérie.

III. Oreillons. — L'Académie se rappellera peut-être que, dans un cas de congestion des reins, des parotides et des glandes sous-maxillaires, je suis parvenu à extraire des urines d'un malade atteint d'oreillons une ptomaïne qui cristallisait en aiguilles blanches prismatiques et répondait à la formule $C^6H^{13}Az^3O^2$.

J'ai démontré, par l'étude de ses dérivés d'oxydation, que cette base se transforme en créatine, puis en méthylguanidine et qu'elle répond à la constitution d'un propylglycocyamine.

Cette ptomaïne est très vénéneuse. Administrée à un chat, elle produit de l'excitation nerveuse, l'arrêt de la sécrétion salivaire, le coma et la mort.

Les trois ptomaïnes qui font le sujet de cette note ne se rencontrent pas dans les urines normales : elles sont donc bien formées dans l'économie sous l'influence des microbes des maladies précitées.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 11 *novembre* 1891.

Présidence de M. Terrier

Après une note de **M. Bazy** sur la classification nosographique et les variétés de l'hystérectomie vaginale, la discussion reprend sur l'

Hystérectomie vaginale pour suppurations pelviennes.

M. Peyrot n'a trouvé que deux malades chez lesquelles l'opération fût indiquée. Chez la première, les accidents, déjà anciens, d'origine puerpérale, étaient intenses, avec fièvre ; le bassin était rempli de grosses masses inflammatoires. L'hystérectomie vaginale guérit bien, avec toutefois une hémorrhagie au 10e jour, bien arrêtée par les injections chaudes. La seconde malade, nullipare de trente ans, souffrait depuis trois ans d'abcès multiples, avec fistules rectale et vaginale ; chez elle M. Richelot avait dû s'arrêter au milieu de la laparotomie ; l'hystérectomie vaginale procura un prompt succès. Mais chez les deux malades il persiste, quoique l'état général soit fort bon, un empâtement douloureux au fond du vagin : c'est là un point sur lequel M. Peyrot insiste spécialement, de façon que d'autres opérateurs surveillent leurs malades à cet égard, disent si de nouvelles interventions sont nécessaires. Ce serait là, en effet, une objection sérieuse. D'ailleurs M. Peyrot croit que cette opération doit être réservée aux cas, exceptionnels, où la laparotomie est impossible ; dans son service les 23 salpingites opérées cette année, dont les deux tiers pour lésions suppurées, et quelques-unes très complexes, ont pu

être menées à bout et n'ont donné qu'un décès, par perforation du rectum au quatrième jour.

M. Reynier est également partisan de la laparotomie et n'éprouve pas le besoin de recourir à quelque chose de nouveau. Sur 72 laparotomies pour lésions des annexes, il n'a eu que 2 décès : un en quelques heures par choc aggravé par un rétrécissement mitral ; un de péritonite septique, dans un cas où il y avait fistule rectale. C'est dans les cas de ce genre que la laparotomie est dangereuse et que l'hystérectomie est de mise, et chez une femme atteinte ainsi de fistule rectale, M. Reynier a eu en juin dernier un succès complet par l'hystérectomie. Mais par contre, chez une malade atteinte de salpingite double adhérente dans le cul-de-sac postérieur et morte d'hémorrhagie, une pince placée sur le ligament large ayant dérapé, M. Reynier se repent de n'avoir pas eu recours à la laparotomie, car l'autopsie a prouvé que les adhérences eussent pu être aisément détachées. Dans les cas où l'utérus est difficilement abaissable, l'hémorrhagie est à craindre. L'hystérectomie vaginale est en outre exposée à d'autres accidents, par exemple au pincement des uretères.

M. Quénu croit qu'il faut distinguer entre les cas au point de vue de l'hémorrhagie. Les vieilles salpingites à parois épaisses sont entourées de sclérose et saignent peu ; dans celles, au contraire, où il y a des fausses membranes abondantes, avec poussées aiguës récentes, les ligaments larges saignent beaucoup. Le danger de pincer l'uretère existe dans les hystérectomies pour cancer, où l'on s'éloigne le plus possible de l'utérus, mais non ici où l'on doit raser l'utérus. M. Quénu a pu faire l'opération de Péan sur le cadavre et a constaté que les pinces étaient à 1 cent. 1/2 et 2 cent. de l'uretère.

M. Segond a vu aussi que l'hémorrhagie varie beaucoup : moins l'utérus s'abaisse et moins elle est abondante. Il répond à M. Peyrot par l'histoire d'une malade que la castration par laparotomie n'avait pas améliorée, que l'hystérectomie vaginale a laissée en possession d'exsudats pelviens : mais peu à peu on voit le petit bassin s'assouplir. Sur aucune de ses malades il n'y a eu de poussée suppurée secondaire. M. Segond répond enfin à M. Reynier qu'il a voulu faire du meilleur et non du nouveau ; M. Reynier n'admet pas la discussion pour les cas non suppurés, c'est son affaire ; il reproche à l'opération d'être incomplète et c'est précisément ce dont se vante M. Segond ; il redoute le pincement de l'uretère, accident qui n'est jamais arrivé à M. Segond et dont M. Quénu vient de parler suffisamment.

M. Bouilly, comme en mars dernier, se déclare laparotomiste. Depuis cette époque, il s'est trouvé deux fois seulement dans la nécessité de refermer le ventre sans y rien faire : dans un cas de salpingite adhérente mais non suppurée, la malade se trouve néanmoins soulagée ; l'autre malade, atteinte de pyosalpinx, devra subir ultérieurement l'hystérectomie vaginale. Dans tous les autres cas, au nombre de 42, la laparotomie a été terminée et il y a eu 5 décès, tous pour des lésions suppurées ; trois fois du pus s'est répandu dans l'abdomen et là l'hystérectomie eût probablement mieux valu. Mais chez deux autres malades l'infection péritonéale a eu pour origine des perforations intestinales produites par une traction minime, et M. Bouilly a peine à croire que par un procédé quelconque on eût pu tirer moins. D'ailleurs la statistique brutale comporte ici un enseignement. Depuis que M. Segond a inauguré sa série, il compte 64 cas, avec 8 décès ; depuis la même époque, M. Bouilly en a 75 avec 9 décès. C'est la preuve que pour le pronostic immédiat les deux opérations ne diffèrent guère, et dès lors on doit tenir grand compte à la laparotomie de sa moindre difficulté.

Entérectomie.

M. Le Dentu donne des nouvelles de la malade dont il a publié l'observation à l'Académie en juillet 1891 (Voy. *Mercredi*, p. 376). La guérison est complète et les fonctions digestives sont parfaites.

M. Phocas lit une observation de *greffe par approche pour rétraction cicatricielle des doigts.*

A. Broca.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 13 *novembre* 1891.

Présidence de M. E. Labbé

Traitement du pyo-pneumothorax tuberculeux par la pleurotomie.

M. Merklen. — Le pyo-pneumothorax aggrave, on le sait, l'état des tuberculeux. Aussi, ayant observé, l'an passé, quatre fois cette complication, me suis-je demandé si les ponctions suivies de lavage antiseptique, à l'eau naphtholée ou au sublimé, ne pourraient amener quelque soulagement aux malades. J'ai fait cette tentative dans trois cas, mais sans profit pour les malades, qui n'éprouvèrent de soulagement que pendant 24 ou 36 heures seulement. Ces insuccès m'ont conduit à tenter l'empyème chez un quatrième malade, âgé de 28 ans et atteint de pyo-pneumothorax récent, au début d'une tuberculose du poumon. Les heureux résultats récemment obtenus par Leyden et Guttmann (de Berlin) justifiaient cette tentative. Leyden eut deux guérisons sur quatre cas, et Guttmann eut un succès sur trois.

Dans le cas qui fait l'objet de ma communication, avant d'avoir recours à la pleurotomie, j'avais fait, comme chez les trois malades que j'ai perdus, plusieurs thoracentèses suivies de lavages à l'eau naphtholée. La première ponction avait donné issue à 600 grammes de liquide séro-purulent mêlé de bulles d'air ; la seconde, pratiquée 16 jours plus tard, nous donna 500 grammes de pus ; la troisième, enfin (3 semaines après la deuxième), 800 grammes. La persistance du pyo-pneumo-thorax et l'amélioration de la santé générale, nous décidèrent à l'empyème, qui donna issue à deux litres environ d'un pus mal lié.

Je crois pouvoir dire qu'à la suite de cette pleurotomie, mon malade a guéri, incomplètement il est vrai, puisqu'il reste porteur d'une fistule, mais assez cependant pour reprendre son travail de mécanicien et retrouver une santé générale excellente. Ce fait prouve qu'il y a lieu de renoncer, pour certains cas au moins, à l'abstention recommandée par les auteurs. On la motivait en disant que l'opération pouvait amener des poussées aiguës de tuberculose. Cette crainte ne me paraît pas justifiée et le danger serait plutôt l'infection septicémique résultant de précautions antiseptiques insuffisantes.

Le fait que j'ai observé prouve encore que la pleurotomie simple donne des résultats aussi satisfaisants que la pleurotomie avec résection des côtes, telle qu'elle est souvent pratiquée en pareil cas.

Dans les cas de Leyden, de Guttmann et dans le mien, l'opération est incomplète, puisqu'il reste une fistule, mais le poumon reprend de l'expansion, la fièvre se supprime, le poids du corps augmente et la santé générale s'améliore rapidement.

Je me hâte d'ajouter que la pleurotomie ne saurait être conseillée dans tous les cas de pyo-pneumo-thorax tuberculeux, pas plus qu'elle ne doit être faite dans toutes les pleurésies purulentes tuberculeuses.

Pour que l'opération ait chance de succès, il faut : 1° que les lésions pulmonaires ne soient ni trop profondes, ni trop étendues ; 2° que le pyo-pneumo-thorax soit récent. S'il est ancien, une thoracentèse préalable peut permettre d'apprécier si le poumon est libre et perméable et s'il est susceptible de se mettre en contact avec la paroi thoracique.

M. Rendu. — Bien que le malade de M. Merklen ait grandement bénéficié de l'opération, je crois qu'il serait dangereux d'ériger en principe le traitement du pyo-pneumo-thorax tuberculeux par la pleurotomie, car il est difficile d'apprécier la tuberculose, non pas du côté du pyo-pneumo-thorax mais du côté opposé. J'ai opéré ainsi un pyo-pneumo-thorax, tuberculeux chez un jeune médecin qui avait été mon élève et qui me força véritablement la main : la mort survint 48 heures après l'opération. Cette terminaison funeste fut occasionnée par une congestion aiguë du poumon du côté opposé à l'épanchement.

Relativement à l'âge du pyo-pneumo-thorax, son ancienneté ne me paraît pas une mauvaise condition pour opérer ; au contraire, car cela prouve que l'autre poumon n'est pas trop mal. Aussi me méfierais-je beaucoup plus d'un pyo-pneumothorax récent que d'un pyo-pneumo-thorax ancien.

M. Debove. — J'ai pratiqué une seule fois la pleurotomie pour pyo-pneumo-thorax tuberculeux; je ne puis donc pas avoir une opinion ferme dans la question. Je dirai seulement qu'il s'agissait d'un homme très fort. Ce fut même cet excellent état général apparent qui me décida, car le malade ne suffoquait pas et l'opération ne pouvait être considérée comme de nécessité. Il mourut un an plus tard, mais je ne crois pas que mon intervention l'ait prolongé.

M. Richardière. — Il y avait asphyxie imminente chez un tuberculeux auquel je fis l'empyème en 1885. Or, je l'ai revu l'an dernier et il se trouvait dans de bonnes conditions. Il avait parfaitement toléré sa fistule, bien qu'elle donnât lieu à un écoulement constant de pus.

M. Merklen. — J'ai eu simplement pour but d'attirer l'attention sur la possibilité d'intervenir avec avantage par la pleurotomie. Il est bien évident que les contre-indications sont nombreuses, mais le pyo-pneumo-thorax tuberculeux ne doit pas être toujours considéré comme une sorte de *noli me tangere*.

Recherches bactériologiques sur l'infection mixte par le bacille typhique et le streptocoque.

M. Vincent. — (Voir page 575).

Polyurie hystérique.

M. Babinski. — (Voir page 573).

M. Debove. — La polyurie est plus fréquente qu'on ne le pense dans l'hystérie. Elle peut être, pendant un certain temps, comme vient de le dire M. Babinski, la seule manifestation symptomatique de la névrose. J'ai récemment observé deux cas de ce genre, chez deux hommes.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 13 *octobre* 1891.

Tumeur cérébrale.

M. Martin Durr communique l'histoire d'un homme de 35 ans, qui, depuis 7 ans, a été admis successivement dans divers services hospitaliers et a fini par succomber dans celui de M. Gouraud. Cet homme avait été pris progressivement, sans apoplexie, d'accidents paralytiques. Il était, finalement, atteint d'hémiplégie droite, avec contracture de la nuque et cécité presque complète. Pendant son dernier séjour à l'hôpital, il est resté pendant 185 jours dans un état à peu près comateux : cette longue durée est remarquable. On a tenté le traitement antisyphilitique sans succès. A l'autopsie, l'écorce est partout saine, mais à gauche il existe une tumeur de la couche optique et de la partie postérieure du centre ovale de Vieussens. L'examen histologique sera pratiqué ultérieurement.

Lymphosarcome du mésentère.

M. Thiroloix a observé dans le service de M. Lancereaux un homme qui entra à l'hôpital un mois après le début d'une tumeur abdominale accompagnée de cachexie rapide. Les signes physiques permettaient de localiser dans le mésentère cette tumeur, d'allures certainement très malignes. Puis le malade fut pris brusquement d'accidents fébriles très aigus, qui firent diagnostiquer une pneumonie centrale. Or, à l'autopsie, il n'y avait pas trace de pneumonie, mais dans la tumeur mésentérique — un sarcome ganglionnaire mou et pigmentaire — une des masses était suppurée et renfermait des streptocoques. Le malade a en somme été emporté par une septicémie aiguë, secondaire.

M. Vercoustre présente un *cancer du rein* localisé à la moitié inférieure de l'organe et extirpé par M. Tuffier.

M. Klippel fait une communication complémentaire sur l'*état de la moelle dans la scoliose* (voy. *Gazette hebdomadaire*, 1891, p. 150).

M. Lafourcade décrit un cas de *maladie d'Addison* par tuberculose des capsules surrénales.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 11 *novembre* 1891.

Les sels de strontiane.

M. C. Paul, après avoir montré que ces sels ne sont pas toxiques, insiste sur leur utilité dans la néphrite parenchymateuse rhumatismale, dans celle des scrofuleux, des goutteux, des femmes enceintes, des nouvelles accouchées et probablement dans celle des scarlatineux; l'état fébrile n'est pas une contre-indication. L'utilité est nulle, sauf à la période d'urémie, dans la néphrite interstitielle et dans l'albuminurie des tuberculeux cachectiques.

D'autre part, M. C. Paul, avec 6 gr. de bromure de strontiane par jour pendant 2 mois, a fait cesser chez une jeune fille des attaques d'hystéro-épilepsie rebelles au bromure de potassium.

M. Dujardin-Beaumetz insiste sur l'utilité de poursuivre ces expériences sur le bromure de strontiane, car il est bien mieux toléré par l'estomac que les bromures alcalins ; mais il faut que nos industriels s'appliquent à débarrasser ces sels de toute trace de baryte, corps très toxique.

Une discussion purement pharmaceutique s'engage à ce sujet, au cours de laquelle **M. Boquillon** a indiqué la *solubilité de ces sels* :

Bromure, dans une partie d'eau,
Nitrate, acétate, chlorure, dans 1 p. 1/2 d'eau.
Iodure, dans 2 parties —
Benzoate dans 15 parties —
Tartrate dans 100 parties —
Phosphate et borate, insolubles dans l'eau.

Benzoate de naphthol β.

MM. Yvon et **Berlioz** pensent que le salicylate de naphthol β (ou bétol) est assez inconstant et que de plus, par l'acide salicylique, il est nuisible aux reins déjà malades. A ces deux points de vue, il est avantageux de remplacer l'acide salicylique par l'acide benzoïque, en outre plus antiseptique et moins toxique. Ce *benzonaphthol* se prépare en traitant le naphthol β par le chlorure de benzoïle, et l'on purifie le produit soit par dissolution et cristallisation successives dans l'alcool bouillant, soit mieux à l'aide d'une solution alcaline. C'est un corps à peu près insoluble dans l'eau (0.10 par litre à 22°), très peu soluble dans l'éther, assez soluble dans l'alcool, et surtout dans le chloroforme (à froid 29 0/0). Introduit dans le tube digestif, il se décompose en naphthol β qui reste dans l'intestin et en acide benzoïque qui s'élimine par les reins (benzoate et hippurate alcalins). M. Gilbert a constaté cliniquement une action diurétique manifeste, avec diminution considérable de la toxicité urinaire. Le coefficient de toxicité de ce corps est très faible : on peut facilement en donner 5 gr. par jour chez l'adulte, 2 gr. chez l'enfant, à doses petites et répétées (0.50 ou 0.25, en cachets ou en suspension dans l'eau sucrée).

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 14 *novembre* 1891.

Présidence de M. Ch. Richet.

Variole et vaccine.

M. Chauveau. — En présentant à la Société une brochure ayant rapport à ce sujet, je tiens à rappeler encore les faits sur lesquels j'insistais tout récemment, à savoir, que, contrairement à une opinion qui tend à gagner en Allemagne et en Suisse, il n'y a aucune preuve directe que la variole puisse dégénérer en vaccine par passage sur le bœuf. Toutes nos recherches vont à l'encontre de cette transformation; et je sais divers observateurs, qui, ayant tenté vainement de la produire, ont négligé de relater des expériences négatives. Je ne nie pas que la variole en passant par le bœuf ne se modifie, ne s'atténue, si l'on veut; mais elle reste la variole et peut, reportée sur l'homme, donner lieu à de graves accidents.

M. Déjerine dépose, au nom de M. Sollier, une note sur un cas de gustation colorée chez une neurasthénique. Il y avait aussi mise en éveil de l'audition colorée à l'occasion des impressions gustatives.

M. Henneguy dépose une note de M. Binet sur les ganglions thoraciques de certains coléoptères.

M. Mégnin décrit un acarien, parasite de certaines races de poules.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

Séance du 12 *novembre* 1891.

Présidence de M. Lailler.

Lupus érythémateux en foyers multiples.

M. Hallopeau. — Le diagnostic de cette dermatose a été des plus difficiles : on l'a successivement considérée comme étant de nature eczémateuse, syphilitique, mycosique ; les résultats de l'examen histologique avaient paru, quand nous avons présenté une première fois cette malade, devoir éliminer l'hypothèse d'un lupus érythémateux : c'était cependant bien de cette dernière maladie qu'il s'agissait ; M. Besnier l'a reconnu d'après le moulage de M. Baretta, et les modifications qui se sont produites depuis lors dans l'état de la malade ne peuvent plus laisser de doute à cet égard. Actuellement, en effet, au lieu de l'éruption exanthématique disséminée en de nombreux foyers que nous avions sous les yeux l'an passé, il n'existe plus qu'un petit nombre de placards éruptifs ; leurs caractères se sont très notablement modifiés ; ce sont en ce moment des foyers de lupus érythémateux simple ou érythémato-folliculaire. Les parties qui ont été antérieurement le siège de lésions érythémateuses si persistantes sont revenues presque entièrement à leur état normal. Par contre, les phénomènes d'asphyxie cutanée signalés précédemment se sont prononcés davantage et donnent lieu à des altérations persistantes dans la nutrition des doigts et des orteils. Le polymorphisme de ce lupus a été des plus remarquables : nous avons vu se produire successivement de larges placards érythémateux à progression excentrique, des bulles, des ecchymoses, des décolorations et même de petites cicatrices, des phénomènes d'asphyxie locale et enfin des plaques ortiées. Si, comme nous tendons à l'admettre avec M. Besnier, le lupus érythémateux est une maladie de nature tuberculeuse, la disparition complète et pour ainsi dire spontanée de la plupart de ses manifestations exanthématiques est un fait digne d'attirer l'attention : on peut, dans cette hypothèse, invoquer avec une grande vraisemblance l'intervention de toxines analogues à la tuberculine ; c'est vraisemblablement à cette même cause qu'il faut rapporter les troubles de l'innervation vaso-motrice qui se traduisent par les poussées d'urticaire et par les phénomènes d'asphyxie cutanée.

M. Hardy. — Quoique cette malade soit une strumeuse, qu'elle ait des adénopathies sous-maxillaires et que la lésion de la face présente les caractères du lupus érythémateux, je ne crois pas qu'on doive attribuer la même qualification aux lésions des membres, car il n'y a pas de cicatrices à ce niveau.

M. Ern. Besnier. — L'absence de cicatrices n'est pas une raison suffisante pour rejeter l'existence du lupus érythémateux. J'ai déjà vu un certain nombre de faits analogues à celui-ci présenter ultérieurement la marche du lupus érythémateux, aboutir à la cachexie que l'on observe à la période terminale de ce dernier ou les lésions prendre, comme cela se voit dans le lupus érythémateux, les caractères du lupus vulgaire.

Sur la persistance des effets de la tuberculine dans le lupus.

M. Hallopeau. — Dans une note communiquée en février, j'ai admis, d'accord avec M. Besnier, que l'action curative des inoculations de tuberculine, évidente dans certains cas, n'était que passagère et que bientôt de nouveaux nodules se reproduisaient dans le tissu de cicatrice. Il semblait donc que le lupus dût bientôt se reproduire avec les caractères qu'il offrait précédemment. Les deux malades que je présente montrent qu'il n'en est pas toujours ainsi et que les caractères du lupus peuvent au contraire rester profondément modifiés par le fait des inoculations.

Voici un malade atteint d'un lupus de la face qui a présenté jusqu'au jour où il a été modifié par les inoculations de lymphe de Koch un caractère végétant d'une intensité exceptionnelle : les masses tuberculeuses formaient des saillies de près d'un centimètre et repullulaient chaque fois qu'on les avait réduites, soit par la cautérisation, soit par la rugination ; sous l'influence des injections, ces masses se sont rapidement affaissées et bientôt la surface lupique est devenue presque complètement lisse ; on distinguait encore cependant de nombreux nodules intra-dermiques et l'on devait s'attendre à voir se former de nouvelles masses tuberculeuses repullulant avec la même puissance qu'auparavant : il n'en a rien été ; la surface lupique est restée presque plane ; la maladie est toujours en activité ; de nouveaux nodules continuent à se produire ; mais l'affection a presque entièrement perdu son caractère végétant ; le volume des rares nodules qui font saillie ne dépasse pas celui d'un grain de chènevis. Si l'on considère que dix mois se sont écoulés depuis la dernière inoculation, on est conduit à admettre que le lupus est resté profondément et très favorablement modifié dans ses caractères.

Voici un deuxième malade chez lequel la persistance de la modification dans les caractères de son lupus végétant n'est pas moins évidente.

Ces modifications persistantes se produisent surtout chez les sujets qui ont présenté sous l'influence des inoculations une très vive réaction locale suivie d'une abondante suppuration ; il est vraisemblable que ces réactions laissent à leur suite, dans la constitution des tissus où elles se sont produites, des modifications persistantes qui en font un moins bon terrain de culture pour les bacilles. Ces faits doivent-ils en quoi que ce soit modifier nos conclusions négatives en ce qui concerne l'emploi thérapeutique de la tuberculine? Non, sans aucun doute : nos deux malades ont en effet gravement souffert des inoculations : le premier est atteint d'une insuffisance aortique dont l'origine peut être rapportée en toute certitude à l'action de la lymphe ; le second a eu une série d'abcès très volumineux qui se sont renouvelés pendant plusieurs mois et ont mis sa vie en péril : chez tous deux les très notables améliorations obtenues dans les caractères du lupus ont donc été compensées par de très sérieuses complications. Nous maintenons donc intégralement nos premières conclusions : il faut renoncer à l'emploi thérapeutique de la tuberculine aussi longtemps qu'on n'aura pu parvenir à séparer son action curative de son action nocive.

MM. Ern. Besnier, Fournier et Hardy déclarent que ces malades ne sauraient être considérés comme guéris.

Lichen de Wilson chez une négresse.

MM. G. Thibierge et **Leredde.** — Voici une négresse de 48 ans, originaire de la Pointe-à-Pitre, atteinte depuis 5 mois de lichen plan. L'éruption est caractérisée par des éléments isolés ou confluents en larges nappes.

Les éléments isolés sont pour la plupart de coloration noire, un certain nombre sont simplement hyperpigmentés et de couleur un peu plus foncée que la peau adjacente ; quelques-uns, dont on constate difficilement la présence et qu'on ne découvre guère qu'à la palpation, ont la même coloration que la peau normale. Ces éléments isolés ont une forme régulière, polygonale ; leur surface est aplatie, lisse, d'un éclat très atténué.

Les éléments agglomérés forment des nappes ayant une coloration noire, générale, mais sur quelques points desquelles la pigmentation est plus prononcée ; les plis normaux de l'épiderme sont exagérés à la surface de ces plaques et forment un quadrillé irrégulier très prononcé ; ces plaques ne présentent pas d'infiltration nette du derme, qui semble même aminci à leur niveau ; mais, au niveau des points les plus pigmentés, on y sent une infiltration ferme et résistante.

Les lésions occupent le cou, le tronc et les membres. La face est respectée, ainsi que les muqueuses.

L'affection s'accompagnait, au moment de l'entrée à l'hôpital, d'un prurit intense et d'insomnie.

L'examen histologique a montré une infiltration des couches papillaire et sous-papillaire du derme, surtout prononcée autour des vaisseaux, et un œdème surtout apparent dans les papilles qui sont tuméfiées et confondues les unes avec les autres ; l'épiderme est plus pigmenté que dans une peau normale de nègre et est le siège de lésions résultant de sa compression mécanique par suite des lésions du derme.

M. Jacquet. — Voici une malade atteinte de lichen

plan que j'ai traitée par les douches froides : il y a eu en quelques jours amélioration considérable des phénomènes nerveux concomitants et guérison rapide des lésions cutanées.

Un cas de « lymphangiome circonscrit » des auteurs anglais (Hématangiome dermo-papillaire et hypodermique).

M. G. Thibierge. — Voici un homme de 28 ans, qui depuis l'âge de 10 ans, a remarqué le développement sur la paroi interne de l'aisselle gauche de groupes de petites saillies analogues à des vésicules conglomérées; ces saillies débutent assez rapidement, ont d'abord une coloration rouge violacée ou noirâtre, puis elles se décolorent peu à peu au bout de plusieurs mois, finissent par devenir complètement incolores et persistent à cet état pendant plusieurs mois, ressemblant alors à des vésicules d'herpès ou de zona. Actuellement on peut voir des éléments à l'état de saillies rouges, donnant lieu à un écoulement sanguin abondant lorsqu'elles sont rompues et des saillies blanches, moins nombreuses, dont on fait sortir par la piqûre une petite quantité de liquide incolore ne renfermant pas de cellules lymphatiques et qui cesse de couler lorsque la saillie s'est vidée. Au niveau de ces groupes d'éléments, on constate dans le tissu cellulaire sous-cutané une tuméfaction mollasse ayant la consistance de certains angiomes.

Ce cas ressemble à certains de ceux qui ont été décrits par les auteurs anglais sous le nom de lymphangiome. Le mode de développement des lésions, leur coloration initialement rouge, due à la présence de liquide sanguin, leur décoloration progressive et leur transformation en une sorte de petit kyste séreux prouve bien qu'elles sont en connexions avec le système sanguin et non avec le système lymphatique. Ce cas doit être rapproché d'un fait récemment observé par de Smet et Bayet qui ont constaté à l'examen microscopique la présence d'un angiome sanguin kystique et des faits décrits dans ces dernières années par Mibelli et par Pringle, sous le nom d'angiokératome, dans lesquels de petites saillies analogues à des verrues et renfermant des dilatations vasculaires sanguines recouvertes d'épiderme hyperkératosé se développent aux mains et aux pieds.

Les faits de ce genre doivent être distraits du groupe assez confus des faits auxquels les dermatologistes anglais ont donné le nom de lymphangiome circonscrit, désignation qui, malgré sa défectuosité, peut être appliquée aux faits décrits par Malcolm Morris, par Hutchinson, et à celui observé par MM. Ernest Besnier et Vidal, mais qui ne convient pas à d'autres cas publiés sous ce nom.

Traitement de la pelade par les injections intradermiques de sublimé.

M. Barthélemy. — J'ai employé chez une malade atteinte de pelade depuis 6 mois les injections intradermiques d'une solution de sublimé suivant la méthode préconisée par M. Moty (voir *Mercredi médical*, 20 mai 1891, p. 255). Les injections ont été bien supportées; au bout de quelques injections, il y a eu une amélioration notable et en 3 mois la repousse des cheveux était presque générale. Ce cas ne peut être très significatif en présence d'une maladie ayant une évolution aussi peu réglée que la pelade. Cette méthode, si elle donne de bons résultats, ne sera jamais qu'une méthode d'exception.

M. Moty. — J'ai modifié la formule du liquide que j'injecte; j'emploie une solution contenant 1/400 de sublimé et 1/200 de cocaïne. Ces injections ne sont pas douloureuses, à la condition de ne pas les pousser trop vite. Aucun des malades auxquels j'ai appliqué ce traitement n'est revenu me voir, sauf un chez lequel j'avais réservé une plaque afin d'observer les effets du traitement, et j'ai constaté que les cheveux avaient repoussé sur toutes les autres plaques.

M. Ern. Besnier. — Ce traitement ne peut être que difficile en ville, et même dans les hôpitaux civils, où on a moins d'autorité sur les malades que dans les hôpitaux militaires. Il serait indispensable que ces résultats fussent observés d'une manière rigoureuse, car il est nécessaire de savoir si réellement ce traitement est plus efficace que ceux employés jusqu'ici ou s'il n'a pas plus d'action que ceux-ci; jusque-là on ne peut le recommander et proposer aux praticiens un traitement qui est douloureux et n'est peut-être pas exempt de tout danger.

Ulcère tuberculeux des lèvres.

MM. Troisier et **Ménétrier** présentent le moulage d'un ulcère tuberculeux des lèvres développé quatre mois avant la mort chez un phthisique. L'ulcère occupait la commissure labiale gauche et occupait à la fois la portion cutanée et la portion muqueuse de la lèvre; il offrait les caractères classiques de l'ulcère tuberculeux de la peau et s'accompagnait d'une légère tuméfaction d'un ganglion sous-maxillaire; les parois étaient formées d'un tissu de granulation infiltré de follicules tuberculeux avec cellules géantes de bacille de Koch.

M. Tenneson présente une malade atteinte de *pityriasis rosé de Gibert* avec plaque primitive développée sur les bras.

Georges Thibierge.

ÉTRANGER

ALLEMAGNE

SOCIÉTE DE MEDECINE BERLINOISE

Séance du 4 *novembre* 1891.

Suture nerveuse.

M. Gluck présente un homme de 22 ans qui le 5 mai dernier vint se faire soigner pour une plaie par instrument piquant avec paralysie radiale complète. Après débridement de la plaie, le bout central du nerf fut vite trouvé, le bout périphérique un peu plus difficilement et tous deux furent suturés. Le 1er juin le malade était opératoirement guéri et le prof. Bernhardt commença à l'électriser. Aujourd'hui, il y a encore de la réaction de dégénérescence, mais les mouvements commencent à revenir et le pronostic est favorable.

Greffe de bouts de doigts.

M. Gluck présente un boucher qui d'un coup de hachette s'était coupé les deux dernières phalanges de l'annulaire et de l'auriculaire gauches. Après désinfection soignée, les parties furent suturées et elles reprirent fort bien ; l'opération date d'un an et demi.

Tumeurs intra-thoraciques.

M. Senator insiste sur un point dont M. Frænkel n'a pas parlé : le diagnostic des tumeurs intra-thoraciques et des épanchements pleuraux. En général le diagnostic est facile par les signes physiques, et la ponction exploratrice le tranche. Mais il n'en est pas toujours ainsi, et dans un cas, chez un homme de 50 ans, la ponction ramena un liquide verdâtre que M. Senator logeait dans la plèvre : à l'autopsie on trouva une tumeur avec ramollissement central. Un signe pathognomonique d'une tumeur et dont M. Frænkel n'a pas parlé est l'œdème unilatéral du thorax, du membre supérieur et du cou (compression du tronc veineux brachio-céphalique). Malheureusement c'est un phénomène inconstant. L'examen des crachats n'est réellement caractéristique que dans les kystes hydatiques du poumon.

M. B. Frænkel. — Les laryngologistes sont souvent consultés en cas de tumeur intra-thoracique, à cause des phénomènes de paralysie du récurrent dont elles s'accompagnent souvent. La paralysie de la corde droite permet d'exclure un anévrysme de l'aorte ; celle de la corde gauche peut exister aussi bien avec une tumeur qu'avec un anévrysme, la paralysie bilatérale est plutôt en faveur de la tumeur. Un signe omis par M. A. Frænkel est, en cas d'anévrysme, l'existence de battements transmis à la trachée au cou, la tête étant un peu renversée et le larynx élevé, pour tendre la trachée. Si par la trachéoscopie on constate une déformation en fourreau de sabre, c'est un signe de tumeur.

M. Fürbringer pense que parfois le diagnostic entre une tumeur et un anévrysme de l'aorte est impossible : une fois, croyant à un anévrysme, il a fait lier la sous-clavière par

M. Hahn à un homme atteint d'un cancer des ganglions bronchiques. On peut avoir recours à la ponction aspiratrice exploratrice : si elle fournit un jet de sang rouge, il s'agit d'un anévrysme.

M. A. Fræenkel pense que les « cellules hydropiques » ne proviennent pas habituellement du néoplasme. M. Fürbringer a cru aussi que ces cellules étaient dues à une transformation de l'épithélium de la plèvre, mais des observations ultérieures lui ont fait reconnaître qu'elles tiraient en réalité leur origine du néoplasme lui-même, en particulier dans un cas de carcinome du péritoine. La présence de ces cellules démontre donc l'existence d'un néoplasme. Quincke, Unger, Ehrlich ont étudié ces cellules et Bizzozero les regarde aussi comme caractéristiques de la présence d'un carcinome.

M. Ewald pense que la dilatation veineuse sur la plaie du côté malade est un signe de tumeur. Il fait, comme M. Fürbringer, la ponction aspiratrice dans les cas douteux. M. Ewald relate à ce propos un cas de tumeur cervicale maligne avec masses pleuro-pulmonaires. Mais ce cas sort de la discussion, car M. Virchow, qui l'a étudié, a constaté qu'il s'agissait d'un goitre.

M. Virchow a ensuite insisté sur la classification des tumeurs du médiastin, les unes non ulcéreuses (lympho-sarcome, tumeurs d'origine thymique), les autres ulcéreuses (carcinome de l'œsophage, du poumon). Dans le cancer du poumon il pense, quoi qu'en disent les cliniciens, qu'avec de la patience on trouve toujours à un moment donné des cellules caractéristiques dans les crachats.

ANGLETERRE

SOCIÉTÉ ROYALE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE.

Séance du 10 novembre.

Actinomycose.

M. W. H. Ransom. — J'ai vu un cas d'actinomycose de l'appendice vermiforme produisant une pérityphlite chez un homme de 50 ans. La douleur, d'abord mal définie, au bout de 9 jours devint aiguë et se localisa dans la fosse iliaque droite; on put alors sentir une tumeur dans la région du cæcum. Une ponction exploratrice pratiquée en arrière du cæcum ne donna aucun résultat. Environ 4 mois après le début de l'affection la peau s'ulcéra au niveau de l'épine iliaque antéro-supérieure et il s'écoula un peu de pus fétide. Au bout de 10 jours, on incisa en arrière et on inséra un drain; on en avait déjà placé un en avant; on passa un drain réunissant les ouvertures antérieures et postérieures. Par ce tube s'échappèrent du pus fétide, des gaz, des caillots fibrineux, des granulations dont on ne put d'abord établir la nature. Six mois après le début de la maladie, on fit une incision franche, on explora les fistules avec le doigt et on plaça un plus gros drain. Bientôt apparut de nouveau du pus fétide contenant de petites sphères d'actinomyces. De la diarrhée survint et l'état du malade devint encore moins satisfaisant; le malade mourut au huitième mois de sa maladie. A l'autopsie on ne trouva pas de péritonite généralisée; l'appendice présentait des adhérences; en arrière du cæcum était un abcès à parois irrégulières avec des fistules tortueuses; les veines iliaques externes étaient englobées dans le tissu de néoformation. Dans la veine cave on trouva des caillots. L'intérieur du cæcum ne communiquait pas avec l'abcès; l'appendice perforé en 2 ou 3 endroits communiquait avec ce dernier. On trouva des sphérules d'actinomyces dans un abcès métastatique du foie. A l'avenir je chercherai les corpuscules de l'actinomycose toutes les fois que je me trouverai en présence d'une inflammation subaiguë ou chronique gagnant tous les tissus sans préférence marquée pour aucun, formant une sorte de tuméfaction dure, presque ligneuse, envahissant la peau, se ramollissant lentement au centre, ne produisant que peu de pus, et ne guérissant pas par une incision franche et un drainage. Je crois que dans ce cas l'ablation de l'appendice n'eût pas amené la guérison.

M. William B. Ransom. — J'ai vu chez un homme de 48 ans un cas d'actinomycose des organes digestifs et urinaires. Cet homme souffrait depuis 4 mois de colique, de flatulence, quelquefois de vomissements; les selles étaient irrégulières et les mictions étaient devenues moins fréquentes. Je sentis une masse résistante, douloureuse, siégeant en avant du rectum, au-dessus de la prostate; on trouva des corpuscules d'actinomyces dans ses urines. Deux mois plus tard, M. Taylor pratiqua la laparotomie; on trouva la tuméfaction formée par une anse intestinale maintenue par des adhérences, mais on ne trouva pas de néoplasme. Le malade guérit très bien de l'opération ; on lui donna du naphthol β et du calomel et il se trouva rapidement mieux. Il continua à rendre des sphérules dans son urine. La prostate devait être dans ce cas le siège de l'affection. Le malade retourna chez lui bien portant. Ce cas présente un intérêt étiologique, parce que le malade avait mangé en juillet 1890 de l'orge et du blé nouveaux.

M. Anderson. — J'ai observé un cas d'actinomycose de la face et du cou chez un homme de 29 ans; le côté gauche de la face était très enflé et le pus s'échappait par 8 ouvertures; chaque fistule conduisait sur un os dénudé. Les dents du côté gauche étaient cariées aux deux mâchoires. Le pus contenait les granules jaune pâle caractéristiques de l'actinomycose. On disséqua la peau et on fit un grattage; on dut même enlever une portion du masséter. Le malade guérit très bien.

M. Pye-Smith. — Cette maladie vient probablement du blé plutôt que de la viande. Il est difficile à l'heure actuelle de classer botaniquement l'actinomycès; il est probable néanmoins que c'est là un champignon. Quand cette maladie est externe, elle peut guérir; interne, elle est incurable.

M. Crookshank croit que l'actinomycose est très fréquente en Angleterre, où les vétérinaires la regardent comme des cas d'ostéo-sarcomes ou d'ostéo-fibromes.

M. Hill pense que l'actinomycès n'est point un champignon, mais plutôt un basidiomycète.

M. Taylor a vu un abcès du foie dû à l'actinomycès.

M. Septimus Gibbon. — On a remarqué que cette affection est surtout fréquente dans les saisons pluvieuses et dans les pays humides.

SOCIÉTÉ DE GYNÉCOLOGIE DU ROYAUME-UNI

Séances des 8 et 22 octobre 1891.

Grossesse extra-utérine.

M. Leith Napier. — Je vous présente un cas de grossesse extra-utérine avancée compliquée de péritonite septique et traitée avec succès par la laparotomie. La malade, âgée de 25 ans, mariée depuis 2 ans et 8 mois, n'avait pas eu d'enfants, mais avait eu 3 fausses-couches. Les règles cessèrent en septembre 1890; les signes ordinaires de grossesse apparurent avec augmentation de volume du ventre. En avril survinrent des douleurs et la malade perdit un caillot volumineux ; le ventre continua à grossir jusqu'en août, époque à laquelle il diminua. Le 17 août elle entra à Chelsea Hospital; on fit le diagnostic de péritonite septique consécutive à une grossesse extra-utérine. Le 31 août, on ouvrit l'abdomen et on retira un fœtus macéré ayant un développement de fœtus de 7 à 8 mois. Le kyste fut lavé avec une solution de sublimé, puis essuyé et ses bords furent cousus à l'incision abdominale à l'aide de sutures en soie. Lavage de l'abdomen avec une solution boriquée et dans le kyste on inséra un tube à drainage en verre avec un pansement phéniqué. Le kyste exhalait une odeur de matières fécales indiquant une communication avec l'intestin. En effet des matières fécales s'écoulèrent par le tube et il se forma une petite fistule stercorale qui se ferma vers le 30 septembre. Il fut impossible de déterminer s'il s'agissait primitivement d'une grossesse tubaire ou abdominale.

M. Howard Barrett. — J'ai vu un cas de grossesse extra-utérine, probablement ovarienne, chez une femme de 32 ans, mariée depuis 4 ans, ayant eu une fausse-couche et 2 enfants. Les règles cessèrent le 5 janvier; 3 mois après elle tomba sur l'abdomen. Le 18 mai elle éprouva dans la région hypogastrique des douleurs extrêmement violentes; elle eut des faiblesses, des vomissements et mourut au bout de quelques heures. A l'autopsie on trouva l'abdomen rempli de caillots au milieu desquels se trouvait une masse ovoïde ayant 13 cent.

sur 25 cent. reliée à l'utérus par le ligament large épaissi. L'utérus contenait une caduque dégénérée, mais le reste était normal. On ne put trouver l'ovaire droit; le gauche était un peu ramolli. Le kyste contenait un liquide amniotique et un fœtus mâle présentant un développement de 5 à 6 mois. On ne trouva pas de vrai placenta, mais 3 ou 4 masses d'un tissu pourpre. Pas d'adhérences.

M. Mendes de Leon. — Une femme ayant 6 enfants, dont le dernier il y a 6 ans, et une fausse-couche, s'aperçut il y a 15 mois qu'elle était enceinte. Il y eut de l'aménorrhée pendant 6 mois, puis les mouvements fœtaux cessèrent; la malade eut une perte suivie d'une nouvelle période de 6 mois avec aménorrhée. Alors les règles reparurent 4 fois à intervalles réguliers; santé générale excellente. On trouvait dans l'abdomen 3 tumeurs, une volumineuse et 2 petites. On pratiqua une laparotomie et on trouva dans la cavité péritonéale un sérum rouge et un fœtus presque entièrement libre, sauf quelques adhérences, entre l'occiput et l'épiploon. Aucun vestige de cordon ombilical. Des 2 autres grosseurs, l'une était l'utérus et la deuxième une tumeur qui était en rapport avec l'utérus et l'ovaire gauche; on l'enleva, et on s'aperçut alors qu'elle était formée d'un placenta développé dans la trompe. La malade guérit. Le fœtus paraissait avoir 6 mois; il présentait une exagération de la flexion normale, bien qu'il n'eût jamais été dans l'utérus. Je crois qu'il s'agissait d'une grossesse abdominale secondaire à une grossesse primitivement située dans la trompe. Il n'y a eu aucun signe de rupture.

M. Bantock. — Je n'ai jamais rien vu permettant de faire croire à l'existence d'une grossesse ovarienne. J'ai vu un cas de grossesse extra-utérine dans lequel le fœtus était libre dans la cavité abdominale, entouré de ses membranes et le cordon pendant librement. Ce cas est donc tout à fait la contre-partie de celui de M. de Mendès.

M. Bland Sutton. — M. de Mendès a cherché à expliquer de deux façons la présence du fœtus dans la cavité péritonéale. La première explication est que le fœtus peut être sorti de la trompe à une période très peu avancée de la grossesse et être allé alors se greffer sur le péritoine. Or il est prouvé maintenant qu'il est impossible qu'un œuf se développe de cette façon. La deuxième explication, probablement la bonne, était que la grossesse marcha jusqu'au 6e mois, époque à laquelle se produisit une rupture péritonéale secondaire et le fœtus fut rejeté du sac dans la cavité péritonéale où il se momifia lentement.

M. Reves. — J'ai vu un cas qui pour moi est sûrement un cas de grossesse ovarienne. J'ai incisé le feuillet antérieur du ligament large et j'ai trouvé le fœtus et les restes des annexes. Je n'ai pas trouvé trace d'ovaire de ce côté; la trompe était absolument intacte et rien ne permettait de supposer que la grossesse avait débuté dans cet organe.

M. Routh. — D'après M. Bland Sutton, un fœtus ne peut contracter des adhérences avec le péritoine pour en retirer les éléments nécessaires à sa vie; mais comment alors certaines tumeurs qui n'ont aucun rapport avec l'utérus peuvent-elles arriver à vivre par l'intermédiaire du péritoine?

M. Bland Sutton. — J'ai vu un fœtus qu'on s'apprêtait à décrire comme s'étant développé librement sans sac au milieu des intestins, ce qui évidemment est absurde. Mais j'ai heureusement pu examiner le placenta et j'ai pu démontrer la présence de restes du sac amniotique.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE LONDRES

Séance du 4 *novembre* 1891.

Chorée des femmes enceintes.

M. F. J. Mc Cann. — Je distingue 3 formes de chorée des femmes enceintes : 1° la chorée gravidique vraie; 2° la chorée hystérique pendant la grossesse; 3° la forme mixte. La première forme est la plus importante, elle est surtout influencée par les mouvements du fœtus, les excitations périphériques, l'allaitement. La chorée survient rarement entre 18 et 30 ans en dehors de l'état de grossesse; elle est surtout fréquente dans une première grossesse. Il est rare, si même le fait se produit, que la chorée se montre pour la première fois dans une deuxième ou une troisième grossesse, à moins que dans l'intervalle qui s'est écoulé entre la première grossesse et les suivantes ne soit survenue une cause de chorée, comme une attaque de rhumatisme. Le plus souvent cette affection apparaît au 3e ou au 4e mois de la grossesse. Les causes principales de cette complication résident dans une attaque de chorée antérieure, une attaque rhumatismale, des antécédents héréditaires rhumatismaux; il faut citer aussi l'épilepsie et autres tares nerveuses, ainsi qu'une frayeur, une émotion vive et l'anémie. Pour que la chorée se produise, il faut que 3 facteurs entrent en ligne : 1° une prédisposition héréditaire à l'excitabilité nerveuse; 2° une modification du sang; 3° des causes occasionnelles. Or pendant la grossesse il se produit précisément des modifications du système nerveux du sang; il y a en outre un état d'irritation spécial produit par les mouvements fœtaux. Le siège de la lésion varie : dans les cas graves, les centres moteurs et intellectuels et le cordon spinal sont pris; dans les cas bénins, seuls les centres moteurs sont atteints. Dans les premiers cas il peut très bien se produire un avortement; dans les cas plus légers la grossesse continue heureusement son évolution. Le plus souvent la mère guérit; cependant on peut voir survenir la mort, la folie, la paralysie. L'enfant ne court de danger que s'il y a avortement. Dans tous les cas que j'ai observés, les mouvements choréiques, tout en diminuant après la délivrance, persistaient encore pendant quelque temps; dans un cas je les ai vus se produire encore pendant 5 mois. Quand la femme a eu de la chorée dans son enfance, il est presque certain que cette affection se montrera de nouveau pendant la grossesse; ces récidives peuvent être plus graves ou de même intensité que la première attaque. Plus la malade est jeune lors de sa première grossesse, plus elle présente de chances d'avoir de la chorée.

M. Herman. — Je ne vois aucune raison qui permette d'attribuer la chorée à une modification du sang; il s'agit plutôt là d'une modification d'un des hémisphères cérébraux. Il est difficile d'admettre l'opinion de M. Mc Cann, opinion d'après laquelle une femme qui a eu de la chorée dans son enfance en présentera presque sûrement de nouveau lors de sa première grossesse. Le meilleur traitement consiste dans une bonne alimentation.

M. Playfair. — Une malade atteinte de chorée et qui est d'un tempérament nerveux peut présenter quelques symptômes qu'on pourrait rapporter à l'hystérie; mais cela ne justifie pas la dénomination de chorée hystérique.

M. Horrocks. — Le seul guide au point de vue du pronostic est la température; dès qu'elle s'élève, le pronostic s'aggrave.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE LONDRES

Séances du 2 *et du* 9 *novembre* 1891.

Grippe nerveuse.

M. Althaus. — Je suis arrivé à cette conclusion que l'influenza n'est pas une fièvre catarrhale, mais une fièvre nerveuse infectieuse. Tous les symptômes observés dans les formes nerveuse, catarrhale et gastrique sont dus à un poison, la « *toxine grippale* », irritant différents centres de la moelle allongée. La fièvre spéciale de la grippe est due à une congestion du centre thermogène dans le bulbe, congestion produite par la toxine grippale. Les autres symptômes de la forme nerveuse de la grippe, comme la céphalée, les douleurs, le délire, l'insomnie, le coma, les crises cardiaques et respiratoires, sont dus à l'excitation par le poison de différents centres bulbaires. Le catarrhe grippal ou la pneumonie grippale proviennent d'une congestion ou, dans les cas graves, d'une inflammation des noyaux de la 5e paire et des accessoires du vague dans le bulbe. La tendance hémorrhagique est due à une congestion du centre vaso-constricteur de la moelle produite par la toxine grippale. La forme gastro-intestinale est produite par une irritation du centre bulbaire du vomissement occasionnellement transmise aux nerfs splanchniques par des anastomoses au niveau du plexus cardiaque, pouvant alors provoquer des symptômes de dysentérie.

M. Savage. — J'ai vu en tout 54 affections nerveuses

survenir à la suite de l'influenza, 33 chez des hommes et 21 chez des femmes. J'ai vu survenir 4 fois la paralysie générale, 20 fois le délire mélancolique, 13 fois la manie aiguë; 6 fois la folie; 5 fois le délire maniaque et 6 fois un affaiblissement mental. Trois malades seulement sont morts. Il est bien rare, si c'est même possible, qu'une maladie nerveuse envahisse un sujet parfaitement sain à la suite de l'influenza. Tous ces malades étaient déjà en puissance d'une dégénération quelconque, produite par exemple par l'alcool ou la syphilis. J'appellerai l'attention sur un cas en raison de son intérêt médico-légal. Il s'agit d'un douanier qui 12 ans auparavant avait eu un violent traumatisme de la tête, mais dont la conduite avait toujours été irréprochable; à la suite d'une attaque d'influenza il perdit la mémoire; mais il s'acquitta tout de même très bien de ses fonctions. Il fut alors pris du désir de tuer un de ses enfants, il y résista, s'enfuit de chez lui, errant sans but. Dans les asiles, l'influenza paraît attaquer les sujets bien portants de préférence aux fous. Il n'y a pas de relation entre la gravité de l'attaque d'influenza et la maladie nerveuse consécutive. De simples névroses, telles que l'insomnie, la neurasthénie, l'hypochondrie, les crises épileptiformes sont fréquentes. Le diabète est survenu dans un cas. Les cas dangereux sont de deux sortes : les sujets qui sont atteints de délire aigu et ceux qui sont atteints de paralysie générale. Le traitement est général plutôt que spécial.

Curabilité de la tuberculose.

M. Burney Yeo. — Brouardel pense que 60 pour 100 des sujets qui ont dépassé 30 ans ont été atteints d'une tuberculose pulmonaire dont ils ont guéri. Grancher d'un autre côté affirme que le tuberculeux devenu phthisique est incurable. Je suis pour ma part convaincu qu'on arrive trop tard dans la majorité des cas de phthisie qu'on a à traiter et que les conditions qui eussent permis la guérison n'existent déjà plus quand on commence à soigner le malade. D'où la nécessité d'un diagnostic fait de bonne heure. Une hémoptysie survenant dès le début est un symptôme heureux en ce qu'il attire l'attention. Les indications thérapeutiques sont les suivantes : donner la nourriture sous une forme convenable et en quantité convenable pour permettre l'assimilation; habiter un climat sec et pur à la campagne ou au bord de la mer, avec beaucoup de soleil; donner une médication interne appropriée : des hypophosphites chez les jeunes; appliquer le traitement de Bergeon dans certains cas. La tuberculine de Koch m'a souvent donné de bons résultats. Les inhalations antiseptiques continuées avec persévérance donnent toujours de bons résultats.

M. Douglas Powell. — Tout le monde a vu d'anciens foyers de tuberculose éteints; mais chacun sait aussi qu'à un moment donné ils peuvent se rallumer. La grande condition de guérison consiste dans des lésions limitées. Quant à la division qu'on veut établir entre la tuberculose et la phthisie, elle est purement arbitraire. L'efficacité de la tuberculine ne repose que sur ce fait, qu'elle facilite le processus d'élimination. La créosote et le gaïacol peuvent être très utiles.

M. Phillips. — Le séjour à Madère n'améliore aucunement les phthisiques. La créosote, utile quand il y a tendance à la gangrène, a été trop vantée dans les autres cas.

M. Yeo. — La distinction que j'établis entre tuberculose et phthisie est purement clinique. Dans les Pyrénées, il y a 2 sources, contenant de l'hydrogène sulfuré, qui ont une grande réputation dans le traitement de la phthisie.

AUTRICHE

SOCIETÉ IMPÉRIO-ROYALE DES MÉDECINS DE VIENNE

Séance du 13 novembre 1891.

Traitement du cancer.

M. Adamkiewicz présente un homme offrant une perte notable de la peau de l'angle interne de l'œil droit, comblée par une mince pellicule blanchâtre. La partie interne des deux paupières avait été détruite au point que, pendant l'occlusion, la sclérotique restait à découvert. A la place de la cicatrice actuelle on constatait au 25 août un épithélioma végétant dont l'existence remontait à des années. Sous l'influence du traitement institué, le néoplasme se modifia au point que le 12 octobre il avait disparu. Le prof. Adamkiewicz ne prétend point avoir découvert un remède qui doive guérir en toute circonstance le cancer; il serait arrivé seulement à démontrer les propriétés toxiques du tissu cancéreux, fait important, tant au point de vue de la nature du cancer que de son traitement.

M. Billroth fait observer qu'une série d'affections cutanées, parmi elles l'épithélioma superficiel, guérissent dans leur partie centrale pendant qu'elles s'étendent de plus en plus à la périphérie. C'est là un processus qui se produit spontanément en dehors de tout traitement; il a dû en être ainsi dans le cas d'Adamkiewicz, sous l'influence du traitement irritant employé. On trouve encore au pourtour de la cicatrice un bourrelet dur, qu'on doit regarder encore comme épithéliomateux. Les traitements employés jusqu'à ce jour donnent des résultats analogues.

M. Kaposi a fait des expériences assez heureuses concernant la curabilité du cancer. Mais dans le cas d'Adamkiewicz il s'agit d'un tout autre essai. Si le traitement préconisé est purement local, il n'est point supérieur aux remèdes employés jusqu'à ce jour; au contraire, s'il s'agit d'un médicament injecté en un point quelconque du corps, amenant une réaction au niveau de la néoplasie, il mérite qu'on y prête attention. M. Adamkiewicz ne présente pas son malade comme un cas de guérison, mais plutôt comme un résultat de son remède employé; M. Kaposi connaît d'ailleurs le cas depuis 10 ans; quatre semaines avant la médication il s'agissait d'un cancroïde très prononcé : en raison de la courte durée d'intervention, c'est donc un résultat évident.

M. Adamkiewicz fait remarquer que le malade était porteur d'un néoplasme ulcéré suppurant. Au cinquième jour du traitement la cicatrisation commença et continua à progresser. Le liquide employé est neutre. Il fut injecté au cou et à la nuque; la réaction se fit au niveau du carcinome. C'est sur ce point seul que M. Adamkiewicz veut insister

M. Mauthner fait observer les bons résultats de la blépharoplastie précoce dans les cas de cancroïdes des paupières.

M. Franck a expérimenté le remède de M. Adamkiewicz et n'a obtenu ni réaction générale, ni locale.

M. von Dittel rappelle un cas de cancroïde des lèvres traité par cette méthode; au deuxième examen du malade il reconnaissait encore facilement le néoplasme; il ignore si ce cas a été considéré comme une guérison.

Adénome suppuré du sein

M. Jahoda présente une tumeur de la mamelle, enlevée par le prof. Mosetig chez une femme de 23 ans. La tumeur resta stationnaire jusqu'à la première grossesse; au début de celle-ci, elle commença à augmenter, puis redevint stationnaire à la suite d'un avortement au quatrième mois. Au cours de la deuxième grossesse, la tumeur reprit son développement, et ne cessa de croître même après l'accouchement; bientôt apparurent les symptômes d'une mastite typique avec fièvre. Une incision donna issue à un mélange de pus et de lait avec débris de tissu cellulaire sphacélé et permit ensuite l'ablation de la tumeur qui était un adénome pur.

Charbon intestinal

M. Dittrich communique un cas de charbon intestinal primitif.

Le malade, pris de malaise, de crampes et de sommeil, mourut 2 jours et demi après le début de ces accidents. A l'autopsie on trouva : une infiltration hémorrhagique de la muqueuse stomacale et intestinale, une hypertrophie des ganglions mésentériques, et les lésions viscérales qui se rencontrent dans les maladies infectieuses. Les examens bactériologiques et microscopiques et les inoculations démontrèrent nettement qu'il s'agissait d'une infection charbonneuse.

Le malade s'était évidemment infecté au contact de déchets d'animaux charbonneux, et des personnes atteintes de la même affection avec lesquelles il était en rapport. Les mains avaient servi d'intermédiaire à la contamination des aliments.

COLLÈGE DES MÉDECINS DE VIENNE

Séance du 9 novembre 1891.

Occlusion intestinale.

M. Jahoda présente deux cas d'incarcération intestinale :

1° Il s'agit d'un apprenti confiseur de 18 ans qui fut pris le 25 septembre de symptômes d'étranglement. En présence d'une hernie inguinale droite irréductible, le médecin l'envoie à l'hôpital où il est reçu le 28 septembre : peu de collapsus; abdomen météorisé ; double cryptorchidie ; hernie inguinale gauche réductible ; dans la partie droite des bourses, tumeur fluctuante, tendue, de la grosseur d'un œuf, son contenu est irréductible. D'après les données de l'examen du malade, en l'absence de renseignements de sa part sur l'existence antérieure d'une hernie et sur les manœuvres de taxis du médecin traitant, on diagnostiqua une hydrocèle du conduit vagino-péritonéal, avec réserve pour une incarcération interne. Le malade fut tenu en observation jusqu'au 2 octobre. En l'absence d'émission de gaz et de selles, M. Jahoda fit la laparotomie ; à l'ouverture du ventre il s'aperçut qu'il s'agissait d'une réduction incomplète de hernie. Le sac herniaire et son contenu avaient été refoulés sous le péritoine situé au niveau de l'orifice inguinal interne. Grâce à de nombreux débridements, l'intestin fut libéré ; suture de l'anneau et de la paroi ; guérison par première intention.

2° Femme de 36 ans, tombée malade subitement le 5 octobre avec des symptômes d'incarcération. A son entrée, collapsus marqué, abdomen très ballonné, peu sensible à la pression. Vomissements fécaloïdes. Lavage de l'estomac ; laparotomie : incision médiane allant de la symphyse pubienne à un travers de main au-dessus de l'ombilic. A l'ouverture de l'abdomen on trouva une corde épiploïque de la grosseur du doigt, de 6 cent. de longueur, étranglant une anse intestinale. On la sectionna entre deux ligatures et on referma l'abdomen par une suture étagée. Guérison par première intention. La corde épiploïque examinée par M. Paltauf était composée de tissu conjonctif et provenait probablement d'une péritonite post-partum.

SOCIÉTÉ IMPÉRIO-ROYALE DES MÉDECINS DE BUDA-PEST

Séance du 31 octobre 1891.

Myocardite syphilitique.

M. Nekam présente un cas de myocardite syphilitique. Il s'agit d'une femme de 46 ans, qui mourut 8 heures après son entrée à l'hôpital. Au point de vue clinique on observait de l'arhythmie et de l'affaiblissement des bruits du cœur. A l'autopsie on note deux cicatrices dans la région inguinale de 5 à 6 cent. ; sur la vulve on trouve les traces d'une ulcération guérie.

Le cœur présente une hypertrophie concentrique moyenne, le péricarde viscéral sur le ventricule gauche est épaissi et d'aspect laiteux. Au niveau de la partie inférieure de ce ventricule, sur ses faces latérale et antérieure on observe des gommes ramolies, les unes non circonscrites, les autres confluentes, d'un aspect transparent, mesurant de 4 à 19 mm., occupant pour la plupart toute l'épaisseur de la paroi ventriculaire. A leur niveau l'endocarde est épaissi. Consécutivement à ces lésions, la paroi antérieure du ventricule présente un diverticule anévrysmal de 9 mm. de profondeur.

VARIÉTÉS

Le conseil municipal de Paris et **M. A. Després.** — Nous reproduisons une partie de la discussion qui a eu lieu lundi au Conseil municipal sur une question de M. L. Lucipia :

M. Lucipia. — Messieurs, je viens encore vous entretenir de M. le Dr Després. (Ah ! Ah !) C'est un mauvais sujet...

Une voix. — Qui ? Le Dr Després ? (Rires.)

M. Lucipia... Mais on ne peut pas toujours choisir son sujet. A la fin de la dernière session, j'avais fait inscrire ma question, qui n'a pu être discutée avant la clôture de la session. C'est pour cela qu'aujourd'hui seulement je viens demander à M. le directeur de l'Assistance publique des explications sur la conduite de M. le Dr Després à l'hôpital de la Charité.

Le 15 juin dernier, M. le Dr Després, dans une salle de l'hôpital, disait publiquement que les infirmières laïques n'étaient que le rebut de la société. Non content de cela, il ajoutait que le directeur ferait bien mieux de s'occuper des affaires de son administration que de maintenir, pardonnez-moi l'expression, des putains dans son service.

Une voix. — Le Dr Després en a dit bien d'autres.

M. Lucipia. — A une infirmière qui approchait un malade il disait encore : « Prenez garde à vous dans l'intérêt de votre mari. »

L'administration crut devoir traduire M. Després devant le Conseil de surveillance de l'Assistance publique, qui estima que M. le Dr Després méritait un blâme. Je le demande à M. le directeur de l'Assistance publique, et j'en fais juge le Conseil municipal, y a-t-il une proportion entre la faute et la punition ?

M. Vaillant. — Evidemment non.

M. Lucipia. — Que se serait-il passé si l'infirmière avait répondu en traitant de polisson, comme il le méritait, M. le Dr Després, si le mari de l'autre infirmière avait souffleté l'insulteur ? Se serait-on contenté d'un blâme ? J'en doute.

Il est nécessaire pourtant qu'on sache que la justice est la même pour tous et que la punition doit être plus rigoureuse pour l'homme le plus élevé en grade, pour celui qui a eu la chance de naître dans une situation qui lui a assuré l'éducation et l'instruction.

Il faut qu'on sache que sous la République la protection du pouvoir est assurée aux petits, aux faibles, aux malheureux. (Très bien ! Très bien !)

M. le Directeur de l'Assistance publique. — Les pénalités que le régime du service de santé met à la disposition de M. le ministre de l'Intérieur et du directeur de l'Assistance publique sont appliquées après avis du Conseil de surveillance. C'est ce Conseil de surveillance qui connaît de ces faits. Je ne dirai pas au Conseil municipal de lui laisser ce soin et de ne pas évoquer ces affaires parce qu'il sortirait de ses attributions ! je craindrais que cette considération ne le retînt pas suffisamment. J'en appelle à sa générosité.

Lorsqu'un chef de service a à répondre de faits pouvant motiver l'application du règlement, il est toujours entendu par le Conseil de surveillance. Ici vous jugeriez sans entendre. En fait, M. le Dr Després a appartenu à cette assemblée, alors que ses intempérances de langage étaient légendaires. Ce serait un triomphe trop facile pour lui que de laisser croire qu'on a attendu son départ du Conseil pour signaler sa conduite à la tribune. Le Conseil me permettra donc de ne pas entrer dans les détails.

La leçon infligée de si verte façon à M. le Dr Després par M. le ministre de l'Intérieur du haut de la tribune n'ayant pas suffi, et M. le Dr Després ayant encore tenu des propos qu'on a jugés répréhensibles, l'administration de l'Asssistance publique l'a appelé devant le Conseil de surveillance, qui, après avoir entendu ses explications, a émis un avis favorable à l'application de la peine d'un avertissement à M. le Dr Després, peine que l'administration de l'Assistance publique proposait de lui infliger.

M. Charles Péan. — Et dont il se moque !

M. le Directeur de l'Assistance publique. — Il a été décidé que cette peine était nécessaire et suffisante : nécessaire, je n'ai pas besoin de justifier ; suffisante, j'ai lieu de le croire.

Le règlement sur le service de santé met aux mains du directeur de l'Assistance publique la peine de suspension.

Je suis convaincu que M. le Dr Després ne placera ni le Conseil de surveillance ni le directeur de l'Assistance publique dans la nécessité d'user de ce droit.

— La discussion a continué quelques minutes encore sur les nombreux brancards qui, d'après M. le Dr Dubois, encombreraient le service de M. Després. L'incident a été clos sans vote du Conseil.

Puisque nous mettons nos lecteurs au courant des faits qui intéressent M. Després, signalons son récent discours à la Chambre en faveur des études latines. Ici nous sommes de son avis — mais pourquoi a-t-il affirmé à la légère que l'école Alsacienne avait supprimé ces études ? Le directeur de cette école affirme qu'il n'en est rien, au contraire, d'où une lettre de rectification que nous avons lue hier dans le *Temps*.

Annuaire de l'Internat. — La cinquième édition de *l'Annuaire de l'Internat en médecine et chirurgie des hôpitaux et hospices civils de Paris* qui vient d'être publiée par les soins de l'Association des internes et anciens internes a été complètement remaniée et corrigée aussi exactement que possible.

Pour les résidences des internes dans les départements, l'Association a eu recours à l'obligeance de collègues demeurant dans les différents centres de la province et qui ont bien voulu servir désormais de correspondants de l'Association. Tous les cinq ans paraîtra une nouvelle édition générale de l'annuaire ; tous les ans un fascicule complémentaire sera publié en même temps que le compte-rendu de l'Association.

Le prix de l'Annuaire est de 4 francs ; le prix est réduit à 2 fr. 50 (3 francs, envoyé franco directement) pour les membres de l'Association qui en feront la demande aux éditeurs G. Steinheil ou Asselin et Houzeau.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

PUBLIÉ PAR

LA GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MEDECINE ET DE CHIRURGIE

Et servi gratuitement à tous les abonnés de ce journal

ABONNEMENTS SPÉCIAUX POUR MM. LES ÉTUDIANTS. — UN AN : 6 FRANCS

L. LEREBOULLET, Rédacteur en chef. — A. BROCA, Secrétaire de la Rédaction

Librairie de G. MASSON, 120, boulevard Saint-Germain.





SOMMAIRE

ACTES OFFICIELS

Corps de santé militaire. — Ont été promus au grade de médecin aide-major de première classe : MM. Benoit dit Becker, Millard, Janot, Arnould, Sturel, Trouillet, de Langenhagen, Arnavielhe, Guirlet, Berger, Coste, Puech-de Vivilie, Michaud, Beigneux, Rouchand, Thérault, Faivre, Niclot, Barrier, Huguet, Destrez, Legrain, François, Claoué, Couturier, Rossignot, Chéreau, Benoît (A.-J.-L.-F.), Mignon, de Schuttelaere, Ducurtil, Tournier, Vigerie, Goutier, Terrail, Lenoir, Blanc, Gilliard, Castaing, Claude, Ribière, Julia, Verdierre, Ollier de Vergèze, Donnadieu, Sire, Lanusse, Troussé, Dormand, Laberderie, Lainé, Loustalot, Viguier, de Guénin.

Corps de santé de la marine. — Ont été promus ou nommés *au grade de directeur du service de santé.* — M. Cunéo, médecin en chef.

Au grade de médecin en chef. — M. Duchateau, médecin principal.

Au grade de médecin principal. — MM. les médecins de première classe Magnon-Pujo et Bourat.

Au grade de médecin de première classe. — MM. les médecins de deuxième classe Audibert, Vancel et Damany.

Au grade de médecin de deuxième classe. — MM. les médecins auxiliaires de deuxième classe Mignotte, Bonnefoy, Denis, Lesueur-Florent, Dubois, Cornet, Conte, Labouesse, Doublet, Le Quinquis, Maclaud, Dupuy-Fromy, Boyer, Palasme de Champeaux, Gombaud, Le Marc'hadour, Prat, Bouras, Porquier, Condé, Dupin, Titi, Lorin, Conan, Lenoir, Lecœur, Duranton, Veigues, Lasselves, Dhomé, Chevalier, Dubois, Collin, Garnier, Martin, Mostin, Hennequin, Renault, Hervé et Réjou.

ACTES
DES FACULTÉS DE MÉDECINE

Thèses du 30 novembre au 5 décembre 1891.

Mercredi 2. — M. Meurisse. Le haschisch. — M. Godinho. De la syphilis conceptionnelle (syphilis précoce, syphilis tardive).

Jeudi 3. — M. Boulard. Recherches sur l'urémie dans les fièvres. — M. Monnier. Quelques considérations sur l'emploi des injections d'eucalyptol iodoformé dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. — M. Chamozzi. De l'énucléation intraglandulaire des goîtres solides. — M. Le Camus. De la rigidité syphilitique du col de l'utérus comme cause de dystocie : sclérose syphilitique du col. — M. Lespérance. Contribution à l'étude du souffle présystolique inorganique de l'insuffisance aortique. — M. Fruchaud. Des luxations métacarpophalangiennes irréductibles des quatre derniers doigts. Pathogénie et traitement par l'arthrotomie à ciel ouvert.

Jury du concours d'agrégation en médecine. — MM. G. Sée, Potain, Peter, Bouchard, Debove, Dupuy (Bordeaux), Tripier (Lyon), Mairet (Montpellier), Spillmann (Nancy).

Suppléants : MM. Fournier, Straus, Hanot, Quinquaud.

Cours de séméiologie clinique. — MM. les Drs Vaquez et Widal commenceront un cours de séméiologie clinique, le lundi 30 novembre, à 5 heures, à l'hôpital de la Charité. Le cours aura lieu quatre fois par semaine et durera environ deux mois.

Le nombre des élèves sera limité, et chacun d'eux sera exercé individuellement à l'examen des malades.

Se faire inscrire par M. le Dr Vaquez, chef de clinique, à l'hôpital de la Charité, le matin de 9 h. à 11 heures.

Ecole de médecine et de pharmacie de Rouen. — Le concours pour une place de chef des travaux anatomiques et physiologiques vient de se terminer par la nomination de M. le Dr Ch. Bataille.

POSTES MÉDICAUX

On demande un médecin à Champigné (Maine-et Loire). S'adresser au bureau du journal.

VARIÉTÉS

La droguerie du docteur François Raspail. — M. le docteur François Raspail, petit-fils du célèbre Raspail — l'inventeur de la méthode de traitement dont l'usage du camphre forme la base — vient d'être poursuivi devant le tribunal correctionnel sous la prévention d'exercice illégal de la pharmacie.

La société de prévoyance et chambre syndicale des pharmacies de la Seine — plaignante et partie civile — lui reprochait de vendre directement à ses clients, dans sa droguerie de la rue de Lille, en contravention de l'article 16 de la déclaration du 26 avril 1777 et de l'article 33 de la loi de germinal an XI : 1° des médicaments composés; 2° des drogues simples destinées à l'exécution de ses ordonnances, et ce au poids médicinal.

L'affaire est venue, hier, devant la 10e chambre. A cette plainte, le docteur Raspail a répondu, par l'organe de Me Rendu, son avocat, que, de l'examen des textes invoqués à l'appui de la poursuite, il résulte que l'on ne peut considérer comme médicaments que les préparations « entrantes au corps humain », qu'aucune des préparations qu'il a vendues — alcool et eau-de-vie camphrés, eau sédative, bain sédatif, huile camphrée et eau quadruple — n'est destinée à entrer dans le corps humain et ne constitue, à proprement parler, un remède.

Il a fait, d'ailleurs, remarquer que les mêmes produits se vendent partout, dans tous les magasins de drogueries, et que, depuis 30 ans, ils figurent sur les catalogues de la maison de la rue du Temple, fondée par Raspail, sans qu'aucun pharmacien ait jusqu'ici songé à se plaindre.

Il a ajouté que, s'il a vendu des médicaments simples, d'un usage général, il les a livrés au poids minimum de trente grammes, poids supérieur au poids médicinal, en laissant lui-même au malade le soin de subdiviser les quantités achetées.

Dès lors — concluait-il — ni l'ordonnance de 1777 ni l'article 33 de la loi de germinal an XI ne sont applicables dans l'espèce.

Mais le tribunal n'a pas admis cette thèse, et, sur la plaidoirie de Me Bogelot, avocat du syndicat des pharmaciens, il a condamné le Dr François Raspail à 500 francs d'amende et 200 francs de dommages-intérêts envers la partie civile.

(*Le Temps.*)

SUPPLÉMENT THÉRAPEUTIQUE AU MERCREDI MÉDICAL

FORMULAIRE THÉRAPEUTIQUE

Traitement de la gale.

Il convient surtout dans la clientèle et non à l'hôpital. En voici la technique :

Lotions savonneuses, sur la totalité du corps, pendant quinze et vingt minutes;

Immédiatement après, bain tiède, savonneux, dans lequel, suivant la recommandation de M. Besnier, on continue les frictions;

Application, avec la brosse ou par frictions, de la pommande suivante :

Essence de lavande, de girofle et de cannelle....	ãã	2 grammes.
Gomme adragante......	4	—
Carbonate de potasse....	30	—
Fleur de soufre........	80	—
Glycérine..........	180	—

M. s. a.

Laisser cette pommade en contact avec la peau pendant vingt-quatre heures, durant lesquelles le galeux revêt du linge propre et fait procéder à la désinfection de ses hardes.

Bain de propreté.

Dans le cas d'*éruptions cutanées* ou chez *les enfants à la mamelle*, remplacer cette pommade par les préparations au styrax (formules de Brocq) :

Huile de camomille camphrée..............	100	grammes.
Baume styrax pur.......	20	—
Essence de menthe......	5	—

F. s. a.

Ou bien, préparation moins irritante encore :

Huile d'olive...........	60	grammes.
Onguent styrax........	20	—
Baume du Pérou.......	5	—

F. s. a.

Ou bien (formule de Quinquaud) :

P. Vaseline.............	100	grammes.
Onguent styrax.....	20	—

F. s. a.

Ou, préparation plus mitigée :

Vaseline...............	100	—
Baume du Pérou.......	5	—

Ou encore dans la *gale des nourrissons* :

P. Huile de camomille..	100	grammes.
Onguent styrax pur.	20	—
Essence de menthe.	5	—

F. s. a.

Chez les *femmes enceintes* (formule de E. Besnier) :

Naphthol β............	5 à 10 grammes.
Ether sulfurique.......	q. s. pour dissoudre
Vaseline................	100 grammes.
Essence de menthe.....	q. s.

F. s. a.

En frictions quotidiennes, durant une semaine, et en prenant un bain amidonné tous les deux jours.

Hôpital Saint-Antoine.

Observation recueillie à l'hôpital Saint-Antoine dans le service de M. le docteur Landrieux dans un cas de *tuberculose pulmonaire* au 1er degré, salle Bichat, n° 22.

Louis L..., ébéniste, âgé de 26 ans, entré le 22 octobre 1889.

Antécédents héréditaires. — Père bien portant, mère phthisique, frère et sœur bien portants.

Antécédents personnels. — Rougeole dans la première enfance.

Il y a deux mois, à la suite d'un refroidissement, le malade a commencé à tousser.

Pendant les premiers jours, cette toux ne s'est accompagnée d'aucun autre symptôme; mais peu à peu sont survenus : des troubles gastriques, perte d'appétit, mauvaises digestions, diarrhée; de la fièvre vespérale, des transpirations nocturnes d'abondance variable, un amaigrissement et un affaiblissement notables.

Néanmoins, le malade n'a jamais eu d'hémoptysies, et ne s'est pas aperçu que ses crachats fussent teintés de sang.

EXAMEN DES POUMONS

Poumon droit :

Percussion	*Auscultation*
En avant	En avant
Sonorité normale.	Respiration rude.
—	—
En arrière	En arrière
Matité dans le tiers supérieur;	Respirat. prolongée, rude, soufflante au sommet ;
Sonorité norm. dans les deux tiers inférieurs.	Râles de bronchite dans les deux tiers inférieurs.

Poumon gauche ;

En avant et en arrière

Sonorité normale et respiration normale.

L'auscultation du cœur ne fournit aucun signe anormal.

Traitement :

Vin créosoté. — Sirop de codeïne.
Eau de la Bourboule.

Du 22 au 29. — La toux reste fréquente; l'expectoration est abondante, mais elle ne contient pas de filets de sang; la fièvre vespérale disparaît à la fin de cette période, les transpirations persistent.

L'appétit est médiocre; mais les troubles gastriques font défaut; les selles sont normales; le malade reste pâle et faible.

Du 29 octobre au 8 novembre. — Légère amélioration. La toux est moins fréquente et l'expectoration moins abondante.

L'auscultation des poumons fait constater une diminution des râles bronchiques. Les transpirations ont à peu près cessé.

L'appétit s'est rétabli; les digestions sont satisfaisantes; les forces ont augmenté.

Du 8 au 20. — Pendant cette période le mieux continue; l'appétit est satisfaisant; les digestions faciles; les selles régulières.

La toux est devenue très rare, ainsi que l'expectoration.

A l'auscultation on trouve une respiration soufflante au sommet droit; les râles ont disparu; le malade ne transpire plus; les forces sont revenues. Il quitte l'hôpital.

Un nouveau traitement de la blennorrhagie.

Dr Hanika.

Medecinisch-chirurgische Rundschau, 1891. N° 16, p. 624.

Partant de cette idée que les substances médicamenteuses employées sous forme d'injections, dans le cas de blennorrhagie, ne produisent que des effets de peu de durée, que lorsqu'on les applique sous forme de crayons médicamenteux l'excipient (cacao, graisse, etc.) entrave dans une assez large mesure l'action médicamenteuse, M. Hanika a imaginé un traitement qui consiste à introduire dans le canal de l'urèthre une poudre médicamenteuse ainsi composée :

Rec. Tannin..........	ãã 5 grammes.
Iodoforme..........	
Sulfate de thalline	

M.

La poudre est introduite dans l'urèthre au moyen d'un instrument spécial, qui a la forme d'une sonde et qui est percé en avant et latéralement d'un certain nombre de petits trous. La sonde est creuse et loge une spirale, qu'on retire au moment d'introduire la poudre médicamenteuse. Puis on introduit la sonde dans l'urèthre, et le jeu de la spirale fait sortir la poudre. On peut aussi se servir d'un tube creux en métal, ayant la forme d'une sonde, et dont on fait sortir la poudre à l'aide d'une tige métallique.

Bien entendu qu'avant d'introduire la poudre on fera uriner le malade. L'introduction de la poudre sera répétée deux fois par jour.

Sur l'emploi des liniments siccatifs, dans le traitement des maladies de peau. — Prof. Pick.

Archiv für Dermatologie und Syphilis 1891, fasc. 4, p. 633.

La gomme adragante renferme, à côté de l'arobine, matière soluble, la basso-

rine, insoluble, et qui est aussi la partie constituante essentielle de cette variété de gomme. Mélangée avec de l'eau, cette bassorine se boursoufle en une masse sirupeuse, qui se laisse facilement triturer et qui, en se desséchant, forme ensuite des pellicules minces. C'est cette bassorine, ou plutôt la gomme adragante qui la renferme, que Pick utilise pour la préparation de liniments siccatifs dans lesquels on incorpore des substances médicamenteuses diverses convenant au traitement des maladies de peau. Voici une formule indiquée par Pick, pour la préparation d'un de ces liniments siccatifs :

Rec. Gomme adragante......	5	parties.
Glycérine..............	2	—
Eau distillée............	100	—

M. On peut employer indifféremment de l'eau froide ou de l'eau chaude.

On peut introduire dans cette masse des substances médicamenteuses diverses, solubles dans l'eau ou miscibles à la graisse, de la chrysarobine, de l'oxyde de zinc, du précipité d'hydrargyre, de l'iodoforme, du goudron, de l'acide salicylique, de la résorcine, etc.

Ces liniments siccatifs ont sur la gélatine l'avantage de pouvoir être employés sans échauffement préalable. De plus, ils pénètrent dans l'épaisseur de la peau, qui vient ainsi en contact intime avec les substances médicamenteuses. Leur emploi est à la fois très commode et très propre. Enfin ils exercent une légère compression et produisent une sensation réfrigérante.

VARIÉTÉS

Pur et impur. — Ricord, le syphiligraphe qui est né en Amérique, semble avoir mené en quelque sorte une existence double et s'est ainsi présenté sous un aspect différent à différentes personnes. M. Olivier Wendell Holmes dit qu'il était « le Voltaire de la littérature pelvienne, un sceptique quant à la moralité de la race en général et qui aurait soumis Diane elle-même à ses traitements spécifiques et aurait ordonné des pilules bleues aux vestales. » M. Gayerre, de la Nouvelle-Orléans, écrivant en 1887 quelques souvenirs, disait : « Ricord, à cette époque, était un célibataire et je crois qu'il ne s'est jamais marié. Quel ne fut pas mon étonnement, en pénétrant dans sa vaste chambre à coucher, d'en voir les murs couverts du haut jusqu'en bas de magnifiques peintures à l'huile représentant des sujets sacrés! A la tête du lit il y avait un prie-Dieu en chêne sculpté, sur lequel on pouvait voir ouvert un Evangile magnifiquement illustré. Il y avait un coussin en velours violet au pied du prie-Dieu que surmontait un magnifique Christ en ivoire sculpté. Au bout de quelques instants je fus introduit auprès du médecin philosophe qui, généralement, se plaisait à passer pour un incrédule cynique. Devinant ce qui se passait dans mon esprit, il dit avec un éclat de rire qui me parut un peu forcé : « Vous êtes étonné, n'est-ce pas? » — « Certainement, répondis-je; qui ne le serait à ma place? Sur mon honneur, ma première impression fut que j'avais été introduit par erreur dans la chambre de l'Archevêque de Paris. » — « Eh bien! dit-il avec un ton mi-sérieux et mi-plaisant, j'entends et je vois pendant le jour des choses si malpropres que le soir, avant de m'endormir, j'aime à reposer mes yeux sur des objets sacrés. » (*Medical Standard.*)

Les internes d'un hôpital de Gand ont fait aux religieuses un curieux tour de leur façon. Ayant remarqué que certains lits étaient marqués d'une croix blanche, ils apprirent que c'étaient les lits de malades qui avaient, le matin, accueilli pieusement l'aumônier. Cette croix désignait ceux des malades qui, pour cet acte de piété, méritaient d'avoir, à la distribution, des douceurs supplémentaires. Les internes ne dirent rien; mais, très habilement, ils effacèrent les croix où il y en avait et en firent où il n'y en avait point. La distribution des douceurs consterna les malades édifiants, qui voyaient attribuer à leurs voisins les mécréants les douceurs qu'on leur avait promises. D'aucuns, que l'intérêt seul avait guidés, se plaignirent; la supercherie fut découverte, et les religieuses, prises en flagrant délit, ne purent nier qu'elles ne traitaient pas également tous les malades. Cette mystification a fait un certain bruit dans une ville où les passions religieuses sont très ardentes.

Epilepsie et mariage. — Notre distingué confrère M. Baudouin publie, à cet égard, le document suivant, qui lui paraît avoir une certaine saveur et il ne résiste pas au plaisir de le mettre sous les yeux de ses lecteurs. Ce en quoi nous l'imitons. C'est la traduction d'un procès-verbal original, rédigé en latin, conservé aux Archives de la ville de Luçon (Vendée). Cette traduction a été publiée par M. P. Marchegay.

Rupture de fiançailles, entre paysans, la fiancée étant atteinte de mal caduc (17 mars 1533).

... Par-devant nous, official et visiteur de l'Evêché de Luçon, ont comparu Nicolas... lequel nous a exposé que depuis un an, ou environ, entre les mains d'un prêtre et par paroles de futur, il a contracté avec Belutelle des fiançailles dont les bans ont été publiés; mais depuis il est venu à sa connaissance que ladite, sa fiancée, est atteinte de mal caduc. — L'exposant s'est donc par ce motif présenté devant nous pour demander et requérir la rupture des fiançailles et obtenir la permission de se marier ailleurs;... et il affirme en outre par serment qu'il n'y a jamais eu entre sa fiancée et lui aucune copulation charnelle... Lesquelles choses vues par nous et parties ouïes, nous avons cassé les fiançailles susdites.

Ainsi, dès 1533, la religion catholique considérait l'épilepsie comme une raison suffisante de nullité pour les fiançailles. Mais, pour ce obtenir, le fiancé avait dû payer à son ex-fiancée « six boisseaux de méture, un lit de plume avec traversin, avec une berne et deux autres de drap gris. »

Station d'enfants athreptiques et syphilitiques. — Par décret, est déclarée d'utilité publique la création, à Châtillon, d'une station pour les enfants athreptiques et syphilitiques du département de la Seine.

Ecole de médecine de Nantes. — Ont été proclamés lauréats de l'Ecole, pour l'année scolaire 1890-1891, les élèves en médecine dont les noms suivent. *Première année* : premier prix, M. Hugé; deuxième prix : M. Oza; premier accessit, M. Augé; deuxième accessit, M. Sainz; mentions, MM. Sourisse et Dauriac. — *Deuxième année* : premier prix, M. Mercier; deuxième prix, M. Aubineau; accessit, M. Aubry; mentions, MM. Diet et Mouillé. — *Troisième année* : premier prix, M. Groleau; deuxième prix *ex æquo*, MM. Gobillot et Jonessaume. — *Concours de clinique* : premier prix, M. Guibaud.

Hôpitaux de Nantes. — Les concours de l'internat et de l'externat se sont terminés par les nominations suivantes :

Internes : MM. Olgiati, Mercier, Gourdet, Loréal, Aubineau, Picot, Roy, Bureau et Malherbe.

Internes provisoires : MM. Mével, Groleau, Martin, Mignin, Trémant et Mahé.

Externes : MM. Mouillé, Aubry, Brecboteau, Chupin, Raingeard, Diet, Savatier, Pichot, Gobillot, Bramel, Ozo, Thébaud, Hugé, Rabineau, Augé, Sainz et Bertin.

Montpellier. — Le prix Bouisson a été d[écerné] pour la première fois; une somme [de] 1000 francs a été accordée à chacun des cinq la[u]réats suivants : MM. Bichon, Bourguet, Ga[...] Puech, Zalewski.

Institut dynamodermique. — Il y a que[l]que temps, la goélette *Marguerite*, venant [de] Rouen, débarquait du Havre trois messieurs q[ui] s'installèrent dans le meilleur hôtel et anno[n]cèrent qu'ils possédaient une méthode spécia[le] pour la guérison radicale de la plupart des ma[la]dies abandonnées par les médecins.

Nombreux furent bientôt les clients, et [le] « docteur » Moron, directeur de l'institut dyna[]modermique — c'est sous ce qualificatif qu'[il] exerçait — disait gravement aux malades :

« Appliquez-vous sur la peau tant de plaque[s] dynamodermiques, et vous guérirez. »

Moron remettait les plaques avec la maniè[re] de s'en servir, signant les consultations du nom de « docteur de Montplaisir ».

Les malades s'aperçurent bientôt que le[s] plaques ne produisaient aucun effet. Ils portè[]rent plainte. Moron, qui avait déjà prudem[]ment levé l'ancre et pris le large sur la *Mar[]guerite*, était cité à comparaître, hier, devan[t] le tribunal correctionnel du Havre, qui l'a con[]damné à 1,000 francs d'amende pour exercice illégal de la médecine.

Ce n'est pas là la première fois que le direc[]teur de l'Institut dynamodermique a maille à partir avec la justice. Plusieurs fois déjà, les tribunaux belges l'ont condamné, toujours pou[r] le même motif. Ses deux complices n'ont pas été inquiétés. (*Le Temps*).

COURS LIBRES

Hôpital Trousseau. — M. Legroux a repris ses conférences de clinique infantile, le mercredi 18 novembre, à 3 heures et demie, et les continue le mercredi de chaque semaine à la même heure, pendant l'année scolaire 1891-92.

Visite le matin à 9 heures, salles Bouvier et Archambault. Consultations les mardis et vendredis à 10 heures.

Hôpital Broussais (96, rue Didot). — Le docteur Barth a commencé le mercredi 4 novembre, à dix heures, une série de conférences de séméiotique élémentaire et de propédeutique médicale, et les continue les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure. Les autres jours les élèves sont exercés à l'examen des malades.

Hôpital des Enfants malades. *Thérapeutique.* — M. le D[r] Jules Simon a recommencé son cours de thérapeutique le mercredi 18 novembre à 9 heures, et le continue tous les mercredis. Consultation clinique le samedi. — *Chirurgie* et *Orthopédie*. M. le D[r] Saint-Germain recommencera ses conférences cliniques le 29 novembre à 9 heures. Consultations tous les jours. Opérations le jeudi. — *Clinique médicale*. M. le D[r] A. Ollivier a recommencé ses conférences cliniques le lundi 16 novembre à 9 h. et demie et les continue les lundis suivants à la même heure. Lundi : Leçon à l'amphithéâtre. Vendredi : Leçon au lit du malade. Jeudi : Consultation publique. Samedi : Consultation supplémentaire (salle Gillette), maladies du système nerveux. Vendredi : Consultation supplémentaire (même salle), médecine générale infantile. Mardi : Consultation supplémentaire (salle Bazin), maladies du cuir chevelu et autres maladies de la peau.

Hôpital Necker. — *Clinique médicale.* — M. le D[r] Rendu a commencé ses leçons le jeudi 12 novembre à dix heures et les continue les jeudis suivants à la même heure.

Hôpital Laënnec. — M. le D[r] Ferrand fait tous les vendredis, à 9 heures et demie, depuis le 30 octobre, des conférences de thérapeutique clinique.

LIVRES

déposés au Bureau du journal.

LIBRAIRIE J.-B. BAILLIÈRE et FILS,

19, rue Hautefeuille, Paris.

La pratique de l'hydrothérapie, par E. Duval. 1891, 1 vol. in-16 de 360 pages avec figures, cartonné. Prix : 5 »

Guide de la garde-malade, par le Dr Monteuuis, 1 vol. in-16 avec figures. Prix : 2 »

LIBRAIRIE O. DOIN, EDITEUR,

8, place de l'Odéon, Paris.

Cours de chimie biologique et pathologique, par M. G. Bunge, traduit par M. A. Jacquet. Paris, G. Carré, éditeur, 58, rue Saint-André-des-Arts. Prix : 20 »

Manuel de pathologie interne, par M. Vanlair, professeur à l'Université de Liège. Deuxième édition, revue et augmentée. Un fort volume grand in-8° de 110J pages. Prix : 2) »

LIBRAIRIE ALEX. COCCOZ,

11, rue de l'Ancienne-Comédie, 11.

Principales indications thérapeutiques des eaux ferro-cuivreuses de St Christau (B.-Pyrénées), par M. Bénard. In-8°, 1891. Prix : 1 »

Des inhalations d'oxygène chez les nouveau-nés. In-8°, 1891. Prix : 0 75

G. STEINHEIL, EDITEUR,

2, rue Casimir-Delavigne, 2.

Les pleurésies purulentes, par Courtois-Suffit, ancien interne des hôpitaux. In-8°. Prix : 7 »

Contribution à l'étude des résultats de la résection du genou, d'après la statistique de M. le Dr Just-Lucas Championnière, chirurgien de l'hôpital St-Louis, par M. Macon, ancien interne des hôpitaux. In-8°. Prix : 4 »

De la cholécystectomie (ablation de la vésicule biliaire), par M. Calot, ancien interne des hôpitaux. In-8°. Prix : 6 »

Etude sur les anémies de la première enfance et sur l'anémie infantile pseudo-leucémique, par M. Luzet, ancien interne des hôpitaux. In-8° avec 2 planches en chromolithographie. Prix : 6 »

FORMULAIRE THÉRAPEUTIQUE

Le traitement du cœur sénile.

Le premier indice de la sénilité progressive du cœur est son hyperirritabilité, qui se manifeste par une sensation désagréable, pénible, angoissante, parfois même par une véritable douleur à la région précordiale, ainsi que par des palpitations survenant après chaque effort, à l'occasion des mouvements brusques et des émotions morales. Le pouls est parfois tendu et la pression artérielle augmentée; mais, plus souvent, c'est le contraire qu'on observe : le pouls est petit, mou, facilement compressible, et la tension artérielle abaissée.

D'après M. le docteur Balfour (d'Edimbourg), les cas du cœur sénile peuvent, au point de vue des indications thérapeutiques, être divisés en deux groupes distincts.

Le premier comprend les individus obèses, qui ont l'haleine courte et qui présentent, par moments, des irrégularités de l'action cardiaque avec ou sans dilatation du cœur. Dans les cas de ce genre, l'indication principale consiste à réduire la quantité d'aliments et de boissons. Beaucoup d'affections séniles du cœur sont, en effet, provoquées ou au moins exagérées par l'excès de nourriture et de boisson. On recommandera donc au malade la plus grande tempérance possible; on veillera à ce que ses repas soient espacés de cinq heures au moins et que, dans ces intervalles, le malade ne prenne aucune espèce de nourriture solide. Le repas principal doit avoir lieu vers midi. On supprimera complètement, si c'est possible, les boissons alcooliques et le tabac, ou bien on les réduira au minimum chez les buveurs et les fumeurs invétérés. Enfin, on réglera l'exercice musculaire du malade, de façon à l'adapter aux exigences de chaque cas particulier.

Le second groupe des affections séniles du cœur est constitué par des individus avec affaiblissement de la nutrition générale, affaiblissement dû soit simplement à la sénilité, soit à des pertes de sang, des sécrétions excessives, des troubles des organes hématopoïétiques, à une cachexie résultant de l'existence de tumeurs malignes, etc. Dans ces cas, il faut s'efforcer à supprimer toute source de déperdition et à relever autant que possible l'état de nutrition du malade par une alimentation reconstituante et d'autres moyens appropriés.

Pour ce qui concerne le traitement médicamenteux, il faut se rappeler que toutes les variétés du cœur sénile ne sont que des manifestations diverses d'une faiblesse cardiaque avec plus ou moins de complications. Pour cette raison, on aura recours à l'usage des toniques du cœur et, en premier lieu, à la digitale. Dans les états spasmodiques avec augmentation de la pression artérielle, on s'adressera aux nitrites, surtout à la nitroglycérine. Si, ce qui est fréquent, la maladie est de nature goutteuse, on fera usage de l'iodure de potassium et du colchique.

Enfin, le ventre sera tenu libre à l'aide de la rhubarbe ou, lorsqu'un purgatif plus énergique est indiqué, au moyen de pilules de coloquinte composées, dont voici la formule :

Aloès pulvérisé.	} āā 2 gr. 50 centigr.
Coquinte pulvérisée....	
Scammonée pulvérisée.	
Miel liquide	Q. S.
Essence de girofle........	0 gr. 05 centigr.

F. S. A. 50 pilules argentées. A prendre: 1 à 4 pilules par jour.

Chaque pilule contient 5 centigrammes de chacune des trois substances purgatives.

L'eau oxygénée dans le traitement des affections oculaires.

M. le docteur S. Golovine (de Koutaïs) emploie avec avantage l'eau oxygénée contre certaines affections oculaires, d'après la formule suivante :

Solution de peroxyde d'hydrogène à 10 ou 15 0/0..........	50 grammes.
Ether sulfurique................	1 goutte.

F. S. A. — Instiller dans l'œil quelques gouttes de cette solution plusieurs fois par jour; conserver dans un flacon de verre noirci, à l'abri de la lumière.

L'adjonction d'une goutte d'éther sulfurique à la solution en prévient la décomposition.

Instillée dans l'œil sain, l'eau oxygénée y provoque un léger picotement et une congestion transitoire de la conjonctive; dans un œil malade, surtout lorsqu'il existe des ulcérations profondes de la cornée, elle donne lieu à une sensation plus ou moins forte de cuisson qui, cependant, disparaît rapidement d'elle-même.

Le lysol, nouvel antiseptique.

Le *lysol*, déjà avantageusement connu en Allemagne où il est employé couramment pour la désinfection, depuis quelques années, commence à être étudié en France, où il vient d'être soumis à l'Institut Pasteur (*Annales de l'Institut Pasteur*, septembre 1891) à des essais comparatifs intéressants, avec les autres préparations dérivées de la houille. Signalons également la discussion qui vient d'avoir lieu au sujet du lysol à la Société de thérapeutique (séance du 27 octobre 1891).

D'après les études auxquelles ce produit a donné lieu, le lysol est un antiseptique d'une supériorité marquée sur la créoline ou crésyl, déjà connus. On sait que ces corps représentent une solution d'huiles de goudron de houille dans des savons, ce qui permettait d'obtenir, par mélange avec l'eau, une émulsion laiteuse douée d'un pouvoir antiseptique très énergique. Le lysol est obtenu en rectifiant d'abord les huiles de goudron à une température constante de 200 à 205°, ce qui donne un crésylol de propriétés constantes et définies, puis en traitant le crésylol, ainsi obtenu, par un alcali en présence d'un corps gras : le résultat de la préparation est un savonnate de crésylol, de réaction neutre à la phénol-phtaléine, renfermant 50 0/0 de son poids de crésylol actif.

Les expériences du professeur Schœtellino de Fribourg ont établi que les spores les plus résistantes (*B. anthracis*, *B. eresypeatoslus*, *B. typhus*, etc.) ne résistaient pas à un séjour de moins d'une heure dans une solution de lysol à 3 p. 1000, tandis qu'il se produit encore des cultures dans des bouillons additionnés de mêmes doses de *créoline* ou *crésyl*.

Ce résultat s'explique par ce fait que le *lysol* fournit avec l'eau, non pas seulement une émulsion, comme le *crésyl*, mais bien une solution parfaite.

Jusqu'ici le *lysol* a surtout servi à la désinfection des grands locaux, des abattoirs, écuries, porcheries, fosses d'aisances, etc., mais il peut, en raison de son innocuité absolue, remplacer avantageusement le sublimé dans l'antisepsie des femmes en couches et dans l'antisepsie chirurgicale : à ce dernier point de vue, il offre même un grand avantage, c'est de ne pas irriter la peau des mains du chirurgien.

FORMULAIRE THÉRAPEUTIQUE

Pilules contre l'asystolie d'origine valvulaire ou myocarditique.

M. Lancereaux.

Poudre de scille..............	àà 1 gramme.
Poudre de scammonée........	
Poudre de feuilles de digitale.	

F. S. A. 20 pilules. — Prendre 4 pilules dans la journée, durant trois ou quatre jours, en augmentant la dose jusqu'à 6 ou 8, puis cesser durant plusieurs jours, pour les reprendre si la diurèse et la régularité des battements cardiaques ne sont pas suffisantes.

Ces pilules rendent aussi de grands services dans certains cas de néphrite chronique, lorsque les urines sont peu abondantes et surtout lorsque le cœur est également touché et présente des signes d'insuffisance.

Traitement de l'otorrhée par le salol camphré.

Salol........................	30 grammes.
Camphre pulvérisé..........	20 —

Mêlez et chauffez doucement jusqu'à fusion complète, sans ajouter ni alcool ni eau ; filtrez et conservez dans un flacon de verre jaune hermétiquement bouché. — Usage externe.

Le salol camphré est un liquide onctueux au toucher, incolore, insoluble dans l'eau, très soluble dans l'éther, le chloroforme et les huiles. Il se décompose facilement lorsqu'il est exposé à l'air et à la lumière.

Pour appliquer le pansement, on commence par bien nettoyer le conduit auditif, la caisse du tympan et la trompe d'Eustache ; puis on introduit dans l'oreille un petit tampon d'ouate imbibé de salol camphré, de façon à le mettre en contact avec la partie atteinte. On doit recommander au malade de retirer le tampon au bout de vingt-quatre heures ou le soir même, si la suppuration est abondante.

Le pansement au salol camphré doit être fait tous les deux jours ; dans les intervalles le malade pratiquera, matin et soir, ou plus souvent suivant l'abondance de la suppuration, des injections avec de l'eau boriquée tiédie.

D'après M. Pégou, les pansements au salol camphré, associés à un traitement général approprié, guérissent habituellement les otites purulentes au bout d'une période de temps qui varie de quatre ou cinq jours à vingt jours, au maximum. Mais il est des cas rebelles où le salol camphré ne fait que diminuer la fétidité et l'abondance du pus ; dans ces cas les autres méthodes de traitement sont également inefficaces.

Un moyen d'extraction des perles de verre ayant pénétré dans le conduit auditif.

A l'occasion d'un cas d'enclavement d'une perle de verre dans le conduit auditif d'un garçon de quinze ans, chez lequel tous les procédés usuels d'extraction échouaient, y compris celui de l'accolement à l'aide d'un pinceau imbibé de colle forte, M. le docteur Olivenbaum (de Bottuchan) entreprit une série d'expériences dans le but de rechercher une substance pouvant s'agglutiner facilement avec le verre. Il en découvrit bientôt une, l'alun, à l'aide de laquelle il parvint à extraire de l'oreille de son malade la perle en question.

Il fit fondre dans une cuillère à bouche, sur la flamme d'une lampe à esprit-de-vin, un peu d'alun pulvérisé, y plongea le bout rugueux d'un petit bâtonnet de bois qu'il introduisit ensuite rapidement, à travers un spéculum d'oreille, jusqu'au corps étranger. Le bout du bâtonnet trempé dans l'alun en fusion fut légèrement appuyé contre la perle et laissé ainsi en place pendant quelques instants. En retirant ensuite la baguette, il retira avec elle la perle qui y adhérait solidement.

Traitement de la furonculose par l'acide borique intus et extra.

M. Alison.

M. Alison (de Baccarat) administre à ses malades, pendant huit à quinze jours, de 80 centigrammes à 1 gramme d'acide borique par jour, en deux cachets. Il fait faire en outre, quatre ou cinq fois par jour, des frictions douces sur les furoncles et leur pourtour avec de l'eau boriquée *chaude* à 4 0/0 ; dans les intervalles entre les frictions, les parties sont recouvertes de compresses trempées dans la même solution boriquée.

Ce traitement ferait avorter les furoncles qui sont encore au début de leur développement, guérirait rapidement les furoncles déjà arrivés à maturité et préviendrait les nouvelles éruptions.

Il serait également efficace contre l'anthrax. Sous l'influence de la médication boriquée, on obtient, au dire de M. Alison, une grande amélioration de l'état local et général ; la douleur, la rougeur périphérique et la dureté de l'anthrax diminuent ; il se forme rapidement des pertuis multiples pour l'élimination du bourbillon ; la fièvre tombe, l'agitation et l'insomnie s'amendent et l'anthrax guérit, dans la majorité des cas, sans qu'une intervention chirurgicale ait été nécessaire.

Traitement de la lithiase biliaire.

M. Dujardin-Beaumetz.

En qualité de cholagogues on prescrira :

Evonymin....................	àà 2 grammes.
Savon médicinal............	

Mêlez et divisez en 20 pilules. — A prendre : une pilule le matin et une le soir.

Salicylate de soude...........	15 grammes.
Eau................................	250 —

F. S. A. — A prendre : une cuillerée à dessert, à la fin de chaque repas.

Contre l'accès de coliques hépatiques on essayera tout d'abord l'ingestion d'huile d'olive à haute dose (200 grammes en une seule fois), d'après la méthode dite de Touâtre, qui réussit souvent à calmer la douleur. Si ce moyen échoue, on aura recours aux injections hypodermiques de morphine et d'atropine, formulées comme il suit :

Chlorhydrate de morphine.	0 gr. 10 centigr.
Sulfate d'atropine.........	0 gr. 01 —
Eau stérilisée..............	20 grammes.

F. S. A. — Injecter sous la peau une seringue Pravaz de cette solution.

Le Gérant : G. Masson.

Paris. — Imp. des Arts et Manufact. et DUBUISSON 12, r. Paul-Lelong. — Barnagaud, imp.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Les fractures du coude.

Communication à l'*Association chirurgicale américaine*, par M. Lewis A. Stimson.

Les fractures de l'extrémité inférieure de l'humérus sont fréquemment suivies d'une gêne dans les mouvements du coude et d une difformité de la région.

I. *Des causes qui gênent le mouvement.* — La raideur permanente du coude consécutive à une fracture simple est généralement due à un changement de forme ou de rapports des surfaces articulaires, ou encore à une hypérostose se formant à la surface de l'humérus et sur laquelle vient buter l'olécrâne ou l'apophyse coronoïde. Elle est due dans certains cas à une ossification des ligaments et de la capsule.

Les mouvements de flexion et d'extension du coude étant très étendus et d'autre part les surfaces articulaires étant largement en contact les unes avec les autres, il en résulte qu'un changement peu marqué dans la forme de ces surfaces ou une déviation légère de l'axe ont des effets très marqués et qui ont une tendance à persister.

Les hypérostoses surviennent surtout chez les adolescents et leur fréquence, sans être très grande, mérite d'être prise en considération. Une telle hyperostose est constituée en partie par un cal exubérant, et en partie par une nouvelle formation osseuse au-dessous du périoste, au niveau du trait de fracture. Ces cals exubérants se forment généralement quand le déplacement est considérable et a été mal réduit; dans ces cas la gêne des mouvements est associée à d'autres symptômes résultant des changements de rapports des surfaces articulaires. Mais ces cals peuvent aussi se former, même quand le déplacement est peu considérable. Ces hyperostoses sous-jacentes au périoste sont dues à l'irritation produite par le traumatisme et aussi sans doute à ce qu'une partie du périoste s'engage dans le trait de la fracture.

Dans mon service, au *Chambers street Hospital*, un des plus importants de New York, recevant tous les ans 20,000 malades, il y a annuellement environ 20 cas de fractures de l'extrémité inférieure de l'humérus, sans compter les fractures de l'épicondyle. Il résulte de mes statistiques des six dernières années que les fractures des condyles interne et externe prises ensemble constituent les 3/4 des fractures de l'extrémité inférieure de l'humérus, les fractures supra-condyliennes et inter-condyliennes ou fractures en T forment le dernier quart.

En parcourant les collections des différents hôpitaux de New-York, j'ai vu une fracture supra-condylienne dans laquelle l'extension était empêchée par une large hyperostose occupant la fosse olécrânienne; dans une autre fracture supra-condylienne avec déplacement, il y avait une masse osseuse de nouvelle formation située en arrière de l'articulation et fixée à l'humérus et à l'olécrâne. Enfin dans une fracture du cubitus à la base de l'olécrâne, j'ai trouvé une autre forme d'ankylose due à une union osseuse survenue entre les surfaces articulaires. Je crois que cette dernière forme est rare, en dehors des cas de suppuration de l'article.

Je fais remarquer que la gêne des mouvements pouvant être produite par une néoformation osseuse de l'humérus, laquelle résulte du déplacement persistant d'un fragment ou d'une déchirure du périoste, le meilleur moyen de prévenir ces troubles des fonctions de l'articulation consiste à bien faire le diagnostic et la réduction du déplacement et à éviter toute cause d'irritation du périoste.

La gêne des mouvements peut encore être produite par un épaississement de la capsule et des tissus périarticulaires, épaississement qui peut n'avoir qu'une durée temporaire et qui probablement alors est dû à une simple infiltration, ou qui dans d'autres cas est permanent, par suite de la production de tissu cicatriciel formant des bandes inextensibles qui réunissent les différentes surfaces articulaires. Cette dernière forme est généralement en rapport avec des déchirures assez importantes des parties molles. Ce tissu de nouvelle formation peut même dans certains cas s'ossifier.

On croit généralement, bien que cette opinion ait été combattue par Verneuil et Sands, que l'immobilisation favorise la formation de ce tissu. Cette opinion est basée sur ce fait indéniable qu'une articulation dans laquelle on entretient des mouvements n'est pas envahie par la raideur. L'opinion adverse repose sur ce fait que l'immobilisation n'est pas par elle-même une cause d'ankylose et qu'elle constitue au contraire l'agent le plus efficace contre l'inflammation, cause première de la raideur; de plus, les mouvements passifs sont impuissants à prévenir l'ankylose, lorsque les conditions nécessaires pour la production de cette dernière se trouvent réalisées. D'après cette opinion, les mouvements passifs sont dangereux ou inutiles.

Les partisans de la première théorie prescrivent les mouvements passifs, comme susceptibles d'empêcher la formation des exostoses ou même de les faire disparaître, quand celles-ci sont encore dans leur période de formation. De même les mouvements passifs agiraient en empêchant la formation des épaississements et des bandes périarticulaires, ou, si celles-ci sont formées, elles pourraient les détruire quand elles sont encore faibles et extensibles. Il est à remarquer que ces mouvements n'empêchent pas la formation des exostoses; elles les déplacent seulement. Si l'on fait faire continuellement des mouvements d'extension, la formation osseuse n'aura pas lieu dans la fosse olécrânienne, mais se produira plus haut, entraînant par en haut la capsule articulaire, la tendant et s'opposant ainsi à tout mouvement de flexion.

Les partisans des mouvements passifs les préconisent surtout contre les épaississements périarticulaires, et ces mouvements passifs doivent, d'après eux, être commencés 15 jours au plus tard après le traumatisme. Mais ces mouvements provoquent des douleurs considérables et ne tardent pas à être limités par les muscles de la région qui subissent une contracture réflexe. Bientôt le chirurgien est arrêté par les refus du malade ou par un état inflammatoire qu'augmentent les mouvements. Bientôt arrive une ankylose qui est ou temporaire ou permanente.

Ces résultats se retrouvent identiques quand on emploie l'immobilisation prolongée. Le problème revient donc au suivant : après un traumatisme, une articulation devient douloureuse, enflée et raide. Dans certains cas, quelle que soit la méthode de traitement, la raideur est permanente; dans d'autres cas, elle disparaît graduellement.

La cause première de l'exsudation et de la prolifération cellulaire réside dans le traumatisme; la cause seconde est la réaction inflammatoire consécutive. On ne peut rien contre le traumatisme; le facteur variable, le seul sur lequel puisse agir le traitement, est la réaction inflammatoire. D'où la question suivante : comment agissent respectivement les mouvements passifs et l'immobilisation sur la réaction inflammatoire consécutive à un traumatisme d'une articulation? Poser la question, c'est y répondre. Le repos est universellement regardé comme le meilleur antiphlogistique à opposer à toute inflammation articulaire. Sous son influence, on voit disparaître le gonflement, la chaleur, la douleur, et dans ce cas la quantité de tissu cicatriciel formée est uniquement celle qui résulte directement de l'extension du traumatisme pri-

mitif. Il est aisé de s'en convaincre si l'on considère les cas d'ostéotomie; on les traite invariablement par l'immobilisation complète; on obtient ainsi une faible réaction et la fonction n'est pas compromise. Aucune raison ne nous autorise à croire qu'il n'en sera pas de même dans les cas de fracture.

Il reste à savoir si les avantages de l'immobilisation sont contre-balancés par des désavantages que ne présenterait point la méthode par mouvements passifs. Un inconvénient sérieux consiste dans ce fait que par l'immobilisation les tissus déchirés peuvent se réunir en se raccourcissant. Mais les mouvements passifs amenant continuellement de nouvelles déchirures ne font qu'épaissir ces tissus, tout en ne les empêchant pas de se réunir absolument comme ils l'auraient fait sous l'influence de l'immobilisation. En revanche, un massage systématique hâte la résorption de l'exsudat et le retour de la mobilité.

II. *Déformation.* — Des différentes déformations qui peuvent résulter de ces fractures, je ne m'occuperai que d'une seule, celle qui suit la fracture de l'un ou de l'autre condyle, surtout l'externe, et qui est connue sous le nom de déformation en *crosse de fusil.* Elle a été soigneusement décrite par Allis en 1880. Un déplacement du condyle interne par en haut ou de l'externe par en bas (leurs attaches au radius et au cubitus n'étant pas rompues) annule la déviation en dehors de l'avant-bras, laquelle existe normalement et amène l'avant-bras sur le prolongement du bras ou même en dedans de son prolongement.

Cette déformation, peu marquée quand le coude est fléchi, devient très apparente dans l'extension. Dans le cas de fracture du condyle interne, le déplacement par en haut du fragment peut être produit par une pression de bas en haut sur le coude, pression transmise par l'olécrâne au condyle; une telle pression se trouvera produite si on applique une attelle postérieure rectangulaire avec une écharpe passant sous le coude et suffisamment courte pour soutenir le poids du membre. Si avec une semblable attelle le membre n'est soutenu qu'au niveau du poignet, cette pression ne sera plus à craindre. Des contractions spasmodiques des fléchisseurs et des extenseurs de l'avant-bras peuvent produire cette pression. Quand il s'agit d'une fracture du condyle externe, le mécanisme de déplacement du fragment par en bas n'est pas clair. L'indication pour le traitement est claire : réduction du déplacement par pression sur le fragment, ou par abduction et extension de l'avant-bras; immobilisation.

III. *Traitement.* — Dans le cas de *fracture sus-condylienne,* dans laquelle en général le déplacement du fragment inférieur se fait en arrière et en haut, une traction permanente est généralement nécessaire pour vaincre l'action des fléchisseurs et des extenseurs. On peut y arriver par la suspension verticale du membre, le malade étant au lit, ou par un poids fixé à l'avant-bras fléchi, le patient étant debout. La première méthode expose à un déplacement angulaire, le fragment inférieur étant incliné en arrière; mais elle offre de grands avantages, au moins pour les premiers septénaires, car elle diminue la réaction inflammatoire. On effectue cette suspension à l'aide de bandes de diachylon placées le long de l'avant-bras et attachées à un support par des cordes en caoutchouc. Dans les fractures simples, on peut recourir aux autres méthodes. Un bon procédé consiste à mettre le membre dans un plâtre allant de la main à l'aisselle, le coude étant fléchi à angle droit; on soutient le poignet par une écharpe et on suspend au coude un poids de moins de 5 livres.

Dans la *fracture inter-condylienne* on ne peut guère maintenir la réduction et il faut s'attendre à une gêne considérable des mouvements; la réaction inflammatoire étant très marquée, il ne faut pas dès le début emprisonner complètement le membre dans un plâtre. Il vaut mieux avoir recours à une attelle plâtrée postérieure allant de l'aisselle à la main et couvrant les deux tiers de la circonférence du membre, le coude étant fléchi à angle droit. On peut y joindre, comme précédemment, la traction à l'aide d'un poids.

Dans la *fracture de l'un ou l'autre condyle,* on a recours ordinairement à une attelle rectangulaire postérieure en métal ou en plâtre. Dès la deuxième semaine on y substitue un appareil plâtré. L'avant-bras est maintenu en avant de la poitrine par une écharpe soutenant le poignet. On essaye l'immobilisation dans l'extension pour éviter la déformation en bois de fusil; mais cette méthode a des inconvénients. Dans certains cas cependant il m'a semblé utile d'avoir recours à cette méthode pendant les 10 ou 15 premiers jours; au bout de ce temps on fléchit l'avant-bras à angle droit, car alors se sont formées des adhérences qui empêchent le déplacement.

Quelquefois la fracture d'un des condyles, surtout celle du condyle interne, est associée à une luxation du coude en haut et en arrière. Il faut alors avoir recours à l'immobilisation, le bras étant fléchi à angle droit.

Un massage quotidien hâtera la convalescence. Les séances de massage doivent durer de 10 à 15 minutes; on commence par un massage très doux et on augmente graduellement les pressions, qui doivent être faites de bas en haut.

Si on croit que, malgré les soins, il y aura une grande raideur de l'article, il faudra immobiliser le membre dans l'attitude qui, après guérison, sera la plus profitable pour le malade.

On doit laisser l'appareil environ 6 semaines pour les fractures sus-condyliennes et inter-condyliennes, 4 semaines seulement pour les fractures d'un des condyles. Quand on a enlevé l'appareil, il faut maintenir encore le membre à l'aide d'une écharpe et lui imprimer quelques mouvements. On peut lui faire supporter des poids pour augmenter les mouvements d'extension, et exercer, à l'aide d'un caoutchouc allant du poignet à l'épaule, une traction qui favorise la flexion.

M. *Dandridge.* — J'ai vu deux cas de fractures du coude. Dans le premier, consécutif à un violent traumatisme, on eut recours pour le traitement à l'extension complète; on n'obtint aucune réunion. Dans le deuxième, un fragment osseux comprimait le nerf médian, causant une vive douleur et amenant l'atrophie des muscles correspondants. L'ablation de ce fragment osseux fit disparaître la douleur et rétablit les fonctions des muscles.

M. A. Kinloch. — Dans les fractures simples du coude prises de bonne heure, les moyens ordinaires de traitement donnent de bons résultats. Dans la plupart des cas cependant, il faut s'attendre à une diminution dans l'amplitude des mouvements. La réduction des fragments constitue la partie la plus importante du traitement; et il ne faut pas hésiter, si cette réduction l'exige, à avoir recours aux anesthésiques. La seconde indication est de maintenir les fragments réduits. Si le traitement est conduit avec intelligence, il importe peu que l'appareil soit appliqué d'une manière ou de l'autre et que l'avant-bras soit fléchi ou étendu. Ces questions varient en effet avec chaque malade. J'accorderais cependant la préférence à l'extension. Les mouvements passifs employés de bonne heure font plus de mal que de bien. Si les fragments sont bien réduits et bien maintenus et qu'on ne soit menacé d'aucune complication, on peut commencer les mouvements passifs au bout de 3 ou 4 semaines.

M. E. M. Moore. — Dans la fracture du condyle interne, la cause du déplacement réside dans les muscles fléchisseurs; pour relâcher ces derniers, il faut placer l'avant-bras en flexion. Cette position est aussi celle qu'on doit préférer dans la fracture du condyle externe; si en effet l'avant-bras est fléchi, le fascia épais, qui recouvre le bras en avant, se trouve

tendu et agit comme une véritable attelle. Aussi je n'admets pas l'extension; et toutes les fractures du coude, à l'exception de celles de l'olécrâne, je les traite par la flexion à angle droit pendant les 10 ou 15 premiers jours. J'ai recours à des attelles latérales pour rapprocher l'un de l'autre les fragments, à partir du 10e jour. La fracture est pansée tous les 2 jours, et chaque fois l'angle de l'attelle est un peu agrandi, de sorte que l'avant-bras passe de la flexion presque complète à l'extension presque complète. Avec cette méthode de traitement, j'ai toujours obtenu de bons résultats.

M. James Mc Cann. — Il n'est pas toujours aisé de déterminer la nature exacte des fractures du coude, même à l'aide d'anesthésiques. Il faut appliquer le premier appareil pendant que le malade est endormi. Je recommande l'emploi de l'attelle angulaire interne, de préférence à celle que recommande M. Packard. On ne doit avoir recours aux mouvements provoqués qu'à partir du 12e jour.

M. John B. Roberts. — Le traitement dans la position fléchie est dangereux. Si l'on excepte des cas exceptionnels, ces fractures doivent être traitées par l'extension; on évite ainsi la déformation en *crosse de fusil.*

M. S. H Weeks. — Jusqu'à preuve du contraire, je crois que c'est par la flexion qu'on doit traiter ces fractures. Au bout de 15 jours, j'ai recours aux mouvements provoqués; ces derniers sont très doux, de façon à ne provoquer aucune douleur.

M. Mc Lane Tiffany. — Le pronostic de ces fractures varie avec chaque malade. Elles sont rares chez l'adulte, fréquentes chez les enfants; chez les derniers le pronostic est favorable; chez l'adulte il est plus sombre. J'ai obtenu de bons résultats avec les deux méthodes, par flexion et par extension. Dans les fractures compliquées, il faut faire des incisions dans le fascia pour remédier à l'augmentation de tension.

Sur l'implantation de fragments volumineux d'os décalcifiés, pour combler les pertes de substance du squelette. Communication à l'*Académie des sciences,* par M. LE DENTU.

La greffe osseuse proprement dite, au moyen de fragments d'os vivant, est loin d'avoir réalisé les espérances que l'on avait fondées sur elle. La plupart du temps ces fragments se résorbent peu à peu, ou bien sont éliminés comme corps étrangers, et, même lorsqu'ils paraissent avoir conservé toute leur vitalité, ils n'exercent sur les surfaces avec lesquelles ils sont fusionnés qu'une action de présence, n'aboutissant qu'à une lente réparation. Si on les emprunte à un animal, leur disparition est encore plus rapide que si on les prend sur le sujet opéré ou sur un autre sujet, et, dans ce dernier cas, on s'expose à greffer sur un organisme sain des os syphilitiques ou tuberculeux. Il n'est donc pas surprenant que l'on ait essayé de remplacer la greffe osseuse vivante par la greffe d'os décalcifié et aseptique.

Les premières tentatives, dans cette voie nouvelle, ont été faites par Senn, de New-York. En 1889, ce chirurgien publiait les observations de dix malades chez lesquels il avait comblé des cavités osseuses avec des petits copeaux d'os décalcifié; cette façon de procéder lui avait donné de bons résultats. Au mois de mars 1891, paraissait un travail de Kümmel, de Hambourg, sur le même sujet. Le chirurgien allemand, enhardi par les succès de Senn, avait remplacé de petits os longs, comme les métacarpiens et les métatarsiens, par des fragments d'os décalcifié de longueur égale.

Allant plus loin encore, j'ai pensé que l'implantation de très volumineux fragments pourrait être suivie de résultats aussi favorables, dans les cas où il y aurait à combler des pertes de substance de grandes dimensions. Une résection du tibia et du péroné, à la partie inférieure de la jambe, me fournit la première occasion de vérifier l'exactitude de ces prévisions.

L'opéré était un jeune homme de 16 ans, atteint d'ostéite tuberculeuse depuis l'âge de 4 ans. Plusieurs fistules livraient passage à du liquide séro-purulent. Les deux malléoles étaient hypertrophiées. Toute mobilité avait disparu du côté de l'articulation tibio-tarsienne. Un pied-bot talus commençant, compliqué de pied-creux, contribuait, avec les lésions osseuses, à rendre la marche impossible. Le membre malade, atrophié depuis le haut de la cuisse, était notablement plus court que celui du côté opposé.

Le 8 mai 1891, je réséquai 7 centim. du tibia et du péroné, qui étaient soudés ensemble. Après avoir détruit et extirpé les fongosités et abrasé la face supérieure de l'astragale, je remplaçai les os enlevés par un fragment unique d'os de veau décalcifié, également de 7 centim. Par-dessus ce fragment, le périoste et les téguments furent suturés avec soin, si bien qu'une fois l'opération terminée, le membre avait recouvré sa forme normale. Un appareil plâtré immobilisa le pied et la jambe pendant la suite du traitement.

Le premier pansement put rester quinze jours en place sans que la température s'élevât jamais au-dessus de 38°; au quinzième jour il fallut désunir un peu l'une des plaies pour laisser s'écouler une assez grande quantité de sérosité louche. Le 24 juin, six semaines après l'opération, on pouvait constater un commencement d'ossification évident au niveau de l'implantation. Le 15 août, trois mois après l'intervention, le malade quittait l'hôpital, marchant avec un appareil silicaté.

Actuellement la consolidation est parfaite; entre l'extrémité inférieure de l'os nouveau et la face supérieure de l'astragale, s'est constituée une articulation mobile dans tous les sens. Par précaution, l'opéré marche avec un brodequin muni de tuteurs latéraux, avec lequel il peut faire plusieurs kilomètres sans fatigue.

L'application de cette méthode a été faite par moi chez neuf autres malades.

Quant à la préparation des os décalcifiés, voici comment on procède :

Sur un animal que l'on vient de tuer (bœuf, veau, mouton, chevreau), on prend des os que l'on dépouille immédiatement de leur périoste et de leur moelle. Le fémur et le tibia du bœuf, qui possèdent une épaisse couche de tissu compact, sont les meilleurs. Coupés en fragments de différentes dimensions, ces os sont plongés dans une solution d'acide chlorhydrique au dixième, pendant une huitaine de jours. Une plus longue macération les priverait de la fermeté nécessaire pour le rôle de soutien ou squelette provisoire, qu'ils auront à remplir. Ils sont alors lavés à l'eau pure, laissés pendant vingt-quatre heures dans une solution de sublimé, puis conservés dans l'éther iodoformé.

Conclusions. — Substitués à un fragment d'os long ou à un os tout entier, les fragments d'os décalcifiés remplissent le rôle d'un soutien temporaire qui, avant sa disparition, laisse au périoste ou aux tissus osseux le temps de reconstituer un os nouveau. La jeunesse du sujet, la conservation d'un étui périostique ou d'une gouttière osseuse, l'ablation aussi complète que possible des parties malades (substances osseuses ou fongosités), sont des conditions particulièrement favorables au succès. L'antisepsie la plus rigoureuse est nécessaire.

La méthode peut trouver son application dans les circonstances suivantes :

1° Résections de petits os longs ou d'os courts entiers, pour tuberculose, ostéo-myélite, tumeurs, etc.;

2° Résections des os longs dans la continuité (fractures compliquées, tumeurs, etc.);

3° Evidements pour ostéomyélite ou tuberculose;

4° Trépanation du crâne (pour blessures, tumeurs, etc.);

5° Traitement opératoire des pseudarthroses.

REVUE DES CONGRÈS

RÉUNION DES NATURALISTES ET MÉDECINS ALLEMANDS

Thrombus tuberculeux du cœur.

M. Birch-Hirschfeld, après un court aperçu historique, rappelle une observation de Weichselbaum, concernant un thrombus blanc du ventricule gauche avec nombreux bacilles tuberculeux. La littérature médicale relate d'autres cas : dans une endocardite verruqueuse Tripier trouva un tubercule sur la valvule mitrale; Heller découvrit des bacilles tuberculeux, dans l'exsudat recouvrant les valvules. Le mémoire de M. Burkart, édité à Leipzig, traite de la présence de bacilles et de tubercules dans les exsudats et végétations val-

vulaires : dans 3 cas sur 5 il existait des bacilles, dans un, des cellules géantes et épithélioïdes typiques.

Après ces considérations, l'auteur fait la présentation d'un thrombus blanc de l'oreillette droite. On y remarque de nombreux tubercules très évidents à la périphérie, caséeux pour la plupart dans la partie centrale. On y découvre sans peine de nombreux bacilles. Le caillot est en partie organisé, et les tubercules n'envahissent point le myocarde. Il existe chez le malade une tuberculose uro-génitale et pulmonaire.

M. Birch-Hirschfeld admet deux processus possibles pour expliquer le développement de ces thrombus : ou bien le caillot préexiste, et se trouve ultérieurement infecté par les bacilles du sang ; ou bien les produits tuberculeux de désintégration charriés par le liquide sanguin s'arrêtent en un point favorable de la paroi cardiaque et deviennent le point de départ d'un thrombus pariétal.

Adénome de la lèvre supérieure.

M. Hanau rapporte l'observation d'une petite tumeur de la lèvre supérieure, de date ancienne, pédiculée sur la muqueuse, et qu'on enleva par énucléation chez une femme de 40 ans. Au point de vue histologique, la tumeur est un adénome kystique ; sa cavité est tapissée d'un épithélium plat stratifié ; son stroma consiste en tissu conjonctif vascularisé et par places en tissu muqueux.

Cette tumeur aurait pour origine une glande labiale ou la persistance d'une fissure fœtale de la lèvre ; peut-être faudrait-il la compter au nombre des tumeurs des glandes salivaires, puisque physiologiquement les glandes buccales ont la même signification que les grosses glandes salivaires.

Hypertrophie pulmonaire compensatrice.

M. Haasler communique ses expériences faites à l'Institut pathologique de Halle. Il enlève à de jeunes lapins et à de jeunes chiens une partie ou la totalité d'un poumon et met les animaux en observation pendant un temps plus ou moins long : de ses recherches il ressort que la croissance de l'autre poumon n'est pas activée. Chez un des 6 animaux mis en expérience, il trouve cependant une hypertrophie du poumon persistant.

Circonvolutions cérébrales dans la paralysie générale.

M. Gerdes (Halle), après quelques remarques sur les lésions du cerveau dans les maladies de l'encéphale, passe à l'étude anatomo-pathologique de la paralysie générale ; il montre combien il est difficile de déterminer l'étiologie de cette affection : en effet les cas absolument récents se voient rarement à l'autopsie, et souvent même alors la symptomatologie n'a pas permis pendant la vie de faire le diagnostic ; dans les cas anciens on trouve une telle abondance de lésions qu'il est impossible de se décider en faveur de l'une ou de l'autre ; pour éclaircir cette question, on peut mettre à profit les rapports nettement établis, qui existent entre la syphilis et la démence paralytique, ainsi que les résultats de l'expérimentation.

M. Gerdes entre dans le détail de ses recherches faites pendant l'été 1890 avec le concours de M. Pfendel. Il en ressort que, dans la paralysie spontanée et la paralysie expérimentale, analogues au point de vue symptomatologique, les lésions se localisent de préférence sur les vaisseaux, tandis que les cellules ganglionnaires et leurs faisceaux d'association restent intacts. M. Gerdes présente, à l'appui, des préparations microscopiques et discute ensuite l'analogie de la paralysie spontanée et de la paralysie artificielle, rejetant l'opinion de M. Lemos pour qui cette dernière serait une affection circonscrite.

Il serait maintenant très probable, d'après ces recherches, que dans la paralysie spontanée la lésion primordiale fût aussi une altération vasculaire.

Epidémies de fièvre typhoïde causées par l'usage de lait contaminé.

M. Méring (Halle). — Il existe à Strasbourg deux prisons, où l'on vit apparaître simultanément la fièvre typhoïde au printemps 1890. La maladie frappait les prisonniers qui se procuraient du lait à la cantine. Bientôt les soupçons s'éveillèrent, et l'on reconnut, en effet, que le liquide incriminé provenait d'un endroit où le lait de la même ferme avait déjà fait des victimes. L'interdiction de la cantine arrêta l'extension du mal.

Il est évident que le lait avait infecté par l'agent typhique contenu dans l'eau ajoutée en vue de la fraude, ou destinée au nettoyage des flacons.

M. Lenhartz (Leipzig) rapporte un cas semblable : le lait était contaminé par l'eau servant à la toilette des flacons ; celle-ci provenait d'une source située près de latrines ayant reçu récemment des déjections typhiques.

De la bradycardie.

M. Dehio (Dorpat). — Observée au cours de nombreuses maladies, la bradycardie se rencontre surtout dans les affections qui s'accompagnent d'une excitation du centre bulbaire du pneumo-gastrique, et dans les lésions valvulaires chroniques.

Dans le premier cas, elle cède rapidement aux injections d'atropine ; dans le second, elle y résiste ; la bradycardie cardiaque ne reconnaîtrait donc pas pour cause une excitation du nerf vague ; elle serait un trouble d'origine centrale probablement dû à une modification du centre automatique du rhythme cardiaque.

J'ai essayé l'action de l'atropine chez toute une série de personnes et observé qu'elle amenait une légère accélération du cœur chez les enfants et les jeunes sujets et restait sans effet chez les vieillards ; les lésions valvulaires ont pour conséquence une vieillesse prématurée du cœur ; l'incapacité de l'organe affaibli se traduit au plus haut degré dans la bradycardie cardiaque ; dans ce cas il n'atteint jamais, comme chez le vieillard, le nombre normal des battements.

Comme dernière cause de la bradycardie, nous devons aussi admettre les troubles de nutrition des centres locaux.

M. Kisch (Marienbad) au cours du débat signale la bradycardie dans l'obésité et M. Jürgensen dans les maladies septiques sans lésions valvulaires.

M. Weber, contrairement à M. Dehio, prétend qu'il s'agit d'un trouble qu'il faut rapporter secondairement aux lésions concomitantes du myocarde.

Tumeur dermoïde de la vessie.

M. Rehn. — Il n'existe qu'un seul exemple de tumeur dermoïde de la vessie dans la littérature médicale. Thompson en effet rapporte un cas de ce genre, diagnostiqué et opéré par Bryant.

La tumeur observée par M. Rehn, pédiculée sur la paroi vésicale, se caractérisait par l'émission de cheveux incrustés de sels calcaires.

Le malade en question était un homme présentant de la rétention d'urine. Les urines étaient d'abord normales. La partie gauche de la prostate paraissait hypertrophiée. A la suite de cathétérismes et d'une fausse route pratiqués par le patient, celui-ci dut se faire soigner à l'hôpital pour une cystite purulente putride.

Le lavage de la vessie, le drainage par une incision périnéale ne suffirent pas à lever les accidents. M. Rehn incisa alors plus largement et pratiqua l'examen direct de l'organe. La muqueuse était revêtue d'incrustations phosphatiques. En arrière de l'abouchement de l'uretère gauche on constatait une excroissance superficielle saignant facilement, de la forme d'une crête de coq. Derrière elle le doigt s'enfonçait dans un diverticule dont le collet admettait à peine le doigt. Dans son intérieur se trouvait un kyste rempli d'une bouillie athéromateuse putride. En raison de ses altérations profondes M. Rehm ne put en déterminer la structure histologique. Son contenu confirmait d'ailleurs le diagnostic.

Dès lors on ne sentit plus du côté de la prostate la tuméfaction qui était produite par le kyste. Le malade guérit complètement.

Prothèse tendineuse.

M. Kümmel rapporte un fait aussi curieux par sa rareté que par son traitement. Il s'agit d'un cocher qui, faisant effort pour retenir ses chevaux, se fit une rupture sous-cutanée du long extenseur du pouce dans sa partie tendineuse ; trois semaines après l'accident, après la disparition du gonflement et des phénomènes douloureux, il diagnostiqua la rupture tendineuse et opéra le malade. L'adduction et l'extension du pouce étaient impossibles, la tabatière anatomique déformée,

sur le milieu du métacarpien on sentait le bout périphérique du tendon.

Il ouvrit la gaine du muscle jusqu'au milieu de l'avant-bras pour aller à la recherche du bout central. Par tous les efforts possibles il ne put réunir les deux parties qui restaient distantes de 10 cent.

Suivant l'exemple de Glück, M. Kümmel réunit alors les deux extrémités par des fils de soie de force moyenne tordus ensemble, puis il sutura la plaie, la couvrit d'un pansement iodoformé et plaça la main dans l'hyperextension. Le premier pansement fut levé au 14e jour, le dernier au bout de six semaines. Quatre semaines plus tard le doigt avait recouvré ses fonctions.

Quel est le processus de guérison? Il est difficile de dire si la soie a été résorbée ou si elle est demeurée à l'état de corps étranger. Sans doute, comme le dit Glück, elle a dû servir de guide aux tissus de néoformation destinés à la réunion des parties.

CONGRÈS DES MÉDECINS ET CHIRURGIENS AMÉRICAINS

Association chirurgicale américaine.

Acide azotique pour déceler le tissu carcinomateux.

M. F. S. Dennis (de New-York) décrit un procédé qui permet de déceler, avec la plus grande facilité, la moindre trace de noyaux cancéreux dans toute partie du corps humain venant d'être extirpée. Ce procédé est dû à M. H. Stiles, assistant de M. Chiene (d'Edimbourg).

Soit une amputation du sein. On lave abondamment la pièce avec de l'eau ordinaire, afin d'en enlever toute trace de sang, précaution très importante, attendu que le sang se noircit et se coagule au contact de l'acide azotique. On plonge alors la tumeur dans une solution aqueuse d'acide azotique à 5 0/0, on l'y laisse environ dix minutes (temps que le chirurgien pourra employer à curer le creux axillaire, puis on la soumet pendant cinq minutes à l'action d'un fort courant d'eau; enfin, on l'immerge pendant deux ou trois minutes dans de l'alcool méthylique non dilué. A partir de ce moment, tout ce qui est cancéreux est devenu opaque, par suite de la coagulation de l'albumine du protoplasma du cancer et des cellules épithéliales, tandis que le tissu fibreux a pris l'aspect d'une masse homogène gélatineuse translucide. De cette façon, le moindre petit noyau cancéreux peut être découvert sur la surface de section. Or cet examen peut être facilement achevé avant que le chirurgien ait suturé la plaie. Si donc, sur la surface de section de la tumeur extirpée, il voit encore quelque part un foyer cancéreux, il aura le temps d'examiner soigneusement la partie correspondante de la plaie pour enlever les derniers restes du néoplasme ou des tissus simplement suspects. C'est ainsi qu'a agi M. Chiene dans deux cas qu'il a récemment opérés et dans lesquels, grâce à l'acide azotique, il a pu découvrir sur la surface de section du sein amputé un foyer cancéreux gros comme une tête d'épingle.

Tumeurs rétro-péritonéales.

M. Albert Vander Veer. — J'ai eu 3 exemples de ces tumeurs rétro-péritonéales; deux de ces tumeurs avaient pour point de départ la capsule du rein; la 3e avait pour point de départ la capsule surrénale. On ne peut jamais traiter de complètement bénignes les tumeurs rétro-péritonéales. En effet, bien qu'elles puissent ne donner lieu à aucun phénomène de métastase ou d'infiltration des tissus voisins et qu'elles puissent ne pas récidiver quand on les enlève, encore est-il qu'on ne peut guère les considérer comme inoffensives, en raison du grand volume qu'elles peuvent atteindre, des accidents qu'elles peuvent entraîner et de la tendance qu'elles présentent à subir des dégénérescences. Les tumeurs qu'on trouve dans les reins des jeunes enfants sont le plus souvent mixtes; généralement ce sont des myo-sarcomes. Dans le diagnostic des tumeurs rétro-péritonéales, on doit éliminer les affections et néoplasmes de l'utérus et de ses annexes, du foie, de la vésicule biliaire, de la rate, du pancréas et du rein, ainsi que les anévrysmes abdominaux et les tumeurs du mésentère et de la paroi abdominale. Sans opération, la terminaison fatale est inévitable. La durée de la vie à partir du moment où l'on a découvert la tumeur ne dépasse pas 9 mois. Les résultats de l'intervention chirurgicale sont encourageants, quoique la mortalité suivant immédiatement l'opération soit forcément élevée. La mort survient plus souvent après une ablation incomplète qu'après une extirpation complète.

Chirurgie intra-thoracique. Bronchotomie pour corps étrangers.

M. Forrest Willard. — Des expériences pratiquées sur des chiens montrent qu'on peut atteindre les bronches par devant ou par derrière; mais les incisions sont toujours dangereuses, en raison des organes importants au voisinage desquels on se trouve. L'opération est toujours accompagnée d'un grand choc et peut provoquer la mort immédiate, par collapsus du poumon et suffocation. De plus il n'est pas toujours facile d'atteindre le corps étranger. En somme, une issue heureuse est bien problématique. Quand le corps étranger n'est pas rejeté, il est bon de pratiquer la trachéotomie inférieure pour lui offrir une porte de sortie; on n'augmente guère ainsi les risques. La trachéotomie est indiquée, même quand le corps étranger est depuis longtemps dans une bronche. Les dangers résultant de la thoracotomie et de la bronchotomie sont bien plus grands que ceux qui sont inhérents à la présence du corps étranger.

M. J. R. Weist. — J'adopte cette conclusion.

M. Weeks. — Je suis partisan de la trachéotomie qui permet dans certains cas d'atteindre et d'enlever le corps étranger. Je connais un cas où, la trachéotomie étant faite, on put à la suite de plusieurs tentatives enlever de la trachée d'un enfant un corps étranger; l'enfant guérit très bien.

M. Kingston. — J'ai enlevé de la trachée un corps étranger (une dent artificielle) qui s'y trouvait depuis 3 mois.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 24 novembre 1891.

Diagnostic de la tuberculose chez les bovidés par la tuberculine.

M. Nocard. — Le 13 octobre dernier, j'ai signalé à l'Académie les bons résultats que m'avait donnés l'emploi de la tuberculine pour le diagnostic de la tuberculose chez les animaux de l'espèce bovine. Je pensais que l'on pouvait trouver une aide précieuse pour l'inspection des vacheries et je demandais à l'Académie d'émettre un vœu en ce sens.

Depuis cette époque j'ai pu continuer mes recherches, dans la vacherie de Ville-d'Avron, sur dix-huit vaches laitières de race normande, toutes en parfait état. Quatorze de ces vaches étaient dans l'étable depuis longtemps; les quatre autres n'y étaient que depuis quelques jours; celles-ci ne devaient y rester que si elles supportaient, sans réaction, l'injection de tuberculine; car cette condition avait été acceptée sans difficultés par les marchands.

Treize de ces vaches n'ont éprouvé aucune modification notable de la température centrale; une seule a présenté la réaction caractéristique; elle était dans l'étable depuis plus d'un an; malgré son bon état extérieur et l'absence de tout autre symptôme spécial, je n'hésitai pas à la déclarer tuberculeuse; à l'autopsie, je trouvai des lésions tuberculeuses très discrètes exclusivement localisées à la poitrine. Cette expérience complète heureusement ma première communication: 1° elle en confirme les résultats, en montrant que la tuberculine permet de faire aujourd'hui, avec une quasi-certitude, le diagnostic de la tuberculose bovine, même dans les cas où la lésion est très limitée.

2° Elle prouve surtout que les injections de tuberculine n'ont aucune influence fâcheuse sur la quantité ou sur la qualité du lait produit, ni sur l'issue de la gestation.

Eaux minérales.

Sur le rapport de **M. Albert Robin** au nom de la commission des eaux minérales, et malgré l'opposition de **M. Hardy**, l'Académie refuse d'autoriser l'introduction et la vente en France des sels extraits par l'administration des eaux de Marienbad, ces préparations étant faites artificiellement en excluant les sels insolubles et ne renfermant pas toutes les parties constituantes des eaux.

M. le Dr Nicolas lit un mémoire sur la prophylaxie obligatoire des maladies évitables.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE

Séance du 10 *novembre* 1890.

Ivresse dans ses rapports avec la criminalité.

M. Motet. — Cette question, soulevée déjà au dernier Congrès pénitentiaire de St-Pétersbourg, n'a pas encore été suffisamment élucidée. D'après M. Motet, il faut considérer deux groupes de faits principaux : l'un se rattachant à l'*ivresse simple* caractérisée par une intoxication volontaire passagère ne diminuant nullement la responsabilité du délinquant, et par conséquent punissable au point de vue des actes qu'elle peut provoquer; l'autre groupe se rattachant à l'*ivresse pathologique*, entraînant, au contraire, une irresponsabilité complète. Entre ces deux groupes, il faut placer l'ivresse survenant chez des individus qui, sans être des aliénés proprement dits, présentent certaines déviations de l'état normal qui les font entrer dans la grande classe des déséquilibrés ou des dégénérés; pour les délinquants de cette catégorie, M. Motet applique la responsabilité atténuée. Il cite entre autres le cas d'un homme à organisation cérébrale défectueuse qui a commis, en état d'ivresse, un assassinat. L'accusé présentait tous les signes de la dégénérescence mentale, et malgré le rapport de M. Motet, qui concluait à une responsabilité partielle, le sujet fut condamné aux travaux forcés à perpétuité.

M. Gilbert Ballet présente un rapport sur un cas qui se rattache à la communication de M. Motet. Il s'agit d'un nommé X..., cuisinier, âgé de 33 ans, qui le 17 mars dernier a assassiné sa petite fille, sa belle-mère et a gravement blessé sa femme. C'était un buveur d'habitude, mais au moment où il a commis le crime, de même que plus tard pendant l'instruction, cet homme n'a présenté aucun trouble mental qui puisse se rattacher à l'alcoolisme subaigu ou à l'alcoolisme chronique. Aussi le rapport conclut-il à une responsabilité complète et il fut condamné aux travaux forcés à perpétuité.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 18 *novembre* 1891.

Présidence de M. Terrier

Hystérectomie pour suppurations pelviennes.

M. Boiffin (de Nantes) envoie à cet égard le résultat de sa pratique. Il est en principe partisan de la laparotomie, qui ne lui a donné qu'un décès sur 12 cas. D'autre part, dans un cas où cliniquement il croyait à des salpingites suppurées, il trouva simplement des ovaires kystiques. L'hystérectomie doit être réservée aux suppurations complexes, dont il n'a rencontré que 2 cas, avec fistule rectale.

Hystérectomie pour cancer.

M. Terrier. — Il y a 3 ans, lorsqu'eut lieu devant nous une discussion prématurée, comme le disait si justement Trélat, j'avais 17 opérations, dont la plus ancienne remontait à juin 1887; plus une pour erreur de diagnostic avec une métrite fongueuse; cette série m'avait donné 4 morts opératoires. Depuis, j'ai 17 opérations pour cancer, 1 pour erreur de diagnostic avec métrite fongueuse; 5 de mes cancéreuses ont succombé à l'opération et 1, au 13e jour, albuminurique, avec de la phlegmatia alba dolens. Nombre, mortalité, l'identité est remarquable, et j'en conclus que, quoi qu'on en ait dit, ce n'est pas une opération bénigne : elle m'a donné 33 0/0 de mortalité, mais il faut lui tenir compte de ce qu'elle s'adresse à une maladie fatale. L'identité se poursuit encore en ce que dans chaque série j'ai 3 opérations seulement palliatives, pour cancers ayant envahi les ligaments larges, et les survies ont été de 9, 8, 1 mois (suicide de la malade lorsqu'elle se sut incurable); et de 2 1/2, 14 et 3 mois (malade encore vivante), soit en moyenne 6 mois 1/2 de survie dans ces cas. Sur les 10 opérations complètes de ma première série, 8 malades sont mortes avec récidive au bout de 3 mois 1/2, 7 1/2, 11 1/2, 13 1/2, 20 1/2, 21 mois, et enfin 4 ans et 8 mois; et ce dernier cas m'empêche de qualifier de définitive la guérison qui, chez mes 2 survivantes, date de 6 ans et 4 mois et 4 ans et 8 mois. Sur les 10 opérations complètes de ma 2e série, il y a 2 malades que je n'ai pas pu retrouver, 4 sans récidive (2 ans, 2 ans et 8 mois, 3 ans et 1 mois, 3 ans et cinq mois). Au total mes 6 opérées sans récidive vivent actuellement avec une moyenne de 38 mois et 10 jours de survie.

J'ajouterai que d'après moi M. Richelot se trompe quand il proclame l'oubli où la discussion de 1888 aurait jeté l'hystérectomie pour cancer : depuis cette date j'ai relevé 122 mémoires et communications en langues diverses sur ce sujet.

M. Routier résume toute sa pratique relative au cancer utérin. Il a traité 17 cancers du col : 4, inopérables, ont été heureusement palliés par le curettage; 8 ont été traités par l'amputation sus-vaginale et 7 fois le mal a continué sans interruption; 1 de ces malades est actuellement bien portante, mais avec une histoire clinique (résorption d'un soupçon de récidive) qui fait douter du diagnostic. Enfin 5 fois, se trouvant en présence de petits cancers bien limités du col, M. Routier a fait l'hystérectomie totale et il a vu 1 de ses malades mourir de l'opération; les 4 autres mourir de récidive au maximum au bout de 6 mois. Quant au cancer du corps, M. Routier en est resté à ses 4 malades de 1888; à cette époque 1 déjà était morte; depuis 2 autres ont succombé et la survivante est manifestement en voie de récidive. Au total, sur ces 9 cas, M. Routier n'a eu qu'un décès : l'hystérectomie vaginale n'est donc pas grave. Mais elle donne peu de satisfactions thérapeutiques.

Chirurgie du rachis.

M. Nicaise lit un rapport sur un mémoire de **M. Vincent** (d'Alger). L'auteur étudie spécialement les lésions traumatiques de la moelle par coup de feu. Après avoir établi que ces lésions ne sont pas fatalement mortelles, il les groupe, suivant l'état anatomique des parties, en 3 catégories : 1° il y a simple compression par un épanchement sanguin, des esquilles ou le projectile resté en dehors du canal rachidien; 2° il y a lésion de la moelle par le projectile qui n'est pas resté dans le canal; 3° le projectile est resté dans le canal. Si maintenant on étudie les faits déjà publiés, sur 33 cas on trouve 11 cas dits guéris, mais où 3 malades seulement sont vivants et bien portants, et 66 0/0 de mortalité; et sur ces cas il y a 25 abstensions, avec 6 guérisons et 19 morts; 8 opérations, avec 3 guérisons et 5 morts. On est donc autorisé à agir et évidemment l'indication est anatomiquement formelle dans les cas du 1er groupe. M. Vincent relate aussi une observation personnelle, celle d'un homme de 31 ans qui avait reçu une balle de revolver à la région lombaire; l'ablation des esquilles et de fragments de la balle fut pratiquée, la dernière était saine. Il y eut des signes de méningo myélite secondaire, mais le malade se remit bien de l'intervention et ne tarda pas à s'améliorer. Dans les cas des 2e et 3e groupes, la question est plus discutable, car la section de la moelle est au-dessus des ressources de l'art; et d'abord, un projectile peut-il se loger dans le canal rachidien en comprimant seulement la moelle ? anatomiquement oui, pour un projectile qui ne dépasse pas 6 millim., mais en pratique c'est bien rare. On devrait donc s'abstenir, et néanmoins 2 fois M. Vincent est intervenu : chez un garçon de 18 ans opéré au 3e jour pour une balle de revolver l'ayant frappé entre la 10e et la 11e dorsales et qui mourut après une légère amélioration; chez un homme de 37 ans, opéré au 2e jour pour une balle de revolver, et qui, après avoir eu de la myélite, succomba au 94e jour. Si donc on savait diagnostiquer ces lésions destructives de la moelle, on ne trépanerait pas dans ces cas : mais ce diagnostic reste toujours obscur, et le blessé ne peut que gagner à une trépanation exploratrice, bénigne en soi grâce à l'antisepsie.

A ce propos, M. Nicaise donne un court résumé de laminectomies récentes pour fracture et pour mal de Pott. Il relate une observation personnelle où un garçon de 18 ans étant debout sur une échelle, à 50 centim. du sol, portant sur la tête une auge pleine de plâtre gâché, sauta à terre pour ne pas tomber et eut un écrasement du corps de la 6e cervicale; l'autopsie prouva que d'une part la réduction était impossible, que d'autre part la moelle était sectionnée. Pour ces lésions élevées, où la respiration ne se fait plus que par le diaphragme, la difficulté de la chloroformisation doit en outre être une contre-indication. Mais, en principe, M. Nicaise admet ces tentatives et, trouvant le trépan incommode, le ciseau et le maillet dangereux, il présente une pince coupante spéciale, à un seul tranchant.

M. Lucas Championnière. — Les cas de plaies par

armes à feu sont les plus simples, car on a un guide pour atteindre la lésion. Dans les fractures sans plaie il n'en est pas de même, et actuellement j'ai dans mon service un malade qui a, j'en suis sûr, une fracture du rachis en voie d'amélioration, mais je serais bien embarrassé de dire exactement où. C'est une opération laborieuse, mais non point difficile, et qui peut donner de bons résultats, quelquefois après une légère aggravation temporaire.

M. Championnière ajoute que l'instrument de M. Nicaise est inutile. Il y a longtemps que, pour le crâne et pour le rachis, le trépan ne lui sert plus qu'à faire le trou initial, après quoi, avec la vieille pince-gouge que Nélaton avait dans son arsenal, on agrandit très vite et très bien la brèche.

M. Bazy a trépané le rachis en ses 3 régions, toujours au ciseau et au maillet, puis à la pince-gouge. A la région cervicale le rapprochement des radicules nerveuses rend impossible l'examen de la face postérieure des corps, dont M. Nicaise avait parlé incidemment. Enfin, dans un cas où la respiration était diaphragmatique, la chloroformisation a pu être menée à bien.

M. Moty a récemment fait l'autopsie d'un homme auquel M. Delorme avait autrefois trépané le rachis. Les mouvements de la colonne s'étaient bien rétablis et la perte de substance était bouchée par une cicatrice solide, pourvue d'une petite pièce osseuse au centre.

M. Bouilly a eu récemment entre les mains un mémoire inédit de Chipault. Cet auteur a des conclusions peu encourageantes : pour les fractures sans plaie, les indications sont très rares ; pour le mal de Pott de même et les résultats sont peu satisfaisants; les cas les meilleurs sont ceux de tumeurs histologiquement bénignes des méninges et de la moelle.

M. Schwartz a assisté dans une trépanation pour fracture dorso-lombaire un chirurgien suisse qui en était à sa 8e opération : il la fit très rapidement, au ciseau d'abord, puis à la pince coupante, et son opéré guérit de l'intervention, mais ne fut pas amélioré.

M. Terrier a trépané le rachis pour une fracture ancienne, lombaire inférieure, accompagnée de paraplégie très douloureuse : le déplacement était tel que le corps de la vertèbre inférieure touchait la lame de la vertèbre supérieure. Le résultat thérapeutique fut à peu près nul. Mais l'opération fut très facile, peut-être parce que M. Terrier avait autrefois fait de nombreuses trépanations du rachis chez le cheval à l'école d'Alfort, chez le chien pour préparer le cours de Longet; il pense qu'il suffit d'un ciseau et de pinces coupantes, pourvu que les instruments soient bien affilés et aseptiques.

M. Reynier a fait il y a 8 ans une trépanation pour le mal de Pott, très facilement et avec bon résultat.

Septicémie gangréneuse.

M. Desprès présente un malade qu'il a soigné pour une septicémie gangréneuse du membre inférieur. Il lui a amputé la cuisse, au milieu de l'emphysème et l'a guéri. Il présente en outre le moignon pour prouver que par les anciennes méthodes on obtient aussi bien que par les nouvelles. **M. Nicaise**, au contraire, trouve qu'il a guéri son malade d'une affection grave, mais au prix d'un mauvais moignon, car la cicatrice adhère à l'os. Cette adhérence « de la cicatrice au bourgeon médullaire » est inévitable, affirme **M. Desprès** : jamais on n'a vu de moignon sans cela; ce à quoi M. Bouilly a simplement répondu, à mi-voix : « Oui, en 1830. »

Prix Duval: MM. Marjolin, Routier, Polaillon, Quenu, Prengrueber.

Prix Laborie : MM. Championnière, Marc Sée, Peyrot, Perier, Le Dentu.

Prix Gerdy : MM. Horteloup, Reynier, Delens, Terrillon, Bazy.

Prix Demarquay : MM. Berger, Nélaton, Bouilly, Segond, Jalaguier.

A. Broca.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 20 novembre 1891.

Anévrysmes du cœur.

M. Macaigne montre un cœur présentant un anévrysme de la pointe. Pendant la vie, le malade avait souffert d'étouffements continuels, augmentant après les repas, d'insomnies, d'expectoration sanglante. Comme signe physique on avait constaté, outre de la congestion pulmonaire, un souffle systolique à la partie moyenne ; athérome de la radiale, pas d'albuminurie. A l'autopsie, on trouva un anévrysme de la pointe, avec grand amincissement de la paroi. Il y a à la pointe une petite adhérence entre les deux feuillets péricardiques, et elle a sans doute joué un rôle mécanique. Les coronaires présentent quelques nodules athéromateux, mais sont partout perméables.

M. Gombault insiste sur cette intégrité relative des coronaires, à l'athérome desquelles on a voulu faire jouer un rôle univoque dans la genèse de l'anévrysme de la pointe.

M. Bossu fait voir un anévrysme du cœur qu'il a recueilli dans le service de M. Hanot. Ce cœur, énorme, pesait avec le péricarde et la crosse de l'aorte, rempli de sang 2 kilogr., vide de sang 1,240 gr. A la pointe existe un anévrysme gros comme le poing, plein de caillots. Le malade est mort en asystolie, sans aucun symptôme spécial et en particulier il n'y avait pas d'impulsion précordiale anormale. Les coronaires sont perméables et il existe une symphyse péricardique étendue. Cet anévrysme n'est certainement pas dû à un processus ulcéreux de l'endocarde. Mais il est à noter que le sujet a eu plusieurs maladies infectieuses : à 12 ans la rougeole, plus tard la variole, récemment un érysipèle des deux jambes. Y a-t-il dans l'espèce quelque chose dérivant de la sclérose artérielle de la pointe du cœur dont parlait récemment M. Huchard, et les infections multiples dont il vient d'être question ont-elles ici joué un rôle?

M. Martin Durr présente un cœur atteint de lésions des quatre orifices et qui, absolument isolé, pèse 800 gr.

Kyste hydatique du foie.

MM. Durante et Binot montrent une pièce de kyste hydatique du foie. Cette malade fut soignée d'abord par M. Ferrand, puis par M. Galliard. Ce dernier assura le diagnostic par une ponction et répéta ensuite cette opération : deux fois il obtint un liquide clair; puis un liquide jaune brun, bilieux et il crut alors avoir obtenu la guérison. Mais bientôt la malade fut prise de fièvre, refusa une ponction que proposa M. Galliard, et quitta le service. Mais elle rentra bientôt dans celui de M. Ball avec tous les signes d'un kyste hydatique suppuré ayant déterminé de la pleurésie de voisinage ; elle fut alors traitée par les ponctions répétées et le pus obtenu contenait des streptocoques. Les ponctions, au nombre de trois, amenèrent chaque fois un soulagement marqué, mais la malade succomba néanmoins à la septicémie chronique. A l'autopsie on trouve dans le foie trois poches dont deux suppurées et une remplie de liquide bilieux. Il y a une dégénérescence graisseuse interne du foie et M. Durante croit, en outre, à de la cirrhose.

M. Broca fait remarquer que ce cas prouve une fois de plus que les kystes hydatiques du foie ressortissent au chirurgien, lorsqu'une ponction exploratrice faite pour assurer le diagnostic n'a pas amené la guérison. Dans le cas actuel, les ponctions répétées ont eu pour unique résultat d'amener la suppuration : il eût mieux valu faire immédiatement l'incision franche. Et surtout, sitôt la purulence reconnue, il était absolument indiqué d'inciser largement le foyer et non point de le ponctionner seulement : il était, en effet, aisément accessible.

M. Durante a cru que l'état général très grave de la malade contre-indiquait une intervention grave.

M. Broca pense au contraire que cette cachexie, étant d'ordre septicémique, était une indication de plus à une intervention immédiate et radicale.

Empoisonnement par le sublimé.

M. Durante montre les pièces d'une femme morte au

10e jour, avec des accidents mercuriels intenses, pour avoir avalé, dans une intention de suicide, une cuillerée à café de sublimé solide. Il y a des ulcérations de l'estomac et de l'intestin, des ecchymoses du foie et des reins.

M. Bezançon fait voir deux pièces de *cancer de l'épiploon.*

M. Genouville présente un *épithélioma de l'anus.*

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 20 *novembre* 1891.

Présidence de M. E. Labbé

Polyurie hystérique.

M. Luys. — Le point le plus important de la très intéressante communication de M. Babinski (V. *Mercredi médical*, p. 573) est d'avoir reconnu que son sujet était hypnotisable et d'avoir su tirer parti de cet état spécial de son système nerveux.

Sur ce point, je ne saurais trop féliciter M. Babinski d'avoir pu suivre cette piste féconde et, en faisant appel à la suggestion, d'apporter un contingent important à cette méthode nouvelle de thérapeutique nerveuse, qui, à mesure qu'elle sera mieux connue, amènera, j'en suis convaincu, des résultats aussi rapides qu'inattendus.

J'ai pour ma part publié un grand nombre de faits analogues à celui qui vient de nous être rapporté, et qui nous ouvrent une voie toute nouvelle à la thérapeutique des maladies nerveuses. Je reviendrai prochainement sur ces faits.

M. Debove. — Une fois l'attention attirée sur un fait clinique, on le retrouve aisément. Cette semaine j'ai observé un nouveau cas de polyurie hystérique.

M. Mathieu. — J'ai observé dans les deux derniers mois deux cas de polyurie hystérique. Dans l'un d'eux, le malade émettait de 25 à 30 litres d'urine par jour.

M. Huchard. — La polyurie hystérique n'est pas chose nouvelle. Sa fréquence a été signalée dans la 2e édition du *Traité des névroses* d'Axenfeld.

Intoxication saturnine rare.

M. Guyot. — J'ai observé un cas type de paralysie saturnine très tenace, chez un malade, dont la cause de l'intoxication résistait dans le papier dont sa chambre était tendue. L'analyse a montré que ce papier contenait une quantité énorme de plomb.

Le zona chez les enfants.

M. Comby. — Le zona, maladie rare à toutes les périodes de la vie, varie beaucoup suivant l'âge des sujets. Chez les enfants dont le système nerveux est en évolution ou en croissance, l'éruption est tout et la névrite reste latente chez les vieillards dont le système nerveux est en involution ou en décroissance, l'éruption n'est rien auprès de la névralgie qui l'accompagne et qui la suit. Ce seul fait de l'indolence du zona infantile opposé aux cruelles manifestations du zona sénile donne, je crois, quelque intérêt à ma courte communication. J'ai recueilli en huit ans, au Dispensaire pour enfants de la Villette, 33 cas de zona, dont 12 garçons et 21 filles. Cette prédominance du sexe féminin a été notée par d'autres observateurs, par M. Descroizilles notamment dans le zona infantile. Sur ces 33 enfants, 4 seulement avaient moins de deux ans, 29 avaient dépassé cet âge ; l'âge de dix ans est celui qui a fourni le plus de cas (7). Le plus jeune de mes petits malades avait huit mois, le plus âgé 15 ans.

On peut conclure de cette statistique que le zona, exceptionnel dans la première enfance, est moins rare dans la seconde. Après deux ans le zona se rencontre aussi souvent chez les enfants que chez les adultes. Je n'ai pas observé de petites épidémies de zona et la contagion de la maladie ne s'est révélée dans aucun cas, mais il m'a semblé que les mois du printemps et de l'été étaient plus fertiles que les mois d'automne et d'hiver. Parmi les causes occasionnelles je citerai un traumatisme (morsure de cheval) ayant précédé de trois semaines l'apparition d'un zona brachial; une autre fois l'opération de la vaccine a été suivie à bref délai (8 jours) d'un zona. Sur mes 33 malades, 14 seulement jouissaient d'une bonne santé avant leur zona. Les symptômes du zona infantile sont purement objectifs ; tout commence et finit avec la plaque d'herpès zoster, il n'y a pas la moindre douleur sous-jacente ; chez les enfants ayant dépassé dix ans, on peut observer des souffrances, mais ces névralgies sont éphémères et infiniment moins douloureuses que chez les adultes. A ce point de vue le zona infantile est d'une bénignité remarquable ; il y a parfois un léger mouvement fébrile, avec embarras gastrique, qui pourrait justifier le terme de fièvre zostérienne appliqué au zona par M. Landouzy. Ces phénomènes généraux manquent dans la plupart des cas. Les suites sont nulles, si l'on néglige quelques lésions de grattage, quelques pigmentations observées parfois. M. Descroizilles signale l'anémie et l'amaigrissement consécutifs, je ne les ai pas rencontrés dans les faits qui me sont personnels.

Ces faits n'éclairent pas la pathogénie du zona qui reste encore un peu obscure. Il est évident qu'il y a névrite et que l'éruption caractéristique n'est qu'un trouble trophique en relation étroite avec la lésion nerveuse. Mais quelle est la cause première de cette névrite ? Est-ce un microbe spécial et faut-il ranger le zona dans la classe des maladies infectieuses ? La spontanéité du mal, les symptômes généraux, la non-récidive, plaident en faveur de cette théorie pour certains cas. Mais s'il s'agit d'un traumatisme, d'une compression nerveuse (morsure de cheval dans une de mes observations), il est bien difficile de faire intervenir la spécificité. Comme l'a fort bien dit M. Bouchard, le zona est la manifestation d'une névrite qui peut être infectieuse, mais également traumatique et de toute autre origine. Ce qu'il faut admettre, ce n'est pas la spécificité du zona, mais la spécificité de certaines névrites. Le traitement est fort simple, il consiste dans le pansement aseptique des surfaces malades.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 21 *novembre* 1891.

Présidence de M. Ch. Richet.

M. Féré, à propos du procès-verbal de la dernière séance, rappelle qu'il a communiqué à la Société, en 1887, un fait de gustation colorée isolée, identique à celui qu'a observé M. Sollier.

Accumulation du bromure de potassium dans les organes.

M. Féré. — J'ai recherché la présence du bromure de potassium dans les viscères de plusieurs sujets bromurés depuis un temps plus ou moins long. Il est difficile de mettre en formule le coefficient de fixation des différents organes. Il se dégage toutefois quelques indications. La quantité du sel potassique retenue dans le cerveau est loin de correspondre au type nervin du médicament. Le rein fournit ordinairement une assez forte proportion, ce qui est assez singulier pour un organe lavé en permanence par la sécrétion urinaire. Dans un cas, je trouvai beaucoup de bromure dans des caillots intra-cardiaques et dans le parenchyme testiculaire. La rate fournit également un chiffre assez élevé.

M. Hénocque. — En ce qui concerne la rate, il y a une différence fondamentale entre l'imprégnation médicamenteuse, par exemple, et la fixation du pigment et des matières colorantes, fixation où intervient l'activité biologique des leucocytes.

M. Richet. — J'ai fait des expériences corrélatives sur les sels de lithium, et j'ai constaté que le rein en fixe beaucoup, le cerveau très peu, malgré l'importance des symptômes nerveux dans l'empoisonnement par les sels de lithium.

Toxicité des bromures.

M. Féré. — J'ai expérimenté 18 bromures et fait 53 injections intra-veineuses de solutions titrées exactement. Le plus toxique est le bibromure de mercure qui tue par gramme 15,250 grammes d'animal. Puis viennent les bromures de cadmium, d'or, de baryum, etc. Le bromure de potassium correspond au chiffre 2958, le bromure d'ammonium à 1408, le bromure de strontium à 604, le bromure de sodium enfin à 193, ce qui est le chiffre minimum obtenu dans mes recherches.

M. Ch. Richet. — Dans des expériences très analogues instituées avec les chlorures correspondants, je suis arrivé à des résultats assez comparables, et qui obéissent à une certaine loi en rapport avec la constitution moléculaire des différents composés. Les métaux lourds, par exemple, donnent un coefficient toxique élevé. Au contraire, les alcalins purs viennent à la fin avec une toxicité faible. La toxicité, pour des métaux de même famille, est égale, à poids moléculaires égaux.

Recherches bactériologiques sur des urines d'apparence normale.

M. Henriquez. — Des urines humaines recueillies par le procédé de M. Duclaux, ou prélevées une heure environ après la mort, ou étudiées chez les animaux, ont fourni des constatations bactériologiques intéressantes, une fois sur trois, alors que l'appareil urinaire était silencieux, que les urines ne contenaient ni albumine, ni cylindres, ni dépôt globulaire d'aucune sorte. Les microbes trouvés dans ces cas étaient des staphylocoques, le plus souvent de l'aureus. Ils ne favorisaient pas la transformation ammoniacale des urines : ils se montraient pathogènes chez les animaux. La faible charge microbienne explique l'absence de symptômes apparents. Dans quelques cas les mêmes microbes ont été retrouvés dans le sang.

En cherchant bien, on trouvait communément une porte d'entrée, si minime qu'elle fût, à cette infection (folliculite suppurée, tourniole, écorchure minime produite en faisant une autopsie, etc.).

Parasites du sang.

M. Laveran. — L'étude de l'hématozoaire du paludisme humain a fourni aujourd'hui, ce qu'elle semble pouvoir fournir comme renseignements positifs. C'est en s'adressant aux affections similaires, chez les animaux, qu'on pourra sans doute la compléter au point de vue morphologique et biologique. Les constatations que j'ai pu faire par exemple sur les oiseaux ont été tout à fait parallèles aux résultats de mes examens sur l'homme. J'ai constaté, avec divers observateurs, que cette affection parasitaire était, dans quelques cas, inoculable à la même espèce animale : il est vrai qu'elle produisait ordinairement une infection peu durable.

Un cas de dermographie.

M. Chouppe. — J'ai observé une malade qui présentait au plus haut point l'état dermographique, avec les élevures urticoïdes caractéristiques se produisant à la plus légère irritation mécanique. Ce qu'il y a de particulier dans ce cas, c'est que la perturbation vaso-motrice se manifestait à la face avec son maximum d'intensité, et cela pour des excitations souvent fort minimes. Je signale, d'autre part, que ma malade n'était ni hystérique, ni nerveuse à aucun degré, et qu'il n'y avait aucun antécédent névropathique dans sa famille.

M. Féré. — Je pense que la dermographie ne peut pas servir comme stigmate névropathique, que c'est un phénomène banal pouvant se retrouver chez des sujets d'ailleurs absolument sains.

Mesure de la surface des organes.

M. Paulier. — Il est souvent intéressant d'apprécier l'étendue superficielle de certains organes irréguliers, qui se prêtent mal aux mensurations géométriques directes : le cerveau, par exemple. Je me sers d'un mélange à parties égales de glycérine, gélatine, eau; ce mélange, liquide à une température peu élevée, se solidifie aisément et rapidement et peut être enlevé ensuite pour la mensuration.

Il suffit d'en étaler, au pinceau, une couche sur l'organe à apprécier. Il est parfois utile de prendre au préalable de l'organe un moulage à la paraffine, sur lequel on fait ensuite les applications. Parfois même, une macération de 24 heures dans l'eau atténuée à 5 0/0 durcit un peu la surface et favorise la manipulation. L'enduit à mesurer est appliqué sur des feuilles d'étain exactement calibrées au laminoir, sur lesquelles il ne reste qu'à achever la mensuration.

M. Mathias-Duval dépose au nom de M. Gilis (de Montpellier) une note sur l'anatomie des scalènes et l'appareil suspenseur des plèvres

M. Winter envoie une note où il confirme ses recherches faites antérieurement avec M. Hayem sur le chimisme gastrique.

MM. Voisin et **Arois** ont étudié la composition des urines dans la léthargie hypnotique. On a exagéré, suivant eux, les modifications de la nutrition dans les états hystériques.

ÉTRANGER

ALLEMAGNE

SOCIÉTE DE MEDECINE BERLINOISE

Séance du 11 *novembre* 1891.

De l'action combinée de la cocaïne et de l'éther au point de vue de l'anesthésie.

M. Schleich. — Il résulte de ses expériences que la cocaïne en injections n'a pas une action régionale mais locale; seul le tissu infiltré est anesthésié. D'autres agents donnent des résultats analogues : une solution de cocaïne de 0,02 pour 100 insensibilise les tissus les plus riches en filets nerveux, la couche papillaire de la peau, par exemple. — L'eau distillée a des effets semblables; la solution physiologique de chlorure de sodium et celle de sucre à 0,6 0/0 n'ont aucune action anesthésique. — Il découle de là que la plus grande part d'action revient à l'eau distillée; ce qui le prouve nettement, c'est que 0,2 de cocaïne pour 100 de solution physiologique de chlorure de sodium n'insensibilisent pas.

M. Schleich a trouvé d'autres solutions anesthésiantes; (caféine à 2 0/0, bromure de potassium à 2 0/0, sucre à 3 0/0).

Avec les injections d'une solution de cocaïne à 1/5 pour cent, et des pulvérisations simultanées d'éther, il a pu pratiquer 10 laparotomies.

Voici comment il procède : sur toute la longueur de l'incision à faire, il fait de place en place une série d'injections intradermiques et non hypodermiques, se réservant de pénétrer plus avant en profondeur, s'il y a lieu. Les douleurs assez vives que provoquent les piqûres sont évitées par des pulvérisations préalables d'éther. Il suffit d'engourdir la peau pour que le malade ne perçoive plus les piqûres. D'après cette méthode, il excisa un anthrax de la cuisse, un mélanosarcome du cuir chevelu, fit une cure radicale d'hydrocèle, opéra un bubon inguinal, et put remarquer, au cours de deux néphrorrhaphies, l'insensibilité complète du rein à la piqûre.

Dans les laparotomies pour tumeur, on peut se passer de chloroforme s'il n'y a point d'adhérences; — au cas contraire, il sera un adjuvant pendant leur rupture.

Des dix malades laparotomisés, un seul vomit une seule fois, — c'est là encore un avantage. Dès que la tumeur est engagée dans la plaie abdominale, on n'aura sûrement plus besoin de chloroforme, car le pédicule se laissera aisément anesthésier.

La chloroformisation est toujours périlleuse, on ne doit y recourir qu'en cas de nécessité. Au contraire l'emploi de la cocaïne est sans danger, car on atteint rarement la dose maxima, et, dans ce cas, on peut suppléer par la caféine.

M. Gluck confirme, d'après ses recherches, remontant à 1887, les idées de M. Schleich.

M. Oppenheimer s'est fait opérer par M. Schleich, avec son procédé d'anesthésie, pour un panaris très douloureux du pouce gauche; il n'éprouva aucune souffrance, et ne perçut que les grattements de la curette. L'agitation que donne l'appréhension de l'opération disparaîtrait très vite devant l'insensibilité parfaite; on comprend donc que dans les laparotomies, dès que la malade s'est rendu compte de son insensibilité, on obtienne une immobilité plus parfaite que par le chloroforme.

Diagnostic des tumeurs intra-thoraciques.

M. P. Guttmann. — M. B. Frænkel a insisté comme nou-

veau signe des anévrysmes de la crosse sur les battements propagés au cou le long de la trachée-artère. C'est un signe connu que j'ai expliqué depuis longtemps. Quand les anévrysmes sont petits, ce symptôme peut faire défaut, de même quand ils se développent dans la concavité.

M. Senator a dit aussi que l'œdème du thorax plaidait en faveur d'une tumeur de la cavité thoracique ; or, j'ai observé également cet œdème dans des cas d'empyème. Il suffit pour le provoquer d'une compression quelconque exercée sur les vaisseaux intra-thoraciques et Traube a signalé ce phénomène dès 1867.

D'une façon générale, il faut classer les tumeurs du poumon en deux groupes, suivant qu'on a affaire à des tumeurs primitives de cet organe ou à des tumeurs métastatiques. Le diagnostic des tumeurs métastatiques est assez facile, tandis que celui des tumeurs primitives est souvent impossible, surtout quand l'examen des crachats est négatif. Lorsqu'une de ces tumeurs se développe, par exemple, dans le lobe inférieur et qu'elle détermine une infiltration du tissu pulmonaire ambiant sans l'ulcérer, on ne peut constater par l'exploration que l'infiltration elle-même, mais sa cause reste inaccessible à nos moyens d'investigation. Si, au contraire, la tumeur se développe à la partie supérieure de la cavité thoracique, ou dans le voisinage du hile du poumon, le diagnostic est plus facile, car la tumeur en augmentant de volume exercera tout de suite une compression ou sur les grosses bronches, ou sur l'œsophage, soit sur le nerf récurrent, etc. Or, jamais cette compression ne peut être le fait d'une infiltration du lobe supérieur du poumon, si étendue qu'elle soit.

M. Litten. — On admet que les épanchements hémorrhagiques de la plèvre ne s'observent que dans les cas de cancer ou de tuberculose de cette membrane. Je suis d'un avis différent, car j'ai observé, il y a quinze ans, un épanchement hémorrhagique chez un malade, médecin, qui ne présente actuellement aucun symptôme ; il n'était donc atteint ni de cancer ni de tuberculose.

Pour ce qui concerne le diagnostic différentiel entre les tumeurs et les anévrysmes, il y a lieu d'insister un peu plus qu'on ne l'a fait sur les caractères du pouls. Une tumeur peut comprimer assez les vaisseaux pour interrompre la circulation et faire disparaître le pouls, mais ce fait ne s'observe presque jamais dans le cas d'anévrysme de l'aorte. En outre, en pareil cas, les battements du pouls sont différents à droite et à gauche.

M. Senator. — En parlant de l'œdème du cou et de la nuque qui s'étend le long du bras, j'ai seulement voulu désigner l'œdème qui résulte du reflux du sang dans les vaisseaux comprimés par la tumeur. Je sais très bien qu'il y a d'autres causes capables de produire un œdème, mais les caractères de l'œdème dont j'ai parlé sont en faveur de l'existence d'une tumeur intra-thoracique et non d'un épanchement.

M. Kœrte rapporte une observation de tumeur intra-thoracique qui n'a été diagnostiquée qu'au cours de l'opération.

SOCIÉTE DES MÉDECINS DE HAMBOURG

Séance du 3 novembre 1891.

Accidents et indemnités.

M. Lauenstein a observé à cet égard deux faits intéressants.

Il s'agit d'abord d'un homme de 37 ans, qui dans un accident de travail se fit une hernie inguinale gauche et une luxation compliquée du coude droit. Fin octobre 1890 le malade est abandonné comme guéri. Le bras est solide, la hernie est maintenue par un bandage. D'abord on accorda au blessé une indemité complète. Celui-ci, après des exercices de gymnastique que lui conseillèrent d'autres médecins, eut une ankylose du coude.

En août dernier on diminua sa rente, et on n'évalua plus qu'à 40 0/0 son incapacité acquise. On ne tint pas compte de sa hernie.

Dans ce cas, doit-on considérer une hernie comme un accident ? M. Lauenstein pense que oui. La prédisposition existe, c'est vrai ; mais que de gens n'en sont point incommodés ! Ce n'est qu'à l'occasion d'un trauma, d'un accident, que la hernie avec toutes ses conséquences survient. On doit donc tenir compte d'une hernie dans ces cas. Faut-il conseiller la cure radicale ? Oui, sans réserve ; car la mortalité est de 1 à 3 0/0 et la récidive de 10 à 13 0/0. On n'opérera d'ailleurs que sur la demande formelle du malade bien éclairé sur les suites de l'opération.

Un batelier-passeur de 66 ans se fit une blessure articulaire du genou droit, il y a trois ans ; une luxation de l'épaule gauche il y a deux ans, qui fut réduite immédiatement. Le blessé obtint d'abord indemnité complète, puis on n'estima plus son invalidité qu'à 75 0/0. Examiné par différents médecins, il fut tour à tour considéré comme un simulateur, comme atteint de névrose traumatique, etc. M. Lauenstein constate, à son examen, une raideur complète du genou ne permettant aucun mouvement. Extérieurement rien ne caractérise le genou malade ; du côté du bras, des troubles de sensibilité ; en un mot aucun symptôme ne permettait de faire un diagnostic. M. Lauenstein a recours alors à la chloroformisation et dès la période d'excitation il reconnaît qu'il a affaire à un simulateur jouissant de tous ses mouvements.

L'auteur conclut qu'il ne faut point, dans l'appréciation de l'invalidité acquise, l'estimer à un taux trop élevé en raison du peu de loyauté que les ouvriers mettent à déclarer leurs troubles fonctionnels. Dans toute expertise il faudrait s'en confier surtout aux moyens techniques et expérimentaux.

M. Jaffé ne partage pas absolument l'opinion de M. Lauenstein concernant son 1er cas. A ce sujet il rappelle le mémoire de Roser : « *Comment se développent les hernies ? La hernie est-elle un accident ?* », où l'auteur n'admet point la formation d'un sac herniaire consécutivement à un effort comme il arrive dans les accidents. Si M. Lauenstein admet l'existence préalable d'une hernie, il n'y a pas de raison pour qu'un blessé ne profite pas à tout instant de la réductibilité de celle-ci pour demander déloyalement une indemnité. Le point important est de savoir s'il y avait avant l'accident, oui ou non, une hernie.

ANGLETERRE

SOCIÉTÉ PATHOLOGIQUE DE LONDRES

Séance du 17 novembre 1891.

Nous signalerons seulement :

1° Une communication de M. **Bland Sutton** sur des *kystes dermoïdes de la joue* (dont 3 avec cicatrice très nette de la muqueuse buccale) et sur les pertuis congénitaux de la lèvre inférieure ;

2° Une note de **M. Sibley** sur l'*inoculation positive de la tuberculose aux serpents.*

Cancer de l'œsophage.

M. Hadden montre un cancer de l'œsophage qui d'abord put être dilaté, mais la dysphagie revint vite et il fallut pratiquer la gastrostomie. A l'autopsie, on trouva un cancer de l'extrémité inférieure de l'œsophage et un noyau stomacal près du cardia. L'auteur se demande si ce dernier n'est pas dû à une inoculation traumatique par la sonde.

Concrétion intestinale.

M. Hector Mackensie. — Voici une concrétion qui a été rendue par une femme âgée de 70 ans et qui depuis plusieurs années se plaignait d'être constipée. Cette concrétion, de la grosseur d'une astragale, pèse environ 30 grammes ; encore s'est-elle brisée quand la malade l'a rendue ; elle est de forme cuboïde et couverte de cristaux prismatiques. Une des faces est concave et laisse échapper un fragment d'os qui a été le noyau de formation de la concrétion ; ces cristaux sont des cristaux de phosphate ammoniaco-magnésien ; le noyau osseux ressemblait à de l'ivoire, et en effet la malade se rappelait avoir avalé il y a 16 ans un fragment d'une de ses incisives qui s'était brisée.

Lymphadénome spinal.

M. Jackson Clarke. — Voici un lymphadénome qui avait envahi la moelle, les vertèbres, et les ganglions lymphatiques chez une jeune femme de 24 ans : 15 mois auparavant, elle avait remarqué qu'elle avait une tumeur du cou. Six

mois avant sa mort les ganglions abdominaux grossirent; 3 mois plus tard elle ne pouvait plus marcher. Les glandes lombaires formaient une masse adhérente aux vertèbres; le corps de la première vertèbre lombaire était détruit; la tumeur avait envahi la dure-mère, la pie-mère, et la moelle elle-même. La tumeur diffère d'un sarcome en ce que ses vaisseaux ont des parois d'une structure bien définie.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE LONDRES

Séance du 16 novembre 1891.

Ulcère perforant du duodénum.

M. Lockwood. — Un homme de 28 ans fut brusquement saisi d'une violente douleur dans le côté droit; bientôt survinrent les signes d'une occlusion intestinale aiguë. On fit une laparotomie; on ne trouva qu'une péritonite septique diffuse. Incision de l'intestin pour lutter contre la distension abdominale; drainage de la cavité abdominale. Le malade mourut au bout de 7 heures. A l'autopsie, on trouva une perforation duodénale ayant donné issue aux matières de l'intestin. Chez un autre homme, âgé de 41 ans, une perforation semblable se fit subitement. Il y eut une violente douleur dans l'abdomen, de la constipation, des vomissements, de la distension abdominale. On fit la laparotomie; on ne trouva rien qu'une péritonite septique diffuse; on draina l'abdomen. Le malade mourut et on trouva une ulcération de la face postérieure du duodénum.

M. Harrison Cripps. — J'ai vu une extravasation accidentelle de matières fécales dans le péritoine, due à une rupture des adhérences à la suite d'une colotomie. J'ai alors agrandi la plaie, lavé la cavité abdominale et remis l'intestin en place; le malade guérit. J'ai fait cette opération sans endormir le malade, qui a éprouvé une sensation de bien-être dès que j'ai commencé à irriguer la cavité abdominale.

Désarticulation de la hanche.

M. Davy. — Depuis 14 ans, j'ai pratiqué dix désarticulations de la hanche. Dans tous les cas, à l'exception d'un seul, c'était pour d'anciennes coxalgies. Chez tous les enfants j'ai obtenu la guérison; les deux cas de mort sont survenus chez des adultes de 23 et 43 ans. La désarticulation de la hanche est loin d'être aussi dangereuse qu'on le dit généralement.

SOCIÉTÉ CLINIQUE DE LONDRES

Séance du 13 novembre 1891.

Péricardite hémorrhagique.

M. Churton. — Voici un cas de péricardite hémorrhagique avec un épanchement séreux dans la plèvre droite. Le malade était un alcoolique, âgé de 46 ans. La maladie datait de 7 semaines. On fit 3 ponctions : une sur la ligne mamelonnaire gauche, l'autre à 1 cent. 1/2 plus en dedans et la troisième dans le 5e espace droit à 2 cent. 1/2 du sternum. Chacune donna un liquide sanguinolent. On ponctionna ainsi 13 fois le péricarde et 7 fois la plèvre, mais la dyspnée et la douleur dans la poitrine n'en persistèrent pas moins. Pas de fièvre, mais le malade alla d'abord de plus en plus mal. Au bout de 10 mois, il put cependant reprendre ses occupations, mais il retomba au bout d'un mois. Cette fois on ne trouva qu'un épanchement pleural et rien dans le péricarde. Il mourut au bout de 2 jours et à l'autopsie on trouva le cœur adhérent au péricarde qui adhérait lui-même faiblement au poumon gauche et fortement au poumon droit. Base du poumon droit fortement adhérente au diaphragme, qui lui-même adhérait étroitement au foie. Tous les traitements, fer, digitale, quinine, n'ont eu aucune action. Je me suis contenté de faire des ponctions et je n'ai pas osé ouvrir largement le péricarde.

Anévrysme de la crosse de l'aorte.

M. Herringham. — J'ai vu un sujet chez lequel un arc aortique droit passait derrière l'œsophage se rendant au côté gauche de la colonne vertébrale; cet arc devint le siège d'un anévrysme qui tua le sujet par compression lente de la trachée. Les symptômes consistèrent en toux, dyspnée intense, paralysie du côté droit du larynx, hémoptysie et plus tard dysphagie. Mort 11 ou 12 mois après le début de l'apparition des symptômes. Le tronc aortique passait à droite de la trachée et de l'œsophage, puis entre l'œsophage et la colonne vertébrale.

Eruptions urémiques.

M. Le Cronier Lamaster signale une éruption qui arrive surtout dans les cas de néphrite interstitielle chronique; ce sont d'abord des macules et des papules d'un rouge brillant et survenant du côté de l'extension sur les mains, les avant-bras, les jambes et s'étendant ensuite rapidement sur tout le corps; le rash disparaît ensuite graduellement en quelques jours, s'accompagnant d'une desquamation qui laisse la peau sous-jacente brune et épaissie; il peut devenir eczémateux avec exsudat visqueux et formation de croûtes; dans les cas plus graves, il peut se former de petits abcès, à la suite de l'eczéma. Il s'accompagne toujours d'une démangeaison intense. Son pronostic est grave; 7 fois dans les 8 cas de l'auteur, la mort survint au bout de 5 semaines.

M. Mott a vu un urémique qui 3 jours avant sa mort présenta un rash érythémateux associé à une jaunisse, et il crut alors devoir rapporter l'éruption à l'ictère. C'était sans doute urémique.

M. Barlow a vu des rash semblables rappelant par leur aspect une *dermatite exfoliatrice*. M. Pye-Smith a signalé des rash semblables chez des malades atteintes de brightisme, et qui cependant, à proprement parler, n'étaient pas urémiques.

Néphrotomie.

M. Mansell Moullin. — J'ai eu 2 cas de néphrotomie : le premier pour calcul rénal. Toutes les fois que le malade est assez fort, il faut avoir recours à la laparotomie d'abord pour affirmer le diagnostic. Le deuxième cas est celui d'une femme de 34 ans qui depuis plus de 2 ans souffrait de coliques néphrétiques. Elle mourut d'épuisement le 10e jour. Ce cas paraît être un exemple de névralgie pure.

SOCIÉTÉ OPHTHALMOLOGIQUE DU ROYAUME-UNI

Séance du 12 novembre 1891.

Abcès traumatique du pli courbe gauche avec hémianopsie droite et cécité verbale.

MM. Beevor et **Horsley.** — H. G. L., âgé de 12 ans, tomba sous un cheval qui marcha sur sa tête, d'où plaie du côté gauche du crâne. Il souffrit de céphalée pendant 3 semaines; il perdit alors brusquement connaissance et eut une crise générale épileptiforme; six semaines après l'accident, sa vue commença à baisser et il eut des vomissements tous les jours. Il entra à l'hôpital présentant une névrite optique double et une hémianopsie droite. On diagnostiqua un abcès du pli courbe. Il y avait une fracture et une nécrose osseuse. On appliqua une couronne de trépan et on trouva un abcès au niveau du pli courbe et à la face externe du lobe occipital. Après l'opération, on s'aperçut que le malade présentait de la cécité verbale. L'évolution fut assez favorable, mais il se forma plus tard une hernie cérébrale et le malade mourut. A l'autopsie, on trouva la dure-mère adhérente aux bords de la scissure de Sylvius jusqu'à la circonvolution pariétale ascendante, au 1/3 inférieur du gyrus sus-marginal, à la partie postérieure des 1re et 2e circonvolutions temporo-sphénoïdales, au pli courbe en entier, moins son 1/4 supérieur, à la partie antérieure du lobe occipital.

Cécité temporaire consécutive à une fracture occipitale.

M. Page. — Un enfant de 3 ans resta dans le collapsus, à la suite d'une chute sur la tête; on trouva un volumineux hématome. Il s'ensuivit une parésie du bras droit, du nystagmus, un strabisme droit interne et une cécité complète, qui a duré plusieurs mois; il n'est même pas sûr qu'elle ait encore complètement disparu.

Au lieu du traumatisme, on peut sentir maintenant un trait irrégulier, au niveau de l'angle postéro-supérieur du pariétal

gauche; ce qui permet de croire qu'il y a eu une fracture partant de ce point et se prolongeant dans l'occipital.

M. Nettleship. — J'ai vu un marin, âgé de 19 ans, qui reçut un violent coup à la partie postérieure gauche de la tête. Il eut une hémianopsie homonyme droite. On trouvait une dépression au point où avait porté le traumatisme.

M. H. Power. — On ne sait pas encore si c'est le lobe occipital qui est le centre visuel.

M. Priestley Smith. — Je crois que c'est le lobe occipital qui est le vrai centre de la vision et que les lésions du pli courbe ne donnent l'hémianopsie que par action sur les fibres profondes. Je ne crois pas que l'amblyopie croisée puisse résulter d'une lésion située en arrière de la commissure optique. Chez bien des sujets atteints de neurasthénie ou d'hystérie, l'amblyopie peut s'expliquer par des troubles vasomoteurs du globe de l'œil.

M. Nettleship. — M. Priestley Smith admet l'origine rétinienne (périphérique) de certaines amblyopies. Je ne vois pas comment un œil peut présenter une telle amblyopie rétinienne pendant un certain temps sans qu'il existe de modifications visibles dans la rétine. Dans l'amblyopie produite par la quinine, il y a diminution du champ visuel, mais en outre les artères sont rétrécies.

MM. Beevor et **Horsley.** — Il est fort probable que c'est le cunéus qui est le vrai centre de la vision, au moins pour la vision directe.

Transpiration unilatérale de la face.

M. Colman a entretenu la Société Huntérienne d'un cas de rougeur et de transpiration profuse du côté droit de la face sous l'influence de la mastication. Il s'agit d'un jeune garçon de 17 ans, qui, il y a six ans, eut un abcès profond de la parotide; l'abcès fut ouvert sur deux points et quelque temps après la guérison il remarqua la transpiration du côté droit de la face toutes les fois qu'il se mit à manger. Tous les aliments amènent ce résultat, mais surtout ceux qui ont beaucoup de goût, comme une pomme acide ; une rougeur apparait dans les 15 secondes qui suivent le début de la mastication. Mais la mastication de liège ou de caoutchouc demeure sans effet sur la production de ces phénomènes. Il n'y a aucune perte de goût. On peut expliquer ce phénomène en admettant que dans la désorganisation parotidienne certains filets du facial et du nerf auriculo-temporal se sont unis entre eux. C'est ainsi qu'une excitation réflexe du facial par les aliments poursuit sa route par le nerf auriculo-temporal jusqu'aux glandes salivaires.

AUTRICHE

SOCIÉTE IMPÉRIO-ROYALE DES MÉDECINS DE VIENNE

Séance du 20 novembre 1891.

M. le Président donne lecture de la lettre suivante :

Monsieur le Président,

Je suis empêché de me rendre aujourd'hui à la Société pour prendre la parole au sujet du malade atteint d'épithélioma et traité à ma clinique par M. le prof. Adamkievicz. Je vous prierais donc de dire à nos collègues que je n'ai constaté chez ce malade aucune amélioration, ni modifications de son état qui n'existeraient pas dans la marche naturelle de la maladie.

Agréez, Monsieur le Président, etc.

Signé : Albert.

Lithiase biliaire.

M. Frank présente une malade venue à la clinique de Albert avec les signes d'arrêt d'un calcul dans les voies biliaires. On fit la laparotomie et on trouva un calcul volumineux dans le canal cholédoque; ce dernier fut incisé sur le calcul, le calcul extrait, le canal ensuite suturé. Guérison par première intention. Hochenegg avait fait la même opération dans un cas analogue. L'opération a été faite en tout 10 fois avec un seul cas de mort.

Méningocèle.

M. Schwarz présente un enfant de 40 heures, venu au monde avec deux tumeurs kystiques, siégeant l'une sur l'occiput, l'autre sur la nuque. Il s'agit évidemment d'une méningocèle.

M. Billroth a vu un cas analogue. Il s'agissait d'un véritable encéphalocèle.

Production du sperme chez l'homme et le chien.

M. Lode a fait des recherches sur le chien. Si tous les jours on retire du sperme à un chien, le nombre de spermatozoïdes par centimètre cube de sperme diminue rapidement; mais si l'on cesse cette soustraction pour quelques jours, le nombre de spermatozoïdes augmente de nouveau. Si l'on fait plusieurs soustractions dans le même jour, on constate une diminution graduelle du nombre de spermatozoïdes; mais si l'on s'arrête ensuite pour quelques jours, le nombre de spermatozoïdes augmente de 2 à 8 fois. Chez l'homme, le nombre de spermatozoïdes est de 60,000 par centimètre cube et de 225 millions en moyenne par éjaculation.

Tumeurs du cou.

M. Paltauf étudie les tumeurs qui se développent sur les glandes thyroïdes supplémentaires et celles qui proviennent des fentes branchiales. On observe des kystes, des abcès et des carcinomes. Les kystes connus sous le nom d'hydrocèle congénitale du cou présentent une paroi fibreuse tapissée d'un épithélium plat ou à cils vibratiles. Les kystes branchiaux sont rares et M. Paltauf en présente deux cas. Lorsque ces kystes s'enflamment, ils se transforment en abcès. Les carcinomes branchiogènes siègent au niveau du triangle supérieur du cou, ne provoquent pas de métastases dans les glandes et comportent en somme un pronostic favorable. Ce qui les distingue des carcinomes solides de cette région, c'est qu'ils possèdent toujours une cavité creuse.

M. Paltauf présente ensuite 4 cas d'une tumeur non encore décrite. La tumeur siège au niveau de la bifurcation de la carotide à laquelle elle est ordinairement soudée et se compose de cylindres cellulaires disposés autour du vaisseau. Les recherches histologiques et embryologiques ont montré qu'il s'agissait d'un épithélioma provenant de la glandule intercarotidienne.

SOCIÉTÉ DES MÉDECINS DE STYRIE

Séance du 9 novembre 1891.

Malaria.

M. Knappitsch présente une série de préparations de plasmodium malariæ provenant des cas observés à la clinique du prof. Reinbold. Dans le sang d'un malade atteint depuis longtemps de malaria et traité déjà à plusieurs reprises par la quinine, on trouve très nettement les croissants de Laveran.

M. Escherich rappelle que les premières expériences positives sur la transmission de la malaria d'un homme à l'autre, ont été faites à la clinique de Gerhardt, en 1884, par l'injection intra-veineuse du sang défibriné. A ce moment on ne connaissait pas encore le rôle des plasmodies.

Hernies inguinales.

M. Eppinger, après avoir traité la partie anatomique de la région, présente les pièces provenant d'une hernie propéritonéale et d'une hernie interstitielle congénitale. Ce qui caractérise ces formes, c'est que toutes les deux sont d'origine congénitale et qu'elles ne peuvent se développer que dans certaines parties déterminées du canal inguinal. On peut considérer ces hernies comme des diverticules du sac se formant à l'endroit où le sac est constitué par du tissu cellulaire lâche ou du tissu adipeux, soit à l'orifice interne et à l'orifice externe du canal inguinal.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON 12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

N° 48. — 2 DECEMBRE 1891 LE NUMÉRO QUINZE CENTIMES

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

PUBLIÉ PAR

LA GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MEDECINE ET DE CHIRURGIE

Et servi gratuitement à tous les abonnés de ce journal

ABONNEMENTS SPÉCIAUX POUR MM. LES ÉTUDIANTS. — UN AN : 6 FRANCS

L. LEREBOULLET, Rédacteur en chef. — A. BROCA, Secrétaire de la Rédaction

Librairie de G. MASSON, 120, boulevard Saint-Germain.

SOMMAIRE

ACTES DES FACULTÉS DE MÉDECINE

Thèses du 7 au 12 décembre 1891.

Mercredi 9. — M. Schtein. Contribution à l'étude de l'entérite des enfants et de son traitement. — M. Fort. Contribution à l'étude des arthropathies tabétiques.

Jeudi 10. — M. Hervouet. Emploi de la morphine dans les maladies du cœur. — M. Royer. Traitement du rhumatisme articulaire aigu et subaigu par l'antipyrine. — M. Lerat. Contribution à l'étude des hémoptysies et des hémorrhagies par l'anus liées aux crises douloureuses thoraciques et rectales de l'ataxie locomotrice progressive. — M. Lugan. Contribution à l'étude de la grippe. — M. Monnier. Essais sur la pathogénie des abcès du sein post-puerpéraux. M. Audureau. Etude de l'obstétrique pendant le moyen âge et la Renaissance. — M. Tolmer. Du pneumothorax partiel inférieur à symptômes péritonéo-pleuraux.

VARIÉTÉS

Agence Tricoche. — Un spécialiste racontait il y a quelque temps devant des profanes que, pour éviter d'être « carotté » par ses clients il procédait de la façon suivante. Tout client nouveau donne au domestique son nom et son adresse, et incontinent le docteur téléphone à une agence de renseignements, avec laquelle il a un abonnement, pour savoir exactement quelle est la position de fortune du nouveau venu. Quand le malade arrive devant l'Esculape, la réponse est parvenue et les honoraires sont taxés en conséquence.

Pratique, mais un peu bien commercial !

Exercice illégal de la médecine et de la pharmacie. — *La Pommade des trois curés.* — Le tribunal correctionnel de Nontron était, depuis quelques mois, saisi d'une poursuite pour exercice illégal de la médecine et de la pharmacie, exercée contre l'abbé Ségonzac, inventeur — avec deux de ses frères, curés comme lui — et propagateur d'un remède de famille guérissant une foule de maux. C'était une espèce de pommade qui était connue dans le pays sous le nom de « *Pommade des trois curés.* » Sur la plainte de M. Bossontrot, docteur en médecine, le parquet s'est mis en devoir d'arrêter la circulation de ce remède. A côté de l'abbé comparaissaient deux pharmaciens prévenus d'avoir vendu à leurs clients ce remède secret, composé tout simplement d'huile, de cire et de camphre — au dire des experts. Enfin, on avait impliqué dans les poursuites les gérants de quatre journaux qui avaient publié des annonces relatives à cette mirifique pommade. Le tribunal vient de statuer : L'abbé Ségonzac est condamné à 10 francs d'amende pour chaque délit relevé (il y en avait 29). 50 et 25 francs d'amende ont été infligés aux deux pharmaciens. Quant aux journaux, ils ont été acquittés.

Exercice illégal de la médecine par les opticiens. — D'après un jugement rendu par le tribunal correctionnel du Havre, doit être considéré comme indication de remède et consultation, au sens médical, et par suite comme exercice illégal de la médecine, le fait, par un opticien, de donner à un client des indications pathologiques sur l'état de sa vue et de prescrire, pour la guérison d'une affection des yeux, une combinaison de verres.

A propos du choléra. — On télégraphie de Perpignan :

L'Association des médecins des Pyrénées-Orientales vient d'assigner devant le tribunal civil de Perpignan le préfet du département, représentant l'Etat, et le maire de Perpignan, représentant la ville.

Les faits remontent à l'année dernière, au moment où, le choléra s'étant déclaré sur certains points du territoire espagnol, des mesures furent prises à la frontière française.

En vertu des deux décrets du 28 juin et du 2 juillet 1890, le gouvernement enjoignit à tous les voyageurs provenant d'Espagne, de se présenter à la mairie des villes dans lesquelles ils s'arrêteraient pour y fixer leur résidence, et il enjoignit, en outre, aux maires de toutes les communes de France de faire procéder à la visite sanitaire, pendant trois jours, de tous les voyageurs venant de l'autre côté des Pyrénées. M. le maire s'entendit avec les docteurs de la ville, lesquels, moyennant 3 francs dans l'enceinte de la ville et 6 francs dans la banlieue, prix débattu et consenti, s'engagèrent à faire les visites sanitaires exigées par le ministre.

Quand tout danger cholérique fut écarté, MM. les docteurs présentèrent au conseil municipal de Perpignan leur note, montant au chiffre de 12,329 fr.

Le conseil municipal adressa la note au ministre avec prière de la régler, disant que, puisqu'il avait ordonné les visites, c'était à lui de les payer.

Le ministre de l'intérieur répondit qu'il voulait bien participer à la dépense, gracieusement, pour une somme de 3,000 francs, mais que les frais des visites devaient, d'après les décrets, être supportés par la ville.

Le conseil municipal distribua aux médecins les 3,000 francs ministériels, mais refusa obstinément de donner un centime de plus sur les fonds communaux, prétendant que, la mesure ayant été prise pour sauvegarder la nation entière, il était absolument injuste qu'une ville payât pour tout le pays sous prétexte qu'elle était ville frontière.

Depuis un an le conflit dure sans que les parties eussent pu se mettre d'accord. C'est pourquoi les médecins, las d'attendre, viennent de s'adresser aux tribunaux pour obtenir le règlement de leurs 9,429 francs, soit par l'Etat, soit par la ville.

Hôpital Bichat. *Clinique et thérapeutique médicales.* — M. le Dr Henri Huchard commencera ses conférences le jeudi 3 décembre à 9 h. et demie, et les continuera les jeudis suivants à la même heure.

A 9 heures et demie, causeries cliniques et thérapeutiques à la salle Louis d'abord, et à la salle Bazin ensuite. A 10 heures et demie, présentation de malades avec discussion sur le diagnostic et la thérapeutique.

Hôpital Saint-Louis. — M. Hallopeau commencera le dimanche 6 décembre, à 10 heures du matin, dans la salle des conférences, ses leçons cliniques sur les maladies cutanées et syphilitiques, et les continuera les dimanches suivants à la même heure pendant les mois de décembre, de janvier et de février.

Enseignement populaire supérieur. — M. le Dr A.-J. Martin commencera son cours d'hygiène sociale, le jeudi 3 décembre, à 8 heures et demie du soir, salle des prévôts à l'Hôtel-de-Ville, et le continuera les jeudis suivants à la même heure.

Des conférences pratiques seront faites tous les dimanches, à 9 heures et demie du matin, chaque fois dans un endroit spécial indiqué à l'avance par affiche apposée à l'Hôtel-de-Ville.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Influence des mouvements imprimés aux opérés pour la prise des calculs vésicaux et de leurs fragments pendant la lithotritie (1), par le Dr Horteloup, chirurgien de Necker.

Je désire vous parler de l'influence et des avantages que présentent, pour la prise des calculs vésicaux et de leurs fragments pendant la lithotritie, les mouvements imprimés à l'opéré.

Le principe fondamental qui domine aujourd'hui la méthode de la lithotritie est celui ci : on doit aller prendre la pierre là où elle se trouve.

Pour le mettre à exécution, on conseille d'introduire le lithotriteur jusqu'au centre de la vessie, on pousse alors la branche femelle vers la partie postérieure tandis que la branche mâle se rapproche du col, puis on porte le bec de l'instrument, qui est ouvert, vers la droite par un mouvement de rotation et on ferme l'instrument. Si on ne saisit rien, on rouvre l'instrument et on tente la même manœuvre à gauche. Ces manœuvres, dit Coulson, chirurgien de l'hôpital des calculeux à Londres, dans son traité de la pierre dans la vessie, feront sans aucun doute trouver une pierre s'il y en a une.

Dolbeau, qui faisait très bien la lithotritie, décrit ainsi les manœuvres : une fois l'instrument ouvert, si l'on touche un corps dur, on rapproche les branches; si au contraire on arrive jusqu'à la paroi postérieure sans rien sentir, on incline légèrement le bec soit à droite soit à gauche et l'on ferme le lithoclaste aussitôt que celui-ci se trouve en contact avec la concrétion. Très souvent, ajoute notre regretté collègue, on tombe spontanément sur le calcul, mais, dans quelques cas, la recherche présente de notables difficultés. Ainsi, dit-il, le rapprochement des branches peut avoir pour résultat le refoulement du calcul contre la paroi correspondante de la vessie, soit à gauche soit à droite; ou si la portion courbe du brise-pierre est à plat, en en rapprochant les deux mors, au lieu de saisir le calcul, le soulèvent sans le fixer.

M. le prof. Guyon, qui a porté si loin l'art de la lithotritie, donne de la manœuvre de la lithotritie ainsi exécutée une fort jolie comparaison; on doit, dit-il, prendre la pierre avec le lithotriteur, comme on saisit une noisette avec les deux doigts sans toucher la nappe et, à plus forte raison, sans la salir.

Malheureusement l'écoulement abondant de sang qui se présente souvent dans la lithotritie, prouve que l'on frotte la nappe, et toutes les précautions, si minutieusement décrites pour s'assurer que la muqueuse vésicale n'est pas saine, préviennent qu'on a redouter non seulement de salir la nappe, mais encore de la déchirer.

Lorsque après s'être bien pénétré des manœuvres de la lithotritie, on passe à la pratique, on s'aperçoit facilement qu'une lithotritie bien faite dépend plus de l'habileté du chirurgien que des règles opératoires. Il y a toujours dans les descriptions, surtout pour les cas difficiles, un sous-entendu, qui dit que l'on fait comme on peut.

Cette méthode, qui consiste à aller prendre la pierre où elle se trouve, a surtout été préconisée en France, aussi a-t-elle été désignée, dans les livres étrangers, sous le nom de méthode française et on l'a opposée à celle qui avait été mise en pratique au début de la lithotritie où l'on cherchait à faire tomber la pierre entre les branches de l'instrument.

Pour y parvenir, on doit relever autant que possible le pavillon du lithotriteur, déprimer, avec le talon de l'instrument, le bas-fond de la vessie qui prend la forme d'un entonnoir. Grâce à cette modification de forme de la vessie, le calcul devrait tomber entre les branches de l'instrument; si cela ne suffit pas, on frappe avec la paume de la main la crête iliaque pour mobiliser la pierre et chercher à la faire rouler dans la partie profonde.

Ce procédé n'est pas élégant, il est un peu brutal et peu fidèle, aussi a-t-il été délaissé et considéré comme procédé d'exception.

Si le *modus faciendi* est défectueux, l'idée de faire tomber la pierre entre les mors du lithotriteur est au contraire fort rationnelle, aussi le baron Heurteloup, Amussat dès les premiers temps de la lithotritie, Reliquet plus tard, ont-ils cherché à réaliser ce problème en inventant des lits ou des fauteuils avec lesquels on pût, en inclinant le malade automatiquement, mobiliser la pierre dans la vessie.

M. Le Dentu, qui a fait, dans son ouvrage en collaboration avec Voillemier, un historique aussi complet qu'impartial de la lithotritie, a donné le dessin d'un de ces lits.

On a reproché à ces appareils d'être inutiles, de compliquer la lithotritie, d'être difficiles à se procurer; bref, ils n'ont jamais été employés que par leurs inventeurs.

Par une circonstance particulière, une grande similitude de nom avec un des inventeurs, j'avais assisté, au début de mes études médicales, à nombre de lithotrities exécutées avec l'emploi d'un de ces appareils et il m'était resté un souvenir de lithotrities bien plus précises que celles que je vis pratiquer plus tard et que je pratiquai moi-même.

Aussi m'étais-je promis, dès que je le pourrais, d'en réétudier l'emploi; j'en ai trouvé largement l'occasion dans le service des maladies des voies urinaires et je vous demande la permission de vous parler des résultats qu'il m'a donnés.

Cet appareil n'est positivement ni un lit ni un fauteuil, c'est plutôt une chaise, dont le dossier très renversé forme

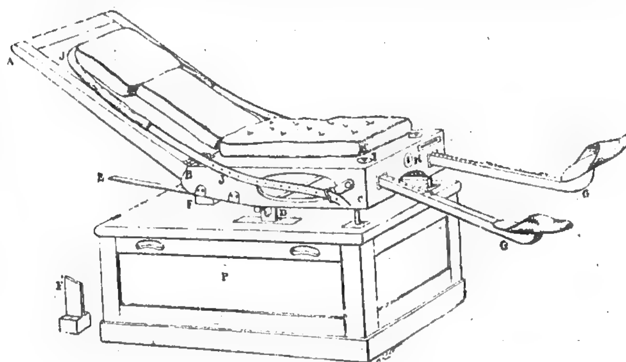


Fig. 1.

avec le siège un angle de 175°; je lui conserverai cependant le nom de fauteuil sous lequel il est plus connu; les pieds sont placés dans des sandales dont on peut allonger les supports suivant la taille de l'opéré.

Ce fauteuil, posé sur un coffre en bois, est maintenu en avant par deux petites colonnes métalliques C, en arrière par un coin en bois F et F' qu'on peut retirer à volonté et au milieu du siège par deux mortaises en acier D, dans lesquelles se place une forte tige d'acier semblable à un essieu de voiture.

Lorsqu'on retire le coin F et que l'on appuie sur la partie supérieure du dossier, le fauteuil pivote dans les deux mortaises et vient prendre la position inclinée de la fig. 2, qui forme avec la précédente un angle de 45°.

(1) Note lue à la *Société de chirurgie*, le 4 novembre 1891.

Le fauteuil est arrêté dans son mouvement de bascule, en arrière, par deux ressorts en acier qui permettront, par une légère pression, de déterminer des secousses assez légères.

On fait asseoir l'opéré à l'extrémité antérieure du siège, la tête et les épaules sont appuyées sur deux coussins, une courroie J, passée sur la nuque de l'opéré, est fixée par deux boucles attenant aux parties latérales du siège.

Dans cette situation, l'opéré ne fait plus qu'un avec l'appareil dont il suivra sans fatigue, sans efforts tous les mouvements qu'on imprimera.

Lorsque le malade est installé, que la vessie est remplie d'eau et que le lithotriteur est introduit, le chirurgien se place à la droite du fauteuil.

Avec la main droite, il dirige contre la paroi posté-

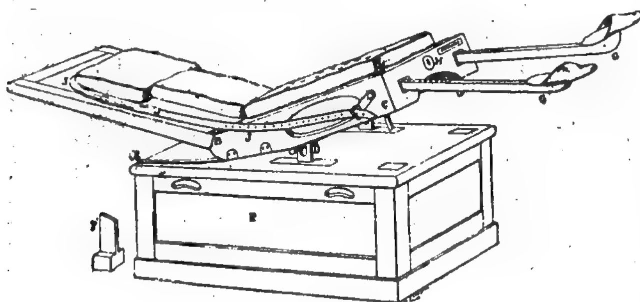


Fig. 2.

rieure de la vessie le lithotriteur ; dès qu'il éprouve une légère résistance lui indiquant le contact, il ouvre le lithotriteur, puis, avec la main gauche appuyée sur le dossier du fauteuil, il incline celui-ci jusqu'à ce que les ressorts touchent le coffre, il attend quelques instants pour donner à la pierre le temps de glisser et de venir se placer entre les mors de l'instrument. Sans changer de position, il referme l'instrument et s'assure aussi de la prise du calcul, il relève alors doucement le fauteuil tout en attirant le lithotriteur de façon à placer, au centre de la vessie, la pierre qu'il va briser.

Quelquefois la pierre ne tombe pas du premier coup et il faut, à l'aide des ressorts d'acier, imprimer une ou deux secousses qui décideront le calcul à descendre.

Lorsque la pierre est logée derrière la prostate en contact avec le trigone, la tige du lithotriteur peut arrêter la pierre dans sa marche, il faut alors éloigner l'instrument de la paroi de la vessie et laisser ainsi la route libre à la pierre, puis, replacant le lithotriteur en contact avec la paroi vésicale dans un point plus rapproché du trigone, on fait basculer le fauteuil pour le remettre dans sa première position ; par ce mouvement inverse, la pierre tend à regagner sa place primitive et tombe entre les branches du lithotriteur.

Ces manœuvres sont plus longues à décrire qu'à exécuter. Je ne dis pas cependant qu'un peu d'habitude et un peu d'adresse ne soient pas utiles pour les bien exécuter ; mais ce n'est rien en comparaison des manœuvres auxquelles nous sommes obligés de recourir dans les cas difficiles, particulièrement lorsqu'après avoir saisi une pierre logée derrière la prostate on fait exécuter une rotation complète au lithotriteur chargé d'une pierre un peu grosse pour le ramener au centre de la vessie où doit se faire le morcellement. Cette manœuvre, comme le dit Dolbeau, est toujours très douloureuse et très difficile ; si, avec le chloroforme, la douleur est devenue secondaire, la difficulté n'en persiste pas moins.

Dans ses remarquables leçons sur les maladies des voies urinaires, M. le prof. Guyon, en parlant du volume des calculs, cite des cas où, à une première prise, on trouve un écartement de deux centimètres et à la seconde prise, malgré le broiement, trois centimètres. Pour expliquer ce fait, il se sert d'une comparaison très expressive : « Je lui avais tout d'abord pincé le bout du nez et, ensuite, je l'avais saisi en plein corps. »

Avec les mouvements imprimés comme je viens de le dire, on n'a pas à redouter cette erreur, la pierre vient toujours se faire prendre par son centre et la première prise donnera la dimension de la pierre qui ne se retrouvera plus aux prises consécutives.

Cette méthode si précise pour saisir la pierre et ses fragments par leur centre, fait comprendre que le nombre des prises nécessaires pour broyer une pierre sera forcément diminué, car, par la simple loi de la pesanteur, les gros fragments viendront toujours tomber les premiers — aussi est-il rare que, pour un calcul de 4 à 5 cent., on soit obligé de faire plus de 25 prises ; lorsque, pendant 4 ou 5 prises, on n'a saisi que des fragments de quelques millimètres qui passeront par l'aspirateur, il est inutile d'insister, car on est sûr qu'il n'existe plus de fragments volumineux.

Comme vous le voyez, on ne touche qu'à peine la muqueuse, puisqu'on ne fait sur elle qu'une légère dépression avec le talon de l'instrument et encore dans une région qui n'est jamais congestionnée, puisque ce n'est pas un endroit où la pierre se loge d'elle-même. Aussi l'écoulement de sang est-il insignifiant et, de plus, comme il est inutile de porter latéralement le lithotriteur, on évite le tiraillement du col qui est une cause d'hémorrhagie.

Depuis que j'ai adopté ce procédé, je n'ai recueilli que quatre observations dans lesquelles, ayant constaté la présence d'une pierre, il m'a été impossible de la saisir, et la taille, à laquelle j'ai dû recourir, m'a fait reconnaître deux fois une pierre adhérente, une fois une pierre dans une cellule et une fois un calcul enclavé entre la paroi vésicale et une énorme tumeur de la prostate.

Lorsque, après un examen fait avec cette méthode, on n'a pas saisi une pierre, on peut affirmer que si elle existe, elle n'est pas mobile dans la vessie.

A ce fauteuil un peu massif mais inébranlable, on peut adapter un étau dans lequel se place le lithotriteur sur lequel on peut percuter sans faire éprouver le plus léger ébranlement au malade. Mais je ne veux pas toucher à cette question pour ne pas allonger cette communication et je ne veux qu'insister sur les avantages de cette méthode, pour la lithotritie chez la femme.

Tous les chirurgiens qui ont eu à rechercher un calcul chez la femme savent combien cette recherche est difficile dans ces énormes vessies sans bas-fond ; mais, avec la méthode dont je viens de vous entretenir, ces difficultés disparaissent, car on fait forcément glisser la pierre dans un bas-fond artificiel qu'on produit avec l'instrument.

Pour l'aspiration des fragments il en est de même, puisqu'on peut porter l'œil de la sonde dans un point où on ramènera toujours les fragments.

En admettant que l'emploi de ce fauteuil ne donne pas au chirurgien non encore exercé à son maniement tous les avantages que je lui reconnais, serait il en plus mauvaise condition pour revenir aux manœuvres ordinaires de la lithotritie? je ne le crois pas.

La forme de ce fauteuil permet au chirurgien de se placer en avant de l'opéré, position qui rend extrêmement faciles l'introduction du lithotriteur ou de la sonde évacuatrice et l'exploration de la vessie.

Les objections contre ce fauteuil basées sur son inutilité, puisqu'un coussin peut suffire, ou sur les difficultés de se le procurer ne me paraissent pas très sérieuses, sur-

tout à une époque qui a vu naître des tables spéciales pour chaque opération.

De même qu'on se fait apporter une table pour une ovariotomie, de même pourrait-on se faire apporter un fauteuil pour la lithotritie.

Le fauteuil dont je vous ai présenté le dessin pourra être modifié, mais son principe est excellent, et je serais très heureux si les avantages que j'ai cherché à vous exposer pouvaient engager les chirurgiens à l'employer.

NEUROPATHOLOGIE

Sur un cas d'agraphie d'origine sensorielle. Communication à *la Société de biologie*, par le Dr P. Sérieux.

Nous avons eu l'occasion d'observer une malade atteinte de cécité verbale et psychique et de surdité corticale chez laquelle existaient en outre de la paraphasie et de l'agraphie. L'autopsie fit constater des lésions des centre visuel et auditif, tandis que les centres psycho-moteurs étaient restés intacts. Ces troubles divers étaient survenus subitement et simultanément. La malade, dont l'intelligence et la motilité n'étaient point touchées, n'entendait aucun bruit (*surdité corticale*); quelques jours après on put constater de la *surdité verbale*. La lecture des mots écrits ou imprimés était impossible, bien que la vision des letres persistât : « Les grosses lettres, disait la malade, je les vois à l'œil... mais par... par... c'est trop drôle » (*cécité verbale*). Il existait également un certain degré de *cécité psychique*; montrant le médecin, la malade s'écrie : « Je vous vois bien, mais je ne vous reconnais pas. » Puis elle éclata de rire : « C'est comme des masques, le nez est changé ! » Les troubles de l'écriture sont très accentués : la malade prend la plume, mais ne peut écrire. Elle montre sa main en disant : « bien, bien », comme pour faire comprendre qu'elles ne sont point paralysées, et ne réussit qu'à tracer des caractères étranges (*agraphie*). Enfin il existe de la paraphasie : Mme X.... dit : « *J'ai bien ma taille*, pour ma tête », « *fringate* pour cravate », *flûte* pour porte-plume, etc.

Quelques mois après on constate qu'il existe toujours un certain degré de cécité verbale : « Les lettres sont retournées » : cependant certains mots sont lus. L'écriture est possible, mais les mots et les phrases sont sans signification ou très incorrects : Maradomar... je... névrin... bober... Au lieu de : Je suis à l'asile de Vaucluse depuis six mois, Mme X..., écrit : « Je sous je seus à assilette de Veules repuis dsec soui. »

A l'autopsie on trouve les 2e et 3e frontales des deux hémisphères intactes (pas de lésions sous-corticales, absence de corps granuleux). Il existe un foyer de ramollissement au niveau du pli courbe dans les deux hémisphères. Au côté gauche la région rétro-insulaire est le siège d'un foyer de ramollissement qui intéresse la partie postérieure de la première temporale. Cette autopsie confirme une fois de plus la localisation du centre visuel dans la région du pli courbe, mais ce qui mérite davantage de fixer l'attention, c'est l'existence de la paraphasie et de l'agraphie sans lésion autre que celle des centres sensoriels. On connaît la valeur de la paraphasie comme signe de la disparition des images auditives verbales. Quant à l'agraphie, on sait que pour Exner et Charcot c'est une *amnésie motrice graphique* sous la dépendance de la lésion d'un centre moteur autonome, le centre de la mémoire motrice graphique; pour Wernicke, au contraire, l'acte d'écrire est subordonné à la vision mentale et consiste dans l'acte de copier les images optiques des lettres et des mots; que celles-ci disparaissent et l'écriture devient impossible. L'agraphie serait alors une *amnésie visuelle graphique*. Notre cas se range dans ce dernier ordre de faits, puisque les centres moteurs et en particulier la 2e frontale étaient indemnes. La possibilité de troubles très accusés de l'écriture consécutivement à la perte de la mémoire visuelle graphique sans lésions psycho-motrices est donc un fait acquis. Mais il faut savoir que d'une part l'agraphie n'est pas une conséquence fatale de la cécité verbale et que d'autre part elle peut être consécutive à de l'aphasie motrice. Enfin on conçoit que chez des individus à mémoire motrice prédominante, l'agraphie puisse relever de la perte des images motrices graphiques. En somme, les résultats des lésions corticales dans la genèse des troubles du langage varient suivant les sujets, suivant leur formule intellectuelle, suivant la place que tiennent chez eux les représentations mentales auditives, visuelles ou motrices.

REVUE DES CONGRÈS

CONGRÈS DES MÉDECINS ET CHIRURGIENS AMÉRICAINS

Association d'andrologie.

Hématurie.

M. W. K. Otis. — Si l'urèthre antérieur est le siège de l'hémorrhagie, le sang coulera d'une façon continue; si c'est l'urèthre postérieur (portion prostatique), le sang coulera d'une façon intermittente; l'urine sera claire. Si la vessie est le siège de l'hémorrhagie, le sang est intimement mélangé avec l'urine. S'il y a dans l'urine des caillots allongés ressemblant à des vers, il s'agit d'une hémorrhagie rénale et les caillots proviennent des uretères. Si les caillots sont courts et larges, ils proviennent de la vessie. Une diminution du poids spécifique de l'urine indique une hémorrhagie rénale; un poids spécifique normal ou augmenté indique une hémorrhagie vésicale. Une fermentation ammoniacale de l'urine indique une hémorrhagie vésicale. La présence dans l'urine de petits moules hyalins ou contenant des corpuscules du sang indique une hémorrhagie rénale; mais si on ne trouve que de l'épithélium vésical, le sang vient de la vessie. Si l'examen de l'urine ne donne aucun renseignement, on aura recours à l'examen de la vessie à l'aide d'instruments. On fera d'abord un lavage de la vessie; si alors on prend le cathéter, l'hémorrhagie recommencera si le sang vient de la vessie. On peut encore injecter dans la vessie une solution d'iodure de potassium à l'aide d'un cathéter mou. Si l'iodure de potassium arrive en contact avec une surface libre susceptible d'absorption, on pourra bientôt déceler de l'iode dans la salive, et cela pendant un laps de temps qui ne dépasse pas 15 minutes. Cette absorption prouve que l'hémorrhagie provient de la vessie. Si l'hémorrhagie n'est pas trop abondante, l'électrocystoscope permet de faire un diagnostic positif.

M. Taylor. — Dans les uréthrites intenses, un peu de sang peut s'écouler de l'urèthre antérieur, par suite de la contraction des fibres musculaires sous-muqueuses.

M. Bryson. — J'ai vu beaucoup de cas d'hémorrhagie rénale dans lesquels le poids spécifique de l'urine était élevé.

Hypertrophie du sphincter prostatique. Relation entre la distension rectale et l'abaissement de tension artérielle.

M. Belfield. — L'hypertrophie du sphincter prostatique secondaire à une irritation de la vessie par un calcul, etc., est bien connue ; elle est plus rare en tant qu'affection essentielle à laquelle on ne puisse découvrir aucune cause. Je l'ai vue survenir chez deux malades, l'un âgé de 19 ans et l'autre de 27 ans.

Chez les chiens, l'irritation de la muqueuse rectale abaisse la tension artérielle, quelquefois de moitié. J'ai remarqué que dans la taille hypogastrique la distension du rectum par le ballon s'accompagne d'une diminution de la tension artérielle, diminution qui cesse quand on retire le ballon.

Chirurgie de la prostate.

M. Wishard. — Une forte proportion de cystites prostatiques contre lesquelles le traitement palliatif échoue, sont guéries par une intervention chirurgicale. Les incisions périnéales et hypogastriques sont celles qui donnent les meilleurs résultats. Aucune des deux ne convient à tous les cas ; il faut quelquefois les employer tous les deux. Dans une intervention radicale, on doit se proposer d'enlever l'obstacle mécanique au cours de l'urine et d'assurer le drainage de la vessie.

M. White. — J'ai vu un malade qui présentait des symptômes très marqués d'irritabilité vésicale ; j'ai pratiqué la taille hypogastrique et j'ai trouvé le sphincter prostatique rétracté ; je l'ai dilaté avec le doigt, j'ai drainé pendant 15 jours. Le malade a guéri.

M. Otis. — J'ai déjà rapporté l'histoire d'un malade chez lequel existait une tumeur de la prostate de la grosseur du pouce; cette tumeur a été enlevée et le sujet se porte très bien.

Chirurgie de l'uretère.

M. Arthur T. Cabot. — Autant que possible, quand on veut extraire un calcul de l'uretère, il faut suivre la voie extra-péritonéale. La recherche de l'uretère est bien simplifiée par ce fait non encore signalé que l'uretère est en relation avec cette portion du péritoine qui devient adhérente au rachis. Dans le bassin l'uretère n'est pas fixe et est plus difficile à trouver; mais dans le cas de calcul, on est guidé par le volume et la consistance de l'objet qu'on cherche.

M. King montre des pièces anatomiques qui ont des uretères surnuméraires.

Traitement de la blennorrhagie.

M. Frank Glenn. — J'ai obtenu le plus grand succès en traitant la blennorrhagie par des solutions faibles de chlorure et d'iodure de zinc. La formule de la solution est la suivante :

Chlorure de zinc..............	0 gr. 034
Iodure de zinc................	0 gr. 075
Eau..........................	31 gr. 103

Faire 3 ou 4 injections par jour.

M. Taylor. — Le chlorure de zinc est utile dans les périodes de déclin de l'uréthrite, mais je ne l'emploierais pas volontiers pour les parties profondes du canal.

M. William Judkins. — Je me suis souvent trouvé bien, dans le traitement de la blennorrhagie, de l'emploi de l'oxyde jaune de mercure que j'introduisais dans l'urèthre à l'aide d'une sonde.

M. Otis. — J'ai employé inutilement le salol.

Traitement de l'épididymite.

M. Brewer. — On couvre le testicule enflammé d'une couche épaisse de ouate et on met par-dessus une couche protectrice en caoutchouc dépassant les limites de la ouate. On applique par-dessus un bandage et on maintient le tout à l'aide d'un suspensoir. La chaleur et l'humidité ainsi retenues par le tissu imperméable agissent comme un cataplasme ordinaire, calment souvent très vite la douleur et dissipent l'induration inflammatoire qui souvent persiste si longtemps.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 1er décembre 1891.

Présidence de M. Tarnier.

Tumeurs adénoïdes.

M. Ménière. — On ne semble pas se rendre assez compte des graves inconvénients et des lésions nombreuses et diverses dues à l'hypertrophie du tissu adénoïde de His, dans la région naso-pharyngienne, chez les enfants.

De 1884 à la fin de septembre 1891, j'ai opéré 1115 tumeurs adénoïdes, dont plusieurs dans les mêmes familles; le plus souvent chez des sujets lymphatiques ou scrofuleux. L'exploration digitale ou rhinoscopie digitale, donne dans ces cas des résultats particulièrement précis; elle est bien supportée et ne cause qu'un ennui passager. Comme procédé opératoire, j'emploie de préférence les pinces coupantes et je fais faire des irrigations nasales antiseptiques; l'eau chaude, additionnée de coaltar saponiné, m'a donné d'excellents résultats.

Il faut faire les prises avec la pince, en une seule à la fois, en recommençant à 5 ou 8 jours d'intervalle, sans chloroforme; quelques badigeonnages à la teinture d'iode pure complètent la guérison. Sur 1115 cas, j'en ai opéré ainsi 1109 et 6 seulement avec le chloroforme.

M. le Dr Chaumier (Tours) lit un mémoire sur l'hystérie chez le nouveau-né.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 28 novembre 1891.

Présidence de M. Ch. Richet.

Nerfs sensitifs des muscles.

M. Chauveau. — J'ai fait depuis longtemps des recherches sur le circuit nerveux sensitivo-moteur des muscles. Il permet de mettre en évidence, par un procédé expérimental, les nerfs musculaires dont la recherche histologique est des plus difficiles. On peut utiliser pour cette exploration physiologique la disposition des nerfs dans le muscle sterno-mastoïdien du cheval ou encore dans la tunique musculaire de l'œsophage au cou. Il existe ici un nerf sensitif dont l'excitation par des courants faibles produit constamment la contraction du segment œsophagien correspondant. La section de ce nerf paralyse la région comme si l'on eût coupé les nerfs moteurs eux-mêmes; tout au moins, la déglutition devient tout à fait incoordonnée.

Broncho-pneumonie diphthérique.

MM. W. Dubreuilh et B. Auché. — Sur cinq examens, nous avons trouvé trois fois le bacille de Lœffler jusque dans la muqueuse des petites bronches, bien au delà des points tapissés de fausses-membranes. La présence du même microbe n'a pu être démontrée directement en plein parenchyme, dans les foyers de broncho-pneumonie. On trouvait parfois quelques colonies du bacille de Lœffler dans les cultures, mais les streptocoques, les pneumocoques et les staphylocoques dominaient toujours, et il est probable que la présence de quelques bacilles tenait à ce qu'on avait intéressé une bronchiole dans la prise. En somme, la broncho-pneumonie diphthérique tient à une infection secondaire par les pyogènes et le pneumocoque.

Suivant M. Mosny, la broncho-pneumonie secondaire de la diphthérie serait due au streptocoque, quand il s'agit de noyaux disséminés, et au pneumocoque, dans la forme pseudo-lobaire. Nous n'avons pu vérifier cette règle, et nous croyons qu'il n'y a aucune relation entre la variété microbienne et la forme de broncho-pneumonie.

Tuberculose expérimentale.

M. Ch. Richet a observé que les singes résistent à l'inoculation de la tuberculose aviaire, tandis qu'ils succombent en 4 semaines avec la tuberculose humaine. Un singe, injecté d'abord sans résultat avec du virus aviaire, a reçu ensuite du virus humain. Il a survécu et présente seulement un ulcère tuberculeux local.

MM. Chambrelent et Saint-Hilaire ont étudié l'influence de l'*asphyxie sur la parturition*. Leurs expériences ont porté sur une chienne pleine. Ni l'asphyxie lente en espace clos, ni l'asphyxie plus rapide dans un milieu chargé d'acide carbonique, ni enfin l'asphyxie par submersion n'ont paru influencer en quoi que ce soit la contraction utérine, ni modifier la gestation.

M. Bourquelot décrit une nouvelle méthode de recherche du *sucre dans les champignons*. On frotte en divers sens une lame de verre avec un cristal de tréhalose et l'on fait tomber au même point une goutte du liquide à explorer (liquide tenant en dissolution étendue le suc de la plante explorée). Il se forme le long des rayures de tréhalose une belle cristallisation aisément reconnaissable.

M. Bourquelot a étudié la répartition du sucre dans le *Bolet comestible*. L'hyménophore n'en contient pas, le chapeau en contient peu, la plus grande proportion est fournie par le pied. Le sucre, abondant dans la plante jeune, disparaît presque à la longue.

M. Courtade communique ses recherches concernant la valeur respective des contractions produites sur le gastrocnémien de la grenouille, par les excitations d'ouverture et de fermeture des courants d'induction.

M. Blanchard a pu étudier de nouveaux échantillons du *distoma heterophies*, observé au Caire par Bilharz vers 1850, et non retrouvé depuis.

M. Sérieux communique un cas d'*aphasie* complexe avec surdité verbale et agraphie. (Voy. p. 599).

M. Déjerine fait remarquer la rareté de ce fait, qui comporte l'existence de l'agraphie sans lésion de la deuxième frontale en arrière.

MM. Abelous et **Langlois** ont fait des recherches sur la *fonction des capsules surrénales*. La destruction bilatérale de ces glandes chez la grenouille entraîne la mort assez rapidement, plus rapidement chez la grenouille d'été. Il se produit à la fin des phénomènes paralytiques, et le sang de l'animal, injecté alors à une autre grenouille (venant de subir la même destruction glandulaire), détermine chez elle des phénomènes toxiques. Il est vraisemblable que les capsules surrénales ont pour fonction de neutraliser ou de détruire un poison résultant de l'activité physiologique des tissus et les échanges nutritifs.

M. Langlois expose le résultat de ses études sur les radiations caloriques à la suite des sections de la moelle.

M. Morau a injecté quatre fois à des animaux du suc cancéreux obtenu par filtration sur porcelaine. Un seul des animaux est mort, les autres survivent. Il a aussi injecté le suc d'une tumeur développée sur un animal de même espèce. Mêmes résultats, parfois positifs, mais inconstants.

J. Girode.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 27 *novembre* 1891.

Perforation spontanée de la vessie.

M. Tuffier, qui a présenté, il y a quelques semaines, une perforation spontanée de la vessie chez un homme atteint de plaie de la moelle, fait voir une pièce du même ordre : il s'agit d'un paraplégique chez qui une perforation vésicale d'origine trophique siégeant au sommet, a causé la mort par péritonite aiguë.

Diabète pancréatique.

M. Sottas a observé à l'hôpital de Bicêtre un tabétique qui, au moment de son admission, ne présentait aucun symptôme qui attirât l'attention sur les urines. Puis il fut pris de glycosurie intense, avec soif vive, amaigrissement et un mois après il mourait dans le coma. A l'autopsie, on trouva le pancréas bourré de calculs.

Kyste hydatique de la rate.

M. Jayle relate l'observation d'une femme, de bonne santé habituelle, âgée de 32 ans, qui, il y a trois ans, commença à présenter des troubles abdominaux : on lui trouva une tumeur de la rate, qui gênait seulement par son volume, et M. Marchand porta le diagnostic de kyste hydatique. La laparotomie conduisit sur une tumeur extrêmement adhérente, qui fut, à grand'peine, laborieusement extirpée, et la malade mourut d'infection aiguë. Dans ces circonstances, une autre fois M. Marchand s'en tiendrait au drainage de la poche.

M. Tollemer montre un *cancer du foie* avec cirrhose de l'organe.

M. Pilliet fait voir une pièce de *tuberculose du cœcum*.

M. Sorel présente une rate énorme, pesant 3,965 grammes, probablement leucocythémique et accompagnée d'hypertrophie du foie.

M. Jayle décrit une pièce d'*ulcère perforant de l'estomac*, avec péritonite suraiguë mortelle. Il y a deux perforations, dont l'une de la face postérieure.

M. Walch présente un *cancer primitif du foie* pesant 20 kilogr. 500 chez une femme de 21 ans.

M. Gillet fait une communication sur de *petites tumeurs polypiformes du frein de la lèvre supérieure*.

M. Renault montre une *tumeur congénitale sacro-coccygienne*, cause de dystocie.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 25 *novembre* 1891.

Hystérectomie pour cancer.

M. Segond accepte en principe l'hystérectomie totale et les arguments développés contre celle en 1888 ne l'ont pas touché. Oui, c'est une opération grave, mais elle s'adresse à des condamnées à mort. M. Segond depuis 1888 a 33 opérations, dont 25 pour cancer du col et 8 pour cancer du corps ; avec 26 guérisons et 7 décès, tous pour cancers du col. En 1888, sur 4 opérations il a 2 décès, tous deux de sa faute, 1 par septicémie, 1 pour avoir abaissé en même temps que l'utérus et pris dans une pince une anse intestinale. Les 5 autres morts, qui concernent en partie des cancers peut-être trop avancés, sont dus à des péritonites (3, dont 2 tardives), à une hémorrhagie secondaire (la pince placée sur du tissu cancéreux ayant mal tenu), au choc (1). Quant aux 26 guérisons, abstraction faite de 8 opérations pratiquées depuis août 1891, les résultats sont : 7 récidives dont 4 morts en 1 an environ et 3 encore vivantes (8 mois, 7 mois, 6 mois), et il est à noter que ces femmes après l'opération ne perdent plus et souffrent beaucoup moins ; 8 guérisons maintenues une depuis 19 mois, les autres depuis 8 à 9 mois. Il est à noter, d'ailleurs, que les succès définitifs de l'amputation partielle eussent *a fortiori* été obtenus par la totale et M. Segond pense, avec Pozzi, avec Bouilly, que plus un cancer est petit, plus il est indiqué d'enlever l'utérus entier.

M. Verneuil a revu récemment une dame qu'il a opérée en 1869 d'un épithéliome par l'amputation du col. Il persiste à penser qu'après l'amputation partielle la moyenne de survie est plus longue.

M. Schwartz n'a fait que trois hystérectomies vaginales pour cancer. Une fois la récidive est survenue au bout de 6 mois. Chez les deux autres malades sont survenues des complications opératoires : une fois, une incontinence d'urine persistante ; une fois une fistule vésico-vaginale, la vessie ayant été intéressée par une pince. M. Schwartz, considérant que la récidive a lieu au moins 7 fois sur 10, est donc décidé à ne plus opérer que les cas tout à fait simples. Il a d'autre part fait une amputation du col dont le résultat se maintient depuis 1885 ; deux supra-vaginales ayant donné 18 et 15 mois de survie.

M. Terrier a retrouvé une des deux malades qu'il avait perdues de vue ; elle vit depuis 2 ans et 7 mois, sans ombre de récidive.

Lithotritie.

M. Horteloup, voy. p. 597.

M. Bazy, comme M. Guyon, préfère les prises directes. Pour les calculs uriques avec vessie saine, il accorde à M. Horteloup que la prise directe réussit ; mais pour les cystites avec calculs phosphatiques, les contractions vésicales sont tout à fait irrégulières, et il croit que les manœuvres de M. Horteloup seraient insuffisantes.

M. Horteloup les croit au contraire surtout utiles dans ces cas, qui sont précisément ceux où on fait saigner facilement la vessie : ce sera une chance de plus pour manœuvrer doucement.

Ulcères variqueux et excision des veines variqueuses.

M. Quénu lit un rapport sur une observation de M. Cerné (de Rouen). Il s'agit d'une femme de 30 ans ayant à la malléole interne depuis 8 mois un ulcère large comme une pièce de 2 francs. Il existait une dilatation considérable de la saphène interne et un gros paquet vers le condyle interne. M. Cerné réséqua les veines malades et vit l'ulcère se cicatriser en 3 semaines, la femme put reprendre son métier de cuisinière. A ce propos, M. Cerné entre d'abord dans des considérations sur la pathogénie des ulcères de jambe et, malheureusement sans preuves anatomiques, il attribue tout le mal à la périphlébite et à la lymphangite chroniques. Il semble ignorer que les lésions nerveuses et artérielles, l'état général de la nutrition, rendent le problème infiniment plus complexe. En outre, les ulcères variqueux sont avant tout une lésion d'ordre septique, ils surviennent surtout chez les individus sales. Aux preuves anatomiques qu'il a déjà données à plusieurs reprises pour éta-

blir l'origine trophique de ces ulcères, M. Quénu ajoute des preuves cliniques et il cite deux faits de mal perforant plantaire chez des sujets ayant eu des ulcères variqueux avec sciatique. Il est probable que le rôle principal revient à des phénomènes vaso-moteurs d'ordre paralytique; qu'en outre l'œdème persistant a une grande importance, d'où l'utilité, pour tous les traitements des ulcères variqueux, du repos au lit et de la compression. Le rôle de l'œdème est mis en évidence par un cas où M. Quénu a vu un œdème hystérique aboutir à un ulcère semblable à un ulcère variqueux; et d'autre part M. Quénu a été frappé de la fréquence des ulcères de jambe chez les jeunes filles névropathiques.

Cette complexité pathogénique explique que la thérapeutique, elle aussi, soit moins simple que ne le croit M. Cerné. D'abord, on ne trouve pas, à l'étranger, les longues séries opératoires dont parle cet auteur, et surtout on ne donne guère de résultats éloignés, les seuls importants dans l'espèce; par exemple, parmi les malades de Trendelenburg il y en a un qu'on a suivi pendant 5 ans, mais c'est le seul. En France, un cas de Schwartz a été suivi pendant 5 mois; celui de M. Cerné, 3 mois 1/2. M. Quénu a fait 4 fois la ligature de la saphène et l'ablation des paquets et il a vu l'ulcère récidiver bientôt. Il ne pense donc pas qu'on puisse actuellement systématiser ce traitement.

M. Schwartz a revu le malade qu'il a opéré en 1887 et qui est resté guéri. Cette année, il a fait l'opération plusieurs fois, dans les cas d'ulcères étendus accompagnés de grandes dilatations variqueuses. Il croit qu'ainsi la cicatrisation des ulcères est accélérée.

M. Quénu n'est même pas édifié sur ce point. Avant d'opérer, on désinfecte les jambes, ce qui est long et minutieux : il faut compter au moins 10 à 12 jours pendant lesquels l'ulcère est pansé antiseptiquement et qu'on doit ajouter à la durée post-opératoire.

Suture de la rotule.

M. Reclus présente un malade auquel il a pratiqué la suture de la rotule pour fracture avec large déchirure des ailerons et grand écartement. Il y a de cela 27 jours et le sujet marche bien; il a commencé à marcher au 19e jour. Dès le 3e jour il y avait une atrophie extrême du triceps, qui fut combattue par le massage.

M. Schwartz a opéré il y a 2 mois 1/2 un étudiant en médecine de 23 ans atteint de fracture mixte avec éclatement du fragment inférieur : il marchait au 25e jour et au 35e avait la flexion à angle droit.

M. Kirmisson constate que chez le malade de M. Reclus il y a encore de l'empâtement, de l'épanchement articulaire et un peu de mobilité osseuse. Il n'est nullement opposé à la suture de la rotule, mais il croit qu'on se hâte trop de présenter les malades comme guéris.

M. Monod a deux opérés récents chez lesquels il est absolument certain qu'il ne persiste pas de mobilité anormale.

M. Quénu présente un homme qui, en tombant du 4e étage, se fit une fracture de la rotule à six fragments, plus un clivage dans le plan vertical et transversal. A l'aide de quelques sutures osseuses, de quelques sutures périostiques, il reconstitua à peu près la rotule; au bout de 3 semaines quelques petits mouvements furent imprimés à la jointure ; au bout de 6 semaines le malade se levait.

M. Reclus présente une fillette traitée avec succès d'une arthrite du coude par la méthode de Lannelongue.

A. Broca.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 27 novembre 1891.

Présidence de M. E. Labbé

Sur un cas de défécation par la bouche.

M. Desnos. — Dans la nuit de samedi à dimanche, les gardiens de la paix amenaient dans mon service un jeune homme trouvé sur la voie publique, en proie, disait-on, à une attaque épileptique. Ces attaques se renouvelèrent pendant la nuit, et le matin à ma visite je constatai comme indiquant la fin de l'une d'elles un état comateux peu profond, avec rejet d'une certaine quantité de salive légèrement ensanglantée.

Revenu à lui, ce jeune homme, âgé de 19 ans, nous raconta qu'il venait à pied d'Ostende, etc., etc., mais ses vêtements indiquaient qu'il devait sortir d'un asile d'aliénés des environs de Paris. Pour la septième fois, en effet, il venait de s'évader de l'asile de X..., où il purgeait en cellule une condamnation pour vol. La préfecture de police, du reste, ne tarda pas à le découvrir et à le reprendre dans mon service.

Les quelques jours qu'il y passa ne présentèrent rien de bien saillant en dehors du symptôme spécial sur lequel je vais insister. Il avait seulement de temps à autre quelques attaques peu violentes. Ces attaques, d'après les descriptions qui m'en étaient données et la présence de quelques stigmates, notamment la perte absolue du pharyngien, me semblaient devoir être rattachées à l'hystérie. Les choses en étaient là, lorsque la surveillante m'avertit que dans la bave qui s'écoulait de la bouche du malade, à la fin de quelques-unes de ses attaques, et souillait ses draps, elle avait remarqué le mélange de matières dont la couleur et l'odeur rappelaient celles des matières fécales.

Interrogé à ce sujet, le malade répondit que depuis deux ans, il n'allait jamais à la selle par l'anus et rendait toujours ses matières fécales par la bouche et que c'était généralement à six heures du soir qu'avait lieu cette évacuation. J'insistai pour qu'il fût jour et nuit soumis à la plus stricte surveillance, de peur que nous fussions victimes de quelqu'une de ces supercheries dont sont coutumiers les hystériques.

Dans l'intérêt de la propreté, la surveillante lui recommanda de demander un vase lorsqu'il croirait que cette évacuation allait se produire. Il tint compte de cet ordre. Deux fois, pendant son séjour dans mes salles, à six heures du soir, une heure après son repas, il rendit par la bouche des matières fécales. La première fois, cette évacuation eut lieu en présence de la surveillante, la seconde en présence de celle-ci et de mon interne M. Magniaux. La défécation buccale avait lieu dans deux circonstances différentes. Tantôt quand il sentait qu'elle allait se faire, le malade demandait tranquillement le vase et rendait lentement les matières avec quelques efforts très légers de vomissements; d'autres fois cette expulsion avait lieu au milieu d'une crise de nerfs, de quelques convulsions légères, pendant lesquelles il portait incessamment une main à son dos, au niveau de l'œsophage, déclarant y éprouver une vive douleur. J'ai vu les matières de la seconde évacuation, celle qui avait eu lieu en présence de la surveillante et de l'interne. Elles remplissaient un crachoir. Il paraît que celles de la veille avaient été d'une abondance double. Ces matières étaient moulées, de consistance un peu molle; celles qui avaient été rendues le jour précédent étaient plus dures. Leur couleur était d'un brun foncé. Elles offraient, en un mot, l'aspect des matières qui ont séjourné dans le gros intestin, après que la digestion dans l'intestin grêle s'est accomplie. Elles avaient l'odeur habituelle des matières fécales normales, mais non cette fétidité des matières jaunâtres, liquides, des vomissements fécaloïdes de l'étranglement interne. Elles ne contenaient aucune trace d'aliments, bien que le repas eût eu lieu une heure plus tôt. Cette sélection bizarre des matières fécales et des aliments récemment ingérés n'est pas un des traits les moins curieux de cette curieuse histoire. Pendant les heures qui précédaient l'évacuation, le bas-ventre était tendu, dur, augmenté de volume: il présentait même dans ses régions inférieures une matité qui disparaissait après la défécation, en même que l'abdomen diminuait de volume. A aucun moment la palpation n'était douloureuse.

Mais quelle était la source de cette défécation buccale évidente et en dehors de toute fraude ? Quelle était sa signification ? Les matières venaient-elles de l'intestin grêle ou du gros intestin ? Contre cette dernière hypothèse on peut objecter cette opinion pour ainsi dire unanime, des anatomistes et des physiologistes qui considèrent comme impossible le reflux des solides et même des liquides à travers la valvule iléo-cæcale. Le malade faisait remonter ses évacuations buccales à deux ans, c'est-à-dire à une date à laquelle il lui était arrivé un accident dans les circonstances suivantes : dans une de ses tentatives d'évasion, il était tombé d'un mur sur une branche d'arbre, il s'était blessé dans un point qu'il précisait vers la partie supérieure et interne de la fosse iliaque droite. Il avait

souffert longtemps dans cet endroit, bien qu'on n'y trouvât ni induration, ni tumeur, ni cicatrice, ni aucune autre trace de traumatisme, et c'était depuis cette époque qu'il ne pouvait plus aller à la garde-robe. Se serait-il produit là, par le fait de la blessure, une cicatrice, un rétrécissement, voire même de simples adhérences suffisantes pour apporter obstacle au cours des matières? Une communication se serait-elle établie, à la faveur du traumatisme, entre le gros intestin et un point plus ou moins élevé des régions supérieures du tube digestif? Ce sont là toutes hypothèses qu'il est permis d'émettre, sans qu'il soit possible d'en donner la démonstration. Je voulais administrer un lavement coloré pour chercher si la façon dont il serait rendu nous fournirait quelques données sur le point de départ des matières. J'avais aussi l'intention de faire une chloroformisation à fond, pour savoir si la palpation des parois abdominales, en résolution complète, ne nous donnerait pas des renseignements impossibles à recueillir par la palpation des parois tendues d'un abdomen dur et ballonné. Enfin, je songeais à demander conseil à M. Duplay sur l'opportunité d'une laparotomie faite dans un double but de diagnostic et de thérapeutique; malheureusement la police est venue prendre le malade dans le service. Les agents m'ont dit qu'il était traité, dans l'asile d'où il s'était évadé, comme épileptique, hystérique et somnambule.

Malgré ces lacunes, cette observations, en raison surtout de son extrême rareté, m'a paru digne d'être soumise à l'appréciation de la Société. Je demanderai à mes collègues s'il en est qui aient eu connaissance de faits semblables et analogues, si on peut penser que l'hystérie expliquerait, à elle seule, un cas de ce genre, en provoquant, par exemple, des contractions spasmodiques du gros intestin assez puissantes pour faire franchir aux matières la barrière représentée par la valvule de Bauhin.

M. Le Gendre. — M. Jaccoud a observé un cas de défécation par la bouche; j'en ai observé un autre consigné dans la thèse de mon ami le Dr Fouquet. Les deux malades étaient hystériques et chez eux la défécation buccale a été essentiellement passagère.

M. Rendu. — M. Desnos me permettra d'élever quelques doutes, car son malade me paraît bien sujet à caution.

M. Mathieu. — Un fait semblable a été publié, il y a quelques années, par un auteur russe dans la *Revue de Médecine*. C'était un personnage occupant une haute fonction, non hystérique. Chez lui la défécation buccale ne fut également que passagère.

Arthrite suppurée du genou guérie par une injection de solution étendue de sublimé.

M. Rendu. — Une malade, de 30 ans, fut prise le 28 octobre d'une arthrite aiguë au genou droit; la fièvre était modérée (38° à 39°5 le soir). N'ayant rien obtenu par l'immobilisation, je retirai, le 1er novembre, 125 gr. d'un liquide verdâtre, louche, qui laissa déposer, au bout de quelques heures, une épaisse couche de pus. Séance tenante et sans retirer la canule, je fis pénétrer dans l'articulation le contenu d'une seringue de Pravaz, chargée d'une solution de sublimé à 1/4000. L'amélioration se fit très rapidement; la fièvre tomba le 8 novembre et il ne reste plus qu'un peu d'épaississement de la synoviale.

Je reste indécis au sujet de la nature de cette arthrite. M. Boulloche, mon interne, n'a pu déceler le moindre microbe dans le pus par le procédé des cultures, et l'examen des organes ne m'a pas permis de reconnaître le moindre signe de tuberculose.

Malgré le doute qui plane sur la nature de cette arthrite, le résultat obtenu n'en est pas moins digne d'être signalé. Il a suffi de l'évacuation du liquide inflammatoire et de l'injection dans l'arthrite d'une très petite quantité de sublimé, pour modifier complètement la surface suppurante.

MM. Variot et **Raoult** font une communication sur les tatouages des piqueurs et des rhabilleurs de meules.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 25 novembre 1891.

La séance tout entière a été consacrée à des discussions d'ordre plutôt chimique. Signalons d'abord une courte remarque de **M. Constantin Paul** sur *le lysol*. Ce nouvel antiseptique lui paraît défectueux, infidèle qu'il est dans sa composition chimique et inconstant dans son action.

Puis la discussion a continué sur les *sels de strontiane*, au point de vue de leur pureté, de la toxicité des sels de baryte et de la manière de les reconnaître. **M. Dujardin-Beaumetz** a insisté sur la nécessité de ne pas entreprendre d'expériences avant d'avoir un réactif permettant de déceler les traces de baryte dans les sels de strontiane. Or **M. Bardet** a déclaré que les réactions jusqu'à présent données ne le satisfaisaient guère au point de vue pratique : les chromates de potasse sont à son sens les meilleurs réactifs, et **M. Patein** a confirmé cette opinion. Mais, en somme, les cliniciens doivent encore rester sur la réserve.

M. Boymon a dit quelques mots sur le *boro-borax*, composé à parties égales de borax et de solution d'acide borique à l'ébullition. Ce corps serait 4 fois plus soluble que l'acide borique et dès lors 4 fois plus antiseptique.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 23 novembre 1891.

Glycolyse du sang.

MM. R. Lépine et **Barral.** — Toutes nos expériences, au nombre de quarante, ont été faites sur le chien :

1° Une saignée, de 100 gr. environ, chez un chien de taille moyenne, produit, en général, au bout de quelques heures, une augmentation sensible de la glycolyse (*in vitro*) apparente et réelle. En d'autres termes, elle provoque à la fois l'apparition d'une certaine quantité de glycogène dans le sang (10 centigr. à 30 centigr. par kilogramme), et l'augmentation de la destruction (*in vitro*) du sucre préexistant et du sucre formé aux dépens du glycogène.

Une série de saignées peut, suivant l'état de nutrition de l'animal, amener des résultats différents quant au glycogène du sang; mais, en tout cas, la glycolyse est toujours, après quelques saignées, fort diminuée. Il se peut que, chez un chien épuisé par des hémorrhagies antérieures, le sang d'une nouvelle saignée, porté à l'étuve à 39° C., renferme, même au bout d'une heure, plus de sucre, ce qui tient à la fois à la disparition presque complète du ferment glycolytique et à l'abondance du glycogène dans le sang. On remarquera, à ce sujet, que les hémorrhagies figurent dans l'étiologie du diabète chez l'homme (Rosenbach);

2° La ligature du canal de Wirsung est suivie d'une grande augmentation du pouvoir glycolytique du sang. On sait que M. Grützner a trouvé, dans les mêmes conditions, une augmentation du pouvoir saccharifiant de l'urine. Nous l'avons également trouvée dans le sang;

3° La section des nerfs du pancréas est suivie d'une grande augmentation du pouvoir glycolytique et du pouvoir saccharifiant du sang (1).

4° L'électrisation du bout inférieur des nerfs pancréatiques produit, au bout de peu de temps, le diabète. Dans une prochaine note, nous donnerons les détails expérimentaux relatifs à la production de ce diabète qui a, peut-être, son analogue chez l'homme; car il n'est pas irrationnel de supposer, chez certains malades constipés, un excès de tonus des vaso-constricteurs du pancréas. Mais, en admettant qu'il en soit réellement ainsi, il est fort douteux qu'une section des vaso-moteurs du pancréas fût utile (en supposant que cette délicate opération ne fût pas extrêmement dangereuse chez un diabétique); car, indépendamment d'autres objections qu'on pourrait lui adresser, il ne faut pas perdre de vue qu'elle augmenterait, ainsi que nous l'avons dit plus haut, non seulement le pouvoir glycolytique, mais aussi le pouvoir saccharifiant du sang.

(1) Il est à noter que la ligature de l'artère principale du pancréas nous a semblé agir dans le même sens que la section des nerfs. Pour expliquer ce résultat, en apparence paradoxal, on remarquera que cette ligature n'anémie point le pancréas, en raison des anastomoses, et qu'un certain nombre de vaso-moteurs, intimement accolés à l'artère, sont compris dans la ligature.

ÉTRANGER

ALLEMAGNE

RÉUNION LIBRE DES CHIRURGIENS DE BERLIN

Séance du 16 *novembre* 1891.

Chirurgie du foie.

M. Kœrte. — Les maladies fréquentes du foie, qui réclament un traitement chirurgical, reconnaissent pour cause la lithiase biliaire. Celle-ci pendant longtemps peut rester inaperçue, parfois au contraire se révéler par des symptômes alarmants et s'accompagner d'accidents très graves; en raison de ces complications, il importe d'intervenir directement.

Les interventions de M. Kœrte sont au nombre de 12 : 11 femmes et 1 homme; 6 de ces malades présentèrent une hydropisie de la vésicule (5 fois avec calculs), 4 un empyème (3 fois avec occlusion du conduit cholédoque); trois de ces opérés moururent de leur affection générale. Sept fois M. Kœrte pratiqua la cholécystotomie, 1 fois pour une hydropisie de la vésicule, 4 fois pour un empyème, 2 fois pour une occlusion du conduit cholédoque. — Dans cette opération il intervint toujours *en un temps*. La cholécystotomie est pour lui l'intervention typique dans l'empyème de la vésicule; il est important de ne point refermer le réservoir biliaire immédiatement, mais de le laisser accessible pour les lavages ultérieurs. C'est là un point important pour les cas où la vésicule présente une paroi friable et se laisse difficilement rapprocher du péritoine pariétal. La cholécystotomie en deux temps est alors indiquée; elle a pour conséquence une fistule qui laisse écouler une quantité de bile parfois assez considérable : dans un cas le malade perdait 600 à 1,200 gr. de bile par jour.

La persistance d'une fistule de ce genre n'est pas chose indifférente, car les malades subissent une dénutrition rapide. Ils ne recouvrent leurs forces qu'après l'oblitération du trajet fistuleux : c'est ce que fit M. Kœrte dans 3 cas. — On évitera facilement la formation d'une fistule dans les cas où il ne s'agira que d'un simple calcul de la vésicule : après l'évacuation, on suturera la plaie et on réduira l'organe. Avant d'inciser le réservoir, M. Kœrte fait une ponction pour s'assurer du contenu, puis il procède à son évacuation, à sa toilette, et enfin à la réunion de la plaie vésicale; il place un premier plan de sutures sur la couche musculaire, un second sur la séreuse, et recouvre la suture d'une bande de gaze iodoformée dont il laisse sortir l'extrémité par la plaie abdominale; il pense ainsi pouvoir conjurer les dangers d'une péritonite possible. L'extirpation de la vésicule doit être réservée aux cas où la vésicule est très altérée — son ablation n'exclut pas la formation ultérieure de calculs. Dans ce cas, la récidive est beaucoup plus grave qu'après les 2 opérations précédentes.

L'occlusion du canal cholédoque est un accident qui menace directement la vie du malade, à moins qu'on ne crée une issue à l'écoulement de la bile. Winiwarter recommanda, le premier, l'abouchement de la vésicule dans l'intestin; depuis, nombre d'opérations de ce genre ont été suivies de succès.

Une deuxième méthode consiste à broyer les concrétions dans le conduit, à l'aide de pinces armées, et à refouler les fragments dans la vésicule. C'est un procédé aveugle et dangereux.

Une troisième est la cholédochotomie : elle consiste à inciser le canal, à l'évacuer et à suturer la paroi; cette opération est très difficile : M. Kœrte, dans deux cas, dut renoncer à la recherche du conduit cholédoque, et ouvrir le duodénum pour pénétrer dans sa cavité. Dans un troisième, il pratiqua la cholécysto-entérostomie, en abouchant la vésicule dans le duodénum : la malade guérit complètement; opérée auparavant pour un abcès sous-phrénique, elle n'avait retiré de l'intervention qu'un avantage relatif, car elle continuait à dépérir par la perte complète de la bile dans les selles.

Beaucoup de cas d'empyème de la vésicule se caractérisent par la gravité de leurs symptômes; dans un cas, M. Kœrte observa une rupture de l'organe avec épanchement du contenu dans le péritoine; au cours de l'opération, il trouva une vésicule nécrosée et 3 calculs biliaires; la ponction à travers la paroi abdominale doit être regardée comme très dangereuse en raison de l'infection possible par les microbes que peut contenir la bile, comme il arrive dans les empyèmes consécutifs aux affections du cæcum.

M. Kœrte rapporte encore le cas d'une malade opérée d'un abcès du foie consécutif à une typhlite. Il aborda la collection purulente par la cavité pleurale préalablement isolée par un tamponnement à la gaze iodoformée. Il évacua plusieurs litres de pus; lavage, drainage, tamponnement à la gaze iodoformée, guérison. Dans 7 cas analogues il intervint par la voie pleurale; il ne se produisit ni pneumothorax, ni suppuration appréciable de la plèvre.

Un dernier malade dont M. Kœrte rapporte l'observation, présentait une plaie pénétrante de l'abdomen par coup de feu avec symptômes marqués d'hémorrhagie interne. Au cours de la laparotomie, l'auteur reconnut que la balle avait perforé le lobe gauche du foie et blessé les vaisseaux situés en arrière de l'arrière-cavité des épiploons. L'évacuation des caillots et le tamponnement à la gaze suffirent pour arrêter l'hémorrhagie; au bout de 5 jours, extraction de la gaze de la cavité abdominale sans accident. Le malade guérit complètement.

Dans un autre cas, M. Kœrte intervint de la même façon pour un écrasement du foie.

Dans un troisième cas il s'agissait d'une perforation de l'estomac et du côlon avec début de péritonite.

M. Langenbuch pense qu'il ne faut extirper la vésicule biliaire que lorsqu'elle est malade ou épaissie par inflammation chronique. En présence des lésions de sa surface extérieure, on peut admettre l'existence d'altérations de la muqueuse. On pratiquera la cholécystectomie dans le cas de cancer primitif de la vésicule, de fistules biliaires rebelles, d'hydropisie avec épaississement considérable de la paroi ou liquide purulent, enfin dans tous les cas de cholélithiase héréditaire.

M. Langenbuch traita une jeune fille de 15 ans dont le père était mort de lithiase biliaire et qui dès la plus tendre enfance avait souffert de douleurs intenses du côté de la vésicule biliaire : il trouva une vésicule très épaissie qu'il crut indiqué d'enlever.

La question du développement des calculs dans le parenchyme hépatique est encore très obscure. Les calculs hépatiques sont excessivement rares et M. Langenbuch pense que ce sont des calculs erratiques provenant de la vésicule. Tant que d'une façon précise on n'aura pas démontré la production de concrétions dans le foie, il n'y aura pas lieu de tenir compte de cette objection contre la cholécystectomie. Se fait-il, après l'ablation de la vésicule, une dilatation des voies biliaires ? c'est un point qui n'est pas encore établi. Les difficultés opératoires de l'extirpation sont parfois considérables. Dans certains cas, quand la vésicule est entièrement ratatinée, il est préférable d'abandonner l'opération commencée; si les adhérences au foie sont trop considérables, on ne pratiquera qu'une résection partielle. Les calculs du conduit cholédoque seront broyés entre les doigts.

M. Langenbuch est arrivé difficilement à pratiquer le cathétérisme sur le cadavre, jamais il ne l'a fait sur le vivant.

M. C. Hahn n'a pas pu écraser les calculs dans le conduit cholédoque, ni pratiquer le cathétérisme, ni enlever les concrétions par l'incision.

Il a mesuré sur 30 cadavres la distance du fond de la vésicule à l'ouverture du canal cystique, plusieurs fois il trouva une distance de 3 à 4 cent. Une fois il n'existait pas de canal cholédoque. Les conduits cystique et hépatique restaient isolés jusqu'à leur abouchement dans le duodénum.

La longueur moyenne du canal cholédoque est de 6 cent. Dans les cas de calculs de ce conduit, résistant à l'écrasement, M. Hahn conseille la cholécysto-entérostomie. Dans un cas de ce genre où il tenta de broyer les calculs, il déchira le conduit qu'il ne put suturer. La malade mourut.

L'auteur considère la cholécystotomie comme l'opération de choix.

M. Lindner, à l'appui de la cholécystectomie, cite un cas où il pratiqua l'ablation de la vésicule pour un calcul enclavé au niveau de l'origine du conduit cholédoque. Il dut ouvrir le canal cystique sur toute sa longueur et ne put encore pas retirer le calcul entièrement. Dans un cas où il ne pouvait pas pénétrer dans la vésicule, il traversa les adhérences avec le thermocautère, incisa le réservoir biliaire et sutura une partie du foie dans la plaie.

M. Sonnenburg établit dans un cas une fistule biliaire par où s'éliminèrent plus de 200 calculs. La malade guérit complètement sans trop se ressentir de la perte de la bile. Dans les cas de calculs nombreux, l'installation d'une fistule biliaire est la méthode de choix.

M. J. Israël a pratiqué la semaine dernière deux ponctions du foie pour abcès; dans le premier cas, il s'agissait d'une collection purulente, consécutive à une lithiase biliaire chronique. Il retira un demi-litre de pus.

Dans le deuxième cas, l'abcès s'était développé à la suite d'une typhlite. Ponction avec canule à demeure. Ce procédé se recommande par sa simplicité, surtout quand il s'agit de malades très affaiblis à qui la chloroformisation pourrait être préjudiciable.

M. Rotter a opéré ce matin un kyste hydatique suppuré du foie. Après l'incision, il a pénétré dans le parenchyme à 3 centimètres de profondeur avec le Paquelin.

M. Langenbuch. — Nombre d'abcès ont une paroi mince et friable; aussi est-il dangereux de les opérer autrement qu'avec le bistouri, la moindre déchirure permettant l'écoulement du pus dans l'abdomen.

M. Israël. — La ponction avec un trocart à pointe aiguisée est sans danger.

M. Nicolai rapporte l'observation suivante concernant la production de calculs dans le foie. Un soldat est opéré pour une tumeur de la vésicule biliaire; dès l'incision il s'échappe un liquide contenant de petites granulations calculeuses. Lavage avec une solution d'acide salicylique; absence de gros calculs; fistule permanente par où pendant des mois s'échappèrent d'innomorable concrétions. Occlusion spontanée de la fistule. Guérison.

Fracture du larynx.

M. Scheier. — Un maréchal-ferrant, âgé de 24 ans, reçut un coup de pied de cheval à la suite duquel il fut transporté sans connaissance à l'hôpital. — Diagnostic : fracture de la base du crâne. Le lendemain matin, dyspnée intense. A l'examen, on constate une fracture multiple des cartilages cricoïde et thyroïde; trachéotomie. Après 4 semaines, examen du malade : la partie droite du larynx est en saillie sur la gauche, épiglotte normale et très mobile. A la place des cordes vocales, on trouve deux cordons durs qui ne laissent entre eux qu'un espace très étroit.

Dilatation de la sténose. Six semaines après, respiration normale. Ce malade sort avec une double canule. En juillet, intubation avec l'appareil d'O'Dwyer. Après 6 semaines de traitement le malade respire facilement. Au laryngoscope la glotte est triangulaire. Les cartilages aryténoïdes sont mobiles. La voix est encore un peu voilée.

M. Müller rapporte un cas analogue.

SOCIETÉ DE MÉDECINE INTERNE DE BERLIN

Séance du 16 *novembre* 1891.

Rhinite fibrineuse.

M. Scheinmann présente des préparations d'un cas de rhinite fibrineuse typique, apyrétique, développée au cours d'une épidémie de diphthérie. Ce cas prouve qu'il faut isoler les enfants atteints de rhinite fibrineuse, comme des diphthéritiques.

M. Leyden fait observer que les préparations qui lui ont été remises étaient formées de fibrine pure et de quelques streptocoques.

Dans les membranes diphthéritiques on ne trouverait presque jamais autre chose.

M. Hénoch aurait toujours au contraire rencontré le bacille de Lœffler dans les fausses membranes diphthéritiques, et l'aurait nettement différencié par la culture du pseudo-bacille.

Dans le cas présent, M. Scheinmann n'avait pas encore terminé son examen bactériologique, on ne sait donc pas s'il s'agit d'une diphthérie propagée aux fosses nasales.

Péritonite chronique des enfants.

M. Hénoch. — Wolf (*Hufeland's Journal*) en 1838 et Galvagni (en 1869) rapportèrent un nombre considérable d'observations de péritonite chronique chez les enfants. Elles supporteraient difficilement une critique sévère; plus tard on devint si peu partisan de cette forme de péritonite que West (de Londres), en 1887 encore, considérait, dans son traité, comme tuberculeuse toute péritonite chronique chez les enfants. Il est cependant des péritonites chroniques qui reconnaissent d'autre cause que la tuberculose; évidemment il n'est point question ici des collections purulentes de l'abdomen consécutives à une typhlite ou autre affection.

Cette forme de péritonite qui nous occupe se caractérise essentiellement par l'absence de tout autre symptôme qu'une ascite se développant lentement et progressivement sans fièvre ni douleur.

L'étiologie en est le plus souvent très obscure; un traumatisme peut l'occasionner; j'en ai publié un seul cas; il s'agissait d'une jeune fille, chez qui, à la suite d'un coup de pied dans la région du foie, se développa une péritonite chronique. Après une ponction, je sentis de nombreuses petites tumeurs dans l'abdomen que je pris pour des sarcomes. L'autopsie me révéla qu'il s'agissait de callosités et d'épaississements fibreux de la séreuse intestinale.

En présence d'une telle affection, il ne faudrait pas penser trop facilement à la tuberculose : l'enfant d'un de mes collègues, en effet, présentait de l'ascite et un spina ventosa; l'un et l'autre disparurent complètement. Dans quelques cas cette péritonite survient après la rougeole.

La marche est celle de ce cas : une jeune fille de 11 ans, atteinte de rougeole en août 1885, présenta déjà en octobre de l'ascite qui nécessita ultérieurement plusieurs ponctions, puis sans cause appréciable le développement du ventre diminua et en août 1886 la malade était guérie.

L'état général permet seul de différencier la péritonite chronique simple de la péritonite tuberculeuse; l'émaciation croissante, le contraste entre le développement du ventre et les extrémités amaigries, et la présence des bacilles dans la sérosité, difficiles d'ailleurs à découvrir, sont des signes de tuberculose.

La péritonite chronique se rencontre beaucoup plus souvent chez les jeunes filles que chez les garçons: il est probable qu'il y a un rapport entre elle et les affections génitales, la vulvo-vaginite en particulier.

On peut se demander s'il ne s'agit pas là d'une ascite cirrhotique. L'examen du malade après la ponction éclairera le diagnostic. En tout cas l'ictère, la décoloration des fèces, les hémorrhagies gastro-intestinales sont en faveur de la cirrhose. Néanmoins il est une difficulté : dans toutes les formes de péritonite, surtout dans la forme tuberculeuse, le foie présente des lésions cirrhotiques, de sorte qu'il est souvent impossible de dire laquelle a été la première en date, l'ascite ou la cirrhose ?

Le traitement, tout récent d'ailleurs, est chirurgical. La laparotomie a donné a Kœnig des résultats surprenants, encore inexpliqués. Des 130 cas de la statistique de son mémoire, sept concernent des malades de 1 à 10 ans, 30 de 10 à 20. Alexandroff, cette année, a publié également un cas de guérison auquel il en a joint 20 autres. Ils se rapportaient à des enfants de 2 à 15 ans. Le processus de guérison est obscur : on a invoqué l'action de la lumière (Lauenstein), l'exposition à l'air de la cavité abdominale, etc. Je pense qu'il faut être très circonspect sur les cas de guérison publiés, en raison du peu de durée d'observation des malades; cependant je ne puis qu'être surpris du résultat que donna la laparotomie pratiquée par M. Bardeleben chez un de mes malades; le cas porte à faire croire que nombre de péritonites tuberculeuses ne le sont qu'en apparence.

Au cours de la laparotomie, je constatai sur le péritoine de mon malade, âgé de 5 ans, de nombreuses granulations en apparence tuberculeuses. Cependant au microscope on constatait nettement leur structure fibreuse et l'absence complète de bacilles et de cellules géantes. L'enfant guérit complètement. Je ne veux nullement contester la guérison de la péritonite tuberculeuse, j'en ai vu un cas opéré par Lindner (Voy. *Mercredi* 1891, p. 543); toutefois on a dû souvent faire erreur de diagnostic.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 18 *novembre* 1891.

Angiome caverneux.

M. Schleich présente une femme de 56 ans atteinte d'une tumeur particulière qui occupe la cuisse. La tumeur a débuté il y a six ans sous forme d'une tache, probablement d'un angiome caverneux. La tumeur vasculaire s'est développée très lentement, et à présent a atteint les dimensions d'un gros saucisson.

Intoxication par le sublimé.

M. Virchow a observé deux malades venus à l'hôpital avec des phénomènes de dysenterie grave. Chez le premier, mort avec les phénomènes d'une colite ulcéreuse grave, le gros intestin jusqu'à la valvule de Bauhin était occupé par des ulcérations étendues que dans le temps on aurait attribuées à la dysentérie. L'examen chimique de l'urine et de l'intestin a pourtant montré la présence de mercure.

Dans l'autre cas il s'agit d'une infirmière qui en soignant un malade atteint de dysentérie, tomba malade et succomba peu de temps après au milieu de phénomènes gastro-intestinaux graves. Ici aussi l'examen chimique de l'urine et de l'intestin montra la présence du mercure. Ces cas montrent donc que l'intoxication mercurielle peut cliniquement revêtir la forme d'une dysentérie.

En terminant, M. Virchow présente un *anévrysme disséquant de l'aorte* provenant d'un malade resté un jour à la Charité.

Inflammation idiopathique des ganglions du cou.

M. Neumann. — Pfeiffer a déjà décrit, sous le nom de fièvre ganglionnaire, la tuméfaction indolore des ganglions du cou et de la nuque s'accompagnent de fièvre et de douleurs. Mais de cette fièvre il faut distinguer l'inflammation des ganglions profonds du cou situés derrière l'angle du maxillaire, inflammation que M. Neumann croit spéciale à la première enfance. Sur 27 cas de cette affection observés par M. Neuman, 11 se rapportent à des enfants de 1 an, 10 à des enfants de 1 à 2 ans, 6 à des enfants de 2 à 4 ans. Sur ce nombre il y a eu 19 garçons et 8 filles. Les jeunes enfants étaient tous bien portants; chez les enfants plus âgés, 10 étaient scrofuleux et bronchitiques.

L'affection débute brusquement en pleine santé; peut-être existe-t-il une période prodromique de 2 à 3 jours, quelquefois de 8 à 15, pendant lesquels les enfants sont enrhumés et toussent un peu. La fièvre monte rapidement, les enfants ont soif, sont agités, dorment mal et sont pris quelquefois de vomissements et de maux de tête. Le même jour ou le lendemain, apparaît une tuméfaction des ganglions du cou. A l'examen, on ne trouve rien d'anormal du côté du thorax ni de l'abdomen. La peau du cou n'est pas rouge ou présente une rougeur insignifiante. La tuméfaction rénitente douloureuse occupe tout l'espace compris entre l'angle de la mâchoire et la clavicule, et la tumeur peut atteindre les dimensions d'un œuf d'oie. Les ganglions superficiels du cou et de la nuque sont tuméfiés aussi et sensibles à la pression. La tête est fléchie du côté malade et immobile.

La fièvre disparaît ordinairement au bout de quelques jours. La tumeur se résorbe ou se met à suppurer. La résolution simple a été observée 13 fois, 13 fois il y eut formation d'abcès qui, une fois incisé, a demandé pour guérir 5 à 7 semaines. Le pronostic est donc, en somme, bon.

Comme traitement, glace sur le cou et frictions avec une pommade à l'iodure de potassium ou avec de l'onguent gris. S'il y a suppuration, on applique des cataplasmes.

Dans quelques cas l'affection a été précédée d'un catarrhe; dans plusieurs autres cas l'infection avait envahi la muqueuse nasale et trachéale; deux sœurs avaient eu une angine inflammatoire avant l'apparition de cette tuméfaction ganglionnaire. L'oreille moyenne a été atteinte, à titre de complication, 10 fois: toujours une seule oreille. Ce fait paraît indiquer la présence des micro-organismes pathogènes dans le naso-pharynx pendant la durée de la tuméfaction ganglionnaire. L'examen bactériologique du pus fait dans 7 cas a montré 5 fois du streptocoque pyogène, 2 fois du streptocoque pyogène et du staphylocoque blanc.

La tuméfaction ganglionnaire aiguë est due probablement à la pénétration des streptocoques. Il s'agit peut-être aussi d'une affection épidémique, car, sur les 27 cas, 19 ont été observés pendant les premiers mois de l'année, à l'époque où les affections catarrhales sont très fréquentes.

Dans certains cas, l'abcès des ganglions rétro-maxillaires existait en même temps qu'un abcès rétro-pharyngien, et M. Neumann croit qu'on devrait réunir les deux affections sous le nom de lymphadénite idiopathique aiguë des ganglions profonds du cou.

Dysurie sénile.

M. Casper. — On sait que depuis le travail de Launois les troubles de la miction chez le vieillard sont attribués à une sclérose sénile de tout l'appareil urinaire avec artério-sclérose généralisée. L'hypertrophie de la prostate ne serait qu'une manifestation de ce processus général. On comprend que dans ces conditions le traitement est voué d'avance à l'impuissance, puisque l'artério-sclérose est une affection incurable.

Pour vérifier ces faits, M. Casper a examiné microscopiquement et macroscopiquement vingt-huit appareils urinaires de vieillards. Il a tout d'abord trouvé que l'artério-sclérose n'envahissait pas forcément tout l'appareil urinaire, quand une portion était prise, et que l'hypertrophie de la prostate qui existe souvent en même temps qu'une artério-sclérose de l'appareil génital, ne présente aucune relation étiologique avec cette dernière. Il n'a pu confirmer non plus l'opinion de Launois d'après lequel la sclérose de la paroi postérieure de la vessie dépendrait d'une sclérose du système artériel de la vessie.

M. Mankiewicz admet pour expliquer la dysurie sénile une cause organique et une cause fonctionnelle. Il existe chez les vieillards un affaiblissement de la perception des sensations, de sorte que l'excitabilité réflexe de la portion prostatique de l'urèthre est notablement diminuée. La vessie est toujours remplie, et les contractions nécessaires pour son évacuation provoquent une hypertrophie et plus tard une dégénérescence des muscles du réservoir urinaire. Stilling attribue la dysurie sénile à un affaiblissement avec dégénérescence particulière des muscles de la prostate; les glandes de la prostate sont également atteintes et les deux processus aboutissent à l'hypertrophie de l'organe qui constitue alors un obstacle mécanique à la miction.

M. Schleich ne pense pas que les modifications des vaisseaux de la vessie soient la cause de l'hypertrophie de l'organe. Par contre, les modifications des veines dans l'hypertrophie de la prostate et de la vessie expliquent suffisamment la dysurie par la stase qui existe toujours dans le plexus vésical. A la suite de cette stase il se forme une hyperplasie du tissu conjonctif qui excite la vessie et aboutit à l'hypertrophie de cette dernière.

M. Casper. — La stase veineuse est le phénomène primitif, et quand l'hypertrophie se déclare, on voit apparaître la dysurie.

Pérityphlite.

M. Waitz a présenté à la *séance du* 17 *novembre* 1891 de la Réunion des médecins de Hambourg, une malade de 62 ans à qui il réséqua l'appendice iléo-cæcal pour une pérityphlite chronique. Le cas était intéressant parce qu'il avait été pris pour un sarcome périostique. Ce n'est qu'au cours de l'opération que M. Waitz se rendit un compte exact de la nature de la tumeur. La malade est complètement guérie.

ANGLETERRE

SOCIÉTÉ ROYALE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE.

Séance du 24 *novembre* 1891.

Pleurésie et affections abdominales.

M. Lawson Tait. — Un épanchement pleural peut venir compliquer une affection abdominale; la première fois que j'ai vu cette complication, il s'agissait d'un cancer de l'ovaire associé à un cancer secondaire de la plèvre, d'où un épanchement pleural sanglant; une tentative faite pour opérer

la tumeur abdominale échoua et la malade mourut. J'ai vu depuis bien d'autres cas analogues; le pronostic est toujours sombre; je n'opère jamais quand l'épanchement pleural contient du sang, car toujours alors il s'agit d'une affection maligne. Cependant j'ai vu un cas où un épanchement pleural sanglant était associé à une ascite dont le liquide contenait aussi très nettement du sang; il existait en outre une tumeur abdominale; 3 ponctions suffirent pour guérir l'épanchement pleural; mais l'ascite récidiva encore après la trentième ponction; cependant l'état de la malade se trouva tellement amélioré que je tentai d'enlever la tumeur; je trouvai une tumeur fibreuse de l'ovaire et je l'enlevai. Aucune récidive n'est survenue depuis. Ce cas heureux, tout exceptionnel qu'il soit, autoriserait peut-être une incision exploratrice dans tous les cas d'affection abdominale. Une laparotomie exploratrice n'assombrit en aucune façon le pronostic et peut, comme dans le cas précédent, sauver une malade. Peut-être eussé-je pu sauver des malades parmi celles que j'ai refusé d'opérer en raison de l'existence d'un épanchement sanglant. Donc, quelque désespéré que paraisse le cas, il n'y a jamais contre-indication absolue à opérer.

M. Hale White. — M. Fagge a déjà insisté sur la mystérieuse affinité qui existe entre les diverses cavités séreuses. J'ai moi-même cité une observation démontrant la même chose; il s'agissait d'une malade atteinte de péritonite, de péricardite, de pleurésie; on n'en put découvrir la cause; la malade guérit. On sait aussi que dans le mal de Bright, dans le rhumatisme, les séreuses sont souvent prises.

M. Routh. — J'ai souvent vu chez des enfants des pleurésies hémorrhagiques associées à une affection abdominale; j'ai aussi vu chez eux des pleurésies associées à une affection tuberculeuse de l'abdomen.

M. Griffith. — M. Duncan a publié des cas d'hydro-thorax associés à une ascite. J'ai moi-même vu un cas de tumeur abdominale associée à un épanchement pleural; on opéra et la guérison survint rapidement.

M. Taylor. — J'ai vu un cas d'épanchement dans les deux plèvres et dans le péritoine sans qu'on pût en découvrir la cause. La guérison survint rapidement sans ponctions. C'est la tuberculose qui est la cause la plus fréquente d'un tel épanchement; la pyohémie peut agir de même sur les deux séreuses. La présence du sang dans un épanchement séreux ne suffit pas à faire porter le diagnostic de tumeur maligne.

M. Barwell. — J'ai vu un cas de tumeur maligne de la plèvre sans que l'épanchement fût hémorrhagique.

M. Tubby. — Les expériences entreprises sur les animaux montrent que les plèvres, le péricarde et le péritoine doivent être considérés comme des réservoirs lymphatiques communi quant entre eux.

M. Spencer. — J'ai vu un cas d'épanchement pleural associé à une tumeur abdominale non maligne.

M. Tait. — Je ne suis pas sûr qu'il soit prouvé que la plèvre et le péritoine communiquent entre eux normalement. Je ne suis pas sûr non plus que la péritonite tuberculeuse soit la même affection que la tuberculose articulaire.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE LONDRES

Séance du 23 novembre 1891.

Résection du coude.

M. Haslam. — Voici un malade sur lequel j'ai pratiqué la résection du coude. C'est un homme de 50 ans qui avait une fracture compliquée du coude; le condyle externe et la petite tête de l'humérus étaient brisés, ainsi qu'une petite portion de la tête du radius. Je pratiquai l'ouverture par la méthode ordinaire; je réséquai la partie inférieure de l'humérus, la tête du radius et la grande cavité sigmoïde du cubitus. Guérison au bout de 5 semaines. Les mouvements étaient parfaits, sauf une légère diminution du mouvement d'extension. Dans ces cas il importe, si on doit opérer, de s'y décider rapidement. Quand une fracture articulaire s'accompagne de lésions considérables, la résection donne de meilleurs résultats qu'un traitement conservateur qui ne peut lutter contre les dangers de l'arthrite ou contre la formation d'une ankylose.

M. Sheild. — Je suis de l'avis de M. Haslam quand il s'agit du membre supérieur; mais il n'en est plus de même pour le membre inférieur.

Cheveux moniliformes.

M. Abraham présente un enfant de deux ans et demi qui naquit presque sans cheveux. Maintenant on ne voit que des cheveux très courts, cassants, laineux; chacun de ces cheveux présente environ 20 nodules; c'est entre ces nodules que se casse le cheveu. Aucune substance n'a pu activer la croissance de cette chevelure; il faut probablement admettre à la présence d'un bacille.

M. Colcott Fox. — J'ai vu une affection exactement semblable dans une famille de 3 personnes, la mère et les deux filles. Chez les trois l'affection était congénitale. La mère, âgée de 50 ans, présentait une calvitie complète et les deux filles, âgées de 13 et 16 ans, étaient en train de perdre leurs cheveux. Les cheveux étaient moniliformes jusque dans leurs racines, dans l'épaisseur du cuir chevelu; il y avait une folliculite, mais qui paraissait être secondaire. Je crois qu'il s'agit là d'un vice de développement.

Lèpre.

M. Abraham. — Voici un enfant de 7 ans, né à Demerara, et qui, quelques mois avant de quitter cette ville, fut atteint de la lèpre. Il vint en Angleterre, où on lui fit une injection de tuberculine qui donna lieu à une réaction caractéristique. Cette réaction ne commença que 15 heures après l'injection et elle dura 70 heures. On lui fit environ 10 injections. Il prit ensuite de l'huile de chaulmoogra. Il fut très amélioré, sans qu'on pût dire si cette amélioration était due à cette huile, à la tuberculine ou au changement de climat.

M. Colcott Fox. — Presque tous les cas de cette forme de lèpre peuvent être aisément diagnostiqués par l'apparition rapide de troubles trophiques aux extrémités.

Occlusion intestinale.

M. Goodsall. — Un homme de 46 ans présentait depuis 18 mois de l'anorexie et de l'amaigrissement. Depuis 9 jours il avait des vomissements et, depuis 6 jours, des signes d'occlusion complète. Le 7 je fixai le cæcum à la paroi abdominale et le 9 je l'ouvris; il en sortit des matières demi-liquides. Le malade mourut au bout de quelques heures; à l'autopsie je trouvai que le cæcum s'était séparé de la paroi abdominale, d'où écoulement des matières dans le péritoine; je trouvai en outre une tumeur maligne du côlon ascendant. J'ai pratiqué une opération analogue chez un homme de 34 ans; les signes d'occlusion étant bien nets, je pratiquai une colotomie inguinale droite; le cæcum était presque gangréné; j'en retirai une grande quantité de matières fécales. Le malade guérit très bien.

M. Walsham. — Il faut fixer solidement l'intestin à la paroi et attendre 2 ou 3 jours avant de l'ouvrir.

M. Seymour Taylor relate un cas de *transposition des viscères* chez un garçon de 18 ans.

M. Watson communique un fait de polype muqueux naso-pharyngien.

Bains de sublimé.

M. Mansell Moullin a dit à la *Société médicale de Londres* (séance du 19 octobre) que dans les plaies contuses accompagnées de déchirures étendues, il faut placer les parties blessées dans un bain antiseptique à la température du corps. On commence par une solution de sublimé à 1 pour 1000 et au bout de quelques jours on arrive graduellement à une solution de 1 pour 10,000. Il a employé ces bains pendant 15 jours (nuit et jour) dans un cas.

Prostatectomie.

M. Tobin a montré le 13 novembre à l'Académie royale de médecine d'Irlande divers spécimens de prostates hypertrophiées. Pour la prostatectomie, il faut faire une petite incision suprapubienne; on passe alors par l'urèthre un conducteur formé d'un fil de fer doublé qu'on introduit dans la vessie. On glisse dessus une sonde droite arrangée pour agir

comme écraseur; l'extrémité de cette sonde est dirigée vers la portion de la prostate qui bouche le passage. On ouvre alors l'anse formée par le double fil de fer introduit dans la vessie, et on glisse cette anse sur le lobe hypertrophié qui est ainsi coupé par le fil de fer. Cette opération ne s'accompagne que d'une très faible hémorrhagie.

Transfusion saline.

M. Pye-Smith a présenté le 19 novembre, à la Société médico-chirurgicale de Sheffield, une étude sur les injections salines intra-veineuses. Un homme de 26 ans ayant reçu un coup de feu dans la jambe gauche et présentant, outre une fracture du tibia et du péroné, des délabrements considérables des parties molles, saigna abondamment et demeura dans une sorte de collapsus. On lui fit une injection d'une solution saline dans la veine saphène, et on pratiqua l'amputation juste au-dessous du genou. On fit alors une nouvelle injection saline; le malade alla rapidement mieux et guérit.

Aphasie sensorielle.

M. Reynolds a présenté le 17 novembre à la Société clinique de Manchester une femme de 50 ans ayant eu 4 mois auparavant une attaque d'apoplexie; les convulsions avaient été générales, mais plus marquées à droite; elles furent suivies d'hémiplégie droite et d'aphasie. La paralysie et l'aphasie motrice disparurent en deux jours; mais il resta une aphasie sensorielle; la malade pouvait parler, mais elle présentait de la surdité verbale et de la cécité verbale, il n'y avait pas d'hémianopsie Finalement, elle présenta une amnésie verbale totale. Il est probable qu'il s'agissait d'un ramollissement ou d'une hémorrhagie, siégeant au niveau de la première circonvolution temporo-sphénoïdale du côté gauche, produisant ainsi de la surdité verbale; la cécité verbale et l'amnésie verbale étaient probablement secondaires.

Traumatisme de l'œil.

M. Teacher Collins a communiqué à la Société ophthalmologique l'examen de trois yeux perdus à la suite d'un traumatisme. Dans deux de ces cas, les fibres du ligament pectinéal qui passent à la base de l'iris, étaient déchirées en travers et le muscle ciliaire était déchiré sur toute sa circonférence; cette déchirure du muscle ciliaire séparait ses fibres longitudinales et ses fibres circulaires. Dans le troisième cas, les fibres du ligament étaient plus entièrement rompues; le muscle ciliaire, peu lésé en lui-même, était séparé de la sclérotique; des artères ciliaires antérieures s'étaient rompues donnant une hémorrhagie de la chambre antérieure de l'œil. Dans les trois yeux la capsule du cristallin s'était rompue à son équateur.

AUTRICHE

COLLÈGE DES MÉDECINS DE VIENNE

Séance du 23 novembre 1891.

Névrose traumatique

M. Elzholz présente un malade qui, voyageant dans la nuit du 7 au 8 janvier avec l'Express-Orient, fit une chute du côté gauche sur la voie ferrée. Il s'ensuivit une perte de connaissance et une hémorrhagie abondante par la bouche, le nez et les oreilles. Au quatrième jour l'hémorrhagie se renouvela; pendant quatre semaines, le malade éprouva des vertiges, des nausées et des douleurs dans la partie gauche du thorax. En avril, il quitta l'hôpital. Depuis, il se plaignit de battements dans la tête, de chromatopsie, de paresthésie et de faiblesse motrice des extrémités supérieures et inférieures gauches.

Le 8 septembre de cette année, M. Neusser examina le malade et trouva ce qui suit:

Intégrité de l'intelligence — perte de la mémoire — légère irritabilité — immobilité de la commissure labiale droite — impossibilité de souffler et de siffler — luette déviée à droite — mastication possible seulement à droite — abolition du goût, de l'odorat et de la sensibilité, du côté gauche — acuité visuelle diminuée à gauche — de ce côté, diplopie monoculaire — rétrécissement du champ visuel — achromatopsie pour la couleur jaune — sensibilité thermique et réflexe des muqueuses innervées par le trijumeau presque abolies — diminution de l'acuité auditive — extrémités supérieures et inférieures gauches amaigries et parésiées — réaction musculaire au courant galvanique peu modifiée — Diminution de l'excitabilité faradique — exagération du réflexe patellaire — trouble de la sensibilité musculaire — hémianesthésie complète gauche.

L'examen du facial droit présente quelques particularités; l'innervation volontaire du front, des yeux, de la commissure labiale et de l'aile du nez est normale et ne présente de troubles que dans les mouvements de la mimique (parler et rire).

De l'ensemble de ces symptômes l'auteur conclut à une névrose traumatique.

M. Bénédict à l'occasion de cette observation rapporte un cas de névrose consécutive à un accident de chemin de fer et dont les symptômes se renouvelèrent un an après; tout d'abord le malade présenta un affaiblissement cérébral considérable, puis de la rachialgie, de l'exagération des réflexes. A l'examen des yeux: acuité visuelle normale pour le blanc, rétrécissement du champ visuel pour les couleurs. Vers les premiers mois de l'été de cette année, le malade presque complètement guéri reprit ses occupations. Bientôt après survint la récidive: il présenta de la neurasthénie cérébrale avec le symptôme de Romberg. Les réflexes disparurent complètement: le phénomène du genou resta normal d'un côté, diminué de l'autre.

M. Bénédict fait quelques remarques sur la névrose traumatique. Il distingue plusieurs formes: une première se développe quand il y a lésion de petits rameaux nerveux et s'accompagne de troubles trophiques et de déformations articulaires dans une sphère beaucoup plus étendue que ne devraient le comporter les lésions nerveuses. Une deuxième présente un état tétaniforme particulier, avec hyperesthésie générale et exagération des réflexes. Dans cette catégorie rentrent les formes nombreuses de crampes réflexes traumatiques, dont il faut distinguer l'épilepsie réflexe traumatique, la tétanie réflexe traumatique, et les convulsions réflexes traumatiques hystériformes.

Dans les cas de shock-névrose, il y a lieu de distinguer ce qui revient au shock mécanique et ce qui appartient au shock dynamique. Ce dernier s'accompagne toujours de rétrécissement du champ visuel pour les couleurs.

Tumeur abdominale.

M. Schrœtter a présenté à la séance du 27 novembre de la Société império-royale des médecins de Vienne un malade de 25 ans, porteur depuis un an, dans la région du mésogastre, d'une tumeur augmentant de jour en jour. Jamais il n'a eu d'ictère ni d'ascite, on n'observe aucun symptôme d'une affection particulière du foie. Celui-ci s'étend d'un hypochondre à l'autre, très accessible à la palpation. Sa surface est dure, inégale et bosselée. Il s'agit évidemment d'une néoplasie, de nature, il est vrai, indéterminée.

Si l'on ausculte le foie, on entend au niveau de la tumeur un bruit systolique très net, sans rapports avec les bruits cardiaques ou aortiques. Il y a donc lieu de penser qu'il s'agit très vraisemblablement ici d'un angiome du foie.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Rhabdo-myo-lipome de la cuisse (Sopra un rabdo-mio lipoma della coscia), par A. Nannotti (Extrait de *Il Morgagni*. Octobre 1891).

Homme de 41 ans, portant, à l'union du tiers moyen et du tiers supérieur de la cuisse droite, une tumeur molle, non fluctuante, de forme ovoïde, de la grosseur d'une tête de fœtus à terme; pas de douleur spontanée ni provoquée La tumeur ne peut être mise à découvert que par l'incision de l'aponévrose profonde, elle est située entre le vaste interne et le droit antérieur, et s'attache à la bifurcation de la ligne (âpre) qui se rend au petit trochanter; elle a une couleur jaunâtre, une forme lobulée et tout l'aspect d'un lipome, mais présente quelques stries rougeâtres d'aspect musculaire, à la surface et sur les coupes. A l'examen histologique, on rencontre au milieu d'un tissu adipeux des fibres musculaires striées, les unes normales, d'autres hypertrophiques, d'autres encore très minces.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT
PUBLIÉ PAR
LA GAZETTE HEBDOMADAIRE
DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE
Et servi gratuitement à tous les abonnés de ce journal

ABONNEMENTS SPÉCIAUX POUR MM. LES ÉTUDIANTS. — UN AN : 6 FRANCS

L. LEREBOULLET, Rédacteur en chef. — A. BROCA, Secrétaire de la Rédaction
Librairie de G. MASSON, 120, boulevard Saint-Germain.

SOMMAIRE

ACTES DES FACULTÉS DE MÉDECINE

Thèses du 14 au 19 décembre 1891.

Jeudi 17. — M. Bordas. Etude sur la putréfaction. — M. Dagron. De l'occlusion intestinale par calcul biliaire. — M. Vassal. Contribution à l'étude de la paralysie alcoolique et en particulier des formes généralisées. — M. Bezou. De l'action diurétique du calomel — M. Périvier. De l'apoplexie pulmonaire dans l'artério-sclérose et les cardiopathies artérielles. — Mlle Pavlowski. De la transmission intra-utérine de certaines maladies infectieuses. — M. Pilliet. Etude d'histologie pathologique sur la tuberculose expérimentale et spontanée du foie.

Les vacances du jour de l'an auront lieu du 27 décembre au 3 janvier.

Concours d'agrégation en médecine. — Les médecins dont les noms suivent se sont inscrits comme candidats au concours :

Paris. — MM. Achard, Babinski, Brault, Charrin, Duflocq, Gaucher, Gilles de La Tourette, Lesage, Marfan, Ménétrier, Richardière, Roger, Thibierge, Thoinot et Widal.

Lyon. — MM. Aucher, Bernard, Boyer, Bret, Charmeil, Courmont, Devic et Picq.

Nancy. — M. Haushalter.

Toulouse. — MM. Gaube et Morel.

Pour toutes les Facultés. — MM. Cassaët, Jeannel, Le Dantec, Rauzier et Rémond.

BORDEAUX

Docteurs en médecine reçus pendant le mois de novembre (année scolaire 1891-1892).

1. Thiroux. Contribution à l'étude du traitement médical et chirurgical de la pleurésie avec épanchement. — 2. Etourneau. De l'anesthésie chirurgicale dans les hôpitaux de la marine. — 3. Pervès. Contribution à l'étude comparée de la syringomyélie et de la maladie de Morvan. — 4. Rousseau. Du nœvus kératosique. — 5. Defressine. Contribution à l'étude du traitement des affections à épanchement du genou (ponction et lavage). — 6. Lamacq. Etude critique du sens musculaire. — 7. Aurégan. Etude sur les hématomes musculaires. — 8. Sarrat. Analyse et synthèse des études faites sur l'infanticide par fracture du crâne. — 9. Souls. Contribution à l'étude des otomycoses. — 10. Aldebert. Contribution à l'étude du prostatisme. — 11. Contribution à l'étude du rein kystique. — 12. Tréhen. Du diagnostic pathogénique des épanchements sanguins de la plèvre. — 13. Malliu. Des injections intra-veineuses salines comme traitement de l'anémie aiguë.

VARIÉTÉS

Un hommage à Cruveilhier. — Sur la proposition de M. le docteur Chénieux, le Conseil municipal de Limoges vient de décider qu'une plaque commémorative serait placée sur la maison où naquit Jean Cruveilhier, le 9 février 1791.

Enseignement clinique de l'hôpital St-Antoine. — A partir du lundi 7 décembre, une leçon clinique sera faite tous les matins à 10 h. et demie, à l'amphithéâtre de l'hôpital Saint-Antoine, par les médecins et chirurgiens de cet hôpital. Les leçons du semestre d'été seront faites par MM. Monod, Hanot, Gingeot, Tapret et Galliard; celles du semestre d'hiver par MM. Blum, Letulle, Brissaud, Merklen et Ballet, conformément au programme suivant :

Lundi. — M. Blum. Clinique chirurgicale.

Mardi. — M. Merklen. Maladies du cœur et des vaisseaux.

Mercredi. — M. Brissaud. Maladies générales et séméiologie.

Jeudi. — M. Ballet. Maladies du système nerveux.

Vendredi. — M. Blum. Clinique chirurgicale.

Samedi. — M. Letulle. Maladies du foie et des reins.

Association Valentin Haüy pour le bien des aveugles. Appel aux médecins. — Trop souvent encore, ignorant ce qu'on peut tenter pour améliorer le sort des jeunes aveugles, nos confrères les abandonnent comme incurables et négligent de les faire instruire pour les mettre à même de gagner leur vie. Il leur suffirait cependant, pour obtenir un résultat si désirable, de décider la famille d'un jeune aveugle à se séparer de lui et à le faire élever, puis de signaler l'enfant (fille ou garçon) à M. Maurice de la Sizeranne, secrétaire général de l'Association Valentin Haüy dont le siège est à Paris, 14, avenue Villars.

— Nous serions reconnaissant à nos confrères de la presse médicale de bien vouloir reproduire cet appel.

Les infirmiers militaires. — Pendant une épidémie de typhus qui a décimé la population de l'île de Tudy (Finistère), on dut demander le concours du service de santé. On fit appel à la 11e section d'infirmiers pour fournir trois volontaires. Tout le monde se présenta, et il fallut tirer au sort. Un de nos confrères nous apprend que, sur ces trois jeunes gens, l'un est mort; un autre, gravement atteint par la maladie, est aujourd'hui en convalescence; le troisième seul reste indemne.

Ce dévouement n'est pas un fait isolé : il est constant. Aussi les députés qui demandent l'assimilation des infirmiers aux armes dites combattantes trouveront-ils là un argument nouveau en faveur de leurs protégés. (*Le Temps.*) Oui, mais la difficulté est de faire comprendre çà a un « combattant ».

☞ Dès le commencement de 1892, paraîtront les premiers volumes de l'**Encyclopédie scientifique des aide-mémoire** publiée sous la direction de M. H. *Leauté*, membre de l'Institut. Elle comprendra toutes les sciences appliquées, depuis la mécanique, l'électricité, l'art de l'ingénieur, la physique et la chimie industrielle, etc., jusqu'à la biologie et la médecine, et se composera de 300 volumes environ d'un caractère pratique sous une forme condensée très au courant de la science, publiés rapidement et avec régularité, signés chacun d'un nom autorisé. Le catalogue des ouvrages qui paraîtront successivement sera donné sous peu de jours. (Format petit in-8°. Prix broché : **2 f. 50**).

CLINIQUE DES MALADIES MENTALES

Hospice de la Salpêtrière. — M. le Dr J. Séglas.

De l'examen général des aliénés : Recherche des commémoratifs.

Première leçon : *Antécédents héréditaires.*

Messieurs,

Lorsque vous aurez à vous prononcer sur l'existence ou la nature d'une affection mentale, bien des difficultés de tout ordre se dresseront devant vous. Du côté scientifique, ce sera l'insuffisance de données certaines sur l'anatomie et la physiologie cérébrales, l'absence de symptômes vraiment pathognomoniques permettant de classer nettement la maladie ou même parfois de délimiter d'une façon absolue la raison de la folie, la nature toute subjective des troubles que vous aurez à constater, leur variabilité, leur complexité. Au point de vue pratique, vous aurez souvent à lutter contre l'inconscience où le malade peut être de son état, contre la dissimulation ou la simulation, contre la méfiance, les préjugés des familles.

Vous comprendrez dès lors la nécessité d'une méthode clinique qui puisse accumuler les preuves de toute espèce et vous donner une marche à suivre pour mener le diagnostic à bonne fin.

Même dans les cas où elle revêt une forme aiguë, la folie n'est pas une maladie accidentelle, ce n'est pas qu'un épisode morbide au cours de la vie du sujet, mais elle a toujours des racines plus ou moins profondes dans la constitution même de l'individu; souvent même elle n'est que la traduction d'un développement anormal ou insuffisant. Aussi est-il facile de se rendre compte de toute l'importance des commémoratifs dans l'examen d'un aliéné. Vous ne sauriez donc vous entourer de trop de précautions pour les recueillir d'une façon aussi exacte et aussi complète que possible.

Pour arriver à ce but, les moyens évidemment diffèrent d'un cas à l'autre. Ici, à l'inverse de ce qui se passe dans les maladies ordinaires, le malade lui-même ne peut vous donner que des renseignements assez incomplets. Dans bien des cas, en effet, il n'est nullement conscient du trouble survenu dans ses fonctions cérébrales. Les délirants mélancoliques, les maniaques, les paralytiques généraux, les malades en stupeur, les déments, les idiots, les épileptiques délirants, etc., ne pourront également vous renseigner d'une façon exacte à cause du trouble général survenu dans leurs facultés, à cause de l'obnubilation de la conscience, de la perte de la mémoire, de l'affaiblissement des facultés.

Il est aussi d'autres malades qui sont absolument inconscients de la fausseté de leurs idées et chez lesquels l'intelligence semble avoir gardé toute sa puissance. Ils donnent sur toutes les particularités de leur existence des détails minutieux et semblent avoir une mémoire prodigieuse ; ils discutent tous les faits de leur vie. Mais quelle que soit la vraisemblance de leurs allégations, il faut toujours s'en méfier, les soumettre à un contrôle, car ce peut n'être que des cas d'interprétations délirantes (délirants systématiques). Il est encore fréquent de voir des malades qui par orgueil, méfiance ou honte, refusent de répondre aux questions qu'on leur adresse.

Je ne parlerai que pour mémoire des simulateurs, car ce seul cas démontre que l'examen du seul malade est insuffisant.

Il est cependant certains cas où le malade lui-même est conscient de son état (obsédés, mélancoliques simples) et peut donner tous les renseignements nécessaires. Mais ces cas ne sont qu'une minorité dans l'ensemble et l'on a le plus généralement besoin de recourir aux renseignements que fourniront les personnes de la famille ou de l'entourage du malade. Malheureusement bien souvent, pour les malades sans famille et placés d'office, ces renseignements sont très restreints ou même nuls et c'est alors que vous serez obligés de pratiquer le plus exactement possible l'examen même de l'aliéné avec toutes les données que je vous fournirai par la suite.

Avant de commencer l'étude des commémoratifs, laissez-moi vous dire quelques mots sur la manière de les recueillir. En général, tâchez de les avoir, si c'est possible, avant de faire l'examen complet de votre malade dont vous devez cependant avoir déjà une idée générale, afin de diriger vos recherches sur tel ou tel point en particulier. Rappelez-vous aussi que, pour beaucoup de familles, la folie est une honte et, que pour ce seul motif, ou encore par analogie de sentiments et d'idées, elles se refusent à voir dans leur malade un aliéné. Il faut être en garde contre la méfiance des parents et tâcher, ce qui n'est pas toujours facile, de la combattre, tout en ne blessant pas leur amour-propre. Faites, s'il le faut, des interrogatoires partiels, successifs ; contrôlez les renseignements d'une personne de la famille par ceux d'un autre parent, d'amis ; mais n'oubliez jamais ce point sur lequel j'aurai plus tard l'occasion de revenir, et qui a une importance capitale dans une science au berceau, comme l'est la Psychiatrie, c'est que, surtout au point de vue nosographique, *tout renseignement négatif est un renseignement sans valeur.*

§ 1. *Antécédents de famille.* — C'est un fait commun que la transmission héréditaire de nombre de maladies ; mais c'est surtout dans la production des maladies nerveuses et mentales que se manifeste l'influence de l'hérédité. Pour elles, c'est, comme l'a dit avec raison Trélat, l'hérédité qui est la cause primordiale, la cause des causes, qui fixe la maladie dans la famille et la rend transmissible de génération en génération. C'est là une conclusion à laquelle on est amené forcément, si l'on tient compte chez les ascendants ou les collatéraux, non seulement de la folie, mais encore des maladies nerveuses de tout ordre, du tempérament nerveux, des bizarreries du caractère, des vices, etc. Si cette question, jadis si obscure, s'éclaircit de jour en jour, nous le devons surtout aux travaux de plusieurs médecins de notre pays qui furent en ce sens des initiateurs. Je veux parler de Prosper Lucas, de Moreau de Tours, de Morel surtout, dont les remarquables études sur les dégénérescences de l'espèce humaine créèrent pour la pathologie mentale une ère nouvelle.

Comme l'hérédité normale, l'hérédité pathologique peut être de quatre espèces :

1° *Directe.* — Lorsqu'elle vient du père ou de la mère même, la transmission pouvant alors être homologue ou croisée.

2° *Indirecte.* — Lorsque les caractères transmis viennent des collatéraux.

3° *En retour ou atavisme.* — Directe lorsque les caractères transmis viennent des ascendants paternels ou maternels ; indirecte s'ils viennent des collatéraux.

4° *Par influence.* — Rare d'ailleurs, où les caractères transmis viennent de conjoints antérieurs.

Il est encore bon, dans la recherche des commémoratifs, de voir à quel âge sont apparus chez les parents les troubles transmissibles par l'hérédité, parce que c'est un point aujourd'hui établi, que dans les familles marquées au sceau de l'hérédité morbide, ces caractères pathologiques se reproduisent fréquemment chez les descendants aux mêmes périodes de la vie *(hérédité homochrone).*

Mais, malgré quelques exceptions *(hérédité tardive)*, on

peut dire que dans la majorité des cas, les manifestations héréditaires font leur apparition à chaque génération d'une façon plus précoce, en même temps qu'elles augmentent d'intensité. Si bien qu'il peut même arriver que les membres les plus jeunes des familles soient déjà gravement atteints à un âge peu avancé, alors que leurs aînés ou leur ascendants sont encore bien portants, et ne présentent que plus tard des symptômes analogues *(hérédité latente)*.

A un autre point de vue, l'hérédité peut être, dans chacun des cas que nous venons de voir, *similaire* ou *dissemblable*.

Dans le premier cas, l'enfant est atteint de la même affection que ses parents : vous en verrez en pathologie mentale des exemples fréquents, notamment pour le suicide, pour certaines obsessions avec conscience (folie du doute, etc.). Dans le second, l'affection dont hérite l'enfant est différente de celles de ses parents. C'est ce dernier cas qui est certainement le plus fréquent, et les recherches faites dans cette voie démontrent que dans leur passage à travers les générations successives, les maladies du système nerveux peuvent s'engendrer, se combiner, se modifier les unes les autres; qu'elles sont reliées entre elles par un fonds commun d'origine, le terrain héréditaire, et constituent, elles aussi, une famille, la *famille névropathique* (Féré. *Arch. neur.* 1884.—Déjerine. *Thèse d'agrégation*, 1886).

Dès lors, au point de vue des commémoratifs, vos recherches ne devront pas porter seulement sur l'existence dans la famille de maladies mentales nettement déterminées, mais aussi sur tous les troubles de l'esprit, des sentiments, des penchants, des actes, qui, sans être de la folie proprement dite, font des individus chez lesquels ils se rencontrent ce qu'on a appelé des *antisociaux*. (Mandsley.)

Aussi devrez-vous noter chez les ascendants toutes les bizarreries de caractère, les excentricités, les tendances vicieuses, la *délinquence* même qui n'est souvent que l'expression d'une organisation mentale défectueuse.

Vous devrez passer également en revue toutes les maladies organiques ou fonctionnelles du système nerveux, et aussi tous les arrêts et les anomalies de développement physiques et psychiques que nous étudierons par la suite en détail.

Mais il ne faut pas encore s'en tenir là : la famille névropathique, ainsi constituée en groupe naturel, est loin d'être isolée des autres groupes pathologiques. Aussi faut-il élargir le cadre des recherches et se mettre sur la piste d'autres causes de dégénérescence de l'espèce, dues aux maladies chroniques et constitutionnelles : à la tuberculose, à la syphilis, à la scrofule, au rachitisme; à toutes les maladies de la nutrition : goutte, diabète, rhumatisme, dont la transmission héréditaire, l'action dégénérative dans les familles, et la parenté avec les maladies nerveuses, a été mise en relief, surtout dans les derniers temps, par les leçons de MM. Bouchard et Charcot. N'oubliez pas enfin la recherche des intoxications chez les ascendants, et, pour n'en citer qu'un exemple, le plus fréquent, je vous rappellerai l'action funeste de l'alcoolisme des parents sur la descendance.

Il semble qu'après des investigations minutieuses ainsi faites, on doive aboutir à un résultat positif. Il est malheureusement loin d'en être ainsi. Sans doute l'hérédité domine toute la folie; si, dans certains cas, elle ne crée qu'une prédisposition, elle peut aussi, plus accentuée, contribuer à modifier plus ou moins les symptômes d'une maladie mentale; d'autres fois même, elle la crée de toutes pièces, déterminant ainsi ces manifestations psychopathiques variées, que l'on a englobées sous le qualificatif, assez impropre et si élastique, de *folie héréditaire*, ou *folie des dégénérés*.

Même dans ces derniers cas, les recherches anamnestiques peuvent être infructueuses : mais il ne faut pas exclure pour cela, et dans quelque circonstance que ce soit, l'influence héréditaire. L'ignorance, la réticence des parents, leur communauté d'idées avec le malade, sont souvent la cause de ces renseignements négatifs. D'un autre côté, l'action en retour de l'hérédité nous prouve qu'il faut au moins connaître trois ou quatre générations avant de se prononcer d'une façon certaine, surtout lorsqu'il s'agit d'établir des classifications basées sur l'action de l'hérédité. L'examen de la descendance du malade ne sera pas non plus alors à négliger; car la constatation chez les enfants de morts prématurées, d'arrêts de développement, d'idiotie, nous indiquera sûrement, d'après les lois de la dégénérescence progressive établies par Morel, qu'il y a eu chez les ascendants des tares héréditaires qui restent cachées à nos investigations.

Mais à côté des influences héréditaires, il en est encore d'autres qui restent à examiner.

C'est ainsi que pendant longtemps on a accordé une grande importance, au point de vue qui nous occupe, à la *consanguinité*. Mais en réalité, la consanguinité n'agit que par l'accumulation de l'hérédité des parents : elle n'a une influence néfaste spéciale sur le produit que si les deux facteurs sont tarés. Cependant, il est bon de remarquer, à ce propos, que, consanguins ou non, les héréditaires, surtout à tempérament nerveux, semblent se rechercher par une sorte d'attraction qui les pousse l'un vers l'autre, et semble être comme un fait de *sélection naturelle* activant la marche de la dégénérescence et précipitant l'extinction de ces familles. J'ai eu souvent l'occasion d'observer des cas de ce genre et j'ai rapporté jadis à la Société médico-psychologique l'observation d'une nombreuse famille où le fait est des plus frappants. (*Ann. méd.-psych.*, 1887.)

Il est bon de noter aussi ce que MM. Ball et Régis ont appelé les caractères biologiques de la famille, c'est-à-dire : la longévité (plus grande chez les familles d'aliénés), la natalité (chiffre moyen des naissances également plus élevé), la vitalité (moindre au contraire, surtout au bas âge).

L'*âge avancé* ou *trop jeune* des parents, ou la *disproportion* de leurs âges respectifs, ont été regardés aussi comme ayant sur la descendance une action fâcheuse.

Il en est de même de leur état de santé physique et morale, au moment de la conception. Toute maladie capable d'altérer la nutrition des parents, dans le temps de la fécondation, peut entraîner à sa suite de fâcheuses conséquences. C'est surtout à cette cause qu'il faut rapporter la dégénérescence des sujets nés de parents trop jeunes ou trop vieux, ou d'âge disproportionné.

D'un autre côté, on n'en est plus aujourd'hui à discuter l'influence pernicieuse de l'état d'*ivresse* des parents au moment de la fécondation, quel que soit le toxique qui l'ait produite.

Les troubles psychiques passagers, les émotions violentes, les états d'excitation ou de dépression psychique, existant à ce même moment, paraissent agir dans le même sens.

L'enfant une fois conçu, il est nécessaire de rechercher si son développement n'a pas été entravé par une cause quelconque, pendant la période de *gestation*. On sait maintenant en effet, par les remarquables travaux de Geoffroy Saint-Hilaire, de Dareste, combien des causes, en apparence légères, peuvent facilement modifier le développement de l'embryon et le faire dévier de son type normal. — Aussi devra-t-on s'informer si, pendant la grossesse, la mère n'a pas été soumise à des influences

pouvant retentir sur le développement du fœtus, telles que : maladies de la nutrition, maladies générales ou infectieuses, fatigues, traumatismes, mauvaise hygiène, intoxications, émotions violentes.

Dans une leçon faite à la Salpêtrière en 1884, Legrand du Saulle a montré l'importance de ces diverses influences pendant la période de gestation, en étudiant la constitution des enfants nés à la suite du siège de Paris. Les recherches de M. Bourneville viennent à l'appui de ce fait déjà noté autrefois à la suite du siège de Landrecies. Les émotions ressenties par la mère et dont l'action semblerait plus discutable, agissent cependant sur le fœtus, et peuvent suffire à elles seules, si elles sont intenses et répétées, à créer une prédisposition morbide. Cela ressort bien des récentes recherches de M. Féré (*Sensation et mouvement*, 1887), qui a montré que toutes les excitations sensorielles perçues ou non et toutes les représentations mentales de la mère, retentissent fatalement sur le fœtus, qui réagit avec une intensité remarquable par des mouvements, lesquels ne sont pas sans s'accompagner de phénomènes vasculaires et nutritifs.

Les conditions dans lesquelles s'est fait l'accouchement sont aussi à passer en revue ; et l'on notera surtout l'accouchement avant terme, en l'absence de toute cause occasionnelle (maladie incidente, traumatisme). La longueur et la difficulté du travail, l'asphyxie incomplète par le cordon, l'emploi du chloroforme pendant l'accouchement, ont été également incriminés à plus ou moins juste titre.

Influence des milieux. — Après l'hérédité et le développement fœtal, il faut déterminer la nature *du milieu* où votre malade, une fois né, s'est développé.

Cette question du milieu est d'une importance capitale, car on peut dire qu'un grand nombre d'individus ne seraient pas ce qu'ils sont, s'ils avaient été placés dans des conditions différentes. Vos recherches devront donc avoir pour but de déterminer dans quels milieux, domestique, social, physique, a vécu votre malade.

Vous savez quelles traces profondes laisse chez chaque individu la première éducation, et vous comprendrez dès lors la nécessité de se rendre compte du *milieu domestique* où a vécu le malade, et pour cela, vos recherches devront tendre à recueillir des informations sur la profession, la condition sociale de ses parents ; sur leur niveau intellectuel et leur degré d'instruction ; sur le développement de leurs sentiments moraux, leur caractère, leur conduite.

C'est ainsi que, suivant la condition sociale des parents, on voit se développer chez les enfants certaines tendances spéciales. La pauvreté des parents peut amener chez l'enfant des habitudes d'économie, d'ordre, de travail, de tempérance ; le rendre timide, méfiant, envieux. Leur richesse peut développer des habitudes de prodigalité, de paresse, un caractère orgueilleux ou bienveillant.

De même le degré d'intelligence et d'instruction des parents peut agir sur l'enfant, par suite de l'éducation qu'ils lui donnent. Mais l'élément le plus important est sans contredit la connaissance des sentiments moraux des parents, dont l'action sur l'enfant n'a, pour ainsi dire, pas de limites. Leur développement normal chez les parents est nécessaire pour l'éducation première de l'enfant qui leur est confié et qui tend surtout à bien diriger ses sentiments, et à corriger ses instincts mauvais, suivant les besoins. Le sentiment du bien et du juste n'est pas inné en nous, il nous est inspiré par l'exemple de ceux qui nous entourent. Dans un milieu domestique vicieux, dépravé, hostile au bien-être social, l'enfant ne peut que croître en égoïsme, en immoralité. On n'en est plus à compter les exemples de l'hérédité et de la contagion du crime.

De même la conduite des parents sera pour l'enfant le critérium de ce que sont ses devoirs, de ce que devront être les règles de sa conduite.

Votre appréciation du *milieu social* sera surtout basée sur la connaissance de l'état-civil, de la profession de votre malade, qui peuvent vous apprendre déjà ce que peuvent être ses habitudes, ses relations. Il sera bon aussi de vous renseigner sur les croyances religieuses, le degré de civilisation du milieu social où il a grandi. L'action des grands centres sur la constitution psychique s'exerce en effet de mille manières, en créant une hygiène générale défectueuse, en surexcitant les passions, en favorisant leurs excès, en rendant plus âpre la lutte pour l'existence, en augmentant les causes d'épuisement. Quant aux idées religieuses, leur exagération coïncidant avec l'ignorance, la superstition, a exercé de tout temps une action sur le développement et même sur les formes de la folie.

Ces derniers renseignements ne sont pas à dédaigner, car ils peuvent vous servir à porter une appréciation exacte de certaines idées qu'on peut trouver chez des aliénés. La croyance aux sorciers, au démon est rare chez les aliénés de la ville, plus fréquente dans certaines campagnes. Telles idées, telles habitudes ne sont jugées du délire que par le milieu où elles se produisent.

L'importance de ces recherches sur les milieux vous apparaîtra avec plus d'évidence, quand nous étudierons certaines formes de maladies mentales. Je vous ai déjà parlé de la contagion du crime ; je vous rappellerai aussi qu'il y a des folies épidémiques, et nous aurons l'occasion d'étudier ensemble des cas de folie à deux, de folie communiquée.

Quant au *milieu physique*, son importance n'est pas moindre. L'alimentation, l'hygiène défectueuses peuvent entraîner à leur suite des troubles mentaux chez les parents et les enfants. L'influence du climat n'est pas non plus à dédaigner. Je n'en citerai comme preuve que son action sur la production du crétinisme.

REVUE DES JOURNAUX

Péritonite suraiguë causée par la rupture dans la cavité péritonéale d'un lymphadénome suppuré du mésocôlon, par Laurent (*Archives de médecine et de pharmacie militaires*, t. XVIII, novembre 1891, p. 408). — M..., 22 ans, n'ayant jamais été malade et de constitution robuste, se mit à tousser et à éprouver une vive douleur à la base de la poitrine, à droite et en arrière. Pas de fièvre; rien à l'auscultation et à la percussion. Au bout de deux jours, face tirée, pouls petit, fréquent, fièvre vive, ventre douloureux, ballonné, tumeur dans la fosse iliaque droite, vomissements bilieux fréquents, grande anxiété. Péritonite suraiguë qu'on croit pouvoir rapporter à une pérityphlite. Mort.

Autopsie. — A l'incision de l'abdomen, il s'écoule un liquide jaunâtre et purulent ; on trouve dans la fosse iliaque droite une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule qui constitue une sorte de mésentère au début du côlon ; elle est abcédée et ouverte ; son contenu s'est déversé dans le péritoine. L'examen microscopique montre qu'il s'agit d'un lymphadénome développé dans le mésocôlon ascendant.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 8 décembre 1891.

M. le Président annonce la mort de M. Féréol, secrétaire annuel de la Compagnie et de M. Barthez.

La séance est levée en signe de deuil.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OPHTHALMOLOGIE

Séance du 1er décembre 1891.

Traitement de la myopie.

M. Vignes a vu plusieurs myopes opérés par M. Vacher ; l'extraction du cristallin transparent a fourni de bons résultats en tant que disparition de la lentille. En particulier un myope de 9 dioptries opéré depuis neuf jours était devenu emmétrope et possédait une acuité visuelle à distance de 2/10.

Tumeur de la paupière inférieure.

M. Valude présente un jeune garçon dont la paupière inférieure de l'œil gauche est occupée par une tumeur qui envoie un prolongement sous la conjonctive du cul-de-sac inférieur et même de la portion voisine du bulbe. La peau et la muqueuse sont saines, non adhérentes; la teinte de la conjonctive est un peu jaunâtre ; la surface de la tumeur est unie. Sa consistance et les caractères précédents font penser à un fibro-lipome, cependant la tumeur a été remarquée par les parents dès l'âge de deux ans; aussi malgré son siège anormal doit-on admettre la possibilité d'un kyste dermoïde.

Tumeur de la cornée.

M. Valude a trouvé au musée des Quinze-Vingts, parmi les pièces de la collection établie par Fieuzal, une tumeur cataloguée : tumeur de l'orbite. Volumineuse, mesurant 9 centimètres sur 7 de diamètre, elle débordait de l'orbite sur la joue du malade, écartant largement les paupières qui furent enlevées ainsi que tout le contenu orbitaire. Or la coupe de la pièce démontra que le contenu de l'orbite était indemne, ainsi que le contenu du globe oculaire dont l'enveloppe scléro-cornéenne n'avait pas été perforée par le néoplasme. Celui-ci, implanté sur le limbe scléro-cornéen, s'était étalé au-devant de la cornée sans pénétrer dans ses couches profondes. Histologiquement cependant il s'agit d'un épithéliome, malin au point de vue clinique. puisque l'observation du malade relate l'engorgement des ganglions préauriculaires, axillaires et même inguinaux.

Le présentateur insiste sur le peu de tendance térébrante du néoplasme et, à l'appui de ce fait, peu conforme avec les idées reçues, il rapporte deux observations de sa pratique. Dans l'une, un homme âgé de 50 ans, porteur d'une tumeur grosse comme une noix, saillante entre les paupières, et déjà opéré autrefois par Sichel, vint demander à M. Valude de lui énucléer l'œil. Or en sculptant pour ainsi dire la tumeur, l'organe et la vision purent être conservés. Dans le second cas également, à la suite d'une récidive d'épithéliome du limbe scléro-cornéen, la cornée était recouverte par la tumeur, et cette fois encore, par une véritable décortication, l'œil put être respecté.

Tumeurs des glandes lacrymales et parotides.

M. Masselon. — Les observations de tumeurs simultanées des glandes lacrymales et parotides sont rares. La littérature n'en fournit que quatre cas ; l'un est dû à Fuchs. Il s'agit d'un homme d'une soixantaine d'années qui en mars 1890 présentait depuis cinq mois une tuméfaction indolente des deux glandes. Les autres glandes salivaires, les ganglions lymphatiques, les testicules étaient normaux. L'examen du sang fut négatif. L'individu était de plus indemne de syphilis. Un fragment de la tumeur lacrymale fut enlevé et l'examen histologique fit reconnaître un lymphome. L'on institua un traitement arsénical qui parut d'abord faire diminuer les néoplasmes; mais au bout d'un an ils avaient repris leur volume primitif. L'état général restait bon. Mikulicz également a rapporté un cas de lymphosarcome simultané des mêmes glandes. Dans un troisième cas, on constata chez une jeune fille de 12 ans cette tuméfaction simultanée des glandes lacrymales et parotides; de plus les glandes sous-maxillaires étaient prises. Enfin une jeune fille de 10 ans présenta une tuméfaction ourlienne des glandes salivaires et lacrymales.

A ces faits M. Masselon ajoute l'observation d'un homme robuste, récemment réformé du service militaire pour des tumeurs des glandes lacrymales et parotides. L'affection débuta en mars 1891 par un gonflement des paupières supérieures, lequel, malgré l'emploi de collyres astringents et l'administration d'iodure de potassium, ne tarda pas à entraver la vision, en fermant l'ouverture palpébrale. Bientôt aussi les parotides augmentèrent de volume. En juillet l'excision d'un fragment du néoplasme palpébral fit porter le diagnostic de sarcome et l'homme fut réformé. Au mois de septembre, à la clinique de M. de Wecker, l'on constata que les tumeurs palpébrales bosselées étaient recouvertes par une peau saine et que le fond de l'œil était normal. Après incision de la commissure externe le néoplasme fut enlevé; il intéressait la glande lacrymale palpébrale. L'examen histologique pratiqué par M. Latteux a établi qu'il s'agissait d'un épithéliome de la glande lacrymale.

Discussion sur la myopie scolaire.

M. Motais a examiné plus de 5,000 élèves, filles ou garçons, dans des écoles de ville et de campagne, dans des écoles primaires, primaires supérieures, secondaires et spéciales. Il a suivi les enfants pendant plusieurs années et en outre il a examiné trois cent trente familles de jeunes myopes. D'après sa pratique, M. Motais, comme M. Gorecki, ne croit pas que la myopie soit une maladie, du moins à son début et dans son origine ; c'est une évolution normale, une adaptation de l'œil à des fonctions nouvelles, la vue rapprochée.

L'œil humain normal est hypermétrope de une demi à une dioptrie; l'emmétropie, que l'on donne comme la règle, est déjà le résultat d'une adaptation de l'œil à la vie civilisée. L'emmétrope, comme l'a dit Michelet, est un candidat à la myopie, laquelle apparaît vers l'âge de 11 à 13 ans, c'est-à-dire en cinquième ou quatrième, puis progresse graduellement.

M. Motais relève l'hérédité dans 65 p. cent des cas de myopie : 80 fois p. 100 la myopie se transmet du père à la fille et de la mère au fils ou des grands-parents aux petits-enfants. Cette myopie héréditaire est plus précise que la myopie acquise, elle atteint plus rapidement un degré élevé, les complications en sont plus fréquentes.

L'évolution myopique acquise tend à devenir héréditaire, et, si l'on n'y prend pas garde, les myopies acquises, multipliées par l'hérédité, deviendront de plus en plus nombreuses parce que l'instruction devient elle-même universelle, — même chez les filles et — « parce que les croisements avec des personnes douées d'yeux normaux, non fatigués par les études, seront de plus en plus rares. »

Une mesure prophylactique importante doit viser la durée trop prolongée des heures d'étude. Une seconde doit combattre la tendance au spasme de l'accommodation qui précède si souvent la formation de la myopie.

M. Boucheron fait observer que la myopie est plus fréquente dans les pays brumeux que dans les régions où la lumière est toujours éclatante. Pour lui il y a lieu de tenir compte de la luminosité du milieu plus que de l'éducation, lorsqu'on recherche les conditions favorables au développement de la myopie.

M. Galezowski établit que lorsque la myopie progresse, on constate tantôt une dépression du pôle postérieur de l'œil, tantôt une destruction du segment antérieur. S'il rejette l'extraction du cristallin transparent comme dangereuse, il croit que dans les cas de myopie progressive par exagération de la courbure de la cornée, il convient d'intervenir chirurgicalement. Douze fois il a pratiqué l'excision d'un petit lambeau cornéen semi-elliptique près du centre de la membrane, suivant le procédé qu'il préconise pour le traitement du staphylome pellucide. Dans tous les cas l'opération a été suivie sans aucun accident d'une diminution de deux à cinq dioptries de la myopie.

M. Vignes cite, à l'appui de l'influence de la race sur le développement de la myopie, ce fait que les enfants des Allemands émigrés en Amérique présentent une myopie inférieure à celle des enfants des autres races du même continent.

M. Parent toutefois fait observer que la myopie de ces jeunes Allemands est moindre que celle des enfants de même âge en Allemagne.

M. Kalt signale l'influence de la sénilité des parents sur la venue de la myopie. Il connait un ingénieur myope de huit dioptries qui a d'abord eu une fille, laquelle est actuellement âgée de dix-huit ans et est emmétrope, puis deux fils, l'un de seize ans, myope de quatre à cinq dioptries, l'autre de quatorze ans, myope de trois à quatre dioptries, et enfin une fille de sept ans, myope de quatorze dioptries.

M. Nimier fait observer qu'il ne faut pas trop promettre de l'application dans les maisons d'éducation des mesures prophylactiques de la myopie; elles sont indispensables et leur efficacité n'est pas absolue. L'étiologie de la myopie est complexe; au facteur travail de près, à l'influence de l'hérédité et de la croissance, il convient d'ajouter que la myopie est parfois le résultat d'une malformation congénitale de l'œil. Il tire des nombreux examens pratiqués au Val-de-Grâce une statistique de 49 anisométropes myopes qui établit la réalité de cette variété de myopie.

M. Nimier appelle encore l'attention sur l'inégalité très grande de l'acuité visuelle sans correction pour un même degré de myopie, fait qu'il attribue à des différences individuelles d'éducation. Tel myope interprète mieux les images diffuses peintes sur sa rétine que tel autre parfois moins amétrope que lui. De là ressort l'utilité d'habituer les enfants myopes à regarder et à reconnaître les objets éloignés.

Enfin, M. Nimier donne deux statistiques, l'une établit que le nombre des jeunes gens exemptés chaque année du service militaire pour myopie supérieure à six dioptries oscille de 1500 à 2000, soit l'effectif de deux bataillons d'infanterie sur le pied de guerre. L'autre statistique, intéressante au point de vue de la répartition géographique de la myopie en France, lui a permis de classer les départements d'après le nombre des jeunes gens myopes déclarés impropres par les conseils de révision et le pour cent des conscrits sachant lire.

M. Parent est élu président pour l'année 1892.

H. Nimier.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 4 décembre 1891.

Ostéo sarcome de l'omoplate et du radius.

M. Brodier relate l'observation d'un homme de 46 ans, qui souffrit d'abord de douleurs dans l'épaule droite, et présenta, à partir du mois d'août dernier, une tumeur du radius. M. Polaillon pratiqua la désarticulation inter-scapulo-thoracique, à laquelle le malade succomba, dans le choc, en quelques heures. La tumeur scapulaire a mécaniquement subluxé la tête humérale en arrière; au radius existe une fracture spontanée.

Fistule vésico-vaginale. Calcul vésical.

M. Hartmann a observé une femme qui, après avoir subi sans succès pour une fistule vésico-vaginale des opérations multiples et enfin des séances d'électrolyse, fut trouvée atteinte, outre sa fistule, d'un calcul vésical à plusieurs reprises méconnu. Ce calcul ayant été extrait par la taille hypogastrique fut scié : un fil d'argent, provenant sans doute d'une des opérations antérieures, formait son centre. Quant à la fistule, elle fut opérée ensuite et dans une de ses lèvres fut trouvée une pointe d'aiguille, cause probable de plusieurs échecs.

Epithéliome de l'œsophage.

M. Girode présente une pièce de cancer de l'œsophage dont l'histoire clinique a été assez remarquable. Les premiers symptômes ont en effet débuté 7 semaines avant la mort et ils n'ont pas consisté en dysphagie, mais en accidents bronchitiques, liés à l'envahissement de la trachée. C'est à la fin seulement que le patient a eu de la dysphagie avec régurgitations, dans lesquelles il y avait du pus : à l'autopsie on a trouvé une vaste poche rétro-œsophagienne.

Cirrhose parasitaire.

M. Maurice Cazin a étudié chez le rat une cirrhose du foie déterminée par des œufs de nématodes qui existaient à l'état adulte dans les voies biliaires, et il a pu suivre les phases successives du processus réactionnel que provoquent ces œufs autour d'eux, et qui aboutit à une sclérose interstitielle et à une nécrose des parasites. Ces faits peuvent être rapprochés des lésions analogues produites par des œufs ou des embryons d'helminthes, et qui ont été décrites par Zwaardemaker dans le foie du chien, par Damaschino, Ruault et Belleli dans la vessie, la prostate, les ganglions mésentériques, le rectum, le rein et le foie de l'homme, par Ebstein et Nicolaïer dans le rein du chien, par Laulanié, Osler et Müller dans les poumons du chien et du chat. M. Cazin s'est assuré que les lésions étudiées par lui ne paraissaient pas dues à une infection microbienne secondaire favorisée par le passage des helminthes intestinaux dans le système des canaux biliaires, et que les œufs des parasites devaient être considérés comme les seuls agents de la réaction cellulaire déterminée dans le foie.

M. Tollemer présente les pièces d'un *empoisonnement par l'acide nitrique.*

M. Rodriguez montre un *kyste chyleux* du mésentère.

M. F. Regnault fait une communication sur les *adhérences de la tunique vaginale.*

Elections.

MM. Dagron, Delbet, Pilliet et Thiéry, membres adjoints, sont nommés membres titulaires.

MM. Laffite, Lafourcade et Macaigne sont élus membres adjoints.

M. Windle, doyen de la Faculté de Manchester, est nommé membre correspondant.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 2 décembre 1891.

Hystérectomie pour cancer utérin.

M. Bouilly avait, en 1888, 30 opérations dont 29 pour cancer, avec 7 morts. Depuis, il a fait 21 hystérectomies vaginales qui se répartissent en : 1889, 5 cas, 3 morts; 1890, 11 cas, 5 morts; 1891, 5 cas, 1 mort. Malgré l'habileté plus grande de l'opérateur, la léthalité de cette deuxième série dépasse donc celle de la première. Les 3 morts de 1889 sont dues : 2 à la septicité; 1 au choc, chez une femme opérée à l'état d'épuisement. En 1890, il y a 2 décès directement imputables à l'opération : une péritonite septique due à une plaie de la vessie, une hémorrhagie retardée, par défaut d'application d'une pince; 1 décès par urémie, quoique l'uretère ait été parfaitement respecté; 1 décès par choc chez une femme épuisée à l'avance; 1 péritonite septique enfin dans un cas de cancer du corps où l'utérus était très volumineux, où l'opération fut très laborieuse et où le péritoine fut infecté malgré la précaution qu'avait eue M. Bouilly de suturer d'abord les lèvres du col utérin.

La gravité opératoire est donc réelle, mais si l'on se place au point de vue de la survie sans récidive, le bénéfice est quelquefois considérable; depuis 1886, M. Bouilly a 3 opérées qui vivent sans récidive depuis 3 à 4 ans, et 3 depuis 15 et 17 mois; d'autres ont des récidives tardives : telle une femme de 31 ans (et à cet âge le cancer utérin va vite) qui a eu 4 ans et 4 mois de survie; une femme opérée en 1880 a vécu 2 ans et demi en parfait état et depuis 10 mois est en récidive; une autre est en récidive depuis 1 an après 2 ans et 5 mois de santé. Les récidives rapides sont d'ailleurs fréquentes, et M. Bouilly en compte 8 après 9 mois et moins.

Au total, sur 50 cas, M. Bouilly a 16 morts et 36 guérisons opératoires, avec 6 guérisons maintenues de 15 mois à 4 ans et 4 mois; 6 survies prolongées avec récidive tardive, de 2 à 4 ans; 18 récidives dans le cours de la première année et mort de 1 an à 18 mois après l'opération. Ce n'est donc pas brillant. Mais est-ce bien inférieur à ce que nous donne l'ablation du cancer de la langue ? L'hystérectomie partielle n'a pour elle que sa bénignité plus grande, mais ses résultats thérapeutiques sont déplorables : sur 15 cas (dont 2 pour de tout petits cancers), M. Bouilly a eu 15 récidives rapides. D'autre part, pour les petits cancers bien limités, l'hystérectomie totale est bénigne. M. Bouilly préconise donc l'abstention quand on n'est pas sûr de tout enlever; l'hystérectomie totale pour les cancers petits et limités.

M. Richelot. — M. Verneuil a dit qu'à son sens la cause n'est pas encore entendue, et il nous a priés de faire des hystérectomies partielles pour comparer avec la totale : je lui rappellerai que ce fut précisément ma conduite. En 1889 j'ai voulu étudier la question sur de nouvelles bases et j'ai fait des amputations partielles : les résultats thérapeutiques ont été déplorables — comme ceux de M. Bouilly — et j'y ai

renoncé. Quant à la gravité, ma dernière série est très bonne, et je me sépare à cet égard de MM. Terrier, Segond, Bouilly. Certes, nous serons toujours obligés d'opérer parfois sur de mauvais terrains et ces cas viennent grever les statistiques, mais pour un cancer petit, sur un utérus mobile, l'hystérectomie vaginale n'est pas grave. On a objecté à l'ablation totale que les récidives ont lieu dans les ligaments larges et non dans le moignon : c'est vrai souvent, mais non toujours. Enfin, et surtout, M. Verneuil insiste sur la statistique brutale des mois de survie moyenne. Cela ne me paraît pas sérieux. Dès que la récidive survient, la partie est perdue; ce qu'il faut donc, c'est examiner la durée des survies sans récidives. Or, à cet égard, j'ai cité des guérisons assez nombreuses maintenues actuellement depuis 2 à 5 ans; je rappellerai les cas semblables de MM. Terrier et Bouilly. Ces faits sont à mes yeux de grande importance. M. Verneuil semble avoir eu par l'amputation partielle une bonne série : nous en avons eu de mauvaises. Quant à la survie de 22 ans dont parle M. Verneuil, je me permettrai quelques doutes : en 1869 ou 1870 on diagnostiquait volontiers cancer sur les gros cols déchirés de la métrite fongueuse, et l'histologie n'avait pas dit son dernier mot sur la question. Et d'ailleurs, si c'était bien réellement un cancer, cela prouve simplement que la cure radicale du cancer est possible et on ne saurait reprocher à l'hystérectomie totale d'être encore trop jeune pour pouvoir présenter à son actif un résultat semblable.

Hernie obturatrice.

M. Berger lit un rapport sur une observation de M. Picqué. Il s'agit d'une femme de 78 ans, sujette à des accès d'occlusion intestinale bénins, qui entra à l'infirmerie de l'hospice d'Ivry pour des phénomènes d'étranglement. M. Picqué constata une tuméfaction diffuse en haut de la région des adducteurs, diagnostiqua une hernie crurale, incisa, et ne trouva rien. Il fit alors le toucher vaginal, put introduire son doigt dans l'orifice du trou sous-pubien et en cette région sentit un cordon induré : il diagnostiqua donc une hernie obturatrice, qui s'était réduite d'elle-même. Quelque temps après, nouveaux accidents : M. Picqué espéra que cette fois encore ils céderaient spontanément et il s'abstint. Mais ils persistèrent, et la malade mourut. A l'autopsie, hernie obturatrice étranglée, avec deux petites perforations au niveau du contour de la partie serrée. En outre, la hernie contenait la trompe seule et à cet égard elle semble unique; la présence de l'ovaire avec la trompe n'est pas exceptionnelle, dans un cas de Brunner il y avait l'utérus et les deux trompes. Au point de vue clinique, la hernie obturatrice est remarquable par la fréquence des erreurs de diagnostic auxquelles elle donne lieu. Quand on y songe, toutefois, on doit arriver au diagnostic. La tuméfaction ressemble sans doute à celle de certaines hernies crurales anormales (h. de Laugier, h. pectinéale), mais la douleur à la pression et la constatation, obscure d'ailleurs, du pédicule existent au-dessous du pubis, dans la masse des aducteurs, et non au-dessous de l'arcade de Fallope. Le toucher vaginal a donné des renseignements précieux (corde épiploïque, béance de l'orifice du canal sous-pubien), à Lœwenhardt, Lorinzer, Picqué; et même Wernher a pu réduire la hernie par des manœuvres vaginales. Enfin, le signe de Romberg, consistant en névralgies, fourmillements, contractures, parfois même parésies du nerf obturateur, est important; il peut cependant manquer, et d'autre part exister ailleurs, comme par exemple, dans une observation récente de Krœnlein, au cours d'une pelvipéritonite.

M. Picqué a cru à de l'inflammation herniaire et dans un mémoire en voie de publication (*Revue de chirurgie*) il y croit encore. M. Berger, au contraire, affirme l'étranglement prouvé par le sillon et les deux perforations. En pratique, d'ailleurs, il faut, avec Gosselin, nier l'inflammation des petites entérocèles, et dès lors toujours opérer. D'ailleurs, la contention d'une hernie obturatrice étant impossible, il faut toujours opérer dès que le diagnostic est posé, qu'il y ait ou non étranglement, et c'est ce que fit Arnaud dans le premier cas connu. Mais comment opérer? Lorsque, devant le Congrès de l'Association Britannique, Lawson Tait a proclamé que toute hernie, étranglée ou non, devait être attaquée par la laparotomie, la plupart des chirurgiens présents ont protesté contre cette assertion bizarre; mais Greig Smith l'a admise pour la hernie obturatrice. Même là, c'est inadmissible ; la laparotomie a été dans ces cas employée après erreur de diagnostic, et sur 4 cas elle a donné 4 morts, tandis que l'opération par incision directe, d'après les statistiques d'Englisch, d'Auerbach, a donné 11 guérisons sur 25 cas. C'est donc là la vraie opération. L'incision devra être longue, pour donner large accès et autant que possible on devra débrider à ciel ouvert; en effet Picqué a bien fait voir que dans la variété ordinaire les vaisseaux et nerfs sont en haut et en dehors, mais que l'artère se bifurque, envoyant une branche en bas et en dedans du collet, d'où un véritable cercle artériel. Si le débridement sous l'œil est impossible, il faudra dilater après léger éraillement superficiel.

M. Routier a été appelé auprès d'un homme de 70 ans, apporté à l'hôpital pour une occlusion aiguë; à la palpation, il y avait à droite et dans la profondeur du ventre quelque chose de douloureux, et là en effet la laparotomie conduisit sur un sac appliqué contre la région obturatrice; l'intégrité de l'anneau inguinal fut vérifiée, en sorte que M. Routier ne croit pas à une hernie propéritonéale. Mort de pneumonie; pas d'autopsie. Quant à la réduction des hernies étranglées par laparotomie, M. Routier l'a faite dans un cas de hernie crurale réduite en masse.

M. Berger, constatant que toute hernie propéritonéale n'est pas inguinale, croit que le fait, anatomiquement incomplet, de M. Routier, se rapporte à une hernie propéritonéale et non à une hernie obturatrice.

M. Kirmisson présente un cas de *genu recurvatum* congénital remarquable par son irréductibilité.

M. Prengrueber présente un homme qu'il a guéri en 3 semaines d'un *abcès froid costal* par l'incision, suivie d'injections de chlorure de zinc autour de la poche.

A. Broca.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 4 *décembre* 1891.

Présidence de M. E. Labbé

Deux observations d'arthrite purulente sans microbes.

M. Debove. — Tout dernièrement j'ai observé le cas d'une arthrite purulente du genou chez un malade de 69 ans, dont le pus, ainsi que chez le malade que nous a présenté M. Rendu dans la dernière séance, ne contenait pas de microbes, et l'examen microscopique, les ensemencements, les inoculations aux animaux en ont donné la preuve. Une simple ponction, sans injection antiseptique, a amené la guérison.

Si plusieurs cas semblables se présentaient, on pourrait croire que l'absence de microbes dans le pus d'une articulation permet d'espérer une guérison complète à la suite d'une ponction suivie oui ou non d'un lavage antiseptique. Mais il n'en est pas toujours ainsi, car j'ai vu, chez un homme de 57 ans, un cas d'arthrite du genou sans microbes se terminer par la mort.

Il faut ajouter cependant que dans ce dernier cas il ne fut pas fait d'inoculations aux animaux et que l'examen microscopique et les ensemencements furent nos seules expériences de constatation. En outre nous avions un sujet diabétique qui fit insidieusement une pneumonie lobaire. L'arthrite n'en était pas moins grave et une opération chirurgicale était le seul traitement indiqué, mais en raison du diabète nous n'avons pas cru devoir proposer cette intervention.

Je termine donc en disant que l'absence de microbes dans le pus d'une articulation n'est qu'un des éléments du pronostic et qu'il faut tenir compte d'un certain nombre d'éléments, notamment du terrain.

Hémispasme facial chez un hystérique saturnin

M. Rendu. — L'homme dont il s'agit est âgé de 52 ans, légèrement saturnin, sans antécédents héréditaires et qui, jusqu'à 48 ans, n'eut point de phénomènes hystériques. A cette époque il eut une hémiplégie, avec perte de connaissance, hémiplégie de nature hystérique.

Le 9 novembre dernier, nouvelle hémiplégie, à droite, avec hémianesthésie complète et autres troubles sensoriels et, ce

qu'il y a de plus remarquable, un hémispasme facial complet simulant une paralysie. Toutefois les muscles de l'expression faciale n'étaient que contracturés.

M. Charcot et ses élèves ont signalé l'hémispasme glosso-labié comme un symptôme fréquent chez les hystériques. De plus MM. Ballet et Chantemesse ont publié des cas de paralysie faciale vraie dans l'hystérie; le cas que je vous présente, tout en ayant une allure clinique différente, offre donc des phénomènes similaires.

Indications fournies par l'examen bactériologique dans les épanchements liquides du pneumothorax tuberculeux.

M. Netter. — J'ai examiné le liquide de 16 épanchements accompagnant un pneumothorax tuberculeux. Le résultat de cet examen me paraît assez intéressant et peut fournir, à mon avis, des indications utiles pour le traitement.

Ce liquide, le plus ordinairement est séreux, louche ou séro-purulent. Les cas qui correspondent à l'hydro-pneumothorax sont au nombre de 13 sur mes 16 observations.

Dans ces épanchements il n'existe aucun microbe autre que le bacille de Koch, ainsi que l'établissent les cultures et examens microscopiques. La présence du bacille de Koch y est constante. On ne l'établit pas toujours par l'examen microscopique (3 fois sur 13), mais on obtient toujours des résultats positifs par les inoculations. L'épanchement de l'hydro-pneumothorax est toujours de nature tuberculeuse. Il est le fait d'une pleurésie tuberculeuse dont le développement suit de bien près la perforation pleurale.

Les épanchements vraiment purulents (pneumothorax) sont beaucoup plus rares. Nous ne les avons vus que 3 fois. Dans ces cas, le pus, à côté du bacille de Koch, contient les microbes ordinaires de la suppuration et des espèces saprogènes en relation avec le processus putride habituel.

Les deux variétés d'épanchements sont presque toujours distinctes dès l'origine et il est exceptionnel de voir l'épanchement tuberculeux acquérir spontanément la qualité purulente.

Pour que cette transformation ait lieu, il faut une introduction nouvelle, et celle-ci ne se fera pas par la fistule première, à moins de grandes modifications du foyer tuberculeux. Elle peut être le fait d'une nouvelle fistule. Le plus ordinairement les microbes autres que le bacille de Koch auront pénétré dès le moment de la perforation et le pyo-pneumothorax sera tel d'emblée. Le pyo-pneumothorax est plus rare que l'hydro-pneumothorax parce que la rupture pulmonaire se fait beaucoup plus souvent au niveau d'un petit foyer que d'une caverne tuberculeuse.

Dans le traitement du pneumothorax, il convient de se préoccuper de ces qualités d'épanchement. Y a-t-il des agents pyogènes et putrides? il conviendra de s'opposer à leur persistance et à leurs progrès et pour cela la ponction sera certainenement insuffisante.

L'empyème suivi généralement de lavages sera nécessaire.

S'agit-il d'un épanchement simplement tuberculeux ? l'incision ne permettra guère plus que la ponction d'obtenir la disparition de la pleurésie tuberculeuse. L'empyème laisse toujours une fistule. Il existe des faits assez nombreux d'amélioration et même de guérison à la suite d'une ponction. Nous en avons recueilli un exemple personnel. La modification imaginée par M. Potain permet de prévenir la réouverture de la fistule. Nous y avons eu recours dans un cas récent.

Il va sans dire que ces modifications cèdent le pas à celles que fournissent l'état général l'exploration de la poitrine, la marche, etc., etc.

Ces éléments dominent quand il s'agit de déterminer l'opportunité de l'intervention.

Les renseignements fournis par l'examen du liquide ne serviront guère qu'à indiquer le mode de cette intervention.

Infection mixte par streptocoque et par bacterium coli commune.

M. Sevestre. — Il s'agit d'un enfant de 9 ans, pris subitement et en pleine santé, de céphalalgie, de nausées, d'une épistaxis abondante, et qui tomba presque immédiatement dans un état de prostration très marqué. En même temps qu'une fièvre modérée, une albuminurie assez forte; pas d'éruption cutanée, mais herpès aux lèvres et vomissements. Le 4e jour apparaît une raideur de la nuque et, quoique l'état général paraisse s'améliorer, la température s'élève le soir à 39°5, puis à 40°. En outre arthrites multiples purulentes depuis la veille et pustules disséminées sur les cuisses.

Le 6e jour le malade est pris de délire et meurt subitement.

Nous avions successivement fait le diagnostic hypothétique de méningite, de fièvre typhoïde, de grippe, de scarlatine, mais l'interprétation d'un état infectieux était la plus rationnelle, sans qu'il nous fût possible d'en déterminer la nature. Et de fait, cette interprétation parut être adoptée plus franchement, après la constatation d'un panaris sous-unguéal qui vraisemblablement devait être le point de départ des accidents.

L'autopsie révéla l'existence d'une méningite à peu près limitée au cervelet et la présence de pus dans les articulations. Rien de plus. L'examen bactériologique et les cultures décelèrent la présence de streptocoques dans les vésicules, d'herpès et de panaris.

Le pus retiré des articulations pendant la vie n'avait donné que des résultats négatifs, tandis qu'après la mort on y avait trouvé du bacterium coli commune. Et il en était de même pour le pus du cervelet.

Ici il y a lieu de se demander comment le bacterium coli commune, micro-organisme saprophyte, sans action dans les conditions normales, a pu devenir pathogène; et en prenant pour base d'interprétation des recherches de M. Bouchard et de ses élèves sur les produits solubles que fabriquent les microbes et dont les uns sont vaccinants et les autres toxiques ou prédisposants, on pourrait penser que le panaris a déterminé une infection dont l'herpès a été une manifestation positive. Le streptocoque ayant fabriqué des produits solubles et en particulier des produits prédisposants, c'est grâce à ces produits solubles que le bacterium coli est devenu pathogène.

Si cette hypothèse était démontrée, elle pourrait rendre compte de certaines septicémies spontanées dont le mécanisme nous échappe.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 5 *décembre* 1891.

Présidence de M. Ch. Richet.

Accumulation du bromure de potassium dans l'organisme.

MM. Féré et Herbert. — On peut déterminer le coefficient de fixation totale chez les lapins et les cobayes, en calcinant complètement les cadavres de ces animaux. Un lapin qui prenait par jour un gramme de bromure depuis 2 mois environ nous a donné 2 1/2 grammes par kilo. Quand les doses administrées sont petites, l'accumulation se fait davantage. Nous avons constaté chez les femelles pleines un fait intéressant : le sel injecté sous la peau de la mère ou ingéré par elle, passe dans la circulation fœtale et se retrouve dans l'organisme des petits. Celui-ci, il est vrai, en contient sept fois moins que l'organisme maternel. En tout cas, il peut y avoir là des déductions intéressantes pour la thérapeutique des femmes enceintes.

M. Laborde. — Les résultats précédents concernant l'accumulation du bromure sont assez frappants, surtout pour ce qui a trait au lapin, qui est assez réfractaire à l'accumulation des poisons, même actifs.

Relativement à la dernière remarque de M. Féré, je rappellerai qu'on avait cité déjà quelques faits analogues. Lorsqu'on rend une femelle pleine épileptique (par exemple, en lui arrachant le sciatique, Brown-Séquard), ses petits présentent parfois les mêmes attaques épileptiques, quel que soit d'ailleurs le mécanisme inconnu de cette tare héréditaire. Or, si l'on bromure activement la femelle pleine, rendue épileptique, on la guérit de ses accidents nerveux, et de plus ses petits échappent à l'hérédité épileptique. J'ai observé en pathologie humaine des faits assez superposables à ces observations expérimentales.

M. Féré. — L'épilepsie de Brown-Séquard n'est pas toujours héréditaire. Chez l'homme, d'autre part, un enfant peut naître épileptique tandis que le suivant sera sain, et cela en

dehors de toute intervention médicamenteuse. Il ne faudrait donc pas établir comme une règle l'application à l'homme des données recueillies en physiologie expérimentale.

M. Laborde. — Les faits dont j'ai parlé n'ont rien d'absolu, mais il en existe des exemples absolument probants.

Effets de l'infection pyocyanique chronique.

MM. Charrin et Gley. — Quand on observe ce mode d'infection chez des lapines pleines, ou le devenant au cours de l'infection, on constate certaines particularités intéressantes. Les femelles avortent, ou font des petits qui tantôt meurent très rapidement, tantôt semblent se développer assez bien pendant quelque temps, pour s'arrêter tout d'un coup après quelques semaines et succomber rapidement. Il y a là soit une polymortalité précoce, soit une viabilité inférieure et un arrêt de développement qui ne sont pas sans évoquer ce qu'on voit en syphilis héréditaire humaine.

M. Féré. — En faisant des recherches sur la toxicité des urines chez les épileptiques, j'ai vu que l'injection de ces urines rendait les lapines stériles, ou les amenait à donner des produits mal développés et non viables. MM. Mairet et Combemale ont observé une déchéance analogue chez des chiennes alcoolisées.

Parasites des tissus vivants.

M. Galippe. — En examinant les liquides qui passent sur la bougie du filtre Chamberland, j'ai constaté que ces liquides contenaient des microbes et même des ferments d'une organisation plus élevée. J'en avais conclu que, dans la nature, il n'y a pas de barrière pour les microbes, et ces faits m'avaient amené à admettre la présence de parasites dans les végétaux.

J'ai voulu démontrer que les tissus animaux contiennent aussi des microbes à l'état normal. Pour mieux les mettre en relief, j'ai imaginé de les faire se développer sur le tissu lui-même qui devait ainsi servir de milieu de culture naturel. Cette méthode, qui, soit dit en passant, est parfaitement applicable à l'étude des tumeurs et des tissus pathologiques, n'a été employée par moi qu'avec des tissus normaux, muscles, rein, foie, testicule. Tous les ensemencements et toutes les manipulations sont faits avec une asepsie rigoureuse, dans une tente mouillée au sublimé, avec emploi de milieux témoins destinés à contrôler et assurer les résultats. Je cultive en même temps l'organe cru et l'organe stérilisé par la cuisson. Mes expériences qui sont déjà nombreuses me permettent d'affirmer que les tissus en cause contiennent des microbes à l'état normal.

M. Richet. — J'ai fait avec M. L. Ollivier des cultures en utilisant la même méthode que nous appelions méthode autogène. Nos recherches ont porté sur la chair musculaire des poissons, et nous avons pu constater communément la présence de microbes dans ce tissu.

M. G. Pouchet. — J'ai observé des microbes, et en particulier des bacilles mobiles dans la pulpe splénique des squales. J'en ai vu de même dans le sang (d'ailleurs privé d'éléments figurés) d'un crustacé transparent.

M. Phisalix. — J'ai constaté aussi la présence de micro-organismes dans la rate de divers poissons, ainsi que dans les ganglions lymphatiques et divers organes du chien.

Emploi des sels de strontium.

M. Laborde. — Les sels de strontium, surtout le bromure et le lactate, tendent à entrer décidément dans la pratique médicale. Cette faveur se légitime d'autant mieux que le bromure, par exemple, est beaucoup moins toxique que le bromure de potassium, tout en possédant une valeur thérapeutique égale, en particulier dans l'épilepsie. Le bromure de strontium est toléré à des doses quotidiennes de 8 et 10 gr. Je l'ai vu guérir dans ces conditions des accès épileptiques subintrants qui semblaient menacer directement la vie d'un malade. Il n'y a aucun signe d'intolérance; au contraire, la nutrition est stimulée, le poids augmente.

Mais, il faut avant tout que le bromure de strontium soit bien pur et exempt de tout mélange de baryte. C'est l'impureté et l'instabilité de certains produits qui ont pu causer des accidents.

En ce qui concerne les relations inverses du poids atomique et du pouvoir toxique pour des métaux de même groupe, on ne peut poser de loi absolue. L'exemple du calcium, du baryum, du strontium met bien cette absence de loi en évidence, quoiqu'il s'agisse pourtant d'un groupe assez naturel.

M. Quinquaud dépose une note de M. Koning sur le pouvoir antifermentescible de certaines ptomaïnes.

ÉTRANGER

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 25 novembre 1891.

Anévrysme de la crosse de l'aorte.

M. Troje, à propos du récent mémoire de M. Frænkel « sur le diagnostic des tumeurs intra-thoraciques », rapporte l'observation du troisième malade mort depuis la discussion de ce sujet; on se souvient que le diagnostic de M. Frænkel était hésitant entre tumeur et anévrysme; voici les données cliniques et nécropsiques.

Ce malade, âgé de 60 ans, était entré à l'hôpital vers la fin d'août se plaignant dans le côté de points douloureux, d'enrouement, de faiblesse et d'amaigrissement croissants. On notait à l'examen : matité cardiaque non augmentée; choc de la pointe sur la ligne mamillaire dans le 6e espace intercostal. 1er bruit du cœur renforcé, claquant, impur, zone de matité s'étendant de la 1re à la 4e côte, occupant la région sternale, et la débordant plus à gauche qu'à droite. Matité absolue au niveau du 2e espace.

De la 2e à la 4e côte, voussure thoracique, plus accentuée à gauche; — à ce niveau frémissement cataire plus appréciable à la vue qu'au toucher; — point de souffles dans la zone de matité, sclérose des radiales, égalité des pouls, paralysie récurrentielle de la corde vocale gauche. Signes cavitaires dans le poumon gauche, expectoration abondante contenant des bacilles. Hypertrophie des ganglions inguinaux et axillaires gauches.

Point de modifications dans les symptômes physiques pendant tout le séjour hospitalier, affaiblissement progressif, mort le 24 novembre 1891.

Les pièces anatomiques sont celles d'un anévrysme de la crosse aortique, qui envahissait le médiastin antérieur surtout dans sa partie supérieure gauche, et comprimait fortement le poumon de ce côté. Celui-ci présentait des lésions tuberculeuses et des cavernes avancées dans son lobe inférieur et l'insuffisance de ce poumon avait été peut-être pour lui la cause prédisposante à la tuberculose.

Le cœur est mou, petit, de coloration brunâtre (atrophia fusea). L'aorte dès son origine présente une dilatation cylindrique et mesure 9 à 10 cent. de circonférence. Au delà de la naissance de la carotide gauche, elle offre une dilatation fusiforme de la grosseur d'une tête d'enfant.

La cavité de cette dernière est tapissée de caillots fibrineux stratifiés, atteignant à la partie antérieure une épaisseur de 6 cent.; sa lumière centrale présente les mêmes dimensions que la partie ectasiée de l'aorte.

L'épaisseur des strates fibrineuses explique l'absence des signes physiques, et le siège de l'anévrysme, l'égalité des pouls. Il est facile de comprendre que le diagnostic était impossible. La ponction exploratrice recommandée par M. Fürbringer serait probablement restée blanche et aurait fait porter à tort le diagnostic de tumeur.

Cancer du médiastin. Hypertrophie prostatique. Hémorrhagie cérébrale.

M. Virchow fait la présentation de plusieurs pièces anatomiques :

1° D'un carcinome squirrheux du médiastin antérieur ayant occupé la région du thymus, envahi le péricarde et le muscle cardiaque. La tumeur, de 6 cent. d'épaisseur, ne présente en aucun point de processus ulcéreux ou régressif.

2° De pièces provenant d'un diabétique atteint de dilatation et hypertrophie vésicale ; cette présentation est surtout intéressante parce qu'elle a trait à la discussion de la dernière

séance, sur les rapports de « l'hypertrophie de la prostate et de l'endartérite. » Les artères vésicales sont tellement épaissies qu'on les suit de l'œil et du doigt à travers la muqueuse. L'aorte est également très athéromateuse. La prostate par contre est atrophiée, indurée ; la muqueuse uréthrale, à son niveau, est très épaissie ; outre ces lésions, à noter : de la polysarcie, l'hypertrophie du pancréas, une néphrite médullaire gangréneuse.

3° D'un cerveau présentant une apoplexie hémorrhagique corticale de l'hémisphère gauche, au niveau du vertex. Le foyer, de la grosseur d'une petite pomme, offre à sa périphérie un piqueté hémorrhagique et de l'œdème. Dans son voisinage se trouve un autre foyer plus petit. Près du premier on voit deux petits abcès de la grosseur d'un grain de chènevis. La pie-mère présente une infiltration fibrino-purulente : il s'agit donc d'encéphalite aiguë ; on observait en outre à l'autopsie : une néphrite hémorrhagique, un petit abcès hépatique ; rien dans le cœur n'expliquait ces lésions métastatiques ; dans les poumons plusieurs noyaux, broncho-pneumonie-fibrineuse, congestion intense et œdème. Le malade était atteint d'influenza.

M. Senator ajoute quelques données cliniques sur ce malade pour compléter la communication de M. Virchow, et justifier le diagnostic.

M. Fürbringer vient d'avoir l'occasion d'observer un malade semblable : il s'agit d'une jeune fille de 17 ans qui tomba malade il y a 14 jours ; au troisième jour, hémiplégie légère suivie subitement de coma, puis paralysie de toutes les extrémités, fièvre, de temps en temps convulsions générales, mort vingt-quatre heures après. A l'autopsie : foyer apoplectique, affectant les deux lobes cérébraux au niveau des circonvolutions centrales ; hypertrophie de la rate, bronchite diffuse avec foyer de broncho-pneumonie, entérite hémorrhagique. Il s'agissait également d'influenza.

Anomalie congénitale du cœur.

M. Cassel. — La pièce que présente l'auteur provient d'une jeune fille de 11 ans, entrée à l'hôpital le 10 octobre avec une cyanose des plus intenses et refroidissement des extrémités ; à l'examen, poitrine normale à la vue, choc du cœur dans le sixième espace intercostal à 2 cm. en dehors de la ligne mamillaire ; augmentation de la matité cardiaque dans tous les sens ; souffle systolique de la pointe couvrant complètement le deuxième bruit. Dans le deuxième espace intercostal gauche, au niveau de l'orifice pulmonaire, souffle systolique moins intense que le précédent ; deuxième bruit de l'artère pulmonaire claquant. Au niveau de l'orifice tricuspide deux bruits en dehors d'un souffle léger, dû à la prolongation du souffle systolique de la pointe ; pouls : 140 pulsations, respiration 44.

Dès son plus bas âge la malade avait présenté des attaques fréquentes de cyanose, elle mourut le 21 novembre dernier ; à l'autopsie : symphyse cardiaque ; adhérences du péricarde aux deux poumons. Cœur hypertrophié, surtout aux dépens du côté droit. Oreillette droite très dilatée ; persistance presque complète du bruit de Botal, valvule tricuspide normale. Hypertrophie considérable du ventricule droit. Epaisseur de sa paroi 1 cent. 5, orifice de l'artère pulmonaire obturé par une membrane déprimée en entonnoir et présentant un orifice de 3 mm. Cloison ventriculaire normale.

M. Guttmann rapporte brièvement le cas d'un homme de 36 ans ayant présenté également une malformation du cœur. Il présenta de la cyanose pendant 16 ans, et mourut d'emphysème pulmonaire. Le cœur, dont M. Guttmann fera la présentation dans la prochaine séance, offrait les lésions suivantes : perforation considérable de la cloison interventriculaire, hypertrophie, dilatation de l'artère pulmonaire dont la circonférence mesurait 11 cm.

SOCIÉTÉ LARYNGOLOGIQUE DE BERLIN

Séance du 20 novembre 1891.

Œdème du larynx après l'usage de l'iodure du potassium.

M. Heymann. — Il s'agit d'un syphilitique de 27 ans traité par l'iodure de potassium pour des accidents laryngés, qui 8 jours après la cessation du traitement fut pris de dyspnée. Le larynx était rouge-violet, légèrement œdématié ; la surface des cordes vocales était également le siège d'un œdème. les parties sous-glottiques étaient infiltrées, la glotte respiratoire réduite au minimum. Les accidents disparurent au bout de 8 jours.

M. Lublinski insiste sur ce fait que de petites doses d'iodure peuvent provoquer des accès de sténose. Un homme de 36 ans, syphilitique, a été pris de suffocation trois heures après avoir absorbé une cuillerée d'une solution d'iodure à 5 0/0. A l'inspection on trouve une tuméfaction du larynx et des deux parois latérales de la trachée. Les accidents disparurent par l'application de glace autour du cou. M. Lublinski fait prendre l'iodure dans du lait et y ajoute quelques gouttes de teinture de belladone.

M. Rosenberg a observé dernièrement 2 cas de ce genre, et ne sait s'il s'agit d'une angio-névrose ou non. Les accidents surviennent quand on donne de petites doses d'iodure.

M. Lewin, qui donne à ses malades des doses considérables, n'a jamais observé ces accidents. Quelquefois il survient de l'urticaire, des hémorrhagies, du purpura.

Condylomes du larynx.

M. Scheinmann présente un malade qu'il soigne depuis 6 semaines pour des papules du pharynx, des amygdales et du voile du palais; il n'y avait rien dans le larynx. Les accidents disparurent sous l'influence des frictions mercurielles, de l'iodure et des badigeonnages avec l'acide chromique. Il y a huit jours la malade fut prise d'enrouement. A l'examen, on trouve sur la paroi postérieure du larynx une saillie grisâtre, irrégulière, assez large et divisée en deux parties par un sillon.

M. Landgraf ne pense pas que l'inspection seule suffise pour affirmer qu'il s'agit d'un condylome. Il y a trois ans il a extirpé un condylome avec une partie de corde vocale qu'il occupait.

M. Reichert pense qu'il s'agit d'une simple ulcération.

Maladie de Basedow guérie par une opération sur le nez.

M. Mushold présente une femme de 45 ans qui, à l'âge de 40 ans, au moment de la ménopause, fut prise de maux de tête violents. Au bout d'un an, palpitations de cœur, goître, amaigrissement, excitation nerveuse, tremblement des bras, œdème passager des pieds, sueurs profuses, larmoiement avec douleurs oculaires. Pas d'exophthalmie, pas de signe de Græfe.

Il existait une tuméfaction du cornet inférieur droit et une hyperplasie de son extrémité postérieure. On enleva le cornet, et 5 jours après l'opération les maux de tête, les palpitations et les phénomènes oculaires avaient disparu. Le goître diminua lentement. La fréquence du pouls devint normale et ses irrégularités disparurent au bout de 2 mois. L'état général devint bon.

Le traitement général comprenait les préparations ferrugineuses et les courants constants. On fit en tout 7 séances d'électrisation.

M. Scheinmann rapporte le cas d'une fille de 17 ans qu venait le trouver pour la triade classique de Basedow et une obstruction du nez. Tout le naso-pharynx était occupé par des végétations adénoïdes. Lorsque ces dernières furent enlevées, l'exophthalmie et les palpitations disparurent dans l'espace de huit jours.

M. Reichert a soigné sans succès une jeune fille atteinte de maladie de Basedow par l'acupuncture. Il donna de l'ergot et de la quinine, et en obtint une diminution du goître et de l'exophthalmie. Quelques années plus tard, l'affection disparut entièrement.

Sclérose cérébro-médullaire avec tremblement intentionnel des cordes vocales.

M. Krzywicki présente un garçon de 17 ans, qu'il observe depuis 4 mois. Le malade est atteint depuis 4 ans d'une sclérose en plaque, mais depuis quelque temps il fut pris de troubles particuliers de la parole. Le malade met un certain temps avant de prononcer une parole, puis en parlant la tonalité de la voix change depuis la basse jusqu'à la voix de fausset.

La glotte est normale pendant la respiration, mais lorsqu'il parle, une contraction légère des cordes vocales se produit et se transforme ensuite en un tremblement général; les deux cordes arrivent alors au contact et quelquefois le cartilage aryténoïde droit passe devant le gauche. Les vibrations des cordes vocales sont plus prononcées qu'à l'état normal. La phonation ne peut être continuée longtemps et par moments les cordes se relâchent et forment une fente ovale. Après la cessation de la phonation, les deux cordes exécutent trois à quatre oscillations en se portant vers la ligne médiane. Tous les muscles de la glotte présentent le tremblement intentionnel, mais plus particulièrement les thyro-aryténoïdiens postérieurs.

Pendant la phonation à haute voix, le cartilage thyroïde remonte et descend à peine.

Action pervertie des cordes vocales.

M. Scheier présente une femme de 43 ans, qui depuis un an est sujette à des accès de suffocation survenus sans cause connue et pour lesquels elle a été trachéotomisée il y a un an. Pendant les accès, qui sont plus forts la nuit que le jour, il existe du stridor.

A l'examen laryngoscopique, on trouve que les cordes vocales se rapprochent pendant l'inspiration et s'éloignent pendant l'expiration. Les cordes n'arrivent pourtant pas complètement au contact, de sorte qu'en arrière de la glotte il persiste une fente triangulaire. Le muscle aryténoïdien transverse est paralysé. La sensibilité du larynx et du pharynx paraît un peu diminuée à droite.

Les accès devenant de plus en plus forts, on a été obligé de faire la trachéotomie. Toutes les médications ont échoué lorsqu'en septembre les phénomènes disparurent. Mais 3 semaines après, l'action pervertie des cordes vocales revint avec les mêmes phénomènes. Il s'agit probablement d'hystérie.

On sait que chez les personnes nerveuses, dès le premier examen laryngoscopique, il se produit un rapprochement des cordes vocales pendant l'inspiration forcée, suivi de dyspnée inspiratrice. Cet état peut devenir chronique et constitue l'action pervertie des cordes vocales.

M. B. Frænkel fait observer que le cas de M. Scheier n'est pas identique au sien. Dans son cas, les cartilages aryténoïdes arrivaient au contact pendant l'inspiration.

SOCIETÉ DE MÉDECINE INTERNE DE BERLIN

Séance du 30 novembre 1891.

Influenza.

M. Renvers a vu à la clinique trente-sept cas d'influenza depuis le 7 jusqu'au 30 novembre. Treize cas se sont produits à l'hôpital même. La pneumonie est aussi fréquente que dans l'épidémie précédente, et elle a existé dans sept cas dont trois se sont terminés par la mort. Une autre complication très marquée, ce sont les accidents cardiaques et la faiblesse générale. Chez deux malades on a noté des névralgies sus-orbitaires avec délire. L'épidémie actuelle est probablement autonome et ne dépend pas de l'épidémie d'il y a deux ans.

M. Guttmann présente un livre où sont consignés les résultats des investigations sur l'épidémie d'influenza de 1889-1890.

M. Zauder a observé des cas qui montrent la transmission directe de la maladie d'un individu à l'autre.

M. Ruhemann pense que l'épidémie a commencé au mois de septembre. Les cas sporadiques sont très fréquents et l'épidémie paraît sévir particulièrement sur les femmes et les enfants. Les familles gravement atteintes par la première épidémie paraissent se trouver maintenant à l'abri de l'infection et jouir d'une certaine immunité. La mortalité est moins grande que dans l'épidémie précédente (23 pour 1000 au lieu de 39 pour 1000).

ANGLETERRE

SOCIÉTÉ PATHOLOGIQUE DE LONDRES

Séance du 1er décembre 1891.

Dilatation du sinus sphénoïdal communiquant avec la carotide interne gauche.

M. Clarke. — Voici une dilatation du sinus sphénoïdal qui est survenue chez un garçon de 13 ans; de la partie antérieure de cette dilatation naissait un polype que l'examen microscopique montra être un myxome. La paroi du sinus présentait une ouverture de 1 mm. de diamètre communiquant avec la carotide interne gauche. Il y avait aussi quelques adénomes du pharynx. Six mois avant sa mort, cet enfant était entré à l'hôpital avec une fracture de la partie gauche du frontal. Il sortit paraissant guéri; mais deux mois après, il présenta des épistaxis fréquentes. L'enfant mourut brusquement au cours d'une de ces épistaxis plus violente que les autres, et à l'autopsie on ne trouva pas trace de fracture du sphénoïde. Le sinus était occupé par un caillot et la carotide ne présentait aucune autre modification pathologique que l'ouverture déjà mentionnée. La muqueuse du sinus était mince et en certains points la muqueuse et la dure-mère étaient en contact immédiat par résorption du tissu osseux intermédiaire. Je crois qu'il s'agit là d'un petit anévrysme qui s'est finalement ouvert dans le sinus. Le polype fermait cet orifice à la manière d'une valvule, d'où les épistaxis intermittentes.

M. Scanes Spicer. — Il n'y a qu'un cas de myxome du sinus sphénoïdal cité par Zuckerkandl. Je crois qu'un anévrysme seul peut expliquer ces hémorrhagies survenant deux mois après l'accident; l'hémorrhagie dans les tissus sous-muqueux est probablement la cause de l'irritation qui a amené la formation du myxome.

M. Clarke. — J'ai examiné la muqueuse, au microscope, en un point où ne siégeait pas le myxome. J'ai trouvé cette muqueuse formée d'un épithélium réduit à une seule rangée de cellules; là où l'os avait subi la résorption, il y avait des cellules géantes.

Rectum imperforé.

M. Clarke. — Voici un rectum imperforé; il se terminait en cul-de-sac à environ 5 cm. de l'orifice anal; ce dernier était déprimé en forme de fossette; on avait fait une ponction à l'aide d'un trocart qui pénétra dans le cul-de-sac rectal et le perfora en deux endroits. La ponction se prolongea ainsi jusque dans le péritoine, dans la cavité duquel tomba du méconium. L'enfant mourut d'hémorrhagie, accident dû probablement à ce que le trocart lésa l'artère sacrée moyenne. On trouva une grande quantité de sang dans le bout inférieur du rectum; ce sang avait séparé l'une de l'autre la couche muqueuse et la couche musculaire de l'intestin. Ne trouvant pas le rectum par la ponction, on recourut à la colotomie inguinale, mais l'enfant mourut peu après l'opération. Cette observation montre combien il est dangereux d'avoir recours au trocart dans de tels cas.

M. Cripps. — La ponction dans ces cas a en effet presque toujours un résultat fatal; le plus souvent elle entraîne une effusion de méconium dans la cavité péritonéale. On doit placer l'enfant dans la position de la taille et disséquer le long du coccyx pour arriver en arrière du rectum, qu'on attire en bas et qu'on fixe à l'aide de points de suture.

M. Bowlby. — J'ai examiné 6 cas analogues, et j'ai trouvé le rectum toujours presque entièrement recouvert par le péritoine.

Cirrhose nodulaire du foie.

M. Rolleston. — Voici un foie qui provient d'un homme de 36 ans, mort à *St-George's hospital*, le 13 novembre 1891. Ce malade n'avait pas d'antécédents alcooliques; sa santé fut excellente jusqu'au mois de mars; en juillet on trouva de l'ascite, on le ponctionna fréquemment. Il eut de l'ictère; jamais il n'eut d'hématémèse. Le foie pesait 2,239 grammes; la surface était rendue irrégulière par des nodules blanc-jaunâtre, analogues à des néoplasmes secondaires, et qui contrastaient avec le reste de la surface fortement congestionnée. Conduits biliaires et veine porte normaux. La rate pesait 404 grammes et était molle. Péritoine normal, à l'exception d'un peu de périhépatite et de périsplénite. Les veines du plexus veineux sous-péritonéal (Turner) étaient dilatées, ainsi que les anastomoses veineuses au niveau du rectum et au niveau de la partie inférieure de l'œsophage. La muqueuse intestinale était œdématiée. Cœur sain Vomique provenant du sommet du poumon droit. Au microscope on ne trouve pas de cirrhose; les nodules blanc-jaunâtre étaient composés de groupes de cellules hépatiques saines disposées comme dans

un lobule; ces cellules ne présentaient aucune dégénérescence graisseuse. Ces groupes étaient entourés de cellules hépatiques aplaties, d'où l'apparence encapsulée Çà et là des hémorrhagies étaient faites dans ces groupes cellulaires; les veines intra-lobulaires n'étaient pas dilatées et n'avaient pu donner lieu à ces hémorrhagies. Ces groupes cellulaires étaient irrégulièrement distribués; nombreux dans certains endroits, rares dans d'autres. Dans les extravasations sanguines on voyait des noyaux qui sur les coupes lavées à l'eau paraissaient appartenir à des cellules dégénérées et aplaties. Dans les points où il n'y avait pas d'hémorrhagie on voyait des vaisseaux à parois minces distendus par du sang, et des cellules diversement altérées, atrophiées et dégénérées; il n'y avait pas d'infiltration de petites cellules. En somme il y avait dégénérescence étendue des cellules hépatiques et hémorrhagie récente entre elles. Il s'agissait probablement d'une hépatite parenchymateuse; les extravasations sanguines étaient peut-être consécutives au changement dans les vaisseaux environnants.

M. Bowlby. — Les seules affections que j'aie vues ressembler à ce cas sont des masses tuberculeuses ou du lymphosarcome.

M. Clarke. — Peut-être s'agit-il d'un adénome multiple

M. Rolleston. — Ce qu'on a décrit comme adénome du foie est en réalité de l'épithéliome.

Endocardite et hémorrhagie cérébrale.

M. Turner a présenté les pièces d'un homme de 45 ans qui au cours d'une endocardite eut d'abord un ramollissement embolique à droite, puis succomba 6 mois après à une hémorrhagie cérébrale gauche. M. Goodhart croit que l'hémorrhagie est d'origine embolique.

M. Bradfort a vu un homme de 30 ans, atteint d'endocardite rhumatismale et qui eut trois attaques, dont la dernière mortelle : à l'autopsie, trois foyers hémorrhagiques d'âge différent. On ne sait s'ils sont dus à des anévrysmes ou à des embolies.

M. Shattock a fait une communication sur la *pigmentation du gland du nègre après la circoncision.*

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE LONDRES

Séance du 30 *novembre* 1891.

Dermite épidémique.

M. Thomas Savill. — Sur 846 malades qui occupaient déjà l'infirmerie de Paddington le 1er juillet ou qui y entrèrent entre cette date et le 31 octobre, 163 ont été atteints par la maladie, 89 hommes et 74 femmes, soit 20 p. 100. Deux cas seulement survinrent parmi le personnel : l'un me concerne et l'autre une infirmière. Tous les cas étaient les mêmes dans les grandes lignes, mais différaient beaucoup dans le détail. Cette affection a été décrite comme une dermatite généralisée, amenant quelquefois la formation de vésicules, et toujours produisant finalement la desquamation et l'exfoliation de l'épiderme; elle a une durée de 7 à 8 semaines. Elle débute quelquefois par un rash papuleux ou érythémateux, d'autres fois par des macules et plus rarement par des anneaux; bientôt l'éruption devient confluente en 3 ou 8 jours et forme une surface pourpre, irrégulièrement indurée, dont l'épiderme tombe continuellement sous forme d'écailles de dimensions extrêmement variables. Quelquefois il y a une exsudation qui amène la formation de croûtes; cette exsudation provient souvent de vésicules qui se rompent facilement. On peut ainsi répartir les types en 3 catégories : la forme humide, la forme sèche moins fréquente, la forme mixte, la plus rare. Les différentes régions du cœur peuvent être envahies successivement. Peu à peu l'inflammation disparaît, laissant la peau épaissie, indurée et ridée. Souvent la peau prend l'aspect du parchemin. L'éruption débute le plus souvent par le bras ou l'avant-bras, presque aussi fréquemment par la face ou le cuir chevelu, d'autres fois par les pieds et les jambes, les mains, plus rarement par le cou, la poitrine ou l'abdomen. L'éruption gagne par contiguité les tissus voisins et envahit ainsi le plus souvent toute la peau. Le début et la fin se font graduellement. Quelquefois l'affection est annoncée par de la lassitude de l'anorexie. La convalescence est longue, les rechutes sont fréquentes. Le malade éprouve des sensations de cuisson et de démangeaison. Dans des cas rares l'asthénie se prononce assez pour amener une issue fatale. La température est normale ou même inférieure à la normale. Dans un quart des cas il y a des vomissements et de la diarrhée. La conjonctive est très souvent enflammée. Les cheveux, les ongles tombent. Dans la moitié des cas on a trouvé de l'albumine dans l'urine; mais il n'y a pas d'affection persistante du rein. Le malade peut mourir par collapsus et coma comme dans l'urémie. La peau peut rester pigmentée après la disparition de l'éruption. Au début il faut faire le diagnostic avec l'érysipèle; on se guidera sur l'absence de fièvre, la présence de vésicules dans certains, l'absence du sillon de délimitation. Certains cas peuvent faire penser à la rougeole, mais ils s'en distinguent par l'absence de fièvre et une desquamation intense. La forme sèche rappelle le pityriasis, mais elle s'en distingue par son allure épidémique. C'est surtout avec l'eczéma que la confusion est possible; mais elle en diffère par l'étendue et l'intensité de l'inflammation dermique, l'abondance de l'exfoliation et sa marche bien définie. Le seul traitement utile consiste à faire l'antisepsie à l'extérieur et donner à l'intérieur des stimulants. Au point de vue de l'étiologie, l'âge a une grande importance; c'est surtout dans la vieillesse qu'elle est fréquente. Les hommes y sont un peu plus sujets que les femmes. C'est une maladie contagieuse; cependant la contagion n'est pas très intense; il faut des conditions prédisposantes et notamment l'existence d'une affection antérieure.

M. Lunn. — A l'infirmerie de Marylebone, nous avons eu, depuis le mois de mai 1891, 193 cas d'eczéma épidémique, dont 95 chez des hommes et 88 chez des femmes. Il y a eu 23 morts. Les membres du personnel n'ont pas eu la forme adynamique qui frappait surtout les malades. On essaya en vain d'isoler les malades. On vit l'affection éclater dans des salles qui venaient d'être nettoyées. Le plus souvent la maladie débuta par des papules, puis apparurent des vésicules. Plusieurs malades eurent des rechutes. On vit survenir comme complications la méningite, des alopécies, la gangrène des pieds, de la conjonctivite, une pigmentation intense, la chute des ongles, etc. Un épileptique ne présenta aucune attaque pendant la durée de son affection. Le traitement n'a guère d'action. La durée moyenne est de six semaines.

M. Richards. — Dans mon service de femmes de l'infirmerie de Paddington, cette affection sévit sur 3 0/0 des malades; les malades âgées furent surtout prises. Toutes mes malades guérirent. Le traitement par le zinc ne paraît pas avoir eu d'action. Je crois qu'il s'agit là d'un trouble nerveux qui est dû à l'influenza. Dès que l'affection commença à disparaître, une épidémie de diarrhée se déclara. Ce qui me fit croire à l'influenza, c'est qu'avant le début de l'affection beaucoup se plaignirent de douleurs, de céphalée, de rachialgie.

M. Campbell. — Il y a plusieurs années j'ai eu à soigner un cas de dermatite exfoliatrice chronique datant de 10 ou 15 ans et correspondant exactement aux cas dont on vient de parler. Le malade était très affaibli, il fut pris finalement d'atrophie généralisée avec paralysie musculaire des membres inférieurs et il mourut. A l'autopsie j'ai trouvé une myélite étendue. En conséquence je serais assez disposé à regarder l'affection dont on parle comme une manifestation d'un trouble nerveux.

M. Startin. — Cette affection ne présente pas un symptôme caractéristique. En somme on pourrait dire qu'il s'agit là d'une maladie mixte et l'appeler un eczéma érysipélateux superficiel. C'est plutôt une affection microbienne que nerveuse.

M. Stephen Mackensie. — Le mode de début est tout à fait unique. L'éruption initiale est le plus souvent papuleuse. Les signes sont ceux d'un érythème généralisé avec desquamation abondante. Le terme de dermatite exfoliatrice est préférable, parce qu'il ne préjuge pas de la cause. J'ai publié, dans le *Journal de dermatologie*, 31 cas analogues, qui débutèrent les uns par une forme d'eczéma, les autres par du psoriasis, les autres par une dermatite exfoliatrice d'emblée. Ces cas étaient survenus d'une façon sporadique, en dehors de toute épidémie. Ces cas furent soignés dans les salles ordinaires où ils ne communiquèrent point l'affection. Ces 31 cas se rapportaient plus spécialement à des malades

âgés. Les vêtements, dans la maladie dont on s'occupe actuellement, ne doivent-ils pas être considérés comme propres à disséminer cette affection ?

M. Crocker. — S'agit-il là d'une maladie générale ou locale ? On peut soutenir les deux opinions. Dans beaucoup de cas j'ai vu les ganglions lymphatiques augmenter de volume. Je crois que la maladie vient de l'extérieur, puis se généralise sur l'individu ; ce qui conduit à admettre que c'est une maladie causée par un microbe ou plutôt par les produits de ce dernier. L'objection qu'on peut faire à ce que ce soit une maladie générale consiste dans ce fait qu'elle est plutôt endémique qu'épidémique.

M. Downes. — A une éruption près, on n'a signalé la présence de cette affection dans aucun work-house. Je me rappelle avoir vu autrefois un cas analogue à cette maladie ; il s'agissait d'une myélite qui paraissait consécutive à un eczéma.

M. Savill. — Je suis fortement enclin à croire qu'il s'agit là d'une affection microbienne, d'autant que je suis arrivé à produire une affection semblable chez un animal.

AUTRICHE

SOCIÉTE IMPÉRIO-ROYALE DES MÉDECINS DE VIENNE

Séance du 4 décembre 1891.

Cancer du rein.

M. Kundrat après avoir montré la genèse ordinairement admise de ce cancer aux dépens de l'épithélium du parenchyme rénal, ajoute qu'on peut observer l'épithéliome pavimenteux né de l'épithélium des calices et du bassinet. Il en fait voir plusieurs préparations. D'ailleurs dans les vieilles pyélites il n'est pas exceptionnel que l'épithélium de ces régions subisse une véritable épidermisation avec kératinisation.

M. Billroth ne connaissait rien de ce genre, mais il se déclare convaincu par l'examen des pièces. En général il conseille dans la néphrectomie de ne pas enlever avec le rein la capsule adipeuse, car cela expose à l'hémorrhagie. Dans une pièce qu'il présente il a cependant dû le faire, à cause des adhérences. En outre dans ce cas il s'écoule par la plaie, quoiqu'il ne s'agisse pas d'un rein en fer à cheval, un liquide d'apparence urineuse dont l'origine est inconnue.

Résection du foie.

M. Kretz a fait l'autopsie d'une femme de 22 ans qui s'est suicidée en avalant de l'acide sulfurique et est morte de rétrécissement œsophagien deux ans après avoir subi l'extirpation, faite par Billroth, d'un kyste hydatique du foie. En ce lieu existait une cicatrice hépatique qui adhérait à celle de la paroi. Le lobe droit est un peu hypertrophié et graisseux.

M. Billroth fait remarquer qu'en général l'hypertrophie compensatrice est telle dans ce cas que la perte de substance est annihilée.

M. Kundrat observe que dans le cas actuel l'alimentation a été pendant longtemps défectueuse et n'a sans doute pas pu fournir de matériaux suffisants au foie.

Sténose cæcale. Iléo-colostomie.

M. Hochenegg. — Le malade âgé de 33 ans fut pris subitement il y a un an de violentes douleurs dans la région iléocæcale, accompagnées de diarrhée. Il eut successivement plusieurs attaques semblables; au niveau de la région iléo-cæcale se développa une tumeur de la grossesse du poing peu mobile, assez douloureuse à la palpation : je fis le diagnostic de carcinome du cæcum et pratiquai la laparotomie le 28 mai dernier. En présence des adhérences de la tumeur cæcale avec tout le petit bassin, je décidai de faire l'iléo-colostomie, opération pratiquée par Hacker et Salzer sur des animaux. Je sectionnai l'iléon et le côlon, après une ligature préalable, puis par une suture circulaire, je réunis la lumière des parties intestinales. Les extrémités du côlon et de l'iléon adhérentes à la tumeur furent suturées dans la plaie abdominale. La tumeur s'est réduite de moitié et est devenue mobile, si bien que le diagnostic de carcinome parait douteux. Comme il n'y a pas de raison pour songer à la tuberculose, je pense qu'il s'est agi d'une tumeur inflammatoire chronique du cæcum.

Cette méthode opératoire trouve son indication : 1° dans les tumeurs malignes inopérables du cæcum avec ou sans sténose ; 3° dans les inflammations chroniques et souvent récidivantes; 3° dans les fistules stercorales si fréquentes de cette région.

L'iléo-colostomie parait devoir supplanter l'opération de l'anus contre nature, excepté dans les cas où il est urgent d'intervenir rapidement. Ultérieurement, alors, on pratiquera encore avec raison l'iléo-colostomie.

Crampe nerveuse.

M. Kahler présente un cas de crampe nerveuse des plus accentués, survenue chez un jeune homme de 18 ans, à la suite d'une peur excessive. Limitée au début à la moitié du corps, la contracture est aujourd'hui générale.

Le malade, animé de mouvements des plus exagérés, présente une scoliose et une lordose de la colonne dorso-lombaire qui disparaît pendant le sommeil naturel et chloroformique. Sur tout le corps on voit des secousses musculaires arythmiques, classiques, de toute nature, et de temps en temps des contractions toniques au niveau du tronc et du cou. Grâce à une force de volonté énergique, le malade peut rester un instant tranquille.

M. Kahler range ces troubles de motilité dans les cas de tic convulsif. Il exclut la chorée, le myoclonus multiplex et l'hystérie. Pour cette dernière, il manque les troubles de sensibilité, le rétrécissement du champ visuel, les attaques hystéro-épileptiques et les troubles psychiques.

Névrose traumatique.

M. Bénédikt a présenté le 30 novembre 1891, AU COLLÈGE DE MÉDECINE DES DOCTEURS DE VIENNE, un cas de névrose traumatique consécutive à un accident survenu en 1882. Elle se caractérisa par de l'ischialgie et de la parésie de la jambe gauche et de la rachialgie intense. — A la suite de divers traitements institués depuis 1888, tous les troubles, sauf la rachialgie, ont disparu. Ce dernier symptôme, fréquent dans la névrose traumatique, est caractéristique non seulement des formes développées par shok moléculaire, mais encore des névroses chirurgicales ou mécaniques.

M. Elzholz, au point de vue pathogénique, rejette l'opinion d'une lésion, fonctionnelle ou anatomique, dans le système nerveux périphérique ou médullaire. Il pense plutôt à une lésion cérébrale. Les troubles trophiques ne sont pas contraires à cette théorie d'après les travaux de Borgherini et de Eisenlohr.

S'agit-t-il d'un trouble fonctionnel ou d'une lésion anatomique ? En raison de l'époque tardive d'apparition de la maladie, il faut éliminer une affection cérébrale aiguë anatomique ; il ne peut être également question d'encéphalite chronique ni de gliomatose. Il s'agit d'une affection d'ordre fonctionnel, d'une névrose traumatique.

M. Elzholz fait ensuite un court exposé historique de la question. Jusqu'à Charcot, on pensait à une affection organique; depuis on admet qu'il s'agit d'une lésion fonctionnelle cérébrale imputable à l'hystérie. Cette théorie, partagée par Oppenheim et Strümpell avec quelques restrictions, est contraire aux idées de Meynert, qui place le siège de la lésion dans la capsule interne, et fait découler celle-ci de troubles vaso-moteurs.

Livres déposés au Bureau du Journal

De l'hémostase préventive dans les opérations chirurgicales. Etude théorique et pratique du pincement préventif des vaisseaux combiné au morcellement suivant la méthode du professeur Péan, par Audain, ancien interne des hôpitaux. In-8° avec 45 grandes figures. Paris, G. Steinheil, éditeur. Prix : 4 fr.

Contribution à l'étude de l'épilepsie syphilitique (encéphalite et méningite gommeuse), par Mallet, ancien interne des hôpitaux, in-8°. Paris, G. Steinheil, éditeur. Prix : 3 50

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'IMP. DES ARTS ET MANUFACTURES et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

N° 50. — 16 DÉCEMBRE 1891 Tirage : 12,500 exemplaires. LE NUMÉRO QUINZE CENTIMES

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

PUBLIÉ PAR

LA GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Et servi gratuitement à tous les abonnés de ce journal

ABONNEMENTS SPÉCIAUX POUR MM. LES ÉTUDIANTS. — UN AN : 6 FRANCS

L. LEREBOULLET, Rédacteur en chef. — A. BROCA, Secrétaire de la Rédaction

Librairie de G. MASSON, 120, boulevard Saint-Germain.

SOMMAIRE

ACTES
DES FACULTÉS DE MÉDECINE

Thèses du 21 au 26 décembre 1891.

Mercredi 23. — M. Delangle. Contribution à l'étude physiologique et thérapeutique du sérum. — M. Létienne. De la bile à l'état pathologique. — M. Constantinescu. De la contagiosité et des complications pleuro-pulmonaires dans les angines aiguës. — M. Cagny. Infarctus placentaires et albuminurie. — M. Kaplan. Le sinus sphénoïdal comme voie d'infection intra-crânienne et orbitaire. — M. Civel. De la trachéotomie préventive avec tamponnement du pharynx dans les opérations intéressant la bouche et la cavité pharyngienne.

Jeudi 24. — M. Paulides. Contribution à l'étude de l'infection purulente (pustules de Colles). — M. Poulat. Etude critique et bibliographique sur quelques-uns des traitements de la subinvolution utérine. — M. Tuvache. De la néphrite grippale. — M. Vibert. Contribution à l'étude du traitement de la rétention du placenta dans l'avortement

VARIÉTÉS

Mutations dans les hôpitaux (médecine). Par suite de la retraite de MM. Dumontpallier et Cadet de Gassicourt, M. Cornil passe à l'Hôtel-Dieu, M. Moizard à Trousseau, M. Bouchard à la Charité, M. Faisans à la Pitié, MM. Barié et Comby à Tenon.

La place vacante à Sainte-Périne semblait revenir à M. E. Hirtz premier du Bureau Central. Mais M. Lépine, (de Lyon) récemment nommé professeur à la Faculté de Paris, a pu reprendre sa place en tête de liste et a eu ce service. M. Hirtz s'est associé à ses collègues pour « fêter le retour de l'enfant prodigue », mais en protestant, car « dans cette petite cérémonie, c'est lui qui joue le rôle du veau gras. »

Concours des prix de l'internat en médecine : Médaille d'or, M. Thiroloix; médaille d'argent, M. Achalme; accessit, M. Pilliet.

Spécialités de la Maison TROUETTE

15, RUE DES IMMEUBLES-INDUSTRIELS, PARIS

CATAPLASME HAMILTON

Ce ***Cataplasme instantané*** représentant les principes mucilagineux concentrés de la graine de lin, se prépare instantanément par simple immersion dans l'eau; *il a de plus l'avantage d'être très léger et de ne jamais rancir.*

SE TROUVE DANS TOUTES LES PHARMACIES

Gros: E. TROUETTE, 15, r. des Immeubles-Industriels.

SOLUTION D'ANTIPYRINE DE TROUETTE

MÉDICAMENT LE PLUS ACTIF

contre les Maladies où la **Douleur** joue le rôle principal.

CHAQUE CUILLERÉE A BOUCHE CONTIENT 50 CENTIGR. D'ANTIPYRINE PURE

DOSE : Une cuillerée à bouche toutes les heures jusqu'à effet sans dépasser 8 à 10 cuillerées à bouche dans les 24 heures.

Prix : 4 fr. le flacon.

SE TROUVE DANS TOUTES LES PHARMACIES

Gros: E. TROUETTE, 15, r. des Immeubles-Industriels.

VIN DU DR CABANES

(Kina-Cabanes)

Au Lactophosphate de Chaux et de Fer et au Quinquina titré

Contre ***Dyspepsie, Anémie, Chlorose, Convalescences, Inappétence, Formation des jeunes filles, Menstruations difficiles et douloureuses.***

DOSE : Un petit verre à madère avant chaque repas.

SE TROUVE DANS TOUTES LES PHARMACIES.

Gros: E. TROUETTE, 15, r. des Immeubles-Industriels.

SIROP DE BOUBÉE

Antigoutteux et Antirhumatismal

SUDORIFIQUE, DIURÉTIQUE, STIMULANT, DÉPURATIF ANTISPASMODIQUE

Le plus puissant remède employé depuis 1825 contre la ***Goutte*** et les ***Rhumatismes.***

PRÉSENTÉ A L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

DOSE : de 2 à 4 cuillerées à bouche par jour, suivant la gravité de la maladie.

SE TROUVE DANS TOUTES LES PHARMACIES

Gros: E. TROUETTE, 15, r. des Immeubles-Industriels.

POUDRE DE VIANDE

Diastasée

DE TROUETTE-PERRET



FORMULE	Poudre de Bifteck	3/5
	Lactine	1/5
	Malt de Lentilles	1/5

Nous recommandons tout spécialement à MM. les Docteurs notre *Poudre de Viande* diastasée que nous garantissons SANS ODEUR NI SAVEUR et d'assimilation très facile.

DOSE : *De une à deux cuillerées à bouche délayées dans du chocolat, du lait, du bouillon ou de l'eau sucrée. Répéter cette dose de 2 à 6 fois par jour, suivant l'effet que l'on désire obtenir.*

Se trouve dans toutes les bonnes Pharmacies de France et de l'Etranger.

Vente en Gros à Paris: E. TROUETTE
15, rue des Immeubles-Industriels.

LA PAPAÏNE TROUETTE-PERRET



(Pepsine Végétale *tirée du* Carica Papaya)

LE PLUS PUISSANT DIGESTIF CONNU

Se trouve dans toutes les bonnes Pharmacies de France et de l'Etranger sous les formes suivantes :

Le **Sirop Trouette-Perret** à la *Papaïne* (une cuillerée à bouche après chaque repas).

L'Elixir Trouette-Perret à la *Papaïne* (un verre à liqueur après chaque repas).

Les **Cachets Trouette-Perret** à la *Papaïne* (deux cachets après chaque repas).

CONTRE LES

MALADIES D'ESTOMAC
VOMISSEMENTS — GASTRALGIES
GASTRITES — DYSPEPSIES

(Pour la **DIARRHÉE** des **ENFANTS** de 1 à 2 cuillerées à café de sirop après chaque repas)

Se trouve dans toutes les bonnes Pharmacies de France et de l'Etranger.

Vente en Gros à PARIS: *E. TROUETTE.*
15, rue des Immeubles-Industriels.

DRAGÉES DE

FER TROUETTE

à l'Albuminate de Fer et de Manganèse

SOLUBLE



Préparées par E. TROUETTE

Pharmacien de Première Classe, Ex-Interne des Hôpitaux de Paris

15, Rue des Immeubles-Industriels, 15, Paris

DOSE : Prendre en mangeant, à chaque repas, de **2 à 6** **Dragées de Fer Trouette** suivant l'âge du malade.

Prix du Flacon de 100 Dragées : 3 Francs

Se trouve dans toutes les Pharmacies.

GOUTTES LIVONIENNES

de TROUETTE-PERRET

à la CRÉOSOTE de HÊTRE

au Goudron de Norwège et au Baume de Tolu



Chaque capsule contient	Goudron de Norwège	0,075 mil.
	Créosote de Hêtre purifiée	0,05 cent.
	Baume de Tolu	0,075 mil.

Le remède le plus puissant contre les ***Affections des Voies respiratoires,*** les ***Affections de la poitrine,*** le ***Catarrhe,*** l'***Asthme,*** la ***Bronchite chronique,*** la ***Phthisie*** à tous les degrés, la ***Toux,*** la ***Tuberculose,*** etc.

DOSE : De 2 à 4 Gouttes Livoniennes au déjeuner et autant au dîner.

Se trouve dans toutes les bonnes Pharmacies de France et de l'Etranger.

Vente en Gros à Paris: E. TROUETTE
15, rue des Immeubles-Industriels.

SUPPLÉMENT THÉRAPEUTIQUE AU MERCREDI MÉDICAL

THÉRAPEUTIQUE

principe actif du persil (apioine) dans le traitement de l'aménorrhée et de la ménorrhagie, par R.-H. Hill, M. D. Washington, D. C.
Extrait analytique du *Medical Standard.*
(Volume IX, n° 6, juin 1891.)

Le persil est depuis longtemps reconnu la plupart des médecins comme un cellent remède dans le traitement des pressions, ou des menstrues douloureuses; et s'il s'est produit, à ce sujet, divergences d'opinions, ou même, fois, des résultats contradictoires, st que les préparations employées, nomment les préparations d'apiol du comrce, ne présentaient pas l'uniformité composition nécessaire pour assurer constance des effets thérapeutiques. Il lait, pour cela, une méthode chimique propriée, que Chapoteaut s'est appliqué et a réussi à trouver.

Après une étude approfondie de la nte, ce chimiste a finalement adopté procédé d'où résulte l'extraction d'un uide rougeâtre, épais, entrant en ébullion à 275° C. (527°), du poids spécifique 1,113. Le produit obtenu diffère entement du véritable apiol (von Gerich-), puisque ce dernier est un corps sofondant à 30° et bouillant à 300°. Il ère aussi de l'essence ou huile de perbouillant à 160° C.; sa couleur rougeâindique, en outre, qu'il ne peut être fondu avec le prétendu apiol du comrce, qui est un liquide jaune ou vert, n poids spécifique d'environ 1,007.

Cette substance, que Chapoteaut aple *apioline*, paraît bien être le principe f du persil.

Les observations cliniques en ont déntré l'activité réelle et constante; et expériences physiologiques de Lade il résulte que cette substance exerce action énergique et élective sur les anes génitaux, notamment sur l'utéet ses annexes, grâce à son influence le système vaso-moteur.

Elle agit aussi, par le même mecanissur la fibre musculaire lisse du tube ro-intestinal.

Fordyce Barker la recommande tout cialement pendant la semaine qui préle les menstrues, à dose de 3 grains, s fois par jour. Il la trouve particuement efficace chez les personnes miques et chlorotiques, et en recomnde l'usage combiné, avec de l'aloès e la podophylline dans les cas où il y rpeur intestinale.

Le docteur C.-H. Bradford, de Philaphie, qui a obtenu des résultats excels dans le traitement de l'aménorrhée, le cas suivant :

Observation I. — Une jeune fille de 19 ans avait toujours eu ses époques d'une manière fort irrégulière, les menstrues étaient faibles et ne s'étaient plus présentées depuis les deux derniers mois. Elles devaient revenir le 17 novembre, et, dès le 12, il lui prescrivit les capsules d'apioline, à prendre, une matin et soir, jusqu'à apparition des règles.

A la visite, le 19 novembre, il la trouva très soulagée; la mentruation avait commencé à revenir le 18 novembre au matin.

Le même cas se présenta aussi dans mon service du Washington Central Dispensary, et dans ma clientèle privée :

Observation II. — Une mulâtresse de 32 ans, de constitution robuste, primipare, avait joui d'une excellente santé jusqu'à la naissance d'un enfant mort-né, il y a six ans.

L'accouchement, fort laborieux, avait duré trois jours, et on avait dû employer les fers. Depuis, la ménorrhagie avait été si forte qu'elle avait dû garder le lit pendant les deux premiers jours de sa menstruation qui durait quatre jours.

Elle s'adressa à moi, il y a deux ans, et fut traitée par des douches chaudes, le permanganate de potasse, le bioxyde de manganèse, et ce, pendant trois mois, sans résultat.

En décembre 1889, je lui prescrivis trois capsules d'apioline, trois fois par jour, à prendre avant les repas et à commencer trois jours avant l'apparition des règles, pour être continuées jusqu'au deuxième jour.

Les capsules ont fait merveille. La période reparut et dura quatre jours.

Je fis encore la même ordonnance le mois suivant, et tout se passa bien, sans perte et sans douleur.

La femme devint bientôt enceinte, et le 21 octobre 1890, après un accouchement de trois heures, je la délivrai, avec les fers, d'un enfant mâle de dix livres et demie.

Le père et la mère ne cessent de me remercier chaque fois qu'ils me voient et déclarent que, grâce à l'apioline, ils ont pu avoir enfin un enfant robuste et plein de vie.

Observation III. — Une personne de 23 ans, de tempérament nerveux et anémique, vint me consulter, en mai 1890, pour une dysménorrhée. Elle avait pris nombre de remèdes, sans succès, et devait, à chaque époque, se coucher pendant deux jours, prendre du cognac et faire des applications de sinapismes.

L'époque durait généralement une semaine et se présentait irrégulièrement.

Je lui donnai 12 capsules d'apioline, par trois à la fois, qu'elle devait prendre deux ou trois fois par jour, avant les repas, à commencer trois jours avant les époques, et à continuer jusqu'au deuxième jour.

Un grand soulagement se produisit dès le premier essai.

Je lui prescrivis la même dose aux prochaines époques, et, après en avoir fait usage à trois reprises, elle fut complètement guérie, et se porte on ne peut mieux maintenant.

Observation IV. — Une personne de 23 ans, forte, aimant les plaisirs, avait souffert pendant six ans de ménorrhagie; mais n'avait, jusqu'en juin 1890, jamais consulté de médecin.

Ses époques duraient six jours et elle était obligée de garder le lit les deux premiers jours, prendre des stimulants et appliquer des compresses chaudes.

J'ordonnai 12 capsules d'apioline, par trois à la fois, trois fois par jour, avant les repas, à commencer trois jours avant l'apparition des règles et à continuer jusqu'au deuxième jour.

Elle eut un soulagement dès la première fois, cependant elle souffrait encore légèrement.

Je renouvelai la dose à l'époque suivante; depuis elle est complètement guérie et ne souffre plus pendant la menstruation.

Observation V. — Une actrice de 25 ans, tempérament hystérique et anémique, avec antécédents nerveux, souffrait d'un rhumatisme inflammatoire en 1885.

En 1888, lorsque j'eus à la soigner, elle était anémique et hystérique.

Elle avait des attaques hystériques. Ses époques duraient environ quatre jours. Elle avait été traitée avec du fer, de l'arsenic, de l'huile de foie de morue, des toniques, du malt, de la pepsine, des bromures, de l'antipyrine, du permanganate de potasse, du bioxyde de manganèse, etc.

Après un séjour au bord de la mer pendant l'été 1889, elle alla beaucoup mieux, au point de faire partie d'une troupe théâtrale, qui fit de mauvaises affaires; de sorte qu'en février 1890, se trouvant dans une position assez malheureuse, elle retomba dans un état nerveux maladif.

Je cédai aux instances de sa famille et lui donnai de nouveau mes soins.

J'avoue que j'étais assez embarrassé, la malade était plus affaiblie qu'elle ne l'avait jamais été et s'adonnait à la morphine et au whisky.

L'estomac refusait toute espèce de nourriture et elle était d'une faiblesse extrême.

Je défendis absolument la morphine et la fis surveiller sans cesse, en tolérant un peu de whisky dans du lait ou en grog, avec un œuf pour nourriture. Je prescrivis du fer, de la quinine et de la strychnine, et lui ordonnai matin et soir des pastilles d'aloès et d'assa fœtida.

Une légère amélioration se produisit.

Au printemps de 1890, j'insistai pour l'examiner, afin d'essayer de découvrir la cause de la *dysménorrhée* dont elle souffrait, mais elle refusa de s'y prêter.

Plus tard, cependant, elle y consentit; l'utérus était très petit et haut placé.

Pendant l'examen elle fut prise d'une attaque hystérique et j'eus à la suspendre.

Je fis deux autres essais, mais toujours avec le même résultat, ne voulant pas faire usage d'un anesthésique. Continuant mon traitement des fortifiants, et prescrivant en fortes doses de la maltine et du fer, je me décidai, en octobre dernier, à employer l'apioline.

La malade en prit une petite dose avant et pendant ses époques, pendant trois mois, et en fut légèrement soulagée.

En janvier, je lui prescrivis trois fois par jour des capsules d'apioline, et son indisposition durant la deuxième semaine de ce mois fut la moins douloureuse.

Elle dit se bien porter maintenant, être de bonne humeur et espérer pouvoir bientôt reparaître sur la scène.

Elle m'annonce à l'instant qu'elle vient d'être indisposée (seconde semaine de février), sans être obligée de se coucher, et ne sentant presque plus de douleur.

Observation VI. — Un récit presque pareil m'est fourni par le docteur J.-D. Morgan.

Une actrice souffrait habituellement au moment de ses époques.

Pertes très faibles et de caractère souvent membraneux.

Quelques jours avant, elle souffrait de maux de tête violents, de palpitations et de mélancolie.

D'habitude le flux menstruel apparaissait accompagné de douleurs extrêmement aiguës, déterminant chez la malade des convulsions très prononcées.

La malade avait été soignée par des sommités médicales, sans aucun résultat.

L'emploi de l'apioline, prise aux mêmes doses que ci-dessus, l'a soulagée depuis et a fait disparaître ces symptômes.

L'apioline est particulièrement recommandable dans la *dysménorrhée spasmodique et congestive,* cas dans lequel l'on doit surtout chercher à égaliser la pression circulatoire, en augmentant la puissance de l'effort ovarien.

Dans les cas d'aménorrhée où les règles ont disparu depuis peu de temps, elles réapparaissent vite. Dans les cas dépendant de troubles utérins, et où un traitement interne est recommandé, ce remède fait cesser la suppression, régularise les menstrues, prévient les douleurs, et peut être considéré comme un emménagogue des plus efficaces.

Bien que ce produit soit classé comme un spécifique dans les désordres menstruels, il ne faut pas oublier que ces troubles sont souvent subordonnés ou associés à une atonie générale du système, qui exige des toniques, des hématiques et des moyens hygiéniques appropriés.

On ne peut se flatter de faire disparaître la dysménorrhée provenant d'obstruction pathologique du canal utérocervical, causes que l'on néglige parfois d'approfondir.

Mais même dans ces circonstances, comme nous venons de le prouver dans le cas V, c'est un excellent palliatif, il permet un traitement local indiqué et nécessaire qui, pour des raisons évidentes, n'était pas possible avant son emploi.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Prix décernés par l'Académie de médecine.

Prix de l'Académie (1,000 fr.). — Question : De la part de l'air dans la transmission de la fièvre typhoïde :

1° 500 francs à M. Sicard, médecin en chef de l'Hôtel-Dieu de Béziers (Hérault); 2° 250 francs à M. Delahousse, médecin principal, directeur du service de santé du 12° corps d'armée, à Limoges; 3° 250 francs à M. Albert Boucher, médecin-major de 2° classe au 147° d'infanterie, à Verdun.

Prix Alvarenga de Piauhy (Brésil) (800 fr.). — 1° M. le docteur Frédéric Bateman, de Norwich (Angleterre), pour son traité intitulé : On aphasia or loss of speech and the localisation of the faculty of articulate language; 2° M. le docteur Félix Legueu, de Paris, pour son travail portant le titre suivant : Des calculs du rein et de l'uretère au point de vue chirurgical.

Des mentions honorables sont en outre accordées à MM. les docteurs : Blocq, de Paris, pour son ouvrage sur une Affection caractérisée par de l'astasie et de l'abasie; Labit, médecin-major au 85° de ligne, à Cosne, pour sa Topographie médicale et anthropologique du département de la Nièvre; Legrain, de Paris, pour son travail intitulé : Hérédité et alcoolisme ; de l'alcoolisme dans ses rapports avec l'hérédité descendante.

Prix Barbier (2,500 fr.). — L'Académie ne décerne pas le prix, mais elle accorde à titre d'encouragement :

1° 1,000 francs à M. Adrien Lucet, médecin-vétérinaire à Courtenay (Loiret), pour son ouvrage intitulé : De la congestion des mamelles et des mammites aiguës d'origine externe chez la vache; 2° 500 francs à M. le docteur Thoinot, de Paris, pour son Enquête sur les foyers de la fièvre typhoïde en France; 3° 500 francs à MM. Galtier et Violet, professeurs à l'Ecole de médecine vétérinaire de Lyon, pour leur travail, fait en collaboration, sur les pneumo-entérites infectieuses des fourrages ou variétés des affections typhoïdes des animaux solipèdes.

Prix Henri Buignet (1,500 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. Patein, de Paris, pharmacien en chef de l'hôpital Lariboisière, pour ses ouvrages sur l'Albuminurie consécutive aux inhalations chloroformiques; Sur une cause d'erreur dans la recherche et le dosage de l'albumine.

Prix Capuron (1,000 fr.). — Question : De l'action des eaux salines sur les fibromes utérins. L'Académie accorde une mention honorable à M. le docteur Versepuy, médecin consultant aux eaux de Saint-Nectaire.

Prix Civrieux (900 fr.). — Question : Des rémissions dans la paralysie générale des aliénés. L'Académie partage le prix entre : 1° M. le docteur L. Camuset, médecin-directeur de l'Asile public d'aliénés d'Eure-et-Loir, à Bonneval : 2° M. le docteur Charles Vallon, médecin en chef à l'asile d'aliénés de Villejuif (Seine).

Une mention honorable est en outre accordée à M. le docteur Bernard, médecin à la Ruche, Dinard-les-Bains (Ille-et-Vilaine).

Prix Daudet (1,000 fr.). — Question : Du traitement chirurgical du goître et de ses conséquences immédiates ou éloignées. L'Académie ne décerne pas le prix, mais elle accorde des encouragements :

1° 500 francs à M. le docteur James Berry, chirurgien au Royal Free Hospital, à Londres ; 2° 500 francs à M. le docteur Léon Gallez, au Châtelet (Belgique).

Prix Desportes (1,300 fr.). — Le prix est décerné à M. le docteur Brocq, de Paris, pour son Traité des maladies de la peau.

Une mention honorable est en outre accordée à M. le docteur Burlureaux, professeur agrégé au Val-de-Grâce, pour son travail intitulé : Traitement des tuberculeux par la créosote à haute dose en injections sous-cutanées.

Concours Vulfranc Gerdy. — Le legs Vulfranc Gerdy est destiné à entretenir près des principales stations minérales de la France ou de l'étranger, des élèves en médecine nommés à la suite d'un concours ouvert devant l'Académie de médecine.

L'Académie a versé, en 1891, les sommes suivantes à MM. les stagiaires : 2,000 francs à M. Gresset, pour son Rapport sur les eaux de Salins (Jura), en 1890, et sa Mission, en 1891, à Contrexéville; 2,000 francs à M. Gauly, pour son Rapport sur les eaux de Bagnères-d Bigorre en 1890, et ses Missions en 1891, Martigny-les-Bains ; 3,500 francs à M. Cathe neau, pour son Rapport sur les eaux de Sain Nectaire, en 1890, et ses Missions en 1891, saiso d'été à Barèges et saison d'hiver à Salies-d Béarn; 3,000 francs à M. Matton, pour s Missions, en 1891, à Maizières (Côte-d'Or) et Dax (Landes).

Prix Ernest Godard (1,000 fr.). — L'Acad mie partage le prix ainsi qu'il suit : 1° 400 fran à M. le docteur Kirmisson, de Paris, pour s Leçons cliniques sur les maladies de l'appare locomoteur (os, articulations, muscles); 2° 300 à M. le docteur Félizet, de Paris, pour son o vrage intitulé : La cure radicale des hernies pa ticulièrement chez les enfants; 3° 300 francs M. Ch. Répin, interne des hôpitaux de Par pour son travail : Origine parthénogénétique d kystes dermoïdes de l'ovaire.

Prix de l'hygiène de l'enfance (1,000 franc — Question : Déterminer quels sont, dans l'all tement artificiel des enfants du premier âge, valeur et les effets, soit du lait cru et tiédi bain-marie, soit du lait bouilli.

Le prix est partagé entre : 1° M. le docte Henry Drouet, de Paris; 2° M. le docteur Sév rin Icard, de Marseille.

Une mention honorable est en outre accord à M. le docteur Emile Thomas, médecin de Policlinique à l'Université de Genève.

Prix Itard (2,700 fr.). — Un prix de 2,000 est décerné à M. le docteur Duroziez, de Par pour son Traité clinique des maladies du cœu

L'Académie accorde, en outre, à titre d'enco ragement : 1° 350 francs à MM. les docteu Gouguenheim et Paul Tissier, de Paris, po leur ouvrage, fait en collaboration, sur la phti sie laryngée; 2° 350 francs à M. le docteur D val, de Paris, pour son Traité pratique et c nique d'hydrothérapie.

Prix Laborie (5,000 fr.). — Le prix est pa tagé ainsi qu'il suit : 1° 2,000 francs à M. docteur Paul Thiéry, de Paris, pour s ouvrage intitulé : De la tuberculose chirurg cale; suites immédiates et éloignées de l'inte vention ; traitement pré et post-opératoir 2° 1,500 francs à M. le docteur Pierre Delb de Paris, auteur du travail ayant pour titr Des suppurations pelviennes chez la femm 3° 1,500 francs à M. le docteur Delorme, prof seur au Val-de-Grâce, pour son Mémoire sur Types des fractures des diaphyses par les ball séméiologie générale de ces fractures et sémé logie spéciale de leurs groupes et de leur v riété.

L'Académie accorde en outre des mentio honorables à : 1° M. le docteur Marcel Baudou de Paris, pour son ouvrage intitulé : Hysté pexie abdominale antérieure et opérations pubiennes dans les rétrodéviations de l'utér 2° M. le docteur René-Léon Le Fort, stagi au Val-de-Grâce, pour son travail ayant titre : La topographie crânio-cérébrale ; appli tions chirurgicales; 3° M. le docteur Lo Wickham, de Paris, pour sa Contribution à l'ét des psorospermoses cutanées et de certai formes de cancer (maladie de la peau dite ma die de Paget).

Prix Laval (1,000 fr.). — L'Académie déce le prix à M. Martin Durr, interne des hôpita de Paris.

Prix Meynot (2,600 fr). — L'Académie déce 1° Un prix de 1,600 francs à M. le doct Nicati, de Marseille, pour son ouvrage intitu La glande de l'humeur aqueuse, anatomie, p siologie, pathologie; 2° une récompense 500 francs à M. le docteur Valude, de Pa pour ses Etudes expérimentales et cliniques la tuberculose oculaire; 3° une récompense 500 francs à M. le docteur Georges Martin Bordeaux, pour son travail portant le titre vant : De l'amblyopie des astigmates.

Prix Adolphe Monbinne (1,500 fr.). — prix de 1,000 francs est décerné à M. le doct Fernand Lagrange, de Limoges, pour son moire intitulé : La gymnastique suédoise étu à Stockholm. Une mention honorable, avec somme de 500 francs, est en outre accord

M. Galtier, professeur à l'Ecole de médecine vétérinaire de Lyon, auteur d'un travail sur la Pneumo-entérite infectieuse du mouton.

Prix Nativelle (300 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. Houdas, préparateur de chimie à l'Ecole supérieure de Pharmacie de Paris, pour son mémoire intitulé : Contribution à l'histoire chimique de la digitale.

Prix Oulmont (1,000 fr.). — M. Souques, interne en médecine des hôpitaux de Paris, a obtenu le prix.

Prix Portal (800 fr.). — Question : Anatomie pathologique des érysipèles. L'Académie décerne le prix à M. Pierre Achalme, interne des hôpitaux de Paris.

Une mention honorable est en outre accordée à M. Critzman, interne des hôpitaux de Paris.

Prix Vernois (700 fr.). — L'Académie partage le prix de la manière suivante : 1° 300 fr. à M. C. Tollet, ingénieur à Paris, pour ses travaux intitulés : De l'assistance publique et des hôpitaux jusqu'au XIXe siècle ; Les hôpitaux au XIXe siècle ; 2° 200 francs à M. le docteur Eugène Richard, médecin principal de l'armée, agrégé libre du Val-de-Grâce, pour son Précis d'hygiène appliquée ; 3° 200 francs à M. le docteur Carlier, médecin-major, pour ses Recherches anthropométriques sur la croissance.

Service des eaux minérales — Médaille d'or à M. le docteur Bourgarel, à Pierrefonds (Oise) ; rappel de médaille d'or à M. Lacour-Eymard, pharmacien-major de 1re classe à la Direction du service de santé du 4e corps ; médailles d'argent à MM. les Drs Belugou, à La Malou (Hérault), Chauvet, à Royat, Frémont, à Vichy, Delastre, à Brides-les-Bains (Savoie), Marbroux, à Contrexéville (Vosges) ; rappels de médailles d'argent à MM. les Drs Challan, médecin principal de 1re classe, Chiais, à Evian (Haute-Savoie), Percepied, au Mont-Dore, Planche, à Balaruc (Hérault), Rodet, à Vittel (Vosges) ; médailles de bronze à MM. Bretet, pharmacien à Vichy, les Drs Cornillon, à Vichy, Forestier, à Aix-les-Bains (Savoie), Laussedat, à Royat, Morisson, à l'hôpital militaire d'Amélie-les-Bains.

Service des épidémies. — Médailles d'or à MM. les Drs Chabenat, médecin des épidémies de l'arrondissement de La Châtre (Indre), Fiessinger, à Oyonnax (Ain) ; rappels de médailles d'or à MM. les Drs Alison, de Baccarat (Meurthe-et-Moselle), Jacques Bertillon, de Paris, Coustan, médecin-major de 1re classe au 122e de ligne, à Montpellier, Gerlier, à Ferney-Voltaire (Ain), Jablonski, médecin des épidémies de l'arrondissement de Poitiers, Marvaud, médecin principal de 1re classe à Lyon, Teissier, de Lyon ; médailles d'argent à MM. les Drs Balestre, directeur du bureau municipal d'hygiène et de statistique de la ville de Nice (Alpes-Maritimes) ; Catelan, médecin sanitaire de France à Alexandrie (Egypte), Coiffier, au Puy (Haute-Loire), Courrent, de Tuchan (Aude), Dubrulle, médecin-major au 116e de ligne, Duvernet, de Paris, Henri Favier, médecin-major au 5e régiment de dragons, à Compiègne, Fleury, médecin du bureau d'hygiène et de statistique de la ville de Saint Etienne (Loire), Gleize, médecin-major de 2e classe, à Tizi-Ouzou (département d'Alger), Jenot, médecin à Dercy (Aisne), Louis Masson, inspecteur du service d'assainissement du département de la Seine, Paul Roux, sous-chef de bureau de l'hygiène publique au ministère de l'intérieur ; rappels de médailles d'argent à MM les Drs Bompaire, à Millau (Aveyron), Carlier, médecin-major de 2e classe au 74e de ligne, Darolles, à Provins (Seine-et-Marne), Frilet, médecin-major à Sousse (Tunisie), Geschwind, médecin-major de 1re classe à Mostaganem, Hébert, à Audierne (Finistère), Leclercq, à Arras (Pas-de-Calais), Longet, médecin-major, à Givet (Ardennes), Schoull, médecin-major de 2e classe, à Tunis, Sicard, médecin en chef de l'Hôtel-Dieu de Béziers (Hérault), Torthe, médecin-major à Agen ; médailles de bronze à MM. les Drs Bidon, de Marseille (Bouches-du-Rhône), Butterlin, à Baume (Doubs), Chonnaux-Dubisson, à Villers-Bocage (Calvados), Gerbault, médecin-major de 1re classe au 10e de ligne à Auxonne (Côte-d'Or), Emile Girat, à Neuvy-Saint-Sépulchre (Indre), Larue, médecin-major de 2e classe au 106e de ligne, Albert Lévy, médecin-major à Aumale (Algérie), Magnant, à Gondrecourt (Meuse), Marix, médecin-major de 2e classe au 103e de ligne; Maurice Mercier, médecin-major de 2e classe au 90e de ligne; Millet, à Noyon (Oise), Perronet, à Cherchell (Algérie), Paul Raymond, de Paris, Emile Sudour, médecin-major de 2e classe au 15e de ligne, Thonion, à Annecy (Haute-Savoie), Tueffert, de Montbéliard (Doubs), Véron, médecin-major à l'Ecole d'application de Fontainebleau rappels de médailles de bronze à MM. les Drs Delamare, médecin-major de 2e classe au 32e de ligne, à Châtellerault (Vienne), Robert, médecin-major à Verdun (Meuse).

Service de l'hygiène de l'enfance. — Médailles de vermeil à MM. les Drs Bournet, à Amplepuis (Rhône); Capelle, à Hermies (Pas-de-Calais); Ernest Carle, juge de paix à Nyons (Drôme); Mazade, inspecteur départemental des Bouches-du-Rhône à Marseille; rappels de médailles de vermeil à MM. les Drs Blache, de Paris, Pierre Fleury, à Vannes, inspecteur départemental, Jenot, médecin à Dercy (Aisne), Picard, à Selles-sur-Cher (Loir-et-Cher), Regnoul, à Villeneuve-la-Guyarde (Yonne), Séjournet, à Revin (Ardennes); médailles d'argent à MM. les Drs Biron et Testelin, d'Argenteuil (Seine-et-Oise), Coffignon, à Marle (Aisne), Delobel, à Noyon (Oise), Dumée, à Nemours (Seine-et-Marne), Grosjean, à Montmirail (Marne), Gierszynski, à Ouarville (Eure-et-Loir), Picard, à Lagny (Seine-et-Marne), Savouré-Bonville, inspecteur départemental à Evreux (Eure), Toussaint, à Argenteuil (Seine-et-Oise), Van Merris, médecin en chef des salles militaires de Tours; rappels de médailles d'argent à MM. les Drs Carassus, de Milly (Seine-et-Oise), Delage, inspecteur des enfants assistés de la Gironde, à Bordeaux, Driard, à Moret-sur-Loing (Seine-et-Marne), Lelimouzin, inspecteur départemental de la Loire-Inférieure, à Nantes; médailles de bronze à MM. les Drs Brun, à Ladon (Loiret), Czajewski, à Orléans, Durand, à Saint-Martin-d'Auxigny (Cher), Edelga, inspecteur départemental du Var, à Draguignan, Gaudeffroy, à Vatan (Indre), Parizot, inspecteur départemental du Doubs, à Besanzon, Steffe, inspecteur départemental de l'Aube, à Troyes, Surbled, à Corbeil, Tourneur, inspecteur départemental de l'Orne, à Alençon.

Service de la vaccine. — Prix de 1,500 francs à partager également entre MM. les Drs Coiffier, docteur en médecine, au Puy (Haute-Loire), Adrien Schmit, médecin-major au 20e du train des Equipages militaires, à Versailles (Seine-et-Oise), Thomas, médecin-major de 1re classe, à l'hôpital militaire de Bordeaux (Gironde); quatre médailles d'or à MM. les Drs Georges Carlier, médecin-major de 2e classe au 74e régiment de ligne à Evreux (Eure), L. Dupeyron, médecin-major de 2e classe au 66e de ligne, à Tours (Indre-et-Loire), Joseph Guirard, médecin-major de 1re classe, en retraite, à la Villegros (Morbihan), Huguenard, médecin-major au 6e régiment de hussards à Bordeaux (Gironde); plus 100 médailles d'argent aux vaccinateurs qui se sont distingués soit par leurs travaux sur la vaccine, soit par le grand nombre de leurs vaccinations.

Prix proposés pour l'année 1892.

Prix de l'Académie (1,000 fr.). — Question : Phénomènes circulatoires, thermiques et chimiques de la contraction des muscles striés.

Prix Alvarenga de Piauhy (Brésil) (800 fr.). — Ce prix sera distribué à l'auteur du meilleur mémoire, ou œuvre inédite (dont le sujet restera au choix de l'auteur) sur n'importe quelle branche de la médecine.

Prix Amussat (1,000 fr.). — Ce prix sera décerné à l'auteur du travail ou des recherches basées simultanément sur l'anatomie et sur l'expérimentation qui auront réalisé ou préparé le progrès le plus important dans la thérapeutique chirurgicale.

Prix Barbier (2,500 fr.). — Ce prix sera décerné à celui qui aura découvert les moyens complets de guérison pour les maladies reconnues incurables, comme la rage, le cancer, l'épilepsie, les scrofules, le typhus, le choléra morbus, etc.

Des encouragements pourront être accordés à ceux qui, sans avoir atteint le but indiqué dans le programme, s'en seront le plus rapprochés.

Prix Henri Buignet (1,500 fr.). — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail manuscrit ou imprimé sur les applications de la physique ou de la chimie aux sciences médicales.

Il ne sera pas nécessaire de faire acte de candidature pour les ouvrages imprimés; seront seuls exclus les ouvrages faits par des étrangers et les traductions.

Le prix ne sera pas partagé; si, une année, aucun ouvrage ou mémoire n'était jugé digne du prix, la somme de 1,500 francs serait reportée sur l'année suivante, et dans ce cas, la somme de 3,000 francs sera partagée en deux prix de 1,500 francs chacun.

Prix Adrien Buisson (10,500 fr.). — Ce prix sera décerné à l'auteur des meilleures découvertes ayant pour résultat de guérir des maladies reconnues jusque-là incurables dans l'état actuel de la science.

Prix Capuron (1,200 fr.). — Question : De la phlegmatia alba dolens au point de vue obstétrical.

Prix Civrieux (900 fr.). — Question : Etablir, par des recherches cliniques et anatomo-pathologiques, la nature des pseudo-paralysies saturnine et alcoolique.

Prix Daudet (1,000). — Question : Leucoplasie buccale.

Prix Desportes (1,300 fr.). — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail de thérapeutique médicale pratique.

Prix Falret (1,000 fr.). — Question : Accidents nerveux de l'urémie.

Prix Ernest Godard (1,000 fr.). — Au meilleur travail sur la pathologie interne.

Prix Huguier (3,000 fr.). — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail, manuscrit ou imprimé en France, sur les maladies des femmes, et plus spécialement sur le traitement chirurgical de ces affections (non compris les accouchements). Il n'est pas nécessaire de faire acte de candidature pour les ouvrages imprimés; seront seuls exclus les ouvrages faits par des étrangers et les traductions. Ce prix ne sera pas partagé.

Prix de l'hygiène de l'enfance (1,000 fr.). — Question : Prophylaxie de la syphilis dans l'allaitement.

Prix Laborie (5,000 fr.). — Ce prix sera décerné à l'auteur du travail qui aura fait avancer notablement la science de la chirurgie.

Prix Laval (1000 fr.). — Ce prix devra être décerné chaque année à l'élève en médecine qui se sera montré le plus méritant. Le choix de cet élève appartient à l'Académie de médecine.

Prix Louis (5,000 fr.). — Question : De l'eau froide dans le traitement de la fièvre typhoïde.

Prix Mège (900 fr.). — Question : Des saignées locales.

Prix Meynot aîné père et fils, de Donzère (Drome) (2,600 fr.). — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur les maladies de l'oreille.

(*A suivre.*)

THÉRAPEUTIQUE

Nous croyons devoir appeler l'attention de nos confrères sur un produit nouveau, les « Comprimés de Vichy », ces « *Comprimés de Vichy* » découlant au point de vue scientifique et au point de vue pratique d'une idée ingénieuse, dont l'application peut rendre les plus grands services à tous ceux qui font usage des eaux de Vichy à l'étranger ou loin des sources d'où elles émergent.

Mettant à profit l'opinion émise au Congrès hydrologique de 1889, idée généralement admise aujourd'hui, que les eaux minérales agissent non seulement par les éléments minéraux qu'elles contiennent, mais encore par les éléments organisés qui vivent dans leur sein, M. Fédit, pharmacien à Vichy, s'est demandé s'il ne serait pas possible de préparer un produit facilement absorbable et participant sous un petit volume des propriétés minérales et organiques des eaux naturelles; si, en un mot, on ne pourrait pas communiquer aux sels minéraux artificiels représentant la composition des eaux de Vichy, la vitalité à laquelle ces eaux doivent une part de leur action thérapeutique si incontestée.

Le problème était d'une solution peu facile; cependant, après mûr examen de la question, il est impossible de ne pas admettre que M. Fédit, par ses « *Comprimés de Vichy* », s'est rapproché de la nature presque à la perfection.

Il fait la synthèse des éléments minéraux de l'eau de Vichy (bicarbonate de soude, de chaux, de lithine, etc.), chose relativement facile, puisqu'il suffit de grouper ces sels en tenant compte de leurs solubilités respectives et de leurs actions réciproques. Puis il communique à ces sels synthétiques la *vitalité* qui leur manquait en les sursaturant au moyen des eaux minérales naturelles de l'une ou de l'autre des sources de Vichy. Des appareils spéciaux de son invention lui permettent : d'une part, d'éliminer les éléments insolubles provenant de l'évaporation des eaux minérales naturelles; d'autre part, de maintenir vivants les éléments organiques contenus dans lesdites eaux, éléments qui sont alors ajoutés aux sels synthétiques. Le tout est ensuite desséché dans des conditions scientifiquement convenables, à très basse température. Enfin, une fois desséché, le mélange est rendu gazéifiable et finalement comprimé sous forme de petites tablettes au moyen de machines spéciales inventées et brevetées par l'auteur.

Dans ces conditions, parfaitement conservables avec toutes leurs propriétés minérales et organiques, vient-on au moment du besoin à plonger ces tablettes « *comprimées* » dans de l'eau : on les voit se dissoudre en produisant un abondant dégagement d'acide carbonique et presque instantanément on obtient une eau analogue à celle des sources ayant servi à la sursaturation.

Scientifiquement dosés, chacun de ces « *Comprimés* » contient 0,33 centigr. de bicarbonate de soude et les autres sels et éléments organiques contenus dans les eaux naturelles ayant servi à la sursuration.

FORMULAIRE THÉRAPEUTIQUE

Lavement purgatif. — M. W. Porter.

Extrait de fiel de bœuf........	25 grammes.
Glycérine.......	100 —
Huile de ricin....	50 —
Eau........................	25 —

Mêlez. — Pour un lavement qu'on prépare en versant tout le contenu du flacon dans un demi-litre ou un litre d'eau de savon chaude.

D'après M. le Dr Porter (de New-York), ce lavement serait très efficace contre la constipation habituelle et le météorisme intestinal. Il rendrait aussi des services dans la fièvre typhoïde et autres maladies où il est nécessaire de bien débarrasser l'intestin des matières fécales.

Pilules contre la bronchite inflammatoire chronique. — M. Ferrand.

Goudron purifié............	1 gramme.
Poudre de Dower............	1 g. 50 cent.
Poudre de benjoin...........	Q. S.

F. S. A. vingt pilules. — A prendre : 1 à 4 pilules dans la journée.

M. Ferrand conseille d'ajouter à ce traitement l'administration, 2 fois par semaine, d'un léger purgatif, de pratiquer au malade des frictions révulsives, sur le dos et la poitrine, avec la pommade ammoniacale et de lui faire faire des fumigations au chlorhydrate d'ammoniaque.

Mixture contre les gerçures des seins. — M. B. Hirst.

Huile de ricin................ Sous-nitrate de bismuth......	} āā 5 grammes.

Mêlez. — Usage externe.

Appliquée sur la partie atteinte, préalablement lavée et désinfectée avec soin, cette mixture y forme un enduit protecteur, à la fois très adhérent et de consistance singulièrement molle et douce, qui calme rapidement la douleur et l'irritation réflexe. Elle offre encore l'avantage de pouvoir être laissée en place, grâce à son innocuité absolue, lorsqu'on désire donner à l'enfant le sein malade.

Injections de créosote contre la phthisie pulmonaire. — M. Perron.

Créosote de hêtre............	5 grammes.
Huile de pied de bœuf pure stérilisée..................	95 c. cubes.

F. S. A. Pour injections hypodermiques.

Cette préparation est, d'après M. le docteur Perron (de Bordeaux), claire, fluide, limpide, légère et plus absorbable, grâce à l'emploi d'une huile d'origine animale, que celles dont le véhicule est une huile végétale.

LIVRES

déposés au Bureau du journal.

F. ALCAN, EDITEUR, PARIS,

Le Cervelet et ses fonctions, par M. F. Courmont, 1 volume in-8°, 1891.

SAVY, EDITEURS

77, Boulevard Saint-Germain, à Paris.

Traité de thérapeutique et de pharmacologie, par M. Henri Soulier, professeur de thérapeutique à la Faculté de médecine de Lyon. Paris, 1891, 2 volumes grand in-8° de 1906 p. Prix : 25 »

Anesthésie locale.

On emploie beaucoup le *Chlorure d'éthyle pur*, en ampoules brevetées s. g. d. g. en France et à l'étranger; ces ampoules, préparées par MM. Gilliard, P. Monnet et Cartier, d'après le procédé de M. P. Monnet, renferment environ 10 gr. de chlorure d'éthyle pur. Le chlorure d'éthyle est un liquide incolore possédant une odeur éthérée agréable peu intense. C'est un *anesthésique* local très puissant ne présentant aucun danger. Les 10 gr. contenus dans l'ampoule suffisent pour anesthésier complètement la peau et les parties sous-jacentes. Toute piqûre ou incision y devient alors insensible. Il est spécialement employé pour l'ouverture des abcès, le traitement de la sciatique, les opérations de la bouche.

La boîte de 10 ampoules, **9 francs**.

Dépôt : **J. Fribourg** et **Hesse**, fabricants de produits chimiques, 26, rue des Ecoles, Paris.

De l'influence des méthodes antiseptiques en obstétrique.

M. le prof. Tarnier a ouvert son cours à la clinique de la Faculté de Paris par une leçon où il passe rapidement en revue les résultats obtenus en obstétrique par l'adoption des méthodes antiseptiques. Il y a huit ans, dit le savant professeur, sur 1340 accouchées, il en mourait 33, soit une mortalité de 2,50 0/0. La mortalité est aujourd'hui de 1,04 0/0.

Ces chiffres n'ont pas besoin de commentaires et il y a lieu de se féliciter hautement d'une méthode qui a donné des résultats aussi éclatants.

M. le Dr Tarnier passe ensuite en revue les divers antiseptiques en usage dans son service.

Ils sont au nombre de cinq :

Le sublimé, à la dose 0 gr. 20 pour 1000.

Le sulfate de cuivre, à la dose de 5 grammes pour 1000.

Le permanganate de potasse, à la dose de 0 gr. 50 pour 1000.

L'acide phénique, à la dose de 20 grammes pour 1000.

Enfin, un nouvel antiseptique, découvert par le Dr Berlioz, professeur à l'École de médecine de Grenoble, la *Microcidine*.

Il est employé à la dose de 4 gr. pour 1000.

C'est un produit chimique composé de naphthol β et de soude.

Il est très soluble dans l'eau, pas toxique, et cependant très efficace. Après le sublimé c'est le plus énergique des antiseptiques connus. Malheureusement le sublimé est toxique et on le réserve surtout pour le lavage des mains et la toilette des femmes.

Pour les injections intra-vaginales pendant et après l'accouchement, intra-utérines pendant la délivrance, on se sert de la solution de Microcidine.

Des salles, dans lesquelles, pendant les six premiers mois de l'année, on avait employé le sulfate de cuivre, avaient eu une morbidité de 29 0/0; dans ces mêmes salles, on a eu recours, pendant le second semestre, à la Microcidine, et la morbidité est tombée à 16 0/0.

Le savant professeur termine sa leçon par des considérations sur l'emploi de l'acide phénique dans le cas de rétention du placenta et cite, à ce propos, des expériences de Vignal.

Le Gérant : G. Masson.

Paris. — Imp. des Arts et Manufact. et DUBUISSON 12, r. Paul-Lelong. — Barnagaud, imp.

CLINIQUE DES MALADIES NERVEUSES

Hospice de la Salpêtrière : M. le professeur Charcot

Association hystéro-tabétique.

Leçon recueillie par M. Paul Blocq et revue par le Professeur (1).

Messieurs,

Je vais étudier avec vous un cas qui me conduira à vous parler des relations que peuvent présenter, en clinique, d'un côté l'*hystérie*, maladie inorganique ou mieux sans lésions organiques appréciables, et de l'autre, le *tabes*, maladie organique par excellence.

Ces relations sont susceptibles de se montrer sous divers aspects, et les cas où on les observe ne sont pas très rares en clinique neuropathologique; c'est là une raison suffisante pour nous engager, les circonstances aidant, à les considérer attentivement.

Je vous dirai, à l'avance, que nous serons amenés à distinguer deux ordres de faits :

a. Dans un premier groupe, l'hystérie et le tabes, maladies autonomes, indépendantes l'une de l'autre, coexistent ou se succèdent chez le même sujet, et il y aura lieu de vous faire remarquer que la coexistence, en pareil cas, n'est pas fortuite.

b. Dans un second groupe, l'hystérie est seule présente. Il n'y a point de lésion organique spinale, mais la symptomatologie du tabes est *simulée* par l'hystérie, « cette grande simulatrice des maladies organiques du système nerveux. »

D'après cela, Messieurs, vous comprenez aisément dans quel embarras peut se trouver le clinicien lorsqu'il a affaire à un cas où : 1° les symptômes hystériques et 2° les symptômes tabétiques ou *les apparences de ces symptômes* sont, en quelque sorte, mélangés chez un même individu. Y a-t-il combinaison des deux affections distinctes, ou bien, l'hystérie existe-t-elle seule, simulant le tabès ?

Le pronostic, vous le comprenez, est tout différent dans les deux cas; il y a entre eux, à cet égard, un véritable abîme : incurabilité à peu près certaine de l'affection organique dans un cas, curabilité toujours possible dans l'autre, voilà la situation dans laquelle il s'agit de s'orienter, et l'orientation, je vous en préviens, n'est pas, tant s'en faut, toujours facile.

C'est justement là le problème que nous offre le cas de la malade que j'ai fait placer sous vos yeux. Combinaison d'hystérie et de tabes, ou simulation du tabes par l'hystérie? telle est la question que nous avons à résoudre.

Mme S... (2) est âgée de 35 ans; je vous parlerai plus tard de ses antécédents héréditaires et personnels, qui sont fort intéressants, et je les ferai valoir.

Pour le moment, je ne veux envisager que l'épisode actuel, celui pour lequel elle est venue nous consulter. Cet épisode, qui a été précédé par toute une iliade d'accidents nerveux, que, je le répète, je laisse à dessein de côté, désirant y revenir par la suite, commença il y a 18 mois. A cette époque, sans aucune cause appréciable, survinrent, dans les membres inférieurs, des douleurs qu'elle n'avait jamais ressenties, et qui offraient un caractère bien spécial.

(1) Leçon du 17 novembre 1891.
(2) L'observation de cette malade a été recueillie par M. Hallion, interne du service.

Celles-ci consistaient en des élancements aigus, assez intenses pour arracher des cris à la malade, revenant par crises, surtout la nuit, et toujours localisées dans le petit orteil gauche. Plus tard, ces douleurs ont revêtu nettement le caractère fulgurant et térébrant, et, tout en conservant les allures de crises transitoires, se sont étendues aux jambes et aux cuisses. La malade a réussi à les calmer à l'aide de l'antipyrine ou du salicylate de soude.

Déjà au bout de 3 mois, s'était révélée un peu d'incoordination motrice, en descendant un escalier, et en 15 jours le trouble moteur augmenta au point que la marche devint complètement impossible. Divers traitements: les pointes de feu, la suspension, etc., furent mis en œuvre, sans résultats.

Actuellement, l'impuissance motrice des membres inférieurs pour la station et pour la marche est absolue, et contraste, comme vous le voyez, avec la persistance des mouvements lorsque la malade est assise et avec l'intégrité de la force de résistance des divers segments des membres. Nous remarquons, de plus, que les réflexes tendineux rotuliens sont absents des deux côtés.

L'hypothèse qu'il s'agit ici d'ataxie locomotrice, paraîtra déjà très vraisemblable d'après ces signes; or, un examen plus approfondi ne la contredit pas, car il permet de constater certains symptômes oculaires, de grande importance, dont je me réserve de vous faire part en temps opportun.

Cependant, il y a quelques anomalies dans l'espèce.

Je ne parle pas de l'évolution, si rapide, presque foudroyante de sa maladie, qui en 4 ou 5 mois a entraîné l'impuissance fonctionnelle absolue. Vous savez que, dans sa mémorable description, Duchenne de Boulogne a reconnu deux périodes à l'ataxie locomotrice progressive : l'une de douleurs, l'autre d'incoordination allant jusqu'à la perte complète de la marche, et que, si le plus souvent ces deux phases sont séparées par un long intervalle, on connaît néanmoins des exemples, dans lesquels l'incoordination a succédé à brève échéance à la période douloureuse, et même s'est établie d'emblée.

Mais, dans les conditions actuelles, pourquoi n'observons-nous pas de parésie vésicale? Pourquoi n'existe-t-il pas de perte du sens musculaire, comme cela se voit habituellement lorsque les choses en sont parvenues à ce degré? La nuit, en effet, au lit, sans lumière, L... sait où sont ses jambes.

Quoi qu'il en soit, en définitive, nous croyons posséder assez de symptômes positifs pour affirmer chez notre malade l'existence du tabes, soit de la sclérose des cordons postérieurs, développée probablement par hérédité névropathique — la syphilis ferait défaut. Dès lors, le pronostic fâcheux, que vous connaissez, devient, malheureusement, facile à formuler.

Je sais bien que ces tabes à évolution aiguë, aboutissant rapidement au dernier terme de la période ataxique, s'atténuent souvent, le plus souvent peut-être, mais, cet amendement, quand il a lieu, ne tarde pas, et se fait ordinairement dans les premières semaines, ou les premiers mois. Or, ici, voilà près de deux ans que cela dure, et les choses n'ont pas changé. Le pronostic reste donc fâcheux, et nous ne pouvons guère espérer que des amendements.

* * *

Cependant, quelques doutes sont jetés dans notre esprit, par la découverte de symptômes extrinsèques, par un examen un peu plus attentif de la malade, examen portant non seulement sur les faits de l'état présent, mais encore sur ceux du passé.

La malade est hystérique, c'est une grande hystérique, et j'ajoute qu'elle est sous le joug de l'hystérie depuis de longues années. Elle a éprouvé déjà des accidents paraplégiques relevant de la névrose, et qui ont abouti à la guérison.

L'épisode d'aujourd'hui, datant, il est vrai, de 18 mois, ne serait-il pas un nouvel « avatar » de l'hystérie, curable en principe, par conséquent, et n'y aurait-il pas lieu, alors, de se réjouir, puisqu'on se trouverait en présence, non plus d'une affection organique, plus ou moins mobile, malgré sa longue durée, et où l'on peut toujours espérer une guérison ?

Comment, me direz-vous, simuler l'ataxie à ce point : douleurs fulgurantes caractéristiques, ou passant pour telles, absence des réflexes rotuliens, incoordination motrice... etc ? Cela est-il possible ? Le clinicien peut-il se trouver aux prises avec des difficultés aussi graves que celles que vous imaginez ?

Eh bien, oui, messieurs, ces difficultés existent en réalité, et il faut le reconnaître. Je vous montrerai dans un instant, jusqu'à l'évidence, que je n'évoque pas devant vous des dangers imaginaires, pour le malin plaisir de vous embarrasser.

Mais, avant que d'en venir à cette démonstration, laissez-moi vous faire voir que la malade est une hystérique, une grande hystérique classique, une hystérique à stigmates, et qu'il est permis de dire d'elle qu'elle l'a toujours été, ou peu s'en faut.

Ce qui attire l'attention, tout d'abord, ce sont des attaques classiques (arc de cercle, délire, etc.), auxquelles elle est sujette depuis l'âge de neuf ans. Ces attaques n'ont jamais cessé, et actuellement encore, elles reviennent tous les 8 à 10 jours. L... présente, de plus, des zones hystérogènes, siégeant dans les régions ovariennes, et sous le sein gauche, dont la pression provoque des sensations d'aura, analogues à celles par lesquelles préludent les attaques spontanées. Il est à noter, qu'au cours de celles-ci, la malade, qui dans son état ordinaire est incapable d'exécuter avec ses jambes des mouvements coordonnés, fait alors diverses contorsions, et peut s'arcbouter en arc de cercle.

Outre ces éléments déjà caractéristiques de la névrose, et qui en représentent les paroxysmes, nous trouvons aussi chez L... des signes inter-paroxystiques, des stigmates. C'est ainsi que nous constatons une hémi-anesthésie droite sensitivo-sensorielle. Le pharynx est insensible à droite ; l'ouïe, le goût, l'odorat sont complètement abolis du même côté, tandis qu'ils sont respectés à gauche. L'examen du champ visuel a montré un rétrécissement double très prononcé.

Les antécédents personnels de L... nous ont appris qu'à diverses reprises, elle avait souffert d'hématémèses extrêmement abondantes alternant avec de l'aménorrhée, phénomène fréquent chez les hystériques.

Enfin, il y a 6 ans, la malade était alors âgée de 30 ans, survint un accident dont je vous ai déjà parlé. Elle fut prise, dans la rue, subitement, après s'être fatiguée à sauter à la corde, d'une faiblesse des membres inférieurs. Elle rentra chez elle, en se traînant. Dès ce moment, et pendant 3 mois, elle fut prise d'une paraplégie flasque, avec anesthésie complète des membres jusqu'au niveau de la ceinture. Elle ne sentait pas l'émission des urines ni des matières fécales, qui, cependant, n'étaient pas involontairement rendues. Au bout de 3 mois, la marche revint, et tout disparut sans laisser de traces.

Evidemment cela a été là une paraplégie hystérique, sans aucun rapport avec l'ataxie. Et, lorsque nous nous demandons si les accidents d'aujourd'hui ne sont pas simplement simulateurs de l'ataxie, nous ne cherchons pas à établir d'identité entre le syndrome actuel et le syndrome passé. Le premier serait, je le répète, un *autre* « avatar » de l'hystérie, et non pas une répétition du second.

* * *

Pour en finir avec l'énoncé des phénomènes hystériques chez la malade, je dois maintenant traiter la question d'hérédité qui, chez elle, se montre dans des conditions particulièrement propres à l'étude.

Vous savez, je l'ai dit en nombre de circonstances, qu'en pathologie nerveuse, on ne doit pas avoir en vue seulement le malade qu'on a sous les yeux. Pour ne pas se limiter à une observation bornée, nécessairement incomplète, il faut considérer la famille du sujet tout entière, car il est souvent donné, dans cet examen, de recueillir des faits de la plus haute importance pour la saine interprétation des phénomènes qu'offre le sujet soumis directement à l'étude.

Il semble, à ce propos, qu'il se fasse aujourd'hui une sorte de réaction enfantine contre l'évidence de ces lois de l'hérédité pathologique. Il est certain que la fatalité relative, qui en est pour une bonne part l'expression formelle, n'est pas pour nous plaire. Mais, le médecin, lui homme de science, ne doit jamais oublier ce que disait un jour Laennec au fougueux Broussais qui lui reprochait de se soumettre aux *principes du fatalisme*. « Il ne s'agit pas de savoir si cela est triste ; il s'agit de savoir si cela est vrai » (1).

Ici, nous pouvons suivre l'influence héréditaire sur quatre générations où vous observerez que règnent parallèlement l'hystérie et la tuberculose.

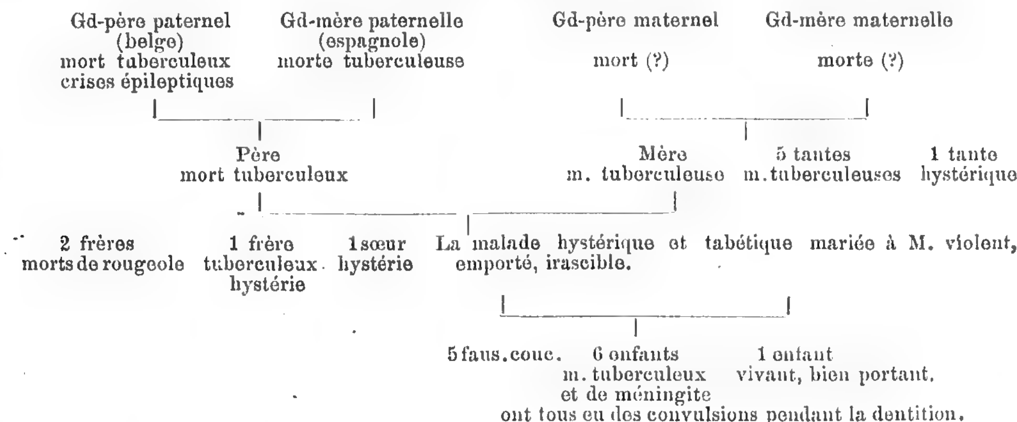
Au point de vue neuropathique, l'hérédité similaire que nous constatons là est relativement rare, en semblable cas. L'influence étiologique concomitante d'un état diathésique, qui n'est autre que la tuberculose, n'est pas moins remarquable.

A cet égard, vous trouverez dans ce tableau généalogique la confirmation de vues émises, à plusieurs reprises, par mon collègue M. le prof. Grasset, de Montpellier, dans une série de leçons publiées par M. Rauzier, son chef de clinique, dans le *Montpellier médical* (2). L'hystérie, dit-il, est fréquente dans les familles tuberculeuses, où l'on voit quelques-uns des sujets avoir, les uns l'hystérie, les autres la tuberculose : parfois les deux affections coexistent chez le même individu.

Ce que dit M. Grasset de la tuberculose est vrai, vous le savez, aussi d'autres maladies constitutionnelles et en particulier de la goutte, du diabète, de l'asthme, les plus grandes personnalités du groupe arthritique. On voit ces maladies se combiner, soit dans la famille soit sur un même sujet, avec l'hystérie. Ce n'est, au reste, pas l'hystérie seule, qui s'associe ainsi avec les maladies générales, mais aussi tous les autres membres de la famille neuropathologique, en commençant par l'aliénation, en finissant par la paralysie générale ou l'ataxie.

N'oubliez donc pas que, quoi qu'on dise, l'hérédité est le grand élément étiologique en neuropathologie, et, à ce point de vue, le tableau que voici vous paraîtra, j'en suis sûr, très instructif :

(1) *Traité de l'auscultation*, 3e édit. 1831, t. I, p. 19.
(2) Grasset. Hérédité diathésique tuberculeuse dans l'hystérie. *Montpellier médical*, et antérieurement voir le journal le *Brain*.



* * *

Voilà donc une affaire entendue. La malade est hystérique, et l'on peut se poser la question que voici : « Tout est-il hystérique chez elle ? » Y a-t-il donc vraiment des cas, comme je l'imaginais tout à l'heure, dans lesquels l'hystérie peut simuler l'ataxie avec ce degré de vraisemblance ?

Eh bien, oui, Messieurs, jusqu'à un certain point ; assez, du moins, pour que des experts, parmi lesquels je vous demanderai la permission de figurer, aient pu s'y méprendre.

C'est là une question à l'ordre du jour, du reste, que vous trouverez exposée avec talent et étayée d'observations personnelles dans la thèse de mon interne M. Souques (1), qui contient également la mention des travaux antérieurs, de M. le prof. Pitres, et de M. Michaud (2), élève de M. Raymond, sur ce même sujet.

Il y a ici plusieurs cas à considérer.

D'abord, il existe de la part de l'hystérie une simulation relativement grossière de quelques-uns des phénomènes qu'on rencontre dans le tabes. Mais l'imitation bornée à un seul syndrome se présente dans des conditions où l'hystérie ainsi que la simulation sont faciles à dépister.

a. Telle est l'*ataxie hystérique*, telle qu'elle est décrite par Briquet et Lasègue. Il s'agit ici de sujets atteints d'anesthésie généralisée et totale, portant sur le sens musculaire. Il arrive alors que les malades ne peuvent plus, ni mouvoir leurs membres ni surtout marcher, dès qu'ils ne sont plus guidés par la vue. Si étant debout on vient à leur fermer les yeux, ils sont menacés de tomber, imitant ainsi le signe de Romberg. Mais alors, il n'existe pas d'incoordination dans la marche, pas de douleurs fulgurantes prodromiques, tandis que l'on constate, au contraire, divers stigmates hystériques. L'erreur, en somme, est difficile à commettre.

b. Le syndrome que nous appelons l'astasie-abasie, prêterait peut-être plutôt à la confusion. Des malades hystériques, dans la majorité des cas, sinon dans tous, avec ou sans stigmates, présentent des troubles de la coordination relatifs aux mouvements de la station et de la marche vulgaire. Dans le décubitus, ou dans la station assise, ils exécutent avec force et précision tous les mouvements voulus de leurs membres. Leur commande-t-on, alors, de marcher: ou bien ils n'y parviennent pas, ou bien ils progressent, soit en trépidant, soit en se contorsionnant. Ils diffèrent déjà des ataxiques par la bizarrerie de leur démarche, mais ils s'en éloignent plus complètement encore, par ce fait qu'ils ont conservé à l'encontre de ceux-ci tous les modes de progression autres que la marche normale : ils sautent, marchent à cloche-pied, à quatre pattes... etc. ; le désordre est donc, lui aussi, aisé à différencier.

c. Mais ce n'est ni de l'un ni de l'autre de ces syndromes, qu'il est question chez notre malade, et, si les difficultés n'étaient pas autres, point ne serait besoin d'en faire tant de bruit. Le troisième groupe de cas, qu'il nous reste à considérer, est appelé à nous rendre bien plus perplexes. C'est quand se présente ce que M. Souques a appelé le *syndrome hystérique simulateur de l'ataxie*, ou mieux *du tabes*. Ici, des symptômes reconnus comme appartenant à la série tabétique, s'accumulent, et se groupent dans un certain ordre, de manière à faire croire que c'est bien le tabes, le tabes organique qui est en jeu, avec une certaine partie de son cortège, de façon, je le répète, à tromper même des experts.

Cependant : 1° la guérison rapide et totale, au milieu de phénomènes hystériques accentués, montre que la seule névrose a fait tous les frais de la scène morbide.

2° Dans certains de ces cas, la preuve nécropsique a été donnée, l'autopsie n'a permis de relever aucune lésion appréciable du système nerveux.

Tel est, en particulier, le cas rapporté par M. Pitres dans les *Archives de neurologie*. Son sujet, dont l'affection avait duré 10 ans, avait éprouvé successivement : des douleurs en ceinture, la sensation de marcher dans la boue, le signe de Romberg, des crises nocturnes de douleurs fulgurantes, des difficultés d'uriner, des crises gastriques, du retard de la sensibilité. Lorsqu'il mourut — de pleurésie purulente — on ne découvrit à l'autopsie, régulièrement conduite, aucune lésion appréciable des centres nerveux, de la moelle en particulier, non plus que des nerfs périphériques. Certes à ce tableau, cependant si saisissant, il manquait bien quelques symptômes importants : les réflexes rotuliens étaient conservés, pas de symptômes oculaires, etc., — mais malgré tout, lorsqu'on voit la symptomatologie ci-dessus décrite, occuper, pendant une période de 10 ans, le tout premier plan, comment ne pas s'y méprendre ? — De fait je m'y suis trompé, comme bien d'autres, et c'est à l'hystérie qu'il faut nous en prendre.

Je sais bien que M. Pitres, qui avait d'abord considéré son cas comme représentant une névrose spéciale faisant le pendant de la prétendue pseudo-sclérose en plaques décrite par Westphal, l'a ensuite réclamé pour la neurasthénie. Mais, à l'époque de la publication de cette observation, la notion de la fréquence de l'hystérie mâle n'était pas encore vulgarisée, et les stigmates de cette

(1) Souques, *Contribution à l'étude des syndromes hystériques simulateurs des maladies organiques de la moelle épinière*. Th. de Paris, 1891.

(2) P. Michaux, *Contribution à l'étude des manifestations de l'hystérie chez l'homme. Pseudo-tabès hystérique*. Th. de Paris, p. 16.

névrose n'ont pas été recherchés. Je connais d'ailleurs quelques autres cas, analogues par leur symptomatologie, et dont la nature hystérique est évidente.

Je ne voudrais pas dire que la neurasthénie, qui confine si souvent à l'hystérie, et la complique habituellement, ne puisse pas, à elle seule, simuler l'ataxie. Il existe, certainement, de ces cas d'imitation inconsciente; l'un d'eux, fort intéressant, observé dans le service de M. Landouzy, est rapporté par M. Michaux dans sa thèse.

Oui, les apparences du tabes figurent assez souvent au milieu des symptômes neurasthéniques : j'ai vu bien des cas de ce genre assez faciles toutefois en général à dépister; et à ce propos je ne saurais trop vous engager à ne pas envoyer, sans de bonnes raisons, les neurasthéniques aux eaux de Lamalou pour y faire une cure. Les promenades dans l'avenue Charcot, en raison du spectacle suggestif qu'ils y auraient constamment sous les yeux, pourraient leur nuire en développant chez eux toute la symptomatologie d'un tabes *psychique*.

Quoi qu'il en soit, il n'y a pas à douter que le tabes soit parfois imité par l'hystérie avec une perfection telle que des gens compétents puissent s'y méprendre à l'occasion. Est-ce donc un cas de ce genre que nous avons sous les yeux (1) ?

En vérité, je le voudrais bien, car ce serait une solution relativement très favorable.

Eh bien ! non, messieurs, il ne faut pas se faire d'illusions. Il ne s'agit pas là de *simulation hystérique du tabes*, mais, du tabes combiné à l'hystérie, de ce complexus répondant à un groupe de cas que Vulpian connaissait bien, et sur lesquels j'ai, maintes fois, pour mon compte, attiré l'attention : l'*association hystéro-tabétique.*

En pareil cas, les deux maladies, l'une dynamique, l'autre organique, sévissent simultanément ou se succèdent chez le même sujet, celle-ci précédant celle-là, qui prend ensuite sa place. Cette combinaison est relativement fréquente, et, il nous reste à nous demander quelle en est la raison. Sa grande raison d'être, dans la majorité des cas, c'est que les deux maladies sont l'une et l'autre des membres de la famille neuropathologique, qui peuvent s'engendrer mutuellement par hérédité de transformation; il n'est pas surprenant, dès lors, qu'elles se développent simultanément ou successivement, chez le même sujet.

L'hystérie se combine également, je vous l'ai souvent fait remarquer, à d'autres maladies organiques du système neuro-musculaire : sclérose en plaques, myopathie primitive..., etc. Tantôt l'hystérie précède, tantôt elle suit la manifestation organique, et, M. Siredey présensentait dernièrement à la *Société médicale des hôpitaux* un cas d'ataxie tabétique, dans lequel, à la suite d'une querelle, on vit se développer un syndrome hystérique à peu près typique : le spasme glosso-labié.

***

Sans doute, connaissez-vous, déjà pour la plupart tous ces faits, aussi me reprocherez-vous peut-être de ne vous apprendre aujourd'hui rien de bien nouveau. Mais, ce que vous attendez probablement, c'est que je vous fournisse une démonstration de ce que j'avance à propos de L... Nous n'ignorons pas, direz-vous, les cas d'association hystéro-tabétique, mais, qui nous prouve que la malade que nous avons sous les yeux appartient réellement à cette catégorie ? Pourquoi voulez-vous détruire, sans plus de preuves, les espérances que nous avions conçues de voir, chez cette malade, tout se réduire à l'hystérie ?

Eh bien, Messieurs, si je me suis arrêté à cette opinion, c'est que j'ai en mains les preuves qu'elle est fondée.

Je n'insisterai pas sur le fait de l'absence absolue des réflexes rotuliens dans notre cas. Ceux-ci persistent, en général, dans les cas d'hystérie pseudo-tabétique, mais ils pourraient certainement y faire défaut, et, d'un autre côté, on connaît des tabes parfaitement authentiques, où les réflexes restent présents, exagérés même.

Non, je cherche ailleurs un point d'appui solide, irrécusable. Malgré que l'hystérie soit simulatrice « par excellence », il y a cependant un certain nombre de symptômes qu'elle n'a pas encore simulés, à notre connaissance, et qu'elle ne simulera vraisemblablement jamais. C'est surtout dans l'examen oculaire qu'il les faut aller chercher. Les phénomènes auxquels il fait allusion sont, en quelque sorte, spécifiques du tabes jusqu'à un certain point, et, dans l'espèce, ils en figureront la révélation la plus certaine. Si l'hystérie reproduit, plus ou moins fidèlement, les douleurs fulgurantes, les crises gastriques, la paresse vésicale, etc., elle ne simule pas, je le répète, l'atrophie nacrée du nerf optique, l'atrophie tabétique, comme on peut l'appeler.

Est-ce donc que notre malade présente une atrophie du nerf optique ? Non pas, pour le moment du moins, mais elle offre dans l'œil gauche un rétrécissement irrégulier du champ visuel, qui paraît ne remonter qu'à quelques mois, et pourrait bien en être le prodrome.

Toutefois, nous sommes en possession d'un caractère plus décisif : l'hystérie ne simule pas, que l'on sache, ce trouble fonctionnel de l'iris qu'on appelle communément le signe d'Argyll-Robertson, et qui consiste, comme vous savez, dans le contraste de l'abolition du réflexe pupillaire à la lumière, avec la conservation des mouvements de l'iris pour l'accommodation aux distances rapprochées. Ce signe ne se voit guère régulièrement que dans deux maladies organiques des centres nerveux : le tabes et la paralysie générale. Or, comme la paralysie générale peut être exclue ici, il ne reste en vue que le tabes.

C'est donc une question résolue; maintenant groupés autour de ce témoignage irrécusable, les autres symptômes tabétiques, ceux-là mêmes qui, envisagés à un point de vue spécial, nous ont paru un instant suspects, reprennent toute leur valeur, et nous pouvons assurer, sans hésitation, que nous sommes en présence d'une association hystéro-tabétique, et que la lésion spinale tabétique, désormais indélébile, est depuis longtemps établie.

Inutile, après cette affirmation, d'insister maintenant sur le pronostic. L'hystérie, elle, est curable, du moins elle est susceptible de s'atténuer, de s'éteindre même, avec les progrès de l'âge, bien que le fait ne soit pas constant, et qu'il existe des exemples d'hystérie sénile ayant persisté après la ménopause.

Pour ce qui est du tabes, au contraire, arrivé à cette période, et se présentant sous la forme maligne, où on le rencontre ici, il faut, pour être sincère, répéter les termes de la fameuse inscription qu'on lit sur la porte de l'Enfer dantesque — et c'est le cas de redire en terminant, une fois de plus : « Il ne s'agit pas de savoir si cela est triste, il s'agit de savoir si cela est vrai », et cela n'est que trop vrai, hélas !

(1) A ce moment de la leçon on a fait sortir la malade de la salle du cours.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Traitement du lupus par le raclage, d'après une communication faite à la *Société de dermatologie* par A. Broca, chirurgien des hôpitaux.

Le traitement du lupus par le raclage à la curette tran-

chante, inauguré par Volkmann et bientôt vulgarisé en Allemagne, ne jouit pas en France d'une grande faveur. On lui reproche, un peu théoriquement peut-être, de donner des cicatrices difformes et d'exposer à la tuberculose aiguë par auto-inoculation traumatique. Je suis loin de vouloir le systématiser, mais je crois qu'il y a des cas où il est réellement indiqué.

Mon expérience à cet égard a commencé par un malade que mon maître M. Ernest Besnier a bien voulu me confier. Chez cet homme, un lupus tuberculeux classique avait commencé quatre ans auparavant au dos du pied gauche; depuis deux ans il avait pris une marche rapide et, quand le patient vint à l'hôpital Saint-Louis, la lésion occupait tout le dos du pied, presque toute la face antérieure de la jambe et des placards existaient à la plante, au mollet, à la cuisse. Pour attaquer un semblable lupus au galvano-cautère ou au scarificateur, il eût fallu des mois, des années peut-être, car des nodules nouveaux auraient sans doute fait éruption au fur et à mesure. M. E. Besnier recula devant ce travail de Pénélope et il me fit le grand honneur de me faire examiner le malade. Je jugeai le raclage possible, je le pratiquai sous le chloroforme, en une séance, et malgré l'étendue énorme de la surface cruentée la cicatrisation fut obtenue, en trois semaines, sans suppuration et sans que la température eût dépassé 37°2.

La technique fut très simple : j'agis énergiquement à la curette sur tous les tissus mous, et là j'allai profondément, jusqu'à ce que l'instrument raclât sur une surface fibreuse dure. Je procédai méthodiquement, des orteils vers la cuisse, faisant comprimer au fur et à mesure les surfaces avivées avec des tampons aseptiques et, l'hémorrhagie une fois arrêtée, faisant recouvrir les parties de compresses stérilisées à l'autoclave. De la sorte, l'hémorrhagie fut nulle et la plaie aseptique. Je touchai les surfaces avec du chlorure de zinc à 1/10 et je terminai par un pansement à la gaze iodoformée.

Non seulement la cicatrisation fut rapide, mais la cicatrice fut fort bonne et dès lors je n'hésitai pas à ruginer à la fois l'avant-bras et la face à un garçon de 20 ans, chez qui le lupus avait débuté à l'âge de 3 ans et qui l'an dernier était resté, sans grand succès, pendant 8 mois à l'hôpital St-Louis. Au bout de 3 semaines il quittait l'hôpital Bichat, entièrement cicatrisé. La bordure antérieure de la plaque faciale, située en un point où l'occlusion parfaite du pansement était impossible, a un peu suppuré, et la cicatrice forme là un très léger bourrelet : mais depuis bien des années le sujet n'a pas été en aussi bon état.

Mon troisième malade, enfin, me fut adressé par mon collègue et ami M. Thibierge. C'est un enfant de 14 ans, dont toute la moitié inférieure de la face était couverte par un lupus, vieux de 13 ans, en voie de poussée rapide depuis quelques mois, avec ulcérations et croûtes jaunes, impétigineuses. Il existait, en outre, une atrésie buccale très prononcée et dans la joue droite une bride cicatricielle épaisse et dure. Après le raclage, l'apyrexie fut parfaite, mais autour de l'orifice buccal il y eut quelques gouttes de pus : néanmoins en un mois tout était terminé et 15 jours plus tard je fis, avec plein succès, la stomatoplastie par le procédé de Dieffenbach.

Ces trois malades, j'aurais pu vous les présenter *guéris*, si je vous les avais présentés peu de temps après l'intervention, et même chez le premier pendant près de 5 mois il n'y a pas eu de récidive apparente. Mais vous auriez eu beau jeu à me conseiller une prudente réserve. Heureusement, ce que je sais sur le lupus, je l'ai appris à l'école de M. Lailler, et mon cher maître m'a enseigné à ne jamais dire ou écrire qu'un lupus est guéri, mais qu'il paraît guéri.

Aussi bien mes trois malades sont-ils en récidive : les deux premiers, en récidive lente, le troisième en récidive d'allures assez rapides. Mais chez tous, les nodules nouveaux sont facilement accessibles aux pointes de feu, aux scarifications, et si les sujets veulent bien se soumettre à une surveillance attentive on pourra, je crois, obtenir à peu de frais un bon résultat. Mais ici je rends les armes aux dermatologistes.

Vous le voyez, je n'ai nullement la prétention de vous dire que le lupus peut être guéri radicalement par le chirurgien : je ne connais pas actuellement un seul traitement radical du lupus. Mais je crois avoir rendu un service réel à mes opérés : pour les mettre en l'état où ils sont, il vous eût fallu bien du temps, et c'est au bout de 3 semaines à un mois que j'ai obtenu la cicatrisation, avec guérison *apparente*. Je pense donc que le raclage à la curette, en une séance, peut être fort utile dans les lupus étendus, en évolution floride.

Les malades que je vous présente vous prouvent, en outre, que l'on a trop insisté sur la défectuosité de la cicatrice obtenue par ce procédé. C'est peut-être qu'autrefois on n'opérait pas avec une asepsie suffisante : or il est bien connu aujourd'hui que presque toujours les cicatrices difformes relèvent des plaies qui ont suppuré. Certes, et je l'ai déjà dit, quand on approche de la bouche, l'asepsie parfaite n'est guère réalisable, mais même là, en somme, le résultat est loin d'être mauvais.

L'asepsie est encore importante, à mon sens, pour diminuer de beaucoup la fréquence des généralisations tuberculeuses, par auto-inoculation traumatique. Je suis loin de nier la possibibilité de ces auto-inoculations, mais je crois qu'elles sont exceptionnelles après une opération chirurgicale à la fois complète et aseptique. D'ailleurs la scarification, à laquelle, il est vrai, on a reproché quelques accidents de ce genre, est encore en grand honneur, et je me demande en quoi, à ce point de vue, elle peut être moins dangereuse que le raclage à la curette.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance annuelle — 15 *décembre* 1891.

Présidence de M. Tarnier.

Une séance annuelle n'est pas une séance scientifique : et cela se voit à l'auditoire, où le beau sexe est invité ; à l'aspect général de la Compagnie elle-même où quelques membres — en tout cas ceux du Bureau et ceux qui prennent la parole — arborent l'uniforme élégant que le gouvernement les autorise à porter. Ce n'est donc pas de science qu'il va être question aujourd'hui; mais presque de littérature et de philosophie, avec le *Rapport général sur les prix* et avec le discours sur « *la Médecine française au* XIXe *siècle* ».

Le *rapport sur les prix*, tout d'abord, rappelle à l'Académie un deuil récent : il a été écrit, sur son lit de mort par M. Féréol, et M. Bergeron, le secrétaire perpétuel a dû en terminer la lecture en rendant un éloquent hommage à sa mémoire. Et ce rapport, malgré ses formules imposées, met bien en relief les qualités de Féréol, son style élégant et clair, sa culture intellectuelle élevée. L'auteur, en effet, a su donner en bien des points une note personnelle, qui ôte à son ingrate besogne une grande partie de la banalité dont elle ne saurait être entièrement dépouillée. A propos des travaux des commissions permanentes, M. Féréol a su dire sur la dépopulation de la France des vérités plus claires que celles dont a souvent retenti la tribune académique. Grâce au malthusianisme, dit-il, « à l'ancien régime, celui du droit d'aînesse, a succédé le régime des enfants uniques. Un peuple qui en arrive là est visiblement sur la pente de la décadence. Ce vilain mot, je le sais, ne répugne guère à notre fin de siècle, même on s'en fait gloire en de certains milieux, sans songer qu'il y a autour de nous des gens qui ne demandent qu'à nous prendre au mot. Mais ici il ne s'agit plus de littérature ni de psychologie. Il s'agit tout simplement d'être ou de n'être pas : les temps sont passés où une poignée d'hommes en armes imposait ses volontés à des peuples encore enfants ».

On reconnaît encore l'homme habitué à penser dans l'analyse succincte du rapport de la Fondation Monbinne. La commission a récompensé un travail sur la gymnastique suédoise, et déjà l'auteur avait été distingué l'an dernier par l'Institut pour un traité sur la Physiologie des exercices du corps. C'est là un symptôme de l'honneur où sont aujourd'hui les exercices physiques dans nos établissements d'instruction ; et Féréol constate que l'amour du sport physique dépasse peut-être la mesure. Trop de bicycles, trop de lendits, trop « d'échos retentissants » dans la presse politique. « Bientôt, ce n'est plus du surmenage intellectuel qu'il y aura lieu de s'occuper, ce sera plutôt du surmenage physique, que ne peut manquer d'amener cet excès d'exercices acrobatiques auxquels s'entraînent nos enfants ». Et d'ailleurs Féréol n'hésite pas à proclamer « que la vraie valeur de l'homme se mesure encore

plus à ses actes moraux et intellectuels qu'à la grosseur de ses biceps ».

Je signalerai, plus loin, à propos des mémoires de pathologie vétérinaire, le passage sur la vivisection, où Féréol raille les « antivivisectionnistes (ce néologisme harmonieux leur appartient) qui réservent absolument à l'animal les trésors de leur compassion et se refusent à en rien distraire au profit de l'espèce humaine. Une de ces dames (car, j'en rougis pour celles qui m'écoutent, ce sont presque toujours des dames) déclarait à notre confrère M. Magnan que, si son propre fils était en danger de mort et qu'il pût être sauvé à la faveur d'une vivisection faite sur un animal, elle s'y refuserait, ne voulant pas devoir la vie de son fils au sacrifice d'un lapin. » Féréol ne dit pas, mais chacun le sait, que M. Magnan est un aliéniste!

Le rapport général de Féréol se termine par l'éloge de Baillarger et de Roger: M. Bergeron y a joint quelques mots sur Barthez. Mais auparavant le rapporteur avait une fois de plus rappelé aux pouvoirs publics combien est défectueux au point de vue matériel le local où siège l'Académie. Nous nous associons à ces gémissements : car vraiment n'est-il pas pénible d'être le plus souvent forcé d'écrire sur ses genoux ou même debout, quand, malheureux journaliste, on veut saisir au vol une discussion ou les phrases saillantes d'un rapport?

L'usage est que dans cette séance le secrétaire général lise l'éloge d'un ancien membre de l'Académie. M. Bergeron a déçu cet espoir, mais il a prié M. Cadet de Gassicourt de nous faire connaître l'état de la *Médecine française au* XIXe *siècle*. Là ont été soulevées devant nous toutes les grandes doctrines médicales dont notre siècle a été fécond. Mais c'est un travail qu'il faut apprécier et non point résumer, et notre rédacteur en chef se réserve cette appréciation, pour le prochain numéro de la *Gazette*.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 9 décembre 1891.

Traitement des ulcères variqueux.

M. Félizet a ouvert une discussion sur le rapport consacré par M. Quénu au travail où M. Cerné préconise le traitement des ulcères variqueux par l'extirpation des paquets variqueux correspondants. A cette méthode il objecte qu'elle ne supprime nullement la stase veineuse, ici fort importante. Aussi, dans les cas où l'intervention chirurgicale est indiquée, reste-t-il, élève de Dolbeau, partisan de l'incision circonférentielle, qui a les avantages suivants : 1° elle fait une saignée locale, fort utile; 2° elle ne laisse l'ulcère en relation qu'avec les vaisseaux profonds; 3° elle libère les bords en sorte que l'ulcère se rétracte rapidement.

M. Reynier a plusieurs fois eu recours à l'excision des varices. Trois fois surtout il en a obtenu une réelle amélioration. Un de ces malades, opéré il y a 4 ans, a été revu au bout d'un an en bon état ; deux autres, dont une infirmière du service de M. Reynier, ne sont opérés que depuis quelques mois. L'amélioration fonctionnelle est considérable, mais M. Reynier est le premier à reconnaître qu'il ne s'agit pas là d'un traitement *radical*, car les varices ont diminué, mais non pas disparu.

M. Lucas-Championnière a depuis bien des années recours parfois à la ligature des veines variqueuses avec de bons résultats. En 1875, notamment, il a, dans un cas grave, fait des ligatures veineuses multiples à un homme qui pendant 10 ans est resté guéri ; puis est survenue une récidive, traitée avec succès de la même manière ; depuis, le sujet a été perdu de vue. Il y a donc bénéfice réel, mais non point cure radicale.

M. Schwartz donne des nouvelles récentes d'un des opérés dont il a parlé dans l'avant-dernière séance et chez qui l'amélioration des varices et la cicatrisation de l'ulcère persistent.

M. Félizet tombe d'accord qu'on ne saurait parler de cure radicale. Il y a, dans l'étiologie de ces lésions, des facteurs contre lesquels la chirurgie est impuissante. Les causes générales sont en effet importantes et surtout il faut faire jouer un grand rôle à l'arthritisme et à l'alcoolisme, ce qui expliquerait la grande fréquence de l'ulcère variqueux dans la population hospitalière.

M. Quénu contredit d'ailleurs jusqu'à un certain point ces assertions. L'arthritisme est loin d'être l'apanage de la clientèle nosocomiale ; au contraire il est fréquent dans la classe aisée, où cependant l'ulcère variqueux est rare. Et pourquoi, dans cette hypothèse, la rareté relative chez la femme? Le rôle de l'alcoolisme n'est pas davantage prouvé et, par exemple, les varices ne sont pas rares chez le sujet jeune et non intempérant. Reste, en tout cas, la question opératoire pure. Ici, il y a des succès longtemps persistants de Cobold, de Trendelenburg, de Championnière, de Schwartz : il faut donc poursuivre ces essais.

M. Kirmisson se range à l'avis de M. Félizet, et il incrimine à un haut degré l'arthritisme, et surtout l'alcoolisme. Par contre, bien souvent il a observé des ulcères des jambes sans qu'autour fût modifiée la sensibilité tactile ou thermique; il fait donc jouer un rôle accessoire aux troubles nerveux, dont il proclame l'inconstance. Pour les ulcères rebelles des sujets jeunes il faut toujours se méfier de la syphilis et prescrire le traitement pierre de touche.

M. Verneuil est loin de contester l'action de l'arthritisme et, chez les femmes surtout, de l'hérédité ; mais à son sens l'alcoolisme est important, et surtout l'association de l'alcoolisme à l'arthritisme. Il faut aussi tenir grand compte de l'état du cœur, et plus encore de la syphilis possible. En outre, toutes les causes s'allient entre elles, en des hybridités variées. Par l'analyse exacte de ces ensembles complexes on instituera des traitements efficaces, et l'action chirurgicale directe sur les varices n'aura que de rares indications.

M. Berger estime qu'il faut distinguer en plusieurs catégories les ulcères de jambe. Tout d'abord, on doit différencier des ulcères variqueux proprement dits ceux qui surviennent chez les sujets jeunes à la suite de l'ecthyma, de la syphilis : ceux-là se reconnaissent, comme l'a bien montré Gosselin, à leur siège postéro-externe et non point inféro-interne. Dans ces cas, l'iodure de potassium donne de bons résultats. Enfin M. Berger insiste sur certains ulcères où le froid, les traumas sont surtout en cause et c'est alors principalement qu'est indiquée l'autoplastie.

M. Reynier est d'avis que l'alcoolisme prépare seulement le terrain et que dans la genèse des ulcères le système nerveux a un rôle capital.

M. Moty, qui a observé un grand nombre d'ulcères de jambe chez des sujets travaillant constamment debout, a été frappé de la différence de rapidité avec laquelle, selon les cas, la guérison a lieu. Pour les cas rebelles il est disposé à incriminer beaucoup le système nerveux.

M. Terrier a été un des premiers, lorsqu'il était chirurgien de Bicêtre, à mettre cliniquement en évidence les névrites des membres atteints d'ulcères variqueux. Mais ces névrites ne sont-elles pas secondaires, comme celles, par exemple, qui surviennent après les gelures? C'est là une question encore non résolue. D'autre part, il faut tenir compte de la misère et de la saleté, aussi bien que de l'alcoolisme, de l'arthritisme; mais rien ne prouve que dans cet ensemble étiologique complexe nous connaissions la cause précise, et souvent à cet égard on semble se payer de mots.

M. Kirmisson admet avec M. Terrier que les névrites sont secondaires.

M. Quénu reste, au contraire, fidèle à la doctrine qu'il soutient depuis 1882, et dont il a entretenu la Société il y a deux ans, puis il y a 15 jours. Les varices créent une névrite qui remonte sur toute la hauteur du nerf sciatique et l'ulcère en est la conséquence, comme lésion septique entretenue par des troubles trophiques. Mais il ne faut pas nier les troubles trophiques parce qu'on constate l'intégrité des divers modes de la sensibilité : le rôle principal revient au système vasomoteur.

M. Richelot montre un utérus cancéreux enlevé par l'*hystérectomie vaginale*. Cliniquement le col seul semblait atteint : or l'examen histologique a révélé des noyaux dans le corps.

M. Berger présente une fillette à laquelle il a réparé par la *méthode* italienne (lambeau pris au bras) une cicatrice mentonnière par brûlure.

A. Broca.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 11 *décembre* 1891.

Présidence de M. E. Labbé

Des infections par le colibacille.

MM. Chantemesse, Widal et Legry. — Nous portons tous dans notre intestin un parasite étudié pour la première fois par Escherich en 1884, sous le nom de *bacterium coli commune*, qu'il serait plus commode de dénommer simplement *colibacille*. Depuis deux ans seulement on commence à reconnaître à ce microbe des qualités pathogènes pour l'homme. Les recherches de Laruelle, de Clado, de Tavel, de Gilbert et Girode, de Veillon et Gorgle, de Charrin et Roger, de Dupré, de Malvoz, nous ont montré les diverses lésions que pouvait déterminer la pénétration du colibacille dans nos tissus. Les symptômes varient suivant les localisations de ce microbe. Les observations sont encore éparses, mais aujourd'hui, où l'on paraît sortir de la période d'incertitude créée par quelques bactériologistes, qui soutenaient l'identité du colibacille et du bacille typhique, le temps semble venu de faire l'histoire pathologique du microbe d'Escherich, comme on a fait celle du pneumocoque. Tous les faits d'infection par le colibacille sont en tout cas, à l'heure actuelle, intéressants à publier; c'est en les colligeant qu'on parviendra à faire nosographiquement l'histoire naturelle des infections causées par ce microbe. Nous avons observé deux faits qui, à un plus d'un titre, nous ont paru digne d'être rapportés.

Notre premier cas a trait à un cas de choléra nostras.

Un vieillard de 72 ans, atteint de choléra nostras type, meurt à l'hôpital Necker, le 12 août 1891. A l'autopsie, faite six heures après la mort, on trouve l'intestin rempli de matières liquides claires, mais sans grumeaux.

La muqueuse présente une teinte hortensia, de petites suffusions hémorrhagiques et un état psorentérique très prononcé. L'examen bactériologique fait par la méthode des cultures ne permet pas de déceler le moindre micro-organisme dans le *parenchyme*. Par contre, le colibacille se trouve en quantité extrêmement abondante et en culture pure dans les matières fécales et dans la bile. Des ensemencements pris à la surface du péritoine n'ont donné que quelques rares colonies de colibacilles. Des coupes pratiquées sur l'intestin montrent des colibacilles en quantité abondante.

Ce fait peut paraître confirmatif des observations de MM. Gilbert et Girode qui dans trois cas de choléra nostras ont incriminé le bacille d'Escherich. Faisons remarquer cependant que, dans notre cas, le colibacille ne s'était pas généralisé dans l'organisme. Dans le cadre des infections cholériformes dues au bacille d'Escherich, il faut placer les phénomènes septiques qui compliquent l'obstruction intestinale ou l'étranglement herniaire.

Nous avons, chez une femme, observé un cas d'infection généralisée par le colibacille. Au quatrième mois de la grossesse une femme est atteinte d'obstruction intestinale par rétroversion utérine. Elle est prise de vomissements, d'accidents péritonéaux; elle avorte et la plaie utérine est infectée par le bacterium coli venu de l'abcès péritonéal. On pratique le curetage utérin qui amène des lambeaux de tissu infectés par le bactérium coli. La malade succombe et dans tous les organes on trouve le même microbe. Pas de lésions des plaques de Peyer. Les symptômes, la courbe thermique et l'évolution de cette maladie infectieuse ont été complètement différents de ceux de la fièvre typhoïde.

Cette observation comporte plus d'un enseignement. Elle nous montre d'abord comment l'utérus gravide et en rétroversion peut, en exerçant une compression sur l'intestin, en altérer les parois et permettre ainsi la migration du colibacille dans le péritoine. Elle est de plus un exemple de *pseudo-fièvre* puerpérale. L'un de nous, il y a trois ans, avait démontré dans sa thèse que si l'infection puerpérale vraie à porte d'entrée utérine est toujours causée par le streptocoque, il est des cas de pseudo-infection puerpérale où l'on trouve un bâtonnet et où la porte d'entrée est différente et peut-être la muqueuse vésicale. Aujourd'hui, nous pouvons ajouter qu'il faut compter également avec la muqueuse intestinale enflammée à la suite de la compression exercée par l'utérus gravide. Si à la faveur de cette altération le colibacille passe dans le péritoine, il peut donner naissance à une infection d'origine intestinale qui peut rester méconnue sous le masque de l'infection puerpérale.

Cette observation mérite encore d'attirer l'attention parce qu'elle nous enseigne que lorsque le colibacille détermine une infection généralisée de longue durée (14 jours), il ne peut déterminer les lésions de la dothiénentérie, pas plus que l'évolution de la fièvre typhoïde.

Les lésions déterminées par le colibacille chez l'homme ne sont pas seulement des inflammations de l'intestin ou des péritonites. Ce microbe peut déterminer encore la cholécystite ou l'angiocholite suppurées, ou une méningite suppurée à la surface du cerveau.

La plupart des observations de méningite suppurée publiées en ces dernières années et dans lesquelles on a incriminé un bacille pseudo-typhique ou un bacille éberthiforme, sont des cas de méningite par colibacilles. Enfin tout récemment, dans la séance du 4 de ce mois, MM. Sevestre et Gastou ont rapporté un cas fort bien observé de méningite par colibacille.

Nous rappellerons que dans deux cas de pleurésie purulente, dont l'une fut observée pendant la dernière grande épidémie de grippe, nous avons recueilli un microbe qui présentait tous les caractères du colibacille.

Quant à la différenciation du bacille typhique et du colibacille, nous nous sommes suffisamment expliqué ailleurs à son sujet. Nous avons récemment donné une méthode sûre et rapide qui permet de diagnostiquer facilement, en quelques heures, le colibacille quelle que soit son origine et le bacille typhique. Cette méthode est basée sur les propriétés fermentatives différentes de l'un et de l'autre microbe, ensemencés dans le bouillon, contenant de la lactose; elle a déjà entraîné la conviction des bactériologistes qui avaient été impressionnés par la théorie de l'identité du bacille typhique et du colibacille.

Nous ajouterons que, contrairement à l'opinion de M. Dubief, le lait ensemencé par le bacille typhique ne se coagule pas quand on le laisse longtemps, même trois mois et demi, à l'étuve.

Ce fait est la conséquence de l'absence de fermentation de la lactose, sous l'influence du bacille typhique.

Une épidémie de grippe à Chardon-Lagache.

M. Comby. — La maison de retraite Chardon-Lagache (Auteuil-Paris), qui compte 150 lits, n'avait payé qu'un léger tribut (peu de malades, pas de décès) à la grande épidémie d'influenza de 1889-90. L'institution de Ste-Périne, sa voisine, au contraire, avait été plus sérieusement atteinte (8 décès sur une population totale de 300). Aujourd'hui les rôles sont renversés: Sainte-Périne est indemne, Chardon-Lagache est sévèrement frappée.

Sur un effectif qui, au 1er novembre, atteignait 142 pensionnaires et 36 employés de toutes catégories, Chardon-Lagache a compté 28 malades et 8 décès dans le seul mois de novembre. La morbidité, chez les pensionnaires, a été de près de 1/5 (27 sur 142) et la mortalité de plus de 1/4 (8 sur 27). Parmi les 36 personnes qui sont chargées d'administrer et de soigner les malades, il n'y a eu qu'un cas terminé par la guérison.

La mortalité de Chardon-Lagache pendant les 10 premiers mois de 1891 a été de 7; pendant le 11e mois, elle a atteint 8, dont 7 par grippe.

On peut donc affirmer que la grippe a décuplé la mortalité normale de la Maison.

Cette gravité particulière tient surtout au milieu épidémique, composé de vieillards affaiblis par l'âge, par les infirmités, par les maladies antérieures.

Le début de l'épidémie a été soudain et sa marche très rapide; du 7 au 19 novembre, il y a eu 21 cas; avant et après, 7 cas seulement. Tous nos malades, sauf un (religieuse de 32 ans), ont présenté la même forme et les mêmes localisations de la maladie.

Pris brusquement de malaise, de fièvre, d'anorexie, ils commençaient à tousser et rendaient des crachats absolument purulents. Cette expectoration purulente, très abondante, durait 7, 8, 10 jours, rarement plus, et faisait place alors à une mousse claire qui remplissait les crachoirs.

Les crachats, examinés par M. Netter, contenaient, tous, des *pneumocoques*, quoique la plupart des malades n'eussent pas de pneumonie. Quatre seulement ont présenté des signes de pneumonie ou de broncho-pneumonie.

Fièvre généralement modérée, courbature, dyspnée intense.

Donc, identité des symptômes, à quelques détails près, chez tous les vieillards visités par l'épidémie.

Par contre, la religieuse, plus jeune et plus valide que les pensionnaires, atteinte seule de tout le personnel, a présenté des accidents tout différents : invasion brutale marquée par de la céphalalgie, du lombago, des vomissements, des douleurs dans les jambes, un anéantissement complet, de l'hyperthermie (40° puis 41°) ; pas de catarrhe bronchique. On pouvait songer à la variole ; après ces symptômes très inquiétants, la guérison a été rapide. Quatre malades ont eu des syncopes à une ou plusieurs reprise. Le coryza a été exceptionnel ; la constipation a été la règle. Chez tous, l'état saburral était des plus prononcés : langue épaisse, recouverte d'un enduit grisâtre, anorexie absolue ; chez trois malades, la langue s'est dépouillée complètement, comme dans la scarlatine.

La mort, dans la majorité des cas, était due aux progrès de l'asphyxie et du catarrhe propagé aux petites bronches. Autopsies presque négatives. Chez les malades guéris, la convalescence a été traînante et le retour de l'appétit et des forces s'est fait attendre longtemps après la disparition de la fièvre.

La rate n'a pas paru augmentée de volume.

L'épidémie ne s'est pas propagée à Sainte-Périne ni aux maisons voisines. Comment a-t-elle pris naissance à Chardon-Lagache ? Il est impossible de savoir s'il y a eu importation de nouveaux germes, ou réveil de germes anciens laissés par la dernière épidémie.

Comme traitement, régime lacté ou potages, café, thé, quinquina, champagne. En un mot, médication tonique et stimulante. Le champagne glacé notamment a fait merveille chez quelques malades. La quinine, à la dose de 1 gramme par jour en deux prises, a été donnée à tous les malades, parfois associée à l'antipyrine. La terpine ne m'a pas donné de résultats appréciables. Au contraire, le chlorhydrate d'ammoniaque, conseillé par M. Marotte, à la dose de 2 à 3 grammes en cachets (4 ou 6 par jour), m'a paru calmer la dyspnée et atténuer le catarrhe. Pour remplir la même indication, j'ai usé largement de ventouses sèches, des inhalations d'oxygène, de l'éther. Je me suis abstenu des vésicatoires.

Les purgatifs (huile de ricin, sulfate de soude) ont été donnés au début.

Sur un fait de syringomyélie.

MM. Desnos et **Babinski** présentent un malade ancien syphilitique atteint de syringomyélie au début. D'habitude, dans la syringomyélie, les troubles sensitifs, l'amyotrophie, les altérations trophiques de la peau occupent le premier plan du tableau symptomatique ; les phénomènes paralytiques et spasmodiques sont consécutifs. Dans le cas de MM. Desnos et Babinski, l'affaiblissement musculaire et le phénomène spasmodique constituent l'élément clinique prédominant ; c'est le côté le plus original de l'observation qui peut, à ce titre, être considérée comme une forme quelque peu anormale de la syringomyélie.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 12 *décembre* 1891.

Présidence de M. Ch. Richet.

Extirpation de la glande thyroïde.

M. Gley. — Il existe chez le lapin une glande thyroïde accessoire qui, dans les conditions ordinaires, reste à l'état embryonnaire, mais qui peut s'hypertrophier quand on a fait la thyroïdectomie : elle supplée alors la glande enlevée et empêche les accidents qui en suivent la suppression. Si l'on enlève la glande principale et la glande accessoire, la mort survient d'une façon parfois très rapide. Il est possible d'exercer une action de suppléance en injectant dans les veines de l'animal du suc thyroïdien : il arrive que quelques animaux survivent, dans les cas où l'injection est faite de bonne heure. Chez le chien, où les suites de l'ablation de la glande sont analogues, l'injection de suc thyroïdien retarde les accidents, mais ne peut sauver complètement l'animal en expérience.

Coccidies de l'intestin.

MM. Raillet et **Luçay.** — Il est facile d'étudier ces éléments dans l'intestin de certaines espèces animales et de l'homme, où elles occupent le revêtement épithélial. C'est avec ces éléments que nous avons fait quelques tentatives de développement artificiel. Il ne nous a pas paru qu'il existe toujours une différence radicale entre les coccidies oviformes et perforantes. La durée du développement et de l'évolution dépend surtout de l'épaisseur de l'enveloppe. Du reste, les phases du développement, observées pour les formations intestinales et hépatiques, sont conformes aux descriptions de Balbiani.

Pathogénie de la tétanie gastrique.

MM. Bouveret et **Devic.** — Nous avons étudié cette affection en nous fondant sur l'observation clinique et sur l'expérimentation. Les malades explorés présentaient le type de la maladie de Reichman avec hypersécrétion gastrique. Nos recherches nous amènent à penser, comme l'a dit M. Bouchard, que les accidents tétaniques sont d'origine autotoxique, et qu'on peut isoler des sécrétions pathologiques le poison convulsivant qui entraîne les accès.

Anatomie des scalènes.

M. Sébileau. — Les auteurs sont divisés sur la manière de comprendre l'anatomie des muscles scalènes ; les uns décrivent trois muscles, d'autres deux ; les anciens n'admettaient qu'un seul muscle. Il est vrai qu'en bas, les faisceaux sont multiples, distincts ; j'ai même décrit un faisceau particulier qui va s'attacher en éventail au cul-de-sac pleural, pour lequel il joue le rôle de ligament suspenseur. Mais si l'on considère la partie supérieure des muscles, l'unicité peut aisément être mise en relief. Les insertions sont communes pour tout le corps charnu, et se font aux tubercules antérieurs des apophyses transverses. Les faisceaux charnus partis de là forment tout d'abord un corps musculaire unique qu'on ne peut séparer en plusieurs portions qu'en coupant en plein muscle. Au delà, les faisceaux se dissocient simplement pour former une boutonnière musculaire destinée à laisser passer un faisceau vasculo-nerveux important : c'est là une disposition qui est loin d'être rare dans l'économie.

Différenciation du bacille typhique et du bacillus coli communis.

M. Wurtz. — Un premier mode est basé sur un caractère du bacillus coli, constaté par M. Malvoz, à savoir la propriété de faire fermenter la lactose en acidifiant rapidement le milieu ensemencé. Pour rendre la démonstration plus frappante, je prépare une gélose lactosée à 20 p. 1000 et je la stérilise à une basse température. J'ajoute ensuite une quantité de teinture de tournesol suffisante pour donner une couleur bleu-violet. Le bacillus coli ensemencé sur ce milieu fait rougir la gélose après 24 heures et développe des gaz. Au contraire, le bacille typhique, quoique se développant bien, ne détermine aucune de ces modifications. Une plaque de gélose ainsi préparée peut être ensemencée d'un côté avec du coli, sur l'autre moitié avec du typhique : par contraste, la démonstration est très nette.

Le deuxième mode de différenciation est le suivant. Si l'on prend une culture de typhique sur gélose inclinée, bien développée, et qu'on enlève la culture avec une spatule de platine, la surface sous-jacente, réensemencée avec du typhique, ne donne rien. Au contraire, le coli s'y développe bien : la gélose comme vaccinée pour le typhique, ne l'est pas pour le coli. On peut rendre la réaction encore plus évidente en se servant de gélose au tournesol comme plus haut.

Identité de la bactérie pyogène urinaire et du bacillus coli communis.

MM. Achard et **Renault.** — Ayant eu l'occasion de trouver le bacillus coli dans un cas de métrite, nous avons songé à chercher si ce bacille ne pourrait pas se rapprocher de la bactérie pyogène décrite par Clado, Hallé et Albarran dans les affections urinaires. Nous avons étudié parallèlement divers échantillons de bacillus coli, et de bactérie pyogène, ces derniers empruntés à des suppurations urétériques et rénales : les caractères morphologiques et biologiques ont été identiques. Nous avons pu reproduire expérimentalement, en partant des deux bacilles, les mêmes accidents, péritonites suppurées, inflammations du rein et des uretères.

Cette identité explique comment certains observateurs

avaient trouvé la bactérie de Clado hors des voies urinaires, dans une pleurésie, dans des abcès périnéaux. D'autre part, en se rappelant le rôle que joue le bacillus coli dans les angiocholites, on comprend mieux l'analogie, de tout temps remarquée, entre les infections biliaires et urinaires.

M. Straus. — Je tiens à faire remarquer que j'ai reçu pour les *Archives expérimentales* un travail d'un médecin finlandais dont les conclusions sont analogues à celles qui viennent d'être soumises à la Société.

Capacité respiratoire du sang.

M. Périn. — J'ai étudié expérimentalement les variations de cette capacité et ses rapports avec les états pathologiques, en particulier avec les hémorrhagies. L'ozone ne l'influence pas, non plus que l'électricité. Il n'en est pas de même du plomb, ainsi que j'ai pu le voir chez les animaux intoxiqués par la céruse. J'ai remarqué à ce propos que le fer pouvait avoir ici une action aussi utile que dans la chlorose, et j'ai éprouvé d'autre part que l'administration du sulfure de sodium rend les animaux beaucoup plus réfractaires à l'intoxication. L'action utile de ce sulfure s'est montrée aussi très évidente dans l'intoxication mercurielle et arsénicale.

M. Broca fait une communication sur le *traitement du lupus* (voy. p. 624).

M. Fournier lit une note sur la *syphilis, l'hydrargyrisme et le tabes* (sera publiée *in extenso*).

M. Langlois est nommé membre de la Société.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

Séance du 10 *décembre* 1891.

Présidence de M. Lailler.

Mycosis fongoïde.

MM. Hallopeau et Jeanselme. — Voici un malade atteint de mycosis fongoïde; cette affection se présente chez lui sous la forme d'une érythrodermie généralisée, caractérisée par une rougeur sombre et un épaississement de la peau, avec exagération de ses plis, chute partielle des cheveux et des poils, prurit intense et adénopathies multiples et volumineuses; elle coïncide tôt ou tard avec des tumeurs mycosiques. Cette forme érythrodermique généralisée du mycosis fongoïde peut être initiale ou précédée pendant de longues années par des éruptions ortiées ou vésiculeuses. Elle peut se manifester sous forme de poussées aiguës, accompagnées de réaction fébrile intense et suivies d'exfoliation en larges lambeaux.

En dehors de cette forme, il peut se produire également dans le mycosis fongoïde des poussées aiguës, parfois ortiées, le plus souvent vésiculeuses, quelquefois bulleuses.

Lichen de Wilson avec dyschromie.

M. Hallopeau. — Les papules du lichen de Wilson sont généralement colorées en rouge, j'ai cependant signalé déjà, sous le nom de lichen scléreux, une variété de cette maladie dans laquelle les papules sont partiellement décolorées. Voici un malade, d'un type différent, chez lequel des plaques de lichen invétéré sont complètement décolorées en même temps que les parties circonvoisines sont pigmentées et d'un brun sombre. Or ce sujet se gratte depuis 15 ans avec une véritable frénésie; il frotte systématiquement matin et soir ses plaques de lichen avec un linge jusqu'à ce qu'il les ait excoriées; ces grattages ont transformé partiellement les plaques de lichen en un tissu de cicatrice décoloré en même temps qu'ils provoquaient à leur périphérie des congestions réitérées aboutissant à la production d'une pigmentation exagérée. Cette furie du grattage est le résultat d'un trouble psychique que l'on peut désigner sous le nom de *cnomanie*; j'ai observé depuis peu deux sujets, qui présentaient ce trouble indépendamment de toute lésion cutanée et qui, à la suite de ce grattage, présentaient des cicatrices multiples, profondes et indélébiles.

Traitement de la pelade par les injections intra-dermiques de sublimé.

M. Barthélemy. — Voici une malade atteinte d'une pelade ancienne, très tenace, qui a résisté aux modes de traitement habituels. A la suite des injections hypodermiques de sublimé, faites en plus grand nombre sur une moitié de la tête, les cheveux sont devenus plus nombreux et de moins en moins lanugineux sur cette région. Ces injections faites suivant la méthode de M. Moty (Voir *Mercredi médical*, 1891, 20 mai, p. 255 et 18 novembre, p. 580), sont très bien tolérées.

M. Ernest Besnier. — Un seul fait ne suffit pas à démontrer l'efficacité de ce mode de traitement. Je demande de nouveau que l'expérimentation soit faite sur une large échelle et dans des conditions rigoureuses d'observation, avant de pouvoir émettre une opinion sur ce traitement et de le déclarer praticable et recommandable.

Variété pustuleuse et végétante de la dermatite herpétiforme de Duhring.

MM. Hudelo et Louis Wickham. — Le malade que nous présentons offre, d'une part à la main gauche et à la région périnéo-scrotale des lésions pustuleuses et végétantes se développant en foyers à progression excentrique, et d'autre part des lésions érosives et végétantes de la bouche. Les caractères cliniques et histologiques de ces diverses lésions sont analogues à une dermatose décrite en 1889 par M. Hallopeau sous le nom de dermatite pustuleuse chronique en foyers à extension progressive. Cependant, l'histoire et les antécédents du malade montrent qu'il s'agit d'une variété pustuleuse et végétante de la dermatite herpétiforme de Duhring : d'ailleurs le même diagnostic avait été porté déjà en 1887 par MM. Vidal et Brocq sur le même malade qui présentait alors aux pieds les mêmes lésions que l'on constate aujourd'hui à la main et à la région périnéo-scrotale. La physionomie spéciale des lésions, et leur analogie frappante avec celles décrites par M. Hallopeau, peuvent être expliquées par une infection secondaire (staphylococcus albus dans les cas de M. Hallopeau et dans le cas présent, ou un autre microbe spécial, mais non décrit), évoluant dans le cas actuel sur un terrain prédisposé par la dermatite herpétiforme.

M. Vidal. — Lorsque j'ai observé ce malade, il présentait un type parfait de dermatite herpétiforme de Duhring et portait en outre sur les mains des végétations répondant aux descriptions du pemphigus végétant, que nous ont données les médecins de l'Ecole de Vienne. Je crois que la plupart des faits décrits sous le nom de pemphigus végétant, sinon tous, doivent être rapportés à la dermatite de Duhring.

M. Ernest Besnier. — Le nom de pemphigus végétant ne correspond vraisemblablement pas à une entité fixe et déterminée, mais s'applique à des états pathologiques différents.

M. Darier. — Les lésions histologiques sont identiques dans le fait décrit par M. Hallopeau sous le nom de dermatite pustuleuse chronique à foyers excentriques et dans le cas de M. Hudelo et Wickham et sont presque absolument semblables à celles que Neumann décrit et figure dans son mémoire sur le pemphigus végétant.

Atrophodermie érythémateuse en plaques à progression excentrique.

M. G. Thibierge. — Voici une malade qui porte depuis 2 ans sur chacune des joues une plaque déprimée, de coloration rouge s'effaçant par la pression, n'ayant pas l'apparence cicatricielle, plaques qui s'étendent progressivement et excentriquement sans douleur et sans aucun phénomène fonctionnel ; les téguments sont amincis à leur niveau et ne présentent aucune trace d'induration. Je n'ai trouvé dans les descriptions de l'atrophie cutanée aucun fait semblable ; je ne crois cependant pas qu'on puisse émettre d'autre diagnostic.

M. Vidal. — Il s'agit certainement d'une atrophie cutanée, bien que les téguments ne présentent pas la pigmentation fréquente au voisinage des plaques atrophiques ; la joue et le voisinage de l'oreille sont d'ailleurs les lieux d'élection des plaques d'atrophie cutanée.

Phthiriase des paupières.

M. L. Jullien. — J'ai eu l'occasion d'observer un cas remarquable de *pediculi* des paupières chez une fille de 17 ans qui avait la tête couverte de poux et présentait, quoi-

qu'en petit nombre, des morpions au pubis et dans les poils de l'aisselle. Sur les cils, qui étaient très longs et très fournis, on voyait 1-2 ou un plus grand nombre de petits points grisâtres qui n'étaient autres que des lentes; une véritable armée de poux tapissait le bord ciliaire ; ils présentaient les caractères propres au pou du pubis. Ces parasites n'avaient déterminé aucune espèce de sensation pénible, pas même de la démangeaison ; la malade, peu délicate il est vrai, ne s'en était pas aperçue.

Cette maladie est surtout intéressante par sa rareté beaucoup plus grande aujourd'hui que chez les anciens. Elle a été étudiée par Galien, Celse, Paul d'Egine, A. Paré, Maitre-Jan, etc., plus près de nous par Steffen, Ring, Trousseau, Despagnet, Pignot et R. Blanchard. Enfin grâce à l'obligeance de MM. Diday, Cordier, Masselon, Corlieu, Hallopeau, j'ai pu rassembler une dizaine de faits inédits.

Cette maladie est fort rare, on en compte à peine 1 cas sur 5,000 malades dans les cliniques oculaires ; elle semble particulière aux enfants, même les plus jeunes. Pendant l'allaitement, l'insecte chemine de la nourrice au nourrisson. Chez l'adulte il y a toujours coïncidence de la phthiriase pubienne, axillaire. Très souvent aussi coexistent des *pediculi capitis*, mais ce dernier ne s'établit pas plus sur les sourcils que le morpion ne se reproduit dans la chevelure.

La phthiriase oculaire passe souvent inaperçue. On doit s'attacher à reconnaître les *insectes*, leurs *œufs*, leurs *déjections*.

Il n'y a parfois pas trace de blépharite, pas même de rougeur ni de démangeaison. D'autres fois, on constate une blépharite d'apparence eczémateuse, une ophthalmie chronique ; enfin le prurit peut être très prononcé.

La distinction d'avec la blépharite eczémateuse desquamante se tire des signes suivants : forme irrégulière des squames et des petites concrétions séreuses d'un volume généralement supérieur à celui des morpions. Les cils chargés de poussière chez les personnes malpropres sont aussi une cause d'erreur. La loupe est l'instrument indispensable du diagnostic.

Il faut dans le traitement s'attacher d'abord à tarir la source de la contagion, et, pour y arriver, examiner de près soit les patients, soit les personnes de l'entourage. Il ne faut pas couper à ras tous les cils, comme on l'a proposé, ce moyen étant insuffisant à prévenir le retour du mal. On peut faire disparaître les parasites au moyen des pommades mercurielles ; dans le cas que j'ai observé, j'ai eu recours à l'extirpation de tous les parasites et de leurs œufs avec la pince à griffes, et j'ai ainsi obtenu en une seule séance une guérison complète et définitive.

G. Thibierge.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 9 *décembre* 1891.

Chlorhydrate d'hyoscine chez les aliénés.

M. C. Paul lit un rapport sur un travail de **MM. Ramadier** et **Sérieux**. Après avoir résumé ce mémoire (voy. *Mercredi*, 1891, p. 539), il conclut en faveur de cette thérapeutique. Dès 1872, en effet, étant médecin à Bicêtre, il employait les stupéfiants, pour éviter la camisole de force. Pour calmer les agités, il les maintenait sous l'action continue du chloral pendant deux à trois jours, donnant des lavements à 5 grammes chacun et profitant de chaque réveil, toutes les 8 à 12 heures, pour alimenter le sujet. Dans ce même but, le sulfonal rend aussi de réels services. Mais le chlorhydrate d'hyoscine a de grands avantages : il est en effet très soluble et d'autre part il est bien supporté en injections hypodermiques. Il suffit de doses minimes (1/2 à 1 milligramme) et avec la méthode hypodermique on est sûr de ce qu'on fait, même chez les aliénés les plus furieux.

Laryngite striduleuse et dilatation forcée du larynx.

M. C. Paul relate une observation de ce genre. Chez un enfant de 14 mois atteint de laryngite striduleuse à accès menaçants si bien qu'on s'était préparé à la trachéotomie, il conseilla à son interne, M. Malbec, d'essayer la dilatation forcée du larynx, selon la méthode préconisée par Renou (de Saumur), dans le croup. L'opération fut pratiquée à l'aide du dilatateur de Laborde et le malade guérit.

A ce propos, M. C. Paul cite quelques statistiques de *tubage du larynx*. Cette opération, inventée par Bouchut, fut mal accueillie en France, où elle revient aujourd'hui après avoir passé par l'Amérique et par l'Allemagne. Or en dépouillant les relevés, M. d'Heilly a constaté que si à partir de 4 ans la trachéotomie est préférable, l'intubation a nettement l'avantage au-dessous de 4 ans : au-dessous de 2 ans, elle donne 5 fois plus de succès; de 2 à 2 ans 1/2, 2 fois plus ; de 2 ans 1/2 à 3 ans 1/2, 1/2 de plus.

La discussion sur *les sels de strontiane* a continué entre MM. Bardet et Bocquillon, mais elle a encore été exclusivement chimique. M. Bardet a insisté sur la toxicité et les réactions des sels de baryte : à son sens la baryte qui reste actuellement dans les sels de strontiane (1/1000 environ) n'est pas dangereuse, même si on faisait prendre à un malade 15 gr. de sels de strontiane par jour.

ÉTRANGER

ALLEMAGNE

SOCIETÉ DE MÉDECINE INTERNE DE BERLIN

Séance du 7 *décembre* 1891.

Syphilis du nez.

M. Treitel présente des pièces se rapportant à un cas de syphilis du nez. L'appendice nasal n'existait pour ainsi dire pas et était au même niveau que le reste de la face. Absence complète des cartilages de l'appendice nasal et de la cloison. La perforation de la cloison, en l'absence de tout autre signe, assurait dans le temps le diagnostic de syphilis; mais depuis quelque temps on a remarqué que la perforation de la cloison accompagnée d'hémorrhagies s'observait aussi dans la tuberculose. Dans le cas en question, les cornets inférieurs manquaient aussi. En outre au niveau de l'antre d'Highmore existait une perforation des dimensions d'une pièce de 50 centimes. L'épaisseur des parois des sinus frontaux dépassait 15 millim. A l'ouverture du sinus frontal droit on trouve un séquestre baignant dans du pus caséeux.

Cardiaque et tuberculeux.

M. Renvers a fait l'autopsie d'un homme de 58 ans, venu il y a un an à la clinique pour une insuffisance cardiaque et une pleurésie séreuse. Le cœur est dilaté et présente une insuffisance mitrale avec thrombose de l'artère pulmonaire.

Il y a un mois le malade prit une attaque d'influenza ; il survint des troubles de compensation, de la dyspnée, et le malade fut brusquement emporté par une apoplexie pulmonaire.

Quand le malade vint pour la première fois, il y a un an, à la clinique, on se demanda si la pleurésie n'était pas tuberculeuse, et l'on fit plusieurs injections de tuberculine. La réaction fut très nette. Or, à l'autopsie, on ne trouva pas trace de tubercules.

Un autre fait est à noter dans l'histoire de ce malade. L'infarctus pulmonaire donna lieu à de l'ictère. Les urines furent examinées par M. Salkowsky qui ne trouva pas d'acides biliaires ni de bilirubine, mais une quantité considérable d'urobiline. Il s'agissait donc d'un ictère hématogène. Le canal cholédoque était du reste parfaitement perméable.

Influenza.

M. Lazarus a observé les premiers cas d'influenza à l'hospice israélite pour les vieillards qui comprend des pensionnaires, dont une partie garde le lit, l'autre garde la chambre et une dernière fait des promenades dans le jardin. Les symptômes furent ceux de l'épidémie précédente. Un cas de mort sur 8 malades, chez une femme de 95 ans.

Dans l'hospice israélite réservé aux enfants (au nombre de 75 cas), on n'a observé qu'un seul cas d'influenza. Enfin dans le service de M. Lazarus appartenant à l'hôpital israélite de Berlin, il y a eu 17 cas d'influenza sur 70 lits, avec un seul

cas de récidive chez un individu ayant eu l'influenza il y a deux ans. Chez 3 ou 4 malades il y a eu une sorte de pneumonie récidivante. Dans aucun cas la rate ne fut trouvée augmentée de volume. Sur 400 cas observés pendant ce mois à la policlinique, il y a eu 26 cas d'influenza, dont un chez un enfant de 2 ans 1/2.

M. Guttmann. — A l'hôpital Moabit on a observé, depuis la seconde quinzaine de novembre, 100 cas d'influenza : 64 hommes et 36 femmes; 46 sont guéris, 51 sont encore en traitement, 3 sont morts. Sur ces 100 cas, 74 ont été reçus à l'hôpital. Dans l'hôpital même, il y a eu 26 cas d'influenza : 16 chez des malades, 8 chez des infirmiers, 2 chez des domestiques.

L'affection est très contagieuse. Le 17 novembre on place un malade atteint d'influenza dans une salle jusqu'alors indemne; du 20 au 28 novembre, 11 malades et 2 infirmiers de la salle sont pris d'influenza. Le même fait a pu être constaté dans 3 autres salles.

Pas un seul cas d'influenza ne s'est déclaré dans les 4 salles réservées aux phthisiques et où on ne plaça pas un seul malade atteint d'influenza. Pourtant pendant l'épidémie de 1888-1889, ces salles furent très éprouvées, bien qu'on n'y eût pas placé des individus atteints d'influenza.

Parmi les complications, M. Guttmann a observé la pneumonie (2 fois), la tachycardie avec un pouls de 120 et de la dyspnée (2 fois), de la laryngite (2 fois). Trois femmes ont succombé : une mitrale et emphysémateuse de 75 ans; les deux autres étaient âgées de 75 ans et 58 ans. A l'autopsie on trouvait un exsudat dans les plèvres et dans le second cas encore une broncho-pneumonie du sommet.

M. Fürbringer. — A l'hôpital Friedrichshain on a reçu depuis le début de l'épidémie 150 cas: 77 hommes et 73 femmes. 12 malades ont succombé. 33 fois il s'agissait de complications respiratoires : cette série a fourni 9 morts; 3 fois on a observé des affections organiques du cerveau : 2 apoplexies et une méningite suppurée; tous les trois cas se sont terminés par la mort. Dans sa clientèle privée, l'auteur a observé deux cas où il y avait des complications organiques du côté des méninges; les deux malades ont guéri. Dans tous les autres cas de sa clientèle privée, il s'agissait de la pneumonie spécifique. A l'autopsie on trouve le poumon farci de petits foyers analogues à des tubercules et présentant une tendance à la nécrose; en même temps on trouve toujours de l'exsudat dans la plèvre. A côté de cette pneumonie, on trouve des cas de véritable pneumonie croupale.

M. A. Frænkel. — A l'hôpital Urban on a reçu depuis le commencement de l'épidémie 138 malades : 67 hommes, 68 femmes et 3 enfants. On constate 32 cas d'infection intra-hospitalière : 18 malades et 14 infirmiers. Sur les 138 malades, 9 ont déjà eu une fois l'influenza. Les complications ont été notées chez 38 malades sous forme de pneumonies; 21 unilatérales et 17 bilatérales. Les pneumonies sont fibrineuses ou bien il s'agit de broncho-pneumonies à forme particulière, lobulaire, et dans ces cas le vrai caractère n'a pu être constaté qu'à l'autopsie. La rate a été tuméfiée dans 5 cas; l'albuminurie a existé dans 16 cas.

Parmi les complications rares, M. Frænkel cite un cas de tic convulsif des membres et de la tête survenu le sixième jour de l'influenza. La compression des troncs nerveux provoquait des convulsions cloniques qu'on arrêtait ensuite également par la compression.

Dans un autre cas compliqué de pneumonie, on a noté de l'aphasie avec hémiplégie droite qui ont disparu au bout de 30 minutes, pour revenir le lendemain à la même heure et persister cette fois. Une fois on a observé de l'ictère avec de la péritonite, une fois de la cystite, 6 fois de l'otite dont 4 avec perforation du tympan; 8 malades ont succombé à la pneumonie.

ANGLETERRE

SOCIÉTÉ ROYALE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE.

Séance du 8 *décembre* 1891.

Des pseudarthroses chez les enfants.

M. d'Arcy Power. — Les causes de pseudarthroses chez les enfants peuvent se grouper sous trois chefs : fractures pendant la vie intra-utérine ; fractures survenues chez de jeunes enfants, à la suite de très légers traumatismes ; enfin fractures banales donnant des pseudarthroses par le mécanisme ordinaire. Voici une liste de 63 pseudarthroses se répartissant de la manière suivante : 5 à la clavicule, 9 à l'humérus, 11 au fémur et 38 à la jambe. Contrairement à ce qu'on pourrait croire, je n'en ai trouvé aucune à l'avant-bras, dont les fractures sont cependant si fréquentes. Vingt-cinq de ces pseudarthroses étaient survenues chez des sujets du sexe masculin et 35 chez des sujets du sexe féminin ; pour 3 d'entre elles le sexe n'a pas été indiqué. Ces pseudarthroses semblent être plus fréquentes à gauche qu'à droite. Le traitement de ces pseudarthroses donne des résultats peu satisfaisants. Sur ces 63 cas la guérison a été obtenue 6 fois, 7 fois on a eu une amélioration et 36 fois les choses sont restées dans le même état. Je crois que ces pseudarthroses sont plus fréquentes actuellement qu'autrefois. Elles sont rares en France.

M. Holmes. — Quand le traitement d'une fracture du membre inférieur est bien conduit chez un enfant, on obtient la guérison.

M. Adams. — J'ai eu à soigner 3 cas de pseudarthroses chez des enfants de 15 à 18 mois et siégeant au niveau du tiers inférieur du fémur. Pour tous les trois on a dû finalement recourir à l'amputation.

M. Lockwood. — Voici une pseudarthrose du tibia chez une petite fille de deux ans ; on a dû recourir aussi à l'amputation ; il y avait aussi une fracture du péroné, mais cette dernière s'était consolidée ; toutefois la déformation du péroné qui, au niveau de la fracture, était repoussé en dedans, avait séparé du tibia l'artère tibiale postérieure et son nerf. Je crois que c'est ce trouble dans la vascularisation du tibia qui a amené la formation de la pseudarthrose. Voici un autre cas de pseudarthrose du tibia avec atrophie de l'extrémité inférieure du péroné et un cas de pseudarthrose de la clavicule due à ce qu'on n'a pu obtenir que l'enfant gardât le repos. Les moyens ordinaires échouent presque toujours pour la guérison de ces pseudarthroses.

M. Edmond Owen. — Voici deux cas de pseudarthroses. Le premier a trait à un enfant de 7 ans qui tomba à l'âge de 15 mois et se fractura la jambe ; on se contenta d'appliquer des attelles, mais on permit à l'enfant de s'asseoir et l'immobilisation ne fut pas complète. On a depuis dû recourir à une résection des extrémités osseuses et encore le résultat n'est-il que médiocre. Le second cas est celui d'une petite fille ; on suppose que la fracture se produisit lors de la naissance, mais on ne s'en aperçut qu'au bout de trois jours; on appliqua deux fois un plâtre, mais inutilement ; quand elle eut atteint l'âge de deux ans, on fit une résection des extrémités des fragments. Mais on n'obtint pas un résultat satisfaisant.

M. Smith. — Le traitement, qui réussit chez les adultes, ne donne aucun résultat chez les enfants ; c'est qu'il est difficile d'immobiliser les os chez les enfants. J'ai vu dernièrement un enfant qui, né dans un accouchement très laborieux, eut une fracture des clavicules et de presque tous les os longs. Toutes les fractures se consolidèrent, à l'exception de celle du fémur droit qui donna une pseudarthrose.

M. Barker. — J'ai vu une pseudarthrose de la clavicule chez un enfant de 15 ans; je l'ai traitée avec succès par la résection ; je crois que je dois une grande partie de mon succès à ce que j'ai employé un appareil plâtré, qui m'a permis d'obtenir une immobilisation complète.

M. Little. — J'ai pratiqué l'ostéotomie dans un cas de fracture congénitale du tibia et du péroné, sans obtenir la consolidation ; je renouvelai l'opération au bout d'un an, mais sans plus de succès Je dus finalement recourir à l'amputation.

M. Butlin. — Dans tous les cas que j'ai vus il y avait atrophie plus ou moins prononcée des os. Les pseudarthroses chez les enfants obéissent probablement aux mêmes lois que chez les adultes. Les causes d'insuccès résident dans les altérations pathologiques de l'os et dans la difficulté d'obtenir l'immobilisation.

SOCIÉTÉ CLINIQUE DE LONDRES

Exstrophie de la vessie.

M. Anderson relate l'observation d'un garçon de 10 ans atteint de cette malformation et qui fut traité par l'autoplastie à lambeaux ; mais il fallut trois opérations pour parvenir au résultat. La dernière est dérivée du procédé de Thiersch, que l'auteur préfère à celui de Wood parce qu'il exige des lambeaux moins étendus.

M. Howard Marsh a eu à soigner un cas de ce genre chez une fille et il voulut d'abord rabattre un lambeau supérieur, mais la minceur était telle que dans cette dissection il troua le péritoine et il dut y renoncer. Plus tard, il sutura en pont devant la vessie deux lambeaux latéraux.

M. Reyes croit qu'il faut attendre que les enfants aient un certain âge, pour avoir des tissus plus épais. Il est partisan des tentatives récentes pour rapprocher le pubis.

Fracture du rachis. Anévrysme de l'aorte.

M. Spencer a observé, 13 mois après l'accident, un homme qui, en tombant de 30 pieds de haut, s'était fait une fracture du rachis et présentait de chaque côté une tumeur anévrysmale. Le malade mourut épuisé en 2 ans et 7 mois, après avoir présenté des douleurs par compression des racines rachidiennes et des hématuries. A l'autopsie on trouva un anévrysme de la paroi postérieure de l'aorte ayant érodé les deux premières vertèbres lombaires. Dans la vessie existaient deux calculs phosphatiques ayant pour centre des caillots sanguins.

Albumosurie de la pneumonie.

MM. Lee Dickinson et **W. R. Fyffe** ont constaté l'albumosurie chez 20 pneumoniques, et à leur sens ce qu'on a appelé peptonurie est de l'albumosurie. Jamais ils n'ont trouvé de peptone véritable. Or il est à remarquer que les albumoses sont fort toxiques. Le procédé de recherche consiste, après coagulation par la chaleur, à traiter l'urine par l'acide nitrique et par le réactif de biuret ; à la jonction du liquide et du réactif, qui tombe au fond, on voit apparaître une coloration rose. D'après des expériences sur les animaux, les auteurs admettent que la diarrhée, fréquente chez leurs malades, est due au passage des albumoses dans le sang. L'albumosurie est d'après eux un signe favorable au cours de la pneumonie; elle a fait défaut dans les cas graves. L'origine de l'albumose est dans les exsudats inflammatoires. L'albumosurie n'indique nullement une lésion du filtre rénal.

Hydronéphrose traumatique.

M. Solly a traité un enfant de 5 ans qui, après avoir été renversé par une voiture, entra à l'hôpital pour une douleur abdominale avec fièvre, et 20 jours après présenta une tumeur rénale. Dès l'accident il avait eu un peu d'hématurie. Cette tumeur fut ponctionnée 3 fois (36e, 52e et 136e jour) avec issue à chaque fois d'un demi-litre environ d'un liquide contenant 2 0/0 d'urée. Depuis 3 ans la guérison se maintient.

M. Abercrombie relate un cas de *xanthome multiple* chez un ictérique.

M. Roth présente un enfant de 17 ans atteint de spondylolisthésis lombosacrée.

AUTRICHE

SOCIÉTÉ IMPÉRIO-ROYALE DES MÉDECINS DE VIENNE

Séance du 11 *décembre* 1891.

Entéranastomose par apposition latérale.

M. von Hacker présente une malade à laquelle il a fait cette opération il y a 4 ans.

La malade en question, qui avait alors 15 ans, a été reçue à la clinique de Billroth avec le diagnostic de sténose intestinale avec péritonite tuberculeuse possible. Pendant l'opération on trouva le cæcum et la partie postérieure du côlon ascendant transformés en une tumeur de 20 cm. de long, tellement adhérente aux parties voisines que la résection paraissait impossible. On fit alors une incision longitudinale sur l'iléon et le côlon et on réunit les orifices par des sutures; la portion descendante de l'iléon fut encore rétrécie par la suture des plis longitudinaux. On découvrit encore une sténose annulaire au milieu de l'intestin grêle qu'on supprima en sectionnant longitudinalement l'intestin et en réunissant la plaie par des sutures transversales. La malade s'est rapidement rétablie après l'opération.

M. Hacker fit la même opération dans un carcinome récidivant et inopérable du cæcum; la survie a été dans ce cas de 7 mois. Cette opération a été faite 16 fois par d'autres opérateurs. Elle donne en somme de bons résultats.

La méthode de Hochenegg (isolement d'une portion de l'intestin et suture des deux bouts dans la plaie extérieure) ne devrait s'appliquer qu'aux processus inflammatoires chroniques qui permettent d'enlever facilement plus tard toute une partie d'intestin. Dans les autres cas l'entéro-anastomose par opposition latérale est préférable.

M. Kundrat préfère la méthode d'Hochenegg. Quand il s'agit du carcinome, le procédé opératoire n'a pas d'importance, bien que dans ces cas même la méthode d'Hochenegg permettant le lavage de l'intestin soit encore préférable. Mais cette méthode est particulièrement précieuse dans les rétrécissements catarrhaux ou tuberculeux où il existe des adhérences, des suppurations du tissu sous-séreux et des perforations de la paroi abdominale. Dans ces cas le lavage de l'intestin est précieux et il n'est possible qu'avec le procédé d'Hochenegg.

Excrétion de nucléo-albumine par les urines.

M. Obermayer a trouvé dans les urines d'un certain nombre de malades de la nucléo-albumine, qui est insoluble dans l'acide acétique, contient du phosphore et est précipitée par le sulfate acide de magnésie. Pendant la digestion, la nucléine se sépare.

La nucléo-albumine a été trouvée dans les urines dans 36 cas de leucémie et 32 cas d'ictère, en plus grande quantité dans la première affection que dans la seconde. Dans 8 cas de diphthérie on trouva une nucléo-albuminurie considérable, de même dans 4 cas de néphrite scarlatineuse. Elle existe généralement dans le mal de Bright. On la trouva encore dans 2 cas de cystite, 1 cas d'atrophie aiguë du foie, et chez les malades qui recevaient du sublimé, de l'acide pyrogallique, du naphtol.

La nucléo-albuminurie peut être d'origine vésicale ou rénale. Dans ce dernier cas il existe une lésion de l'épithélium rénal, principalement de celui de la substance médullaire.

Résection du pylore.

M. Frank présente deux malades auxquels il a fait il y a 6 et 7 mois la résection du pylore pour carcinome médullaire. Aujourd'hui il n'existe pas encore de récidive.

Narcose par bromure d'éthyle.

M. Gleich. — Le bromure d'éthyle a été essayé à la clinique de Billroth dans 150 cas depuis le mois de septembre. Au bout d'une demi-minute les extrémités se tendent, puis elles ne tardent pas à se relâcher et peu de temps après survient la narcose. La dose ordinaire est de 20 grammes et doit être versée d'un coup ; dans un cas où l'on employa 35 gr., il survint un collapsus léger. La substance fit défaut dans 3 cas seulement. Le réveil se fait brusquement, quelques minutes après qu'on a cessé les inhalations. Après la narcose le malade se trouve ordinairement bien. Chez les alcooliques on trouve une période d'excitation de courte durée. Les vomissements après la narcose sont survenus dans 5 cas, et pouvaient être attribués à ce que les malades ont peut-être avalé une petite quantité de bromure d'éthyle. Dans les opérations sur la bouche il faut mettre un coin entre les mâchoires, car le tonus musculaire ne cesse pas pendant la narcose. Le bromure d'éthyle a été bien supporté par des cardiaques.

M. v. Dittel confirme les faits rapportés par M. Gleich. Il a employé le bromure d'éthyle dans 60 cas.

Appareil pour fracture du radius.

M. Frank présente un appareil qui permet de faire la réduction des fractures du radius sans le concours des aides.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

SOLUTION PAUTAUBERGE

Au Chlorhydro-Phosphate de Chaux Créosoté

Contient le **Phosphate de Chaux** sous la forme la plus assimilable et la **Créosote** sous la forme la mieux tolérée, permet seule la longue durée du traitement créosoté. Bons et constants résultats dans les ***Tuberculoses***, les ***Affections broncho-pulmonaires***, les ***Scrofules***, le ***Rachitisme***.

CAPSULES PAUTAUBERGE

(Créosote, Phosphate de Chaux, Iodoforme)

Puissant **Antibacillaire**, bien toléré et accepté.

L. PAUTAUBERGE & Cie, 22, rue Jules César, Paris, et toutes Phies

PHTHISIE — CONVALESCENCES

PEPTONE-PHOSPHATÉE BAYARD

RECONSTITUANT PHYSIOLOGIQUE **VIN DE BAYARD** 1 à 2 cuillerées à chaque repas

CONVIENT AUX ENFANTS DÉBILES, AUX VIEILLARDS, AUX FEMMES DÉLICATES, ETC.

Envoi franco échantillons. — COLLIN & Cie, 49, rue de Maubeuge, PARIS, et Pharmacies

ELIXIR ALIMENTAIRE DUCRO

TONIQUE RECONSTITUANT préparé avec la **VIANDE CRUE** l'alcool et les éc. d'Oranges amères

Conservation parfaite — *Goût très agréable*

Phthisie, Anémie, Convalescences

Paris, 20, pl. des Vosges, et toutes Phies

MALADIES NERVEUSES

Insomnies, Vertiges, Coqueluche

CHLORAL BROMURÉ DUBOIS

Sirop prescrit à la dose de 3 à 6 cuillerées, selon l'âge, dans les 24 heures.

PARIS, 20, Place des Vosges et PHARMACIES

SOLUTION BOURGUIGNON

au CHLORHYDRO-PHOSPHATE de CHAUX pur et titré.

Croissance, Rachitisme, Anémies, Phtisie, Maladies des os, Cachexies, Dentition, etc.

LABOUREUR, Phien, 2, Boulevard Raspail, PARIS.

Microcidine

ANTISEPTIQUE PUISSANT **non toxique** *non caustique et inodore*

du Dr BERLIOZ

La **Microcidine** s'emploie en *solutions* depuis 5 p. 1000 (plaies infectées) et 3 p. 1000 plaies simples et gynécologie) jusqu'à 1 p. 1000 (*gargarismes et irrigations nasales*) PRIX : 35 fr. le kilogr.

DÉPOT : J. FRIBOURG & HESSE, 26, Rue des Ecoles, PARIS

VICHY

Administration : 8, Bd Montmartre PARIS

SOURCES DE L'ÉTAT

CÉLESTINS — Grande-Grille — Hôpital — Hauterive

PASTILLES aux Sels Naturels de Vichy. — SELS pour Boisson et pour Bains.



POUDRE DE VIANDE ROUSSEAU

Adoptée par le Ministère de la Guerre

Représente 5 fois son poids de viande

PURE & INALTÉRABLE, DEUX FOIS PURIFIÉE & STÉRILISÉE

1° Par un lavage à l'alcool pur à 95°.
2° Par un séjour de 12 heures dans l'étuve à stériliser.

Chocolat Rousseau

à la **POUDRE DE VIANDE**

2 à 4 Tablettes par jour.

Une tablette représente vingt grammes de viande.

TONIQUE ROUSSEAU

Curaçao au Quinquina

Représente un gramme de Quinquina par petit verre à liqueur.

VIANDE GRANULÉE ROUSSEAU

Très agréable au goût

A prendre dans de l'eau pure ou sucrée (à la manière de la graine de lin ou de moutarde). De deux à six cuillerées à bouche par jour.

G. DERBECQ, *24, Rue de Charonne, PARIS*

et dans toutes les bonnes Pharmacies.

AVIS IMPORTANT

Les personnes atteintes d'affections de l'estomac, du foie et de l'intestin sont sûres d'obtenir leur guérison en faisant un traitement de vingt à vingt-cinq jours à Châtel-Guyon.

Les dyspepsies les plus anciennes, la constipation, les engorgements du foie ne résistent pas à l'action bienfaisante de ces eaux **toni-purgatives.**

Elles sont aussi très efficaces contre l'obésité.

Pour donner à MM. les médecins qui ne peuvent se déplacer, la possibilité d'apprécier l'efficacité des eaux de Châtel-Guyon, l'Etablissement thermal met à leur disposition, gratuitement, une caisse de cinquante bouteilles d'eau de la Source Gubler.

L'emploi de cette eau à domicile donne des résultats remarquables et fixera nos confrères sur l'importance du traitement toni-purgatif de Châtel-Guyon.

S'adresser au gérant de la Société des eaux minérales de Châtel-Guyon, 5, rue Drouot, à Paris.

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

PUBLIÉ PAR

LA GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Et servi gratuitement à tous les abonnés de ce journal

ABONNEMENTS SPÉCIAUX POUR MM. LES ÉTUDIANTS. — UN AN : 6 FRANCS

L. LEREBOULLET, Rédacteur en chef. — A. BROCA, Secrétaire de la Rédaction

Librairie de G. MASSON, 120, boulevard Saint-Germain.

SOMMAIRE

ACTES
DES FACULTÉS DE MÉDECINE

Thèses du 4 au 9 janvier 1892.

Jeudi 7. — M. Oustaniol. Contribution à l'étude des tumeurs des méninges rachidiennes. — M. Renoul. Des épithéliomes développés sur les naevis — M. Répin. Origine parthénogénétique des kystes dermoïdes de l'ovaire. Contribution à l'étude de la pathogénie de ces kystes. — M. Guérin. Contribution à l'étude de la mort subite dans la paralysie générale. — M. Papillon. Contribution à l'étude des maladies nerveuses pendant la période gréco-romaine. — M. Anghelovici. Des divers traitements de la tuberculose et du gaïacol en particulier.

VARIÉTÉS

Académie des sciences. — Prix décernés : *Anatomie et zoologie*. — Grand prix des sciences physiques, M. Jourdan.

Prix Bordin. — M. Beauregard.

Prix Savigny. — M. Lionel Faurot.

Prix Da Gama Machado. — Encouragement de 1,000 francs. MM. Raphaël, Blanchard et L. Joubin.

Médecine et chirurgie. — Prix Montyon. Trois prix à MM. Dastre, Durozier, Lannelongue. Mentions honorables à MM. Sanchez-Toledo et Veillon, Soulier, Zambaco et citations à MM. Arthaud et Biette, Batemann, Bloch et Londe, Catsaras, Debierre, Garnier, Gautrelet et Netter.

Prix Barbier. — M. Tscherning; et deux mentions, l'une à M. Delthil, l'autre à M. Dupuy.

Prix Bréant. — M. Nepveu.

Prix Godard. — M. Poirier et une mention honorable à M. Wallich.

Prix Chaussier. — M. Brouardel et une mention très honorable à feu M. Duponchel.

Prix Bellion. — L'Académie partage le prix entre M. Carlier et M. Mireur et accorde des mentions très honorables à M. Cassedebat et à M. Ferrand.

Prix Mège. — M. Frédéric Courmont.

Prix Lallemand. — Le prix est partagé entre MM. Gilles de la Tourette et F. Raymond.

Physiologie. — Prix Montyon. — Le prix est décerné à MM. Bloch et Charpentier; mentions : M. Hédon et M. Lesage.

Prix La Caze. — M. S. Arloing.

Prix Pourat. — M. Gley.

Prix Martin-Damourette. — Gley.

Prix généraux. — Prix Montyon (Arts insalubres). — Un prix de 3,000 francs est décerné à M. Gréhant; deux prix de 1,500 francs chacun à M. Bay et à M. Brousset, et une mention honorable à M. Bédouin et à M. Lechien.

Prix de l'internat (chirurgie). — *Médaille d'or*, M. Mauclaire; *médaille d'argent*, M. Noguès; *accessit*, M. Chipault.

Le charlatanisme en Belgique. — Le tribunal de Nivelles (Belgique) condamnait, il y a quelques mois, le Dr Carlier, les frères Sylvain et Gustave Vandevoir, l'un tailleur et l'autre cordonnier, tous trois habitant Braine-le-Château, chacun à huit mois de prison.

Les frères Vandevoir passaient dans le village pour des spirites ayant le pouvoir de diagnostiquer les maladies. Lorsqu'un client se présentait, Gustave Vandevoir, après quelques passes magnétiques, endormait Sylvain, sous le nez duquel il passait un linge appartenant au malade; Sylvain, à ce moment, nommait le genre d'affection dont était atteint le consultant. Ces consultations se passaient chez le Dr Carlier, qui, lui, après le diagnostic de Sylvain, rédigeait son ordonnance.

Les condamnés décidèrent d'en appeler et furent renvoyés devant la Cour d'appel de Bruxelles.

Or, celle-ci, après des débats très animés, a prononcé l'acquittement de tous les prévenus.

La Cour a décidé que l'emploi de l'hypnotisme par un médecin, quelque discutable qu'il puisse être, n'est pas un fait délictueux.

Mais la Chambre des députés vient de discuter le projet de loi du gouvernement qui, pour répondre au désir de l'Académie royale belge de médecine, vise l'interdiction des séances publiques d'hypnotisme.

Après un débat long et confus, pendant lequel la Chambre a montré une complète ignorance du sujet, tous les articles du projet ont été votés. Les pénalités encourues varient entre 15 jours et 12 mois d'emprisonnement et 25 à 1000 francs d'amende.

—**Le courrier de Lyon** a raconté qu'un géant nommé Lépy, qui s'était fait à Lyon une certaine popularité comme lutteur, s'était rendu dernièrement à Toulouse. Plusieurs lutteurs de cette ville, jaloux de son succès, résolurent, d'un commun accord, de lui faire passer un mauvais quart d'heure. Ils l'attendirent un soir dans une rue déserte, où ils étaient sûrs de le rencontrer, et l'assaillirent. Malgré sa force herculéenne, Lépy succomba sous le nombre et quelques heures après il était trouvé étendu à terre, le corps troué de onze coups de couteau. Transporté à l'hôpital de cette ville, il y était mort disait-on. Avant de mourir, le géant Lépy, en souvenir du bienvaillant accueil que lui avait fait la population lyonnaise, avait légué son corps à la Faculté de médecine de Lyon.

Deux jours après on apprenait que Lepy, parfaitement vivant, s'était simplement poussé une petite réclame.

Un cas de prétendu exercice illégal de la médecine. — Un cordonnier d'Astern, localité de la province prussienne de Saxe, vient d'être poursuivi pour exercice illégal de la médecine. Il avait annoncé, dans une feuille publique, qu'il possédait un remède infaillible pour guérir les cors aux pieds. Le tribunal des échevins l'a traduit à sa barre et l'a sommé de produire son fameux spécifique. Le prévenu a ouvert alors un sac énorme et a exhibé quelques douzaines de formes de souliers, faites pour éviter le frottement du cuir sur les cors... Le délinquant a été acquitté. (*Progrès médical*.)

Un hospice de vieillards à Jonzac. — M. le comte Duchâtel, ancien député de la Charente-Inférieure, ancien ambassadeur à Vienne, vient de léguer, à la commune de Jonzac son château, qui sera affecté à un hospice de vieillards. Le donateur y a joint une rente de 40,000 f. destinée à subvenir aux frais de l'hospice. (*Progrès médical*.)

CLINIQUE DES VOIES URINAIRES

Hôpital Necker. — M. le prof. Guyon.

Sur l'évolution et le traitement des rétrécissements dus à une rupture incomplète de l'urèthre périnéal.

(Leçon recueillie par M. Reblaub, interne du service.) et revue par le professeur).

Vous allez assister tout à l'heure à une opération que je me propose de pratiquer pour un rétrécissement traumatique de l'urèthre. Comme, en dehors du malade qui va subir cette opération, quatre autres nous ont passé sous les yeux depuis le 21 octobre dernier, atteints de la même affection, j'ai pensé qu'il serait utile de profiter de la réunion de ces malades pour vous entretenir de l'évolution des rétrécissements traumatiques qui succèdent à une déchirure incomplète de l'urèthre. C'est en effet sur ce point particulier que je désire insister; accessoirement j'aurai soin de poser les indications qui découleront de cette étude au point de vue du traitement primitif des ruptures de l'urèthre et de leur traitement consécutif.

J'ai donc à vous présenter cinq hommes atteints de rétrécissement traumatique de l'urèthre. Chez trois d'entre eux le traumatisme, qui en a été la cause, est récent, puisqu'il date du 10 juillet dernier chez l'un, du 19 octobre chez le second et du 26 octobre chez le troisième. Les deux autres malades ont eu des traumatismes qui sont déjà anciens; il remonte à cinq ans chez l'un, et le malade que nous allons opérer aujourd'hui a subi une double lésion traumatique de l'urèthre, l'une en 1882, l'autre en 1887. Voyons rapidement l'histoire de ces malades.

Le premier est cet homme de 64 ans que je vous ai montré tout à l'heure au n° 14 de la salle Velpeau et qui se dispose à quitter l'hôpital aujourd'hui même. Menuisier de son état, il travaillait, le 10 juillet dernier, à une maison en construction, lorsque, par suite d'un faux pas, il tomba d'une hauteur de 15 à 20 centimètres sur l'arête d'une porte. Il se fait une plaie superficielle de la moitié gauche du scrotum. Une demi-heure après l'accident, il va pour uriner et éprouve une douleur tellement vive qu'il a une syncope; il constate néanmoins que l'urèthre saigne, et cette uréthrorrhagie dura près de 8 jours. Au bout de 25 jours, se croyant guéri, il reprend son travail : c'est à ce moment qu'il s'est aperçu des premières difficultés de la miction. Celles-ci ont augmenté de plus en plus, si bien que, quand le malade est venu nous trouver, le 21 octobre, il avait la plus grande peine à évacuer l'urine de sa vessie, et que, malgré tous les moyens que nous avons essayés y compris l'endoscope, nous n'avons pu franchir son rétrécissement. Je lui ai fait, le 6 novembre, une uréthrotomie externe sans conducteur, avec résection partielle de l'urèthre; il est maintenant complètement guéri.

Le second malade dont je désire vous présenter l'histoire est celui que vous m'avez vu opérer lundi dernier. C'est un employé de chemin de fer, couché au n° 5 de la salle Velpeau, qui, conduisant le 19 octobre une petite voiture et voulant se garer à l'arrivée d'un wagon, fait un faux mouvement; il est violemment atteint entre les cuisses par le bras de sa voiture. Il saigne immédiatement par la verge en grande abondance, et, quand il veut uriner, il ne le peut pas. Il réussit à se sonder lui-même, et obligé de le faire pendant cinq à six jours, ne pouvant uriner spontanément. Après chaque cathétérisme il a une uréthrorrhagie abondante. Au sixième jour il urine spontanément. A partir de ce moment, et très rapidement, le jet d'urine diminua progressivement, si bien qu'à son entrée à l'hôpital le 19 novembre, exactement un mois après l'accident, nous n'avons pu passer dans son urèthre que la bougie filiforme la plus fine. Vous m'avez vu lui faire il y a deux jours la résection partielle de l'urèthre. Son état est tout à fait satisfaisant.

Chez le troisième malade nous avons assisté à l'évolution des lésions, puisqu'il est entré à l'hôpital le lendemain de son accident. Il s'agit de ce jeune employé du Bon Marché qui, voulant sortir plus vite du café-concert le 25 octobre, escalade un fauteuil, perd pied et tombe à califourchon sur le dossier. Il éprouve immédiatement une douleur vive et, en se déshabillant, s'aperçoit qu'il saigne beaucoup par la verge. Un médecin appelé lui recommande de ne pas uriner et le lendemain, quand il entra à l'hôpital, il n'avait pas encore uriné. Ici on ne réussit à le sonder ni avec la sonde de Nélaton ni avec la sonde à béquille. Mon interne M. Reblaub est obligé d'introduire un conducteur d'uréthrotomie, d'y visser la tige droite et de glisser sur elle une sonde à bout coupé. Le malade a conservé cette sonde pendant huit jours; puis, se trouvant en bon état, il a quitté l'hôpital. Il est revenu depuis pour se faire dilater, parce qu'il éprouvait des difficultés de la miction : je l'ai exploré moi-même le 25 novembre, j'ai pu passer un Béniqué n° 36, ce qui est actuellement le point extrême de la dilatation possible, et j'ai constaté très nettement dans la partie postérieure du périnée un noyau cicatriciel épais, très dur et profond.

Le quatrième malade est ce jeune fourreur, âgé de 20 ans, qui est entré dans nos salles hier et qui est couché au n° 28 de la salle Velpeau. Il y a 5 ans, se promenant en vélocipède, il verse et, dans sa chute, le siège du véhicule vient porter violemment contre son périnée. Il éprouve sur le moment une douleur assez vive, mais il continue sa promenade. Quand, au bout de trois à quatre heures, il va pour uriner, il remarque que sa chemise est tachée par quelques gouttes de sang; mais déjà l'urèthre ne saigne plus, et la miction est facile et non douloureuse. Dès le 8e jour le jet d'urine commence à diminuer de volume, et dès le 15e jour le malade dut entrer à l'hôpital parce que le jet était devenu filiforme et que les difficultés de la miction étaient devenues considérables, Il fit à l'hôpital un séjour de trois mois, pendant lesquels il fut soumis à une dilatation progressive, et, après sa sortie, continua à se passer lui-même, d'une façon régulière, une bougie n° 16. Il y a un an, il néglige ce soin pendant quelques jours; aussitôt les difficultés de la miction reparaissent et le rétrécissement s'accentue. Il est obligé de se soumettre à la dilatation pendant une nouvelle période de trois mois. Il urine facilement pendant 4 à 5 mois, puis les difficultés recommencent; actuellement on ne passe dans son rétrécissement qu'une bougie n° 6.

Enfin le malade que nous allons opérer aujourd'hui est un corroyeur de 29 ans, couché au n° 1 de la salle Velpeau, qui a subi un premier accident en 1882; il tombe, en faisant de la gymnastique, à califourchon sur la barre transversale. Il a immédiatement une légère uréthrorrhagie et, 15 jours après, un abcès urineux qui s'ouvre spontanément et guérit assez rapidement. Il ne paraît pas avoir présenté de symptômes de rétrécissement dans la suite, quand, en 1887, il a un second accident; la roue d'un camion lui passe sur la racine de la cuisse. Il a une rupture de l'urèthre complète, accompagnée de rétention absolue, puis d'infiltration d'urine étendue. Il est obligé de faire, à l'hôpital de Caen, un séjour de 5 mois, pendant lesquels il garde une sonde à demeure. Après sa sortie il se passa d'une façon régulière des bougies ; mais il dut en diminuer progressivement le calibre, et depuis six mois il lui est impossible d'introduire même une bou-

gie filiforme. Nous n'avons pas davantage réussi à franchir son rétrécissement.

Faisons abstraction de ce dernier cas dans lequel les lésions sont complexes et différentes de celles que nous envisageons aujourd'hui, car outre son double traumatisme le malade est un blennorrhagique ancien; il nous reste quatre malades chez lesquels il s'est agi manifestement, de par les symptômes, d'une rupture incomplète de l'urèthre. Le traumatisme était très localisé, et néanmoins, vous venez de l'entendre. le rétrécissement s'est constitué avec une extrême rapidité, et cela non seulement chez les malades abandonnés à eux-mêmes après l'accident, mais encore chez celui qui est entré dans mon service le lendemain même de sa blessure. Il existe déjà chez ce dernier; je l'ai nettement constaté, et je vous ai fait sentir un noyau cicatriciel incontestable dans son périnée.

Donc évolution extrêmement rapide, voilà le caractère des rétrécissements consécutifs aux ruptures même très légères de l'urèthre. Et cette évolution si rapide, cette constitution précoce d'un noyau cicatriciel, ne sont pas seulement propres aux ruptures partielles de l'urèthre périnéal que déterminent les traumatismes de la région ; j'ai bien fréquemment l'occasion de vous les montrer dans les cas où le traumatisme se produit pendant le coït. Ces accidents, que j'appelle : faux-pas du coït, donnent naissance à des strictures situées à la base de la verge, à l'entrée du scrotum. Cette évolution spéciale du rétrécissement traumatique s'explique par la constitution d'une cicatrice et par son épaisseur habituellement fort grande. Vous la sentez avec la plus grande facilité à travers le périnée chez nos malades et particulièrement bien chez le malade que nous avons opéré lundi dernier. Je vous fais passer cette cicatrice que nous avons excisée, afin que vous vous rendiez bien compte de sa densité, de sa résistance, de son épaisseur. Vous n'oublierez pas qu'il s'agit d'une cicatrice qui s'est constituée en moins d'un mois.

Si maintenant nous considérons l'évolution ultérieure de ces rétrécissements, non pas chez les malades abandonnés à eux-mêmes, mais chez ceux qui sont traités, nous ne tarderons pas à nous convaincre qu'un autre de leurs caractères est de récidiver avec la plus grande facilité. Le quatrième de nos malades est un exemple frappant de l'inefficacité de la dilatation. L'uréthrotomie interne ne vaut pas mieux. Quant à l'uréthrotomie externe, ceux qui suivent mon service depuis quelque temps ont pu voir au n° 18 de la salle Velpeau un ancien malade qui nous est revenu avec une récidive rapide après cette opération. Je ne ferai que vous rappeler également l'histoire de ce petit malade, âgé de 14 ans, auquel j'ai fait avec grand succès la résection partielle de l'urèthre, il y a quelques mois, et qui auparavant avait subi sans résultat une uréthrotomie interne et deux uréthrotomies externes; je pourrais en citer plusieurs autres; je me contente de ceux que vous avez vus.

Constitution rapide, récidives incessantes, voilà donc les deux grands caractères des rétrécissements traumatiques, même lorsque la déchirure de l'urèthre est incomplète et peu étendue, vous en déduirez immédiatement les dangers. C'est la dilatation consécutive de la vessie suivie de la dilatation des uretères et du bassinet. Dans les rétrécissements blennorrhagiques en effet, qui se constituent progressivement et lentement, la vessie a le temps de s'hypertrophier et d'adapter sa fonction aux difficultés nouvelles qu'elle a à surmonter. Les rétrécissements traumatiques se constituent trop vite, pour qu'il en soit ainsi; aussi retentissent-ils rapidement sur le rein, et il n'est pas rare de voir des malades atteints de cette affection succomber avec rapidité à la cachexie urinaire, même lorsqu'ils n'ont pas été infectés. Il y a fort longtemps déjà que j'ai appelé l'attention sur ces accidents possibles; aussi n'insisterai-je pas; plusieurs pièces de ma collection en témoignent.

Avant de tirer de cette étude de l'évolution des rétrécissements traumatiques dus à des déchirures incomplètes les conséquences au point de vue du traitement immédiat et consécutif, étudions anatomiquement la cicatrice. Cela nous sera facile sur la pièce que je vous ai fait passer et que mon interne, M. Noguès, a élégamment montée. Avec du makintosh il vous a représenté l'urèthre et a fixé le noyau cicatriciel à l'endroit qui correspond à celui qu'il occupait chez le malade. Vous voyez qu'il embrasse les deux tiers antérieurs de la circonférence de l'urèthre; il a une épaisseur considérable et occupe dans le sens antéro-postérieur une étendue d'environ un centimètre. C'est ce dont vous pouviez vous rendre si facilement compte vous-mêmes, sur le malade. En promenant le doigt d'avant en arrière sur le périnée, on sentait de la façon la plus nette les bords antérieur et postérieur qui limitaient le nodus. Mais quel était le siège exact de ce nodus dans la succession des couches du périnée? Au cours de l'opération, après l'incision de la peau, j'ai pu voir que dans le tissu cellulaire il n'y avait rien qui ressemblât à du tissu cicatriciel; je pénétrai ainsi jusqu'au muscle bulbo-caverneux sans apercevoir la cicatrice. Je dus inciser ce muscle et la partie antérieure du bulbe pour mettre cette dernière à nu, et je la trouvai en arrière de la partie la plus antérieure du bulbe. Elle siégeait dans l'épaisseur de la paroi uréthrale et était exclusivement uréthrale.

La paroi supérieure de l'urèthre peut-elle être lésée? Vous trouverez dans la thèse inaugurale que prépare actuellement M. Noguès : sur la réparation primitive et secondaire de l'urèthre périnéal, l'opinion d'un certain nombre d'auteurs qui affirment la participation complète de cette paroi aux lésions dans les cas de rupture complète; je ne veux pas ici discuter la question. Je me contenterai de dire que même dans ces cas, j'ai retrouvé tout au moins une languette de la paroi supérieure non détruite ; dans les ruptures incomplètes qui sont les seules dont nous nous occupions aujourd'hui, la paroi inférieure seule est atteinte ; aussi ai-je pu, au cours de l'opération dont je viens de parler, vous mettre sous les yeux la paroi supérieure, et avec moi vous avez pu tous en constater l'intégrité réelle ; cependant la partie restée saine ne comprenait qu'environ le tiers de la circonférence uréthrale.

C'est dans l'épaisseur même de la paroi inférieure que se fait la rupture, c'est là que se constitue le noyau cicatriciel ; sans doute, vous le voyez, le travail de prolifération s'étend quelque peu aux parties latérales, mais le centre de la production est surtout épais. Voulant largement supprimer la cicatrice, j'ai donc enlevé la paroi inférieure correspondante et débordé sur les côtés de l'urèthre.

Savoir exactement le siège et les limites de la cicatrice en pareil cas est si nécessaire pour comprendre l'évolution de la maladie et arriver aux indications du traitement primitif et consécutif que je ne puis trop insister. Je ne resterais cependant pas dans la vérité clinique en disant que tous ces malades ont des cicatrices assez épaisses pour se traduire par la présence d'une virole facile à constater à travers les téguments. C'est cependant ce qui s'observe chez le plus grand nombre, et chez les victimes du faux pas du coït elle est des plus accusées. Mais dans la série actuelle notre quatrième malade, celui qui a été blessé par son vélocipède, n'a pas de virole ; il n'y gagne rien au point de vue de la rétractilité de la cicatrice ; vous savez que depuis cinq ans il lutte contre elle et qu'il doit continuellement s'occuper de maintenir une dilatation

longue à obtenir. Ce n'est pas la seule particularité du cas. Je la note, car l'usage de plus en plus répandu du « cheval d'acier » vous destine sans doute à observer fréquemment des accidents analogues. Le siège de la stricture est plus antérieur que dans les chutes à califourchon, cause habituelle des blessures de l'urèthre périnéal. Chez notre jeune malade en effet l'arrêt des instruments se fait immédiatement en arrière des bourses, c'est-à-dire à la partie la plus antérieure du périnée; dans les cas ordinaires elle est notablement plus en arrière.

Quoi qu'il en soit, dans ce cas comme dans tous les cas traumatiques, il y a production précoce d'une cicatrice dont la puissance rétractile n'est jamais complètement vaincue et dans les ruptures incomplètes sur lesquelles la série de malades que nous observons me permet d'arrêter votre attention, la bénignité relative des accidents primitifs contraste avec ceux que prépare la rapidité vraiment extrême de l'évolution qui conduit au rétrécissement serré avec tous ses inconvénients.

Il est de règle dans les ruptures complètes d'inciser immédiatement le périnée et de faire la jonction des deux bouts par une sonde introduite après cette opération préliminaire sans s'attarder aux cathétérismes. J'ai contribué à faire adopter cette pratique vraiment chirurgicale et j'ai depuis longtemps dit les raisons qui la légitiment. J'y ajoute aujourd'hui la suture immédiate des bouts de l'urèthre, s'ils ne sont pas trop contus, et, s'ils l'étaient, leur résection. Mais dans les cas de rupture incomplète je suis resté fidèle à la pratique ancienne. Vous venez de le voir pour notre jeune employé du Bon Marché. Sonde à demeure pour favoriser la cicatrisation de la plaie uréthrale, puis dilatation préventive. Je reste encore disposé à penser que cela peut suffire pour les malades qui sont bien traités dès le début et qui peuvent continuer à être bien soignés ou à se soigner très régulièrement.

Mais vous voyez que lorsque je me trouve en face d'accidents dus à des lésions déjà constituées je me crois autorisé à supprimer la cicatrice par la résection partielle de l'urèthre et j'y suis de plus en plus encouragé par d'heureux résultats primitifs et consécutifs. Il serait facile de justifier cette conduite radicale, car il suffirait de rappeler les insuccès des méthodes ordinaires, l'uréthrotomie externe comprise. Je n'ai voulu, vous en avez été avertis dès le début, aborder qu'accessoirement la question du traitement.

Je me contenterai de dire que puisque le but de la résection de l'urèthre est la suppression d'une cicatrice dure, épaisse et rétractile, sa sanction pratique est dans l'obtention d'une réunion linéaire, c'est-à-dire d'une cicatrice mince et souple. Aussi faut-il vouloir la réunion primitive totale; des cas déjà nombreux me permettent de dire qu'on l'obtient aisément et sans accidents. Ces malades sont cependant infectés, car ils ont été sondés ou se sont sondés. Mais ici encore nous avons la démonstration du fait sur lequel j'ai tant de fois insisté en montrant que, même dans ces conditions, les cicatrisations sont parfaitement possibles malgré la contamination de l'urine.

Chez notre malade le rétrécissement est infranchi, je devrai donc faire d'abord l'uréthrotomie externe sans conducteur, puis la résection partielle; c'est ce que j'ai déjà fait chez le malade opéré le 6 novembre. Il sort aujourd'hui, 2 décembre, complètement guéri et très facilement sondé avec un n° 50, ayant un urèthre périnéal complètement reconstitué et entièrement souple. Il est sans doute plus simple d'opérer la résection après avoir passé un conducteur, mais ce n'est pas, vous le voyez, une condition indispensable.

REVUE DES JOURNAUX

Néoplasmes primitifs du cœur (Primære Herzgeschwülste), par Jürgens (*Berl. klin. Woch.*, 1891, n° 42, p. 1081.) — Les tumeurs de la paroi cardiaque ont une histoire peu précise, et une richesse statistique peu considérable. L'auteur rapporte avec détails et figure un cas de fibrome de l'oreillette droite, un fibro-myxome polypeux de l'oreillette gauche, un fibro-sarcome de l'oreillette droite et de la tricuspide, enfin un cas de néoformations syphilitiques gommeuses occupant une grande étendue de la paroi ventriculaire droite.

Si les faits de ce genre sont distincts au point de vue anatomique, il n'est plus possible de les séparer cliniquement. Le seul caractère important est le volume de la tumeur, où ses rapports plus intimes avec le péricarde, le myocarde, l'endocarde. Encore faut-il reconnaître que, dans la plupart des cas, le tableau se confond avec celui des péricardites, myocardites et endocardites. Ceci explique aisément que ces faits soient obscurs, et constituent presque toujours des trouvailles d'autopsie.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 22 décembre 1891.

Présidence de M. Tarnier.

Renouvellement du Bureau pour 1892.

Sont élus : *vice-président*, M. Villemin; *secrétaire annuel*, M. Cadet de Gassicourt; *membres du Conseil*, MM. Lancereaux et Leblanc.

Abus du mercure dans les maladies des yeux.

M. Landolt s'élève contre l'abus du traitement général par le mercure des affections oculaires qui ne dépendent pas d'une origine spécifique. Ces maladies en effet guérissent mieux avec un traitement local approprié, des soins d'hygiène générale, un régime tonique.

Mal appliqué, le mercure est non seulement impuissant comme remède, mais encore nuisible parce qu'il affaiblit.

Désarticulation de la hanche gauche.

M. Moty lit l'observation d'un homme de 24 ans, qui, trois mois après un coup de pied de cheval reçu à la partie inférieure de la cuisse, eut une fracture spontanée de la partie condylienne du fémur; une tumeur apparut ensuite, évolua rapidement et s'accompagna de phlegmon suppuré; M. Moty fit la désarticulation de la jambe gauche et le malade se rétablit. Il s'agit d'un ostéosarcome.

Injections sous-cutanées de sublimé dans le traitement des granulations.

M. Panas. — M. Dransart a eu l'idée de pratiquer, chez des sujets atteints de trachome palpébral, l'injection sous-muqueuse d'une seringue de Pravaz renfermant une solution aqueuse de sublimé à 1 p. 1000.

Cette injection, pratiquée après cocaïnisation ou chloroformisation, provoque un chémosis et un gonflement des paupières dont les suites sont très favorables. Il faut les faire deux fois par semaine, la première dans le cul-de-sac inférieur, la seconde dans le supérieur, et on y ajoute le brossage de la conjonctive.

Cette méthode de traitement provoque quelquefois des eschares au niveau des ponctions; M. Dransart propose en conséquence de diminuer la quantité du liquide employé ou d'en atténuer la concentration.

Avant de se prononcer à ce sujet, il est nécessaire d'attendre la statistique des cas ainsi traités.

La politique sanitaire.

M. A.-J. Martin. — Sous le nom de politique sanitaire, je définis la direction donnée par l'autorité publique aux mesures destinées à préserver, maintenir et améliorer la santé pu-

blique. Ces mesures intéressent à la fois les pouvoirs publics et les particuliers; chacun est appelé à y prendre part, en France surtout, en raison des conditions générales et économiques de notre état social et du caractère démocratique qu'y revêt le gouvernement des affaires publiques.

De tous côtés, et depuis longtemps, l'on réclame des modifications à notre législation sanitaire. Le Parlement est saisi de plusieurs projets ou propositions, ayant tous pour but de donner à l'autorité publique des pouvoirs soit plus étendus, soit mieux définis en matière d'hygiène publique, et aussi d'organiser l'administration chargée d'exercer ces pouvoirs avec compétence. La conséquence de ces réformes devra être la diminution, dans une mesure appréciable, des chances de mort qui nous menacent. La faiblesse de notre natalité, l'accroissement de moins en moins grand de notre population, nous en font un impérieux devoir.

Or, la protection de la santé publique réclame un certain nombre de précautions, dont les unes sont d'une application immédiate et dont les autres peuvent avoir une échéance plus ou moins éloignée. Elles ont toutes pour but et doivent avoir pour effet de mettre l'homme à l'abri de toutes les causes immédiates ou prolongées de maladie et même de dégénérescence physique anormale; elles comprennent la défense des individus contre les conditions morbides, permanentes ou passagères, des milieux dans lesquels ils sont appelés à vivre.

L'histoire de toutes les épidémies montre qu'elles naissent on se propagent surtout dans les milieux dits insalubres; c'est là qu'elles exercent leurs plus grands ravages, qu'elles ont la plus grande durée et qu'elles font le plus de victimes. Accroître la salubrité d'une localité ou d'un pays, c'est tout au moins prémunir cette localité, ce pays, contre la violence des manifestations épidémiques. La science a démontré tout ce que l'on gagne à stériliser l'air, l'eau, le sol, à les rendre impropres à la culture des micro organismes, causes ou effets des maladies transmissibles, caractéristiques en tout cas de leur pouvoir de contagion.

Au point de vue pratique, il faut s'occuper des moyens immédiats et des moyens plus ou moins éloignés d'assurer la prophylaxie des épidémies et des maladies transmissibles. Les premiers se subdivisent comme il suit : l'information officielle des cas de maladie, la vaccination pour les affections dont le vaccin a jusqu'ici été trouvé, l'isolement, la désinfection sous toutes ses formes. Les seconds comprennent : les mesures d'assainissement des habitations, les mesures locales de salubrité, les grands travaux d'assainissement et l'organisation de la statistique démographique.

La sauvegarde de la santé publique est légalement confiée en France au pouvoir municipal, sous le contrôle de l'administration préfectorale. La loi sur les logements insalubres confère des pouvoirs particuliers aux conseils municipaux, et la loi sur la protection des enfants du premier âge permet aux départements de prendre des mesures déterminées pour ce qui concerne l'hygiène de la première enfance. L'Etat, d'autre part, s'est réservé plus directement la police sanitaire des épidémies de choléra, peste et fièvre jaune, les travaux généraux d'assainissement et de salubrité, les établissements insalubres, le travail industriel, la salubrité des substances alimentaires. Enfin, certaines dispositions des Codes sont directement applicables à la santé publique.

Il est facile de démontrer que la législation sanitaire française est à la fois trop générale, trop large et trop étroite : trop générale et trop large, parce qu'elle ne définit pas les pouvoirs de l'autorité et laisse croire qu'en théorie elle lui en accorde d'absolus; trop étroite, puisque, dans la pratique, ces pouvoirs sont trop souvent sans effet en raison des entraves dont ils sont entourés. Les pouvoirs publics ont le droit d'ordonner toutes les mesures d'hygiène, mais ils sont tenus de n'en pas spécifier les moyens d'exécution; les dépenses, même les plus urgentes, ne peuvent être effectuées sans des retards, quelquefois considérables; ils peuvent, en principe, assurer l'assainissement, mais après des formalités sans nombre et sans règles précises.

Notre législation sur les logements insalubres est devenue un obstacle considérable aux progrès de l'hygiène publique. Son abrogation s'impose et elle devra avoir pour conséquence de confier au pouvoir municipal tout l'ensemble de la salubrité et de la prophylaxie, avec l'aide ou l'action du pouvoir central dans les cas de négligence, incurie, mauvais vouloir ou péril public. Il est non moins urgent d'établir, dans chaque commune ou groupement de communes, un règlement sanitaire, prescrivant les mesures et les procédés nécessaires pour protéger la santé publique, suivant les conditions locales et d'après les avis des agents et conseils compétents. La cohésion et la simplification des prescriptions légales concernant l'hygiène publique font en effet défaut en France; 14 villes, dotées de Bureaux municipaux d'hygiène, ont cherché à y remédier; il y a lieu de généraliser leur exemple, dans la mesure compatible avec les exigences locales, et de modifier notre organisation administrative et notre législation de telle sorte qu'elles ne puissent apporter des entraves, mais bien plutôt venir en aide à de tels efforts. Alors seront plus aisément acceptés les sacrifices budgétaires momentanés que commande l'amélioration de notre situation démographique, et l'on ne tardera pas à en apprécier les résultats.

Quelles que soient d'ailleurs les réformes justement sollicitées, on n'en peut attendre un effet utile et durable qu'autant qu'elles s'appuient sur les progrès de l'hygiène privée, sur la compétence des autorités qui en ont la charge et par suite sur le développement de l'éducation professionnelle des hygiénistes. Cette triple condition est indispensable pour assurer à l'hygiène publique la confiance qu'elle doit inspirer et lui donner une direction ferme, précise et régulière, conforme à son principe et ne livrant au hasard aucune de ses applications. D'où la nécessité de susciter le plus possible les initiatives, d'organiser l'enseignement et les pratiques de l'hygiène privée sous toutes les formes et de les encourager généreusement. Lorsque l'ingérence administrative sera devenue absolument nécessaire, si l'intérêt général se trouve vraiment compromis, elle sera d'autant mieux acceptée qu'elle aura été plus inaperçue, plus discrète et qu'elle aura su se montrer plus rare. La plupart de nos dispositions légales intéressant l'hygiène publique ont multiplié outre mesure les formalités administratives et font intervenir trop de pouvoirs à la fois; d'où la lenteur de leurs effets et quelquefois la nullité à peu près complète de ceux-ci.

Dans tous les pays, même dans ceux où la législation et l'administration sanitaires sont aujourd'hui le plus développées, on peut constater de sérieux efforts pour mettre ces principes en pratique, d'autant plus que les progrès de l'industrie sanitaire rendent chaque jour la pratique de l'hygiène de plus en plus aisée. On n'y conçoit plus qu'une fonction sanitaire administrative puisse être accordée sans s'être assuré de la compétence de celui qui est appelé à l'exercer; on multiplie partout l'enseignement et l'éducation en matière d'hygiène et l'on en attend beaucoup plus les progrès sanitaires que de l'action coercitive des lois; si celles-ci ont été généralement modifiées, c'est pour les mettre en harmonie avec l'organisation administrative générale et provoquer, encourager et, en cas de nécessité, contraindre les initiatives locales.

On peut se rendre compte, en effet, de l'influence prépondérante qu'exercent sur la santé publique les progrès de l'hygiène privée et de l'éducation professionnelle des autorités chargées de développer l'hygiène publique. Pour cela il convient de faire la part des diverses influences qui agissent sur la mortalité et limiter aussi nettement que possible le rôle qu'y joue l'hygiène. Une telle étude est, il est vrai, délicate, car les conditions économiques d'un grand nombre de nations tendent à s'uniformiser, aussi bien que leur tendance générale à la diminution progressive de la natalité, d'où une diminution corrélative de la mortalité. En Europe, en effet, la plupart des peuples voient leur natalité s'affaiblir de plus en plus et presque parallèlement depuis 1872-1876, avec une rapidité d'autant plus grande que leur natalité était primitivement plus élevée. L'abaissement de la mortalité a suivi la même marche, comme il fallait s'y attendre; mais lorsque l'écart est encore resté appréciable ou n'a pas varié, il est aisé de se convaincre qu'il est dû à ce que l'hygiène privée a pu heureusement venir en aide à l'action de plus en plus autorisée et de plus en plus vigilante des représentants de l'hygiène publique.

Une politique sanitaire, prudente et sagace, commande donc d'assurer à la fois les trois conditions que nous venons d'énumérer, afin que les réformes législatives et administratives puissent rendre tous les services qu'en attend l'opinion publique. Négliger ces considérations, ce serait, l'événement l'a maintes fois montré, se préparer de sérieux mécomptes et s'exposer à de graves insuccès.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 19 décembre 1891.

Présidence de M. Ch. Richet.

Bactérie pyogène urinaire et bacillus coli communis.

A propos du procès-verbal de la dernière séance et de la communication de MM. Achard et Renaut, **M. Charrin** fait remarquer que des recherches récentes ont montré à M. Bouchard la présence fréquente du bacillus coli communis dans la sphère génito-urinaire. Il ajoute que le bacillus coli développe des gaz dans les milieux de culture, surtout à l'abri de l'oxygène, ce qui est une propriété à ajouter aux autres caractéristiques de ce microbe (1).

M. Reblaub. — La communication de MM. Achard et Renaut m'engage à rappeler devant la Société que je m'occupe depuis un an des rapports pouvant exister entre ces deux bacilles. J'ai consigné mes principaux résultats dans un mémoire déposé le 15 octobre à l'Assistance publique. De même que MM. Achard, Renaut, Krogius, j'ai noté de grandes ressemblances entre le coli-bacille et la bactérie pyogène : mais, il serait peut-être prématuré de conclure à l'identité absolue.

Par exemple, sur gélatine en piqure, les caractères de culture sont encore assez différents, pour un œil exercé. En tout cas, si l'identité existe, il faut penser que le coli-bacille s'est modifié par son séjour dans l'appareil urinaire.

M. Chauveau présente au nom de M. Rodet une note sur un cas de lithiase rénale suppurée dans laquelle on a pu mettre en cause le coli-bacille. On avait pratiqué la néphrectomie, et l'étude bactériologique put être pratiquée immédiatement.

Filtration des eaux.

M. d'Arsonval présente et met en marche devant la Société un appareil très ingénieux pour la filtration des eaux. La bougie filtrante est constituée d'alumine pure, additionnée de traces de carbonate de soude : ce mélange supporte de très hautes températures sans vitrification, ce qui est intéressant pour la cuisson et la stérilisation. La bougie est reçue dans une fiole à fond plat, pour laquelle sa partie renflée, armée d'un caoutchouc, fait l'office d'une fermeture hermétique. Avant de fermer complètement, on fait bouillir sur une lampe à alcool quelques cuillerées d'eau contenue dans la fiole. Quand l'air est chassé par la vapeur d'eau, on ferme ; et, par le refroidissement, il se fait un vide dans la fiole, l'air ne pouvant rentrer tant que la bougie est humide. Il suffit d'emplir la bougie à l'aide d'un petit entonnoir pour voir filtrer rapidement une eau privée de germes.

Effets du massage.

M. Castex. — Les résultats que je propose ici sont des résultats expérimentaux, obtenus sur des chiens : le massage a été fait par un spécialiste. J'ai voulu rechercher à quoi correspondaient anatomiquement les effets étonnants qu'on observe parfois en clinique. Chez les chiens, les résultats du massage sont identiques à ce qu'on observe chez l'homme. En traumatisant symétriquement des segments de membre et de grandes jointures, et en soumettant au massage le seul côté le plus lésé, voici ce qu'on obtient : disparition très rapide du gonflement et de la douleur, absence d'atrophie musculaire consécutive; sur huit expériences, les effets ont été identiques et favorables dans six cas ; dans les deux autres faits, il n'y eut pas de résultat appréciable. En aucun cas, il n'y eut de résultat contradictoire.

Après quelques mois, j'ai cherché quel pouvait être l'état anatomique de la région traumatisée et de la moelle correspondante. Du côté soumis au massage, tout est normal. Du côté opposé, la moelle ne montre rien de net ; mais dans la région traumatisée, on note les vestiges d'une myosite interstitielle et atrophique, de l'endo et péri-névrite, et un épaississement notable scléreux du périartère. Il semble donc bien que le massage éloigne du foyer traumatique des substances irritantes qui y avaient été déposées à la faveur de la contusion.

(1) Nous avions noté dès longtemps ce caractère du coli-bacille dans nos études avec Gilbert, spécialement dans les tubes de gélose. M. Wurtz nous signalait ce même fait ; il l'a souligné spécialement dans une communication antérieure (*Société de biologie*, 1891, p. 829). — Gir.

Spasme des vaisseaux rétiniens.

M. Galezowski. — Au cours des travaux de M. Bouchard sur l'ectasine et l'anectasine, j'ai été amené à constater chez les animaux en expérience des troubles vasculaires importants du fond de l'œil, conformes aux observations générales de M. Bouchard.

Or, depuis que la grippe est installée parmi nous, il m'a été donné de voir divers malades qui accusaient des troubles oculaires singuliers, en particulier des crises d'amblyopie temporaire, que rien n'expliquait tout d'abord à l'examen ophthalmoscopique ordinaire. Mais en interrogeant l'image droite avec un fort grossissement, j'ai pu constater que les artères de la rétine étaient affaissées et vides, et que les veines au contraire étaient fortement dilatées. Après quelques mois, les troubles fonctionnels étant disparus, je ne retrouvais plus la même image rétinienne, mais un jeu régulier de tous les vaisseaux du fond de l'œil.

Sur le pénicilium Duclauxi.

M. Bourquelot. — Reprenant l'étude de cette moisissure dont l'histoire naturelle a été fixée par M. Duclaux, j'ai constaté qu'elle se développait bien sur le liquide de Raulin, qu'elle développait des ferments solubles, qu'elle pouvait agir sur le sucre de canne pour l'intervertir, et qu'elle agissait d'une manière analogue sur le galactose, la mannite, le glucose, quoique d'une façon d'ailleurs inégale. L'action sur le galactose est faible : mais, en ajoutant un peu de glucose, on la renforce singulièrement.

Fonctions des capsules surrénales.

M. Abelous. — J'ai poursuivi l'étude de l'auto-intoxication qui est consécutive, chez la grenouille, à l'extirpation des deux capsules surrénales. Chez les grenouilles opérées, la réaction électrique neuro-musculaire baisse, puis se perd totalement, même avec un fort courant. Du sang de grenouille opérée, dilué dans du sérum artificiel, puis injecté à une grenouille saine, détermine chez cette dernière les mêmes phénomènes d'intoxication.

Œdème mécanique des paupières.

M. Kalt. — J'ai observé une enfant atteinte d'œdème palpébral bilatéral et de chémosis conjonctival également double, sans trouble du côté de l'œil, sans albuminurie. En poursuivant mon examen, je constatai une double hypertrophie amygdalienne intense, avec adénite cervico-latérale concomitante. Je pense que ces dernières altérations et le riche lacis vasculaire veineux qui s'y ajoute, ont amené une compression des veines jugulaires et l'œdème à la suite. Il ne s'agissait pas d'un trouble angio-paralytique, car les pupilles étaient normales, et il n'y avait aucune perturbation dans la sphère du sympathique.

Asymétrie faciale fonctionnelle.

M. Onanoff. — J'ai porté surtout mon attention sur l'asymétrie musculaire. Chez certains sujets, on trouve tantôt d'un côté, tantôt de l'autre, qu'un œil se ferme bien seul, tandis que l'autre ne peut se fermer sans qu'il y ait entraînement synergique du premier. Le côté dont les mouvements oculaires sont en défaut, présente également une mimique faciale défectueuse, incomplète ; on pourrait croire à une paralysie faciale, alors qu'il s'agit d'un vice de conformation habituel. En examinant l'état de la lésion, on constate que l'acuité diffère d'un côté à l'autre (astigmatisme, trouble des milieux, etc.), et que l'œil normal correspond au côté qui offre le jeu musculaire insuffisant, tandis que l'œil affecté se trouve du côté où les mouvements sont plus amples et plus précis. S'il s'ajoute fortuitement quelque autre trouble, spasme glosso-labié, paralysie faciale, on verra que cette dernière occupe le côté de l'insuffisance musculaire, et que le spasme frappe le côté opposé. Il y a là quelques données utilisables dans la séméiologie oculaire et faciale des maladies nerveuses. A noter que la disposition à l'asymétrie musculaire peut être héréditaire.

Période préoblitérante de la phlébite des cachectiques.

M. H. Vaquez. — A la suite de constatations cliniques,

anatomo-pathologiques et expérimentales poursuivies depuis deux ans, nous avons pensé que l'ensemble des phénomènes qui constitue l'ancienne phlegmatia alba dolens cachectique pourrait bien n'être que le second stade d'une complication de nature infectieuse, dont le stade primitif aurait évolué plus sourdement, ne donnant lieu qu'à des symptômes atténués. Nous sommes en fin de compte arrivé à cette conclusion qu'il y a bien en effet dans la phlébite des cachectiques une période *préoblitérante*, caractérisée de la façon suivante :

Au point de vue clinique, les complications phlébitiques, qui sont plus fréquentes qu'on ne le croit chez les tuberculeux à la période de cachexie, se manifestent le plus souvent par des douleurs au niveau des membres inférieurs, que l'on qualifie sans plus chercher de douleurs vagues; elles sont précédées ou accompagnées d'élévation de la température et elles déterminent, mais non toujours, des œdèmes unilatéraux, lentement ascendants, parfois transitoires. Les douleurs, habituellement plus intenses le long des veines, irradient cependant très fréquemment vers la partie postérieure de la cuisse, le long du sciatique et suivant ses branches. Le diagnostic hésite alors entre phlébite et sciatique et cela, avec d'autant plus de raison qu'il s'agit très vraisemblablement des deux. Ceci nous indique le rapport intime qu'il y a entre les manifestations phlébitiques et les troubles nerveux. M. le Dr Quénu a depuis longtemps insisté d'une façon très judicieuse sur ce point. Parfois les douleurs nerveuses sont tellement intenses qu'elles constituent une *forme névralgique* de la phlébite. Cette forme s'accompagne tout spécialement d'œdème, ce qui est également intéressant au point de vue de l'influence des altérations nerveuses sur les troubles trophiques, l'œdème entre autres, qui succèdent aux lésions des veines. L'évolution de la phlébite cachectique se fait par poussées ; et ordinairement l'attention n'est attirée vers les membres inférieurs que le jour où l'oblitération définitive du vaisseau se complète, on croit que la phlébite débute, alors qu'elle entre seulement dans une nouvelle phase. Dans d'autres cas, les plus nombreux, le processus phlébitique n'aboutit pas à l'oblitération totale du vaisseau et persiste dans son premier stade; parfois même les symptômes s'atténuent, car, ainsi que les recherches anatomiques et expérimentales nous l'ont démontré, toute inflammation, même septique, d'un vaisseau ne conduit pas fatalement à son oblitération.

Au point de vue anatomique, on constate que les lésions veineuses siègent sur différents points, déterminant des coagulations pariétales adhérentes. L'accident initial consiste dans la formation d'un bourgeon endophlébitique, avec précipitation rapide et limitée des éléments figurés du sang, dans un réticulum fibrineux. Peu après on voit apparaître la périphlébite avec vascularisation anormale des tuniques de la veine. Si la lésion persiste, les conditions accessoires de la coagulation interviennent et alors le processus pathologique qui a débuté par la phlébite, s'achève par la thrombose.

Au point de vue bactériologique la période pré-oblitérante de la phlébite est celle pendant laquelle il est le plus facile de déceler la virulence microbienne. Les agents pathogènes de la maladie primitive semblent ne jouer qu'un rôle accessoire. C'est le plus souvent les staphylocoques, surtout le staphylocoque albus que l'on rencontre dans les cultures et sur les coupes. Parfois, surtout dans les phlébites à marche rapide, comme celles des accouchées, on peut reconnaître la présence de streptocoques.

Girode.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 16 *décembre* 1891.

Cathétérisme des voies biliaires.

M. Terrier lit un rapport sur un cas de cathétérisme des voies biliaires communiqué par M. Delagenière (du Mans). Il s'agit d'une femme de 42 ans, qui depuis 18 mois présentait des troubles dyspeptiques, puis eut en avril dernier des coliques hépatiques avec ictère, après quoi le foie devint gros, l'état général mauvais, les vomissements incessants, la vésicule nettement distendue et douloureuse à la pression. Le 1er août, M. Delagenière fit une incision le long du bord externe du muscle droit, sutura la vésicule à la paroi, puis l'ouvrit, enleva par fragments trois gros calculs et put engager à 12 centim. une sonde cannelée courbée. Au troisième jour un purgatif (calomel) prouva que le cholédoque était perméable, mais les selles se décolorèrent de nouveau et au dixième jour M. Delagenière pratiqua le cathétérisme des voies biliaires. Après avoir extrait des fragments de calculs restés près du col de la vésicule, il engagea une bougie en gomme de 6 mm. de diamètre, qui fut arrêtée au col ; puis une sonde cannelée courbée qui entra à 12 cm. de profondeur ; puis enfin un cathéter de Béniqué muni d'un conducteur coupé à 7 centim. de longueur. Ce dernier instrument pénétra à 16 centim. Les tentatives avaient été assez laborieuses et douloureuses. Elles furent répétées les jours suivants. Au 5e jour, le cathétérisme était facile; la bile à partir de ce moment s'écoula librement dans l'intestin et la fistule biliaire ne tarda pas à se fermer. Donc, comme le dit M. Delagenière, le cathétérisme du canal cholédoque dilaté par les calculs est possible et doit être pratiqué avec des instruments métalliques; il est indiqué soit pour déterminer le siège d'un calcul, soit pour rétablir le cours de la bile.

En 1889, M. Fontan (de Toulon) avait envoyé à la Société un fait analogue, dont M. Terrier allait lire le rapport lorsque M. Fontan fut élu membre correspondant. M. Terrier résume aujourd'hui le fait, relatif à un homme chez qui une tumeur maligne du hile du foie causa un ictère presque noir ; M. Fonton constata une tumeur sous le foie, une adénopathie sus-claviculaire et dans les aines les cicatrices d'extirpations faites 2 ans auparavant. Après laparotomie la vésicule, qui contenait 250 grammes de liquide clair et filant, fut fistulisée à la paroi; au troisième jour, une sonde d'argent de petit calibre put, après des manœuvres laborieuses, être enfoncée à 16 centimètres, puis être remplacée par une sonde de caoutchouc à demeure. Il en résulta une débâcle biliaire, mais néanmoins au treizième jour l'opéré mourut de péritonite suppurée. M. Terrier se demande si l'opportunité opératoire était réelle ; lui-même, il y a quelques jours, dans un cas de ce genre, s'en est tenu à la simple laparotomie exploratrice. Peut-être, d'autre part, l'autopsie n'étant pas sur ce point très complète, le cathétérisme a-t-il été pour quelque chose dans l'éclosion de la péritonite. Mais il est incontestable que M. Fontan a prouvé que le cathétérisme des voies biliaires avec un instrument métallique est possible. M. Fontan a encore raison quand il dit que sur les voies biliaires normales le cathétérisme est souvent impossible; il dit que la sonde butte sur la valvule spiroïde du col, valvule qui semble ne pas exister souvent d'après les recherches de MM. Hartmann (voyez *Mercredi*, 1891, p. 396) et Dally, ces auteurs arrivant d'ailleurs à la même conclusion pratique. Mais après dilatation pathologique les voies biliaires deviennent perméables et dans un cas de M. Terrier un Béniqué n° 28 a passé.

Dans ces derniers temps, M. Fontan a publié une nouvelle observation (voy. *Mercredi*, p. 489) que M Terrier résume. M. Fontan donne pour ce cathétérisme des règles précises : diriger la sonde d'abord en arrière, puis en bas et un peu en avant, en relevant le manche. En réalité, si l'on s'en rapporte aux constatations de M. Hartmann (voy. *Mercredi*, p. 396) sur les modifications pathologiques du col de la vésicule calculeuse, on conçoit qu'il n'y ait aucune règle précise : il faut essayer, comme M. Delagenière, avec des instruments divers, en tâtonnant. Mais il faut manier les instruments rigides avec grande prudence, surtout quand, comme dans le premier cas de M. Fontan, les parois sont altérées. Comme le dit E. Rose, il faut commencer par une bougie olivaire n° 10 à 12. Un point important est d'employer des bougies rigoureusement stérilisées. M. Terrier est peu partisan de la sonde à demeure mise par M. Fontan.

En résumé, ce cathétérisme peut rendre des services au diagnostic, au cours d'une opération; il peut aussi, comme le prouve le fait de M. Delagenière, donner des résultats thérapeutiques.

Mort par la cocaïne.

M. Berger relate l'histoire d'un homme qui en octobre dernier fut opéré à l'hôpital Lariboisière d'une hydrocèle simple, de volume médiocre, ayant deux mois de date. Il y fut fait une injection iodée, après anesthésie de la vaginale évacuée, à l'aide d'une cuillerée à soupe de solution de cocaïne à 1/50. Après 20 minutes de repos, l'opéré quitta la salle, mais 10 minutes plus tard il revenait, indisposé, puis était pris d'un état syncopal, avec convulsions et phénomènes

oculo-pupillaires. Injections d'éther, respiration artificielle, trachéotomie, inhalations d'oxygène, rien n'y fit et la mort fut rapide. C'était bien là la symptomatologie, connue cliniquement et expérimentalement, de l'empoisonnement aigu par la cocaïne. A l'autopsie que fit M. Richardière (qui déjà a eu à faire 11 rapports médico-légaux sur des décès par cocaïne), aucune lésion mortelle n'existait. Il y avait seulement de la congestion des méninges et des poumons. Au cœur il y avait une légère insuffisance mitrale, qui a peut-être favorisé les accidents, mais n'a pu avoir une action bien importante. Et cependant, la dose de cocaïne n'a rien d'excessif ; couramment on met dans la vaginale 0 gr. 50 de cocaïne dans 30 gr. d'eau. Peut-être la paroi mince de cette hydrocèle jeune a-t-elle absorbé avec une puissance spéciale. En tout cas M. Berger, qui après de nombreuses opérations aurait affirmé il y a quelques semaines l'innocuité absolue de ce procédé, déclare, sans s'élever contre la cocaïne, qu'à sa prochaine hydrocèle il sera plus hésitant.

M. Reclus croit que la dose de 0 gr. 50 est dangereuse, que même celle de 0 gr. 35 à 0 gr. 40 (et c'est ce qu'a eu le malade de M. Berger) l'est. Dans ses premières recherches, il a employé des doses de 0 gr. 25 et a eu parfois des accidents assez sérieux. Aussi ne dépasse-t-il plus 0 gr. 20 ; il a coutume d'injecter dans l'hydrocèle non évacuée 4 seringues de Pravaz contenant chacune 0 gr. 05. De la sorte, il n'a jamais eu la moindre alerte et l'anesthésie est très bien obtenue. Dépasser cette dose est à la fois inutile et dangereux. Il faut spécialement se méfier du pouvoir absorbant des hydrocèles jeunes à parois minces.

M. Léon Labbé n'a employé qu'une fois l'anesthésie à la cocaïne, en 1889, chez un homme très pusillanime, pour injecter à l'iode une hydrocèle ; avec environ 0.25 centigrammes il a eu une alerte telle que depuis on ne l'y a plus repris. Avec la cocaïne, on a mis entre les mains de tout le monde un anesthésique dangereux : la preuve en est dans les 11 autopsies judiciaires de M. Richardière. Par le chloroforme, sans doute, on a aussi parfois des accidents, mais il faut reconnaître qu'il est bien plus en notre pouvoir de les éviter qu'avec la cocaïne.

M. Lucas Championnière pense que la cocaïne, maniée actuellement à tort et à travers, est la cause de morts assez nombreuses.

M. Marchand lit une observation pour prouver que le diagnostic histologique n'est pas infaillible pour démontrer un *cancer utérin*. Dans ce cas un curettage a rapporté des fongosités qu'on a déclarées sarcomateuses, et il s'agissait d'une grossesse de 4 mois.

M. Poncet (de Lyon) fait une communication sur un cas d'*étranglement de la verge* engagée dans un anneau métallique (sera publiée *in extenso*).

M. Marchand montre un verre en forme de chope qu'il a extrait d'un rectum après incision médiane postérieure.

M. Quénu fait voir un anévrysme poplité qu'il a extirpé ce matin même à un homme de 36 ans.

A. Broca.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 18 *décembre* 1891.

Présidence de M. E. Labbé

Etude clinique et bactériologique sur l'érysipèle à répétition.

MM. E. Hirtz et **F. Widal**. — Nous avons observé une femme atteinte d'érysipèles à répétition dont l'histoire clinique et bactériologique nous a paru intéressante à plus d'un titre. Il y a 4 ans, cette femme, alors âgée de 33 ans et marinière de son état, tomba à l'eau. Elle ressentit tout naturellement une grande émotion et depuis cette époque, elle, qui jusque-là avait toujours été parfaitement réglée, n'a plus vu reparaître le moindre écoulement menstruel.

Quatre mois après cet accident, cette femme fut prise, pour la première fois, d'un érysipèle de la face et du cuir chevelu. L'érysipèle récidiva sur la face au bout de huit jours. Pas plus à cette époque que plus tard les poussées érysipélateuses ne coïncidèrent avec l'époque de la période menstruelle absente. Si l'on songe que jusqu'au jour de son entrée dans le service de l'un de nous, à l'hôpital Cochin, le 24 décembre 1890, cette femme n'est restée qu'une seule fois pendant deux mois sans être frappée d'un érysipèle et que souvent elle souffrait de plusieurs atteintes par mois, on peut juger du nombre considérable de poussées qu'elle a eu à subir. Elle entrait à l'hôpital Cochin non pas pour soigner ses érysipèles, avec qui elle s'était accoutumée de vivre, mais pour une néphrite datant de quelques jours seulement à son dire et caractérisée par un œdème généralisé de la face et des membres, des épistaxis abondantes, des sensations de froid aux jambes, des éblouissements, un bruit de galop manifeste et des urines contenant de 1 à 2 grammes d'albumine par litre. Elle souffrait, de plus, d'une légère surdité datant de son premier érysipèle.

Du 24 décembre 1890 au 31 mars 1891, cette femme fut prise devant nous d'une vingtaine de poussées érysipélateuses, localisées tantôt à la face, et tantôt à la partie supérieure et interne des cuisses.

Faisons remarquer que lorsque l'érysipèle se développait dans cette dernière région, il commençait toujours au niveau de plaques eczémateuses siégeant, d'une façon permanente, précisément au voisinage de la face supérieure et interne des cuisses.

Un frisson annonçait chaque nouvelle efflorescence, puis se développait une plaque rouge violacée, dont le bourrelet était un peu saillant et l'étendue en général peu considérable. Ces poussées se faisaient remarquer par l'absence de fièvre, par leur durée souvent éphémère (tous les symptômes disparaissaient parfois en quelques heures). Elles représentaient des poussées érysipéloïdes plutôt que des poussées d'érysipèle vrai.

Depuis que cette femme était soumise à notre observation, elle n'avait donc présenté que des érysipèles avortés, très bénins dans leur allure, lorsque le 14 avril, sans raison aucune, elle fut prise d'un érysipèle grave, très confluent, avec température élevée et adynamie, qui fit craindre pour sa vie. Elle entra pourtant en convalescence au bout de 10 jours.

L'examen bactériologique, pratiqué une première fois pendant la poussée légère érysipéloïde et une seconde fois pendant l'attaque grave, donna, chaque fois, des cultures pures de streptocoques.

La culture de streptocoques provenant de la première prise, inoculée à des lapins, se montre très virulente. Elle détermine chez ces animaux soit un érysipèle extrêmement grave, après inoculation dans le tissu cellulaire de l'oreille, soit une septicémie généralisée après inoculation par voie veineuse.

Cette observation comporte plus d'un enseignement.

Elle est un exemple d'érysipèle à répétition coïncidant, chez une femme jeune encore, avec la disparition très prématurée et accidentelle des règles.

Chez notre malade, le terrain semble avoir été préparé au streptocoque d'une façon presque permanente du jour où la menstruation fut abolie.

Ce fait est à rapprocher du cas suivant observé par l'un de nous. Une femme de 50 ans voit disparaître ses règles, et, à partir de cette époque, elle qui n'avait jamais eu d'érysipèle souffre presque chaque mois d'une poussée érysipéloïde, qui coïncide avec l'époque menstruelle disparue. Lorsque nous l'avons observée, elle était ainsi atteinte d'érysipèles à répétition. La ménopause chez cette femme, c'est-à-dire, la disparition naturelle des règles, avait également préparé le terrain au streptocoque, mais ce terrain était surtout propice, pendant le temps correspondant à l'ancienne période menstruelle.

Il est, par contre, à remarquer que, chez notre première malade, les poussées d'érysipèle ne correspondaient pas, nous l'avons dit, aux époques menstruelles.

L'érysipèle à répétition, chez la femme, ne survient donc pas seulement périodiquement pendant les règles ; il peut apparaître périodiquement après la ménopause, ou il peut éclater chez une femme jeune encore après la disparition prématurée des règles sans prendre pour cela le type périodique.

L'érysipèle à répétition peut, à la longue, faire naître une néphrite du type diffus. Chez notre malade, les symptômes du mal de Bright n'ont apparu qu'après quatre ans de poussées répétées d'érysipèle.

Dans les cas d'érysipèle à répétitions, on trouve souvent

une porte d'entrée permanente — une plaque d'eczéma, par exemple (Verneuil) — qui, pendant les périodes intercalaires aux poussées, servirait peut-être de repaire aux agents pathogènes. Notre malade portait, nous l'avons vu, des plaques d'eczéma sur la face interne et supérieure des cuisses. L'érysipèle commençait parfois à ce niveau, mais débutait le plus souvent par la face. La femme dont nous avons rapporté sommairement l'histoire et dont les érysipèles à répétition avaient éclaté après la ménopause, portait au niveau du lobule de l'oreille droite une plaque d'eczéma qui était constamment le point de départ de l'exanthème.

Si les poussées d'érysipèle à répétition sont plutôt érysipéloïdes qu'érysipélateuses, il ne faut pas faire une loi de leur bénignité, de leur absence de réaction et de leur rapidité d'évolution. Notre observation est des plus instructives à cet égard. La malade qui en fait l'objet, après avoir souffert pendant quatre ans de poussées à la peau, méritant à peine le nom d'érysipèle, n'a-t-elle pas fini par être atteinte d'une attaque si grave que l'on crut ses jours en danger? Chez les malades soumis aux poussées érysipéloïdes, le terrain n'est donc pas modifié par ces attaques répétées, de façon, comme l'ont soutenu certains auteurs, à ne plus pouvoir permettre le développement d'un érysipèle confluent.

Les poussées érysipéloïdes légères ne sont pas de simples congestions ou de simples lymphangites, comme on l'a encore prétendu; ce sont des érysipèles vrais, dus au streptocoque, dont la virulence peut même parfois, dans ces cas, être excessive. Notre examen bactériologique le prouve.

M. Guyot. — J'ai soigné une dame qui mourut de pneumonie à 81 ans et qui, depuis 30 ans, avait eu un nombre considérable d'érysipèles à répétition. Ces érysipèles étaient peu graves et la malade n'y attachait aucune importance.

M. Desnos. — J'ai observé un cas confirmatif de celui de MM. Hirtz et Widal. Une femme, à laquelle je donnais mes soins, était atteinte d'érysipèles à répétition très bénins et sans réaction fébrile, lorsqu'un jour sans raison elle fut atteinte d'un érysipèle confluent et extrêmement grave.

M. Labbé. — Je doute un peu de la nature vraiment érysipélateuse de tous ces érythèmes, de toutes ces rougeurs dites érysipéloïdes que l'on voit décrites sous la rubrique d'érysipèle.

M. Guyot. — Je vois beaucoup d'érysipèles, depuis treize ans que je suis chargé d'un service spécial. Or, je ne partage pas l'opinion de M. Labbé. Ces érysipèles à répétition sont pour moi des érysipèles vrais.

M. Rendu. — Cette question a été débattue il y a longtemps déjà devant la Société, à l'occasion d'une communication de M. Maurice Raynaud qui soutint avec beaucoup de talent, l'opinion émise tout à l'heure par M. Labbé.

La Société à une très grande majorité lui donna tort. Pour ma part, j'ai encore présent à la mémoire un cas que j'ai observé pendant mon internat à Saint-Louis et dans lequel une malade atteinte d'un de ces érysipèles que l'on qualifie de douteux, parce qu'ils évoluent sans fièvre, contagionna manifestement sa voisine de lit qui eut, elle, un érysipèle des plus graves. L'absence de réaction générale ne prouve donc rien contre la nature infectieuse de l'affection.

M. Hirtz. — Je répondrai à M. Labbé que chez la malade observée par M. Widal et par moi, tout parle en faveur de la nature infectieuse des érysipèles : la néphrite, la poussée grave que nous avons signalée et la présence d'un streptocoque virulent même sur les plaques simples érysipéloïdes. C'est précisément parce que ce cas nous a semblé devoir trancher un point discuté que nous avons cru intéressant de le publier.

Phthiriase, mélanodermie et maladie d'Addison

M. Thibierge. — Voici deux malades âgés l'un de 59 ans, l'autre de 70 ans, tous deux atteints de phthiriase avec pigmentation généralisée des téguments et présentant une pigmentation très nette des muqueuses. Cette pigmentation se traduit par une coloration brun jaune réticulée de la partie postérieure de la voûte palatine, et de la portion adhérente du voile du palais, en outre sur les joues, on voit des taches d'un brun plus foncé, arrondies chez un des malades, linéaires chez l'autre, les lèvres sont également le siège de taches pigmentaires, mais moins bien délimitées et moins nettes que sur le reste de la muqueuse buccale. Le gland et la face interne du prépuce offrent chez les deux malades des taches brunes peu étendues mais bien délimitées. Ces deux malades ne présentent aucun des phénomènes généraux de la maladie d'Addison; ils n'ont ni douleurs abdominales ou lombaires, ni diarrhée, ni vomissements, ni cet état de dépression physique et morale si caractéristique dans la cachexie surrénale, ils ne sont pas atteints de tuberculose pulmonaire. En outre ils sont parvenus à un âge où il est rare de voir se développer la maladie d'Addison. Comme ils offrent tous les attributs de la phthiriase et de la cachexie de misère (maladie des vagabonds de Vogt et de Gremhair), il faut bien rapporter à celle-ci la pigmentation cutanée qui présente d'ailleurs chez eux les caractères que le professeur Hardy et M. Fabre lui assignent dans la phthiriase. En l'absence des signes généraux et de l'évolution progressive qui forment les traits caractéristiques de la cachexie addisonienne, il ne semble pas possible d'admettre l'existence de cette dernière, et on est amené à conclure que la pigmentation des muqueuses doit être mise sur le compte de la cachexie de misère. Il est vrai que la pigmentation des muqueuses ne semble pas compatible avec l'origine purement locale et externe de la mélanodermie dans la maladie de misère, mais la pathogénie encore obscure des mélanodermies ne semble pas devoir faire rejeter la relation qui semble évidente en clinique.

D'ailleurs des faits semblables ont été déjà signalés. Gremhair a vu une pigmentation de ce genre chez un sujet atteint de maladie des vagabonds à l'autopsie duquel il constata l'intégrité des capsules surrénales. M. Besnier a rapporté deux faits identiques à ceux des malades que je présente.

Ces faits suffisent à prouver que la pigmentation des muqueuses, considérée comme pathognonomique de la maladie d'Addison, ne peut, à elle seule, apporter une confirmation absolue de ce diagnostic.

M. Chauffard. — J'ai observé un malade atteint simultanément de phthiriase, de mélanodermie et de tuberculose pulmonaire. En raison de plaques-tabac sur la muqueuse buccale, je le considérai comme frappé de maladie d'Addison. A l'autopsie les capsules surrénales furent trouvées indemnes. Ce fait vient donc à l'appui de la manière de voir de M. Thibierge.

Formes frustes d'urémie grave.

M. Guyot communique plusieurs observations dans lesquelles l'urémie aurait pu passer inaperçue, masquée par une hémiplégie avec résolution complète, accompagnée ou non de crises convulsives. Il faut retenir que des accidents urémiques très graves, d'ordre convulsif ou comateux, peuvent survenir ainsi sans prodrome, et alors que l'urine ne renferme qu'une faible quantité d'albumine. Ces accidents disparaissent facilement sous l'influence de saignées abondantes, tandis que dans le cas contraire la mort est fréquente.

Hémiplégie et hémispasme facial hystérique.

MM. Gouraud et **Martin Dürr.** — Les stigmates permanents ont dans ce cas facilité beaucoup le diagnostic. Ce que ce malade a surtout présenté d'intéressant, c'est la répétition des accès. M. Gouraud a pu l'observer six fois à différents intervalles. Toutes les attaques se ressemblent et reproduisent l'ensemble des symptômes de l'hémorrhagie cérébrale : le début se fait par apoplexie ; au réveil le malade constate une hémiplégie droite, une immobilité du côté gauche de la face (en réalité hémispasme droit) et des troubles de la parole. Il entre alors à l'hôpital, et on assiste à la disparition graduelle de tous les symptômes, d'abord des troubles de la parole, puis de l'hémispasme, enfin de la paralysie brachiale. Au bout d'un temps variable, le malade quitte le service complètement rétabli.

Addition à la séance du 11 *décembre*

Étiologie de la dyspepsie gastrique.

MM. Albert Mathieu et **A. Rémond** (de Metz) ont examiné 56 cas de dyspepsie gastrique qui se décomposent ainsi : hyperchlorhydrie, 16 cas; dyspepsie nervo-motrice, 23 cas; hyperacidité organique, 7 cas; dilatation permanente, 8 cas.

Sur ces 54 malades on trouve 37 hommes et 16 femmes, mais sur ces 37 hommes il y a 13 alcooliques avérés. MM. A. Mathieu et Rémond insistent beaucoup sur un certain nombre de faits dans lesquels des émotions morales vives ou de violentes secousses physiques ont amené rapidement la neurasthénie et la dyspepsie, tantôt avec hyper tantôt avec hypochlorhydrie, ce sont, dirent-ils, des faits qui ont en quelque sorte la signification d'expériences sur l'homme.

Dans deux cas, il y a un rein flottant, et le rein flottant ne va guère sans neurasthénie, il est comme une épine qui entretient l'état névropathique. Dans trois cas la dyspepsie remontait à une fièvre typhoïde intervenue deux ans auparavant. Voici maintenant les conclusions de ce travail :

1° Les mêmes causes, émotions morales vives, secousses physiques, neurasthénie antérieure, chlorose (Hayem), alcoolisme peuvent donner lieu également aux diverses formes cliniques de la dyspepsie gastrique. Les états dyspepsiques ne peuvent donc pas être classés exclusivement d'après leur étiologie.

2° La fréquence des secousses morales ou physiques dans cette étiologie, la fréquence des phénomènes névropathiques antérieurs à la dyspepsie démontrent nettement que la névropathie a une importance capitale dans la genèse des divers modes de la dyspepsie; nous ne sommes pas en droit cependant et nous n'avons pas l'intention de lui attribuer une influence exclusive.

3° L'étiologie ne fournit en faveur du diagnostic différentiel de la gastrite et de la dyspepsie nerveuse que des probabilités d'une valeur relative et non des certitudes. Il n'est pas démontré que la dyspepsie des alcooliques soit toujours attribuable à la gastrite, ni, quand la gastrite existe, qu'elle lui soit entièrement attribuable et subordonnée.

ÉTRANGER

ALLEMAGNE

SOCIÉTE DE MEDECINE BERLINOISE

Séance du 2 décembre 1891.

Anomalies cardiaques.

M. Guttmann présente la pièce anatomique du malade dont il a parlé dans la séance précédente. Il s'agit d'un cœur offrant une perforation de la cloison interventriculaire, et une hypertrophie d'un tiers de son volume; — poids de l'organe 500 gr. —; une autre pièce provenant d'un enfant présente la même anomalie : la perforation mesure 3 cent. 1/2 et le cœur pèse 800 grammes.

Lymphangiome caverneux.

M. Schleich présente un enfant de 2 ans, offrant une tumeur congénitale de l'aisselle gauche répondant à un *lymphangiome caverneux*.

M. Schlange cite un cas analogue opéré à la clinique universitaire chirurgicale. La tumeur congénitale, incisée 2 fois avant l'opération, donna un écoulement de lymphe. En raison de son volume croissant atteignant la grosseur d'une tête d'homme, on dut faire l'ablation. La perte de sang fut minime. Adhérente aux muscles pectoral et deltoïde dans lesquels elle envoyait des prolongements, la néoplasie ne put être enlevée en totalité.

Salophène.

M. Guttmann. — La substance se présente sous forme de tablettes cristallines resplendissantes, sans odeur ni saveur, insolubles dans l'eau, solubles dans l'alcool et l'éther.

Dans l'organisme, en présence des sels de soude, elle se dédouble en acide salicylique et en acétylpara-amido-phénol.

D'après mes recherches, elle peut être prescrite à la dose maxima de 6 à 8 gr. par jour. Une dose de 4 à 6 gr. m'a donné de bons résultats dans le rhumatisme articulaire aigu. Elle possède une action antipyrétique faible à la dose de 4 à 6 gr.

Elle trouve son indication thérapeutique surtout dans le rhumatisme aigu. Dans les autres affections rhumatismales, les résultats sont variables.

Emploi de la tuberculine.

M. Patschkowski a traité par la tuberculine, depuis mi-février jusqu'au mois de juillet, 16 cas de tuberculose, dont 2 articulaires et 14 pulmonaires. Les 2 premiers ont été améliorés; parmi les 14 autres, 4 sont guéris en ce sens qu'ils ne présentent plus de symptômes morbides; — 7 sont améliorés; — parmi les 3 autres de reste, 2 interrompirent le traitement, et le 3e, atteint d'une tuberculose grave, du poumon, du larynx et de l'intestin, se suicida. Quant au mode d'emploi, l'auteur n'a pas suivi une méthode invariable. Tantôt il est intervenu à doses faibles, tantôt à doses fortes, soit 150 milligrammes.

Voici quelques règles qu'il donne :

N'employer la tuberculine que dans les cas où il existe des bacilles au microscope.

Ne pratiquer les injections qu'après quelques jours d'apyrexie. Commencer par doses faibles, sans les augmenter s'il y a eu de la fièvre.

Suspendre les injections quand le malade se plaint de malaise général, de diarrhée et d'insomnie.

Ne pas négliger concomitamment les autres moyens thérapeutiques : hygiène sévère et médicaments appropriés (créosote, gaïacol, etc.).

Séance du 9 décembre 1891.

Exophthalmie pulsatile.

M. James Israël. — Sous ce titre on groupe un certain nombre d'affections très différentes par leur étiologie, qui présentent comme symptôme commun des mouvements pulsatiles du contenu de l'orbite. La cause morbide siège habituellement dans la cavité crânienne, plus rarement dans l'orbite. Dans le premier cas il s'agit d'anévrysmes de la carotide dans le sinus caverneux, ou de l'ophthalmique à son point d'origine, ou bien d'anévrysmes faux, de ruptures dans les sinus caverneux. Dans le second cas, quand la cause de l'exophthalmie réside dans l'orbite, il s'agit également d'anévrysmes vrais ou faux, rarement d'angiome pulsatile rétro-bulbaire. M. James Israël présente un cas de cette dernière variété.

On observe chez le malade une protusion de l'œil droit. Le globe oculaire est assez mobile et l'abduction un peu limitée. La paupière supérieure, plus tombante que l'autre, d'une coloration bleuâtre, est parcourue de fines ramifications veineuses ; un gonflement qui se prolonge jusque sur la région temporale, rétrécit la fente palpébrale ; quand le malade baisse la tête, quand on comprime la veine jugulaire, la tuméfaction de la tempe recouverte de peau pigmentée devient bleuâtre et s'accentue. Surviennent en même temps de la dilatation de la pupille, une certaine diminution de l'accommodation et de l'hypermétropie. Avec un éclairage approprié du globe oculaire, on observe des pulsations synchrones avec le pouls carotidien, le bulbe est projeté en avant. Au toucher la tumeur molle de la tempe laisse percevoir des cordons durs, variqueux, sensibles, se rendant à la paupière supérieure. Il n'existe aucun doute sur la nature angiomateuse de la tumeur. Le malade présente en outre quelques points intéressants. En effet on observe une hémiatrophie de la face, une diminution de la sensibilité dans la zone de la 2e branche du trijumeau, enfin l'absence du muscle grand pectoral.

Sur le corps on constate un certain nombre de nævi autour desquels il existe une atrophie pigmentaire de la peau. Ces anomalies cutanées montrent bien qu'il s'agit d'affections congénitales ; d'ailleurs ce diagnostic est encore confirmé par l'existence d'une exophthalmie pulsatile et des mêmes lésions cutanées chez le père du patient. Il existe une connexion étroite entre l'affection orbitaire et les lésions de la peau. Un malade traité il y a 10 ans présentait à ce moment des pulsations au niveau des paupières ; depuis il a été amélioré par l'ablation partielle de la néoplasie.

Les mouvements des paupières sont impossibles; celles-ci présentent cependant des secousses rythmiques. Le bulbe est complètement dégénéré.

D'après ces faits il y a lieu d'admettre un rapport entre les pulsations de l'orbite et les manifestations cutanées.

Les troubles de sensibilité relèvent de la compression de la 2e branche du trijumeau dans la fente sphénoïdale.

Un cas de guérison de tuberculose pulmonaire.

M. Gottstein. — Il s'agit d'un malade qui présenta en 1889 de la tuberculose pulmonaire, et perdit en 1890 un en-

tant de méningite tuberculeuse. Traité par M. Gottstein en septembre de la même année, il présentait de nombreux râles humides dans le sommet pulmonaire gauche, des hémoptysies, des bacilles tuberculeux dans les crachats et 39° de fièvre. Depuis, le malade a augmenté de 16 kilogr. et a repris ses occupations; il ne tousse plus et ne crache plus. Le malade doit sa guérison à une saison qu'il fit dans les montagnes dans un lieu affecté au traitement de la tuberculose par l'aération.

Un cas de perlière chez l'homme.

M. A. Kirstein. — Récemment on a définitivement établi la nature tuberculeuse de la perlière. En effet, par des inoculations de nodules de perlière, on est arrivé à déterminer la tuberculose et réciproquement. On démontra dans le tissu conjonctif des noyaux de cette affection, des éléments en tout semblables aux bacilles tuberculeux. Malgré ces résultats, il faut avouer que la perlière se présente sous un tout autre aspect que la tuberculose. Dans la première, on observe des nodosités dures, de la grosseur d'une cerise, d'une noisette, surtout au niveau des séreuses de l'abdomen et de la poitrine. Ces noyaux rappellent bien plus le lymphosarcome que la tuberculose.

Dans des cas très rares, il peut se présenter chez des tuberculeux, comme le prouve cette préparation, des noyaux qui ont quelque analogie avec la perlière. Cette pièce provient d'une jeune fille de 20 ans, morte en 1880, après avoir présenté le tableau classique de la tuberculose. Ce morceau d'intestin présente de nombreux petits nodules qui rappellent ceux de la perlière.

M. Troje présente une pièce de perlière expérimentale chez un lapin. La perlière provoquée par inoculation n'a pas encore été observée chez l'animal, bien qu'on la rencontre, rarement il est vrai, chez l'homme. M. Troje a déjà recueilli chez l'homme une pièce analogue à la précédente. Il s'agissait d'une phthisique ayant présenté une tuberculose pulmonaire à marche très lente.

Dégénérescence kystique totale des reins.

M. **Ewald** a traité, il y a un an, une dame de 67 ans pour des manifestations dyspeptiques et des vomissements fréquents. L'examen objectif de la malade, apparemment en bonne santé, était à peu près négatif; on constatait seulement dans l'hypochondre une certaine rénitence. La constipation avait cédé au sel de Karlsbad. L'insomnie était combattue par des injections de morphine; hier matin survinrent une dyspnée intense, une vive agitation avec congestion de la face. Le pouls était petit, lent, les bruits du cœur normaux. Absence d'albumine dans l'urine. Le soir la malade mourait. Résultats de l'autopsie : les poumons et le cœur sont sains; les reins ressemblent à deux boules de graisse et sont transformés en une masse polykystique ne respectant aucun point du parenchyme rénal; quelques-uns des kystes renferment des calculs formés d'acide urique, cholestérine, etc.

Au microscope, on trouve dans le contenu des kystes un certain nombre de cellules brunâtres granuleuses ainsi que des cellules épithéliales. Les parcelles de parenchyme qui semblent épargnées à l'œil sont complètement dégénérées. Les glomérules sont absolument intacts.

Les cas de dégénérescence kystique totale des reins peuvent se diviser en trois groupes :

Le premier évolue avec les symptômes de néphrite interstitielle, la mort survient par urémie ou complications : péricardite, pleurésie, etc. Le deuxième présente une marche latente; on croit avoir affaire à une affection intestinale, à une névrose ou à un asthme cardiaque ou pulmonaire. (A cette catégorie appartiennent les cas où on peut sentir une tumeur dans les hypochondres, ordinairement mal interprétée.) Le troisième réunit les cas où la dégénérescence kystique totale est une découverte fortuite au cours d'affections rénales sans indication sur la maladie principale. Il résulte de ces considérations que le diagnostic est le plus souvent impossible.

L'examen de l'urine ne donne pas de données précises. Les cas observés jusqu'ici présentèrent une marche chronique.

Dans le cas présent, il faut penser à la lithiase rénale comme cause déterminante de l'affection.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE DE BERLIN

Séance du 30 *novembre* 1891.

Empoisonnement par l'acide chromique.

M. Fürbringer présente l'intestin d'un suicidé par l'acide chromique. Le malade avait ingéré environ 6 grammes de poison. A son entrée à l'hôpital à 9 heures du soir : absence du pouls, refroidissement des extrémités, collapsus, tremblement, vomissements bilieux fréquents. Lavage de l'estomac, injections de camphre. Le malade commence à parler, mais alors s'installent des douleurs continues et une diarrhée de sang. Anurie. Mort à 3 heures du matin. Autopsie : lésions de stase dans le foie et le rein; gastro-entérite hémorrhagique intense; hypertrophie des follicules clos et plaques de Peyer.

Erythème exsudatif multiforme.

M. G. Lewin présente une malade soignée autrefois à la Charité pour une syphilis du larynx dont elle guérit complètement. Elle avait présenté antérieurement une atteinte d'érythème exsudatif polymorphe. La signification de cette affection n'est pas encore bien connue. Hebra et Wilson prétendent qu'elle survient sans complications. M. Lewin en a décrit le premier la forme maligne. Il existe une période prodromique dont les symptômes rappellent ceux de la fièvre typhoïde; l'analogie se traduit dans les prodromes, la courbe de température et l'état général. Le premier stade se caractérise par une insomnie particulière. Les malades s'endorment par fatigue, se réveillent en sursaut, l'angoisse sur le visage. Le stade d'éruption suit. La poussée érythémateuse se fait avec douleur symétriquement sur les deux côtés du corps. Ce sont de petites taches et des pustules varioliformes. Simultanément survient un rhumatisme articulaire qui peut aller jusqu'à l'ankylose. Souvent apparaissent des nodosités au niveau des tibias, de préférence semblables à des tophus; il se forme aussi des ulcérations pharyngiennes prises pour de la diphthérie ou de la syphilis. Dans le troisième stade, on observe une gangrène symétrique avec adénite et fièvre intense. Les suites de cette affection sont d'une importance particulière. Jusqu'ici on a publié 14 cas d'endocardites avec lésions valvulaires, consécutifs à cet érythème. La tuberculose et les névralgies ne sont pas rares.

Récemment M. Lewin admit comme cause de cette affection une angio-névrose. Comme les malades sont pour la plupart atteints d'uréthrite rebelle, il essaya chez sa malade, par irritation de l'urèthre, à provoquer une nouvelle récidive. 24 heures après son intervention se produisit une légère récidive de l'érythème.

M. Gerhardt pense que les formes graves sont exceptionnelles, et que la maladie guérit en général spontanément.

M. Jolly a vu survenir des psychoses graves après cet érythème. Chez une malade survint une manie intense de plusieurs mois; chez une autre, une mélancolie grave avec manifestations hystériques. Les deux malades guérirent complètement.

M. G. Lewin a observé l'érythème polymorphe concomitamment avec l'érythème noueux. Ce dernier ne serait qu'une particularité du premier; son traitement est purement symptomatique : froid, antipyrétiques, etc.

M. G. Meyer met en garde contre l'antipyrine, qui aggrave, d'après ses observations, la maladie.

M. Fürbringer a observé il y a quelques années dans son service 3 femmes, qui ont contracté successivement de l'érythème noueux, au même numéro de lit. C'est là un fait en rapport avec la nature infectieuse de la maladie.

M. Baginski a observé l'érythème polymorphe fréquemment chez les enfants. Chez eux on trouve tous les intermédiaires entre l'urticaire, l'érythème noueux et l'érythème polymorphe sans transition bien marquée. Uffelmann il y a quelques années a prétendu qu'un bon nombre de ces enfants contractaient la tuberculose.

M. Baginski n'est point de cet avis; il n'a pas également observé de complications graves du côté du cœur ou du système nerveux. C'est une affection bénigne troublant la nutrition générale, mais guérissant plus ou moins rapidement.

ANGLETERRE

SOCIÉTÉ PATHOLOGIQUE DE LONDRES
Séance du 15 *décembre* 1891.

Xanthome des diabétiques.

MM. Morris et **J. Clarke** présentent un cas de xanthome diabétique survenu chez un homme de 27 ans dont la mère a présenté de la glycosurie fonctionnelle. Il n'a jamais eu ni ictère ni céphalée. Il y a un an, il n'y avait pas de sucre dans son urine. En juillet des plaques rugueuses se montrèrent sur son dos et au niveau de ses coudes, elles disparurent par l'arsenic. Vers le milieu de septembre, le rash se montra de nouveau ; cette fois il fut plus étendu et consista en papules et tubercules qui devinrent rouges ; finalement le centre en devint jaune, la périphérie restant rouge. L'urine contenait alors 7 0/0 de sucre. Une légère amélioration survint sous l'influence du traitement du diabète. L'examen de la lésion montra que les nodules jaunes étaient situés dans la partie profonde de la couche cornée ; beaucoup étaient en relation avec des follicules pileux. Ces nodules étaient surtout occupés par des gouttelettes graisseuses ; les lymphatiques qui entouraient les nodules étaient aussi gorgés de graisse. Les auteurs n'ont pas trouvé de micro-organismes. En somme il s'agit là d'une dermatite profonde accompagnée de bonne heure de dégénération graisseuse.

Hématome de la dure-mère.

M. Wynne présente une série de spécimens qui montrent que dans la pachyméningite hémorrhagique la lésion débute par de petites hémorrhagies de la pie-mere et finissent par s'entourer d'une membrane organisée qui en fait de véritables kystes.

Lèpre.

M. Herbert Larder. — Un jeune homme des îles Barbades, qui a actuellement 19 ans, fut dès son enfance beaucoup en contact avec un lépreux : dès l'âge de 6 ans il commença à être atteint de la lèpre. Il est en Europe depuis l'âge de 8 ans. Il a été couvert d'ulcères qui pour la plupart sont cicatrisés actuellement, il en restait cependant encore sur la tête, les mains et les pieds. C'est l'huile de *cholmoogra* qui a produit cet heureux résultat. Le malade put même sortir encore 6 mois avant sa mort Il présenta plus tard une toux continue et mourut dans le marasme. A l'autopsie on trouva les ganglions bronchiques hypertrophiés, durs, réunis entre eux. Les poumons étaient infiltrés d'une matière impossible à distinguer à l'œil nu de tubercules vrais ; il y avait des cavernes pulmonaires. Le foie et la rate étaient hypertrophiés. Les nerfs médians et cubitaux étaient épaissis et d'une coloration brune dans la moitié inférieure des avant-bras.

M. Thin. — Il est à peu près impossible de distinguer avec le microscope les bacilles de la lèpre de ceux de la tuberculose.

M. Phinéas Abraham. — Le foie et la rate du malade précédent contenaient beaucoup de bacilles. Quant aux lésions tuberculeuses dans ce cas, je les considère comme étant de nature tuberculeuse.

M. Beaven Rake. — La taille des bacilles de la lèpre varie suivant les régions géographiques ; c'est ainsi qu'ils sont plus grands dans la variété espagnole que dans la variété norwégienne. Les lépreux meurent souvent de tuberculose. Les bacilles sont rares dans les viscères dans la lèpre anesthésique ; au contraire on les trouve abondamment dans les viscères quand le malade est atteint de lèpre tuberculeuse.

SOCIÉTÉ OPHTHALMOLOGIQUE DU ROYAUME-UNI
Séance du 10 *décembre* 1891.

Hémorrhagies de l'orbite chez les jeunes enfants.

M. Holmes Spicer. — Ces hémorrhagies surviennent au-dessous du périoste au cours du scorbut infantile, chez des enfants généralement élevés au biberon et ayant entre six et dix-huit mois. Tantôt cette hémorrhagie de l'orbite est linéaire et siège sur le bord de l'orbite, tantôt elle est diffuse, abondante, elle déplace l'œil et distend la paupière supérieure ; dans ce cas l'hémorrhagie ne disparaît que lentement et l'œil reste saillant pendant plusieurs mois. Le traitement consiste surtout à soigner le scorbut.

Kyste de la cornée.

M. Treacher Collins présente un globe oculaire provenant d'un enfant de 12 ans. Un an et neuf mois après une perforation de la partie inférieure de la cornée produite par un coup de canne, un kyste ayant un diamètre de 9 mm. 1/2 s'était formé aux dépens de la cornée et de la sclérotique ; ce kyste était tapissé par un épithélium aplati. Ce kyste paraît dû à une implantation d'une portion de l'épithélium cornéen dans la substance même de la cornée et à la prolifération de cet épithélium en ce point.

Atrophie optique héréditaire.

M. Johnson Taylor. — J'ai vu cette affection survenir quatre fois dans une famille ; la grand'mère était devenue aveugle à 40 ans. Sur onze enfants, quatre présentèrent l'affection en question ; chez le premier la vue baissa rapidement mais inégalement dans les deux yeux, à l'âge de 27 ans ; chez le second la vue baissa à l'âge de 21 ans ; chez le troisième un seul œil se prit à l'âge de 18 ans ; le quatrième présenta un affaiblissement de la vue dès l'âge de 6 ans ; ce dernier a été presque aveugle pendant un an ; depuis sa vue s'est améliorée. Dans tous ces cas il existait une amblyopie centrale bien marquée, avec défaut de distinction des couleurs, surtout au centre du champ visuel. L'ophthalmoscope a montré l'atrophie du nerf optique. Absence complète de symptômes de maladie cérébrale ou spinale.

SOCIÉTÉ CLINIQUE DE LONDRES
Séance du 11 *décembre* 1891.

Mycosis fongoïde.

M. Pye-Smith relate un cas de mycosis fongoïde chez un homme de 66 ans. La maladie débuta par la face et le cuir chevelu ; des ulcérations à surface granuleuse se sont formées sur une paupière, sur une épaule, sur les reins ; l'une de ces ulcérations a pu guérir. L'ulcération de la région lombaire augmente au contraire et le malade a de la fièvre ; il en est de même de la surface granuleuse de la paupière. Un peu plus tard le malade fut pris de délire et mourut. On trouva à l'autopsie de la cirrhose du foie. La tumeur lombaire présenta les éléments d'un sarcome.

Epilepsie.

M. Charlton Bastian a observé une femme dont on a extrait 86 aiguilles de différentes parties du corps ; on peut encore en sentir 14. Cette malade a 55 ans ; depuis son enfance elle a des crises épileptiformes. A l'exception d'une aiguille qui fut rendue par la bouche dans une crise, toutes les autres furent extraites du côté gauche du corps, principalement des régions lombaire, iliaque, de l'hypochondre, de la fesse et de la cuisse. On n'eut à constater la formation d'aucun abcès. On ne put découvrir l'origine de toutes ces aiguilles.

Tachycardie.

M. Buckland. — Voici une fille de 11 ans qui présente de la tachycardie ; depuis 5 ou 6 ans elle est sujette à des palpitations, des vertiges, un peu de dypsnée. A la suite d'une rougeole, le 2 avril 1890, le cœur se mit brusquement à battre 215 fois par minute. Au bout de 7 heures cette rapidité excessive cessa ; le pouls, irrégulier et dépressible, ne présenta plus que 80 pulsations par minute. Le 15 avril le cœur battit de nouveau avec une grande rapidité et cet état dura jusqu'au 25 avril, le cœur battant de 210 à 216 fois par minute ; cette accélération s'accompagna au début d'un peu de fièvre. La percussion et l'auscultation ne révélèrent aucune autre modification cardiaque. La malade n'éprouvait aucune douleur ; mais elle avait un malaise général avec insomnie ; même ces deux derniers troubles disparurent complètement. On nota chez cette fille un peu d'hyperesthésie ; son père était paralytique général, et la grand'mère était folle. Ces crises d'ac-

célération des battements cardiaques se renouvelèrent à plusieurs reprises. On essaya en vain les vésicatoires et l'électricité.

M. Maclagan. — J'ai vu un cas semblable où l'accélération cardiaque disparut sous l'influence de l'apparition d'une crise d'asthme.

M. Pye Smith. — Beaucoup de ces malades meurent sans qu'on puisse trouver de lésion à l'autopsie. Le repos absolu au lit peut amener la guérison.

M. Bristowe. — Je crois que ces cas de tachycardie n'offrent aucune relation avec le goître exophthalmique.

M. Percy Kidd. — J'ai vu plusieurs cas de tachycardie accompagnés de glycosurie. Un de ces malades fut soulagé par l'éther.

AUTRICHE

SOCIÉTÉ IMPÉRIO-ROYALE DES MÉDECINS DE VIENNE

Séance du 18 décembre 1891.

Parotidite et tuméfaction des glandes lacrymales.

M. **Fuchs** présente un malade atteint de tuméfaction de la parotide et des glandes lacrymales des deux côtés. L'affection existe depuis 2 ans et s'est peu modifiée. La région au-dessus du globe oculaire est tuméfiée et à la palpation on sent les glandes lacrymales augmentées de volume. La région parotidienne présente de chaque côté une tuméfaction typique.

L'examen microscopique d'une parcelle de glande lacrymale montra qu'il s'agissait d'un processus lymphomateux. On a dû cesser le traitement par la liqueur de Fowler à cause des éruptions et des frissons que provoquait l'ingestion d'arsenic.

M. Zirm présente une malade atteinte d'une affection analogue. Il s'agit d'une femme de 30 ans venue, à la clinique de Stellwag pour des tumeurs dures, cartilagineuses, lobulées occupant les deux parotides. Des tumeurs analogues existaient sous chaque paupière supérieure. Elle se plaignait d'une sensation de sécheresse dans la bouche et les yeux. A l'examen on trouva une lymphadénite généralisée, pas de tuméfaction de la rate, pas de modifications dans le sang, un utérus atrophié. L'excision d'une parcelle de la parotide et de la glande lacrymale donne lieu à un érysipèle avec fièvre, etc., à la suite duquel les glandes lacrymales et les parotides reprirent presque leur volume normal. L'examen microscopique des parcelles du tissu glandulaire montre la présence des granulations et de nodules en partie dégénérés.

Coagulation du sang.

M Freund.—D'après Alexandre Schmidt, la coagulation du sang est due à un ferment spécial venant de la destruction des leucocytes et qui avec des substances fibrinogènes et fibrinoplastiques forme la fibrine. Il fallait donc trouver le facteur, l'irritation sous l'influence desquels les leucocytes fournissent le ferment spécial. Ce facteur est l'*adhésion* que les corps étrangers exercent sur les éléments figurés du sang. On peut empêcher l'influence de ce facteur et par conséquent la coagulation du sang, si ce dernier est reçu dans un vase dont les parois sont enduites de vaseline.

L'adhésion fait donc que les éléments figurés abandonnent au plasma une partie de leur contenu, ce qui produit des modifications chimiques dans les cellules. Les éléments figurés renferment du phosphore et du potassium, le plasma du sodium, du chlore et du calcium ; ce qui prouve qu'il existe un mélange de ces parties, c'est que pendant la coagulation il se fait une sécrétion de phosphates terreux acides et si l'on évalue cette quantité d'acide phosphorique, on trouve qu'elle est plus grande que dans un volume correspondant de plasma. A la suite du passage dans le plasma de certaines parties des éléments figurés, les phosphates acides deviennent insolubles, et c'est ce phénomène qui provoque la coagulation.

Si l'on fait les expériences dans des conditions telles que les phosphates restent solubles, on peut ajouter des ferments du sang sans que la coagulation se produise.

M. Freund présente des échantillons de sang mélangé de citrates acides. Ils ne sont pas coagulés, ce sel possédant la propriété de ne pas rendre insolubles les solutions de phosphate acide de chaux. Mais si l'on ajoute à la solution du chlorure de chaux, il se produit une coagulation due à la précipitation du phosphate acide de chaux.

M. Latschenberger est d'avis que les ferments du sang sont indispensables pour la coagulation et que les sels ne jouent dans ce phénomène qu'un rôle adjuvant.

M. Exner demande des explications sur la non-adhésion du sang aux parois des vases enduites de vaseline.

M. Freund compare le phénomène à ce qui se passe dans les membranes gonflées. Tant que l'imbibition de la membrane n'est pas complète, cette dernière prend toujours du liquide par adhésion.

Narcose par le pental.

M. Breuer a employé cette substance en inhalations dans 150 cas, à la clinique de Hacker. La narcose vient facilement, le réflexe de la cornée est ordinairement conservé. La perte complète de connaissance est précédée d'un stade d'analgésie. Les malades se réveillent progressivement, dans l'espace d'une minute, et se trouvent ordinairement bien.

Le pental a été employé chez des malades de tout âge. Chez les enfants la narcose survient plus tôt que chez les femmes, chez ces dernières plus tôt que chez les hommes, dans un espace de temps variant de une à deux minutes. Suivant la durée de la narcose on emploie 10 à 20 grammes, 50 grammes dans un seul cas.

Dans un cas le pental provoqua des phénomènes graves. Il s'agit d'une jeune fille qui, pour subir l'extraction d'une dent, avait déjà reçu 4 gr. de pentalite : 50 secondes après elle fut prise de syncope, d'apnée et d'absence du pouls, de dilatation pupillaire, etc. On pratiqua la respiration artificielle, et au bout de quelques minutes les accidents furent conjurés.

M. Breuer pense que le pental s'élimine par les poumons, du moins l'air expiré a déjà au bout de quelques minutes l'odeur du pental. D'une façon générale, on pourrait combiner le pental avec le chloroforme, et la narcose par ces deux substances devrait remplacer celle par le chloroforme et l'éther combinés.

M. Basch croit qu'avant d'employer la substance chez l'homme, on doit l'étudier sérieusement chez les animaux.

M. v. Dittel trouve que l'existence d'accidents graves, fût-ce dans un seul cas sur 150, indique que le pental doit être manié avec prudence.

M. Gerhold attribue l'apparition rapide de la narcose par le pental et le bromure d'éthyle à ce que ces deux substances sont administrées à l'état concentré.

Narcose par le bromure d'éthyle.

M. Hacker qui a employé cette substance dans 50 cas peut confirmer ses bons effets. Parmi les phénomènes consécutifs on observe souvent les vomissements. L'excitation est fréquente chez les alcooliques. Dans certains cas, la narcose a été prolongée pendant 10 minutes. On a donné jusqu'à 40 gr. de cette substance.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

De l'exercice chez les adultes, par le Dr F. Lagrange. Paris, F. Alcan, 1891.

Après avoir écrit deux ouvrages très remarqués : *la Physiologie des exercices du corps* et *l'Hygiène de l'exercice chez les enfants et les jeunes gens*, M. le Dr Lagrange essaie de démontrer que chez les sujets dont le corps est complètement développé et formé (chez l'adulte, chez l'homme mûr et chez le vieillard), les exercices gymnastiques peuvent être très utiles. L'âge, le tempérament, les conditions physiologiques ou pathologiques des divers organes peuvent changer les indications des modificateurs physiques. Ceux-ci toutefois deviendront utiles à un moment déterminé. Il suffit, dans ce but, de les bien adapter à l'âge et au tempérament de chaque sujet. Il y aurait certainement quelques réserves à faire au sujet des affirmations un peu exclusives de l'auteur. On ne peut nier cependant que, dans leur ensemble, ses prescriptions hygiéniques ne soient utiles. La lecture de son livre intéressera donc les hygiénistes et les gens du monde.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

PUBLIÉ PAR

LA GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Et servi gratuitement à tous les abonnés de ce journal

ABONNEMENTS SPÉCIAUX POUR MM. LES ÉTUDIANTS. — UN AN : 6 FRANCS

L. LEREBOULLET, Rédacteur en chef. — A. BROCA, Secrétaire de la Rédaction

Librairie de G. MASSON, 120, boulevard Saint-Germain.

SOMMAIRE

VARIÉTÉS

La souscription pour l'érection d'un buste au regretté professeur Damaschino sera close le 31 janvier 1892. Les cotisations sont reçues chez MM. Letulle, 124, boulevard Saint-Germain, et Gilles de la Tourette, 14, rue de Rome, secrétaires du comité.

Faculté de Montpellier. — M. Mairet est nommé, pour une période de trois ans, doyen de ladite Faculté.

Conférences d'internat : MM. Leredde, Terson, Sorel, Halipré, Nicolle, le samedi 9 janvier à 3 heures. Hôtel-Dieu, amphithéâtre Chomel.

MM. de Saint-Germain et Souligoux, même jour, même heure, amphithéâtre de gynécologie.

Concours pour un médecin suppléant à St-Lazare. — Le registre d'inscription sera ouvert le 18 janvier à 5 heures. Déposer à l'avance pièces et titres au ministère de l'Intérieur (Direction de l'administration pénitentiaire), 11, rue Cambacérès.

Prix décernés par la Faculté de Paris. — *Prix Barbier* : encouragements de 500 francs à MM. Villemin et Bonnier.

Prix Chateauvillard : récompenses à MM. Gasser (800 fr.); Baudouin (700 fr.); Springer (500 fr.).

Prix Jeunesse (hygiène); 1,500 fr. à M. Mosny.

Prix Jeunesse (histologie); 375 fr. à MM. Blocq et Londe; 375 fr. à M. Moreau. Mention honorable à M. Wallich.

Prix proposés pour l'année 1892.

(*Suite.*)

Prix Adolphe Monbinne (1,500 fr.). — M. Monbinne a légué à l'Académie une rente de 1,500 fr., destinée « à subventionner, par une allocation annuelle (ou biennale de préférence), des missions scientifiques d'intérêt médical, chirurgical ou vétérinaire. « Dans le cas où le fonds Monbinne n'aurait pas à recevoir la susdite destination, l'Académie pourra en employer le montant soit comme fonds d'encouragement, soit comme fonds d'assistance, à son appréciation et suivant ses besoins. »

Prix Nativelle (300 fr.). — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur mémoire ayant pour but l'extraction du principe actif défini, cristallisé, non encore isolé d'une substance médicamenteuse.

Prix Orfila (400 fr.). — Question : Existe-t-il dans l'air, dans l'eau ou dans le sol, des corps de nature animée ou purement chimiques, aptes à développer l'impaludisme, lorsque, par les moyens ordinaires ou expérimentaux, ils s'introduisent dans l'économie animale ?

Prix Oulmont (1000 fr.). — Ce prix sera décerné à l'élève en médecine qui aura obtenu le premier prix (médaille d'or) au concours annuel du prix de l'Internat. (Chirurgie.)

Prix Portal (600 fr.). — Question : Anatomie pathologique du corps thyroïde.

Prix Pourat (1,200 fr.). — Question : Déterminer expérimentalement le mode de contraction et d'innervation des vaisseaux lymphatiques.

Prix Saint-Lager (1500 fr.). — Extrait de la lettre du fondateur : « Je propose à l'Académie une somme de 1500 francs pour la fondation d'un prix de pareille somme, destiné à récompenser l'expérimentateur qui aura produit la tumeur tyroïdienne à la suite de l'administration aux animaux de substances extraites des eaux ou des terrains à endémies goîtreuses. » Le prix ne sera donné que lorsque les expériences auront été répétées avec succès par la Commission académique.

Prix Saint-Paul (25,000 fr.). — M. et Mme Victor Saint-Paul ont offert à l'Académie une somme de 25,000 francs pour la fondation d'un prix de pareille somme qui serait décerné à la personne, sans distinction de nationalité ni de profession, qui aurait, la première, trouvé un remède reconnu par l'Académie comme efficace et souverain contre la diphthérie jusqu'à la découverte de ce remède, les arrérages de la rente à provenir de cette donation seront consacrés à un prix d'encouragement qui sera décerné, tous les deux ans, par l'Académie, aux personnes dont les travaux et les recherches sur la diphthérie lui auront paru mériter cette récompense.

Prix Stanski (1,800 fr.). — Ce prix sera décerné à celui qui aura démontré le mieux l'existence ou la non-existence de la contagion miasmatique, par infection ou par contagion à distance. Si l'Académie de médecine ne trouvait pas un travail sous ce rapport digne de cette récompense, elle l'accordera à celui qui, dans le courant des deux années précédentes, aura le mieux éclairé une question quelconque relative à la contagion dans les maladies incontestablement contagieuses, c'est-à-dire inoculables. (Extrait du testament.)

Prix Vernois (700 fr.). — Ce prix sera décerné au meilleur travail sur l'hygiène.

Prix proposés pour l'année 1893.

Prix de l'Académie (1000 fr.). — Question : Des origines et des modes de transmission des cancers.

Prix Alvarenga de Piauhy (Brésil) (800 fr.). — (*ut suprà*).

Prix d'Argenteuil (6,800 fr.). — Ce prix sera décerné à l'auteur du perfectionnement le plus notable apporté aux moyens curatifs des rétrécissements du canal de l'urèthre, ou à l'auteur du meilleur travail sur le traitement des voies urinaires.

Prix Barbier (2,500 fr.) — (*ut suprà*).

Prix Henri Buignet (1,500 fr.). — (*ut suprà*).

Prix Capuron (1200 fr.). — Question : De l'influence des maladies de la mère sur le fœtus et réciproquement de l'influence des maladies du fœtus sur l'état de santé de la mère.

Prix Civrieux (800 fr.). — Question : Des troubles de l'intelligence dans la fièvre typhoïde.

Prix Daudet (1000 fr.). — Question des parotidites.

Prix Desportes (1,380 fr.). (*ut supra*) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail de thérapeutique médicale pratique.

Concours Vulfranc Gerdy. — Le legs Vulfranc Gerdy est destiné à entretenir près des principales stations minérales de la France ou de l'étranger des élèves en médecine, nommés à la suite d'un concours ouvert devant l'Académie de médecine. L'Académie met au concours deux places de stagiaires aux eaux minérales. Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de l'Académie de médecine, 49, rue des Saints-Pères, à Paris. La liste d'inscription sera close le 1er décembre 1893. Les candidats nommés entreront en fonctions le 1er mai 1894. Une somme de 1,500 francs sera attribuée à chaque stagiaire.

Prix Ernest Godard (1000 fr.). — Au meilleur travail sur la pathologie externe.

Prix Laborie (5,000 fr.) (*ut suprà*). — Ce prix sera décerné à l'auteur du travail qui aura fait avancer notablement la science de la chirurgie.

CLINIQUE DES MALADIES MENTALES

Hospice de la Salpêtrière. — M. le Dr J. Séglas.

De l'examen général des aliénés. Recherche des commémoratifs.

(*Deuxième leçon.*)

§ II. *Antécédents personnels.* — Je vous ai déjà parlé des causes ayant pu troubler le développement pendant l'époque fœtale.

Dans l'étude des antécédents personnels, nous prendrons donc notre malade seulement à sa naissance en commençant par l'état physique.

Etat physique antérieur. — Il importe de rechercher d'abord quel a été le développement en général. C'est ainsi que vous noterez les phases du développement physique, telles que l'augmentation du poids, de la taille, l'époque de l'apparition des premières dents, et l'évolution de la dentition, l'époque où l'enfant a commencé à marcher, à être propre, la date de l'apparition de la puberté, et plus tard, s'il y a lieu, de la ménopause.

Puis il faut aborder la recherche des antécédents pathologiques de l'individu, des maladies dont il a pu être atteint. Il importe d'abord d'insister sur les maladies du système nerveux, telles que les convulsions de l'enfance, première manifestation d'une organisation neuropathique ; les accidents méningitiques, le somnambulisme, la chorée, les tics, puis l'épilepsie, l'hystérie, la neurasthénie, etc., en un mot, toutes les affections nerveuses, avec ou sans lésions.

Il faut également noter, s'il y a lieu, les maladies aiguës infectieuses (variole, scarlatine, fièvre typhoïde, rhumatisme, etc.), et préciser leur durée, leur mode de terminaison, et la présence possible, la forme, l'intensité, la durée d'accidents névro ou psychopathiques, à l'occasion de la maladie, pendant son cours ou dans la convalescence, trahissant la prédisposition spéciale du sujet.

Il est bon de signaler encore l'existence de maladies chroniques et constitutionnelles (le rachitisme, la scrofule, la syphilis, l'anémie, la chlorose, la phthisie, la goutte, le diabète, le cancer, le mal de Bright, les affections chroniques des organes génitaux, surtout chez la femme), et les maladies accidentelles, les traumatismes en particulier, surtout ceux qui portent sur le crâne, et leur influence sur le système nerveux.

Il ne faudra pas oublier non plus les maladies qui ont pour origine une mauvaise hygiène et notamment celles qui dépendent d'intoxications résultant de la profession même (plomb, mercure, phosphore, sulfure de carbone), ou bien dues à une alimentation défectueuse et à des habitudes pernicieuses du sujet (abus du café, du tabac, de l'alcool, opium, morphine, cocaïne, haschich, éther). Dans ces derniers cas, en particulier pour ce qui regarde l'alcool, il sera bon de se renseigner non seulement sur la quantité, mais encore sur la nature et sur le mode d'ingestion. Certaines liqueurs spiritueuses agissent en effet d'une façon spéciale sur le système nerveux (absinthe), et le mode d'ingestion suffit souvent à lui seul pour mettre sur la voie d'un diagnostic. C'est ainsi que nous aurons plus tard l'occasion de voir que le dipsomane ne boit pas de la même façon que l'alcoolique.

Dans les cas où l'on ne trouve pas de maladies antérieures, il est toujours utile de noter l'état des différentes fonctions organiques. C'est ainsi qu'il importe de rechercher si le malade ne présentait pas quelques signes physiques d'une constitution névropathique (excitabilité ou dépression anormale, sensibilité exagérée, palpitations, troubles vaso-moteurs, tendance aux accidents nerveux sous l'influence de causes diverses, telles que maladies aiguës même de peu de gravité, émotions, ingestion de boissons spiritueuses, influences atmosphériques). Il est bon aussi de recueillir des indications sur l'état habituel des fonctions digestive, circulatoire, respiratoire, urinaire et surtout génitale. Cette dernière fonction, chez la femme, doit être examinée complètement, et l'on doit rechercher comment s'accomplit d'ordinaire la menstruation ; se renseigner sur les grossesses, les accouchements, les allaitements antérieurs, la ménopause ; toutes fonctions devant être examinées en elles-mêmes et aussi au point de vue de leur retentissement sur la santé générale et, en particulier, sur les fonctions nerveuses et psychiques du sujet.

Voilà pour l'état physique antérieur.

Etat psychique antérieur. — Au point de vue psychique, il faut d'abord étudier le développement des facultés dans l'enfance. Ainsi, on tâchera de se renseigner sur l'époque où les parents purent remarquer les premières manifestations intellectuelles ; en particulier sur l'âge auquel l'enfant a commencé à parler. De plus, dès l'enfance on peut déjà retrouver chez les malades des anomalies psychiques, telles que des rêves, des terreurs nocturnes, une émotivité exagérée, de l'instabilité du caractère, une mobilité, une irascibilité ou un entêtement excessif, des instincts pervers. Il est bon de chercher à avoir aussi des données sur le développement psychique, sur les tendances affectives et instinctives, sur le degré d'intelligence du malade, sa facilité de travail, l'état de l'attention, de la mémoire ; sur l'existence de certaines aptitudes, à l'exclusion de certaines autres. Souvenez-vous à ce propos que les enfants prodiges sont souvent loin de justifier les brillantes espérances qu'ils avaient fait naître.

Puis vient l'époque de la puberté qui n'est pas sans s'accompagner parfois, chez les prédisposés, de certains désordres intellectuels : exaltation ou dépression morale et intellectuelle, rêveries romanesques, idées mystiques, scrupules religieux, idées érotiques, impulsions et obsessions génitales, habitudes vicieuses telles que l'onanisme.

Constitution psychique. — Une fois le sujet devenu adulte, il faut essayer de déterminer si, antérieurement à la maladie actuelle, il ne présentait pas déjà les signes d'une constitution psychopathique. Souvent cette constitution morbide, résultat des différentes causes que nous venons de passer en revue, a pu ne se traduire que par des symptômes vagues et qui ont passé inaperçus, jusqu'à ce que la folie vienne les mettre en lumière. Mais d'autres fois, l'entourage du malade aura pu remarquer des anomalies dans sa conduite, ses sentiments, ses facultés intellectuelles. Aussi faudra-t-il tenter de se renseigner sur l'état des facultés intellectuelles proprement dites : attention, association des idées, mémoire, imagination, jugement, raisonnement ; sur le fonctionnement régulier et parallèle de toutes les facultés, ou sur l'existence d'aptitudes spéciales, à l'exclusion des autres.

Ainsi que l'a dit justement F. Voisin, les imbéciles sont souvent des *génies partiels*, et d'un autre côté, sans aller jusqu'à poser en principe la parenté étroite du génie et de la folie, on peut dire que les individus qui manifestent par un certain côté des facultés psychiques exceptionnelles, sont souvent névropathes à un degré plus ou moins accentué.

Cet ordre de recherches peut paraître difficile au premier abord ; néanmoins on peut recueillir à ce propos des indications utiles en s'informant quelles ont été les études du malade, quel bénéfice il peut en avoir tiré, quel poste il occupait dans la société, quels furent ses travaux, en quelle considération il était tenu par ses maîtres, ses collègues, ses supérieurs...

Mais ce qui est le plus important, c'est de spécifier, autant que possible, le caractère du malade, c'est-à-dire ses sentiments, sa conduite, qui ne sont en somme que l'expression de sa personnalité individuelle.

Aussi, dans vos recherches, devez-vous vous informer non seulement du caractère général du malade, gai, expansif, ouvert, orgueilleux, ou bien concentré, mélancolique, timide, méfiant, colère, etc..., mais encore essayer de passer en revue tous les sentiments, depuis les simples tendances instinctives, comme l'instinct de la conservation (préoccupations sur sa santé, peur, courage, mépris de la mort...), ou l'instinct de la reproduction (augmentation, diminution, perversion de l'instinct sexuel), jusqu'aux sentiments plus élevés, sentiments de famille, sociaux, religieux, esthétiques, et vous verrez ainsi si vos malades sont, comme l'on dit, des *égoïstes* ou des *altruistes*, suivant qu'ils se seront fait remarquer par leur jalousie, avarice, envie, ambition, par la vanité ou la compassion, la bienveillance, le dévouement, la modestie...

La conduite du malade vous montrera si vous avez affaire à un individu calme, logique, se conduisant justement dans sa position, original, bizarre; quel est son genre de vie, tranquille ou déréglé ; quels sont ses rapports sociaux, de famille ; le contraste qu'ils peuvent présenter, l'individu affichant au dehors des sentiments que contredit sa conduite envers les siens.

Vous pourrez juger ainsi du degré d'adaptation du sujet au milieu dans lequel il se trouve; s'il a la notion juste de sa position vis-à-vis de ses semblables, la perception exacte de l'humanité, si je puis m'exprimer ainsi ; s'il ne manifeste pas des idées, des sentiments, des tendances qui ne sont pas en rapport avec son éducation, avec le milieu social où il a été élevé.

Ainsi examinés à ces différents points de vue, vos malades, s'ils ont une constitution psychopathique, peuvent se ranger dans deux catégories : les exaltés, les déprimés (Morselli).

Les premiers se font remarquer par une impressionnabilité excessive, une émotivité extrême, des passions violentes (amour, jalousie, haine, vanité, ambition extrême), de la mobilité des sentiments, excessive et rapide, des extravagances dans leurs rapports sociaux, un contraste entre leur vie publique et leur vie privée, une imagination exaltée, des déterminations volontaires changeantes, contradictoires, souvent subites, impulsives.

Tout autres sont les déprimés qui se font remarquer surtout par la lenteur ou la ténacité des impressions, la profondeur et la constance des sentiments, une impressionnabilité exquise, une imagination peu active, une tendance à l'analyse subjective, l'irrésolution dans les déterminations volontaires, des hésitations, des scrupules, des idées obsédantes.

Enfin, il n'est pas inutile de noter certains faits plus généraux, comme l'âge, le sexe, l'état-civil, la profession, la condition sociale, le degré d'instruction, les croyances religieuses.

L'âge peut avoir une influence sur le développement de la folie. Rare avant la puberté, de vingt à trente ans elle devient plus fréquente, et de trente à cinquante, le nombre des aliénés est encore plus considérable. L'âge n'est pas non plus sans influence sur la forme spéciale que revêtent les troubles psychiques. Dans la première enfance, ce sont les convulsions qui sont les plus fréquentes; plus tard se montrent les défauts de développement et d'équilibre intellectuels, les instincts vicieux, les impulsions.

La puberté s'accompagne souvent d'obsessions, d'idées mystiques, de symptômes mélancoliques, de stupeur avec symptômes catatoniques (Kahlbaum). Dans la jeunesse, apparaissent la manie, la mélancolie et l'on voit souvent alors se manifester au dehors les premiers symptômes des délires systématisés primitifs (persécution, grandeur). Dans l'âge adulte, ce sont la paralysie générale, les psychoses toxiques, puerpérales, les accidents cérébraux de la syphilis... ; à l'âge critique, ce sont des accidents mélancoliques, des délires systématiques avec idées de persécution..., idées érotiques. Les démences sont l'apanage d'un âge plus avancé encore.

L'influence du sexe en lui-même comme cause prédisposante à la folie est bien difficile à préciser. Si, dans les cas où la femme vit confinée dans les soins de son intérieur, elle devient plus rarement aliénée ; dans les cas où elle est plus intimement mêlée à la vie active, plus cultivée, elle est plus prédisposée à la folie, par suite de son organisation nerveuse et impressionnable. D'ailleurs, l'influence de la grossesse, de l'accouchement, de l'allaitement peut contre-balancer celle de la débauche, des excès alcooliques, du surmenage, plus fréquents chez l'homme. Quant aux rapports du sexe avec la forme spéciale de la folie, on admet le plus généralement que l'alcoolisme, la manie, la paralysie générale, la syphilis cérébrale, par exemple, sont plus fréquents chez l'homme; tandis que les délires de persécution, la mélancolie, la folie circulaire, l'hystérie sont plus fréquents chez la femme.

Pour l'état-civil, si le mariage, en favorisant chez la femme l'éclosion des accidents puerpéraux, constitue pour elle une prédisposition aux psychopathies, on peut dire que, d'une façon générale, le célibat exerce une influence plus positive chez les deux sexes, en favorisant la vie irrégulière, les excès. Il en serait de même du veuvage.

Quant aux professions, elles n'ont pas toutes la même influence, et les statistiques montrent par exemple qu'en général la première place revient à l'état militaire, aux professions libérales, au sacerdoce; la dernière à l'agriculture; le commerce, l'industrie tenant à peu près la moyenne.

La condition sociale, l'instruction semblent aussi d'autant plus funestes qu'elles sont plus élevées, en affinant le système nerveux, en favorisant la vie dissolue, en créant des causes multiples de surmenage. Quant aux religions, pour vous démontrer l'importance de ce fait, je n'ai qu'à vous rappeler la fréquence de l'aliénation chez les israélites.

§ III. Il s'agit maintenant de recueillir des documents sur les causes, le début et la marche de la maladie mentale.

Causes. — Cette recherche est souvent très difficile. Souvent l'on est exposé à prendre l'effet pour la cause, et cela dans des cas en apparence bien simples. Prenez, je suppose, un délire alcoolique; l'alcool (toute question d'hérédité mise à part) peut n'être pas la cause occasionnelle première de ce délire. Mais le sujet était peut-être déjà depuis longtemps en proie à un état d'aliénation mentale caractérisé (dipsomanie, paralysie générale, folie circulaire), qui a pu entraîner à sa suite les excès alcooliques et le délire toxique qui en résulte.

D'un autre côté, et vous pouvez le prévoir d'après tout ce qui précède, les causes de la folie *ne sont jamais uniques*, et il est souvent fort difficile de préciser la part de chacune. Elles peuvent être divisées en causes prédisposantes et en causes occasionnelles. Les premières peuvent être générales, c'est-à-dire agissant plutôt sur la masse (civilisation, milieu urbain ou rural, croyances religieuses, événements politiques, race, nationalité, climat...); ou individuelles. Ces dernières peuvent être

d'ordre sociologique (condition sociale, état civil, profession, instruction, éducation) ou biologique (hérédité, constitution physique et psychique, sexe, âge : enfance, puberté, âge adulte, âge critique, sénilité).

Les causes occasionnelles sont d'ordre moral (émotions, chagrins, imitation) ou physique. On pourrait, avec Marié, diviser ces dernières en physiologiques (menstruation, ménopause, grossesse, accouchement, lactation); générales (maladies chroniques et constitutionnelles, maladies aiguës, infectieuses); locales (maladies locales, traumatismes, etc.); spécifiques (intoxications).

Après la recherche des causes, il importe de bien déterminer le début de la maladie, de bien préciser le mode et la date d'apparition de chaque symptôme de quelque ordre qu'il soit, pour arriver à établir la pathogénie, la marche de l'affection.

Quoiqu'elle puisse débuter brusquement, la folie, le plus généralement, a une incubation plus ou moins longue, et les prodromes passent souvent inaperçus dans la famille qui ne les voit pas ou ne veut pas les voir. Aussi est-il souvent fort difficile de recueillir à ce sujet des renseignements certains.

Dans certains cas, le début est relativement aisé à préciser parce qu'il s'agit d'un changement profond survenu dans tout l'être psychique du sujet, dans son caractère, sa conduite, dont il est souvent lui-même conscient au moins au début et que traduit un état de dépression ou d'exaltation de la personnalité (Guislain, Griesinger), se manifestant, dans le premier cas, par une douleur morale sans motif apparent, une émotivité anormale, des craintes de toute espèce, un dégoût de la vie, de la faiblesse de la volonté, un anéantissement profond; dans l'autre cas, par un sentiment de bien-être général, une activité intellectuelle excessive, un besoin incessant de parler, d'agir...

Dans d'autres cas non moins fréquents, le début du délire est des plus difficiles, parfois presque impossible à fixer. Cela se présente surtout alors que les troubles délirants ne sont que l'exagération du caractère antérieur de l'individu, l'expression d'une constitution psychopathique atteignant son maximum de développement, de façon à mettre en lumière des symptômes jusque-là peu accentués ou latents. Cette constatation est des plus importantes, elle dénote une atteinte plus profonde, une tare plus accentuée, une sorte d'anomalie de développement, une infirmité, à vrai dire, plutôt qu'une maladie de l'esprit.

Vous voyez donc tout l'intérêt qu'il y a à préciser, autant que possible, la manière d'être habituelle du sujet, son individualité psychique; de voir en quoi et à quelle époque elle a pu se modifier ou s'exagérer; de noter la nature et le mode d'apparition des idées délirantes, des troubles des sentiments, du caractère, les actes que le malade a pu commettre; du côté physique, toutes les altérations fonctionnelles qui ont pu survenir au début de l'affection (sensations douloureuses, troubles de la motilité, troubles du langage, désordre des diverses fonctions digestives, circulatoires, respiratoires, urinaires, génitales...); l'état de la nutrition, les troubles du sommeil qui devront être, vu leur importance, le sujet de recherches spéciales.

Il importe encore de déterminer, avec la succession des différents symptômes, leurs modifications respectives, les phases et la marche de la maladie, les rémissions ou intermittences, les exacerbations, la marche continue et progressive.

Il est également bon enfin de savoir quels furent les traitements appliqués, car, s'ils peuvent avoir eu une action favorable, ils ont pu au contraire n'avoir fait qu'aggraver la maladie, comme l'abus des hypnotiques, morphine, chloral..., l'usage prolongé de remèdes débilitants, l'emploi intempestif de l'électricité, de l'hypnotisme.

Une fois en possession des commémoratifs, il vous faut pratiquer l'examen de l'aliéné. Là encore, il importe de suivre une méthode qui permette à la fois de recueillir tous les symptômes utiles au diagnostic et de les classer. Aussi, nous diviserons cet examen en plusieurs parties et nous commencerons par l'*examen morphologique* de l'aliéné (1).

REVUE DES CONGRÈS

CONGRÈS DES MÉDECINS ET CHIRURGIENS AMÉRICAINS

Association de gynécologie.

Cancer du col de l'utérus.

M. William H. Baker. — Sur dix cancers du col de l'utérus que j'ai opérés en 1882, six, c'est-à-dire 60 0/0, vivaient encore en 1886. Actuellement sur ces cas la survie est de 50 0/0, et cela après une période de 10 à 12 ans. Si nous considérons une seconde série de cas que j'ai opérés en 1882, il n'y avait aucune récidive dans 62 1/2 pour 100 des cas en 1889.

Il faut fortement cautériser les surfaces saignantes à la suite de l'amputation du col. L'amputation faite assez haut est bien moins dangereuse que l'hystérectomie et assure une plus longue période sans récidive. Il est souvent nécessaire, pour assurer le succès, de pratiquer une petite opération secondaire et il faut ensuite surveiller les malades pendant des années.

Dans tous les cas de cancer du col, quand l'utérus n'est pas encore fixé par une extension de la maladie, l'amputation élevée suivie immédiatement de la cautérisation, constitue la meilleure méthode de traitement. L'hystérectomie vaginale doit être réservée pour les cas de carcinome envahissant primitivement le corps de l'utérus ou aux cas où l'affection a gagné le corps de l'utérus sans encore le fixer.

M. John Byrne. — Je crois que l'amputation élevée peut aussi bien être faite avec un galvano-cautère qu'à l'aide du bistouri ou des ciseaux.

M. Thomas Addis Emmet. — Je crois à l'utilité de l'amputation élevée, bien que dans certains cas de sarcome il puisse être nécessaire d'avoir recours à l'extirpation totale.

De la meilleure position aux différentes périodes du travail normal.

M. Henry Garrigues. — Quand l'enfant traverse la partie osseuse de la filière génitale, on doit préférer pour la mère la position demi-couchée sur le dos, qui favorise l'action des muscles en même temps que la contraction utérine, le dégagement de la tête au détroit supérieur, l'application du stéthoscope sur l'abdomen, les pressions manuelles sur la matrice.

Quand la vulve commence à s'ouvrir, on doit placer horizontalement la mère sur le côté gauche, les cuisses fléchies à angle droit sur le tronc, les jambes et la région lombaire étendues; il faut en même temps donner du chloroforme. Dans cette position le coccyx peut se renverser en arrière, les parties génitales sont facilement accessibles, pendant que le reste du corps peut être couvert et protégé contre le froid; de plus la malade ne voit pas l'accoucheur. La position latérale gauche constitue une sauvegarde pour le périnée et empêche la tête de sortir trop rapidement. Pendant et après l'expulsion du placenta, il faut placer la mère sur le dos, la tête basse. La position à genoux est fatigante et prédispose aux hémorrhagies et aux ruptures du périnée; de plus, l'usage du chloroforme devient impossible.

M. King. — Un travail normal constituant l'exception plutôt que la règle, il est difficile d'assigner une position fixe.

M. Sawyer. — J'ai vu une Indienne accoucher debout.

(1) Les conférences sur l'examen morphologique des aliénés ont été publiées dans la Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière (1891).

Du traitement de la tuberculose osseuse et articulaire.

M. N. Senn (de Milwaukee). — Tous les chirurgiens sont plus ou moins d'accord actuellement pour reconnaître que le traitement chirurgical des lésions tuberculeuses des os et des articulations donne des résultats déplorables. Il ne peut en être autrement, car, comme Kœnig l'a fait observer déjà depuis des années, ces lésions ne sont que des manifestations locales d'une infection tuberculeuse généralisée quoique souvent latente. Les chirurgiens doivent donc plus que jamais s'attacher aux procédés non sanglants de traitement de la tuberculose osseuse et articulaire, et aux injections intra-articulaires d'iodoforme et baume du Pérou, auxquelles, pour ma part, je dois bon nombre de succès. Les expériences communiquées au dernier Congrès français pour l'étude de la tuberculose viennent démontrer encore une fois de plus la valeur de l'iodoforme, en tant que médicament antituberculeux et stimulant de la vitalité et de la force de résistance des tissus. (*Association de chirurgie.*)

Cure radicale des rétrécissements de l'urèthre.

M. Bryson. — Le rétrécissement de l'urèthre est inflammatoire ou cicatriciel ; dans le premier la muqueuse est compromise, mais elle existe encore ; dans le deuxième elle n'existe plus, elle est remplacée par du tissu cicatriciel. Il faut donc avant tout chercher à restaurer la muqueuse. Les rétrécissements linéaires sont souvent améliorés d'une façon permanente uniquement par l'usage de la sonde, mais ce procédé est inapplicable aux rétrécissements annulaires ; il faut avoir recours à la dilatation intermittente combinée avec un traitement topique en vue de restaurer la muqueuse.

M. Bangs. — Le traitement de l'urèthre par divulsion est antichirurgical et antiscientifique ; l'instrument agit au delà des limites du mal, et la cicatrice qui en résulte est irrégulière. Je n'approuve pas non plus le traitement par l'électricité ; quand le courant est suffisamment fort pour agir, il irrite et entraîne la formation de dépôts inflammatoires. La dilatation graduelle est suffisante pour les rétrécissements mous non fibreux de l'urèthre postérieur ; pour tous les autres rétrécissements, on doit avoir recours à l'uréthrotomie interne. Si le rétrécissement est très étroit ou est compliqué de fistules de l'urèthre ou du périnée ou si les dépôts cicatriciels ont une épaisseur de plus de 1 centim., il faut employer l'uréthrotomie interne conjointement avec l'uréthrotomie externe et un drainage périnéal prolongé.

M. Tuttle. — J'ai pendant huit ans pratiqué l'uréthrotomie interne, mais maintenant j'ai abandonné la méthode sanglante et j'emploie la dilatation locale extrême au niveau du point rétréci. Pour cela je me sers d'un instrument spécial que j'ai appelé dilatateur uréthral.

M. Otis. — Quand le rétrécissement est situé profondément et qu'il est entouré de tissu cicatriciel très dur, on ne peut recourir qu'à l'uréthrotomie externe.

M. Keyes (New-York). — La cure radicale par excision des rétrécissements de l'urèthre postérieur est encore aujourd'hui une question indécise. Pour les rétrécissements de la portion antérieure, la question a été à peu près résolue, grâce aux efforts du docteur Otis (de New-York) en faveur de l'uréthrotomie avec dilatation (*dilating urethrotomy*), mais ce procédé n'est pas considéré comme curatif pour les rétrécissements de l'urèthre postérieur et jusqu'ici on n'a trouvé aucun autre procédé applicable à tous les cas.

J'ai eu l'occasion de traiter dernièrement un rétrécissement de l'urèthre postérieur, compliqué de fistules périnéales et de tissu inodulaire abondant. Voulant faire la cure radicale, je divisai d'abord le rétrécissement, en me servant d'un conducteur filiforme, et j'extirpai ensuite le tissu fibreux dense qui le constituait ; puis j'enlevai les sinus en les disséquant, et je fis une uréthroplastie. A cet effet, je pris un large lambeau de la surface interne du prépuce, lequel fut aseptisé, puis adapté et suturé dans la boutonnière péritonéale existant au point où le rétrécissement avait été excisé. La plaie périnéale guérit rapidement et la guérison a été définitive.

M. Reginald Harrison (Londres). — Bien que je n'aie qu'une expérience personnelle très limitée en la matière, je pense que cette méthode a une valeur réelle pour le traitement des rétrécissements de l'urèthre postérieur. Pendant un séjour à Paris, dans le courant de l'été dernier, j'ai vu plusieurs cas de rétrécissements traumatiques traités par M. Guyon au moyen de l'excision ; mais cet opérateur, au lieu de pratiquer une opération plastique, fermait la blessure périnéale en faisant trois séries de sutures superposées. (*Association d'andrologie et syphiligraphie.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 22 décembre 1891.

Présidence de M. Tarnier.

M. le président annonce la mort de M. Moutard-Martin. La séance est levée en signe de deuil.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 28 décembre 1891.

Cocaïne.

M. Quénu a employé une soixantaine de fois la cocaïne pour de petites opérations telles que la circoncision, et même la cure radicale de petites hernies. Il opère comme M. Reclus et, avec la solution à 1/50, ne dépasse pas 0.07. Or, trois fois il a eu des alertes, deux fois (une circoncision avec 0.03 et l'ablation d'un ganglion sous-maxillaire avec 0.05) les accidents (douleurs fulgurantes dans les membres, contractures musculaires, accélération de la respiration) ont été légers : mais une fois ils ont été graves. Il s'agit d'un homme de 34 ans atteint d'hydrocèle simple ; il fut injecté 0.04 dans la peau et 0.01 dans la vaginale ; au bout de 4 minutes, fourmillements dans la main et les avant-bras, puis douleurs avec impotence complète et anesthésie de ces régions, avec phénomènes d'excitation cérébrale ; le sujet, très anxieux et se sentant mourir, ne s'occupait nullement de l'opération qu'on pratiquait pendant ce temps ; au bout de 13 minutes, respiration brève et saccadée, pupilles très dilatées ; au bout de 20 minutes, l'amélioration commença, mais il fallut plusieurs heures pour que tout fût dissipé ; cet homme était alcoolique, mais non névropathique. La cocaïne reste le meilleur des anesthésiques locaux, mais il faut s'en méfier. On a dit d'injecter dans la vaginale 0.30, 0.50 sans crainte et d'évacuer le liquide après anesthésie. En général, on n'a pas d'accident, ce qui tient au faible pouvoir absorbant des parois de l'hydrocèle. En réalité, il faut ne mettre dans la vaginale que ce qu'on veut y laisser. On ne dépassera pas la dose de 0.05 à 0.06 et quand l'opération nécessitera plus que cela, on recourra au chloroforme.

M. Schwartz traite les hydrocèles par l'injection iodée ou la cautérisation au nitrate d'argent après anesthésie à la cocaïne et il n'a pas eu d'accident, sauf chez un homme de 60 ans, atteint d'un kyste du cordon et chez qui 0.10 amenèrent une alerte. La variabilité des conditions individuelles fait qu'on doit agir avec grande prudence. De même à la face et au tronc, où on ne peut pas, par l'application de la bande d'Esmarch, limiter l'absorption de l'alcaloïde : on ne dépassera pas 0.05. Aux membres, on appliquera la bande d'Esmarch et on ira à 0.07 ou 0.08 : Kummer (de Genève) a bien prouvé expérimentalement que dans ces conditions l'intoxication est beaucoup moins à craindre.

M. Reynier ne dépasse jamais 0.04 à 0.05. En effet, il a eu une alerte chez un cardiaque qu'il n'a pas voulu chloroformiser et auquel il a enlevé un épithéliome labial avec 0.01 de cocaïne. De même il a vu un sujet auquel un dentiste a extrait une dent après injection de 0.01 : les accidents furent sérieux et à leur suite éclata une crise d'asystolie à laquelle le malade succombait un mois après. Il faut donc être très prudent chez les cardiaques.

M. Moty a eu récemment deux légers accidents après des injections intra-gingivales. Il recommande surtout d'éviter les solutions concentrées.

M. Reclus. — On sait, depuis longtemps, que la cocaïne est un poison redoutable et l'observation de M. Berger n'en est qu'une preuve nouvelle. Un seul point, il me semble, est à établir dans la discussion actuelle : la cocaïne possède-t-elle, comme les autres alcaloïdes employés en médecine, des doses *maniables* entre les limites desquelles on peut se mouvoir avec quelque sécurité ; ou bien est-elle une substance inconstante, à effets variables, à réaction incertaine et si infidèle dans ses manifestations qu'il faut la proscrire de la thérapeutique ? C'est à cette question que je voudrais répondre par l'analyse des cas de mort publiés jusqu'à ce jour.

Et d'abord relevons une erreur qui s'est glissée dans la communication de notre collègue : M. Richardière aurait, nous dit M. Berger, pratiqué onze autopsies d'individus empoisonnés par la cocaïne. Ce chiffre énorme nous a tous émus et MM. Labbé et Lucas-Championnière se sont demandé à quel total monterait une statistique générale si un seul médecin fournissait pour sa part un nombre aussi considérable. Mais M. Richardière n'a pratiqué qu'une autopsie, justement celle du malade de M. Berger, et le chiffre de onze qui a été prononcé se rapporte aux cas de nécropsies connues et faites dans le monde entier. Quant au nombre total des morts, il serait de quinze. Nous atteignons ce chiffre, en ajoutant aux cas que nous avions déjà recueillis, ceux que nous a communiqués M. Richardière qui prépare sur ce sujet un important mémoire.

De ces quinze cas, nous en écarterons deux de prime abord, celui de Montalti et celui de Thomas où la mort survint à la suite de l'*ingestion* de un gramme cinquante et de un gramme vingt de cocaïne ; outre que ces doses sont vraiment formidables, il s'agit ici d'empoisonnement par la voie buccale et ces faits ressortissent à la médecine. Nous supprimerons encore trois autres cas où des pulvérisations ont été faites avec une solution de cocaïne sur l'amygdale et sur le pharynx ; les doses du médicament absorbé sont restées inconnues et nous nous bornerons à dire que la cocaïne est assez dangereuse pour que nous cherchions à savoir, lorsqu'on y a recours, avec quelle dose on sollicite l'organisme. A notre grand regret, nous rangerons dans cette catégorie le cas ou, pour mieux dire, l'anecdote que M. Labbé nous a contée dans la dernière séance ; il ignore la quantité de cocaïne injectée sur la victime.

Restent 9 cas qu'il nous faut analyser. Mais dans cinq d'entre eux nous trouvons que les doses injectées sont de 1.32, 1.25, 1.20, 0.80 et 0.50 centigrammes. Elles sont en vérité tellement élevées que toute discussion nous paraît oiseuse ; elles ont provoqué la mort et nous dirons presque que c'était justice. Viennent ensuite deux cas, celui de M. Berger avec 37 centigrammes environ et un autre que nous a communiqué M. Richardière où la mort aurait été provoquée par 22 centigrammes et demi. Certes, pour ma part, je ne pensais pas que de telles quantités puissent amener un tel résultat et lors de mes premières publications je considérais que 25 centigrammes étaient à la limite extrême, il est vrai, mais étaient encore dans les doses maniables. La dure expérience de nos collègues nous apprend qu'il n'en est pas ainsi et leur leçon doit profiter. Mais, pour ma part, je n'avais pas attendu ces désastres pour modifier ma pratique.

En effet, je m'étais aperçu que ces doses de cocaïne, que je ne savais pas encore si dangereuses, sont pour le moins absolument inutiles. Il en faut beaucoup moins pour pratiquer, avec l'analgésie la plus complète, des opérations étendues, longues et délicates. Les dix ou douze centigrammes que je ne dépasse plus et que j'atteins bien rarement me suffisent pour les cures radicales de hernie et d'hydrocèle, pour l'établissement des anus artificiels, pour l'incision des foyers suppurés de l'appendicite, les ouvertures larges de kystes hydatiques du foie, l'ablation de tumeurs volumineuses, la castration. J'ai pu avec 12 centigrammes de cocaïne faire, autour d'un lipome du testicule, une incision dont le développement mesurait 57 centimètres et enlever cette énorme masse sans que le malade éprouvât la moindre douleur.

Il n'est donc pas seulement dangereux, il est inutile d'atteindre les 22 centigrammes qui, dans un cas, auraient provoqué la mort. La moitié de cette dose nous suffit, et entre 12 et 22 centigrammes, il nous resterait une assez belle marge pour les idiosyncrasies les plus susceptibles. Mais il existe, contre notre thèse des « doses maniables », deux observations qui, si elles avaient la valeur qu'on leur a prêtée, seraient terriblement embarrassantes. D'abord le cas d'Abbadie : il injecte 4 centigrammes de cocaïne dans la paupière d'une femme de 71 ans qui meurt au bout de cinq heures. Mais, nous dit l'observateur, elle avait la face vultueuse, les lèvres bleuâtres ; or l'intoxication par la cocaïne se traduit toujours par une extrême pâleur de la face et par des convulsions qui firent ici complètement défaut. Aussi, lorsque M. Abbadie communiqua cette observation à ses collègues, plusieurs conclurent-ils non à une intoxication cocaïnique, mais à une apoplexie cérébrale, d'autant plus probable, dans l'espèce, que trois mois auparavant la femme avait eu une crise analogue et était restée six heures sans connaissance.

Dans le deuxième fait, celui d'un dentiste de Lille, la dose véritable de cocaïne injectée dans la gencive me paraît difficile à déterminer, mais je la tiens pour inférieure à dix centigrammes ; tout à coup l'opérée tombe en syncope et l'on essaye en vain de la ranimer. A l'autopsie, le médecin légiste trouve, enroulée autour du thorax, une double corde à lessive que la victime, fort pusillanime et fort religieuse, avait tellement serrée qu'on ne put insinuer la lame d'un couteau entre elle et les téguments. Aussi admet-on que, dans ce cas, la malade très effrayée avait eu une syncope devenue mortelle grâce aux difficultés particulières que sa « discipline » créait à la respiration. Voilà pourquoi nous écartons ce cas comme le précédent et en définitive nous ne trouvons pas d'observations authentiques de mort par la cocaïne où la quantité d'alcaloïde soit inférieure à 22 centigrammes.

J'ajouterai que si ces cas d'intoxication ne me paraissaient pas absolument isolés et dus à des susceptibilités particulières, à des idiosyncrasies absolument exceptionnelles, nous chercherions encore à abaisser notre limite supérieure qui est actuellement de 10 à 12 centigrammes et nous pourrions y parvenir. La solution à 2 pour 100, la seule dont je me serve, donne une analgésie parfaite, et avec le contenu de une ou deux seringues de Pravaz, c'est-à-dire 2 à 4 centigr., nous insensibilisons entièrement la plupart de nos champs opératoires et les interventions sont assez rares où 3, 4, 5 ou 6 seringues soient nécessaires, c'est-à dire 6, 8, 10 et 12 centigrammes d'alcaloïdes. Depuis plus de deux ans que nous y avons recours, nous n'avons pas eu la moindre alerte. Malgré cela nous avons fait quelques expériences qui nous autorisent à penser qu'on pourrait encore diminuer les doses de moitié.

Les timides par raison, les prudents de la cocaïne, dont nous sommes, pourraient ne recourir qu'à la solution à 1 pour 100 qui, d'après des observations, en petit nombre il est vrai, nous semble suffisante pour assurer l'analgésie. Or, comme nous ne connaissons pas de champ opératoire si vaste qu'on n'insensibilise avec cinq ou six seringues de Pravaz, les doses injectées ne dépasseraient donc jamais cinq ou six centigrammes. Je ne pense pas qu'on puisse aller au-dessous. On a prétendu, vous le savez, que les injections d'eau distillée dans le derme produisaient la même analgésie que la cocaïne. J'ai, il y a huit jours, opéré par la cure radicale, un individu atteint d'une double hydrocèle. J'ai injecté, suivant les procédés ordinaires, la solution de cocaïne à 2 pour 100 dans la bourse droite et la douleur a été nulle. Mais la même quantité d'eau distillée, injectée du côté gauche, a peut-être émoussé la sensibilité, mais la souffrance était encore assez vive pour me décider à ne plus recommencer l'expérience.

On peut suivre le progrès que j'ai fait dans le chemin de la prudence : il y a quatre ans j'écrivais dans un mémoire, sur la foi d'autrui, il est vrai, que, pour les hydrocèles, on pouvait introduire dans les bourses de 50 centigrammes à un gramme de cocaïne. Cependant, à cette époque, je me contentais, pour ma part, d'injecter 20 centigrammes ; une alerte sérieuse m'ouvre les yeux et, comme les cas d'intoxication légère ou grave se multipliaient dans les journaux, j'abaissai la dose à 15 centigrammes au maximum dans mon premier volume de *Thérapeutique chirurgicale*, pour le réduire à 10 ou 12 dans mon second volume imprimé un an plus tard. La progression a été rapidement décroissante et peut-être ne m'arrêterai-je pas là.

Encore ferons-nous une remarque importante : dans nos opérations, qui dit cocaïne *injectée* ne veut pas dire cocaïne *absorbée*. Nous poussons, avec l'aiguille de la seringue, une traînée de solution dans l'épaisseur du derme, mais à peine est-elle terminée, dès que nous avons vu la peau blanchir, ou

au bout d'une minute tout au plus, nous incisons les téguments sur le trajet même de l'injection. Les mailles du tissu sont ouvertes et une grande partie de l'alcaloïde s'écoule au dehors avec le sang. Il faut donc diminuer d'autant la quantité de poison que la circulation apporte jusqu'aux centres nerveux pour les intoxiquer. Il n'est qu'une opération où la totalité de la cocaïne injectée reste dans les tissus : je veux parler de la dilatation anale pour hémorrhoïde ou fissure.

Après avoir anesthésié la muqueuse du trajet anal par l'application d'un tampon de ouate hydrophile imbibé d'une solution à 2 pour 100, je pousse, dans l'épaisseur du sphincter, par six piqûres équidistantes, le contenu de six demi-seringues de Pravaz d'une même solution à 2 pour 100. J'injecte donc six centigrammes de cocaïne qui sera totalement absorbée, car aucune incision libératrice ne lui permettra de s'écouler au dehors. J'ai fait une quinzaine de ces opérations à « injections perdues » sans que jamais l'équilibre physiologique de mes malades en ait paru troublé. Néanmoins, par prudence, dans un cas de dilatation anale pour fissure, chez une dame de 70 ans dont un des reins était compromis par une pyélo-néphrite calculeuse, j'ai employé la solution à 1 pour 100 et j'ai donc injecté 3 centigrammes au lieu de 6. La souffrance éprouvée pendant l'intervention a été presque nulle.

Jusqu'à présent nous n'avons parlé que de la dose à injecter. Il est une deuxième condition qui me paraît aussi importante, le titre de la solution, et sans pouvoir vous en donner une preuve péremptoire, une longue habitude m'a convaincu que, à quantités égales d'alcaloïde injecté, les solutions fortes sont beaucoup moins bien tolérées que les solutions faibles. Autrefois nous nous servions de solutions à 5 pour 100, et, sans dépasser la dose de 10 centigrammes, c'est-à-dire le contenu de deux seringues de Pravaz, nous avons noté quelques légères alertes, paleur de la face, sueur froide, angoisse précordiale, palpitations de cœur, tendance à la syncope. Maintenant, avec les mêmes dix centigrammes, représentés non plus par deux, mais par cinq seringues, nous n'avons pas eu, depuis deux ans et pour un nombre d'opérations considérable, le moindre phénomène d'intoxication. Aussi trouvons-nous encore dangereuses les solutions à 5 pour 100, malheureusement très usitées. Dans le remarquable article que Lépine a publié sur les intoxications aiguës par la cocaïne, nous voyons que, lorsque le titre de la solution est indiqué, les accidents ont toujours été provoqués par des solutions à 5 et à 10 pour 100, trop souvent employées par les dentistes.

Une troisième condition essentielle est de ne pousser l'injection qu'en faisant cheminer par une pression régulière l'aiguille de la seringue au milieu des tissus. En effet, en injectant sur place, on pourrait verser la solution dans une veine si, par malheur, l'aiguille y était entrée et l'absorption serait, de ce fait, immédiate. Avec notre procédé, si un vaisseau est ouvert, il est rapidement traversé et la quantité de liquide, poussée directement dans le système circulatoire, est très faible. C'est en nous conformant à ces trois règles principales et à quelques précautions secondaires sur lesquelles j'ai insisté ailleurs, que j'ai pu, en cinq ans, pratiquer plus de 1600 opérations sans accidents graves, et depuis deux ans plus de 1000 sans la moindre alerte.

M. Lucas-Championnière croit que le danger principal vient de ce que la cocaïne est aujourd'hui dans toutes les mains. Pour son compte personnel, il ne s'en sert pas, mais dans son service ses élèves s'en servent : et il vient d'apprendre que chez lui, adversaire de cet agent, un de ses internes en a mis un gramme dans une vaginale! On croit avoir un procédé innocent, et on s'en sert même pour appliquer des ventouses. Les cas mortels relèvent de maladresses, dit M. Reclus : ça n'a pas empêché les malades de mourir. Le chloroforme a au moins cet avantage que partout on insiste sur ses dangers, et dès lors on agit avec prudence.

M. Pozzi, qui déjà il y a un an et demi donnait 0.05 comme dose maxima, alors que M. Reclus donnait 0.20, est heureux de voir M. Reclus faire un pas en arrière.

Méthode sclérogène.

M. Lannelongue, puisque déjà on a présenté à la Société quelques malades traités par cette méthode, vient à son tour en présenter non point des nouveaux, mais des anciens, car il n'entreprend presque plus de malades nouveaux ; il veut avant tout suivre longuement le résultat sur ceux qu'il a déjà entrepris. Il montre donc : 1° un enfant auquel il a ainsi mis en excellent état depuis plusieurs mois une tumeur blanche très grave du poignet; 2° un cas remarquablement amélioré de tumeur blanche du genou.

Mais surtout il insiste aujourd'hui sur l'application de la méthode au

Traitement des luxations congénitales de la hanche.

M. Lannelongue rappelle d'abord les essais orthopédiques de Pravaz : mais Malgaigne prouva que le meilleur résultat n'en valait rien. De nos jours Margary, Hoffa, Kœnig, ont proposé des méthodes opératoires diverses : tout cela ne paraît pas bien bon et Paci revient à peu près à la méthode de Pravaz. Mais ni la méthode orthopédique, ni les méthodes opératoires ne réalisent les conditions anatomiques du succès. M. Lannelongue a une quinzaine de pièces prouvant qu'ordinairement il n'y a pas de cavité cotyloïde ; il y en a un semblant, et à côté un vaste champ où des parties molles seulement limitent l'excursion de la tête. On ne peut arriver à rien tant qu'on n'aura pas créé un talus osseux, un sourcil cotyloïdien. Mais les injections de chlorure de zinc sous le périoste ne pourraient-elles pas y parvenir, en provoquant une hyperostose comme celle que l'on provoque ainsi chez les animaux? Aussi M. Lannelongue a-t-il fait chez un malade de ce genre des injections en demi-cercle autour de la tête bien mise en extension; il a fait deux séances, le 17 novembre puis il y a 15 jours, et aujourd'hui on sent un anneau osseux très net. L'avenir prouvera la valeur du résultat thérapeutique.

Abcès du foie.

M. Fontan (de Toulon) recommande quelques préceptes pour l'ouverture large des abcès du foie. D'abord, ce que ne fait pas Stromoyer Little, il faut que l'incision hépatique soit aussi longue que celle de la paroi. Pour les abcès pointant au-dessous des côtes, on n'incisera pas loin des côtes même si la voussure est très bas, car il ne faut pas oublier que le foie remonte après l'évacuation. Lorsque la poche tombe au niveau des côtes, il faut réséquer largement une côte pour avoir un libre accès. Enfin, le drainage ne suffit souvent pas. Autour de la poche, le tissu hépatique est nécrosé, infecté : M. Fontan conseille donc de la racler avec une curette peu tranchante, puis de faire une irrigation abondante. Il a obtenu ainsi deux résultats remarquablement rapides.

M. Pozzi a vu récemment ce curettage pratiqué par M. Galvani (d'Athènes) qui lui a appris que c'était la pratique courante à Alexandrie. On peut objecter que cela expose à l'hémorrhagie, à l'ouverture des voies biliaires : un tamponnement à la gaze iodoformée suffit.

Bureau pour 1892.

Président, M. Chauvel; *vice-président*, M. Périer; *secrétaires*, MM. Bouilly et Kirmisson; *trésorier*, M. Schwartz; *archiviste*, M. Reclus.

A. Broca.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 18 *décembre* 1891.

Coup de revolver tiré dans l'oreille.

M. Jean Charcot présente le crâne d'un homme qui, plusieurs mois auparavant s'était tiré, pour se suicider, une balle de revolver dans l'oreille. De là une hémorrhagie abondante, suivie d'écoulement de liquide céphalo-rachidien et une hémiplégie qui se compliqua ultérieurement de contracture. Du côté du coup de feu il y avait une paralysie faciale périphérique. Cet homme fut soigné à Lyon, où M. Ollier le trépana près du vertex, en avant de la zone Rolandique. Il entra enfin à la Salpêtrière. Le prof. Charcot admit que la balle avait coupé le facial dans le rocher, puis avait été — elle ou des esquilles — couper ou détruire un faisceau pédonculaire, d'où une hémiplégie suivie ultérieurement de contracture par dégénération du faisceau pyramidal. Le blessé, qui avait plusieurs

fois tenté de se suicider, prétendait sentir la balle vers l'occiput et voulait à toute force être trépané. Une opération fut donc faite par M. Terrillon et après ablation d'une rondelle on sutura la plaie ; puis on montra au malade la rondelle et une balle aplatie. L'opéré étant mort de méningite suppurée, le trajet de la balle a pu être vérifié : or tout entier il est extra-crânien et semble aboutir derrière le pharynx. Il y a bien une atrophie du pédoncule cérébral, mais la balle — qui n'a d'ailleurs pas été retrouvée hors du crâne — n'a pas lésé ce pédoncule. Il y a là des faits difficiles à expliquer.

Pneumonie.

M. Cornil a fait l'autopsie d'un homme mort d'une pneumonie du lobe inférieur gauche. Ce lobe, hépatisé dans son entier, s'est développé de bas en haut et son sommet atteint le niveau de celui du lobe supérieur, atélectasié par compression. Dans les cas de ce genre, il y a sûrement des signes stéthoscopiques dans la fosse sus-épineuse et cela induirait certainement en erreur le clinicien, porté à admettre à tort une lésion du lobe supérieur.

M. A. Gombault a parfois observé au cours de la pneumonie du skodisme sous la clavicule. C'en est peut-être l'explication anatomique.

Fracture du rachis.

M. Terson présente une fracture du rachis cervical, survenue chez un sujet tombé sur le dos d'une hauteur de trois mètres. Il en est résulté une paralysie avec anesthésie des quatre membres, la sensibilité étant conservée au cou et à la tête ; rétention d'urine. A la palpation, légère dépression postérieure des apophyses épineuses au niveau de la 4e cervicale environ. M. Le Dentu porte le diagnostic de fracture du rachis. Le malade est mort avec une température de 39°.

L'autopsie a révélé une fracture du corps et de l'arc vertébral gauche de la 4e cervicale. Attrition de la moelle, mais aucune compression permanente ni esquille.

M. Hartmann insiste sur l'impossibilité dans un cas de ce genre de tirer bénéfice de la trépanation du rachis. Dans un cas, symptomatiquement à peu près identique à celui de M. Terson, il a trouvé à l'autopsie une lésion que les traités classiques français actuels laissent un peu trop dans l'ombre : un diastasis complet entre la 3e et la 4e cervicales, le surtout antérieur étant seul respecté. Dans ce cas, la lésion a été produite par une flexion extrême du cou. La moelle est contuse, mais non point comprimée.

M. Broca a fait il y a deux ans environ l'autopsie d'un cas semblable, de diastasis sans fracture entre la 2e et la 3e cervicales, sans disjonction, il est vrai, du disque intervertébral. Il y avait attrition, mais non compression de la moelle. De l'hyperthermie notée, sans inflammation locale, dans les cas de MM. Terson et Hartmann, il rapproche un cas semblable qu'il a observé récemment au cours d'un épanchement de la méningée moyenne avec compression cérébrale intense.

M Recht présente une pièce très remarquable d'*anévrysme de l'aorte* par rupture de la tunique interne.

M. Testut (de Lyon) adresse une note sur une *anomalie musculaire* résultant de la fusion de deux muscles surnuméraires, l'accessoire du soléaire et le long accessoire du fléchisseur des orteils.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 23 *décembre* 1891.

Bleu de méthylène.

M. C. Paul a remarqué que le bleu de méthylène donné à la dose de 0.30 est absolument inoffensif et qu'alors l'urine prend une belle teinte verte ; il suffit de 0.05 pour que cette teinte, plus légère, dure deux jours. Cette réaction immédiatement visible a un double intérêt :

1° Elle permet au médecin de s'assurer si certains sujets (syphilitiques, simulateurs, prisonniers) ingèrent bien une potion prescrite ;

2° Elle frappe le malade et peut ainsi jouer un rôle important, avec les pilules de mie de pain qu'on peut prescrire sous des noms divers, dans la thérapeutique suggestive.

Injections huileuses.

M. Dujardin-Beaumetz, après avoir montré comment, depuis quelques mois, on a vulgarisé la pratique des injections sous-cutanées antiseptiques, déclare à son tour que les huiles sont bien préférables, comme véhicule, à la vaseline liquide. Il est absolument certain que les injections d'huile sont fort bien supportées et Burlureaux a été jusqu'à 200 grammes par jour. M. Dujardin-Beaumetz ne dépasse pas 15 à 20 gr. par jour. Parmi les huiles, il a trouvé l'huile de foie de morue très irritante ; il n'est guère satisfait de l'huile d'arachide. Ces injections servent surtout à véhiculer la créosote ou ses produits constituants. Nous n'insisterons pas sur ce sujet, la plupart des mémoires qui y sont relatifs ayant été publiés *in extenso* par la *Gazette*. Personnellement, M. Dujardin-Beaumetz croit la créosote préférable à ses produits constituants, le gaïacol par exemple. Les deux principales contre-indications sont à ses yeux la fièvre et les hémoptysies. Les inconvénients sont la nécessité d'un appareil difficile à faire fonctionner à la campagne. Mais on peut administrer la créosote autrement, et par exemple le rectum supporte très bien des suppositoires de 1 gramme. On a de bons résultats par des doses de 1 gr. tous les deux jours.

M. C. Paul reconnait que la méthode rectale est très pratique ; on peut facilement, avec quelques gouttes de laudanum, donner même des lavements créosotés. Mais les inhalations créosotées sont aussi une excellente méthode. **M. Beaumetz** en tombe d'accord, mais leur reproche, surtout pour les inhalations sous pression, la nécessité d'avoir des appareils spéciaux.

M. Catillon, contrairement à M. Beaumetz, a observé expérimentalement que les lapins supportent très bien les injections sous-cutanées d'huile de morue, et d'ailleurs M. Besnier emploie avec succès l'huile de morue créosotée et **M. Vigier** pense également que l'huile blanche, stérilisée, doit être inoffensive, car elle est pure de ptomaïnes.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 26 *décembre* 1891.

Présidence de M. Ch. Richet.

Développement des plaques de Peyer.

M. Retterer. — On considère généralement que ces parties sont d'origine mésodermique. Déjà cependant, en 1887, Stœhr a émis l'opinion que l'endoderme prenait part à leur développement. J'ai repris cette étude sur les lapins et cobayes ; j'ai pu examiner l'intestin à 25 stades différents depuis l'apparition de l'intestin jusqu'à 2 ans 1/2. Dans les deux espèces animales, l'épithélium intestinal émet des bourgeons profonds d'abord très reconnaissables, puis qui s'isolent et se transforment pour constituer des grains glandulaires clos. Ces derniers sont ensuite pénétrés par des filaments mésodermiques conjonctifs, qui vont constituer le réticulum du follicule. Des connexions vasculaires s'ajoutent plus tard, et les follicules clos ont alors leur développement complet. Ainsi la provenance est à la fois endo et méso-dermique ; le terme *angiothélial* que j'ai proposé résume assez bien cet ensemble. Ces faits sont à rapprocher de mes constatations antérieures sur le développement des amygdales, et sur ce qu'on sait de la formation des vésicules du corps thyroïde. Ils ont été confirmés par divers observateurs.

Trichocéphales du chien.

M. Mégnin présente le gros intestin d'un chien qui a succombé à des phénomènes d'anémie progressive. La muqueuse est recouverte d'un grand nombre de parasites du genre trichocephalus depretiusculus ; les parasites sont restés attachés à la paroi. M. Blanchard fait à ce propos la remarque suivante : Leuckart a prétendu que les trichocéphales transperçaient la muqueuse et y restaient fixés par cette raison ; comme les parasites présentés par M Méguin sont en place, il serait intéressant de faire l'examen histologique, pour contrôler l'assertion de Leuckart.

Structure du protoplasma.

M. Fayod communique ses recherches sur la structure du protoplasma cellulaire. Cet élément n'est pas liquide ; ainsi

qu'on peut s'en rendre compte, en imprégnant un organe cellulaire soit isolément dans l'indigo, soit alternativement dans l'indigo et le carmin, le protoplasma est constitué par de fines spirales qui sillonnent le corps protoplasmique en formant un réseau, qui se continuent à travers le noyau lui-même, et qui souvent sortent de la cellule pour se continuer avec les filaments spiroïdes chromatiques d'une cellule voisine. Il arrive, quand on fait l'imprégnation double alternative, que l'on voie des spirales rouges et bleues s'entrelacer, ou encore une spirale être composée de segments alternativement rouges et bleus.

Intoxication mercurielle.

M. Laborde montre les deux reins d'un chien intoxiqué rapidement par injection sous-cutanée d'une préparation mercurielle, le sublimé corrosif, dans l'espèce. Il existe une dégénération corticale diffuse et extrêmement intense et dont la détermination histologique sera donnée ultérieurement. L'évolution a été très rapide. La graisse du sang avait augmenté, de même les chlorures urinaires : on n'a pas constaté d'albumine dans les urines. A ce propos, M. Déjerine fait remarquer que Prévost, dans des expériences analogues, avait remarqué une certaine décalcification des os, avec infiltration calcaire dans la substance corticale du rein.

M. Dastre, à propos d'un travail récent de Langendorff et d'une étude de Langlet et Dickinson, rappelle qu'il a, dès 1882 et 1884, démontré avec M. Morat certaines particularités physiologiques de la chaîne ganglionnaire sympathique, découvertes à nouveau par les auteurs précités. En ce qui concerne la disposition anatomique des fibres afférentes ou efférentes, et l'action tonique ou inhibitoire des ganglions, on n'a rien ajouté de fondamental ni au dispositif de ses expériences, ni à leurs résultats.

M. Mathias-Duval dépose une note dans laquelle M. Gilis (de Montpellier) conteste l'opinion de M. Sebileau sur l'insertion du scalène postérieur. Il le fait naître du tubercule *postérieur* des apophyses transverses.

ÉTRANGER

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 16 *décembre* 1891.

Eclampsie puerpérale.

M. Olshausen. — En possession de 200 observations d'éclampsie, l'auteur récapitule les principaux faits cliniques de cette affection. Au point de vue étiologique, il est à remarquer que dans 74 0/0 des cas, il s'agissait de femmes âgées d'au-dessus de 28 ans, parmi elles **25** 0/0 étaient des primipares; les secondipares forment un assez fort contingent, 8 0/0.

La proportion de 25 0/0 de cas d'éclampsie au cours de la grossesse donnée par Carl Braun serait trop faible quelquefois. Cette affection ne détermine pas l'accouchement, seulement il se fait, généralement plus tard, l'expulsion d'un fœtus mort, sans récidive de l'attaque. Quand celle-ci a présenté une rémission de 24 heures, elle se reproduit rarement. M. Olshausen n'a eu que 3 exceptions de cette règle.

Une femme atteinte une première fois d'éclampsie est-elle sous le coup d'une récidive à sa prochaine grossesse? Sur 200 cas, 2 fois se présenta cette particularité. Dans un 3e cas, il s'agissait d'une néphrite interstitielle.

Quant aux symptômes, il faut noter certaines manifestations prodromiques. Les plus constantes et les plus importantes sont la céphalée et les douleurs d'estomac; on observe aussi des vomissements assez souvent. L'amaurose est rare. L'examen de l'urine dans 168 cas ne révéla qu'une fois l'absence d'albumine. Dans 52 cas sur 59 on trouva des cylindres au microscope.

La durée de l'œdème d'après 36 cas varia de quelques semaines à 6 et même plus. L'ictère est un fait rare, il s'agit alors de cas graves.

Sur les 200 malades, 50 moururent, ce qui fait une mortalité de 25 0/0.

Des 50 cas de mort, 37 ont été autopsiés : il s'est toujours agi de néphrite plus ou moins aiguë.

La compression des uretères fut observée 6 fois (5 fois à droite, 1 fois à gauche). La mortalité est plus grande chez les multipares; il est à remarquer que les éclamptiques meurent souvent par infection septique : pneumonie, etc. Le pronostic est grave, il l'est d'autant moins cependant que la grossesse est plus avancée. Les cas d'éclampsie post-partum ne seraient pas pour M. Olshausen les moins graves. Le nombre des attaques importe : beaucoup au delà de 15, la vie est singulièrement compromise. La température est un élément pronostique sérieux : plus elle est élevée, plus il y à craindre. La petitesse et la fréquence du pouls précèdent l'issue fatale. Le pronostic pour l'enfant est encore plus sévère : 28 0/0 des enfants à terme succombèrent; à la 12e attaque l'enfant meurt généralement. La thérapeutique n'est pas sans influence. L'auteur est hostile aux narcotiques et à la chloroformisation, il préfère la morphine à haute dose, associée au chloral.

Deux théories rivalisent pour expliquer l'éclampsie : celle de Traube-Rosenstein et celle de l'intoxication. D'après la première, le coma surviendrait par œdème cérébral. L'anémie cérébrale jouerait également un rôle. Les résultats nécropsiques de l'auteur ne sont pas favorables à cette opinion. Ils militent bien plus en faveur de la théorie de l'intoxication telle que l'expose M. Leyden.

Gastro-entérostomie.

M. Hadra présente un malade à qui il fit, il y a 8 mois 1/2, une gastro-entérostomie pour un rétrécissement cancéreux du pylore. Jusqu'ici celui-ci s'est bien porté et a augmenté de 22 livres. Depuis 8 jours, il présente les troubles digestifs dont il a déjà souffert antérieurement.

Depuis un an seulement s'est manifestée la tumeur, et l'hyperacidité de l'estomac fait présumer qu'elle s'est développée sur un ulcère rond. Au début de l'opération on ne pouvait préciser si l'on ferait une résection du pylore ou une gastro-entérostomie. La néoplasie était de la grosseur du poing et mobile. A l'ouverture de l'abdomen on vit que la paroi antérieure de l'estomac présentait des noyaux cancéreux, ce qui fut une contre-indication pour l'ablation totale. L'opération, pratiquée selon la méthode de Hacker, n'offrit point de difficultés; on fit une fistule de 4 centimètres de long et on aboucha dans l'estomac le bout supérieur et le bout inférieur afin d'éviter la formation d'un éperon. La guérison se fit rapidement. Le malade est actuellement bien portant. La tumeur s'est cependant accrue. La dilatation stomacale a disparu.

Tumeur du médiastin.

M. Ewald. — Une femme de 51 ans souffrait depuis le commencement de cette année de constipation, d'inappétence et de douleurs dans le côté gauche, point d'exanthème, point de tuméfaction ganglionnaire, ni de souffles cardiaques; rate normale; nulle part il n'existe de tumeur que je puisse diagnostiquer. Pleurésie droite, hémorrhagie du fond de l'œil, point de troubles de la sensibilité.

Le 16 novembre, je ponctionnai la pleurésie et retirai 400 grammes de sérosité ne contenant aucun élément particulier. Bientôt après la malade tomba dans le collapsus, la matité s'éleva jusqu'à la 2e côte, pouls, 100. Point de toux, d'expectoration, de troubles de l'intestin; absence de vomissements, de céphalée, pupilles normales, pas d'albumine dans l'urine. Deux jours avant la mort, la respiration s'accéléra. Les réflexes étaient conservés. Aucun de ces signes ne permettait de faire un diagnostic : à l'autopsie, je trouvai plusieurs tumeurs en divers points du cerveau, au niveau de la partie antérieure du lobe frontal gauche de la partie antéro-inférieure du lobe temporal gauche, dans le centre du lobe occipital gauche ainsi que dans les noyaux centraux. Dans le poumon droit je constatai, à la limite du cœur, une énorme tumeur, partant du hile pulmonaire, s'étendant sur les oreillettes, y adhérant par une série de noyaux néoplasiques et intéressant une partie de leur paroi. En outre la tumeur comprimait l'œsophage en le repoussant en avant. Son point de départ était une néoplasie de la grosseur du poing située entre la queue du pancréas et le rein gauche.

Thyroïdectomie.

M. Julius Wolff. — D'après plus de 50 extirpations de goître, j'ai pu constater qu'après l'ablation partielle d'un goître hyperplastique le reste de la tumeur rétrocédait toujours. La jeune fille de 17 ans que je vous présente est opérée de trois semaines et déjà la rétrogression du néoplasme restant est appréciable. La malade vint à l'hôpital avec les symptômes d'une sténose trachéale intense. La poche droite de la glande était beaucoup plus développée que la gauche. Le 20 novembre je pratiquai l'opération. Je fis l'ablation de plus de la moitié de l'isthme et de tout le lobe gauche. Celui-ci pesait 130 grammes. Deux autres petits morceaux ensemble pesaient 20 grammes. J'estime à 160 grammes ce qui restait du goître. Actuellement, d'un coup d'œil on peut déjà constater un retrait évident, il ne subsiste plus qu'une tumeur de la grosseur d'une noix pesant environ 30 grammes. Il existait, semble-t-il, une relation entre la sténose trachéale et le goître. La première déterminait une turgescence du néoplasme qui commença à disparaître dès que la trachée fut libérée de ce qui la comprimait.

Syphilis du pharynx et de la trachée.

M. Rosenberg présente les pièces d'une femme de 42 ans entrée à l'hôpital le 4 décembre. A l'âge de 31 ans elle eut un enfant. Elle nie absolument tout accident spécifique. Depuis 6 ans, elle souffrait d'une violente pharyngite. Depuis 2 mois, la dysphagie était telle que les liquides pouvaient à peine être déglutis. Le 13 novembre survinrent subitement de la fièvre, des frissons, de la céphalée et des douleurs dans le cou. Le 1er décembre abattement complet, le 4 dyspnée violente qui nécessite son admission. A l'examen, on constatait un fort gonflement de la muqueuse laryngée avec rougeur des cordes vocales. Au-dessous d'elle se montraient deux tuméfactions énormes présentant des ulcérations. Dans l'espace interaryténoïdien on voyait des végétations blanchâtres en crête de coq. La partie gauche de la lèvre inférieure offrait une perte de substance de la grosseur d'une pièce de 5 pfennigs comblée par des croûtes. Sur le mont de Vénus, deux pustules comme un pfennig à fond lardacé. Pas d'adénite.

A l'anus et sur les petites lèvres, larges condylomes rougeâtres. Malgré un traitement antisyphilitique énergique, il ne survint point d'amélioration, au contraire. La température vespérale monta à 40° ; il survint une pleurésie gauche ; et le 15 décembre la malade mourait. Le symptôme le plus remarquable était la fièvre élevée avec ses fortes rémissions matinales. Celle-ci s'observe au début de la syphilis constitutionnelle, mais cède habituellement aux frictions mercurielles.

SOCIÉTÉ DE PSYCHIATRIE ET DE NÉVROLOGIE DE BERLIN

Séances de novembre et de décembre 1891.

Paralysie du grand dentelé.

M. Sperling présente un malade qui, à la suite d'une chute d'une poutre sur son épaule gauche, tomba par terre et perdit connaissance. Lorsqu'au bout d'une heure il reprit connaissance, il ne pouvait remuer les deux bras et accusait une douleur intense dans le dos. La douleur devenait plus violente lorsqu'il avait les bras pendants. Repos au lit pendant 8 jours, puis massage. L'amélioration fut manifeste dès la première séance. Aujourd'hui, trois semaines après l'accident, les troubles fonctionnels des bras consistent en ceci : La flexion des doigts et des mains est incomplète et sans vigueur; il en est de même de l'extension, qui s'effectue un peu mieux à gauche qu'à droite. Le même trouble fonctionnel existe au niveau des autres segments des membres. Au repos, l'épaule gauche est plus élevée que la droite. Les bras peuvent être élevés au-dessus de l'horizontale et très péniblement jusqu'à la tête. L'omoplate gauche est plus élevée que l'omoplate droite et plus rapprochée de la colonne vertébrale. Lorsque le malade lève les bras, les deux omoplates s'élèvent, la gauche plus fortement que la droite, se touchent presque avec leurs bords internes, l'omoplate gauche se détachant en même temps du tronc comme une aile. Dans tous les mouvements du bras, les omoplates sont fortement détachées du tronc.

Les deux bras sont le siège de troubles de sensibilité. Les douleurs qui existaient auparavant dans le dos, siègent maintenant dans l'épaule gauche. Après l'accident, le cou du malade était tourné de côté; aujourd'hui encore on trouve que le côté droit du cou est saillant et que la tête est inclinée du côté gauche. Du côté gauche du cou on sent une tumeur dure de consistance osseuse paraissant siéger sur les muscles et correspondre aux vertèbres cervicales moyennes. Il est possible qu'il s'agisse d'une contracture des muscles. Toujours est-il que la tumeur est sensible à la pression. Quand le malade n'éprouve pas de douleurs dans le dos, il peut encore assez librement remuer la tête de tous les côtés.

Comment expliquer tous ces faits ?

Le malade après avoir reçu un coup est pris de paralysie motrice et sensitive des deux bras qu'on peut sûrement attribuer à une lésion des deux plexus. Plus tard les phénomènes paralytiques s'amendent, sauf ceux du côté des muscles de l'épaule. Aujourd'hui ce qui frappe chez le malade, c'est une paralysie des deux dentelés.

Les cas de paralysie du dentelé publiés par divers auteurs doivent être acceptés avec réserve, et c'est ainsi que dans un cas publié sous ce titre existait en réalité une atrophie musculaire progressive. Chez cette fillette de 16 ans, existait une diminution des deux excitabilités électriques. Chez le malade en question il n'existe par contre que la réaction de dégénérescence limitée à quelques muscles (abducteur du pouce, premier inter-osseux, dentelé gauche), et le pronostic est moins grave. Peut-être faut-il encore compter avec une lésion des nerfs périphériques pendant la chute.

M. Jolly croit qu'il s'agit en effet d'une paralysie du dentelé. La déviation à droite est attribuable à la tumeur, mais il est difficile de dire si cette dernière est due à une subluxation ou à une contraction des muscles.

Il y a quelques années, M. Jolly s'est particulièrement occupé de ces paralysies. On a attribué des positions particulières de l'omoplate à des causes différentes, parce qu'on n'a pas su exclure les cas de paralysie musculaire progressive. Mais même dans les cas de paralysies vraies du dentelé, l'omoplate ne se détache pas toujours comme une aile. Dans un cas observé par M. Jolly, les fonctions du dentelé furent à la longue remplacées par le trapèze qui avec les sus et sous-épineux élevaient le bras quand l'omoplate était fixée.

Franklinisation.

M. Bernhardt a étudié sur un grand nombre de malades les effets de la franklinisation.

Quand les muscles sont restés excitables, la franklinisation provoque des secousses chez les hémiplégiques ; chez les individus atteints d'atrophie musculaire progressive, les secousses surviennent encore au niveau des muscles intacts. On peut provoquer une irritation intense en se servant des tables de Franklin. Les contractions sont très violentes dans les décharges avec le condensateur, et deviennent insupportables quand le malade est isolé.

Dans un cas de paralysie grave consécutive à une luxation de l'épaule, il existait de l'excitabilité galvanique, mais pas trace d'excitabilité à l'étincelle ou à la décharge du condensateur. Dans un autre cas de dégénérescence grave après section du médian et du cubital, on n'observait que des contractions insignifiantes à l'excitation galvanique et à la franklinisation ; l'excitabilité galvanique était éteinte. Dans la paralysie saturnine, la réaction de franklinisation persiste.

Paralysie spinale infantile.

M. Siemerling. — On possède une vingtaine d'observations anatomiques bien prises de cette affection et peu à peu l'affection a été envisagée comme le résultat d'une lésion diffuse de toute la moelle. Dans le cas le plus récent d'Archambault où il s'agit d'une fillette de 2 ans ayant succombé à une paralysie consécutive à la rougeole, on trouva une congestion et une tuméfaction de la moelle lombaire sur une étendue de quelques centimètres, une atrophie des cornes antérieures et des modifications dans les cordons antérieurs et postérieurs.

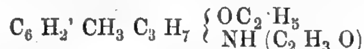
Il y a quelques mois, on apporta à l'hôpital de la Charité un garçon de 2 ans qui, 8 jours après une rougeole avec bronchopneumonie, fut pris brusquement de paralysie des 4 extrémités. La paralysie était flasque et l'enfant ne pouvait remuer que la jambe droite et les orteils gauches. A l'autopsie de l'enfant, mort le même jour, on voyait sur la moelle, déjà à

l'œil nu, deux foyers : un au niveau du gonflement cervical, l'autre au niveau du gonflement lombaire. A l'examen microscopique, on trouvait que la moelle lombaire était atteinte dans toutes ses parties et que la lésion, très marquée au niveau des cornes antérieures, occupait toute la substance blanche, les cordons postérieurs y compris. Les tubes nerveux présentaient les lésions de la myélite, et dans un grand nombre les cylindre-axes étaient détruits. Les cordons pyramidaux étaient touchés le moins. Les cornes antérieures renfermaient des foyers d'épanchement sanguin. Le centre de la corne est toujours moins atteint que sa périphérie. Sur les coupes on voyait des cellules granuleuses et par places des cellules ganglionnaires normales, mais ayant déjà perdu leurs prolongements ; d'autres cellules ganglionnaires étaient rétractées et n'avaient plus de noyau. L'hémorrhagie provenait des vaisseaux congestionnés qu'on pouvait poursuivre jusque dans la pie-mère. Les artères et veines de la cloison antérieure de la moelle étaient gorgées de sang.

Il s'agit par conséquent d'une inflammation aiguë de toutes les parties d'une portion de la moelle, inflammation qui est particulièrement marquée au niveau des cornes antérieures.

La thymacétine.

M. Jolly. — La thymacétine est un dérivé du thymol, comme la phénacétine l'est du phénol. Sa formule chimique est :



$$C_6\, H_2'\, CH_3\, C_3\, H_7 \left\{ \begin{matrix} OC_2\, H_5 \\ NH\, (C_2\, H_3\, O) \end{matrix} \right.$$

C'est une poudre cristalline, peu soluble dans l'eau.

A doses successives de 0 gr. 25, 0 gr. 50 et de 1 gramme, elle donne des résultats dans certains cas de céphalée.

Les céphalées symptomatiques d'affections cérébrales organiques ne sont pas influencées par ce médicament.

Les céphalées purement nerveuses ont été quelquefois heureusement modifiées. Chez certains malades, les paralytiques, les délirants, en général chez les malades privés de sommeil, la thymacétine à la dose de 0 gr. 05 donnée le soir, donne de bons résultats et remplace le chloral.

Paralysie agitante avec tabes.

M. Placzek présente un malade offrant la combinaison rare de ces deux affections, fait qui ne semble pas avoir été encore observé jusqu'ici. Il s'agit d'un marchand âgé de 51 ans, sans antécédents héréditaires. A 20 ans il eut une ulcération indurée sans manifestations ultérieures. L'affection actuelle remonte à 10 ans.

Elle débuta alors par des douleurs fulgurantes dans les extrémités, un ébranlement des dents tel, que le malade pouvait les arracher avec les doigts, et de l'impuissance génitale; 3 ans plus tard, apparurent des secousses musculaires dans les jambes se réitérant 3 à 4 fois par seconde. Le visage prit une expression particulière ainsi que la stature; la tête en effet retombait sur la poitrine. Actuellement, on constate de l'immobilité des pupilles, des douleurs lancinantes, de l'impuissance, le signe de Romberg et de Westphal et des symptômes vésicaux. La sensibilité est diminuée et la force musculaire est conservée. Le diagnostic de tabes dorsalis est évident, quant à la paralysie agitante elle se reconnaît en voyant le malade. La tête et le tronc sont courbés en avant. Les mouvements de celui-ci sont limités. Les mains le plus souvent prennent l'attitude classique. Les genoux légèrement pliés sont rapprochés l'un de l'autre. L'immobilité de la face est caractéristique. La marche est difficile. La propulsion et la rétropulsion ne sont pas nettes, cependant le malade se plaint, quand il s'habille, de vaciller malgré lui et de faire quelques pas en avant. La mémoire est affaiblie.

Dans la littérature, on trouve des associations de ce genre; c'est ainsi qu'on cite le tabes combiné à la glycosurie, à la maladie de Basedow, et à d'autres psychoses. Il est difficile de dire s'il existe une association entre le tabes et la paralysie agitante avant que l'anatomie pathologique de celle-ci soit connue.

Goître exophthalmique.

M. Mendel. — Si la maladie de Basedow s'est enrichie au point de vue symptomatique pendant ces 10 dernières années, elle a peu progressé au point de vue anatomo-pathologique. Aussi cette observation a-t-elle pour but d'attirer les recherches ultérieures sur certains points.

Il s'agit d'un instituteur qui a toujours été bien portant. En 1887 survint le goître, suivi de l'exophthalmie double en avril 1888. L'histoire clinique ne présente point d'intérêt, il s'agit d'une maladie de Basedow classique. Le malade mourut en octobre 1890, de pleurésie hémorrhagique. L'autopsie ne révéla rien de particulier.

L'examen histologique du système nerveux donna les résultats suivants : ganglions cérébraux, moelle et grand sympathique normaux. Dans le ganglion cervical supérieur se trouvent quelques cellules nerveuses atrophiées, observées d'ailleurs dans d'autres ganglions. Le pneumogastrique est également normal. La glande thyroïde en dehors de la dilatation vasculaire ne présente rien de spécial.

Le corps restiforme gauche est atrophié d'une façon évidente et se caractérise par l'absence de faisceaux nerveux. Du côté droit par les méthodes colorantes se révèle également une atrophie du noyau solitaire de Stilling. Ces deux lésions sont les points importants de cette nécropsie, et présentent un certain intérêt au point de vue de la pathogénie de la maladie de Basedow.

En effet, Filehne en 1879 put, par la piqûre des 2 corps restiformes, déterminer chez le lapin des symptômes analogues à ceux de la maladie de Basedow. En général, ceux-ci apparaissaient successivement, c'était ou l'exophthalmie ou le goître ou la tachycardie. Dans quelques cas, la triade symptomatique survenait tout d'une fois. Ces expériences faites à Berlin sur des chiens donnèrent également des résultats.

Le corps restiforme est la réunion de faisceaux nerveux dont on connaît encore mal la signification physiologique. Mais si l'on admet que le noyau de Stilling est en rapport avec le pneumogastrique, la lésion relatée ci-dessus sera singulièrement en harmonie avec la symptomatologie du goître exophthalmique.

Un seul cas ne peut suffire pour établir la nature de cette affection, mais il porte à se demander si les opinions de Charcot et de Mœbius reposent sur un fondement assuré. On sait que pour Charcot il s'agirait d'une névrose sans lésions anatomiques et pour Mœbius, la maladie consisterait dans une activité anormale de la glande thyroïde. Dans le cas présent, la glande était histologiquement normale.

Ces quelques considérations ont un intérêt pratique : si la maladie de Basedow est en effet une affection bulbaire, elles mettront en garde contre l'extirpation de la glande thyroïde pratiquée ces derniers temps.

ANGLETERRE

SOCIÉTÉ HUNTÉRIENNE DE LONDRES

L'albuminurie et l'assurance sur la vie.

M. Hingston Fox. — J'ai examiné pour diverses compagnies d'assurance 288 hommes et 2 femmes, appartenant aux classes moyennes et élevées de la société; l'âge varia entre 14 et 65 ans (âge moyen 32 à 38 ans). J'ai trouvé de l'albumine chez 286 de ces personnes, c'est-à-dire chez 3 p. 100. L'albuminurie relevait des causes suivantes : 1° maladie rénale, 8 cas; 2° albuminurie permanente, 1 cas chez un homme de 31 ans paraissant jouir d'une santé parfaite; j'ai vu un cas analogue chez un homme de 60 ans; il avait depuis 17 ans de l'albumine dans ses urines; 3° albuminurie des urines chargées, 22 cas; dans certains cas on trouve en même temps des cristaux d'oxalate de chaux ou d'acide urique; d'autres fois on trouve seulement que les urines sont concentrées; l'albuminurie relevant de cette cause est commune surtout dans les grandes villes, elle cède au traitement; l'albuminurie qui si souvent suit la glycosurie (j'ai observé un cas de cette forme) rentre dans cette catégorie; 4° albuminurie causée par un trouble de la circulation, 20 cas; l'appareil circulatoire est congénitalement faible, le cœur irritable, le tension artérielle est faible. Dans ce cas, l'apparition d'un peu d'albumine dans l'urine n'est pas d'un pronostic bien sombre; dans 5 de ces cas, l'albuminurie n'apparaissait que dans la première partie du jour. On peut placer dans cette catégorie l'albuminurie par trouble hépatique dont j'ai eu un cas; 5° albuminuries toxiques; ce sont des albuminuries consécutives à des intoxications passagères par des aliments, des médicaments ou des poisons; 6° albuminuries par choc, succédant à des exercices

très violents; 7° albuminuries d'origine vésicale, uréthrale, ou vaginale. Ces dernières doivent être assez nombreuses.

M. Pavy. — Il peut y avoir albuminurie sans lésion rénale et il peut exister une maladie de Bright sans albuminurie. J'ai vu un malade chez lequel on avait diagnostiqué à l'hôpital ophthalmologique une maladie de Bright. On avait en effet trouvé une double rétinite et un état cardio-vasculaire analogue à celui de la maladie de Bright. Il y avait de la polyurie, mais l'urine ne contenait pas d'albumine. Je connais un cas d'albuminurie permanente. J'ai vu un médecin, qui jouissait du reste d'une bonne santé, et qui depuis des années avait de l'albuminurie. L'albuminurie qui accompagne des urines chargées ne me paraît pas être d'un pronostic bien sombre. Je crois à l'albuminurie fonctionnelle, albuminurie qui n'entraîne aucune lésion anatomique. Le plus souvent, dans les albuminuries cycliques, l'urine ne contient pas d'albumine le matin, elle en contient l'après-midi ou le soir, et n'en contient plus au moment du coucher; une fois j'ai trouvé de l'albumine le matin, le malade m'a alors dit qu'il s'était levé pendant la nuit. Si les malades restaient au lit le jour, les caractères de l'urine changeraient; il est du reste très mauvais pour un tel malade de garder le lit. On ne doit pas autoriser ces malades à contracter une assurance. J'ai souvent vu l'albuminurie associée à la glycosurie.

M. Roberts. — Je crois, comme je l'ai déjà soutenu, qu'il existe des albuminuries physiologiques et il me semble qu'on pourrait faire rentrer dans cette catégorie certaines albuminuries par choc. L'albuminurie est fréquente à la suite d'un repas copieux; après un violent exercice il existe toujours un peu d'albumine dans l'urine.

M. Clément Lucas. — Je suis convaincu que les cas d'albuminurie fonctionnelle ou cyclique ne sont autres que ceux auxquels Moxon avait donné le nom d'albuminurie de l'adolescence; les adolescents qui présentent cette affection sont pâles, ils ont les pupilles dilatées, le cœur irritable, les amygdales hypertrophiées; on trouve une notable proportion d'albumine dans l'urine. Cette albuminurie est due à des habitudes vicieuses; aussi peut-on les guérir rapidement, mais il y a des rechutes.

M. Maguire. — On peut diviser les albuminuries en 2 groupes : celles qui s'accompagnent d'une tension artérielle très basse et celles qui s'accompagnent d'une tension artérielle très élevée. Les secondes peuvent survenir à tout âge et peuvent n'être que temporaires.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE LONDRES

Séance du 14 *décembre* 1891.

Discussion sur l'influenza.

M. Symes Thompson. — Un choc quelconque du système nerveux peut faire disparaître des troubles cérébraux ; ceci peut expliquer les faits de M. Savage dans lesquels il a vu la folie disparaître quelquefois sous l'influence de l'influenza. Dans l'influenza, j'ai vu le cœur battre jusqu'à 200 fois par minute. On doit faire coucher les malades, ne fût-ce qu'à cause de la faiblesse cardiaque. Les complications gastriques de l'influenza rappellent par certains de leurs traits le mal de mer. Quand la faiblesse du cœur survient, c'est surtout par suite d'un trouble violent du système nerveux. L'existence d'une pneumotoxine n'est pas encore démontrée.

M. Sansom. — J'ai vu survenir des symptômes fort curieux, par exemple une violente douleur hépatique simulant une colique ; j'ai vu d'autres cas simuler une angine de poitrine ; j'ai souvent constaté des troubles cardiaques. Je conclus de tous ces faits que les symptômes sont trop localisés pour permettre de croire que le poison ait agi sur les centres nerveux.

M. Berly Thorne. — C'est surtout au moment de la convalescence que l'influenza devient dangereuse; il faut garder les malades au lit et continuer à prendre leur température.

M. Sisley. — J'ai vu des prisonniers échapper en grand nombre à l'épidémie d'influenza, ce que je crois dû à leur isolement; je pense qu'il doit en être de même pour les asiles d'aliénés. La vaccination contre cette affection n'a pas encore donné de résultats probants.

M. Guthrie. — Le poison de l'influenza est à la fois des effets d'irritation et de dépression et les premiers prédominent quelquefois.

M. Savage. — L'influenza est un facteur important pour la production de la paralysie générale.

AUTRICHE

SOCIÉTÉ DES MÉDECINS ALLEMANDS DE PRAGUE

Séances de novembre 1891.

Lésions glaucomateuses du nerf optique.

M. Schnabl est resté longtemps partisan de la théorie de la pression intra-oculaire dans le glaucome, mais avec Mautner, Jæger et autres, il est maintenant d'avis que cette théorie n'explique pas tous les cas. Aujourd'hui il est démontré qu'une excavation du nerf optique peut être très nette et la lame criblée conserver sa position habituelle. Si les connaissances anatomiques sur ce sujet sont encore défectueuses, c'est que les bulbes glaucomateux qu'on arrive à examiner présentent déjà les stades terminaux du processus. Mais les travaux de ces dernières années commencent à jeter un peu de lumière sur cette question.

Brailey, de Londres, a notamment montré que dans tous les cas de glaucome le nerf optique présente des phénomènes de névrite, qui existent toujours avant l'excavation dans les glaucomes secondaires, et existent probablement aussi avant les glaucomes primitifs. Ceci parle déjà contre la théorie de la pression, car si cette dernière produit l'excavation dans un nerf optique normal, celui-ci devrait être atteint de dégénérescence rétro-bulbaire, tandis, que, comme Arlt l'a déjà fait remarquer, on trouve ordinairement des modifications inflammatoires interstitielles.

Dans un cas observé par M. Schnabl où malgré l'existence des symptômes glaucomateux la vue était conservée, on a trouvé dans le nerf optique une atrophie des fibres nerveuses jusqu'au chiasma; cette atrophie devait pourtant être considérée comme ascendante, car le tissu conjonctif était proliféré, les vaisseaux en partie épaissis, en partie oblitérés. Il s'agissait par conséquent d'une névrite interstitielle qui ne se distinguait en rien des autres névrites. Cette névrite interstitielle fut du reste trouvée dans 7 autres cas de glaucome où pendant l'opération on fit l'extirpation d'une partie du nerf optique. Plus importants encore sont les deux cas de glaucome récents de Fuchs, où cet auteur trouva de la névrite interstitielle dans le nerf optique.

De ces cas et d'un grand nombre d'autres, il résulte que la névrite est constante, tandis que l'excavation peut manquer, et elle a réellement manqué dans les cas de Fuchs. Cette névrite existe au niveau de la partie extra-oculaire du nerf optique qui n'est même pas atteinte par l'exagération de la pression intra-oculaire. A l'examen ophthalmoscopique, cette névrite se manifeste par une décoloration des fibres. C'est ainsi que dans le cas de Sattler la coloration rouge-brun des fibres a existé pendant 1 an 1/2 avant l'apparition de l'excavation. Il existe au début du glaucome un rétrécissement des artères et une dilatation des veines, phénomènes attribuables à la névrite intra et rétro-bulbaire qui comprime les vaisseaux compris dans le tronc du nerf optique.

Les cas de glaucome avec conservation du pouvoir visuel central ou périphérique s'expliquent fort bien par la névrite. Par contre, la théorie de la pression intra-oculaire ne les explique pas.

Dans un bulbe où malgré l'iridectomie les douleurs n'ont pas cessé et où il n'existait pas d'excavation, M. Schnabl a trouvé une névrite rétro-bulbaire typique et une lame criblée absolument normale. Les fibres nerveuses intra-oculaires étaient remplacées par du tissu conjonctif et infiltrées par de petites cellules. On voit donc que dans le glaucome aigu, sans excavation, il peut exister une névrite rétro et intra-bulbaire, et la lame criblée rester normale. L'excavation glaucomateuse peut s'expliquer par la disparition non seulement des fibres

du nerf optique, mais aussi du tissu conjonctif, et ceci caractérise la névrite glaucomateuse.

M. Schnabl ne veut pas se prononcer sur le rôle de l'augmentation de la pression intra-oculaire. Il fait seulement observer que dans les cas anciens la lame criblée présente des orifices larges dus à la disparition des fibres nerveuses, de sorte qu'à ce stade, l'existence d'une augmentation de pression n'est guère possible.

Commotion de la moelle.

M. Gussenbauer. — Un homme de 32 ans tombe d'un tramway sur le dos. Au moment de la chute, il perçoit une douleur violente dans le dos, se voit couché parallèlement à la voiture et perd ensuite connaissance. Apporté à la clinique, le malade accuse des douleurs violentes dans le dos avec irradiations en ceinture, des engourdissements dans le scrotum, les cuisses et plus tard dans les jambes. Les mouvements des jambes s'effectuent normalement, mais au moment de se relever du lit, le malade fléchit sur ses jambes et ne peut plus marcher. Dans la région des hanches, on trouvait des ecchymoses, mais pas trace de fracture ou de luxation des vertèbres.

Le malade fut mis au lit, mais il n'en continuait pas moins à se plaindre d'engourdissement du scrotum et des jambes, engourdissement qui d'après lui allait en s'accentuant. Le lendemain on a trouvé des troubles de la motilité et une diminution de la sensibilité au niveau des membres inférieurs, plus accusée à droite qu'à gauche; il existait de plus une paralysie de la vessie et du rectum.

On fit des applications de glace sur le dos. L'intensité des douleurs diminua et trois jours après, le malade pouvait uriner spontanément; la sensation d'engourdissement disparut peu à peu et la motilité redevint normale. Aujourd'hui le malade peut exécuter tous les mouvements avec ses jambes, se tenir debout et même marcher en s'appuyant sur une personne.

Pendant les premiers jours les réflexes étaient diminués, puis ils sont devenus exagérés. La fièvre s'est allumée quelques jours après l'accident, mais cessa en même temps que la cystite, qui céda aux lavages boriqués de la vessie.

Tous ces accidents s'expliquent par une commotion médullaire avec hémorrhagie sous la dure-mère. Cette hypothèse expliquerait le rétablissement rapide du malade.

M. v. Jaksch fait observer que dans le cas d'épanchement on aurait dû trouver de l'urobiline dans l'urine.

M. Gegenbauer réplique que les urines ne contenaient pas d'urobiline, mais que l'urobilinurie s'observe dans la résorption des épanchements sanguins considérables.

Productions cornées.

M. Spietschka présente une femme de 72 ans qui porte deux cornes au niveau de l'angle externe de l'œil, une au niveau de la paupière supérieure, l'autre au niveau de la paupière inférieure. Ces deux cornes, qui ressemblent à celles d'un bélier, mesurent l'une 2 cent., l'autre 2 cent. 1/2; la supérieure regarde en haut, l'inférieure en bas. Il y a deux ans les cornes furent enlevées, dans une clinique ophthalmologique, mais elles n'ont pas tardé à repousser, parce qu'on n'a pas extirpé les glandes de Meibomius aux dépens desquelles elles se sont développées.

M. Spietschka présente à la même occasion une autre corne développée sur le prépuce d'un individu atteint de psoriasis et enlevée il y a déjà quelques années par le prof. Pick.

M. Chiari est d'avis que ces productions cornées résultent de la prolifération des éléments épidermiques, mais qu'elles ne se développent jamais aux dépens des glandes sébacées.

Artérite oblitérante des coronaires d'origine syphilitique.

M. Palma. — Le critérium histologique de l'artérite syphilitique n'existe pas, et on conclut à la nature spécifique de la lésion de l'existence concomitante d'autres signes de syphilis. C'est dans ces termes que la question se pose dans le cas suivant.

Il s'agit d'un homme de 31 ans entré à l'hôpital pour une pneumonie et mort 12 heures après. A l'autopsie, à côté de cicatrices du prépuce et d'une adénopathie inguinale syphilitique, on trouva une pneumonie droite, une artérite oblitérante de la coronaire gauche avec ramollissement myomalacique secondaire du cœur et une orchite syphilitique. L'endocarde et les vaisseaux étaient intacts.

Toutes ces lésions permettent de conclure à la nature syphilitique de l'artérite en question. Dans la littérature, il n'existe que 5 cas de ce genre.

Sarcome de l'occipital chez un enfant de 4 ans.

M. Bayer. — La tumeur en question s'était développée il y a trois mois sans cause connue. Elle occupait l'angle de l'occipital, était des dimensions d'un œuf de poule, était recouverte de peau saine et présentait à sa base un bourrelet osseux insensible à la pression. La tumeur était nettement fluctuante, incompressible, se tendait sous l'influence de la toux. Pas de phénomènes inflammatoires ni cérébraux. L'enfant était autrement bien portant et sans antécédents héréditaires.

Par exclusion, après avoir fait le diagnostic différentiel entre un abcès osseux, un kyste dermoïde ou hématique et un encéphalocèle, on arriva au diagnostic de tumeur remollie, et le 20 novembre on en fit l'extirpation.

La peau incisée, on tomba sur une tumeur kystique recouverte par le périoste cyanosé. Une ponction exploratrice permit de retirer un liquide sanguinolent qui fut évacué après l'incision, en même temps qu'un certain nombre de caillots. On constata alors que l'os présentait une perte de substance des dimensions d'une pièce de 2 francs et que le périoste était à ce niveau à nu. Incision circulaire sur le périoste qu'on enlève en même temps que les bords de la perte de substance, grattage de la dure-mère; suture de la plaie. Réunion par première intention et guérison.

L'examen de la tumeur fait par le prof. Chiasi a montré qu'il s'agissait d'un sarcome à cellules géantes.

Sarcome de la thyroïde.

M. Pick présente un sarcome dur, des dimensions d'une tête d'enfant, développée sur le lobe gauche de la glande thyroïde et renfermant du tissu osseux.

La préparation provient d'une femme de 51 ans à laquelle on a été obligé de faire la trachéotomie pour une dyspnée considérable. On lui a extirpé une tumeur du maxillaire supérieur, des dimensions d'une noix. La tumeur, qui avait provoqué des phénomènes de compression du côté du cou, a donné lieu en même temps à des métastases multiples du côté du cou. Toutes ces tumeurs étaient des sarcomes fusiformes. Dans la tumeur principale, celle de la glande thyroïde, et dans la tumeur de la base du poumon droit, on trouva du tissu osseux.

VARIÉTÉS

Les origines de l'irrigateur. — Tout le monde connaît la leçon clinique de Lasègue où le maître parle avec enthousiasm (et peut-être avec reconnaissance) de la médication par le lavement, « médication pour laquelle il ne peut se défendre d'une grande admiration ». On sait moins l'origine de l'instrument qui sert à le donner, le lavement. Le hasard nous a fait trouver sa généalogie.

Près de mille ans avant l'invention du *clysterium* en France, Avicenne (Liv. III, ch. XI) décrivait le *clysoir*. Les Arabes le perfectionnèrent et pendant que la France l'oubliait au XVe siècle, l'Espagne, moins ingrate, le maintenait en honneur. Donner un lavement se disait en espagnol « echar gaitas », c'est à-dire à peu près (pousser la cornemuse ». Cette expression imagée venait de ce que le lavement se donnait « avec une bourse de cuir qui a un tuyau au bout », c'est la poire en caoutchouc contemporaine.

Donc, contrairement à ce que l'on croit généralement, la France n'a rien inventé en la matière, elle n'a fait que perfectionner : mais la France a bien d'autres gloires ! (*Lyon médical.*)

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

Décret d'intérêt public. Approb. de l'Acad. de Médecine

ROYAT

EAU MINÉRALE NATURELLE

St-MART, Goutte, Rhumatisme, Gravelle.
St-VICTOR, Anémie, Chlorose, Voies respiratoires.
(FERRO ARSENIC^les)
CÉSAR, Dyspepsies, Gastralgies, Flatulences
MÊMES EFFETS QU'AUX SOURCES
Caisses de 30 à 50 bout. 20 fr. et 30 fr. *franco* Gare ROYAT
Notice et Renseignements, 5, rue Drouot, PARIS



Médailles aux Expons : Vienne, Philadelphie, Paris, Sydney

INHALATIONS d'OXYGÈNE
APPAREILS DE LIMOUSIN

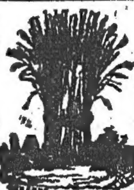
INHALATEUR, Location, 3f par semaine. **GAZ**, 2f 50 le ballon de 30 litres.
Appareil complet pour fabriquer et respirer, avec boîte : 130 fr.
PHARMACIE **LIMOUSIN** ✻, 2bis, RUE BLANCHE, **PARIS**

COALTAR SAPONINÉ LEBEUF

ANTISEPTIQUE

nullement irritant antidiphthérique, cicatrisant les plaies, admis dans les *Hôpitaux de Paris* et les *hôpitaux de la Marine militaire*.—Dans toutes les PHARMACIES.

FER et ERGOT de SEIGLE
DRAGÉES GRIMAUD



4 DIPLOMES D'HONNEUR, 10 MÉDAILLES
INCONTINENCE D'URINE
SPERMATORRHÉE
CHLOROSE - TROUBLES
UTÉRINS - LEUCORRHÉE
MÉTRORRHAGIE
PRIX : 5 FRANCS
Dans toutes les bonnes Pharmacies.
Gros : **DUFILHO**, Phcn à St-Cloud.

CHLORO-ANÉMIE — AFFECTIONS UTÉRINES

ALBUMINATE DE FER LAPRADE

Le plus assimilable des Ferrugineux — **LIQUEUR DE LAPRADE** — Une cuillerée à chaque repas

NI CONSTIPATION, NI TROUBLES GASTRIQUES, ASSIMILATION COMPLÈTE
Envoi franco échantillons. — COLLIN & Cie, 49, rue de Maubeuge, PARIS, et Pharmacies.

ELIXIR ALIMENTAIRE DUCRO

TONIQUE RECONSTITUANT
préparé avec la **VIANDE CRUE**
l'alcool et les éc. d'Oranges amères

Conservation parfaite — *Goût très agréable*

Phthisie, Anémie, Convalescences
Paris, 20, pl. des Vosges, et toutes Phies

MALADIES NERVEUSES
Insomnies, Vertiges, Coqueluche

CHLORAL BROMURE DUBOIS

Sirop prescrit à la dose de 3 à 6 cuillerées, selon l'âge, dans les 24 heures.
PARIS, 20, Place des Vosges et PHARMACIES



DESNOIX, Pen de 1re classe
17, rue Vieille-du-Temple, Paris

SPARADRAP
CHIRURGICAL
DES HOPITAUX DE PARIS

M. Desnoix, ancien préparateur à la Pharmacie centrale de l'Assistance publique, garantit l'authenticité de ce sparadrap.

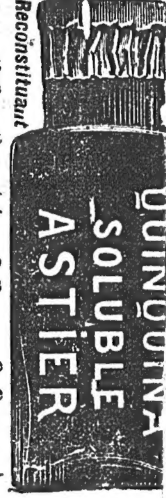
VICHY

Administration
8, Bd Montmartre
PARIS

SOURCES DE L'ÉTAT
CÉLESTINS—Grande-Grille—Hôpital—Hauterive
PASTILLES aux Sels Naturels de Vichy. — SELS pour Boisson et pour Bains.



LE QUINQUINA SOLUBLE ASTIER



représente exactement son poids d'Ecorce de Quinquina jaune royal titré; il contient à l'état soluble tous les alcaloïdes et tous les principes actifs du quinquina. (Une cuillerée à café contient 10 centigrammes d'alcaloïdes et une cuillerée à soupe 30 centigrammes).

Le Quinquina soluble Astier est en **petits cristaux qui se dissolvent instantanément dans l'eau et le vin.**

D'un usage très commode et d'une composition constante et définie, le QUINQUINA GRANULÉ ASTIER remplace avantageusement les vins, les sirops, les pilules et les extraits de quinquina,

DOSES MOYENNES. — Dans les affections de l'estomac *digestions pénibles, gastralgies dyspepsies, anémies,* dans les convalescences, dans les cas d'excès de travail, de faiblesse, aux époques de la croissance, etc., *une demi-cuillerée à café* avant ou après les deux principaux repas.

Dans les cas de *fièvres intermittentes, migraines, névralgies,* etc. :

Adultes : *deux cuillerées à café* d'heure en heure. Enfants : *une cuillerée à café* d'heure en heure

Pour préparer instantanément le VIN DE QUINQUINA, mettre *deux cuillerées à soupe* dans un litre de n'importe quel vin.

Le grand flacon, dit flacon de famille 4 fr. — Le flacon dosé pour un litre de vin 1 fr. 50.

Envoi franco du grand flacon à titre gracieux à tous les médecins qui en font la demande. — Pour leur usage personnel, MM. les médecins jouissent d'une remise de 40 p. 100.

Pharmacie ASTIER, 72, avenue Kléber, PARIS, et toutes Pharmacies

---

PILULES DE SUEZ : Deux pilules, prises le soir en se couchant, guérissent les CONSTIPATIONS les plus opiniâtres. — Demi boîte : 1 fr. 50. — Boîte entière : 2 f. 50